

Liebe INTERPLAST-Freunde, liebe Mitglieder!

Was macht INTERPLAST auch nach 29 Jahren so interessant und erfolgreich, dass immer mehr Ärzte, Schwestern und Pfleger bereit sind ihren Urlaub zu opfern oder nach der Pensionierung sich in den Armenregionen der Welt ehrenamtlich zu engagieren? Es ist die unglaubliche Freude direkte Hilfe durch plastisch-rekonstruktive Operationen für die Menschen zu leisten, die sonst keine Chance auf eine adäquate Versorgung haben. Sie schenken uns ihr Vertrauen und zeigen ihre Dankbarkeit durch kleine Gesten, die uns berühren und ahnen lassen, dass sie trotz ihrer Armut und Bescheidenheit glückere Menschen sind.

Doch an manchen Zielorten hat sich einiges geändert: das Spektrum der hilfesuchenden Patienten zeigt, dass wir nicht mehr die alleinigen Anbieter plastisch-chirurgische Hilfe sind. Immer mehr Hilfsorganisationen drängen im Rahmen der Globalisierung in die Entwicklungsländer und konkurrieren um die Versorgung mittellose Patienten. So ist es nicht verwunderlich, daß wir auf immer mehr voroperierte Patienten treffen oder manche Patientengruppen, zB. mit LKG-Spalten, nur noch selten vorgestellt bekommen. Die Einsatzländer können selbstbewußter auftreten, nach Qualitätsnachweisen fragen und manchmal sogar finanzielle Forderungen stellen, bevor sie humanitäre Hilfe zulassen.

Und so werden wir in Zukunft unsere Einsatzorte im Vorfeld genauer auch unter diesen Gesichtspunkten aussuchen müssen. Hier mag uns besonders die Kooperation mit anderen Organisationen helfen, die auch in weit abgelegenen Orten der Welt ihren Dienst tun und sich über eine plastisch-chirurgische Unterstützung freuen. ESPRAS SHARE als europäische Plattform für humanitäre Plastische Chirurgie wird hier in Zukunft eine Kommunikationsbasis schaffen, die eine Zusammenarbeit mit anderen plastisch-chirurgisch ausgerichteten Hilfsorganisationen ermöglichen wird.

INTERPLAST ist die größte plastisch-chirurgische Hilfsorganisation in Europa. Im Jahre 2009 hatten wir so viele INTERPLAST-Einsätze wie noch nie: In

66 Einsätzen wurden 4.346 Patienten operativ versorgt. Die Anzahl unserer einsatzbereiten Mitglieder und Förderer nimmt ständig zu und liegt bald bei 1.500, so daß unsere Sekretärin Camilla Völpel zu Hochtouren aufläuft, um es allen recht zu machen. Ihr sei herzlich gedankt für ihr außerordentliches Wirken!

Mittlerweile ist unser INTERPLAST-Jahresbericht fast zu einem „Jahrbuch“ der verschiedenartigsten Hilfsprojekte avanciert. Lassen Sie sich durch die Vielzahl der auch teils sehr persönlichen Berichte beeindrucken und erleben Sie das „Abenteuer der aktiven Entwicklungshilfe“ hautnah mit.

Vieles hat sich letztes Jahr bei INTERPLAST weiterentwickelt: So hat das Nepal-Hospital mit Übernahme der ärztlichen Leitung durch einen von INTERPLAST ausgebildeten nepalesische Chirurgen einen Schritt in Richtung Selbständigkeit getan. Wir werden aber weiterhin fachärztliche Unterstützung aus Deutschland leisten und die Projektverantwortung liegt unverändert bei INTERPLAST. Projektleiter Hein Stahl freut sich auch in Zukunft über tatkräftiges Engagement.

Neue und altbewährte Projekte vor allem in Indien, Myanmar, Brasilien und vielen Ländern Afrikas rechnen fest mit unserer längerfristigen Unterstützung. Hier konnte 2009 auch die INTERPLAST-Stiftung finanzielle Hilfe beisteuern. Danke auch an Hajo Schneck, der mit seinem Förderverein EFI und die für uns kostenfrei zur Verfügung gestellte Internet-Plattform DooX einen wesentlichen Beitrag zur vereinsinternen Vernetzung unserer humanitären Aktivitäten leistet.

Besonders erfolgreich war auch wieder die von Nuri Alamuti und Dietmar Scholz in Wiesbaden organisierte INTERPLAST-Akademie. Wie auch beim Symposium in Bad Kreuznach ist der Erfahrungsaustausch unter den Mitgliedern sogar über die etablierten Fachgrenzen hinaus, in der für INTERPLAST typischen freundschaftlichen Atmosphäre, für alle eine große Bereicherung. So hat sich auch das Fachtreffen der Anästhesisten sowie erstmals der Schwestern und Pfleger im Rahmen der Jahrestagung sehr bewährt.

Wir kommen auch weiterhin mit wenig



Bürokratie aus, dennoch ist die Einsatz-Anmeldung (auch zur Versicherung) mindestens 2 Wochen vorher selbstverständlich. Einsatz-Dokumentation sowie Qualitätssicherung sind mittlerweile bei INTERPLAST ebenfalls fest etabliert und werden von Hubertus Tilkorn aus Münster betreut. Pro Einsatz wurden durchschnittlich 73,8 Eingriffe bei 65,9 Patienten durchgeführt. Die Komplikationsrate lag trotz der oft nur sehr einfachen Bedingungen im Ausland mit 2,1% erstaunlich niedrig.

Eigentlich verdient es jedes einzelne INTERPLAST-Projekt gewürdigt zu werden, aber vor allem sollten wir uns immer bewußt sein, daß all unsere Wirken nur durch die Sympathie der vielen Spender möglich ist. INTERPLAST als „Brücke der Hilfsbereitschaft“ verbindet die Menschen in Deutschland mit den Armen in den Entwicklungsländern, denn die Spenden landen direkt dort, wo sie gebraucht werden und wir sind die Garanten für ihre sinnvolle Verwendung. Auch 20 Jahre pro-interplast Seligenstadt zeigen auf eindrucksvolle Weise wie erfolgreich eine liebevolle Spenderbetreuung sein kann: Waltraud Huck, herzlichen Dank für die jahrelang gewährte Unterstützung!

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 danken und gratulieren 12 Jahre Einsatz für das INTERPLAST-Hospital in Nepal – Ehrenmitgliedschaft für Christa Drigalla

Wer ahnte damals 1997, welchen Glücksgriff Gottfried Lempeler tätigte, als er Christa Drigalla, die Pflegedienstleiterin des Diakoniekrankenhauses Freiburg, als Managerin und Oberin für das Nepalhospital gewinnen konnte. Christa hatte sich schon bei früheren Reisen in das Land Nepal verliebt und wusste bei ihrer ersten Ankunft spontan: Das ist mein Land! So war es eine glückliche Fügung, ihre und unsere Interessen in Einklang zu bringen, und damit eine wichtige Voraussetzung für das Funktionieren eines damals für INTERPLAST noch atypischen Dauerprojektes. Dem Fernweh nachgebend verbrachte sie die Silvesternacht 1997/98 im Flugzeug nach Nepal, zog unerschrocken in eine Baustelle ein, die mal ihr Wohnhaus im Hospital werden sollte und begann in feuchtkalten Januartagen ohne Heizung ihren Dienst im Hospital. Vom ersten Tag an war ihre professionelle Vorgehensweise überzeugend und strahlte auch bei den Nepali Respekt und Vertrauen aus. Sie war aber auch seit diesen Gründungstagen die eigentliche Seele des Projektes gewesen. Es trug von Anfang an ihre ganz persönlichen Züge mit dem Schwerpunkt in sozialer Gerechtigkeit und Hilfe für die Schwachen. Allein die Auflistung ihrer vielfältigen Tätigkeiten lässt uns erstaunen, was alles Dank ihrer Ideen und ihrem unendlichen Tatendrang in vielen zusätzlichen Aktivitäten in Nepal Wirklichkeit wurde. Beim Leben und Arbeiten im Hospital hat der Tag wirklich 24 Stunden und die Woche sieben Tage. Immer präsent sein, sich um alles kümmern müssen und dabei in

Wesen und Gemütsverfassung halbwegs konstant bleiben, erfordert eine in sich ruhende und absolut gefestigte Persönlichkeit, die nicht oft zu finden ist. Sicher hat sie auch immer wieder Kraft im Gebet geschöpft.

Während ihrer 12-jährigen Tätigkeit im Hospital hat sie mit Dieter Pape (Febr.98 – Sept.99), Andreas Settje (Sept.99 – März 08) und Robert Schachinger (Sept.08 – Okt. 09) drei Hospitalchefs erlebt, wie sie unterschiedlicher kaum sein konnten. Dabei hat sie stets versucht, sich auf Veränderungen einzustellen ohne ihre eigenen Prinzipien zu verlassen. Dies war sicher nicht immer einfach und dass es letztlich doch immer gelang ist ein Indiz für ihre herausragende Persönlichkeit. Sie lebte mit Zielstrebigkeit und Strenge, um auch Freiraum für ihr humanitäres und auf sozialen Ausgleich bedachtes Engagement zu gewinnen. So hat sie wirkliche medizinische Basisversorgung in Form eines gut funktionierenden Healthpost außerhalb des Hospitals geschaffen und mit dem landesweiten Bau rauchfreier Öfen in ländlichen Küchen eine vielbeachtete Initiative ins Leben gerufen, die zum Selbstläufer geworden ist und als medizinische Präventivmaßnahme absoluten Vorbildcharakter hat.

In den 12 Jahren waren über 300 Gäste als Volontäre im Hospital. Teams und Einzelpersonen, Chirurgen, Anästhesisten, Zahnärzte, Schwestern und Pfleger, Physiotherapeuten, Techniker und sonstige engagierte Helfer, Studenten oder einfach nur Gäste. Fast alle wurden von ihr persönlich nach oft langen Wartezeiten



wegen Verspätungen vom Flughafen abgeholt, im Hospital liebevoll empfangen und einquartiert. Alle Gäste des Hospitals sagen für ihre großartige Gastfreundschaft herzlichst danke.

INTERPLAST war für sie lange Zeit eher ein abstraktes Gebilde, das zwar für sie und das Hospital die finanzielle und technische Absicherung darstellte, ihr aber bei der Bewältigung des Tagesgeschäfts und den Unwägbarkeiten der politischen Instabilität Nepals keine wesentliche Stütze war. Diese strukturelle Lücke hat sie in all den Jahren klaglos und tapfer kompensiert, um ihr eigentliches Anliegen weiter verwirklichen zu können, den unzähligen sozial benachteiligten Menschen zu helfen. Hierfür sind wir ihr zu großem Dank verpflichtet und wollen dies durch Verleihung der **Ehrenmitgliedschaft von INTERPLAST** zum Ausdruck bringen. Ihr Wirken hat das SKM-Hospital zur Blüte gebracht und damit einer enorm großen Zahl an armen Patienten eine medizinischen Behandlung ermöglicht.

Liebe Christa, es ist absolut legitim und zu akzeptieren, wenn Du nun nach so vielen Jahren nochmal eine neue Herausforderung suchst. Der Verein INTERPLAST sowie alle, die Dich irgendwann im Hospital kennenlernen durften danken Dir von ganzem Herzen und wünschen Dir in einem neuen Projekt Erfüllung, Kraft und Gottes Segen.

Hein Stahl





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.: 2571990
 BLZ: 37070024
 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
Frankfurter Volksbank
 2. **Sektion Stuttgart / Münster**
Dr. Hubertus Tilkorn
Bümkamp 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 Lempeler
Am Mühlengraben 1 · 53773 Hennef
Tel: 0 22 42/8 09 83 · Fax: 0 22 42/87 43 36
HeinStahl@gmx.de
www.nepalhospital.de
Kto: 9 28 01 · BLZ: 370 502 99
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 Jahresheft

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)





Versicherung für Mitglieder der INTERPLAST-Teams

INTERPLAST-Einsätze ohne persönliche Absicherung sind besser!

Zugegeben, das ist eine Provokation. Aber leider ist es auch Realität. Denn ein nicht unerheblicher Teil aller INTERPLAST- Teams reist ohne die mögliche Absicherung für sich selbst bzw. die eigene Familie im Falle eines Unfalles oder einer berufsbedingten Erkrankung.

Dabei wäre eigentlich alles so einfach: Das Formular „Einsatzanmeldung – Anmeldung bei der BG“ auszufüllen dauert vermutlich im längsten Fall 5 Minuten. Den Teamleiter um Unterschrift zu bitten (oder im Idealfall das Formular als Teamleiter zu unterschreiben) dauern möglicherweise auch noch mal 5 Minuten. Das leserlich und vollständig ausgefüllte, vom Teamleiter unterschriebene Formular an unser Fax 0611-5657766 zu faxen dauert dann im schlechtesten Fall auch noch mal 5 Minuten (das wäre inklusive Durchlesen der Beschreibung des Faxgerätes). 15 Minuten lästige Dinge tun liegen also auf der einen Seite der Waage, den Status eines offiziellen Interplast-Germany-Einsatzes auf der anderen Seite. Erst wenn der Einsatz ein offizieller ist, sind Sie auf Ihrem Einsatz auch versichert. Auslandsrankenversicherung, Berufs- und Privathaftpflichtversicherung, BG-licher Schutz wie

bei einem Arbeits- oder Wegeunfall zuhause bis hin zu eventuellen Rentenansprüchen für Sie und Ihre Familie werden so jedem Teammitglied mit 15 Minuten Formalkram ermöglicht.

Ja, wir haben alle andere Dinge im Kopf wenn wir auf einen Einsatz fahren. Aber mein Appell geht gerade in Richtung der Teamleiter: Bitte nehmen Sie die Verantwortung für die Mitglieder Ihres Teams ernst. Bitte melden Sie Ihren Einsatz in Ihrem eigenen und dem Interesse Ihrer Teammitglieder über das offizielle Formular an. Selbstverständlich steht es Ihnen frei unabhängig von Interplast einen Einsatz „auf eigene Faust“ durchzuführen. Aber wenn Sie im Namen von Interplast fahren wollen und die damit verbundenen Vorteile genießen möchten, müssen Sie sich anmelden.

Meine herzliche Bitte an Sie wäre: Nehmen Sie vor dem nächsten Einsatz mit Ihrem Sektionsleiter oder mit Dr. Borsche in Bad Kreuznach (0671-605-2110) Kontakt auf und lassen sich den Einsatz offiziell „absegnen“. Dann laden Sie bitte aus dem Internet dieses Formular herunter:

http://www.interplast-germany.de/download/Anmeld_versich.pdf

Bitte füllen Sie es aus, links unten die Unterschrift des Teamleiters drauf und dann per Fax an uns nach Wiesbaden (0611-5657766). Wir leiten Ihre Anmeldung an die BGW weiter und kümmern uns um die o.g. Versicherungen. Bitte helfen Sie uns dabei Ihnen helfen zu können.

Wir wünschen Ihnen allen, dass Sie gesund und voller Freude über das Erlebte und Geleistete zurückkommen. In diesem Sinne: Gutes Gelingen!

Liebe Grüße
Dietmar Scholz, Wiesbaden

Versicherung für Mitglieder der INTERPLAST-Teams

Alle Team-Mitglieder eines Einsatzes müssen INTERPLAST-Mitglieder sein.

Die BGW versichert keine Einsätze in Regionen mit „offenen Kampfhandlungen“ oder ähnlichem. Grundlage für die Entscheidung der Versicherung durch die BGW sind die Reisewarnungen des Auswärtigen Amtes. Hierzu können sich die Teamleiter aktuell im Internet informieren unter:

http://www.auswaertiges-amt.de/www/de/laenderinfos/reise_warnung_html



Dietmar Scholz

Die Berufshaftpflichtversicherung gilt nicht für Kanada und die USA.

Die Versicherung der Teammitglieder in der vorhandenen Form überhaupt zu bekommen war teilweise nicht einfach. Aufgrund des karitativen Charakters unserer Tätigkeit sind die Prämien die uns die Gesellschaften berechnen auch relativ gesehen niedrig.

Dennoch ergeben sich für jeden Einsatz für das gesamte Team Kosten in Höhe von ca. €30,-. Im Vergleich zu dem was die Versicherung für den einzelnen „im Fall der Fälle“ -den wir nie erleben wollen- bedeutet ist dieses Geld gut ausgegeben. Dennoch wäre es schade wenn es wegen formaler Fehler umsonst ausgegeben worden wäre.

Weitere Details zum Versicherungswesen finden Sie im „Informationsblatt zur Versicherung von INTERPLAST-Reisenden“ auf unserer Homepage.

Nähere Informationen zur BG-Versicherung über :
<http://www.bgw-online.de/internet/generator/Navi-bgw-online/NavigationLinks/Kundenzentrum/navi.html>

Gerne können Sie sich aber auch an mich wenden.

Dr. Dietmar Scholz
Gemeinschaftspraxis für Plastische Chirurgie Dr. Alamuti und Dr. Scholz
Tel. 0611-5657760
Fax. 0611-5657766
oder scholz@interplast-germany.de

INTERPLAST - Germany e.V.

Vorstand: Dr. André Borsche, Dr. Hubertus Tilkens, Dr. Dietmar Scholz, Dr. Nuri Alamuti
Einsatzkoordination und Versicherungswesen
Gemeinschaftspraxis für Plastische Chirurgie Dr. Alamuti und Dr. Scholz
Schöne Aussicht 39, 65193 Wiesbaden - Tel.: (0611) 5657760 - Fax: (0611) 5657766

Einsatzanmeldung bei der BGW
Aktenzeichen 98 / M348917 A 05

Einsatzland: _____ Einsatzort: _____
Einsatzbeginn: _____ Einsatzende: _____

Verantwortlicher Teamleiter:

Name	Vorname	Geburtsdatum	Reisetage
e-mail-Adresse:		Telefonnummer:	

Teammitglieder

Name	Vorname	Geburtsdatum	Reisetage

Ort, Datum, Unterschrift und Stempel des Teamleiters
Ort, Datum, Unterschrift und Stempel des Sektionsleiters oder des Vorstandsmitglieds

Bitte spätestens zwei Wochen vor der Abreise per Fax an 0611-5657766 senden.

Einsatzanmeldung mindestens 2 Wochen vor Einsatzbeginn



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	812
	Einsatz-Dokumentation und Qualitätssicherung	Einsatz-Nummer 09-10

Bitte Einsatz-Dokumentation senden an:

Tilkorn@interplast-germany.de

oder per Fax: 0251/2843020
oder per Post:

Dr. Hubertus Tilkorn
Bünkamp 7
48157 Münster

Sektion / Vorstand :	
Einsatzort :	
Einsatzdatum :	Anzahl Einsätze vor Ort :
Teamleiter :	
e-mail :	
Telefonnummer :	
Teammitglieder :	Funktion :
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	
7.	
8.	
Anzahl operierter Patienten :	
Anzahl der Operationen :	
Art/Anzahl der 3 häufigsten op	
*** Anzahl Komplikationen :	
Komplikationsarten :	Befund / Maßnahmen / Resultat
1.	
2.	
3.	
4.	
Besonderheiten :	
Sonstiges :	
Für die Richtigkeit	Datum : Unterschrift:
*** Angaben werden streng vertraulich behandelt	Komplikationsarten schwer / mittel / leicht Bei lebensbedrohlichen Komplikationen ist ein gesonderten Zwischenfallbericht von Teamleiter, Operateur und Anästhesist zu erstellen



Hubertus Tilkorn

Einsatzdokumentation **nach** dem Einsatz



Einsatzstatistik / Dokumentation

1980 gründete Gottfried Lempeler INTERPLAST-Germany mit einer kleinen Gruppe von engagierten Kollegen und Krankenschwestern. Inzwischen hat sich dieser „Sponti-Verein“ zu einer großen, sehr aktiven Vereinigung entwickelt mit über 1.400 Mitgliedern, eingebunden in INTERPLAST-Europa mit 6 nationalen, eigenständigen Organisationen.

In der Sektionsleiter – Sitzung des Jahres 2008 und in Abstimmung mit dem Vorstand wurde beschlossen, erstmals über alle Einsätze eine kurze Dokumentation zu erstellen. Es wurde dazu ein **Dokumentations-Fragebogen** erstellt, der 2009 Jahr nochmals überarbeitet wurde. Mit der Anmeldung und Abschluss der Versicherung des Teams für einen Einsatz verpflichtet sich jeder Teamleiter, seinen Einsatz zu dokumentieren. Diese Angaben werden zentral beim Vorstand erfasst. Das Ziel ist, Ort, Zahl der Einsätze, der behandelten Patienten, der Operationen, der Komplikationen und eventuelle Besonderheiten zu erfassen.

Die Mitarbeit der Teamleiter war zuverlässig; bisher gab es in jedem Jahr einen fast 100% Rücklauf der Bögen. Das ist sehr erfreulich, sodass am Ende des Jahres ein genaues „Leistungspektrum“ vorlag.

Im Einzelnen ergab sich folgendes Bild der **Einsatzstatistik**:

Interplast-Deutschland gliedert sich in 12 eigenständige Sektionen, die ihre Einsätze selber planen, finanzieren und durchführen.

2009 fanden 66 Einsätze statt und dabei wurden 4.793 Operationen (73,8 pro Einsatz) bei 4.346 Patienten (65,9 pro Einsatz) durchgeführt. Die weitaus meisten Einsätze waren in Asien mit insgesamt 40, Afrika 20 und Süd/Zentral-Amerika 6. Die Dauer der Camps betrug im Durchschnitt gut 2 Wochen und die Größe der Teams schwankte zwischen 1 und 12 Personen. Behandelt wurden im Wesentlichen Patienten mit Lippen-Kiefer-Gaumen-Spalten, Narbenkontrakturen, Fehlbildungen der Extremitäten, etc. und je nach Zusammensetzung des Teams und den örtli-

chen Möglichkeiten, ebenso Patienten mit Noma, Strumen, Gigantomastie, Unfall- Kriegsverletzungen und Tumoren.

Ein wichtiges Kriterium für die **Qualität der Behandlungen** sehen wir in der Art und Anzahl der gemeldeten Komplikationen. Die Angaben über die Komplikationen waren recht uneinheitlich, da wir keine standardisierten Kriterien festgelegt haben. So wurden kleine Nahtdehiszenzen ebenso vermerkt, wie schwere Nachblutungen.

Bei den insgesamt 4.793 Operationen wurden 98 Komplikationen gemeldet, das sind 2 %, wobei die leichten Komplikationen bei weitem in der Mehrzahl waren.

Es wurden angegeben: 89 chirurgische und 9 anästhesiologische Komplikationen.

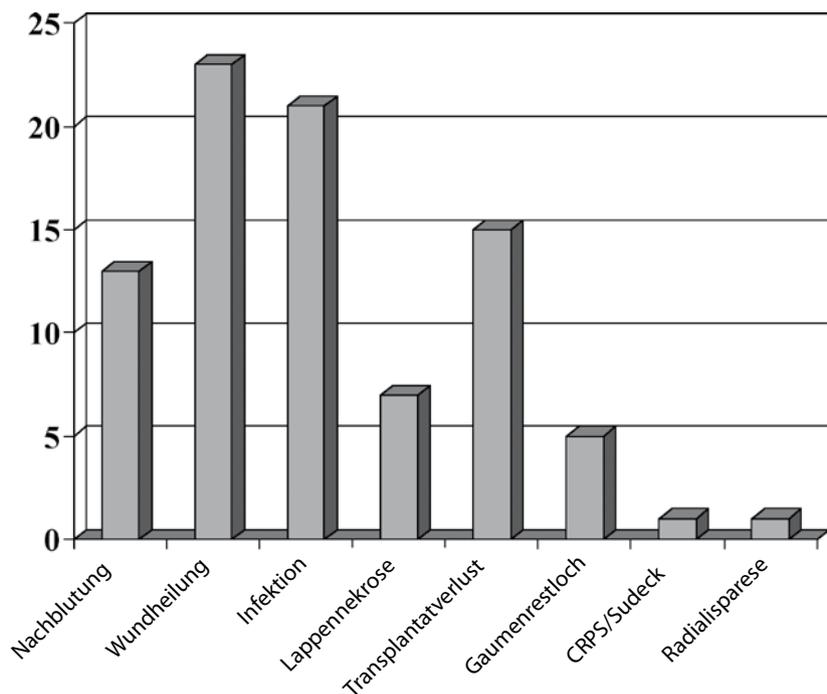
Bei den Narkose-Komplikationen handelte es sich 5 x um Schwierigkeiten bei der Intubation und 4 x um kardiovaskuläre Probleme. Als chirurgische Komplikationen wurden angegeben: Wundheilungsstörungen, Nachblutun-

gen, Wundinfektionen, Teilverlust von Transplantaten, Wundheilungsstörungen bei Gaumenplastiken und eine Radialisparese, 2 Patienten, die nach schweren Unfällen (Verbrennungen und Verkehrsunfall) notfallmäßig operiert wurden, konnten leider nicht gerettet werden. In allen Einsatzgebieten waren die Komplikationen vergleichbar, d. h. wir sahen keine regional bedingten Unterschiede.

In der Rubrik **„Besonderheiten“** zeigt sich das ganze Spektrum der Schwierigkeiten und Gegebenheiten, mit denen bei solchen Einsätzen zu rechnen ist: So wurde zum Beispiel in Tanzania ein Team bei einem schweren Busunfall mit vielen Schwerverletzten und Toten zu Hilfe gerufen.

Die aktuellen Daten des letzten Jahres werden auch in Zukunft jeweils auf der Jahrestagung vorgestellt. Helfen Sie uns mit, Transparenz in unsere ehrenamtliche Arbeit zu bringen und damit die Glaubwürdigkeit und Qualität unseres Handelns zu unterstreichen.

Hubertus Tilkorn, Leila Kolios



Gemeldete chirurgische Komplikationen 2% bei 4.793 Eingriffen



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 underpriviledged 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 summrizing report about the successful cooperation that will be published in the INTERPLAST yearbook.



Nachhaltige Hilfe durch Ausbildung – Teaching

Natürlich wollen wir während unserer INTERPLAST-Einsätze möglichst vielen bedürftigen Patienten helfen. Es ist aber genauso wichtig, die einheimischen Ärzte und Schwestern vor Ort anzulernen, damit sie in Zukunft ihren eigenen Patienten selber besser helfen können.

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.

Das Interesse an Ausbildung in Basistechniken der Plastischen Chirurgie ist in vielen Ländern ganz unterschiedlich: In Indien erlebte ich sehr wissbegierige Ärzte, die Vieles sich bereits über Internet und englische Lehrbücher angeeignet hatten. Hier war jedes Teaching von großem Erfolg gekrönt. Geschickt konnten die Kollegen vor Ort rasch umsetzen, was ich ihnen gezeigt hatte. In Afrika erlebte ich dagegen oft nur ein begrenztes Interesse, zu mühsam sind manche aufwendige Rekonstruktionen, so daß wir oft alleine die Patienten bis spät abends operiert haben. In Südamerika besteht auch Interesse an speziellen Techniken der Plastischen Chirurgie, doch verbleiben mir Zweifel, ob das Erlernte tatsächlich auch für Operationen für arme Patienten angewendet wird.

Da die Nachhaltigkeit unserer Einsätze aber sicher vor allem auch von dem Weitergeben unserer Erfahrungen lebt und wir in unzähligen Fällen auch ein moralisches und christliches Zeichen setzen, nämlich auch den Rechtlosen und Mittellosen ein notwendige Operation zu ermöglichen, gibt es für mich kaum etwas Beeindruckenderes als wenn ich er-

lebe, das unsere Maxime zu handeln auch für Andere zum Selbstläufer wird und sie aus Überzeugung die INTERPLAST-Idee verwirklichen.

André Borsche

Personal Conclusion of „Teaching“

- will offer cooperation
 - start teaching when they are interested
 - will assist basic plastic surgery procedures
 - observe the operations and congratulate them
 - discuss the problems and difficulties
- and perhaps after some time **they** will show me how to do it better!



Interplast-Akademie „LKG-Spalten“ am 29.08.2009 in Wiesbaden

2009 fand im Rahmen der Interplast-Akademie eine Veranstaltung zum Thema „Lippen-Kiefer-Gaumenspalten“ statt.

Erneut fanden sich hochkarätige Experten aus den eigenen Reihen von Interplast, die sich bereit erklärten, ihren Erfahrungsschatz mit anderen zu teilen. Allein schon die Weite der Anreise zeigt wie ernst das Thema Fortbildung bei den Interplast-Aktiven genommen wird.

Aus Salzburg kam Dr. Peter Schachner, aus Lübeck Prof. Dr. Dr. Peter Siegel, aus Hamm/Westfalen Dr. Dr. Michel Bergermann sowie aus Traxl/Ebersberg Prof. Dr. Hajo Schneck in die Schulungsräume der Schwesternschaft Oranien in Wiesbaden. Wir danken allen vieren ganz herzlich für ihre hervorragenden Vorträge sowie ihr Engagement bei der Gestaltung des Tages.

Die Veranstaltung war erneut sehr gut besucht. Wir freuen uns sehr zu sehen wie konstant das Interesse sowohl von seiten der Erfahrenen als auch der weniger Erfahrenen unter uns „Interplastlern“ an dieser Veranstaltung ist. Inhaltlich war der Tag eine tolle Mischung aus Grundlagendarstellung, Aufzeigen der Variabilität der Therapieoptionen bei

LKG-Spalten sowie eine höchst interessante Diskussion der Vor- und Nachteile der jeweiligen Operationsverfahren. Anschliessend ging Prof. Scheck auf die Besonderheiten der Anaesthetik bei LKG-Patienten in Entwicklungsländern ein. Eine Zusammenfassung des interessanten Referates von Michael Bergermann können Sie am Ende dieses Jahresbuches nachlesen:

Lippenspaltverschluss mit dem Wellenschnittverfahren nach Pfeifer

Ein universelles Verfahren zum primären Verschluss und zur Korrektur aller Spaltformen

Insgesamt war die Veranstaltung für jeden Teilnehmer unabhängig des Erfahrungsschatzes ausserordentlich lehrreich. Nicht zuletzt aufgrund der hervorragenden Resonanz auf die bisher durchgeführten Interplast-Akademie-Tage erscheint es uns sinnvoll diese auch in Zukunft weiterzuführen. Wir bedanken uns ganz besonders bei allen Vortragenden der bisherigen Veranstaltungen !

Auf diesem Wege möchten wir alle Aktiven unter uns erneut herzlich

für die nächste Veranstaltung 2010 einladen. Das Thema wird diesmal „Anästhesie bei Interplast-Einsätzen“ sein. Dabei soll nicht nur auf die Besonderheiten der Anaesthetik als solcher eingegangen werden, sondern auf das besonders bei Einsätzen in Entwicklungsländern notwendige „Miteinander“ zwischen Anästhesie und Chirurgie. Es verspricht ein spannender Tag zu werden. Der genaue Zeitpunkt wird noch angekündigt, vermutlich wird es im Spätsommer sein. Die Einladungen hierzu erfolgen aus Kostengründen wie immer per e-mail. Wir möchten alle Interessierten daher bitten sicher zu stellen, dass dem Interplast-Sekretariat ihre aktuelle e-mail-Adresse vorliegt.

Wie immer danken wir ganz herzlich der Schwesternschaft Oranien für die kostenfreie Überlassung des Schulungsraumes sowie den Mitarbeiterinnen unserer Praxis für die Organisation des Tages.

Bis zur nächsten Veranstaltung!

Herzliche Grüsse aus Wiesbaden,

Nuri Alamuti und Dietmar Scholz





Kommt der Anruf von INTERPLAST, wenn es irgendwo brennt?

Im letzten Jahr haben die Kontakte zu unseren „jungen“ oder besser gesagt noch neuen INTERPLAST Mitgliedern gezeigt wie wichtig es ist noch einmal kurz zu unserer Struktur und den Abläufen etwas „Nachlesbares“ zu hinterlassen.

Mit mehr als 1400 Mitgliedern wächst unser Verein weiter und weiter und der Draht zwischen den Mitgliedern und dem Vorstand wird leider etwas länger. Die Frage: wie funktioniert INTERPLAST überhaupt?, bleibt für viel neue Mitglieder unbeantwortet. Es ist uns klar, dass motivierte neue Mitglieder in Ihrer Absicht dem Verein beitreten mit auf einen Einsatz zu fahren und nicht als Karteileiche im Archiv der Mitglieder geführt zu werden. Es ist verständlich und auch richtig wenn man als aktives Mitglied dabei sein will. Im vergangenen Jahr hatte ich wieder sehr viele Anfragen von neuen Mitgliedern und habe sehr viel telefoniert, gemailt und auch oft die Enttäuschung der Kollegen erlebt, wenn wir Ihnen keine Einsatzmöglichkeit vermitteln konnten. Selbst hochspezialisierte Fachärzte, die bereit waren Ihre Freizeit zu opfern, mussten von uns zum Teil enttäuscht werden (wobei die Bereitstellung des Jahresurlaubes für den guten Zweck sicherlich unabhängig vom Dienstgrad gleichermaßen Opfer darstellt). Einige Kollegen haben mich gefragt, ob es in unserer Einsatzplanungs- und Koordinationsstelle einen Einsatzfahrplan gibt? Außerdem kam oft die Frage nach einer Warteliste auf die man sich eintragen könne, um dann nach entsprechendem Anruf von Interplast vom Verein mitgenommen zu werden? Die Warteliste, der Einsatzfahrplan und der Anruf vom Vorstand - alles 3 gibt es nicht. Es gibt keinen zeitlich von uns festgelegten Fahrplan für die Einsätze – die Einsatz Ziele und Zeitpunkte werden nicht oder besser gesagt nur zum Teil vom Vorstand vorgegeben. Wir haben derzeit ca. 60 Einsätze pro Jahr und fast alle Aktivitäten gehen traditionell vom Engagement der Mitglieder selbst aus.

Die Einsätze müssen uns im Vorfeld schon aus versicherungstechnischen Gründen zwar alle gemeldet werden, aber in der Regel nehmen uns die Teamleiter die Suche nach den geeigneten Teammitgliedern ab und kümmern sich selbst um die Team Zusammenstellung. Das erklärt sich aus der Tatsache, dass man sich gerade unter schwierigen Bedingungen auf einander verlassen muss und der kurze Draht innerhalb eines Teams eine Grundvoraussetzung für effektives Arbeiten ist. Der kurze Anruf bei einem befreundeten Kollegen oder die Abstimmung mit der eigenen OP Schwester und Mitarbeiter in der Klinik über Materiallisten und Logistik etc., machen einem das Leben auf den Einsätzen leichter – z.B. bei zwingend notwendigen Vermeidung von teurem Übergepäck durch vorherige Absprachen und Wiegen der Koffer und Kisten, um nur ein Beispiel zu nennen. Es kommt natürlich vor und gehört zu unseren Aufgaben, fehlende Teammitglieder zu ersetzen und Kontakte zu geeigneten Mitfahrern herzustellen.

Auch die Einsatz Ziele werden meistens von den Teamleitern selbst bestimmt – häufig sind es persönliche Kontakte ins Gastgeberland oder zu lokalen Organisationen, die auch das hohe Maß an persönlichem Engagement der Teammitglieder erklären. Einige Projekte haben in der Vergangenheit wirklich gezeigt wie Nachhaltig unser Handeln mittlerweile geworden ist und wie sehr INTERPLAST, nicht zuletzt durch das persönliche Engagement seiner Mitglieder, sich zu einem festen Bestandteil der lokalen medizinischen Versorgung etabliert hat. Das jahrelange Engagement von Heinz Schoeneich in Burma, Thomas Kreusch in Zentral-Indien, Peter Sieg auf den Philippinen sei hier nur als Anfang einer langen Liste derer zu erwähnen, die durch Ihren persönlichen Einsatz bewiesen haben, dass wir außer dem klassischen begrenzten Operationseinsatz auch echte „Projekte“ ins Leben gerufen haben. Ob dieses persönliche Engagement in der gleichen Weise bestünde, wenn wir uns einer zentralen Organisationsstruktur unterordnen würden, die uns Vorgaben zu Einsatzorte, Einsatzzeitpunkt und Teamzusammenstellung machen würde, bezweifle ich erheblich. Der Nachteil für unsere neuen Mitglieder dieser dezentralen Vereinsstruktur ist natürlich die Schwierigkeit als Einzelner mit einzusteigen. Was können wir als Vorstand für einsatzwil-



lige Mitglieder tun? Diese Frage stelle ich mir sehr oft und die Lösung ist nicht einfach – es ist mir bewusst wie dankbar wir als Vereinsvorstand sein können, so viele engagierte Mitglieder zu haben, die alle bereit sind Ihren Jahresurlaub zu opfern um zu helfen. Bitte sehen Sie es uns aber nach, dass wir einem Wunsch nach der Einsatztteilnahme oft nicht so nachkommen können wie wir es uns wünschen würden. Ich will Sie aber nicht entmutigen, sondern möchte Sie gern auffordern Ihr Schicksal selbst in die Hand zu nehmen und mit einer gewissen Beharrlichkeit am Ball zu bleiben. Hier einige Tipps die vielleicht nützlich sind. **Kontaktieren Sie Interplast-Aktive** oder eine Interplast Sektion in Ihrer Nähe – oft sind es ganz lokal begrenzte Netzwerke, in die man als Neuling leichter aufgenommen wird als in der Anonymität des Gesamtvereins. **Kommen Sie zur Interplast Jahreshauptversammlung** – hier trifft man eine Vielzahl Interplast Aktiver und kann Kontakte knüpfen und hat Chancen Informationen über neue Projekte und Einsätze zu erfahren. **Helfen Sie uns bei der Suche nach neuen und sinnvollen Einsatzziele** – wenn Sie selbst Kontakte ins Ausland oder zu Organisationen die in Entwicklungsländern tätig sind haben, lassen Sie uns gemeinsam die Möglichkeiten für INTERPLAST Aktivitäten prüfen und helfen Sie uns erfolgreich neue Projekte zu finden. Ich lade Sie in diesem Fall herzlich ein, mich unter alamuti@interplast-germany.de zu kontaktieren und freue mich über Ihre Ideen und Ihr Engagement und möchte Sie ermutigen den Verein als neues Mitglied von Anfang an mitzugestalten.

Nuri Alamuti / Wiesbaden

Interplast-Ehrenmitglieder



Gottfried Lemperle



Gretel und Werner Widmaier †



Rémy Zilliox



Waltraud Huck



Ortwin Joch



Uta Methfessel-Deb †



Helga Kopp



Donald Laub



Christa Drigalla

INTERPLAST-Germany e.V.

Gemeinnütziger Verein für Plastische Chirurgie in Entwicklungsländern



In Dankbarkeit und persönlicher Verbundenheit gedenken wir unseres INTERPLAST-Freundes

Abdol Behrawan

Persien – sein Leben, seine Vision von einer besseren Welt - Dr. Abdol Behrawan, der viele Jahre als Soziologe und Politologe in Deutschland lebte, kehrte trotz vieler politischer Unwegbarkeiten wieder in sein geliebtes Heimatland zurück. In Teheran lebend, setzte er alles dran INTERPLAST zu einer humanitären Mission in den Iran einzuladen. 2004 hatte er es dann endlich geschafft: Im Heschmatieh Habibian Krankenhaus von Nain wurde das erste „Reconstructiv Surgery Camp“ aufgeschlagen. Seither sind eine Vielzahl von INTERPLAST-Einsätzen von ihm im Iran organisiert worden, getragen von einer tiefen Freundschaft und Begeisterung für unser medizinisches Wirken. Die INTERPLAST-Stiftung finanzierte ihm den Ausbau einer Krankenstation in seiner Heimatstadt Kouhpaye und viele weitere Projekte waren in Planung..... bis dann uns die traurige Botschaft erreichte – Abdol ist plötzlich und vollkommen unerwartet im Alter von 67 Jahren gestorben.

Wir verlieren einen lieben Freund, der seine stete Hoffnung auf ein freies, demokratisches Persien leider nicht mehr erleben durfte. Er wird uns fest und stets lebendig in Erinnerung bleiben.

Der Vorstand von INTERPLAST-Germany e.V.

*André Borsche, Hubertus Tilkorn, Dietmar Scholz und Nuri Alamuti
und alle seine INTERPLAST-Freunde.*



Abdol Behrawan – Ein persönlicher Nachruf

Unser Abdol - Behnam - Dr Behrawan ist nicht mehr am Leben – dies ist einfach nicht möglich, nicht wahr. Es kann doch nicht sein, dass diese Fülle an Projekten, an fest geplanten Arbeiten und Begegnungen nicht mehr stattfindet! Was wird aus den tausend frisch gepflanzten Granatapfelbäumen, aus den sozialen Projekten in Kuhpa in seinen Dörfern etc. Was wird aus den Projekten mit den Freunden aus Deutschland, die viel zahlreicher sind als das, was wir kennen. Abdol wo bleibst Du, wenn wir Dich rufen zu unserem Fest, zu unseren vielen Einsätzen, die wir vorhaben in Deinem Land.

Wir wollten doch noch in den Norden, in den Süden, nach Mashad, zu den Kurden.

Es ist einfach nicht zu ertragen, dass Du uns verläßt zu diesem Zeitpunkt. Hast Du einfach vergessen, dass Du hundert Jahre mindestens wirst. Das konntest Du nicht machen, schon gleich nicht jetzt – und sei es nur wegen des Seufzers der Erleichterung, den jetzt einige deiner Landsleute ausstossen, die ewig gestrigen, dummen und menschenverachtenden pasteranischmullahischen Dreckskerle, die jetzt einen echten Gegner nicht mehr fürchten müssen.

Nein Abdol - es geht nicht - Du musst wiederkommen , Du bist absolut unverzichtbar!!! für viele andere - aber auch für mich, für uns!

Die Sektion Südbayern hat keinen Kern mehr ohne Dich. Du kannst doch diese Achse diesen Strahl der gegenseitigen Empathie nicht einfach vernichten indem Du Dich als Zielpunkt aus dem Staub machst. Abdol ich hasse Dich für diese Gemeinschaft, die Du uns da antust! Niemand absolut gar niemand kann Dich ersetzen - allein der Gedanke daran ist absurd!

Ich gebe zu, dass ich ein solches Gefühl des plötzlichen Vakuums seit 1969 nicht mehr verspürt habe. Aber es ist wohl nicht zu ändern, Abdol wird nicht mehr plötzlich am Telefon sein in dieser unvergleichlichen Art, es werden uns diese ebenso unvergleichlich

scharfen Augen nicht mehr liebevoll „durchbohren“ wenn wir in Tehran ankommen. Wir werden nicht mehr weiter durch ihn fortgebildet. Was haben wir nicht alles von und mit ihm gelernt, erfahren, erlebt in diesen wenigen Jahren. Nicht mal mehr richtig bedanken können wir uns bei Dir! Abdol -

Euer
Andreas Schmidt, Murnau



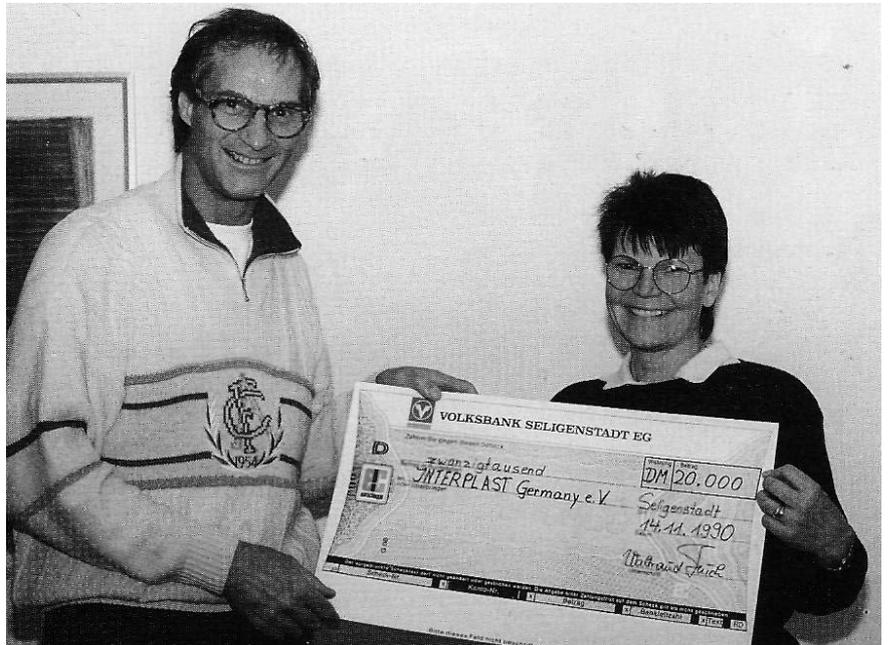
Wir gratulieren

20 Jahre pro interplast Seligenstadt e.V.

...und was daraus geworden ist, sehen wir heute – 665 Mitglieder, die in 20 Jahren ein Spendenaufkommen von ca. 5 Millionen ermöglichten, womit sie 400 Mediziner –Teams finanzieren und ca. 25.000 Patienten weltweit eine Operation ermöglichen konnten.

Gottfried Lemperle, San Diego
Gründer von INTERPLAST-Germany e.V.

