

Liebe INTERPLAST-Freunde, liebe Mitglieder!

Seit Jahren engagiert sich eine große Anzahl von Ärzten, Schwestern und Pfleger während ihres Urlaubes oder nach ihrer Pensionierung für sozial benachteiligte Menschen in Entwicklungsländern, die sich eine notwendige plastische Behandlung nicht leisten können. Hier wollen wir unser Wissen und Können einsetzen und durch plastisch-rekonstruktive Operationen unbürokratisch und effektiv helfen.

Doch allein dieser humanitäre Anspruch und die Bereitschaft unentgeltlich Zeit und Kraft zu investieren reicht in vielen Fällen nicht mehr aus. Zunehmende Erwartungen und administrative Hürden kennzeichnen ein wachsendes Selbstbewußtsein in den Gastgeberländern. Dieser Trend ist in fast allen Einsatzgebieten zu erkennen, so daß eine stärkere Vernetzung mit den schon vorhandenen örtlichen Gesundheitsstrukturen sowie eine Absprache mit anderen vor Ort agierenden Hilfsorganisationen immer wichtiger wird.

Da es nicht unser Ziel ist, allein als „Heilsbringer“ aufzutreten, sondern die Kooperation mit den einheimischen Ärzten und Schwestern zu suchen, müssen wir auch Verständnis für deren Bedürfnisse zeigen. Hier gilt es Berührungsängste abzubauen, gegenseitigen Respekt zu demonstrieren und die Kollegen nicht durch unseren materiellen Vorsprung an die Wand zu spielen.

Im Jahr 2008 wurden in 60 INTERPLAST-Einsätzen 3520 Patienten operativ geholfen. Hinzu kommen noch 1268 Operationen in unserem INTERPLAST-Hospital in Nepal. Das seit 12 Jahren bestehende SKM-Hospital hat seit dem 1. September 2008 mit dem Plastischen Chirurgen Dr. Robert Schachinger einen neuen Ärztlichen Leiter und ist weiterhin voll im Einsatz. Gemeinsam mit seiner Lebensgefährtin Sanja Volk, die als gelernte Physiotherapeutin vor Ort mitarbeitet, wird er die Zusammenarbeit mit den nepalesischen Kollegen vertiefen und die Eigenständigkeit dieses beispielhaften humanitären Projektes vorantreiben.



Auch das Burma-Projekt unter Leitung von Heinz Schoeneich war 2008 extrem gefordert:

Er erlebte mit seinem Team hautnah die Folgen des Zyklons „Nagris“ und organisierte daraufhin, unter dem Schock der schrecklichen Erlebnisse, von München aus ein medizinisches Sofortprogramm für die unzähligen Opfer in der betroffenen Irrawaddy Delta-region. Lesen Sie hierzu seinen bewegenden Bericht.

INTERPLAST trauert um sein Ehrenmitglied Werner Widmaier, der im Alter von 85 Jahren am 8. Dezember 2008 verstorben ist. Mit ihm verlieren wir einen großen Mitbegründer der INTERPLAST-Idee in Deutschland, der mit seiner Sektion Stuttgart und der ganzen Familie 35 medizinische Einsätze in Ländern der dritten Welt realisiert hat und dessen Hospital im Nordosten Brasiliens bis heute noch segensreiche Dienste leistet. Gerne wollen wir sein Werk auch in Zukunft in seinem Sinne weiterführen.

Die Vision von INTERPLAST Europa wird mit der Gründung von ESPRAS SHARE aufgegriffen: eine übergeordnete Organisationsstruktur für humanitäre Plastische Chirurgie in Entwicklungsländern, ausgehend von der Eu-

ropäischen Vertretung der nationalen Plastischen-Chirurgischen Gesellschaften (ESPRAS), möchte gerne die Aktivitäten, der verschiedenen NGO's koordinieren helfen und Qualitätsmaßstäbe für die Einsätze setzen.

Auf dem jährlichen INTERPLAST Symposium in Bad Kreuznach kommen immer wieder wichtige aktuelle Themen zu unseren Einsätzen in freundschaftlich kollegialer Atmosphäre zur Diskussion und bringen die vielen Aktivisten einander näher. Mittlerweile hat INTERPLAST fast 1300 Mitglieder und viele treue Spender, die von unserer Sekretärin Camilla Völpel liebevoll betreut werden. Ihr gilt unserer besonderer Dank wie auch Waltraud Huck von „pro-interplast Seligenstadt“, die schon seit 20 Jahren unsere Aktivitäten finanziell unterstützt.

Und so blicke ich mit Freude und Zuversicht in die Zukunft und bin voll Hoffnung, daß Sie uns als Spender oder aktiver Partner weiter die Treue halten, denn unzählige Patienten warten noch auf unsere Hilfe – helfen Sie mit! Danke für Ihr Engagement!

*Mit herzlichen Grüßen
aus Bad Kreuznach
Ihr André Borsche
und das Vorstands-Team*



Wir gratulieren . . .

Ein Leben für die Humanitäre Plastische Chirurgie INTERPLAST-Ehrenmitgliedschaft für Rémy Zilliox

Große Ideen werden von Idealisten entwickelt, die voller Esprit und Tatendrang die Welt verändern und die Menschen mitreißen. So war es ein besonderer Glücksfall, dass auf Initiative von Gottfried Lemperle Docteur Rémy Zilliox aus Lyon als Wegbereiter der deutsch-französischen Freundschaft INTERPLAST kennenlernte und zusammen mit André Borsche 1992 seinen ersten Einsatz in Guinea/Westafrika erlebte. Dieses prägende Schlüssel-Erlebnis hat seither beide nicht mehr losgelassen. Der Lebenslauf von Rémy Zilliox liest sich wie ein Geschichtsbuch, das exemplarisch für das Zusammenwachsen von 2 ehemals verfeindeten Nationen steht, getragen von der Überzeugung im gegenseitigen Austausch und Kennenlernen etwas besonderes zu schaffen: Freundschaft und Toleranz, um dann gemeinsam aufzubrechen, auch in anderen Ländern durch humanitäres Engagement etwas zu verändern. Und so wundert es nicht, das Deutschland und Frankreich zum Vorreiter für wichtige Hilfsprojekte in Afrika und Indien wurden. In Zusammenarbeit mit Mutter Teresa in Calcutta konnten Zilliox und Borsche unzähligen bedürftigen Patienten helfen, die sonst keine Chance auf eine plastisch-chirurgische Hilfe gehabt hätten. Sein preisgekrönter Film über unsere Arbeit machte ihn auch in Frankreich bekannt. Zusammen mit Gottfried Lemperle war er Gründungsmitglied der Sektion Bad Kreuznach, bis es dann 1998 soweit war: Rémy Zilliox gründet mit Freunden **INTERPLAST-France** und organisiert als Präsident das erste europäische INTERPLAST Symposium in Dijon. Seit dem Jahr 2000 ist er



auch Mitinitiator des jährlichen INTERPLAST-Symposiums in Bad Kreuznach und seine lebendigen Berichterstattungen über die französischen Aktivitäten in Afrika, Indien und Irak faszinieren uns immer wieder. Als Verbrennungsspezialist bringt er wichtige, manchmal auch sehr provokativ formulierte Ideen zur Sprache, denen es nie an Geistesblitz und Selbstironie fehlt. So lernten wir erstmals von ihm über das Buruli Ulcus in Afrika und entwickelten Visionen, wie ein INTERPLAST-Europa aussehen könnte. Noch heute berät er als Fachreferent die WHO in Genf in puncto Wiederherstellungschirurgie und arbeitet inzwischen verstärkt mit Médecins Sans



Frontières MSF Frankreich zusammen. Auf seine Initiative hin wurde 2006 ein Kooperationsvertrag zwischen INTERPLAST-Germany und France mit der weltweit agierenden Organisation „Ärzte ohne Grenzen“ in Paris unterzeichnet.

Und während ich diese Zeilen schreibe, arbeitet er gerade wieder auf Haiti, denn er schreckt vor keinem Krisenherd der Welt zurück und opfert jede freie Minute der humanitären Plastischen Chirurgie.

Wir möchten Rémy Zilliox für sein großartiges Engagement, seine Freundschaft und seinen bewundernswerten Idealismus mit der **Ehrenmitgliedschaft von INTERPLAST** würdigen.

Lieber Rémy, herzlichen Dank für die vielen gemeinsamen Aktivitäten! Wir haben Dich als unseren liebenswerten „Fremdarbeiter“ fest in unser Herz geschlossen und wünschen uns, daß wir noch Vieles zusammen bewegen können. ...und als wir im tiefsten Indien in die peinliche Situation kamen auf einem offiziellen Empfang ein deutsches Lied präsentieren zu müssen, stimmte der Franzose munter an: „Sah ein Knab ein Rösslein stehen“ und sang sämtliche Strophen, während wir gerade die Melodie mitsummen konnten.

André Borsche



INTERPLAST-Germany e.V.

Gemeinnütziger Verein für Plastische Chirurgie in Entwicklungsländern
 Vorstand: Dr. André Borsche, Dr. Hubertus Tilkorn, Dr. Dietmar Scholz, Dr. Nuri Alamuti
 Geschäftsstelle: Klinik für Plastische und Rekonstruktive Chirurgie, Diakonie-Krankenhaus,
 Ringstraße 64 · 55543 Bad Kreuznach · Tel.: (06 71) 6 05 21 10 · Fax: (06 71) 6 05 21 12
 INTERPLAST-Tel.: 0171-8244508 · INTERPLAST-homepage: www.interplast-germany.de



Aufgabenbereiche des Interplast-Vorstandes

Vereinsstruktur, Finanzierungen

André Borsche
 ☎ 06 71 / 6 05 21 10
Borsche@interplast-germany.de

Qualitätssicherung und Vereinsabrechnung

Hubertus Tilkorn
 ☎ 02 51 / 32 45 97
Tilkorn@interplast-germany.de

Einsatz-Planung und -Anmeldung

Nuri Alamuti
 ☎ 06 11 / 5 65 77 60
Alamuti@interplast-germany.de

Anästhesie Fachbeirat

Hajo Schneck
 ☎ 0 80 94 / 90 74 32
Schneck@interplast-germany.de

Versicherungen und Fortbildungs-Akademie

Dietmar Scholz
 ☎ 06 11 / 5 65 77 61
Scholz@interplast-germany.de

Mitglieder, Spenden und Kontoführung

Camilla Völpel, Interplast-Sekretärin
 ☎ 01 71 / 8 24 45 08
Sekretariat@interplast-germany.de

Spendenkonto von INTERPLAST-Germany e.V.

Hauptkonto für Spenden und Mitgliedsbeiträge:

Bei Überweisungen vergessen Sie bitte nicht ihren Namen und ihre Adresse anzugeben, damit wir Ihnen eine Spendenquittung zustellen können.

Sektionskonten:

Die einzelnen Sektionen verwalten eigene Spendenkonten, die Sie bitte dem Verzeichnis der Sektionen auf der folgenden Seite entnehmen können.

Projektbezogene Spenden:

Falls Sie ein bestimmtes Projekt unterstützen möchten, können Sie dies durch Angabe eines Stichwortes mit dem Namen des Projektes tun. Sollten Sie kein Stichwort angeben, werden wir für Sie ein Projekt auswählen, dem Ihre Spende zugesprochen wird.

Interplast-Hauptkonto:

Konto-Nr.: 2 571 990

BLZ: 370 700 24

Deutsche Bank Köln

IBAN: DE 97 37 07 00 2402 57 19 90 00

BIC: DEUT DE DB KOE

**Wir bedanken uns ganz herzlich
für Ihre Spende!**



Was kann ich für INTERPLAST-Germany tun?

Der fachlichen Kompetenz und dem sozialen Einfühlungsvermögen der beteiligten Ärztinnen und Ärzte kommt bei jedem Operationseinsatz eine besondere Bedeutung zu. Neben den häufig komplizierten Krankheitsfällen mit den daraus resultierenden hohen fachlichen Herausforderungen stellt die Einfachheit der vor Ort vorhandenen Einrichtungen die Belastbarkeit auf eine starke Probe.

Besonders die Fähigkeit, unter schwierigen Bedingungen mit den vor Ort vorhandenen Mitteln mit einem Lächeln auf den Lippen „improvisieren“ zu können ist von großer Wichtigkeit. Selbst Dinge, über die wir uns zuhause keinerlei Gedanken machen, wie Wasser aus dem Wasserhahn und Strom aus der Steckdose, sind leider oft gar nicht selbstverständlich.

Sicherlich können Sie sich vorstellen, daß die 2-3wöchigen Operationseinsätze auch große Anforderungen

an die körperliche und seelische Belastbarkeit der Mitreisenden stellen.

Um möglichst vielen Patienten pro Aufenthalt helfen zu können, beginnt jeder Operationstag am frühen Morgen und endet oft erst weit nach Sonnenuntergang. Oft hat es sich bereits vor der Ankunft des Teams „herumgesprochen“, daß, wir kommen. Die Menge der Hilfesuchenden, die sich dann eingefunden hat, ist oft größer als versorgt werden kann. Dann beginnt die schwierige Aufgabe, unter all den hoffnungsvollen Gesichtern diejenigen auszuwählen, denen man am besten helfen kann.

Da aufgrund des vollgepackten Tagesablaufs leider viel zu wenig Zeit ist, das Land kennenzulernen, in dem man sich befindet, bekommt man doch zumindest einen kleinen Einblick in die Lebenssituation der Menschen dort.

Man ist also schon nach wenigen Tagen völlig überwältigt von den Eindrücken und völlig erschöpft durch die langen Operationstage (und auch völlig glücklich über das, was man erreichen konnte). Dennoch ist man Gast im Land und sollte sich freundlich und zugewandt verhalten.

Ein Operationseinsatz fordert **ALLES** von jedem Mitfahrer, aber er ist auch ein unschätzbare Gewinn.

INTERPLAST-Mitreisende können in zwei Gruppen eingeteilt werden: Diejenigen, die einmal mitfahren und feststellen, daß es schön war; aber einmal im Leben genügt, und diejenigen, die einmal mitfahren und es nie wieder lassen können.

Für jeden Operationseinsatz werden auch Krankenschwestern oder -pfleger benötigt, die über plastisch-chirurgische OP-Erfahrung verfügen.



Die Pflege der Patienten erfolgt in den meisten Entwicklungsländern überwiegend durch die Angehörigen der Patienten. Das Berufsbild der Krankenschwester, wie wir es von unseren Stationen her kennen, existiert in diesen Ländern häufig nur in sehr veränderter Form.

Leider bedeutet dies, daß Pflegepersonal ohne plastisch-chirurgische OP-Erfahrung nur im Ausnahmefall vor Ort benötigt wird.

Interessenten mit plastisch-chirurgischer OP-Erfahrung bitten wir, sich an die Sektion in ihrer Nähe zu wenden.



Sektionen, Adressen und Konten

1. **Sektion Frankfurt / Main**
 Dr. Ortwin Joch
 Emmerichshohl 5 · 61352 Bad Homburg
 Tel: 0 61 72/48 99 79 · Fax: 0 61 72/48 99 79
Dr.Joch@t-online.de
 Kto: 506 1 709 · BLZ: 500 922 00
 Volksbank Main-Taunus
 2. **Sektion Stuttgart / Münster**
 Dr. Hubertus Tilkorn
 Bünkamp 7 · 48157 Münster
 Tel: 02 51/32 45 97 · Fax: 0251/28 43 020
Tilkorn@interplast-germany.de · tilkornh@gmx.de

 Dr. Herbert Bauer
 Zeppelinstr. 3 · 72124 Pliezhausen
 Tel: 0 71 27/89 03 09 · Fax: 0 71 27/89 03 08
Dr.Bauer@gmx.de
 Kto: 10 19 13 70 97 · BLZ: 640 500 00
 Kreissparkasse Reutlingen
 3. **Sektion München**
 Dr. Heinrich Schoeneich/Dr. Angelika Wagner
 Tal 11 · 80331 München
 Tel: 0 89/22 59 39 · Fax: 0 89/2 90 43 14
schoeneich@interplast-muc.org
www.interplast-muc.org
 Kto: 10 666 800 · BLZ: 700 100 80
 Postbank München
 4. **Sektion Eschweiler**
 Dr. Hans-Elmar Nick
 Dechant-Deckers-Str. 8 · 52249 Eschweiler
 Tel.: 0 24 03/76 12 56 · Fax: 0 24 03/76 18 55
Hans-Elmar.Nick@gmx.de
 Kto: 6 103 289 015 · BLZ: 391 629 80
 Volksbank Eschweiler

 Dr. Matthias Gensior
 Mühlenstr. 3-5 · 41352 Korschenbroich
 Tel.: 0 21 61/64 6 18 · Fax: 0 21 61/64 89 64
Info@Chirurgie-Korschenbroich.de
 Kto: 26 128 710 · BLZ: 305 500 00
 Sparkasse Neuss
 5. **Sektion Bad Kreuznach**
 Dr. André Borsche
 Ledderhoser Weg 35 · 55543 Bad Kreuznach
 Tel: 06 71/7 42 20 · Fax: 06 71/7 43 38
Borsche@Interplast-Germany.de
www.interplast-badkreuznach.de
 Kto: 100 33 777 · BLZ: 560 501 80
 Sparkasse Rhein/Nahe
 6. **Sektion Duisburg**
 Dr. Peter Preißler / Dr. Jürgen Toennissen
 Barbarastr. 67 · 47167 Duisburg
 Tel: 02 03/519 96 72 · Fax: 02 03/58 61 64
Info@Plast-Chirurgie-Duisburg.de
www.interplast-duisburg.de
 Kto: 133 85 017 · BLZ: 360 602 95
 Bank im Bistum Essen
 7. **Sektion Siebengebirge**
 Dr. Michael Schidelko
 Luisenstr. 16 · 53604 Bad Honnef
 Tel: 0 22 24/55 01 · Fax: 0 22 24/96 70 77
Info@CTS-Honnef.de
 Kto: 2 777 779 · BLZ: 380 400 07
 Commerzbank Honnef
 8. **Sektion Vreden**
 Dr. Arnulf Lehmköster
 An't Lindeken 100 · 48691 Vreden
 Tel: 0 25 64/99 40 08 · Fax: 0 25 64/99 40 06
Arnulf@Dr-Lehmkoester.de
www.Dr-Lehmkoester.de
 Kto: 51 129 922 · BLZ: 401 545 30
 Sparkasse Westmünsterland
 9. **Sektion Murnau / Südbayern**
 Dr. Andreas Schmidt
 Prof.-Küntscher-Str. 8 · 82418 Murnau
 Tel: 0 88 41/48 23 59 · Fax: 0 88 41/48 26 00
ASchmidt@bgu-murnau.de
 Kto: 00 08 48 48 48 · BLZ: 300 606 01
 APO Bank
 10. **Sektion Schopfheim / Freiburg**
 Dr. Günter Zabel
 Schulstr. 30 · 79650 Schopfheim
 Tel: 0 76 22/12 15 · Fax: 0 76 22/68 37 25
Dr.Guenter.Zabel@t-online.de
 Kto: 3 197 779 · BLZ: 683 515 57
 Sparkasse Schopfheim-Zell

 Dr. Martin Schwarz
 Stühlingerstr. 24 · 79106 Freiburg
 Tel: 07 61/38 80 00 · Fax: 07 61/3 88 00 51
Schwarz@zadc.de
www.interplast-freiburg.de
 Kto: 00 06 72 89 87 · BLZ: 680 906 22
 ApoBank Freiburg
 11. **Sektion Nepal Projekt**
 Hein Stahl / Prof. Dr. Gottfried Lemperle
 Am Mühlengraben 1 · 53773 Hennef
 Tel: 0 22 42/8 09 83 · Fax: 0 22 42/87 43 36
HeinStahl@gmx.de
www.nepal-hospital.de
 Kreissparkasse Köln
 12. **Sektion Baden-Baden / Rastatt**
 Dr. Dr. Rüdiger Herr
 Mozartstr. 5A · 76437 Rastatt
 Tel: 0 72 22/1 79 79 · Fax: 0 72 22/ 90 16 45
info@praxisklinik-mittelbaden.de
www.praxisklinik-mittelbaden.de
 Kto: 30 81 12 08 · BLZ: 662 900 00
 Volksbank Baden-Baden / Rastatt
- Pro-Interplast Hattingen / Ruhrgebiet e.V.**
 Prof. Dr. Dr. Dieter Voy
 Grosse Weil Str. 41 · 45525 Hattingen/Ruhr
 Tel: 0 23 24/68 33 40 · Fax: 0 23 24/68 33 410
Baur-Voy@t-online.de
 Kto: 9 15 53 · BLZ: 430 510 40
 Sparkasse Hattingen



Zusammenarbeit mit folgenden Organisationen:



pro interplast Seligenstadt e.V.

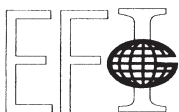
Verein zur Förderung Plastischer Chirurgie in Entwicklungsländern

Vorsitzende: **Waltraud Huck**, Waldstraße 2, 63533 Mainhausen, Tel.: 0 61 82 / 2 63 32

Bankverbindung: Volksbank Seligenstadt eG, Konto-Nr. 280 208, BLZ 506 921 00 – www.pro-interplast.de

EBERSBERGER FÖRDERVEREIN INTERPLAST e.V.

Verein zur Förderung Medizinischer Hilfe für Entwicklungsländer



Spendenkonto Nr. 21 16 31

bei der Kreissparkasse Ebersberg, BLZ 700 518 05

Prof. Dr. Hajo Schneck

Traxl 8 · D-85560 Ebersberg

Telefon +49-8094907432

Telefax +49-8094907433

e-mail: hajo.schneck@lrz.tu-muenchen.de



AWD-STIFTUNG

KINDERHILFE

AWD-Platz 1 · 30659 Hannover

Telefon 05 11 / 90 20 52 68 · Telefax 05 11 / 90 20 52 50

www.awd-stiftung-kinderhilfe.org · Email: stiftung.kinderhilfe@awd.de

Spendenkonto: Commerzbank Hannover Kto.-Nr. 14-1 919 100 (BLZ 250 400 66)

Hammer FORum e.v.

humanitäre medizinische Hilfe

für Kinder aus Kriegs-
und Krisengebieten

Caldenhofer Weg 118, 59063 Hamm

Telefon 0 23 81 / 8 71 72-0

Telefax 0 23 81 / 8 71 72 19

Email: info@hammer-forum.de · www.hammer-forum.de

Bankverbindung:

Sparkasse Hamm, Kto.-Nr. 4 070 181, BLZ 410 500 95

hilfsaktion "noma" e.v.

Die Wangenbrand Hilfsaktion für Kinder in Niger und Guinea Bissau



Ute Winkler-Stumpf

eichendorffstr. 39, d-93051 regensburg, tel./fax 09 41 / 9 36 84

e-mail: info@hilfsaktionnoma.de – internet: www.hilfsaktionnoma.de

spendenkonto:

raiffeisenbank regensburg

konto-nr. 310 280, blz 750 601 50



Technologie Transfer Marburg in die Dritte Welt e.V. – TTM

Auf der Kupferschmiede 1
D-35091 Cölbe/Germany

Telefon/Phone ++49(0)64 21 / 8 73 73-0

Telefax/Fax ++49(0)64 21 / 8 73 73-7

Email: ttm@ttm-germany.de

www.ttm-germany.de

TTM ist ein eingetragener Verein, der sich die Versorgung von Projekten mit medizinischen Geräten, Einrichtungen und Verbrauchsmaterialien zur Aufgabe gemacht hat. TTM berät bei der Planung, liefert die gewünschten Artikel und steht bei der Nachversorgung zur Verfügung.



Reiseorganisation für Interplast-Einsätze

Michael Triebig

3T REISEN E.K.

BÖRSENSTRASSE 17, 60313 FRANKFURT

TELEFON 0 69 / 21 99 90 44

TELEFAX 0 69 / 21 99 94 29

E-MAIL: service@3T-Reisen.de

Aufgabenprofil für Teamleiter

INTERPLAST-Germany e.V. Satzung § 11 Vereinsaktivitäten

Humanitäre Einsätze von Operationsteams in Entwicklungsländern:

Der **Einsatzleiter** ist für die organisatorische, medizinisch, soziale und finanzielle Abwicklung des gesamten Einsatzes verantwortlich. Dazu gehören die vorherige Anmeldung des Einsatzes mit Teilnehmerliste beim Vorstand (nur dann ist u. a. eine Berufsgenossenschaftliche Versicherung gewährleistet) und die Erstellung eines Abschlußberichtes (Spektrum und Anzahl der operierten Patienten).

Teamleiter Richtlinien

1. Facharztstandard
2. Einsatzerfahrung mit INTERPLAST
3. Auswahl der Teammitglieder mit Fachqualifikationen entsprechend des zu erwartenden Patientenspektrums
4. Patientendokumentation
5. gegebenenfalls Ereignisbericht bei Zwischenfällen

Formale Kriterien:

1. Alle Teammitglieder müssen INTERPLAST-Mitglieder sein.
2. Einsatzanmeldung (Voraussetzung für BGW-Versicherung) mindestens 2 Wochen vor Einsatzbeginn
3. Standardisierte Einsatz-Dokumentation/Qualitätssicherung
4. Individueller Abschlußbericht mit Bildern für das Jahreshft

Finanzierung über INTERPLAST:

1. Zusage nach schriftlicher Kostenvorabschätzung
2. Flugkostenerstattung (Sparsamkeitsgebot, Economy Class, cave Übergepäck)
3. Einsatzabrechnung mit Zusammenfassung der Einzelkosten (Erstattung von Kosten nur über Teamleiter möglich)
4. Einwerben von Spenden nach dem Einsatz für INTERPLAST (Vorträge, Zeitung)





Liebe INTERPLAST-Teamleiter!

Nicht dass wir unser ehrenamtliches Engagement in Dokumentations- und Verwaltungstätigkeiten ersticken wollen, dennoch kommen wir nicht drumherum ein Minimum an standardisierter Dokumentation vorzuweisen. Deshalb wird ab 2008 für alle Einsätze verbindlich ein Einsatz-Dokumentationsbogen vom Teamleiter nach dem Einsatz dem Vorstand unaufgefordert zugesandt. Dies kann per e-mail, Fax oder Post erfolgen. Hubertus Tilkorn wird als Vorstandsmitglied diese Bögen sammeln und auswerten, so daß wir einen Überblick in Form einer anonymisierten Statistik über Einsatz-Anzahl, Teammitglieder, Anzahl der Eingriffe, Anzahl der operierten Patienten und Komplikationen erhalten. Das Formular wird von der Interplast-Sekretärin dem Teamleiter per e-mail zugesandt. Die fettgedruckten Angaben im beigefügten Einsatz- Dokubogen sind Pflichtangaben. Diese werden vertraulich behandelt und bleiben nur dem Vorstand bekannt.

Davon unabhängig schreiben Sie bitte weiterhin Ihren individuellen Einsatzbericht, der über die Begeisterung, Vielfalt und Besonderheiten Ihres Einsatzes aus den unterschiedlichsten Perspektiven berichten möge.

Haben Sie bitte Verständnis, dass wir ausnahmslos auf diese „kleine“ Formalität bestehen werden, um die Seriosität unseres Vereins auch nach außen hin dokumentieren zu können.


Viel Freude und Erfolg bei Ihrem Einsatz !

Mit freundlichen Grüßen

Ihr Dr. André Borsche

und das Vorstands-Team INTERPLAST-Germany e.V.



INTERPLAST- Germany e.V	
Internationale Plastische Chirurgie für Entwicklungsländer	708
Einsatz-Dokumentation und Qualitätssicherung	Einsatz-Nummer 01-09
	
Sektion / Vorstand :	
Einsatzort :	
Einsatzdatum :	
Teamleiter :	
e-mail :	
Telefonnummer :	
Teammitglieder :	Funktion :
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	
7.	
8.	
Anzahl der Eingriffe :	
Anzahl operierter Patienten :	
Anzahl Komplikationen :	
Komplikationsarten :	
1.	
2.	
3.	
4.	
Besonderheiten :	
Sonstiges :	
Für die Richtigkeit	
Teamleiter:	
Datum :	
Bitte senden an : Tilkorn@interplast-germany.de	

Bitte Einsatz-Dokumentation senden an:

Tilkorn@interplast-germany.de

oder per Fax: 02 51/2 84 30 20

oder per Post:

Dr. Hubertus Tilkorn

Büнкamp 7

48157 Münster



Hubertus Tilkorn

Einsatzdokumentation **nach** dem Einsatz



Interplast Fundamentals

INTERPLAST-Germany e.V.

A NONPROFIT NONGOVERMENTAL ORGANIZATION PROVIDING
FREE PLASTIC RECONSTRUCTIVE SURGERY



The organisation exclusively and directly follows charitable purposes. The members of the organisation and all other persons involved in the organisation work free of charge. Only the travel, material and accommodation expenses will be repaid as far as expenses have effectively incurred. Furthermore the members don't receive grants from organisation's resources. Resources of the company could only be used for statutory purposes.

- 1) INTERPLAST depends completely on financial donation and can not give any obligations and regular financial support.
- 2) All INTERPLAST members do their work voluntary and for free during there holidays. They could not be obliged to do this.
- 3) All INTERPLAST teams try to help as many patients as possible during their camp. The number of patients that could be treated depends on the severity of the cases, the need of the operation and the support from the local stuff.
- 4) The patient selection is to be done by the INTERPLAST team providing plastic reconstructive surgery and no cosmetic surgery. Preferential treatment will be given to underprivileged people regardless of race, religion and nationality.
- 5) INTERPLAST will do the operations with high quality standard but could not give any guarantee concerning the success of their efforts.
- 6) The INTERPLAST camp organization lies on the the responsibility of the team leader in close cooperation with the local organizer.
- 7) The training of operation and treatment techniques for involved and appropriate doctors, nurses and caregivers is an important part of the INTERPLAST-camp.
- 8) At the end of the camp the team leader will give a summarizing report about the successful cooperation that will be published in the INTERPLAST yearbook.



Einsatz-Einladungen – Mission on Demand

Die Güte eines Einsatzes hängt nicht nur von der Arbeit des INTERPLAST-Teams ab, sondern auch wesentlich von der Qualität und Verantwortung der Gastgeber.

Jeder INTERPLAST-Einsatz lebt von der Zusammenarbeit mit den Gastgebern vor Ort. Während wir uns in unseren Vorbereitungen und der Arbeit im Einsatz auf die Realisierung der operativen Hilfe konzentrieren, sind die Belastungen für die Gastgeber nicht zu unterschätzen. Das fängt mit den administrativen Erfordernissen an, der Rekrutierung und Vorselektionierung von Patienten, der Bereitstellung von OP, Station und zB. Versorgung mit Sauerstoff-Flaschen und anschließend der Nachsorge der operierten Patienten. Dies alles ist mit viel Arbeit verbunden und muß von einem Partner vor Ort verantwortungsvoll ausgeführt werden. Um hierbei keine Enttäuschungen zu erleben, die wesentlich den Erfolg eines gesamten Einsatzes gefährden könnten, gilt es im Vorfeld sich über die Motivation der Gastgeber bzw. lokalen Partner, warum sie den Einsatz für uns organisieren, ein Bild zu machen. Hier mag eine kleine Checkliste helfen, die Schlüsselfragen zu beantworten, um zu einer realistischen Einschätzung zu gelangen. In jedem Fall ist es klar, daß wir uns nicht selber einladen, sondern unsere Hilfe nur anbieten können und hoffen, ein entsprechendes Interesse für eine Einsatz-Einladung zu wecken: Einsatz auf Anforderung - Mission on Demand.

Checklist: Motivation of the host/local partner

1. Charity and social activity
2. Religious aspects of help
3. Publicity and advertising for the institution
4. Political interest or support for a local party
5. Financial profit
6. Medical or scientific interest
7. International cooperation and respect
8. Idealism of a single person

Eine wichtige Frage ist auch: „Wer ist der entscheidende Motor für den Einsatz vor Ort?“

Meist sind es herausragende Einzelpersönlichkeiten, die das joint-venture vorantreiben und letztendlich die Hauptverantwortung als Gastgeber tragen. Hier gilt es zu bedenken, aus welchem Bereich sie kommen, um deren Möglichkeiten realistisch einschätzen zu können.

Checklist: Interest and Responsibility for the mission

1. Government or administrator
2. Local partner organization
3. Church or christian mission
4. Hospital institution
5. Doctors or nurses
6. Patients
7. Single private person

Manchmal sind gerade die Ärzte vor Ort der Schwachpunkt eines Einsatzes. Sei es aus Stolz oder der Angst vor dem qualitativen Vergleich, sei es aus Konkurrenzgedanken oder fehlendem Interesse an einem fachlichen Austausch, so nutzen sie lieber die Chance eine Auszeit zu nehmen oder ärgern sich über den Rummel, der um die ausländischen Ärzte gemacht wird. Um dies zu durchbrechen bedarf es eines großen Fingerspitzengefühls von Seiten des INTERPLAST-Teams. Kollegial partnerschaftliches Auftreten ist genauso selbstverständlich wie immer wieder das Angebot, sie in die Arbeit des Teams zu integrieren. Das beinhaltet natürlich auch ein ernstes Interesse für die Belange der Ärzte und Schwestern vor Ort mit entsprechendem Respekt für ihre Arbeit. Auch sollten sie am Erfolg und Lob des Einsatzes partizipieren können und gerade dies ist eine wichtige Aufgabe des Teamleiters: immer wieder gilt es auch offiziell hervorzuheben, wie qualifiziert und verantwortungsvoll die einhei-

mischen Ärzte und Schwestern arbeiten, denn nur so kann das Vertrauen der Patienten in ihre eigenen Mediziner und Pflegekräfte unterstützt werden.

Natürlich gibt es glücklicherweise auch eine Vielzahl von Einsätzen, wo die Kooperation mit dem lokalen Personal ausgezeichnet klappt und die gegenseitigen Erwartungshaltungen zu einander passen.

Als letztes gilt es auch die ehrliche Motivation des Einsatz-Teams zu hinterfragen, damit alle ehrenamtlichen Mitarbeiter auf ihre Kosten kommen. Sicherlich sind hier ganz verschiedene Beweggründe entscheidend, warum jemand seinen Urlaub für einen Einsatz opfert. In jedem Fall muß jeder eine Aufgabe und Funktion haben, die ihn erfüllt, ansonsten kann die ganze Team-Moral darunter leiden.

Checklist: Motivation of the team

1. Social activity
2. Christian solidarity
3. Surgical challenge
4. Team work under special conditions
5. Personal self experience
6. Curiosity to get to know foreign countries not only as tourist
7. Break out of daily bureaucracy and usual life
8. Adventure or fun for risk
9. Publicity
10. Idealism

So kann gerade die Vielfalt der Motivationen der Team-Mitglieder einen Einsatz sehr spannend und bereichernd gestalten. Vertrauensvolle Teamgespräche, die innere Beweggründe und Selbsterfahrungen offenbaren, gehören zu den schönsten Eindrücken eines Einsatzes.

André Borsche, Bad Kreuznach



Zusammenarbeit mit folgenden Organisationen:



Deutsches Medikamenten-Hilfswerk

St. Töniser Str. 21 · 47918 Tönisvorst
Fon 02156/9788-76 · Fax 02156/9788-88

Seit 40 Jahren versendet
action medeor Basismedikamente
und medizinische Instrumente in
die Armutregionen der Erde

www.medeor.de
e-mail: info@action-medeor.de

Spendenkonto 555 555 555
bei der Volksbank Krefeld
BLZ 320 603 62



MEDECINS SANS FRONTIERES
ÄRZTE OHNE GRENZEN e.V.

Ärzte ohne Grenzen e. V. / Médecins Sans Frontières

Am Köllnischen Park 1 · 10179 Berlin – Germany
Tel: +49 (30) 22337700 · Fax: +49 (30) 22337788
office@berlin.msf.org · www.aerzte-ohne-grenzen.de
Spendenkonto 97 0 97 Bank für Sozialwirtschaft (BLZ 370 205 00)



Ärzte für die Dritte Welt

entsendet deutsche Ärzte zu unentgeltlichen
Einsätzen in Slums der Großstädte in der
Dritten Welt

Offenbacher Landstr. 224 · 60599 Frankfurt
Tel.: 069-7079970 · Fax: 069-70799720
Mail: aerzte3welt@aerzte3welt.de
Web: www.aerzte3welt.de

Spendenkonto: EKK Bank (BLZ 520 604 10)
Konto 48 88 88 0



Lanterstraße 21 · 46539 Dinslaken

Tel. 02064-4974-0 · Fax 02064-4974-999
www.friedensdorf.de
Email: info@friedensdorf.de

Spendenkonto:
Stadtsparkasse Oberhausen
Kto.-Nr. 102 400 (BLZ 365 00 00)

Aktion „Kinder brauchen uns“ e. V.



Aktion "Kinder brauchen uns" e.V.

Obere Saarlandstr. 3
45470 Mülheim an der Ruhr
Telefon: 0208 / 767 21 84
Telefax: 0208 / 941 37 22

E-Mail: info@kinder-brauchen-uns.de
Internet: www.kinder-brauchen-uns.de



Aktion "Kinder brauchen uns" e.V.



Förderverein Lützelsohn e.V.

„Hilfe für Kinder in Not“

Herbert Wirzius

Breslauer Str. 7 · 55619 Hennweiler
Telefon: 06752 - 8984 · Mobil: 0171 - 93 83 300
E-Mail: Foerderverein-Luetzelsohn@t-online.de
Internet: www.kinder-in-not-hilfe.de

Spendenkonto: Kreissparkasse Birkenfeld, Kirn,
Kto. 420 700 (BLZ 562 500 30)

Aktion "Augenlicht" e.V.



Hilfe für medizinisch bedürftige Menschen
im In- und Ausland

Hon.-General-Konsul Alex Jacob
Nachtigallenweg 2 · 55543 Bad Kreuznach
Telefon: 06 71-83 83 30 · Telefax: 06 71-3 52 18
E-Mail: info@aktion-augenlicht.de · www.aktion-augenlicht.de
Spendenkonto: Augenlicht e.V.
Volksbank Nahetal, Kto. 102 126 969 (BLZ 560 900 00)

“To pay or not to pay”

Einigen unserer Mitglieder, die bereits seit längerer Zeit Erfahrung mit Interplast Einsätzen sammeln konnten, wird es vielleicht genauso gehen: Wir erleben eine Veränderung der „Einsatz Kultur“ der Gastgeberländer die uns in Zukunft möglicherweise zu einem Umdenken verpflichten wird. Man muss akzeptieren, dass wir in die Einsatzländer als Gäste reisen und die dortigen zum Teil raschen Veränderungen nicht beeinflussen können und wollen. Es mögen die Zeichen der Globalisierung sein oder der wirtschaftliche Druck unter dem die Entwicklungsländer stehen. Leugnen lässt es sich aber leider nicht mehr: manche unserer Gastländer haben unsere Einsätze als mögliche Einnahmequelle erkannt. Dass humanitäre Hilfe generell ein lukratives Geschäft sein kann, ist kein Geheimnis mehr, bislang waren wir als kleiner Verein von Individualisten aber davon weitgehend verschont geblieben. Wir dürfen die Augen nicht mehr davor verschließen, dass es in vielen Ländern mindestens 4 – 5 Organisationen gibt, die ein ähnliches oder sogar das gleiche Behandlungsspektrum haben wie Interplast-Germany. Im Gegensatz zu uns sind diese Organisationen aber oft bereit für die Behandlung der Patienten zu bezahlen. In der Vergangenheit wurde diese Praxis von uns oft spöttisch als „Kopfprämie“ bezeichnet. Nun ist es aber leider so, dass wir mit diesen Organisationen auch in gewisser Weise konkurrieren und in Zukunft in vielen Ländern deren „Spuren“ finden werden. Unter diesem Aspekt stellt sich die Frage, ob es den Gastgeberländern nicht auch zusteht für einen OP, ein Krankenhaus Bett und möglicherweise Verpflegung und Personal eine Gebühr zu erheben. Die Bezahlung für z.B. die Op Nutzung birgt natürlicherweise aber leider auch ein Missbrauchspotential. Unsere gewohnt freundschaftlichen Ansätze eines rein me-

dizinisch und partnerschaftlich orientierten humanitären Projekts werden dadurch in Frage gestellt und auf lange Sicht in einen anderen Kontext gebracht. Wir könnten dadurch für die Gastgeberländer zu Geschäftspartnern und unsere Einsätze und Projekte auch gewissermaßen zu Geschäften werden. Parallel dazu erleben wir immer häufiger das Bedürfnis der Gastgeber mit Interplast-Germany ein verbindliches Vertragswerk einzugehen, dass uns als Verein von Individualisten zur Behandlung der Patienten verpflichten soll – auch dies sind Zeichen einer Veränderung unserer Einsatz Kultur.

Ich glaube, dass die Einsätze, bei denen man praktisch ohne Kosten für Kost und Logis und ohne Gebühren oder Aufwandsentschädigungen auskommt, in der Zukunft die absolute Ausnahme sein werden und nur noch dann möglich sind, wenn wir einen gleich gesinnten Partner in den Gastgeberländern haben. Hilfsorganisationen aus USA und Australien sind schon seit längerer Zeit selbstverständlich bereit für die Einsätze zu bezahlen – um in Zukunft nicht mit diesen Organisationen in einen Wettbewerb um humanitäre Hilfe zu geraten müssen wir uns auf Veränderungen einstellen. Wir sollten in unserem internen Netzwerk durch Erfahrungsaustausch und gegenseitige Hilfestellung bei der Einsatzplanung in Zukunft mehr über diese Problematik sprechen. Dadurch können wir es schaffen auch in Zukunft unsere Spendengelder so effektiv zu nutzen, wie wir es in der Vergangenheit getan haben. Unsere große Stärke liegt in unseren unglaublich motivierten Mitgliedern, die sich mit unserem Verein identifizieren, und unsere Teams, die im Wesentlichen Ihren Interplast Einsatz selbstständig organisieren. Dadurch erleben wir ein hohes Maß an Eigenverantwortung im Umgang mit unseren Ressourcen. Unsere dringende Bitte an Sie: Klären Sie vor Ihrem Einsatz die Erwartungen der Gastgeber genau ab und sprechen Sie über etwaige Kosten die für Ihren Einsatz entstehen werden. Ansonsten werden Sie möglicherweise unangenehme



Überraschungen am letzten Einsatztag erleben. Uns ist es in Tibet und Laos leider so ergangen, dass wir oft nur gegen teure Gebühren tätig werden durften – und selbst in Indien haben wir neuerdings erlebt, wie neue Einsatzmöglichkeiten an für uns inakzeptablen Erwartungen der Gastgeber gescheitert sind. Private Initiativen, Rotarier, Lions und andere Aktivisten sind oft ein Garant dafür, dass man nicht unverhofft ins „große Geschäft“ einsteigen muss. Trotzdem sollte man natürlich darauf achten und im Bewusstsein tragen, dass für die von uns oft als Selbstverständlichkeit angenommenen Transportmittel, Unterkünfte, OP Kapazitäten und Personal Kosten entstehen. Diese Kosten können für unsere Gäste zu einer großen Belastung werden – hier gilt es mit Fingerspitzengefühl den richtigen Kompromiss zu finden. In Laos habe ich erlebt, dass man uns teure Kosten für Promotion und Reisekosten der Patienten in Rechnung stellen wollte – einer der Patienten sei sogar mit dem Flugzeug angereist – das ist natürlich inakzeptabel und das sollten wir wirklich klar ablehnen. Ich bin der Meinung, dass Kosten für z.B. Sauerstoffverbrauch und Medikamente, OP Nutzung und Belegung der Krankenhausbetten hingegen mit gutem Gewissen beglichen werden können.

Viel Spaß und viel Erfolg und möglichst viele zufriedene Patienten auf Ihrem Einsatz

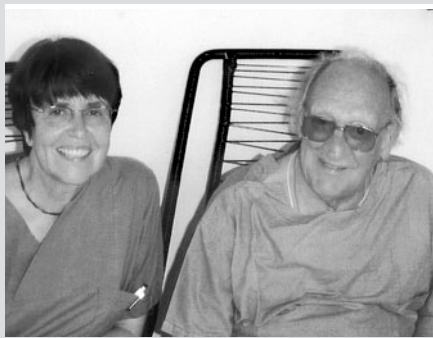
Nuri Alamuti / Wiesbaden



Interplast-Ehrenmitglieder



Gottfried Lemperle



Gretel und Werner Widmaier †



Rémy Zilliox



Waltraud Huck



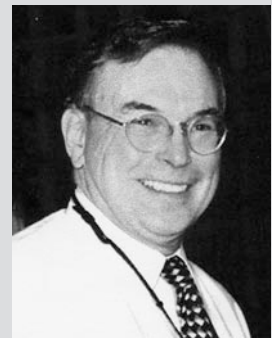
Ortwin Joch



Uta Methfessel-Deb †



Helga Kopp



Donald Laub

INTERPLAST-Germany e.V.

Gemeinnütziger Verein für Plastische Chirurgie in Entwicklungsländern



In Hochachtung und persönlicher Verbundenheit gedenken wir unserers Ehrenmitgliedes

Werner Widmaier

Seit seiner Pensionierung 1988 als Chefarzt am Marienhospital hat er sich zusammen mit seiner ganzen Familie 18 Jahre lang den Ärmsten der Armen in Entwicklungsländern gewidmet. In 35 medizinischen Hilfseinsätzen vermochte er durch sein plastisch-chirurgisches Können und aus christlicher Überzeugung unzähligen bedürftigen Patienten zu helfen. Unzertrennlich mit seiner lieben Frau Gretel begeisterte er die Menschen für seine humanitären Aktivitäten, so dass sämtliche Einsätze nach Tansania, Kamerun, Indonesien und Brasilien von der INTERPLAST-Sektion Stuttgart selber finanziert werden konnten. Getragen von dieser Unterstützung lebte er die INTERPLAST-Idee mit Freude: als Lehrer und Vorbild seinen Schülern etwas mitzugeben, dass sie in seinem Sinne sein Lebenswerk weiterführen mögen. Und so bleibt Werner Widmaier in unserer Erinnerung lebendig und wir leisten weiterhin in seinem Hopsital im Nordosten Brasiliens segensreiche Dienste.

Der Vorstand von INTERPLAST-Germany e.V.
André Borsche, Hubertus Tilkorn, Dietmar Scholz und Nuri Alamuti
und alle seine INTERPLAST-Freunde.

Werner Widmaier – Ein persönlicher NACHRUF

Werner Widmaier ist tot. Er verstarb am 8.12.2008 im Alter von 85 Jahren in Leonberg.

Als Ehrenmitglied unseres Vereins hat er uns allen vorgelebt, wie man konkrete Hilfe direkt und nachhaltig zu den Hilfsbedürftigen dieser Welt bringt.

Hier nur eine ganz kurze Darstellung seiner beruflichen Lebensleistung:

Nachdem er 1943 nach einer schweren Granatsplitterverletzung im Gesicht im Lazarett Dr. Eduard Schmid begegnete, der ihn dort behandelte, war der berufliche Weg vorgezeichnet. Werner Widmaier, der eigentlich Internist werden wollte, folgte Schmid nach dem Krieg nach Stuttgart. Er betrat also 1949 als junger Medizinalassistent, der das Zahnmedizinstudium erst noch zu absolvieren hatte, das Marienhospital Stuttgart, um es erst 1988 als emeritierter Lehrstuhlinhaber für Mund-, Kiefer- und Plastische Gesichtschirurgie wieder zu verlassen.

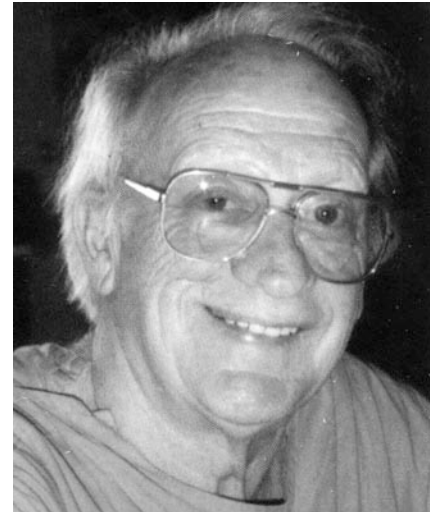
In der dazwischen liegenden Ära hat Werner Widmaier das Fachgebiet der Mund-, Kiefer- und Gesicht-

schirurgie und hierin insbesondere die Spaltchirurgie in Deutschland nach dem Krieg ganz neu aufgebaut und entscheidend geprägt.

Seine wissenschaftlichen Verdienste sind von enormer Bedeutung für unser Fachgebiet. Mehrere heute noch gültige und angewendete Techniken zum Lippen- und Gaumenspaltverschluss wurden von ihm entwickelt und beschrieben.

Der Rekonstruktion von angeborenen und erworbenen Fehlbildungen des Gesichts galt immer sein besonderes Interesse und Engagement. Angetrieben hat ihn stets seine tief empfundene Empathie gegenüber dem Mitmensch, dem leidenden und entstellten Individuum. So war es folgerichtig, dass Werner Widmaier nach seiner Emeritierung fortfuhr, seine Fähigkeiten und seine Menschlichkeit weiter für diejenigen einzusetzen, die sonst keine Hilfe erfahren hätten.

Mit der engagierten Unterstützung seiner Frau Gretel und seiner ganzen Familie begann er, in Ländern der Dritten Welt unentgeltlich Patienten vorwiegend mit Lippen-, Kiefer-, Gaumenspalten, aber auch mit anderen Fehlbildungen oder Verletzungen zu operieren. Ab 1988



zunächst in Tansania, Kamerun und in Kenia waren Werner und Gretel Widmaier im Einsatz um unter oftmals schwierigsten räumlichen, apparativen und hygienischen Bedingungen die bitterarmen Patienten zu versorgen.

Fast 40 weitere chirurgische Hilfseinsätze schlossen sich an. 1992 begann das bis heute sehr erfolgreiche Hospitalprojekt in Coroa-ta im armen Nordosten Brasiliens. Es bedurfte einer enormen Anstrengung, sämtliche für einen OP-Betrieb notwendige Ausstattung in Deutschland (möglichst als Spende) zu beschaffen, in Container zu verladen und nach Brasilien zu transportieren. Die logistischen, formalen und behördlichen Probleme waren erheblich, Rückschläge unvermeidlich. Aber nur so war es möglich, ein nachhaltiges Projekt unter konsequenter Einbindung von brasilianischen Mitarbeitern ins Leben zu rufen. An prestigeträchtigen Strohfeuern war Werner nie interessiert.

Die Umwandlung von leerstehenden, baufälligen Gebäuden mitten im Urwald ohne Strom- und Was-





seranschluss zu einem gut funktionierenden Hospital, in dem bis heute viele tausend Patienten behandelt wurden, wird immer mit dem Namen Werner Widmaiers verknüpft sein.

Für Werner Widmaier war die jährliche Reise nach Brasilien ein „Heimkommen“ in „sein Hospital“. Seinen letzten Einsatz absolvierte er noch 2005 ebendort. Wir führen das Projekt in seinem Sinne fort.

Parallel zu der enormen Aufbauarbeit in Brasilien waren Werner Widmaier und seine Frau auch weiterhin unermüdlich in anderen Teilen der Welt aktiv. Immer wieder ging es vor allem nach Tansania, wo sein Engagement begann. Mehrere Einsätze führten auch nach Indonesien in den Norden der Insel Sumatra.

So schloss sich an eine glanzvolle akademische und chirurgische Karriere ein fast zwei Jahrzehnte dauerndes Engagement für hilfsbedürftige Menschen unter dem Dach von Interplast Germany e.V. an. Die Interplast-Sektion Stuttgart wurde von Gretel und Werner aufgebaut und geführt. Das heisst, dass sämtliche Einsätze durch selbst eingeworbene Spendengelder und durch den Aufbau eines grossen Spendernetzwerkes autark finanziert wurden.

Die nüchterne Aufzählung aller Verdienste und Leistungen während

seines erfüllten Lebens geben aber nur ein unvollständiges Bild von Werner Widmaier.

Für alle, die das Glück hatten, ihn zu kennen, mit ihm zu arbeiten und von ihm zu lernen, war die Begegnung mit Werner Widmaier ein prägendes Erlebnis.

Werner war kein Mann grosser Worte. Gleichwohl strahlte er eine Kompetenz und Souveränität aus, die jedes Wort von ihm, und sei es einem nur ins Ohr geflüstert, gewichtig und bedeutungsvoll machten. Nie war sein Handeln auf seine Person zentriert. Arroganz oder Eitelkeiten waren ihm immer völlig fremd. Mit absoluter Glaubhaftigkeit lebte Werner Widmaier die vollständige Zuwendung des Chirurgen zum Patienten. Nie war eine Gaumenspalte nur „die Gaumenspalte“. Immer wusste Werner Widmaier um den sozialen Kontext, das Schicksal des Patienten.

Jeder, der ihn kannte, wusste, dass er seinen Respekt und seine Zuneigung nicht beliebig und vordergründig verteilte. Seine Freundschaft zu erlangen, war eine grosse Auszeichnung, die in Zeiten inflationärer oberflächlicher und opportunistischer Lobhudeleien umso grössere Bedeutung erlangte.

Werner Widmaiers Humor, leise und unaufdringlich, seine feinsinnigen Kommentare machten ihn zu einer ständigen, kraftvollen Präsenz. Legendär waren Abende auf diversen Veranden in aller Welt, an denen Werner aus seinem Leben erzählte oder die Sternbilder am Himmel erklärt hat.

Jeder jüngere Chirurg, der im OP-Saal einmal Werner Widmaiers Hand auf seiner Schulter gespürt hat, empfand eine ungeahnte Motivation, eine ungekannte Sicherheit im eigenen Handeln. Einfach nur durch seine diskrete Anwesenheit im Hintergrund demonstrierte Werner Widmaier gelassenes Vertrauen in die Fähigkeiten des Assistenten. Er war jederzeit zur Stelle, wenn die eigene chirurgische Erfahrung noch nicht ausreichte. Befand man sich aufgrund der eigenen begrenzten Fähigkeiten in einer vermeintlich unlösbaren chirurgischen Situation, und spürte man seine Präsenz, seine Hand auf der Schulter und die ganz leise gesprochenen Worte „Gib mir mol en Handschuh“, wusste man: Hier steht ein echter Meister seines Fachs und es wird alles gut!

Einen besseren und liebevolleren Lehrer kann man sich nicht denken. Alle, die ihn ein Stück des Wegs begleiten durften, die (bei weitem nicht nur chirurgisch) von ihm lernen durften, wird Werner Widmaier, über seinen Tod hinaus, Inspiration und Vorbild bleiben.

Wir haben einen grossen Chirurgen, einen vorbildlichen Menschen und einen guten Freund verloren.

Stefan Hessenberger, München



INTERPLAST - Akademie in Wiesbaden Thema „Handchirurgie in Entwicklungsländern“

Nach dem tollen Auftakt der INTERPLAST - Akademie am 26.01.2008 zum Thema „Verbrennung“ durch die Gruppe um Dr. Hartmann aus Berlin folgte am 26.04.2008 die zweite Veranstaltung, diesmal zum Thema „Handchirurgie in Entwicklungsländern“.

Auch dieses Mal fand die Akademie in den Schulungsräumen der Schwesternschaft Oranien am Rotes-Kreuz-Krankenhaus in Wiesbaden statt. Auf diesem Wege nochmals unseren herzlichen Dank an die Schwesternschaft die uns die Räumlichkeiten kostenfrei zur Verfügung stellte.

Für diese Veranstaltung hatte sich mit Dr. Günter Zabel, Chefarzt der Abteilung für Hand-, Plastische und Ästhetische Chirurgie am Kreis-Krankenhaus Schopfheim, ein hochkarätiger Leiter der Veranstaltung bereit erklärt von seiner langjährigen Erfahrung bei einer Vielzahl von INTERPLAST-Einsätzen zu berichten.

Dr. Zabel blickt auf eine erfolgreiche Karriere als Plastischer Chirurg mit Schwerpunkt Handchirurgie zurück. Zusammen mit seiner Frau Marianne ist er Gründer der Sektion Schopfheim, aus der die Sektion Schopfheim / Freiburg hervorgegangen ist. Die Begeisterung für INTERPLAST hat inzwischen auch ihre Kinder erreicht. So gestaltete die Tochter von Marianne und Günter, Deborah, die Veranstaltung mit. Sie ist als Physiotherapeutin am Klinikum Karlsbad-Langensteinbach tätig und bereits auf mehreren INTERPLAST-Einsätzen dabei gewesen.

Im ersten Teil der Veranstaltung gab Dr. Zabel einen Überblick über die typischerweise auf INTERPLAST-Einsätzen vorkommenden handchirurgischen Fragestellungen sowie deren Behandlung.

Der zweite Teil wurde von Deborah Zabel gestaltet. Sie beleuchtete die Möglichkeit und Grenzen physiotherapeutischer Behandlungen im Rahmen von INTERPLAST-Einsätzen.

Im dritten Teil ging es um Besonderheiten der operativen Versorgung von handchirurgischen Patienten in Entwicklungsländern. Hier brachte sich auch unser Vorstandsvorsitzender Dr. André Borsche mit Beispielen aus seinem reichhaltigen Erfahrungsschatz bei INTERPLAST-Einsätzen in Wort und Bild ein.

Wieder war es eine rundum gelungene Veranstaltung. Alle Teilneh-

mer waren sich einig, daß sich der teilweise durchaus weite Anreiseweg gelohnt hat.

Denn für alle „Altersgruppen“ war etwas dabei. Die erfahreneren freuten sich über neue Ideen und Anregungen für Ihre nächsten Einsätze. Und für die jüngeren Kolleginnen und Kollegen bestand die Möglichkeit der Fortbildung sowie des Kontaktes zu den erfahrenen Kollegen.

Nochmals ein dickes „Danke schön“ an Familie Zabel die den langen Weg von Schopfheim nach Wiesbaden in Kauf genommen hat. Der Handchirurgie-Tag war bei Euch in den besten Händen ! Ebenfalls ein herzliches „Danke schön“ an meinen Praxispartner Dr. Almuti und Frau Battaglia bzw. Frau Wilke aus unserer Praxis für die Organisation und Verköstigung während der Veranstaltung.

Dietmar Scholz





Nachruf für Klaus Bitter

Professor Dr. Klaus Bitter, früherer Chefarzt der Abt. für Mund- Kiefer- Gesichts chirurgie am Universitäts- klinikum Frankfurt, der sich seit seiner Ruhestands- versetzung ganz großartig für die Arbeit von pro interplast in Indien engagierte und zweimal im Jahr mit einem Team für jeweils sechs Wochen nach Jalpaiguri (Nordostindien) reiste, um dort unzählige Pa- tienten (meist Kinder) zu operieren, ist am 15. Janu- ar 2009 ganz überraschend an seinem Schreibtisch sitzend verstorben. Er war mitten in den Vorberei- tungen für seinen nächsten Einsatz nach Indien, der am 6. Februar stattfinden sollte.

pro interplast und vor allen die vielen noch warten- den Patienten in Indien haben einen schmerzhaften Verlust erlitten.

Unser Mitgefühl gilt seiner Ehefrau und seinen drei Töchtern.

Waltraud Huck



Prof. Dr. Klaus Bitter

* 14. 05. 1937

† 16. 01. 2009

Wir gratulieren !

Der ehemalige Chefarzt der Klinik für Mund-Kiefer- Gesichts chirurgie und plastischen Operationen am Evangelischen Krankenhaus Bethesda Möncheng- ladbach, **Prof. Dr. Heribert Koch**, erhielt das Ver- dienstkreuz am Bande. Seit seinem Eintritt in den Ruhestand im Jahr 1998 hält er sich mehrere Wo- chen im Jahr im SKM- Hospital in Sankhu nahe Ka- thmandu in Nepal auf und operiert für Interplast Ger- many e.V. unentgeltlich Kinder und Erwachsene mit Gesichtsentstellungen wie Lippen-, Kiefer- und Gau- menspalten. Bei diesen Operationen bildet der Mönchengladbacher die einheimischen Assistenten und Schwestern aus und sagt:

„Ich habe das Bundesverdienstkreuz stellvertretend für alle, die an unserem gemeinsamen Werk mitge- arbeitet haben, mit Stolz empfangen.“

Herzlichen Glückwunsch!

André Borsche





INTERPLAST-Stiftung

Rechtsfähige Stiftung zur Förderung längerfristiger Projekte für Plastische Chirurgie in Entwicklungsländern

Geschäftsstelle: Klinik für Plastische und Rekonstruktive Chirurgie, Diakonie-Krankenhaus, Ringstraße 64, 55543 Bad Kreuznach, Germany
Tel.: (06 71) 6 05 21 10 - Fax: (06 71) 6 05 21 12



Liebe Interplast Freunde,

gemäß des Mitgliederbeschlusses vom 7. März 2004 hat der Verein

INTERPLAST-Germany e.V. zur Förderung längerfristiger Projekte im Sommer 2004 zusätzlich eine **INTER-PLAST-Stiftung** errichtet.

Es handelt sich dabei um eine rechtsfähige öffentliche Stiftung des bürgerlichen Rechtes, die der Aufsichts- und Dienstleistungsdirektion Rheinland-Pfalz untersteht.

Wie in der Stiftungs-Satzung vorgeschrieben wird die Stiftung von einem Vorstand und einem Kuratorium geleitet. Der erste **Vorstand** setzt sich aus dem Vorsitzenden des Interplast-Vereins und den beiden Vertretern der längerfristigen Projekte Nepal und Burma zusammen und das **Kuratorium** aus den Leitern der Interplast-Sektionen und Fördervereinen.

Die INTERPLAST-Stiftung wird verwaltungsmäßig unabhängig vom Verein geführt und hat eine eigene Konto- und Bankverbindung. Auch die Zuwendungsbescheinigungen sind unterschiedlich. Es wird dabei zwischen einer Zustiftung und einer Spende unterschieden. Die **Zustiftung** dient zur Aufstockung des Stiftungskapitals, aus dessen Erträgen die gemeinnützigen Aufgaben finanziert werden sollen. Außerdem sind auch **Spenden** möglich, die allerdings dann zeitnah zu verwenden sind. Wie bei unserem Verein, so ist auch die Tätigkeit für die Stiftung ehrenamtlich ohne eine finanzielle Entschädigung.

Ihr Dr. André Borsche

Kontoverbindungen für INTERPLAST-Stiftung:

Bank für Sozialwirtschaft Mainz	(BLZ 550 205 00)
Zustiftungen und Spenden	Konto: 8616 000

Soll ein bestimmtes Projekt gezielt unterstützt werden, bitte Stichwort angeben!

Zum Beispiel: **Nepal-Projekt, Burma-Projekt** oder **Brasilien-Projekt**

Bitte unbedingt Name und Adresse angeben damit eine steuerlich abzugsfähige Zuwendungs-Bescheinigung ausgestellt werden kann!

Kontoführung: Camilla Völpel Sekretariat@interplast-germany.de

Ansprechpartner: Dr. André Borsche Borsche@interplast-germany.de

Steuerliche Abzugsfähigkeit:

Die steuerliche Abzugsfähigkeit einer Zustiftung ist weiter gefaßt als bei einer Spende :

- bis 1.000.000 € / Jahr Zustiftung
- bis 20 % des Einkommens als Zuwendung (Spende) für eine Stiftung
- unbegrenzt bei Erbschaft / Vermächtnis / Schenkung



4. Förderungsprojekt der INTERPLAST-Stiftung: Armenhospital in Coroatá / Brasilien



Das von Werner Widmaier auf Initiative von Pater Paul errichtete kleine Hospital in Coroatá / Maranhao, der Armenregion Brasiliens, wird seit 1992 von den Solanus-Schwestern für die regelmäßigen IN-

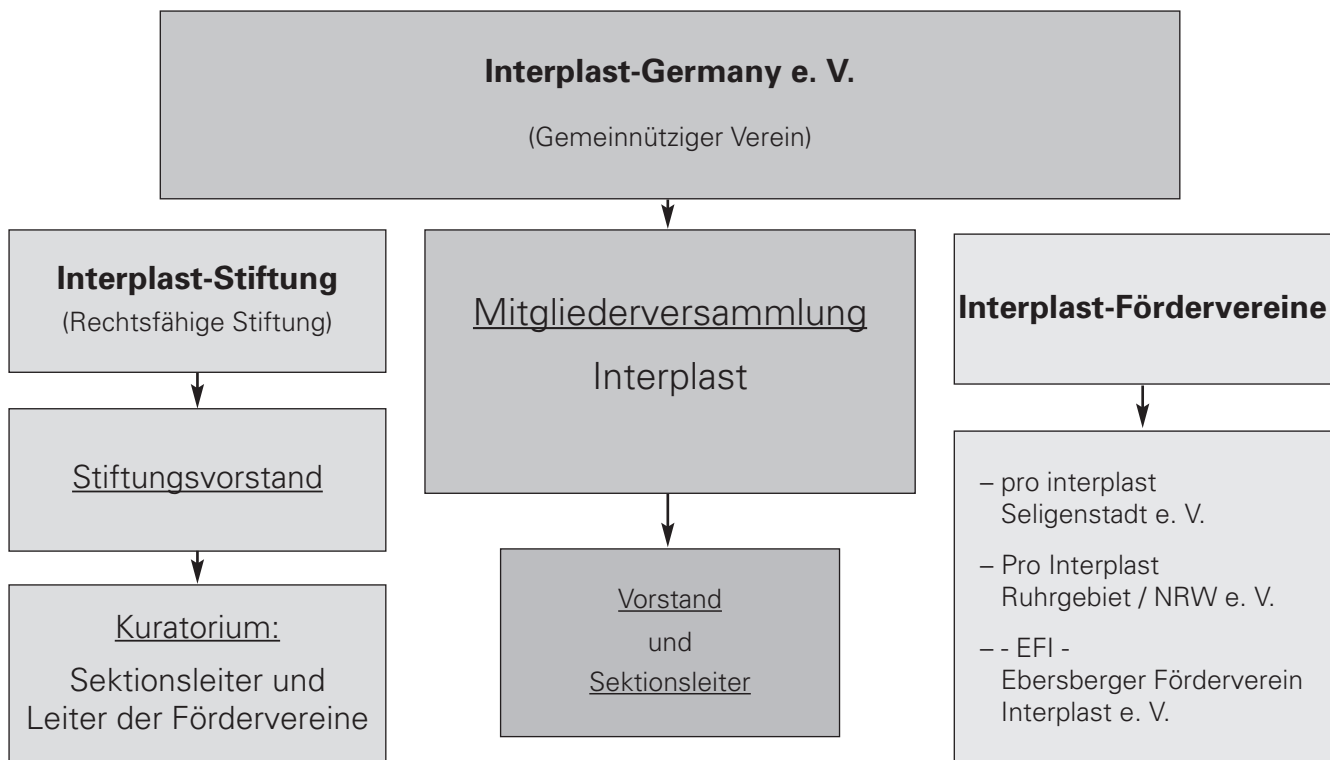
TERPLAST-Einsätze hergerichtet und unterhalten. Unter der weisen Führung von Schwester Veronica ist eine Vielzahl von einheimischen Mitarbeitern angeleitet und in die Projektarbeit wundervoll integriert worden, so daß ein reinigungsloser Stations- und Operationsbetrieb stets garantiert ist. Von Anfang an war es Werner & Gretel Widmaier sehr wichtig, ausgewählte und talentierte Mitarbeiter in Operations-Assistenz und Sterilisation der OP-Instrumente auszubilden. Um Ihnen auch eine offizielle Anerkennung zu ermöglichen, finanzierten sie die Ausbildung von Mahon, Gardenia und Maria José.

Hier will nun die INTERPLAST-Stiftung den Abschluß der

Ausbildung übernehmen, nachdem wir uns nocheinmal im Sommer 2008 zusammen mit den neuen Projektleitern Hubertus und Marlene Tilkorn von der Qualität der 3 Schwestern überzeugen konnten. Mittlerweile ist auch der offizielle Status für das ganze INTERPLAST-Hospital als Dependence-Hospital des öffentlichen Krankenhauses, Hospital Regional Alexandre Mamede Travao, geregelt und die Zusammenarbeit mit INTERPLAST vertraglich abgesichert. In dem öffentlichen Krankenhaus werden dann unsere 3 INTERPLAST-Schwestern auch außerhalb unserer Einsätze eine feste Anstellung finden.

Projektverantwortliche:

Dres. Hubertus und Marlene Tilkorn
Bünkamp 7
48157 Münster
tilkorn@gmx.de
Sektion Stuttgart/
Münster





INTERPLAST - Germany e.V.
 Gemeinnütziger Verein für Plastische Chirurgie in Entwicklungsländern
 Vorstand: Dr. André Borsche, Dr. Hubertus Tilkorn, Dr. Dietmar Scholz, Dr. Nuri Alamati
 Geschäftsstelle: Klinik für Plastische und Rekonstruktive Chirurgie, Diakonie-Krankenhaus,
 Ringstraße 64, 55543 Bad Kreuznach - Tel.: (06 71) 6 05 21 10 - Fax: (06 71) 6 05 21 12

Agreement of Cooperation 26-06-2008

INTERPLAST-Germany, the Secretary of Health of Corotá - MA and the Diocese of Corotá come to an agreement of cooperation based on the good experience of the Plastic Surgical Camp in the Hospital Regional Alexandre Mamede Trovao of Corotá in June 2008.


1. The team of Interplast-Germany is very glad to work in the Hospital Regional for free, in the benefit of many poor children and other unprivileged people who are in need of plastic surgical treatment.
2. We are grateful for any kind of cooperation with the local staff, doctors or other people who support our aim to help as many patients during the camp as possible.
3. The Diocese of Corotá prepares the patients selection and takes care of the post operative treatment. It stays in close contact with the hospital administration and discusses all details of organization.
4. Medical materials and drugs which could not be brought by the team from Germany are purchased and paid by the Secretary of Health.
5. Special operation facilities as operation tables and anesthesia machines that belong to the Diocese, donated by Interplast, may be used in the Hospital during the cooperative work.
6. The Interplast team offers any kind of possible help to the government of the city of Corotá as demonstration of the dedication and trust that was given to the team.


 Luiz Marques Barbosa Junior
 Secretary of Health



 Irma Veronica Brunbauer
 Diocese Corotá


 Dr. Hubertus Tilkorn
 Team leader of Interplast


 Dr. André Borsche
 President of Interplast Germany e.V.

Bankverbindung: Deutsche Bank Köln - Kontonummer 2 57 19 90 - BLZ 37 07 00 24



Gardenia



Maria José



Mahon





Bilder vom Jahrestreffen



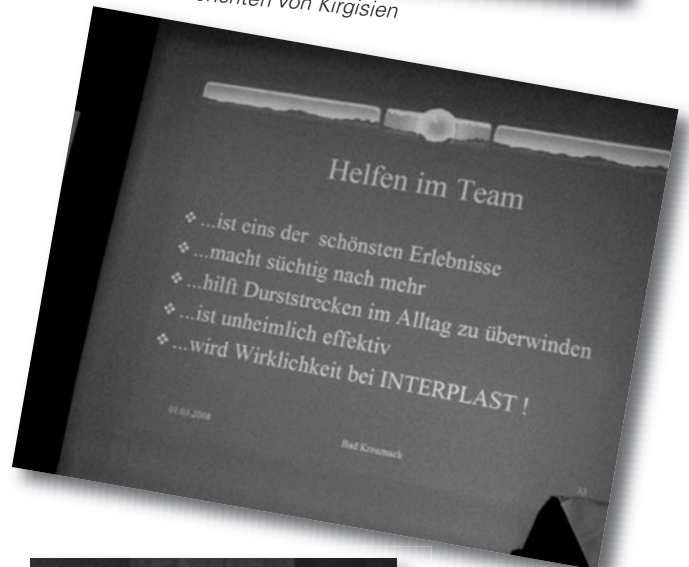
Vollversammlung im Kurhaus Bad Kreuznach



Bernd Hartmann und sein Team berichten von Kirgisien



Ehrenmitglied und französischer Fremdarbeiter Rémy Zilliox



Helfen im Team



Hans de Bruijn berichtet aus Ecuador



Heinz Schoeneich in seinem Element



INTERPLAST-Symposium Bad Kreuznach, 1. März 2008

INTERPLAST – - Teamgeist im sozialen Engagement

1. *Begrüßung und Einführung*
André Borsche, Bad Kreuznach
2. *Soziales Engagement: ja, Teamgeist: auch, aber ...*
Michael Schidelko, Bad Honnef
3. *Belastungsproben für INTERPLAST-Teams*
André Borsche, Bad Kreuznach
4. *Ecuador –INTERPLAST acts in an outpatient clinic
Noma – Sokoto / Nigeria – Multimedia
Reconstruction of a child's burnt face - Film*
Hans P. de Bruijn, INTERPLAST Holland
5. *Kooperation der Brandverletzententren Berlin
und Bishkek: Verbesserung der Schwerbrandver-
letzten-Versorgung in Kirgisien*
Bernd Hartmann, Sabine Menges, Gesa Gohlke,
Berlin
6. *Perspektive für eine INTERPLAST-Station in
Kodaikanal/Indien?*
Doris Pasch, Brigitte Tittmann-Reutter, Düsseldorf
Andreas Schmidt-Barbo, Warburg
7. *Therapie von LKG-Spalten auf den Philippinen:*
Ergebnisse einer Nachuntersuchung
Peter Sieg, Lena Cohrs, Lübeck
8. *Hilfsprojekt für irakische Zivilopfer in Amman /
Jordanien, Kooperation INTERPLAST und Ärzte
ohne Grenzen*
André Eckardt, Hannover
9. *Nach einem Jahr Partnerschaft mit MSF habe ich
meine INTERPLAST-Seele nicht verloren!*
Buruli Ulcus
Rémy Zilliox, Lyon INTERPLAST France
10. *Bauanleitung für INTERPLAST-Schienen aus
Pappe*
Thomas Hehr, Gleishorbach
11. *Anästhesie bei INTERPLAST-Einsätzen:
Zusammenfassung des 1. INTERPLAST-Anästhe-
sistentreffens*
Hajo Schneck, Traxl
12. *INTERPLAST-Mitgliederportal auf DooX:
Brauchen wir sowas?*
Hajo Schneck, Traxl
13. *Diskussionsforum:*
Problemfälle bei INTERPLAST-Einsätzen
Nuri Alamuti, Schidelko, Borsche, Schoeneich
14. *Jemen Encounters - Multi-Mediashow*
Heinz Schoeneich, München



Nuri Alamuti und Christian Löhlein



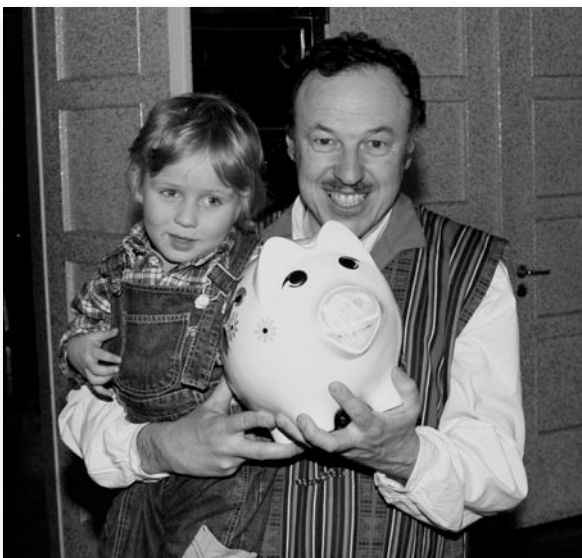
SWR Berichterstattung über das INTERPLAST-Treffen



Matthias Gensior und Michael Schidelko



Peter Sieg initiierte eine Nachuntersuchung der operierten LKG-Patienten auf den Philippinen



Frederic-Tom Vöpel und Andre Borsche danken für die Spenden zur Finanzierung des Essens



Diskussionen zur Organisation der INTERPLAST-Arbeit

Bilder vom Jahrestreffen



Gemütlicher Ausklang auf der Eberburg



Eva, Raul und Andre Borsche freuen sich über das Wiedersehen mit Alberto Peek

1. Anästhesie-Treffen im Rahmen der Jahrestagung 2008

Gesprochen wurde schon seit mehr als zehn Jahren auf den Jahrestagungen darüber (meist bis ca. Samstag Abend), geplant wurde in den Köpfen seit drei Jahren (meist bis ca. Mitte März), zustande gekommen ist es erstmals am 29. Februar 2008 (vielleicht weil der Tag einfach überzählig war): das erste Treffen der AnästhesistInnen, -schwestern und -pfleger im zeitlichen und räumlichen Rahmen der Interplast-Jahrestagung.

Vielleicht lag es aber nicht nur am Schaltjahr, sondern daran, dass die Anästhesie-Gruppe innerhalb von Interplast Germany „erwachsen“ geworden ist in all den Jahren, sich auch zahlenmässig vergrössert hat und dank unseren neuen Kommunikationsmöglichkeiten (zu den Dativ stehe ich) enger zusammen gewachsen ist. Ich zumindest habe das so empfunden, und ich finde es gut.

So oder so, Anfang September 07 ging das Treffen vorsichtig, aber mit Schwung und Hartnäckigkeit in die konkrete Vorbereitungsphase, auf unserer Plattform wurden Themenvorschläge gesammelt (die längst nicht alle aufgenommen respektive abgearbeitet werden konnten) und Terminvarianten diskutiert. André Borsche machte es möglich, dass ein separater Raum zur Verfügung stand (der sich dann allerdings als gerade eben gross genug erwies; es hatten sich nur 5 KollegInnen angemeldet, gekommen sind schliesslich mehr als 40), Medien-Technik soweit nötig wurde mitgebracht.

Völlig willkürlich, aber nicht ganz zufällig formierte sich eine kleine Gruppe, welche sich die Vorbereitungen und die Abläufe aufteilte, darunter Iris Kuriakos, Cristina Lorenz und Geli Wagner aus der heimlichen Hauptstadt, Dirk Dun-

kelberg aus Karlsruhe, Ernst Eichel aus Freiburg und Paul Schüller aus Traunstein. Als Termin wurde letztendlich der Freitag Nachmittag vereinbart, nicht ganz einfach für manche KollegInnen aus Praxis und Klinik, aber die Alternative wäre der mit dem interessanten Interplast-Programm nahtlos gefüllte Samstag gewesen. Der Start-Zeitpunkt 15:00 Uhr war letztlich das geringere Übel = Kompromiss, wenn gleich für die paar von uns, die an der Sektionsleiter-Sitzung teilnehmen wollten und gesollt hätten, eine komplette zeitliche Überschneidung unvermeidbar war. Für dieses Problem zeichnet sich auch für 2009 keine plausible Lösung ab.

Im „kleinen Saal“ des Domina-Hotels trafen sich also ab 15:00 Uhr zunächst 20, dann nach Dienstschluss immer mehr, schliesslich 43 Interplast-Anästhesie-Interessierte aus allen Berufs- und Alters-

gruppen, überwiegend solche mit einiger Einsatzerfahrung, daneben auch „Neulinge“ – ein in meinen Augen ganz wichtiger Punkt, nur so lassen sich Sympathien feststellen und Kontakte anbahnen, die uns „Senioren“ bei unseren Bemühungen unterstützen, Interplast nach und nach auch auf jüngere Beine zu stellen. In einem Fach, das in Deutschland nicht einmal so alt ist wie mancher von uns, kann der Fortschritt ja noch nicht zu Ende sein.

Nach ein paar einleitenden Worten stellten Dirk Dunkelberg, Ernst Eichel und Geli Wagner einige interessante Neuigkeiten aus dem Sektor Material und Anästhesie-Gerät vor: Anaconda, den 100-Gramm-Verdampfer; diverse praktisch gewichtslose Bain-Mapleson-Systeme zum Einmal- bzw. Mehrfachgebrauch; ein komplettes Kreisteil aus Kunststoff. An diesen und anderen Beispielen zeigte sich sofort in der Diskussion, wie bewusst und erfolgreich einige KollegInnen an der Lösung spezieller Probleme bei Interplast-Einsätzen arbeiten, sei es an den Besonderheiten beim Arbeiten unter eingeschränkten Bedingungen, sei es an der Minimierung unserer zunehmenden Transportkosten.

Zwangsläufig und von Paul Schüler bzw. Dirk Dunkelberg exemplarisch vertreten entspannt sich an diesen Gerätschaften die Diskussion über Vor- und Nachteile von Inhalations- bzw. TIVA-Verfahren; Resultat erwartungsgemäss jein aber. Pluspunkte für Inhalationsanästhesie sind ohne Zweifel die Möglichkeit zur Kinder-Einleitung mit Maske (für kurze Sachen wie Verbandswechsel, Fädenziehen etc. auch



Leidenschaftliches Plädoyer für die Interplast Anästhesie von und mit Hajo Schneck

mal ohne Nadel) und die zuverlässige Spontanatmung bei niedrigem bis keinem Opioid-Anteil und, keinesfalls zu unterschätzen, die Möglichkeit, lokale KollegInnen bei den für sie auch nach Abreise verfügbaren Techniken zu begleiten. Negativ sind dagegen die Kosten bei hohem Frischgasflow (incl. Kosten für Transport von Atemkalk) und dazu die Exposition von Team und Umwelt gegen die Substanzen. Das vorläufige Fazit lautete eher TIVA, Volatile aber natürlich gleichwertig, wenn für Rückatmung mit niedrigem Flow und Atemgas-Scavenging gesorgt ist. Diese Diskussion ist alles andere als abgeschlossen und jede neue Entwicklung muss gut beobachtet und in die Argumentation eingebaut werden (z.B. leichtgewichtige Mehrweg-Kreisteile, Voraus-Versand von Atemkalk, Einkauf vor Ort etc.), und vor allem müssen wir schon den Ausbildungs-Gedanken im Kopf behalten.

Weitere Themen waren Materialbeschaffung und -bewirtschaftung mit Schwerpunkt Opiode. Hier hat sich seit März 08 viel Positives getan, was auch 2009 wieder Thema sein wird – der Opioid-Transport über die Grenzen und zurück steht jetzt mit mehreren Stempeln und Schreiben versehen auf formal korrekten Füßen, zumindest ist das Problem weitestgehend entkriminalisiert.

Es bestand völlige Klarheit und Einigkeit darüber, dass es sich in Zeiten versiegender Industrie-Quellen (und aus anderen Gründen) eine Organisation wie Interplast nicht leisten kann, dass Medikamente einerseits zugekauft werden müssen, andererseits ein paar Kilometer weiter genau solche Medikamente verfallen – Informationsfluss und nochmal Informationsfluss ist hier angesagt, die geringe Mühe, das war allen TeilnehmerInnen klar, wird an anderen Stellen eingespart, nicht nur finanziell.

Nach lebhafter Diskussion zu diesen und allen möglichen anderen Themen (wie es bei der erfahrungsmässig unterschiedlichen Zusammensetzung ja auch zu erwarten und zu wünschen gewesen war) fanden ohne Ausnahme alle, die sich äusserten, dass es erstens zu schnell 18:00 Uhr geworden sei und dass zweitens auch 2009 wieder ein solches oder ähnliches Treffen stattfinden solle – Themen gibt es noch genug, die Vorbereitungen laufen.

Hajo Schneck, Traxl



INTERPLAST – Europa

International Plastic Surgery for Developing Countries

www.Interplast-Europe.org



Interplast Germany

www.Interplast-Germany.de
 André Borsche
 Ringstr. 64
 D-55543 Bad Kreuznach
 Germany
 Tel: 0049 - 671 - 605 2110
 Fax: 0049 - 671 - 605 2112
 Borsche@Interplast-Germany.de

Interplast Italy

www.InterplastItaly.it
 Paolo G. Morselli
 Viale Berti Pichat 32
 40127 Bologna Italy
 Tel: 0039 - 51252021
 Fax: 0039 - 51 246382
 pgmorse@tin.it

Interplast UK

www.urcommunity.co.uk/InterplastUK
 Charles Viva
 "Welbury House" 393 Thornaby Road
 Thornaby on Tees TS17 8QN
 Great Britain
 Tel and Fax : 0044 - 1642 88 2442
 C_Viva@hotmail.com

Interplast France

www.Interplast-France.net
 Patrick Knipper
 25 Rue Bourgogne
 F - 75007 Paris
 France
 Tel : 0033 - 145 51 47 47
 info@docteur-knipper.com
 RemyZilliox@aol.com

Interplast Holland

www.InterplastHolland.nl
 Rein J. Zeeman
 Louise de Colignylaan 7
 NL - 2341 C.G. Oegstgeest
 Netherlands
 Tel: 0031 - 7 15 21 01 65
 Fax: 0031 - 7 15 21 44 58
 info@interplastholland.nl

Interplast Switzerland

www.interplast-switzerland.ch
 Florian Jung
 Bodenackerstrasse 20a
 CH - 8330 Pfäffikon ZH
 Switzerland
 Tel: +41 - 43 288 86 93
 jung@interplast-switzerland.ch

We welcome INTERPLAST-Switzerland to join our European INTERPLAST-Community!



ESPRAS SHARE and INTERPLAST - Europe

International Plastic Surgery for Developing Countries

Dear Friends and Colleagues,

in 2004 we started the idea of an European Cooperation in the field of humanitarian plastic surgery with the idea of INTERPLAST Europe. But there was not much power behind this idea because everybody was so busy with his own humanitarian activities. Perhaps some of us were afraid to lose their individual touch or were not convinced by the benefits of any cooperation.

Now the time has changed, humanitarian missions become more dif-

icult due to different aspects : official regulations require a lot of formalities, the cooperation with the colleagues in the foreign countries gain importance, the safety of the operations and outcome control is mandatory, competition between humanitarian organization increases and the request for money to pay for our operations occurs more often.

Thanks to Jean-Phillipe Nicolai and others the European Cooperation is now pushed forward through ESPRAS European Society of Plastic, Reconstructive and Aesthetic Surgery

which organized SHARE The Surgeons' Humanitarian Aid Resource Europe.

Christian Echinard became president of SHARE and Fiore Nicolai Executive Director.

INTERPLAST takes now the opportunity to invite SHARE for a workshop concerning the goals of European Cooperation on the base of then new Code of Conduct of SHARE and the experience of Interplast-Germany within the last 28 years.

I would greatly appreciate if everybody interested in this subject will follow our invitation to join this project. We are in need of enthusiastic individuals who are convinced of the idea of Euro-pean Coop !

With best regards

André Borsche

President Interplast-Germany

www.interplast-germany.de

www.esprasshare.org



In the future, when the European plastic surgeons will have realized these ambitions, ESPRAS SHARE aims to expand its work to the whole of IPRAS, covering humanitarian work of 21 500 plastic surgeons worldwide.

Problems to be solved

Many plastic surgeons take part in humanitarian work. Operations performed during humanitarian missions are typically reconstructive in nature. They include congenital deformities, e.g. of the hand, burns, cranio-facial deformities including cleft lip and palate, mutilation, and contractures. Humanitarian missions are often organized by individual plastic surgeons themselves, forming teams with an OT-nurse and an anesthesiologist, sometimes under the cover of an NGO, but mostly as individual initiatives. Hospitals are being built by foreign plastic surgeons and their NGOs. Educational exchanges take place.

Several problems have been identified regarding the necessity for plastic surgery worldwide and humanitarian work by plastic surgeons. These include:

- I. Lack of means and facilities, insufficient coordination.
 - a) It is difficult to make **supply meet demand**: when the expertise of plastic surgeons is needed in a certain area, there is neither a worldwide body nor a European organization of plastic surgeons which can provide an adequate solution.
 - b) As far as **disaster relief** is concerned, there is no central body for information exchange and communication, and no structure that will be able to identify available plastic surgeons.
 - c) On occasion, humanitarian teams have arrived at their destination only to find that, prior to their arrival, another humanitarian team has already done the work. This kind of **overlap** must be avoided.
 - d) Much more could be done if there were sufficient **financial means**: the building of hospitals, educating and training local staff, executing humanitarian missions and providing local hospitals with infrastructure and equipment. Sponsoring and funding should become more accessible to those who take the initiative.
- II. The quality of humanitarian work.
 - A. Minimizing harm, "primum non nocere".
 - a) Some humanitarian teams do not organize appropriate **aftercare** for their patients. This too is unethical and may cause unacceptable health risks to patients.
 - b) **Local medical staff are not always informed**, or consulted, before a humanitarian action is undertaken. Without informing local authorities and local surgeons, humanitarian work can harm relationships, undermine existing structures to tackle health issues utilizing locally available capacity.
 - c) The lack of knowledge about **cultural differences** may cause maltreatment of patients and inappropriate action by foreign medical staff members.

E.S.P.R.A.S.

SHARE

Committee on Surgeons' Humanitarian Aid Resource Europe

Introduction

About ESPRAS

The **European Society of Plastic, Reconstructive and Aesthetic Surgery, ESPRAS**, is the European section of IPRAS, the International Confederation of Plastic, Reconstructive and Aesthetic Surgery, which is the only worldwide organization of plastic surgeons. Each European national society of plastic surgery is a member of ESPRAS, embodying 5000 plastic surgeons (ESPRAS delegates) in Europe.

Ulrich T. Hinderer became the General Secretary of IPRAS in 1992, a position he held until 1999. He stood at the forefront of setting up official structures for educational and humanitarian activities within the international confederation. It is the aim of ESPRAS to continue and consolidate this in the form of SHARE: Surgeons' Humanitarian Aid Resource Europe.

ESPRAS SHARE

The aims of ESPRAS SHARE are:

- I. to **facilitate** and better **coordinate** humanitarian activities involving European plastic surgeons, and
- II. to improve the quality of humanitarian aid given by European plastic surgeons so that **no harm** will be done.
- III. to ensure that the humanitarian aid provided contributes to **sustainable** development of reconstructive plastic surgery in receiving countries.
- IV. to ensure **ethical practice** of the surgeons providing humanitarian aid.
- V. to reach the targets of sustainability and better coordination, improved **communication** between the various organizations and individuals engaged in humanitarian aid is necessary.

Training and education are the primary instruments to reach the goal of sustainability.

Providing the resources to institutions in the receiving areas, on the other hand, is just as essential. ESPRAS SHARE will stimulate European plastic surgeons to make their efforts in the humanitarian field to share their knowledge and skills to contribute to a sustainable development of medical service in other areas in the world.



- d) It has been reported that in some instances foreign medical staff take part in medical acts that they are not qualified for, with the goal of getting work experience. Treatment by **unqualified personnel** is unethical, clearly endangers patients and is a situation that cannot be tolerated. At present, there is no way to prevent it from within the rank and organization of the plastic surgeons.

e) **Insufficient preparation**, for instance due to the lack of access to information about political stability or common diseases in a certain area, causes security and health risks to members of humanitarian teams.

B. Sustainability.

- a) For long-term benefit, prevention of problems and sustainability in developing countries, **training and education** of the local medical and health staff is imperative. Training and education to local medical and health personnel is not taking place on a large enough scale, as yet. Simultaneously, brain drain from the host countries should be prevented. Therefore, training and education should be organized locally, as far as possible. Furthermore, European hospitals and health institutions should be called upon not to recruit personnel in and from developing countries.
- b) Short visits may help individual patients, but only **long-term relationships** between different physicians and medical and health institutions provide a context in which underlying problems can be addressed. Plastic surgeons should be encouraged to build long-term relationships with hosting hospitals and countries.
- c) At present, the manner in which humanitarian aid is currently being provided is supply driven rather than demand driven. In order to provide aid which contributes to sustainable development of local medical and health services, it is important that humanitarian missions take place on a **demand driven** basis: the right kind of help should be delivered to **the right people at the right time**.

Many of the difficulties mentioned above can be overcome. Plastic surgeons in Europe and elsewhere in the world emphasize the need for better facilitation and coordination of humanitarian aid, and call for action against malpractice. In order to make substantial progress in the field of plastic surgery worldwide, aid which facilitates sustainable development of medical and health services should be promoted within ESPRAS.

Solutions

The existing organizations of ESPRAS and IPRAS provide for an expanding network of 21 500 plastic surgeons in about 80 countries. Many are target countries for humanitarian aid, either in the context of disaster relief or because they do not have the means and the knowledge to be able to provide good healthcare. Furthermore, Information Technology now makes the necessary communication possible.

A Code of Conduct

There is an urgent need for regulation in some areas for the safety and wellbeing of patients who are being treated by humanitarian teams involving foreign surgeons. Malpractice should be acted upon and aftercare should always be appropriately organized by the humanitarian

teams. This should be regulated by the formal introduction of a regulating **ESPRAS code of conduct for humanitarian work**, to be implemented by the national societies. Surgeons who do not act according to the ESPRAS code of conduct for humanitarian work will be summoned by ESPRAS SHARE not to take part in humanitarian missions any more. If ESPRAS SHARE finds it necessary and safe to inform the health authorities of either the home country or target country for humanitarian work, it will not hesitate to do so.

Another task for the Code of Conduct is to educate and to stimulate the sustainable development of surgical services in developing areas. The code of conduct demands that, prior to the departure of a humanitarian mission, the national IPRAS delegate of the target country should be informed about the particular mission. The mission can only take place with the consent of the national IPRAS delegate. If for a particular country there is no IPRAS delegate, the national health authorities should be consulted instead. ESPRAS SHARE assist in getting in touch with the national delegate or the local health authorities.

The Code of Conduct asks plastic surgeons to report to ESPRAS SHARE, before and after every humanitarian mission.

A Database for staff, hospitals, field hospitals, fundraising, equipment, results of humanitarian work

An comprehensive database will assist in two key areas: to better coordinate and facilitate humanitarian work and to provide plastic surgeons and coordinating staff with information to give plastic surgeons the resources to ensure that their aid contributes to sustainable development of reconstructive plastic surgery in receiving countries.

Exchange information, promote communication

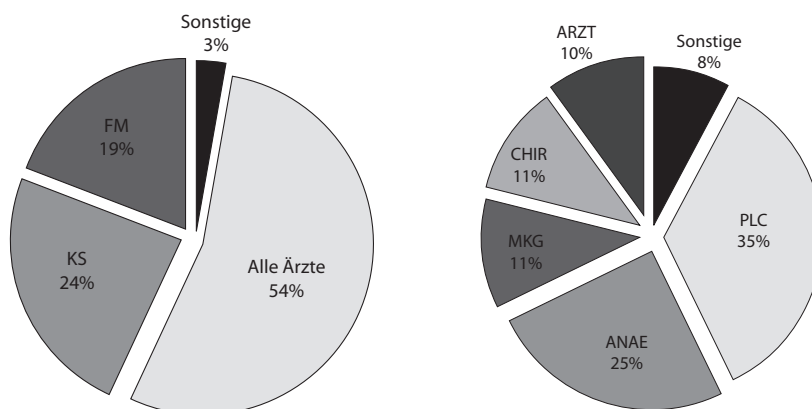
To improve the quality of humanitarian work, ESPRAS SHARE will inform, stimulate debate and organize workshops at international congresses. An informative website is being developed, with a Wikipedia-like function for plastic surgeons to exchange information about their working experiences and share relevant information about local culture, and for ESPRAS SHARE to inform about vaccination, political stability and other safety related issues. Information about fundraising can be placed in the easily accessible Wikipedia-like function of the ESPRAS SHARE website.

Fundraising

By supporting plastic surgeons in the search for appropriate sponsorship and funding of humanitarian initiatives, it may enhance the efforts of plastic surgeons to ensure sustainable development. For example, ESPRAS SHARE, will assist plastic surgeons to find sponsors to realize projects on education and training of medical and health staff in target countries for humanitarian aid. The fundraising service will allow ESPRAS SHARE to become a pillar for humanitarian activities by European Plastic Surgeons. Fundraising is essential to get the necessary cooperation of individual teams and plastic surgeons.



Mitglieder- spektrum



- CA Chefarzt
- OA Oberarzt
- FA Facharzt
- AA Assistenzarzt
- PRAXIS Arzt in Praxis
- NN nicht näher bezeichnet
- KS Krankenschwester / Pfleger / Krankengymnastik
- FM Fördermitglied
- ORG Organisator / Organisation
- STUD Student
- PLC Plastische Chirurgie
- ANAE Anästhesie
- MKG Mund-,Kiefer-Gesichts-Chirurgie
- CHIR Chirurgie
- ARZT Nicht operative Medizin
- ORTHO Orthopädie
- HNO Hals-Nasen-Ohren-Chirurgie
- GYN Gynäkologie
- AUGEN Augen-Chirurgie
- ZAHN Zahn-Chirurgie

	PLC	ANAE	MKG	CHIR	ARZT	ORTHO	HNO	GYN	AUGEN	ZAHN	Gesamt
CA	60	19	14	3	3	3	0	2	0	0	104
OA	41	38	28	18	2	5	2	2	0	0	136
FA	19	50	10	12	6	3	3	2	0	0	105
AA	56	42	4	35	32	2	1	0	0	4	176
PRAXIS	56	16	20	4	7	0	4	0	1	9	117
NN	13	8	0	3	22	0	0	1	0	9	56
<i>Gesamt</i>	245	173	76	75	72	13	10	7	1	22	694
KS	142	83			70	8					303
FM	244										244
ORG	14										14
STUD	22										22

Gesamt Mitglieder **1277**

Datum : 10.01.2009



Der Plastische Chirurg und sein Narkotiseur

- zur Rolle der AnästhesistInnen im Gesamtkonzept von Interplast -



Seit 1980 gibt es Interplast Germany, seitdem fast jedes Jahr einen Jahresbericht. Ein paar Stich- und Lese-proben:

1989 Vorwort des Vorsitzenden, ca. 1,5 Seiten; Erwähnung oder Bezug auf Anästhesie: Fehlanzeige.

Übersicht: die Entwicklung von Interplast Germany, ca. 1,5 Seiten. Leseprobe: „Von uns werden Spitzenkräfte ... eingesetzt. Es sind ... sehr erfahrene Plastische Chirurgen, meist Leiter grosser Kliniken.“ Punkt.

1990 Übersicht „Plastisch-operative Versorgung ... in Peshawar“, 2 Seiten. Nach jedem Absatz namentliche Nennung der wichtigsten Operateure (alphabetisch: Bärwald, Biewener, Grabosch, Heckeley, Joch, Lampe, Lennert, Nick, Preissler, Schaff, Schidelko, Schöneich, Toenissen, Viva, Wolters). Irgendwo der Hinweis auf chirurgische Komplikationen, danach wörtlich: „Kein Patient verstarb während des Einsatzes. ... Dieser Verdienst ist nicht zuletzt den hervorragenden Narkoseärzten zu danken, die jedes Team begleiten.“

Schade, wenn sie schon namenlos bleiben, hätten sie vielleicht wenig-

stens gerne zum Team gehört statt es nur zu begleiten.

91/92 Kritische Diskussion über Interplast Germany, knapp 2 Seiten; Erwähnung oder Bezug auf Anästhesie: Fehlanzeige.

93/94 Vorwort anlässlich 25 Jahre Interplast, ca. 1,5 Seiten; Erwähnung oder Bezug auf Anästhesie: Fehlanzeige.

Das Konzept von Interplast Germany: „Von Interplast Germany werden nur best-ausgebildete Kräfte als Teamleiter eingesetzt. Diese verfügen über meist jahrelange Berufserfahrung in der Plastischen Chirurgie.“

95/96 Vorwort; „Das langfristige Ziel muss jedoch in der Ausbildung einheimischer Chirurgen bestehen Aber auch Orthopäden, Urologen oder Augenärzte.“ Erwähnung oder Bezug auf Anästhesie: Fehlanzeige.

ABER: „Anästhesie bei Interplast-Einsätzen“, der meines Wissens erste Jahresberichtsbeitrag, in dem sich in der Person von Sigrid Nass eine Anästhesie-Ärztin mit der besonderen Situation des verantwortlichen Team-Anästhesisten in logistischer, kommunikativer und emotionaler Hinsicht auseinandersetzt, Zitat (nicht wörtlich): „wünschenswert wären transportable Narkosegeräte; Erweiterung des Teams um eine Anästhesieschwester; Opiate können nicht mitgeführt werden“ und wörtlich: „Ich würde mir wünschen, dass Interplast-erfahrene und –interessierte Anästhesisten mehr Kontakt hätten; das würde vieles erleichtern und verbessern.“

1997 Die Arbeitsweise von In-

terplast Germany: „Von Interplast Germany werden nur bestausgebildete Kräfte als Teamleiter eingesetzt.“ - die gibt es ab 1997 offenbar auch ausserhalb der Plastischen Chirurgie (war das nur wegen der MKG'ler?). Zunehmend stammen Einsatzberichte aus anästhesiologischer Feder.

1998 Ein Anästhesist als Teamleiter, ging nicht anders – zum ersten Mal? Weiss ich nicht genau.

1999 Wechsel im Vorstand, neues Vorwort und 20 Jahre Interplast Germany. Erwähnung oder Bezug auf Anästhesie: Fehlanzeige.

2000 Die Rubrik „Aufgabenbereiche des Interplast-Vorstandes“ umfasst erstmals einen Beauftragten für Anästhesie-Angelegenheiten. Und schon wieder ein Einsatzbericht von einem Anästhesisten. Zwei Anästhesisten und eine Anästhesie-Schwester gründen, im Verbund mit drei AllgemeinärztInnen und einem Sparkassendirektor, einen Interplast-Förderverein, dessen Ziel es unter anderem ist, die Anästhesie-Belange bei Interplast-Einsätzen auf kräftigere Beine zu stellen. Der Verein nimmt in den folgenden sieben Jahren ca. € 300.000.- an Spenden ein.

2001 Auf dem Kreuznacher Symposium eine Rubrik „Anästhesie“ mit zwei Vorträgen zu Interplast-spezifischen Themen; und gleich zwei Einsatzberichte – langsam, aber nicht aufzuhalten.

2002 Auf dem Symposium erneut zwei anästhesiologische Referenten, darunter Paul Schüller mit dem Titel „18 Jahre Interplast-

Anästhesie – was habe ich falsch gemacht? Was habe ich gelernt?“. Ist das noch Defensive oder schon Weisheit? Un-glückseliger Anlass für eine in diesem Jahr ausführliche Erwähnung der Anästhesie in der Symposiums-Übersicht war ein wohl der Anästhesie anzulastender Todesfall.

Und: ein Anästhesist als Teamleiter, nicht das erste Mal, aber (noch) etwas Besonderes. Heute sind es mindestens acht, die jedes Jahr auch mehrmals „ihre“ Teams zusammen stellen und neben der guten fachlichen auch gute organisatorische Arbeit leisten; aus dem Kopf Barbara Dünzl, Astrid Krönchen-Kaufmann, Geli Wagner, Herbert Bauer, Wolfgang Detterbeck, Gunther Kranert, Christian Löhlein und ich. Und garantiert ein paar, die mir gerade nicht einfallen.

Und: ein Einsatzbericht von einem HNO-Kollegen – wo wird das wohl hinführen?

2003 Auf dem Symposium schon wieder ein Anästhesie-Referat, verteilt auf zwei Alt-Anästhesisten. Sonst keine erwähnenswerten anästhesiologischen Vorkommnisse.

2004 Ganz vorne (und für alle, die sie kennen, eine Freude): Verleihung der Simon-Reichwein-Plakette an Sigrid Nass aus Trier, eine der ersten und wichtigsten deutschen Interplast-Anästhesistinnen (s. auch 1995/96; für Interessierte: Simon Reichwein war im 16. Jahrhundert Stadtarzt von Trier und Leibarzt des Erzbischofs Johann von Isenburg. Er hinterliess bei seinem Tod eine ganze Häuserzeile in der Brücken-strasse, woraus wir schliessen können, dass er vor der Gesundheitsreform gelebt haben muss).



Danach ein zweiseitiger Überblick anlässlich des Pitzer-Preises für Klaus Exner (für Interessierte: Willy Pitzer ist Architekt in Bad Nauheim), der auch auf das Jubiläum von Interplast Germany abstellt. AnästhesistInnen scheinen in dieser ganzen langen Zeit nichts Erwähnenswertes beigetragen zu haben. Auch das Symposium kommt diesmal wieder ohne anästhesiologische Beteiligung aus – schade, es schien sich gerade so etwas wie „gute Übung“ zu entwickeln.

Aber: Fünf Einsatzberichte von Anästhesisten, davon drei als Teamleiter – wer sagt's denn.

Und: schon wieder ein Einsatzbericht von einem HNO-Kollegen – das muss sorgfältig beobachtet werden.

2005 Vorwort wie üblich; danach ein ausführlicher Dreiseiter zum 25. Geburtstag, und siehe da, in der sechstletzten Zeile wird doch noch Paul Schüller erwähnt, „unser langjähriger Anästhesist“, der damals vermutlich mehr Einsätze auf dem Buckel hatte als einige Sektionsleiter zusammen und in aller Bescheidenheit die ent-

sprechende medizinische, organisatorische, humanitäre und soziale Kompetenz.

Und wieder kein anästhesiologischer Beitrag beim Symposium, immerhin ein Anästhesist als Moderator der Podiumsdiskussion „Zusammenarbeit mit den Ärzten ohne Grenzen“. Zwei Berichte, ein Teamleiter – auf niedrigem Niveau stabil.

2006 Vorwort wie üblich. Aber dann: auf der Sektionsliste gleich 2 (in Worten: zwei) neue SektionsleiterInnen, Geli Wagner in München und Herbert Bauer in Stuttgart, und beide sind Anästhesisten! Da ist in den Köpfen etwas passiert, und etwas sehr Positives, finde ich.

2007 Aufgabenprofil für Teamleiter: Facharztstandard, Interplast-Einsatzerfahrung, das ist alles; das klingt ganz anders als vor 1997, und vor allem: das ist bewusst so gehalten (oder doch schon wieder wegen MKG?). Und es wird eine gewisse Minimal-Dokumentation incl. Komplikationen zur Pflicht erklärt, also eine Art Qualitätsmanagement, wie es Interplast-Anästhesisten seit Jahren gefor-



dert (und teils auch durchgeführt) haben. QM ist kein lästiges anästhesiologisches Randthema mehr.

Ebenfalls aus der anästhesiologischen Ecke stammt das Internet-Kommunikationsportal DoooX.de, das nach langen Geburtswehen (und nach Investition von viel Mühe, Zeit und Geld) genau die Möglichkeiten bietet, die Sigrid Nass 1995 zuvor sich so klarsichtig gewünscht hat – das sind 13 Jahre und alle ihre anderen damals geäußerten Wünsche sind längst in Erfüllung gegangen. Ein Teil der Möglichkeiten von DoooX.de wird auch tatsächlich inzwischen genutzt, bei genauer Betrachtung sind es allerdings ganz überwiegend die Interplast-Mitglieder aus der Anästhesie-Gruppe und einige Op-Schwestern, die diesen überall anders längst etablierten Weg schätzen. Chirurgen incl. Sektionsleitern und Vorstandschaft verirren sich kaum jemals bis nie auf das Portal, von vereinzelt rühmlichen Ausnahmen abgesehen. Die AnästhesistInnen dagegen wickeln zunehmend die Einsatzvorbereitung, gelegentlich die „Personalplanung“, die Materialwirtschaft (z.B. die Opioiden), das Geräte-„sharing“ und den Informationsaustausch über DoooX ab – nicht alle, aber immer mehr. Ob da ein prinzipieller Unterschied besteht oder ob wir lediglich ein paar Jahre voraus sind? Internet-Kommunikation ist vorerst noch ein lästiges anästhesiologisches Randthema.

Auf dem Symposium wieder ein Vortrag von Paul Schüller, „Glück gehabt“, seine Art, sich mit Komplikationsmanagement zu befassen. Und ein Grundsatzreferat von Stefan Graf aus Tübingen über die Abwägung zwischen Perfektion und

Improvisation in der sogenannten „remote location“-Anästhesie, das von Inhalt und philosophischem Ansatz her 1:1 auf chirurgische Fragestellungen übertragen werden könnte. QM ist kein lästiges anästhesiologisches Randthema mehr, sondern das Motto des Symposiums: ausgewachsene plastisch-chirurgische Sektionsleiter befassen sich in ihren Vorträgen mit Ausbildung, Qualitätssicherung und Dokumentation.

2008 Status quo nach fast 30 Jahren: Unter den registrierten Interplast-Mitgliedern sind fast ebenso viele AnästhesistInnen wie Plastische ChirurgenInnen und doppelt so viele wie aus dem Fach MKG. AnästhesistInnen leiten Sektionen, AnästhesistInnen führen regelmäßig Teams, AnästhesistInnen führen Teams, in denen alterfahrene chirurgische Sektionsleiter mitfahren – 1990 wohl für Viele undenkbar. AnästhesistInnen tragen durch ihre Vortragstätigkeit und sonstige PR-Aktivitäten messbar zum gesamten Interplast-Spendenvolumen bei und geben ebenso selbstbewusst messbare Geldsummen für die Verbesserung der Ausrüstung und der Kommunikation aus. AnästhesistInnen sind bei Interplast Germany als medizinisch, organisatorisch und kreativ gleichgestellte Partner „ihrer“ ChirurgenInnen angekommen. Und sie nehmen ihren Beitrag zum Gesamten so ernst, dass sie 2008 im Rahmen des jährlichen Bad Kreuznacher Wochenendes erstmals eine eigene Veranstaltung auf die Beine stellen, die leicht zur positiven Gewohnheit werden könnte. Eine lange und nicht immer einfache Geschichte, eine gute Geschichte am Ende. Und noch gar nicht am Ende.

2008 + In Planung ist, so höre und lese ich, ein Zusammenschluss ähnlich denkender und handelnder NGO's unter dem Dach der Europäischen, später der Welt-Föderation der Plastischen Chirurgen. SHARE von E.S.P.R.A.S.; was ich darüber kenne, ist ein fünfseitiges Statement („mission statement“) über Aufgaben, Probleme, Lösungsansätze, Kommunikation, Finanzierung etc.. Der Begriff „Anästhesist“ kommt insgesamt 1x vor, soll ich sagen wo? Unter der Überschrift „Problems to be solved“, ehrlich.

Meine schriftliche Nachfrage im September 08, wie viele Anästhesisten der Gründungs-Kommission in Neapel denn angehören würden, ist bis heute unbeantwortet geblieben; meine finstere Vermutung lautet: keiner.

Auf diesem Stand war Interplast Germany – von einzelnen rühmlichen Ausnahmen abgesehen – ungefähr Anfang/Mitte der 90er; geht es also international nochmal zurück auf Los? Wollen wir es, optimistisch wie stets, nicht hoffen.

Es hat also „die Anästhesie“ bei Interplast einen ganz ähnlichen Weg hinter sich gebracht wie in der deutschen Krankenhausrealität:

Anfangs war da der Narkotiseur, der in medizinische Angelegenheiten nur einbezogen wurde, wenn der Patient presste und dann nicht immer ganz leise mit „Anästhesie“ angesprochen wurde, wo er doch ein Geschlecht und einen Namen hatte; der im organisatorischen Zusammenhang nur insoweit vorkam, als er mit seinem Ungeschick oder seinen künstlich aufgeblasenen Bedenken die Wechsel verzögerte oder starke Blutungen verursachte und so die kostbaren

Minuten der Operateure vergeudetete.

Heute ist der Anästhesist zumindest in Einrichtungen, die in den vergangenen Jahrzehnten die Augen offen gehalten haben, der entscheidende perioperative Patientenmanager mit medizinischer und organisatorischer Kompetenz, unsere Berufsgruppe stellt das Gros der Intensivmediziner, die perioperative Morbidität und Letalität ist nicht zuletzt dadurch gesunken. Die Mehrzahl der Op-Manager sind Anästhesisten, die Effizienz ist nicht zuletzt dadurch gestiegen.

Gute Anästhesisten üben ganz nebenbei eine wichtige soziale Funktion im komplexen Netzwerk aus Träger, Pflege, Operateur, Technik und Logistik aus, sei es als Nothelfer, als Komplize, Psychotherapeut, Sündenbock, Blitzableiter; als Stimmungs-Detektor und bei Bedarf Stimmungsmacher, als Ersatz-Springer, Lichtschalter oder Telefonzentrale. Im günstigsten Fall auch als Berater.

Und ganz nebenbei führen sie Anästhesieverfahren durch, die dem Patienten Sicherheit und dem Operateur optimale Arbeitsbedin-

gungen gewährleisten. Das zusammen ist genau die Rolle, die von vielen KollegInnen auch bei Interplast ausgefüllt wird; umso besser, als die Motivation oft unvergleichlich höher ist als zuhause. Und: gerade sind wir dabei, uns als eigene Gruppe innerhalb, ganz mitdrin im Zentrum von Interplast wahr zu nehmen; das kann dem Ganzen nur gut tun.

Worauf wir aber künftig genau achten müssen: wohin wird das mit den HNO'ern führen?

Hajo Schneck, Traxl

12 Jahre INTERPLAST-Hospital in Nepal

- Mit einem neuen medizinischen Leiter in ein gutes Dreizehntes! -



Neue Leitung im Nepal-Hospital - Dr. Robert Schachinger mit Lebensgefährtin Sanja Volk

Seit dem 01. September 2008 wird das Interplast-Hospital in Nepal von dem Österreicher Dr. Robert Schachinger geleitet. Mit ihm geht das Projekt auf dem langen Weg zur Eigenständigkeit in eine neue Phase der Konsolidierung. Interplast kann sich glücklich schätzen ihn als Pla-

stischen Chirurgen, der auch lange Phasen seiner Ausbildung in Deutschland absoviert hat, für diese anspruchsvolle Aufgabe gewinnen zu haben. Ihm zur Seite steht seine Lebenspartnerin Sanja Volk, die sich als erfahrene Physiotherapeutin in idealer Weise im Hospi-

talbetrieb einbringen kann und ihn in seiner Arbeit ergänzen wird. Robert Schachinger wird von GTZ/CIM als sogenannte Integrierte Fachkraft unter gleichwertiger finanzieller Beteiligung von Interplast im Hospital eingesetzt.

Der Wechsel aus einer exklusiven High-Tech-Medizin in ein Projekt in einem Entwicklungsland eines anderen Kulturkreises, mit völlig anderem Denk- und Verhaltensmuster der Leute, war für ihn vom ersten Tag an eine besondere Herausforderung. Leider war eine nahtlose Übergabe von dem Vorgänger nicht möglich, sodass 6 Monate mit Interimchefs überbrückt werden mussten. Die altbewährten Interplastler Ortwin Joch, Jürgen Toennissen und Hubertus Tillkorn erklärten sich ohne Umschweife bereit, diese Aufgabe abwechselnd zu übernehmen, um sozusagen die Interplastfahne im Projekt hochzu-



Die Belegschaft feiert das 12 jährige Jubiläum



Das Führungsteam - Anita Badal, Christa Drigalla, Sanja Volk und Robert Schachinger

halten. Ihnen gebührt für diesen Einsatz unser ganz besonderer Dank.

Dennoch verursachte diese Pause und der Chefwechsel zunächst eine gewisse Verunsicherung bei der nepalesischen Belegschaft, die sich auch in schmerzhaften Abwanderungen von Ärzten, Schwestern und sonstigem Funktionspersonal niederschlug.

Umso wichtiger war der Besuch unseres Vorsitzenden André Borsche im November, um vor Ort in einer Art grundsätzlicher Strategiebesprechung die Weichen für eine gesicherte Zukunft zu stellen. Dabei wurde auch deutlich, dass es an der Zeit war, das Erreichte trotz aller relativen Erfolge der vergangenen 12 Jahre, weiter zu verbessern, den chirurgischen Standard nochmal anzuheben und vor allen Dingen Eigenständigkeit und Eigenverantwortung aller im Hospital tätigen Nepalesen deutlich zu fördern. Dieser kontinuierliche Erziehungsprozess erfordert von uns Ausländern höchste Geduld und bestes Einfühlungsvermögen über viele Jahre.

Der „Neue“ ging diese Herausforderung mit Schwung und Taten drang an und wird das Hospital in den nächsten Jahren hoffentlich einen entscheidenden Schritt auf

dem Weg zur Selbständigkeit voranbringen. Dies kann jedoch von ihm allein nicht geleistet werden. Er wird gerade in nächster Zeit verstärkt auf die Hilfe vieler Kollegen, Anästhesisten und sonstiger Experten aus dem grossen Fundus der Interplastaktiven angewiesen sein. Bitte gewähren Sie ihm diese Hilfe wo immer es geht.

Wie man sicher auch hier im entfernten Europa verfolgen konnte, litt Nepal unter dem 10 Jahre andauernden Bürgerkrieg, der zur Beendigung der Monarchie, der Neuordnung des Parteiensystems und des politischen Machtgefüges führte. Trotz dieses Umbruchs hat das Hospital seine Arbeit immer unbeirrt fortgeführt und war auch nie unmittelbar bedroht. Unsere strikte Neutralität und unser, nach allen Seiten glaubwürdiges Konzept, besonders für den mittellosen Teil der Bevölkerung die medizinische Versorgung sicherzustellen, liessen uns stets unbehelligt. Dennoch hatten die Patienten oft keine Möglichkeit in unser Hospital zu gelangen und trauten sich nicht, lange Reisen auf sich zu nehmen.

Umsomehr empfinden alle im Projekt Verantwortlichen und Hospitalangehörigen Erleichterung und auch Stolz, trotz dieser widrigen Umstände, 2008 insgesamt 1268

Operationen an 1050 Patienten durchgeführt zu haben. Darüberhinaus wurden noch 6600 Patienten im Hospital und in Camps untersucht und weitere 3900 allgemeinmedizinisch oder nach Unfällen behandelt.

In unsere erfolgreiche und gut funktionierende Zahnstation begaben sich nochmal 2295 Hilfesuchende aus der Umgebung des Hospitals. Hier ist den Zahnärzten und insbesondere unserer wichtigen Partnerorganisation „Zahnärzte ohne Grenzen“ ein besonderes Lob und ausserordentlicher Dank auszusprechen. Bis auf wenige Unterbrechungen ist das ganze Jahr über immer jemand aus Deutschland in der Zahnstation. Dies trägt auch in erfreulicher Weise dazu bei, das Hospital auch in Deutschland noch bekannter zu machen und die Hilfsbereitschaft zur Unterstützung des Projektes, auf eine noch breitere Basis zu stellen.

Wie schon seit vielen Jahren erhielt das Hospital auch 2008 bei der Behandlung von Patienten mit Lippen-Kiefer-Gaumenspalten Unterstützung durch unsere bewährten MKG-Chirurgen Prof. Dieter Pape, Prof. Heribert Koch, Prof. Uwe Eckelt aus Dresden, Doz. Camillo Roldan und Jens Rabels. Die Spaltchirurgen erlebt in Nepal einen un-

*Anitas Hochzeit*

vorstellbaren, ja teilweise unseriösen Boom. Lukrative Prämien durch ausländische Organisationen und unzureichende Erfolgskontrollen an operierten Patienten veranlassen oft unzureichend qualifizierte nepalesische Mediziner Patienten systematisch zu suchen und zu operieren. Der Anteil der im Hospital noch zu behandelnden Primärpatienten wird deshalb immer weniger. Dagegen steigt in gleichem Maße der Bedarf an Sekundäroperationen nach unbefriedigenden Op-Ergebnissen. Es ist schwierig, dieser Entwicklung, die sicher nicht nur in Nepal stattfindet, entgegenzuwirken.

Mit Dr. Schachingers Neuanfang wurden auch die fachlichen Defizite der einheimischen Anästhesisten immer deutlicher. Es herrscht aber solch ein Mangel an dieser Fachsparte in Nepal, dass die wenigen Verfügbaren über jedes Ansinnen einer fachlichen Fortbildung „erhaben“ sind. Um hier einen deutlichen Qualitätssprung zu erzielen, muss sich das Hospital zunächst wieder verstärkt auf deutsche Gastanästhesisten abstützen. Dr. Ralph Rautenbach arbeitet schon seit November mit ganzem Können und grenzenlosem Einsatzwillen damit der Hospitalbetrieb aufrechterhalten werden kann. Im

*Aktivitäten im Aussencamp*

weiteren Verlauf 2009 haben wir noch erheblichen Bedarf an externen Kräften und gerade aus den Reihen von Interplast sind Interessenten hochwillkommen.

Den Blick in die Zukunft gerichtet, bedeutet dies alles, dass wir uns nicht zurücklehnen und auf dem Bestehenden ausruhen dürfen. Vielmehr gilt es jetzt all unsere gemachte Erfahrung, gebündelt mit ungebrochenem Engagement, dafür einzusetzen, die nepalesische Belegschaft fit zu machen, um in naher Zukunft eine wirkliche Eigenständigkeit auf nepalesischen Schultern zu erzielen.

Unser Dank gilt auch diesmal wieder dem Verein „Pro Interplast Seligensadt e.V.“ mit der Hauptinitiatorin Waltraud Huck, sowie den „Rotary Volunteer Doctors“ für die Übernahme von einem Grossteil der Reisekosten. Gerade im Hinblick auf die Intensivierung externer Kräfte, werden wir auch weiterhin auf ihre Unterstützung angewiesen sein.

Ausser bei den bereits im Text Genannten bedanken wir uns bei allen Gastchirurgen, Anästhesisten, Physiotherapeuten, Schwestern, Technikern und sonstigen wertvollen Helfern, ohne die solch ein komplexes Projekt nicht zu betreiben wä-

*Dr. J. Shakya freut sich über die gelungene Operation*

re.

Besondere Unterstützung erhielten wir von den Rotary Cubs Mönchengladbach, Helmstedt, Schweinfurt und Borken. Sie trugen mit ihren Beschaffungen von teurem Medizingerät und Verbrauchsmaterialien, für Propofol und mit der Übernahme der Baukosten für die Kläranlage erheblich zur Entlastung des Budgets bei.

Eine tragende Säule im Projekt ist ohne Zweifel unsere Managerin und gute Seele Christa Drigalla, die seit Anfang 1998 das Hospital zu ihren Lebensmittelpunkt gewählt hat. Ihrer Geradlinigkeit und ihrer auch manchmal unbequemen Strenge ist es zu verdanken, dass das Hospital über die viele Jahre unbeirrt seine Aufgabe erfüllt hat.

*Dr. Toennissen bei einer Lehrstunde*



Amara bei Aufnahme



Amara bei Entlassung



Technischer Leiter und Motor des Projektes in Deutschland - Hein Stahl

Wie wir schon mehrfach berichteten, hat sich unsere nepalesische Pflegedienstleiterin Anita Badal, nach ihrem 4-jährigen Studium in Freiburg, bestens in ihre Rolle im Hospital eingearbeitet und ist für uns ein leuchtendes Beispiel einer gelungenen Entwicklungshilfe. Wenn dies auf der ärztlichen Seite auch ähnlich gelingt, haben wir unser Ziel erreicht. Allerdings sind wir davon im Moment noch weit entfernt. Anita Badal heiratete im November einen nepalesischen Ingenieur und ergänzte damit ihren beruflichen Erfolg mit hoffentlich nie endendem Eheglück. Interplast wünscht ihr dies von Herzen.

Das eigentliche Fundament des Projekts bilden jedoch die ca. 4000 Förderer und Spender, die dem Projekt oft seit vielen Jahren in allen

Höhen und Tiefen die Treue hielten und damit die finanzielle Grundlage darstellen.

Die Begeisterung aller externen Kräfte ist ungebrochen. Auch André Borsche identifiziert sich engagiert mit diesem Projekt, und hilft mit, es zu einem wirklichen Erfolg für Interplast zu führen. So sind wir guten Mutes, dass mit Robert Schachinger, seiner Sanja Volk, Christa Drigalla, Anita Badal und der Unterstützung vieler Interplastaktivisten eine weitere gute Phase eingeleitet wird.

Das 13te Projektjahr soll, entgegen allen Aberglaubens, ein besonders Erfolgreiches werden.

Hein Stahl



Dr. Joch beim Verbinden



Bau der biologischen Kläranlage 1



Das SWR- Fernseheteam dankt für die herzliche Gastfreundschaft

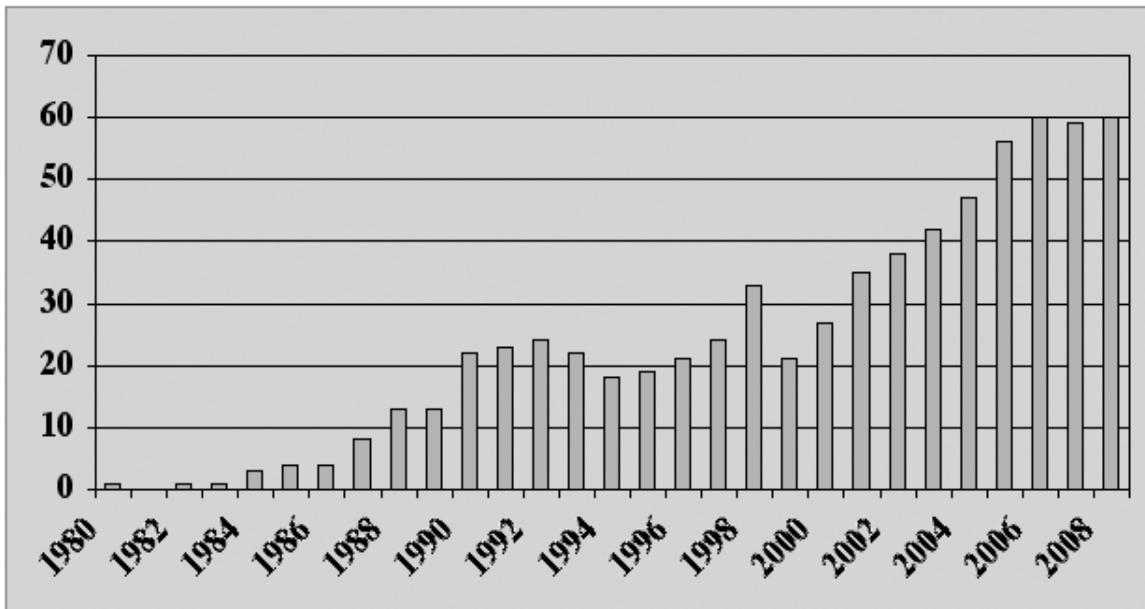


Bau der biologischen Kläranlage 2

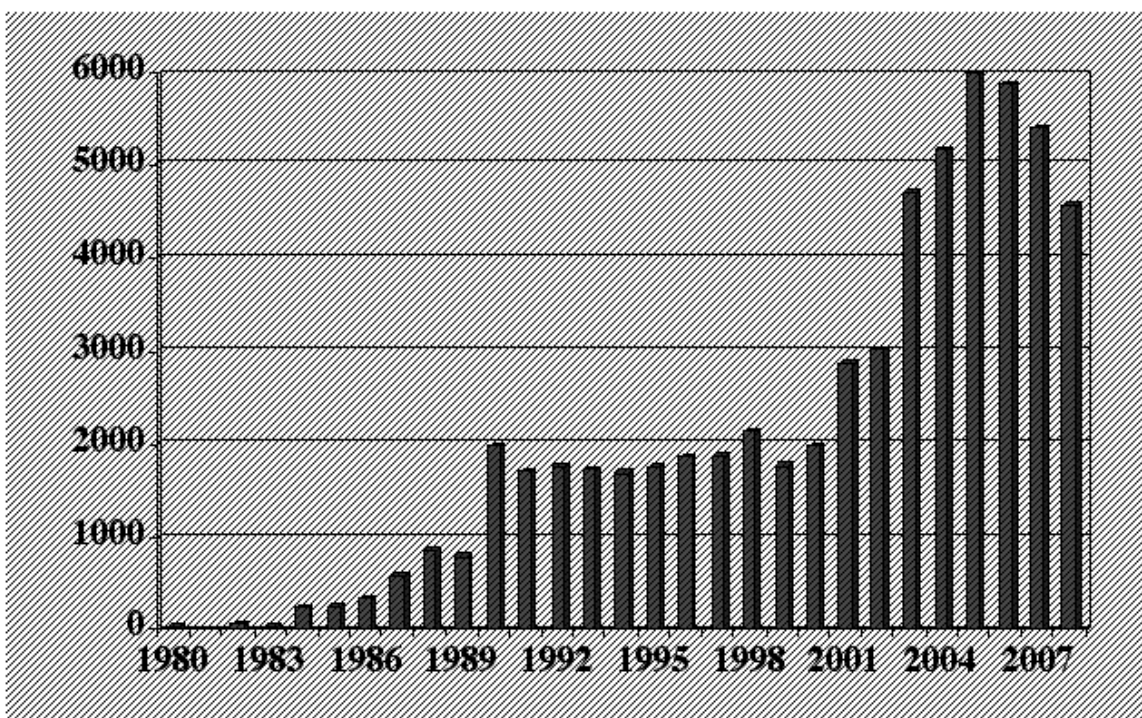


Statistik 28 Jahre INTERPLAST-Germany-Aktivitäten

INTERPLAST-Einsätze

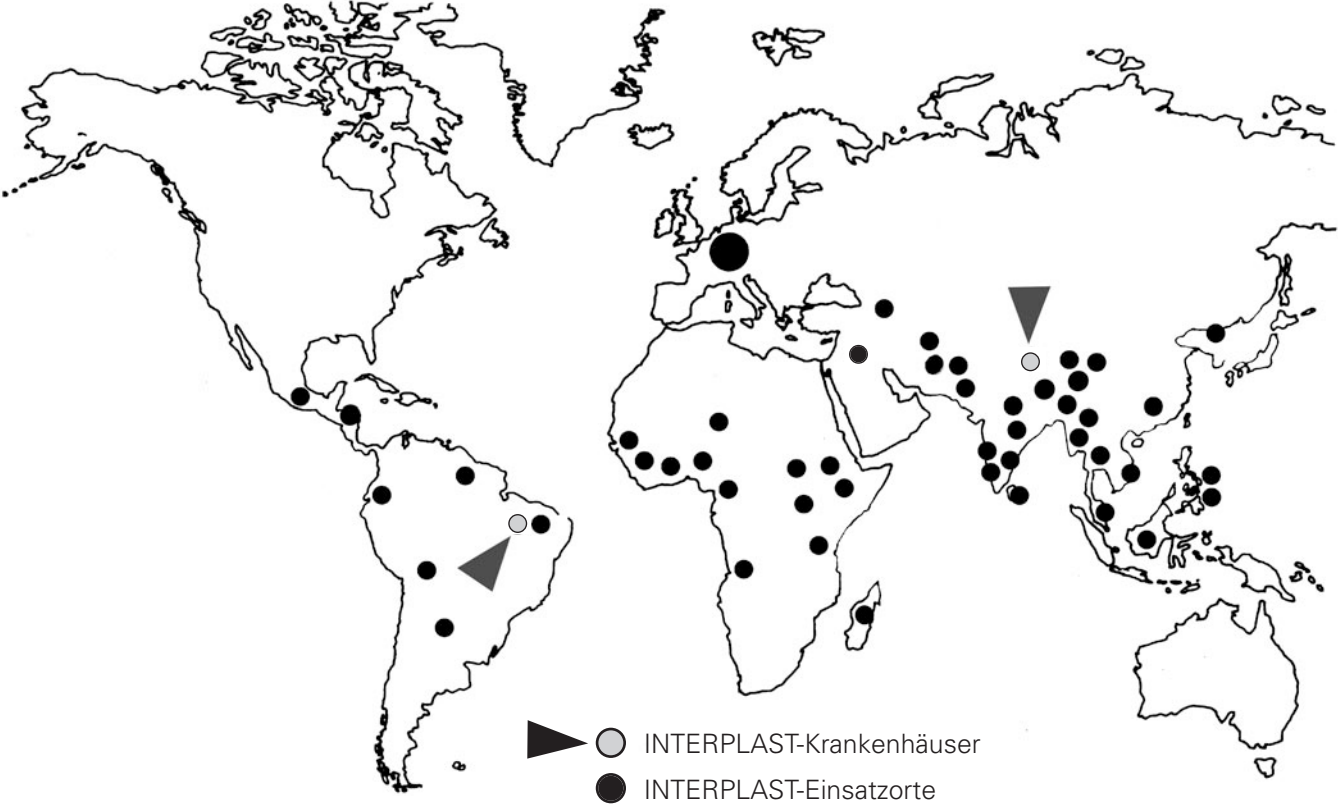


INTERPLAST-Patienten





Aktivitäten auf einen Blick





28 Jahre INTERPLAST-Germany

Aktivitäten

NR.	JAHR		EINSÄTZE	PATIENTEN
0 – 48	1980 – 1989	insgesamt:	48	3.202
49 – 283	1990 – 1999	insgesamt:	235	18.241
284 – 647	2000 – 2007	insgesamt:	364	33.927
1980 – 2008			707	60.702

Aktivitäten 2007

Nr.	Einsatzort	Nr.	Einsatzort	Nr.	Einsatzort
589	Myeik/Burma	607	Bangalore/Indien	628	Damaskus/Syrien
590	Antananarivo/Madagaskar	608	Agona-Swedru/Ghana	629	Bhutan
591	Calcutta/Indien	609	Peshawar/Pakistan	630	Goufa/Tansania
592	Mizoram/Indien	610	Taizz/Jemen	631	Rafsanjan/Iran
593	Moshi/Tansania	611	Tomsk/Sibirien	632	Sankhu/Nepal
594	Puerto Prinzesa/ Philippinen	612	Fianarantsoa/Madagaskar	633	Kambodscha
595	Sangkhu/Nepal	613	Asuncion/Paraguay	634	Makale Celebes/ Indonesien
596	Pangasinan/Philippinen	614	Quevedo/Ecuador	635	Thandwe/Burma
597	Hoi An/Vietnam	615	Sankhu/Nepal	636	Niamé/Niger
598	Saigon/Vietnam	616	Salambutar/Nepal	637	Guadalupe/Ecuador
599	Jodhpur/Indien	617	Katra Bhopal/Indien	638	Taizz/Jemen
600	Jalpaiguri/Indien	618	Iringa, Mtwara/Tansania	639	Sankhu/Nepal
601	Sangkhu/Nepal	619	Islamabad/Pakistan	640	Al Raida/Jemen
602	Cagayan de Oro/ Philippinen I	620	Chennai/Indien	641	Jalpaiguri/Indien
603	Cagayan de Oro/ Philippinen II	621	Bischkek/Kirgisien	642	Camargo/Bolivien
604	Salama/Guatemala	622	Hongshu/China	643	Manyemen/Kamerun
605	Nkawkaw/Ghana	623	Ghodegaon/Indien	644	Lima/Peru
606	Groszny/Tschetschenien	624	Manila/Philippinen	645	Windhoek/Namibia
		625	Oshakati/Namibia	646	Vientiane/Laos
		626	San Karillos/Philippinen	647	Pagan/Burma
		627	Puma/Tansania		

59 Einsätze
INTERPLAST-Hospital Nepal

4320 Patienten
1074 Patienten



Aktivitäten 2008

Nr.	Einsatzort	Nr.	Einsatzort
648	Nepal / Thapa Ostnepal	678	Nepal / Sankhu SKM-Hospital
649	Indien / Katra Madja Pradesh	679	Ruwanda / Gahinu / Kaduha
650	Philippinen/Puerto Princesa, Palawan	680	Tanzania / Tanga / Muheza
651	Philippinen / Cagayan de Oro	681	Kirgisien / Bischkek
652	Tanzania / Dareda	682	Bolivien / La Paz
653	Tanzania / Puma	683	Tanzania / Tosamaganga / Iringa
654	Indien / Bangalore	684	Indien / Jalpaiguri / Chalsa
655	Ecuador / Queredo	685	Indien / Lalitpur
656	Indien / Hariowar	686	Nepal / Phablu
657	Indien / Aizawl Mizoram	687	Tanzania / Puma
658	Indien / Balasore Orissa	688	Madagaskar/Antananarivo/Manambaro
659	Vietnam / Hoi An Rach Gia	689	Jemen / Mabar
660	Guatemala / Salama	690	Indien / Sandhwa Kamuen Hospital
661	Eritea / Asmara	691	Pakistan / Peshawar
662	Indien / Aligarh	692	Namibia / Oshakati
663	Nigeria / Sokoto Noma Children Hosp.	693	Kamerun / Acha Tugi
664	Tanzania / Puma	694	Indien / Padhar, Etuil
665	Namibia / Windhoek	695	Laos / Vietiane, Pakxe
666	Myanmar / Kalaw, Nay Pyi Taw	696	Iran / Kerman / Bam
667	Ghana / Enyiresi	697	Nepal / Sankhu SKM-Hospital
668	Brasilien / Coroata	698	Vietnam / Rach Gia
669	Nepal / Phablu	699	Kambodscha / Phnom Penh
670	Rumänien / Cluj	700	Paraguay / Asuncion
671	Madagaskar / Fianarantsoa	701	Nepal / Sankhu SKM-Hospital
672	Nepal / Sankhu SKM-Hospital	702	Philippinen / Negras
673	Tanzania / Puma	703	Jemen / Thaiz
674	Indien / Kodaikanal	704	Myanmar / Yangon, Sitagu Ayudana
675	Pakistan / Quettar	705	Nepal / Sankhu SKM-Hospital
676	Indien / Kunnamkulam	706	Nepal / Sankhu SKM-Hospital
677	Nepal / Sankhu SKMH, Trisuli Camp	707	Madagaskar / Antananarivo

60 Einsätze

3520 Patienten

INTERPLAST-Hospital Nepal

1050 Patienten



Sektion Schopfheim: Acha Tugi / Kamerun 2008



In der Zeit vom 21. November bis zum 6. Dezember 2008 flog das Team unter Leitung von Andreas Rudolph zum inzwischen 12. Einsatz nach Kamerun.