Eine Sternstunde für Interplast-Germany war die Gründung des Fördervereins pro interplast Seligenstadt 1989 auf Initiative von Waltraud Huck. Die Mutter von zwei großen Kindern aus Seligenstadt lernte die Arbeit von Interplast-Germany durch Prof. Lemperle kennen und war so beeindruckt, dass sie den Entschluß faßte, sich selber für die finanzielle Unterstützung von Interplast einzusetzen. Dank Ihres unermüdlichen Einsatzes gelang ihr unter Mithilfe ihrer Familie und vieler Freunde der Aufbau eines großartigen Fördervereins für Interplast. Getragen von der Idee, durch die Spenden sinnvolle Hilfe zu vermitteln, engagierte sie sich immer wieder bis zur persönlichen Belastungsgrenze. Ein Schlüssel-erlebnis war 1994 ihre Reise nach



Prof. Lemperle und Waltraud Huck 1990



Kalkutta und das Treffen mit Mutter Teresa: Konfrontiert mit Armut und Elend sah sie die Chance und Glückseligkeit helfen zu können. So hat sie auch Kinder in ihre Familie aufgenommen und während Operationen in Deutschland betreut. Mittlerweile erfährt Waltraud Huck von einem lieben Vorstandsteam und ihrem inzwischen pensionierten Ehemann, Jochen Huck, weiter tatkräftige Unterstützung.

Waltraud und Jochen Huck zu Gast bei Mutter Teresa



pro interplast Seligenstadt e.V.

Verein zur Förderung Plastischer Chirurgie in Entwicklungsländern

Liebe Waltraud, der Vorstand von INTERPLAST-Germany gratuliert Dir als unser Ehrenmitglied zum 20 jährigen Jubiläum von pro interplast ganz herzlich und dankt für Deine großartigen Verdienste zum Wohle unzähliger Patienten.

André Borsche, Dietmar Scholz, Nuri Alamuti und Hubertus Tilkorn



20 Jahre pro interplast mit Jochen und Waltraud Huck



pro interplast Vorstand



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,

seit 2004 hat der Verein INTERPLAST-Germany e.V. zur Förderung längerfristiger Projekte eine **INTERPLAST-Stiftung** errichtet.

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

Die INTERPLAST-Stiftung wird verwaltungsmäßig unabhängig vom Verein geführt und hat eine eigene Konto- und Bankverbindung. Es wird 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

Homepage der Stiftung : www.interplast-germany.info

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



Längerfristige Humanitäre Projekte der INTERPLAST-Stiftung

1. Krankenhaus in Nordost-Brasilien: Coroatá

In der Armenregion Coroatá / Maranhao im Nordosten Brasiliens ist 1992 auf Initiative von Prof. Werner und Gretel Widmaier aus Stuttgart ein kleines Krankenhaus entstanden, in dem bereits 25 INTERPLAST-Teams in Zusammenarbeit mit Landshuter Ordensschwwestern großartige humanitäre Hilfe geleistet haben. Dieses wunderbare Projekt der unmittelbaren Nächstenliebe lebt durch plastisch-rekonstruktive Operationen, die den mittellosen Menschen helfen, schwere angeborene Entstellungen oder verstümmelnde Verbrennungsfolgen zu überwinden. Hier unterstützt die INTERPLAST-Stiftung die Einsatzteams und die Ausbildung von 2 OP-Schwwestern vor Ort. Zuletzt wurden auch dringend erforderliche Renovierungen im Operationssaal durch Stiftungsgelder ermöglicht.

2. Nepal-Krankenhaus: SKM-Hospital in Sankhu

Kaum ein INTERPLAST-Projekt hat seit nun mehr 13 Jahren soviel an längerfristiger Hilfe geleistet wie das INTERPLAST Hospital in Nepal. Als Vorzeige-Projekt der Entwicklungshilfe wird es von vielen engagierten Ärzten, Schwestern und Helfern getragen und dient neben der direkten Hilfe vor Ort auch als Ausbildungsstätte für nepalesische Ärzte und Schwestern. Auch die segensreiche Arbeit der leitenden Schwester Christa Drigalla aus Freiburg haben wir von der INTERPLAST-Stiftung finanziell unterstützt. Seit 1. November 2009 hat mit Übernahme der ärztlichen Leitung durch den nepalesische Chirurg Dr. Jaswan Shakya eine neue Epoche im INTERPLAST Hospital in Nepal begonnen. Er wurde durch

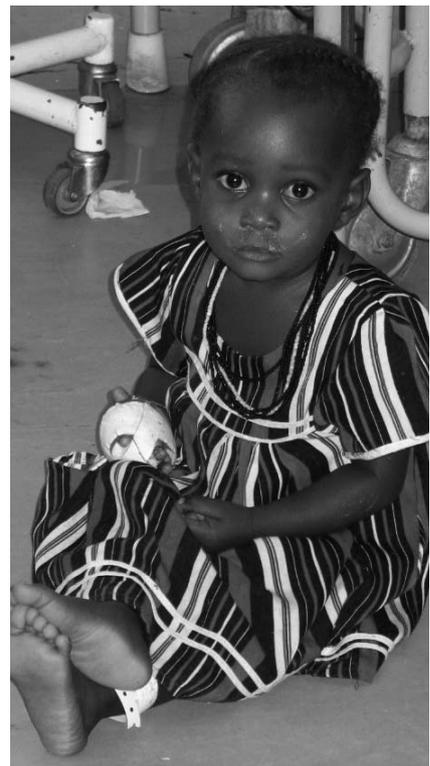
die Ärzte von INTERPLAST ausgebildet und erhält auch weiterhin fachärztliche Unterstützung aus Deutschland. Damit sind wir einen Schritt weiter in Richtung Selbstständigkeit. Die Projektverantwortlichkeit liegt weiterhin bei INTERPLAST und Projektleiter Hein Stahl freut sich auch in Zukunft über tatkräftiges Engagement.

3. Burma (Myanmar): Aufbau plastisch-chirurgischer Versorgungsstrukturen

Bereits seit über 10 Jahren ist INTERPLAST in Burma aktiv. Heinz Schoeneich aus München hat sich mit einer Vielzahl von Mitstreitern das hochgesteckte Ziel gesetzt, neben den regelmäßigen Operationseinsätzen auch strukturelle Verbesserungen zur Förderung der Plastischen Chirurgie durchzusetzen. Krankenhausbauten, Sachmittel und Instrumente gehören genauso dazu, wie auch die enge Integration burmesischen Kollegen in das Hilfsprojekt als gleichwertige Partner. Hier leistet die INTERPLAST-Stiftung finanzielle Rücken- deckung, damit diesem idealistischen Ziel nicht der Atem ausgeht. Eine große Spende für OP-Instrumentarium wurde 2009 durch die Stiftung ermöglicht.

4. Namibia: Plastisch-chirurgische Hilfe und Ausbildungsprojekt

Im Sinne „Hilfe zur Selbsthilfe“ betreiben wir ein plastisch-chirurgisches Operationsprojekt mit begleitender Ausbildung in der Sahelzone in Namibia, dem ehemaligen Deutsch-Südwestafrika. Seit 2006 engagiert sich INTERPLAST in





Oshakati und Windhoek mit 2 Einsätzen jährlich, um in dem aufstrebenden Land auch die Versorgung der sozial benachteiligten Menschen zu unterstützen. Ein Vertrag mit dem Gesundheitsministerium ebnete den Weg und Matthias Gensior aus Korschenbroich wird auch für die nächsten 5 Jahre die Operationseinsätze koordinieren. Die INTERPLAST-Stiftung hilft bei der Beschaffung von geeigneten Instrumenten für die praktische Hilfe und Ausbildung der einheimischen Ärzte und Schwestern.

5. Indien: Immer wieder fehlt der Sauerstoff

In dem kleinen Städtchen Ghodegoan im zentralindischen Bundesstaat Maharastra hilft INTERPLAST seit 2007 ein kleines von Nonnen geführtes Krankenhaus mit Leben zu füllen, weil hier die Armut besonders groß ist. Doch immer wieder fehlt der Sauerstoff, um sichere Narkosen zu ermöglichen. Zusammen mit dem „Ebersberger Förderverein für Interplast EFI“ von Hajo Schneck haben wir nun von Stiftungsspenden einen Sauerstoffgenerator angeschafft, der für die nächsten INTERPLAST-Einsätze zur Verfügung stehen wird. Pater Prakash ist überglücklich, dass wir ihn in seiner ländlichen Armenregion nicht im Stich lassen.

6. Hospital-Projekt Tosamaganga in Tansania

Das Krankenhaus der Diözese Iringa liegt im Herzen Tansanias und wird von Hubertus und Marlene Tilkorn aus Münster durch INTERPLAST-Teams unterstützt. Obwohl alle ihr Bestes geben, sind die hygienischen und räumlichen Bedingungen vor Ort so katastrophal, dass wir immer wieder um die

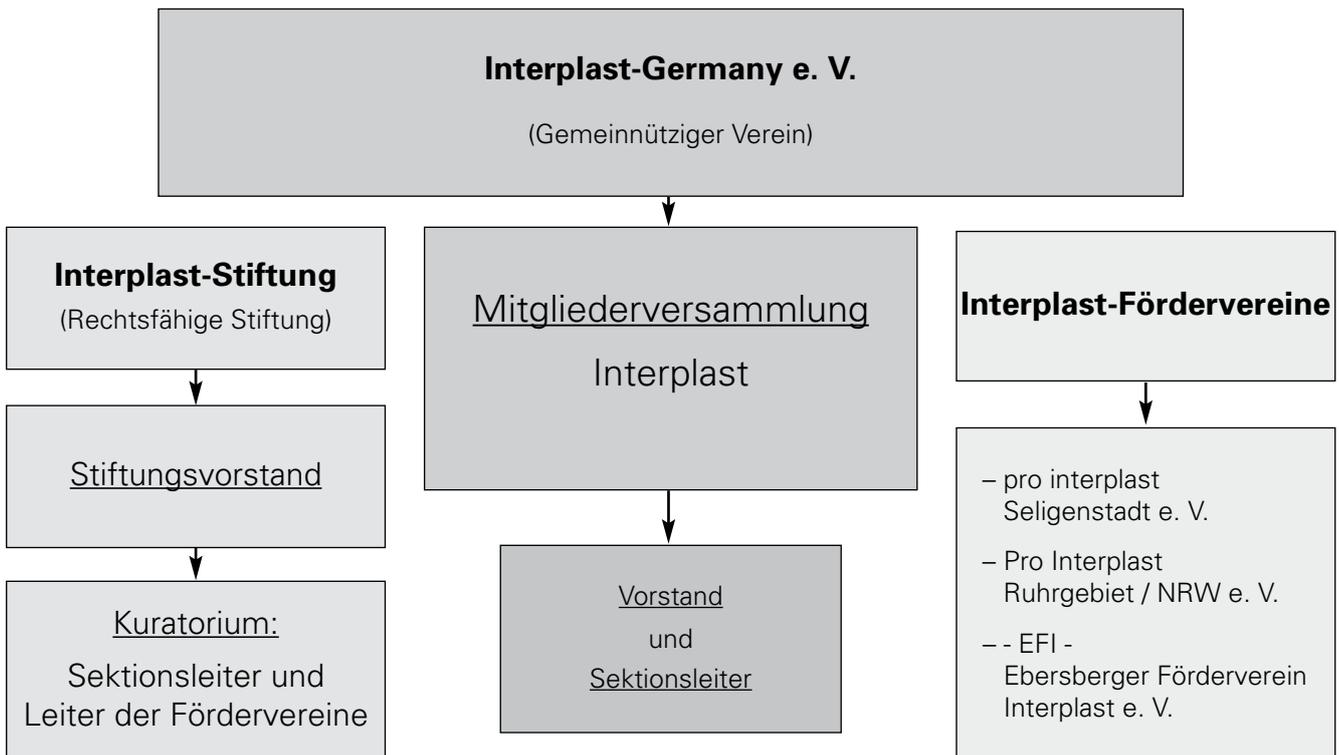
von uns operierten Patienten bangen müssen. Hier hat die INTERPLAST-Stiftung Gelder zur Verfügung gestellt, um eine dringend erforderliche Renovierung zu realisieren, denn dieses segensreiche Projekt braucht wirklich unser längerfristiges Engagement.

7. Notstromaggregat für das Krankenhaus in Puma / Tansania

In der Trockenzeit bricht mehrmals in der Woche die Stromversorgung des Krankenhauses in Puma zusammen. Michael und Regina Schidelko, die seit vielen Jahren dort in der entlegenen Region Tansanias INTERPLAST-Einsätze organisieren, baten die INTERPLAST-Stiftung um die Kostenübernahme für ein Notstromaggregat. Inzwischen ist dieses erfolgreich installiert und versorgt Operationsaal und die benachbarte Krankenstation mit Notstrom.

8. INTERPLAST-Projekt Murunda in Ruanda

Gemäß der INTERPLAST-Philosophie versuchen wir abseits der großen Zentren plastisch-chirurgische Hilfe anzubieten, wo die Armut am größten ist. Leider sind vor Ort aber die räumlichen Bedingungen für eine medizinische Versorgung oft äußerst dürftig. So auch beim Murunda-Hospital in Ruanda, wo Arnulf Lehmköster aus Vreden eine neue INTERPLAST-Kooperation initiieren will. Als Voraussetzung für zukünftige Hilfseinsätze soll mit Unterstützung der INTERPLAST-Stiftung ein OP-Trakt mit Gästehaus entstehen. Es ist Ziel, eine kontinuierliche operative Tätigkeit auf plastisch-rekonstruktivem Gebiet und die Ausbildung des Personals zu ermöglichen.





Zusammenarbeit mit folgenden Organisationen:



**action
medeor**

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



**MEDICINS 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-augeinlicht.de · www.aktion-augeinlicht.de
Spendenkonto: Augenlicht e.V.
Volksbank Nahetal, Kto. 102 126 969 (BLZ 560 900 00)



INTERPLAST-Symposium

Bad Kreuznach, 7. März 2009

INTERPLAST - Humanitäre Plastische Chirurgie Anspruch und Wirklichkeit

1. **Begrüßung und Einführung**
André Borsche, Bad Kreuznach
2. **Erwartung und Wirklichkeit - Einsatz Bolivien**
Dirk Bierawski, Erfurt - Martin Schwarz, Freiburg
3. **Mission on Demand –**
Checkliste der Einsatzkriterien
André Borsche, Bad Kreuznach
4. **To Pay or Not to Pay**
Ruth & Nuri Alamuti, Wiesbaden
5. **Burma - In und nach der Katastrophe
„Zyklon Nargis“**
Heinz Schoeneich, München
6. **Anspruch und Wirklichkeit –**
Münchener Erfahrungen
Heinz Schoeneich, München
7. **We share one dream –
A Song for INTERPLAST**
Human Aid Project
Björn Schömel, Bad Kreuznach
8. **ESPRAS SHARE – Roundtable
The Surgeons' Humanitarian Aid Resource Europe**
J.P.Nicolai, F.Nicolai, R.Zeeman, A.Schmidt,
P.Knipper, A.Borsche
9. **Humanitarian Aesthetic Surgery under challenging
conditions**
Patrick Knipper, Paris INTERPLAST France
10. **Noma in Niger und Guinea Bissau**
Ute Winkler-Stumpf, Regensburg
11. **Humanitäre Plastische Chirurgie in Ländern,
da wo es knallt?**
Rémy Zilliox, Lyon France
12. **Streubomben- und Landminen-Opfer –
Hilfe für traumatisierte Kinder im Libanon**
Katja Kassem, Münster
13. **Burn Prevention and the Interplast Burn
Unit Uganda**
Rein J. Zeeman, Marjo Aerst INTERPLAST Holland
14. **Anästhesie bei INTERPLAST-Einsätzen:
Zusammenfassung des
2. INTERPLAST-Anästhesistentreffens**
Hajo Schneck, Traxl
15. **OP-Schwestern und Pfleger bei
INTERPLAST-Einsätzen:
1. Treffen zum Informationsaustausch in
Bad Kreuznach**
Kathrin Sojka, Bad Kreuznach - Tina Tröster, Metzingen
16. **INTERPLAST Einsatz-Statistik 2008**
Leila & Georg Kolios, Göttingen
Hubertus Tilkorn, Münster
17. **Long lasting cooperation –
The Padhar Hospital Project India**
Thomas & Evelyn Kreuzsch, Hamburg
Dr. Choudherie, India
18. **Die Wandlung des Dental-Rooms im Nepal-Hospital**
Dentists Without Limits - Sybille Keller, Kempten
19. **Noma – Free Flap Reconstruction in Sokoto**
Andreas Schmidt, Murnau
20. **Das letzte Königreich im Himalaya**
Thomas Lambrecht, Basel Schweiz
Paul Schüller, Traunstein





Bilder vom Jahrestreffen



Das vollbesetzte Kurhaus Bad Kreuznach



Abstimmung des INTERPLAST Mitglieder Plenums



Peter Schwarz verliest den Kassenbericht



Herzlichen Dank an unsere Sekretärin Camilla Vöpel



Frederik Tom Völpel, der jüngste Redner



ESPRAS SHARE Podiumsdiskussion Europäische Kooperation



Gloria und Juan Duerksen, Rein Zeeman, Jean-Philippe und Fiore Nicolai



Raul Borsche und Patrick Knipper



Human Aid Project - A Song for INTERPLAST



Trudi Reske's Marmeladen- und Bastelverkauf für das Nepalkrankenhaus



Thomas Lambrecht, Dr. Choudherie, Thomas Kreuzsch



Gastgeber auf der Eberburg Conny Rauschenplat, André und Eva Borsche



Nachtlager für Ravi Alamuti

Erstes Schwestern und Pfleger-Treffen INTERPLAST Symposium 2009

Schon seit längerer Zeit haben sich die Stimmen erhoben, die nach einem Treff der Schwestern und Pfleger gerufen haben, die ihre Interplast Erfahrung für Alle zur Verfügung stellen wollten. Mit meiner Kollegin Tina Tröster haben wir das nun ins Leben gerufen.

Erst mal zögerlich, nur als ein Satz, in der 4 Seiten langen offiziellen Einladung wurde unseres Vorhaben manifestiert und dann habe ich anschließend etwa 20 Rückmeldungen von Kolleginnen und Kollegen bekommen.

Mehr als 10 haben sich dann um 15:00 am 06.03.2009 im Kurhaus zu Bad Kreuznach eingefunden, Toll! Dort hat sich dann eine gut 2 Stunden lange Unterhaltung ergeben, zwischen den erfahrenen "Hasen" und den Kollegen mit weniger Erfahrung, die Antworten auf ihre Fragen suchten, ihre Probleme vortrugen und nach Tipps fragten. Um aus vielen Themen nur ein Paar herauszugreifen:

1. Sterilität. Als Op-Schwestern und Pfleger fühlen wir uns immer für die Sterilität verantwortlich, auch in Rajasthan oder in Tansania am Rande des Urwalds. Wir haben über die Akzeptanz gesprochen, die uns an den Tag gelegt wird, wenn wir nach der Sterilität rufen. Wir wollen nicht aufhören dafür zu kämpfen, unter dem Motto „das Maximum zu fordern, um das Minimum zu erreichen“. Hiermit möchte ich an die Operateure appellieren: „wascht euch bitte die Finger, benutzt das Händedesinfektionsmittel, und verwendet sterile Handschuhe“. Immerhin haben wir uns bemüht Desinfektionsmittel und die Handschuhe für Euch zu organisieren! und bisschen Vorbildfunktion wollt ihr auch immer sein...

2. Die Problematik mit Sterilisieren vor Ort, jeder konnte Geschichten erzählen, was für abenteuerliche Sterilisationsmöglichkeiten wir schon vorgefunden haben. Mit den verschiedensten Systemen müssen die Instrumente und steriles Verbrauchsmaterial für den nächsten Tag vorbereitet werden.

3. Die Einbeziehung von einheimischen Personal in unsere Arbeit, sowohl in assistierender Funktion während der Operationen, wie auch um den Patientenfluss zu kanalisieren, Sterilisieren, Sterilgut aufbereiten usw...

4. Die Einbeziehung von weiteren Teammitgliedern in Ach! nicht so spektakuläre und nicht so angenehme Aufgaben, die vor allen am Ende des Arbeitstages anfallen, statt mehrmals abends fragen „bist du endlich fertig, wir wollen schon gehen!“. Einfach mal fragen, „kann ich dir was helfen?“

5. Gastgeschenke. Man soll ganz vermeiden Geldgeschenke zu verteilen. Dafür Cappucinopulver, Schokolade, Plüschtiere für die Kinder, wobei Erwachsene genau so an den Spielzeugen interessiert sind wie die Kinder.

6. Beschaffen von Nahtmaterial und anderen Sachen für den Einsatz, wobei die Internetplattform www.doobox.de

sehr hilfreich sein kann um Austausch von Materialien zu ermöglichen, auch die Instrumentenverwaltung, die in meiner Hand ist, wurde angesprochen.

7. Viele andere weitere Themen, die uns im Laufe von den Einsätzen begegnet sind. In Ganzem war das eine heitere und interessante Begegnung.

Wir haben uns geeinigt, nächstes Jahr wieder ein Treffen zu veranstalten, bis dahin aber in Kontakt zu bleiben um gegenseitig zu profitieren von aktuellen Erfahrungen, die wir gemacht haben, Gedanken und Probleme austauschen. Dieses gegründete Netzwerk möchte ich weiter pflegen und verwalten. Alle, die sich an der Arbeit beteiligen wollen, meldet Euch!

E-Mail an: kathrinsojka@hotmail.com

Kathrin Sojka, Bad Kreuznach





2. Anästhesie-Treffen im Rahmen der Jahrestagung 2009



Nach der guten Aufnahme des ersten Anästhesie-Treffens auf der Jahrestagung im Februar 2008 wurde diese ungewollt-zwanglose Veranstaltung auch 2009 unter ganz ähnlichen Bedingungen (Freitag Nachmittag in Kenntnis der terminlichen Probleme für viele von uns, aber ohne wirkliche Alternative) wieder angeboten. Anders als im Vorjahr, wo aus fünf Anmeldungen letztlich 40 TeilnehmerInnen geworden waren, hatten sich diesmal schon im Vorfeld 30 Schwestern, Pfleger und ÄrztInnen angemeldet, gekommen sind schliesslich 53. Die Tagungsleitung hatte wieder für geheizten Raum, Kaffee und Gebäck gesorgt, so dass guten Referaten und Diskussionen nichts im Wege stand - danke, Eva und André.

Die Anästhesie-Gruppe innerhalb von Interplast Germany e.V. macht ja mittlerweile fast ein Drittel aller aktiven Mitglieder aus (217 von 738 ärztlich, 93 von 313 pflegerisch), Tendenz noch immer steigend. Das hat mehrere Ursachen und Aspekte: erstens setzt sich mehr und mehr auch bei den chirurgischen Teamleitern die Erkenntnis durch, dass zwei Anästhesisten nicht nur mehr, sondern auch besser sind als einer. Das ist aus Gründen der Qualität

längst überfällig (und wird von einigen von uns seit Jahren gebetsmühlenartig gepredigt) und unter dem Ausbildungsaspekt ganz essentiell. Zweitens heisst es aber schon auch, dass überproportional viele „Novizen“ mit von der Partie sind, weil sich die Abkömmlichkeit der Längergedienten im Zusammenhang Arbeitsverdichtung - Stellensituation an den Kliniken - Einkommenssituation in den Praxen merklich verschlechtert hat.

Die organisatorischen Vorbereitungen begannen im Spätherbst 08, einige KollegInnen sagten ohne grossen Widerstand eigene Beiträge zu. Am Tag der Veranstaltung fanden sich im „kleinen Saal“ des Kurhaus-Hotels ab 15:00 Uhr über 50 Interessierte ein, wobei nicht wenige Anästhesie-Schwestern und -Pfleger sich noch zwischen dieser und einer gleichzeitig stattfindenden Sitzung für Interplast-Pflegepersonal entscheiden mussten. Auch diese terminliche Überschneidung (gleichzeitig wird ja traditionell auch noch die Sektionsleiter-Sitzung abgehalten) wird zu diskutieren, aber wohl kaum zu verhindern sein, vorausgesetzt alle diese Veranstaltungen sollen auch in Zukunft angeboten werden.

Nach ein paar Einleitungsworten und kurzer Vorstellung der Anwesenden begann die Sitzung mit einer Übersicht über die Problematik „Opiode am Zoll“, kompetent gegeben von Dirk Dunkelberg aus Karlsruhe. Das Thema hatte Anfang 2009 bereits eine deutliche Entspannung erfahren, weil erstens aus einer grossen Industriespende mehrere tausend Ampullen Fentanyl in den ganz offiziellen Besitz des Ebersberger Fördervereins Interplast gelangt waren. Zweitens hatten nach der Ankündigung im Vorjahr schon viele KollegInnen von dieser Möglichkeit mit guten Erfahrungen Gebrauch gemacht. Drittens wurde nach einigen einschlägigen Berichten zugesagt, das betreffende amtliche Schreiben von EFI beglaubigt und gestempelt und vereidigt in Englisch und Spanisch übersetzen zu lassen und die Übersetzung auf Wunsch zur Verfügung zu stellen (was mittlerweile erfolgt ist).

Hajo Schneck aus Traxl trug im Anschluss die technischen Grundlagen und praktischen Aspekte der Sauerstoff-Extraktion aus Raumluft vor und gab eine Marktübersicht über die im Handel verfügbaren O₂-Konzentratoren. Die Technik gewinnt zunehmend Anhänger nicht nur in Interplast-Reihen, sondern auch bei den Betreibern von Krankenhäusern an Orten, an denen komprimierter Sauerstoff unsicher oder schwierig verfügbar bzw. übermässig teuer ist (zuletzt beispielsweise ohne eigenes Zutun vorgefunden in Tanzania, Nordindien, Sierra Leone). Die Konzentratoren sind äusserst zuverlässig und praktisch wartungsfrei, der einmalige Transport (zum Verbleib) ist bei ca. 15-20 kg Gewicht mit vertretbarem Aufwand zu bewältigen. Ein Neugerät kostet in Deutschland unter € 1.000.-, Gebrauchtgeräte sind im Handel und im Internet für unter 200.- zu erhalten. Der TTM bietet ein sehr robustes Gerät incl. Transport an den Bestimmungsort und Zollabwicklung für zusammen ca. € 1.500.- an, dem stehen die Einsparungen für Transport, evtl. Zoll und die deutsche Mehrwertsteuer gegenüber, das Angebot ist also nur bei sehr günstigen Bedingungen zu unterbieten (und



wird gerade an einem längerfristigen Einsatzort in Zentralindien umgesetzt). Die abgegebene Luft enthält je nach Flow (1 - 6 Liter/min) 70 bis 95% Sauerstoff, was für jede denkbare Situation ausreicht. Der bekannte Ärger mit nicht passenden oder undichten Reduktionsventilen entfällt, allerdings ist das Gerät elektrisch betrieben und fällt sofort aus, wenn der Strom ausfällt. Je nach Länge dieser Phasen helfen Ambubeutel oder eine kleine, aber gefüllte und mit Auslass versehene Sauerstoffflasche. Danach trug wiederum Hajo Schneck eine Präsentation von Jürgen Unterburger aus Schwandorf zum Thema „Regionalanästhesie auf Interplast-Einsatz“ vor; er selbst hatte es nicht rechtzeitig geschafft (s.o.). Am Beispiel zweier Einsätze der Sektion Südbayern in der Uni-Klinik Rafsanjan im Iran wurden die Möglichkeiten der Regionalanästhesie dargestellt und anschließend lebhaft diskutiert. Als wenig aufwändiges Verfahren mit geringen Medikamentenkosten ist die Regionalanästhesie – wie immer in geübten Händen – bestimmt oft eine gute Alternative zur Allgemeinanästhesie, bei entsprechender Ausrüstung (Stimulator) und Übung ist die Erfolgsrate hoch, wenn Kathetertechniken verwendet werden, ist die postoperative Schmerztherapie auf diesem Wege möglich und, wenn sie von den Umgebungsbedingungen her geleistet werden kann bzw. aus hygienischer Sicht darf, sicher sehr viel wert. Es kamen jedoch aus dem Munde (und Herzen) einiger erfahrener KollegInnen Bedenken zur Sprache, die nicht unterschätzt werden dürfen: die oft fehlende Verständigung mit den Patienten (vielleicht nicht an einer Uni-Klinik); die schwierig zu realisierende, aber ganz wichtige Nachbeobachtung über viele Stunden, bei Schmerztherapie sogar Tage; der zeitliche Aufwand (im Op und danach); kulturelle Aspekte wie das Entkleiden bei Wachheit, um nur die wichtigsten zu nennen. Und selbstverständlich kann die Regionalanästhesie nur dort eine Rolle spielen, wo das entsprechende Patientengut zu versorgen ist, also vereinfacht gesprochen Hand- und Fusschirurgie, eventuell noch Untebauch-Eingriffe, wenn solche ausnahmsweise zum Spektrum gehören sollten. In anderen Körperbereichen sind Regionaltechniken nach mehrheitlicher Auffassung sehr wohl zur intra- und postoperativen Schmerztherapie geeignet (z.B. infraorbital nach Lippenspalte, 2-in-1 nach Spalthautent-

nahme am Oberschenkel, axillär nach Handchirurgie), an vielen Orten mangels Hygiene und sonstiger Struktur aber vorzugsweise als single shot. Im nächsten Vortrag gab Dirk Dunkelberg aus Karlsruhe einen Abriss über die auf dem Markt verfügbaren tragbaren Kapnometrieeräte. Nachdem die Notwendigkeit der Kapnometrie wenige Jahre zuvor noch auf Interplast-Jahrestagungen kontrovers (und geradezu als Paradigma für das Selbstverständnis von Anästhesisten auf Einsatz in der sog. „3. Welt“) diskutiert worden war, ging es nun nur noch um die technische Durchführung. Von den überwiegend guten transportablen Geräten auf dem Markt kristallisierte sich nach Dirks Ausführungen das von Pearl vertriebene Capnox (Kombi-Gerät mit Pulsoximeter) als derzeit vielleicht beste Lösung heraus. Das Capnox arbeitet – anders als die Geräte einiger anderer Anbieter – mit ganz üblichen und überall billig erhältlichen Probenleitungen, die Sensoren für die Pulsoximetrie sind ebenfalls weit verbreitet und in verschiedenen Ausführungen erhältlich, dabei einigermassen robust. Der Preis eines kompletten Gerätes liegt neu bei unter € 4.000.-, der Ebersberger Förderverein hat inzwischen drei solche Geräte beschafft (und an unzählige Teams verliehen). Im nächsten Referat berichtete Maria Angsten aus Bad Honnef unter dem Titel „Erfahren im Fach, neu bei Interplast“ über die Eindrücke einer sehr berufserfahrenen Anästhesistin auf ihren ersten Interplast-Einsätzen. Die allen Zuhörern bekannten Probleme, die auf feine Art herausgestellt wurden, unterstrichen den Eindruck, dass die tatsächlich relevanten Probleme fast nie fachlicher Art sind, sondern sich so gut wie immer im Bereich der Kommunikation und der Interaktion innerhalb des Teams abspielen. Nach langer, von vielen teilweise durchaus emotionalen Beiträgen geprägter Diskussion wurden einhellig Dinge als Ziele festgehalten, die eigentlich eine Selbstverständlichkeit sein sollten (und trotzdem immer wieder erwähnt, erinnert, erstritten) werden müssen: die unstrittige Verantwortung der AnästhesistInnen bei der Auswahl der Patienten und der Eingriffe, damit ihre gleichwertige Mitentscheidung über das ja/nein und den Umfang der chirurgischen Vorhaben; die Verneinung jeder Hierarchie innerhalb eines Teams in medizinischen Angelegenheiten; die Pflicht für jeden

Einzelnen, sich selbst einzubringen, aber auch den dafür fälligen Respekt zu verlangen. Letztlich waren bei näherer Betrachtung so gut wie alle anästhesie-relevanten medizinischen Probleme dadurch entstanden, dass gegen das eigene Gefühl entschieden worden war, meist unter dem Druck der Op-Liste oder der Wünsche von chirurgischer Seite. Der Moderator des Anästhesie-Nachmittags wurde aufgefordert, diese Gedanken am folgenden Tag auch dem versammelten Auditorium nah zu bringen – was ich dann ja auch mit Nachdruck versucht habe.

Mit der Darstellung eines Falles, bei dem es auf einem Einsatz zu einer ernsthaften Komplikation bei einem Kleinkind gekommen war, schloss Ernst Eichel aus Freiburg den Nachmittag, an dem sich drei Stunden als gerade ausreichend erwiesen hatten. Die Art und Weise der Darstellung und der offene Umgang mit einer Komplikation (schwerste Komplikationen werden ja in der Regel im kleinsten Kreis besprochen und nicht öffentlich gemacht) war ein wichtiger Schritt auf dem Weg zu einer Art „klinischer Konferenz“, bei der es um Inhalte, Lösungsansätze, Ideen, Schlussfolgerungen für die Zukunft geht und nicht darum, dass es „jemand gewesen ist“ und dass einem selbst „sowas“ natürlich nie passiert wäre. Als Nebenerkenntnis blieb hängen, dass die Umfeldbedingungen auch von sehr erfahrenen Interplast-AnästhesistInnen immer wieder neu hinterfragt und überprüft werden müssen, dass nichts, was zuhause selbstverständlich ist, vorausgesetzt werden darf – das gilt vom Inhalt einer Gasflasche bis zur Kompetenz des nachtdiensttuenden Personals.

Zum Ausklang erinnerte Hajo Schneck aus Traxl wieder einmal an die Nutzung der Kommunikationsplattform DooX, über die im vorangegangenen Jahr eine langsame, aber doch merkliche Verbesserung zumindest der Materialwirtschaft zu beobachten war. Und trotzdem geht noch immer sehr viel Energie durch kleinmaschiges Denken verloren, die wir alle sehr gut an anderer Stelle brauchen könnten.

Wenn die Tagungsleitung zustimmt, möchten wir Anästhesie-Interplast-Gruppe ganz klar auch im nächsten Jahr wieder drei Freitags-Stunden für uns haben – bis dahin

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: +49 - 671 605 2110
Fax: +49 - 671 605 2112
Borsche@Interplast-Germany.de

Interplast Holland

www.interplastholland.nl
Rein J. Zeeman
Louise de Colignylaan 7
NL – 2341 C.G. Oegstgeest
Netherlands
Tel : + 31 – 71 515 39 67
Fax : + 31 – 71 517 32 64
info@interplastholland.nl

Interplast France

www.interplast-france.net
Patrick Knipper
25 Rue Bourgogne
F – 75007 Paris
France
Tel : +33 - 145 51 47 47
info@docteur-knipper.com
RemyZilliox@aol.com

Interplast Italy

www.interplastitaly.it
Paolo G. Morselli
Viale Berti Pichat 32
I - 40127 Bologna
Italy
Tel: +39 – 51 25 20 21
Fax: +39 – 51 24 63 82
paolo@morselli.info



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 difficult 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 con-

rol 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 for-ward 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



S.H.A.R.E. – Surgeons' Humanitarian Activities Resource Europe, a Committee of ESPRAS (European Society of Plastic, Reconstructive and Aesthetic Surgery)

Jean-Philippe Nicolai, MD, PhD (Netherlands)
ESPRAS Immediate Past President



In 2007, ESPRAS founded a new committee to coordinate all of the humanitarian activities being carried out by European plastic surgeons. Overlap is one of the reasons. A French team, for example, came to Sana'a, Yemen some time ago and learned that all of the patients had been operated on already by an American team a few weeks before. The French went home empty-handed, a frustrating waste of funds and energy. SHARE may prevent this kind of overlap by divulging information.

For this purpose, a website was constructed that includes a Google Earth map showing who is going where. Visit www.esprasshare.org and click on Global Data at the top of the homepage.

Another reason is to guarantee that only duly trained and experienced teams go on missions. There was a time when "cowboys" tried out new operations and trainees gained experience on missions in developing countries. Understandably, serious complications ensued, but the culprits went home to the West soon after their work. Health authorities in developing countries are increasingly aware of this and demand proof of the quality of team members. SHARE will be able to proffer that proof. SHARE also stresses sustainability and bans "parachute missions."

Not infrequently, teams leave their home country without being duly prepared or insured. It is, for instance, good to know that female team members in Muslim countries should only go outside with their heads covered and not in shorts and sleeveless shirts. SHARE intends to hold workshops to teach prospective teams about these cultural differences and warn about possible risks.

The SHARE website shows its Mission Statement and a Code of Conduct. The Mission Statement may also be viewed through www.espras.eu. In short, sustainability, quality, training, and teaching are SHARE's objectives. In a business meeting in Rhodes during the ESPRAS Congress in September 2009, the following officers were appointed:

Advisory Board

Jean-Philippe Nicolai
(Netherlands)

Nelson Piccolo
(Brazil) – liaison with IPRAS

Bishara Atiyeh
(Lebanon) – liaison with Mediterranean Burns Club

Rajeev Ahuja
(India) – liaison with IPRAS

Guido Molea
(Interplast Italy)

Nicolò Scuderi
(Italy)

Executive Committee

Christian Echinard
(France), Chairman

André Borsche
(Germany), Secretary-General
(andre.borsche@t-online.de)

Sinikka Suominen
(Finland), Treasurer

Brian Sommerlad
(UK) – Cleft Lip and Palate (CLP)

Ibrahim Yildirim
(Turkey) – CLP

Michael Early
(Ireland) – CLP

Brigitte Pittet-Cuénod
(Switzerland) – Noma

Andreas Schmidt
(Germany) – Noma

Rafael Acosta
(Sweden) – Hand and Microsurgery

Michel Costagliola
(France) – Burns

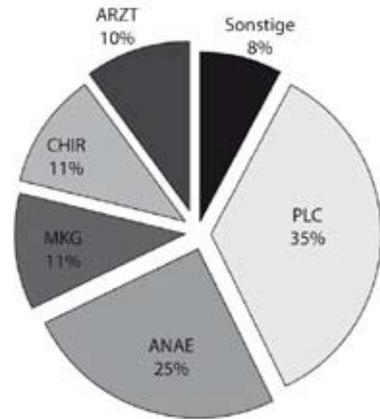
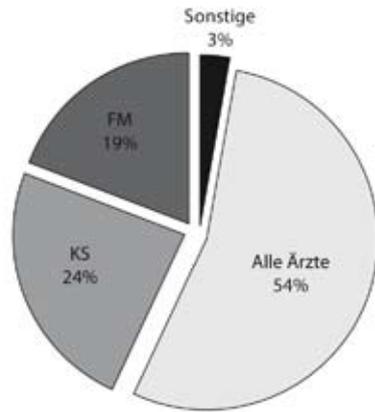
Romain Vanwijck
(Belgium) – Chaîne de l'Espoir

Kostas Papaioannou
(Greece) – Médecins sans Frontières

It is felt by many that the time has come for the coordination that SHARE will provide. All plastic surgeons participating in humanitarian missions are cordially invited to contact SHARE. 



Mitglieder- spektrum



- CA Chefarzt
- OA Oberarzt
- FA Facharzt
- AA Assistenzarzt
- PRAXIS Arzt in Praxis
- NN nicht näher bezeichnet
- KS Krankenschwester / Pfleger / Krankengymnast
- 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	64	19	15	4	4	3	0	2	0	0	111
OA	38	45	29	18	2	6	3	3	1	0	145
FA	23	60	14	15	5	4	3	3	1	0	128
AA	62	51	5	44	46	3	4	0	0	4	219
PRAXIS	62	25	20	5	7	0	4	0	1	10	134
NN	13	17	3	4	24	0	0	2	0	10	73
Gesamt	262	217	86	90	88	16	14	10	3	24	810
KS	158	93			88	8					347
FM	261										261
ORG	16										16
STUD	31										31
Gesamt Mitglieder											1465

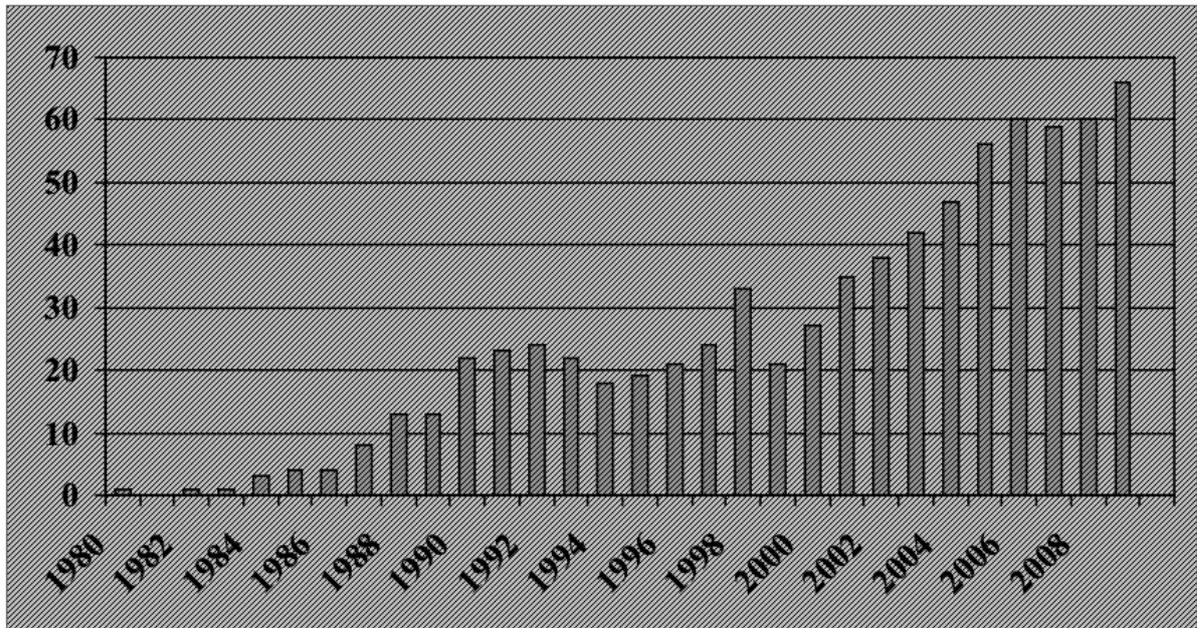
Datum : 25.01.2010



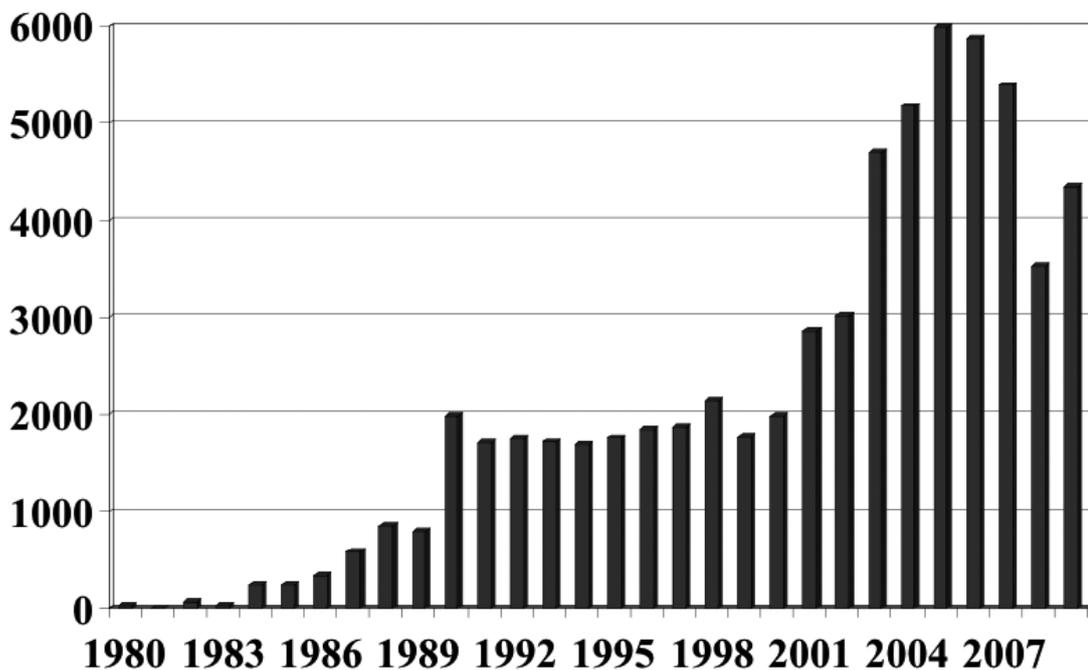


Statistik 29 Jahre INTERPLAST-Germany-Aktivitäten

INTERPLAST-Einsätze



INTERPLAST-Patienten





29 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 – 773	2000 – 2009	insgesamt:	490	42.867
1980 – 2009			773	64.310

Aktivitäten 2008

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



Aktivitäten 2009

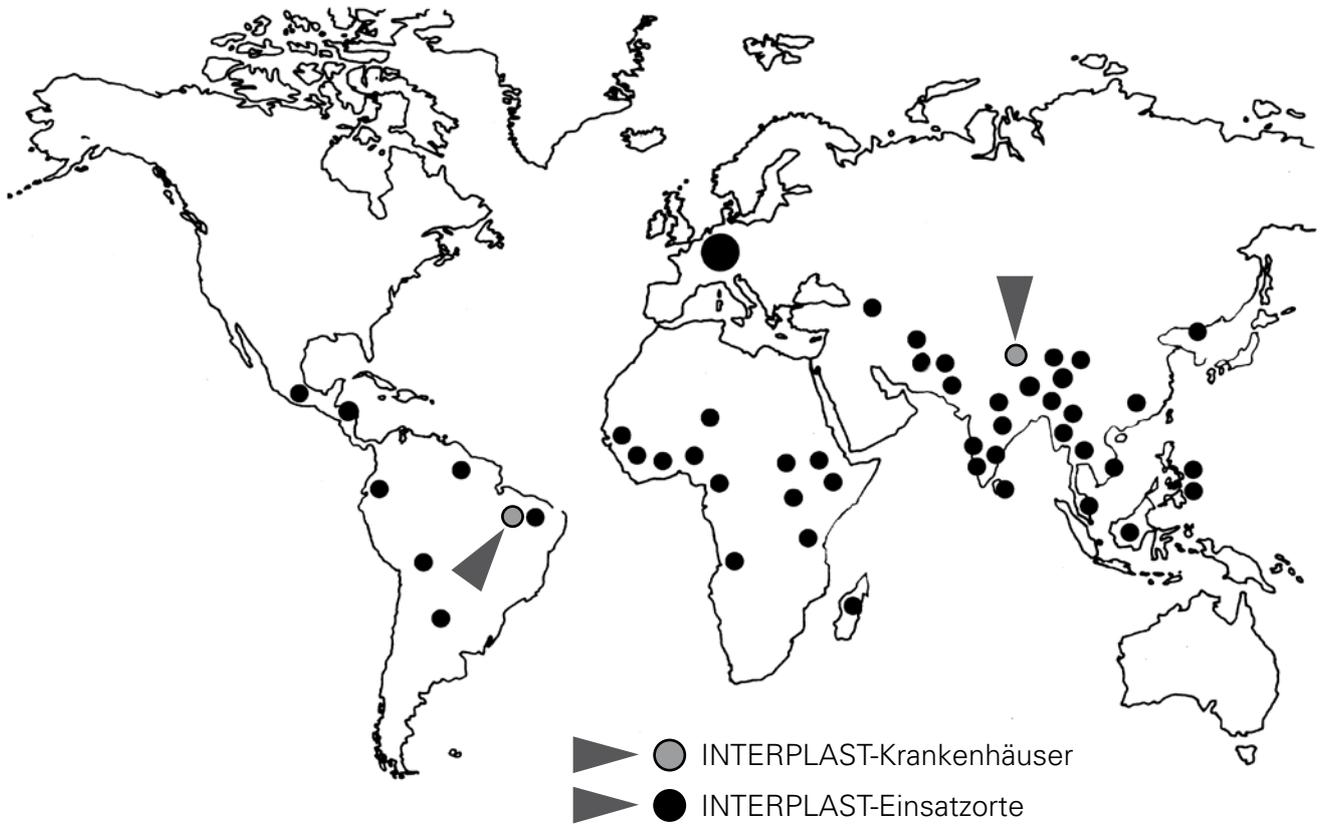
Nr. Land/Einsatzort	Nr. Land/Einsatzort	Nr. Land/Einsatzort
708 Indien / Bangalore	729 Jemen / Al Rahida	753 Tanzania / Puma
709 Nepal / Amppipal	730 Nepal SKM Hospital	754 Brasilien / Coroatá
710 Nigeria / Kano	731 Nepal SKM Hospital	755 Ghana / Kumasi Tomole
711 Guatemala / Salama	732 Ghana / Kumasi	756 Ecuador / Guadalupe
712 Tanzania / Puma	733 Paraguay / Incarnation	757 Peru / Lima
713 Indien / Machilipatnam	734 Myanmar / Yangon	758 Indien / Ghodegan / Maharastra
714 Myanmar / Bagan / Naw Pyi Daw	735 Bhutan / Thailand	759 Indien / Padhar Betul district
715 Indien / Aligarh	736 Tanzania / Puma	760 Indien / Adimali / Kerala
716 Indien / Durtlang / Aizawl	737 Thailand / Sanghalaburi	761 Tanzania / Puma
717 Vietnam / Can Tho	738 Ethiopien / Addis	762 Äthiopien / Addis Abeba
718 Indien / Haridwar	739 Kirgisien / Bishkek	763 Ruanda / Kigali
719 Peru / Chancay	740 Nepal SKM Hospital	764 Philippinen / Dipolog / Zambo.Norte
720 Cagyan de Oro / Philippinen	741 Nepal SKM Hospital	765 Myanmar/ Mandalay
721 Philippinen / San Carolos City	742 Tanzania / East Africa	766 Siera Leone / Lunsar
722 Philippinen / Puerto Princesa City	743 Tanzania / Tang / Muheza	767 Namibia / Oshakati
723 Namibia / Windhoek	744 Myanmar / Bago und Delta	768 Nepal SKM Hospital
724 Pakistan / Peshawar	745 Nepal SKM Hospital	769 Kamerun/Acha Tugi
725 Rumänien / Cluj	746 Indien / Sendhwa / Madhya Pradesh	770 Uganda / Kumi
726 Myanmar / Mandalay	747 Kamerun / Bangoua	771 Indien / Mysore
727 Jemen / Taizz	748 Vietnam / Hai Phong	772 Nepal SKM Hospital
728 Nepal / Sankhu	749 El Salvador / Santa Ana	773 Indien / Robertsganj
	750 Pakistan / Peshawar	
	751 Nepal / Camps	
	752 Indien / Kodaikanal	

66 Einsätze

4.346 Patienten



Aktivitäten auf einen Blick





INTERPLAST-Hospital in Nepal Unter nepalesischer Leitung in eine neue Epoche

Manchmal geschehen Ereignisse ganz unerwartet, obwohl sie von Beginn an geplant waren. Seit Projektbeginn 1997 war es neben der Arbeit an den hilfsbedürftigen Patienten Nepals immer auch das Fernziel, eines Tages die Hospitalleitung in nepalesische Hände zu legen. Über lange Strecken hatten viele die Hoffnung aufgegeben, dies jemals erreichen zu können. Im Sommer 2009 fanden dann plötzlich zunächst unerfreuliche Entwicklungen statt, die eine neue Situation schufen und die INTERPLAST-Sektionsleitung zum Handeln zwangen.