Lange Zeit war es unsicher, ob der Einsatz überhaupt stattfinden würde, da es im März wegen der hohen Lebenshaltungskosten Unruhen und Aufstände in der Bevölkerung gegeben hatte. Die von der Weltbevölkerung fast unbemerkt abgelaufenen Revolten waren gewaltsam vom Militär beendet wor-

den und hatten mehrere tausend Todesopfer gefordert.

Nachfolgend war es fast unmöglich, vernünftige Informationen über die Sicherheit und die Strukturen in Kamerun zu erhalten, weshalb uns lange Zeit nichts anderes übrig blieb, als abzuwarten und Ausschau nach einem alternativen Einsatzort zu halten.

Auch die Strukturen der Presbyterian Church of Cameroun (PCC) sind nach wie vor für Aussenstehende nicht immer durchschaubar. Unser Partner vor Ort, Dr. Anthony Nesoah wurde vom bisherigen Einsatzort in Manyemen abgezogen und zunächst in einer Gesundheitsstation in der Peripherie eingesetzt.

Dann, im Spätsommer, erreichte uns die glückliche Nachricht. Die PCC hatte Gott sei Dank erkannt, dass ihr bester Arzt an einem rich-

tigen Krankenhaus mehr Nutzen bringt. Dr. Nesoah bekam die Leitung in Acha Tugi übertragen, einem Krankenhaus im Nordwesten des Landes. Hier war bis vor einigen Jahren eine Augenärztin aus der Schweiz tätig gewesen, danach war das Krankenhaus schrittweise dem Niedergang preisgegeben.

So war es für Anthony eine Freude, uns an seinen neuen Wirkungsort einzuladen und damit erstmalig Plastische Chirurgen in dieses Gebiet des Landes zu bringen. Da nicht nur er, sondern auch sein Anästhesist Kenneth, mit dem wir



bereits mehrfach zusammenarbeiten konnten, nach Acha Tugi versetzt wurde, konnten wir den Einsatz zwar etwas unter Zeitdruck, aber doch sehr gezielt planen.

Das Equipment konnte fast auf das Kilo genau in die erlaubten 12 Gepäckstücke verstaut werden, so daß wir ohne Extragebühren am Flughafen einchecken konnten.

Die Anreise erfolgte wie üblich mit der Air France über Paris. Nach einer Übernachtung in Douala fuhren wir den ganzen Samstag mit zwei Geländewagen zum Einsatzort Acha Tugi. Die Straßen in den Nordwesten des Landes sind gut ausgebaut und geteert, lediglich die letzten 50km führten wieder über die altbekannten Schlaglochpisten, so dass wir uns erst auf diesem Teilstück wieder richtig zu Hause fühlten.

Acha Tugi liegt auf ca.1800m ü.M. Die von Christen, Muslimen und den ursprünglichen Bewohnern, den Ngororo, bevölkerte Landschaft wird auch die „Schweiz“ von Kamerun genannt. Nach der Regenzeit erlebten wir grünbewaldete Berge mit einem Klima, welches mit unserem Spätsommer vergleichbar ist. Die kühlen Abende verbrachten wir romantisch vor dem offenen Kamin.

Ein entscheidender Vorteil gegenüber dem bisherigen Einsatzort



Manyemen ist das fast vollständige Fehlen von Mosquitos; vor allem unsere OP-Schwester Anne konnte ihr Glück der körperlichen Unversehrtheit kaum fassen.

Nachdem wir am Samstagabend unsere Zimmer bezogen hatten, konnten wir nicht, wie geplant, am Sonntag den OP einrichten und die ersten Patienten sichten,

denn uns zu Ehren wurden wir einem 11,5-stündigen (!!!) Begrüßungszeremoniell unterworfen, bei dem kirchliche und politische Würdenträger und auch der König der Region es sich nicht nehmen ließen, uns aufs herzlichste Willkommen zu heissen. Wir hatten das Glück, dass Piet, ein holländischer Arzt, und seine Ehefrau Magret, die vor 25 Jahren in Acha Tugi arbeiteten, zufälligerweise zeitgleich mit uns angekommen waren. Sie weihten uns in die Sitten und Gebräuche ein. Woher sollten wir auch wissen, dass es eine Beleidigung ist, dem König die Hand zu schütteln und eine Ehre, gebratenen Hühnermagen serviert zu bekommen....

Somit war unser Zeitplan bereits durch die Zeremonie aus den Fugen geraten. Montags sichtigten wir innerhalb von 6 Stunden 130 von Nesoah vorausgewählte Patienten. Dabei wurden wir von unsere holländischen Freunden tatkräftig unterstützt. Am Nachmittag begannen wir dann mit den ersten Operationen. Während der 10 zur Verfügung stehenden OP-Tage wurden an 71 Patienten insgesamt 101 Eingriffe durchgeführt. Neben den üblichen Operationen an Lippen-Kiefer-Gaumenspalten und Verbrennungsfolgen führten wir z.B. bei einem 40-jährigen Patienten nach einer in der Kindheit überstandenen Noma-Infektion eine aufwändige Gesichtskonstruktion durch. Der Mann bedankte sich selbst bei unserer Abreise nochmals für das Ende einer 36-jährigen sozialen Ausgrenzung und Stigmatisierung.

Auch einige Patienten, die wir bereits in den vorangegangenen Einsätzen im Südwesten des Landes operiert hatten, waren an den neuen Einsatzort gekommen, um



sich von uns weiterbehandeln zu lassen.

Auch seltene Tumore konnten wir entfernen. Die Präparate, die von uns nach Deutschland zur histologischen Aufarbeitung mitgenommen worden waren, bereiteten unseren Histologen zum Teil einiges Kopfzerbrechen. Dabei entfernten wir einem 14-jährigen Mädchen mehrere Tumore, welche zunächst das Bild eines Kaposi-Sarkoms zeigten. Einige Spezialuntersuchungen später stellte sich glücklicherweise der Befund dann als benigne Variante eines Simulanten des Sarkoms heraus.

Auch unser Anästhesieteam leistete hervorragende Arbeit. Eine junge Frau, welche infolge einer schweren Verbrennung im Gesicht unter einer Mikrostomie litt, wurde erst in tiefer Sedierung in den Mundwinkeln soweit eingeschnitten, dass der Mund zur notwendigen Intubation weit genug geöffnet werden konnte, um nachfolgend weiter rekonstruktiv tätig werden zu können.

Die Arbeit mit den örtlichen OP-Mitarbeitern lief Hand in Hand, teilweise konnten wir mit zwei gemischten Teams parallel an beiden OP-Tischen arbeiten und so neben der Arbeit auch noch gegenseitiges Wissen austauschen.

Für weitere Einsätze gibt es im Nordwesten von Kamerun noch viel Arbeit.

Vor unserer Abreise wurden wir von allen Seiten gebeten, die Kooperation mit Dr. Nesoah weiter voranzutreiben und im nächsten Jahr wiederzukommen.

Der nächste Einsatz ist für Ende November 2009 vorgeplant. Letztendlich hängt dies aber auch vom weiteren Taktieren der PCC und dem Umgang mit ihren Mitarbeitern ab.

Andreas Rudolph, Schopfheim

Ich danke herzlichst für diesen wunderschönen Einsatz:

Dr. Shirin Mansouri, Lehrte
Dr. Ernst Eichel, Lörrach

Anne Siegfried und Tom Moses,
Schopfheim

Helmut Sammer, Freiberg,

Dr. Piet und Magret Mout,
Utrecht,

sowie Dr. Nesoah mit Kenneth
und Team, Acha Tugi

Außerdem ein Dank allen privaten und Firmen-Spendern, insbesondere den Firmen Aesculap, Lohmann-Rauscher, Ethicon und Astra Zeneca, die diesen Einsatz ermöglicht und unterstützt haben.

Interplast-Einsatzbericht Noma Children Hospital, Sokoto, Nigeria



Team:

Dr. Goetz Andreas Giessler (Teamleiter, Plastische Chirurgie)

Dr. Andreas B. Schmidt (Plastische Chirurgie)

PD Dr. Dr. Peter Cornelius (MKG)

Dr. Svenja Giessler (Plastische Chirurgie)

Dr. Manfred Busch (Anästhesie)

Dr. Holger Schelp (Anästhesie)

Kurt Baudisch (Op- Pflege)

Nadine Roolant (Anästhesie- Pflege)

Am 20.03.08 brachen wir acht Mitglieder des 39. Teams für Sokoto von unterschiedlichen Flughäfen Deutschlands auf und trafen uns alle zur gemeinsamen Weiterreise in Amsterdam. Von dort aus ging es nach Abuja, der Hauptstadt Nigerias, wo wir vom Verwaltungschef des Noma Children Hospital, Alhadi Bello, abgeholt und in ein Hotel gebracht wurden. Die bisher von Kano aus durchgeführte interessante aber strapaziöse Busreise nach Sokoto wurde in diesem Jahr aufgrund einiger Unruhen im Land und dem mittlerweile erfolgten

Ausbau des Flughafens in Sokoto durch einen Flug von Abuja aus ersetzt, den wir aber leider erst am nächsten Morgen antreten konnten.

Gut ausgeruht und voller Tatendrang erreichten wir somit am nächsten Vormittag das Noma Children Hospital in Sokoto, in dem wir vom Personal, allen voran dem Leiter der Klinik, Dr. Ralf Sauter, herzlich empfangen wurden.

Auf der Fahrt vom Flughafen ins Krankenhaus konnten wir einen ersten Eindruck vom Land gewinnen: es war heiß und trocken, ca. 40° C., die Erde war rot und glühend. Entlang der Strasse sah man einzelne Ansammlungen von einfachen Lehmhütten, unheimlich viele Menschen zu Fuss, in Autos oder auf Mofas. Der Verkehr auf der Strasse war stark und chaotisch, dazwischen liefen unzählige Ziegen umher. Erschreckend war die unglaubliche Ansammlung von Müll, überall lagen Berge von Plastikresten herum, dazwischen spielten Kinder und liefen Hunde und Ziegen umher.

Kaum im Krankenhaus angekommen wollten wir am liebsten sofort

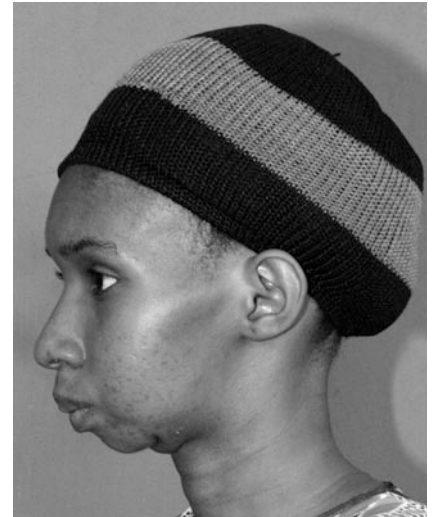
mit der Triage der Patienten beginnen, aber leider war dies aus organisatorischen und religiösen Gründen nicht möglich. Wir richteten uns also zunächst in den Schlafräumen häuslich ein und führten eine erste Lagebesprechung durch, in der uns Ralf berichtete, dass aufgrund einer Masernepestidemie alle Kinder unter 10 Jahren wieder entlassen wurden. Nach der ersten Enttäuschung machten wir uns mit den uns erwartenden Fällen jugendlicher und erwachsener Patienten vertraut, zu denen neben Noma-Patienten auch zahlreiche Tumorpatienten sowie Brandverletzte gehören würden.

Am nächsten Tag triagierten wir dann 120 Patienten, die bereits seit Tagen geduldig auf unsere Ankunft gewartet hatten. Kurt und Nadine nutzten die Zeit, sich im Op einen Überblick über die vorhandenen Mittel zu verschaffen, um einen reibungslosen Ablauf zu gewährleisten. Dank ihrer Einsatzerfahrung wussten sie sich auch trotz teilweise fehlender oder mangelhafter Ausstattung immer zu helfen!

Am Abend versuchten wir dann, eine Gewichtung aller Fälle vorzunehmen, sichteten bereits vorhandene Röntgenbilder und planten den ersten Operationstag.

Unsere dann folgenden 9,5 Op-Tage verliefen allesamt gut strukturiert. Nach einem gemeinsamen Frühstück begaben sich Manfred, Holger, Nadine und Kurt in den Op, um die ersten Patienten vorzubereiten, während wir Chirurgen die bereits operierten Patienten auf der neu geschaffenen postoperativen Überwachungsstation visitierten.

Die Verständigung mit den Patienten erfolgte durch das einheimische Personal, das aber leider



überwiegend wenig interessiert und motiviert war, mit uns zusammenzuarbeiten, sodass eine optimale postoperative Versorgung der Patienten nicht immer gewährleistet schien.

Die Operationen verliefen im Anschluss daran auf drei Operationstischen parallel, Manfred und Holger betreuten die drei Tische anästhesiologisch, unterstützt von einem sehr fähigen einheimischen Kollegen. Das ansässige Op- Personal wurde durch Schwestern aus Kano verstärkt, die nun schon das dritte Team in Folge betreuten und uns klar zu verstehen gaben, wie wenig Lust sie zur konstruktiven Arbeit im Op hatten, sodass sich die Abläufe, gerade bei den langen und komplexen Eingriffen, erschwerten und unnötig verlängerten.

Auch die einheimischen ärztlichen Kollegen waren zwar regelmäßig morgens anwesend, konnten jedoch nicht zuverlässig als Assistenz im Op eingeplant werden, da sie alle im Laufe des Tages unfindbar wurden. Eine Anleitung zu selbständigem Arbeiten war somit ebenfalls unmöglich, die Durchsetzung des Interplast Grundgedankens vergeblich.

In den Op- Pausen wurde durch Francis, der auch andere Teams vor uns bereits liebevoll versorgt hat, gut für unser leibliches Wohl gesorgt, sodass wir unsere Operationstage, die meistens bis 18.00 h dauerten, gut durchstehen konnten. Nach der anschließenden postoperativen Visite und einem gemeinsamen Abendessen in den Gemeinschaftsräumen planten wir unseren nächsten Op Tag und besprachen die Patienten.

Wir hatten ein sehr unterschiedliches Programm zu bewältigen, angefangen von kleineren Lappenplastiken im Gesicht (Abb. 1 a-b) über riesige Z-Plastiken zur Kontrakturauflösung bei Brandverletzten bis hin zu aufwändigen Noma-Rekonstruktionen mit freien Lappenplastiken, inklusive drei (?) freien Fibulae zur Unterkieferrekonstruktion nach (Hemi-) Mandibulektomien (Abb. 2a-b) und einer zweizeitigen mikrovaskulären Rekonstruktion einer gesamten Gesichtshälfte bei einem jungen Noma Patienten, dessen vorangegangenen Rekonstruktionen mit mehreren Lappen aus verschiedenen Teams sämtlich frustriert verlaufen waren. Aufgrund

unseres Teamspektrums operierten wir viele komplexe Fälle, was natürlich einen Einfluß auf die Gesamtzahlen hatte.

Insgesamt versorgten wir von den 120 triagierten Patienten 69 in 10 Operationstagen, unter anderem 20 (alle) Noma-assoziierte Defekte und Folgeoperationen, 14 Spalten, 16 Tumore und 5 Verbrennungskontrakturen. Sieben freie mikrovaskuläre Transplantationen wurden dabei problemlos mit der Lupe durchgeführt.

Unser kulturelles Programm beschränkte sich aufgrund dicht gedrängten Operationsprogramms und aufgrund der Tatsache, dass die Gegend um das Krankenhaus in eher nicht zu abendlichen Unternehmungen und Zerstreuungen nach einem anstrengenden Tag einlädt, auf einen „Ausflug“ an einen Pool einer deutschen Betonfirma an dem wir etwas entspannen konnten, sowie einem Besuch einer lokalen Bar auf ein „Star“ Bier. Ein geplanter Ausflug auf einen lokalen Markt konnte leider aufgrund aktueller politischer Unruhen wegen anstehenden Wahlen nicht erfolgen. Stattdessen fuhren wir in zwei Kleinbussen gemeinsam mit



dem einheimischen Op- Personal aus Kano zum nahegelegenen „Heimat“-museum in dem kleinen benachbarten Ort (Abb. 3), wo wir während der Wartezeit auf den Museumswärter zur größten Attraktion des Tages unter den vielen Kindern wurden, die aus jedem Winkel kamen, um die weißen Fremden interessiert zu bestaunen. Am meisten konnten wir sie begeistern, indem wir ihnen ihre eigenen Bilder zeigten, die wir mit unseren Digitalkameras aufgenommen hatten!

Am letzten Tag erfolgte dann die Abschlussuntersuchung sämtlicher operierter Patienten und der Versuch, weitere notwendige Maßnahmen festzulegen. Den Patienten zu vermitteln, wie sie sich in Zukunft zu verhalten haben, ob noch eine Folgebehandlung nötig ist oder wann sie sich wieder zu einer Kontrolle vorstellen sollen, fiel uns trotz Übersetzung schwer, da in den meisten Fällen jegliches Verständnis für die Verantwortung der eigenen Gesundheit gegenüber zu fehlen schien.

Das ungute Gefühl, dass nach unserer Abreise auch die Versorgung

der noch hospitalisierten Patienten nicht optimal sein würde, begleitete uns den gesamten Einsatz über und bis zu Heimreise, ebenso die grosse Anzahl der Patienten, die wir unversorgt zurück lassen mussten mit den tröstenden Worten, dass das Team 40 ja in wenigen Wochen kommen würde. Wir wurden mit der für das Noma Children Hospital üblichen Feier, an der auch alle unsere Patienten teilnahmen, mit diversen Reden und Tänzen verabschiedet und traten am nächsten Tag unsere Heimreise an.

Persönlich habe ich als Interplast-Neuling ohne jegliche Einsatzerfahrung unendlich viel gelernt, weil ich das grosse Glück hatte, eingebettet in ein Team von „alten Hasen“ mit einer fantastischen operativen und anästhesiologischen Expertise an diesem Einsatz teilnehmen zu können. Wir alle haben getan, was möglich war, dennoch hat mich der große Ansturm von Patienten und vor allem die Anzahl der „Übriggebliebenen“ traurig gemacht. Natürlich weiß ich, daß nach uns weitere Kollegen kommen werden, die genau wie wir alles versuchen werden, aber hätten wir nicht doch noch mehr schaffen können?

Mein Eindruck von diesem Einsatz in Sokoto war, daß es ein Fass ohne Boden ist. Es wird nie möglich sein, alle Kranken zu behandeln und es ist gut, dass wir so vielen haben helfen können.

Leider macht der Zustand des Noma Children Hospital bzw. des lokalen Personals nicht viel Mut, das Personal scheint unorganisiert und wenig motiviert, bei der Patientenversorgung mangelt es an der nötigen Fürsorge und Sorgfalt, die hygienischen Verhältnisse sind dürftig. Von ärztlicher Seite wird

ausser von Ralf Sautter, der offensichtlich alles versucht, die Versorgung sicherzustellen, keine Verantwortung und Initiative zur Leitung und Erhaltung des Krankenhauses übernommen, das in einer so armen Region Nigerias ein Segen für die Menschen ist bzw. sein könnte. Die Zukunft wird zeigen, ob dieses einst sehr aussichtsreiche Projekt auf die Dauer weitergeführt werden kann und ob lokale Kräfte angeleitet und motiviert werden können, einmal die Leitung des Hauses und die Organisation der anstehenden Operationen zu übernehmen.

Svenja Giessler

Nachruf:

Wenige Wochen nach unserer Rückkehr erreichte uns die Nachricht über die Erkrankung von Dr. Manfred Busch, gefolgt von seinem raschen Tod. Wir alle waren erschüttert und trauern mit seiner Familie. Manfred hat zwei seiner letzten Lebenswochen den Menschen in Afrika gewidmet und seine Patienten unermüdlich, einfühlsam und sehr professionell betreut. Unser Team und seine Patienten werden Ihn sehr vermissen.



Einsätze Eritrea und Ruanda / 10 Jahre Sektion Vreden

Zweimal Afrika – Eritrea und Ruanda waren Zielländer unserer Einsätze in 2008. Die Länder liegen geographisch soweit auseinander nicht – und doch waren es zwei ganz unterschiedliche Einsätze.

Zwischen den Einsätzen, im Sommer, haben wir unser „10-Jähriges“ in unserem Garten gefeiert. Viele Aktive waren dabei, Peter (Schindelhauer) mit der weitesten Anreise aus dem Oderbruch.

Eine Woche später waren wir dann in unserer kleinen Stadt mit eigenem Stand am „Ehrenamtlichen Tag“ vertreten, selbstgebackenes Brot, Buchweizenpfannkuchen, Erdbeerbowl fanden reissenden Absatz.

Für unsere Sektion war 2008 ein gutes Spendenjahr. Wieder danken wir all unseren Spendern von Nah und Fern für ihren Beitrag.

Anaesthesie-Schwester; Dr. Christine Müller, Assistenzärztin Plastische Chirurgie; Theresa Sütfels, Cand. med.; Dr. Arnulf Lehmköster, Plastischer Chirurg und Teamleiter.

Asmara, die Hauptstadt Eritreas, war zum 5. Mal Einsatzort. Wieder hatten Dr. Haile und Rezene von der War disabled association die Pat. ausgewählt und vorbereitet, während wir hinsichtlich unserer logistischen Planung auf Peter Böttcher vom Büro Süd-Deutschland des Hammer Forums zurückgreifen konnten. Eritrea sucht derzeit genau aus, welche NGO's es ins Land läßt. Die jahrelange Zusammenarbeit mit dem Hammer Forum ist dafür um so wichtiger.

„Wenn Ihr einem Querschnittsgelähmten seinen Dekubitus (Druck-Liege-Geschwür) durch einen Muskellappen verschlossen



zum Verbandszimmer zu rollen, um sich verbinden zu lassen, macht auch die Seele krank“. Bewegende Worte von Dr. Haile bei der Abschlusszeremonie mit unseren eritreischen Freunden.

Die Freude über unsere Gast-Ge-



schenke war groß: Dr. Haile erhielt seine Op.-Akku-Bohrmaschine, kurzfristig durch Spendengelder finanziert, und der Physiotherapeut Rezene eine größere Zahl Neuro-Stimulatoren, die er sich gewünscht hatte und die durch ein Vredener Orthopädie-Fachgeschäft sowie das Gesundheitszentrum Vreden gestiftet worden waren.

Die Zusammenarbeit im Halibet hospital ist traditionell gut. Wann hat man schon einen „10-flap-day“ mit 10 Muskellappenplastiken?



Eritrea, 08. – 20.03.08

Teilnehmer: Dr. Heinz Hammer, Plast. Chirurg; Johanna van Laer, Anaesthesistin; Helga Wiggering,

habt, habt Ihr ihm auch seine Würde zurückgegeben, seiner Seele geholfen. Das Geschwür am Gesäß tut dem Pat. meist gar nicht weh, aber Tag für Tag, Jahr für Jahr,

Unsere Partner-Ärzte freuten sich über die Demonstration 2er seltener „neurovasculärer Insellappen“, einem „Suralis-“, und einem „Dorsalis-pedis-Lappen“. Auch das von



INTERPLAST Germany und INTERPLAST-Holland herausgegebene Kompendium der Plastischen Chirurgie fand bei den Ärzten des Hali bed großen Anklang.

Wochenende! 2 arbeitsfreie Tage lagen vor uns, dank der Hilfe unserer eritreischen Freunde waren wir in den Besitz spezieller „Permits“ gelangt, deren Sinn sich uns allerdings verschloss. Warum ist es Ausländern nur mit spezieller Genehmigung der Regierung erlaubt, Asmara, die Hauptstadt zu verlassen? Weist doch das Land mit dem Urwald am ostafrikanischen Grabenbruch und der hindurchführenden neuen touristischen „Fil-Fil-Road“ sowie dem Roten Meer mit der osmanischen Hafenstadt Massawa, seinen Stränden und den Korallenriffen (Schnorchelparadies!) der vorgelagerten Dalak-Inseln wahre touristische Höhepunkte auf.

Wir jedenfalls genossen den Ausflug nach Massawa mit Bad im Roten Meer und den Ausflug nach Keren mit 35 ° im Schatten. Tief beeindruckt hat alle der Besuch im locca, der von den Freunden des Hammer Forums errichteten Kinderklinik. Wir gaben dort die in einer kurzfristigen Aktion gesammelten Spielzeuge ab. Wir hatten Gelegenheit, die Neugeborenen-Abteilung zu besichtigen mit seinem hohen medizinischen Standard.

Kein leichter Abschied: Unsere eritreischen Partner, vor allem Dr. Haile und Rezene, Awforki, der leitende OP-Pfleger sind Freunde seit langem. Die gemeinsamen Abendessen mit Fisch aus dem Roten Meer, das extrem angenehme Sommerwetter in Asmara (25°, trocken, leichter Wind) werden uns fehlen.

Während ich diese Zeilen am Karfreitagabend schreibe, schneit es draußen.

Ruanda, 08. – 23.11.2008



Im November ging es für Dr. Christine Müller und Dr. Arnulf Lehmköster zum zweiten Mal nach Afrika. Auf eigene Kosten begleitete uns Hubert Stroetmann, ambitionierter Fotograf aus Vreden, der uns die fotografische Dokumentation der Reise abnahm. Das Missions-Krankenhaus in Gahini hatte angefragt. Verbinden wollten wir die Operationen dort mit Recher-



chen, in welchem Krankenhaus in Ruanda durch uns ein Op. eingerichtet werden kann.

In Kigali brauchten wir zwei volle Tage – die wir gern im Op. verbracht hätten – um unser Air-Cargo (medizinische Verbrauchsgüter) aus dem Zoll zu bekommen. Einen weiteren Op.-Tag verloren wir dadurch, dass Weiße sich an einem Tag im Hotel aufhalten sollten:

Groß-Demonstrationen waren angekündigt, letztendlich immer noch Folge des Genozids von 1994.

Verglichen mit anderen Ländern, in denen wir tätig sind, ist in Ruanda noch viel Arbeit zu leisten: Die Zollangelegenheiten bedürfen der Straffung, die Zusammenarbeit mit heimischen Ärzten ist zu fördern.



So arbeiteten wir in Gahini mit zwei „Gast-Arbeitern“ zusammen, einem Arzt aus Süd-Afrika und einem aus Australien.

Dankbar nahmen wir die Hilfe von Prof. Bernd Tenkhoff und Eva Fischer an, die unermüdlich für uns da waren. Bernd Tenkhoff arbeitet als Arbeits-Sicherheits-Experte seit 5 Jahren für die ruandische Regierung. Eva verbringt ein freiwilliges soziales Jahr in Kigali und arbeitet dort mit behinderten Kindern. Beide begleiteten uns auch zu den Berg-Gorillas im Virunga-National-Park: Ein unvergessliches Erlebnis.

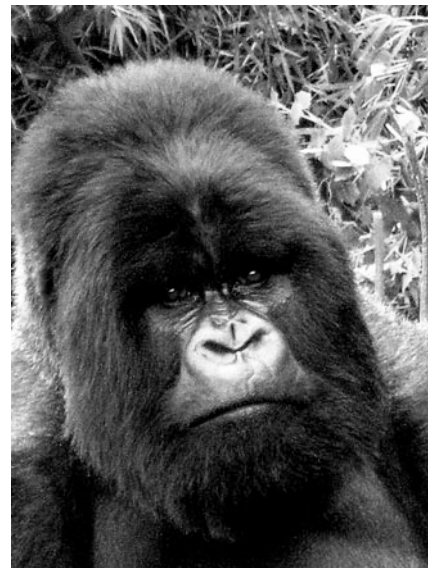
Berührend war zuletzt der Besuch bei Tuyisenge: Die nunmehr 12-jährige Tuyi ist ja überhaupt „Schuld“ an unserem Engagement in Ruanda: Als Silvia und ich sie vor drei Jahren zurückbrachten in das Krankenhaus, das sie uns zugeführt hatte, arbeiteten wir dort und jetzt wieder: In Gahini.

Wir sind dankbar, dass wir auch in diesem Jahr wieder in zwei Ländern operieren konnten: 60 Patienten



ten geht es nun besser. Für 2009 steht der erste Einsatz schon fest: Wir werden unser im Jahr 2007 begonnenes Engagement in Taiz/Jemen fortsetzen. Viele Verbrennungs-Patienten und Kinder mit Lippen-Kiefer-Gaumenspalten warten auf uns.

Arnulf Lehmköster



Interplast - Einsatz in Puma / Tansania vom 17.10.-03.11.2008

Sektion Siebengebirge

Die seit genau 20 Jahren bestehende Verbindung der Pfarrgemeinde St. Martin in Bad Honnef-Selhof mit der Missionsstation der Mütter vom heiligen Kreuz bildete die Basis für einen erneuten Einsatz eines Interplastteams der Sektion Siebengebirge in Puma / Tansania.

Nach dem Tod der 85jährigen Ordensgünderin Schwester Maria Stieren am 17.04.2008, während der Einsatzvorbereitung, wurde die Planung von ihrer Nachfolgerin Schwester Melania und Pater Cornelius Del Zotto, dem ehemaligen Dekan der theologischen Fakultät in Rom lückenlos fortgeführt. Am 17.10.2008 machte sich ein 13-köpfiges Team auf den Weg. Zuvor hatte Markus Strothkötter per Luftfracht reichlich Material nach Tansania auf den Weg gebracht.

3. Dr. Maria Angsten, FÄ für Anästhesie, ehemalige Chefärztin der Anästhesie im Cura Krankenhaus in Bad Honnef

4. Dr. Frank Bosselmann, FA f. Chirurgie, Hand – und Plastische Chirurgie, Praxis in Bonn

5. Dr. Dr. Markus Martini, FA f. Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie, leitender OA der MKG der Uni Bonn,

6. Dr. Andreas Viehöfer, FA für Anästhesie im Evangelischen Waldkrankenhaus in Bonn-Bad Godesberg

7. Dr. Jürgen Meyer-Oswald, Zahnarzt i. R. aus Köln-Pulheim

8. Bianca Lump, leitende OP-Schwester der Chir.Klinik der Uni Göttingen

9. Reiko Jähne, OP- Fachpfleger im Cura Krankenhaus in Bad Honnef

13. Gunter Seifried, Elektronik- und Röntgentechniker aus Chemnitz

Vom 17. auf den 18. Oktober 2008 ging es von Frankfurt über Adis Abeba und Nairobi zum Internationalen Airport Kilimandscharo in Tansania. Von diesem Flughafen bis zur Missionsstation beträgt die Straßenentfernung noch ca. 360 km, davon mindestens 2/3 Schotterpiste. Ca. 26 Stunden nach dem Start vom Siegburger Bahnhof erreichten wir die Nebenstation der Mission in Ndareda, nordwestlich von Puma. Dort haben wir Zwischenstation gemacht. Hier wurde im vergangenen Jahr bereits ein OP aufgebaut. Da es aber in Ndareda nur einen Opsaal gibt, haben wir es vorgezogen nur in Puma zu operieren, um unsere Manpower auch optimal einsetzen zu können. Am nächsten Morgen wurden die ersten Patienten hier untersucht und die dann feste Termine zur OP in Puma bekamen. Am späten Vormittag ging es ausgeruht und gestärkt weiter nach Puma. Unterwegs wurde eine weitere Nebenstation des Ordens in Ngehandu besucht. Hier steht ebenfalls ein kleines Krankenhaus. Auch hier wurden Patienten gesichtet und zur OP einbestellt.

Am Nachmittag erreichten wir dann Puma, wo uns ein grandioser Empfang mit Tanz und Gesang bereitet wurde.

Die Station in Puma betreibt neben dem Krankenhaus mit 2 OPs Landwirtschaft und Viehzucht. In einer weitere Dependance ca. 3 km entfernt wurden 3 Quellen erschlossen, die jede ca. 80000 l hochwertiges Wasser pro Stunde fördern. Neben der Bewässerung der Plantage - Garten Eden genannt - ist geplant, das Wasser zu vermarkten. Insgesamt ist die Station somit Selbstversorger bei Nahrungsmitteln und Wasser.



Das Team:

1. Dr. Ulrich Schmidtman, FA f. Chirurgie, Unfallchirurgie und Orthopädie, Chefarzt der chir. Abteilung des Cura Krankenhauses Bad Honnef als Teamleiter

2. Volker Rudolph, FA f. Chirurgie im Cura Krankenhaus in Bad Honnef

10. Johannes Kieserg Anästhesiefachpfleger im Cura Krankenhaus in Bad Honnef

11. Hans-Peter Heisterbach, Krankenpfleger und Wundmanager im Cura Krankenhaus in Bad Honnef

12. Markus Strothkötter, Krankenpfleger, Unternehmensberater und Logistiker aus Bad Honnef



Am Folgetag ging es an die Arbeit. Nach dem Screening und dem Vorbereiten der OPSäle konnten bereits Nachmittags die ersten OPs durchgeführt werden. In den folgenden 9 OP Tagen (Sonntags wurde nicht operiert) konnten an 103 Patienten 116 Operationen von 2 Teams parallel durchgeführt werden. Versorgt wurden Verbrennungskontrakturen an Extremitäten, Rumpf und Gesicht, Lippen- und Gaumenspalten, Kiefertumoren, Klumpfüße, Hauttumoren, Ober- und Unterschenkelfrakturen verschiedenen Alters bei Kinder und Erwachsenen. Große Strumen und Leistenbrüche gehörten ebenso dazu, wie einige proktologische Eingriffe. (Einfüger Bild 2 u. 3)

Als sehr hilfreich hat sich der Einsatz des erfahrenen Wundmanagers erwiesen, der den postoperativen Verlauf der Patienten überwachen konnte und den Operateuren somit viel Zeit erspart hat. Das hat sicher die OP Anzahl erhöht. Zusätzlich hat er das Screening der Patienten so koordiniert, dass auch hier durch gezielte Patientensich-



tung sehr effektiv und zeitsparend gearbeitet wurde. Unerlässliche Helfer vor Ort waren zwei Medical Assistents, ohne die ein solcher Einsatz nicht denkbar ist. Dank an Abel Eliah Sumbe und Athanas Francis Gambula.

Die OPSäle waren in gutem Zustand: Fließendes Wasser stand immer zur Verfügung, bei Stromausfall war schnell ein gut erhaltener Generator aus Bempflingen im Einsatz. Nachdem die Röntgenanlage und der gespendete C-Bogen von Gunter in mühevoller Bastelarbeit in Gang gebracht wurden, blieben kaum Wünsche offen.

Unsere Unterkünfte waren gut, gelegentlich sogar mit fließendem Wasser. Die in der Tradition der verstorbenen Ordensgründerin bayerische Verpflegung tat nach langen OP-Tagen gut, zumal auch "Tansanische Medizin" (Zitat Pater Cornelius) nach bayerischer Braukunst gereicht wurde.

Das Team zeichnete sich neben fachlicher Kompetenz und gegenseitiger Wertschätzung durch eine ausgesprochene Harmonie aus. Diesem Umstand ist es zu verdanken, dass der Einsatz für alle Beteiligten eine erfolgreiche Zeit ge-

worden ist.

Ein Ausflug in die Umgebung am OP-freien Sonntag ließ die landschaftliche Schönheit der Region erkennen. Den Kontakt zur Bevölkerung in Puma konnten wir unter Vermittlung der beiden einheimischen Medical Assistents, auch außerhalb der Mission, herstellen.

Am letzten OP-Tag wurden uns dann die Unzulänglichkeiten des tansanischen Gesundheitssystems und somit auch unsere Grenzen dort aufgezeigt: Wir waren bereits beim Einräumen, als uns nach einem schweren Verkehrsunfall mit zwei Todesopfern ein bewusstloser Patient eingeliefert wurde. Er wurde sofort intubiert. Blutung aus dem Ohr und Crepitation am Thorax ließen auf eine schwere Verletzung schließen. Die ebenfalls schwere Weichteilverletzung im Gesicht wurde zuerst in Angriff genommen. Im Verlauf zeigte sich sonographisch freie Flüssigkeit im Abdomen, so dass der Patient laparotomiert werden musste. Bei dem Eingriff wurde die verletzte Milz entfernt, außerdem galt es eine Darmläsion und einen Mesenterialeinriss zu versorgen. (Einfügen

Bild 4) Bei der Suche nach einer Intensivstation, die den Patienten (es war zufällig der Bauleiter, der den OP in Puma errichtet hatte) post OP versorgen konnte, wurde ein Krankenhaus ca. 100 km entfernt – in ca. eineinhalb Stunden Fahrzeit zu erreichen - genannt. Dort hatte Abel, einer der beiden Medical Assistents, drei Jahre zuvor seine Ausbildung gemacht. Telefonisch wurde der Patient angemeldet. Andreas und Hans-Peter ist es gelungen aus einem Jeep einen RTW mit Narkosegerät zu basteln. (Einfügen Bild5) Der dann folgende Transport des Schwerverletzten in das Lutherische Hospital in Haydom dauerte dreieinhalb Stunden. Der Patient wurde dort stabil eingeliefert. Die versprochen Intensivstation war zwar vorhanden, aber ohne Monitor und ohne Beatmungsgerät, denn drei Jahre zuvor war das Haus von norwegischen Ärzten betrieben worden, mit deren Weggang aber verschwand auch die Einrichtung der Intensivstation. Ein Rücktransport des Patienten war zu diesem Zeitpunkt auch nicht mehr möglich, da auf dem langen Hinweg der Sauerstoffvorrat komplett aufgebraucht war und kein Ersatz zur Verfügung stand. - Der polytraumatisierte Patient ist am Folgetag verstorben. Dieser dramatische Einsatz mit seinem traurigen Verlauf beendete unseren Einsatz in Puma.

Am Freitagabend und Samstagmorgen wurden wir in einer sehr bewegenden Art und Weise verabschiedet. Mit Blumen übersät und reich beschenkt mit Honig, Kaffee, Tee und Bananen aus dem Garten Eden bestiegen wir die Jeeps. Zum Frühstück machten wir nochmal Station in Ngehandu. Nahe der Station wurde uns eine Wasserbohrstelle gezeigt. Diese Bohrung wird im Auftrag der Mission durchgeführt, um ein bereits er-

worbenes großes Stück Steppe fruchtbar zu machen. Geplant ist Getreideanbau.

Weiter ging die Fahrt in den Tarangire Nationalpark. Hier konnten wir am Nachmittag und am folgenden Vormittag die eindrucksvolle Tierwelt des Landes bestaunen. (Einfügen Bild 6) Nach den arbeitsreichen Tagen in Puma war das ein erholsamer Übergang vor der Heimreise. Am Nachmittag starteten wir am Kilimandscharo um sind am frühen Morgen des 03.11.2008 in Frankfurt gelandet.

Dieser Einsatz wäre nicht ohne die Unterstützung zahlreicher Helfer und Spender möglich gewesen. Insbesondere möchten wir Frau Huck von Pro Interplast Seligenstadt und dem PUMA-Kreis der kathol. Kirchengemeinde St. Martin Selhof-Bad Honnef danken.

Volker Rudolph, Bad Honnef





Ipamba Hospital – Tosamaganga-Iringa / Tanzania – Ostafrika

Sektion Münster Zeit: 11.- 24. Okt. 08



Team:

- Hubertus Tilkorn - Plast. Chirurg
- Einsatzleiter
- Michael Bergermann –
MKG-Chirurg
- Eckhard Speulda – Anästhesist
- Bernhard Schneller - Anästhesist
- Tina Tröster – Op.-Schwester
- Monika Blaser - Op.-Schwester
- Marlene Tilkorn – Allgemein-
ärztin -Koordination
- Daniel Tilkorn – Plast. Chirurg
- Maximilian Speulda - cand. med.
– Anästhesiehilfer, Chirurgie-
Azubi

Nachdem der letztjährige Einsatz zur Zufriedenheit aller verlaufen ist, folgte auch dieses Jahr wieder eine bunte Gruppe aus 6 Interplast-Erfahrenen und drei Neulingen der Einladung des Bischofs von Iringa, ins Missions Hospital Ipamba nach Tosamaganga zu kommen.

In Dar es Salam gesellte sich noch ein Oral-Chirurg aus den USA zu unserer Gruppe, der Michael Bergermann gebeten hatte, eine Wo-

che an dem Einsatz teilnehmen zu dürfen.

Horst und Monika Blaser und Klaus Valentin hatten dieses Jahr wieder tolle Vorarbeit geleistet, ohne die der ganze Einsatz nicht möglich gewesen wäre. So klappte der Transport von Dar es Salam nach Ipamba, einem kleinen Ort auf der Hochebene nahe Iringa, ohne Probleme. Nach fast 12 stündiger Busfahrt waren wir froh, unsere Unterkunft bei der italienischen Hilfsorganisation „Doctors with Africa“ beziehen zu können, wo wir mit einem hervorragenden italienischen Abendessen von Signora Teresa begrüßt wurden.

„Unser“ OP war im Vergleich zum Vorjahr schon bei unserer Ankunft als solcher zu erkennen. So hatten wir zwei Narkosegeräte und zwei richtige OP-Tische zur Verfügung. Nach kleineren anfänglichen technischen Problemen konnten wir am Mittag des ersten Tages mit den ersten Operationen beginnen.

Marlene Tilkorn untersuchte in den 9,5 Arbeitstagen fast 400 Patienten, von denen 124 für eine Operation in Frage kamen. Dabei handelte es sich um das übliche Spektrum: Lippen-Kiefer-Gaumenspalten, schwere Verbrennungskontraktionen, zudem riesige Condylome im Genitalbereich bei AIDS Patienten, sowie andere Hauttumore.





Aufgrund der Bilder auf den Informations-Plakaten kamen dieses Jahr sehr viele Patienten mit Kelloiden in allen Größenordnungen. Bei zum Teil monströsen Kelloiden beschränkten wir uns bei der Operation auf Patienten, bei denen durch die Operation keine große Wundfläche entstand und eine Nachbehandlung mit Triamcinolon gewährleistet war. Bei der Auswahl der Bilder für unser Informationsplakat werden wir demnächst vorausschauender sein.

uns, dem 6-Monaten alten, mangelernährten, 3,7 kg schweren Säugling die Lippenspalte zu verschließen. Nach einer kritischen Phase konnte der Säugling nach Bluttransfusion, Sondenernährung und intensiver Ernährungsberatung am Ende unseres Aufenthaltes in deutlich gebesserten Zustand entlassen werden und ist für den Gaumenschluss für das kommende Jahr vorgesehen. Oh-

ne die intensive Behandlung und die Operation hätte das Kind voraussichtlich im kommenden Jahr nicht mehr gelebt.

Besonders beeindruckt haben uns wieder die Kinder mit Verbrennungswunden und Kontrakturen, wie Jackson, mit seinen 1 _ Jahren, Erisha mit 6 Jahren und Hermann mit 4 Jahren, die mit großer Geduld die häufigen Verbands-

Die Zusammenarbeit mit den beiden afrikanischen Schwestern-Ärztinnen, besonders mit Dr. Sabina Mangi war hervorragend. Sie wird im kommenden Jahr besonders Spalt-Patienten vormerken, da diese sonst in der Region nicht behandelt werden.

Die Op-Indikation von Säuglingen mit LKG-Spalten in schlechten Allgemein – und Ernährungszustand hat uns wieder viel Nachdenken und Sorge gemacht. Bei einer mit der Ernährung ihres Kindes überforderten Mutter entschlossen wir





wechsel ertrugen und mit ihren strahlenden Augen unsere Herzen gewannen.

Auch in diesem Jahr bat Schwester Sabina uns, drei Patienten mit akutem Abdomen zu übernehmen, die im nahe gelegenen Regierungskrankenhaus 5 Tag unversorgt geblieben waren. Ein Patient mit einer Messerstichverletzung der Leber, und eine junge Frau mit einem ausgedehnten Bridenilieus erholten sich erstaunlich schnell und waren vor unserer Abreise schon wieder entlassen, ein 80-jähriger Patient mit einem inoperablen Ileiocoecaltumor musste mit einem Stoma versorgt werden.

Ein Patient mit einem riesigen, kopfgroßen Ameloblastom und zwei jungen Patienten mit sehr ausgedehntem, ulcerierend verjauchendem Dermatofibrosarcom der Kopfhaut konnten wir leider nicht helfen.

Unsere Patienten waren wie im Vorjahr in einem Matratzen-Lager untergebracht. Trotz der schwierigen hygienischen Bedingungen gab es keine Wundinfektion.

Das schönste Erlebnis war, dass der 18-jährige Patient Goodluck von weither angereist kam, um zu zeigen, dass die Vorjahres-Operati-

on erfolgreich war und er jetzt auf beiden Beinen stehen und ohne Gehstütze laufen kann. Goodluck hatte uns nach der Korrektur der schlimmen Kontraktur im Kniegelenk wegen diffuser Hämorrhagien viel Sorgen gemacht.

Dem Wunsch der tansanischen Mitarbeiter, nächstes Jahr wieder ein Interplast Team im Tosamagan-ga-Hospital begrüßen zu dürfen, möchten wir alle gerne nachkommen.

Bei der Rückfahrt nutzen wir dann die praktische Lage des Mikumi National Parks auf halber Strecke nach Dar es Salaam, um noch eine mehrstündige Safari zu machen.

Auch dieses Jahr gilt der Lufthansa und der Swiss Air wieder unser Dank für den kostenlosen Transport des Übergepäcks.

Max Speulda



Einsatz Antananarivo / Madagaskar vom 21.04. - 02.05.2008 INTERPLAST-France und INTERPLAST-Germany



Wenn man mit dem Flugzeug von der afrikanischen Küste kommt, taucht Madagaskar plötzlich wie ein vergessener Kontinent im Indischen Ozean auf. Ein portugiesischer Seefahrer, Kapitän Diego Diaz, war im Jahr 1500 von der Indien-Route abgekommen und hatte als erster die Nachricht von einer gewaltigen roten Insel vor der Küste Afrikas nach Europa gebracht. Marco Polo nannte die Insel dann Madagaskar. Mit seinen Reisfeldern und seiner hügeligen grünen Landschaft wirkt Madagaskar zunächst eher asiatisch. Man geht heute davon aus, dass indonesische Siedler vor etwa 2000 Jahren auf eine menschenleere Insel gekommen sind. Die Madagassen allerdings glauben, dass ihre Insel der Ort des „absoluten Ursprungs“ ist und dass ihre Ahnen weiße Pygmäen waren, so genannte „Vazimba“. Zwei Dinge tragen zur Faszination dieser Insel bei: zum Einen sind die Madagassen wohl die freundlichsten und liebenswürdigsten Menschen, die man treffen kann. „Fihavanana“ - die Freundschaft gegenüber allen Menschen – ist ein wichtiger Teil ihrer Kultur.

Das zweite ist eine endemische Flora und Fauna, es gibt viele tausend Arten, die nur auf Madagaskar vorkommen. Lemuren – aufgeregte Halbaffen – sind ein Symbol dieser Fauna und ein Wahrzeichen Madagaskars. Dennoch gehört Madagaskar zu den ärmsten Ländern der Welt, etwa die Hälfte der Bevölkerung lebt von weniger als einem Dollar pro Tag. Die örtlichen Gesundheitsbehörden berichten über Fälle von Pest, Lepra und Toll-

wut. Zu unserem von Interplast Frankreich organisierten Team gehörten Prof. Jaques Baudet, Dres. Patrick Knipper, Matthieu Beustes und Alexander Schönborn, alle Plastische Chirurgen, Dr. Patrick Antoine, Anästhesist, und Marie-Christine Buisson, OP-Schwester. Unser Einsatz fand in der kinderchirurgischen Abteilung der Uniklinik von Antananarivo statt und wurde maßgeblich vom Lions Club der Hauptstadt unterstützt. Wir kamen am Sonntagabend in Antananarivo an. Air France hatte das Übergepack gratis transportiert, was etwa EUR 750,- gespart haben dürfte. Leider gehört Madagaskar seit Anfang des Jahres nicht mehr zu den Zielen, für die Air France humanitäre Einsätze unterstützt. Am Montag und Dienstag wurden uns insgesamt 65 Patienten vorgestellt. 44 Patienten wurden an sieben OP-Tagen (der Maifeiertag fiel auf den Donnerstag der zweiten Woche) operiert. Von den 21 nicht operierten Patienten waren 14 Neuvorstellungen und sieben Patienten, die während des vorangegangenen Einsatzes ope-



riert worden waren. Die Mehrzahl der Eingriffe (27) betraf die Kopf – Hals – Region, 11 die obere Extremität, drei die untere und drei den Rumpf. Das Spektrum war Interplast-typisch: Lippen- und Gaumenspalten, Verbrennungsfolgen, Fehlbildungen. Mit Jaques Baudet hatten wir nicht nur einen großartigen Chirurgen an Bord, sondern auch einen bereitwilligen Lehrer, der uns an seiner immensen Erfahrung teilhaben ließ. Wir konnten parallel in zwei mit Mitteln des Lions-Clubs renovierten OP – Sälen arbeiten. Unser Anästhesist Patrick Antoine – obwohl von einheimischen Anästhesisten gut unterstützt – musste letztlich beide Säle überwachen. Zurückhaltend, effizient, war er immer schon zur Stelle, wenn wir das Gefühl hatten, ihn gleich zu brauchen. Patrick Knipper hatte uns vor allem deshalb begleitet, um das in Paris bereits seit mehreren Jahren angebotene Universitätsdiplom „Chirurgie réparatrice en situation précaire“ an der medizinische Fakultät von Antananarivo zu etablieren. Obwohl in Deutschland kaum bekannt, sind solche Diplome im französisch-

sprachigen Raum wichtige akademische Titel und folgen einem genauen Curriculum. Während des Einsatzes hatten sich nur drei madagassische Kollegen für das Diplom eingeschrieben. Das lag an den hohen Einschreibengebühren, die die Fakultät zunächst verlangt hatte. Dieses Problem konnte jedoch geregelt werden, so dass man ab 2009 mit ca. 15 Teilnehmern pro Kurs rechnen kann. Der theoretische Unterricht fand in zwei Teilen statt: morgens vor OP Beginn wurden in ca. 30 min. die Eingriffe des Tages erläutert, nachmittags fand ein allgemeiner Kurs über 2 bis 3 Stunden statt. Dazwischen assistierten die Kollegen bei unseren Eingriffen. Während des Aufenthalts unseres Teams fand das Frühjahrs-Symposium der Französischen Gesellschaft für Plastische Chirurgie ebenfalls auf Madagaskar statt. Anlass für einen festlichen Abend, bei dem von Jean-Pierre Reynaud, dem Präsidenten, etwa ein Dutzend Lehrbücher und ein Elektrodermatom als Spende der Fachgesellschaft an die madagassischen Kollegen übergeben wurde. Unser Team wurde außerordentlich gut von den Lions von Antananarivo betreut, die Gastfreundlichkeit von Michel Gerard und seiner Frau, die das gesamte Team jeden Abend in ihrem Haus bewirteten, sei besonders erwähnt. Der nächste Einsatz in Antananarivo ist für Mai 2009 geplant.



Alexander Schönborn, Berlin



INTERPLAST-Einsatz Fianarantsoa /Madagaskar Mai 2008



Im Mai des Jahres 2008 haben wir mit dem ersten Folgeinsatz für Interplast-Germany unser im Vorjahr begonnenes Programm in Fianarantsoa, Madagaskar fortgesetzt.

Die Kosten des Einsatzes konnten komplett aus einer zweckgebundenen Spende des Lions- Club Essen-Stadtwald an den gemeinnützigen Verein Pro- Interplast- Seligenstadt bestritten werden. Ganz herzlichen Dank dem Lions- Club in Essen für die überwältigend großzügige Unterstützung und an die Vereinsvorsitzende Frau Waltraud Huck und Ihre Mitstreiter von Pro Interplast Seligenstadt für Ihre professionelle, unermüdliche und extrem engagierte Arbeit!

Wie schon im Vorjahr wurde unser Einsatz von den Herrn Kollegen Frank de Wolf (Gent / Belgien) perfekt organisatorisch vorbereitet und geleitet. Im Anschluß an die hoffentlich bald erfolgende Gründung von Interplast Belgium wird unsere Arbeit in Fianarantsoa sicherlich ganz unter der Regie unser

belgischen Freunde fortgesetzt werden.

Teammitglieder des Einsatzes waren:

- Dr. med. Frank de Wolf, Gent, Belgien (Zahn- Mund- Kiefer und plastischer Gesichtschirurg)
- Prof. Dr. med Dr. med dent E.D. Voy (Zahn- Mund- Kiefer und plastischer Gesichtschirurg)
- Dr. med. Herbert v. Crayeveld, Gent, Belgien (Anästhesist)
- Dr. Benoit Dolphijn, Herentals, Belgien (Zahn- Mund- Kiefer und plastischer Gesichtschirurg)
- Dr. med Christian Löhlein, Velbert (Anästhesist, Teamleiter)
- Frau Dr. Margareta Debrock, Gent, Belgien (Anästhesistin)
- Frau Nancy Buysse, Gent, Belgien (OP- Schwester)
- Magdalena Löhlein, Velbert (Studentin) (Mitreise auf eigene Kosten)

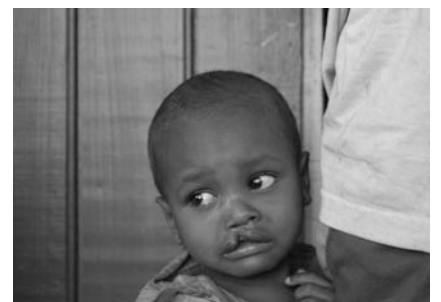
Die Anreise nach Antananarivo / Madagaskar erfolgte am 2. 5. 08 mit Air France von Paris aus.

Für den Transport unseres Materials konnte im Vorfeld eine Regelung getroffen werden, die letztlich dazu führte, dass Air France unser Übergepäck für einen sehr geringen Aufpreis transportiert hat. Auf Inanspruchnahme von Air Madagascar war diesmal verzichtet worden, nachdem Zweifel an deren langfristiger Existenzfähigkeit aufgetaucht waren.

Bei Hin- und Rückreise von Antananarivo zum Einsatzort Fianarantsoa war die Unterstützung der kanadischen NGO „MAF“ (Mission Aviation Fellowship) außerordentlich hilfreich. Der kurze und ausgesprochen kostengünstige Flug mit einer Cessna Caravan von MAF hat dem Team zwei anstrengende Tage auf schlechten Straßen erspart und so einen zusätzlichen Operationstag ermöglicht.

Wie beim ersten Einsatz war das „Hopitaliben i Fianarantsoa“, das Zentrale Referenzkrankenhaus der Provinz Fianarantsoa als Austragungsort unseres Einsatzes vorgesehen.

In relativ großzügiger, auf viele Gebäude verteilter Bausubstanz (in wesentlichen Teilen handelt es





sich um eine ehemalige französische Kaserne!) ist hier ein grosses Krankenhaus untergebracht, das allerdings offenbar mangels Geld nur zu kleinen Teilen wirklich genutzt wird und zudem wichtige für eine Krankenversorgung nach westlichen Maßstäbe absolut unverzichtbare Merkmale nicht vorhalten kann. Die am letzten Einsatztag arrangierte Führung durch das gesamte Krankenhaus hat dementsprechend beim Team einen bleibenden Eindruck hinterlassen. Unter anderem wurde uns eine Frau präsentiert, die als „Geisel“ festgehalten wurde, bis die Familie das für die stattgefundene Entbindung fällige Entgelt (die Rede war von umgerechnet zwei Euro!) bezahlen konnte – eine offenbar übliche Vorgehensweise.

Wie schon im Jahr zuvor hatte sich das Haus unter Berücksichtigung der vorhandenen Möglichkeiten hervorragend auf unseren Einsatz vorbereitet. Abgesprochen war erneut eine Konzentration auf die Versorgung von Patienten mit Lippen- Kiefer- Gaumen Spalten gewesen. Bei Screening am Ankunftstag warteten dann auch

mehr als 80 Patienten auf uns, die teilweise von weit her angereist waren. Es handelte sich dabei ganz überwiegend um nicht voroperierte Spaltpatienten vom Kleinkindes- bis ins junge Erwachsenenalter. Lediglich 5 Patienten waren „Wiederkehrer“, bei denen nach der Lippenspaltplastik 2007 noch die Gaumenoperation ausstand.

Die Ergebnisse unserer Arbeit von 2007 waren von unseren Gastgebern summarisch ausgesprochen positiv beurteilt worden. Das gipfelte in der Feststellung, dass zwischenzeitlich 7 unserer Patienten verheiratet seien.

Eine etwas solidere Rückmeldung über Langzeitergebnisse unserer Arbeit zu bekommen, ist in Madagaskar bisher schwierig: Die Patienten kommen aus einem grossen Einzugsbereich und die Infrastruktur (Telekommunikation, Transportwege) ist ausgesprochen dürftig. Einbestellung vieler Patienten lediglich zum Zwecke der Ergebniskontrolle dürfte daher nicht aussichtsreich sein. Bei der Beurteilung der Langzeitergebnisse wer-

den wir daher leider noch länger auf Einzelfallbeobachtungen und auf die Untersuchungen von Patienten mit geplanten Reoperationen angewiesen sein. Ähnliches wird ja auch von anderen Interplast- Teams berichtet. Für Verbesserungsvorschläge zu dieser Thematik wären wir dankbar.

Nachdem Nachschub an Sauerstoff sichergestellt worden war (mangels finanzieller Möglichkeiten wird das Haus noch nicht einmal regelmäßig mit Sauerstoff beliefert !) konnten wir in hervorragender Weise unterstützt von lokalen Helfern in OP und auf der „ Station“ in unser OP- Programm starten.

Insgesamt hat das Team in den folgenden 10 OP- Tagen ohne erwähnenswerte Probleme 88 Patienten operiert, wobei insgesamt 109 Operationen durchgeführt wurden.

Wie bei jedem Einsatz hatten wir 2007 alle Restbestände an Nahtmaterial, Einmalartikeln und Medikamenten zurückgelassen. Allerdings war es uns im nachhinein betrachtet nicht gelungen, sicherzustellen, dass alles Material wirklich benötigten Patienten oder dem Krankenhaus als Ganzes zugute kommt. Diese aus anderen Einsätzen bekannte Problematik wurde mit dem Ärztlichen Direktor des Krankenhauses ausdrücklich angesprochen und uns wurde gewissenhafter Umgang mit den reichlichen „Überbleibseln“ des diesjährigen Einsatzes explizit zugesagt. Wir werden genau nachfragen...

Von unseren madagassischen Partnern wird die Fortsetzung unserer

Arbeit in Fianarantsoa dringlich gewünscht – gerne auch mit erweitertem Indikationsspektrum. Nachdem wir das Haus und seine sehr beschränkten Möglichkeiten kennen gelernt haben, werden wir in entsprechende Überlegungen für einen Einsatz im kommenden Jahr einsteigen.

Die Rückreise in der Nacht vom 18. 5. 08 verlief ohne besondere Ereignisse.

Insgesamt kann von einem problemlos verlaufenen Interplast-Einsatz berichtet werden. Das Miteinander im Team war stets gut, die Nachfrage nach unserem Hilfsangebot ist ebenso wie die Kooperationswilligkeit unserer lokalen Partner ausgesprochen gross und es kam zu keinerlei gravierenden Komplikationen. Wir glauben, dass mit Fianarantsoa eine Einsatzstelle gefunden ist, die noch jahrelang ein lohnendes Ziel von Interplast-Einsätzen sein kann.

Die im Bericht 2007 angekündigte Gründung von Interplast Belgium ist zwar mittlerweile weit fortgeschritten, aber noch nicht formell erfolgt. Wir gehen aber davon aus, dass 2009 ein Team von „Interplast Belgium“ nach Madagaskar reisen wird.

Christian Löhlein, Velbert



Operieren auf dem sechsten Kontinent

Einsatz auf Madagaskar 21.11.08-08.12.08



Es regnet nicht, es schüttet! Alles trieft und das Wasser bahnt sich seinen Weg durch die Holzdecke im OP und tropft in mehrere Eimer und den Fußboden. Es kommt tatsächlich mehr Wasser durch die Decke, als durch die Dusche in unserer Unterkunft!! Der Patient ist in Narkose und merkt nicht, dass er nass wird. Wir operieren und merken sehr wohl, dass die Decke undicht ist. Gibt es hier einen Regenschirm für Ärzte aus Übersee, die es nicht gewohnt sind, im OP-Regen zu stehen?

Es ist unserer dritter Einsatz im Hospital Ambohibao in Antananarivo, der Hauptstadt Madagaskars. Die Regenzeit hat früher eingesetzt als sonst, was wir sehr zu spüren bekommen haben. Der Regen macht die ohnehin schon sehr mäßigen Straßen zu einer Schlamm Schlacht, was leider einigen Patienten den Zugang zum Krankenhaus verwehrt.

Es ist, als ob wir alte Freunde besuchen. Viele Mitarbeiter des Krankenhauses sind mitten in der Nacht zum Flughafen gekommen, um uns zu begrüßen und unsere Berge von Gepäck mit ins Krankenhaus zu nehmen. Jeder Tupfer, jede Naht und jedes Medikament, das wir eventuell gebrauchen könnten, haben wir aus Deutschland mitgebracht. Die finanziellen Mittel des Krankenhauses sind sehr begrenzt. Wir können nichts von Ihnen bekommen. Auch dieses Jahr geht alles seinen gewohnten Gang. Patienten stellen sich vor, werden operiert, übernachten und gehen glücklich nach Hause. Alle ziehen an einem Strang und haben die Freude, helfen zu können. Wir operieren an drei Tischen. Die Kinder mit Lippen- und Gaumenspalten gehören schon zum Standardprogramm, ebenso wie Fehlbildungen an der Hand, Tumore und Kontrakturen nach Verbrennungen. Neu im „Angebot“ sind die Klumpfußbehandlungen, die ansonsten in Madagaskar nach vorliegender Infor-

mation überhaupt nicht stattfinden.

Der älteste Patient, der an einer Lippenspalte operiert wurde, war 18 Jahre alt. Nach erfolgreicher OP grinst eine unserer Anästhesisten den jungen Mann an und sagt: „Go home and get married“. Der Jüngling, aus der Narkose wieder erwacht, lässt sich das übersetzen, verlangt einen Spiegel und lächelt sehr breit und zufrieden. Die sorgfältig platzierten Nähte an der Lippe überstehen den Härtestest und fliegen uns nicht um die Ohren. Genau das wird er machen!!! Die Familie seiner Angebeteten wollte eine Hochzeit mit der Lippenspalte nicht zulassen. Jetzt aber steht einer Vermählung nichts mehr im Weg. „Go home and get married!!!“ Sein schönstes Weihnachtsgeschenk.

Am Ende unserer Woche schmeißen wir die obligatorische Pizzaparty, was uns als internationales Team noch mehr zusammenschweißt. Bei einem durchschnittlichen Gehalt von etwa 25 Euro im Monat können sich nur wenige eine Pizza im Wert von 4 Euro leisten. Nach einer erfolgreichen Woche in Tana fliegen wir weiter in den Südosten um zum zweiten Mal das Buschkrankenhaus Manambaro zu besuchen.

Manambaro... Der Name klingt nach Abenteuer und Herausforderung und genau so ist es. Das etwa 5000 Seelen große Dorf in der Nähe von Fort Dauphin im Südosten Madagaskars hatte vor einem halben Jahrhundert ein berühmtes Krankenhaus. Das 1954 von Amerikanern gebaute, und seit Anfang der siebziger Jahre in Eigenregie

geführte Haus, ist heute nur ein Schatten seiner selbst. Es fehlt an allem und dies an jeder Ecke. Seit letztem Jahr hat der Autoclav den Geist aufgegeben, der Generator funktioniert nur stundenweise und dann nur leidlich. Der Verlust des Autoclaven empfanden wir als besonders schmerzlich, da der Sterilisator vor Ort eigentlich nicht anderes als ein Backofen bis 120 Grad ist. Das Gefühl, dass die Tiefkühlpizza aus dem Backofen zu Hause steriler ist als unsere Instrumente, war nicht ganz zu unterdrücken...

Es werden im Haus internistische Erkrankungen wie u.a. Malaria, Tbc, Polio und Lungenerkrankungen behandelt. Die chirurgischen Eingriffe beschränken sich auf Hysterektomien, Hernien, Sterilisationen und Kaiserschnitte. Wer vorher zahlen kann wird behandelt, wer nicht, muss draußen bleiben... und viele können nicht zahlen.

Die meisten Patienten kommen barfuß, entweder aus dem Ort oder aus bis zu drei Tagesmä-



schen entfernten Dörfern. Nach der Frühmesse sitzen sie geduldig in dem großen Raum, der als Kapelle und Warteraum dient und hoffen, dass wir etwas für sie tun können. Es gibt hier Kinder, die nur ganz selten oder noch nie Weiße gesehen haben. Das wir nur Gutes wollen, ist nicht immer einfach zu vermitteln. Auf Madagaskar heißt es nicht; „Wer hat Angst vom schwarzen Mann?“ sondern: „Wenn Du nicht lieb bist, kommt der weiße Mann und holt Dich!“. Die Kuschtiere, die von unseren Kindern gesammelt wurden und als Geschenk (Bestechung) überreicht werden, überwinden jedoch viele Barrieren. Da es sich mittlerweile herumgesprochen hat, was wir operieren und was nicht, müssen wir nur wenige Patienten abweisen. Grundsätzlich sollen keine Eingriffe durchgeführt werden, die von ortsansässigen Kollegen gemacht werden können.

In Manambaroo scheint die Sonne, und zwar von klarblauem Himmel. Regenzeit? Keine Spur. Dafür sind es etwa 40 Grad in dem kleinen OP

mit den niedlich geblühten Gardinen. An der Wand jede Menge nackte Kabel und Stromleitungen sowie 110 und 220 Volt-Steckdosen. Es darf geraten werden, wie welche zuzuordnen sind, und ob sie überhaupt funktionieren. Das Licht kommt aus einem LKW-Scheinwerfer und einer im Baumarkt gekauften Stirnlampe. Hier werden die Kinder mit Lippen- und Gaumenspalten operiert. In dem großen OP wird parallel an zwei Tischen gearbeitet. Es ist hier nicht ganz so heiß und wir haben beschlossen, die größeren Eingriffe hier durchzuführen. Es wird ein Klumpfuß nach dem anderen an Tisch eins gerichtet und Kontrakturen nach Verbrennungen an Tisch zwei gelöst. Die alte OP-Lampe der Amerikaner hat mittlerweile auch nur LKW-Scheinwerferbirnen mit abenteuerlichen Kabelkonstruktionen als Leuchtmittel erhalten. Das OP-Gebiet wird recht warm, was das Operieren nicht gerade einfacher macht.

Wer in Manambaroo operiert, hat es mit der ganzen Familie zu tun. Erst wird beraten, ob überhaupt operiert wird, eventuell muss noch ein Stammesältester oder die Ahnen befragt werden und dann erst kann es losgehen. Die Patientenverpflegung wird ebenso von der Familie organisiert, wie der größte Teil der Pflege. Welche Aufgaben die Schwestern im Krankenhaus haben, ist relativ unklar.

Es wurde letztes Jahr explizit gebeten, dass wir einen Orthopäden mitbringen, der Klumpfüße operieren kann. Diese angeborene Fehlbildung wird im Süden Madagaskars überhaupt nicht behandelt. Die Nachbehandlung wird ein sehr wichtiges Thema werden und es





wurden Kontakte mit einem ansässigen südafrikanischen Kollegen in Fort Dauphin geknüpft.

Narkosen werden mit Sauerstoffflaschen, Druckminderer und Ambubeutel gemacht. Perfusoren, Medikamente und Monitore haben wir selber mitgebracht. Es gibt keinen Anästhesisten im Haus. Narkosen für die beiden Chirurgen in Manambaro (meist Spinalanästhesien) werden von Mme Prosperine, der Narkoseschwester, durchgeführt. Es steht zwar ein schönes Narkosegerät in dem großen OP, eine Spende aus den USA, aber es braucht Druckluft, etwas was es in Manambaro nicht gibt und nie gegeben hat. Leider eines der vielen Beispiele von gut gemeinten, aber misslungenen Sachspenden aus dem Ausland. Immerhin können die Schubladen im Narkosewagen benutzt werden, so dass es nicht nur als Staubfänger langsam verammelt. Mme Prosperine und die Anästhesisten haben wirklich großartiges geleistet. Unser jüngstes Kind war 4 Monate alt und



wog 5 kg. Insgesamt wurden 63 kleine Patienten im Alter von unter 6 Jahren operiert.

Wir haben dieses Jahr viele größere Operationen durchgeführt. Von den insgesamt 135 Eingriffen wurden 37 Lippen-/Gaumenspalten operiert, 35 Verbrennungskontrakturen gelöst und 24 Klumpfüße gerichtet. Weitere Eingriffe waren Handdeformitäten und Gesichtstumore.

Dieser Einsatz wäre nicht möglich gewesen, wenn uns nicht viele Menschen mit der Planung geholfen hätten. Unser Dank geht u.a. an Jacob und Tina Adolf sowie Tanja Huck in Tana, die uns immer wieder mit der Organisation in Ambohibao beiseite stehen. Ein Dankeschön auch an Maria Damer und Norbert Determann in Fort Dauphin, ohne die das Manambaro-Projekt nicht stattfinden könnte. Danke an unsere Kuscheltierbeauftragten Alexa Meyer Vandehult und Jens und Björn Zimmert für

das Einsammeln von Kuscheltieren. Danke auch an Michel Triebig, 3T Reisen in Frankfurt, der das ganze Chaos mit den Flügeln souverän meisterte. Danke an alle unsere Spender und ein großes Dankeschön vom Herzen an Waltraud Huck, ProInterplast. Ohne ihre Koordination von Spenden, ihr Engagement und ihre Hilfe hätten wir nicht Kindern das Laufen ermöglichen oder ein Lächeln auf die Lippen zaubern können.

Unsere Teammitglieder:

Dr. Gie Meyer Vandehult

Dr. Kräkel

Dr. Sonario

Dr. Wulff

Dr. Galle

Dr. Glasner

Dr. Zimmert

Herr Holland

*Gie Meyer Vandehult,
Bad Schwartau*



Namibia/Windhoek Central State Hospital 28.03.-12.04.2008



Das Namibia-Projekt wurde von Dr. Matthias Gensior, Plastischer Chirurg aus Korschenbroich ins Leben gerufen. Die Kooperation zwischen dem Staat Namibia und Interplast sieht vor, dass zweimal pro Jahr Interplast-Teams für je zwei Wochen in Windhoek bzw. Oshakati operieren. Integraler Bestandteil des Einsatzes sollte auch die Ausbildung einheimischer Ärzte, Krankenpfleger und Schwestern sein. Elizabeth, Ärztin in der Allgemein chirurgischen Ausbildung, hatte bereits dem Team im Jahr 2007 zur Seite gestanden. Durch das Gesundheitsministerium in Windhoek, v.a. Dr. Norbert Forster (Secretary des Gesundheitsministeriums), konnte eine Kooperation zwischen Namibia und Interplast e.V. aufgebaut werden. Das Gesundheitsministerium half bei der Einholung der Arbeitserlaubnisse sowie den Zollformalitäten.

Pro Interplast e. V. unterstützte den Einsatz ganz wesentlich und



dessen gute Seele, Mutter Waltraud, ist ein großes Dankeschön von den 43 Patienten und von uns allen im Team zu zollen. 69 Operationen habt ihr von Pro Interplast ermöglicht, die zum Teil lebensrettend und in allen Fällen die Lebensqualität wesentlich verbessernd waren.

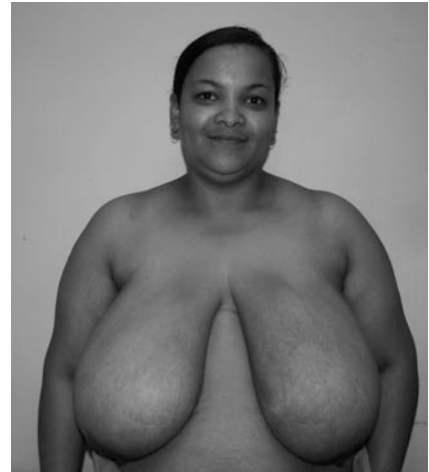
Unsere gemischte Gruppe bestand zur Hälfte aus Interplast erfahrenen Teilnehmern. 2 Betäuber, 3 Operierer, 2 Facharzt-AZUBIS und 4 Cheffinnen waren wir insgesamt. Auf den ersten Blick viele, aber bei parallel laufenden 2-3 Op-sälen täglich und der Sprechstunde für die Nachbehandlung und Patientenauswahl war mehr als genug für jeden zu tun. Thomas, Carsten, Alberto, Ekkehard waren so was wie die Pfeiler und Kerstin & Kerstin, Sigi, Gabi, Annika, Anne und Conny rundeten uns nicht nur körperlich sehr hübsch ab. Ganz wesentlich konnten wir so die Nachbehandlung mit zahlreichen Verbandswechseln in Kurznarkose verbessern.

Zusammengekommen sind wir aus Vogtareuth, Heidelberg, Frankfurt, Deggendorf an den LTU-Schal-



ter München. Frau Kalveram war hier beauftragt, in großzügiger Weise unser 500 kg Übergepäck mit empfindlichen Instrumenten durchzuchecken. Und bei Ankunft in Windhoek erwarteten uns bereits Mitarbeiter des Gesundheitsministeriums, so dass wir schnell durchgewinkt, durchgestempelt und durchqualifiziert wurden und noch am Nachmittag im Krankenhaus einrichten konnten. Auch die erste Patientenwelle stand schon bereit. Dank der Organisation durch Dr. Helen Shiimi und der Wegbereitung durch Staatssekretär Dr. Foster wurde uns ein zügiger Beginn der Arbeit ermöglicht.

Wöchentlich verkehren eine Art Ambulanzbusse aus dem Norden und aus dem Süden des Landes nach Windhoek. Alle, die einer Behandlung bedürfen, werden kostenlos mitgenommen und in das Central State Hospital gebracht. Das Spektrum der Erkrankungen war wie üblich sehr weit: Gesichtspalten, Meningocelen, frische Verbrennungen, Narbenkontrakturen, Tumore, Handfehlbildungen, chronische Ulcera, Hernien und eine Namibische Spezialität: viele wirklich behindernde Riesenbrü-



ste. Durchschnittliches Resektionsgewicht pro Seite 1,5 kg, bis zu fast 3 kg ! Interessant vielleicht, dass alle mit cranial gestielten Mammillen operiert wurden. Dabei nur in einem Falle eine Mamillennekrose bei der extremsten Makromastie: JMA 50 cm und Resektionen 2,8 kg pro Seite und Körpergröße 162 cm ! Nach solchen Arbeitstagen mundete uns das Krokosteak oder Gnuhüftchen abgewaschen mit Namibische Bier, gebraut nach den Deutschen Reinheitsgeboten besonders gut.

Möglicherweise lebensrettend waren die Eingriffe an einem Patienten mit Totalnekrose des Integumentes an Ober + Unterschenkel nach Faszitis necroticans und einer Hochspannungsverbrennung des gesamten Arm-Schulterbereiches. Wie leider so oft besteht die örtliche Behandlung im zuwarten. Die Verläufe entscheiden sich ja dann daran, ob eine Sepsis auftritt oder eine Totalkontraktur der betroffenen Körperpartie. Diese und ähnliche Fälle bedurften mehrerer Eingriffe, sind jedoch am Ende eines Einsatzes soweit sauber und hauttransplantiert, dass sie geret-

tet sind.

Als äußerst schwierig gestaltet sich die Behandlung der vielen Riesenkeloide im Kopf-Gesichtsbe- reich. Ob wir hier Gutes tun kön- nen muss kritisch diskutiert wer- den. Wir haben sie reseziert und mit Kortison infiltriert. Ferner ha- ben wir Anweisungen für eine Kor- tisonnachbehandlung ab 8 Wochen nach der Resektion hinterlassen. Ob dieses befolgt wird und ob die- ses Vorgehen überhaupt effektiv ist, können wir jedoch nicht bezeu- gen.

HIV durchseuchung ist ein begin- nendes Problem in Namibia. Eine Kampagne zur Bewusstseinsbil- dung in der Bevölkerung wird sehr intensiv geführt. Im Krankenhaus- bereich bestehen modernste scre- ening Möglichkeiten, die ein Er- gebnis am gleichen Tage geben. Ausschlusskriterium war uns ein positiver Befund nur für Elektivein- griffe.

Postoperative Komplikationen traten in 6 Fällen auf:

Eine Lappenteilnekrose nach De- kubitusversorgung bei Quer- schnitt. Dieser Fall sorgte uns be- züglich der Nachsorge, da wir le- diglich ein Debridement durch- führen konnten und die Wunde zwar dann absolut sauber, aber noch offen hinterließen. Follow-up war uns per E-mail möglich und der Defekt ist inzwischen zu, mit einer verbesserten Abdeckung des Sitz- beins im Vergleich zu vorher. Gott sei Dank! 5 einfache Infekte, die durch einmaliges Debridement und konsequente Wundbehand- lung und Nachtransplantation bis zu unserem Abflug abgeheilt wa- ren, sind kein Problem gewesen.



Den letzten OP-Tag reservierten wir ausschließlich für die multiplen Verbandswechsel in Narkose bei Verbrennungspatienten oder Kin- dern, so dass wir mit gutem Ge- wissen eine ordentliche Nachver- sorgungsliste an die einheimi- schen Kollegen übergeben konn- ten.

Gemischte Begeisterung zeigte das einheimische Personal bzgl.

unseres deutschen Schaffensdran- ges über die Regelarbeitszeiten hinaus - aber auch das war mach- bar. Die Stimmung und Freundlich- keit war allzeit gut, wir fühlten uns gern gesehen und hatten viel Spaß mit unseren humorvollen Tutoren. Herzlichen Dank an Euch allen.

Alberto Peek, Frankfurt / Main





OSHAKATI / NAMIBIA..... und kein Ende!

Die Vorgängerteams hatten uns schon positiv eingestimmt, deshalb erfolgte die Anreise mit Air Namibia in entspannter Stimmung. Die üblichen Gepäckquerelen bleiben uns sowohl bei der Hinreise (20.11.08), aber auch bei dem Rückflug (08.12.08) diesmal völlig erspart.

Ein Tag Windhuk und dann die schier endlose Busreise bis Oshakati. Jenseits des „Red Fence“, einer Trennlinie zwischen menschenleerm, monotonem Farmerland und den kleinflächigen Siedlungen der Einheimischen, gab es dann beidseits der Straße doch schon viel Lokalkolorit zu schnuppern. Die Bevölkerungsdichte nahm jetzt deutlich zu.

Das Krankenhaus stellt für den gesamten nördlichen Landesteil Namibias bis zur angolanischen Grenze ein medizinisches Zentrum dar. Die Ärzteschaft ist zusammengewürfelt aus der gesamten sozialistischen Welt. Es gab aber auch einige namibianische Kollegen, die ihr Studium in Südafrika absolviert hatten. Nach herzlicher Begrüßung ging es gleich in die mit Menschenmassen vollgestopfte Ambulanz.

Nach einem Tag Screening waren alle OP-Tage randvoll und es blieben viele enttäuschte Gesichter zurück. Ab Dienstag lief der OP-Betrieb wie am Schnürchen. Zwei OP-Säle und viele hilfreiche Hände der einheimischen Schwestern und Pfleger standen zur Verfügung, so dass wir unser Soll von 10 Patienten täglich meist schafften. Die schwüle Hitze machte uns allerdings sehr zu schaffen. Leider war die Klimaanlage, wie im Vorjahr, immer noch defekt. Dank der



optimalen Voraussetzungen und des täglich frisch zubereiteten Lunchs im OP-Flur waren alle bei bester Verfassung und wir haben 69 Patienten operieren können. Das Spektrum umfasste 5 Makromastien, einige Spalten, zahlreiche Verbrennungskontrakturen bei Kindern, aber auch frische Verbrennungen und erstaunlicherweise vier Spätfolgen nach Schlangenbiss. Bis auf eine kleine Gaumenrestfistel und zwei infizierte Transplantate sahen wir keine Komplikationen. Ein Patient war nicht intubierbar und musste unverrichteter Dinge zurückgeschickt werden. Für unser ganzes Team war der Einsatz eine positive Erfahrung, die viele Eindrücke zurückließ.

Aufgrund der Initiative von M. Gensior mit dem Gesundheitsministerium ist eine langfristige Zusammenarbeit vereinbart, so dass wir für das kommende Jahr weitere Einsätze in Windhuk und Oshakati versprechen mussten. Sicher für jedes Team ein lohnendes Ziel!

Das Team:

Anästhesie:

Dr. Ingrid Hesser
Dr. Bernhard Schiffgens
Rene Frantz

Plastische Chirurgie:

Dr. med. G. Weimar
Dr. med. J. Doummar
Dr. med. H. E. Nick
Nicole Forster
Melissa Schauff

Hans-Elmar Nick, Eschweiler



Einsatzbericht Quevedo / Ecuador 3. – 16. März 2008



Team:

- Dirk Hermes (MKG-Chirurg, Lübeck)
- Markus Butz (Plastischer Chirurg, Murnau)
- Frank Lehmann (Allgemeinchirurg, Nauen)
- Anja Kuhlmann (Assistenz Chirurgie, Murnau)
- Daniela Hanl (OP-Schwester, Saalfeld)
- Kesrien Stauch (Schwester, Saalfeld)
- Birte Haussler (Anästhesie, Lübeck)
- Karin Schroeter (Anästhesie, Suhl)
- Gunther Kranert (Anästhesie, Saalfeld, Teamleiter)

Gesehene Patienten: 221

Operierte Patienten: 88

Operationen: 98

Die Einsatzvorbereitung lief bis zehn Tage vor Abreise normal, Kisten gepackt, Dollars getauscht, Flüge bestätigt, doch dann kam es knüppeldick: Erst sagte unser spanischer Kollege Pablo, der als Übersetzer arbeiten sollte, kurzfristig

seine Teilnahme ab, drei Tage vor Einsatzbeginn kam eine E-Mail aus Ecuador, dass auf Grund der Überschwemmungen und der damit einhergehenden Zerstörung der Brücken und Straßen unser Einsatz doch bitte um ein bis zwei Monate verschoben werden müsste. Nach Telefonaten mit den Teammitgliedern und André Borsche haben wir uns einstimmig dazu entschlossen, doch erst einmal nach Quito zu fliegen, um vor Ort zu sehen, was überhaupt geht. Der nächste Tiefschlag lies nicht lange auf sich warten, der sechs Wochen zuvor bei EUROPCAR in Saalfeld bestellte Kleinbus zum Transport nach Frankfurt war nicht da. Eine mürrische, völlig unkooperative Dame im EUROPCAR-Büro teilte uns nur mit, sie hätte keine Wagen für uns und machte auch nicht den Ansatz eines Versuchs, dieses für uns immanent wichtige Problem zu lösen. Letztlich half uns kurzfristig ein örtliches Reisebüro, das uns und vor allem unser Gepäck in ihrem Kleinbus zum Flughafen fuhr.

Versorgt mit den Adressen und Telefonnummern aller möglichen deutschen Gesellschaften, die in Ecuador eine Vertretung haben und uns unter Umständen helfen

könnten, landeten wir am Abend in der Hauptstadt Ecuadors. Wie sollte es anders sein, zwei Koffer und eine Ausrüstungskiste waren nicht mitgekommen. Mit der nächsten Maschine aus Madrid am Abend darauf würde das Gepäck sicher kommen, wurde uns gesagt. Da wir auch nicht am Flughafen erwartet wurden, trat zunächst unser „Plan B“ in Kraft, d. h. erst einmal Betten zum Schlafen zu finden. Dies wiederum erwies sich als Glücksgriff: Im „Sierra Nevada Hotel“ fanden wir an der Rezeption den überaus pffiffigen Juan Carlos, später nur noch „Hans“ genannten jungen Mann, der telefonisch den Kontaktpersonen in Quevedo unser Kommen mitteilte. Wie durch ein Wunder lief dann alles weitere





problemlos. Positiver Nebeneffekt war ein sehr angenehmer Sonntag, an dem wir Quito kennen lernen konnten. Hans, der auf Grund seiner deutschen Großmutter Deutschland scheinbar sehr zugehen war, erklärte sich spontan bereit, uns zu begleiten und das Dolmetschen vom Spanischen ins Englische zu übernehmen. Da er von seiner Chefin keinen Urlaub bekam, kündigte er kurzerhand zum nächsten Tag. Schnell waren zwei Kleinbusse gefunden, die uns am Montag nach Quevedo brachten. Hier wurden wir schon von Antonia, der Chefin einer lokalen Wohlfahrtsorganisation (PAMU-NIQ) und Frau des Bürgermeisters

Unterbringung, Verpflegung und Transport wurden größtenteils durch sie bestritten. Letztendlich lief der Einsatz dann im weiteren in geordneten Bahnen und wir konnten 88 Patienten helfen, die zugegebenermaßen nicht alle dem INTERPLAST-Einsatzspektrum entsprachen. So wurde auch eine große Anzahl kindlicher Hernien und Phimosen operiert, die uns vorgestellt wurden.

Auch diesmal wurde der Einsatz großzügig in Form von Sachspenden durch die Firmen Pfizer, insbesondere durch die Bemühungen von Frau Marr (Unacid & Clindamy-

cin), Intersurgical, Astra-Zeneca und B. Braun gesponsort, dafür an dieser Stelle herzlichen Dank. Die Übergepäckkosten hielten sich bei 450 kg mit 360,- € auf Grund der Vorabsprachen in erträglichen Grenzen.

Resümee:

Start mit Pleiten, Pech und Pannen, aber Ende gut, alles gut.

Gunther Kranert, Saalfeld



Einsatzbericht La Paz / Bolivien 24.11.-05.12.08

- Dr. Schwarz, Plast. Chirurg
- Dr. Berenskoetter, Kinderchirurg
- Dr. Bierawski, Anaesthesistin
- Ch. Engstfeld, OP-Schwester
- Dirk Bierawski,
AnaesthesiePfleger

Zu Beginn gleich die Zusammenfassung: Die persönlichen Begegnungen in Bolivien waren sehr gewinnbringend, im Gegensatz zur katastrophalen Organisation vor Ort.

Der Einsatz war seit Mai 2008 in Vorbereitung, es kam aber die definitive Planung mit Patientenliste oder gar den Details der Unterbringung nicht in Gang. Lediglich eine Patientin mit halbseitiger Gesichtsavulsion, die über einen lokalen Hilfsverein und Bekannten in München avisiert war konnte dank e.mail Bildkorrespondenz gut geplant werden.

So startete das Team guten Mutes ins Ungewisse. Nachdem ein Telefonat 3 Tage vor dem Abflug mit Dr. Valdivia, dem Praesidenten der Plastischen Chirurgen Boliviens noch

positiv verlief flogen wir über Miami nach La Paz..

Das Gepäck konnte problemlos durchgecheckt werden, nur die persönliche Erfassung (Photo, Fingerabdruck) war lästig. In La Paz gab es zolltechnisch dank der anwesenden Rotarier auch kein Problem. Dann kam es aber Schlag auf Schlag. Das geplante Krankenhaus hatte unser Kommen abgelehnt, eine „Permissio“ des Gesundheitsministeriums sei erforderlich. Ein anderes Krankenhaus (Adolf-Kolping KH) nahm uns zwar sehr freundlich auf und organisierte das Screening (170 Patienten), aber an Operieren war auch da ohne Genehmigung nicht zu denken. Erst am Donnerstag nach Abreisedrohung und Versorgung der Tochter des Viceministers (Narbenkorrektur UA) kam die Permissio und wir konnten loslegen. Am ersten OP-Tag dann der nächste Schock. Bei jedem Patienten, der operiert wird ist in Bolivien ein Kardiologisches und ggf. Pädiatrisches Konsil erforderlich. Nachdem wir auch das organisiert hatten dank einer sehr engagierten lokalen Aerztin operier-



Patientin mit traumatischer Gesichtsavulsion vor dem Unfall, nach Erstversorgung in Bolivien und nach Mundrekonstruktion, noch vor Anpassen der Epithese



Samuel mit doppelseitiger Lippenspalte





ten wir auch am Samstag, konnten aber letztendlich in den verbliebenen 4 Tagen nur 20 Patienten mit 29 Operationen versorgen. Erschwerend für alle kam die Höhe des Krankenhauses (4100m ü.M.) mit entsprechend langsamer Akklimatisation und immer wieder auf-flackernder Höhenkrankheit hinzu.

Doch nun zum erfreulichen Teil. Gustavo, der ursprüngliche Vermittler aus Freiburg lief sich die erste Woche die Fersen wund und telefonierte teilweise auf beiden Ohren gleichzeitig, um all die Widrigkeiten abzumildern. Blanca, die lokale Ärztin nahm uns die gesamte Bürokratie auf Station ab (Übersetzen der Protokolle, Aufnahmebefund, Schriftliche Einverständnis auch bei Analphabeten, Begleitbogen für Station je ein DIN A4 Zettel zwingend erforderlich). Jaime, der Rotarier Ex Praesident kennt inzwischen alle Minister und Staatssekretäre persönlich. Die Absprache mit der Apothekerin klappte hervorragend, wir konnten alle Narkotika und Verbände vor Ort auf Kommission kaufen (ca. 450€ alles in allem).

Jeder der einzelnen Bolivianer war sehr freundlich und zuvorkommend, aber Effizienz und Pünktlichkeit überforderte sie grenzenlos.

Madeleine, die Patientin mit der Gesichtsavulsion konnte trotz Kiefersperre durch gute anaesthesiologische/chirurgische Kooperation ausreichend versorgt werden, eine ZMK-Ärztin des lokalen Hilfsvereines, die unter anderem bei Prof. Pape ausgebildet war nahm an der OP teil und koordiniert die Nachsorge auch mit der geplanten Gesichtsepipithese.

Martin Schwarz, Freiburg

Im Nachgang erreichte mich von Blanca, der lokalen Ärztin vor Ort zu Weihnachten noch diese Mail:

Quiero compartir con ustedes la historia de Samuel, niño de 4 años, que el sábado 29 de Noviembre fue operado de Labio Leporino Bilateral. Fue muy grato realizarle su último control donde le pregunte:

- *Samuel Como estás*
- *Bien doctora*
- *Samuel y que le vas a pedir a Papanoel de regalo en navidad*
- *Nada doctora, ya me traje mi regalo*
- *Bueno y le pregunté, que te traje*
Me traje mi carita nueva

Ich wollte noch die Geschichte von Samuel, ein 4Jähriger, der am Samstag 29.11.08 an einer beidseitigen LKG operiert wurde mitteilen:

Ich fragte bei der letzten Kontrolle:

- Samuel, wie geht es Dir?*
- Gut, Frau Doktor,*
- Samuel, was wünscht Du Dir vom Weihnachtsmann?*
- Nichts, Frau Doktor, ich trage schon mein Geschenk.*
- Gut, wo hast Du es?*
- Ich trage es mit meinem neuen Gesicht.*

Paraguay Einsatz 22.12.2008 bis 11.01.2009 „PROGRAMA SONRISAS“ Ein neuer Abschnitt auf dem Weg der Hoffnung – fest und beständig!

Kurz vor Weihnachten war es wieder soweit: Am 21. Dezember 2008 starteten wir zu einem neuen zweiwöchigen Einsatz nach Paraguay zur Clinica Belén in Coronel Oviedo.

Nachdem sehr viel Zeit seit dem letzten Einsatz im Jahr 2006 ver-

strichen war freuen wir uns sehr, dass sich wieder ein kompetentes Team aus Ärzten, Pflegekräften und Helfern um Dr. (PY) Juan Enrique Duerksen-Braun zusammengefunden hatte. Helfende Hände für medizinische, handwerkliche und organisatorische Bereiche.

Mit großem Enthusiasmus sahen alle der Zeit in Coronel Oviedo entgegen. Besonders gespannt waren wir auf die erweiterte Ausstattung der Klinik, die nun noch bessere Möglichkeiten der Behandlung bieten soll. Zur Vervollständigung nahmen wir noch medizinisches Material und besondere, chirurgische Instrumente mit, die in Paraguay



schwer oder gar nicht zu beschaffen sind.

Gemeinsam mit dem Kollegen-Team vor Ort planten wir eine Vielzahl von unterschiedlichen Operationen: Hauptsächlich im Bereich der Lippen-Kiefer-Gaumenspalten, der Handchirurgie und der Hauttransplantation von Verbrennungsopfern.

Das Team um Herrn Dr. J. Enrique Duerksen-Braun:

- Frau Dr. Wilma Beyen – Anästhesistin
- Herr Wilfried Stetter – OP-Pfleger
- Herr Michael Sobota - freiwilliger Helfer und Freund der Familie

Unterstützung bekamen wir vor Ort durch die ansässigen Ärzte:

- Herr Dr. Pablo Gimenez - Assistenzarzt (Plastischer Chirurg)
- Herr Dr. Enrique Oujeda - Orthopäde/Handchirurg

An dieser Stelle bedanken wir uns bei ALLEN, die uns unterstützt haben oder uns in Ihren Gedanken begleiteten!

Nun fand er also statt, der mittlerweile 7. Einsatz in Paraguay. Wir waren froh, dass es keinerlei Komplikationen mit den Behörden gab. Mit Begeisterung sahen wir die deutlich weiterentwickelte, verbesserte Situation im Land und die gut ausgebaute Infrastruktur vor Ort. Ermöglicht wurde dies durch die großartige, kontinuierliche Arbeit der von Dr. Rainald Duerksen ins Leben gerufenen Hauptorganisation „Fundación Visión“.

Es war sehr beeindruckend zu sehen, wie sich trotz der immer noch herrschenden großen Armut und der organisatorischen Schwierigkeiten im Land, ein Netzwerk von ansässigen Kollegen in Paraguay gebildet hat. Eine gute Behandlung der Menschen im Land wurde so ermöglicht und auch deren Nachbehandlung sichergestellt. Dr. Hector Garrido - Plastischer Chirurg in Paraguay - zum Beispiel hat im Jahr 2007 über 300 plastisch-chirurgische Eingriffe vorgenommen.

Da unsere Anzahl der Patienten nun etwas überschaubarer war, brauchten wir die Auswahl der zu operierenden Patienten nicht bereits von Deutschland aus koordinieren oder - wie beim ersten Einsatz 2001 - über 30 Koffer an Material mitzunehmen. Dieses Mal konnten wir uns auf die schon vorhandene Grundausstattung der Klinik verlassen und die Patienten in der ersten Woche unseres Einsatzes direkt vor Ort bei uns vorstellig werden lassen.

Klares Resümee und Zielsetzung ist es, die nun vorhandene, gute medizinische Infrastruktur weiter zu festigen und die ansässig tätigen Ärzte zu unterstützen und zu fördern. Dieser Leitgedanke wird in den nächsten Jahren unsere Bemühungen, Sachspenden und finanziellen Zuwendungen zu akquirieren, prägen.

Ein erster Schritt in diese Richtung ist das zeitnahe „Nach-Außen-Tragen“ unserer Aktivitäten. Im Internet präsentieren wir www.programa-sonrisas.org: Wer wir sind, ...für wen wir uns einsetzen, ...was wir tun und wie man unterstützen und helfen kann. Um

den letzten Einsatz hautnah vermitteln zu können, haben wir von Paraguay aus über das Internet das SONRISAS-Online-Tagebuch geführt. Hier erlebt man unsere Wege, die Mentalität der Menschen, Verzweiflung, Gefühle, Dankbarkeit und Glück

Unsere Zeit in Asunción und Coronel Oviedo (Clínica Belén):

Gestartet in Frankfurt mit Zwischenlandung in Sao Paulo (Brasilien) traf der erste Teil des Teams (Herr Dr. Duerksen-Braun mit seiner dreiköpfigen Familie und Mike Sobota - freiwilliger Helfer und Freund der Familie) am 22.12.2008 müde aber glücklich in Asunción-Luque ein. Dank der geschickten Argumentation von Dr. Duerksen gab es zum Glück bzgl. der mitgebrachten chirurgischen Instrumente keine Probleme am Zoll.

Nach dem herzlichen Empfang durch die in Paraguay lebende Familie von Dr. Duerksen-Braun vergaßen wir schnell die Strapazen der Reise. Im Haus von „Mama“ Duerksen verlebten wir ein liebevolles und herzliches Weihnachtsfest. Die folgenden Planungen und Vorbereitungen für den OP-Einsatz in Coronel Oviedo waren sehr durch die Unterstützung der Familienmitglieder geprägt. Es ist sehr schön, solch einen Rückhalt nutzen zu können.

Am 29.12.2008 traf der 2. Teil unseres Teams in Asunción ein: Frau Dr. Wilma Beyen (Anästhesistin) und Herr Wilfried Stetter (OP-Pfleger). Frau Dr. Anette-Elisabeth Görg musste leider kurzfristig für einen Kollegen einspringen, so dass Sie nicht wie geplant an diesem Einsatz teilnehmen konnte.



Nach letzten organisatorischen Vorbereitungen starteten wir am 01. Januar 2009 zum Operations-Einsatz in das ca. 130 km entfernte Coronel Oviedo zur Clinica Belén. WIR ... das waren: Dr. Wilma Beyen, Dr. J. Enrique Duerksen-Braun, Dr. Pablo Gimenez, Wilfried Stetter und Mike Sobota. Trotz eines sehr starken Unwetters während der Fahrt kamen wir nach 2.5 Std. gut in der Klinik an und begannen auch sofort mit der Vorbereitung des OP-Saales. Nach dem Auspacken der von uns mitgebrachten medizinischen Geräte und Materialien wurden die hier schon vorhandenen Geräte - wie die Spritzenpumpe, die Sauerstoffversorgung etc. - angeschlossen und getestet.



Es war einfach klasse, wie unproblematisch wir die Infrastruktur der Klinik nutzen konnten. Auch das neue Klinik-Team der Clinica Belén konnte sich in kürzester Zeit auf unseren Einsatz in der Klinik einstellen. Es half sofort bei der Behebung von technischen Problemen mit der OP-Lampe und organisierte sehr schnell einen Elektriker, der die am Vorabend ausgefallene Steuerungs-Elektrik der Lampe behelfsmäßig mit einem externen Aggregat mit Strom versorgte.

Der erste OP-Tag: Nach einer kurzen Nacht - denn wir bereiteten bis spät in den Abend den OP vor - waren wir bereits um 07:30 Uhr in die



Clinica Belén. Zur Koordinierung der anstehenden OP-Termine begann der Tag mit der Besprechung mit dem Klinikpersonal und mit den zahlreichen Patientenvorstellungen. Diese wurden von Dr. J. Enrique Duerksen-Braun abgehalten. In der Zwischenzeit wurde das Operationsbesteck von Willfried Stetter sterilisiert und sortiert.

Die Professionalität und die Erfahrungen vorangegangener Einsätze von Frau Dr. Wilma Beyen, waren von sehr großem Vorteil für den gesamten Ablauf aller Operationen. Gut, dass wir mit ihr eine Anästhesistin hatten, die auch im Bereich der Kinderanästhesie sehr erfahren ist.

Eine sehr hervorragende Hilfe fanden wir in der Arbeit von Herrn Wilfried Stetter. Engagiert kümmerte er sich um die sehr gute OP-Organisation und eine gewissenhafte Kontrolle der Sterilität im OP. Außerdem sorgte er, trotz der nicht dem europäischen Standard entsprechenden vorhandenen Bedin-



gungen immer dafür, dass die Sterilität von allen eingehalten wurde - und das bei seinem ersten Einsatz dieser Art. Zeitgleich schaffte er es - trotz sprachlicher Hürden - der OP-Schwester Ammi und dem OP-Pfleger Carlos die Grundregeln des Instrumentierens während einer Operation beizubringen.

Die OP-Tage begannen immer gleich routiniert mit der Visite und danach mit der Konsultation neuer Patienten, zeitgleich mit der Vorbereitung des OPs und der Anästhesie bei den auf dem Plan stehenden Patienten.

Während des Einsatzes konnten wir in der Clinica Belén 26 Patienten in insgesamt 36 Operationen versorgen. Das OP-Spektrum reichte von der Lippenspalte über Korrekturen von Unfallnarben bis hin zu Rekonstruktionen von Hand- und Fußmissbildungen.

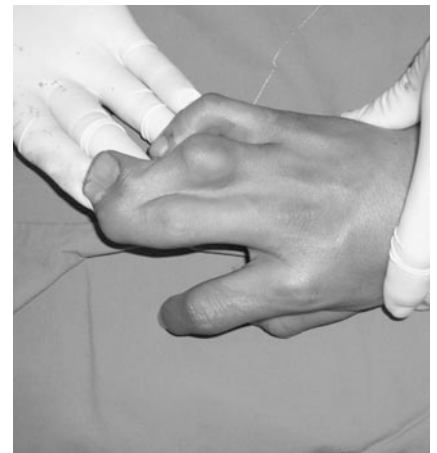
Besonders lag uns der 2 Monate alte Ezequiel Diaz am Herzen. Er

kam mit einer Lippenspalte zur Welt. Seine Mutter war überglücklich, dass wir die Operation ermöglichen und durchführen konnten. Nach der dreistündigen OP nahm sie Ihren kleinen Ezequiel dankbar und glücklich an der OP Tür entgegen. An den folgenden Tagen schauten wir immer gerne bei den Beiden vorbei.

Nun sind wir alle wieder zurück in Deutschland - Ein Stück Weg liegt hinter uns:

- ... mit geschenktem Einsatz
- ... geschenkter Kraft
- ... geschenktem Vertrauen
- ... geschenkter Freude
- ... geschenktem Glück
- ... geschenktem Leben!

Wir haben viel gegeben und sehr viel bekommen! Wir blicken auf eine Zeit mit Erinnerungen, die unvergesslich ist und uns selbst geprägt hat.





An dieser Stelle nochmals unser ganz herzlicher Dank an alle, die zum Gelingen unseres Einsatzes beigetragen haben. Ohne die Unterstützung auch der vielen und kompetenten Helfer vor Ort hätten wir nicht diesen Menschen helfen können.

Wir bauen auf diese Unterstützung! Nur mit Ihre können wir weitere Wege für das Projekt „PROGRAMA SONRISAS“ ebnen und begehen.

J. Enrique Duerksen-Braun



INTERPLAST-Einsatz in Coroatá, Brasilien, vom 10.06. - 29.06.2008

Teilnehmer:

- Dr. Marlene Tilkorn, Allgemeinmedizinerin, Organisatorin und Managerin
- Dr. Hubertus Tilkorn, plastischer Chirurg, Teamleiter
- Dr. André Borsche, plastischer Chirurg
- Dr. Frank Möller, Betäuber
- Mailin Borsche, Medizinstudentin
- Dr. Andi Poll, HNO-Arzt
- Sandra Winkler, OP-Schwester
- Jutta Nickels, Fachkrankenschwester für Anästhesie und Intensivpflege

brasilianische Mitarbeiter:

- Dr. Francesco Teixeira, Plast. Chirurg – für vier Tage
- Dr. Alexandre „Xande“ Borba, MKG-Chirurg
- Stelio Da Conceicao Arujo Neto, Student der Zahnmedizin

Es sollte mein vierter Interplasteinsatz in Coroatá im bitterarmen Nordosten Brasiliens werden. „Nach

Coroatá fahren ist immer ein bisschen wie nach Hause kommen“ hatte Gretel Widmaier, die gemeinsam mit ihrem Mann, Prof. Dr. Werner Widmaier, das kleine Hospital dort aufgebaut hatte, einmal gesagt. Wenn das stimmt, dann hat man dort in diesem Jahr gehörig die Möbel umgestellt, denn alles war diesmal ganz anders als in den Jahren zuvor.

Es begann damit, dass zwei planmäßigen Teilnehmerinnen kurz vor der Expedition die Familienplanung ein wenig aus dem Ruder lief. Sehr kurzfristig musste Ersatz angeworben werden. Dr. Andreas Poll konnte die Fragen „Willst du nach Brasilien fahren?“ , „Übermorgen?“ und „Auch wenn du jeden Tag bis zum Einbruch der Nacht im OP stehen und du kaum etwas von dem Land sehen wirst?“ mit „Ja“ beantworten und wurde als HNO-Arzt eine große Bereicherung für unser Team. Nicht nur, weil dadurch das operative Spektrum erweitert werden konnte. Ganz nebenbei ist er einfach ein sehr netter Mensch.

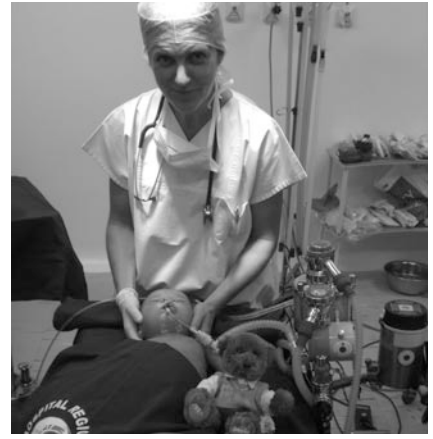
Bis zu unserem Abflug war es ungewiss, ob wir auch in diesem Jahr

in unserem vertrauten kleinen Spital wohnen und arbeiten würden. Die Bemühungen, unsere in Zusammenarbeit mit der Diözese Coroatá erfolgreich durchgeführten, von staatlicher Seite bisher geduldeten (solange nichts schief geht), aber auch nicht sonderlich geförderten Einsätze zu legalisieren und eine Kooperation mit den Gesundheitsbehörden vor Ort anzustreben, sollten weitreichende Folgen haben.

Doch zuvor traten die gewohnten Schwierigkeiten bei der Einreise auf. André s Instrumente drohten ein Opfer des Zolls in Fortaleza zu werden. Die vorgelegten Bescheinigungen und Einladungen zeigten nur geringe Wirkung, da sie von den Behörden des brasilianischen Bundesstaates Maranhao, in dem wir tätig werden wollten, ausgestellt worden waren. Die Papiere haben, so machte man uns freundlich, aber bestimmt klar, in Fortaleza im Bundesstaat Ceará natürlich keinerlei Relevanz. Erst Stelio, ein brasilianischer Zahnmedizinstudent und Vetter unseres alten Kampfgefährten Xande, der uns vom Flughafen abholen und uns auf der Reise weiter begleiten sollte, konnte Abhilfe schaffen. Sein Vater, ein in Fortaleza angesehener Neurochirurg, konnte als ärztlicher Bürge für uns in Aktion treten. Erst danach wurden uns die Instrumente nach Mitternacht wieder ausgehändigt. Nach einer kurzen Übernachtung in Fortaleza flogen wir weiter nach Sao Louis, um dann nach einigen Stunden Fahrt im vollgepackten Bus der Diözese über die mittlerweile immer besser ausgebauten Straßen am Abend in Coroatá endlich anzukommen.

Schwester Veronika und ihre Equipe empfingen uns mit großen Transparenten und der Nachricht,





dass wir in diesem Jahr in einem Krankenhaus in Coroatá arbeiten würden, das bereits vor einigen Jahren errichtet wurde, für das auch ebenso lange schon Personal bezahlt wird, in dem aber bisher noch nie gearbeitet wurde, weil die Ärzte fehlten. Unser Kommen und der bevorstehende Kommunalwahlkampf boten den örtlichen Behörden Anlass, diese Klinik, die ursprünglich die lokale gynäkologische, geburtshilfliche und pädiatrische Versorgung sicherstellen sollte, nun doch kurzfristig in Betrieb zu nehmen. Uns standen damit ei-

ne OP-Abteilung mit zwei Sälen mit einer nach anfänglichen Anlaufschwierigkeiten funktionierenden zentralen Gasversorgung, Aufwachraum und Sterilisator zu Verfügung. Zur weiteren Betreuung der Patienten wurde eine Station eingerichtet, deren Patientenzimmer jeweils über ein eigenes Bad mit Toilette verfügten. Bis in die späten Abendstunden wurde täglich von den Mitarbeitern des neuernannten Klinikmanagers Senhor Cardoso, eines ehemaligen Möbelverkäufers und Schützling des Präfekten, an der Einrichtung der Kli-

nik gearbeitet. Unsere anfänglichen Vorbehalte konnten rasch zerstreut werden. Man tat alles, um uns die Arbeit so leicht wie möglich zu machen, alles notwendige konnte, manchmal mit leichter Verspätung, herbeigeschafft werden, selbst die von mir zur Vermeidung von Komplikationen am Zoll eigens in Brasilien über unseren Kollegen, den brasilianischen MKG-Chirurgen Xande Borba, bestellten Narkosemedikamente trafen zwar nicht sofort, aber nach und nach und dafür reichlich und kostengünstig ein.



Nachdem Marlene und Veronika die Organisation der Patientenvorstellung, Unterbringung und Operationsplanung in die Hand genommen hatten, konnte nach einem Tag der Vorbereitung und des Aufbaus mit zwar altersschwachen, aber nicht kaputtzukriegenden Narkosegeräten in angenehm klimatisierten Sälen der Operationsbetrieb aufgenommen werden.

Das Wiedersehen mit vielen von uns schon über Jahre betreuten Patienten macht die Einsätze in Coroatá immer zu einem besonderen Erlebnis. Die Entwicklung der kleinen Shirley, die nach zahllosen Operationen von einem schwer verbrannten Kleinkind zu einer hübschen charmanten jungen Dame heranwächst, zu sehen, wie ihr Vater nach dem Verlust von Frau, Haus und allem Besitz langsam wieder im Leben Fuß fasst, oder wie Claudemir eine politische Karriere anstrebt, das alles macht einem Mut, die Arbeit, an deren Sinn man manchmal zweifelt, fortzusetzen.

Insgesamt wurden 260 Patienten vorgestellt und 149 operativ versorgt. Das Gros der Patienten machten Kinder ab drei Monaten

und Jugendliche mit Lippen-Kiefer-Gaumenspalten aus, dazu viele Korrekturen von Narbenkontrakturen nach Verbrennungen sowie einige wenige Mammareduktionsplastiken. In Lokalanästhesie konnten in einem zusätzlichen Saal etliche Hauttumoren reseziert werden. Postoperativ wurden die Patienten in unserem Aufwachraum in unmittelbarer Nähe des OPs überwacht. Was an Monitoring fehlte, konnte durch die ungewohnt gute und intensive Krankenbeobachtung der dort tätigen, jungen und sehr engagierten Mitarbeiterinnen der Diözese wettgemacht werden. Glücklicherweise konnten wir sowohl operativ als auch anästhesiologisch keine ernsteren Komplikationen verzeichnen, und irgendwann werden sich auch Chirurgen mit der Dosierung von Lokalanästhetika auskennen. Einfach mal den Beipackzettel lesen!

Arbeitsreich war der Aufenthalt, und häufig fielen uns am späteren Abend nach dem reichlichen, sowohl Carnivoren als auf Vegetarier mehr als zufrieden stellenden Mahl, beim Lesen in der traditionellen Rede (sprich Hedschi), der Hängematte, rasch die Augen zu. Das Sao Joao Fest in Coroata, bei

dem eine Woche lang jede Nacht Party mit Forro-Musik auf den Straßen der Stadt angesagt war, konnten wir uns trotzdem nicht so ganz entgehen lassen. Schlafen konnte man bei dem Lärm, der aus dem etwa 8km entfernten Städtchen zu uns herüber drang, sowie so nicht. Und feiernde Brasilianer muss man einfach gesehen haben.

Die Arbeit der aus Deutschland stammenden Ordensschwwestern nötigt selbst dem Atheisten, dem alles Spirituelle fremd ist, hohen Respekt ab. Sie sind rund um die Uhr auf den Beinen, nehmen enorme Belastungen auf sich und strahlen dabei trotzdem Freude und Warmherzigkeit aus. Auch der aus Berlin stammende Bischof Pünder ist mit vielen Ansichten zur sozialen Situation so unsympathisch nicht. Scheinbar ist die katholische Kirche in Brasilien eine durchaus progressive Kraft. Das Kreuz, das ich zum Abschied neben einer Flasche Orangenlikör bekommen und getragen habe, habe ich auf der Rückfahrt dann aber leider verloren. Was immer das bedeuten mag.

Frank Möller



Andi Poll, Francesco Teixeira und Stelio



Queridos amigos da INTERPLAST, queridos sócios!

É surpreendente sempre de novo, quantos médicos, enfermeiras e enfermeiros são seduzidos pela fascinação e o desafio, de fazer o bem em condições muito básicas. Eles renunciam às férias ou utilizam o tempo da aposentadoria, para repassar suas experiências práticas, reciclá-las e utilizá-las para o bem de pessoas em países em via de desenvolvimento. Através das nossas operações plásticas re-estruturativas, podemos melhorar a qualidade de vida de muitas pessoas socialmente desfavorecidas, as quais, de outra forma, não receberiam uma assistência médica adequada.

Infelizmente, enfrentamos muitas vezes uma realidade cruel nos respectivos lugares onde prestamos serviços. Podemos ser realmente eficazes com a nossa ajuda? Acontece que sentimos impotência frente a tantos problemas a superar. Para alcançar os objetivos colocados, todos os membros da equipe tentam dar o melhor, assim correndo o perigo de chegar aos limites do que podem agüentar, seja pela pressão psicológica de não querer falhar, seja pelo cansaço físico. Tudo isto somente pode ser suportado quando o espírito da equipe é marcado por muita tolerância recíproca.

Como você vai aprender por meio dos inúmeros relatórios do trabalho in situ, nossa ajuda sem travas burocráticas pode ser tão eficiente, porque todos os colaboradores são altamente motivados para cooperar e realizar a idéia da INTERPLAST com muita criatividade e energia. Prestar serviços de alta qualidade é essencial para nós, como você também vai ler nas docu-

mentações seguintes. Também existem regras claras para os líderes das equipes quanto à transparência na atuação; isto representa outro aspecto chave do nosso trabalho voluntário.

Em 2007, foi possível realizar 59 viagens de serviço da INTERPLAST, operando 4320 pacientes além dos 1074 pacientes que podiam ser atendidos no hospital em Nepal. São números impressionantes, porém a ajuda para todo indivíduo justifica a nossa atuação. Existe ainda outra dimensão no fato de motivar os médicos, enfermeiros e enfermeiras locais para participar e aprender as técnicas, desta forma eles serão mais preparados para assistir aos seus próprios pacientes. Isto não é possível em todas as viagens de serviço; mesmo assim, não devemos desistir de oferecer a ajuda para a auto-ajuda com o objetivo de tornar os nossos projetos mais sustentáveis.

O encontro anual em Bad Kreuznach / Alemanha, seguido por um simpósio técnico, virou componente importante da troca de experiência internacional entre as organizações ativas de ajuda. Será novo participante deste encontro a Academia INTERPLAST de Wiesbaden / Alemanha, a qual se propõe oferecer treinamento e preparação para viagens de serviço a pessoas interessadas.

Como novos membros da comissão diretiva damos às bem-vindas a Hubertus Tilkorn de Münster / Alemanha, quem pretende prestar muita ajuda a Nuri Alamuti, Dietmar Scholz e André Borsche.

Gostaríamos também de parabe-

nizar à senhora Waltrud Huck da "pro-interplast Seligenstadt", por receber a medalha de honor do governo alemão para seu empenho extraordinário, possibilitando tantas operações a pacientes e providenciando a base financeira necessária a equipes de trabalho. Ela aceitou este prêmio também em nome de todos aqueles que, como ela mesma, se engajam de todo coração, fazendo o impossível para dar parte das nossas riquezas a pessoas que precisam tanto da nossa ajuda.

A nossa associação já conta com 1250 sócios que, o seja querem ajudar ativamente em viagens de serviço, ou nos apóiam financeiramente. Agradecemos do fundo dos nossos corações a Camilla Völpel, secretária da INTERPLAST, quem organiza perfeitamente todos os assuntos relacionados à associação.

Estamos olhando com alegria e otimismo para o futuro, cheios de esperança que vocês como doadores fieis continuarão apoiando nosso trabalho. Muitos pacientes precisam da nossa ajuda – participe!

Obrigado para o engajamento!

Com saudações cordiais de Bad Kreuznach

André Borsche e o time da comissão diretiva





Hospital Nacional Salama / Verapaz / Guatemala / Centro America



Die **Sektion Schopfheim** war in diesem Jahr zum 6. Mal im Hospital Nacional in Salama vom 21.02.08 – 02.03.08 tätig.

Wie im vergangenen Jahr wurde der Einsatz in Salama, der Bezirkshauptstadt von Baja Verapaz etwa 150 km nördlich der Hauptstadt Guatemala City durchgeführt. Die knapp 50.000 Einwohner große Stadt weist keinerlei touristische Besonderheiten auf, im Gegensatz zu bekannteren Orten ist man hier jedoch wirklich in das normale Leben der Bevölkerung eingebunden. Das Hospital Nacional ist das einzige Krankenhaus im Umkreis von etwa 100 km, was bei den Verkehrsbedingungen durchaus für die Patienten Tagesreisen sein können.

Als Fluggesellschaft wählten wir die IBERIA, da diese non-stop von Madrid nach Guatemala fliegt, womit man sich die lästige Zwischenlandung in den USA erspart, auch wenn der Service nicht dem der LUFTHANSA entspricht.

Die öffentlichen Institutionen sind in Guatemala in hohem Maße von der aktuellen Politik bzw. der jeweils regierenden Partei abhängig. Im November 2007 waren Wahlen, es kam zu einem Regierungswechsel, alle Positionen bis zum Ärztlichen Direktor im Krankenhaus wurden ausgewechselt. Die Neuen Positionen wurden erst in der 2. Hälfte Januar 2008 neu besetzt, so dass wir kaum Ansprechpartner hatten und nicht wussten, in welchem Umfang unsere Arbeit unter-

stützt werden würde. Wir haben uns daher darauf beschränkt, mit einem kleinen Team und nur für 1 Woche einen Testeinsatz durchzuführen. Wir waren erfreut, dass trotz der problematischen Situation unser Kommen durch die Medien angekündigt und bereits sehnlichst erwartet worden war. Dr. med. Herbert Macz und seine Frau Elo, die für die dortige Hilfsorganisation Asociacion Mujer Pilar de la Sociedad tätig sind und für uns als Partnerorganisation zur Verfügung stehen, hatten alles zu unserer großen Zufriedenheit vorbereitet. Die neue gewählte Ministerpräsidentin von Baja Verapaz hat uns nach Vorstellung unserer Tätigkeit sofort Ihre volle Unterstützung für die kommende Legislaturperiode zugesagt.





Das Hospital Nacional bietet weitgehend ideale Bedingungen. Es handelt sich um ein etwa 100 Betten großes Krankenhaus in einem guten baulichen und hygienischen Zustand. Die in früheren Jahren bemängelte Pflege der Bausubstanz und der Einrichtung hatte sich deutlich gebessert und es waren viele Renovationen durchgeführt worden. Die Operationssäle



waren groß, sauber und mit Klimaanlage ausgestattet.

Wir hatten ständig 1 OP-Saal zu Verfügung, auch am Samstag und das Personal war außerordentlich hilfsbereit. Die Zusammenarbeit wurde von Jahr zu Jahr besser, insbesondere im Bereich der OP-Säle und des Sterilisierens. Die Absicht, auch den Kollegen vor Ort in unserem Fachgebiet unsere Kenntnisse zu vermitteln, konnte daher nur in sehr begrenztem Umfang verwirklicht werden.

Trotz der Kürze der Zeit und den unvorhersehbaren Problemen verlief der Einsatz sehr erfolgreich. Es fanden sich vom Spektrum her reichlich congenitale Anomalien, wie Polydaktylien, Syndaktylien, Ohrdeformitäten, Hämangiome, sowie

Unfallfolgen, meist nach Verkehrsunfällen oder Auseinandersetzungen mit der Machete, während Verbrennungsfolgen diesmal in der Minderzahl waren. Auch zu frischen Verletzungen (Sehnenverletzungen, Hundebissverletzungen) wurden wir erfreulicherweise ebenso hinzugezogen wie zu frischen Verbrennungen bei mehreren Kindern. Insgesamt wurden etwa 100 Patienten untersucht, beraten, ein Behandlungsplan aufgestellt und gegebenenfalls ein OP-Termin vereinbart.

An den 6 Operationstagen konnten wir 55 Eingriffe durchführen, davon etwa 70% in Allgemeinnarkose. Etwa die Hälfte der Patienten waren Kinder. Häufig hatten die Patienten, insbesondere die Kinder auch gegessen, obwohl „nüchtern“ versprochen war. So war die Anästhesieabteilung häufig nicht zu beneiden, wenn entsprechende Komplikationen auftraten, die jedoch alle ohne Zwischenfälle gelöst werden konnten.

Wir hatten das Team um eine Physiotherapeutin bereichert, um die Möglichkeiten der postoperativen Begleitung auszuloten. Hierbei zeigte sich, dass die Tätigkeit ausschließlich im eigenen Fachgebiet bei der Kürze der Zeit nicht erschöpfend war, sondern für weitere mannschaftsdienliche Aufgaben genutzt werden konnte.

Viele Patienten mussten wegen fehlender Op-Möglichkeiten auf das nächste Jahr vertröstet werden, wobei es sich im allgemeinen um solche Fälle handelte, die eine längere Überwachung benötigen und erst in den letzten 2 Tagen sich vorgestellt hatten.

Am Ende des Einsatzes konnten wir auf eine erfolgreiche Tätigkeit zurückblicken. Alle Patienten konnten gesund das Hospital wieder verlassen. Immer wieder überraschend ist die geringe Infektionsrate auch bei größeren und länger dauernden Eingriffen. Bis auf 2 Teilverluste von Spalthauttransplantaten heilten alle Wunden primär.

Die Dankbarkeit der Patienten bzw. deren Angehörige hat uns immer wieder zutiefst berührt. Wie immer bei derartigen Einsätzen ist das Aufzählen harter Fakten der eine Aspekt. Der andere ist der menschliche Aspekt. Es ist immer wieder überraschend und es fällt insbesondere den Mitgliedern des Teams auf, die zum ersten Mal dabei sind, wie viel persönliches Engagement einerseits hinter diesen Aktionen steckt, andererseits wie sehr der zwischenmenschliche Faktor in der Gruppe und auch zwischen Team und den Patienten von einer ganz entscheidenden Bedeutung sind.

Unsere Auffassung von der Arbeit bei INTERPLAST ist, an bestimmten Orten solange tätig zu sein, bis diese nicht mehr benötigt wird. Die Einarbeitungszeit wird durch die Konstanz erheblich reduziert, die Bedingungen vor Ort sind weitgehend bekannt und das Wesentliche erscheint mir, ist der Aspekt, Patienten wiederzusehen, weitere Operationsschritte durchzuführen und auch die eigene Kontrolle der Operationsergebnisse zu haben.



An dieser Stelle sei auf das Herzlichste gedankt dem eigenen Team:

- Dr. med. Petr Urbasek, Anästhesist,
- Dr. med. Petronela Monticelli, Bad Kreuznach
- Sr. Marianne Zabel, OP-Schwester, Schopfheim

- Sr. Marion Urbasek, Anästhesiefachschwester,
- Deborah Zabel, Physiotherapeutin

dem Team vor Ort

- Dr. Herbert Macz mit Frau Elo
- Olgita und Orlando de Leon
- Roxanna mit Team

den vielen privaten Spendern und den Firmen, die finanziell für das Gelingen dieses Einsatzes beigetragen haben, insbesondere Frau Huck, ProInterplast, die die Flüge finanziert hat.

Günter Zabel, Schopfheim

"Sie stand da, weinte und sagte ein einziges Wort: Danke"

Marion und Peter Urbasek aus Schotten helfen in Entwicklungsländern Ärmsten der Armen:

Wie es kommt, dass am 21. Februar ein Sack voller Kuscheltiere, eine große Tüte mit Traubenzuckerbonbons und eine Tasche weißer Baseballkappen aus Schotten nach Guatemala reisen werden? Nebst Medikamenten, Anästhesie-Utensilien und einigem wenigen Persönlichen werden die Sachen sich unter dem 46-Kilogramm-Gepäck des Ärztehepaars Urbasek aus dem Schottener Stadtteil Betzenrod befinden. Seit den 1990er Jahren sind die beiden Narkosespezialisten für den gemeinnützigen Verein Interplast Germany ehrenamtlich im Einsatz. Peter und Marion Urbasek haben schon neun meist zweiwöchige Einsätze in Ländern wie Kamerun, Guatemala, Ecuador, aber auch einen 14-tägigen Aufenthalt in Tschetschenien hinter sich.

"Interplast Germany ist die deutsche Sektion eines gemeinnützigen Vereins, der kostenlos plastische Chirurgie in Entwicklungsländer bringt", so Dr. Peter Urbasek, Facharzt für Anästhesie "Wir reisen beide gerne, waren gerade aus Kenia zurückgekehrt", berichtet er, "da erzählte uns ein Kollege von der Organisation. Das wäre doch was für euch."

Wenig später startete das Paar für den in den 1980er Jahren gegründeten, inzwischen über zwölf deutsche Sektionen verfügenden Verein - ihren Urlaub "nutzend" - zum ersten Einsatz nach Guatemala. Marion Urbasek über das Erlebnis: "Das merkt man auf Anhieb: Entweder es heißt `nie wieder` oder `das ist es`!"

Für das seit 1990 verheiratete Anästhesieteam fiel die Antwort einstimmig aus. Und einig waren sie sich auch, als sie wenige Jahre später den Entschluss zur Altersteilzeit fassten und seit 2006 in jedem Jahr rund vier Interplast-Einsätze wahrnehmen.

Bewegt berichtet Marion Urbasek: Wenn die Buschtrömmeln und die Hilfsorganisationen vor Ort verkünden, dass Interplast kommt, eilen die Menschen in Guatemala teils barfußig aus den Bergen, auf den Armen ihre kranken Kinder, die eine Kiefer-Gaumen-Spalte haben oder Lippenverschluss oder andere Deformierungen, Frauen, die durch Verbrennungen verstümmelt sind oder Kinder, die wie in Grosny Notamputationen mit Äxten haben erleiden müssen. Dann stehen bis zu 300 Elende vor den Toren des Krankenhauses, in dem wir operieren."