Nepal befindet sich seit vielen Jahren im politischen Umbruch. Die Maoisten wurden im Frühjahr 2008 nach einer unter UN-Aufsicht durchgeführten Wahl stärkste Kraft im Lande. Aus dem alten Königreich wurde die Republik Nepal. Damit war das Hauptziel des politischen Kampfes der Maoisten erreicht. Dennoch ist das Land seither nicht wirklich befriedet. Wie in vielen jungen Demokratien der Welt muss die Bevölkerung erst lernen, mit der erreichten Freiheit umzugehen. Soziale Konflikte sind die Folge, und so wurde auch das Hospital mit dieser Umbruchstimmung konfrontiert, als ein Teil der Belegschaft innerhalb des Hospitals eine kommunistisch orientierte Gewerkschaft gründen wollte und unannehmbare Forderungen stellte, die dem strikten Neutralitäts-

prinzip von INTERPLAST widersprachen. Diese Ereignisse kamen für die Hospitalleitung unter Robert Schachinger völlig überraschend und eskalierten derart, dass ein Teil der Belegschaft in einen wochenlangen Arbeitsstreik traten. Alle Bemühungen von nepalesischer und deutscher Amtsseite zur Lösung des Problems waren erfolglos und auch wenig hilfreich. Um diese unerträgliche Situation zumindest nach außen und im Sinne der Patienten zu beenden, wurden die Streikenden wieder ins Hospital geholt. Die Suche nach einer Lösung war ein schwieriger Prozess, der sich über die Sommermonate hinzog und erst im November ein gutes Ende in Form eines von der gesamten Belegschaft demokratisch gewählten und politisch neutralen Personalrates mit festgelegten Rechten und Pflichten gefunden hat.

Robert Schachinger, der erst im September 2008 die Leitung des Hospitals übernommen hatte, sah sich nach diesen unerfreulichen Monaten nicht mehr in der Lage seine Vorstellungen von der Leitung des Hospitals verwirklichen zu können und beschloss in Abstimmung mit GTZ/CIM sein Engagement vorzeitig zu beenden. Ende Oktober fand in würdigem Rahmen seine Verabschiedung vor der gesamten Belegschaft und den Vertretern des lokalen Partners statt. Er hatte sich in diesen

14 Monaten sehr für die Verbesserung des operativen Standards und die Fortbildung der jungen nepalesischen Kollegen eingesetzt. Wir danken für diese aufopferungsvolle Tätigkeit ganz besonders und wünschen ihm und seiner tüchtigen Lebensgefährtin, der Physiotherapeutin Sanja Volk, für die Zukunft alles Gute.

Vor diesem Hintergrund war die Nachfolge durch einen deutschen Kollegen kurzfristig nicht zu realisieren und nach insgesamt 13 Projektjahren schien auch die Zeit reif für den entscheidenden Schritt in Richtung Selbständigkeit und Eigenverantwortung der Nepali. Hubertus Tilkorn, der im September vertretungsweise die medizinische Leitung des Hospitals innehatte, führte die ersten wichtigen Gespräche mit unserem erfahrensten nepalesischen Chirurgen, Dr. Jaswan Shakya und konnte ihn für die Funktion des Medical Directors des SKMH gewinnen. Er ist Facharzt für Chirurgie und wurde bereits von unserem früheren Ltd. Arzt Andreas Settje, dann von Robert Schachinger, sowie von zahlreichen INTERPLAST-Gastchirurgen bestens ausgebildet. Er ist nun der fünfte medizinische Leiter des Hospitals und wir hoffen und wünschen, dass dieser Schritt zur Nachhaltigkeit des Projektes wesentlich beiträgt. Obwohl schon seit Frühjahr 2009 geplant, verließ uns fast zeitgleich Christa



Wahl des Personalrates

Drigalla als die wichtigste Stütze im Projekt. Sie trug sich schon seit längerem mit dem Gedanken, sich nach fast 13 Jahren nochmal einer neuen Herausforderung zu stellen. Ihr Weggang bedeutete aber alle ihre Aufgaben in verlässliche Hände von Nepalis zu übergeben. Für die Gastmediziner von INTERPLAST, welche Christa über die Jahre kennenlernen durften, schien es eigentlich unvorstellbar wie das Hospital ohne sie funktionieren würde. Aber in ihrer großen Weitsicht hatte sie diesen Schritt gut vorbereitet und eine junge gut ausgebildete Mannschaft an Verwaltungs- und Finanzfachleuten heran gezogen. Es grenzt an ein Wunder, - aber alle ihre anspruchsvollen und vielfältigen Aufgaben konnten an jemand in der Führungsriege der Belegschaft übertragen werden. Gleichzeitig mit Robert Schachinger wurde auch sie in einem feierlichen Rahmen im Hospital verabschiedet. Das SKM-Hospital ist in großem Maße Christas Werk und wird es immer bleiben. Für diese herausragende Leistung wird ihr im Rahmen der INTERPLAST-



Jahreshauptversammlung die Ehrenmitgliedschaft des Vereins verliehen. (siehe Laudatio in diesem Heft) Mit dem Weggang dieser beiden ausländischen Führungskräfte und der Übergabe fast all ihrer Aufgaben an die neue nepalesische Führungsmannschaft ist de facto ein lang beabsichtigter Schritt vollzogen worden. Obwohl weder Zeitpunkt noch Umstände so geplant waren, sind wir froh, diesen entwicklungspolitisch bedeutenden Schritt gewagt zu haben. Damit ist auch das Prinzip der reinen Ehrenamtlichkeit aller ausländischen Helfer gemäß der INTERPLAST-Satzung wieder vollständig gewahrt. Dies stärkt auch unsere Glaubwürdigkeit gegenüber den Nepali und vor allem gegenüber unseren Förderern und Spendern. Das Erreichte darf aber nicht darüber hinwegtäuschen, dass die Projektverantwortung und die wirtschaftliche Absicherung als Aufgabe und Bürde weiterhin in vollem Umfang von INTERPLAST getragen wird. Darüber hinaus gilt es auch, den operativen, hygienischen und technischen Standard zu halten und möglichst



Hoher Besuch durch die Außenministerin Sujata Koirala. Gastchirurg Helmut Tassler!



Einweihung der zusätzlichen Wasserleitung mit den Dorfältesten



Dr. Jaswan Shakya Leiter des Nepal Hospital



Der denkwürdige Augenblick der Schlüsselübergabe



sogar weiter zu verbessern. Dazu bedarf es noch lange Zeit der intensiven Mithilfe von erfahrenen Gastchirurgen, Anästhesisten, Schwestern und sonstiger Spezialisten. Wir knüpfen dabei die Hoffnung an den großen Fundus hilfsbereiter und kompetenter Mitglieder unseres Vereins. Sie alle sind uns als Hilfe für die anspruchsvolle Aufgabe hochwillkommen.

Der nächste Projektschritt in den nächsten Jahren muss die weitere Integration des Hospitals in das nepalesische Gesundheitssystem sein. Damit muss auch ein Modell gefunden werden, welches die vollständige Abhängigkeit von Spenden aus Deutschland nach und nach überflüssig macht. Das Ziel ist klar,- der Weg noch lange nicht. Erst wenn auch hierzu Lösungen gefunden sind, kann sich INTERPLAST langsam aus der Verantwortung herauslösen.

Trotz des Führungswechsels und all der genannten Unwägbarkeiten, konnte das Hospital zum Jahresende wieder eine stolze Leistungsbilanz vorweisen. So wurden insgesamt 914 Patienten mit größtenteils schwierigen Defekten operiert, 818 Verbandswchsel unter Narkose durchgeführt, 1674 Patienten allgemeinmedizinisch versorgt und in der Zahnstation fast 1700 Behandlungen vorgenommen. Die Bettenauslastung lag bei durchschnittlich 82% und in Spitzenzeiten wurden Patienten sogar im nahegelegenen Dorf Salambutar einquartiert.

Wie schon die vielen Jahre davor, gehört „pro interplast Seligenstadt e.V.“

ein großes Dankeschön für die Übernahme eines Großteils der Flugkosten unserer Gäste. Wir danken aber auch in besonderem Maße all den INTERPLASTlern, die zum Gelingen der großartigen Aufgabe aktiv beigetragen haben.

Obwohl die ersten Monate unter neuer Führung sehr erfreulich verlaufen sind, ist eine wirkliche Bewertung erst in einigen Monaten möglich. Wir sind selbst gespannt was wir Ihnen im nächsten Jahresheft berichten werden. Drücken Sie uns die Daumen. Danke!

Hein Stahl, Hennef
INTERPLAST-Sektionsleitung
Nepalprojekt



Mamata Singh (genannt MOMO) Ansprechpartner für alle Gäste und zuständig für Korrespondenz nach aussen.



Bhola Bista Finanzkoordinator



Sirjana Neupane Leitende Oberschwester



Bishwajeet Prajapati Chefadministrator



Perueinsatz vom 16. bis 28.02.2009 in Chancay Kooperation mit peruanischer NGO: ANIQUEM



Das Team:

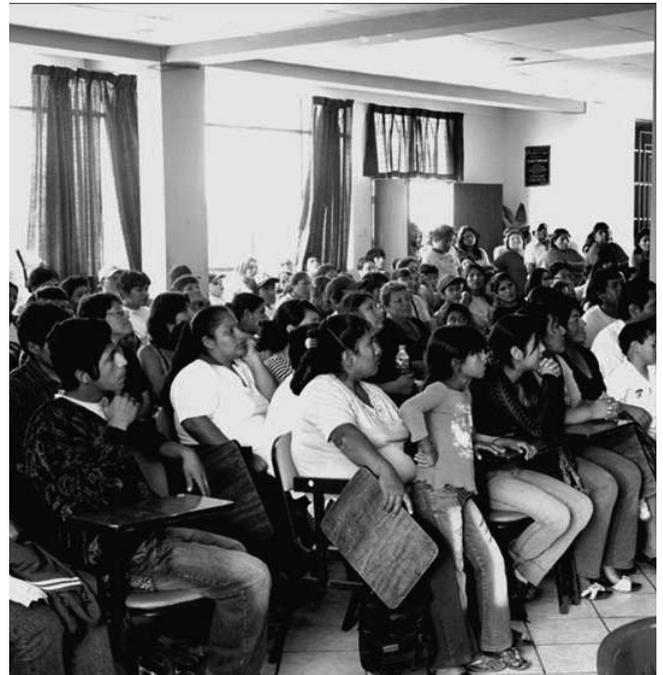
- Dirk Dunkelberg, Anästhesist
- Petronella Monticelli-Meyer, Plast. Chirurgin
- Andreas Grimm, Plast. Chirurg
- Ruth Alamuti-Ahlers, Plast. Chirurgin (Teamleitung)
- Andreas Kerner, OP- und Stationspfleger, Mann für alle Fälle
- Irem Karliova, chirurg. Assistentin
- Anke Windischmann, Anästhesieschwester
- Gerry Schmidt, Op-Schwester

Die Teamkonstellation hatte sich ganz kurzfristig, eine knappe Woche vor Abflug, noch dramatisch verändert: Mein lieber Mann Nuri, der als Hauptoperateur eingeplant war, musste seine Teilnahme leider absagen, um seiner Mutter bei einer akuten Bypass-OP beizustehen. Aus der Klemme half uns dann kurzfristig Petronella Monticelli-Meyer, für deren spontanen und fachkompetenten Einsatz ich nicht nur ihr, sondern auch ihrem Chef André Bor-

sche ganz herzlich Danken möchte, denn er musste kurzfristig auf seine wunderbare Oberärztin verzichten!

Durch einen persönlichen Kontakt zu einer Journalistin, die einen Dokumentarfilm über Geistheiler in Peru für den Sender Arte gedreht hatte, kam die sehr fruchtbare Kooperation mit der peruanischen NGO „Aniquem“ (Asociación para niños con quemaduras) zustande, die sich um die kostenlose Nachsorge (Physiotherapie, Kompressionsbehandlung, operative Korrektur) bei Kindern und Jugendlichen mit Verbrennungen kümmert. Gründer und Vorstand von Aniquem ist Raul Rodriguez, selbst Plastischer Chirurg, der uns mit seiner Frau eingeladen hatte. Neben seiner Charity-Arbeit ist er Chef der Verbrennungsstation im Kinderkrankenhaus in Lima und hat nebenbei noch eine eigene Praxis, so dass er allein dem hohen Bedarf an operativer Behandlung von Verbrennungsfolgen nicht nachkommen kann und dankbar für Unterstützung ist. Obwohl der Sitz von Aniquem Lima ist, hatten wir darauf gedrungen, den Einsatz außerhalb durchzuführen (Chancay ist knapp 100 km von Lima entfernt an der Küste). Das hatte sich gelohnt, denn zum Screening kamen neben den schon von Aniquem gelisteten 40 Verbrennungspatienten noch 424 weitere Patienten aus der Umgebung! Wir mussten das Screening mit Rauls Hilfe in zwei Teams machen, um diesem Andrang irgendwie Herr zu werden. Es gab viele schwere und völlig unbehandelte Verbrennungen. Das Krankenhaus in Chancay erwies sich als perfekt und höchst kooperativ. Wir hatten einen OP-Saal ständig und den zweiten sowie einheimische Anästhesisten (oft, aber nicht immer) ab dem späten Vormittag zur Verfügung, außerdem eine schöne Kinderstation und eine Erwachsenenstation mit insgesamt ca. 20 Betten.

Die Opiate, die man uns bei der extrem strengen Einreisekontrolle abgenommen hatte, konnten wir vor Ort unkompliziert nachkaufen, wenn auch nicht wesentlich günstiger als bei uns. Zum Glück hatten sie Rapifen nicht als Opiat erkannt, so dass wir damit bis zum



Nachkauf zumindest anfangen konnten. Auch alle anderen Medikamente wurden für 1 Tag am Zoll einbehalten zur genauen Kontrolle, wurden uns dann aber vollständig ausgehändigt. Die Opiate bekamen wir erst bei der Ausreise zurück.

Da sich das Spektrum unserer OPs ausschließlich auf Verbrennungen konzentrierte, gab es viele sehr zeitaufwendige Eingriffe mit mehreren „Baustellen“ je Patient, die wir dann auch in mehreren Teams operiert haben (dadurch relativiert sich das gewisse Ungleichgewicht zwischen chirurgischem und Anästhesie-Personal in der Teamkonstellation). Das schöne und auch sehr zufriedenstellende an der Kooperation mit Aniquem war unter anderem, dass die Physiotherapeuten vor Ort waren und quasi schon während des stationären Aufenthalts ein Therapieregime mit uns und den Patienten vereinbart haben. Dazu gehörte auch die Versorgung mit entsprechenden Hilfsmitteln, Schienen, Kompressionskleidung und/oder –Masken etc. Nur dann macht die Behandlung von Verbrennungskontrakturen wirklich Sinn und mit dieser guten Gewissheit konnten wir die Patienten auch zurücklassen. Entsprechend sorgfältig war die Dokumentation des post-

operativen Verlaufs und die jeweiligen Rückmeldungen an uns.

Hier ein paar ehrliche Fakten, vom Anästhesisten akribisch gesammelt:

OPs Patienten	67
Gesamtalter	1211 Jahre
Durchschnittsalter	18 Jahre (6 Monate - 53 Jahre)
Geschlechtsverteilung	41W, 26M
Gesamt-Schnitt-Naht-Zeit	81 Std.
Durchschnittliche Schnitt-Naht-Zeit	73 min
Gesamtgewicht aller Patienten	2513 kg
Durchschnittsgewicht	37,5 kg (5400g - 85kg)
OPs Patienten < 10 Jahre =	25
OPs Patienten >/gleich 10 Jahre =	32
Narkoseverfahren:	10 x ITN, 1 x ITN nasal, 42 x LM, 8 x Maske, 3 x Anal-gosedierung, 3 x Lokale

Zusammenfassend kann man sagen, dass wir überwiegend junge Patienten bzw. Kinder operiert haben mit recht langen Op-Zeiten (deutlich über einer Stunde).

Der Einsatz war unter anderem durch die gute Zusammenarbeit mit Aniquem extrem sinnvoll und lohnend, und besonders durch die gesicherte professionelle Nachsorge auch nachhaltig! Als Tipp für andere Peru-Fahrer: unbedingt genaue Material- und Medikamentenlisten erstellen, denn es wird wirklich alles akribisch vom Zoll überprüft! Opiate sollte man zuhause lassen und vor Ort kaufen.

Der nächste Perueinsatz mit Aniquem für 2010 ist bereits in Planung!

Ruth Alamuti-Ahlers, Wiesbaden



Interplast-Einsatz in Encarnacion / Paraguay vom 03.08. bis 20.08.09 Sektion Murnau / Südbayern

Team:

- Dr. Andreas Schmidt (Teamleiter)
- Dr. Ortwin Joch (Chirurg)
- Dr. Martin Raghunath (Plastische Chirurgie)
- Dr. Adelheid Fabius-Börner (Anästhesie)
- Dr. Marianne Flindt (Anästhesie)
- Martine Schmidt (OP-Schwester)
- Armin Schwarz (Anästhesie-Pfleger)

Der gesamte Einsatz stand auf der Kippe. Schon vor Monaten hatte ich an Teammitglieder geschrieben, die Schweinegrippe möge uns hoffentlich keinen Strich durch die Rechnung machen. Und prompt erreicht uns 10 Tage vor Abfahrt die Nachricht, dass das Krankenhaus, in dem wir operieren sollen, komplett gesperrt wurde, um nur noch Grippe-Erkrankte aufzunehmen. Wir hätten niemanden behandeln können. Die Situation hatte sich wieder entspannt und das Krankenhaus war wieder freigegeben. Der Teamleiter stellte aber allen Teammitgliedern frei, zurück zu treten. Keiner zieht zurück. Es wird uns mitgeteilt, dass 100 Kinder parat stünden, mit der Hoffnung von unserem Team behandelt zu werden. Vorab bekommen wir eine Liste. Viele Kinder mit Verbrennungsnarben, Lippen-Kiefer-Gaumen-Spalten, Klumpfüßen und Fehlbildungen an den Händen. Einige sind noch nicht einmal ein Jahr alt. Eine Herausforderung insbesondere für die beiden Narkoseärztinnen.

Entsprechend ist unser Gepäck. Ich treffe mich in München mit der Anästhesistin Frau Dr. Flindt und helfe ihr, fast 70 kg Ausrüstung zu verladen. Der Teamleiter und Organisator, mein ehemaliger Chef Dr. Andreas Schmidt aus der BG-Unfallklinik Murnau, bringt mit seiner Frau Martine Schmidt nochmal 80 kg Ausrüstung mit. Ich oute mich als Newcomer dadurch, dass mein Koffer doppelt so schwer ist wie die Gepäckstücke der anderen. Die Lufthansa nimmt unser Übergepäck kostenlos immerhin bis Sao Paulo mit. Allerdings müssen wir dort auschecken und das Gepäck neu aufgeben. Nur mit viel Überzeugungskunst kommen wir dort durch den Zoll, ohne alles auspa-



cken und jedes Medikament erläutern zu müssen. Auch die Fluggesellschaft TAM lässt sich überzeugen, unser Gepäck kostenlos mitzunehmen. So kommen wir nach zwei weiteren Flügen über die Hauptstadt von Paraguay, Asuncion, nach Ciudad del Este. Dort werden wir von deutsch sprechenden Nachfahren von Einwanderern des 19. Jahrhunderts abgeholt. Nach weiteren vier Stunden Busfahrt gelangen wir am Dienstag Nachmittag an unseren Einsatzort, Encarnacion. Vor Ort wurde der Einsatz organisiert und unterstützt von drei Rotary-Clubs aus der Umgebung.

Unser Elan wird gebremst. Eigentlich wollten wir an diesem Nachmittag die Patienten anschauen, die OP-Planung für die nächsten Tage vornehmen und am Mittwoch operieren. Aber am Dienstag sind noch keine Patienten für uns vorgesehen. Also können wir erst am nächsten Tag anfangen und werden wieder gebremst. Am Vormittag sind nur 30 Kinder zum Anschauen einbestellt, die anderen werden erst am Nachmittag dort sein, eigentlich wollten wir am Nachmittag endlich anfangen zu operieren. Aber im OP-Saal wird noch gebaut. Am Donnerstag morgen soll er feierlich vom Bürgermeister eröffnet werden. Das heißt wir können erst nach der Zeremonie und dem erneuten

Putzen der Räume anfangen. Mittlerweile haben wir etwa 70 Kinder angeschaut und die operablen bzw. operationspflichtigen ausgewählt. Nicht alle kommen in Frage. Einige Kinder haben Erkrankungen oder Schäden, die entweder nicht operabel sind (wie Hirnschäden durch Sauerstoffmangel bei der Geburt) oder anderweitig behandelt werden müssen.

Erschreckend ist die Erkenntnis, dass einige Probleme so leicht zu vermeiden wären. Es sind Erkrankungen, die bei uns ebenfalls auftreten, aber durch einfache Maßnahmen behandelbar sind. Zum Beispiel der Klumpfuß. Bei uns müssen Klumpfüße sehr selten operiert, weil die Babys frühzeitig orthopädisch mit Schienen behandelt werden. Wir sehen unbehandelte Klumpfüße sogar bei einem 14 Jährigen, der auf seinen Fußrücken läuft. Noch schlimmer ist die Hüftdysplasie. Eine Erkrankung, die bei uns frühzeitig erkannt und mit einfachen Mitteln behandelt wird. Unbehandelt führt die Erkrankung zur Verrenkung im Hüftgelenk, die später nicht mehr behandelbar ist. Diesen Kindern können wir nicht mehr helfen.

Die unerwartete Freizeit wird gefüllt mit den Erzählungen von Dr. Schmidt und Dr. Joch über abenteuerliche Erfahrun-



gen bei ihren Einsätzen und die grundsätzlichen Probleme, die sich in Zukunft verstärken werden. Einige „Hilfs-Organisationen“ bezahlen mittlerweile Kopfprämien an die ortsansässigen Kliniken, um operieren „zu dürfen“. Hilfeinsätze verkommen so zu einem Geschäft. Diese Einstellung passt nicht in das Konzept von Interplast. Dadurch kommen viele Einsatzgebiete für Interplast nicht mehr in Frage.

Endlich kommen wir zum Operieren. Die ersten Tage haben wir volles Programm. Jedoch stellen sich nur noch vereinzelt neue Kinder vor. Wir haben freie OP-Kapazität für die Folgetage. Am Montag wird Teamleiter Dr. Schmidt zu einem Gespräch mit der Direktorin des Krankenhauses gebeten. Das Geld sei aufgebraucht und wir sollten pro Fall 300 USD zahlen.

So schnell hat uns das Geschäft mit den „Hilfeinsätzen“ eingeholt. Der Teamleiter lehnt Kopfprämien ab. Interplast würde jedoch eine Rechnung

über nachweisbar entstandene Kosten, etwa durch Infusionsschläuche, Kosten für Sterilisation oder durch uns angeordnete Medikamente begleichen. Dabei kann es sich nur um kleine Beträge handeln, schließlich haben wir die komplette Ausrüstung mitgebracht, vom Instrumentarium über Kompressen, Infusionen, Narkosemedikamente bis hin zu Plüschtieren für die Kinder.

Die fiktive Rechnung, die Dr. Schmidt vorgelegt wird, ergibt einen Betrag der den ursprünglichen Forderungen entspricht. Darin werden auf einmal auch Kosten beispielsweise für die Vorauswahl durch den einheimischen Chirurgen mit einem Betrag von 70,- Euro pro Kind (!), sowie völlig überflüssige Röntgen- und Laboruntersuchungen in Rechnung gestellt. Stundenlang wird diese Rechnung von den Schmidts durchgearbeitet, korrigiert und den Rotariern erläutert, damit diese eine bessere Verhandlungsposition gegenüber dem Krankenhaus bekommen.

Die Rotarier zeigen sich ebenso geschockt wie wir, bitten uns aber in-

ständig, nicht abzureisen, um noch den verbliebenen Kindern die Chance für eine Operation zu geben. Empört und deprimiert sitzen wir im Hotel und müssen uns zu allem Überfluss noch Fernsehberichte über die Wohltätigkeit der Klinik ansehen, in denen das Team im Gegensatz zur Klinikdirektorin und dem Bürgermeister praktisch nicht dargestellt wird.

Die Rotarier wollen in die Bresche springen, das Geld aufbringen und wollen so die Operationen ermöglichen. Aber eigentlich kann das auch nicht die Lösung sein. Konsequenterweise müssten wir aufhören zu operieren. Ein großer Zwiespalt entsteht. Für die Kinder und deren Eltern, die am wenigsten dafür können, mit einem schlechten Gewissen den Rotariern, die der Klinik das Geld zugesichert haben, gegenüber, aber auch mit einem Schuss „Lust“ am Operieren setzen wir nach langen Verzögerungen unsere Arbeit fort. Plötzlich stellen sich auch wieder neue Patienten vor.





Am Schluss kommt noch eine bittere Krönung. Eine junge Frau wird vorgestellt, Mitte zwanzig, mit ausgedehnten Verbrennungsnarben im Gesicht. Die Narben ziehen, von Brust und Hals herkommend, Unterlid und Mundwinkel herunter, was nicht nur kosmetisch entstellend ist, sondern auch zu mangelndem Lidschluss und entsprechender chronischer Entzündung des Auges führt. Man kann dem Abhilfe schaffen durch eine Narbenlösung und Verpflanzen von Haut. Eine solche Operation kann sich die junge Frau sonst nicht leisten. Wir wollen sie operieren, aber das wird uns von der Klinikleitung aus bürokratischen Gründen untersagt, da die Patientin zu alt für die Kinderklinik sei und deswegen dort nicht behandelt werden kann. . .



Die Art und Weise, wie wir von den Rotariern umsorgt werden, wiegt die Enttäuschungen aus der Klinik auf. Jeden Abend werden wir in ein anderes Lokal ausgeführt, werden zum Asado eingeladen, besuchen ein Konzert und Ruinen der Jesuiten, werden abgeholt und „eskortiert“ und vieles mehr. Außerdem nutzen wir die Möglichkeit, uns die großartige Natur in der Umgebung anzuschauen. Wir befahren das

riesige Sumpfgebiet Esteros del Ibera, mit den Carpinchos, den größten Nagern der Welt, und besuchen noch kurz vor dem Abflug die großartigen Wasserfälle von Iguacu.

Fazit:

Für 65 Kinder die Lebensqualität verbessert, gute Operationsmöglichkeiten, erschreckende Geldgier seitens

der Klinik, durch die Rotarier großartige Rahmenbedingungen, tolle Ausflüge in die Natur: Emotional haben wir alle Höhen und Tiefen durchlebt. Wir danken allen, die zu diesem besonderen und letztlich erfolgreichen Einsatz beigetragen haben.

Martin Raghunath, Lebach

Clinica Nuestra Señora de Guadalupe / Ecuador vom 26.10 bis 31.11.2009

Sektion München und Ebersberger Förderverein Interplast e.V.

Guadalupe befindet im Süden Ecuadors im sog. Oriente, also im tropischen Teil des Landes mitten in den Anden auf 800 m N.N., unweit der peruanischen Grenze. Es ist ein Dorf mit ca. 800 Einwohnern, idyllisch im Tal des Yacuambi in der Provinz Zamora-Chinchipe gelegen. Die Provinzhauptstadt Loja ist ca. 100 km entsprechend etwa drei Autostunden entfernt.

Die Klinik „Nuestra Senora de Guadalupe“ unter der Leitung des Österreicher Pater Georg Nigsch besteht seit Mitte 2001 und wird von der Diözese

Feldkirch im Vorarlberg getragen. Da es kein festes medizinisches Personal gibt, ist das Haus auf Freiwillige aus den USA und Europa angewiesen. Ein erster Interplast-Einsatz mit kleinem dreiköpfigem Team (de Brujin, van Wijhe, Burkink) wurde 2007 durch die Sektion München organisiert. Nun war der Vorstand des Fördervereins der Klinik über den Zahnarzt Marcel Zöllner an die Sektion herangetreten mit der dringenden Bitte um Entsendung von auslandserfahrenen Anästhesisten. Hintergrund ist, dass wie überall auf der Welt auch in Ecuador qualifizierte

Anästhesisten knapp und, wenn überhaupt zu interessieren, teuer sind und dass deshalb zahllose Zahnärztinnen und Zahnärzte, die regelmässig ihre Fähigkeiten in den Dienst der dortigen Klinik stellen, an der besonders wichtigen Behandlung von Kindern scheitern. Dasselbe galt auch für das Spektrum des US-amerikanischen HNO-Arztes Burger Zapf, der seit Jahren einige Wochen in der Klinik operiert: was nicht in Lokalanästhesie zu behandeln war, war schlichtweg nicht zu behandeln.

Unter dem Aspekt, dass wir seit dem



positiven Eindruck beim ersten Camp 2007 ohnehin einen weiteren Interplast-Einsatz erwägen, organisierten die Sektion München und der Ebersberger Förderverein Interplast die überlappende Entsendung von drei AnästhesistInnen für die Dauer von insgesamt 5 Wochen nach Guadalupe, My Nguyen aus Köln, Beate Obermeyer aus Altötting und Gerd Treinen aus Dortmund.

Zwei von uns starteten also guten Mutes am 26.10.2009 in Richtung Quito. Angekommen auf 2850 m N.N. waren wir erstmal ein wenig schwach auf den Beinen, aber in jeder Hinsicht optimistisch, bis wir Bekanntschaft mit dem ecuadorianische Zoll machten. Unser Gepäck wurde eingehend untersucht, und als Medikamente, die wir zur Ausübung der Tätigkeit benötigten, gefunden wurden, fingen die Probleme richtig an. Trotz Einladungsschreiben und Jahresheft konfiszierte der Zoll unser gesamtes Gepäck und bestand auf einer offiziellen Einfuhrerlaubnis; zur Vorlage hätten wir 5 Tage Zeit. Die nächsten 2 Tage verbrachten wir also in Quito auf sämtlichen denkbaren Behörden, alle waren auch gewillt, uns zu helfen. Wildfremde Menschen begleiteten uns von einer Behörde zur nächsten. Der deutsche Konsul war ausserordentlich hilfsbereit und stellte uns sämtliche erforderlichen Unterlagen aus, damit wir unser Gepäck zurückbekommen sollten. Wir schöpften Hoffnung, doch schwand sie immer wieder und immer wieder wurden weitere neue Dokumente verlangt, damit wieder andere ausgestellt werden konnten. Am Ende des zweiten Tages war bei einem kiloschweren Stapel Papier noch immer nicht das richtige Dokument dabei, das unsere Sachen befreit hätte. Der Zoll wollte uns unser persönliches Gepäck aushändigen, den Rest jedoch weiterhin beschlagnahmt halten. Mit viel Emotionen und zugegeben, einigen Tricks konnten wir dennoch ein paar notwendige Sachen „retten“ und endlich Quito hinter uns lassen. Schon von Quito aus brachten wir die Erstellung der formal korrekten Einfuhrgenehmigung auf den Weg, die vom zuletzt anreisenden Kollegen nach

Guadalupe gebracht wurde (danke an Frau Neuhold von mn Reisen und den ecuadorianischen Botschafter in Berlin, der uns für folgende Aktivitäten jede denkbare Hilfe zugesagt hat) – letztlich kamen die konfiszierten Materialien und Medikamente praktisch zeitgleich mit der Beendigung des Einsatzes in der Klinik an.

Mit den wenigen verbliebenen Ausrüstungsgegenständen konnten wir dennoch richtig sinnvoll arbeiten. Die Ausstattung des Anästhesie-Arbeitsplatzes war überraschend gut, auch die sonstige Ausstattung der Klinik. Ähnlich wie das SKM oder das Hospital in Coroatá erhält auch diese Klinik hin und wieder Material-Spenden aus Europa oder den USA, aber leider nur unregelmässig. Viele der vorhandenen Medikamente waren seit Jahren abgelaufen; auf der anderen Seite war der Patientenansturm riesig, die Klinik platzte aus allen Nähten. Patienten kamen aus ganz Ecuador; viele hatten eine Anreise von 16-24 Stunden mit dem Bus über die Anden hinter sich, darunter viele alte Menschen und kleine Kinder. Von Mitternacht an standen die Patienten Schlange vor den verschlossenen Türen der Klinik, um möglichst vorne in der Reihe zu sein. Täglich wurden zwischen 50 und 60 Patienten untersucht, und die Zahl der Patienten nahm auch nach 4 Arbeitswochen nicht ab. Die Arbeitstage waren lang, zwischen 12 und 14 Stunden. Kein Patient wurde nachhause geschickt, ohne vorher untersucht worden zu sein. Und so warteten die Patienten geduldig bis in den späten Abend hinein.

Es wurden täglich 8-10 Eingriffe durchgeführt, wobei die Gebiss-Sanierungen gegenüber den HNO-Eingriffen des zur selben Zeit anwesenden US-amerikanischen Kollegen deutlich in der Minderzahl waren. Der Grossteil der Patienten stellte sich vor mit erschwerter Nasenatmung nach Nasentrauma oder kongenitalen Deformitäten. Ein weiterer Schwerpunkt waren chronische Gehörgangserkrankungen und Cholesteatome. Wir sahen viele Patienten mit Hörverlust, weil in den nahe gelegenen

Gold-Minen eher sorglos mit Sprengstoff gearbeitet wird. Es gab einige wenige Hörgeräte aus einer Spende, die Patienten angepasst werden konnten. Operativ wurden Stapesplastiken, Tonsillektomien an Kindern und Erwachsenen sowie Gaumenspalten-OPs durchgeführt, dazu eine Parotidektomie bei Tumor, eine Dacryocystostomie und einige wenige Narbenkorrekturen.

Es kam täglich zu Stromabschaltungen von mehreren Stunden. Während dieser Zeit reichte die Leistung des Generators nicht mehr aus, um chirurgische Instrumente zu sterilisieren, da die Zahnärzte gleichzeitig Strom benötigten. So entschlossen wir uns, einige kosmetische Nasenoperationen anzunehmen, die das Geld für einen neuen leistungsfähigeren Generator bringen sollten. Während Patienten mit einer medizinisch indizierten Operation nur einen symbolischen Betrag zahlten, veranschlagten wir eine kosmetische Nasenkorrektur mit 300 bis 500 US Dollar (die Landeswährung), woraus bei 11 derartigen Eingriffen ein Betrag von über 4.000 \$ einging – beim nächsten Einsatz werden wir nach dem Generator fragen. Die Nachfrage nach dieser kosmetischen Operation war enorm gross. Vor allem junge Frauen stellten sich vor und erhofften sich dadurch eine bessere Chance auf dem Arbeitsmarkt oder mehr Glück im Privatleben. Wären wir noch länger geblieben, so wären weiter Patienten aus allen Landesteilen gekommen. Unsere Arbeit wird dort absolut benötigt, wenn auch das überwiegende HNO-Spektrum nicht das typische Interplast-Spektrum ist. Für April 2010 planen wir aus der Münchener Sektion heraus einen zweiten „üblichen“ Interplast-Einsatz, es wurden bereits etliche Kinder mit Lippen- und Gaumenspalten auf diesen Zeitraum vertröstet. Mit dem sehr aktiven und gut organisierten Pater Georg werden bis dahin die derzeit für ein solches Unternehmen noch bestehenden Defizite (geringe Bettenzahl, ärztliche Nachsorge) sicherlich gelöst werden können.

My Nguyen, Köln



INTERPLAST-Einsatzbericht Coroaatá / Brasilien 13. – 27. Juni 2009

Team:

- Marlene Tilkorn,
Allg. Med. Organisation
- Hubertus Tilkorn, Plast. Chirurg,
Teamleiter
- Jens-Peter Sieber, Plast. Chirurg
- Hajo Schneck, Anästhesist
- Andi Poll, HNO-Arzt
- Stefan Hessenberger, MKG-Chirurg
- Jutta Nickels, Fachkrankenschwester
für Anästhesie
- Ivonne Reschke, OP-Schwester

und aus Brasilien:

- Alexandre „Xande“ Borba,
MKG-Chirurg
- Stelio Da Conceicao Arujo Neto,
Zahnarzt und Fachmann für alles



Seit nunmehr 17 Jahren reisen wir nach Coroaatá im armen Nordosten Brasiliens. Dort steht am Rande der Stadt das kleine Hospital, das damals von Werner und Gretel Widmaier gegründet und aufgebaut wurde. Seither reisen einmal im Jahr Menschen dorthin (oft dieselben) um andere Menschen (manchmal auch dieselben) zu operieren. Die meisten dieser Patienten leiden unter Lippen-, Kiefer-, Gaumenspalten oder Verbrennungskontrakturen.

In diesen 17 Jahren ist viel passiert. Zuviel, um an dieser Stelle darüber aus-

fürlich zu berichten. Junge Teilnehmer von damals sind älter geworden und können eigenverantwortlich operieren. Immer wieder sind neue Mitstreiter hinzugekommen (aus Deutschland und auch aus Brasilien). Manche waren nur kurz an Bord, andere sind geblieben. Werner Widmaier, Begründer, Herz und Seele des Projekts ist im Dezember letzten Jahres im Alter von 85 Jahren verstorben.

Wir konnten uns dieses Jahr davon überzeugen, dass Werner's Geist weiterhin durch das Hospital weht und uns das Weiterführen der Arbeit erleichtert. Sein Geist, wie er da so durch die Räume weht, wird auch wohlwollend zur Kenntnis nehmen, dass Werner's Saat aufgegangen ist. Seine Schüler von damals geben ihr Wissen weiter, jüngere Chirurgen fühlen sich mehr und mehr verbunden mit dem Projekt und alte, erfahrene Kollegen haben es sich zur Aufgabe gemacht, dieses engagiert weiter zu begleiten.

So auch dieses Jahr.

Schwester Veronika, unser Fels in der Brandung in dieser armen und vernachlässigten Region Brasiliens, hat uns vorab über die Ausmaße der Überschwemmungskatastrophe im Nordosten auf dem Laufenden gehalten. Die ganze Gegend und vor allem

auch Coroaatá haben sehr unter den Überschwemmungen gelitten. Viele Menschen wurden durch die Fluten obdachlos und müssen nun mühsam ihre Lehmhütten wieder aufbauen. Unsere Befürchtungen, dass durch die demolierten Strassen nur wenige Patienten den Weg zu uns finden, war unbegründet.

Nachdem im letzten Jahr aus politischen und juristischen Gründen im städtischen Krankenhaus von Coroaatá gearbeitet wurde (s. Bericht von Frank Möller 2008), konnten wir dieses Jahr wieder in unserem kleinen Spital arbeiten und wohnen. Und das mit voller Legitimation durch Präfekt und Bürgermeister. Routiniert lief der Krankenhausbetrieb an, die ganze einheimische Besatzung wusste ganz genau, was jeder zu tun hatte, wir Angereisten auch, und so konnten wir ohne Zeitverzögerung starten. Es ist immer wieder ein Erlebnis zu sehen, wie aus dem Stand heraus eine so große Gruppe optimal funktioniert und jeder an seinem Platz seinen unverzichtbaren Beitrag leistet. Der Zulauf in unsere Sprechstunde war wie immer groß und unsere OP-Pläne schnell voll.