"Was wir an Medikamenten und Arbeitsmaterial brauchen, fliegen wir selbst mit ein. Wir haben quasi ein ganzes Krankenhaus im Gepäck", sagt Marion Urbasek. "Und lieber lasse ich ein paar Schuhe zu Hause und packe noch mehr Plüschtiere für die Kinder ein." Denn auch bei Reisen dieser Art ist das Gepäck auf 24 Kilo pro Person begrenzt.

Die Kranken der mit 40 000 Einwohnern besiedelten guatemalischen Gemeinde Salama freuen sich schon heute auf die bevorstehende Ankunft der Interplast-Ärzte in den nächsten Wochen. "Wir wissen nicht, was uns in dem auf rund 960 Metern gelegenen Bergdorf erwartet".

Aus Erfahrung weiß das Paar aber, dass sich die Kinder immer und überall über Bonbons und Kuscheltiere



re freuen. "Dank der Spenden der hiesigen Apotheke und einer Sammelaktion haben wir diesmal jede Menge dabei". Die Baseballkappen entstammen einer anonymen Spende. Dankbar sind die beiden für jegliche Unterstützung. Und was Dankbarkeit ihnen gegenüber angeht: "Das Schönste ist für uns, wenn wir erleben, dass wir helfen konnten".

So auch bei der 40-jährigen Maria in Guatemala. Ihr war durch die unbehandelten Verletzungen schwerer Verbrennungen das Kinn auf der Brust angewachsen. Nach zwei Operationen und Hauttransplantationen konnte sie nach 17 Jahren erstmals den Kopf aufrichten und sprechen. Marion und Peter Urbasek bezeichnen diesen Augenblick als den Schönsten. Noch heute schildert Marion Urbasek: mit Gänsehaut "Sie stand da, weinte und sagte: 'Danke'. Das deutsche Wort hatte sie sich eigens für uns beibringen lassen."



Kameruns Kinder sind begeistert von den gutschmeckenden bunten Traubenzuckerbonbons aus Schotten. Bild: pd

Interplast Südbayern Einsatzbericht Rafsanjan / Iran 09.11.- 26.11.2008

Team:

- Dr. Andreas Schmidt (Teamleiter)
- Dr. Ortwin Joch (Chirurg)
- Prof. Jacque Baudet (Plastische Chirurgie)
- Dr. Andreas Poll (HNO)
- Dr. Jürgen Unterburger (Anästhesie)
- Dr. Christian Bauereis (Anästhesie)
- Martine Schmidt (OP-Schwester)
- Birgit Unterburger (OP-Schwester)
- Armin Schwarz (Anästhesie-Pfleger)
- Dr. Abdol Behrawan (Organisation)



Wie alle Einsätze zuvor wurde auch dieser Einsatz in Rafsanjan in bewährter Weise von Dr. Behrawan vorbereitet. Sein unermüdlicher Einsatz für die Ärmsten seiner Landsleute verdient uneingeschränkte Anerkennung. Ähnlich wie im Vorjahr wurde der endgültige

Einsatzort, Rafsanjan, erst kurz vor dem Abflug bekannt gegeben. Da es für unser Team der zweite Einsatz in Rafsanjan war, kamen wir in einer uns vertrauten Umgebung an. Der einzige Wermutstropfen während der Anreise war die verzögerte Zustellung unserer me-

dizinischen Ausrüstung, welche durch den Zoll einer genaueren Begutachtung unterzogen wurde. Die Kisten wurden erst am nächsten Tag um zehn Uhr angeliefert.

Rafsanjan liegt in der Provinz Kerman, ca 120 km westlich der Stadt Kerman im Südosten des Landes. Die Provinz ist die zweitgrößte des Irans (180.000 km²) und reicht von den bis über 4000 m aufsteigenden Gebirgsketten im Nordwesten bis zu den Ausläufern der Wüste Lut. Die Besiedlung ist auf wenige Orte konzentriert, und Rafsanjan gehört zu den größten Städten neben Kerman, Sirjan und Bam.

Während die Region Schwerpunkt des iranischen Pistazienanbaus ist, verkörpert die Stadt Rafsanjan die Modernisierung der Provinz Kerman (hauptsächlich durch den Geld- und Mittelfluß des früheren Staatspräsidenten Rafsanjan).

Nach der Ankunft in Rafsanjan begannen wir mit dem Screening unserer Patienten und der OP-Planung für den Folgetag. Da bereits von den einheimischen Ärzten eine Vorauswahl getroffen worden war, gestaltete sich die Auswahl nicht mehr gar so umfangreich, was für uns einen Zeitgewinn für mehr operative Eingriffe erbrachte. Diesmal wurde der Patientenstrom von den ansässigen Ärzten vor Ort bis zum Schluss gleichmäßig gesteuert, so dass es zu keinen un schönen Drängeleien der Betroffenen kam. Leider reichte auch in diesem Einsatz für viele die Zeit nicht mehr. Im Verlauf unseres gesamten Einsatzes wurden wir stets freundlich und tatkräftig vom einheimischen Personal unterstützt, dessen Gastfreundschaft und

Freundlichkeit uns immer wieder staunen ließ.

Das Krankenhaus gehört zu den kleineren der Stadt (vorwiegend Augen und HNO-Ops), was uns einen intensiveren Kontakt zu den Einheimischen, aber auch ein strukturierteres Arbeiten ermöglichte.

Die Arbeitstage waren klar gegliedert: nach einem gemeinsamen Frühstück kurz nach 7 Uhr in unserer Unterkunft im Gästehaus der Universität wurden wir zum Krankenhaus gefahren. Während die Chirurgen die bereits operierten Patienten mit iranischen Schwestern und Ärzten visitierten, wurden die ersten Patienten schon anästhesiologisch vorbereitet.

Uns standen ein Operationssaal mit 2 OP-Tischen und manchmal auch ein zweiter Operationssaal mit einem 3. OP-Tisch zur Verfügung, so dass wir sehr effektiv arbeiten konnten. Die etwas veraltete und einfache technische Ausrüstung vor Ort beinhaltete aber alle wichtigen Gerätschaften und Hilfsmittel. Die Narkoseapparate befanden sich in einem weitgehend gepflegten Zustand. Sauerstoff und Lachgas entstammten einer zentralen Gasversorgung. Auch die Sterilisationsmöglichkeiten waren technisch einwandfrei.

Für unser leibliches Wohl während der OP-Tage war bestens gesorgt. Immer waren kleine Imbisse, Datteln, Pistazien jeder Art, frisches Obst und Gemüse und Tee vorhanden, so dass wir uns rasch zwi-

schen den Operationen stärken konnten. Operiert wurde meistens durchgehend bis 17-18 Uhr, danach folgte die Patientenvorstellung. So dauerte der Arbeitstag oft bis 12 Stunden.

Hervorragend bewährt hat sich auch der verstärkte Einsatz von regionalanästhesiologischen Verfahren, welche eine parallele Einleitung der Anästhesie während laufender OP's und damit sehr kurze Wechselzeiten ermöglichten. Insbesondere die postoperative Schmerztherapie wurde mit den regionalen Anästhesie Verfahren sehr gut abgedeckt. Der Umgang mit Schmerzkathetern hat sich im postoperativen Bereich leider nicht bewährt, da diese Schmerzbehandlung dem Personal gänzlich unbekannt ist und die Katheter auf Station, auch bei anderslautender Anweisung, sofort gezogen wurden.



Die nachfolgende Statistik soll einen kurzen Überblick über die Altersstruktur der Patienten und die angewandten Narkoseverfahren geben:

Altersstruktur	n	Narkoseverfahren	n	Rel.
2 Jahre	2	Allg. Narkose	55	54,46%
3 - 5 Jahre	9	Regionalverfahren	31	30,69%
6 - 10 Jahre	7	Lokale Anästhesie	15	14,85%
11 - 15 Jahre	10			
16 - 20 Jahre	23			
> 20 Jahre	50			
Gesamteingriffe	101			

Die Bedingungen für Operateure und Anästhesisten waren sehr gut. Selbst am Freitag, dem islamischen „heiligen“ Tag, wurden wir tatkräftig unterstützt. Sprachliche Barrieren wurden durch die Übersetzungen von Dr. Behrawan überbrückt. Manchmal halfen auch schon einige englische Wörter. So konnten die postoperativen Anordnungen rasch weiter- und eingeleitet werden.

Schwerpunkt war die operative Versorgung von Narbenkontrakturen in allen Körperregionen bei jung und alt. Explosionen maroder Gasleitungen sowie Verbrühungen durch heißes Samowar-Wasser sind die häufigsten Ursachen. Während die Primärversorgung der Verletzungen im Land gewährleistet wird, sind alle anderen Sekundäreingriffe mit einem hohen finanziellen Einsatz verbunden. So ist die Diskrepanz zwischen vorhandenem medizinischem Know-How und medizinischer Versorgung der Bevölkerung nicht verwunderlich.

Die Zahl der unversorgten Lippen-Kiefer Gaumenspalten war wie letztes Jahr sehr gering, diese kamen aber auch bei Adoleszenten noch vor.

Zwischen den arbeitsreichen Tagen nutzten wir einen Tag für einen Ausflug nach Kerman und Umgebung. Fasziniert wanderten wir durch die Anlagen des Gartens Baq-e Shazadeh. Der Garten wird ganzjährig von einer Quelle aus den Bergen gespeist und wirkt so wie eine Oase in der doch eher kargen Landschaft.

Die Restauration der leuchtend blauen Kuppel des Mausoleums von Nematollah Vali in Mahan wurde im vergangenen Jahr fertiggestellt, so dass wir sie nun in ihrer ganzen Pracht bewundern konnten. Einen unerwarteten Höhepunkt bot der Besuch eines Teehauses in einem ehemaligen Hammam, in dem eine Gruppe von einheimischen Studenten bei traditioneller Musik ausgelassen feierte und uns damit auch einen kleinen Einblick in das örtliche Leben gewährte.

Auch die nachfolgenden Arbeitstage vergingen sehr schnell und immer wieder überwältigte uns die Gastfreundschaft der Rafsanjaner mit ihrer fantastischen persischen Küche, welche nach einem anstrengenden Tag mit Köstlichkeiten, wie z.B. Khoresh-t-e Fessendschan (Ente mit Walnuss-Granatapfelsoße), aufwarteten.

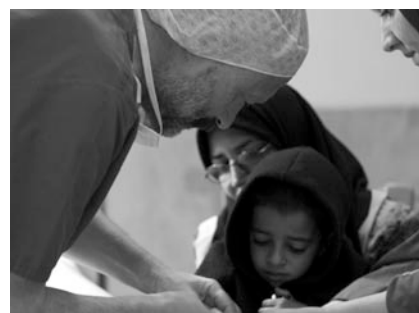
Nach einer feierlichen Verabschiedung in Rafsanjan und im Wissen, dass die behandelten Patienten bis zur Genesung gut betreut werden, brachen wir nach Isfahan auf. Auf dem Weg nach Isfahan besuchten wir in einer eindrucksvollen Steinwüstenlandschaft den Zororastrier Tempel Chak Chak. Im Anschluss durften wir die folgenden zwei Tage den Persischen Herbst genießen und nutzten die Zeit, die historische Baukunst mit ihrer Ornamentik und ihrer Einzigartigkeit zu bewundern. Die großzügigen Gärten mit ihren klaren geometrischen Grundmustern hinterließen ebenfalls bleibende Eindrücke.

In Isfahan zeigte sich besonders der Kontrast zwischen alter persischer Kultur, konservativen Islamismus und dem Einfluss der „westlichen“ Welt, was nicht zuletzt in der Bekleidung der Frauen sichtbar wurde.

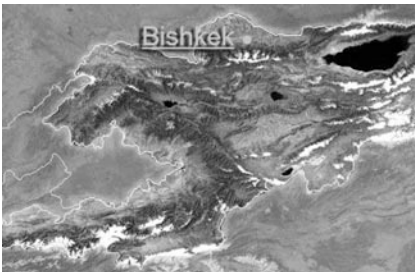
Die Zeit verrann wie im Flug und bevor wir uns dessen recht bewusst wurden, war der Tag der Abreise gekommen. Wir verließen den Iran in der Gewissheit, einen erfolgreichen Einsatz mit einem sehr gut harmonisierenden Team erlebt zu haben.

Wir danken allen, die diesen Einsatz durch ihre Unterstützung ermöglicht haben.

Armin Schwarz
Interplast Team Südbayern



Interplast Einsatz Bishkek / Kirgisien vom 21.09 – 30.09.2008



Kirgisien

Länderinformation

Bezüglich der geografischen Lage grenzt Kirgisien im Norden und Nordosten an Kasachstan, im Westen und Nordwesten an Usbekistan, im Süden und Südwesten an Tadschikistan und im Süden und Südosten an China, bei einer Landesfläche von 198.500 qkm (Abb. 1). Kirgisien besitzt ein im Sommer trockenes, kontinentales Klima und strenge Winter (Tab. 1). Die Hauptstadt ist Bishkek (ehemals Frunse), hier leben rund 766.400 Einwohner (letzter Zensus 1999). Weitere Städte: Osch (209.200), Dshalal-Abad (70.900), Karakol (64.600), Tokmak (59.400) [1]. Die Einwohnerzahl beträgt insgesamt rund fünf Millionen Einwohner, diese setzen sich durch 80 verschiedene Nationalitäten zusammen: davon Kirgisien 60%, Russen 15%, Usbeken 15% (Zensus 1999), 10% andere, bei einem Bevölkerungswachstum von durchschnittlich 0,8% [2]. Die Landessprache ist Kirgisisch, seit Mai 2000 ist auch Russisch "offizielle Sprache", es existiert eine Bestandsgarantie für Sprachen nationaler Minderheiten [3]. Bezüglich der religiösen Zugehörigkeit sind 80% sunnitische Moslems, 17% russisch-orthodoxe Christen neben kleinen Minderheiten anderer Glaubensbekenntnisse [3]. Unabhängigkeit gegenüber der Sowjetunion besteht seit 31.08.1991, die

Regierungsform ist die Präsidialdemokratie. Das Parlament wird im 5-jährigen Rhythmus gewählt. Mit Verfassungsreferendum vom 02.02.2003 wurde das 75 Abgeordnete umfassende Einkammersystem wiedereingeführt und erstmals mit den Parlamentswahlen im Februar 2005 gewählt. Mit der Verfassungsreform vom 30.12.2006 soll das nächste Parlament aus 90 Abgeordneten, hälftig aus Mehrheits- und Verhältniswahlrecht, bestehen [4]. Da Kirgisien eine ehemalige Teilrepublik der Sowjetunion und seit 1991 unabhängig ist, befindet sich das Land im Umbau, was sich im Gesundheitssystem deutlich bemerkbar macht. Wir fanden bei unserem ersten Einsatz im Jahr 2001 eine eklatante Unterversorgung brandverletzter Patienten vor (Abb. 2).

Achter Einsatz in Bishkek – was wurde erreicht ?

Das kirgisische Verbrennungszentrum wurde durch Materialspenden kontinuierlich versorgt. Hierzu zählte insbesondere die Versorgung mit einem Elektrodermatom einschließlich Ersatzmaschine sowie entsprechend benötigten Klingen. Des Weiteren wurden OP Instrumente, OP Kleidung, OP Abdecksysteme, benötigte Verbandsmaterialien, Medikamente sowie Kompressionswäsche gespendet. In den acht Einsätzen seit dem Jahr 2001 konnten unzählige Operationen durchgeführt werden. Das operative Spektrum reichte von der akuten Versorgung brandverletzter Patienten durch Spalthauttransplantationen, rekonstruktiver Eingriffen wie Vollhauttransplantationen, lokalen Lappenplastiken, Sehnen- und Nervenersatzplastiken

sowie bei entsprechender Indikation (entstellende, stigmatisierende Narben) kosmetische Eingriffe (Abb. 3). Die Betonung der operativen Tätigkeit vor Ort lag auf der rekonstruktiven Chirurgie brandverletzter Kinder. Insgesamt konnten innerhalb des diesjährigen Einsatzes 45 Kinder operiert werden. Die Notwendigkeit der radikalen Exzision avitalen Gewebes und die Abtragung der Hypergranulationen vor der Spalthauttransplantation sowie der richtige Zeitpunkt der Transplantation wurden an die kirgisischen Kollegen weitergegeben. Rekonstruktive Maßnahmen wie lokale Lappenplastiken und die Möglichkeiten der Vollhauttransplantation – insbesondere zur operativen Therapie der Kontrakturen – wurde durch die kirgisischen Kollegen suffizient erlernt. Durch die Weiterbildung der Kollegen gelang es, ein verbessertes Wund- und Verbandsregime zu vermitteln: Wurden vor unserer Kooperation aus großen Baumwolle Laken Kompressen zugeschnitten und unsteril auf die Wunden gelegt, wird nun auf steriles Verbandsmaterial als Primärverband geachtet. Des Weiteren werden Spenderareale durch Fettgaze und nicht allein durch unsterile trockene Kompressen versorgt. Die Salbentherapie bei Hypergranulation mittels Kortison und mittels Fettsalbe bei abgeheilten II° Läsionen wurde eingeführt. Die Physiotherapie wurde erstmals als fester Bestandteil der Verbrennungsbehandlung in Kirgisien etabliert. Die Kompressionsbehandlung zur Prophylaxe hypertropher Narben sowohl durch Bandagierung als auch durch Kompressionswäsche wurde als Bestandteil in die Verbrennungsbehandlung integriert. Es resultiert eine wesentlich verbesserte Hygiene: Das Verbrennungszentrum ist

in einen renovierten Gebäudetrakt gezogen, in der baulich ein wesentlicher Fortschritt besteht. Die Zimmer sind den Umständen entsprechend sauberer, die Station wird regelmäßig gereinigt, es gibt nun separate Verbandszimmer. Der OP Saal ist renoviert worden, die OP Schleuse ist neu gebaut worden. Schwerbrandverletzte Patienten werden gegenüber leichter betroffenen Patienten separiert.

Diskussion

Ein Schwellenland ist die nicht exakt definierte Bezeichnung für relativ fortgeschrittene Entwicklungsländer, die aufgrund ihrer wirtschaftlichen Eigendynamik auf der Schwelle zum Industriestaat stehen. Bei der Einstufung von Entwicklungsländern als Schwellenländer wird in der Regel der Grad der Industrialisierung (Anteil der Industrie am Bruttonationaleinkommen [BNE]) als Indikator verwendet; weitere Indikatoren sind z. B. die Höhe des BNE je Einwohner, Alphabetisierungsquote, Lebenserwartung, Anzahl der Studenten je 100 000 Einwohner, Investitions- und Sparquote [5]. Bei zahlreichen Schwellenländern bestehen Widersprüche zwischen Wirtschaftswachstum und sozialer beziehungsweise politischer Entwicklung sowie Ausbau der Infrastruktur. Auf internationaler Ebene existiert keine verbindliche Liste von Schwellenländern, sodass die Zahl der zu dieser Ländergruppe zu rechnenden Staaten aufgrund der Zugrundelegung verschiedener Wachstumsindikatoren sehr unterschiedlich ausfällt [6]. Nach Meinung der Autoren zählt Kirgisien, insbesondere unter Berücksichtigung des Indikators medizinische Versorgung zu einem Schwellenland. Kritisch ist diese Bezeichnung

jedoch zu diskutieren, wenn die Analphabetisierungsrate als Indikator herangezogen wird, die in der ehemaligen Teilrepublik der Sowjetunion vernachlässigbar ist. Ebenso hat sich die Infrastruktur seit dem ersten Einsatz im Jahr 2001 wesentlich verbessert. Kirgisien steht somit nicht auf der Schwelle vom Entwicklungs- zum Schwellenland, sondern eher vom Schwellenland zum Industriestaat. Diese Entwicklung macht sich jedoch nicht in der Infrastruktur und Qualität der Verbrennungstherapie bemerkbar, so dass wir im Jahr 2001 eine eklatante Unterversorgung der brandverletzten Patienten vorfanden, was zu den beschriebenen Einsätzen führte. Als wichtige Erfahrung ist hierbei festzuhalten, dass es bei der Restrukturierung eines bereits existierenden Verbrennungszentrums viel Geduld bedarf, und man nicht mit gewohntem Aktionismus und westeuropäischer Erwartungshaltung auftreten kann, da dieses kontraproduktiv ist. Es ist zum Teil eine schwierige Gradwanderung, die – sowohl ärztlichen als auch pflegerischen Kollegen – nicht vor den Kopf zu stoßen und trotzdem seit Jahren vor Ort etablierte Behandlungsregime zu ändern, hier ist eine subtile Diplomatie bei stets

großem Respekt gegenüber den kirgisischen Kollegen notwendig. In Reaktion auf die zunehmende grundsätzliche Kritik an der Entwicklungshilfe, auf vorliegende Erfahrungen und veränderte globale Rahmenbedingungen haben die im Entwicklungshilfeausschuss (DAC) der OECD organisierten westlichen Industriestaaten 2005 eine neue gemeinsame Grundlage ihrer Entwicklungspolitik unter dem programmatischen Titel "Entwicklungspartnerschaften in dem neuen globalen Zusammenhang" verabschiedet [7]. Ein zentraler Gesichtspunkt ist hierbei die Wirksamkeit der Entwicklungshilfe – insbesondere die Nachhaltigkeit der Hilfe weit über das formelle Ende von Projekten hinaus. Sie soll darauf abzielen, das Leistungsvermögen von Menschen und Organisationen in den Entwicklungsländern zu erhöhen und ist daher stark personenorientiert. Hierzu gehören u. a. Aus-, Fortbildungs- und Beratungsmaßnahmen für einheimisches Personal. Innerhalb der Einsätze lag deshalb ein Schwerpunkt der Kooperation mit dem Verbrennungszentrum Bishkek auf der Weiterbildung der Kollegen vor Ort. Das diesjährige Team kam erneut zu dem Schluss, dass alleiniges Operieren vor Ort nur einer begrenzten Zahl von Patienten zu Gute kommt, und dass die Wissenstransfer an die Kollegen vor Ort im Vordergrund stehen muss. Dieses Ziel deckt sich mit der vorhandenen Literatur [8]. Hierbei soll – insbesondere im Bereich der operativen Therapie – die Weiterbildung der kirgisischen Kollegen, weiter intensiviert werden. Ein Problemschwerpunkt stellt dabei die hohe Fluktuation der kirgisischen Ärzte dar, die wegen des geringen Einkommens in andere – insbesondere Länder der ehemaligen Sowje-



Eklatante Unterversorgung brandverletzter Patienten



tunion – abwandern, so das insbesondere die gut ausgebildeten und von uns fortgebildeten Kollegen dem kirgisischem Verbrennungszentrum oftmals nicht mehr zur Verfügung stehen.

Schlussfolgerung

Neben Materialspenden und der eigentlichen operativen Tätigkeit der Operationsteams vor Ort, der Beratung in hygienischen und baulichen Belangen, liegt der Schwerpunkt in der Weiterbildung der Kollegen vor Ort als Hilfe zur Selbsthilfe. Dies deckt sich mit den modernen OECD Forderungen der internationalen Entwicklungspartnerschaften im globalen Zusammenhang.

Teilnehmer 2008

- Katja Brosien, OP-Schwester, Berlin
- Dr. Bernd Hartmann, Plastische Chirurgie, Berlin
- Dr. Annett Kleinschmidt, Plastische Chirurgie, Berlin
- Dr. Christian Ottomann, Plastische Chirurgie, Berlin

Literatur

[1] Beyer J. Kirgistan: Ein ethnografischer Bildband über Talas/Kirgistan: A photoethnography of Talas. 2007; Hirmer-Verlag, München

[2] Klein W. Das nestorianische Christentum an den Handelswegen durch Kyrgyzstan bis zum 14. Jh.. 2000; Brepols, Turnhout (Silk Road Studies, 3)

[3] Kadyrov V. Rarity Ltd., Kyrgyzstan: Traditions of Nomads 2005; Bishkek

[4] Anderson J. US Democracy Promotion Policy in the Central Asian Republics: Myth or Reality? Yazdani International Studies. 2007; 44: 141-155

[5] Bartsch S. Integrating human rights into development : donor approaches, experiences and challenges /Organisation for Economic Co-operation and Development. OECD Publ., 2006 ; 169-199

[6] Loewe M. Die Millennium Development Goals : Hintergrund, Bedeutung und Bewertung aus Sicht der deutschen Entwicklungszusammenarbeit. Deutsches Institut für Entwicklungspolitik (Discussion Paper / Deutsches Institut für Entwicklungspolitik) - Aktualisierter Auszug aus: Relevanz der Millennium Development Goals (MDGs) für die Länder des Nahen Ostens und Zentralasiens sowie für die deutsche Entwicklungs-



Narbenexzision und Vollhauttransplantation am Hals

zusammenarbeit mit dieser Region.

[7] Schmalisch G. The enlarged European Union - partner of the developing world: the impact of EU enlargement on European development cooperation policy ; International Policy Dialogue; Development Policy Forum of InWEnt (Capacity Building International, Germany) in cooperation with the Federal Ministry for Economic Cooperation and Development (BMZ) 2003; 1:120

[8] Finger R. Operative Medizin in Entwicklungsländern - Exotik oder Lernbeispiel. Curare 1980; 3:153-158

Christian Ottomann, Berlin

	Kirgisien	Deutschland
Landesfläche	198 500 km ²	357 000 km ²
Einwohner	4,8 Mio	283,3 Mio
Einwohner/km²	26	230
BSP/Kopf	294\$	25.120 \$
Alphabetisierung	98%	99%
Säuglingssterblichkeit	0,0036%	0,005%
Einwohner pro Arzt	3	298

Tab. Ländervergleich Kirgisien – BRD



Englisch- Deutsches INTERPLAST-Camp in Quetta/ Pakistan 22.06 – 8.07.08



Begrüßung mit Musikzug

Quetta liegt im Nordwesten Pakistans und ist die Hauptstadt der Provinz Belutschistans, es hat über 600 000 Einwohner. Die Bevölkerung besteht vorwiegend aus Paschtunen. Die Grenze zu Afghanistan ist nicht weit, sie beträgt Luftlinie weniger als 100 km.

Die Stadt liegt in einem weiten Kessel, von Bergen umgeben. Es wird Obst angebaut, auf der Fahrt vom Flughafen sahen wir mehrere Apfelplantagen. Ansonsten ist die Erde karg und staubig. Quetta ist ein aus der englischen Kolonialzeit bereits bekannter Militärstützpunkt, der auch heute noch betrieben wird. Dem Vernehmen nach besteht hier ein Verkehrsweg nach Afghanistan durch die Berge.

Interplast England wurde von Mr. Raza Jaffar, einem Geschäftsmann aus Dubai und Quetta, und von Mr. Javed Majid, einem Geschäftsmann aus England, gebeten, in Quetta ein plastisch chirurgisches Camp abzuhalten. Die beiden Herren erleichterten den Teilnehmern des Camps die Beschaffung der Visa sowie der Flüge. Sie veranlassten auch entsprechende Sicherheitsmaßnahmen für das Team.

Team:

- Dr. Charles Viva (plastischer Chirurg, Teamleiter)
- Dr. Hans-Peter Frey (plastischer Chirurg)
- Dr. Dr. Eva Gudewer (MKG Chirurgin)
- PD Dr. Dr. Lei Li (MKG Chirurg)
- Prof. Dr. Dr. Max Heiland (MKG Chirurg)
- Dr. Ghalib Mukadam (Anästhesist)
- Dr. Manmatha Roy (Anästhesist)
- Dr. David Viva (Assistent)
- Ms. Christine Brewer (Schwester)
- Ms. Marie Ivy Boardman (Schwester)
- Ms. Marjorie Wheatley (Kordinatorin)
- Mr. Viral Parikh (Pharmakologe)
- Miss Natasha Khan (Assistentin/Übersetzerin)

Die drei nach Dr. Viva genannten ärztlichen Mitarbeiter reisten aus Deutschland an und trafen in Manchester auf die englischen Teammitglieder, von dort ging es mit Pakistan International Airlines nach Is-

lamabad und dort nach nächtlicher / frühmorgendlicher Pause nach Quetta. Die zwei MKG Chirurgen mussten uns nach einer Woche geplant wieder verlassen, mussten aber zweimal Anlauf nehmen, da der Flughafen in Quetta die vorgeschriebene Sicht von 3000 Metern für den Start der Flieger nicht erbrachte. Es war ein Sturm von der Sahara über Persien zugange, der viel Wüstensand mit sich führte und die Sicht erheblich beeinträchtigte. Prof. Heiland kam für die letzte Woche angereist.

Wir wurden im Kidney – Hospital in Quetta sehr herzlich empfangen und ständig aufmerksam von dem Direktor, Dr. Jomezai, und Frau Dr. Irfana, einer Nephrologin, betreut. Gleich bei unserer Ankunft war die Empfangshalle schwarz vor Menschen, und wir begannen gleich mit unserer Sprechstunde.

Das Kidney – Hospital war von der Regierung des Landes vor fünf Jahren erbaut und seit Dezember 2006 durch die Fatimid Foundation, eine humanitäre Organisation, weitergeführt worden. Es lag an der Peripherie Quettas. Die Kosten für das Hospital beliefen sich auf eine bis fünf Millionen Dollar pro Jahr. Es gab in Quetta noch andere Krankenhäuser, das Hospital war nicht ausgelastet, und die Regierung wollte die Zuschüsse ab Dezember 2008 einstellen. Durch unser eifriges Wirken in zwei Sälen, die für unsere Zwecke hervorragend ausgestattet waren, erhielt die Sache dann doch Auftrieb, so dass die Regierung nun das Haus bis 2010 bezuschussen wollte.

Im Hospital wurden urologische Eingriffe durchgeführt sowie einige Allgemein Chirurgie, es erfolgte die Behandlung von Hämophilie und Thalassämie und es gab Dialyseplätze. Bereits vor unserer Abreise in Deutschland wurde an uns

die Frage herangetragen, ob wir möglicherweise noch einen Urologen und Nephrologen mitbringen könnten. Die Zeit war jedoch zu kurz. Dies sollte für den nächsten Einsatz ins Auge gefasst werden, den wir für 2009 bei unserer Abreise versprechen mussten.

Wir führten in der ersten Woche **62 Eingriffe** durch.

- 25 Lippenspalten, davon drei bilaterale
- 17 Gaumenspalten, sowohl ein- und zweiseitig
- 2 Lippenkiefergaumenspalten
- 11 Hauttransplantate bei Verbrennungen
- 7 andere Eingriffe wie
- Rekonstruktion von Nasenteilen, Augenlidern usw.

In der zweiten Woche führten wir **59 Operationen** durch.

- 21 Lippenspalten, davon vier bilaterale
- 13 Gaumenspalten, sowohl ein- und zweiseitig
- 4 Lippenkiefergaumenspalten
- 7 Transplantate
- 14 andere Eingriffe

Zusammen waren dies **121 Operationen**.

Das Personal im OP bestand nur aus Männern, sie waren extrem freundlich und hilfsbereit sowie lernbegierig. Sie wurden im Instrumentieren und in der Assistenz geschult, so dass sie dies auch weiterhin tun können. Lokale Ärzte assistierten uns ebenso und wurden für die Nachbehandlung unserer Patienten unterwiesen. Die Rückmeldungen von den Ärzten über E-Mail Ende 2008 besagte, dass es allen Patienten gut ginge.

Während unseres Aufenthaltes wurde eine 18-jährige Patientin mit einem Nierenversagen aufgenommen,



Abschiedsveranstaltung in Landestracht mit zwei engl. Mitarbeiterinnen, Dr. Peter Frey und Prof Heiland (von rechts nach links)

men, Mr. Majid zahlte für ihre Dialyse und konnte mit großer Freude sehen, wie sie sich zusehends erholte.

Wir hatten insgesamt während des Camps **360 Patienten** gesehen.

Einige Patienten waren sehr arm und hatten kaum genug zu essen. So bereitete es Javed und Charles Freude, ihnen Verpflegung zu besorgen. Manche Patienten waren zur Versorgung sieben Stunden zu Fuß anmarschiert.

Von unserer Unterbringung im Hotel hatte man in Anbetracht der politischen Situation Abstand genommen. Wir wohnten in sauberen Zimmern mit Dusche in einem Trakt des Krankenhauses, an den Flurenden saß jeweils ein Polizist mit scharfer Waffe.

Insofern hatten wir keine Möglichkeit, die Stadt zu erkunden. Für die Zeit unseres Aufenthaltes war ein Lohnkoch eingestellt worden, der uns hervorragend verpflegte. Außerdem erinnern sich alle gerne an die manchmal allerdings etwas langen Abende des Zusammenseins mit Krankenhausdirektor,

Personal und Politikern, wobei neben köstlichen Grillspezialitäten auch der in der Erde zwischen heißen Steinen zubereitete Hammel serviert wurde.

Jeweils bei der Ankunft und beim Abschied war im Krankenhausbereich ein riesiges, etwa 300 Menschen fassendes Zelt errichtet worden. Hier war jeweils Empfang und Verabschiedung mit höchster Ehrung durch Politiker erfolgt, zum Abschied waren u. a. die Gouverneurin der Provinz Belutschistan, der Treuhänder der Fatimid Foundation (ein pensionierter Senator), und der Sekretär Labour and Manpower erschienen.

Noch eine Bemerkung zum Team. Da wir sicher waren, so viele Patienten betreuen zu können, die durch die lokalen Ärzte vor unserem Einsatz hinsichtlich der üblichen Parameter durchgesehen worden waren, erwies es sich als hilfreich, einen Koordinator mitzubringen. Marjorie verwaltete nicht nur die Berichte und Krankenblätter, sie organisierte auch die OP-Pläne und kümmerte sich auch um

deren kurzfristige Änderung bei Bedarf. Sie nahm stets an den Visiten und Verbandswechselln teil. Zum ersten Mal hatten wir einen Pharmakologen dabei, der die Sprache des Landes beherrschte und die Medikamente ausgab, die sämtlich von uns bereitgestellt wurden.

In den letzten vier Jahren hatten uns einige junge Leute auf den Camps begleitet, sie machten sich im OP und auf Station nützlich. Es waren alles Interessenten für eine medizinische Karriere. Zwei davon haben inzwischen ihr Medizinstudium bereits aufgenommen und waren fest entschlossen, die humanitäre Tätigkeit im Ausland fortzusetzen. Sie stellen unsere Zukunft dar. Auch Natasha, eine Engländerin pakistanischer Povenienz, wird das Medizinstudium aufnehmen. Die Zusammenstellungen eines Teams aus Plastischen und MKG Chirurgen ist gängige Praxis und bedarf keiner Erläuterung. Beide Fachdisziplinen profitieren voneinander.

Am 5.7.2008 flogen wir nach Islamabad, wo uns Prof. Hamid Hassan in seiner Privatklinik ermöglichte, am Sonntag, dem 6.7.2008 zehn Patienten mit Säureverätzungen operativ zu versorgen.

Prof. Hassan ist Allgemein Chirurg mit Interesse an Plastischer Chirurgie, der Opfer von Säureverätzungen versorgt. Er arbeitet eng zusammen mit Mrs. Valerie, einer Pariserin, die mit einem Pakistani verheiratet ist und mit diesem in Islamabad die Acid Survivors Foundation Pakistan betreibt.

Mit Spenden hat sie ein Haus gemietet, in dem die Säureopfer nach



Überreichung der Ehrentafel mit Hospital-Direktor Dr. Jomezai, Provinzgouverneurin von Belutschistan, Trustee der Fatimid Foundation und Dr. Charles Viva (von rechts nach links)

der Operation auf zwei Stationen nachbetreut werden. Bei den Säureopfern handelt es sich meist um Frauen, welche mit Batteriesäure begossen werden, aber auch zwischen 14-jährigen Jungen sind solche Handlungen bereits beschrieben. Einige dieser Säureopfer brauchen dringend eine Hornhauttransplantation, doch ist es meinen Nachforschungen nach schwierig, an Hornhäute in Deutschland zu kommen. Die in Islamabad verfügbaren wenigen Hornhäute stammen in der Regel von Priestern in Vietnam, die Häute sind wegen des Alters der Priester von minderer Qualität. Sollte es unter den Lesern Ideen zur Beschaffung geben, so wäre ich für eine Mitteilung dankbar.

Am 8.7.2008 flogen wir in die Heimat zurück.

Hans-Peter Frey, Krißtel

INTERPLAST-Einsatz in Birtamode, Nepal vom 19.1. – 1.2. 2008

TEAM-Mitglieder:

- Dr. Stefan Hessenberger, Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurg
- Dr. Frank Möller, Anästhesist
- Jutta Nickels, Anästhesie-Fachschwester

Auf dem letztjährigen INTERPLAST-Treffen in Bad Kreuznach wurde durch Hein Stahl der Bedarf an kleinen Teams für OP-Camps in den abgelegeneren Landesteilen Nepals geäußert.

Diese Camps werden allesamt vom SKM-Hospital in Sankhu organisiert und durchgeführt.

Da wir das INTERPLAST-Hospital in Coroata, Brasilien zusammen mit Werner und Gretel Widmaier aufgebaut haben und es nun regelmässig betreuen, war unser Interesse am anderen von INTERPLAST aufgebauten Hospital natürlich gross.

Nach einigen Terminverschiebungen aufgrund der politischen Lage in Nepal reisten wir dann Mitte Januar nach Kathmandu.

Dort wurden wir von Christa Drigala vom Flughafen abgeholt und ins SKM-Hospital chauffiert. Die herzliche und freundliche Aufnahme dort hat uns genauso beeindruckt wie das Krankenhaus selbst. Wir haben gestaunt, was dort aufgebaut wurde und welch hoher medizinischer Standard dort gehalten wird.

Unser Einsatzort Birtamode jedoch lag weit im Südosten des Landes, in der Provinz Jhapa, nahe der Grenze zu Indien. Ein LKW mit Material und ein Bus mit der Mannschaft machten sich auf die beschwerliche 16-stündige Fahrt dorthin. Das Team bestand aus drei nepalischen Kollegen, Kranken-



schwestern, einem Techniker und Hilfskräften.

Bei dem „Krankenhaus“, in dem wir operieren sollten, handelte es sich um einen Aussenposten des eigentlichen Hospitals von Birtamode, der aus einem schon lange nicht mehr benutzten und vernachlässigten OP-Saal und einigen leeren Räumen im 1. Stock bestand. Eine postoperative stationäre Betreuung war nicht gewährleistet und auch nicht vorgesehen.

Unser nepalisches Team konnte aber routiniert und effizient in kurzer Zeit eine Situation herstellen, mit der wir trotz räumlicher Enge gut klarkamen. So konnten wir wie von anderswo gewohnt, in einem Saal an zwei Tischen parallel operieren. Als unsere nepalischen Kol-

legen feststellten, dass Frank und Jutta auch zwei Narkosen parallel machen konnten, wurden die OP-Pläne zusehends voller.

Erschwert wurde unsere Arbeit durch regelmässige, mehrstündige Stromausfälle, die im ganzen Land täglich auftraten, da in Nepal nicht genügend elektrische Energie zur Verfügung steht.

Die Kollegen haben insgesamt 380 Patienten in den Sprechstunden gesehen.

114 Patienten wurden operiert.

Viele davon hatten allgemeinchirurgische Krankheitsbilder (z.B. Hydrozelen, Fibrome, Lipome etc.) und wurden in Lokalanästhesie versorgt.

Mehrere Verbrennungskontrakturen an den Extremitäten, am





Stamm und im Gesicht konnten mit teils grösseren Verschiebelappenplastiken und Vollhauttransplantaten versorgt werden.

Primär für die Spaltchirurgie angeleitet, wurde uns von den nepalischen Kollegen gleich zu Beginn mitgeteilt, dass Gaumenspalten im Rahmen von Aussencamps nicht operiert werden. Vielmehr bekämen diese Patienten Busfahrkarten nach Kathmandu, um sich im SKM-Hospital operieren zu lassen. Warum sie nicht vor Ort operiert werden dürfen, hat sich uns nicht ganz erschlossen.

Dies hat uns natürlich sehr enttäuscht, da wir ja hauptsächlich dafür nach Nepal gekommen waren. So habe ich insgesamt 4 einfachere Lippenspalten verschliessen können.

Die Tatsache, dass einer der mitgereisten Kollegen aus dem SKM-Hospital bereits über einige spaltchirurgische Erfahrung verfügte und Lippenspalten eigenverantwortlich gut versorgen kann, hat natürlich dazu beigetragen, dass ich mir (zumindest als Spaltchirurg) recht überflüssig vorkam.

Aufgrund der unruhigen Situation im Land mit Strassensperren, brennenden Reifen und unsicherer Verkehrslage mussten wir bereits nach 5 OP-Tagen wieder zusammenpacken und abreisen. Die Rückreise dauerte insgesamt 28 Stunden. Wir versuchten nachts einige Stunden in einem Hotel unterwegs zu schlafen, was aber eigentlich niemandem so richtig gelang.

So kamen wir dann ziemlich erledigt wieder in der Oase des SKM-Hospitals an. Der Puffertag, den wir vor dem Rückflug eingeplant hatten, diente dann der Regeneration, bevor wir dann durch ein unruhiges und unsicheres Kathmandu zum Flughafen gebracht wurden.

Als kritische Bewertung dieses Einsatzes lässt sich resümieren, dass angesichts des finanziellen, zeitlichen und personellen Aufwands, dieses OP-Camp recht ineffektiv war. Vor allem aus meiner Sicht als MKG-Chirurg ist die Frage zu stellen, ob es sinnvoll war, für 5 OP-Tage, an denen insgesamt 4 spaltchirurgische Eingriffe durchgeführt wurden, einen 14-tägigen

Einsatz durchzuführen. Dass ein MKG-Chirurg in solch einem Camp aus „organisatorischen“ Gründen keine Gaumenspalten verschliessen darf, stellt die Anwesenheit desselben natürlich in Frage. An dieser Stelle ist die Frage zu stellen, ob es nicht viel sinnvoller und effektiver ist, wenn in Zukunft die Aussencamps von den mittlerweile gut qualifizierten nepalischen Kollegen durchgeführt werden, während spaltchirurgische Patienten dann u.U. gebündelt im SKM-Hospital von den angereisten deutschen Chirurgen versorgt werden könnten.

Trotz der schwierigen internen und externen Situation des SKM-Hospitals hat sich Waltraud Huck und pro-interplast Seligenstadt e.V. erneut bereit erklärt, diesen Einsatz vollständig zu finanzieren. Dafür, und für ihre unkomplizierte und unbürokratische Art des Umgangs gilt Waltraud Huck eins ums andere Mal unser besonderer Dank.

Stefan Hessenberger, München

Herbsteinsatz 2008 im S.K.M. Hospital in Nepal

Seit 10 Jahren führt Hans-Dieter Pape einen jeweils 4 – 6 Wochen dauernden Einsatz nach dem Daseifest im Sushma Koiralla Memorial Hospital zur operativen Versorgung der Patienten mit Fehlbildungen im Gesicht durch:

2008 arbeitete das 1. Team Gerd Hanekop (Anästhesist), Camilo Roldan, Uwe Eckel und Dieter Pape (MKG-Chirurgen) vom 13.10. bis 25.10. und nach dem Tiharfest Christine Haumann (Anästhesistin), Monika (Anästhesieschwester), Sandesh (Allgemeinchirurg), Jens Rabbels u. Dieter Pape (MKG-Chirurgen) vom 1.11. – 13.11.08. Es wurden insgesamt 68 Eingriffe durchgeführt, davon 24 Operationen zum Verschluss sehr unterschiedlicher primärer Spaltformen. Die Ausbildungsmöglichkeiten für den teilnehmenden nepalesischen Chirurgen Sandesh wurden soweit als möglich berücksichtigt. Ein offener Kieferspalt wurde immer mit verschlossen. Es wurden 6 Nasenkorrekturen und 9 Lippenkorrekturen bzw. Reoperationen durchgeführt. 2 Restlöcher im Gaumen wurden verschlossen. Die übrigen Fälle verteilten sich auf Rekon-

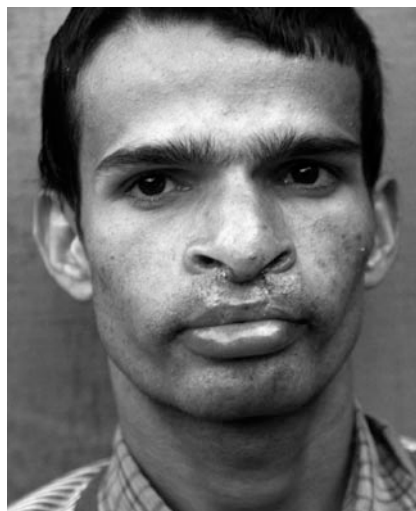
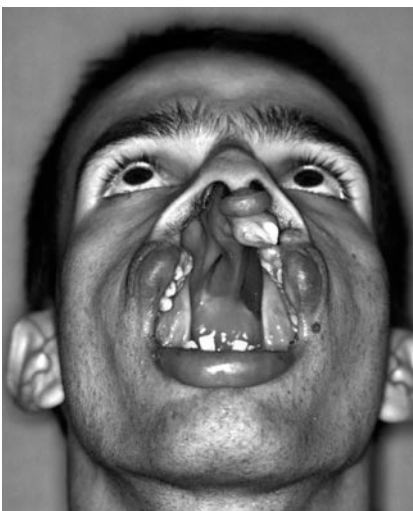
struktion der Nase, Septumkorrektur, Vestibulumplastiken, set back des Zwischenkiefers, Hämangiom und Lymphangiom, und kleinere Eingriffe wie Zungenbandplastiken und Narbenkorrekturen.

In diesem Bericht werden 3 Patienten mit extremen doppelseitigen Lippenkieferspalten als Beispiele für einen Wandel der operativen Versorgung im Verlauf der 10 – jährigen Tätigkeit in Nepal vorgestellt (Abb. 1a u. 1b, 2a u. 2b sowie 3a u. 3b). Die in klassischen spaltchirurgischen Kliniken übliche Mehrschritt-Operationen im Rahmen einer strategischen Einbindung von Sprachtherapie, kieferorthopädischer Behandlung über häufig das ganze Jugendjahrzehnt ist in Nepal wie in vielen anderen Entwicklungsländern bis jetzt nicht durchführbar. Die oft über mehrere Tage dauernden Anreisen der Patienten mit ihren Eltern, die wiederholt beobachtete mangelnde Bereitschaft nach einem Lippenspaltverschluss Kinder, vor allem Mädchen, zu einem Fortsetzungstermin wieder in die Klinik zu bringen, und die positiven Erfahrungen

mit dem einzeitigen Verschluss selbst ausgedehnter Lippen-Kiefer-Gaumenspalten, haben uns von diesem Vorgehen überzeugt. Unter positiven Voraussetzungen verschließen wir eine durchgehende LKG-Spalte schon seit mehreren Jahren in einer Sitzung. Allerdings sollte das Alter des Kindes nicht jünger als 18 Monate sein, es muß gesund sein und der Operateur muß auf den Blutverlust achten.

Ein Filmteam, das gegen Ende unserer Einsatzzeit kam, hatte den Auftrag von „pro 7“, über das Hospital, sein Umfeld und vor allem über Patienten in ihrem natürlichen Umfeld und bei der Operation zu berichten. Während eines Op. Tages wurden 2 Brüder mit Lippenpalten ausführlich gefilmt. Das Filmergebnis stand bisher noch nicht zu unserer Verfügung.

Beim jugendlichen Krankengut des Jahres 2008 fiel auf, dass der Anteil von Patienten mit primären LKG-Spalten deutlich geringer war, als in den vergangenen Jahren. Dies ist mit großer Wahrscheinlichkeit auf die einflussreichen Aktivitäten der US-Organisation Smile Train zurückzuführen. Sie hat seit Jahren ebenso wie Interplast und andere NGO-Organisationen Teams den medizinischen Einsatz in Entwicklungsländern finanziert und organisiert. In den letzten Jahren ist Smile Train, die über ein hohes Finanzpolster verfügt, dazu übergegangen, Hospitälern und auch einzelnen Chirurgen der verschiedenen Entwicklungsländer für jeden operativen Verschluss einer primären Spalte mit 200 US Dollar zu vergüten. Voraussetzung für den Zahlungsanspruch ist die in einem Agreement festgelegte Verpflichtung, eine Dokumentation mit prä- und postoperativem Foto an Smile Train zu senden.



1a: 22-jähriger Mann mit doppelseitiger LKG-Spalte, extremer Verlagerung des Zwischenkiefers und breiter Gaumenspalte

1b: Verschlussergebnis nach 2 1/2 Jahren und 5 Operationen (circa 10-12 Stunden)



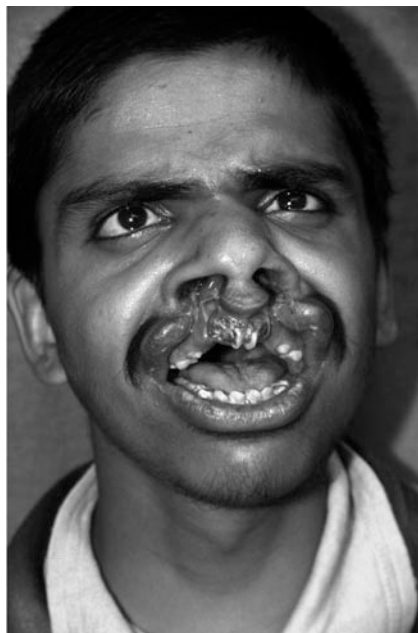
2a: 24-jähriger Mann nach mangelhaftem Verschluss einer doppelseitigen LKG-Spalte mit Kieferspalte u. großem Restloch im Gaumen vor 14 Jahren

2b: Ergebnis nach Reoperation der gesamten Spalte in 2 Sitzungen innerhalb eines Jahres (5 Stunden)



Dieses finanzielle Angebot verführt Ärzte und Krankenhäuser, die auf dem Gebiet der Spaltchirurgie keinen Hintergrund und fundierte Erfahrung haben, sich durch öffentliche Reklame als zuständig zu empfehlen. In Op. Camps werden vorzugsweise Weichteilverschlüsse möglichst vieler Lippenspalten ohne Berücksichtigung des Kieferspaltes durchgeführt. Die Folgen einer solchen falsch verstandenen Entwicklungspolitik können an dieser Stelle nicht erörtert werden. Sie bedürfen aber einer Strategiediskussion der Entwicklungshilfe für Gesichtsfehlbildungen durch die betreffenden NGO's, die über Kompetenz auf diesem Gebiet verfügen.

Hans-Dieter Pape, Preetz



3a: 16-jähriger Junge mit doppelseitiger LKG-Spalte und vernachlässigtem Gebiß.

3b: Ergebnis nach Sanierung des Gebisses und Verschluss der LKG-Spalte in einer Sitzung (5 Stunden)



Adnex:

1) Der Autor hat vor seinem Einsatz in Nepal an dem Symposium der International Cleft Lip and Palate Foundation in Dallas 2008 teilgenommen und wurde dort zusammen mit seinem japanischen Kollegen Prof. Tashiro mit der Verleihung des Humanitarian Award geehrt.

2) Die Finanzierung vieler Reisen zur Versorgung der LKG-Patienten im SKM-Hospital in Nepal und im Angkor Hospital in Siem Reap in Cambodia erfolgte immer wieder durch die Hilfsorganisation pro-interplast. Der NGO pro-interplast und ihrer Vorsitzenden Waltraut Huck verdanken der Autor mit seinen Teams wie auch die genannten Hospitäler einen kontinuierlichen Operationsrhythmus über 10 Jahre.

Einsatzbericht Laos / Vientiane und Pakxe vom 14.11 – 02.12.08



Unser Laos Team

Der 3. Einsatz nach Laos wurde wieder mit Hilfe des Gesundheitsministeriums organisiert und sollte 2008 an 2 Einsatzorten stattfinden. Grund hierfür war, dass wir im Vorstand der Meinung sind, dass Hilfseinsätze in den Hauptstädten und Zentren der jeweiligen Länder oft nicht die wirklich Bedürftigen Menschen erreicht und die medizinische Versorgung in den Hauptstädten oft besser ist als man annehmen würde. Laos ist als sozialistisch und zentral organisiertes Land ein Land in dem man aber nicht an den Behörden und an der Hauptstadt Vientiane vorbei kommt und so war es Bedingung der Behörden, erst in Vientiane tätig zu werden bevor man nach 1 Woche die Erlaubnis für einen Einsatz in Pakxe bekommen würde. Pakxe ist die Hauptstadt der Champasak Provinz am südlichen Rand von Laos und liegt an der Grenze zu Cambodia.

Wie auch im vergangenen Jahr haben wir von der Gesundheitsbehörde für die erste Woche ein kleines sehr „interplasttaugliches“ Krankenhaus am Rande von Vientiane zur Verfügung gestellt bekommen. Im Prinzip optimal für Interplast Einsätze geeignet, weil man sich nicht in der Infrastruktur einer großen Klinik einfinden muss und autonom, ohne den einheimischen Betrieb zu stören, arbeiten kann. Zwei einheimische Chirurgen Dr. Vienxay, Chefchirurg der Gesundheitsbehörde und Dr. Mixay ambitionierte junge Allgemeinchirurgin, die uns in im vergangenen Jahr bereits geholfen hatten, waren auch in diesem Jahr wieder unser festes Verbindungsglied zur einheimischen Bevölkerung. Es hat sich für uns in der Vergangenheit bewährt, die einheimischen Kollegen so gut es geht in unsere Teams zu integrieren, was für jeden Teamleiter immer wieder eine Herausforderung sein kann

und auch in diesem Falle war, weil die einheimischen Chirurgen doch oft mit anderen Methoden arbeiten als wir es am Op Tisch gewohnt sind. Die Integration der ortsansässigen Kollegen ist aber für die Nachsorge in Laos unabdingbar und Garant für Nachhaltigkeit und außerdem ein wichtiger Schritt in der Hilfe zur Selbsthilfe. Laos ist auch eines der wenigen Länder in dem man auch mit Englisch oft nicht weit kommt und so ist das Screening der Patienten am ersten Tag immer sehr schwierig. Auch hier haben wir auf die Hilfe der einheimischen Ärzte zählen können, die uns so manche Leidensgeschichte der Patienten übersetzen konnten und uns auch über die individuelle Bedeutung einer etwaigen Entstellung durch eine für uns harmlos aussehende Gesichtsnarbe in den richtigen Kontext gebracht haben.

In unserem Team waren Peter Schachner Salzburg MKG Chirurgie, Isabelle Huynh Bui Anästhesie und eigentlicher Organisator der Mission, Ruth Alamuti Ahlers und Nuri Alamuti / Teamleiter als Plastische Chirurgen, Janine Schwarz und Mehtap Kocak als Op Schwestern, Wolfgang Zeipert und Ludger Hohmann als Anästhesie Team und als Nachwuchschirurgin Teresa Schachner. In der ersten Woche haben wir wie im Jahr zuvor als „highlights“ einige sehr große Strumen operiert und ansonsten das „interplast übliche“ Spektrum von LKG Spalten und Verbrennungskontrakturen behandelt. Auffällig waren wieder die scheinbar endemisch vorkommenden spontanen Keloide am Körperstamm von teilweise erheblichem Ausmaß. Auf diese Tatsache vorbereitet, hatten wir über Peter Schachner eine großzügige Spende von Triamcinolon erhalten (dem Spen-



Champasak Hospital Pakxe

der sei gedankt) und konnten so unsere Nachwuchs Chirurgin mit einer eigenen gutgefüllten Keloid Sprechstunde beschäftigen. Nach der ersten Woche kam allerdings für uns die große Ernüchterung als wir erfahren mussten, dass uns die Klinik Leitung und die Gesundheitsbehörde immens hohe Kosten für die Verpflegung der Ärzte, Schwestern, Patienten (und wer weiß wen sonst noch) in Rechnung gestellt hatten. Im Vergleich zum Vorjahr hatte man angeblich keinen Sponsor gefunden und die Behörde war selbst nicht bereit angemessene Unterstützung für uns zu leisten. Nach zähen Verhandlungen sind wir nach der ersten Woche abgereist und behielten einen leicht bitteren Geschmack zurück und waren um einige Dollar leichter geworden. Für die zweite Woche in Pakxe hatten wir uns vorgenommen mit der Krankenhausverwaltung die Kosten für unseren Einsatz vor ab fest zu legen. Absurd genug und für jeden Spender

und Außenstehenden nicht begreiflich , dass man für humanitäre Hilfe in den Entwicklungsländern teures Geld bezahlen muss. Nach Pakxe hatten wir einen der einheimischen Kollegen (Dr. Vienxay) mitgenommen und konnten durch die Blume erfahren, dass Teams aus USA, Vietnam , Australien etc. in der Vergangenheit eine Prämie pro behandeltem Patient bezahlt hatten . Offensichtlich ein anderer Weg als der von Interplast-Germany , der für uns völlig neu war. In Pakxe angekommen haben wir nach wiederum zähen Verhandlungen für eine Gebühr von 45 US\$ pro Fall, fast 30 primäre LKG Spalten gescreent und in 4 Tagen operiert. Im größten Provinzkrankenhaus der Region hatte offensichtlich bereits ein Team von Interplast Australien gearbeitet, deren Spuren wir im Krankenhaus noch finden konnten. (vielleicht daher die „Gebühren“?) . Das Champasak Hospital in Pakxe war verhältnismäßig gut ausgestattet – trotzdem

finden wir leere Stationen und spätestens nach 13.00 Uhr leere OP Säle in dem beeindruckend großzügigen Klinikgebäude vor. Nachforschungen haben ergeben , dass auch die einheimischen Patienten selbst bei einer Notfallversorgung zur Kasse gebeten werden (eine entsprechende Gebührentafel hing überall selbst im OP an der Wand) und deshalb gingen die Patienten lieber in ein entferntes Militärkrankenhaus, in dem man keine teuren Behandlungskosten bezahlen müsse– ob das allerdings ein Trost für uns sein sollte ist eher fragwürdig und so haben wir schweigsam und fleißig unsere Patienten behandelt und sind genauso unauffällig wieder abgereist wie wir in Pakxe angekommen waren . Ohne Begrüßungszeremonie und mit kurzer knapper Verabschiedung inklusive Übergabe der fälligen OP Nutzungsgebühr. Trotz dieser eher nüchternen Kooperation mit dem Krankenhaus in Pakxe muss man feststellen, dass der Bedarf an medizinischer Hilfe in der Region Süd Laos sehr groß sein muss. Wo findet man sonst so viele unversorgte primäre LKG Spalten in Asien, wo doch mindestens 4 andere Hilfsorganisationen in Laos LKG Spalten behandeln. Insgesamt konnten wir in Laos ca 80 OPs durchführen und hatten bis zum Tag der Abreise keine Komplikationen (über etwaige Komplikationen hätte man uns per mail informiert). Den einzigen echten Zwischenfall haben wir auf der Rückreise erleben dürfen. Durch die Sperrung des Flughafens in Bangkok haben wir uns mit gesamter Mannschaft und große Gepäckmengen auf den Weg kreuz und quer durch Asien machen müssen. Dank der Hilfe von Michael Triebig aus dem 3T Reisebüro in Frankfurt, der wirklich unmögliches möglich gemacht hat und Tag und Nacht telefonisch für uns be-



OP Laos



Kindermarkose kein Problem mit Ludger und Wolfgang

reit war, konnten wir über Cambodia Vietnam und Malaysia nach Frankfurt fliegen und sind mit nur 3 Tagen Verspätung deutlich besser aus der Affäre gekommen als die allermeisten Touristen, die in Thailand oder den umliegenden Ländern gestrandet waren. (herzlichen Dank Michael Triebig und bitte um Entschuldigung für die oft erhitzten Anrufe zu „Unzeiten“ von uns).

Die Zukunft für Interplast in Laos wird von der Kooperation der Gesundheitsbehörde und deren Bereitschaft zur finanziellen und logistischen Unterstützung unserer Einsätze abhängen – Die Probleme liegen aber leider im System – durch das Fehlen privater Initiativen und Sponsoren in den sozialistischen Ländern fehlt in Laos ein ganz wichtiges Element: der gleich gesinnte einheimische Partner, der uns unterstützen kann – sei es nur durch eine Schale Reis für die OP Mannschaft oder eine kostenfreie oder günstige Unterkunft für

das Team . Wer vor hat sich in Laos zu engagieren melde sich bitte vorab bei mir. alamuti@alamuti.schol.de.

Mit bestem Dank an alle Helfer und

Sponsoren vor allem meinem Freund Heinz Schoeneich aus München .

Nuri Alamuti / Wiesbaden



Aufwachraum



Schwere Kontraktur der Leiste



Polydaktylie prä OP



Schwere Kontraktur der Leiste 2



Polydaktylie post OP



Geldübergabe

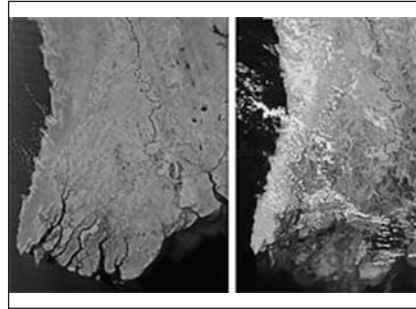


Einsatzberichte Sektion München 2008

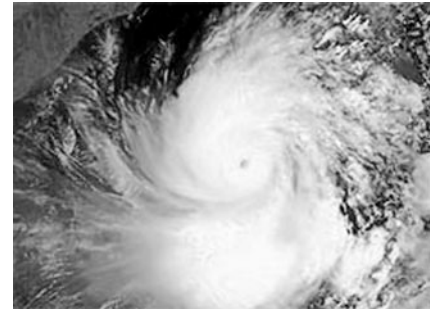
Myanmar 3 - Jemen 3 - Uganda 1 - Laos 1 - Niger 1



Zone 2 Deltaregion



Zyklon Nargis 3.5.2008



Die Aktivitäten der Sektion München waren 2008 durch die besonderen Ereignisse der Naturkatastrophe in Burma bestimmt. Von unseren 9 Einsätzen wurden 3 in Burma durchgeführt.

Unsere 3 Teams Burma: Thandwe, Kalaw und Pyapon (Delta):

Plastische Chirurgie:

PD Dr. H. Homann,
Dr. G. Henckel von Donnersmarck,
Dr. H. Schoeneich

Kieferchirurgie:

Dr. M. Gosau

Anästhesie:

Dr. A. Wagner, Dr. P. Wagner,
Dr. Martina Rieffert, Dr. F. Pohl,
Dr. Alex. Hofer

OP – Bereich:

I. Kuriakos-Gantenbein,
J. Oberpaul

Medizinstudenten:

M. Schoeneich, N. Bühler, F. Gams

Gastärzte:

Dr. L. Grupp, Dr. T. Wagner

Team Burma:

Prof. Kin Maung Lwin, Dr. Kyaw,
Sw. Thee, Sw. Maria

Die Einsätze in Burma fanden im Dez/Januar in Thandwe statt (siehe Jahresbericht 2007), im April/Mai in Zentralburma. Hier wurden wir auf der Rückreise von dem schrecklichen Ereignis des Nargis in Yangon überrascht. Hierdurch ergab sich ein dritter Einsatz mit einem akuten Hilfsprogramm im Deltabereich, zusammen mit der Amara Health- und Myanmar Foundation.

Einsatz 26 Burma:

Unser Münchner burmesisches Reisebüro Myanmar Travel Tours, hatte den Einsatz in Kalaw, Zentralburma vom 18.04 bis 03.05 vorbereitet. In der Gebirgsregion in Zentralburma leben viele ethnische Minderheiten, die kaum einer medizinischen Versorgung zugeführt werden. Aufgrund der eingeschränkten Verhältnisse in dem lokalen Krankenhaus hatte uns die Militärregierung angeboten, im etwas ausgelagerten großen Militärkrankenhaus mit über 400 Betten zu arbeiten. Voller Skepsis und Vorbehalten haben wir uns dennoch darauf eingelassen und konnten jedoch alle zivilen 300 Patienten uneingeschränkt screenen und operieren. Auch die Bevölkerung musste sich zunächst auf diesen neuen Umstand einstellen, da es für sie ungewöhnlich war ein Militärkran-

kenhaus zu betreten. Die Bedingungen waren natürlich besser als in den üblichen ländlichen Kreiskrankenhäusern, wobei es hier neben der baulichen Großzügigkeit doch an den kleinen Dingen fehlte. Die Kooperation mit ansässigen Militärärzten war gut. Sie waren wissbegierig und wir haben gelernt, dass nicht alle, die im Militär arbeiten, mit den üblichen Vorurteilen zu belegen sind. Sie waren hilfsbereit, interessiert und chirurgisch talentiert.

In den 10 OP-Tagen 138 Operationen haben wir durchgeführt, wobei wir auch dieses Mal bei 28 Patienten die Gaumen u. Lippen in einer Sitzung verschlossen. Ernsthafte Komplikationen traten nicht auf. Bei den leichteren Komplikationen handelte es sich um Revisionen bei Hämangiom im Lippenbereich und bei Vollhauttransplantaten bei Verbrennungen.

Erfreulich war bei diesem Einsatz der Zusammenhalt mit MSF Holland, die ca. 500 km nördlich in Myitkyina ein Aids-Projekt leiten. Sie sandten uns in Begleitung 9 Patienten zur Behandlung mit Lippen-Kiefer-Gaumenspalten. Weitere 6 Patienten hatten über eine weitere NGO von unserem Einsatz erfahren und waren auf eigene Faust 200 km angereist, um sich operieren zu lassen.



Bei diesem Einsatz haben wir wieder täglich unsere burmes. Kollegen ausgebildet. Ein erfahrener und zwei jüngere Chirurgen mit Vorkenntnissen, die man aus der Umgebung zusammengezogen hatte, sind jetzt in der Lage, selbstständig inkomplette und komplette Spalten durchzuführen. Sie hatten Vorkenntnisse und haben die Gelegenheit genutzt sich kleine Tipps und Tricks durch uns vermitteln zu lassen, so dass hier ihre eigenen Ergebnisse deutlich verbessert wurden. Wir haben bei ca. 50% der Operationen assistiert und ausgebildet. Eine deutliche Verbesserung.