Andi Poll, erfahrener, pragmatischer, fleißiger und unerschrockener HNO-Arzt hielt seine Sprechstunde im Freien ab. Dies bedeutete, dass er ohne die Segnungen einer elektrischen Kühlung





quasi im Schweiß seines Angesichts tagen, tagaus in Hunderte Hälse, Nasen und Ohren blickte. Mehrere Patienten wurden durch ihn von ihren vergrößerten Rachen- und Gaumenmandeln befreit.

Unser Anästhesieteam war in seiner Zusammensetzung neu. Hajo Schneck, Interplastler der ersten Stunde, brachte seine Erfahrung zum ersten Mal in Brasilien ein und wurde unterstützt von Jutta Nickels, einer ausgewiesenen Coroatá -Veteranin. Die beiden führten reibungslos parallel Narkosen an zwei Tischen durch. Und dies oft bei Babys unter einem Jahr. Der jüngste Patient war 4 Monate alt. Inseln der Ruhe und Gelassenheit, die sie nun mal sind, bildeten Jutta und Hajo den ruhenden Pol in den Wirrungen des typischen OP-Tages.

So wurden von den beiden an gut 10 OP-Tagen 96 Narkosen durchgeführt. Zählt man die kleinen Lokalanästhesieeingriffe mit, haben wir insgesamt 142 Patienten operiert. Das Gros der Patienten bestand, wie immer, aus LKG- und Verbrennungspatienten. Aber auch etliche Patienten mit teils malignen Hauttumoren wurden versorgt.

Einige Mammareduktionsplastiken wurden von unserem mit Humor, Fröhlichkeit und Eloquenz reichlich ausgestatteten plastischen Chirurgen Jens-Peter Sieber durchgeführt. Auch dieser Kollege war zum ersten Mal mit in Brasilien und hat unser Team durch seine Kompetenz, seinen unermüdbaren Arbeitseifer und oben bereits erwähnte Eigenschaften enorm bereichert.

Schwester Ivonne hat durch ihre flinke und zupackende Art, die Wechselzeiten zwischen den OPs kurz und die Gespräche während des Tages kurzweilig gehalten.

Unverzichtbarer Bestandteil unseres Teams ist unser brasilianischer Kollege Xande. Er ist seit 7 Jahren regelmäßig mit uns unterwegs und hat sich mittlerweile zu einem sehr guten Spaltchirurgen (und Freund) entwickelt.

Sein Cousin Stelio ist zum zweiten Mal mit dabei. Mittlerweile approbierter Zahnarzt, war er überall da, wo man ihn brauchte. Ob bei der OP-Assistenz oder beim Kabel verlegen, für keine Arbeit oder Mühe war er sich zu schade. Hubertus Tilkorn hat wie immer durch seine große Erfahrung und sein einnehmendes Wesen unser Team souverän angeführt und dankenswerterweise auch sämtliche repräsentativen Pflichten auf sich genommen. Dies beinhaltete sowohl Interviews mit den lokalen TV-Stationen als auch die Kommunikation mit den kirchlichen und weltlichen Würdenträgern, die unsere Arbeit unterstützt haben.

Marlene Tilkorn hat in bewährter Manier den Einsatz geplant und organisiert. Ihr oblag die gesamte Dokumentation der Patienten sowie die Erstellung der täglichen OP-Pläne.

Eine weitere wichtige Aufgabe von Marlene und Hubertus bestand darin, nach einem langen Arbeitstag Erfrischungsgetränke bereitzustellen, der sie in bewundernswürdiger Weise nachkamen. An diesen Abenden zeigte sich erneut, wie effizient und erfolgreich ein Team zusammenarbeiten kann, wenn man sich gut versteht und die Atmosphäre innerhalb der Gruppe stimmt.

Unser ganzes Engagement in Coroatá wäre unmöglich, wäre da nicht Schwester Veronika vom Orden der Solanus-schwester. Seit über einem Jahrzehnt lebt und arbeitet sie in Coroatá.

Aufopferungsvoll kümmert sie sich täglich um die Armen und Kranken in den

ländlichen Gebieten in Maranhao. Und jedes Jahr bereitet sie unseren Einsatz minutiös vor, informiert Patienten, rekrutiert die örtlichen Mitarbeiter, kommuniziert mit allen möglichen Behörden und organisiert die tausend Dinge, die für so einen Einsatz vor Ort nötig sind. Während unserer Anwesenheit dann scheint sie an mehreren Orten zugleich zu sein und wirbelt von früh bis (sehr) spät durch die Gegend und hat selbst im größten Stress immer ein freundliches Wort für den Anderen.

Wir besuchten erneut die Fazenda de Esperanza außerhalb von Coroatá, in der junge Männer in beeindruckender Manier versuchen, von ihrer von Drogen und Kriminalität geprägten Vergangenheit loszukommen.

Auf dem Markt von Coroatá konnten wir die typischen Souvenirs für die Daheimgebliebenen wie die landestypischen Plastiksandälchen, Hängematten oder Unterwäsche mit Superman-Aufdruck erstehen.

Mit dem traditionellen Abschiedsfest, bei dem sich die Köchinnen immer besonders ins Zeug legen, und einem improvisierten Power-Point-Vortrag von Xande für die Patienten und Mitarbeiter ging ein erfolgreicher und arbeitsreicher Einsatz zu Ende.

Die geschaffenen Strukturen stehen mittlerweile nicht nur personell und organisatorisch sondern auch rechtlich auf stabilen Fundamenten, so dass die kontinuierliche Fortführung dieses Projekts gesichert erscheint.

Die Finanzierung des Einsatzes erfolgte durch die Sektion von Hubertus Tilkorn. Anästhesiemedikamente wurden teilweise vom Förderverein Ebersberg gespendet. Hierfür gilt unser aller Dank.

Stefan Hessenberger, München



Interplast-Einsatz in El Salvador vom 18.9. bis 3.10.2009

Es schien alles toll zu laufen : auf Anregung von Generalkonsul Peter Stoll aus Frankfurt waren in beiden Hospitälern in San Salvador und Santa Ana die Patienten mit Fotos gesichtet und eingepplant worden - und alles weitere schien vorhanden und vorbereitet zu sein: nur fehlten 2 erfahrene Operateure, um den dortigen Plastischen Chirurgen zu assistieren. Dr. Christian Radu, Plastischer Chirurg in Ludwigshafen und firm in Handchirurgie kam mit einem Team von Kinder-Herzchirurgen unter Prof. aus Freiburg nach San Salvador, und ich kam aus San Diego, California, eingeflogen .

Im toll eingerichteten Joris Bloom Kinderkrankenhaus, in dem ich bereits 2005 operierte (siehe Jahresbericht # 20, Seite 37) konnte der Empfang nicht besser sein und alle Operationen waren wohl erfolgreich. Auch ein grosses temporales Rankenhämangiom mit angeblich vielen intrakraniellen Verbindungen im MRI entpuppte sich auf die Haut beschränkt und konnte grossteils entfernt werden. In dieses Hospital braucht kein fremdes Team mehr; die 3 Plastischen Chirurgen taten offensichtlich den Politikern und uns einen Gefallen. –

Anders war es in der zweiten Woche in Santa Ana, einer schlafenden Millionen-

stadt, die in der Kaffee-Produktion von Kolumbien ausgeboten wurde – und aus der später Ralph Loren und Adidas ihre Kleiderproduktionen nach Indonesien verlegten: heute gibt es dort über 50 % Arbeitslose. Das San Juan de Dios Hospital war 1906 von Belgiern im Pavillon-Stil erbaut worden und seither kaum verändert. Die ca. 500 Patienten waren in Riesen-Sälen untergebracht und werden in einem zentralen OP mit 4 Op-Tischen operiert. Einen 5. stifteten die Freiburger Kinder-Herzchirurgen unter Prof. Christian Schlessack (Kinderherzen retten e.V.). Acht sympathische Anästhesisten versorgten die Operateure mit mediterraner Gelassenheit.

Wir hatten das seltene Glück, dass ein rühriger junger Plastischer Chirurg Dr. Boris Alexei Orellana (mit Kopfschmuck hätte er wie Montezuma ausgesehen) sekundäre Spalten und schwierigen Hände von uns erlernen wollte. So assistierten wir ihm insgesamt 68 grössere Eingriffe, vorwiegend an Kindern und hofften, dass er die längst notwendige Stelle eines Hospital-Chirurgen bekommt. Der Hospital-Direktor hatte aber einen Verwandten vorgesehen. Dr. Boris hat unglaublich schnell gelernt, wird aber deshalb kaum das Gelernte verwirklichen können, weil er weiter in einer kleinen Praxis um's Überleben kämpft. –



Abb. 2 und 3 Wie ueberall in Entwicklungsländern wird von den Politikern die Ein Abbé-Lappen (entnommen aus der Unterlippe zur Vergrößerung der Oberlippe, beschrieben 1904) ist eine der genialsten Operationen in der Spalt-Chirurgie



Abb. 1 Christian Radu, Boris Alexei Orellana, Gottfried Lempeler



Leider war die Anästhesiebestetzung mangelhaft: Uns waren 12 „Anaesthetists“ avvisiert worden; wie sich aber später herausstellte, werden in Latein-Amerika so die Äquivalente zu unseren Anästhesie-Pflegern mit 3-jähriger Ausbildung bezeichnet. Für das ganze Hospital war nur ein niedergelassener „Anaesthesiologist“ für täglich 2 Stunden verpflichtet, den wir aber nie zu Gesicht bekamen. Wie überall in Entwicklungsländern wird von den Politikern die Hauptstadt (San Salvador) mit medizinischer Hilfe überschüttet, das Umland aber auf dem Armut-Standard belassen.

Gottfried Lemperle und
Christian Radu



Abb. 4 und 5 Gefäßmalformation im Gesicht

INTERPLAST-Einsatz Salama / Guatemala, 4. - 21.2.2009

Das Team:

- Dr. Günter Zabel, Plastischer Chirurg + Handchirurg, Teamleiter
- Marianne Zabel, OP-Schwester
- PD Dr. Dr. Frank Hölzle, MKG-Chirurg
- Dr. Peter Urbasek, Anästhesist
- Marion Urbasek, Anästhesieschwester
- Vera Gerstner, OP-Schwester
- Dr. Nicola Kläber, Chirurgin + Handchirurgin

Mein erster INTERPLAST-Einsatz führte mich im Februar 2009 nach Guatemala. Teamleiter dieses Einsatzes war Dr. Günter Zabel. Für ihn war es bereits der 7. Einsatz im Hospital Nacional Salama. Schon die Reisevorbereitungen waren spannend. Es musste so viel bedacht und mitgenommen werden. Am Tage der Abreise erhielten wir noch eine große Spende mit Plüschtieren von einem Kindergarten. Auch die Kuscheltiere wurden noch in dem schon prall gefüllten Koffer verstaut.

Mitten in der Nacht begann dann die Reise der Schopfheimer Marianne und Dr. Günter Zabel, Vera Gerstner und mir mit der Fahrt nach Frankfurt. Dort trafen wir unser Anästhesie-Team Marion und Dr. Peter Urbasek aus Schotten. Auf Grund der günstigen Gepäckbestimmungen wählten wir für unseren Flug die IBERIA. Zwischenstation war

Madrid. Dort stieß unser MKG-Chirurg PD Dr. Dr. Frank Hölzle aus München zu uns. Nun waren wir komplett. Ohne größere Verzögerung landeten wir in Guatemala-Ciudad. Auf dem Flughafen wurden wir sehr herzlich von den Vertretern unserer dortigen Partnerorganisation „Asociacion Mujer Pilar“ – Elo und Dr. Herbert Macz sowie Lorraine Fath – empfangen. Sie hatten unseren Einsatz in Guatemala perfekt vorbereitet. Nach einer kurzen Nacht in der Hauptstadt erreichten wir am nächsten Mittag unser Ziel: Salama. Die Stadt mit etwa 50000 Einwohnern liegt im Hochland

von Guatemala und ist die Hauptstadt des Bezirkes Baja Verapaz. Im Krankenhaus herrschte bereits großer Andrang. Wir wurden schon sehnsüchtig erwartet. Das Wartezimmer war zum Bersten voll. Viel Zeit zum Umschauen blieb nicht – die Sprechstunde begann mit dem Augenblick unseres Eintreffens. Ohne Pause wurden uns viele Patienten vorgestellt – der OP-Plan füllte sich schnell. Alle nicht-medizinische Arbeit wurde uns von Olga und Orlando de Leon abgenommen. Dieses aus Guatemala stammende Ehepaar gehört ebenfalls der Partnerorganisation in Guate-





mala an, obwohl die beiden schon viele Jahrzehnte in den USA leben. Doch für Interplast sind sie eigens aus Chicago angereist.

Für unsere Operationen fanden wir gute Bedingungen im Krankenhaus. Täglich stand uns mindestens 1 OP-Saal zur Verfügung. Oft hatten wir auch die Möglichkeit, einen zweiten Saal zu



bekommen. Auch von einer Anästhesistin des Krankenhauses wurden wir unterstützt. Zusätzlich kamen am Wochenende extra 2 Kolleginnen der Anästhesie aus der Hauptstadt, um uns zu helfen. Gleich am ersten Operationstag wurde auch Peter Urbasek ganz besonders gefordert: ein Neugeborenes atmete nicht. Er wurde zu Hilfe gerufen und konnte durch die Intubation dem Baby eine Chance auf das Leben geben. Auch in die Notaufnahme wurden wir ab und zu gerufen, um gemeinsam mit den einheimischen Patienten frische Wunden oder Sehnenverletzungen zu behandeln.

Überschattet war unser Einsatz vom Rota-Virus, das im Februar in Guatemala sehr verbreitet war. Auf Grund dieser Epidemie war vom Gesundheitsministerium die Behandlung von Kindern unter 12 Jahren ohne unbedingte Notwendigkeit in Krankenhäusern untersagt worden. Deshalb konnten nur we-



nige Kinder operiert werden. Einer von ihnen war Ricardo, ein Waisenkind, das uns von Ordensschwestern vorgestellt wurde. Ricardo ist erst 3 Jahre alt, doch seine dunklen traurigen Augen lassen ahnen, dass es noch nicht viel Freude in seinem Leben gab. Er litt unter ausgeprägten Kontrakturen an Armen und Beinen nach einer Verbrennung. Mit ausgedehnten Lappenplastiken konnten wir ihm helfen. Von Tag zu Tag wurde er lebhafter und zutraulicher. Am Ende hat er uns mit Küsschen verabschiedet.

Viel Arbeit gab es auch für Frank Hölzle. Insbesondere Gaumenspalten wurden operiert. Die Lippenspalten unserer Patienten sind oft bereits in früheren Jahren von guatemaltekischen Kollegen operiert worden. Häufig haben die Familien sich verschuldet, um wenigstens die Lippenkontinuität wiederherstellen zu lassen, damit die Kinder und Jugendlichen auf Grund ihres Aussehens nicht mehr ausgegrenzt waren. Für den Verschluss der Gaumenspalte war oft kein Geld mehr da. Besonders an Herz gewachsen ist uns die Familie mit 2 kleinen Töchtern, die beide von einer Lippen-Kiefer-Gaumenspalte betroffen waren. Eines der beiden Mädchen konnten wir operieren. Ihr Strahlen am Tag der letzten Kontrolluntersuchung hat uns sehr berührt. Doch auch Komplikationen gab es. Ein Junge, der bereits während der OP viel Blut verloren hat, blutete postoperativ nach, so dass ein FFP angefordert werden musste. Dieses wurde aus Coban nach etwa 4 Stunden gebracht, so dass dieser Zwischenfall ein gutes Ende nahm.

Für mich als Handchirurgin gab es viele angeborene Anomalien wie Poly- und Syndaktylien. Auch zu unseren allgemein chirurgischen Wurzeln sind Dr. Zabel und ich für kurze Zeit zurückgekehrt. Ein alter Mann mit einer großen Leistenhernie stand eines Morgens im Wartezimmer. Eine Operation durch guatemaltekische Ärzte konnte er nicht bezahlen. So frischten wir kurzgeschlossen unsere Hernien-Operations-Erinnerung auf und konnten die Hernie operieren.

Ärgerlich war jedoch, dass auch unser Team nicht von Krankheit verschont blieb. Dass ich 3 Tage lang das Bett wegen einer Grippe hüten musste, hätte ich mir so vorher auch nicht vorgestellt. Doch auch ich musste – wie so mancher INTERPLAST-ler vor mir sicher auch – lernen, dass so ein Einsatz viele

Unwägbarkeiten mit sich bringt. Dass es trotzdem ein so erfolgreicher Einsatz mit 105 Operationen war, ist vor allem den Ehepaaren Zabel und Urbasek mit ihrer großen INTERPLAST-Erfahrung zu verdanken.

Für mich als Neuling war vor allem der große Teamgeist beeindruckend. Gemeinsam haben wir geplant, vorbereitet, operiert und aufgeräumt, unsere Patienten visitiert und nachbetreut. Unsere Gastgeber haben hervorragend für uns gesorgt. Besonderer Dank gilt hier Roxanna und ihren Freundinnen, die wunderbar für uns gekocht haben. Nach einem erlebnisreichen Einsatz kehrten wir mit vielen neuen Eindrücken nach Hause zurück. Doch es soll nicht mein letzter INTERPLAST-Einsatz gewesen sein: 2010 gibt es ein Wiedersehen in Guatemala.

Nicola Kläber, Schopfheim



Interplast Einsatzbericht Addis Abeba – Ethiopia, CURE Hospital Sektion Murnau / Südbayern

*Beteiligung am Einsatz „Facing Africa“ 02.11.-08.11.09
und eigenem Einsatz vom 21.11.09
bis 05.12.09*

Facing Africa-Unterstützung (Nov.):

- Dr. med. Andreas B. Schmidt
(Sektion Südbayern, Plastischer
Chirurg)

Teameinsatz (Nov./Dez):

- PD Dr. med. Goetz A. Giessler
(Teamleiter, Plastischer Chirurg)
- PD Dr. med. Dr. med. dent. C.-Peter
Cornelius (Maxillofazialer Chirurg)

Addis Abeba war besonders 2009 im Fokus mehrerer humanitärer Hilfsorganisationen, so Interplast Germany, Facing Africa, Project Harar und diverser holländischer Vereinigungen. Im Besonderen wurde dabei um Noma-Patienten gestritten, im Wesentlichen hervorgerufen durch persönliche Differenzen der Leiter der beiden britischen Organisationen P.H. und F.A.. Nach dem nahezu kompletten funktionellen Wegfall des Noma Children Hospital in Sokoto, Nigeria aufgrund des Wechsels des ärztlichen Leiters und dem (zumindest temporären) Zurückziehen der AWD Stiftung Kinderhilfe aus dem Projekt wurden von allen o. g. Organisationen Ausweichplätze für die – doch meistens recht komplexe – Noma-Chirurgie gesucht. Leider wurde und wird zum Teil immer noch versucht, das operative Know-How der Teammitglieder nicht über die Organisationsgrenzen hinaus zu bündeln, sondern es geht, wie in vorhergehenden Einsatzberichten immer häufiger angeklungen, um Kopfgelder, Prestigefragen und „ich war zuerst da“-Verhalten. Daß dies einer medizinisch und finanziell optimalen Patientenversorgung entgegenspricht, ist allen medizinisch Beteiligten klar, zumal Addis Abeba mit seinen für Afrika relativ weit entwickelten Krankenhäusern (Yekatit 12, CURE) mit gutem technischen und personellen Standard einen hervorragenden neuen Standpunkt für Interplast-Einsätze bieten würde. Alle Mitglieder von Interplast Germany stellten sich dabei konse-



quent und satzungskonform jeglicher Kopfgelderstattung durch unsere Organisation entgegen.

Nicht zuletzt aufgrund der leitenden Funktion im ESPRAS-SHARE-Komitee sprang der Sektionsleiter der Sektion Südbayern kurzfristig für eine Woche in eine bestehendes Facing Africa Team ein (A.B.S) um die Kooperation auf medizinischer Ebene zu betonen. Dies war, neben einer Unzahl von emails im Vorfeld von allen Beteiligten ein erster Schritt, die fachliche Kompetenz eines Teams und damit die operative Workpower über die organisatorischen Konflikte zu stellen.

Dieses im wesentlichen französische und schweizerische Team um Dominique Martin und Brigitte Pittet operierte im amerikanisch geführten CURE Hospital hauptsächlich Noma-Patienten. Das CURE-Hospital ist ein 2008 gegründetes, exzellent ausgestattetes Krankenhaus unter der medizinischen Leitung eines Facharztes für Plastische Chirurgie (Paul K. Lim, MD, www.curethiopia.org). Das Team operierte eine große Anzahl komplexer Noma-Rekonstruktionen, insbesondere mit Submental-Lappen. Aufgrund diverser logistischer Faktoren war das Ziel, den OP bis spätestens 16:00 zu schließen, was komplexe Rekonstruktionen mit freien Lappen schwierig machte. Trotz-

dem gelang es dem Interplast-Mitglied dieser Gruppe (A.B.S.) einen freien mikrovaskulären Skapula-Paraskapularlappen für ein Mädchen mit einer subtotalen Gesichtszerstörung nach Noma erfolgreich zu transplantieren (zweizeitig). Insgesamt wurden während dieses Einsatzes durch Interplast Südbayern 5 Eingriffe an 3 Patienten innerhalb 5 OP-Tagen durchgeführt. Zu bemerken ist, daß Paul Lim alle Spalten und die meisten regionären Lappen selbst operiert und somit den Teams die „schwierigen“ Fälle vorgestellt wurden.

So auch im wenige Wochen später stattfindenden Einsatz durch ein 2-Mann-Team der Sektion Südbayern (G.A.G. und C.P.C.). Aufgrund vorhergehender Kontakte mit Paul Lim wurde unser Team von ihm eingeladen, die durch die Sektion Südbayern bereits in Sokoto etablierten mikrovaskulären Rekonstruktionsverfahren von Noma-assoziierten Defekten im CURE Hospital vorzustellen. Dementsprechend waren auch die Fälle ausgewählt.

Die Flexibilität eines 2-Mann Teams, was sich bereits aus mehreren Einsätzen her gut kannte, war ein erheblicher Vorteil, der die Triage von insgesamt 13 Patienten trotz der komplexen Fälle relativ zügig gestalten ließ. Der ärztliche Leiter vor Ort hatte bereits im Vorfeld state-of-the-art Patientenfotos

geschickt, so daß wir uns auch entsprechend vorbereiten konnten. Ein pakistanischer Anästhesist leistete hervorragende Arbeit (Bild 1). Alle Patienten waren von Frau Lim (Kinderärztin) für die OP's komplett vorbereitet.

Neben der Resektion eines juvenilen ossifizierenden Fibroms der Maxilla über eine LeFort-I-Osteotomie bei einer 8-jährigen waren neben kleinen OP-Programmen „Fülleingriffen“ mit lokalen und regionären Lappen (supraclaviculärer Lappen, lokale Lappen im Gesicht) die anderen Eingriffe durchwegs Noma-assoziiert (insgesamt 15) So wurden je 2 Composite- und 2 Chimärenlappen (bestehend aus je 2 freien Lappen) operiert. Ein Compositelappen wurde aus einem ALT-Perforatorlappen mit vaskularisierter Fascia lata zur Augmentation und Suspension eines extrem vernarbten Gesichtes nach Hyänenbiss (war tatsächlich einer und kein Noma, Bild 2 a und b) verwendet.

Der ALT-Fibula-Chimärenlappen wurde gestaffelt auf zwei Tage verteilt operiert mit temporärer Transplantation der Fibula neben den ALT-Lappen in den Oberschenkel, alle anderen Lappen einzeln in zwei Teams unter Einbindung einheimischer Kollegen. Die Eingriffe wurden mit Lupenbrille 4,5-fach operiert.

Durch die konstante Anwesenheit von medizinischem Personal 24 h nach den OP's war auch bei den schwierigeren Fällen postoperative Sicherheit gegeben. Zweimal am Tag wurde visitiert, nach den komplexeren OP's auch abends nochmals. Es wäre sowohl von logistischer Seite als auch personell die Möglichkeit zur Lappenrevision gegeben gewesen. Das Personal war sehr bemüht, bereits gut durch das Ärzteteam vor Ort eingewiesen und angeleitet und unglaublich freundlich.

Die Unterbringung erfolgte in einem kleinen, günstigen Hotel in Downtown Addis und die täglichen Fahrten in die Klinik mit einem ortskundigen Fahrer. So konnte man die Atmosphäre dieser quirligen und lebendigen Stadt auf über 2000 m Höhe erleben und abends deren verschiedenartigsten Küchen aller Kulturen kennenlernen. Die Stadt ist re-

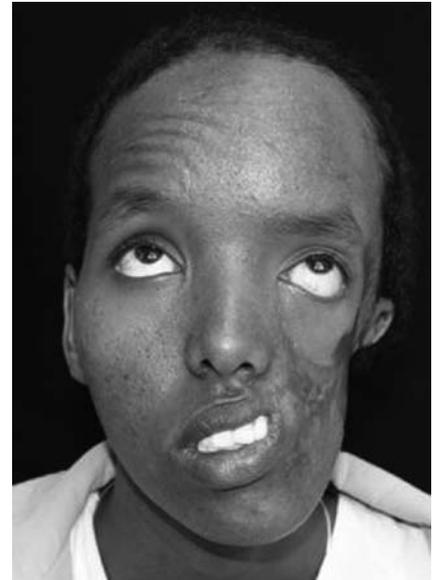
lativ sicher, Montezumas Rache hat uns vollständig verschont trotz dem Essen von unterschiedlichstem „traditional food“ und ein Ausflug zu den 11 monolithischen christlich-koptischen Kirchen in Lalibela an unserem einzigen freien Wochenende rundete den Trip ab.

Unser Team führte auch bereits den ersten Sekundäreingriff des freien Lappens von Andreas Schmidt (Interplast) aus dem Facing Africa Team durch. Da diese Patientin aber eine „Facing-Africa“ Patientin war, wollten die Facing Africa Organisatoren uns tatsächlich verbieten, diese Patientin zu operieren! Dies hätte dem direkten Informationsfluß zwischen dem Voroperateur und uns Sekundärkorrektoren widersprochen und war medizinisch alles andere als sinnvoll, verdeutlicht aber die Schärfe des Interessenkonfliktes in diesem Zusammenhang. Wir setzten uns deswegen darüber hinweg und handelten im Sinne der Patientin.

Das Cure-Hospital in Addis ist sicherlich mit vielen Einsatzorten anderer Interplastteams nicht zu vergleichen, und es muß betont werden, daß die aufwendigen Rekonstruktionen, die fast äquivalent zur modernen Taktik unserer Medizinstandards durchgeführt wurden, in einem anderen Setting unbedingt vermieden werden sollten. Ein generelles Verbot von einfacheren freien Lappen bei Interplasteinsätzen ist jedoch unserer Ansicht nach falsch und muß sich an den logistischen, personellen und eigenen Möglichkeiten orientieren. Die Komplexität und Morbidität von regionalen Lappenprozeduren im Kopf-Hals-Bereich ist nicht zu unterschätzen.

Komplexere Eingriffe reduzieren logischerweise die Patientenzahlen: Vielleicht wäre - wie jetzt in Addis geplant - auch an anderen Einsatzorten ein „Pooling“ von komplexeren Patienten aus den Teams für kleinere Spezialteams denkbar. Dies könnte einige Kompromißlösungen und grenzwertige Entscheidungen vermeiden lassen und gleichzeitig die Zahl an operierten Patienten hoch halten.

Die Organisatoren von Facing Africa und Project Harar leisten eine exzellente Arbeit der Patienten-„auffindung“ und



-verteilung. Wünschenswert und geplant muß allerdings eine koordinierte und damit effektivere Zusammenarbeit der entsprechenden Organisationen sein. Interplast Südbayern bietet dabei nicht nur seine medizinisch-fachliche Kompetenz an, sondern es sind auch Kooperationen auf finanziell-organisatorischer Weise geplant.

Goetz A. Giessler, Murnau / Südbayern

Ein neuer Einsatz hat uns gefunden: KANO IN NIGERIA



Vermittelt durch eine Privatinitiative von Monsuru Adelekan, einem in Heidelberg lebenden Nigerianer und auf Einladung des Gesundheitsministeriums, nahmen wir als Sektion Stuttgart/Münster ein neues Ziel in Angriff.

Kano, eine uns bis dahin unbekannt Stadt im Norden Nigerias. Nach einer ersten Internetrecherche wussten wir etwas mehr: 3 Millionen (in Wirklichkeit 9 Millionen!) Einwohner, sehr heiß, trocken, hohe Kriminalität, Scharia, bescheidene Infrastruktur, hohe HIV-Belastung und viel Korruption, um nur einiges zu nennen.

Die Vorbereitung gestaltete sich dementsprechend schwierig.

Fast täglich tauchten neue Probleme auf, die immer wieder die Sinnfrage aufkommen ließ: Ist das wirklich ein für

uns sinnvoller und für Interplast lohnender Einsatz?

Nachdem mit Bilfinger und Berger und deren nigerianischem Partner Al Hadschi Dantata ein sehr potenter Unterstützer gefunden werden konnte, gelang es uns, alle Widrigkeiten im Vorfeld zu überwinden und termingerecht zu starten. Noch am Vortag war der gesamte Einsatz vom Ministerium erneut in Frage gestellt worden, weil der nigerianische Teil der Finanzierung nicht gesichert war.

Über Amsterdam und Abuja sollten wir nach Kano fliegen. Nachdem wir eineinhalb Stunden über Kano gekreist waren, mussten wir wegen Sandsturm nach Abuja zurück fliegen um am nächsten Tag mit gut 24-stündiger Verspätung auf dem Landweg in Kano anzukommen.



Die Abwicklung durch die Zollbehörden klappte für uns überraschend problemlos.

Nach der Begrüßung durch das Ministerium und lokale Honoratioren besichtigten wir am Abend den OP-Bereich, der am größten Krankenhaus der Stadt angesiedelt war.

Die apparative Ausstattung und der hygienische Standard waren extrem bescheiden. Aber unserer OP-Schwester Ilona gelang es immer wieder, steriles Instrumentarium bereit zu stellen.

Der Screeningday verlief in gewohnten Interplastbahnen. Von Beginn an erkennbar war die exzellente Stimmung innerhalb des Teams, was sehr schnell das gesamte Umfeld „infizierte“.

So hatten wir recht schnell eine wunderbare Arbeitsatmosphäre und sehr viel Freude.

Das Operationsspektrum hatte seinen Schwerpunkt in der Spaltchirurgie, gefolgt von Kontrakturen, Tumoren und Noma.

Die Schwestern und Pfleger waren sehr engagiert und wissbegierig, auch wenn sie sich immer wieder für einen kleinen Mittagsschlaf zurückziehen mussten.

Auch die operativen Kollegen aus Nigeria zeigten sich zunehmend engagiert und vor allem unser alter Kämpfe, Michael Bergemann, (MKG), wurde nie müde, sein Teachingprogramm durchzuziehen und immer wieder Spalten zu assistieren.

Unsere Ergebnisse waren hervorragend.

Von den guten Botschaften ermuntert zeigte sich dann auch die Gesundheitsministerin immer wieder. Ihre Absicht ist klar: Sie will uns langfristig binden.

Nachdem sie uns zugesichert hat, alles zu tun, um für uns die Organisation zu erleichtern und nachdem sich der eingangs erwähnte nigerianische Geschäftsmann Al Haji Dantata erklärt hat, alle Kosten des nächsten Einsatzes zu übernehmen, werden wir sicher 2010 ein neues Camp auflegen.

Begleitet wurde unser Einsatz von einem Radio- und Fernseheteam der Deutschen Welle. Christopher Springgate und ... waren sehr angenehme und zu-



Nach ein paar Tagen besuchte uns Ralph Sautter, der Leiter des Sokoto-Children-Hospital und altgedienter Interplast-Kollege, der uns viel vom Leben und von Widrigkeiten in der nigerianischen Provinz erzählte.

Danken wollen wir nebst den vielen ungenannten Spendern vor allem der Basler Firma Camlog, vertreten durch ihren Chef Jürg Eichenberger, für die Bereitstellung der kompletten Ausstattung, der Firma Dantata Sawoe für die gute Unterbringung und Verpflegung und Unterstützung bei allen kniffligen Behördenproblemen.



Last but not least unserem Freund Monsuru Adelekan mit seiner Frau Birgit Mayr für ihren unermüdlichen Einsatz. Zuallerletzt auch noch herzlichen Dank an Tabea Kerner, die wie schon gewohnt super vorbereitet hat.



rückhaltende Menschen, mit denen zu arbeiten viel Vergnügen bereitete.

Weitere spannende und erfreuliche Begegnungen: Kees Waaldijk, ein niederländischer Chirurg, der seit über 25 Jahren in ganz Nigeria lebt und arbeitet. Er ist einer der weltweit besten und erfahrensten Operateure für rektovaginale und vesicovaginale Fisteln. Ein charismatischer und auf angenehme Art verrückter Kollege.

Team:

Dr. Irina Herren
plastische Chirurgin
Dr. Peter Pantlen
plastischer Chirurg
Dr. Dietmar Scholz
plastischer Chirurg
Dr. Dr. Michael Bergermann
MKG-Chirurg

Dr. Annette Bauer
Anästhesistin
Tabea Kerner
Anästhesieschwester
Ilona Eichenberger
OP-Schwester
Dagmar Zwingenberger
Gast und gute Seele
Judith Bergermann
Gast und gute Seele
Dr. Herbert Bauer
Anästhesist und Teamleiter

Bei insgesamt 92 operierten Patienten waren zwei geringfügige Dehiszenzen bei Gaumenspalten zu beklagen. Eine sehr schwierige anästhesiologische Situation durch einen Gerätedefekt konnte glücklicherweise beherrscht werden.



Herbert Bauer, Stuttgart

Murunda-Hospital und Kibagabaga-Hospital, Kigali / Ruanda, 31.10. bis 13.11.2009

INTERPLAST-Sektion Vreden



Zum 4. Mal war Ruanda, dieses kleine südlich des Äquators, westlich des riesigen Kongo gelegene „Land der 1000 Hügel“ unser Ziel.

Frau Dr. Shirin Mansouri hatte über private Kontakte eine Anfrage des King-Faisal-Hospitals erhalten, ob INTERPLAST dort operieren könne. Mein Gedanke war, das KFH als Fixpunkt nutzend, Ausschau zu halten nach einem Krankenhaus im Busch, in dem sich ein OP einzurichten lohnen würde.

Wenige Wochen vor dem Einsatz wurde die Führung des Krankenhauses ausgetauscht, die neue hatte für den November bereits Absprache mit australischen Kardiologen getroffen.

So waren es Bernd Tenckhoff's Kontakte, die unseren Einsatz doch noch ermöglichten. Mehr noch: das Krankenhaus in Murunda scheint die Voraussetzungen zu erfüllen, die wir für Investitionen in einen OP erhoffen.

Dipl.-Ing. Prof. Bernd Tenckhoff arbeitet seit Jahren in Sachen Arbeitssicherheit in Ruanda. Seine Herkunft, das Münsterland, verbindet uns. So gelang es seinem Freund Jaque, ein Krankenhaus in Kigali, in dem wir u.a. Schwester Milgitha's Patienten operieren konnten, für uns zu erschließen. Bernd Tenckhoff's Heimatgemeinde Ostbevern unterstützt seit vielen Jah-

ren Bischof Alexis in Nyunda, der uns sein kirchliches Krankenhaus in Murunda empfahl.

Der Flug Brüssel-Kigali verging „wie im Flug“: die beiden Team-Mitglieder mußten sich erst kennenlernen.

Vom ersten bis zum letzten Moment der Reise gab es dann keinerlei Pannen mehr:

In Kigali wurden wir von Jaque und Esperance, der Physiotherapeutin, die sich so für das schwerst-verbrannte Mädchen Tuyisenge gekümmert hatte, abgeholt. Die ersten Übernachtungen waren wieder im Guest-Haus Amani gebucht. Am Folgetag besuchten wir einige Krankenhäuser in Kigali, darun-

ter das neue private „Croix du sud“ mit seiner ausgezeichneten Ausstattung. Der Preis, den die Patienten dort zu entrichten haben (oder eben alternativ wir selbst) schien uns zu hoch.

So entschieden wir uns für das auch noch recht neue Krankenhaus im Ortsteil Kibagabaga von Kigali, wir verabredeten die übernächste Woche zu Operationen. Schwester Milgitha hatte Patienten angekündigt, das Krankenhaus organisierte eine Screening-Sprechstunde für den 09.11..

Nach einem Besuch beim deutschen Botschafter in Ruanda, Herrn Elmar Timpe – mir noch aus seiner Zeit in Asmara, der Hauptstadt Eritrea's in guter Erinnerung, dessen Mitarbeiter die Erledigung der Formalien für die Mitnahme von Tuyisenge zu unserem Rückreisetermin zusagten – brachte uns Edgard nach Gisenyi, von dort Adrienne, Mitarbeiterin des Bischofs von Nyundo, nach Murunda. Dass wir, Adrienne und ich, uns von einem Ruanda-Vortragsabend in Ostbevern bereits kannten, stellten wir schnell fest.

In Murunda, im Nordwesten Ruandas im Busch gelegen, wurden wir von den 3 Priestern, deren Koch dann in den nächsten Tagen auch uns versorgte, begrüßt und in ihrem Gästehaus untergebracht. Wenn man hier die Wasserleitungen aktiviert, vielleicht ein





bißchen Farbe den Wänden antut, ein paar Regale oder Schränke in die Zimmer stellt ... Auch die Aufnahme im unmittelbar benachbarten Krankenhaus war gut, interessierte Mitarbeiter, funktionierender OP mit Wasser und Strom, einbestellte Patienten. Wohlgermerkt: alles in kürzester Zeit vom Krankenhaus organisiert.

So waren die Folgetage mit OP's gefüllt, in erster Linie Kontrakturen, dann aber immer mehr chronische Osteitiden bei seit längerem stationären Patienten.

Krankenhausärzte/-personal und Priester zeigten großes Interesse an Vertiefen der Kontakte. So bestehen konkrete Pläne nun für Einrichtung des Gästehauses und Ausstattung des OP's. In welcher schöner Landschaft Murunda liegt, hatten wir schon geahnt. Richtig vor Augen geführt wurde uns diese am Rückreisetag von Murunda nach Kigali. Diesmal über die südliche Route, immer hoch über dem Kivuse, über Kibuye, in dem es tatsächlich so etwas wie Tourismus gibt.

In Kigali am Sonntagabend herzliches Wiedersehen mit Schwester Milgitha aus Stadtlohn, ihre und vom Krankenhaus Kibakabaga ausgewählten Patienten operierten wir in den Folgetagen.

Wie immer: Zuletzt wurde die Zeit knapp, einige Einkäufe (der Hochlandkaffee Ruanda's ist Spitze!), Verabschiedung am Flugplatz. Hier kam Tuyisenge zu uns, inzwischen 13 Jahre alt, die 5 Jahre zuvor mein Schlüssel zu Ruanda war. 2004 weilte sie fast ein ganzes Jahr in Vreden, wo wir ihre schwersten mento-sternalen Kontrakturen operierten. Wie seinerzeit hat wieder das Hammer Forum die Reise für Tuyi finanziert und den Aufenthalt

in Deutschland ermöglicht, wohnen wird sie wieder in ihrer Pflegefamilie Emming in Ahaus-Ottenstein. Weitere Operationen im Brustbereich werden wir im Vredener St.Marien-Hospital durchführen.

Während unseres Aufenthaltes in Ruanda hat uns Maria begleitet. Sie leistet auf Vermittlung des Bistums Münster ein freiwilliges soziales Jahr in Ruanda, ist ausgebildete Ergotherapeutin, arbeitet mit zum Teil mehrfach behinderten Kindern. Eigentlich wollte sie uns nur einen ihrer Schützlinge vorstellen. Da ihre Kinder zur Zeit in den Ferien waren begleitete sie uns während der 2 Wochen und war eine gute Hilfe.

Arnulf Lehmköster

Ausblick 2010

Das Murunda-Projekt nimmt Konturen an: Im Januar wird Bernd Tenkhoff be-

reits wieder in Ruanda sein, die von uns entworfene Vereinbarung dem Bischof vorlegen.

Diese Vereinbarung enthält zwei Kernpunkte: Zum einen, dass wir im Gästehaus der Diözese in Murunda langfristig bei unseren Einsätzen Quartier nehmen können, dafür werden wir das Gästehaus innen neu herrichten. Und im November soll der erste Schritt der Aufrüstung der Op.-Einrichtung begonnen werden: Installation eines Narkosegerätes, mit welchem dann am Murunda-Hospital erstmalig auch Intubationsnarkosen durchgeführt werden können. Dankenswerterweise wird sich die INTERPLAST-Stiftung an diesem auf Nachhaltigkeit angelegten Projekt beteiligen.

Unsere Freunde in Eritrea, Dr. Haile und Rezene, haben auch schon angefragt und uns wieder nach Asmara/Eritrea eingeladen.



St.-John-of-God Hospital Lunsar / Sierra Leone vom 08.11. bis 21.11.2009

Sektion Bad Kreuznach und Ebersberger Förderverein Interplast, Traxl

Zum Gastgeberland: Etwa 150 km landeinwärts von der am Atlantik gelegenen Hauptstadt Freetown liegt der Ort Lunsar, und noch etliche Kilometer weiter in Mabessaneh steht das Krankenhaus St. John of God, das rund ums Jahr medizinische NGO's verschiedenster Art beherbergt.

Sierra Leone (Fläche wie Bayern, 6 Millionen Einwohner, 60 % Moslems, 10 % Christen; Fertilität 6 Kinder/Frau, Kindersterblichkeit - die weltweit höchste - 256/1.000, Lebenserwartung 41 Jahre, 45 % der Bevölkerung jünger als 14 Jahre; 65 % Analphabeten; pro-Kopf-BSP € 400.-) zählt zu den ärmsten Ländern der Erde zumal nach einem bis 2002 dauernden elfjährigen Bürgerkrieg. Ein öffentliches Gesundheitswesen existiert kaum, die Bevölkerung ist von Malaria, Sichelzellanämie, Tuberkulose, Lassa-Fieber, Hepatitis, Gelbfieber und Typhus geplagt, dazu von AIDS (4 %), Amöben und Schistosomen. Ausserhalb von Freetown weit verstreute Gesundheitsposten und Krankenhäuser werden von ausländischen Kirchen und NGO's notdürftig betrieben.

Ausgangsbedingungen: Eine kleine Gruppe engagierter Orthopäden und Krankenschwestern aus Deutschland („Orthopädie für die 3. Welt“), einige davon aus der Münchener Gegend,

organisiert seit mehreren Jahren kurze Operationsaufenthalte in einem von Barmherzigen Brüdern aus Barcelona unterhaltenen Krankenhaus im westlichen Drittel des Landes; operiert werden vorwiegend Pseudarthrosen, Osteomyelitiden und angeborene Fehlbildungen wie der Klumpffuss. Das Haus hat ein enorm grosses Einzugsgebiet, welches bis in die noch ärmeren Nachbarländer Liberia und Guinea reicht. Eine im Ebersberger Raum gemeinsam von LIONS- und Rotary-Club zusammen mit der örtlichen Tageszeitung und mit grosszügiger Unterstützung des Autohauses Kirchseeon durchgeführte Spendenaktion hatte Weihnachten 2008 gut 20.000.- € erbracht; hieraus wurde neben dem aktuellen Interplast-Einsatz die Ausstattung der mit etwa 150 Schülerinnen landesweit grössten Pflegeschule finanziert. Der Ansatz, die medizinische Versorgung auf diese Weise mit besser qualifiziertem Personal voran zu bringen, ist sicher nicht unvernünftig in einem Land, das nur über gut 200 einheimische Ärzte verfügt und ausserhalb der Hauptstadt praktisch über keine (alleine in München gibt es ca. 6.000 ÄrztInnen).

Von den Gastgebern wurden Unterkunft in nahe gelegenen Zimmern und Verpflegung gestellt, auch der

Transport von Team & Material vom etwa 3 Stunden entfernten Flughafen der Hauptstadt erfolgte mit Ordenseigenen Fahrzeugen. Brauchwasser war meist verfügbar (und bei grosser Hitze und hoher Luftfeuchtigkeit sehr erwünscht), Generator-Strom stand im Op von 9:30 bis ca. 15:00 zur Verfügung, ausserhalb stundenweise. Op- und Stationspersonal war nach 14:30 nur schwer zu weiterer Tätigkeit zu bewegen, was angesichts der Hitze ausserhalb des mit Klimaanlage ausgestatteten Op's vermutlich vernünftiger ist als die europäische Art, natürliche Gegebenheiten wie Temperatur, Dunkelheit o.ä. zu ignorieren oder mit aller Kraft beeinflussen zu wollen.