Zyklon „Nargis“ erreicht am Abend des 2. Mai, um 21.00 Uhr, das Irrawaddy-Delta. Um 1.30 Uhr ist er in Yangon. Nach acht Stunden ist alles vorüber. „Nargis“, der Zyklon: Bis 200 Meilen schnell, massive Sturmspitzen, schwerer Regenfall, bis 3.60 m hohe Überflutungen von Farmland mit Salzwasser.

140.000 Ertrunkene, 330.000 Verletzte! Zerstörung von Häusern, Hütten, Schulen, Klöstern und 136 Gesundheitszentren.

Vernichtete Ernte: Reis, Bohnen, Sesam, Bananen und Mangos. Überflutung der Fischkulturen. Verlust von 1 Mio. Wasserbüffel, Schweine, Hühner und Enten. Zerstörung von Booten und landwirtschaftlichen Geräten. Versalzene Land - kein Trinkwasser, keine Vorräte (siehe: Myanmar Times: 08.-14.09.). Hunderttausende Menschen ohne Existenz und Zukunft.

Nachdem wir unseren Interplast-Einsatz in Kalaw (Zentralburma) beendeten, hatten wir uns am 02.05.08 in Yangon noch zu einem

Meeting mit unseren burmesischen Kollegen verabredet, wurden aber gewarnt, das Hotel nicht zu verlassen, da ein Wirbelsturm Burma bedroht. In der Nacht zwischen 1.30 Uhr wurden wir in unserem Hotel von dem Zyklon voll getroffen, haben jedoch dieses ohne Schaden überstanden. In Yangon sind die Personenschäden Gott sei Dank gering gewesen, da die Bevölkerung schon einen Tag vorher gewarnt worden ist und hier aufgrund der baulichen Maßnahmen die Bewohner sich in Sicherheit bringen konnten und der andere glückliche Umstand war, dass es nachts passierte.

Für uns alle ein schreckliches gewaltiges Erlebnis, die Kraft der Natur am eigenen Leibe zu spüren und am nächsten Morgen die verwüstete Stadt zu erleben. Riesige Regenbäume mit Durchmesser von 2 Metern die mit ihren flachen Wurzeln einfach umgekippt und wie Streichhölzer zerborsten sind. Telegraphen- und Lichtmasten lagen reihenweise über der Strasse, so dass ein Verkehr nicht möglich war. Der Flughafen, der für 3 Tage gesperrt war, hat unsere Rückreise verhindert und wir saßen in dem schwülen Yangon frustriert auf unseren Operationskisten ohne helfen zu können (mit Stromausfall, Essen und Trinken wurde im Hotel rationalisiert).

Mit dem Gefühl zu wissen, nicht in das Delta zu gelangen, sind wir dann mit 3 Tagen Verspätung nach München gereist. Hier wurden wir am Flughafen von einer Medienlawine überrollt. Journalisten, Medienvertretern, News-Händler oder wie sie sich sonst nennen mögen, lauerten uns in den darauf folgenden Tagen auf und stürzten sich auf unser Team, denn wir brachten die frische Ware auf den Marktplatz

der Sensationen mit. Etwas hilflos und noch paralysiert von den Eindrücken des Erlebten, standen wir vor Kameras und Mikrofonen. Was ich später in den Printmedien von uns sah und hörte, hatte mit dem Erlebten in Burma oft nichts zu tun. Nur einige wenige Berichte fand ich objektiv. Unsere Aussagen waren drastisch auf wenige Sätze reduziert, auf medienwirksame Schlagworte wie Militärdiktatur, Korruption und die nicht willkommenen Hilfsorganisation, die keinen Einlass in das Delta erhalten und von fehlenden Warnungen der Katastrophe. Dies ist für mich auch eine Katastrophe, dass Reporter über eine Welt berichten, die sie nie erlebt haben und von Problemen, die sie selbst nie erleben möchten. Gerade mal 2 Wochen war Burma - vielmehr „Die Junta“ - das Schlagzeilenfutter. Für die betroffenen Menschen mit Ihren Schicksalen blieben nur wenige Zeilen übrig. Nur 3 Wochen hat die Berichterstattung gedauert und dann hatten die Medien kein Interesse an menschlicher Tragödie, an Einzelschicksalen und neuen Perspektiven. Durch die einseitige, auf das Fehlverhalten der Junta konzentrierte Berichterstattung wurde im Vergleich zu anderen Katastrophen wenig gespendet.

Vor diesem Hintergrund sei es mir im Namen von Interplast Germany und meinem Münchner Team bescheidener Weise erlaubt, eine etwas andere Sichtweise der Geschehnisse und Hintergründe aufzuzeigen.

Seit ca. 10 Jahren sind unsere Interplast-Teams regelmäßig in Burma tätig. In 24 Einsätzen haben wir über 6000 Menschen ambulant behandelt und über 2600 Operationen an Kindern durchgeführt. Vorwiegend behandeln wir Kinder, be-

troffen von genetisch bedingten Missbildungen wie Lippen-Kiefer-Gaumenspalten, so genannte Hasenscharten, Tumore oder Folgen von Unfällen und Verbrennungskontrakturen, die zu funktionellen Einschränkungen geführt haben. Wir arbeiten unter Billigung der Militärs, fachlichen Helfern und Organisationen, sowie Ärzte und Studenten aus Deutschland die ohne Entgelt und unter einfachen Umständen 9 bis 12 Stunden täglich am OP-Tisch stehen. Wir erfahren Dank und Hilfe von allen Menschen, die uns wohl wissend um die Problematik ihres Landes um Geduld bitten. Eben nicht alle unter den Militärs entsprechen dem Denken der Militärdiktatur. Gerade die junge Generation steht dem System oft kritisch gegenüber, sind aber nicht in der Lage eine Veränderung herbei zu führen.

Veränderungen sind vielleicht in der bevorstehenden neuen Generation hoffentlich zu erwarten und zwingend erforderlich.

Nach der Katastrophe:

Mit diesen entsetzlichen Erlebnissen und Eindrücken von Burma hat es unseren Münchner Burmafreundeskreis motiviert aktiv zu werden und in zahlreichen Vorträgen warben wir um Spendengelder. In Zusammenarbeit mit der Myanmar Foundation, die Schulen und Weisenhäuser betreut, mit der Myanmar Health Foundation, die Kalayar Schreiber speziell nach der Katastrophe gegründet hat, um unmittelbar im Delta zu helfen, mit der Stiftung Life und mit unserer Münchner Interplast Sektion haben wir zusammen über 500.000 Euro gesammelt.

Mit 250.00 \$ im Handgepäck und

schlechtem Gewissen heraus, nicht helfen zu können, bin ich dann mit Theo Wagner 8 Wochen später nach Burma gefahren, um dort mit Kalayar auf dem gecharterten Versorgungsschiff unmittelbar ein für uns neues Soforthilfeprojekt zu starten. Aufgrund der persönlichen Erlebnisse haben wir uns kurzfristig entschlossen, hier direkte Hilfe zu leisten und ein Soforthilfeprogramm mit Kalayar zu starten.

Der Entschluss nach Hause zu fahren ohne zu helfen war für uns schmerzlich und beschämend, da wir alle das Land lieben gelernt haben und die Menschen in ihrem friedlichen Buddhismus bewundern, wie sie all ihre täglichen Sorgen mit Geduld ertragen. Der Buddhismus scheint ihnen hier eine große Stütze zu sein. Man sagt „annisa, dokka, annata“, das heißt „Das Leben ist ein Leidensweg, al-

les ist vergänglich und was zählt ist das Wort Buddhas“.

Kalayar Moe Schreiber (Burmesin) und Ihr Mann Gerald, die mit Ihrem Münchener Reisebüro Myanmar Discovery Tours seit 8 Jahren die Logistik für unsere Einsätze vor Ort durchführen, haben alles stehen und liegen gelassen, um in der Heimat zu helfen. Kalayar Schreiber hat ein dreißigköpfiges Team organisiert, darunter Ärzte, Krankenschwestern und freiwillige Helfer aus Ihren Unternehmen, die die Einsatzlogistik hervorragend wie Profis organisiert hatten, zusammengestellt.

Dank Kalayar hatten Dr. Theo Wagner und ich eine schriftliche Pärmission ins Delta zu fahren, zum Erstaunen andere NGO's und UN Mitarbeitern.

130.000 Menschen sollen durch den Zyklon gestorben sein, bis zu zwei Millionen haben ihr Hab und Gut verloren. Die Situation in Myanmar war auch Wochen nach dem zerstörerischen Zyklon noch unübersichtlich.



Amara Team: Thunder, Momo, Kalayar, Snow



T. Wagner, H. Schoeneich





Wer je bei einer großen Katastrophe im Einsatz war, weiß wie wichtig die effektive Logistik bei einem Einsatz ist. So erscheint es nur verständlich, dass nicht jeder Hilfsverein Einlass erhielt.

Ich selber konnte mich in Yangon im UN-Sekretariat sowohl bei den Hilfsorganisationen, die 5 Stockwerke im Traders Hotel gemietet haben, über die steigende Zahl der NGO's informieren. Über 150 NGO's sind gelistet. Nur von denen habe ich leider keine im Delta, südwestlich von Pyapon (unser Einsatzort) gesehen. Wie sollte man eine solch große Schar von NGO's logistisch betreuen, sie einbauen in ein System, welches sie überhaupt nicht kennen. Man sollte nur erfahrene, bekannte Organisationen in das Land lassen, die zumindest schon Erfahrungen aus einem Tsunami mitbringen und in Katastrophen ausgebildet sind.



MSF Holland, die seit Jahren in Burma in Aids, Malaria und Tuberkuloseprojekten arbeiten, hatten schon in der ersten Woche über 200 einheimische Mitarbeiter ins Delta geschickt. Alle registrierten NGO's, die schon im Land arbeiteten, konnten ähnlich verfahren. Alle aber nur mit einheimischen Helfern.

Glücklicherweise sind keine von den großen vorhergesagten Verseuchungen und Epidemien eingetreten. Trinkwasser wird über den Tropenregen aufgefangen. Überall im Delta sah man große Keramikgefäße, die bis zu 400 Liter aufnehmen können, die sich täglich mit frischem Regenwasser füllen. Wasseraufbereitungsanlagen bleiben häufig ungenutzt am Flughafen stehen, die über das Auswärtige Amt, über Steuergelder, häufig

zu schnell in das Land gebracht wurden und nur in Ballungszentren oder größeren Städten sinnvoll waren.

Bei den wöchentlich abgehaltenen Meetings der NGO's wird viel erzählt über: Nutritoin Cluster, Emergency Shelter Cluster, Wash Cluster, Early Recovery, Wash Strategic Advisor Group, Logistic Cluster, Protection, Mental Health, Psychologic Support, Agriculture Cluster, Education Cluster, Vulnerability Network, Emergency Telecommunication Cluster, IASC Meetings und so weiter ...aber letztlich wird bei diesem Aufgebot zu wenig erreicht. Zu viele Köche verderben den Brei.

Frachtschiff als Basislager

Das große, von Kalayar gecharterte Cargoholzschiff war unser Hotel, Logistik- und Versorgungcenter, gefüllt mit Lebensmitteln, Saatgut, Reis, Speiseöl, Flip Flops, Brillen, Schulmaterialien, Kochgeschirr, Holzkohle und Medikamenten, kleine Reistraktoren und Diesel, Bambus für den Wiederaufbau der Hütten, Plastikplane gegen den täglichen heftigen Monsun.



Frachtschiff als Basis



Chaos an Deck



Umsteigen auf kleinere Boote

Unter dem 30köpfigen Team waren Dr. Wagner und ich die einzigen Ausländer.

Es waren 6 Ärzte an Bord, davon 3 Allgemeinmediziner, 1 Gynäkologin und 2 Zahnärzte, und 4 Krankenschwestern, die eine Notfallapotheke verwaltet haben. Wir haben in der einen Woche drei Dörfer südöstlich von Pyapon angefahren, eine Region, die nicht so massiv von dem Zyklon zerstört worden ist wie die Region um Labutta, aber dennoch Zerstörungen zwischen 30 und 60% in den Dörfern aufzuweisen hatten. Mit kleineren Booten fuhren wir entlang der schmalen Wasserkanäle und über Megaphon wurden die Bewohner informiert, sich in einem größeren Kloster in der Umgebung in den nächsten Stunden zu melden, da dort eine ambulante medizinische

Basisstation aufgebaut worden war. Die Bevölkerung konnte sich dort registrieren lassen um ihre Verluste und Verletzungen anzugeben. Es wurde hier eine Statistik erstellt über die Zahl der Einwohner im Dorf, über die Zahl der Toten, über die Anzahl der Bauern und Fischer, wie viel Land die Bauern in Reisfeldern bearbeiten und welche Familien am Schlimmsten getroffen waren.

Wir waren in der Region Dedaye unterwegs, wo noch sehr wenig Hilfe angekommen war. Im Gegensatz zu vielen anderen Hilfsorganisationen werden wir durch das dort ansässige Militär in Ruhe gelassen.

Die Helfer fuhren zu den entlegenen Dörfern des Irrawaddy-Deltas. Immer noch lagen Leichen an Ufern und im Wasser. Über dem Delta hing der Geruch der Verwesung. Bisse der giftigen Seeschlangen häuften sich, erzählt Kalayar. Besonders gefährdet waren Kinder, die in Ufernähe nach Verwertbarem suchten.

Grundversorgung für die Menschen

Die Überlebenden waren schwer zu erreichen. Mit einem Megaphon Kalayar sie den Menschen am Ufer zu, fragte nach, ob sie Hilfe brauchen. Viele Zyklon-Opfer sind erleichtert über Rettung von außen, sie haben alles verloren. Oft müssen die Waren umgeladen werden auf kleinere Schiffe, anders sind viele Dörfer gar nicht zu erreichen. Nur mit der Flut kommt man durch die Nebenarme, vor der Ebbe muss die Mannschaft dann zurück. Mehr als sechs Stunden Zeit bleiben nicht.

In das Dorf Mya Sein Kan kamen Kalayar und ihre Helfer zum zweiten Mal.

Über 180 Menschen starben hier durch den Zyklon. Viele Kinder ertranken, andere sind jetzt Waisen. Manche haben ihre ganze Familie verloren. Augen- und Zahnärzte sind diesmal mitgekommen. Sie leisten hier Grundversorgung, wie Dr. Hnin Wyint: "Das Schlimmste sind die psychologischen Traumata.

Sonst haben wir hier einige Durchfallerkrankungen, und die Gefahr ist, dass sich dabei andere Dorfbe-



Existenzhilfeprogramm



Krankenstation in einer Kirche und Kloster

wohner anstecken. Wir leisten hier auch Aufklärung über Hygiene."

Traumatische Erlebnisse

Tausende kommen aus weiter entlegenen zerstörten Dörfern, wie Myint Myint San. Sie hat ihr Kind in der Katastrophennacht verloren, erzählt sie: "Mit einer Hand habe mich an der Palme festgehalten mit der anderen mein Baby. Die Flut riss die Kleine mit sich." Nur ein Foto ist ihr geblieben.

Jetzt lebt Myint Myint San mit dem ältesten Bruder und der Mutter in einer Hütte. Alles andere ist zerstört. Sechs Kinder hatte ihr Bruder, vier haben den Zyklon nicht überlebt. Mit zwei Söhnen trieb Ihre Schwägerin in den Fluten in stockdunkler Nacht: "Ich hatte einen der Zwillinge und mein jüngstes Kind im Arm. Um uns herum nur Geröll und Wasser. Ich habe versucht mich mit den Kindern an eine Palme zu klammern." Sie konnte sich und die beiden Kinder retten bis zum nächsten Morgen.



Dann starb ihr noch ein Sohn: "In der früh haben beide Kinder noch gelebt. Eines war verletzt. Es ist am morgen im Dorf gestorben, weil es keine medizinische Hilfe gab."

Drohende Hungerskatastrophe

Kalayars Team hat nach fünf Stunden hunderte Menschen behandelt und mit dem Notwenigsten zum Überleben versorgt. Doch die Fischer im Irrawaddy-Delta brauchen neue Boote und Netze. Vor allem aber drängte die Zeit für die Reisbauern. Es fehlten Saatgut und Maschinen. Sie mussten es in den nächsten drei Wochen aussäen, sonst würde es in diesem Jahr keine Ernte geben. Dem Land droht dann die Hungerskatastrophe. Durch Spenden unterstützt konnte Kalayar nun Einiges an Saatgut kaufen.

Kalayars Team verteilt auch hier das Nötigste. Sie hört zu, notiert was gebraucht wird und wird wiederkommen. "Ich bin zufrieden, mit dem was wir bis jetzt getan haben, aber ich wünsche mir, dass wir mehr machen können." Knapp 4000 Deltabewohner haben Kalayar und ihre Helfer bisher versorgen können. Sie hofft auf weitere Unterstützung und darauf, dass die Überlebenden der Katastrophe von Myanmar nicht in Vergessenheit geraten.

Donations:

In den Schulen wurden für die ersten 4 Jahrgänge die entsprechenden Schulbücher verteilt, in kleinen Tragetaschen wurden die ca. 500 entsprechenden Bücher mit Bleistiften und Heften ausgehändigt.



Reis



Bambuswände



Kochgeschirr, Saatgut, Speiseöl, Salz

Gesponsert von der Arche Noah e.V.

Kochgeschirr, Speiseöl und Diesel für die kleinen Motoren wurden ebenfalls für den entsprechenden Bedarfsfall abgegeben. Bei den medizinischen Untersuchungen, wobei ca. bis zu 400 Patienten pro Tag untersucht wurden, zeigten sich hier keine schwerwiegenden epidemischen Erkrankungen oder



Dorfschule



Schulbücher

Infektionserkrankungen. Die Leute waren oft ausgezehrt, psychisch belastet, litten unter Schlafstörungen und vor allem die älteren Leute schienen verstört. Ihnen wurden häufig Aufbauinfusionen mit Vitaminen verabreicht, um sie körperlich etwas zu stärken. Einige wenige schwerkranke Kinder, sowie auch Spaltpatienten wurden nach Pyapon gebracht bzw. nach Yangon, um dort operiert werden zu können. Ich selber habe nur die kleine Chirurgie vor Ort durchgeführt, wobei hier sekundär infizierte Wunden zu versorgen waren. Amara Health Foundation (Kalayar Moe Schreiber und Ihr Team), Interplast Germany (München) und Myanmar Foundation haben bisher 16 Dörfer, Pyapon District 6600 Menschen, 1410 Haushalte erreicht. 125 Einrad Reistraktoren, die in zwei Stunden soviel schaffen, wie ein Ochse an einem Tag, Saatgut, Dünger, Diesel und Reis sind in den Dörfern über die Dorfgemeinschaft verteilt worden. Vom Schiff aus wurde die Bevölkerung über Megaphone unterrichtet, dass sie sich an bestimmten Klöstern zusammenfinden sollten, wo wir dann einerseits eine Medizinische Versorgung mit einer Zahnstation und einer allgemein-

medizinische Station schon aufgebaut haben und wo täglich bis zu 400 Patienten untersucht wurden. Gleichzeitig wurde dann von Kalayar mit den Bürgermeistern besprochen, welche Familien am meisten betroffen waren. Diese erhielten dann die Grundausstattung für Hüttenbau und Haushaltsgeräte, sowie Saatgut oder Fischereigeräte. Ein besonderes Projekt, welches von der Stiftung Life aus München finanziert wurde, waren die so genannten Kleinkredite bis zu 500 \$, wo sich die Patienten mit diesem Geld wieder eine kleine Existenz aufbauen sollten. Hier wurden Verträge ausgehandelt, die zum Teil nur mit Fingerabdruck signiert wurden. Ein besonderes Erfolgsergebnis war die Verteilung der Schulbücher und die Verteilung der Brillen. Wir hatten über 1.000 Brillen an Bord, welche in 5 Dioptrien Klassen sortiert wurden, und besonders die alten Leute gingen sehr stolz und mit einem Lächeln auf dem Gesicht und mit ihrem neuen Einheitsgestell und scharfem Blick nach Hause. Das, was mich und Dr. Theo Wagner am meisten beeindruckt hat ist, dass die Zivilgesellschaft in Burma sich wohl weitgehend selbst geholfen hat. In kleinen or-



ganisierten Gruppen, die von Yangon aus aber auch von benachbarten Regionen aus ins Delta gezogen sind, um hier die Hilfe vor Ort direkt zu leisten. Das Ganze ohne Behinderung des Militärs. Das Militär hat verzögert und spät gehandelt, nicht so, wie man erwarten sollte, aber es hat die Bevölkerung einen Tag vorher schon auf den Zyklon hingewiesen, dass sich ein größerer Wirbelsturm auf die Küste von Yangon zu bewegt. Das wurde von allen Medien bisher immer bestritten. Wir selber sind von drei verschiedenen Seiten am 02.05.08 informiert worden. Meine deprimierendste Erfahrung ist nicht unbedingt die Folge des Zyklons, sondern die Bedingung, unter der die Menschen überhaupt vor dem Zyklon im Delta leben müssen. Vor allem jetzt in der Regenzeit. Allein die Fortbewegung über Land ist auf matschig, aufgeweichte Wege nur schwer und ein

Transport von Gütern nur über Wasser möglich. Die Menschen leben in den einfachen Strohütten ohne Mobiliar und sind auf Reis oder wenig Gemüse angewiesen. Der Eiweißbedarf kann durch Tachsenkrebse und Fische, wenn Netze und Angeln vorhanden sind, zum Teil gedeckt werden. Das, was immer wieder durchkam bei Interviews mit der Bevölkerung, war „wir haben Hunger“, „gebt uns etwas zu essen“, „die Reirationen sind ausgegangen, die Fischernetze zerstört „wir sind in erster Linie auf Nahrungsunterstützung angewiesen, unsere einfachen Behausungen bauen wir irgend wie schon wieder selber auf.“.

Wir hatten reichlich Saatgut dabei, so dass die Bauern mit den Traktoren relativ schnell ihre Reisfelder beackern und die neue Saat aussäen konnten. Im Deltabereich wird der Reis ausgesät und nicht wie sonst als Stecklinge gesetzt. Das hat einen riesigen Vorteil. Die angekündigte Versalzung der Reisfelder bestand in den ersten Wochen, aber durch den ständig herunterprasselnden Tropenregen ist die Versalzung schnell wieder ausgewaschen worden, so dass vielleicht einige Felder schon wieder eine Ernte erwarten lassen. Dennoch wird die Hilfe bis Jahresende weitergehen müssen.

Medical Care:

Mit unserer Spende hat Kalayar ein kleines Boot gekauft, Ärzte verpflichtet (10 Dollar/Tag) für die nächste 6 Monate Dörfer zu besuchen und in den Klöstern ambulante Sprechstunden abhalten, so dass eine gewisse medizinische

Basisversorgung zunächst einmal begonnen wurde. Wichtig erscheint mir hier, dass dieser Psychological Cluster für alle Betroffenen eine wichtige Hilfsmaßnahme ist.



Kleine Chirurgie



Zahnextraktion



Screening

Das Provinzkrankenhaus in Pyapon hat uns eine Bedarfsliste erstellt.

1. Sauerstoffkonzentrator
2. Pulsoxymeter
3. chirurgische Standardinstrumente
4. Narkosegerät
5. Tuben

6. Elektrokauter
7. Op-Lampen
8. Op-Tisch
9. Air Condition

Education Programm:

Eine Finanzierung für eine Verbesserung der Ausbildungssituation für High School Schüler im Delta. Bisher keine Möglichkeit vor Ort. Anwerbung von externen Privatlehrern im Zentralbereich von 8 Dörfern wird erarbeitet und über die Stiftung Life finanziert.

Stress Release Programm:

Grundschullehrer wurden nach Yangon geschickt und dort in Trai-

ningskursen, so gut es geht, ausgebildet und Richtlinien erarbeitet.

Oft waren es vor allem viele Kindern und alte Leute, die sich während des Zyklons nicht lange über Wasser halten konnten. Viele mussten sich an Palmen festklammern und haben sich den ganzen Körper durch die Umklammerung, die Arme und Bauchseite durch den Wellengang aufgeschürft. Die meisten Kinder sind im "fliegenden Wasser" in der Gischt erstickt. Bei unseren Rundfahrten haben wir



ebenfalls noch immer Leichen gesehen, die abgelegt auf den Feldern lagen und kaum noch als Menschen zu identifizieren waren. Nach Angaben von Dorfbewohnern sind viele Leichen in Fischernetzen zusammen gezogen worden und auf das Meer hinaus gebracht worden, da man in dem sumpfigen Gebiet keine Erdbestattung durchführen konnte. Hier wurden sie sozusagen der Natur, dem Meer überlassen.

Für mich und Dr. Wagner war es wichtig, eine Woche miterleben zu dürfen, wie Kalayar Schreiber mit ihrem Myanmar Health Care Team effektive direkte Hilfsprogramme aufgebaut hat, und diese auch in den weiteren Monaten durchführen wird. Weitere Münchener Freunde der Myanmar Stiftung, Stiftung Life und Myanmar Cook Assoziation mit Oliver Ket Ket arbeiten in ähnlicher Weise in der Region um Labutta.

Ich finde es beschämend, dass die Medien seit der Europameisterschaft aufgehört haben über Burma zu berichten und ärgere mich über den Journalistenstreit mit Alice Schwarzer und Journalisten, die glaubten hierauf Antworten zu wissen. Es hat nicht der Sache gedient. Es geht hier um Menschen. Es geht hier um tausende Tote, um Millionen von Menschen die ihre Existenz verloren haben und da hat dieses persönliche Geplänkel der Vanitas keinen Raum benannt zu werden. Es ist für mich ein erbärmliches Verhalten der Mediengesellschaft einfach wieder zur Tagesordnung über zu gehen und jetzt zu schauen, was mehr Quoten und Verkaufszahlen bringt. Wo bleiben die positiven Zeilen über die bewundernswerte Zivilgesellschaft Burmas, über Ihren Mut, über Ihre Würde, die sie sich trotz

aller äußeren und inneren Schwierigkeiten erhalten haben. Wir haben die Menschen im Delta gesprochen, unsere Herzen geöffnet und von ihrem Erlebten und ihrem Leben erfahren.

Stoppt den Boykott. Sind wir nicht selbst ein Teil des Boykotts? Wo ist der Einstieg in den Dialog? Wo stehen wir in dieser Position? Selbst Spendengelder werden über amerikanische Konten eingefroren, da jeder Dollartransfer über amerikanische Banken abgewickelt wird. Wem nützt der Boykott? Nur China - und die negative Auswirkung hat wie immer das einfache Volk zu ertragen.

Lebensmittelpreise zum Vergleich Myanmar Aid Direct to the People.

1 Bag of Rice, 48 kg (good for 1 month / family) is at	<u>17.50 \$ US</u>
1kg cooking Salt (good for 1 month / family) at	<u>0.30 \$ US</u>
1Ltr. cooking Oil at Bamboo House (12'x 15') at	<u>2.50 \$ US</u>
	<u>120.00 \$ US to 150.00 \$ US</u>
1 Live Baby Pig for farming	<u>5.45 \$ US</u>
1 Live Baby Chicken to raise	<u>0.45 \$ US</u>
Rice Seeds for 1 acre rice land	<u>18.00 \$ US</u>
One Cow for farming	<u>270.00 \$ US to 400.00 \$ US</u>
One Water Buffalo	<u>270.00 \$ US to 350.00 \$ US</u>
One wheel Rice Tractor	<u>450.00 \$ US</u>
One Metal Roofing Sheet (wood house)	<u>4.00 \$ US</u>



Verteilung bis zum 27.6.08

2850 Bags of Rice equal to 427.500 meals, or 142,5 metric tones (22 villages).
 288 traditional houses built.
 300 Ltr. Chlorine for 1,5 million Ltr. Water.
 1040 kg cooking salt.
 200 kg clothing for storm victims.
 1080 vegetarian meals cooked after Nargis.
 Medical Drugs, Farm working Tools, Baby support.
 Consultancy to INGO s & NGO's – in know how.
 Arranged different International Dr Teams to Nargis areas

NGO's in Myanmar

911 internationale Katastrophenhelfer hatten Visa beantragt, 458 von NGO's, UN Bereich, 357 von ASEAN Ländern, 586 internationale Experten sind in der Desaster Areas stationiert, zurzeit über 150 NGO's
 German Welthungerhilfe GWHH hat ab Juni für 2 Jahre 600 t Reis, Nahrung für 36 000 Menschen in die Region um Bogale gebracht, inklusive Wasseraufbereitung



UN und WFP

Haben vom Handelsministerium 20.000 t Reis gekauft.
65.000 t Reis werden für die nächsten 6 Monate gebraucht.

Die Regierung in Myanmar haben den Reisexport gestoppt.

4.: Jemen 12.10. bis 1.11.2008, Einsatzort Mabar, Einsatz: Nr. 6

Teamleiter:

Dr. Heinrich Schoeneich

Teamleiter Jemen:

Dr. Abdul Al Salami

Plastische Chirurgie:

PD Dr. Heinz Homann, Dr. Heinrich Schoeneich, Moritz Schoeneich

Kieferchirurgie:

Dr. Martin Gosau,

Anästhesie:

Dr. Angelika Wagner, Dr. Petra Wagner, Dr. Alex Hofer, Dr. Katja Al Hussein

OP-Schwester:

Melissa Proyer

Medizinstudentin:

Franziska Gams

Plastische Chirurgie Jemen:

Dr. Al Salimi-Sanaa,

Dr. Abdullah- Syrien, Dr. Mohamed al Swafi

Der Einsatz erfolgte wieder über unseren Kontaktmann Dr. Abdul Al Salami, der den Einsatz südlich von Sanaa in Zusammenarbeit mit dem Gesundheitsministerium vorbereitet hatte.

Wie auch bei den anderen Einsätzen wurden wir im Vorfeld mittels einer E-Mail über bereits mehr als

60 Patienten mit Bild, Diagnose, Alter und Geschlecht informiert, so dass wir wussten, welche Art von Patienten auf uns zu kommt. Mabar ist ein Lehrkrankenhaus, welches zur Universität Damar (ca. 30 km entfernt) gehört. Es wurde über internationale Spenden im OP-Bereich aufgerüstet. Wir fanden dort zwei neue Narkosegeräte vor, die noch nicht benutzt waren, ein OP-Mikroskop, Bronchoskope, Überwachungsgeräte, so dass dieses von der technischen Seite aus mit Deutschland zu vergleichen ist

Operationen:

Das Patienten Screening ging wie immer in anstrengender Weise vor sich. Wir mussten in den ersten Stunden ca. 200 Patienten screenen. Dank unserer Berliner Ärztin, Katja Al Hussein, hatten wir eine zweite Dolmetscherin mit Dr. Abdul Al Salami zur Verfügung, so dass hier nicht alle auf eine Person konzentriert waren. Wir konnten an drei OP-Tischen parallel arbeiten, so dass wir in den 10 OP-Tagen 152 Operationen an 136 Patienten durchführen konnten.

57 Patienten mit Lippen-Kiefer-Gaumenspalten. Bei 38 wurden Gaumen und Lippenspalte einzeln versorgt. Das hieß aber, dass pro Patient 2-3 Stunden veranschlagt werden musste. Ein mikrochirurgischer freier ALT Lappen zum Verschluss eines Haut-Knochendefektes am Unterschenkel haben Dr. Homann und Dr. Gosau in routinierter Weise in 6 Stunden bewältigen können.

Bei den Verbrennungen handelt es sich um klassische Verbrennungen im Ellenbogen-, Axilla- und Gesichtsbereich. Wir haben dieses mal sehr viele Jumping Men im Extremitätenbereich durchführen kön-

nen. Größere Defekte wurden dann mit Vollhaut im Gesichtsbereich rekonstruiert.

Komplikationen:

Zum Patientengut muss generell gesagt werden, dass es sich hier um die arme Bevölkerung handelt, die in Stein- und Lehmhäusern lebt ohne hygienische Wasserversorgung. Das Wasser muss mit Eseln von den Brunnen durch die Frauen täglich herangeschafft werden, so dass waschen in dieser Gegend Luxus ist. Die Patienten kamen dementsprechend völlig verdreckt in den OP-Bereich. Es war auch nicht möglich hier - durch fehlendes Personal, vor allem fehlende Frauen - im Krankenpflegebereich - Abhilfe zu schaffen. Aufgrund dieser Verschmutzung der Patienten hatten wir im Gegensatz zu anderen Einsätzen mehr Sekundärheilungen zu verzeichnen, die jedoch zu keinem negativen Ergebnis führten. Wir haben die Verbandswechsel dann mit Antibiotikasalben durchgeführt und den Patienten Salben für die häusliche Versorgung mitgegeben. Insgesamt haben wir 4 Sekundärnähte durchführen müssen. Ein bei der Einleitung aufgetretener Herzstillstand wurde über Monitoring sofort erkannt und behoben, so dass der Gaumen verschlossen werden konnte.

Ausbildung:

Bei den ortsansässigen Ärzten handelte es sich um Allgemeinchirurgen, die zum Teil aus Kuba, Algerien, Syrien und den Jemen stammten. Das Interesse war von den Kollegen unterschiedlich. Da es sich um ein Lehrkrankenhaus handelt, hatten wir täglich zwei



Medizinstudenten, die die Operationen beobachteten. Man hat sich unsere Emailadressen notiert und die Studenten wollten wissen wann, und wo wir nächstes Mal im Jemen arbeiten - sie wollten dann versuchen dort anzureisen.

Intern gesehen ist es im Jemen so, dass ein akuter Ärztemangel besteht und sie auf ausländische Hilfe angewiesen sind. Es waren 12 kubanische Ärzte in diesem Krankenhaus. Sie werden von der kubanischen Regierung für drei Jahre dort zwangsverpflichtet, wobei das Eigeninteresse hier deutlich zu Wünschen übrig ließ. Sie sahen das mehr als Pflichterfüllung an und sehnten sich wieder nach Kuba zurück. In der Schwesternschaft sind keine jemenitischen Frauen vorhanden, sondern 35 indische Krankenschwestern aus Kerala. Diese haben dort mit zum Teil schlechten Sprachkenntnissen die Patienten auf den Stationen versorgen müssen. Sie waren bereitwillig und hatten Interesse ihre Arbeit für uns gut zu erledigen. All diese externen Kräfte sind zu bedauern, da sie nur alle 2 Jahre nach Hause reisen dürfen und fast 24 Stunden zur Verfügung stehen müssen. Man hat keine Möglichkeit sich das Leben im europäischen Sinne angenehm zu gestalten. Verständlich, dass wir, die nur 14 Tage bleiben, uns hier etwas leichter tun.

Projekt: Urogenitale Missbildungen

5.- 6.: Einsätze: Al Raida, Dr. Robert Kastner - Kinderchirurg

Das Einmannprojekt mit unserem arabischsprechenden Kinderchirurgen Robert Kastner entwickelt sich gut. Er arbeitet immer im Süden

des Landes in Al Raida und kann, da er zwei- bis dreimal pro Jahr je 3 Wochen fährt, Patienten kontinuierlich betreuen. Jetzt ausgestattet mit Liptotripter und Endoskopen kann er die Urologie, speziell die Kinderurologie voll abdecken. Über Blasenektopen, zahlreichen Hypospadien, Nieren- und Urethersteinen operiert er bis zu 60 Patienten pro Einsatz. Die gesponserten Instrumente verbleiben bei Dr. Abdul al Salami in Sanaa und werden von ihm und eingearbeiteten Kollegen genutzt. Sie bleiben Eigentum von Interplast.

Von einem Münchner Urologen hatte ich 2 Röntgengeräte, 2 Ultraschallgeräte sowie diverse Endoskope für den Jemen geschenkt bekommen. Der Container ist mittlerweile in Hudeida im Hafen angekommen, jedoch noch nicht durch den Zoll.

Fazit:

Der Jemen wird weiter zu den Münchner Einsätzen gehören. Es sind dankbare Patienten und ein gutes Patientenlientel, die die gesamte Palette der Plastischen Chirurgie fordern. Was jedoch schwer fällt, ist das Leben nach dem OP-Alltag. Es gibt keine Möglichkeiten hier die Seele baumeln zu lassen und die Sicherheitslage erlaubt nur eingeschränkte Freiheit. In der zweiten Woche ist dann bei einem 10köpfigen Team eine gewisse Gruppendynamik zu spüren. Ich habe mich entschlossen den nächsten Einsatz zu verkürzen und mit einem kleineren Team zufahren.

Ich persönlich bin fasziniert von diesem Land mit seinen fremden Lebensstrukturen, die grandiosen Landschaften, die Architektur und auch die Menschen bieten, wenn man sich auf sie einlässt, doch eine große neue Lebenserfahrung und

Bereicherung. Vor allen Dingen finden sich dankbare Patienten mit entsprechenden guten Interplastindikationen.

7.: Projekt Uganda Einsatzort Mbarara

Dr. Oliver Blume
Dr. Günther Au-Balbach
24. Oktober bis 7. November

Seitdem Dr. Ralf Sauter das Interplast Projekt verlassen hat, führt Dr. Oliver Blume das Projekt weiter und hat sich hier auf die Ausbildung eines ugandischen Kollegen Wilfred Abubaka bemüht, der in letztes Jahr über die Cleft Kinderhilfe zur Weiterbildung in Deutschland 4 Wochen war.

Bei diesem Einsatz, waren leider nur wenig Patienten zur Operation gekommen, da eine ansässige, einheimische, medizinische Ordensschwester, von der keiner weiß wo sie ausgebildet wurde, hier ihr Unwesen treibt. Sie wird von Smile Train gesponsert und bekommt pro Patient ein Kopfgeld, obwohl sie die Patienten sehr unzureichend, unerfahren und inadäquat operiert. Sie wird leider vom Gesundheitsministerium gedeckt. Es ist anzunehmen, dass auch hier Gelder fließen. Auch der mittlerweile gut ausgebildete Wilfred Abubaka schilderte den deutlichen Patientenrückgang in seiner Abteilung. Es wurden dieses mal nur 56 Patienten operiert, wobei nur 21 Spalten und Gaumen zum Verschließen waren. Dr. Blume ist sich noch nicht sicher ob er die Einsätze in Uganda weiter fortführen wird. Die Cleft Kinderhilfe berichtet von ähnlichen Vorfällen in anderen Entwicklungsländern.



8.: Niger, Niame Noma e.V. Regensburg

Teamleiter
Plastische Chirurgie:
Dr. Caius Radu
Dr. Stefan Ruf
Dr. Florian Geisswad

Anästhesie:
Dr. A. Luckner
Dr. A Gosa

Schwester:
Maritta Grillenbeck

Unser vierter Einsatz in Niame wurde von Frau Winkler-Stumpf (Noma e.V. Regensburg) organisiert und finanziert. Seit einigen Jahren unterstützen wir die Arbeit von Frau Winkler-Stumpf durch Operationseinsätze. Im Vordergrund steht die Versorgung von Gesichtsrekonstruktionen bei Nomapatienten. Die Zahl der registrierten Erkrankungen ist leicht rückläufig, so dass dazu übergegangen wurde auch Verbrennungen und Spalten zu operieren. Es wurden an 6 Operationstagen 32 Operationen an 28 Patienten durchgeführt. Estlander, Gilles Fan Flaps, Mustarde und VS-Lappen kamen zu Anwendung 6 Lippen-Kiefer, 2 Gaumenspalten und Verbrennungsfolgen wurden operiert. Die durchgeführten freien Unterarmlappen zur Rekonstruktion des Gesichtsbereichs sind reizlos eingeeilt. Es gab keine großen Komplikationen. Bedingungen waren wie in allen Jahren gut. Es muss nur ein Teil des Equipments mitgebracht werden, da einiges vor Ort nicht vorhanden ist.

Sponsoring

Projekt Burma

2 Krankenhäuser - in Bagan (Zen-

tralburma) und in Pyapon (Deltabereich) - werden mit Ultraschall, Op Lampen, Pulsoxymeter, Sauerstoffkonzentratoren, Instrumente für Chirurgie, Traumatologie und Gynäkologie ausgestattet.

Meningozelenprojekt

Patienten mit angeborenen Cranio-Meningozelen, scheinen in Burma besonders zahlreich zu sein. 18 Patienten sind wieder auf der Warteliste. Doktorand Paul Heidekrüger, der diese Arbeit von meinem Sohn übernommen hat, wird am Ende unseres Einsatzes im Februar eine Woche mit Dr. Myat Thu, dem Neurochirurgen weitere Meningozelen operieren um für seine Doktorarbeit den nötigen Einblick zu erhalten und die Statistik (mit den bisherigen insgesamt über 140 Operationen) bearbeiten. Wir werden weiter für die Patienten Transportkosten, Unterbringungskosten und Verpflegungskosten übernehmen. Pro Patient belaufen sich die Kosten zwischen 350 und 600 Euro.

Projekt Nepal: Interplastkran-kenhaus

Nachdem das Nepalprojekt unter neuer Führung steht, wurde nach neuen Sponsoren für neues chirurgisches Instrumentarium gesucht. Wir haben uns aufgrund unserer guten Spendenlage bereit erklärt, die Wunschliste zu erfüllen. Über die Firma Robumed, Tuttlingen erhalten wir bis zu 40% Rabatt.

Laos

Dr. Alamuti (s. Bericht Seite ...) führte seinen zweiten Einsatz des Pilotprojektes Laos an der Grenze zu Vietnam durch. Interplast München hat die Kosten für den Einsatz zu übernommen. Leider musste

der Rückflug mit neuen Tickets über Singapur erfolgen, da Bangkok bestreift wurde. Wir hoffen auf Rückvergütung von Thai Airways.

Im Sinne der burmesischen Freunde sagen wir

Annisa, Dokka, Annata

Kids aus dem Delta



Das Leben ist ein Leidensweg, Alles ist vergänglich, Alles was zählt ist das Wort Buddhas.

h. schoeneich - interplast muc

INTERPLAST Mission MYANMAR February 2008

Christian C. Dupuis M.D. from Bruxelles Belgium reports:

As in previous years, at the Mingaladon Hospital in Yangon, the collaboration with the team of Professor Thet Hta Way, Dr Myint Myint Khaing, Dr Tun Tun Aung and Dr Min Zaw Aung, a young surgeon in training, has been excellent.

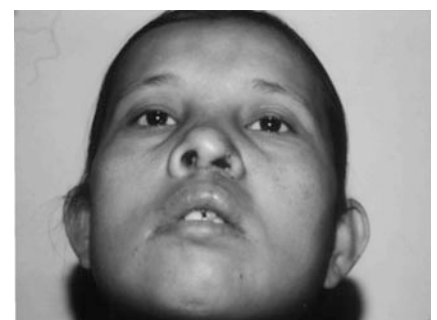
The 15 operations performed ranged from upper lip reconstruction, secondary cleft lip nose revisions, nostril and lateral nose reconstruction, traumatic lid revisions, bone graft to the malar area and the revision of a deviated cosmetic implant to the nose inserted by a foreign surgeon on a weekend visit (we have the same type of problem in Belgium too).

The second part of the stay was spent, in association with maxillo-facial and dental surgeons from Mandalay General Hospital, was spent at the Sitagu Ayudana Hospital in Sagaing.

It is a charity Buddhist Hospital founded by the most Reverend Sayadaw U Nyaneissara, which offers free medical care for the needy.

The program there was devoted exclusively to cleft lip and palate surgery and together, we operated on **26 children and adults**.

On return to Yangon, all patients operated on at the beginning of the stay at Mingaladon Hospital were seen again, as I feel that complex operations must be followed during a sufficient length of time to avoid untoward sequelae and provide a qualified postoperative care which can be continued after the departure of the foreign visiting surgeon.



INTERPLAST – Einsatz in Phnom Penh, Kambodscha 06.12.08 – 23.12.08

Wie schon 2006 und 2004 ist unser Team um Herrn PD. Dr. Niermann nach Kambodscha gereist, um Patienten mit Lippe-Kiefer-Gaumenspalten zu operieren. Die Anreise erfolgt mit Vietnam Airlines, da diese schon regulär 30 kg Gepäck pro Passagier zulässt. Operiert wurde im Kosamak-Hospital, das sich zentral gelegen in Phnom Penh befindet. Unser Team bestand aus zwei Chirurgen, zwei Anästhesisten und zwei OP-Schwestern.

Kambodscha wird immer noch als eines der ärmsten Länder der Welt gelistet. Umso erstaunlicher ist die Entwicklung, die wir in den letzten vier Jahren mit verfolgen konnten. Wohl auf Grund günstiger Kreditkonditionen prägen heute Geländefahrzeuge und Motorräder das Straßenbild der Hauptstadt, wobei der Straßenverkehr anarchische Züge aufweist. Hunderte von NGO's sind in diesem Land vertreten, so dass es kaum verwundert, dass sich neben INTERPLAST-GERMANY e.V. natürlich auch an-

dere operativ tätige Organisationen im Land befinden oder immer wieder dorthin reisen, um Patienten mit o.g. Erkrankung zu operieren. „Operation Smile“ ist nur eine davon, die in den letzten Jahren sehr viele Patienten therapiert haben, so dass die betroffenen Patienten bzw. deren Eltern heute nicht mehr jede Gelegenheit zur operativen Korrektur wahrnehmen, sondern die Operationen eher in ihren Zeitplan einpassen.

Dass sich das Land erst in den letzten 10 Jahren vom Kriegszustand erholt hat – angefangen mit dem Vietnamkrieg über Pol Pot bis hin zur Besetzung durch Vietnam und dem Bürgerkrieg – ist deutlich zu sehen und macht sich eklatant im Gesundheitswesen bemerkbar. Gesundheit wird nicht als ein Gut mit hoher Priorität behandelt und entsprechend sind die Krankenhäuser ausgestattet. Hilfslieferungen sind zwar jederzeit willkommen, doch werden – wie von uns

beobachtet – eine Vielzahl hochmoderner Geräte gespendet, die dann nach kurzer Zeit kaputt sind und für die Ersatzteile nicht erhältlich sind. Beispielhaft seien hier moderne Beatmungsgeräte erwähnt oder auch ein Videoturm für endoskopische abdominale Operationen.

Vor Ort hatten wir Gelegenheit mit Dr. Heng Ly zusammen zu arbeiten, ebenfalls ein Plastischer Chirurg, der am Kosamak-Krankenhaus tätig ist und zudem eine kleine Klinik betreibt. Er wurde insbesondere in Zusammenarbeit mit „Operation Smile“ und schon bei unserem Einsatz 2004 in der operativen Korrektur von LKG's ausgebildet und führt diese Operationen – in einigen Fällen auch unentgeltlich – durch. Durch ihn wurde der Einsatz vor Ort logistisch vorbereitet. Auch die postoperative Betreuung wurde zum großen Teil durch den kambodschanischen Kollegen abgewickelt, da die Kommunikation mit den Patienten doch recht schwierig ist.

Insgesamt konnten 37 Patienten – mehrheitlich mit Gaumenspalten – geholfen werden. Zudem wurden einige Patienten mit Gesichtstumoren operiert. Traditionell wird von unserem Team jeder Mönch operiert, soweit von uns durchführbar. Hierzu eine kleine Anekdote: Nach Resektion einer großen hypertrophen Narbe an der Stirn, konnte sich der Patient kurz nach Narkoseende bewegen und laufen, konnte aber glaubhaft die Augen nicht öffnen. Dr. Heng erklärte uns daraufhin, dass kambodschanische Patienten nach einer Operation Medikamente erwarten. Etwa 20 Sekunden nach Einnahme von 500 mg Paracetamol konnte man eine deutliche Besserung der „Lidhe-





berschwäche“ beobachten, weitere 10 Sekunden später war diese vollständig aufgehoben.

Auf Grund der oben geschilderten Situation der „Übersorgung“ Kambodschas mit Hilfsorganisationen erscheint ein weiterer Einsatz in der Hauptstadt nicht sinnvoll, aber auch in den Provinzen ist „Operation Smile“ stark vertreten, so dass hier der „Konkurrenzdruck“ ebenfalls relativ hoch ist, wenn man in diesem Zusammenhang überhaupt von Konkurrenz sprechen mag.

Teammitglieder:

- PD Dr. med. Werner Niermann
Plastischer Chirurg
- Dr. med. Donald Merckling
Chirurg, Handchirurgie
- Dr. Harald Hofer
Anästhesist, Teamleitung
- Dagmar Hofer
Anästhesistin
- Gaby Swertz
OP-Schwester
- Claudia Franssen
OP-Schwester

Insgesamt:

- Gaumenspalten:
17 (2 Re-Operationen)
- Lippenspalten: 12 (2 Bilaterale)
- Tumorentfernung Kopfbereich: 5
- Entfernung hypertrophe Narben: 2
- Tumorentfernung Gaumen: 1

Harald Hofer, Dinslaken



Interplast – Mission Dien Ban und Rach Gia / Vietnam 16.02. – 02.03 2008

Teilnehmer:

- Dr. Du Nguyen Phu
Chirurgie Karl Olga KH Stuttgart
- Dr. Horst Aschoff
Plastische und Handchirurgie,
Lübeck
- Dr. Peter Schindelhauer
MKG Chirurgie, Berlin
- Frau Claudia Krüger
OP Schwester, Lübeck
- Fr. Dr. Isabelle Huynh-Bui
Anästhesie Klinikum Dortmund
- Fr. Dr. Annegert Schütze
Anästhesie Klinikum Dortmund
- Fr. Dragice Kralj
Anästhesie Klinikum Dortmund

Die diesjährige Interplastmission nach Vietnam führte uns an 2 verschiedene Einsatzorte. Zunächst besuchte das Team das Krankenhaus in Dien Ban, in welchem wir bereits im letzten Jahr gute Arbeitsbedingungen vorgefunden hatten. Die Abläufe vor Ort waren somit bestens eingespielt und es wurden an insgesamt 5 Arbeitstagen 125 Patienten gescreent, von denen 43 operiert wurden. Das Spektrum entsprach dem des letzten Jahres und reichte von der Spalt- über die Tumorchirurgie des Gesichts hin zu allfälligen Verbrennungskontrakturen und Narbenkorrekturen. Besonders erfreulich war die Wiedervorstellung einiger Patienten aus dem letzten Jahr,

von denen wir 2 gleichermaßen geplant erneut operierten. Es handelte sich dabei zum einen um ein ausgedehntes fibromatöses Lymphangiom der gesamten li. Gesichtshälfte, welches beim Ersteintritt mittels einer ausgedehnten Rotations-lappenplastik vom Hals um mehr als die Hälfte verkleinert wurde und welches in diesem Jahr mittels Korrektur nochmals deutlich reduziert werden konnte. Zum zweiten wurde ein flächiger Hautnaevus der li. Gesichtshälfte zunächst mittels Wangenrotation und nunmehr mittels lokaler Excision um mehr als zwei Drittel seiner Fläche verkleinert. Eine tabellarische Übersicht über die vorgenommenen Eingriffe ist dem Bericht beigefügt.

Der Einladung eines privaten Krankenhausträgers folgend, begaben wir uns für die 2. Hälfte der Mission nach Rach Gia, ganz im Süden Vietnams. Hier fanden wir ein nagelneues, nach westlichem Standard eingerichtetes 300 Betten Haus vor, welches am 1.4.08 in Betrieb gehen soll. Offensichtlich war es Intention des Krankenhausträgers, Interplast als Aushängeschild für die eigene Barmherzigkeit zu benutzen. Dagegen gab es letztendlich nichts einzuwenden, sowohl Unterbringung als auch Transporte vor Ort wurden kostenfrei zur Ver-

fügung gestellt, operiert wurde dann im benachbarten, volkseigenen 2000 Betten Krankenhaus, dieses mit großer und überaus kompetenter Unterstützung des dortigen Personals an 3 Tischen gleichzeitig. Es wurden insgesamt 36 Patienten operiert, davon 14 Patienten mit LKG-Spalten mit der Erfordernis einer z. T. sehr subtilen und damit zeitraubenden Präparation. Gleichermaßen zeitraubend stellte sich die Versorgung von 4 Patienten mit ausgedehnten Kontrakturen nach schweren Verbrennungen dar. Erfreulicherweise konnten diese komplexen Eingriffe ohne gravierende, nachfolgende Probleme zu einem guten Ende gebracht werden.

Die Zusammenarbeit mit den Kollegen vor Ort war auch in diesem Jahr ausgezeichnet, sowohl mit dem Krankenhaus in Dien Ban als auch in Rach Gia wurden neuerliche Einsätze für 2009 antizipiert. Beide Einsatzorte sind aus meiner Sicht gemäß Interplastmaßstäben nach wie vor ausgesprochen lohnenswerte Ziele und so lang sich die Schere zwischen arm und reich auch in Vietnam immer weiter öffnet, wird sich daran wohl auch nur wenig ändern.

Horst Aschoff, Lübeck



Interplast – Mission Rach Gia / Vietnam 15. 11. – 30. 11. 2008

Teilnehmer:

- Dr. Du Nguyen Phu
Chirurgie Karl Olga KH Stuttgart
- Frau Magdalene Janitzki
OP Schwester, Bremen
- Dr. Kay Lipka
Anästhesie, Lübeck
- Dr. Peter Schindelhauer
MKG Chirurgie, Berlin
- Dr. Horst Aschoff, Plastische
und Handchirurgie, Lübeck

Unsere 2. Reise nach Rach Gia in diesem Jahr war gekennzeichnet durch eine aus meiner Sicht ausgesprochen hohe Effektivität. Sowohl die Patientenvorauswahl als auch das Screening wurden seitens unseres Partners vor Ort der „Kien Giang Sponsoring Association for Poor Patients“ vorbildlich vorbereitet, so dass schon am 1. Tag mit der Arbeit im OP begonnen werden konnte. Operiert wurde erneut im uns schon bestens bekannten, volkseigenen 1000 Betten Krankenhaus von Rach Gia. Insgesamt konnte an 3 Tischen in einem Saal gleichzeitig gearbeitet werden, dieses mit tatkräftiger Unterstützung der vietnamesischen Kollegen, die sich wiederum überaus kollegial und interessiert zeigten.

Es wurden insgesamt 65 Patienten operiert, davon 31 Patienten mit LKG-Spalten mit der Erfordernis einer z. T. sehr subtilen und damit zeitraubenden Präparation. Peter Schindelhauer hat sich hierbei sicher eine hohe Reputation bei den vietnamesischen Kollegen der dortigen MKG Abteilung erarbeiten können. Gleichermaßen aufwendig und zeitraubend stellte sich die Versorgung von 15 Patienten mit ausgedehnten Kontraktoren nach schweren Verbrennungen dar, sowie die letztlich palliative operative Behandlungen von 3 Patienten mit

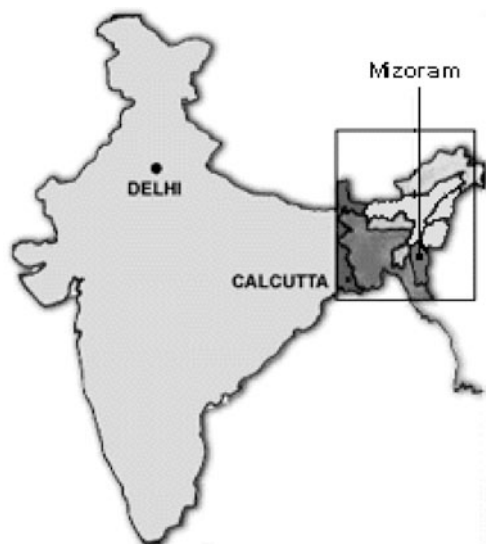
weit fortgeschrittenen Weichteiltumoren im Gesicht bzw. einem maligne entarteten Parotistumor. Am 3. Tisch wurden überwiegend Strumen, Cholecyctomien, Hydrozelen u.ä. vom Kollegen Du Phu in bewährter Weise versorgt. Erfreulicherweise konnten alle komplexen Eingriffe ohne gravierende, nachfolgende Probleme zu einem guten Ende gebracht werden, es wurde lediglich eine operative Revision wg. einer rasch zu beherrschenden Nachblutung erforderlich.

Bei insgesamt 68 durchgeführten Operationen und Gesamtkosten von ca. 8000,- Euro für die Mission ergibt sich ein pro Kopf Aufwand pro Patient von knapp 120,- Euro, ein aus unserer Sicht sicher akzeptables Kosten/Nutzen Verhältnis. In Anbetracht der nach Interplastmaßstäben sehr günstigen Bedingungen in Rach Gia streben wir deshalb auch für 2009 einen erneuten Einsatz ebendort an, Einladungen hierzu liegen uns sowohl seitens der offiziellen Vertreterin des Volkskomitees, seitens des für uns Gold wertigen Hilfskomitees vor Ort bereits vor. Vor allem aber wurde uns im Rahmen einer kleinen gemeinsamen Fortbildungsveranstaltung über unsere Arbeit hier in Deutschland von den vietnamesischen Kollegen ihr großes Interesse an einer weiteren Zusammenarbeit eindringlich bekundet, wir werden erneut berichten.

Horst Aschoff, Lübeck.



Versuch eines INTERPLAST-Einsatzes in Mizoram / Indien



Lieber Herr Borsche,

ich schicke Ihnen hier einen sicher sehr ungewöhnlichen Einsatzbericht. Ursprünglich sollte der Einsatz vom 7.2. bis 25.2. dauern. Nun sind wir nach gut einer Woche schon wieder zu Hause. Nach einer Woche Aufenthalt im Domestic Airport Kalkutta und ohne wirklich sichere Ausssicht, nach Mizoram zu kommen, habe ich kurzerhand die Rückreise angetreten, sehr im Einverständnis mit meinen Mitreisenden. Am ersten Tag wurde unser Flug wegen "schlechter Sicht" gestrichen, nachdem wir schon einen halben Tag im Abflugraum gewartet hatten. So bekamen wir unsere Tickets und unser eingeechecktes Gepäck zurück und konnten uns ein Hotel in Kalkutta suchen. Am nächsten Tag saßen wir wieder in der Abflughalle. Nach einigem Hin und Her mit immer neuen Verschiebungen der Abflugzeit durften wir dann endlich den Bus besteigen, der uns zum Flieger bringen sollte, um nach fünf Minuten wieder auszusteigen. Doch dann durften wir endlich in den Flieger,

der auch wirklich startete, allerdings nicht nach Aizawl sondern nach Imphal. Dort stiegen alle aus, die nach Imphal wollten, und wir starteten wieder, doch nicht nach Aizawl, wie wir dachten, sondern nach Kalkutta, wegen "schlechter Sicht" in Aizawl. Wieder bekamen wir Tickets und Gepäck zurück und durften uns ein Hotel in Kalkutta suchen. Eine Unterbringung durch Indian Airline wurde uns verweigert, wie auch allen andern, wir seien schließlich geflogen! Am nächsten Tag das gleiche Spiel, wieder Verschiebung der Abflugzeiten bis endlich Absage des Fluges am Nachmittag. Also wieder Hotel, neuer Versuch am nächsten Morgen. Jetzt waren die Schalter der Indian Airline schon umlagert von einer riesigen Menge Menschen, fast ausschließlich Mizo, die alle nach Aizawl wollten. Zwei Amerikaner hatten schon am Vortag aufgegeben und waren zurück geflogen, dazugekommen waren ein paar Australier, die auch ans Aufgeben dachten. Nun mussten wir uns am Schalter der Warteliste anstellen, immerhin Passagiere von drei ausgefallenen Flügen. Die Indian

Airline machte nicht die geringsten Anstalten, zusätzliche Flieger einzusetzen, um der Menge Passagiere Herr zu werden. DAs war auch gar nicht nötig, denn auch der reguläre Flieger wurde wieder am Nachmittag abgesagt. Wieder konnte jeder sehen, wie und wo er unterkommen würde für die Nacht. Die meisten Mizo haben wohl im Flughafen übernachtet, die Halle war schon morgens um sieben völlig überfüllt, was aber die Offiziellen der Airline nicht störte. Auf Anfragen und Beschwerden hatten sie nur beleidigende Antworten. Doch wieder ging kein Flieger nach Aizawl. Dadurch wurden die Passagiere natürlich nicht weniger. Nach fünf Tagen Absagen startete dann endlich eine Maschine nach Aizawl, allerdings durften nur die Passagiere an Bord, die ein Ticket für diesen Tag hatten, alle anderen, darunter auch wir, mussten weiter warten, durften nicht mal einchecken und es gab auch keine Anzeichen für Ersatzflieger. Doch gegen Mittag ein Lichtblick, wir wurden auf einen Flieger nach Kuwahati (im Norden von Assam) umgebucht mit Anschluss dort nach Aizawl. Wir stiegen mit unguuten Gefühlen ein, denn wenn das gleiche Spiel dort gespielt würde, wie sollten wir jemals wieder von dort weiter kommen. Na gut, wirklich gab es dort einen Flieger nach Aizawl, der zwar nicht um drei Uhr startete wie vorgesehen, doch nicht wesentlich später durften wir an Bord. Die Stewardessen gaben sich bei der Berzeugung der Passagiere keinerlei Mühe und nach einer viertel Stunde mussten wir auch wieder das Flugzeug verlassen. Es sei zu spät, um noch nach Aizawl zu fliegen, dieser Flieger dürfte nach Sonnenuntergang nicht mehr landen (um halb vier für einen einstündigen



Flug nach Aizawl) Aber wahrscheinlich geht dort die Sonne schon um vier Uhr unter! Jetzt standen wir also wie befürchtet in Kuwahati, ohne dass uns jemand sagen konnte oder wollte, wie es weiter gehen sollte. Mittlerweile waren auch meine Mitreisenden nicht mehr gewillt, das Spiel weiter mitzumachen. Nach einem Anruf bei unseren Gastgebern, die auch nicht mehr wussten, wie sie das Ganze noch organisieren sollten, haben wir uns dann entschlossen, einen Weg nach Hause zu finden. Nach großen Schwierigkeiten, unseren Flug von Kalkutta nach Frankfurt umzubuchen, konnten wir wenigstens noch am späten Abend zurück nach Kalkutta fliegen. Im Hotel dort trafen wir einige Mizo, die uns erzählten wie es ihnen ergangen war. Man hatte sie ja die Maschine besteigen lassen,

aber dann standen sie zwei Stunden auf dem Rollfeld, ohne Betreuung durch das Personal, dann sollten sie wieder aussteigen. Nun kam es zum ersten Mal zu einem Protest der Passagiere. Sie weigerten sich, das Flugzeug zu verlassen. Ein Minister der Regionalregierung mit einem Offiziellen der Airline kam und versprach, allen eine Unterbringung in Kalkutta zu garantieren, doch kein Versprechen ob und wann es nach Aizawl gehen sollte und wie man die Passagiere von jetzt einer Woche nach Aizawl bringen wollte. Alle waren bestürzt, dass es auch und nicht gelungen war, dorthin zu gelangen. Ein älterer Herr war der Meinung, dass es weder an der "schlechten Sicht" noch an irgentwelchen technischen Problemen läge, sondern schlicht am mangelnden Willen der Airline oder der Piloten, was

nur unseren Eindruck betätigte, denn in der Maschine in Kuwahati hatte sich überhaupt kein Pilot befunden, man wusste also schon, dass der Flug ausfallen würde, bevor man die Passagiere an Bord ließ.

Wenigstens verlief der Rückflug nach Frankfurt ohne Probleme.

Und so sind wir also wieder zu Hause, ohne überhaupt Mizoram gesehen zu haben. Und nun werde ich mit unseren Gastgebern dort überlegen, wie wir einen anderen Einsatz irgendwann in diesem Jahr durchführen können.

Soweit also Mizoram.

Ihr Ortwin Joch, Sektion Frankfurt





Einsatz im tibetisches Flüchtlingslager in Sikkim! Interplast-Sektion Frankfurt

Erneut darf ich mich über die großartige Mithilfe unseres gemeinsamen Projektes in einem tibetischen Flüchtlingslager im Königreich Sikkim bei allen Beteiligten bedanken!

Das Königreich Sikkim liegt im Süden an dem nördlichsten Teil des indischen Bundesstaates Westbengalen im Himalaya zu den Nachbarländern Nepal, China und Bhutan!

Der dritthöchste Berg der Erde, der Kangchendzönga (8.586m) liegt an der Grenze zwischen Sikkim und Nepal!

Drei Jahre lang wurde ich von den buddhistischen Mönchen gebeten, dort als Arzt (nicht nur als Augenarzt) tätig zu werden, so dass wir vom 19.09.08 bis 5.10.08 diesem Wunsch entgegenkamen.

Wir bedeutet ein Zweimannteam, Sangye Tenzin, ein buddhistischer Mönch und ich.

Dieses Mal mussten wir nicht so sehr gegen Schnee und Sturm ankämpfen, sondern wurden von den indischen Behörden, insbesondere der unglaublich korrupten Polizei zermürbt!

Jedem kleinen Grenzübergang, oder Kontrollen irgendwelcher



Behörden (Polizei, Flughafen, Militär) folgte ein stundenlanges feilschen für die Weiterreise, was wir irgendwann mit der Feststellung über das heiße Wetter und der darauffolgenden Spende kalter Getränke (auch bei Schneefall) erheblich abkürzten!

Wie immer bleiben viele Eindrücke einem sehr nachhaltig in Erinnerung!

Die unglaubliche Armut verbunden mit den harten Lebensumständen, aber auch die heitere Gelassenheit alles Leid gelassen ohne zu jammern hinzunehmen!

Das Schlimmste für mich war aber mitzuerleben, wie die Flüchtlinge als Menschen zweiter Klasse behandelt werden!

Der medizinische Einsatz war für alle Beteiligten ein großer Erfolg!

Wir haben ca. **1400 Menschen** an-

geschaut, **960 Patienten** wurden registriert, bekamen ein Krankenblatt und wurden behandelt!