Trotz fast einjähriger Vorbereitung und 10tägiger „Vorhut“ durch den schon ortserfahrenen Orthopäden im Team war es nicht gelungen, eine nennenswerte Anzahl Interplast-„üblicher“ Patienten zur Vorstellung zu bringen; keine Verbrennungskontraktur und lediglich vier LKG's in einem Land, in dem auf dieselbe Weise gekocht wird wie überall sonst und in dem bei 250.000 Geburten jährlich ca. 3.000 Kinder unter 6 Jahre mit nicht operierter LKG leben dürften. Es ist wohl, so wurde jedenfalls von den einheimischen MitarbeiterInnen vorsichtig formuliert, gegen die



In Erwartung der operativen Hilfe



Behutsame Anästhesie vom Feinsten



Freude nach gelungener Operation

einflussreichen Naturheiler, die Spalten als fluchbeladen und nicht behandelbar deklarieren, nur schwer durchzusetzen, dass es einfache und effiziente Therapien gibt, die noch dazu kostenlos angeboten werden – es wird sich zeigen, ob das Beispiel der diesmal operierten vier Kinder hier Einfluss haben wird. Dieser Umstand führte allerdings auf sehr positive Weise dazu, dass sich eine enge Zusammenarbeit über die Fachgrenzen hinweg ergab bei Patienten, die sonst nicht zum Interplast-Spektrum gehören – mit gegenseitigem Lerneffekt im Technischen und mit Denkanstößen im Prinzipiellen. Operative Tätigkeit: Gemeinsam operiert wurden neben der Weiterbehandlung von orthopädischen Erkrankungen, die bereits vor Eintreffen des Gesamtteams (Tab. 1) angesetzt worden waren (Klumpfüsse, Tenotomien) letztlich mehrere LKG's, Pseudarthrosen und



Makrodaktylie Fuß

chronische Osteomyelitiden (s. Tab. 2). Als einzige chirurgische Komplikation kam es zum mässig relevanten Teilverlust eines interdigitalen Vollhaut-Transplantates an der Hand nach Trapezium-Resektion wegen traumatischer Daumen-Arthrose in Fehlstellung. Zu erwähnen sind drei besondere Verläufe; bei einem Säugling von 10 Monaten bestanden multiple über den Körper verteilte Abszesse, die Kleine wurde uns von einer hospitierenden europäischen Kinderärztin vorgestellt. Zu diesem Zeitpunkt bestand der „rasch wachsende Tumor“ am Rücken bereits mehrere Wochen. Nach diagnostischer Punktion wurden Entlastungsinzisionen an drei besonders betroffenen Regionen mit Spülung und Drainage vorgenommen, und zwar am Rücken (etwa 200 ml Eiter) und am rechten Ober- und Unterarm. Das schon zum Op-Zeitpunkt schwerstkranke Kind er-

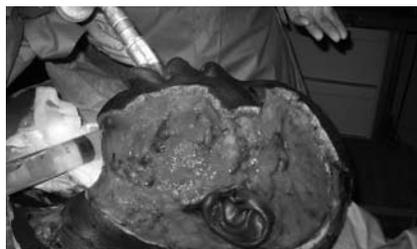
holte sich nur vorübergehend und verstarb zwei Tage später bei höchstem Fieber, Tachypnoe und Tachykardie unter dem Bild der protrahierten Sepsis, ohne dass weitere Behandlungsoptionen offen gestanden hätten. Weiters wurden wir zugezogen bei einer moribunden jungen Frau von 20 Jahren wegen einer schweren Infektion im Gesicht links, welche sich nach einer Zahnbehandlung eingestellt hatte. Die Patientin erholte sich wider Erwarten zum nächsten Tag hin so weit, dass eine genaue Untersuchung möglich war. Diese zeigte ein perakutes, rasch fortschreitendes Noma mit weitgehender Zerstörung der Weichteile der linken Gesichtshälfte bis auf die knöchernen Strukturen von Kalotte und Mittelgesicht, stammwärts bis zur Schlüsselbeingrube reichend. Es bestand auch bereits eine erhebliche Kieferklemme. Zahlreiche Gewebstaschen waren mit Eiter und Detritus gefüllt, so dass eine tiefgehende Abtragung nicht zu umgehen war, welche am folgenden Tag vorgenommen und zwei Tage später ergänzt wurde. Danach bestanden saubere Wundverhältnisse, allerdings um den Preis ganz erheblicher Gewebsdefizite. Es war nicht möglich, den einzigen operativ tätigen Arzt der Klinik, einen über 70jährigen Spanier, ausreichend mit der im Überlebensfall notwendigen Weiterbehandlung vertraut zu machen, so dass uns hier die Grenzen einer prinzipiell fachgerechten, aber mit den bestehenden Möglichkeiten kaum verträglichen Behandlung ganz deutlich aufgezeigt wurden. Der dritte zu erwähnende Patient war ein 10jähriger stark reduzierter Junge, der drei Wochen vor unserem Eintreffen am rechten Sprunggelenk von einer Giftschlange gebissen worden



Transplantation nach Schlangenbiß



Akute Noma-Infektion...



nach radikalem Debridement



war. Die Wunde an der Bissstelle war nekrotisch, aber klein, die Haut des Unterschenkels wirkte wenig geschädigt, es bestanden aber ausserordentlich starke Schmerzen bei Bewegung und Berührung. Die operative Freilegung der Bisswunde zeigte, dass unter der nur gering veränderten Haut vom distalen Oberschenkel bis zum Mittelfuss das gesamte Unterhautgewebe bis auf die Muskelfaszie nekrotisch verflüssigt war. Nach Abtragung, Revision und wiederholter Schaumstoff-Behandlung gelang es zum Glück, den Wundgrund für eine Spalthauttransplantation ausreichend vorzubereiten. Die schon ins Auge gefasste Amputation konnte damit wohl abgewendet werden, die ersten Kontrollen zeigten ein gutes Angehen der Transplantate.

Fazit: Als Fazit des Einsatzes bleibt erstens der Plan, einen Folgeeinsatz zu erwägen, wenn die - im Wortsinn - „Mundpropaganda“ durch die diesmal operierten Spaltpatienten zu einer entsprechenden, im Vorfeld sich zuverlässig abzeichnenden Nachfrage führen sollte. Zweitens ist festzuhalten, dass

die Techniken der plastischen Chirurgie im Umfeld orthopädischer Eingriffe der in Lunsar geübten Art durchaus einen positiven Betrag leisten. Drittens hat der Einsatz auch ganz deutlich gezeigt, dass die typischen Interplast-Themen LKG-Spalten und Verbrennungskontraktur ohne Zweifel ein wichtiges und verdienstvolles Aufgabengebiet darstellen, dass es aber in Ländern wie Sierra Leone jenseits dieses Spektrums sehr, sehr viele medizinische Probleme gibt, die weniger zufriedenstellend gelöst werden können und denen sich KollegInnen anderer Fächer dennoch immer wieder stellen – grössten Respekt dafür.

Team

- Dr. Julia Eidt, Ass.-Ärztin Anästhesie München
- Cristina Lorenz, Anästhesie-Schwester, Traxl
- Edith Niederstebruch, Op-Schwester Aßling
- Dr. André Borsche, Plast. Chirurg Bad Kreuznach
- Dr. Wolfgang Haller, Orthopäde Ebersberg

- Prof.Dr. Hajo Schneck, Anästhesie, Teamleiter, Traxl

Einsatzdaten

Op-Tage	9 + 2
Patienten untersucht	114
davon Patienten operiert	39
Anzahl Eingriffe	84
Patienten mit Pseudarthrose	7
chron. Ulcus	6
Osteosynthese	4
Osteomyelitis	4
Gaumenspalte	1
Lippenspalte	3
Sonstiges (Traumafolgen, Fehlbildg.)	14
Komplikationen chirurgisch (geringfügig)	1
anästhesiologisch	0

Hajo Schneck, Traxl

...selbstgemacht: Schäume wie Träume



Da hatte also der Grosse Vorsitzende am Dienstag in der Krankenpflegeschule vor 50 blaugekleideten schwarzhäutigen Schwestern ein flammendes Plädoyer für den Schaumstoff-Druckverband gehalten, diesen Löser aller Probleme, Schmerz, Eiter, Sekret, Ödem, Infekt, praktisch alles ausser Sodbrennen (hierzu gibt es noch keine Erfahrungen); und alle hatten ihn danach in rhythmischen Gesängen gefeiert, nein, nicht ihn, sondern den Schaumstoff – und was passiert natürlich? Na? Natürlich, am Mittwoch war der Schaumstoff aus, verbraucht im selbstlosen Einsatz direkt auf dem Wundgrund, weggeworfen danach; aus, vorbei, der ganze eben erst erzeugte Enthusiasmus ab sofort ins Leere stossend. Voll blöd gelaufen.

Rescue procedure: der Geschäftsführer der Klinik macht sich mit einem aus dem Müll geretteten Qualitätsmuster auf in die nächste Ortschaft mit dem Jeep (schlagt das mal zuhause vor in der



eigenen Klinik! fährt auch noch selbst, und von Strasse ist da nicht wirklich die Rede), Spezialauftrag: Schaumstoff in bestmöglicher Qualität, und viel davon. Und weil er ein guter Geschäftsführer ist und ein findiger Mensch, kommt er am selben Abend wieder mit dem Jeep und bringt sie mit, die geblümete Matratze, 200 x 90 cm, Stärke 12 cm - also exakt 216 Liter weissen Schaumstoff, eine Menge. Aber eben in Matratzenform.

Den hübsch geblünten Überzug zu entfernen war mit einem handelsüblichen Outdoor-Messer schnell bewerkstelligt. Auch ein breiter Streifen liess sich noch gut abtrennen, danach also 90 x 25 x 12 cm Schaumstoff, schon viel besser als eine ganze Matratze. Nicht so besonders glatt am Schnitttrand - und für einen üblichen Verband zwar weiss genug, breit genug, auch mehr als lang genug, nur eben 12 cm dick, zu dick, viel zu dick. Schade.

An diesem kritischen Punkt kommt Nils ins Spiel. Nils ist weder plastischer Chirurg noch Anästhesist und schon gar keine Op-Schwester, aber erstens mit einer solchen - Edith - verheiratet und schon damit als schlau ausgewiesen. Und Nils ist zweitens mit dabei, privat nachgeflogen aus Sehnsucht und gänzlich ahnungslos bezüglich seiner künftigen Rolle in Schaumstoff-Dingen. Nils ist Biologe und mit Patentprüfungen befasst zuhause, er hat also schon viel Wunderliches gesehen; ein Interplast-Team, das sich ratlos um eine geblüm-

te Matratze schart, ist aber sogar für ihn neu. Gott sei Dank hat aber drittens Nils Fantasie.

Der langen Vorrede kurzes Ergebnis: Nils denkt kurz nach und dann nochmal länger und baut dann, nur unwesentlich behindert vom Elektrik-Chef der Klinik John of God zu Massebeneh, einen Apparat, der zwar niemals den bundesdeutschen TÜV überstanden hätte, aber dafür aus einer geblünten Mat-

ratze rundum glatte, ebene, etwa zwei Zentimeter starke, fusselfreie, weisse Schaumstoff-Platten zurecht schneidet. Zutaten: ein Eimer mit Wasser, zwei Lüsterklemmen, ein Batterieladegerät, zwei Holzklötzchen, ein Tisch und ein Meter Stahldraht. Und Gottvertrauen. Und zwei Flaschen Bier, je eine für den Elektriker und für Nils Düsentrieb. Verdient hast Du Dir eher zwei Flaschen als eine, Nils, und zwar Champagner.





Pilotprojekt Komfo Anokye Teaching Hospital in Kumasi / Ghana 04. – 17.05.2009

Team:

- Schwester Lucyna Roselieb, OP-Fachschwester Diakoniekrankenhaus Rotenburg (Wümme)
- Prof. Dr. Detlev Hebebrand, Chefarzt Klinik für Plastisch-Ästhetische und Rekonstruktive Chirurgie, Handchirurgie im Diakoniekrankenhaus Rotenburg (Wümme)
- Dr. Oheneba Owusu-Danso, Allgemeinchirurg Komfo Anokye Hospital Kumasi und Gastarzt Klinik für Plastisch-Ästhetische und Rekonstruktive Chirurgie, Handchirurgie im Diakoniekrankenhaus Rotenburg (Wümme)
- Vladan Crnogorac, Assistenzarzt Klinik für Plastisch-Ästhetische und Rekonstruktive Chirurgie, Handchirurgie im Diakoniekrankenhaus Rotenburg (Wümme)

Auf Einladung und Organisation unseres Gastarztes Dr. Oheneba Owusu-Danso starteten wir am 04. Mai 2009 unseren ersten Operationseinsatz im Komfo Anokye Teaching Hospital in Kumasi, Ghana.

Das KATH ist ein Universitätskrankenhaus in der Hauptstadt der Region Ashanti ca. 280 km nördlich der Landeshauptstadt Accra. Weitere 500 km



nördlich liegt Tamale, eine ambulante Außenstelle der KATH.

Mit über 900 Betten ist das KATH das zweitgrößte Krankenhaus des Landes. Es gilt als Krankenhaus der Maximalversorgung und ist durch die geographische Lage Kumasis in Verbindung mit der Verkehrsinfrastruktur des Landes und der zentralen Wirtschaftsstellung der Stadt das meist frequentierte Krankenhaus mit der größten Anzahl an behandelten Patienten im Jahr.

Unsere Aufgabe war in der Versorgung ambulanter Patienten des größten Umfeldes (Kumasi und Tamale) zu sehen.

Gleichzeitig sollten wir in dem neu errichteten Operationszentrum komplizierte Wundversorgungen vornehmen. Hierzu sahen wir in den ersten zwei Tagen zahlreiche Patienten aus der Ambulanz (45) und etliche Fälle der zur Zeit hospitalisierten Patienten.

Das neu und modern ausgestattete OP-Zentrum wurde gerade erst eröffnet und in einem Kellerraum stand ein uraltes OP-Mikroskop. Nach primärer Sichtung erwies sich dieses wunderbare Gerät als tauglich, auch wenn nur noch eine Lampe brannte. Das Restlicht sollte uns später eine seitlich einstrahlende OP-Lampe beschern. Es ging auch so.

Ohne unseren Gastarzt, dessen „Heimvorteil“ und hier nun Organisator Dr. Oheneba Owusu-Danso wären wir nicht in der Lage gewesen, in 6 OP-Tagen

- 1 freie mikrochirurgische Scapula
- 1 ALT-Lappen mikrochirurgisch
- 1 Skapulektomie
- 1 Gastrocnemius
- 2 große Verschiebeschwenklappen
- 1 Leistenlappen

und weitere 25 Operationen mit großen Tumoren oder ausgedehnten Verbrennungen zu versorgen. Im OP-Saal standen 2 Tische, so dass unsere OP-Schwester (Turbo) 2 Tische parallel instrumentie-





ren konnten und weniger Zeit verloren ging.

Trotz der idealen räumlichen Bedingungen erschwerte diese Neueröffnung des Gebäudes unsere Arbeit an den ersten Tagen, da eine eingespielte Organisation zwischen dem OP-Personal und der Anästhesie kaum vorhanden war.

Leider konnten aus Kapazitätsgründen nicht mehr Patienten behandelt werden. Viele der zum Teil von weit her angereisten Patienten mussten wieder, mit der Hoffnung im nächsten Jahr behandelt werden zu können, nach Hause geschickt werden. Diese Patientenselektion erwies sich als schwierig, war aber nicht zu vermeiden. Die Freundlichkeit und Dankbarkeit der Menschen in Ghana vermittelten der Gruppe allerdings ein durchweg positives Gefühl. Die Patientenauswahl wurde vor allem mit medizinischen Sachverstand vorgenommen. Es wurde allerdings auch die soziale Rolle der Patienten mit berücksichtigt. Dementsprechend fanden äußerlich entstellte Frauen genauso Berücksichtigung wie junge Männer, die ohne Operation ihren eigenen Lebensunterhalt nicht bestreiten können. Keine wesentlichen Einschränkungen wurden bei Kindern vorgenommen. Angeborene Makel und Funktionseinschränkungen sollen nach Möglichkeit keine nachteiligen Einflüsse auf die Entwicklung der Kinder haben.

Es wurde darauf geachtet, dass Kinder und dringliche Fälle zuerst verplant wurden und weniger dringliche Fälle an das Ende des OP-Programms gesetzt wurden. Vielfach wurden Kinder und Jugendliche mit Fehlbildungen im Gesicht und an den Extremitäten operiert.

Ein weiterer Behandlungsschwerpunkt war die Therapie von Verbrennungsschwerfolgen. Funktionelle Kontraktionen und groteske Entstellungen wurden operativ versorgt. Des Weiteren wurden uns viele Patienten mit zum Teil monströsen und entstellenden Keloiden nach Bagatellverletzungen sowie monströse Weichteiltumoren unklarer Ursache vorgestellt, die wir operativ versorgt haben. Zusätzlich wurden einige Patienten aus dem aktuellen stationären Krankenbestand der Klinik mit offenen Frakturen, frischen Verbrennungen und akuten Schussverletzungen plastisch chirurgisch versorgt.

Im Verlauf des Aufenthaltes wurden auch mehrere Patienten aus der unfallchirurgischen Abteilung zur plastischen Deckung vorgestellt und in das OP-Programm einbezogen. Darunter befanden sich 2 junge Männer mit offener Tibia- und Fibulafrakturen, die wir mit einer kombinierten freien mikrochirurgischen Scapula- und Latissimus-dorsi-Lappenplastik sowie einer mikrochirurgischen ALT-Lappenplastik versorgt haben. Damit hatten wir die ersten freien mikrochirurgischen Lappendefektdeckungen im KATH Krankenhaus vorgenommen, was honorierend durch ein Kamerteam des größten Fernsehsenders des Landes sowie Tageszeitungen aufgenommen und gesendet wurde. Im weiteren Verlauf des Aufenthaltes wurden täglich ab 8.00 Uhr zwischen 6 und 8 Patienten operiert.

Ein weiteres Aufgabengebiet, das wir mit erfüllt haben, war die interne Fortbildung der einheimischen Ärzte und Schwestern durch von uns gehaltene Vorträge. Dies war ausdrücklich erwünscht und gefordert, da das Interes-

se groß ist, eine ausländische Gruppe von Ärzten und Schwestern für spezielle Patientenversorgungen in das Krankenhaus einzuladen und nach Möglichkeit an der Patientenversorgung mitzuarbeiten und neue Techniken zu erlernen.

Zur Zeit absolviert Dr. Oheneba Owusu-Danso seine plastisch chirurgische Ausbildung in unserer Klinik in Rotenburg (Wümmen). Nach unserem Aufenthalt in Ghana ist aufgrund des hohen unversorgten Patientenaufkommens und die dringend benötigte plastisch chirurgische Patientenversorgung die Ausbildung einheimischer Ärzte und Chirurgen noch mehr dringendst zu unterstützen. 3 bis 4 Kollegen oder Kolleginnen mit abgeschlossener Ausbildung in plastischer Chirurgie würden für diese Region Ghanas „Gold wert“ sein.

Das Wochenende wurde dazu genutzt, mit dem betreuenden Fahrer die Küstenregion und einige andere sehenswerte Orte wie den noch in Ghana vorhandenen, aber immer mehr dezimierten Regenwald zu besuchen.

Am meisten jedoch beeindruckte uns die Freundlichkeit und Gastfreundschaft der ghanaischen Bevölkerung!

Nach 10 Operationstagen wurde mit einer feierlichen Verabschiedung der Aufenthalt in Kumasi beendet. Die einheimischen Kollegen erhielten an diesem Tag die letzten Empfehlungen zur Weiterbehandlung der noch verbliebenen Patienten. Kontaktadressen wurden ausgetauscht, so dass auch später noch die Krankengeschichten verfolgt werden können.

Alle Gruppenteilnehmer haben einen durchweg positiven Eindruck während des Interplast-Einsatzes gewonnen. Die schwierigen Arbeitsbedingungen mit mangelnder Organisation, tropischen Klima, die langen Operationstage und die teilweise schweren schicksalhaften Krankheitsverläufe wurden von den Teilnehmern zeitweilig als belastend empfunden. Die ausgesprochen hohe Motivation der Gruppenteilnehmer und die teilweise vorhandene Erfahrung aus früheren Interplast-Einsätzen führten zu einer beeindruckenden Dynamik in der Gruppe.

Ein neuerlicher Aufenthalt und Einsatz ist bereits für Ende dieses Jahres oder Anfang 2010 vorgemerkt.

*Detlev Hebebrand, Rotenburg /
Wümme*



Operationseinsatz in Tamale und Kumasi / Ghana 22.10.- 08.11.2009

Auf Anregung von Dr. Jacob Siaw, einem Anästhesisten aus Kumasi, der zur Zeit eine mehrjährige Weiterbildung im Diakonie-Krankenhaus in Rotenburg/Wümme absolviert, planten wir einen Einsatz in Kumasi in seiner „Heimatklinik“, dem Komfo Anokoye Teaching Hospital (KATH). Unser Einsatz brachte uns in der ersten Woche nach Tamale, in den wenig besiedelten nördlichen Teil Ghanas.

Das Tamale Teaching Hospital wird von Mund-Kiefer-Gesichts-chirurgischer Seite durch die Abteilung vom KATH mitbetreut. Dr. Samuel Anah, ein MKG-Chirurg in Ausbildung aus Ghana, stand uns während des gesamten Aufenthaltes in Tamale und Kumasi hilfreich zur Seite.

Das Spektrum der Befunde, die uns vorgestellt wurden, reichte von Lippenkerbe bis hin zu inoperablen Tumoren, die Afrikatypisch, teils eine Ausdehnung hatten, die uns Mitteleuropäer zusammenzucken lässt. Es wurden uns auch eine ansehnliche Anzahl von NOMA Patienten vorgestellt, bei denen vor Allem die eingeschränkte Mundöffnung durch knöcherne Verbindung zwischen Processus muscularis und Jochbogen

im Vordergrund standen. Hier waren insbesondere die Intubationskünste unserer Anästhesisten gefragt und manch eine Einleitung übertraf zeitlich die OP-Dauer.



In Tamale stand uns ein großer OP zur Verfügung, den wir mit zwei OP-Tischen bestücken konnten. Vor Beginn der operativen Tätigkeit mussten wir in einer großen Putz- und Aufräumaktion die Räumlichkeiten in einen für Mitteleuropäer akzeptablen Hygienezustand versetzen. Dabei fielen uns so einige „stille Lager“ aus früheren Spendenaktionen in die Hände.

In Kumasi fanden wir eine relativ gut organisierte und funktionierende Operationsabteilung vor, die durch unser Zutun allerdings noch einige Verbesserungen im Bezug auf Hygiene erfuhr. Diesbezüglich ist in der Zukunft auch ein weiteres Beratungsprogramm in Planung, das auf mehrere Jahre ausgerichtet ist.

Während unseres Aufenthaltes wurde insbesondere Dr. Anah in die operative Versorgung der Tumore stark eingebunden. Der in Tamale ansässige HNO Arzt Dr. James Murphy war uns während unseres Aufenthaltes und später auch im Rahmen der Nachsorge von großer Hilfe.

Von den ca. 80 Patienten, die uns vorgestellt wurden, konnten wir 52 an ins-



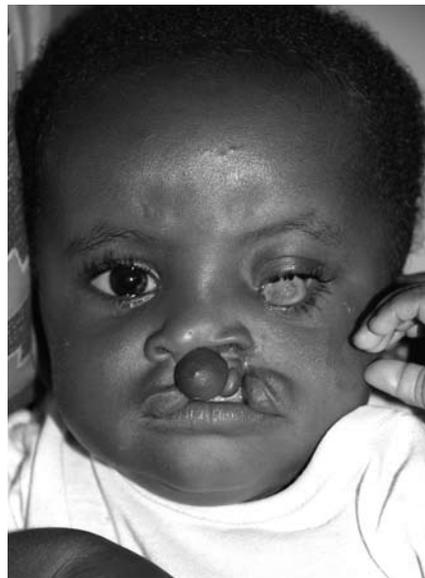
gesamt 9 OP-Tagen operieren.

Die LKG-Spalt-Patienten, die uns vorgestellt wurden, konnten alle operiert werden, soweit es von anästhesiologischer Seite keine Einwände gab. Die Tumoroperationen hatten zum Teil eine erhebliche Auslage und in 3 Fällen er-



folgte eine plastische Weichteilrekonstruktion mit gestielten Fernlappen. Erfreulicherweise zeigten sich keine nennenswerten Komplikationen. Dies ist sicher nicht zuletzt auf die sorgfältige Vorauswahl bei der Sichtung zurückzuführen und die stets auf Sicherheit ausgerichtete Arbeit unserer Anästhesisten.

Im Laufe unseres Aufenthaltes in Tamale und Kumasi wurde mehrfach der Wunsch nach Kontinuität der Einsätze eines Interplast-Teams geäußert. Aus diesem Grund sind in den nächsten Jahren weitere Einsätze geplant. Da bereits seit einiger Zeit Ärzte aus Ghana im Diakonie-Krankenhaus in Rotenburg/Wümme ausgebildet werden, scheint dieses Projekt einer viel versprechenden Zukunft entgegenzusehen.



Herzlichen Dank all denen, die unseren Einsatz tatkräftig unterstützt haben, insbesondere dem LIONS CLUB Rotenburg/Wümme, der mit seiner großzügigen finanziellen Unterstützung diesen Einsatz überhaupt erst möglich gemacht hat. Zu einer erheblichen Erleichterung unseres Budgets trug auch die Libysche Fluggesellschaft Afriqiyah Airways bei, die unser Gepäck durch Anhebung der Freigepäckgrenze praktisch zum Nulltarif beförderte.

Für die großzügigen Sachmittelspenden vieler Firmen möchten wir uns ganz besonders bedanken. Ein herzliches Dankeschön auch an die Wümme Apotheke für die großzügige Hilfe.

Team:

- Sr. Bärbel Ulbricht, OP-Schwester aus Rotenburg/Wümme
- Sr. Andrea Anästhesie-Schwester aus Rotenburg/Wümme
- Johanna Schippers, Dokumentation und Assistenz aus Rotenburg/Wümme
- Dr. Michael Paland, Anästhesist aus Rotenburg/Wümme
- Dr. Carsten Schreiber, Anästhesist aus Rotenburg/Wümme
- Dr. Jacob Siaw, Anästhesist aus Rotenburg/Wümme bzw. Kumasi
- Dr. Dr. Christian Schippers, MKG-Chirurg aus Rotenburg/Wümme
- Dr. Alexander Rudolph, MKG-Chirurg und Teamleiter aus München

Eingriffe an insgesamt 52 Patienten:

- LKG-Spalten 22
- Tumore 17
- NOMA 9 (Weichteil-Korrekturen, Lösung Ankylose etc.)
- Sonstiges 5

Alexander Rudolph, München



Sektion Schopfheim: Acha Tugi / Kamerun 2009

Der 13. Kamerun-Einsatz unserer Sektion führte ein sechsköpfiges Team in der Zeit vom 20. November bis zum 5. Dezember 2009 zum zweiten Mal in den Nordwesten Kameruns nach Acha Tugi

Wie ein roter Faden zogen sich während der Vorbereitung des Einsatzes lästige und bisweilen unnötige Diskussionen mit der Presbyterian Church of Cameroun (PCC). So wollte der inzwischen abgewählte Health-Secretary unbedingt einen Einsatz in unserem früheren Einsatzort Manyemen durchsetzen.

Rückfragen unsererseits bei der Mission 21 in Basel ergaben jedoch, dass 2009 keine vernünftige Durchführung eines Einsatzes im Südwesten des Landes möglich gewesen wäre. Denn das Hospital in Manyemen vegetierte ohne adäquate ärztliche Leitung vor sich hin. Erschwerend kam hinzu, dass unser bisheriger Kontaktarzt Dr. Ngoah Nesoah die PCC im Streit verlassen hatte, weshalb uns der direkte Ansprechpartner auf dem chirurgischen Gebiet fehlte.

Diesen Part übernahm der uns seit langem bekannte Anästhesist Kenneth Awah, der es fast im Alleingang schaffte, die Arbeit vor Ort für uns vorzubereiten.

Auch die Bürokratie im Vorfeld der Reise machte uns zu schaffen.

Die Botschaft von Kamerun zwang uns, unser Einladungsschreiben ein weiteres mal und mit Stempel der regionalen Polizeibehörde anfertigen zu lassen. Oder das Ausfüllen eines zweiten Visumantrages (keine Kopie), der unerhört teure Gebühren für die eigentlichen Visa folgten.

Doch gemäß unserem Motto „That's Africa“, ließen wir uns auch durch solche Dinge von unserem eigentlichen nicht Ziel abbringen.

Die Anreise erfolgte mit der Air France. Aus Kostengründen haben wir sie der Suisse vorgezogen. Ohne allerdings zu ahnen, dass wir und unser Gepäck bei den Franzosen noch arg zu leiden haben würden.

Nach einer Übernachtung in Douala, fuhren wir am Samstag zu unserem eigentlichen Einsatzziel Acha Tugi, im Nordwesten des Landes.

Acha Tugi liegt auf einer Höhe von rund 1800 Meter. Die von Christen, Muslimen und den ursprünglichen Bewohnern, den Ngororo, bevölkerte Landschaft wird auch die „Schweiz“ von Kamerun genannt. Die Temperaturen

sind nachts so kalt, dass lange Kleidung und Kaminfeuer notwendig sind. Tagsüber klettert das Thermometer dann auf 23 Grad. Die Regenzeit war im Norden des Landes glücklicherweise vorüber. Und wie wir erfuhren, wäre der Weg nach Manyemen während unseres Einsatzes fast unpassierbar gewesen.

Auf unser Bitten hin hatte Kenneth dafür gesorgt, dass wir am Sonntag nach dem Besuch der Kirche, unser Equipment auspacken und erste Patienten untersuchen konnten. So wurde bereits ein großer Teil der Vorarbeit geleistet, denn einen Tag später lag das halbe Team von heftigen Bauchkrämpfen gequält mehrere Tage im Bett.

Montags sichteten wir am Vormittag noch einen großen Teil der wartenden Patienten. Am Nachmittag standen zum Einarbeiten noch drei kleinere OP's an. Danach bleibt nur noch die Erinnerung an das Krankenlager, ehe es am Donnerstag weiterging.

Die Krankheit erwischte nur einen Teil unseres Teams. Die wurden von den Teammitgliedern, die davon verschont geblieben sind, mit ausreichend Medikamenten und Infusionen versorgt. So richtet sich unser spezieller Dank an Ernesto, Marita und Helmut, die während dieser Zeit auch noch eine Fortbildung





für das einheimische Personal durchführten.

Insgesamt sahen wir 76 Patienten, von denen 43 operiert wurden. Dabei führten wir 64 Eingriffe durch. Beeindruckend war wieder die Zahl der schweren Gesichtsverbrennungen. Insgesamt konnten dieses Jahr nur wenige Kinder operiert werden, da viele von Ihnen noch zu jung waren sowie an Unterernährung oder Bronchitis litten.

Auch Caecilia stellte sich wieder bei uns vor. Im vergangenen Jahr haben wir ihr die Lippen rekonstruiert und für eine vernünftige Mundöffnung gesorgt. Sie war fast nicht wieder zu erkennen.

Sahen wir beim letzten Einsatz noch eine verschüchterte junge Frau, die ihr Gesicht lieber versteckte und uns fast nicht in die Augen schauen konnte, so begegnete uns nun ein Wirbelwind mit strahlendem Blick und einem herzerfrischenden Strahlen im Gesicht. Caecilia sorgt inzwischen mit einem eigenen Marktstand für ihren Lebensunterhalt. So ist sie ein Musterbeispiel für den Sinn unseres Handelns.

Die Arbeit wird uns auch in den nächsten Jahren sicherlich nicht ausgehen. Nach unserer Rückkehr bekamen wir von der Mission 21 in Basel die Nachricht, dass ab Frühjahr 2010 wieder eine ärztliche Leitung aus Europa in Many-

emen etabliert wird. So werden wir wahrscheinlich in diesem Jahr wieder den Südwesten des Landes bereisen.

Herzlichen Dank dem Team:

Dr. Ernst Eichel, Lörrach
Dr. Britt Joester, Lörrach
Marita Steinebrunner, Todtnau
Wolfgang Bachbauer, Müllheim und
Helmut Sammer, Freiberg,
sowie Kenneth und Team, Acha Tugi.

Andreas Rudolph, Schopfheim



Interplast-Einsatz im Hôpital Protestant de Bangwa, Kamerun 20.-28. November 2009

Teilnehmer:

- Dr. Günter Zabel
- Dr. Peter Urbasek
- Marianne Zabel
- Marion Urbasek
- Gilles Hervé Nomegne (Vorstandsvorsitzender Connectica e.V.)

Das Hôpital Protestant de Bangwa im Westen Kameruns wurde 1931 gegründet. Es ist eines der wichtigsten und größten medizinischen Einrichtungen zur Gesundheitsversorgung der Region. Geleitet wird das Krankenhaus durch den Chefarzt und Direktor Dr. Jean Claude Henang. Dr. Henang ist sehr bemüht, trotz der schlechten Zustände des Krankenhauses eine Versorgung der Bevölkerung mit Gesundheitsdiensten zu erhalten. Zudem bemühen sich sowohl Dr. Henang wie auch das gesamte Krankenhauspersonal um eine stetige medizinische Weiterbildung.

Der Vorstandsvorsitzende des Berliner Vereins Connectica e.V., der selbst im Hôpital de Bangwa geboren wurde und mit seinem Verein das Krankenhaus unterstützt, kontaktierte 2009 das Interplast Team und bat im Namen des Krankenhauses um einen ersten Einsatz von Interplast Germany e.V. in Bangwa.

Nach einigen Vorbereitungen war es im November 2009 endlich soweit und Interplast Germany e.V. und Connectica e.V. reisten für einen ersten Einsatz nach Bangwa, Kamerun.



Am Freitag, den 20. November trafen sich die Mitglieder von Interplast e.V. und Gilles Hervé Nomegne von Connectica e.V. in Paris. Mit dabei war ein weiteres Interplast Team, welches sich auf den Weg zu seinem Einsatz im kamerunischen Acha Tugi befand. Von Paris aus ging es zusammen nach Douala, Kamerun, wo das Team bei seiner Ankunft um 19:30 h bereits freudig von Dr. Henang, dem Chefarzt und Direktor des Hôpital de Bangwa, erwartet wurde. Nach einer Übernachtung im Seamen's Mission – Foyer de Marin in Douala Akwa ging es am nächsten Morgen mit dem Auto weiter nach Bangwa. Angekom-

men in Bangwa wurde das Team von den Mitarbeitern des Krankenhauses sowie bereits anwesenden Patienten herzlich begrüßt und in Empfang genommen. Nach einer Besichtigung der Unterkunft, die extra für das Interplast Team neu gebaut wurde, ging es direkt ins Krankenhaus, um sich einen Eindruck vom Operationssaal und dem Labor zu machen. Da bereits viele Patienten auf das Interplast Team warteten, wurden einige von ihnen bereits noch am Abend untersucht.

Am Sonntag, den 22. November,





besuchten Marion Urbasek und Gilles Hervé Nomegne den Kindergottesdienst in der örtlichen Kirche, sangen und tanzten zusammen mit den Kindern. Im weiteren Tagesverlauf machte das Team zusammen mit Dr. Henang einen ausführlichen Rundgang durchs Krankenhaus und seiner 16 Gebäude. Zudem wurden weitere Patienten untersucht. Am Montagmorgen begannen die ersten Operationen. Bis Freitag wurden über 250 Erwachsene und Kinder aus unterschiedlichen Teilen des Landes untersucht. Die untersuchten Patienten stammten nicht nur aus der Region Bangwa und Umgebung, sie kamen aus Nkongsamba, Banga, Penja, Loum und sogar aus Douala und Yaoundé, der Landeshauptstadt. Während des Einsatzes konnten 47 Patienten operiert werden. Bei den Erkrankungen handelte es sich insbesondere um Lipome (Fettgeschwulste), Keloiden (wulstartige Wucherungen), verwachsenen Verbrennungsnarben sowie der Korrektur von Unfallverletzungen. Viele Patienten, die unter weit fortgeschrittenen Keloiden litten sowie

schwere Tumorerkrankungen konnten leider nicht operiert werden. Aufgrund der Vielzahl von Patienten versprach das Team nächstes Jahr auf jeden Fall wieder zu kommen. Für 2010 ist dann ein zweiwöchiger Einsatz geplant, bei dem auch ein Spezialist für Lippen-Kiefer-Gaumenspalten (Fentes labiales et des fentes palatines autrefois nommées bec de lièvre) dabei sein soll. Zwischen den zahlreichen Untersuchungen und Operationen besuchte das Team am Donnerstag die nahegelegene Stadt Banganté, wo sie neben einem Stadtrundgang auch herzlich vom König von Bachingou empfangen wurden. Bevor das Interplast Team seinen erfolgreichen Einsatz beendete, führte es am Samstagvormittag vor seiner Abreise nach Douala noch letzte Verbandswechsel durch. Am Samstagabend traten sie schließlich die Heimreise nach Deutschland an, jedoch mit dem Versprechen nächstes Jahr wieder zu kommen. Neben dem Einsatz der Ärzte des Interplast Teams, wird das Hôpital de Bangwa auch von der belgischen

Ärzteorganisation „Medecins sans Vacances“ unterstützt, die Operationen in afrikanischen Krankenhäusern in den Bereichen Gynäkologie und Orthopädie durchführen. Die Einsätze erfolgen, wie auch bei Interplast Germany e.V., unentgeltlich und während der privaten Urlaubszeit der Ärzte. Vor Ort traf das Team auch auf zwei deutsche Physiotherapeuten aus Berlin, die für die nächsten 3 Jahre, voraussichtlich auch länger, im Hôpital de Bangwa arbeiten und die Patienten physiotherapeutisch behandeln werden. Das Interplast Team und Connectica e.V. freuten sich über die vielen Patienten, denen mit einer Operation geholfen werden konnte, und über die große Gastfreundlichkeit, Hilfsbereitschaft und tatkräftige Unterstützung der Ärzte und Mitarbeiter des Krankenhauses. Dr. Henang, das Krankenhauspersonal und die zahlreichen Patienten waren dankbar für die großartige Arbeit der Interplast Ärzte und freuen sich auf einen weiteren Einsatz 2010.

Günter Zabel, Schopfheim



Interplast-Einsatz Uganda Oktober 2009

- Dr. Charles Viva, Plastischer Chirurg, Cleveland U.K.
- Dr. Hans-Peter Frey, Plastischer Chirurg, Frankfurt
- Dr. Thomas Biesgen, Plastischer Chirurg, München
- Dr. Ghalib Mukadam, Anästhesist, London U.K.
- Dr. Eva Haslach, Anästhesistin, München
- Dr. Karen Neoh, Trainee, U.K.
- Majorie Wheatey, Teamkoordination, U.K.
- Christine Brewer, OP-Schwester, U.K.
- Carol Glasper, OP-Schwester, U.K.
- Louise Saunders, OP-Schwester, U.K.
- Tanya Saunders OP-Schwester, U.K.
- Rachel Burnett, OP-Schwester, U.K.
- Vival Parika, Pharmazeut, London U.K.
- Aysha Majid, Journalistin, BBC London U.K.
- David Faye, Journalist und Kameramann, BBC London U.K.

Unser Einsatz führte uns in das über 300 km nördlich der Hauptstadt Kampala gelegene Kumi/Uganda. Kumi-Stadt liegt auf einer fruchtbaren Hochebene nahe der kenianischen Grenze und hat ca 10 000 Einwohner. Kleine Rundhütensiedlungen und extensive Landwirtschaft – vorwiegend für den Eigenbedarf – prägenden Landschaftscharakter. Das Einzugsgebiet um Kumi-Stadt ist



sehr groß, sodass die Patienten oft aus einem bis zu 50 km großen Umkreis das dortige Krankenhaus aufsuchen. Die Infrastruktur ist insgesamt sehr schlecht und die wenigen öffentlichen Verkehrsmittel sind für einen Großteil der Bevölkerung zu teuer. Die meisten unserer Patienten nahmen also einen oft tagelangen Fussmarsch in Kauf, um uns im Kumi-Hospital aufzusuchen.

Unser Team, das von Dr. Charles Viva zusammengestellt worden war und größtenteils aus britischen Teilnehmern

bestand, traf sich in Amsterdam, von wo aus wir direkt nach Entebbe/Uganda flogen. Nach Übernachtung und einer sich anschließenden 7-stündigen Busfahrt erreichten wir das Ziel unserer Interplast-Mission. Noch am selben Tag begannen wir nach einem sehr herzlichen Empfang durch das Klinikpersonal mit der Sichtung der vorhandenen Ausstattung und der Voruntersuchung der Patienten.

Uns wurde ein OP-Saal mit zwei Tischen zur Verfügung gestellt, so dass es uns





möglich war, eine große Zahl von Patienten zu operieren. An den folgenden 8 OP-Tagen mit bis zu 14 Stunden Arbeitszeit führten wir insgesamt fast 80 Operationen durch. Hauptschwerpunkte waren Lippen-Kiefer-Gaumen-Spalten (29) und Verbrennungskontrakturen v.a. an Händen und Füßen (39) sowie Tumorrekonstruktionen im Kopf-Hals-Bereich. Unser jüngster Patient war 3 Monate alt, die älteste Patientin 70 Jahre.

Während des gesamten Aufenthaltes wurde uns eine überwältigende Gastfreundschaft, Herzlichkeit und grenzenlose Dankbarkeit zuteil. Dafür nahmen wir die im Vergleich zur gewohnten High-Tech-Medizin sehr einfachen Arbeitsbedingungen gerne in Kauf, wenngleich sie uns täglich neu herausforderten. Insgesamt wurde uns eine gehörige Portion Gelassenheit, Flexibilität und v.a. Improvisationstalent abverlangt.

Um Land und Leute kennenzulernen, unternahmen wir an den beiden OP-freien Sonntagen eine Tour zu über 10

000 Jahre alten Höhlenmalereien sowie in die Gebirgskette zur Grenze Kenias mit Panoramablick auf Wasserfälle und atemberaubende Landschaften.

Nach 2 Wochen die wie im Flug vergangen waren, verließen wir Uganda in Vorfreude auf fließendes warmes Wasser aber auch in dem Bewusstsein, sich von neu gewonnenen Freunden trennen zu müssen.

Tief beeindruckt hat mich persönlich die offene, herzliche Freundlichkeit der Menschen, die uns trotz der offensichtlichen materiellen Armut von allen Seiten begegnete. Die Zusammenarbeit mit den einheimischen Ärzten und Pflegekräften war geprägt von gegenseitigem Respekt und wir führten uns ins dortige Team herzlich integriert.

Mein besonderer Dank gilt allen, die diesen Einsatz erst möglich gemacht haben: allen voran meinem Mentor Dr. Charles Viva für die Organisation, seine grenzenlose Geduld und die Vermittlung von operativen Techniken;



des weiteren Interplast-Germany und Interplast-U.K. für die finanzielle Unterstützung.

Thomas Biesgen, München



Das Krankenhaus in Puma / Tanzania – ein Langzeitprojekt der Sektion Siebengebirge

Auch nach dem Tod von Schwester Maria haben uns die vielfältigen Kontakte mit den Müttern und Missionaren vom Heiligen Kreuz in Puma gezeigt, dass die segensreiche Arbeit in gleicher Weise wie zuvor fortgesetzt worden ist. So hat die Sektion Siebengebirge hat im diJahr 2009 drei Einsätze im Krankenhaus in Puma absolviert:

1. vom 13.02.-02.03.2009

(111 Operationen)

2. vom 19.06.-06.06.2009

(89 Operationen)

3. vom 16.10.-02.11.2009

(151 Operationen).

Beim ersten und beim dritten Einsatz waren jeweils 13 Mitglieder im Team, bei dem Einsatz im Juni war nur ein kleines Team mit sechs Personen vor Ort. Bei allen drei Einsätzen wurde jeweils in mindestens zwei OP-Sälen operiert, bei dem letzten Einsatz wurde sogar mehrere Tage lang parallel in der Außenstation Dareda operiert, Maria Lempa hat dort zuletzt weitere 20 Operationen, zumeist Strumen, operiert.

Neu war die Aufnahme der Arbeit unseres Augenarztes Klaus Schiller zu Beginn des Jahres. Damit ist ein Herzenswunsch von Schwester Maria in Erfüllung gegangen, die für die Arbeit des Augenarztes in Puma sogar ein eigenes Haus errichtet hat.

Dr. Schiller ist ehemaliger Chefarzt einer Augenklinik in Sachsen und hatte



nach seiner Pensionierung vor einigen Jahren zahlreiche Auslandseinsätze, zumeist in Afrika, geleistet. Wir sind froh und stolz, ihn für Puma gewonnen zu haben. Einen großen Teil seiner Ausrüstung hat er sich selber zusammengebetzelt, wir von der Sektion konnten ihm bei den Ausgaben für fehlende Dinge finanziell behilflich sein. Klaus Schiller hat sich inzwischen insoweit verselbstständigt, als er nicht mehr mit einem Interplast-Team zusammen ausreist, sondern separate zeitliche Einsätze macht. Dadurch können ihm die Angehörigen der Missionsstation intensiver und effektiver helfen. Auch er hat inzwischen seinen dritten Puma-Einsatz hinter sich und ist auch im nächsten Jahr wieder dabei.

Zweimal im in diesem Jahr fuhr auch eine Gynäkologin mit, im Februar war es Brigitte Weber, im Oktober Anita Gharibian. Es hat sich zunehmend herumgesprochen, dass den Interplast-Teams auch eine Gynäkologin angehört, von deren Beratungstätigkeit und operativer Tätigkeit wurde bei diesen Einsätzen soviel Gebrauch gemacht, dass ihr Tages-programm von früh bis spät intensiv voll gestopft war. Erneut ergaben sich die Probleme nach der weiblichen Beschneidung und deren Sekundärfolgen, weiterhin Infertilität, Blutungs-probleme und Malignome.

Auch können wir nicht mehr nach Puma

reisen, ohne einen Allgemein-Chirurgen mitzunehmen. Die Anzahl an Patienten mit Strumen (Kropf), die uns in Puma und Dareda jedes Mal vorgestellt wurden, lässt gar keine andere Wahl zu.

Jedes Mal dabei war natürlich auch unser Zahnarzt, Jürgen Meyer-Oswald, der froh ist, dass er jetzt seine technische Ausstattung soweit vor Ort installiert hat, dass er arbeiten kann wie in seiner Praxis zu Hause. Er wurde heftig unterstützt vom Lions-Club Pulheim sowie vom Puma-Kreis Bad Honnef und zahlreichen weiteren Einzelspendern.. Ein Honnefer Zahnarzt hatte ihm eine komplette Behandlungseinheit geschenkt.

Als wichtig und sehr fruchtbar hat sich die Mitnahme des Elektromeisters Thomas Jäger erwiesen. Nach technischer Beratung durch Hein Stahl konnte im Februar ein Notstrom-aggregat von ihm installiert werden, welches uns im weiteren Verlauf viele OP-Tage gerettet hat. In der Trockenzeit wird in Puma nämlich regelmäßig der Strom für ganze Tage abgestellt, diese sind dann durch den neuen Generator zu überbrücken. Des Weiteren war Thomas Jäger für unzählige Reparaturen und Erneuerungsarbeiten rund um den OP im Einsatz, so dass sein Tagesprogramm genauso vollgestopft war wie das der Chirurgen, Gynäkologen und Anästhesisten.





Sein neuestes Projekt ist die Installation einer Solaranlage in den Außenstationen Khinahara und Gehandu. In Khinahara entsteht derzeit eine Abfüllanlage für Wasserflaschen. Nachdem sich herausgestellt hat, dass das dort erbohrte und aus 95 Meter Tiefe geförderte Wasser die Qualität von Heilwasser besitzt, ist der Gedanke gereift, dieses auch auf den Markt zu bringen. Es ergibt sich damit eine Perspektive für die Zukunft, auf deren Basis die Weiterarbeit der Mission mit ihrem Krankenhaus auf eigene Füße gestellt werden kann und von europäischen Spenden unabhängiger wird. Die Finanzierung dieser Solaranlagen ist inzwischen gesichert und wird eine Aufgabe für das kommende Jahr sein, so dass Thomas Jäger sicherlich noch mehrmals nach Puma reisen muss.

Hervorzuheben ist auch die unermüdliche Logistikerarbeit meines Freundes Marcus Strotkötter, ohne dessen Connections und Hartnäckigkeit viele Dinge nicht zum Einsatz hätten kommen können.

Immer wieder erreichen uns hochwertige Materialspenden, so konnten zwei voll intakte Ultraschallgeräte, eines aus dem Chiemgau und das andere aus der Schweiz nach Puma gebracht werden, des Weiteren sind zwei Narkosegeräte aus einer Dresdner Klinik auf dem Weg, aus dem Bad Honnefer Krankenhaus

kam eine OP-Lampe und aus unserer Praxis eine Entwicklungsmaschine für die künftige Röntgenanlage in Dareda. Überhaupt Sachsen... wir werden langsam unsere Sektion umbenennen müssen in „Siebengebirge-Sachsen“, denn wir bekommen inzwischen so viel Zufluss an Mann(Frau) und Material, dass es immer wieder eine helle Freude ist. Mit Manfred Bednarzik fing es an – er ist zur Zeit wieder in der Südsee – und dann ging es weiter mit seiner Familie, mit Ralf Rautenbach, mit Gunther Seifried, Christoph Reime, Sabine Wetter und zuletzt Thomas Schob. So konnten wir auch unsere Nachfeier zu Pfingsten in Manfreds Haus nach Sachsen verlegen.

Ein neuer Aspekt hat sich ergeben durch die Unterstützung von angehenden Clinical Officers, deren Studiengebühren übernommen werden und dazu beitragen, auch die ärztliche Mannschaft in Puma dauerhaft zu stärken. Hier hat sich der Lions-Club Siebengebirge, wie auch schon in der Vergangenheit, engagiert.

Eine neue Unterstützung haben wir erfahren mit dem Lions-Club aus Pulheim (meine Heimatstadt und Jürgens langjährige Heimat). Die Lions-Freunde haben sich liebenswerterweise an der Finanzierung der elektrischen Anlagen, der Ausrüstung des Augenarztes und des Zahnarztes beteiligt und auch ihre



weitere Unterstützung signalisiert. Erneut erhielten wir eine großzügige Spende der R&U-Kurtscheid-Stiftung – ganz lieben Dank an Werner Wagner und seine Schwester – und eine fast ebenso große Summe von der Interplast-Stiftung – Merci Andre! Letztere sicherte die Finanzierung des Notstromaggregates.

Neu war auch die Berücksichtigung unseres Spendenkontos durch die Justiz, im Laufe des Jahres konnte eine ganze Reihe von Einnahmen aus Bußgeldauflagen verzeichnet werden; über diese Entwicklung freuen wir uns natürlich auch sehr.

So bleibt es am Ende des Jahres eine willkommene Aufgabe, allen zu danken, welche in Gedanken, Worten und Werken zur Interplast-Idee und welche insbesondere zur weiteren fruchtbaren Arbeit unseres Krankenhauses in Puma beigetragen haben. Dazu gehören zunächst mal alle, die ihre Freizeit und den Urlaub geopfert haben. Dann auch die vielen kleinen und großen Helfer, die uns immer wieder zugearbeitet haben, die Materialspenden erbettelt haben, unsere Damen in der Praxis, in der kaum ein Tag ohne Puma-Aktivität vergeht – und zuletzt natürlich meine Familie, die entweder auf meine ungeteilte Zuwendung verzichten musste oder ebenfalls Mehrarbeit leisten musste (wenn ich jemanden vergessen habe, sei er jetzt und hier erwähnt).

Ich wünsche Euch und Ihnen allen ein gesegnetes und harmonisches Weihnachtsfest sowie einen guten Übergang in ein hoffentlich gesundes und friedliches Jahr 2010.

Michael Schidelko



Gynäkologie und Interplast

Gerne möchte ich als Gynäkologin heute einmal genauer beschreiben, wie sich eine Brücke zwischen Interplast und der Gynäkologie entwickelt hat. Liest man doch auf der Interplast- Info Seite „Interplast ist ein gemeinnütziger Verein für kostenlose plastische Chirurgie in Entwicklungsländern“ oder „bei Interplast Operations-Teams handelt es sich um erfahrene Plastische Chirurgen, Anästhesisten und OP- Schwestern...“

Ohne Zweifel war es der gute Draht eines erfahrenen „Interplastler“ (wie man dies in der Schweiz nennen würde), Dr. Michael Schidelko aus Bad Honnef, der seit Jahren in Puma/ Tanzania ein Missionsspital regelmässig mit einem OP Team versorgt. Und es war sicherlich zunächst ein Anliegen der inzwischen verstorbenen Schwester Maria Stieren, die Dr. Schidelko bat, ob er für die gynäkologischen Belange nicht auch eine Frauenärztin mitbringen könne.

Als Pilot Projekt kam ich bereits im Jahre 2007 für einen 2- wöchigen Einsatz mit. Mit der Idee als Springer im OP, als Assistenz bei den Chirurgen oder als Mädchen für alles auszuhalten, falls keine gynäkologischen Patientinnen da sind, hatte ich mich prompt geirrt. Auch wenn wir zunächst erst mal ein kleines provisorisches Gyni- Ambulatorium aufbauen mussten, ein umgebauter OP Tisch mit vorangestellter Holzkiste diente hervorragend als Gyni- Stuhl. Preisky- Haken aus dem OP-Instrumentarium lassen sich auch prima als Untersuchungsinstrument verwenden. Es lässt sich so herrlich improvisieren, ohne Fähigkeitsausweis, Qualitäts-DIN-Vorgaben, und ob die Wandfarbe auch den Hygiene- Vorschriften entspricht.

Inzwischen waren eine Oberärztin aus unserem Spital, Frau Dr. Brigitte Weber und ich zu unserem dritten Einsatz dabei, inzwischen mit einem ausrangierten Ultraschall- Gerät. Entsprechend dies hier in der Schweiz auch nicht mehr den Vorgaben, einen adäquaten Missbildungsausschluss in der Pränatal- Diagnostik zu genügen, war es doch ein

hervorragendes bildgebendes Verfahren, um unsere Diagnostik zu verbessern.

Und die Unterschiede in der Diagnostik sind gewaltig. Das Thema Vorsorge, ob die Gebärmutter Schleimhaut in den Wechseljahren 4mm erreicht oder nicht, sind in Tanzania kein Thema. Aber der schmerzzerzeugende Unterbauchtumor, der bis fast an den Brustkorb reicht, oder eine 29. jährige, die gegen aller Statistik einen Eierstockkrebs im fortgeschrittenen Stadium bietet. Auch wenn die Schmerzen erst vor 4 Wochen aufgetreten sind.

Schon die Anamnesen differenzieren sich derart zu unserem mitteleuropäischen Kollektiv „ Schmerzen seit 5 Jahren, 7 Jahren 10 Jahren. Man fragt sich eher, wie die Frauen es ausgehalten. Noch erschreckender sind die geburtshilflichen Anamnesen: Die Anzahl Schwangerschaften und die Anzahl der Geburten werden dort durch die Angabe der noch lebenden Kinder vervollständigt. Es gibt praktisch keine Familie, die nicht einen oder mehrere Kindstote erleben mussten.

Gibt es bei uns eine riesige Impfkampagne bei 12- 20 jährige gegen Gebärmutter-Hals-Krebs; so erfährt man in Tanzania worin der Sinn liegt. Durch die Mehr-Frauen- Ehen wird der HPV-Virus rasch verbreitet. Dieser kann zu Gebärmutterhals-Krebs führen, alleine in diesen 2 Wochen sahen wir acht Frauen, die sich mit massiven Blutungen vorstellten. Zwei davon haben wir operiert, da der Tumor gerade noch abgrenzbar war, und sie Mütter von vier und sieben Kindern waren. Aber diese Grössenordnung an Operationen bringen uns dann auch an die Grenzen, eine adäquate Anschlusstherapie für diese Krebserkrankungen können wir nicht anbieten. In Daresalaam , 800 km Buckelpiste entfernt, somit 3-4 Tages-Autofahrt, gibt es eine private Krebsklinik. Ein Bestrahlungszyklus kommt auf 1500 US- Dollar. Soviel Geld bekommt in der Maasai-Steppe ein ganzes Dorf in einer Generation nicht durch die Hän-



de. Hier erfährt man, warum die durchschnittliche Lebenserwartung im viertärmsten Land Afrikas kaum 50 Jahre erreicht. Viel erfolgreicher konnten wir allerdings durch kleinere Eingriffe die hässlichen Vernarbungen und Verwachsungen von den unzähligen Beschneidungen bzw. Genitalverstümmelungen korrigieren. Beschneidungen sind eigentlich eine verharmlosende Ausdrucksform. Sicherlich sind 70% der Frauen beschnitten, auch wenn es die Regierung offiziell seit 1998 verboten hat. Umso erstaunlicher , wie häufig diese Beschneidungen wiederum gut verheilt sind. Allerdings sieht man auch Narbenplatten, die nach sog. pharaonischer Beschneidungen, an der Vagina einen 1 cm Spalt offen haben, sodass Regelblut und Urin ablaufen können.

Insgesamt konnten wir über 120 Patientinnen in unserem Ambulatorium betreuen, davon ca 30 operieren. Und etliche wiederum, die uns in einem halben Jahr wieder erwarten, denen wir zu diesem Einsatz keine Op mehr anbieten konnten.

Anita Gharibian Kantonsspital Obwalden, Schweiz



Augenärztlichen Einsatz in Puma/Tanzania mit INTERPLAST vom 13.02 bis 27.02.2009

Das Interplastteam „Siebengebirge“ fliegt 3mal jährlich in das katholische Krankenhaus der Schwestern vom Heiligen Kreuz in Puma in der Nähe von Singida in Tanzania um dort zu operieren. Dieser katholische Orden ist von einer deutschen Schwester Maria gegründet worden und betreibt mittlerweile Ländereien, Hospitäler und 2 Missionsstationen. Die Gründerin ist 2008 verstorben, der Orden wird von einheimischen Schwestern weitergeführt. Diese Schwestern wollten einen Augenarzt in das Hospital haben, weil es sehr viel Augenkranke gibt.

Im Hospital bestehen 2 von Interplast gut eingerichtet Operationssäle, alles ist sauber und ordentlich. Sterilisatoren und reichlich Operationszubehör sind vorhanden. Auch die Patientensäle machen einen gut gepflegten Eindruck. Im Hospital arbeiten 2 Clinical Officer, keine Ärzte. Es sind Schwestern und anderes Personal vorhanden, die Instrumente säubern und sterilisieren können und mit den Grundregeln der Sterilität vertraut sind, von Augenheilkunde allerdings nichts verstehen.

Interplast hatte für mich die Reparatur einer Spaltlampe, eines Keratometers mit Hubtischen, einen gebrauchten Brillenkastens sowie einen Scheitelbrechtmesser bezahlt und den Transport mit einer Bundeswehrmaschine organisiert.

Ich erhielt einen ordentlich Raum zugewiesen, hatte gute Arbeitsbedingungen, konnte Untersuchungen und Brillenbestimmungen durchführen. Leider waren nicht sehr viele Patienten für mich erschienen, während die Chirurgen sehr viel zu tun hatten und täglich von früh bis teilweise sehr spät abends operierten. Für das Kommen der Chirurgen waren schon im Januar Aushänge verteilt worden, das Mitkommen eines Augenarztes war erst kurzfristig nur handschriftlich unter den Aushang notiert. Es war also nicht ausreichend bekannt, dass ein Augenarzt anwesend ist. Alle einheimischen Verantwortlichen vor allem die Officer auch in der Missionsstation Ndareda 100 km entfernt haben mir bestätigt, dass es sehr Patienten mit Katarakt geben würde. Ich habe eine Liste angelegt mit Katarakt Patienten und hatte schon nach 3 Tagen 20 Fälle zusammen.

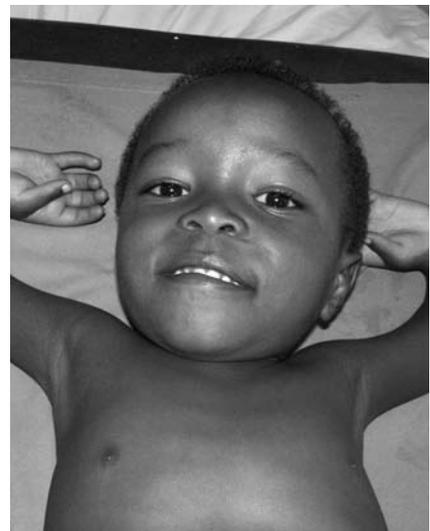
Im Distrikt Krankenhaus Singida 35 km entfernt existiert ein Augenklinik, die ich leider trotz mehrfacher Versuche nicht besuchen konnte. Ich habe einen dort operierten Patienten gesehen mit einer Pseudophakie mit Hinterkammerlinse (35.000 TS). Vom Chefarzt des ganzen Distrikt Krankenhauses wurde mir versichert, dass die Augenklinik nicht genügend Kapazität hätte, um ausreichend die Bevölkerung zu versorgen und schlecht ausgerüstet sei.

Aus diesem Grund denke ich, dass es sinnvoll ist, ein Operationsmikroskop anzuschaffen, um in Puma Katarakte operieren zu können. Dabei hoffe ich auf die Unterstützung des DKVB. Meine Vorstellung ist, dass vielleicht 3 bis 4 mal jährlich ein Team zum Operieren nach Puma fliegt unabhängig von Interplast.

Wir sind außerordentlich freundlich begrüßt und aufgenommen worden. Die Unterbringung war gut, das Essen ausgezeichnet. Ich habe bei meinem vielen Auslandseinsätzen noch nie so gut gegessen wie in Puma. Jeder Wunsch wurde uns quasi von den Lippen abgelesen. Puma liegt in einem an sich trockenen Hochland 1700 m hoch in einer Buschlandschaft. Trotz der Lage gibt es viel Malariakranke. Das Kloster hat eine ergiebige Wasserquelle gefunden und dank künstlicher Bewässerung gute landwirtschaftliche Erträge. Einige von den schwarzen Schwestern sprechen gut deutsch, da sie einige Zeit in Deutschland gearbeitet haben. Für unsere Betreuung war ein italienischer sehr gut deutsch sprechender Pater zuständig.

Ich habe versprochen wiederzukommen und Katarakte zu operieren, wenn ich ein bezahlbares Operationsmikroskop auftreiben kann.

Klaus Schiller, Augenarzt aus Glauchau



Einsatz Tosamaganga / Iringa / Tanzania 26. 09 – 11. 10. 2009

Das Team:

- Bergermann, Michael MKG-Chirurg
- Blaser, Monika An.-Schwester
- Blaser, Horst, Organisation
- Köberle, Carolin, cand. med.
- Schneck, Hajo, Anästhesist
- Schneller, Bernd, Anästhesist
- Tewes, Gabriel, Kinderchirurg
- Tilkorn, Daniel, Plast.-Chirurg
- Tilkorn, Hubertus, Plast.-Chirurg
- Tilkorn, Marlene, Allg. Med.
- Tröster, Tina, Op.-Schwester

Nach einem langen Flug und der kurzen Übernachtung in Dar es Salaam ist die 12 stündige Busreise durch die schöne afrikanische Landschaft mit dem Mikumi-National Park und der Begegnung mit Elefanten, Zebras, Giraffen und vielen Impalas und durch das Baobab-Tal eine gute Einstimmung in die Arbeit in Tosamaganga. Die Ankunft bedeutete für viele des Teams ein wenig nach Hause kommen bei diesem dritten Einsatz dort: die herzliche Begrüßung durch Dr. Sabina Mangi im Hospital, durch Signora Betti und Signora Teresa im italienischen Gästehaus, unserer Unterkunft. Der Bischof empfing uns am ersten Abend mit einem gemeinsamen Abendessen und Gesängen und Tänzen von 50 Waisenkinder im Alter von 4 bis 6 Jahren. Am nächsten Morgen wurden wir auf der frisch renovierten Station neben dem Op. begrüßt und dem einheimischen Personal vorgestellt. Wir durften mit unseren Patienten diese Station belegen, was uns lange Wege ersparte. Die hellen, sauberen Räume waren eine wahre Freude. 10 Patienten konnten schon Betten mit Matratzen belegen, die übrigen mußten sich mit Matratzen oder Matten auf dem Steinfußboden begnügen. Es warteten bereits an die 100 Patienten, von denen einige eine weite Anreise gemacht hatten, aus Arusha, Mbeya, Dar es Salaam und Zanzibar. Bei den Patienten handelte es sich überwiegend um Kinder mit frischen Verbrennungen und starken Verbrennungskontrakturen. Eine Mutter – Mama Jackson aus Arusha - kam mit ihrem 2-jährigen Sohn bei dem diesmal, nach erfolgreicher Op. im



Vorjahr, die 2. Hand wegen schwerer Verbrennungskontrakturen korrigiert werden sollte. Sie brachte 6 Mütter mit ihren Kindern mit, die ein ähnliches Schicksal hatten. Sie warteten bereits geduldig seit einer Woche, da sie den Termin nicht genau kannten.

Alle Kinder mit Lippen-Kiefer-Gaumenspalten konnten erfolgreich operiert werden, weil bis in die Nacht gearbeitet wurde. Wir brachten es nicht fertig, Eltern und Kinder, die 500 km angereist waren, aufs nächste Jahr zu vertrösten. Lediglich drei 1-3 Wochen alte Säuglinge, die zudem keine 3 kg wogen, haben wir aufs nächste Jahr vertröstet. Auch in diesem Jahr standen HIV-assoziierte große Tumoren im Genitalbereich und ein ausgedehntes Angiosarcom der Zunge auf dem Op.Plan. Die AIDS-Patienten, die in Tanzania häufig wie Aussätzige aus der Gesellschaft ausgeschlossen werden, bekamen zudem eine antiretrovirale Therapie. Sie haben somit jetzt eine gute Chance.

Auch in diesem Jahr wurden die Chirurgen und Anästhesisten nachts gefragt, ob sie ein 5-monate altes Kind mit akutem Abdomen operieren könnten. – Wegen des schlechten Allge-

meinzustandes des Kindes, war die Narkose sehr schwierig aber letztlich erfolgreich. Die Ursache des akuten Abdomens war eine incarcerierte Hernie. Am ersten postoperativen Tag war der Zustand des Kindes unauffällig, es wurde gestillt. Am Morgen des 2. Tages fanden wir bei der Visite das leere Bett. Man berichtete uns, das Kind sei nachts plötzlich verstorben und die Eltern hätten das Krankenhaus daraufhin sofort verlassen. Wir hatten also keine Möglichkeit mehr, die Todesursache genauer abzuklären.

Vor diesem Einsatz beschlossen wir, keine Keloide zu operieren, da die Möglichkeit einer Nachbehandlung z.B. mit Triamcinolon selten gegeben und daher die Rezidivgefahr sehr groß ist. Eine junge Frau, die sich 14 Tage nach der Entbindung mit ihrem Neugeborenen auf die 300 km lange beschwerliche Reise gemacht hatte und dafür ihr gesamtes Geld ausgegeben hatte, um von ihren tennisballgroßen Keloiden an den Ohr läppchen befreit zu werden, überzeugte uns dann doch, ihr zu helfen.

In diesen 10 1/2 Tagen wurden 99 Patienten operiert (insgesamt 112



Operationen). Bis auf den vorher beschriebenen Todesfall konnten alle Patienten ohne Komplikationen aus unserer Behandlung entlassen werden. Carolin, die Medizinstudentin im Team war so hilfsbereit, weitere 14 Tage zu bleiben und die aufwendigen Verbände bei den Verbrennungspatienten zu machen. Dem gesamten Team noch einmal herzlichen Dank für den sehr intensiven, arbeitsreichen Einsatz, auch Ruben Cohen, der wieder auf eigene Kosten aus New York anreiste, um eine Woche lang zu helfen, sowie den tanzanischen Schwestern und Pflegern, Sr. Remigia, unser Profi in der Anästhesie und im Op. Bwana Lucas und Sr. Anastasia, die alle unermüdlich und kontinuierlich mitarbeiteten, auch wenn wir 12 und mehr Stunden im Op. waren. Unser Dank dem EBERSBERGER FÖRDERVEREIN, der sehr großzügig die teuren Anästhesie-Medikamente

finanzierte und ganz besonders auch der SWISS und LUFTHANSA, die allen Teammitgliedern je 10 kg Übergepäck genehmigten.

Der Einsatz im Oktober des kommenden Jahres ist bereits fest eingeplant, da viele Kinder mit Verbrennungskontrakturen auf weitere Behandlung warten.

Auf Grund der sehr gründlichen und guten Vorbereitung durch Monika und Horst Blaser sowie dem großen persönlichen Engagement der Chefärztin Sr. Sabina Mangi und des Bischofs ist eine langfristige Kooperation von beiden Seiten erwünscht und geplant.

Hubertus Tilkorn, Münster



Namibia wünscht Fortführung des Kooperationsvertrages - Einsatz Oshakati 2009

Seit 2005 ist Namibia mittlerweile regelmäßig Einsatzland für ein bis zwei Teams pro Jahr.

Während des Einsatzes 2006 konnte ich mit dem Namibischen Gesundheitsministerium einen Vertrag für eine Kooperation für ein Zeitraum von 5 Jahren aushandeln. Nach Ratifizierung durch unseren Präsidenten Dr. André Borsche erfolgten ab 2007 jetzt jedes Jahr 2 Einsätze. Entsprechend des Vertrages war im Frühjahr Windhoek mit dem Central State Hospital Ziel. Dieser Einsatz wurde durch Dr. Martin Schwarz geleitet. Im Herbst 2009 bin ich dann selber mit meinem Team wieder an der Angolanischen Grenze in Oshakati im Interstate Hospital tätig gewesen. Diese Hospital mit seinen ca. 1200 Betten wird seit 2006 schrittweise renoviert, die neuen Bettenstationen stehen kurz vor der Fertigstellung, Ambulanz, Röntgen, Labor und Blutbank sind fertig gestellt. Der neue OP Trakt ist im Bau. Der zur Zeit noch genutzte OP-Trakt hat eine neue Klinikanlage erhalten, für uns fast zu wirksam.

Obwohl sich das Projekt jetzt schon im dritten Jahr befand, bestand das leidige Transportproblem. Erst 3 Tage vor unserem geplanten Abflug erhielten wir nach massiven Interventionen die Bestätigung für den kostenlosen Hin- und Rücktransport unseres Übergepäck. Dann funktionierte alles Weitere allerdings bestens, Gepäckaufgabe in Frankfurt, Sitzplätze waren vorreserviert und gut ausgewählt. Bei unserer Ankunft in Windhoek wurden wir sofort in Empfang genommen und zum Diplomatenausgang geführt, die Arbeitserlaubnis direkt in den Pass eingestempelt, das Gepäck im Zoll durchgewunken. Der Empfang war sehr herzlich, viele altbekannte Gesichter mit offensichtlicher Freude uns wiederzusehen. Unser Weiterflug von Windhoek nach Oshakati war erst am nächsten Tag, so dass wir auf Einladung des Safari Court Hotels uns sehr entspannt an die hohen Temperaturen eingewöhnen konnten. Auch die Übernachtung auf unserem Rückweg wurde ebenfalls komplett wieder durch das Safari Court Hotel übernommen. Das Management hat mir versichert,



Interstate Hospital Oshakati, der neue Eingang

chert, dass auch die weiteren Teams für die Zwischenübernachtung willkommen seien! Das Hotel liegt in unmittelbarer Nähe des Domestic-Airport Eros in Windhoek. Am Morgen wurden wir durch zahlreiche Martinshörner geweckt. Wir dachten zunächst „na, das ist aber ein unruhig gelegenes Hotel“. Leider war aber die Ursache ein Flugzeugabsturz einer 12 sitzigen Cessna unmittelbar nach dem Start mit mehreren Toten. Unser Gepäck war schon seit dem Morgen mit einem Pick-up nach Oshakati unterwegs, da dies nicht in die kleine regelmäßig nach Ondangwa – unseren Zielflughafen - fliegende Beachcraft hineingepasst hätte. Einige Teammitglieder wären gerne mitgefahren....

Die Kosten für den Transport innerhalb Namibias werden durch das Gesundheitsministerium getragen, andernfalls hätten wir fast 1000 Kilometer mit dem Auto fahren müssen.

Es ist nicht zu leugnen, alle von uns bestiegen den Flieger doch mit einem leicht mulmigen Gefühl, auch wenn wir uns mehrfach gegenseitig versicherten, dass die Fahrt mit dem Auto nach Oshakati viel gefährlicher wäre und die Piloten schließlich auch gesund ankommen wollten. Der Flug sollte dann auch sehr unruhig werden, da die Regenzeit schon etwas früher eingesetzt hatte.

Wir gerieten in ein Gewitter, das Flugzeug musste eine Hagelfront durchqueren, das Prasseln war schon Furcht einflößend, in wenigen Sekunden war der Flieger mit einer Eisschicht überzogen, die aber sofort auch wieder abfiel. Es war schon schön als wir sicher in Ondangwa landeten. Am Flughafen wurden wir wieder von uns bekannten Gesichtern herzlich begrüßt, die letzten 30 Kilometer mit dem Bus nach Oshakati war dann schon wie ein „coming home“.

Am nächsten Morgen begann dann unsere Arbeit. Dr. Hamata, der Ärztliche Leiter des gesamten Distrikts, hatte mit seinen Mitarbeitern hervorragend vorgearbeitet. Wie von uns gewünscht sahen wir ca. 120 Patienten mit den von uns vorgesehenen Krankheitsbildern. Am Abend war der OP Plan für die gesamte Zeit unseres Einsatzes mehr oder weniger verplant. Das von uns entwickelte Dokumentationssystem mit digitaler Fotografie und sofortiger Einarbeitung in Excel-Listen bewährte sich bestens. Im OP konnten wir jederzeit auf entsprechende Bilder zurückgreifen, die gute alte „Polaroid“ funktioniert ja mangels Filmen nicht mehr. Obendrein ist das digitale Bilddokumentationssystem ja umsonst, Laptop und digitale Kamera hat mittlerweile eigentlich fast jeder in seinem Besitz.



Das Team

Ich war diesmal wieder mit meinem altbewährten Team aus 2 Plastischen Chirurgen, 2 MKG-Chirurgen und 2 Anästhesisten sowie OP- und Anästheseschwestern unterwegs, im Prinzip also ein Doppel-Team.

Die uns vorgestellten Patienten waren aber auch entsprechend ausgewählt. Leider – so muss man es wohl sagen – sahen wir extrem viele Kinder unter 2 Jahren mit schweren Verbrennungen der oberen Gliedmaßen und Kopf / Hals Bereich. Viele Verbrennungskonstrukturen wären bei nur einigermaßen korrekter unmittelbaren Versorgung zumindest in dieser von uns vorgefundenen Schwere nicht notwendig. Wir haben dies Problem auch mit unseren Kollegen vor Ort diskutiert. Zukünftige Teams sind daher gebeten, eine entsprechende Fortbildungsreihe vorzubereiten. Ein Augenmerk sollte ein Schwerpunkt für die Verbandstechnik sein. Die wesentlichen Verbände werden durch das Per-

sonal auf den Stationen durchgeführt, wobei das Personal gut ausgebildet ist. Für die Verbrennungschirurgie fühlt sich jedoch so keiner recht verantwortlich, ein Konzept fehlt vollkommen. Unser europäisches Konzept ist nicht übertragbar. Hier muss Namibia – wer auch immer das sein mag – ein eigenes Konzept entwickeln. Wenn es gewünscht wird werden wir gerne dabei helfen. Aufgrund der Größe unseres Teams konnten wir eine ganze Reihe von komplexen Eingriffen sowie Doppeleingriffen durchführen. Neben den „üblichen“ Lippen-, Kiefer- Gaumenspalten führten die Kieferchirurgen rekonstruktive Kieferoperationen als auch Tumorchirurgie bis hin zur Parotisentfernung durch. Im plastisch-chirurgischen Bereich erfolgten neben den hand- und verbrennungschirurgischen Operationen wieder die Mammareduktionplastiken bei Gigantomastie, insgesamt wurden annähernd 100 Operationen durchgeführt.

Während unserer gesamten Zeit war uns ein junger namibischer Chirurg zugeteilt, der auch mit uns zusammen operierte. Am Ende des Einsatzes haben wir ihm eine Liste mit allen Patienten sowie den Nachsorgeplänen übergeben können. Dank Internet ist es auch jederzeit für ihn möglich, uns zu erreichen und bei etwaigen Problemen mit unseren Patienten uns Fotos zu schicken und zu beraten.

Auf unserer Zwischenstation auf dem Rückweg habe ich mich in Windhoek mit Dr. Norbert Forster – Sonderbeauftragter des Namibischen Gesundheitsministerium – getroffen. Dr. Forster zeichnet auf Namibischer Seite für das Projekt verantwortlich. Wir haben gemeinsam die Probleme der Einsätze diskutieren können, das Transportproblem sollte eigentlich nicht mehr auftreten. Die grundsätzlichen Probleme der Behandlung von Verbrennungspatienten in Namibia haben wir ebenfalls an diskutiert. Auch von seiner Seite wird hier ein großer Handlungsbedarf gesehen. Als sehr erfreulich ist die Tatsache zu werten, dass dieses Jahr die Medizinische Hochschule in Windhoek gegründet und mit ca. 50 Studenten ihre Arbeit aufnehmen soll. Namibia hofft auf diese Weise seinen eklatanten Ärztemangel in einigen Jahren somit auszugleichen. In gleichem Atemzug bat Dr. Forster, Interplast möge über den bestehenden Vertrag hinaus sein Engagement für Namibia fortzuführen. Ich habe ihm versichert, dass ich diesen Wunsch gerne weiter trage, die letztendliche Entscheidung aber bei den Mitgliedern von Interplast liegt.

Matthias Gensior, Korschenbroich



Warten auf den Verbandswechsel, Verbrennungspatienten



Warten auf den Verbandswchsel, Kieferchirurgische Patienten

Einsatzbericht Windhoek / Namibia 13.05.-27.05.09

- Dr. Schwarz, Plast. Chirurg
- Dr. Berenskoetter, Kinderchirurg
- Dr. Bierawski, Anaesthesist
- Dr. Buchmann, Anaesthesist
- Ch. Engstfeld, OP-Schwester

Ein anderer Einsatz, ein anderer Einsatzbericht.

Schon die Last der ganzen Vororganisation war durch die Vorarbeit Matthias Gensiors und Verträge zwischen dem Ministry of Health and Social Service mit Interplast weitgehend abgenommen. Das heisst aber nicht, dass alles klappen würde, die bisherige Chefaerztin, Dr. Shimii wurde unerwartet gekündigt, die gesamte Vorarbeit lief ins Leere, ihre Nachfolgerin, eine zierliche, immer verschmitzt lächelnde Nachfolgerin, Dr. Shalongo war von unseren fortgeschrittenen Planungen überrascht, bereitete aber dennoch ein intensives Screening vor. Allerdings mussten wir uns sowohl um die Flüge als auch Unterkunft kümmern. In Windhoek angekommen, saßen wir im Zoll fest, die Abholung auch nach Stunden nicht zu sehen. Ein höherer Offizier des Zoll winkte uns dann freundlich nach Lesen der Korrespondenz mit dem Ministerium durch und ein Telefonat brachte dann die ausgesprochen freundliche, zugewandte Ahholmanschaft zu Tage.

Im Central State Hospital war nach einer kurzen Begrüssungsrunde mit Offiziellen das Screening gut vorbereitet, am ersten Tag sahen wir 70 Patienten, am zweiten knapp 40.

Das Spektrum bestand zu 80% aus riesigen, körperlich behindernden Makromastien. Wir planteten täglich zwei ein und ließen damit Platz für Gaumenspalten und die Interplast-üblichen Verbrennungskontrakturen.

Die Ausstattung des ehemals nur Weißen vorbehaltenen Central State ist ausgesprochen gut, Durchleuchtung von Siemens, Elektrokauder von Erbe, Narkosegerät von GE. Unsere eh schon spärlich mitgebrachten Instrumente wurden nur für die Gaumen und eine BlepharoptoseOP gebraucht. Die Reduktionsmammoplastiken waren alle



weit über 1000gr, vielfach über 3000gr Resektionsgewicht pro Seite und waren danach immer noch von stattlicher Größe. Trotz Jugulummamillenabständen über 50cm bewährte sich der craniale Mamillenstiel, es kam zu keiner einzigen Mamillenheilungsstörung.

Ein Noma-Kind aus Angola wurde uns vorgestellt, was einen Latissimus vor 4 Jahren erhielt und eine Grössenzunahme im Kieferwinkel zeigte, das CT erbrachte aber kein morphologisches Korrelat für ein Rezidiv. Auf der Frühgeborenen Station lag ein Kind mit gepsaltener Zunge und vom Gaumendach herabragender zystischer Masse, das verwackelte Nativ-Röntgen legte eine TessierSpalte Typ2 mit Enzephalozele nahe. Das angeforderte CT (NMR steht in Namibia nur in einem PrivatKH zur Verfügung) konnte nicht im Rahmen des Aufenthaltes fertiggestellt werden. Über eine nasale Magensonde schien es dem Kind klinisch aber sehr gut zu gehen, auch die Schluckreflexe waren intakt. Der Kontakt zu Prof. Graewe in Kapstadt, einem ehemaligen Mitar-

beiter von Mühlbauer wurde über Dr. Shalongo hergestellt. Da wir mit dem Nationalfeiertag am Montag, den 25.5. nicht gerechnet hatten sahen wir über das verlängerte Wochenende doch noch einiges vom Land, zumal Dr. Elisabeth Xoagus die Assistenzaerztin mit Plastisch Chirurgischen Ambitionen sich am Sonntag um die Patienten kümmerte.

Ungewöhnlich auch der Abschiedstag mit sehr offener und für beide Seiten konstruktiver Aussprache über den Einsatz. Es wurde sowohl eine umfangreichere Dokumentation unsererseits gewünscht, als auch die deutlichen Motivationsunterschiede zwischen sehr gutem OP-Personal und eher verschlafener Station akzeptiert und von der Pflegeleitung versprochen anzugehen.

Insgesamt ein sehr schöner, ruhiger und effektiver Einsatz.

Martin Schwarz, Freiburg



Bericht des INTERPLAST-Teams – Madagaskar, November 2009

Tonga soa!! Herzlich willkommen auf Madagassisch. Und herzlich willkommen sind wir wirklich. Kaum aus dem Flugzeug entfliecht begrüßt uns der Duft von Madagaskar: eine Mischung aus Vanille, Pfeffer, gekochtem Reis, Schweiss, Dreck und aus exotischen Gewürzen. Unverwechselbar. Mittlerweile ist es fast ein bisschen wie nach Hause zu kommen.

Wir sind wieder da, wie versprochen, und zwar zum vierten Mal. Am Flugplatz warten, trotz später Stunde, schon Freunde und Personal vom Krankenhaus, um uns mit unseren 16 - 402 kg schweren - Alukisten zu helfen.

Nicht nur fest eingeplante Patienten wurden behandelt. Mehrere frisch verbrannte Säuglinge wurden uns vorgestellt und selbstverständlich mitbehandelt. Brandverletzungen sind hier, wo am offenen Feuer gekocht werden muss, leider ein massives Problem.

Wir operierten zunächst in der Hauptstadt Antananarivo. Unserer zweiter Einsatzort war Manambaro, ein Dorf westlich der Industriestadt Fort Dauphin in dem bitterarmen Süden Madagaskars. Hier wurde 1952 von französischen und amerikanischen Missionaren ein Krankenhaus errichtet, das bis in die 70er Jahre als Referenzkrankenhaus für ganz Süd-Madagaskar galt. Nach dem Rausschmiss der Weißen in Folge der Revolution, Mitte 1970, verfiel die Institution langsam aber sicher. Heute hat das Krankenhaus 40 Betten, einen Chefarzt, zwei Assistentinnen, ab und zu Strom und fließend Wasser sowie ein paar wirklich kranke Patienten. Am ersten Tag warteten über 200 Patienten auf uns. Sie saßen überall herum und guckten uns mit großen Augen an. Wir guckten zurück und begannen mit dem Sichten. Als es losging, kamen wir uns vor wie in der japanischen U-Bahn: möglichst viele und dann alle auf einmal. Wir sichteten mehrere Stunden, während 2 unserer Narkoseärzte und der Op-Pfleger aus Ihren Kisten ein ambulantes Lazarett zauberten. Hier gibt es nichts. Wir müssen alles, aber auch wirklich alles, mitnehmen.

Die Sichtung der Patienten, und die Entscheidung, wer operiert werden kann und wer nicht, ist das schwierigste am ganzen Einsatz. Es stellen sich sehr viele Patienten vor, die die Hoffnung auf Hilfe wahrnehmen wollen und die wir leider enttäuschen müssen. Gerade bei den Gehbehinderten, die zum Teil auf den Knien zu uns hereinrutschen, ist die Aussicht auf eine gelungene operative Therapie fast gleich Null. Wir sehen hier Krankheitsbilder, die mit drei Zeilen in unseren Lehrbüchern erwähnt werden, und die wir extrem selten oder eher nie in Deutschland zu Gesicht bekommen.

Insgesamt operierten wir 130 Patienten. Kinder mit Spalten- und Klumpfüßen wurden in einem nicht enden wollenden Strom wieder in den „Normalzustand“ gebracht. Auffällig war die Zunahme der Patienten mit Bewegungseinschränkungen der Extremitäten nach Brandverletzungen: Fäuste, die nicht geöffnet, Ellenbeugen und Schultergelenke die durch den Narbenzug nicht oder nur wenig bewegt werden konnten. Ein großes Problem waren Wunden, die nicht zuheilten. Es gibt nur wenige Familien die keine Brandverletzten zu beklagen hatten. Nach einer Verbrennung muss es irgendwie heilen und wenn nicht, dann ist es eben so. Geld für eine medizinische Behandlung ist schlicht nicht vorhanden. Die Folgen sind verheerend. Ein 10-jähriger Junge stellte sich wegen einer Bewegungseinschränkung in der linken Schulter nach einer Verbrennung vor. Er konnte den linken Oberarm nicht vom Brustkorb weg bewegen. Dieser war wie festgeklebt. Die ganze linke Seite - Gesicht, Arm, Rumpf und Oberschenkel - waren voller Narben. Was er für Schmerzen gehabt haben muss, ist nicht vorstellbar.

Um dem Jungen eine Bewegung im Schultergelenk zu ermöglichen, wurden Narben gelöst, Hautlappen geschwenkt und Vollhaut transplantiert. Eine Schiene wurde aus Op-Kittel und Schlauchverbänden gebastelt und brachte dem Jungen ins Staunen. Es

ist allerdings die Frage, was für ihn am Ende am erstaunlichsten war: dass er die Schulter wieder bewegen konnte, die Schulter-Schiene oder das gespendete Spielzeugauto, dass er keine Sekunde aus den Augen verlor.

Die Patienten werden in 4-5-Bettzimmern untergebracht. Bettwäsche und Essen muss jeder selbst mitbringen. Das bedeutet, dass meistens die halbe Familie den kleinen Patienten begleitet. Bettwäsche ist die Ausnahme. Es wird auf dem Matratzenbezug oder auf dem Boden geschlafen. Das Essen besteht zu jeder Tageszeit aus Reis, manchmal (eher selten) mit Fischresten. Der Gestank in einem 4-5-Bettzimmer, wo etwa 15 Personen hausen, und Reis mit Fischresten essen, trotz jedem Versuch der Beschreibung. Ein Verbandwechsel im Krankenzimmer war aus hygienischen und geruchstechnischen Gründen selten möglich.

In Manambaro sind wir auf dem Klinikgelände in einem mit viel Charme, aber wenig Komfort, ausgestatteten Gästehaus untergebracht. Wir waren 8 Personen, die sich eine nur manchmal funktionierende Toilette teilten, ohne Dusche auskommen mussten aber immerhin einen blauen Plastikbecher zum Wasserschöpfen aus Eimern hatten. Das Menu war einfach, aber ausreichend. Morgens Brot, Bananen, Kaffee oder Tee und Antimalariatablette, mittags Kaffee und abends Reis, Spaghetti, Bohnen, Gurken, und einmal ein Huhn, was wohl zuvor zu Fuß die 1200 km von Tana nach Manambaro gelaufen war. Geniale Diätkost. Fast alle haben gut abgenommen. Die von einem dankbaren Patienten gebrachten Langusten waren ein ausgesprochen willkommenes Geschenk!!

Trotz aller schwierigen Bedingungen ist Manambaro eine Perle. Es ist zwar anstrengend, dort zu arbeiten, aber wir wissen: wenn wir es nicht tun, passiert hier gar nichts. Wir kommen wieder - versprochen!!

*Gie Meyer Vandehult und ihr Team,
Bad Schwartau*

Al-Tawrah-Hospital, Taiz / Jemen II, 2009, 02. – 16.05.2009, Sektion Vreden 2009

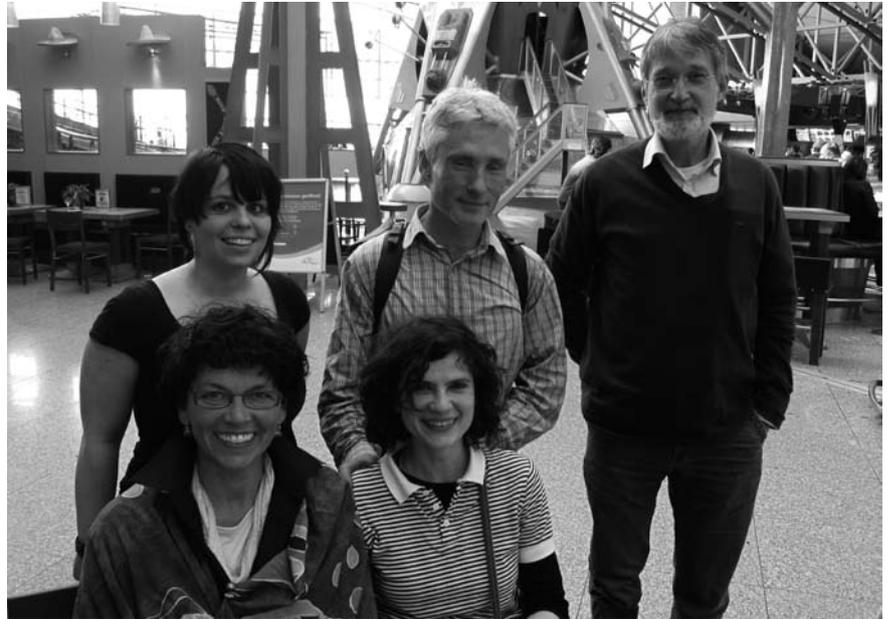
- Peter Schindelhauer, MKG-Chirurg
- Ulrich Skibinsky, Anaesthetist
- Julia Hofmann, Plastische Chirurgin
- Anne Pirek, Op.-Schwester

Aufgrund des kurzfristigen Ausfalls unseres Sektionsleiters Dr. Arnulf Lehmköster, der sich um seine hochbetagte Mutter kümmern mußte, berieten wir uns kurz und fassten den Entschluss, den Einsatz nun mit dem Hauptschwerpunkt: Spalt-Chirurgie durchzuführen. Rücksprache mit dem gastgebenden Hammer-Forum bestätigte uns die zu erwartende Wirksamkeit des Einsatzes hinsichtlich Patientenaufkommen und Ausrüstung vor Ort.