Aufgrund der unglaublich großzügigen Spende der bayr. Apothekervereinigung organisiert über die beiden Apotheker Hr. Reichert und seinen Geschäftsführer Hr. Dr. Gensthaler konnten wir von den Medikamenten wirklich aus dem Vollen schöpfen!

Nach den ersten Tagen waren so ziemlich all unsere Brillen verbraucht, so dass wir viele Patienten leider verträsten mussten!

Es ist aber nicht nur die direkte Hilfe mit Medikamenten oder Brillen, die den Menschen weiterhilft, sondern auch das Aufklären und die Anteilnahme ihrer Probleme!

Leider konnten wir keine Operationen durchführen, da es sehr oft und über einen längeren Zeitraum immer wieder zu Stromausfällen gekommen ist!

Von den **960 behandelten Patienten** hatten die meisten schwere Augeninfektionen!

- Ein Patient mit Netzhautablösung keine Behandlungschance, wird blind bleiben!
- Ein Patientin mit v.a. Gehirntumor, muss versuchen in die Hauptstadt Gangtok zu kommen,





dort aber eher keine Behandlungschancen!

- Einige Glaukumpatienten , leider auf Dauer auch keine Behandlungschancen, schlechte Prognose!
- 600 Brillen angepasst, alle glücklich , wieder etwas zu sehen, die meisten wissen ja nicht, dass man ihre Probleme mit einer einfachen Brille beheben kann!

Ich denke wir alle zusammen haben mit unserer kleinen Hilfe dazu beigetragen , ein paar Menschen etwas glücklicher zu machen!!

Unser Hausprojekt vom letzten Einsatz läuft auf vollen Touren , im Januar kommen einige Mönche aus den Bergen nach Kathmandu

und werden uns Bilder über die Fortschritte zukommen lassen.

Zwei neue Ideen und Projekte wurden bei diesem Einsatz geboren:

- Leider konnte ich auch die große Enttäuschung miterleben, wenn versprochene Projekte nicht eingehalten werden, ein österreichischer Architekt hat den Flüchtlingen eine Schule mit Wohnmöglichkeiten zum Unterrichten versprochen, seine Heiligkeit der Dalai Lama hat 10.000 Euro dazu beigetragen, der Bau wurde begonnen, aber ohne Angaben und Gründe des Initiators aus Österreich abgesagt, so dass die Bodenplatten vorhanden sind, aber nach wie vor kein Unterricht stattfinden kann.



Vielleicht schaffen wir zusammen ca. 40.000 Euro aufzubringen, um die Räumlichkeiten fertigzustellen, es wäre somit eine Schule mit Mönchen , die traditionell als Lehrer arbeiten, geschaffen!

Detlev Gück, Deggendorf



Arm, ärmer Lalitpur

Es war ein Erlebnis der besonderen Art mit dem Nachtzug von Delhi nach Lalitpur zu fahren. Das Team hatte in zwei Wagons reservierte Liegewagenplätze. Es war nicht leicht, die 19 Gepäckstücke zu verladen und anschließend zu verstauen. Der Zug sollte um 7 Uhr Lalitpur erreichen, Kisten und Kartons wurden deshalb um 6.30 Uhr an der Ausgangstür aufgestapelt. Aber der Zug hatte eine Stunde Verspätung. Eine Tatsache, die auch in Deutschland nicht unbekannt ist.

Lalitpur ist für indische Verhältnisse ein „Dorf“ mit 100.000 Bewohnern. Die Bevölkerung in diesem ländlichen Raum ohne Industrie war bitterarm aber – soweit wir das feststellen konnten - sie war zufrieden, da sie nichts anderes kannte. Das Krankenhaus war einfach und wurde fachübergreifend von einer Augenärztin versorgt. Anders unsere Unterkunft, eine Aufforderung die Augen zu schließen, um nichts zu sehen. Hier mussten schon zur Kolonialzeit Menschen ihr Dasein gefristet haben. Drei aus dem Team waren zum ersten Mal bei einem Interplast-Einsatz dabei. Für sie war es eine Überwindung in die Räumlichkeiten zwei Wochen leben – nein hausen – zu müssen.

Da wir alles mitgenommen hatten, war das Operieren kein Problem, wenn auch das Licht aus einer einfachen Stehlampe kam. Am letzten Tag unserer Arbeit hatten wir zwei Torten bestellt, schön bunt und wie sich später herausstellte auch noch schön süß. Eine Torte war für die Station vorgesehen, eine für die großen und kleinen Patienten und deren Angehörige. Einige Kinder hatten so etwas noch nicht gesehen und wussten anfangs nichts damit aufzufangen. Doch die Tor-



tenstücke wurden schnell kleiner und die Augen immer größer, so etwas kannten sie noch nicht und die Torte schmeckte so schön süß.

Ein gutes Team ist die Voraussetzung, um in den beschriebenen Situationen noch sehr gute Arbeit zu leisten. Deshalb möchte ich mich sehr herzlich bei den Team-Mitgliedern bedanken, die da waren:

Dr. Walter Heindl
Karin Sutter
Simone Möhrle
Dr. Andreas Müller
Dr. Frederick Hernekamp

Der „alte Hase“ Toennissen.



Interplast Camps in Katra bei Mandla / Indien vom 14.-27. Januar 2008.



Das Team in Bophal

Team:

- Dr. Albrecht Krause-Bergmann, Plastischer Chirurg, Teamleiter, Münster
- Frau Henrike Magnanimo, Hebamme und OP Schwester,

Hamburg

- Dr. Dr. Thomas Teltzrow, MKG-Chirurg, Münster
- Dr. Sixtus Allert, Plastischer Chirurg, Hameln

Das Team reiste getrennt von Münster und Hannover über Delhi nach Jabalpur. Dr. Allert und Dr. Teltzrow sowie Frau Magnanimo trafen sich in Hannover. Dort wurde das chirurgische Instrumentar, welches vom Kreiskrankenhaus Hameln leihweise zur Verfügung gestellt worden war und Medikamente, deren Ankauf von pro INTERPLAST Seligenstadt ermöglicht wurde ebenso wie das umfangreiche Nahtmaterial, sowie Hämostyptica, jeweils dankenswerterweise gestiftet von der Firma Ethicon in Norderstedt auf das Gepäck verteilt.

Dr. Krause-Bergmann war bereits zu einer Kongressreise nach Mumbai unterwegs. Die Kosten für den Flug und das dabei angefallene Übergepäck wurde von der Fa. Karl Storz übernommen.

Von Delhi erfolgte die Weiterreise per Flug nach Jabalpur. Ein Fahrzeug des Katra Hospital holte uns ab und brachte uns in das Krankenhaus.

In der Zeit vom 16. bis zum 26. Januar konnten wir 49 meist jugendliche Patienten mit Spaltbildungen und Verbrennungskontrakturen operieren. Der Aufenthalt wurde durch die angenehme und umsichtige Gastfreundschaft des Krankenhausdirektors Father Abraham wesentlich erleichtert. Die Arbeitsbedingungen waren sehr gut, insbesondere das Engagement und die Einsatzbereitschaft der Mannschaft vor Ort waren enorm.

Seitens des Krankenhauses war für die Zeit des Camps in Katra wieder eigens ein Anästhesist aus Jabalpur engagiert worden. Die Kosten für Verbrauchsgüter, wie Narkosegas und das Honorar des Anästhesisten konnten durch pro INTERPLAST Seligenstadt getragen werden.

Neben neuen Patienten wurden auch wieder Patienten, die im Rahmen von vorausgegangenen Interplast-Einsätzen bereits operiert worden waren, neuerlich behandelt. Hierbei handelte es sich um geplante Operationsschritte im Zusammenhang mit komplexeren Rekonstruktionen z.B. nach gelenkübergreifenden Verbrennungsverletzungen und komplexen Spaltbildungen.

Leider reichte die Zeit nicht aus, um alle Patienten behandeln zu können, die sich vorstellten. So mussten einige Patienten auf das nächste Jahr vertröstet werden. Auffallend war eine zunehmende Zahl von Tumorbildungen im Gesicht. Es zeigte sich, wie sinnvoll die Ergänzung des Teams um einen erfahrenen MKG-Chirurgen ist.

Als Fazit dieses Einsatzes ist zu erwähnen, dass zukünftige Camps weiterhin mit kombinierten Teams aus MKG Chirurgen und Plastischen Chirurgen reisen sollten. Da die Anzahl von bedürftigen Patienten im ländlichen Einzugsgebiet des Katra Hospital auch in Zukunft groß sein wird, wollen wir unsere Tätigkeit hier kontinuierlich fortsetzen. Ein weiterer Grund für unser Engagement liegt in der guten Infrastruktur der Diözese mit einer großen Zahl von Dispenseries, in denen die heimatnahe Nachsorge unserer Patienten sicher erfolgen kann. Nach Gesprächen mit dem sehr hilfsbereiten Bischof Gerald Almeida ist zu erwarten, dass für zukünftige Camps die Zahl der zu behandelnden Patienten steigen wird. Nach internen personellen Neustrukturierungen innerhalb des Krankenhauses konnten im letzten und in diesem Jahr wertvolle Erkenntnisse gewonnen werden, wie die Patienten rekrutiert werden sollten. Das Schwergewicht der Arbeit unserer Gruppe wird sich auf die kontinuierliche Versorgung des Krankenhauses in Katra mit plastisch-chirurgischen Leistungen konzentrieren. Neben der Behandlung von Patienten kommt dabei auch der Ausbildung von Mitarbeitern im ärztlichen und pflegerischen Bereich eine große Bedeutung zu.

Allen Beteiligten, Frau Huck von pro-INTERPLAST Seligenstadt, Sponsoren und Spendern, der Deutschen Lufthansa, die die Kosten für das anfallende Übergepack auf dem Hinflug getragen hat aber auch den Kolleginnen und Kollegen, die zu Hause unsere Arbeit fortführten gilt unser ausdrücklicher Dank.

*Albrecht Krause-Bergmann,
Münster*



Planung ist alles...



Einsatzbericht Jyothi Hospital, Balasore, Orissa, India 08.02. – 23.02.2008



Erstmalig fuhr ein Interplast Team nach Balasore ins Jyothi Hospital im Norden von Orissa, ca. 200 km südöstlich von Colkata.

Das Team war aus „alten“ Häsinen und Hasen zusammengestellt, die aus unterschiedlichen Sektionen recht kurzfristig zusammengewürfelt wurden.

Es fuhren mit: Katharina Weiland und Anne Siegfried als OP Schwestern, Jasmin Neumann als Chirurgin, Tom Moses als Anästhesiepfleger, Ernst Eichel als Anästhesist, Mohsen Dabir Zadeh als MK-Gler und last not least – erstmalig als Teamleiter - Jens Peter Sieber, als Plastischer Chirurg. Unterstützt wurde das Team, sowohl in der Vorbereitung, als auch vor Ort, noch von dem Chirurgen Rüdiger Finger, der einige Tage vor uns anreiste und nach unserer Abreise auch noch die akute Nachsorge sicherstellte. Dafür und für die vielen kleinen und großen Hinweise, Rat schläge und interessanten Einsatz- und Erfahrungsberichte sei ihm an dieser Stelle schon ganz herzlich gedankt!

Die Anreise gestaltete sich problemlos, so dass wir in Colkata von Father Paul, dem Klinikleiter, und zwei Schwestern der Mission of Charity (Mutter Theresa in Empfang genommen werden konnten. Mit deren und Gottes Hilfe reduzierten sich die Zollformalitäten auf ein freundliches Lächeln und das energische Durchschreiten der Sperrgitter. Daraufhin warteten wir sechs lange Stunden, im für indische Verhältnisse recht leeren nächtlichen Flughafen, auf unseren Anschlussflug. Nachdem auch dieser überstanden war, gefolgt von einer mehrstündigen Autofahrt, die dem Indienneuling trotz langjähriger Notarzterfahrung die wenigen Haare in den Adern zu Eis gerinnen liess, erreichten wir das Jyothi Hospital und durften uns, nach Inspektion der Örtlichkeiten, beim Lunch, der einen Vorgeschmack auf das richtig gute Essen in der Unterkunft lieferte, erstmal von der fast 2 tägigen Anreise erholen.

Bei der Sichtung der „vorsortierten“ Patienten stellte sich heraus, dass wider Erwarten nur relativ wenige LKG Spalten Patienten erschienen waren und der Schwer-

punkt somit auf der Versorgung von Verbrennungen lag.

Uns standen oft zwei, immer aber mindestens ein OP zur Verfügung, denn das normale Programm, durch die engagierte allgemein chirurgische Mitarbeit von Rüdiger Finger kräftig aufgestockt, musste auch noch, bis teils in den späten Abend hinein, von den Kollegen vor Ort abgearbeitet werden. Die Ausstattung der OPs war den Verhältnissen entsprechend gut und auch für die Anästhesie gab es neben einem neuen Basismonitoring zumindest einen funktionierenden automatischen Ventilator älteren Datums in dem einen, und ein Kreisteil im zweiten OP.

Die Versorgung mit noch benötigten Medikamenten und Materialien war anfänglich aufgrund von Kommunikationsschwierigkeiten weniger zufrieden stellend, wurde aber nach genauer Ursachenanalyse zu aller Zufriedenheit sichergestellt. Letztlich waren fast alle Medikamente und Materialien, mit Ausnahme von Opiaten und kleinen K-Drähten vor Ort aus inländischer Produktion erhältlich.

Insgesamt wurden 56 Eingriffe, meist in Vollnarkose, durchgeführt.





Das Spektrum reichte von kompletten LKG Verschlüssen über ausgedehnte Mobilisierung großer Verbrennungskontraktoren, bis hin zu Tumoren.

Die Zusammenarbeit mit den Schwestern und Pflegern des Krankenhauses war toll. Stets war ein Paar wissbegieriger Augen und hilfsbereiter Hände mit von der Partie, wenn irgendwo eine Arbeit anstand oder auch nicht.

Die Stimmung im Team war erstaunlich entspannt, dafür, dass sich die meisten vorher nicht kannten und die allseitige Bereitschaft einen Folgeeinsatz in dieser Zusammensetzung zu gestalten spricht wohl auch für sich.

Den freien Sonntag nutzten wir für einen Ausflug in die nähere Umgebung zu einem Tempel und für die Inspektion eines großartigen Sandstrandes bei Ebbe (die Andeutung von Wasser konnte in kilometerweiter Entfernung wahrgenommen werden und an baden war nicht zu denken) und zum Abschluss des Tages kamen wir noch in den Genuss einer Gesangs- und Tanzdarbietung des Jugendpro-



jekts einer Nachbargemeinde, speziell für uns aufgeführt.

In die Heimreise integriert war, durch die geschickte Nutzung eines Nachtzuges, noch die Besichtigung von Puri und Umgebung (Tempel mit erotischen Skulptu-

ren). Anschließend war nur noch am Flughafen der nervtötende Stress mit der Lufthansa und dem Übergepäck zu bewältigen (leider mussten wir nach anfänglich geforderten 3000 Euro am Ende noch 750 Euro draufzahlen), wonach wir sicher und gesund wieder in Deutschland landeten.





Wir möchten noch der Firma Inverness Medical für die großzügige Spende von Malaria- und HIV-Schnelltests danken.

Sie ist erst 18 Jahre alt und hat ein bildhübsches Gesicht. Doch als sie ihren Sari ablegt sieht man ausge dehnte Verbrennungswunden an Hals, Brustkorb und beiden Schul tern. Ihr besorgter Vater begleitet sie. Ihr Ehemann ist nicht dabei. Er hat sie vor 4 Monaten angezündet. „Wir konnten ihr diesmal nicht hel fen, denn die Verbrennungsnarben sind zu frisch und das Risiko in die sem Stadium zu operieren ist zu hoch“, erklärt Dr. Jens-Peter Sie ber. „Sie muss leider warten bis wir nächstes Jahr wiederkom men.“

Ein besonderes Schicksal unter vielen, mit denen das 7-köpfige Interplast-Team bei seinem Einsatz in Balasore konfrontiert wurde.

Die Tage waren lang und anstren gend doch da waren auch viele glückliche Momente. Das Lächeln eines Kindes nach der Operation, die dankbaren Gesichter der Müt ter und Väter bei den morgend und abendlichen Visiten auf den

Stationen und die grenzenlose Unter stützung der indischen Krank enhaus-Mitarbeiter. „Es gibt so viele Bedürftige und oft hatte ich das Gefühl, dass wir die Ärmsten der Armen noch gar nicht recht er reicht haben“, sagt Dr. Yasmin Neumann. Die Hilfe soll nächstes Jahr fortgesetzt werden. Denn da wartet auch noch die junge Frau, mit dem bildhübschen Gesicht und den schlimmen Verbrennungen. Wie viele andere auch.

Ernesto Eichel, Schopfheim und Jens-Peter Sieber, Bad Kreuznach





Einsatz in Kunnamkulam, Kerala, Südindien vom 14.02.2008 bis 01.03.2008

Das Team:

- Nuri Alamuti
Plastischer Chirurg, Teamleiter
(Wiesbaden)
- Mohsen Nasimzadeh,
Plastischer und Handchirurg
(Nümbrecht)
- Ruth Alamuti-Ahlers, Plastische
Chirurgin
- Dirk Dunkelberg, Anästhesist
(Karlsruhe)
- Gerhard Klug, Anästhesiepfleger
(Karlsruhe)
- Andrea Hanfler,
Anästhesieschwester
(Wiesbaden)
- Annett Backes, OP-Schwester
(Wiesbaden)
- Andreas Kerner, Stationspfleger,
Wundmanagement (Bingen)
- Faranus Lalee Nasimzadeh ,OP-
Schwester (Nümbrecht)

Eigentlich sollte dieser Einsatz für uns ein „homerun“ werden, denn schließlich war es bereits der 7. Einsatz, den unser Freund und Kollege Dr. Jacob Roy mit seiner Hilfsorganisation THFI (Tropical Health Foundation of India) in Kooperation mit Interplast organisiert hat. Und es war der 3. Einsatz in Kunnamkulam, dem Standort von THFI. Alles bestens und routiniert vorbereitet, sogar Patienten aus vergangenen Einsätzen waren kontaktiert worden, um die Operationsspäteregebnisse noch mal vorzustellen. Dennoch kam es zunächst ein bisschen anders:

Unser Hinflug über Colombo hatte ca. 4 Stunden Verspätung, so dass „unser Mann“ am Zoll in Cochin, der mit sämtlichen Pack- und Namenslisten im voraus ausgestattet und informiert worden war, bereits Dienstschluss hatte. Damit fingen die Probleme an: sein Kollege, der bei unserer verspäteten Ankunft



für die Zollkontrolle zuständig war, war nicht oder nicht ausreichend informiert. So landete unsere komplette Ausrüstung blitzschnell im customs-department und niemand sah sich in der Lage, irgendwie Einfluß zu nehmen. Man schickte uns zum Einsatzort, wir sollten schon mal mit dem screening beginnen, und einen Kontaktmann musste dort bleiben um die Instrumente und Geräte zu erklären. Dirk und Gerhard nahmen ihr Schicksal anfangs recht gelassen. Am späten Abend kamen sie ohne Ausrüstung und ohne eine Idee wie es weitergeht zurück. Wir konnten also, trotz größter Motivation und Tatenrang nicht mit unserer Arbeit beginnen!!

Am nächsten morgen fuhr unser „Zollteam“ wieder nach Cochin, um erneut stundenlang zu warten und den Zollbeamten sämtliche Dinge aus den Kisten herauszuwählen und deren Verwendung zu erklären. Der Rest des Teams absolvierte einen kleinen Teil des sightseeing-Programms, das eigentlich für nach dem Einsatz gedacht war...

Erst am Mittag des 3. Tages bekamen wir nach Hinterlegung einer Kautions endlich unser Material vollständig wieder und konnten end-



lich beginnen. Diesmal war der Einsatz nicht, wie die letzten Male, im Privatkrankenhaus sondern im Government Hospital (Malankara Hospital). Das merkte man in vielerlei Hinsicht: die Schwestern und Pfleger waren zwar extrem engagiert und bereit, uns während des kompletten Einsatzes zu unterstützen. Die Logistik jedoch war wesentlich komplizierter, weil unsere Betten auf verschiedenen Stationen verteilt waren. Außerdem war unser OP-Saal immer erst verfügbar, wenn der Allgemeinchirurg mit seinem Programm fertig war, d.h. manchmal erst gegen 11. Dann



konnten wir aber einen zweiten Tisch hereinschieben und parallel arbeiten. Es gab einige komplexe Handfehlbildungen und wie üblich zahlreiche Verbrennungskontrakturen. Auffällig war allerdings, dass wir nur eine oder zwei primäre Spaltbildungen im Gesicht zu sehen bekamen, statt dessen hervorragend versorgt durch die einheimischen Ärzte. Das spricht für die in den letzten Jahren deutlich verbesserte Versorgung auf diesem Gebiet, denn noch vor 5 Jahren stellte sich die Situation ganz anders dar.

Vielleicht ist dieser „Fortschritt“ auch der Grund, dass diesmal keine einheimischen Kollegen mitwirken wollten.

Insgesamt operierten wir an den verbleibenden 7 Op-Tagen ca. 87 Patienten. Sehr angenehm und in der heutigen Zeit ja durchaus nicht selbstverständlich war die Tatsache, dass wir weder für die OP-Nutzung noch für andere Nutzung der Krankenhausressourcen zur Kasse gebeten wurden.

Außerdem gab es für alle noch ein besonderes highlight in der zweiten Einsatzwoche: Das Elefanten-

festival in Trissur! Eins der größten Volksfeste in Indien. Was das zahlenmäßig bedeutet, kann man vielleicht erahnen, wenn man sich ungefähr 1 Millionen Inder und 100 Elefanten mitten in einem kleinen Ortskern vorstellt. Das war für jeden von uns ein kleiner oder größerer Kampf gegen die Klaustrophobie, der aber mit einmaligen Bildern belohnt wurde.

Insgesamt trotz der Zolsschwierigkeiten ein sinnvoller und gut vorbereiteter Einsatz in altbewährter Kooperation mit THFI, der uns außerdem eine wunderbare neue Be-

kanntschaft mit Manaswi, einem Deutschen mit Wahlheimat in Kerala, gebracht hat. Manaswi war mit seinem Engagement für unseren Einsatz, für THFI und mit seinem außergewöhnlichen Lebenskonzept ebenfalls eine echte Bereicherung!

Herzlichen Dank auch an Dr. Jacob Roy für sein immerwährendes Engagement! Auf eine noch lange währende und weiterhin so gute Zusammenarbeit!

Ruth Alamuti-Ahlers, Wiesbaden





Interplasteinsatz Sendhwa / Indien Oktober / November 2008

Nach fünf Einsätzen in der Republik Niger zur Behandlung von Nomafolgen war unsere Regensburger Gruppe (Thomas Kühnel, Holger Gassner, Chir., Barbara Grillhösl, Barbara Dünzl, Anä., Wilhelm Palzer, Susanne Luger OP-Pflege, Anja März Anä-Pflege) bereit für ein neues Projekt. Über das Team um Jens Henricke hatten wir von zwei sehr erfolgreichen Interplasteinsätzen in der Diözese Kandhwa, in Madhya Pradesh, einem der ärmsten indischen Bundesstaaten gehört. Es waren weitere Einsätze geplant aber bislang nicht möglich. So ergriffen wir gerne die Gelegenheit, Kontakt mit Bischof Leo Cornelio aufzunehmen und wurden auch gleich eingeladen. Die Einsatzplanung zog sich dann ein wenig in die Länge, da Bischof Leo zum Erzbischof in Bhopal ernannt wurde, aber nach eineinhalb Jahren der Vorbereitung konnte es am 24. November losgehen: der Flug mit Emirates ging über Dubai nach Mumbai und schlussendlich löste sich sogar das Kostenproblem mit dem Übergepäck (übrigens sind auch Postpakete eine Option, sie werden direkt am Zielort ausgeliefert und dauern im premium service drei Wochen, ansonsten fünf bis sechs Wochen).

Trotz der Vorab-Verhandlungen von Father Benny, der schon die Vorarbeiten betreut hatte, wurde unser Gepäck diesmal vom Zoll in Mumbai nicht freigegeben. So flogen wir ohne Gepäck weiter nach Indore und kamen nach 6 stündiger Autofahrt am nächsten Tag an unserem Ziel, dem Karuna Hospital in Sendhwa an. Hier wurden wir von den aus der ganzen Diözese angereisten Schwestern herzlich begrüßt. Auch diesmal war Sr. Rudolfa gekommen, um wie für die



Sr. Mary John, Anja März, Barbara Dünzl, Holger Gassner, Sr. Joseline, Barbara Grillhösl, Thomas Kühnel, Wilhelm Palzer, Susanne Luger und Oren Friedman

Teams zuvor auch für uns europäisch zu kochen, um unsere Mägen zu schonen. Untergebracht waren wir im Schwestern-Konvent beim Krankenhaus was die Logistik deutlich erleichterte.

Der folgende Tag und ein Teil des nächsten Tages gehörte der Untersuchung und Sichtung von insgesamt 400 Patienten. Die Organisation hierbei, wie auch während der weiteren OP-Tage wurde von Sr. Joseline und ihren Mitstreitern in hervorragender Weise bewerkstelligt. Dank der guten Zusammenarbeit der Augustinerschwestern auch mit den örtlichen Hindu-Gruppierungen fanden sich Sponsoren, die neben der Verpflegung der Patienten auch für Medikamenten- und Materialnachschub sorgten. Auf diese Weise konnten wir ohne Verzögerung mit den Operationen beginnen. Dank des unermüdlchen Einsatzes der Patres Benny und Victor wurde unser Gepäck nach einer Woche endlich freigegeben.

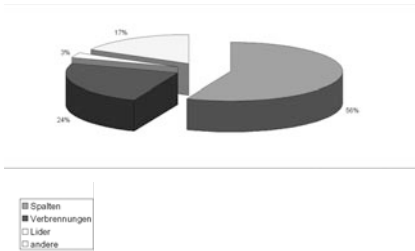


Hämangiom der Unterlippe



Insgesamt konnten wir an den 8 OP-Tagen 75 Patienten im Alter von einem halben bis 60 Jahren operieren.

Die erschreckend große Zahl zum Teil schwerster Verbrennungsfolgen war organisatorisch und technisch eine große Herausforderung. Neben kleiner Tumoren, Missbildungen und Verletzungsfolgen stellten erwartungsgemäß Gesichtsspalt das Hauptaufgabengebiet dar.

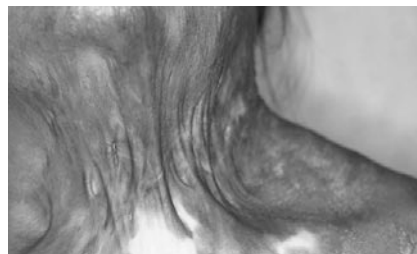


Verteilung der OP-Indikationen

Erfreulicherweise traten keine größeren Probleme auf. Bis zu unserer Abreise waren keine Infektionen nachweisbar, nach unserer Rückkehr nach Deutschland erfahren wir, dass es bei 2 Verbrennungspatienten zu einer Infektion mit Transplantatabstoßung gekommen war bei 2 Gaumenspalt-Kindern zu einer Dehiszenz. Um diese Patienten, wie um die Nachsorge überhaupt, kümmerten sich die örtlichen Kollegen (Orthopäde und Zahnarzt), die auch regelmäßig an den Operationen teilnahmen. Daneben ist besonders die unermüdliche Mithilfe der Schwestern und der Schülerinnen der angeschlossenen Schwesternschule hervorzuheben, die sich auch durch die



Gesichtsverbrennung mit Narbenkontraktur



langen OP-Tage nicht abschrecken ließen.

Am OP-freien Abend zur Hälfte des Einsatzes besuchten wir ein Hindu-Heiligtum, dessen Priester unseren Einsatz sehr wohlwollend begleitete. Am letzten Tag überraschte uns die Gemeinde Sendhwa mit einer grandiosen Abschiedsfeier verbunden mit dem



versorgte Lippenpalte

Wunsch nach einem baldigen Wiedersehen, dem wir gerne nachkommen werden.

Unser abschließender Dank gilt neben unseren indischen Helfern auch den Sponsoren in Deutschland, allen voran Frau Huck und pro interplast, die unsere Flüge übernommen hat, außerdem Rotary Regensburg für eine Spende von 5000€ an Interplast, und den Firmen, die Nahtmaterial und OP-Ausstattung gesendet haben.

Thomas Kühnel, Regensburg

15. OP Einsatz im Padhar Hospital, Indien

Zum nun 15. Mal ging es auf die Reise ins zentralindische Hochland.

Unser LKG Projekt verfolgt ja die Philosophie, dass die Patienten zum Krankenhaus kommen, um dort 1x jährlich konzentriert und effektiv Patienten versorgen und indische Kollegen ausbilden und weiterbilden zu können.

Nachdem wir in der ersten Jahren nur Gaumen und Lippen verschlossen haben, wird jetzt durch das gute Niveau auch in Indien die Osteoplastik der Kieferspalt und die Rhinoplastik von den Patienten gewünscht, auch eine kieferorthopädische Behandlung ist häufig möglich, sogar logopädische Therapie wird hier und da bereits durchgeführt.

So nähern wir uns langsam einem Niveau der Spaltversorgung an, das dem in unseren Heimatorten kaum nachsteht und das sich immer mehr in Richtung eines zentralindischen Spaltzentrums entwickelt.

Am 10. Oktober ging die Reise los. Wieder hatte Lufthansa freundlicherweise den kostenlosen Transport des Gepäcks übernommen, Dank an Frau Rebellung vom Hamburger Flughafenbüro der Lufthansa.

In München traf sich das Team, diesmal 24 Personen. Neben Frau Dr. von La Rosee und ihrer Kollegin Frau Berkenbrink die MKG Chirurgen Dr. Volker Gassling aus der Kieler Klinik, Dr. Anne Geduhn aus meiner Abteilung und die Oralchirurgen Dr. Uwe Hunecke aus Nordstedt und der zweite Vorsitzende unseres Vereins Dr. Alexander Runge.

Aus unserem Krankenhaus, der Asklepios Klinik Nord in Hamburg waren der Neonatologe Uwe Thiede, seine Frau und Gynäkologin Susanne Thiede sowie unser Neurochirurg PD Dr Paul Kremer mit von der Partie, hatten wir doch bei früheren Besuchen Meningocelen und Schädelfehlbildungen gesehen. Dazu kamen mehrere Kinder, Sponsoren und sogar unsere englische Pastorin Dr. Krista Givens mit. Ist der Körper krank leidet auch die Seele.

Damit die Kommunikation mit allen Beteiligten klappte, ist meine Frau Evelyn immer unentbehrlich, da sie die Sprache spricht und ein gutes Gespür für kulturelle Besonderheiten hat. Sie ist in Indien geboren, in Kanada groß geworden und jetzt in Hamburg zu Hause. Eine richtige Kosmopolitin also.

Den Zoll in Delhi, häufig eine

Angstpartie, passierten wir frühmorgens um 7.00 Uhr ohne auch nur eine Nachfrage zu haben. Wegen der Anschlagdrohungen machten wir Am Tag in Delhi keine großen Touren an belebte Orte. Abends in den Zug und nach 19 Stunden Bahnreise und einer halben Stunde im Landrover kamen wir in Padhar an. Über 100 Patienten warteten auf die Operation, 10.000 Informationszettel waren verteilt worden, um die Möglichkeit der neurochirurgischen Beratung bekanntzumachen.

Dieses Jahr war ein Höhepunkt die Einweihung einer Emergency Unit mit Not-Op und 20 Betten sowie Nebenräumen, die wir mir Spendengeldern finanziert hatten. Vor einem Jahr hatten wir den Grundstein gelegt worden und nun stand der schmucke Neubau fertig da.

.Die Operationen liefen (wie immer) reibungslos, abends das Anschauen der OP Kandidaten für den nächsten Tag gemeinsam mit den indischen Kollegen der Chirurgie und der Anästhesie, dazu die Kollegen der der Kinderheilkunde.

Viele gut operierte Kinder sahen wir, teil von uns, teils von den indischen Kollegen. Es ist wichtig, auch die eigenen Ergebnisse kri-





tisch anzuschauen. Keiner kennt eine Statistik über die Ergebnisse von Erstoperationen bei z.B. 10-jährigen LKG Kindern. Mitunter sahen wir aber auch sehr ungenügende Ergebnisse von Chirurgen der Umgegend. Aber niemand weiß, unter welchen Umständen diese Op's stattgefunden hatten und wir vertrauen darauf, dass unsere operierten Kinder als Botschafter guter Spaltchirurgie in ihre Dörfer zurückgehen.

Paul Kremer hatte alle Hände voll zu tun, seine Sprechstunde zu schaffen. Er sah über 130 Patienten mit allen Krankheitsbildern der Neurochirurgie, Tumoren, Fehlbildungen, Schmerzpatienten und immer wieder kamen Notfälle mit Schädelhirntraumata ins Krankenhaus. Bei einem Patienten führte er die erste Schädelrepanation in Padhar durch, nutzte erst den Handbohrer, verbrauchte dann alle Gigli Sägen und nahm zuletzt den elektrischen Bohrer, um den Schädel zu öffnen und das Hämatom zu entlasten. Aber die postoperative Betreuung stellte das Padhar Hospital vor viele schwierige Aufgaben. Die Etablierung einer Neurochirurgie muß gut überlegt sein. Wenn ein CT lange dauert und oft

unterbrochen wird, weil der Strom ausfällt. Wenn die Patienten bewusstlos ins Krankenhaus kommen und die Kosten nicht geklärt sind. Wenn wir als Westler gar nicht ermessen können, was es bedeutet, als Patient vielleicht zu überleben aber schwerbehindert? Viele offene Fragen, die uns herausfordern, gemeinsam mit den indischen Kollegen nach einer Lösung zu suchen. Währenddessen hatte sich unsere Pastorin gemeinsam mit den Kindern eine große schmutzige Wand in der Missionschule vorgenommen und mit einem großen Wandbild verschönert. Zur Einweihung dieses Kunstwerks luden wir alle 500 Schulkinder zu einem Imbiß ein, übergaben an den Schuldirektor Unterrichtsmaterialien und eine Geldspende, damit die wegen nicht bezahlter Rechnungen drohende Stromsperre abgewendet werden konnte. Unsere Kinder haben an diesem Projekt viel gelernt und Solidarität mit den indischen Schülern gezeigt. Krtista Givens war eine motivierende Künstlerin und die Kinder werden sich mit dem Bild unserer weiteren Unterstützung sicher sein. Was gibt es noch zu berichten? Die neonatologische Abteilung läuft gut unter Leitung der

Drs. Alexander, die von Uwe Thiede ausgebildet wurden. Susanne Thiede freut sich über zunehmende Stillbereitschaft und immer besser werdende Ultraschalluntersuchungen der Schwangeren.

Nach einer vollen Operationswoche hatten wir 75 Kinder und Erwachsene operiert. Bis auf eine Lippe, die wieder aufging, als das Kind aus dem Bett fiel, gab es keine wesentlichen Probleme. Unser Abschlußgespräch mit Dr. Choudhrie, dem neuen Direktor des Padhar Krankenhauses zeigte uns, dass die Schulqualität der Missionschule verbessert werden muß, um Mitarbeiter am Ort zu halten. Dem bereits vorhandenen Schwesternmangel will das Krankenhaus mit der Einrichtung einer Schwesternschule begegnen. Probleme, die wir von zu Hause kennen und die eine Herausforderung für uns sind.

Allen, die uns diesmal geholfen haben, helfen zu können, ganz herzlichen Dank.

Thomas Kreuzsch, Hamburg



LKG- Einsatz vom 10.10. – 19.10.2008, Padhar Hospital, Indien

Chirurgie:

- Prof. Dr. Dr. Thomas Kreusch, Hamburg
- Dr. Volker Gassling, Kiel
- Dr. Anne Geduhn, Hamburg
- Dr. Radjiv Choudhrie, Padhar, Indien
- Dr. Samir Sahay, Padhar, Indien

Anästhesie:

- Dr. Gabriele von LaRosée, Essen
- Dr. Elke Berkenbrink, Essen

Neurochirurgie:

- PD Dr. Paul Kremer

Pädiatrie:

- Uwe Thiede, Hamburg

Gynäkologie:

- Susanne Thiede, Hamburg

Organisation:

- Evelyn Shah-Kreusch, Hamburg
- Dr. Alexander Runge, Kiel
- Dr. Uwe Hunecke, Norderstedt

Allgemeine Patientenangaben:

Gesamtzahl der Patienten	75
davon voroperiert	28
Gesamtzahl der Operationen	108
Alter:	1 – 31 (~ 8,4 Jahre)
Männlich:	37
Weiblich:	38
<i>Diagnosen (n = 80):</i>	
Lippenspalte rechts	3
Lippenspalte links	11
Lippenspalte beidseits	1
Lippen-Kieferspalte rechts	4
Lippen-Kieferspalte links	7
Lippen-Kieferspalte beidseits	2
Lippen-Kiefer-Gaumenspalte rechts	4

Lippen-Kiefer-Gaumenspalte links	13
Lippen-Kiefer-Gaumenspalte beidseits	14
Gaumenspalte	11
Gesichtsspalte	3
Hämangiom	2
Goldenhar Syndrom	1
Verbrennung	2
Unterkieferfraktur	1
Subdurales Hämatom	1

Operationen (n = 120):

Lippenverschluß einseitig	26
Lippenverschluß beidseitig	15
Verschluß harter Gaumen	15
Verschluß weicher Gaumen	19
Lippen ReOP	7
Nasenkorrektur	11
Fistelverschluß	4
Narbenkorrektur	5
Kieferspaltosteoplastik	3
Velopharyngoplastik	1
Beckenspan	3
Abbe-Lappen	1
Entf. Ohranhängsel	4
Osteosynthese	1
Craniotomie (subdurales Hämatom)	1
<i>Sonstige Eingriffe (Sklerosierung, Entnahme)</i>	
Spalthaut-, SH Transplantat	4

Indien-Einsatz an der AMU University in Aligarh, Uttar – Pradesh

28. 3. - 10. 4. 2008



Abb. 1: historisches Eingangstor der AMU

Team:

- Alireza Ghassemi, Teamleiter:
MKG – Chirurg, Aachen
- Edelgard Fischer:
Anästhesistin, Aachen
- Lloyd Nanhekan:
Plastischer Chirurg, Leuven
- Marcus Gerressen:
MKG –Chirurg, Aachen
- Peter Michael Thamm:
Anästhesist, Aachen
- Walter Gerhards:
Anästhesiefachpfleger,
Würselen
- Thomas Reichel:
Op – Pfleger, Aachen

- Sven Brosda:
Op – Pfleger, Aachen
- Jakob Dinani:
Medizinstudent, Göttingen

Der Grundstein für diesen Einsatz in Uttar Pradesh war auf einem Kurs der AO international in Kuala Lumpur während eines Gesprächs zwischen den beiden Klinikdirektoren der Mund-, Kiefer-, und Gesichtschirurgischen Abteilungen der Universitätskliniken Aachen und Aligarh gelegt worden, welche die Idee für einen hauptsächlich spaltchirurgisch ausgerichteten

Einsatz in Indien hatten. Nach etwas mehr als einem Jahr der Vorbereitung folgte dieser ersten Vision bereits der tatsächliche Einsatz. Bei diesem wurde von uns einerseits die Unterstützung der mittellosen Bevölkerung erwartet, auf der anderen Seite stand aber auch die Ausbildung im Rahmen einer Lehrveranstaltung für Ärzte und Studenten der Kieferchirurgischen Klinik und der HNO-Klinik der Aligarh Muslim University auf dem Programm.

Aligarh mit einer halben Million Einwohnern liegt im Gangestieftal von Uttar Pradesh ungefähr fünf Autostunden (150 km) von Delhi entfernt.

Uttar Pradesh, der mit 166,1 Mio Einwohnern bevölkerungsreichste Bundesstaat Indiens, ist mit einer Fläche von 231 254 km² kleiner als Deutschland und trotz der Bewässerung durch den Ganges eine der ärmsten Regionen. Als Folge einer Kombination aus unfähigem Verwaltungsapparat, unzureichender Stromversorgung, hoher Geburten- und niedriger Alphabetisierungsrate kam die Wirtschaft während



Abb. 2: geduldig wartende Patienten und Verwandte vor der Erstuntersuchung



Abb. 3: mittellose um ihren Sohn besorgte Eltern

der letzten 60 Jahre nie so richtig in Schwung. Der Bundesstaat steht im unerfreulichen Ruf, Kernpunkt heftiger kommunaler Spannungen zu sein, besonders seit Zerstörung der Babri Moschee durch fanatisierte Hindus im Jahre 1992. Aligarh ist bekannt für und durch seine moslemische Universität, die Studenten aus Indien und der ganzen arabischen und asiatischen Welt anzieht. Sie wurde im Jahre 1875 von Sir Ahmed Khan gegründet (Abb.1). Nach blutigen politischen Revolten realisierte er die Wichtigkeit einer modernen Erziehung in der sozialen und kulturellen Entwicklung der Indischen Bevölkerung. Er avisierte die Einheit zwischen Hindus und Moslems und lehnte alle Formen unechter Frömmigkeit und Intoleranz ab. So zeichnet sich die AMU bis heute durch ihren multireligiösen, multirassischen und vielsprachigen Charakter aus und repräsentiert symbolisch die Globalisierung Indiens. Sie beherbergt 32 000 Studenten in 70 Studentenheimen und beschäftigt 1500 Dozenten. Gut ein halbes Jahr vor unserer An-

reise hatten wir eine Patientenvorauswahl (50 Patienten mit Lippen-, Kiefer- und Gaumenspalten) mit den erforderlichen Daten und guter digitaler Fotodokumentation via E-mail erhalten. So war es uns möglich, unseren Einsatz im Hinblick auf Instrumente, OP-Materialien und den voraussichtlichen Narkotikaverbrauch gezielt vorzubereiten. Uns wurde die OP-Einheit des Unani-College, einem Krankenhaus für Naturheilkunde, das in den 20 er Jahren des letzten Jahrhunderts von einem englischen Architekten geplant und durch die Britischen Kolonialherren erbaut und seit dieser Zeit offensichtlich nur sporadisch modernisiert worden war, zu unserer alleinigen Verfügung gestellt. Ein nicht unwesentlicher Vorteil lag darin, dass das Gebäude aus dem Campus ausgelagert war und wir dadurch relativ ungestört arbeiten konnten. Problematisch gestalteten sich die vorsintflutlichen Narkosegeräte, OP-Tische und Sterilisatoren, weshalb an den ersten Tagen Erfindergeist und Bastelkunst unseres Narkose- und OP-Pflegerteams gefragt waren.



Abb. 4 c/d: 5jähriger Junge mit kompletter LKG-Spalte (prä-/postoperativ)



Das Screening von ca. 80 Patienten - in der Mehrzahl Kleinkinder - war vom Team des Dentalinstitutes hervorragend organisiert und lief in unaufgeregter und entspannter Atmosphäre ab, was sich auch auf die kleinen Patienten übertrug (Abb. 2). Dass die Kinder wirklich aus mittellosen Familien stammten, konnte man an Kleidung und Namensgebung erkennen, die auf eine niedere Kaste schließen ließen (Abb.3). Bereits am Screening-Tag konnten die OP-Pläne für die uns zur Verfügung stehenden acht vollen OP-Tage weitgehend festgelegt werden. Einige Nachzügler, die dringend operiert werden mussten, haben wir dann noch zusätzlich ins bereits vorhandene OP-Programm eingebaut, die "Übriggebliebenen" für das nächste Jahr wiederbestellt. Das Fallspektrum reichte von der üblichen Spaltchirurgie (Abb.4a, 4b, 4c, 4d) und vielen sekundären Nachoperationen wegen Fistelbildung und Restlöchern bis zu Ankylosen



Abb. 4 a/b: 15jährige Patientin mit durchgehender linksseitiger Spalte (prä-/ postoperativ)



Abb.5: 9-jähriges Mädchen mit Vater nach Ankylose-OP



Abb. 6b: 14jähriges Mädchen mit medianer Gesichtsspalte und Meningocele

(Abb.5), Gesichtsfehlbildungen (Abb.6a, 6b), Kieferzysten und diversen Narbenkorrekturen. Am zweiten Arbeitstag war ein offizieller, feierlicher Empfang im Hörsaal des Dentalinstituts in Anwesenheit von Studierenden und Professoren verschiedener Disziplinen für uns vorbereitet worden, der zur Vorstellung und gleichzeitig auch zur Ehrung aller Teammitglieder diente. In der Regel wird der Lippen- und Gaumenverschluss in U.P. durch Plastische Chirurgen und HNO-Ärzte durchgeführt. Es gibt nur einige wenige Kieferchirurgen, die Spaltchirurgie betreiben. Nicht zuletzt dank des großen Interesses der Mitarbeiter des Aligarh Dental College war dieser Workshop zustande gekommen, der in Zukunft durch Wiederholung derartiger Fortbildungswochen allmählich eine standardisierte Ausbildung erschließen soll. Der bis ins kleinste Detail perfekt organisierte Empfang zeigte uns, mit welcher Zielstrebigkeit und Ernsthaftigkeit unsere indischen Kollegen dieses Ziel verfolgen. Nach einem breit gefächerten Vortrag unseres Teamleiters Dr. Ghassemi über das Spektrum der Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgie in Europa konnten wir

unsere eigentliche Arbeit fortsetzen.

Die ersten Tage gestalteten sich kompliziert durch technische Störungen wie die häufigen Überlastungen des Elektrizitätsnetzes durch laufende Klimaanlage, Monitore, Perfusoren, Kautergeräte und nicht zuletzt die Übertragungstechnik des Operationsverlaufs in den Hörsaal (Abb.7). Dabei fand ein lebhafter Frage- und Antwortaustausch statt. Die operative Versorgung von Ankylose-Patienten wurde mit großem Interesse von allen Beteiligten verfolgt, insbesondere auch die dafür erforderliche fiberoptische Intubation. Wir stolperten über unentwegt fotografierende und fragende Ärzte und Studenten, Kabel und die dicht gedrängt stehende OP-Ausrüstung. Und dennoch stand das Patientenwohl und deren zufrieden stellende Versorgung zu jedem Zeitpunkt im Vordergrund. Mit Spannung warteten wir dann noch auf die restliche OP-Ausrüstung, die per Cargo transportiert und zunächst vom Zoll am Flughafen von Delhi festgehalten wurde. In dem Zusammenhang gilt ein herzlicher Dank der Emirates Fluggesellschaft, die uns im letzten Moment 250 kg Freigeäck geneh-

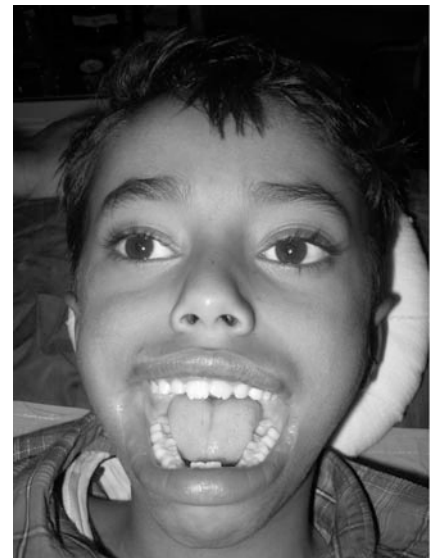


Abb. 6 a: 7jähriger Junge mit bilateraler querer Gesichtsspalte

migte, sodass wir die ersten Tage mit den auf diese Weise unmittelbar mitgebrachten Ausrüstungsgegenständen überbrücken konnten. Schließlich konnten wir das in Delhi verbliebene Cargogepäck dank der Beharrlichkeit unseres OP-Pflegers Thomas und der Beziehungen unserer indischen Kollegen zu einem hohen Beamten aus dem Gesundheitsministerium nach zwei "heißen" Tagen in Delhi aus dem Zoll freibekommen.

Im Einzelnen führten wir bei insgesamt 65 Patienten folgende Eingriffe durch:

- isolierte Lippenverschlüsse (uni- + bilateral): 22
- kombinierte Lippen-/ Gaumenverschlüsse: 6
- Spaltrevisionen (Lippe, Gaumen + kombiniert): 14
- isolierte Gaumenverschlüsse: 5
- Velopharyngoplastik: 1
- bilaterale laterale Gesichtsspalte: 1
- Zystektomie Unterkiefer: 1
- Ankyloselösung Kiefergelenk: 3
- Lösung Narbenkontrakturen Gesicht + Hals: 8
- nach Verbrennung:
 - Lösung Narbenkontrakturen Extremitäten: 3
 - Korrektur Polydaktylie: 1

Der jüngste Patient war 3 Monate, der älteste ca. 50 Jahre alt.

Aufgrund einer hervorragenden postoperativen Versorgung durch ein sehr gut trainiertes Klinikpersonal, das sich genau an die schriftlichen Richtlinien bezüglich Diät, verordneter Medikamente und Wundversorgung hielt, sahen wir keine größeren Komplikationen (Abb.8a, 8b). Wie immer stellten sich in den letzten Tagen Patienten mit gravierenden Verbrennungsfolgen ein, die wir auf den Einsatz im Frühjahr nächsten Jahres vertrösten mussten.

Was man in Zukunft verbessern müsste, wäre der Verzicht auf Cargopäck, in der Gewissheit der Genehmigung von ausreichend Freigepäck einer entsprechenden Fluglinie, die Einrichtung eines kleinen Aufwachraumes im OP- Trakt mit der Möglichkeit der O2- Zufuhr zugunsten eines schnelleren Wechsels, die Bereitstellung einer

Transportliege und einer Pflegekraft, die nur für den Transport vom OP zum ausgelagerten Bettentrakt zuständig wäre, ein noch häufigeres Miteinbeziehen der einheimischen Chirurgen zur Schulung ihrer Kenntnisse und operativen Fähigkeiten. Schlussendlich muss betont werden, dass der Leiter des kieferchirurgischen Departments und Mit-Initiator des Projekts Dr. Ahmed in vorbildlicher Art und Weise für einen reibungslosen Ablauf des Einsatzes gesorgt und die Verantwortung für jede geringste Störung unserer Arbeit übernommen hat. Wir würden es sehr begrüßen, ihn bei zukünftigen Einsätzen noch mehr ins Operationsgeschehen einbeziehen zu können.

An dieser Stelle sei auf das herzlichste unserer lieben Frau Wald-

traut Huck gedacht, die uns bei unserem Einsatz finanziell und moralisch in beispielloser Art und Weise unterstützte. Wir danken den entsprechenden Firmen für die vielen Sach-, Medikamenten- und Nahtmaterialspenden, die zum Erfolg der Operationen beitrugen sowie die freundliche Überlassung der Elektroautergeräte und der Intubationsfaseroptik für die Zeit unseres Einsatzes.

*Edelgard Fischer,
Marcus Gerresen und
Alireza Ghassemi, Aachen*





Liebe Frau Huck, lieber Herr Huck,

mit großer Freude und Dankbarkeit möchte ich Ihnen über den erfolgreichen Einsatz im Krankenhaus „Loayza“ in Lima, Peru berichten. Dank der großen finanziellen Hilfe des Vereins

pro interplast Seligenstadt e.V. konnte das deutsche medizinische Team sich voll und ganz auf die schwierige Arbeit im OP konzentrieren. So konnten wir in zehn aufeinanderfolgenden Arbeitstagen 94 Kindern ein neues Lächeln und eine echte Zukunft schenken. Dafür möchte ich mich bei dem Verein pro interplast, aber auch ganz speziell bei Ihnen außerordentlich herzlich bedanken. Nur durch Ihr herausragendes Engagement sind Projekte wie dieses in Lima möglich. Wir als Operateure und medizinisches Fachpersonal können unter den schwierigen Bedingungen im Entwicklungsland Peru nur die besten Ergebnisse erzielen, wenn wir durch eine gute Infrastruktur abgesichert sind. Dazu haben Sie und pro interplast mit der Kostenübernahme der Jugendherberge und der Flüge maßgeblich beigetragen.

Dafür möchte ich mich im Namen meines ganzen Teams ganz herzlich bedanken!

**Einsatz „Hilfe für Peru“
in Lima, Peru**

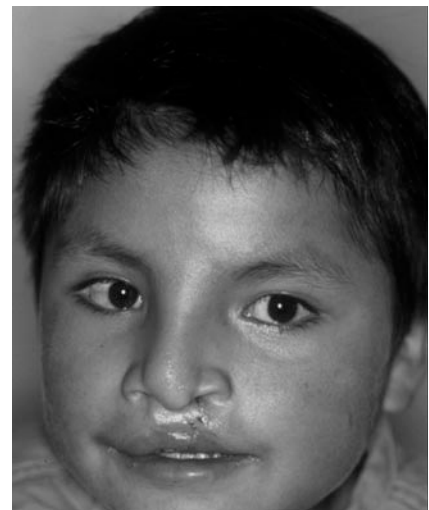
Mit angstvollen Augen schaut Anita die deutschen Ärzte an. Im Arm hält die junge Mutter ihren neun Monate alten Sohn Jose. Durch die Lippe des Kleinkindes ziehen sich zwei dicke Spalten, was den Kleinen aber nicht daran hindert aus



*Kinder aus Peru
vor der OP*



*.... die Kinder nach der OP.
Das Lächeln wird sich auch noch einstellen.*



voller Kehle zu schreien. Es scheint, dass das Kleinkind die Unruhe und Sorge seiner Mutter spürt. In dem spärlich eingerichteten Behandlungsraum kümmern sich jetzt die deutschen Ärzte um José und untersuchen ihn. Die Dolmetscherin macht Anita, die in traditionelle peruanische Trachten gekleidet ist, Mut: José kann operiert werden. Ein zaghaftes Lächeln huscht über das von der Anden-sonne verbrannte Gesicht.

Nach zwei Tagen ist es so weit. Unser Team wird die doppelte Lippen- spalte schließen. Nur zögerlich übergibt die junge Mutter ihren Sohn in die Arme des erfahrenen Narkose- arztes. Wieder gibt uns der Kleine eine eindrucksvolle Schrei- probe. Jetzt kullern auch bei der Mutter dicke Tränen über Ihr Gesicht. Die Dolmetscherin beruhigt sie, während José im viel zu großen Kittel in den OP getragen wird. Nach ein paar Stunden kann Anita nun das erste Mal ihren Sohn

im Aufwachraum in die Arme schließen. Jetzt strahlt sie über das ganze Gesicht und wieder kullern Tränen, allerdings aus purer Freude. Immer wieder murmelt sie „Gracias y que lindo“ „Vielen Dank ... wie schön er ist“ und kann die große Veränderung kaum fassen. Beide Spalten sind geschlossen und Jose ist nun ein hübscher kleiner Junge. Auch er scheint die Veränderung bei sich und seiner Mutter zu spüren und strahlt.

In zehn Tagen konnten wir 94 Patienten operieren, der älteste 24 Jahre, der jüngste 6 Monate alt. Lippen- und Gaumenspalten wurden geschlossen und Missbildungen im Gesicht und Mundbereich korrigiert. Alle Patienten sind nun, gut drei Wochen nach dem Einsatz wohlauf, wie uns unsere peruanischen Freunde und Kollegen berichteten. Die äußerlichen Narben verheilen gut und die Ergebnisse zeugen von vollem Erfolg des Ein-

satzes. Was nicht so sichtbar ist, aber fast noch wichtiger scheint, ist, dass wir mit Ihrer Hilfe vor allem auch eine innere Veränderung bewirken konnten. Wir haben den Patienten nicht nur ein Lächeln geschenkt, sondern ihnen geholfen, ihr inneres Strahlen wiederzuentdecken. Jetzt haben sie eine Zukunft, können sich normal entwickeln und sind nicht mehr die „Ausgestoßenen“. Ein medizinischer Eingriff von ein paar Stunden hat Jose und allen anderen die Chance auf ein normales Leben geschenkt. Dabei kann man die Bedingungen im Krankenhaus Loayza nicht annähernd mit den medizinischen Standards bei uns in Deutschland vergleichen. Es fehlt an moderner Technik und an medizinischem Know-how, wie Gaumen- und Lippenspalten behandelt werden müssen. Deshalb ist es umso wichtiger, dass wir als erfahrenes und eingespieltes Team unter diesen schwierigen Bedingungen die gleichen Standards erfüllen

wie in Deutschland. Jeder aus dem Team ist in seinem Gebiet ein absoluter Experte. Nur so kann ein hervorragendes Ergebnis gesichert werden. Und ohne dieses Team

und damit ohne Ihre finanzielle Unterstützung hätte José sicher niemals die Chance gehabt mit einer geschlossenen Lippe zu strahlen. Denn diese OP wäre für die junge Mutter schlicht unbezahlbar.

Wir haben bereits jetzt mit der Krankenhausdirektion vereinbart, dass wir unsere Arbeit im Herbst 2009 fortsetzen können, da Spaltchirurgie oftmals weitere Operationen erfordert und noch viele Patienten auf uns warten.

Ich verbleibe mit nochmaligem Dankeschön und herzlichen Grüßen

Ihr Erich Theo Merholz, Solingen

Liebe Frau Huck, lieber Herr Huck,

so wie es eine Freude ist mit Ihnen zusammen zu arbeiten und Ihre unvergleichlich unbürokratische, bodenständige und großzügige Hilfsbereitschaft an die Menschen in Kalkutta weiterzuvermitteln, so ist es auch eindrucksvoll und eine Freude, die Bilanz ihrer Arbeit hier in Kalkutta im Jahr 2008 Revue passieren zu lassen !

Die Aktivitäten von pro interplast in Kalkutta sind ja sehr vielfältig und breit gefächert. Ihre Hilfsleitungen

sind Ihre Antwort auf das vielfältige Leid der armen Bevölkerung dieser Stadt. Sie helfen durch vielerlei medizinische Maßnahmen, zum Beispiel durch Operation für Schwerkranke, denen sonst niemand mehr helfen könnte. Die betroffenen Patienten könnten sich die erforderliche, oft lebensrettende Operation niemals selbst leisten, und meine Organisation, das Komitee „Ärzte für die dritte Welt“, könnte die Kosten für diese Operation eben auch nicht aufbringen. pro interplast springt oft für solche Patienten in die Bresche. Sie tun dies in der Ihnen eigenen Art, die man wohl so schnell nicht noch mal in Deutschland findet: Sie prüfen den Antrag



auf die Operation des individuellen Patienten und reagieren dann so unverzüglich, dass die genehmigten und drängenden Operationen ohne nennenswerten Zeitverzug stattfinden können. Dazu spreche



ich Ihnen auch im Rahmen dieses Jahresberichtes erneut mein großes Kompliment aus!

Den größten Anteil Ihrer Hilfeleistungen nahmen auch dieses Jahr wieder die Operationen für Kinder mit angeborenen Herzfehlern ein, die durch ihren Herzfehler schon in jungen Jahren in eine bedrohliche gesundheitliche Situation geraten sind. Ich zähle in meinen Unterlagen bis Ende Oktober 2008 33 (!) Operationen für Kinder mit angeborenen Herzfehlern, die Sie bezahlt haben, und zusätzlich 4 Operationen für Kinder und Erwachsene mit nicht-angeborenen Herzfehlern. Dabei handelt es sich um Herzfehler, die zum Zeitpunkt der Geburt noch nicht bestanden haben aber im Laufe des Lebens durch Bakterien (das sog. rheumatische Fieber) verursacht wurden. Im Einzelnen wurden 12 Kinder mit einem Loch in der Herzscheidewand des Herzens operiert, 18 weitere Kinder hatten kompliziertere angeborene Fehlbildungen wie z.B. die Fallot'sche Tetralogie, und drei hatten eine angeborene Kurzschluss-Verbindung zwischen dem arteriellen und venösen System direkt in Herznähe. Bei 4 Patienten mit durch Bakterien zerstörten Herzklappen (als Folge von Armut und Hygiene-Mängeln) wur-

den die kritischen Verengungen mit einem Ballonkatheter wieder aufgesprengt. Fast ausnahmslos alle Patienten haben von den sehr professionell durchgeführten Operationen profitiert, und können nun ein normales Leben führen. Ohne Operation hätten alle diese Kinder (und wenige Erwachsenen) einer äußerst düsteren Zukunft entgegengesehen.

Die zweite Gruppe großer Operationen, die Sie unterstützt haben, ist diejenige für Patienten mit drohender oder bereits eingesetzter Querschnitts-Lähmung. Die Ursache war in jedem Fall eine schwere Wirbelsäulen-Erkrankung mit Zerstörung von einzelnen Wirbelkörpern. Ich zähle 25 solcher Operationen, die Sie im laufenden Jahr Patienten mit einer schwersten Tuberkulose der Wirbelsäule, oder in Einzelfällen auch nach Unfällen mit Beteiligung der Wirbelsäule und nach Bandscheibenvorfall mit Querschnitts-Lähmung, ermöglicht haben. Meistens ging es um Patienten mit einer Tuberkulose der Wirbelsäule, die bereits mehrere Wirbelkörper zerstört und nicht nur grausame Schmerzen verursacht hat, sondern auch die Beweglichkeit von Armen und Beinen bedrohte. Unter den so Betroffenen waren auch einige Kinder. Es ist sehr erfreulich zu berich-

ten, dass fast ausnahmslos alle Patienten, die zuerst schwerst krank waren, wieder ans Laufen gekommen sind und in der Folge auch ihre Tuberkulose gänzlich besiegen konnten. Schon allein die Röntgenbilder nach diesen Wirbelsäulen-Operationen sind sehr eindrucksvoll, sie zeigen die großen Metall-Implantate, die der aufgeweichten Wirbelsäule wieder Stabilität geben, bis die Tuberkulose auch medikamentös ausgeheilt ist.

Um eine Reihe von weiteren Operationen habe ich Sie dieses Jahr gebeten und Sie haben diese Operationen bewilligt. Es ging dabei um Patienten nach komplizierten Knochenbrüchen und um Patienten mit hartnäckigen Knochenvereiterungen. Auch Operationen an Lunge, Blase und Darm bei einzelnen schwerkranken Kindern wurden von Ihnen genehmigt und finanziert. Für die Betroffenen war es jeweils die einzige Chance noch mal davonzukommen, und sie haben diese Chance wahrgenommen. Meine Statistik zählt 10 solcher Operationen.

Auch Katarakt-Operationen, also die Augen-Operationen wegen eines grauen Star, haben Sie hunderten



von Patienten, die zu erblinden drohten, ermöglicht. Der graue Star ist eine Trübung der Augenlinse, die das Sehen allmählich immer schwieriger macht bis die Patienten schließlich erblinden. Dabei ist es technisch gar kein Problem die trübe Augenlinse herauszunehmen und durch eine neue zu ersetzen. Der Rest des Auges ist ja normalerweise funktionstüchtig und die Patienten können nach dem 5-minütigen Eingriff oft sofort wieder ganz normal sehen. Diese Operation kostet etwa 10 Euro pro Patient und ist damit eine äußerst effektive Hilfeleistung, denn man kann damit einem Patienten mit wenig Geld enorm weiterhelfen. Viele Inder der ärmsten Gesellschaftsschicht können sich ja 10 Euro nicht leisten, selbst dann nicht wenn es für sie dabei um so etwas Elementares wie Erblindung oder Sehen geht. Eingespielte einheimische Teams mit Augenärzten führen die Augen-OPs für uns aus und ich rechne, dass es im Jahr 2008 zwischen drei- und vierhundert solcher Operationen waren. Das ist enorm und ein großartiges Ergebnis ! Besonders erfreulich ist dabei dass auch einige sehr junge Kinder von ihrer Katarakt befreit werden konnten. Diesen Kindern hätte ansonsten ein ganzes Leben als Blinde bevorstanden, nun können sie ganz normal sehen und sich ganz normal entwickeln. Was gibt es Schöneres zu erreichen in der Medizin als so etwas !

pro interplast hat sich nicht nur auf Operationen beschränkt, sondern ein umfassendes medizinisches Hilfsprogramm für die Bewohner der Armen-Viertel dieser Stadt ins Leben gerufen und ermöglicht. Besonders wichtig ist mir persönlich das Impf-Programm für die Kinder der Slums. Man kann Kinder mit



Impfungen so ganz einfach gegen eine Vielzahl von gefährlichen Keimen und Krankheiten schützen – dadurch haben Impfungen so ein enormes Potential ! Und das ganz Besondere an Impfungen ist eben auch dass all ihre Schutzwirkung für eine große Zahl von Kindern zu einem sehr erschwinglichen Preis zu erreichen ist. Deshalb ist man als Arzt gut beraten, Spendengelder in das Impfen von Kindern zu stecken. Auf diese Weise kann man für die Zielgruppe, die man schützen möchte, enormen Benefit erreichen. Noch liegen die Zahlen für 2008 nicht vor aber ich rechne damit dass wir dieses Jahr zwischen 70.000 und 75.000 Kinder geimpft haben. pro interplast hat sich dabei dankenswerterweise vor allem des Kampfes gegen die Hepatitis B und gegen Masern, Mumps und Röteln angenommen, den wir sonst hier nicht führen könnten. Vielen Kindern bleibt damit das schlimme Schicksal einer Erblindung durch Masern oder einer chronischen Hepatitis B oder einer Röteln-Schädigung von ihren späteren Kindern (also denen der nächsten Generation) erspart. Alle genannten Krankheiten haben ja in Indien eine ganz andere Bedeutung als in Deutschland. Ich bin pro interplast gerade für den

Impf-Beitrag ausgesprochen dankbar !