Arnulf bat mich, die Einsatzleitung zu übernehmen.

Mit Vorauscargo waren viele Kartons mit Materialien schon auf dem Weg in das A.-Tawrah-Hospital in Taiz, in welchem das Hammer-Forum seit Jahren tätig ist. Immerhin – Tonne medizinisches Material, einschließlich einiger Kuschtiere für die Kinder, stellten eine Spende der Sektion Vreden an das Tawrah-Hospital dar.

Der Aufbau einer Verbrennungsstation, einer Physiotherapieausbildung, die vielen stattgehabten orthopädischen, chirurgischen, neuro- und MKG-chir-



urgischen Einsätze in diesem Hospital sind alle auf der Webside des Hammer-Forums nachlesbar.

So kamen wir, nach Staffelstab-Übergabe durch Dr. Emmanouilides vom Hammer-Forum am Frankfurter Flughafen in der Hauptstadt Sanaa an, wo uns Dr. Ali, ein deutschsprechender, jemenitischer Arzt, Beauftragter des Hammer-Forums im Jemen und mit allen Behörden bestens vertraut, in Empfang nahm und durch Zoll etc. geleitete. Ali

war auch unsere ständige Kontaktperson für alle Probleme unseres Einsatzalltages und an konsenssuchender, brückenschlagender Erzähler.

Am nächsten Tag früh dann Weiterflug nach Taiz. Wir bezogen unsere komfortable Unterkunft im Hammer-Forum-Flügel des Krankenhauses und begannen mit dem Einräumen unserer Ausrüstung im gut ausgestatteten OP. Die Cargo-Sendung der Sektion Vreden war bereits angekommen, die INTERPLAST-Kartons jedoch nur unvollständig auffindbar. Da wir das Notwendigste „am Mann“ hatten und die Materiallager durch das Hammer-Forum gut gefüllt waren, vermissten wir für unsere Arbeit nichts. Nur die bereits verteilten Kuschtiere hätten wir gern für unsere kleinen Patienten gehabt. Egal, Hauptsache sie gelangten in Kinderhände und ließen Kinderaugen strahlen.

Danach folgte gleich das Patientenscreening, von Dr. Ali und Dr. Salah, ebenfalls deutschsprechender jemenitischer Chirurg, bestens organisiert und dem obligatorischen Kalaschnikoff-Träger begleitet. Wir konzentrierten uns auf die Patienten mit LKG-Spalten. Zusätzlich standen die Korrektur einer posttraumatischen Schiefnase, die Entfernung eines großflächigen Gesichtstu-





mors bei Morbus Recklinghausen, die Naseneingangsrekonstruktion bei posttraumatischer Nasenlochatriesie mit auf dem Programm. Parallel operierten wir Hauttumoren in Lokalanästhesie. Auf Wunsch der jemenitischen Kollegen setzten wir die Sprechstunde trotz abgeschlossener OP-Planung fort und konnten die Patienten und deren Familien beraten und auf zukünftige Teams, die ja regelmäßig in dieses Hospital kommen, verweisen. Alle, die teils von weit her kamen, wollten angesehen und beraten, mit Hoffnung und einem Wiedervorstellungstermin versehen werden.

Am nächsten Tag begannen wir planmäßig früh um 8 mit dem OP-Programm. Weil Dr. Salah uns als Stationsarzt der Verbrennungsstation ständig zur Verfügung stand und er mit seinem perfekten Deutsch alle unsere Vorstellungen verstand und realisierte, war der Ablauf reibungslos.

Wie in vielen Ländern der Dritten Welt, sind auch im Jemen die einheimischen Kollegen darauf angewiesen, neben ihrer Krankenhaus-Tätigkeit in eigener Praxis tätig zu sein. Ab Mittag, mitten im OP-Programm, standen wir plötzlich allein da. Nach einem kollegialen Gespräch und einer Rückfrage bei Dr.

Ali über die gewohnten Modalitäten, an die wir uns halten wollten, änderte sich die Situation derart, dass uns ein erfahrener Anaesthetie-Pfleger, OP-Schwester und Dr. Salah täglich bis zum Ende des OP-Programmes zur Verfügung standen.

Unter diesen Bedingungen war es gut möglich, jeden Tag 3 Spalt-OP's durchzuführen. Parallel dazu operierte Julia Hofmann in Lokalanästhesie, bzw. sie assistierte Dr. Salah bei PBC-Patienten, die er operierte.

Die postoperative Nachsorge gestaltete sich einerseits leicht, weil das Pflege-Regime auf der Station gut eingespielt war, und sie war andererseits lückenhaft, weil die Eltern mit den Patienten eigenmächtig, teils schon am OP-Tag, die Station verließen. Was wir an OP-Ergebnissen einsehen konnten, war erfolgreich. Glücklicherweise traten Komplikationen nicht auf. Eine ungewollte, intraoperative Extubation konnte rasch behoben werden. Der Gebrauch verschiedener neurotroper Drogen im jemenitischen Alltag war für unseren Anaesthesisten am Narkoseverhalten der teilweise erwachsenen Patienten spürbar.

Nach 9 OP-Tagen verweilten wir auf der Rückreise einen Tag in Sanaa, um die weltberühmte Altstadt zu besichtigen und die individuellen Geschenklisten auf den Basaren abzuarbeiten.

In Auswertung des Einsatzes ist zu sagen, dass die kontinuierliche Arbeit des Hammer-Forums in diesem Hospital spürbar die Effizienz der INTERPLAST-Einsätze hebt. Es ist ein ruhiges und kontinuierliches Arbeiten mit motiviertem und erfahrenem Personal möglich. Überschattet, besser: übertönt, wurde dieser Einsatz nur von einem unermüdlischen Presslufthammer über unseren Zimmern, weil das Hospital um eine Etage aufgestockt wird.

Die Versorgung durch Seif, dem jemenitischen Koch, der seit Jahren für die deutschen Teams kocht, war hervor-



ragend und so beschlossen wir, unser Abschiedessen für das Krankenhauspersonal von ihm im schönen Gemeinschaftsraum ausrichten zu lassen.

Peter Schindelhauer

Ausblick 2010

Schon im Januar wird Peter Schindelhauser als Mund-Kiefer-Gesichtschirurg wieder in Taiz im Jemen weilen und seine Arbeit in der Spaltchirurgie fortsetzen. Ende April/Anfang Mai werden wir mit einem Plastiker-Team dort sein, vornehmlich Kinder mit Verbrennungskontrakturen warten auf uns.





Peshawar / Pakistan April 2009

Lieber André,

am Gründonnerstag bin ich von Peshawar zurückgekommen, wo wir zwei Wochen gearbeitet haben. Das Ergebnis findest Du im Anhang. Wie immer in den letzten Jahren waren wir im Al Khidmat Hospital, das für diese Zeit sich ganz auf uns eingestellt hatte. Nur Freitags konnten wir nicht operieren, da an diesem Tag die Orthopäden/Unfallchirurgen ihren großen Operationstag haben. Dafür konnten wir den Sonntag als Arbeitstag nutzen. Wegen der doch etwas prekären Sicherheitslage hatte ich wie schon im vergangenen Herbst darum gebeten, keine großartige Ankündigung von unserem Kommen vorzunehmen. Trotzdem war den Leuten schnell klar, wer da für die kostenlose Behandlung zuständig war und sie kamen in Scharen, wie an den Zahlen der ambulanten Patienten zu sehen ist. Und es blieb uns gar nichts anderes übrig, als so viele wie möglich zu behandeln. Und doch mussten wir einen großen Teil auf einen späteren Zeitpunkt vertrösten. Es haben jetzt schon so viele Patienten einen Termin für eine Operation im Herbst, dass wir gar nicht anders können, als wieder hinzufahren, wenn die Lage nur einigermaßen ruhig bleibt. Die Menschen kamen von weit

her, aus den so unruhigen Stammesgebieten, sogar aus dem Swattal, wo noch im Herbst regelrechte Kämpfe stattfanden, und das jetzt unter Talibanherrschaft ist, die ganz offiziell mit Billigung der Regierung die Scharia eingeführt haben. Über eine Million Flüchtlinge aus diesen Gegenden befinden sich in Peshawar, die alten afghanischen Flüchtlingslager sind wieder reaktiviert. Und alle haben Angst. Ständig gehen irgendwo Bomben hoch, werden Menschen erschossen oder entführt, am ersten Freitag hat ein Selbstmordattentäter während des Freitagsgebetes in einer Moschee nahe Peshawar eine Bombe gezündet und etwa hundert Menschen mit in den Tod gerissen. Doch das alles spielt sich außerhalb von Peshawar ab, in der Stadt hat man nicht den Eindruck, besonders gefährdet zu sein. Meiner Meinung nach haben alle diese Attentate den Sinn, die Lage zu destabilisieren, Militär und Polizei anzugreifen. Das Militär zieht sich zurück und dann werden die Taliban die ganze Nord-West-Provinz beherrschen. Interessanterweise würden die Menschen das begrüßen. So hat es im Swattal auch angefangen. Die NWFP als Talibanland? Viel wird sich gar nicht ändern, schon seit Jahren wird die

Provinzregierung von den islamischen Parteien dominiert. Und der Gesundheitsminister hat bisher unsere Arbeit immer unterstützt. Auch jetzt gehört er zu den Förderern unseres Projektes, ein Operationszentrum in der Leprastation aufzubauen. Ich glaube nicht, dass es im Herbst schon so weit ist, dass wir darin arbeiten können, aber es wird auf einem guten Weg sein als „Center for Disabled People“. Noch immer gibt es besonders in den ländlichen Gebieten viele Kinder mit den Folgen der Polio, nicht immer frische Fälle, daher sind die Patienten auch schon älter, so um die zehn Jahre. Es bleibt viel zu tun, auch um denen helfen zu können, bei denen keine operative Verbesserung möglich ist. Man hält es nicht für möglich, mit welchen Schienen und Gehhilfen sich manche Kinder in die Ambulanz schleppen, abgesehen von denen, die ohne jede Hilfe auf der Erde kriechen. Ich hoffe nur, es bleibt so stabil dort, dass wir weiter hinfahren können. „Es wird besser sein in einem halben Jahr,“ meinte Mullah Mohammad, Mal sehen!

Herzliche Grüße
Dein Ortwin Joch

Interplasteinsatz Al Khidmat Hospital Peshawar (Pakistan)

25.3. – 9.4.2009

Teilnehmer:

-Dr.Joch, Ortwin, Chirurg
-Dr.Fabius-Börner, Adelheid, Anästhesistin
-Strohmann, Anke, Op-Schwester

Korrekturen von Klumpfüßen	16
Harnröhrenrekonstruktionen bei Hypospadie	1
Verschluss von Lippen-, Kiefer-, Gaumenspalten	31
Korrekturoperationen im Gesicht	13
Wiederherstellende Operationen an Händen	16
Septische Operationen	1

Durchgeführte Operationen:

Sehnenverlagerungen bei Lähmungen nach Polio 31
Sehnenverlagerungen bei spastischen Lähmungen 5

Total 114

Ambulante Untersuchungen/Behandlungen 932



Peschawar / Pakistan Oktober 2009

Lieber André,

gestern bin ich von Peshawar zurück-gekommen, wie ich in den Nachrichten gehört habe, gerade rechtzeitig, um einem weiteren verheerenden Bombenanschlag zu entgehen. Allerdings hatte es ja auch während unserer Anwesenheit einen solchen Anschlag gegeben, wie überhaupt die Selbstmordattentate in Peshawar in den letzten Monaten ständig zugenommen haben. Und so hatte sich auch nach mehreren Raketenangriffen auf den Flughafen die Emirates-Fluggesellschaft geweigert, Peshawar anzufliiegen. Wir waren also gezwungen, nach Islamabad zu fliegen und von dort nach Peshawar zu fahren. Das Team bestand mal wieder nur aus Frau Dr. Fabius-Börner und mir.

Liest man die Zeitung, findet man auf jeder Seite und an jedem Tag Berichte über Morde und Anschläge mit mehreren Toten überall in der Provinz. Und doch, geht man in die Stadt in den Bazaar, am ersten Freitag Vormittag war die einzige freie Zeit, die wir auch für einen Bazaarbesuch nutzten, findet man das gleiche normale Leben wie immer in all den Jahren, die ich nun schon Peshawar kenne. Nur die Fremden fehlen. Und so haben auch die typischen Geschäfte für Touristen oft geschlossen, die Auslagen sind ausgesprochen ärmlich, und die Bazaari klagen darüber, dass keine Fremden mehr in der Stadt

sind. Die Mitarbeiter des ICRC dürfen den Compound nicht verlassen, es ist kein UN-Fahrzeug in der Stadt zu sehen, die Außenstelle der Deutschen Botschaft existiert, aber sie ist leer, die Mitarbeiter sind in Islamabad, kommen nur gelegentlich nach Peshawar, fahren am selben Tag wieder zurück.

Unsere Arbeit ließ uns keine Zeit, öfters in den Bazaar zu gehen, aber schließlich waren wir ja zum Arbeiten gekommen. Und Arbeit gab es reichlich, Schon am Ankunftstag warteten gut zweihundert Patienten auf uns und das setzte sich an den anderen Tagen fort. Von den über Tausend Ambulanten haben wir schließlich 112 Patienten operiert - der Bericht an Hubertus ist unterwegs -, aber sicher ebenso viele mussten wir auf einen späteren Termin vertrösten. Die häufigsten Indikationen waren wieder Folgen der Polio, Klumpfüße und LKGs. Zum Unterschied zu früher waren die Poliopatien deutlich älter, zwischen 12 und 16 Jahre, einige noch älter. Die Polio ist durch konsequente Impfaktionen praktisch verschwunden, kommen kleinere Kinder mit Lähmungen, sind sie aus Afghanistan. Erschreckend wie immer war die große Zahl der cerebralgeschädigten Kinder. Oft kamen Eltern mit mehreren Kinder, schwerst behindert, voller Hoffnung. Es gehört zu den schweren Aufgaben in Peshawar, mit diesen Eltern zu sprechen und ihnen praktisch jede Hoffnung zu nehmen. Den „leicht“ geschädigten mit spastischen Lähmungen versuche ich ja zu helfen mit Sehnenverlagerungen, meist mit gutem Erfolg, aber für



viele gibt es keinerlei Hilfe.

Wenn ich gedacht hatte, die Lähmungen nach Polio seien bald kein Problem mehr so musste ich am vorletzten Tag erfahren, dass im Swatthal wieder in diesem Sommer frische Polioinfektionen aufgetreten waren. Der Krieg, der dort seit zwei Jahren herrschte, hat in dieser Zeit jede Impfaktionen verhindert. Und es ist damit zu rechnen, dass sich das auch in der Zukunft fortsetzt. Zwar ist offiziell der Krieg beendet, die über vier Millionen Flüchtlinge aus Swat, Buneer, Dir, sind wieder zurück, aber ein normales Leben findet dort nicht statt. Weiter verüben Kriminelle Anschläge gegen die Bevölkerung und die Talibanführung verkündet ganz offen, dass es keinen Frieden geben werde, solange nicht die Sharia wieder eingeführt ist in Swat.

Immerhin haben die Menschen wieder die Möglichkeit zu reisen, und das ist auch der Grund, dass gerade aus diesen Gegenden wie Swat, Buneer und Dir so viele Patienten zu uns kamen um operiert zu werden.

Aufhören in Peshawar? Kaum möglich.

Herzliche Grüße
Dein Ortwin Joch



INTERPLAST Einsatz Bishkek / Kirgisien vom 10.08 – 21.08.2009

Achter Einsatz in Kirgisien – Eine Bestandsaufnahme

Der Aufbau und die Restrukturierung des kirgisischen Verbrennungszentrums in Bishkek begannen bereits im Jahr 2002. Seit dem Jahr 2007 wird das Projekt mit der Unterstützung durch Interplast Germany durchgeführt. Das größte Verbrennungszentrum Kirgisien in der Hauptstadt Bishkek erhielt seit Beginn der Kooperation im Jahr 2002 kontinuierlich Unterstützung durch zahlreiche Materialspenden, die hauptsächlich als Spenden aus dem Unfallkrankenhaus Berlin, aber auch durch zahlreiche Firmen, akquiriert wurden. Hierzu zählte unter anderem die Versorgung mit einem Elektrodermatom einschließlich Ersatzmaschine, einem Meshgerät sowie entsprechend benötigten Klängen. Des Weiteren wurden OP Instrumente, OP Kleidung, OP Abdecksysteme, benötigte Verbandsmaterialien, Medikamente sowie Kompressionswäsche gespendet. Neben der materiellen Versorgung bestand jedoch seit Beginn der Kooperation der wichtigste Schwerpunkt in der Aus- und Weiterbildung der Kollegen vor Ort. Hier zeigten sich bei unserem diesjährigen Aufenthalt sowohl hinsichtlich der operativen Ergebnisse, die uns die kirgisischen Kollegen anhand ihrer uns vorgestellten Patienten demonstrierten, wesentliche Fortschritte in der Therapie oberflächlicher und insbesondere tiefer Verbrennungen. Sowohl großflächige Spalthauttransplantate, als auch lokale Lappenplastiken, wurden wie gelehrt durchgeführt. Das ist als Erfolg der kontinuierlichen Weiterbildung in den letzten Jahren zu betrachten. Die Notwendigkeit zur radikalen Exzision avitalen Gewebes und die Abtragung von Hypergranulationen vor der Spalthauttransplantation sowie der richtige Zeitpunkt der Transplantation konnte als optimierte chirurgische Therapie an die kirgisischen Kollegen weitergegeben werden. Rekonstruktive Maßnahmen wie lokale Lappenplastiken und die Möglichkeiten der Vollhauttransplantation – insbesondere zur operativen Therapie der Kontrakturen – wurden durch die kirgisischen Kollegen ebenfalls suffizient erlernt. Weiterhin unzureichend ist



Das zweitgrößten Verbrennungszentrums in Kirgisien befindet in der Stadt Osh an der Grenze zu Usbekistan

dagegen die medizinische Betreuung von Schwerbrandverletzten. Es fehlen hier die räumlichen und technischen Voraussetzungen Patienten intensivmedizinisch zu behandeln. Dies wird leider auch aufgrund der wirtschaftlichen Situation des staatlichen Verbrennungszentrums wahrscheinlich noch einige Zeit andauern. Kritisch in der Verbrennungsbehandlung ist weiterhin die nicht oder nur mangelhafte Weiterversorgung durch fehlende Ergo- bzw. Physiotherapie und die nicht durchgeführte Kompressionstherapie. Letztere ist durch einen Materialmangel begründbar, da es keine kirgisischen Hersteller von Kompressionskleidung gibt und der Erwerb aus dem Ausland mit den begrenzten finanziellen Mitteln der Patienten nicht möglich ist. Hier wurde versucht den Kollegen zu vermitteln, das durch Bandagierung ein gewisser Kompressionsgrad erreicht werden kann. Bezüglich der nicht durchgeführten Ergo- und Physiotherapie wurde erneut die Bedeutung der engmaschigen Weiterbehandlung brandverletzter Patienten betont und diskutiert. Grundsätze der physiotherapeutischen Behandlung wurden bereits bei mehreren Einsätzen erläutert. Problematisch ist dabei der Umstand, dass Patienten aus entfernten ländlichen Gegenden wiederholt das Verbrennungszentrum in Bishkek anfahren müssten, was aufgrund der schlechten Infrastruktur und den begrenzten finanziellen Mitteln der

oftmals armen Patienten nicht möglich ist.

Dennoch zeigten sich Erfolge im Bereich der innerhalb der früheren Einsätze vorgeschlagenen baulichen und hygienischen Veränderungen. Das Verbrennungszentrum ist in einen renovierten Gebäudetrakt gezogen, in dem baulich ein wesentlicher Fortschritt besteht. Die Zimmer sind den Umständen entsprechend sauberer, die Station wird regelmäßig gereinigt und desinfiziert, es gibt nun separate Verbandszimmer. Der OP Saal und die OP Schleuse ist notdürftig renoviert worden. Schwerbrandverletzte Patienten werden nun gegenüber leichter betroffenen Patienten separiert. Dennoch sind weiterhin eklatante Mängel zu verbuchen. Routine Eingriffe in Intubationsnarkose sind nach wie vor kein Standart, was die operative Versorgung sehr limitiert. Da der Schwerpunkt des diesjährigen Einsatzes nicht allein in der operativen Therapie akuter Brandverletzungen bzw. der Rekonstruktion der Verbrennungsfolgen lag, wurde die Anzahl auf sieben OP Tage begrenzt, an denen 37 Operationen an 21 Patienten durchgeführt wurden (10 Z Plastiken, 17 Vollhauttransplantate, 6 Narbenexzisionen einschließlich lokaler und gestielter Lappenplastiken). Erneut wurde immer im Team mit den kirgisischen Kollegen operiert und die praktische Schulung fortgesetzt.



Neben den auch in diesem Jahr durchgeführten Operationen und Schulungen bestand jedoch ein weiteres, neues Ziel, die Verbrennungsbehandlung in Kirgisien über das zentrale Verbrennungszentrum in Bischkek hinaus zu verbessern. Da eine Verlegung – unabhängig von der Schwere der Verbrennung – aufgrund nicht vorhandener Transportmittel in die Hauptstadt Bischkek nicht möglich ist, bestand als sekundäres Ziel des diesjährigen Aufenthaltes der Besuch des zweitgrößten Verbrennungszentrums in Kirgisien, um dort eine vergleichbare Aufbauhilfe zu leisten. Das zweitgrößte Verbrennungszentrum in Kirgisien befindet sich in der Stadt Osch an der Grenze zu Usbekistan. Osch ist eine Stadt am Rand des Ferghanatals im Süden von Kirgisien. Der Ort im Nordosten des Alaigebirges ist der Überlieferung zufolge 3.000 Jahre alt und befindet sich auf der ehemaligen Seidenstrasse. Die Bevölkerung zählt etwa 220.000 (2003) und ist ethnisch gemischt zwischen Kirgisen, Usbeken und Tadschiken. Entgegen unserer Erwartung demonstrierten die für die Verbrennungsbehandlung zuständigen kirgisischen Kollegen in Osch eine für die landestypisch begrenzten materiellen und technischen Verhältnisse suffiziente Therapie brandverletzter Patienten, die mit der Qualität der Verbrennungsbehandlung des zentralen Verbrennungszentrum in der Hauptstadt Bischkek vergleichbar ist. Eine vor Jahren durch amerikanische

Kollegen durchgeführte Schulung hat hier gut gefruchtet. Das diesjährige Einsatzteam ist daher von der Überlegung, die Verbrennungstherapie in Kirgisien durch eine etwaige Förderung mittels geeigneter Transportmittel zur Verlegung schwerbrandverletzter Patienten nach Bischkek zu verbessern, abgekommen. In dem Verbrennungszentrum Osch zeigten sich vergleichbare bauliche und hygienische Zustände. Auch hier wurde die Notwendigkeit der engmaschigen Weiterbehandlung brandverletzter Patienten mittels Ergo- und Physiotherapie und der Kompressionstherapie betont.

Auf dem Weg nach Osch konnten noch zwei kleinere lokale Abteilungen beichtigt werden. Hier werden Patienten nur erstversorgt und sofern schwerere Verletzungen vorliegen in die Zentren Osch oder Bischkek weiterverlegt. Hier konnten wir die Kollegen bezüglich der primären Verbandstechnik sowie in Grundlagen der konservativen Verbrennungsbehandlung schulen.

Schlussfolgerung

Neben weiteren Materialspenden und der eigentlichen operativen Tätigkeit des Einsatzteams liegt der Schwerpunkt weiterhin in der Weiterbildung der Kollegen vor Ort als Hilfe zur Selbsthilfe. Die chirurgische Weiterbildung sollte nun in die Richtung der Erlernung

gestieher Lappenplastiken (z.B. Leistenlappen, Suralislappen, Submental Flap usw.) gehen, die ohne Operationsmikroskop durchgeführt werden können. Als wichtige Investition ist die materielle Unterstützung durch Anschaffung von Lupenbrillen anzusehen. Wesentliche Verbesserungen in der Therapie brandverletzter Patienten kann material unabhängig durch die Vermittlung der Notwendigkeit der engmaschigen Weiterbetreuung der Patienten erreicht werden. Hierbei soll innerhalb des nächsten Aufenthaltes im Jahr 2010 ein Schwerpunkt in der Vertiefung der Weiterbildung der Kollegen hinsichtlich der Ergo- und Physiotherapie liegen. Bezüglich der Kompressionstherapie ist zu diskutieren, mit einem ortsansässigen Schneider zu kooperieren, um die Möglichkeiten der Herstellung von Kompressionskleidung vor Ort zu gewährleisten.

Teilnehmer 2009

- Dr. Bernd Hartmann, Plastische Chirurgie, Unfallkrankenhaus Berlin
- Dr. Christian Ottomann, Plastische Chirurgie, Unfallkrankenhaus Berlin
- Dr. Sebastian Apostel, Unfallkrankenhaus Berlin
- Dr. Oliver Götte, Plastische Chirurgie, Martin-Luther Krankenhaus Berlin
- Marta Eymann, Krankenschwester und Dolmetscherin

Bernd Hartmann, Berlin



Fahrt von Bishkek durch das Ferghanatals nach Osch



Das zweitgrößte Verbrennungszentrum in Osch

EINSÄTZE 2009 SEKTION MÜNCHEN

Burma, Thailand, Jemen, Ecuador



THAILAND

IP-Nr.: 758/09

E-Nr. 30/09

Pilotprojekt Thailand, Sangkhlaburi
(3. Pagodenpass, Burmesisch/
Thailändische Grenze)

Einsatzdatum: 03.07 – 12.07.09

Plastische Chirurgie:
Dr. Heinrich Schoeneich
Dr. Nuri Alamuti

Anästhesie:
Dr. Paul Schüller

OP-Bereich
Desiree Grote
Nina Bühler cand.med.

Anzahl der Eingriffe: 49
Patientenzahl: 43

*Versorgung burmesischer Flüchtlinge
an der thailändisch – burmesischen
Grenze im River Quaigebiet.*

Dieses Pilotprojekt wurde von Karl Morsbach, Vorstand der Stiftung „Childrens Right“ initiiert, die in Thailand seit 10 Jahren erfolgreich ein Kinder-Aids-Waisenhaus betreut. Helen, eine seiner ehemaligen Krankenschwestern suchte ein Op-Team für die Versorgung der burmesischer Flüchtlinge, die am Drei-Pagodenpass an der nord-westlichen Thailändisch-Burmesischen Grenze in illegalen Flüchtlingslagern leben. Etwa 5 km von der burmesischen Grenze entfernt steht ein kleines Baptisten-Krankenhaus, welches von Herrn Dr. Sadka, einem thailändischen Arzt, mit einer japanischen Frau geleitet wird. Alle Krankenschwestern sprechen die Sprache der burmesischen Minderhei-



ten (Mon und Karen). Sie kümmern sich ausschließlich um die Flüchtlinge, die aufgrund der politischen Verfolgung durch die Junta geflohen sind.

Neben einem großen Flüchtlingslager, welches vom UNHCR mit ca. 300.000 Insassen betreut wird, existieren kleine versprengte illegale Lager, die kaum humanitäre Hilfe erfahren. Der thailändische Chefarzt Dr. Suporn hatte täglich ca. 80-100 Patienten zu versorgen und zu wenig Personal, um uns zu helfen. Der OP war jedoch für uns ausreichend. Wir konnten in diesem Pilotprojekt insgesamt 49 Eingriffe durchführen (17 Lippen-Kiefer-Gaumenspalten, 15 Verbrennungen, 2 angeborene Oberlidptosen, 1 Mammakarzinom und verschiedene größere und kleinere Weichteil-Tumoreingriffe).

Sehr erfreulich war die Krankenhaushygiene, die guten Arbeitsbedingungen und die Arbeitsstimmung unter den engagierten Angestellten. Wir haben uns entschlossen alle 2 bis 3 Jahre dort weitere Einsätze durchzuführen. Das Thai-Militär im Grenzbereich hatte

sich dieses Mal sehr großzügig und kooperativ gezeigt. Alle Patienten, die unter einer Verletzung litten, konnten den Checkpoint passieren um ins Krankenhaus und wieder zurück gelangen.

Die Flüchtlingslager sind entstanden, als ethnische Minderheiten (insbesondere die der Karen und Mon), die immer in Opposition zur Junta standen versucht haben mit Waffen gegen die Junta vorzugehen um das Regime zu destabilisieren. Die Junta, die ein Heer von 500.000 Soldaten befehligt, hatte hart durchgegriffen und die Flüchtlingswelle ausgelöst. Das erfreulichste für uns war, dass wir Patienten erreichen konnten, um die sich sonst niemand kümmert.

BURMA,

1. Einsatz 25 - 2009

IP-Nr.: 730/09

E-Nr.: 07/09

Einsatzort: Myanmar, Bagan und Yangon; 13.02. - 01.03.09



Plastische Chirurgie:
Dr. Heinrich Schoeneich
Prof. Heinz Homann

Anästhesie:
Dr. Martina Rieffert
Dr. Frank Pohl
Dr. Wolfgang Kern

OP-Sr:
Iris Kuriakos

Handchirurgie
Frauke Deneken

Cand.med.:
Paul Heidekrüger
Benedict Kunz

MKG-Chirurgie:
Prof. Torsten Reichert
Dr. Martin Gosau

BURMA,

2. Einsatz 26 - 2009
IP-Nr. 765/09
E-Nr. 37/09
Einsatzort: Bago/Yangon/Deltabereich
25.09 – 11.10.2009

Plastische Chirurgie:
Dr. Heinrich Schoeneich
Moritz Schoeneich

Anästhesie:
Dr. Martina Rieffert
Dr. Axel Fischer
Dr. Alex Hofer
Alexandra Willms

OP-Sr:
Katharina Feigl

Allgemeinchirurgie:
Dr. Volker Dölle

Cand.med:
Paul Heidekrüger
Maung Thiha Aung

MKG-Chirurgie
Dr. Martin Gosau

BURMA,

3.Einsatz Mandalay
IP-Nr. 747/09
E-Nr. 17/09
Einsatzort Mandalay
12.04.– 03.05.2009

Plastische Chirurgie:
Prof. Dr. Wolfgang Stock
Prof. Heribert Hussli
Dr. Stegmeier

Anästhesie:
Dr. Angelika Wagner
Dr. Gudrun Jellinghaus

OP-Sr:
Judith Oberpaul
Katja Schwabe

Anzahl der Operativen Eingriffe Bago:195 / Patienten: 171

Mandalay: 98 / Patienten: 76

Trotz der 13 Jahre Burma-Aktivität mit 28 Einsätzen ist es immer wieder spannend die Arbeitsgenehmigung zu erhalten. Die Wahlen stehen bevor und man ist politisch ziemlich nervös. Trotzdem sind die Anzeichen für eine positive Veränderung deutlich zu sehen. Man hat jetzt mit Aung San Suu Kyi verhandelt - sowohl die Amerikanischen Unterhändler als auch die Generäle.

Da bis jetzt alle Unruhen von den Studenten ausgingen, sind die Universitäten zunächst geschlossen worden. Wenn man sich auf kleine positive Veränderungen einlässt und dies ohne Gegenleistung akzeptiert kann eine friedliche Wende in Burma langsam vollzogen werden. Es geht nur mit dem Militär und ihrem großen Verwaltungsapparat. Ein Generationswechsel steht bevor. Die Generäle der ersten Reihe sind alle über 80 Jahre und die jüngere Nachfolgegeneration mit Auslandserfahrung ist vielleicht eher zu Veränderungen bereit.

Unsere Einsätze werden logistisch immer besser vorbereitet. Unsere Kontaktleute, mit denen wir schon seit Jahren zusammenarbeiten, haben die Patienten im Vorfeld ausgesucht, so dass wir beim Screening nur wenige Patienten ausgrenzen mussten.

Mr. Aung in Bagan bringt in seiner ehemaligen Weberei 500 Patienten unter, die dort hauptsächlich auf Strohmatten übernachteten. Er übernimmt zum größten Teil die Versorgung mit Reis und Gemüse und hat dementsprechend seine Weberei mit einer Großküche (d.h. mit offenen Feuerstellen, an denen mit Holzkohle gekocht wird) und Waschgelegenheiten ausgerüstet, so

dass die Gesamtzahl an Patienten und Angehörigen gut untergebracht sind. Das Krankenhaus, welches Interplast und Myanmarstiftung vor genau 10 Jahren errichtet haben, macht einen sehr gepflegten Eindruck. Die Matratzen wurden mittlerweile ausgetauscht und die hygienischen Verhältnisse sind, bei entsprechendem Engagement der Krankenhausleitung, in Ordnung.

Eine ähnliche Situation haben wir jetzt in Bago, einer Stadt, die ca. 2 _ Stunden von Yangon entfernt liegt, aber zum Deltabereich gehört. Hier hat uns Oliver Khet Khet mit seinen Helfern, die seit einem Jahr im Delta konstruktive humanitäre Arbeit verrichten, geholfen die Patienten aus den verschiedenen Regionen zu suchen und diese vor zu selektierten. Alle Patienten stammen aus dem Irrawaddy-delta und zwar aus den Provinzen, die vom Zyklon Nargis am 2.5.09 so hart getroffen wurden.

Ein Transportunternehmen hatte sich bereit erklärt, die Patienten aus den drei verschiedenen Dörfern in zwei Etappen nach Bago zu bringen. Ebenso fand sich ein Reisexporteur, der für die 14 Tage die Patienten und ihre Angehörigen (insgesamt fast 600 Menschen) mit Reis und Gemüse versorgte. Eine Lehrerinnengruppe aus dem Ort fand sich jeden Tag am Krankenhaus ein und betreute die Patienten vor und nach den Eingriffen, so dass wir uns rein auf die operative Tätigkeit an den vielen Patienten konzentrieren konnten. Unser Allgemeinchirurg, Herr Dr. Dölle, konnte den Ansturm der vielen Strumen (>40) und Leistenhernien kaum bewältigen. Obwohl wir unser Augenmerk auf die plastisch- rekonstruktive Versorgung gelegt hatten, konnte er bei diesem Einsatz immerhin 17 Strumen, die zum Teil faustgroß waren, sowie die vorgestellten Leistenhernien, versorgen. Mein Sohn Moritz war bei diesem Einsatz zum ersten Mal als promovierter Arzt dabei und konnte jetzt seine vorher schon gewonnene Routine gut anwenden. Martin Gosau, sein Doktorvater und Mentor, hat ihn gut in die Problematik und Techniken des Gaumenverschlusses eingeweiht. Alexandra Willms, eine angehende Internistin, hat sich gut bei den Anästhesisten eingereicht, so dass hier das große Pensum mit schnellen Wechseln geschafft werden konnte. Nach 7 OP-Tagen in Bago, mit durchschnittlich 12 Stunden OP Zeit, bat man uns den Einsatz vorzeitig abzubrechen, da die ein-



heimischen Pflegekräfte ein so großes Pensum nicht gewohnt waren und die Chirurgen, Augenärzte und HNO-Ärzte gerne wieder ihre gewohnten Operationssäle benutzen wollten.

Wir entschieden uns dann, nach Yangon auszuweichen, wo wir die letzten Tage im Department General Hospital, das jetzt von Dr. Moe Thuzar geführt wird, operieren konnten. Professor Khim Maung Lwin ist mit 60 Jahren in den Ruhestand getreten, wird seine Zusammenarbeit mit uns aber fortführen. Die Situation von Seiten der Plastischen Chirurgen in Burma verschlechtert sich. Viele ausgebildete Ärzte wandern ab oder kommen von einem Auslandsaufenthalt nicht wieder zurück, so dass die Abteilungen schrumpfen und die gut ausgebildeten Fachärzte nicht mehr zur Verfügung stehen. Somit wird die Arbeit für uns eher mehr als weniger.

Einsatz in Mandalay/Burma: für einen Teil der Gruppe ein Wiedersehen mit einheimischen Kollegen (Frau Professor Nu Nu Ye hat seit 10 Jahren wiederholt im Team mit uns gearbeitet, nun war sie als Vorstand der Abteilung für Plastische Chirurgie Gastgeberin) für unsere österreichischen Kollegen war es der erste Einsatz in diesem faszinierendem, schönen Land, das die Armut und Stagnation mit viel Würde und buddhistischer Gelassenheit trägt. Das Operationsspektrum umfaßte Lippen- und Gaumenspalten, Verbrennungsfolgen, Hand- und Fußmißbildungen und Hauttumore.

Mandalay als 2. größte Stadt des Landes im Zentrum gelegen ändert sein Erscheinungsbild gravierend: der Anteil chinesischer Einwohner steigt kontinuierlich, der einträgliche Handel mit Edelsteinen und tropischen Hölzern ist fest in chinesischer Hand, es findet keine Adaptation ans Gastland statt: die Familien bleiben unter sich. Die medi-

zinische Versorgung fährt zweigleisig: gut ausgestattete Privatkliniken und ein sanierungsbedürftiges staatliches Gesundheitssystem.

Für mich war es nach 10 Jahren Pause ein zweiter Einsatz in Mandalay, und es stimmt einen nachdenklich zu sehen, dass in der Zwischenzeit wenig Fortschritt bezüglich Op-Ausstattung, technischem Equipment sowie Patientenbetreuung gibt. Die Kollegen vermissen freien Zugang zum Internet, den Austausch mit ausländischen Kollegen und mangelnde Verfügbarkeit von internationaler Fachliteratur – die Kluft zum Ausland wird rasant größer.

Was können wir tun? Wir müssen unser Augenmerk verstärkt auf Vermittlung von Gastaufenthalten und regelmäßige Versorgung mit Fachzeitschriften und Fachliteratur (über neue Medien wie CD, DVD ?) richten.

Wir sollten prinzipiell mit NGOs, die in den Gastländern präsent sind zusammenarbeiten (ich denke an unsere erfolgreiche Zusammenarbeit mit Dr. Pietraskiewicz von Msf im April 2008 in Burma): oft haben sie auf Grund längerer Aufenthalte im Land und dadurch besserer Netzwerke erhebliche Informationsvorteile.

Burma wird für die Münchener Sekti-



on weiterhin regelmäßiges Einsatzziel bleiben, denn es gibt neben den medizinisch weit unterversorgten ländlichen Gebieten ebenso Handlungsbedarf in den größeren Städten.

Stipendium:

Ein langjähriger vertrauter Dr. Win Thu wird ein sechswöchiges Stipendium für die MKG der Uni Regensburg und die Plas. Chir. in München erhalten. Mitte März werden wir ihn mit nach München nehmen.

In Zusammenarbeit mit der *Myanmar Foundation*, der *Stiftunglife* sowie der *Amara Health Foundation* haben wir im





Delta einiges erreicht. Es ist eine Schule für 200 Kinder fertig gestellt worden, die jetzt hochwasser- und sturmsicher ist. Die vergebenen Mikrokredite mit einem Gesamtvolumen von 500.000 \$ sind zu über 40% zurück bezahlt.

Krankenhausprojekt Irrawaddy Delta:

Über die Stiftung Knorrbremse aus München werden ca. 300.000 € bereitgestellt, um ein Krankenhaus im Deltabereich zu bauen, welches von der Amara Health Foundation und Interplast MUC betreut wird. Vor 3 Wochen habe ich an der TU München eine Vorlesung über Krankenhausstrukturen in Entwicklungsländer gehalten. Das Auditorium bestand aus Studenten, die das Projekt mit der Architekturdozentin, Frau Prof. Schmidt, planen. Der Standort wurde von der Regierung festgelegt und die Genehmigung erteilt.

Eine Primary Care Unit für die Fischerdörfer in der Umgebung von Thandwe wird von dem Münchener Udo Brandhorst (Brandhorst Museum) über die Amara Health Foundation gestiftet. Um mit der Satzung nicht in Schwierigkeiten zu kommen, lassen wir das Krankenhaus-Projekt über die Amara Health Foundation laufen. Wir sind hier besonders stolz, dass wir mit der Vernetzung der 4 Münchener N.G.O.'s mit ihren verschiedenen Zielsetzungen ein Zusammenwirken für Burma erreicht haben und für Bildung, Gesundheit und Existenzgründung viel bewirken konnten und noch weiter bewirken wollen.

Zusammen mit Jürgen Gessner und seiner Stiftunglife ist das *swimming doctors projekt* gestartet. Was noch fehlt ist die Genehmigung des Ministeriums. Erst nach der Befürwortung werden wir mit einsteigen und das Projekt bewerben und mit finanzieren .

swimming doctors one

ein Projekt von Stiftunglife und Interplast München

Warum

Vor einem Jahr waren wir im Delta unterwegs, so wie viele andere Hilfsorganisationen auch. Wir haben gesehen, unter welchen einfachen Bedingungen die Menschen dort leben und miterlebt, wie viele zum ersten Mal in ihrem

Leben einen Arzt gesehen haben. In Deutschland gibt es Menschen, die wegen jeder Kleinigkeit zum Arzt gehen - in vielen Deltaregionen gibt es keinen Arzt. Wir möchten den Menschen dort helfen besser, gesünder und länger zu leben. Dafür bringen wir die *swimming doctors* und ihr Team auf den Weg.

eine

Irgendwo muss man anfangen. Und weil dieser Weg neu ist für uns und die Menschen im Delta, fangen wir vorsichtig mit einem Schiff an, mit einer schwimmenden Praxis mit vier Untersuchungsräumen. Wir werden Erfahrungen sammeln, lernen und unser

Angebot verbessern. Vielleicht werden später einmal vier, fünf oder zehn Klinikboote unterwegs sein. Zu tun gibt es genug: Mehr als zwei Millionen Menschen leben im Delta.

Die Hälfte von Ihnen muss jetzt Wegezeiten von mehr als acht Stunden in Kauf nehmen, um einen Arzt zu besuchen. Für manchen ist dieser Weg zu teuer, zu beschwerlich – und mancher macht sich zu spät auf den Weg....

schwimmende

Strassen gibt es nur bis Pyapon und Dedeyee. Von dort aus, bis runter zum



Diese Schiffe werden umgebaut als Primary Care Unit





Meer, bewegen sich die Menschen auf dem Wasser. Wenn wir unsere Hilfsangebote zu den Menschen bringen wollen, dann müssen wir auch aufs Wasser. Nach zehn Stunden Anfahrt besuchen wir mit einem regelmäßigen Plan jeden Tag ein anderes Dorf. Nach drei Wochen kehrt das Schiff zurück in den Heimathafen. Dann gibt es eine Woche Erholung und Auffrischen für das Boot und die Mannschaft. Medizin wird nachgeladen, die Geräte werden überprüft und dann geht es wieder los: nach zehn Stunden Anfahrt eröffnen wir morgens um 8 Uhr die Sprechstunde – und viele werden auf uns warten.

Klinik?

Bei uns würden wir von einer gut ausgestatteten Praxis sprechen – für die Menschen im Delta ist unser Schiff ein Wunder: vier Untersuchungszimmer, von denen eins für einen Zahnarzt vorgesehen ist und ein anderes für Augenuntersuchungen. Dazu ein OP, der für kleinere Wundversorgungen eingerichtet ist bis hin zum Kaiserschnitt. Drei Krankenschwestern werden an Bord sein, dazu zwei oder drei burmesische Ärzte – wir freuen uns über jeden deutschen Arzt, der dieses Team auf einer drei Wochen Reise mit Freude und Erfahrung unterstützen mag. Besonders sinnvoll sind solche Einsätze für Augen-, Kinder- Frauen- und Zahnärzte

1. Wir finanzieren den Bau des Schiffes betriebsfertig mit medizinischer Ausstattung, Medikamenten und einem Startgeld von 5.000 Dollar.

2. Die Patienten bezahlen die Medikamente und 1000 - 2.000 Kyat (= 1-2 Dollar) für die ärztliche Behandlung. Patienten, die gar kein Geld haben, werden aus einem poor-patient-fund unterstützt. Das Geld für die Medikamente wird eins zu eins wieder für den Kauf neuer Medikamente verwandt. Die Einnahmen der Ärzte werden geteilt: die eine Hälfte für das medical-team, die andere Hälfte für Boot, Mannschaft und die laufenden Kosten.