Neben dem Impfen hat sich pro interplast noch in den Dienst eines weiteren wichtigen präventiv-medizinischen Projektes gestellt, das Kinder bzw. ganze Familien vor den hierzulande verbreiteten schweren Vitamin-Mängeln beschützt. Leider bekommen ja die meisten Kinder dieser Stadt hier nicht ausreichend und auch nicht viel Gutes zu essen. Das beobachten wir nicht nur jeden Tag in den Slums direkt, wir sehen es vor allem auch an den Körpergewichten, der Größenentwicklung und dem Blutfarbstoffgehalt der Kinder. Das Komitee „Ärzte für die dritte Welt“ hat dieses Jahr einmal systematisch viele hundert Kinder der Slums auf ihren Ernährungszustand hin untersucht, um exakte Zahlen vom Ausmaß der Unternerährung hier zu bekommen. Das Ergebnis war verheerend, denn die Zufuhr der wichtigsten Vitamine und Mineralien lässt hier doch massiv zu wünschen übrig. Leider bleiben ja die unterernährten Kinder ein ganzes Leben lang von ihren Mängeln geprägt. Diese unbefriedigende Situation kann man leider nicht so ohne weiteres ändern, denn die meisten Familien haben nun mal



kein Geld für gutes Essen für ihre Kinder (also z.B. Fleisch, Fisch, und Obst). Deswegen haben wir Grund genug uns vordringlich gegen die hier herrschenden Ernährungs- und Vitamin-Mängel zu engagieren. Das hiesige Kinder-Ernährungs-Programm wird schon seit geraumer Zeit nahezu ausschließlich von pro interplast getragen. In diesem Programm werden einerseits gezielt „Kraftpakete“ (eine Art Trockenmilch, die mit allerlei Zusätzen angereichert ist) an Kinder ausgegeben, die uns Ärzten als schwer unterernährt auffallen. Andererseits haben wir dieses Jahr eine technische Neuerung einführen können, die es leichter macht gegen die verbreiteten Vitamin-Mängel vorzugehen: ein Speisesalz, das alle wichtigen Vitamine und Mineralien (also Eisen und Jod) enthält. Wenn die Mutter mit diesem Salz kocht, bekommt die ganze Familie „unmerklich“ alle benötigten Vitamine, die sie braucht. Das ist natürlich viel einfacher als allen Familienmitgliedern ständig Vitamin- und Eisen-Tabletten oder Sirup zu geben, und es ist auch viel billiger. Dieses Vitamin-Salz ist erst seit ein paar Jahren in Indien erhältlich und es ist etwas kompliziert dieses zu bestellen. Man muss es Lastwagenweise aus Chennai (im Bundesstaat Tamil Nadu, mehrere LKW-Tagesreisen entfernt) kommen lassen, aber diesen Aufwand nehmen wir in Kauf, denn es ist einfach eine zu brillante und

moderne Möglichkeit der Vitamin-Prophylaxe und -Behandlung. Dieses Salz kostet rd. 25 Cent pro Kilogramm. Das ist relativ günstig, denn auf diese Weise kann man mit 3 – 4 Euro pro Jahr den Vitamin-, Eisen- und Jod-Bedarf einer ganzen Familie für ein ganzes Jahr absichern. Von einer solchen Möglichkeit haben wir vor ein paar Jahren noch nicht zu träumen gewagt! Ich tue alles, um dieses Salz, mit Hilfe unseres Verteilersystems, unter den armen Familien zu verbreiten. Über 1000 Familien, und zusätzlich viele schwangere Frauen, Kinder und Tuberkulose-Patienten profitieren schon von diesem Vorzeige-Projekt von pro interplast. Man wird nur wenige ähnlich moderne und effektive Vitamin-Programme in ganz Indien finden!

Neben diesen präventiv-medizinisch ausgerichteten sehr wichtigen Programmen hat pro interplast mehrfach die hiesigen Armen-Ambulanzen mit wichtigen Antibiotika und Anti-Malaria-Medikamenten unterstützt. Die „German Doctors“ und Howrah South Point unterhalten ja 14 Armen-Ambulanzen im Stadtgebiet, in denen jedes Jahr mehr als 150.000 Patienten kostenlos versorgt werden. Wir Ambulanz-Ärzte sehen natürlich alle „üblichen“ Seuchenkrankheiten, seien es Typhus oder Malaria, Tuberkulose oder jetzt gerade auch das Dengue-Fieber. Wir verbrauchen jedes

Jahr große Mengen an Antibiotika und Anti-Malaria-Medikamenten wie auch an Tuberkulose-Medikamenten, um den Seuchen so gut es eben geht Einhalt zu gebieten. Viel davon wäre hier auch im laufenden Jahr ohne die großzügige Unterstützung von pro interplast nicht möglich!

So sind die vielfältigen Aktivitäten von pro interplast hier in Kalkutta im laufenden Jahr, wie auch schon in Vorjahren, sehr eindrucksvoll: das Spektrum der geleisteten Hilfen reicht von medizinischen Interventionen, die einsetzen bevor die Krankheit ausbrechen kann, über die Diagnostik und medikamentöse Therapie von Patienten der Ambulanzen bis hin zu den Operationen von lebensgefährlich erkrankten Patienten. Dies ist tatsächlich ein einmaliges und umfassendes medizinisches Hilfsprogramm, das hierzulande seinesgleichen sucht! Dazu kommt die Arbeit gegen die Wurzel des Ganzen, die Armut, durch die Eröffnung vieler einzelner Chancen, sich aus dieser Armut herauszuarbeiten. Ich weiss (oder ahne) wie viel Arbeit pro interplast im Hintergrund zu leisten hat um all diese Programme hier in Kalkutta am Leben zu erhalten und sie auch den eigenen Spendern zu vermitteln. Deswegen möchte ich pro interplast heute zu dieser kontinuierlichen, umfassenden und beispiellosen Leistung zugunsten der armen Bevölkerung Kalkuttas ganz herzlich gratulieren!

pro interplast wird auch in Zukunft hier sehr nötig sein, und wird seinen Dienst in Kalkutta hoffentlich in der bekannten und geschätzten Weise fortsetzen können!

Ihr Tobias Vogt, Kalkutta

Dort sein, wo man dringend gebraucht wird

Wie jedes Jahr hat Dr. Sybille Keller wieder einen Großteil ihres Jahresurlaubes in Hilfsprojekten in Nepal verbracht. Die Zahnärztin aus Kempten koordiniert die Zahnstation im INTERPLAST-Hospital und ist Gründungs- und Vorstandmitglied der Stiftung Zahnärzte ohne Grenzen (DWLF).



Die Anfänge der Zahnstation ...

Nach der beschwerlichen Anreise erfolgte die Absprache zur Behandlung mit dem Chief-Commander, dem sie – zu dessen großer Freude – die von unserer Stiftung gespendete Instrumentenbox übergeben konnte. Im Army-Camp wurden mit Hilfe des Pflegers Punya, der als Übersetzer tätig war, rund 350 Patienten untersucht.

Dr. Keller hat von acht Uhr morgens bis 14 Uhr unter erschwerten Umständen, also unter freiem Himmel und in dünner kalter Luft, ohne Strom, aber mit einer Stirnlampe und wenig Instrumenten insge-

samt 156 Zähne entfernt und kleine bis mittlere Kieferoperationen erledigt. In dieser Zeit lebte die deutsche Zahnärztin in einer einfachen nepalischen Lehmhütte zusammen mit Einheimischen.

Zu essen gab es Dhal Bat, das traditionelle einfache nepalische Gericht bestehend aus Reis und Gemüse. Dazu nepalischer Tee mit Ziegenmilch. Nach einer kargen Woche spendierte der Commander dem Team ein Huhn, das zum Abschied von der nepalischen Gastfamilie, mit der sie eine Woche unter einem Dach lebte, köstlich zubereitet wurde.

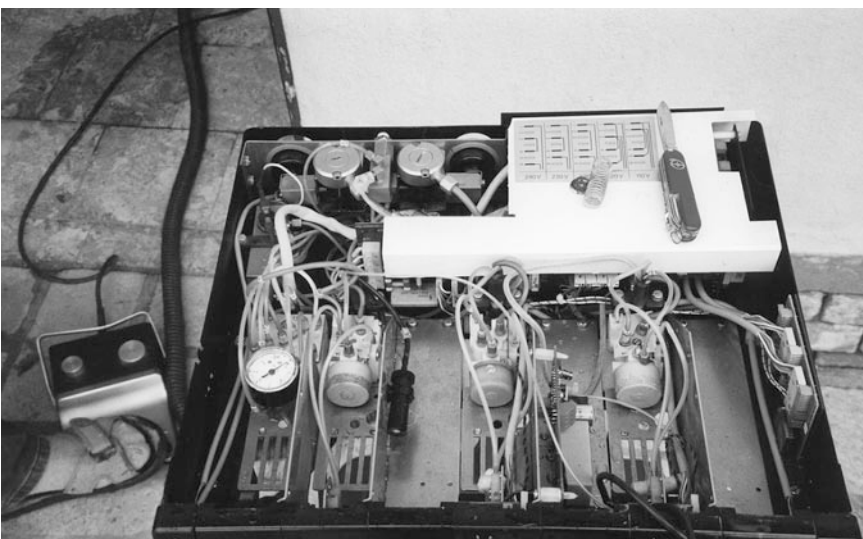
Nach diesen vielen eindrucksvollen Erlebnissen stand die beschwerliche zweitägige Rückreise an, damit sie am nächsten Tag wieder zurück nach Deutschland in ihre Heimatstadt Kempten reisen konnte.

Ein Ende ihrer Arbeitseinsätze ist für die Zahnärztin nicht in Sicht. Was Dr. Keller in Nepal besonders schätzt, ist die Liebenswürdigkeit

und Dankbarkeit der oft bitterarmen Menschen, die sogar lachen können, auch wenn sie mit Schmerzen zum Arzt kommen. Die Flüge werden aus eigener Tasche bezahlt, und es ist selbstverständlich, dass Spenden und Medikamente immer mit im Gepäck wandern. Dies alles wäre nicht ohne ein großes Netzwerk von Helfern möglich, die sich alle ohne viele Worte gut verstehen.

Es ist eine Verwandtschaft des Geistes, der sie zusammenschweißt:

Helfen auf Augenhöhe dort, wo man gebraucht wird und das zu tun, was sinnvoll ist. Der Verwaltungssinn des deutschen Kassensystems hat Urlaub. Man wird nicht von irgendeiner Krankenkasse gequält, und es werden keine therapeutischen Entscheidungen getroffen, die ein Budget berücksichtigen müssen. Alle Helfer der DWLF sind von einem noch nicht genau erforschten Virus befallen, der zu Hause immer wieder die Gedanken in eine Richtung lenkt: zu den Menschen in fremden Ländern, die uns dringend brauchen. Wir nennen diesen süchtig machenden Virus: Virus Servanticus. Es wird einem schonungslos bewusst, zu den acht Prozent der Weltbevölkerung zu gehören, die einem privilegierten Kulturkreis angehören, der den Rest der Welt immer mehr hinter sich lässt. Und wir erleben direkt, dass sich die Schere zwischen armen und reichen Ländern immer weiter öffnet. Dieses Erleben verpflichtet jeden einzelnen von uns von selbst. Wenn wir wieder im Flieger nach Hause sitzen, ist unser Herz voll den vielen menschlichen Begegnungen, und wir fühlen, mehr mit nach Hau-



Kompliziertes Innenleben



Sybille Keller und Hein Stahl sind stets am Basteln



Die neue Zahnstation im Nepal-Hospital ist bestens ausgerüstet

se zu bringen als wir dort gelassen haben – wie immer. Wir würden uns freuen, wenn auch Sie das erleben wollen. Probieren Sie es einmal aus – vielleicht überfällt auch Sie der Virus Servanticus.

Die Stiftung „Zahnärzte ohne Grenzen“ (DWLF) ist flächig und nicht pyramidal organisiert. Sie versucht durch Investitionen von Zahnstationen und Gesprächen mit den führenden Politikern und führenden Zahnärzten der Gastländer, ein sinnvolles Zahngesundheitskonzept für jedes Land mit aufzubauen und darin seine Nische zu finden. Sie will in erster Linie Interessierte

informieren und animieren, es gleichzutun und diese Länder zu besuchen. Man muss etwas begreifen, um etwas zu begreifen. Die Stiftung „Zahnärzte ohne Grenzen“ ist im Augenblick in Nepal, Sri Lanka, Indien und in Rumänien aktiv. Weitere Länder sind in Vorbereitung.

Weiteres finden Sie auf unserer Homepage:

Wir finanzieren uns hauptsächlich durch Altgoldspenden und Geldspenden. Die Gemeinnützigkeit ist anerkannt. Es dürfen Spendenquittungen ausgestellt werden.

Spendenkonto:

EV Kreditgenossenschaft eG,
Kassel,
BLZ 520 604 10,
Kto.-Nr. 530 2471,
Zahnärzte ohne Grenzen

Sitz der Stiftung:

Wächterstraße 28,
90489 Nürnberg,
Telefon: 09 11/4 75 22 24,
E-Mail:
info@dentists-without-limits.org

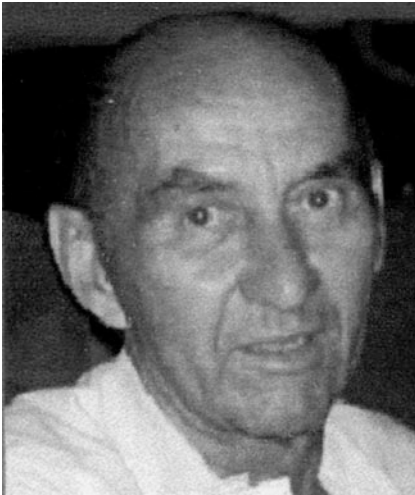


Zahnversorgung im Außencamp



Enthusiasmus pur - Zahnärztin Sybille Keller

Erfahrungen des deutschen Kinderchirurgen Alfred Jahn in Ruanda



Ich arbeite als integrierte Fachkraft (CIM) mit einem Arbeitsvertrag des Distriktkrankenhauses von Ruli und außerdem nach Absprache und mit Einverständnis der Krankenhausleitungen im Zentralkrankenhaus von Kigali, der Hauptstadt Ruandas (CHUK, abgekürzt für Centre hospitalier universitaire de Kigali), im letzteren jedoch ohne Vertrag. Ich bin Chirurg und Kinderchirurg. Das Fach Kinderchirurgie existiert nicht in Ruanda. Es gibt außer mir keinen weiteren Kinderchirurgen.

Kinder werden hier gewöhnlich von Erwachsenenchirurgen operiert. Das ist in vielen Fällen in Ordnung. Auch in Deutschland werden die meisten Operationen an Kindern nicht von Kinderchirurgen durchgeführt. Es gibt jedoch im Kindesalter chirurgisch zu behandelnde Krankheiten, die im Erwachsenenalter unbekannt sind und auf die der Erwachsenenchirurg von seiner Ausbildung her nicht vorbereitet ist. Selbst wenn er im konkreten Fall dann nachliest, fehlt ihm doch die Erfahrung. Kinderchirurgen sind unverzichtbar, wenn Krankheiten auftreten, wie zum Beispiel angeborene Missbildungen und Tumoren, die es

praktisch nur im Kindesalter gibt. Kompetente Behandlung kann in solchen Fällen nur der Kinderchirurg anbieten, denn er wurde dafür ausgebildet.

Im Unterschied zu Deutschland sind in Ruanda mehr als 50% der Bevölkerung jünger als 18 Jahre. Ich habe es also mit einer sehr jungen Bevölkerung zu tun. Aus einer aktuellen Statistik geht hervor, dass es in Ruanda insgesamt 11 ruandische ausgebildete Chirurgen gibt, in dieser Zahl sind schon die Orthopäden (4) und der einzige Urologe enthalten. Im CHUK, dem größten Krankenhaus des Landes, arbeiten vier Orthopäden, die ausschließlich Unfallchirurgie betreiben, ein Allgemeinchirurg und ein Urologe, der gleichzeitig der ärztliche Direktor des Krankenhauses ist.

Zuweilen ergibt sich eine dramatische Situation. Am Wochenende 17. / 18. Mai 2008 zum Beispiel mussten etwa 30 Patientinnen und Patienten im CHUK draußen schlafen. Alle hatten Knochenbrüche und harrten ihrer chirurgischen Versorgung. Angesichts dieser Situation hat der chirurgische Chefarzt alle anderen Operationen, auch meine, in der darauf folgenden Woche storniert, damit diese Patienten vorrangig „abgearbeitet“ werden konnten. Diese Entscheidung ist zwar nachvollziehbar, aber für die Patienten, deren Operationen verschoben wurden, eine Katastrophe. Sie müssen für den Krankenhausaufenthalt bezahlen, auch wenn nichts geschieht, außer auf die Operation zu warten. Das allein übersteigt bei vielen die finanziellen Möglichkeiten. Die verzweifelten Mütter meiner kleinen Patienten kommen dann zu mir und be-

schwören mich geradezu, ihre Kinder zu operieren.

Zu den erwähnten 11 einheimischen Chirurgen muss man noch 12 ausländische zählen, die aus aller Herren Länder stammen und unterschiedlich lange Verträge haben. Sie kommen zum Beispiel aus Kasachstan, Cuba, Ägypten, Kambodscha und auch aus Deutschland. Immer mal wieder kommen Spezialistentteams oder einzelne Spezialisten aus Europa, den USA, Canada oder Australien für 1 bis zwei Wochen und operieren für sie speziell vorbereitete und ausgewählte Patienten.

Alle ruandischen Chirurgen arbeiten in der Hauptstadt. Im CHUK arbeitet außer mir kein ausländischer Chirurg. In der chirurgischen Universitätsklinik in Butare ist andererseits kein ruandischer Chirurg tätig. Gelegentlich wird ein Assistent dorthin delegiert, der jedoch gewöhnlich alles daran setzt, so schnell wie möglich nach Kigali zurück zu kehren, wo er sein soziales Umfeld hat. Gegenwärtig stehen in Ruanda insgesamt sechs Assistenten in der chirurgischen Weiterbildung. Sie sind auf zwei Krankenhäuser verteilt, aufs CHUK und das König Faisal Krankenhaus in Kigali.

Vor drei Jahren hat der damalige Präsident der Universität in Butare, Dr. Emile Rwamasirabo, in einem Vortrag beklagt, dass mehr als die Hälfte der ruandischen Ärzte in nicht-medizinische Berufe abgewandert seien. Er selbst, ein Urologe, avancierte kurze Zeit später zum Botschafter des Landes in Japan und schied somit als Arzt aus.



Es wäre jetzt also angesichts der geschilderten Situation nahe liegend, dass angehende Chirurgen die Möglichkeit einer Spezialisierung im Fach Kinderchirurgie beim Schopfe fassen würden. Außerdem müsste eigentlich erwartet werden, dass Verantwortungsträger wie der Gesundheitsminister, und jene, die für die Zukunft der Chirurgie verantwortlich zeichnen, wie die Ärztekammer, die Medizinische Fakultät der Universität und ärztliche Direktoren alles daran setzten, um angehenden Chirurgen ans Herz zu legen, im Rahmen ihrer Ausbildung eine gewisse Zeit, beispielsweise zwei Jahre, bei mir zu absolvieren, um Kinderchirurgie zu erlernen.

Ich habe es immer mit Assistenzärzten zu tun, die motiviert und interessiert sind, die eine Zeitlang mit mir arbeiten, aber dann wieder wegbleiben. Frage ich nach, kommen die unterschiedlichsten Antworten. Er habe das Handtuch geschmissen, heißt es dann, er mache jetzt etwas anderes, oder er habe einen besser bezahlten Job in einer NGO bekommen, oder er sei versetzt worden u s w, u s w. Je weniger chirurgische Assistenten es gibt, um so stärker sind sie in den Krankenhausbetrieb auch außerhalb des Operationssaales eingespannt, wie in Nachtdienste, Stationsvisiten, Wochenenddienste, Notaufnahme. Nachtdienste und Wochenenddienste sind dann gewöhnlich gefolgt von Abwesenheiten durch Freizeitausgleich. Am Ende ist dann kaum noch einer verfügbar. Wie soll ich in dieser Situation einen Assistenten finden?

Alle Chirurgen des Landes sind in fortgeschrittenem Lebensalter und dürften in wenigen Jahren ihre berufliche Tätigkeit einstellen. Mit

dem Nachwuchs wird man kaum rechnen können, denn es gibt zu wenige, die sich für die Chirurgie entschieden haben. Auf lange Sicht wird die chirurgische Versorgung nur durch Ausländer gesichert werden können. Redet man mit Verantwortungsträgern darüber, hat man den Eindruck eines mit den Schultern zuckenden Fatalismus.

Ich habe die Situation so ausführlich geschildert, damit die Leser dieses Berichtes verstehen, in welchem schwierigem Umfeld ich arbeite und warum ich an dem Ziel, nämlich Kinderchirurgen auszubilden, gescheitert bin.

War und ist meine Arbeit deshalb sinnlos?

Ich möchte von zwei Ärzten berichten, die mit mir längere Zeit gearbeitet haben. Dr. Avide war früher als Allgemeinmediziner in Ruli tätig und wurde zum Chefarzt in Gisenyi und danach zum Chefarzt in Rwamagana ernannt. Er erzählte mir, dass er durch seine Zusammenarbeit mit mir gelernt habe, mit einer Reihe von chirurgischen Krankheiten im Kindesalter fertig zu werden, sei es im Management oder sei es auch operativ.

Dr. King macht seine chirurgische Ausbildung im König Faisal Krankenhaus und wurde viele Monate hindurch abgestellt, mir bei meinen Operationen im CHUK zu assistieren. Er wurde vor mehreren Monaten an die chirurgische Universitätsklinik nach Butare versetzt und berichtete mir, dass er dort auf Grund seiner Zusammenarbeit mit mir für die Kinder verantwortlich eingesetzt wurde und er sich gegenüber den Kollegen dort dadurch habe profilieren können. Vielleicht trägt

meine langjährige Arbeit ja nun doch Früchte, wenn ich auch mehr erwartet hatte. Man muss in der Entwicklungszusammenarbeit auch mit kleinen Fortschritten zufrieden sein.

Wie sieht meine Arbeit im Einzelnen aus?

An drei Wochentagen arbeite ich im Distriktkrankenhaus in Ruli und an einem Wochentag, gelegentlich auch an zwei, im CHUK. Meine Patienten kommen aus dem ganzen Land, die meisten sehe ich während der Sprechstunde im CHUK. Ich habe dort keine fest etablierte Sprechstunde. Die Patienten finden mich in einem Vorraum zum Operationstrakt der HNO-Klinik und zwar in der Wartezeit zwischen den Operationen. Dieser Vorraum ist gleichzeitig Durchgang für viele Personen. Hier sehe ich die Patienten, höre ich den Eltern zu, untersuche ich die Kleinen, stelle die Diagnose, falls eine solche auf Anhieb möglich ist, erwäge die Indikation zur Operation und gebe den Patienten gegebenenfalls einen Operationstermin oder leite weitere Untersuchungen ein, um zu einer sicheren Diagnose zu kommen. Bei nicht dringlichen Operationen liegt die Wartezeit bei fünf Monaten. Ich versuche gewöhnlich, die Patienten davon zu überzeugen, dass sie einen früheren Termin für eine Operation in Ruli bekommen können, da dort meine Kapazität größer ist. Viele wissen jedoch nicht, wo Ruli liegt und andere scheuen die zusätzlichen Kosten für den Transport.

Viele Patienten kommen sehr spät in meine Behandlung. Die Krankheit ist dann oft weit fortgeschritten und die Behandlung schwieriger gewor-

den, und die Ergebnisse sind nicht befriedigend, wenn die optimale Behandlungszeit versäumt wurde. Das trifft besonders auf Kinder zu, die einen bösartigen Tumor, einen Wasserkopf oder die so genannte Hirschsprungsche Erkrankung haben. Die häufigste Operation ist die Korrektur einer Hypospadie. Darunter versteht man eine Missbildung der männlichen Harnröhre, die nicht an der normalen Stelle mündet, sondern irgendwo an der Unterseite des Penis oder des Hodensackes oder sogar am Damm. Die Operation kann man nur mit feinsten Instrumenten durchführen, die es in keinem Krankenhaus hier gibt. Überdies kann der einzige Urologe im Land sowieso nicht alle Patienten seines Fachgebiets versorgen. Ich habe 2007 insgesamt 54 Knaben und auch ein paar Erwachsene wegen einer Hypospadie operiert.

Insgesamt 49 Kinder habe ich wegen eines Hydrocephalus (Wasserkopf) operiert. Es handelt sich dabei überwiegend um ein angeborenes Leiden, nur ein Kind hatte einen Hirntumor, ein anderes eine Meningitis als Ursache. Bei der Operation wird ein Katheter ins Schädelinnere gelegt, mit einem Ventil verbunden, von dem ein weiterer Katheter in den Bauchraum abgeht. Das ganze System leitet dann Hirnwasser in den Bauch. Ein Ventil kostet ca. 800 \$ US und wird durch den Verein „Krankenhaus Ruanda e.V.“ (Vorsitzender: Helmut Schmitt, Kaiserslautern) großzügiger Weise zur Verfügung gestellt. Ohne diese Unterstützung könnte kein Kind, das einen Wasserkopf hat, operiert werden und müsste mit zunehmender geistiger Behinderung leben oder gar früh sterben. Von den 49 Wasserkopfkindern hatten 28 gleichzeitig eine angeborene Wirbelsäulen- spalte (Spina bifida) mit einem Vor-

fall des Rückenmarks (Myelomeningocele), dessen operative Versorgung der Operation eines Wasserkopfes vorangeht. Diese Missbildung ist gewöhnlich von schweren Funktionsbeeinträchtigungen der unteren Extremitäten, des Mastdarms und der Blase begleitet. Das sind schwere Krankheitsbilder, die es in Deutschland kaum noch gibt, da die Diagnose pränatal gestellt werden kann und die Schwangerschaft in der Regel dann beendet wird. Hier stellen diese Kinder mit ihren Behinderungen eine unvorstellbar große Belastung der ohnehin armen Familien dar.

Ich habe insgesamt 21 Kinder wegen einer Lippenpalte operiert. Dies ist eine Operation, die ich sehr gern mache. Sie ist in jedem Lebensalter möglich. Das Ergebnis ist immer beglückend für alle Beteiligten, die Patienten, deren Familienangehörige, den Chirurgen und das Pflegepersonal.

17 Kinder wurden wegen einer anorektalen Missbildung operiert. Diese Kinder kommen ohne einen After zur Welt. Zuweilen entleert sich der Stuhl durch eine Fistel aus dem Vorhof der Scheide oder bei Jungen aus der Harnröhre. Es gibt da ein ganzes Spektrum verschiedener Missbildungsformen in diesem Bereich. In der Regel wird bei diesen Kindern zunächst ein künstlicher Darmausgang angelegt. Nach der Korrektur der Fehlbildung und Heilung kann der Kunstafter wieder zurück verlagert werden. Ein Kunstafter stellt die Familien vor große Probleme, da sie sich meistens den Kauf von Kunstafterbeuteln nicht leisten können. Der Stuhl läuft dann die Bauchdecke hinab, oder die Eltern wickeln etwas Provisorisches um den Bauch, um den Stuhl abzufangen, was nie so richtig funktio-

niert. Deshalb überlege ich stets sehr sorgfältig, ob ich einen Kunstafter unbedingt anlegen muss.

Da ich Kinderchirurg bin, möchte ich auch nur für die Kinder da sein. Ich kam jedoch nicht umhin, auch Erwachsene zu operieren. Der Leidensdruck der Patienten war oft zu groß. So habe ich im Berichtszeitraum insgesamt 19 Patienten, vorwiegend Frauen, wegen eines Kropfes an der Schilddrüse operiert.

Mit den Mitarbeitern in den Krankenhäusern, den Schwestern, Pflegern, Ärztinnen und Ärzten habe ich ein sehr gutes Verhältnis. Ich arbeite gern mit ihnen. Sie sind durchweg motiviert und engagiert und gehen mit den kleinen ängstlichen Patienten liebevoll um.

Trotz meines hohen Lebensalters (71 Jahre) arbeite ich noch mit Begeisterung. Meine robuste Gesundheit und körperliche Fitness befähigen mich, stundenlang am Operationstisch zu stehen. Ich fühle mich diesem geschundenen Lande verbunden und mag seine Bewohner.

Alfred Jahn, Kigali Ruanda

www.kinderhilferuanda.de





Fundraising - INTERPLAST-Germany



INTERPLAST-Germany founded in 1980 by Gottfried Lemperle in Frankfurt stands for international plastic reconstructive surgery for developing countries.

This Non-Governmental Organization (NGO) is committed to humanitarian aid organizing surgical missions in the specialized field of plastic and reconstructive surgery world wide. In the past 27 years members of INTERPLAST have treated 55,000 patients within 650 missions and ran three hospitals in Afghanistan, Nepal and Northeast of Brazil. Due to security issues the hospital in Afghanistan had to be closed whereas the others remain very successful in offering sustainable aid and passing on substantial knowledge.

Developmental aid by INTERPLAST is structured in three fundamental steps:

1. Mission: Pilot project on demand designated to locate a suitable working environment in an area in real need of plastic surgery for the socially underprivileged.

2. Surgical Camp: If there is a good cooperation with the local team and a well organized social partner

we can provide our help and share our surgical experience for the benefit of the poor.

3. Independence: When teaching and assistance leads to a level of good quality of basic plastic surgery we can reduce our presence and remain supportive by being available for expert questions.

Why is the humanitarian aid of INTERPLAST so effective?

The success is mainly due to the organizational structure of decentralisation. All activities are organized by the members working voluntarily usually during their vacations or after retirement.

Every member is highly motivated feeling it is his own mission whereas the patronage of the INTERPLAST organization remains in the background.

Even very small groups of enthusiastic participants join us and profit from the insurance and financial framework of our officially established organization.

In Germany we comprise of 12 regional INTERPLAST-Sections taking care of various projects. All of them are independent in regards to

fundraising, preparation of their missions and take full responsibility for their own project.

Financial aspects: Even with the best humanitarian enthusiasm you strongly rely on financial resources. INTERPLAST charges a small membership fee (30 Euros) of the 1250 members and receives donations from individuals and companies, annual donations as well as material donations. Three independent Pro-Interplast Societies support us financially on a regular basis. In Seligenstadt the most effective Pro-Interplast Society, run by one of G. Lemperle's former patients was able to finance 300 missions within 18 years. In 2004 an INTERPLAST-Foundation was established for our long-term projects and hospitals.

Private fundraising is the task of every active team member including mission reports in local newspapers, TV presentations of our activities, presentations and lectures on humanitarian aid in social clubs and churches. We receive money from grateful patients in Germany, donations instead of birthday gifts, Christmas markets, sports contests e.g. golf, tombola and beneficial concerts. Impressed by the ef-



efficiency of our help we obtain donations from shops, stores, and companies showing their social attitude. There is support through penalty fees from the court of justice, inheritance and welfare organizations who follow our ideals. INTERPLAST provides flyers, postcards, posters and publishes a detailed yearbook with many mission reports giving transparency of our work. We are represented on the www.interplast-germany.de homepage where we just introduced an electronic online donation link. We don't intend to practice professional fundraising: No advertising, no public mailings, no sponsorship, no paid staff for fundraising and no governmental support.

Thanks to the activities of the INTERPLAST members there is no professional administration of our organization necessary which would be very expensive. The costs for administration amount only up to 5% of the budget. Two secretaries on a low salary arrange the administrative tasks and look after the donors. All remaining duties need to be taken care of voluntarily by the active members kindly supported by their families and friends. In order to reduce any costs in the organization of the camps we ask for free medical material, try to convince airlines to allow free excess luggage and look forward to getting support by local authorities and individuals for the planned expedition. Owing to this strategy of confidence and reliability the donors put their trust in us that we won't waste their money. Final reports of the successfully managed humanitarian aid and personal acknowledgement enable us to make use of this „partnership of help“ for the next time again.

In the last years we put emphasis on the quality control of our work and looked for more sustainability. Camp registration and documentation became compulsory for the team insurance and financial acceptance. In the recently established INTERPLAST Academy experienced plastic surgeons train our own team members in the special pathology and medical problems of the developing countries and explain the basic plastic surgical techniques suitable for the simple local facilities of these countries. This will facilitate passing on our knowledge to the local doctors enabling them to better treat their own patients. We object to importing a neo-colonialism, self aggrandising performance or imposing a super materialism – we are behaving as guests, colleagues within a group of colleagues and try to convince through team work in the surgical camp.

Humanitarian aid in the field of plastic surgery should not only remain a national task but also an European idea to enable collaboration and meliorate the aid we can provide. During our annual INTERPLAST-Symposium in Bad Kreuznach/ Germany joined by international guests from France, Holland, Italy and UK we started 2004 to think about INTERPLAST-Europe. However all these ideas of international collaboration depend upon the interest and input from all parties. If we share our experience and express more transparency of our activities then we all will benefit from this knowledge allowing us to learn about specific problems and how to manage them better. The idea of SHARE as the Committee on Surgeons' Humanitarian Aid Resource

Europe of the European Society of Plastic, Reconstructive and Aesthetic Surgery (ESPRAS) underlines the importance of co-operation between other national charity organizations. INTERPLAST-Germany will actively participate in this process of coordination, improving communication and showing respect for other individuals engaged in humanitarian aid.

André Borsche
INTERPLAST-Germany





Human Aid Project - Benefiz-Musik-Projekt für Interplast

Produktion eines Songs & Musikvideos von Künstlern
der Region Bad Kreuznach

„We share one Dream“

zu Gunsten von INTERPLAST
mit einer dt./ engl. Mini-Doku
über unsere Arbeit.

www.human-aid-project.com
Initiative und Regie:

Björn Schömel – Crucenia Pictures Music 2008

Die CD ist für eine Spende
erhältlich bei:
bschoemel@crucenia-pictures.de

PLASTIC SURGERY UNDER CHALLENGING CONDITIONS: Humanitarian Aesthetic Surgery

Patrick Knipper, President of Interplast-France

Humanitarian plastic surgery is being performed in France, day in, day out, by plastic surgeons. We can be humane without engaging in "humanitarian" work. Oddly, though, it is also possible to do engage in a humanitarian exercise without being humane: some "volunteers" appear to see humanitarian work as an opportunity to travel, rather than as an opportunity to help human beings in distress.

Even when performed for "humanitarian" reasons, plastic surgery must address the aesthetic dimension. Many surgeons still feel that "humanitarian aesthetic surgery" is a contradiction in terms. How can one envisage cosmetic surgery when the object of the mission is to meet the most basic demands

for surgery? Aesthetic surgery is still considered as something undertaken to prettify patients who are not really ill, as opposed to the "real" surgery provided by the "humanitarian" surgeon, who is there to help those in actual need of surgery.

Let us remember, though, that it is not for us to decide what is and what is not important to a given patient. We are here to meet the patient's demand, regardless of the nature of, and the background to, this demand. It may, undoubtedly, be more ego-boosting for a surgeon to say that, but for his operation, the patient would have been left with a functional deficit; however, the ultimate objective of surgery should be the satisfaction of the

patient. And if something that looks good is more likely to function better, then why not ensure that a good functional result is also aesthetically pleasing? Regardless of the countries visited, the patients we have encountered during our missions have taught us that, to them, the cosmetic result was as important as the functional outcome, or that the two aspects were indissociable.

There was also a cosmetic consideration in the reconstruction of the elbow of a young man in Benin, who had had a severe Buruli ulcer. His right elbow was contracted, with extensive fibrosis, especially over the anterior aspect. We performed a wide resection, and managed to release the elbow completely. The defect was covered by



a pedicled myocutaneous latissimus dorsi flap. Elbow mobility was excellent, and the postoperative course was uneventful. We were happy to have restored function to the patient's elbow, since, with a working elbow, the young man would be able to work in the fields, and, consequently, think of having a family. We were very aware of this association between the functional and the expected social outcome. However, the flap was still a bit bulky, and did not look very attractive. We explained to the patient that the flap would get thinner by and by. But how does one get the concept of secondary muscle atrophy across? Also, Buruli ulcers are painless. Following surgery, the patient obviously had some pain. We had performed a successful operation, but in the patient's eyes we had done more harm than good.

In noma, the repair of some of the facial mutilations also serves an – often tacit – cosmetic purpose, even though the highly sophisticated techniques employed are designed for reconstruction. Noma, also known as cancrum oris, is an infective ulcerative and necrotic gingivostomatitis which, nowadays, affects mainly African children (in the so-called noma belt of Africa). Malnutrition, poor oral hygiene, and a variety of systemic diseases are risk factors. Mortality has been greatly diminished by the use of antibiotics and proper nutrition. At the postulcerative stage, the patients are left with major orofacial disfigurement.

I vividly remember a young girl from Togo, who came to us accompanied by some nuns from northern Nigeria. She had been living alone, outside her village, and had been raped repeatedly. Her face was ter-

ribly disfigured by noma, with a huge, foul-smelling cleft from the corner of the mouth right up to the temporal region. The nuns had been unable to do anything for her, so they had decided to bring her to us. Basically, there was nothing wrong with her physiologically or in terms of laboratory parameters. She just could not chew. She was getting enough nutrition from (manioc-based) liquid feeds, and did not appear to have any nutritional deficiencies. So why did we operate on her? To restore function, that's why. To reconstruct her face, that's also why. We think that she was happy to be able to close her mouth a bit more, and to move her jaw, however little. Above all, we think that she was happy to have a face again that might no longer need to be hidden behind a veil. In more than one way, she was healed – and that was cause for happiness.

These examples prompted us to think about the true purpose of surgical missions under challenging conditions. Plastic surgery is only one modality, in a vast array of treatment approaches. Healing, function – those are the results that satisfy us surgeons. But what about pain relief? What about the fact that this girl, with her new-found face, was no longer being raped? Who can say what "healing" really means?

Humanitarian aesthetic surgery has taught us that cosmesis is essential for repair, and that there is no need for trying to justify cosmesis by saying that it is a byproduct of reconstruction: cosmesis is an integral part of reconstruction. Repairing a cleft lip in a little Asian girl could be seen as reconstructive surgery, or as aesthetic surgery.

One might say that it is reconstructive surgery, because that is more "significant", or because it involves reconstruction of the muscles of the lip. The little girl might want a prettier, a more cosmetically appealing lip. So that would make cleft-lip repair an aesthetic procedure. However, the "why" is unimportant, since the "how" – the technique – will be the same, and since the surgeon will always try to achieve the best, and the most cosmetic, result. It follows that the reason for which the surgery is performed is the only criterion for calling a particular operation a reconstructive or an aesthetic procedure. Once the operation has been decided upon, the execution of the procedure will be the same. In the final resort, it is not definitions that matter: what counts is that the little Asian girl will be happy, and, as we hope, will be "pretty" happy.

In practical terms, and however paradoxical it may sound, we have learnt not to do aesthetic surgery, but to do surgery with a view to achieving an aesthetic result, even when working on a so-called humanitarian mission.

Patrick Knipper, Paris

Email@docteur-knipper.com

The complete article with a lot of very interesting ideas concerning „Plastic Surgery under challenging conditions“ and many surgical techniques are described in detail on the homepage of INTERPLAST France. www.interplast-france.net

It can be downloaded for personal practical information. You will find the complete article with all photos also on the INTERPLAST-CD No 1 in English and French.



ESPRAS SHARE
and INTERPLAST - Europe
International Plastic Surgery for Developing Countries



The convincing
idea of
European Coop

INTERPLAST - CD No 1

Teaching and learning are important aspects of the INTERPLAST philosophy. So we are very happy to present you the first co-production of INTERPLAST Holland, France and Germany in form of a CD with practical guides and textbook with lots of pictures which illustrate many plastic surgical procedures. Combined on the INTERPLAST-CD No 1 four authors donated their manuscripts for free and hope to make their experience available for everybody. Enjoy these individual textbooks to the benefit of all your patients even under challenging conditions all over the world !

André Borsche
INTERPLAST-Germany

Rein J. Zeemann
INTERPLAST-Holland

Patrick Knipper
INTERPLAST-France

In addition we want to introduce the new founded **Committee on Surgeons' Humanitarian Aid Resource Europe** **ESPRAS SHARE**

You can order the INTERPLAST-CD No 1 :

sekretariat@interplast-germany.de

or

borsche@interplast-germany.de

INDEX

1 Camelbook by Greta Hesselting

A short journey through the land of Plastic Surgery

Basic reconstructive techniques for INTERPLAST Camps

Written by a very experienced OT-nurse for nurses, students and young doctors this practical guide supports better understanding of the basic technics in plastic surgery in developing countries and stands for close cooperation with the local hospital staff.

INTERPLAST - Holland
Contact : gretahesselting@home.nl

**2 Plastic Surgery under
Challenging Conditions** by Patrick Knipper

The concept of missions and principles of surgical technics

Written by the president of INTERPLAST-France this article addresses to colleagues going on their first missions. You will find many important details concerning mission philosophy, preparation and practical surgical hints. It offers excellent illustrations which show step by step even larger surgical interventions as pectoralis or latissimus flaps and is in an English and French version available.

INTERPLAST - France
Contact : interplast@docteur-knipper.com

**3 Freie mikrovaskuläre
und axiale gestielte Lappen**

von Martin Schwarz und Max Geishauser
und viele Zeichnungen von Thomas Müller

These plastic surgeons from Germany support Interplast actively since years and offer us their instructive textbook for free publication.

Den Autoren und vor allem dem Verlag Hans Huber, Bern sei hierfür ganz herzlich gedankt ! Selbst wenn sicher nicht alle hier so präzise beschriebenen Lappenplastiken bei INTERPLAST-Einsätzen zur Anwendung gebracht werden können, vermitteln sie doch einen Eindruck von dem Spektrum der möglichen Rekonstruktionen. Wir lernen in diesem schönen Nachschlagewerk vor allem von den persönlichen Berwertungen aus den Erfahrungen der Operateure für unseren eigenen Alltag. Obwohl der Text nur auf Deutsch verfügbar ist, sind aber die tollen Zeichnungen überall auf der Welt zu verstehen.

INTERPLAST - Germany Sektion Freiburg / Schopfheim
Contact : schwarz@zadc.de

4 ESPRAS SHARE

Committee on Surgeons' Humanitarian Aid Resource Europe

The aims of ESPRAS SHARE are:

- I. to facilitate and better coordinate humanitarian activities involving European plastic surgeons, and
- II. to improve the quality of humanitarian aid given by European plastic surgeons so that no harm will be done and so that the aid contributes to sustainable development of reconstructive plastic surgery in receiving countries.

In reaching the targets of sustainability and better coordination, improving communication between the various organizations and individuals engaged in humanitarian aid is necessary.

www.esprasshare.org





INTERPLAST-Germany e.V.

A NONPROFIT ORGANISATION PROVIDING FREE RECONSTRUCTIVE SURGERY AROUND THE WORLD

Information leaflet



INTERPLAST consists of volunteer medical personnel (plastic surgeons, anaesthetists, operating room and anaesthetic nurses and other specialists), who work free of charge, usually during their annual holiday. Travel expenses, medical supplies and instruments are funded by donations raised in Germany from industry as well as the general public.

INTERPLAST-teams provide reconstructive operations that transform the lives of children with physical disabilities and thereby improve the future of the whole family of those children, too. INTERPLAST has no financial, political, racial or religious interest.

The aim is to provide plastic surgery to improve function, not to do cosmetic surgery. Cooperation with local medical staff and working at existing hospitals close to the patients' home is efficient and offers education in a specialist field for all involved. Apart from medical staff, local volunteers with social commitment are essential for the preparation and the smooth running of a successful INTERPLAST-camp.

If you, your town, your hospital, or a charitable organisation you know think about hosting an INTERPLAST-camp, here are some important points to consider:

- advance notice for the team should be given at least 6 months before the intended date
- duration of the camp is usually 2 weeks, i.e. 10 operating days. Depending on the severity of cases, about 100 patients can be operated during that time.
- size of the team varies depending on the number of operating tables, anaesthetic facilities and local staff available. On average, a team will consist of 6-8 people, 2-4 surgeons, 2 anaesthetists, 1-2 OR-nurse and 1 anaesthetic nurse, thus being able to run 2 operating tables (smaller or larger teams possible on request).
- Local staff, i.e. doctors, nurses, interested volunteers are essential for the smooth running of the camp
- patient pre-selection should be done by local doctors during the months before the camp. If possible, they should inform the team about the type of surgery and special cases beforehand to allow appropriate planning of instruments and supplies for the camp.
- the first day consists of screening and selecting the patients for the operating lists, unpacking equipment and setting up the operating room(s).
- types of operation : burns contractures, congenital deformities like cleft lip and palate, functional deficits or disfiguration from injury, infection (polio, leprosy, Noma etc.), tumours - in children, but usually some adults can be considered for surgery as well
- long working hours have to be anticipated by all involved to make an effective camp. Apart from operating, ward rounds and change of dressing sessions take place every day.
- the hospital should offer : two operating tables / anaesthetic machines, recovery room, enough beds (in tents, if necessary) electricity supply, water, normal saline for infusion, sheets and gowns, if possible oxygen, nitrous oxide, halothane, some dressing material, plaster of paris,
- the INTERPLAST-team will provide : special instruments and medical equipment, suture material and special drugs and dressings
- you are requested to provide : (if possible, but if you don't have the means, other arrangements can be discussed) basic, clean accommodation, food and transport for the team. Government / Health ministry permission for camp; assistance with customs, excess baggage clearance.

Many years of experience and thousands of grateful patients are proof of the success of INTERPLAST activities. YOU can be part of it.

For further information, please contact : INTERPLAST – Germany, Department of Plastic surgery
Diakonie Krankenhaus , Ringstrasse 64, 55543 Bad Kreuznach, Germany, Fax. 0049-671-6052112,
mail: alamuti@interplast-germany.de



INTERPLAST-Germany e.V.

Gemeinnütziger Verein für Plastische Chirurgie in Entwicklungsländern

Vorstand: Dr. André Borsche, Dr. Hubertus Tilkorn, Dr. Dietmar Scholz, Dr. Nuri Alamuti
 Geschäftsstelle: Klinik für Plastische und Rekonstruktive Chirurgie, Diakonie-Krankenhaus
 Ringstraße 64, 55543 Bad Kreuznach - Tel.: (0671) 6052110 - Fax: (0671) 6052112



Antrag auf Mitgliedschaft bei INTERPLAST-Germany e.V.

Fördermitglied

Ich bin Arzt/Ärztin und bereit an einem Interplast-Einsatz teilzunehmen

Ich bin Krankenschwester/Pfleger und bereit an einem Interplast-Einsatz teilzunehmen

Name: _____

Titel: _____

Nationalität: _____

Geburtsdatum: _____

Photo optional

Anschrift: _____

Telefon: _____ Fax: _____ e-mail: _____

Berufsbezeichnung: _____ Funktion: _____

Den Mitgliedsbeitrag von 30 Euro überweise ich auf das INTERPLAST-Germany e.V.
 Konto: 2571 990 BLZ: 370 700 24 Deutsche Bank, Köln

Hiermit erteile ich INTERPLAST-Germany e. V. die Ermächtigung den jährlichen
 Mitgliedsbeitrag von 30 Euro von meinem Konto abzubuchen.

Die Ermächtigung ist jederzeit widerrufbar.

Meine Bankverbindung:

Konto: _____ BLZ: _____ Institut: _____

Ort, Datum

Unterschrift



Die von der Gründerversammlung am 17. Oktober 1980 in Frankfurt am Main beschlossene Satzung für „INTERPLAST-Germany e.V.“ wurde bei der Mitgliederversammlung am 7. März 2003 in Bad Kreuznach in die hier vorliegende Fassung geändert und einstimmig beschlossen.

Satzung

INTERPLAST-Germany e.V.

Gemeinnütziger Verein für Plastische Chirurgie in Entwicklungsländern

§ 1 Name und Sitz des Vereins

- 1.) Der Verein führt den Namen:
INTERPLAST - Germany
- 2.) Der Verein hat seine Geschäftsstelle bei dem/der jeweiligen Vorsitzenden und ist beim Amtsgericht in Frankfurt am Main unter der Vereinsregister-Nr. 73 VR 8419 eingetragen.

§ 2 Zweck des Vereins

Aufgabe des Vereins ist die plastisch-chirurgische Hilfe, Menschen in Entwicklungsländern mit angeborenen und erworbenen Defekten und Fehlbildungen durch chirurgische Eingriffe sowie begleitende humanitäre und mildtätig-soziale Maßnahmen zu einer wesentlichen Verbesserung der Lebensqualität zu verhelfen. Dabei arbeitet der Verein auch mit anderen Organisationen und Stiftungen zusammen, die ähnliche Ziele verfolgen. Der Verein kann auch solchen Organisationen Mittel zur Verfügung stellen, wenn die zweckentsprechende Verwendung sichergestellt ist. In erster Linie sollen Patienten mit Gesichtsfehlbildungen, Lippen-Kiefer-Gaumenspalten, Handfehlbildungen, schweren Verbrennungsnarben, Tumoren der Haut und des Kopfes, Defekten durch Unfälle oder Kriegsfolgen und sonstigen Erkrankungen, die in das Fachgebiet der Plastischen Chirurgie fallen, behandelt werden.

Die Operationen werden von einem Operationsteam unentgeltlich entweder in dem betreffenden Entwicklungsland oder ausnahmsweise in einer plastisch-chirurgischen Abteilung eines deutschen Krankenhauses vorgenommen. Der Verein finanziert dabei entweder die Reise und die Aufenthaltskosten des Operationsteams in das betreffende Entwicklungsland oder die Reise und den Krankenhausaufenthalt der Patienten in die Bundesrepublik Deutschland. Als Entwicklungsland gelten nicht nur die Länder, die als solche von der Bundesrepublik Deutschland anerkannt sind, sondern alle Länder in denen sozial bedürftige Menschen plastisch-chirurgische Hilfe brauchen.

Der Verein verfolgt ausschließlich und unmittelbar mildtätige Zwecke im Sinne der Vorschrift des § 63 AO. Die Mitglieder des Vereins und alle den Satzungszweck verwirklichende Personen arbeiten für den Verein unentgeltlich. Ansonsten werden lediglich die entstandenen Reise-, Aufenthalts- und Materialkosten erstattet, soweit tatsächlich Aufwendungen entstanden sind. Die Mitglieder erhalten darüber hinaus keine Zuwendungen aus Mitteln des Vereins. Mittel des Vereins

dürfen nur zu satzungsgemäßen Zwecken verwendet werden. Nach Genehmigung durch den Vorstand darf, falls erforderlich, für umfangreiche administrative Aufgaben im Bereich des Vorstandes und der Sektionen ein(e) Mitarbeiter(in) (Nichtmitglied) beschäftigt und finanziert werden.

Es darf keine Person durch Ausgaben, die dem Zweck der Körperschaft fremd sind begünstigt werden.

§ 3 Mitgliedschaft

Der Verein hat:

- 1.) ordentliche Mitglieder
- 2.) Ehrenmitglieder

Zu Ehrenmitgliedern können solche Personen ernannt werden, die sich um den Verein besondere Verdienste erworben haben. Ordentliche Mitglieder können sowohl natürliche als auch juristische Personen werden.

Mitglied kann jeder werden ohne Rücksicht auf Beruf, Rasse, Religion, politische Einstellung oder Staatsangehörigkeit. Die Aufnahme ist schriftlich zu beantragen.

Die Mitgliedschaft erlischt bei Tod, durch Austritt (der nur schriftlich zum Jahresende erklärt werden kann) und durch Ausschluss. Der Ausschluss erfolgt auf schriftlich begründeten Antrag eines Mitgliedes durch Beschluss des Vorstandes. Dem Auszuschließenden ist Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Beim Ausscheiden aus dem Verein erlischt jeder Anspruch auf sämtliche als Vereinsmitglied erworbene Rechte.

§ 4 Rechte und Pflichten der Mitglieder

Alle Mitglieder sind berechtigt, an der Mitgliederversammlung teilzunehmen, wobei die ordentlichen und auch die Ehrenmitglieder Antrags- und Stimmrecht besitzen. Juristische Personen als Mitglied haben jedoch nur eine Stimme.

§ 5 Mitgliedsbeitrag

Die Höhe des Mitgliedsbeitrages wird von der Mitgliederversammlung festgesetzt und beträgt derzeit 30,- € pro Jahr. Der Betrag ist im laufenden Jahr fällig. Erfolgt nach einmaliger Mahnung keine Zahlung führt dies zum Ausschluss.

§ 6 Organe des Vereins

Die Organe des Vereins sind:

- 1.) Die Mitgliederversammlung
- 2.) Der Vorstand
- 3.) Die Sektionen

§ 7 Mitgliederversammlung

- 1.) Die Mitgliederversammlung wird durch den Vorstand mindestens 2 Wochen im voraus schriftlich einberufen und soll jährlich stattfinden.
- 2.) Bei aktuellem Anlass kann der Vorstand eine außerordentliche Mitgliederversammlung einberufen oder
- 3.) 25 v. H. der Mitglieder haben die Möglichkeit, unabhängig von der Einberufung durch den Vorstand, die Einberufung einer Mitgliederversammlung zu beantragen.
- 4.) Die Tagesordnung soll enthalten:
 - a) Jahresbericht des Vorsitzenden
 - b) Bericht des Kassenprüfers und des Kassenwartes
 - c) Entlastung des Vorstandes
 - d) Neuwahlen, sofern erforderlich
 - e) Haushaltsvoranschlag, Anträge und Wünsche
 - f) Verschiedenes

Die Mitgliederversammlung wird vom Vorsitzenden oder seinem Stellvertreter geleitet. Über die Mitgliederversammlung selbst ist ein Protokoll zu führen, das von mindestens 2 Vorstandsmitgliedern zu unterschreiben ist. Bei Abstimmungen gelten Anträge als abgelehnt, wenn Stimmgleichheit besteht.

Satzungsänderungen können nur mit Zustimmung von 2/3 der anwesenden Mitglieder beschlossen werden. Über die Auflösung des Vereins beschließt die Versammlung mit 2/3 Mehrheit der erschienenen stimmberechtigten Mitglieder. Von der Jahreshauptversammlung werden mindestens zwei Kassenprüfer für die Zeit von vier Jahren gewählt. Den Kassenprüfern obliegt die Prüfung des gesamten Rechnungswesens des Vereins. Sie haben der Jahreshauptversammlung Bericht zu erstatten und können unbegrenzt wiedergewählt werden.

Außerhalb der Mitgliederversammlung können Beschlüsse auch im schriftlichen Umlaufverfahren gefasst werden.

§ 8 Vorstand

Der Vorstand im Sinne des § 26 BGB setzt sich zusammen aus:

- 1.) Dem Vorsitzenden
- 2.) Dem Kassenwart
- 3.) Dem stellvertretenden Vorsitzenden
- 4.) Dem Schriftführer

Jedes der genannten Vorstandsmitglieder kann alleine den Verein nach außen hin vertreten. Der Vorstand kann einstimmig Mitglieder im Sinne des § 30 BGB für besondere Aufgaben in den erweiterten Vorstand berufen. So ernennt der Vorstand für jede einzelne



Sektion des Vereins je einen Sektionsleiter und bei Bedarf einen Sektionskassenwart.

Der Vorstand wird in der Jahreshauptversammlung jeweils für vier Jahre gewählt. Wiederwahl ist zulässig. Scheidet ein Vorstandsmitglied im Laufe der Legislaturperiode aus, kann der Vorsitzende mit den übrigen verbleibenden Vorstandsmitgliedern kommissarisch ein weiteres Vorstandsmitglied einsetzen, das dann ebenfalls Vorstand im Sinne des § 26 BGB wird.

§ 9 Sektionen

- 1.) Der Verein gliedert sich in einzelne Sektionen.
- 2.) Die Sektionen bestehen aus den örtlichen Mitgliedern sowie einem Sektionsleiter und bei Bedarf einem Sektionskassenwart.
- 3.) Sektionsleiter und Sektionskassenwart werden vom Vorstand für vier Jahre ernannt und können unbegrenzt wieder ernannt werden.
- 4.) Der Sektionsleiter plant und koordiniert alle von der Sektion ausgehenden Einsätze. Er ist für jegliche Aktivität seiner Sektion voll verantwortlich.
- 5.) Jede Sektion verfügt über ein eigenes Sektionskonto und hat am Jahresende einen Kassenbericht zu erstellen. Ein vom Sektionsleiter zu bestimmender Kassenprüfer hat ihn zu überprüfen und zusammen mit dem Sektionsleiter zu unterzeichnen. Der Kassenbericht wird dem Vorstand zugeleitet.
- 6.) Der Vorstand stellt den Sektionen die notwendige Anzahl von nummerierten Spendenbescheinigungsformularen zur Verfügung. Die Verwendung von kopierten Spendenbescheinigungen ist nicht zulässig. Sektionsleiter bzw. Sektionskassenwart quittieren den Erhalt der Formulare. Sie allein sind berechtigt diese Spendenbestätigung zu unterschreiben und sind für die ordnungsgemäße Verwendung voll verantwortlich. Jeder der eine unzutreffende Spendenquittung ausstellt oder deren Ausstellung veranlasst, haftet für den zugewendeten Betrag.
- 7.) Für folgende Spenden können Spendenbestätigungen ausgegeben werden:
 - a) Spendenüberweisungen und auf das Konto eingelöste Schecks
 - b) Bargeldspenden, sobald der Betrag auf das Konto eingezahlt worden ist
 - c) Sachmittelspenden, die in Art und Dimension sinnvoll sind und dem Vereinszweck entsprechen. Der spezifizierte Lieferschein bzw. die Empfangsbestätigung sind mit dem Durchschlag der Spendenbescheinigung zu archivieren.
- 8.) Für ständig betriebene Einrichtungen einzelner Sektionen (z. B. Hospital) werden Verantwortlichkeiten und Aufgaben der Betreibenden in weitergehenden Geschäftsordnungen geregelt. Die für Leitung und Durchführung dieser ständigen Einrichtungen eingesetzten Fachkräfte dürfen entlohnt werden, sofern sie Nichtmitglieder sind.

§ 10 Zweckbindung der Mittel

Die Einnahmen des Vereins, Spenden, Zuschüsse der öffentlichen Hand und Gelder von Gerichtsauflagen dürfen ausschließlich für plastisch-chirurgische Maßnahmen und damit zusammenhängende Reise-, Organisations-, Aufenthalts- und Materialkosten verwendet werden. Die Mitglieder der Operationsteams verpflichten sich allen persönlichen Einsatz unentgeltlich zu leisten. Reise und Aufenthaltskosten können von dem Verein übernommen oder mit einem Zuschuss unterstützt werden. Aufwendungen, die den Mitarbeitern in den betreffenden Ländern bei der Organisation und bei der Auswahl der Patienten entstehen, werden ebenfalls vom Verein vergütet. In bestimmten Ausnahmefällen können auch die Aufwendungen für eine kurzzeitige plastisch-chirurgische Ausbildung von Ärzten, Schwestern oder Pflegern des Gastlandes finanziert werden, sollte dieses dem Aufbau einer plastisch-chirurgischen Abteilung oder der plastisch-chirurgischen Versorgung der dortigen Patienten dienen.

Die Teilnahme an Operationsprogrammen in Entwicklungsländern, die von anderen Organisationen durchgeführt werden und den Zielen des Vereins entsprechen, ist in Ausnahmefällen ebenfalls zuschussfähig. Ausgeschlossen sind Reisen, die touristischen oder privaten Charakter haben.

Einnahmen aus dem Betrieb ständiger Einrichtungen in Entwicklungsländern sind unmittelbar zur Deckung der laufenden Kosten und dringender Investitionen zu verwenden.

Patienten in einem medizinisch unterentwickelten Land können nur auf Kosten des Vereins operiert werden, wenn sie in Folge ihres körperlichen Zustandes auf die Hilfe anderer angewiesen sind (§ 53 Ziff. 1 AO 1977) oder ihre Bezüge die in § 53 Ziff. 2 1977 genannten Grenzen nicht übersteigen. Die Patienten sollen von den Ärzten der betreffenden Länder ohne Ansehen von Rasse, Religion oder politischer Einstellung ausgewählt und für operationsfähig erklärt werden. In ausgewählten Fällen kann bei sehr schwierigen, vor Ort nicht durchführbaren Operationen eine Reise und ein Krankenhausaufenthalt in der Bundesrepublik Deutschland finanziert werden. Ist es möglich, eine größere Zahl von Patienten in der betreffenden Region gemeinsam zu behandeln, so soll ein Operationsteam in das betreffende Land entsandt werden. Die für den Verein tätigen Personen haben sich insbesondere jeder sozialkritischen und politischen Aktivität in den entsprechenden Ländern zu enthalten.

§ 11 Vereinsaktivitäten

- 1.) Humanitäre Einsätze von Operationsteams in Entwicklungsländern:
Der **Einsatzleiter** ist für die organisatorische, medizinische, soziale und finanzielle Abwicklung des gesamten Einsatzes verantwortlich. Dazu gehören die vorherige Anmeldung des Einsatzes mit Teilnehmerliste beim Vorstand (nur dann ist u. a. eine Berufsgenossenschaftliche Versicherung gewährleistet) und die Erstellung eines Abschlussberichtes (Spektrum und Anzahl der operierten Patienten).

- 2.) Operationen von Patienten aus Entwicklungsländern in Deutschland:

Der **Operateur** ist für die organisatorische, medizinische, soziale und finanzielle Abwicklung des gesamten Aufenthaltes verantwortlich. Dazu gehören die vorab zu klärende Kostenübernahme, die Unterbringung des Patienten und die Ein/Rückreiseformalitäten.

- 3.) Unterstützung von medizinischen Einrichtungen in Gegenden besonders schwerer sozialer Bedürftigkeit in Entwicklungsländern, um dort Langzeitprojekte für Plastische Chirurgie zu fördern:

Der **Projektinitiator** ist für die organisatorische, medizinische, soziale und finanzielle Ausführung verantwortlich. Dabei ist die Übereinstimmung mit dem Vereinszweck, die soziale Effektivität und die Wirtschaftlichkeit wesentlich zu beachten. (z. B. medizinisch-technische Geräte, Krankenhausausrüstung)

- 4.) Plastisch-chirurgische Ausbildung von Ärzten, Schwestern und Pfleger in Entwicklungsländern:

Die Vermittlung plastisch-chirurgischer Operations- und Behandlungstechniken an engagierte und geeignete Ärzte, Schwestern und Pfleger des Entwicklungslandes ist wichtiger Bestandteil eines INTERPLAST-Einsatzes. In bestimmten Einzelfällen kann auch eine kurzzeitige plastisch-chirurgische Ausbildung in der Bundesrepublik Deutschland unterstützt werden.

§ 12 Stiftung

Der Verein INTERPLAST-Germany e. V. gründet und unterhält als Stifter zusätzlich eine rechtsfähige Stiftung zur nachhaltigen Unterstützung sämtlicher Vereinszwecke und zur Förderung längerfristiger Projekte für plastische Chirurgie in Entwicklungsländern. Die Stiftung trägt den Namen INTERPLAST-Stiftung.

§ 13 Auflösungsbestimmung

Bei Auflösung oder Aufhebung des Vereins oder bei Wegfall seines bisherigen Zwecks fällt das Vermögen des Vereins an die **INTERPLAST-Stiftung**, die dann die ihr zugewendeten Mittel im Rahmen der Bestimmungen der Gemeinnützigkeit und Mildtätigkeit zu verwenden hat.

§ 14 Schlußbestimmung

Die von der Mitgliederversammlung am 17. Oktober 1980 in Frankfurt am Main beschlossene Satzung wurde bei der Mitgliederversammlung am 7. März 2003 in Bad Kreuznach in die hier vorliegende Fassung geändert und einstimmig beschlossen. Die geänderte Fassung tritt mit ihrer Eintragung in das Vereinsregister in Kraft.



Inhaltsverzeichnis

Vorwort.....	3	Namibia	67-69
Ehrungen	4	Namibia, Oshakati	70
Verein, Hauptkonto.....	5	Ecuador	71-72
Was kann ich tun	6	Bolivien.....	73-74
INTERPLAST-Sektionen.....	7	Paraguay.....	74-78
Zusammenarbeit mit Organisationen	8, 14	Brasilien.....	79-82
Aufgabenprofil für Teamleiter	9	Guatemala	83-86
Versicherung für Mitglieder	10	Iran	86-88
Einsatz-Dokumentation	11	Kirkisien	89-91
INTERPLAST Fundamentals.....	12	Pakistan	92-94
Einsatz-Einladungen	13	Nepal	95-98
To pay or not to pay.....	15	Laos.....	99-102
INTERPLAST-Ehrenmitglieder	16	Sektion München	103-114
Werner Widmaier-NACHRUF	17-18	Myanmar	115
INTERPLAST-Akademie.....	19	Kambodscha.....	116-117
Klaus Bitter-NACHRUF	20	Vietnam	118-119
Wir gratulieren.....	20	Indien, Mizoram.....	120-121
INTERPLAST-Stiftung	21-23	Indien, Sikkim	122-123
INTERPLAST-Symposium.....	24-25	Indien, Lalitpur	124-125
Anästhesie-Treffen	25-28	Indien, Mandla.....	125-126
INTERPLAST-Europa.....	27-31	Indien, Balasor.....	127-129
Mitgliederspektrum	30-32	Südindien.....	130-131
Der Plastische Chirurg und sein Narkotiseur.....	33-36	Indien, Sedhwa.....	132-133
12 Jahre INTERPLAST-Hospital in Nepal.....	36-39	Indien, Padhar.....	134-136
Einsatz-Statistik	40	Indien, Pradesh.....	137-140
Aktivitäten-Übersicht	42-43	Pro-interplast Seligenstadt & Waltraud Huck ..	142-146
Einsatzberichte	44-140	Zahnärzte ohne Grenzen	147-148
Kamerun	44-46	Alfred Jahn in Ruanda	149-151
Sokoto	47-49	Fundraising-INTERPLAST-Germany	152-153
Ruanda	50-52	Humanitarian Aesthetic Surgery	154-155
Tansania.....	53-55	ESPRAS SHARE and INTERPLAST-Europe ..	156-157
Tosamaganga-Iringa, Tansania	56-58	Information-Leaflet	158
Madagaskar	59-60	Mitgliedsantrag.....	159
Madagaskar, Fianarantsoa	60-63	Vereinsatzung	160-161
Operieren auf dem sechsten Kontinent	64-66	Inhaltsverzeichnis	162