3. Das Boot startet am 1. des Monats im Delta und ist drei Wochen im Gebiet unterwegs. In der vierten Woche ist das Boot an seiner Homebase. Wir bekommen eine Abrechnung der Reisekosten. Die Menschen können sich erholen. Das Boot und die Technik werden gewartet, Medikamente werden nachgeladen.

Investition

1.1. Es liegt ein Angebot für ein Schiff in traditioneller Bauart, für rund 170.000 Dollar, vor.

1.2. die Kalkulation basiert auf einer Handskizze von mir, die ich gerne als ordentliche Zeichnung dem Angebot beifügen möchte.

1.3. das Angebot beinhaltet die Genehmigung für den Bau und den Betrieb des Schiffes.

1.4. ein Zeitplan für den Bau des Schiffes muss angefertigt und dem Vertrag beigefügt werden.

1.5. ein Zahlungsplan regelt die Zahlungen angepasst an den Baufortschritt.

1.6. für die Overheadkosten in der Bauzeit zahlen wir 1000 Dollar pro Monat.

1.7. die Investitionskosten werden zwischen Stiftunglife und Interplast geteilt.

2. laufender Betrieb

2.1. Der laufende Betrieb des Schiffes muss Nonprofit aus den Einnahmen gedeckt werden.

2.2. dafür werden die Medikamente eins zu eins verkauft und nachgekauft.

2.3. für einen Arztbesuch zahlen die Patienten 1000 - 2000 Kyat, für eine OP 5000 Kyat unabhängig vom Aufwand.

2.4. für Patienten, die kein Geld haben, wird ein poor patient fund eingerichtet und von der Stiftunglife finanziert.

2.5. die Verantwortung für den Betrieb des Schiffes bekommt ein erfahrener Arzt (head of the team)

2.6. im Hinblick auf weitere Schiffe ist die Gründung einer burmesischen foundation gewünscht, die dann Eigentümerin der Schiffe wird.

Länge: 18,5 Meter

Ausstattung: 1 Op,
2 Untersuchungs-
räume

Breite: 6,5 Meter

Bauzeit: 10 Monate

Gewicht: 15 to

Medical team: 8 Personen

Tiefgang: 1,2 Meter max.

Kosten: 150.000 - 200.000 €

Nutzfläche: 230 m²

JEMEN

al Rahida 2.4.2009 - 26.4.2009

IP Nr. :750/09

E Nr.: 22

Vorbemerkung:

Aufgrund der politischen Ereignisse im Jemen haben wir unseren bereits

geplanten Einsatz im September 2009 absagen müssen Ebenso hat Robert Kastner seinen Einsatz für Januar 2010 abgesagt.

Robert Kastner, Kinderchirurg Kr. München Schwabing
Ulrike Wünsche, OP-Schwester

Mein mittlerweile sechster Einsatz im staatlichen Krankenhaus von al Rahida war erfreulicherweise nicht durch Feiertage verzögert oder unterbrochen, und so konnte ich bereits am 4.2. mit ersten Konsultationen beginnen. Nachdem wir zudem das mitgebrachte und das im Krankenhauslager vom letzten Einsatz zwischengelagerte Material (das insgesamt wiederum vollständig geblieben war) in den Op-Saal eingeräumt und diesen damit ‚in Besitz genommen‘ hatten, haben wir am 6.4.2009 das Operationsprogramm begonnen.

Prominentester Patient war ein Sohn des Gouverneurs der Provinz Dhamar, dessen Hypospadie wir -nach früherer Erstoperation in Kairo- nun in al Rahida erfolgreich operieren konnten. Sowohl vom Krankenhaus in al Rahida, wie auch vom Gouverneur wurde immer wieder der Wunsch nach häufigeren Einsätzen von Interplast im Jemen geäußert. Die Lage in al Rahida ist insbesondere kritisch, weil die Klinik nach dem Ausscheiden des ukrainischen Kollegen Dr. Alexander über keinen Allgemeinchirurgen mehr verfügt und die operativ tätigen jemenitischen Kollegen fachlich und nach unserem Verständnis auch ethisch ungeeignet sind.

Die einheimischen Kollegen, allen voran der Direktor der Klinik Dr. Abdel Rahman, haben sich sehr bemüht, unseren Aufenthalt angenehm und reibungslos zu gestalten und uns auch in der Freizeit zuvorkommend betreut. Unser Kamel (d.h. das Interplast-Kamel) erfreut sich bester Gesundheit und stand uns auch diesmal zur Verfügung. Ortsansässige Beobachter haben überdies Fortschritte erkennen wollen in der Kamelreitkunst der ausländischen Gäste.

Vom 6.4. bis zum 23.4.2009 haben wir 74 Patienten operiert, die meisten davon Ersteingriffe, einige wenige auch Zweiteingriffe nach eigenen oder fremden Voroperationen:

Robert Kastner, Ulrike Wünsche



OP Statistik MUC 2009, 597 Operationen

Einsatzort:

Thailand, Sangkalburi

Datum: 03.07.-12.07.2009

IP-Nr.: 758/09

Einsatznr.: 30/09

LKG = 17

OP Millard und Randall Tennison

Gaumen 5

Unilat. inkompl. Lippe 3

Unilat. kompl. Lippe 5

Bilat. inkompl. Lippe 2

Bilat. kompl. Lippe 2

Verbrennungen = 12

Z- und W-Plastik, VSL, Vollhautplastik, Jumping Men, Limberg Lappen

Hand 5

Ellbogen 2

Axilla 2

Fuß 3

Sonstiges = 14

OL Ptosis 2

Mammakarzinome und Knoten 1

Gesichts- und Oraltumore (Adamantinome, TU, med. Halszyste) 4

Lipome <6cm – 13cm 7

Gesamt: 49 Operationen an 43 Patienten (2 OP Tische)

Komplikationen: Wundheilungsstörung Vollhaut Hals

Einsatzort:

Myanmar – Yangon und Bagan

Datum: 13.02.-01.03.2009

IP-Nr.: 730/09

Einsatznr.: 07/09

LKG = 81

OP Millard und Randall Tennison

Gaumen 19

Unilat. inkompl. Lippe 27

Unilat. kompl. Lippe 24

Bilat. inkompl. Lippe 5

Bilat. kompl. Lippe 3

Revision Lippe 1

Quere Gesichtsspalte 2

Verbrennungen = 43

Z- und W-Plastik, VSL,

Vollhautplastik, Jumping Men,

Limberg Lappen

Hand 20

Finger mult. 11

Ellbogen 2

Axilla 4

Thorax 1

Knie 3

Fuß 2

Sonstiges = 71

UK Sarkom

(Mikrovas. ALT-Lappen) 1

UK Osteomyelitis, Z.n. Fraktur (Plattenosteosynthese) 1

Romberg disease

(Temporalis Turnover Flap) 1

Struma 2

Abdomin. Hernie 1

Mammakarzinome und Knoten (Mastektomie, Lobektomie) 6

Gesichts- und Oraltumore (Adamantinome, TU, med. Halszyste) 22

Ohrmissbildungen 3

Lipome / Atherome 21

div. TU's, varia, mini OP 13

Gesamt: 195 Operationen an 171 Patienten (4-5 OP Tische)

Komplikationen: keine Schweren - Wundheilungsstörungen beim Burn management

Einsatzort:

Myanmar, Bago - Yangon

Datum: 25.09.-11.10.2009

IP-Nr.: 765/09

Einsatznr.: 37/09

LKG = 19

OP Millard und Randall Tennison

Gaumen 28

Unilat. inkompl. Lippe 24

Unilat. kompl. Lippe 38

Bilat. inkompl. Lippe 7

Bilat. kompl. Lippe 12

Revision Lippe 8

Quere Gesichtsspalte 2

Verbrennungen = 25

Z- und W-Plastik, VSL, Vollhautplastik, Jumping Men, Limberg Lappen

Hand 4

Finger mult. 13

Ellbogen 3

Axilla 3

Fuß 2

Sonstiges = 37

Mult. Gesichtsfraktur 5

Struma 18

Abdomin. Hernie 4

Mammakarzinome und Knoten (Mastektomie, Lobektomie) 1

Gesichts- und Oraltumore (Adamantinome, TU, med. Halszyste) 3

Parotis-Misch-TU 1

Lipome <6cm – 13cm 5

Gesamt: 181 Operationen an 159 Patienten (4-5 OP Tische)

Wundheilungsstörung beim Burn management, temporäre Recurrenzparese nach Strumektomie

Mandalay:

98 Operationen 76 Patienten

IP-Nr. 747/09

E-Nr. 17/09

Einsatzort

Mandalay 12.04.– 03.05.2009

LKG = 58

OP Millard und Randall Tennison

Gaumen 16

Unilat. inkompl. Lippe 8

Unilat. kompl. Lippe 21

Bilat. inkompl. Lippe 5

Bilat. kompl. Lippe 7

Verbrennungen = 26

Z- und W-Plastik, VSL, Vollhautplastik, Jumping Men, Limberg Lappen

Hand 6

Finger mult. 10

Ellbogen 3

Axilla 6

Fuß 5

Sonstiges = 37

Mult. Gesichtsfraktur 5

Struma 18

Abdomin. Hernie 4

Mammakarzinome und Knoten



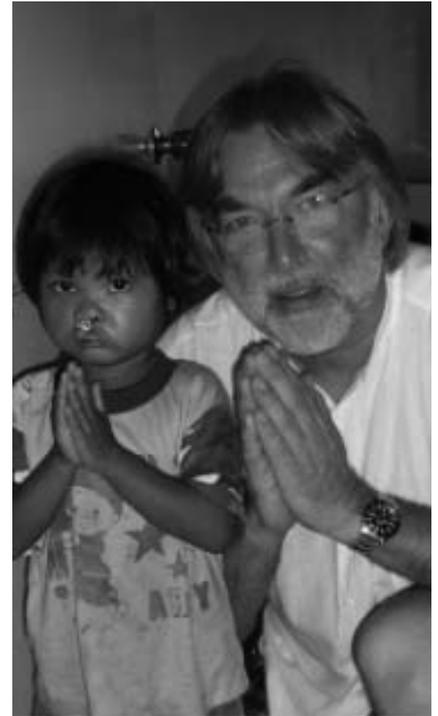
(Mastektomie, Lobektomie)	1	Varikozele	5
Gesichts- und Oraltumore (Aadamantinome, TU, med. Halszyste)	3	A.praeter-Anlage wg. Analatresie	1
Parotis-Misch-TU	1	Fingerkontraktur nach Stromunfall	3
Lipome <6cm – 13cm	5	Schiefhals	1
		Lipom	2
		Hämangiome	2
		Fremdkörper Großzehe	1
		phlegm. Appendizitis	1
		Gaumenspalte	3
		inkompl. Lippenspalte	1
		Ganglion Handgelenk	1
		perianaler Abszeß	1
		Rektumpolyp	1
		Atherome Gesicht/ sonst. Kopf	2
Hypospadie	10		
Epispadie	4		
Phimose	1		
Hodenhochstand	6	<i>Heinz Schoeneich, Angelika Wagner</i>	
Suprapub. Harnableitung	1		
Implantation einer Hodenprothese	1		
Narkoseuntersuchung bei Intersex	1		
Leistenbruch	21		
Hydrozele	1		
Epigastrische Hernie	2		

JEMEN al Rahida Operationen 74

02.04.2009 - 26.04.2009

IP Nr. :750/09

E Nr.: 22



INTERPLAST MISSION, YANGON and SAGAING, MYANMAR, February 4-26 2009

This 8th mission in Myanmar since 1999, in collaboration with the same surgeons, was as satisfactory as the previous ones.

In Mingaladon Hospital, the selection of patients was made again by the permanently young Professor Thet Hta Way, my elder of 2 years, accompanied by his team, Dr Myint Myint Khaing, Dr Tun Tun Aung and Dr Min Zaw Aung.

Over a period of 2 weeks, 21 operations were performed together. They included:

- 1 lower lid ectropion correction with a full thickness skin graft
- 3 lip reconstructions with flaps
- 1 upper lip burn contracture correction with a full thickness skin graft
- 1 tumor of the upper lip resection with full thickness skin graft reconstruction
- 1 gingival sulcus reconstruction with skin graft
- 2 nasal reconstructions with flaps
- 1 nasal tumor resection with full thickness skin graft defect coverage

3 secondary cleft lip nose deformities corrections

3 facial scars revisions

1 cheek flap revision

1 placement of expanders for a partial scalp avulsion reconstruction

1 breast reduction for gigantomastia (3,6 kgs on the Right side, 2,6 kgs on the left).

Of all these operations the most remarkable was, for me, the last one.

Never in Belgium before had I faced such heavy breasts in a 14 years old girl. This young girl came from the countryside and was visibly handicapped.

The breasts were pure gland without fat. The resection being a bloody one made it advisable to perform the operation in 2 stages. The smile she gave me, when she saw herself normal, was pure joy.

The 2d part of the mission was devoted to the Sitagu Ayudana Hospital in Sagaing, where I was joined by Professor Demey and Professor Devillé, anesthesiologist, from Queen Fabiola Children's

Hospital in Brussels. They were able to perform, in children less than one year old, the simultaneous correction of the cleft of the lip and the cleft of the palate, the "all in one operation", without complications.

Which could prove that, in the right conditions, with a trained team, in reasonably healthy children, this would become the standard of care in the future, instead of the classically performed 2 stages operation.

Together, we operated on 38 children, Professor Demey doing most of them. He had come to Sagaing for the 1st time and hinted he might go back next year.

It filled me with happiness as I am now at the sunset of my overseas career and anxious to transmit the enthusiasm which enables to join humanitarian missions year after year.

Christian Dupuis, Bruxelles



Einsatzbericht Mizoram Februar 2009

Zunächst schien der ganze Einsatz unter keinem guten Stern zu stehen. Ursprünglich war er ja für November 08 vorgesehen, wurde aber nur wenige Tage vor Abfahrt von unseren Gastgebern abgesagt wegen erheblicher logistischer Schwierigkeiten. Sie baten uns, stattdessen wie üblich im Februar zu kommen. Unser Viermann-Team war zwar zunächst enttäuscht, aber dann freuten sich alle auf den Februar. Ich persönlich war dadurch frei für einen Einsatz mit Andreas Schmidt im Iran, keine schlechte Alternative.

Nur kurze Zeit vor der endgültigen Abreise kam dann die Absage von zwei Teammitgliedern, zu kurz um Ersatz zu finden.

So fuhren letztlich nur Frau Fabius-Börner und ich, nicht zum ersten Mal.

Wie auch bei unserem letzten Einsatz vor zwei Jahren war vorgesehen, auch in einem Provinzkrankenhaus außerhalb Aizawls Patienten zu operieren. Dafür war diesmal eine kleine Stadt gute drei Autostunden nördlich Aizawls Richtung Silchar vorgesehen. Doch zunächst war der erste Tag unseres Aufenthaltes ausgefüllt mit der Untersuchung von Patienten und der Auswahl für unser Operationsprogramm, nachdem zuvor eine kleine Eröffnungszeremonie mit Reden von Direktor und Pastor, der in Mizoram ja nie fehlen darf, stattgefunden hatte. Wie immer war also so perfekt vorbereitet, die Vorauswahl der Patienten so kompetent durchgeführt, dass fast alle vorgestellten Patienten für eine Operation infrage kamen. Dabei stellten nicht die Kinder mit Lippen- oder Gaumenspalten die Mehrzahl, sondern vor allem Kinder, aber auch Erwachsene mit Narbenkontrakturen nach Verbrennungen und entstellenden Narben im Gesicht. Eine Aufstellung der einzelnen Operationen füge ich Ihnen bei.

Am Montag fuhren wir dann zu unserem Einsatzort außerhalb Durtlangs, wo in einem Pfarrzentrum zahlreiche Patienten auf uns warteten. Auch hier waren es die Kinder, die uns am häufigsten vorgestellt wurden. Für die Operationen am nächsten Tag waren zwei Schwestern und eine Anästhesieärztin vom Presbyterian-Hospital mitge-

kommen, die alle notwendigen Sachen mitgebracht hatten, so dass wir ohne Schwierigkeiten alle geplanten Operationen durchführen konnten. Das kleine Provinzkrankenhaus verfügt zwar nur über einen OP-Saal, der aber uns vollständig zur Verfügung gestellt war, so dass ich an zwei Tischen ohne Zeitverzögerung arbeiten konnte. Alle waren bemüht, uns die Arbeit so leicht wie möglich zu machen. Die Freundlichkeit und Hilfsbereitschaft der Menschen in Mizoram ist jedes Mal wieder bewegend.

Am Abend fuhren wir dann noch zurück nach Durtlang.

Am nächsten Tag begannen wir dann mit unserem Programm in Durtlang. Letztlich waren alle froh, dass wir nur mit einem Zweimann-Team gekommen waren, so war nur ein OP-Saal von uns belegt, und die Orthopäden und Unfallchirurgen hatten die Möglichkeit ihre Operation, ohne auf uns Rücksicht nehmen zu müssen, durchzuführen. Die Schwestern im Presbyterian-Hospital waren wie immer perfekt im Vorbereiten, Instrumentieren, Helfen bei den Wechseln, als wären wir nicht seit zwei Jahren nicht mehr da gewesen. Da auch die junge Anästhesistin während unseres gesamten Aufenthaltes uns half, kam es zu keinen Verzögerungen im Arbeitsablauf. Niemandem wurde die Arbeit zu viel, alle blieben immer freundlich und lustig, obwohl unser Arbeitstag doch immer bis zum Abend dauerte.

Jeden Tag kamen neue Patienten zur Vorstellung, die nach dem OP-Programm angesehen werden mussten, wodurch sich aber auch das OP-Programm täglich vergrößerte.

Das Krankenhaus war im Gegensatz zu früher, wo wir mit unserem Patienten die Betten füllten, jederzeit voll belegt, sodass wir gezwungen waren, die meisten Patienten nach kurzer Liegezeit zu entlassen. Zu den notwendigen Verbandswechseln wurden sie für die Zeit nach dem OP-Programm einbestellt. Dabei zeigte es sich, dass - bis zu unserer Abreise - es zu keinen Komplikationen gekommen war. Lediglich in einem Fall kam es zu einer Nachblu-

tung, die aber keine weiteren negativen Folgen nach sich zog.

Insgesamt war es ein erfolgreicher Einsatz, wie ich glaube. Wir waren nicht mehr, wie in den Anfangsjahren, die „Exoten“, um die sich alles drehte, vielmehr waren wir Teil des Krankenhauses, notwendiger Teil des Krankenhauses. Inzwischen kennen uns die Menschen vom Flughafenpersonal bis zur Ausländerbehörde, das lokale Fernsehen berichtet über uns, weniger als Sensation, mehr zur Information, damit die Menschen wissen, dass wir wieder da sind und sie sich vorstellen können.

Eigentlich waren Frau Fabius-Börner und ich uns einig, den Mizorameinsatz nach nunmehr zehn Jahren zu beenden. Aber vorsichtige Andeutungen erregten nur Entsetzen, und es wurde uns von allen Seiten versichert, wir wären zu einem notwendigen Teil des Krankenhauses geworden. Alle Erweiterungen und Fortschritte im Krankenhaus könnten uns nicht ersetzen und sie wären weiter auf unsere Hilfe angewiesen.

Trotz deutlicher Verbesserung in der medizinischen Versorgung der Bevölkerung durch neue Gesundheitsprogramme der neuen Provinzregierung, besonders auch für die ländliche Bevölkerung, gibt es noch immer keine Plastischen Chirurgen, vor allem aber ist der größte Teil der Bevölkerung so arm, dass er sich eine Behandlung nicht lebensbedrohender Zustände nicht leisten kann. So sind wir mit unserer kostenlosen Arbeit auch nach zehn Jahren noch immer die Hilfe für diese Menschen, besonders auch, indem wir begonnen haben, auch außerhalb der Hauptstadt zu arbeiten und damit den Menschen eine Chance geben, die sich nicht einmal die Reise nach Aizawl leisten können.

So sind wir also zufrieden und mit der Absicht weiter zu machen nach Hause geflogen.

Ortwin Joch, Sektion Frankfurt/Main



9. Einsatz der Sektion Frankfurt in Mizoram (Indien) Presbyterian Hospital Durtlang, Civil Hospital 05.02. – 22.02.2009

Teilnehmer:

Dr. Joch, Ortwin Chirurg (Teamleiter)
Dr. Fabius-Börner, Adelheid Anästhesistin

Durchgeführte Operationen:

Korrekturen von Lippen-, Kiefer-, Gaumenspalten	20
andere rekonstruktive Eingriffe im Gesicht	30
Rekonstruktive Eingriffe an Händen und Füßen	22
Operationen bei Narbenkontrakturen anderer Regionen	16
Deckung ausgedehnter Hautdefekte mit Hauttransplantationen oder Lappenplastiken	17
Operationen bei Hypospadien	4
Tumorentfernungen	8
Operationen bei Missbildungen an Händen und Füßen	7
Sehnenverlagerung bei spastischen Lähmungen	6
septische Operationen	3

Total **133**

Einsatzbericht 10 Jahre Bhutan-Projekt 2009

Zum 10. Male durfte ich als Anästhesist in einem internationalen Team aus 6 Nationen (USA, Kanada, Schweiz, Israel, Bhutan, Indien) in Bhutan als Interplast Germany Teilnehmer arbeiten. Dieser Einsatz, der seit 2001 regelmäßig stattfindet, wird von SMILE TRAIN (USA) hauptsächlich getragen. Professor Jeff Marsh, craniofacialer Kinderchirurg von der Universität St. Louis leitet das Projekt. Dieses Jahr wurden 105 Operationen (fast ausschließlich Lippen- und Gaumenspalten) an Babies und Kleinkindern durchgeführt. Als einzige Komplikation trat eine Nachblutung bei

einem Patienten nach einer Gaumenspaltenoperation auf, die der Patient ohne Folgen überstand. Viele Kinder der letzten Jahre wurden auch dieses Jahr zur Kontrolle und Narbenkorrekturen einbestellt, sodaß eine kritische Begutachtung unserer Arbeit möglich ist. Einmalig ist die logopädische Schulung der Kinder nach Gaumenspaltenoperationen, die von indischen Logopäden von der Universität Chennai (Südindien) eingerichtet wurde. Die Eltern und Kinder werden mit einfachen logopädischen Übungen vertraut gemacht, die sie dann zu Hause oder in der Schule

trainieren können. Seit 9 Jahren arbeiten wir mit dem einheimischen Kieferchirurg Dr. Karma zusammen, der auch 2007 unser Interplast Symposium besucht hat. Er ist nun in der Lage 80% der anstehenden Spaltenoperationen selbst durchzuführen. Das Bhutanprojekt wird dieses Jahr 10 Jahre alt und kann rückblickend als bisher sehr erfolgreich betrachtet werden

Paul Schüller, Traunstein



Augenärztliche Hilfe in den Himalaya-Tälern Nepals



Nach längeren Diskussionen schickte die Interplast Sektion Frankfurt unter der Leitung von Dr. Joch ein „Einmann-Team!“ ins Himalaya nach Nepal!

Da das eingespielte plastisch-chirurgische Team keine Operationsmöglichkeiten mangels Strom und geeigneten Räume hatte, mußte sich der Augenarzt Gück Detlev alleine auf den Weg machen! Erfüllt von unbeschreiblichen Eindrücken berichtet er nun von seinem großartig verlaufenen Einsatz

aus Phulbari, Okhaldungo im Himalaya (18.09 - 4.10.09):

Leider können meine einfachen Worte die Dankbarkeit der vielen Menschen vor Ort nicht vermitteln. Trotzdem gebe ich den tief empfundenen Dank an alle Beteiligten hiermit weiter. Bekannte, Freunde und Patienten halfen im Kleinen als auch im Großen, Thai Airways genehmigte uns äußerst großzügig über 80 Kilogramm an Übergepäck (Medizin, Brillen und Instrumente). Optik Fiel-

mann fertigte 500 Brillen mit besonderen Brillenstärken an, die Fa. MKL der Familie Mühlbauer aus Deggendorf spendete nochmals 1000 Brillen für den Nahbereich (handwerken, kochen, lesen), Fa. Solea aus Plattling konstruierte eine perfekt funktionierende Solaranlage und der Verein „Apotheker Helfen“ stattete uns, wie schon so oft, mit den benötigten Medikamenten aus.

Die reine Fahrzeit zu unserem Zielort sollte ungefähr 12 Stunden mit dem Geländewagen und nochmals 5 Stunden Fußmarsch betragen. Besetzt mit 9 Personen und ca. 200 Kilogramm Gepäck begaben wir uns in extremstes Berggelände, dass zwei Reifenpannen und einmal Steckenbleiben zur Folge hatte. Auf der Rückfahrt rutschte der Wagen von der Piste ab, so dass wir mit viel Glück einem Absturz in eine Schlucht entkamen, was wir weiter talabwärts bei einem schweren Busunglück mit vielen Toten miterleben mussten.

Tief in der Nacht angekommen durften wir als ersten Eindruck der ländlichen Gegebenheiten, mit Hühnern und Ziegenbabys auf unserer Strohmatten schlafen. Nach einem weiteren Fußmarsch am nächsten Morgen standen wir mit offenen Mündern vor unserem Arbeitsplatz der nächsten Woche.





In den steilen Berghängen mit den weit verstreuten Häuschen war es nirgends möglich, die große zu erwartende Menschenmenge unterzubringen, so dass die Dorfgemeinschaft auf einer Bergkuppel ein kleines Hochplateau anlegte, in dem über 100 Bergbauern wochenlang Steinplatten aufeinander schichteten!

Aus Bambusstangen und den mitgebrachten Zeltplanen wurde das große Untersuchungszelt aufgestellt. Der buddhistische Mönch, Sangye Tenzin, mein ständiger Wegbegleiter und ich, durften in einem kleinen Zelt nebenan residieren. Es wurde uns jeden Tag ein Eimer frisches Wasser gebracht und den Strom zum Aufladen aller medizinischen Untersuchungsgeräte gewannen wir über die Solaranlage.

Während des „Free Eye Camps“ haben sich über 2000 Menschen angemeldet!

Wir konnten über 1100 Patienten medizinisch betreuen und weiterhelfen, nach kurzer Zeit waren alle gängigen Brillenstärken aufgebraucht.

Wir versorgten viele schwer und schwerste Bindehaut- und Hornhautinfektionen, wie wir sie bei uns Zuhause in der Praxis seltenst sehen, verursacht durch die starke Rauchentwicklung der offenen Feuerstellen und die unvorstellbar schlechten hygienischen Bedingungen.

Leider erlebt man nur allzu oft bei diesen medizinischen Einsätzen schwer zu



verarbeitende Schicksalsschläge, bei 8 kleinen Kindern keine Möglichkeit auf medizinische Hilfe, sie werden blind bleiben, aufgrund von angeborenem Grauen Star, schwersten Infektionen und sehr hohen Fehlsichtigkeiten, die alle zu nicht mehr behebbenden Fehlsichtigkeiten geführt haben!

Nach dem sehr erfolgreich abgeschlossenen „free eye camp“ planen wir mit dem Verein „kleine Hilfe Deggendorf“ auch nichtmedizinische Hilfe anzubieten!

Mit diesen bleibenden Eindrücken sind wir wieder fest entschlossen all diesen Menschen unsere „Kleine Hilfe“ in dieser Region anzubieten! Ein kleines, aber sehr belebendes Projekt war der Unterricht mit fast 70 Kindern über Natur und Umwelt, wobei sie tagsüber Müll sammelten und nach den Beleh-

rungen ein kleines Geld ihrer Arbeit mit Freudengebrüll erhielten!

Unsere Rückkehr nach Katmandu wurde durch den 60. Jahrestag der Maoisten sehr getrübt, da in diesen Tagen regelrecht Hetzjagd auf buddhistische Mönche gemacht wurde! Sie wurden nicht wie in Tibet gefoltert, aber schikaniert und inhaftiert, das nur als kleiner Blick in die Zukunft wie die chinesische Politik auch schon in anderen Ländern greift.

Zwei kleinere und zwei größere Projekte sind für die nächsten Monate geplant. - Weibliche Büffel für die Dorfgemeinschaft als Milchspender für die Schulkinder (Kostenpunkt pro Büffel 250 Euro) - Schulmaterial für die Grundschule (Tafeln, Kreide, Hefte) - Ein größeres Projekt wird sein, Solarenergie zum Kochen zu beschaffen, was zur positiven Folge hätte, dass keine massive Rauchentwicklung und dadurch bessere hygienische Verhältnisse entstehen. Nachhaltig wäre auch für die Natur der Region gesorgt, da deutlich weniger Holzverbrauch notwendig ist. Nur zu besserer Vorstellung, die Menschen arbeiten für ihr täglich Brot und haben keine Möglichkeit von ihren produzierten landwirtschaftlichen Produkten etwas abzuzweigen, zudem würde es auch auf mehrere Tagesmärsche gesehen keine Abnehmer oder Märkte geben.

Wir dürfen uns nochmals bei allen Beteiligten ganz herzlich bedanken!



Joch - Ishida – Gück, Sektion Frankfurt



Amppipal / Nepal - Reprise nach 3 Jahren - vom 14.2. bis 2.3.09 INTERPLAST – NEPALMED - KOOPERATION

Im Frühjahr 2006 war unser Team zum ersten Mal in einem kleinen Berghospital ca. 120 km westlich von Kathmandu. Der Einsatz kam zustande durch die Vermittlung von Nepalmed, einem gemeinnützigen Verein in Sachsen, der das Hospital zum Teil mitfinanziert.

Bereits für 2008 war ein erneutes plastisch-chirurgisches Camp in Amppipal geplant, welches aber auf Grund der Flughafenblockade in Bangkok kurzfristig storniert werden musste. Im Februar 2009 nun der 2. Anlauf, André Borsche war sofort bereit, diesen Einsatz wieder zu unterstützen, wofür wir ihm sehr dankbar sind.

Teilnehmer dieser Reise waren Beatrice Neumann, Anästheseschwester, Knut Kober, Anästhesist, Michael Ptok und Heinz Hammer, plastische Chirurgen.

Von Kathmandu aus fuhren wir in einem Jeep ca. 6 Stunden über Dumre nach Amppipal, einem Bergdorf auf ca. 1100 m Höhe. Amppipal bedeutet übrigens: Der Ort an dem weiblicher und männlicher Pipalbaum (*Ficus religiosa*) gepflanzt wurden. Gemäß buddhistischer Überlieferung erlebte Siddharta Gautama unter einem Pipalbaum sitzend das „Erwachen“ und wurde dadurch zum Buddha.

Nach ziemlich staubiger und luftiger Fahrt während der letzten beiden Stunden wurden wir im Hospital vom dortigen ärztlichen Direktor, Dr. Wolfhard Starke, herzlich begrüßt. Dr. Starke ist pensionierter Chirurg und Unfallchirurg und leitet den Krankenhausbetrieb seit 2003, meist als einziger Arzt. Für 250 000 Einwohner der unwegsamen Bergregion ist das Hospital die einzige Anlaufstelle in einem Umkreis von bis zu 3 Tagesfußmärschen. Nicht selten kommen Patienten an, die von ihren Angehörigen in einer Art Hängematte über Stunden oder auch Tage auf den Schultern getragen wurden. Neben dem chirurgischen Krankengut behandelt Wolfhard Starke viele internistisch Erkrankte mit gastrointestinalen und pulmonalen Infekten. Letztere basieren häufig auf einer COPD, ausgelöst vom Rauch des offenen Feuers, mit dem in den Häusern ohne suffizientem Kamin

gekocht wird. Etwa 40 Patienten können stationär behandelt werden, die Zahl der ambulanten liegt zwischen 60 und 80 täglich.

Nachdem wir uns im OP eingerichtet hatten, sahen wir unsere ersten Patienten an und erstellten einen OP-Plan für den nächsten Tag. Der örtliche Rundfunk ebenso wie öffentliche Plakataushänge hatten unser Camp bekannt gemacht.

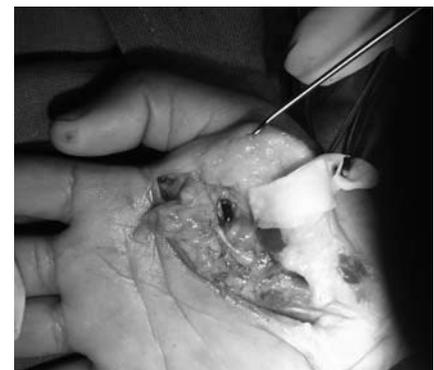
Rubi, ein 14 Monate altes Mädchen war unsere erste operative Patientin. Im Alter von 4 Monaten kam es beim Anfassen eines offensichtlich blanken Drahtes zu einer Stromverbrennung der rechten Hand. Diese Verletzung führte zu einer massiven Flexionskontraktur des Daumens. End- und Grundgelenk waren in nahezu 90°

Beugstellung fixiert. Nach Lösung der Kontraktur zeigte sich eine Zerstörung der langen Daumenbeugesehne sowie eine Defektverletzung des ulnaren Fingernerven. Der Weichteildefekt reichte bis auf das knöcherne Grundglied. Die Weichteilrekonstruktion erfolgte mit einer gestielten Lappenplastik vom Zeigefinger sowie Vollhauttransplantaten.



Ein achtjähriges Mädchen, Amrita, war einige Monate zuvor gestürzt und hatte

seither immer wieder Schmerzen im Daumenballen, besonders beim Zufassen. Das Röntgenbild war unauffällig und klinisch ließ sich kein gravierender Befund erheben, wenn man von einer diskreten Schwellung absah. Da Amrita ihre Beschwerden wiederholt und präzise schilderte, haben wir die operative Revision durchgeführt – wie gut. Tief in der proximalen Daumenballenmuskulatur fand sich ein 1,5 cm langer Holzfremdkörper, der mitten durch den n. medianus gedrungen war, diesen aber in seiner Kontinuität nicht unterbrochen hatte.



Es war diesmal ein Einsatz, bei dem wir überwiegend kindliche und jugendliche Patienten behandelten. Das Durchschnittsalter lag unter 20 Jahren. Insgesamt nahmen wir

26 Eingriffe an 24 Patienten vor. Neben Verbrennungsfolgen und Weichteiltumoren operierten wir auch eine 20jährige Frau mit einer Daumen-doppelanlage mit fast 2 gleichgroßen Partnern – ein Stigma, welches sie immer ihre Hand hinter einem Tuch verbergen ließ und sie gesellschaftlich zur Außenseiterin machte. Strahlende Augen beim ersten Verbandswechsel nach dem Eingriff!



Ein 3jähriger Junge wurde von seinen Eltern mit einer 100° Beugekontraktur am Mittelgelenk des linken Mittelfingers vorgestellt. Vor einem Jahr habe der Bub hier eine Entzündung gehabt. Zunächst sah alles nach einer Hautplastik aus. Beim Eingriff zeigte sich aber, dass beide Beugesehen zerstört waren. Was tun? Die relative Nähe des Interplasthospitals in Kathmandu und aufgeschlossene, wache Eltern ließen eine zweizeitige Beugesehenrekonstruktion gerechtfertigt erscheinen. In Ermangelung eines Silikonstabes haben wir einen Kinderblasenkatheter eingelegt. Bange Tage bis zur Wundheilung, die aber glücklicherweise ohne Komplikationen war. Mit OP-Bericht und Anleitung zur Krankengymnastik für den Finger ausgestattet sollten sich die Eltern mit ihrem Buben nach 3 Monaten im SKMH zum 2. Eingriff vorstellen. Am arbeitsfreien Samstag bestiegen wir den 1800 m hohen Ligligkot, den Hausberg des Hospitals. Nach 2 Stunden Aufstieg hatten wir einen wunderbaren Ausblick auf Manaslu und



Annapurnarange. Bei der nachmittäglichen Rückkehr wurden wir bereits zum alljährlichen Hospitalfest erwartet. Ziegengulasch mit Reis, home made mixed pickles und ‚local‘, ein einheimisches, etwas eigenwilliges Hirsebier wurden für die Hospitalmannschaft und uns aufgetischt und genussvoll verzehrt.

Auch in der 2. Woche gab es genug zu tun. Außer den wie immer sehr professionellen Narkosen führte unser Anästhesieteam 2 Laryngoskopien durch, einmal wegen eines verschluckten chicken bone, das andere Mal wegen zunehmender Heiserkeit, der ein Stimmbandtumor zu Grunde lag. HNO-ärztliche Behandlung in Kathmandu war erforderlich.

Rückblickend war auch dieser 2. Aufenthalt in Amppipal sinnvoll und erfolgreich und von Seiten des Hospital-

verwalters, Babu Ram Giri, wurde der Wunsch geäußert, dieses Camp möglichst jedes Jahr stattfinden zu lassen.

Herzlichen Dank von unserem Team an:

Dr. Wolfhard Starke, Leitender Arzt im Amppipalhospital.
Nanu und Changa, OP-Sr. und -Pfleger.
Maili-Didi, die uns jeden Tag mit Dal-Bad so gut versorgte.
Dr. Arnulf Lehmköster, Sektion Vreden, für hilfreiche Instrumentenausleihe.

Heinz Hammer





Einsatz in Nepal anderer Art vom 14.11. bis 28.11.09

Am 01. November 2009 hat Dr. Jaswan die Führung als Ärztlicher Direktor des SKMH übernommen. Gemeinsam mit vier nepalesischen Chirurgen leitet er das uns allen bekannte Krankenhaus in Salambutar bei Sankhu.

Im Oktober kam die Anfrage aus Kathmandu nach medizinischer Hilfe für ein Militärlager der Maoisten, einem so genannten Cantonement. Die Frage der UNMIN (United Nations Mission in Nepal) wurde von der GTZ an Interplast-Germany bzw. an das SKMH herangetragen. Nach meiner Zusage für diesen Einsatz wurde das Maoisten-Militärlager von Dr. Jaswan und Mitarbeitern evaluiert. 156 Patienten waren im Screening. 51 Patienten wurden für operative Massnahmen im Rahmen des Surgical Camps ausgesucht.

Das Cantonement in Chitwan, im Terai, dem südlichen Teil Nepals an der Grenze zu Indien, beherbergt wohl etwa 4000 Soldaten mit ihren Familien. Die Maoisten der „Liberation Army of the People“ sind Teil der nepalesischen



Armee mit besonderen Auflagen. So werden ihre Waffen in Containern gelagert, die von den UNMIN beaufsichtigt sind. Medizinische Hilfe wurde hier angefordert, um Patienten verbliebene Fremdkörper infolge von Schuss- und Explosionsverletzungen, die aus dem Bürgerkrieg resultierten, zu entfernen.

Ausserdem sollte unsere medizinische Hilfe auch der ansässigen benachbarten Dorfbevölkerung ausserhalb des Militärlagers zugute kommen.

In drei Tagen haben wir schliesslich an 56 Patienten 58 Eingriffe zusammen durchgeführt. Nach dem zweiten Operationstag verliessen der Anästhesist Dr. Ralph Rautenberg und ich das Terrain im Taxi, 170 km bis zum SKMH in neun Stunden Fahrt durch das Gebirge. Das restliche Team verblieb einen weiteren Tag in Chitwan, um mit den beiden Chirurgen Dr. Jaswan und Dr. Manohar die Operationen an weiteren 16 Patienten zu realisieren. Unsere Hilfe erreichte nicht die dortige Zivilbevölkerung.

In Sankhu warteten bereits Kinder mit akuten Verbrennungen und Kinder mit Verbrennungsfolgen auf Hilfe. In meinen übrigen sechs Tagen am SKMH konnte ich 15 Operationen an 13 Patienten durchführen.

Der Einsatz unterschied sich grundlegend von meinen bisherigen Erfahrungen mit Interplast:

Ich reiste allein ohne Instrumentarium und ohne ein mir bekanntes Team. Dann gab es den etablierten Standort des Nepalhospitals mit allen Fazilitäten und der bestehenden Nachfrage zur



Versorgung üblicher Verletzungsmuster und Fehlbildungen mit bereits zur Versorgung stationär aufgenommener Patienten, vornehmlich Kindern. Für meinen Einsatz war die etwas ungewisse Exkursion ins Cantonement zum Surgical Camp vereinbart. Das galt dem Prestige des Nepalhospital und sollte dazu beitragen, weiterhin Patienten aus der Armee zu aquirieren und gegen entsprechende finanzielle Unterstützung für die Klinik. Für mich hiess das, auf vier Operationstage (An-/ Abreise und zwei Tage Op-Camp) im SKMH zu verzichten, die im Nepalkrankenhaus der Zivilbevölkerung mit funktionswiederherstellenden Eingriffe zu Gute gekommen wären.

Diese Gedanken beschäftigten mich sehr und ich bin froh, dass ich mich später im SKMH mit Hein Stahl, Dr. Ralph Rautenberg und Dr. Helmut Tassler darüber austauschen konnte. Für künftige Einsätze werden meine Entscheidungen von dieser Erfahrung bestimmt sein.

Michael Naik





INTERPLAST – Germany – Einsätze in Südostasien 2009 von Dieter Pape



LKG – Patientengruppe im November 2009 mit Teamärzten im Hintergrund

Im 13. Jahr meiner Mitarbeit im S.M.K. Hospital in Nepal war meine Reise nach Sankhu im Kathmandutal zweimal notwendig. Im Frühjahr bin ich für Heribert Koch eingesprungen, der durch eine Unfallverletzung ausgefallen war. In der Zeit vom 9.3. – 27.3.09 habe ich mit meinem Kollegen Jens Rabbels (MKG-Chirurg) und mit der Anästhesistin Marianne Ulmer 46 Patienten mit Gesichtsfehlbildungen operiert.

Der planmäßige Einsatz erfolgte im Herbst mit 2 verschiedenen Teams in 2 Zeitabschnitten. Vom 21.10. – 31.10.09 arbeitete ich zusammen mit Uwe Eckelt (MKG-Chirurg) und Gunnar Hanekop als Anästhesist. Es konnten 33 Patienten operiert werden. Im zweiten Abschnitt vom 1.11. – 13.11.09 haben wir – Cami-

lo Roldan als MKG-Chirurg, Vera Schäl als Anästhesistin und Sabine Dietz als Anästhesieschwester – 38 Patienten operativ versorgt. Im Gesamtkranken- gut von 117 Patienten verliefen alle Eingriffe komplikationslos. In der Nachsorge trat bei einer Gaumenspaltplastik eine Wundheilungsstörung auf, in deren Folge sich ein Restloch bildete. Die Mitglieder meiner verschiedenen Teams waren mit den Arbeitsbedingungen im S.M.K. Hospital über Jahre vertraut. So konnten wir trotz der großen Veränderungen, die sich durch den Wechsel in der Hospitalleitung im Herbst ergab, kontinuierlich wie in den vorhergehenden Jahren arbeiten.

Christa Drigalla, die als verantwortliche Managerin mit mir Anfang 1998 den

klinischen Betrieb startete, hat das Hospital verlassen, um eine neue Aufgaben in Nepal zu übernehmen. Unsere nepalesische Nachwuchshoffnung Anita Badal, die in Freiburg neben einer Krankenhaustätigkeit erfolgreich Schwesternmanagement studiert und danach schon im Hospital Aufgaben übernommen hatte, hat einen Sohn geboren und läßt zunächst Ihr berufliches Engagement ruhen.

Der im Frühjahr 2008 gewählte Medical Director Robert Schachinger hat nach 1 Jahr aufgegeben und ist nach Österreich zurückgekehrt. So stand das Hospital 2009 plötzlich vor einem großen Problem. Hein Stahl, der deutsche Geschäftsführer und für die Bauten des Hospitals Verantwortliche, hat dann den

Schritt nach vorne gewagt. Dem nepalesischen Chirurgen Jaswan Shakya, der uns seit mehreren Jahren als älterer Assistent und dann als Oberarzt vertraut war, wurde die Verantwortung als Chef übertragen. Damit ist das Ziel, das Hospital in nepalesische Leitung zu überführen, endlich erreicht. Deutsche Fachkollegen mit speziellen Kenntnissen werden die Arbeit weiterhin als Volontärärzte unterstützen und nach wie vor wird der wirtschaftliche Betrieb des Hospitals auf die Finanzierung durch Spenden aus Deutschland angewiesen sein.

Die politische Lage in Nepal hat sich beruhigt, weil es offiziell z.Z. keine kriegerischen Handlungen mehr gibt. Die politischen Gegensätze sind jedoch so kraß, dass die Maoisten aus der unter ihrer Führung gebildeten Regierung wieder ausgetreten sind. Mit circa 1/3 der Stimmen haben Sie Ihre radikalen Vorstellungen von einer Volksrepublik nicht durchsetzen können. Deshalb beginnen sie jetzt wieder mit den unseligen Streiks, die weiterhin jede wirtschaftliche Erholung verhindern und jederzeit in Gewaltszenen übergehen können.

Von Nepal führte mich wie in den vergangenen Jahren mein Weg wieder über Bangkok nach Siem Reap in Cambodia. Am Abflugate nach Siem Reap traf ich wie verabredet meine Team-Partnerin, die Anästhesistin Marianne Ulmer mit ihrer Violine als ständige Begleiterin. Wir beide wurden am nächsten Morgen im Angkor Hospital for Children überrascht von einer großen Elternschar, die mit 56 Kindern, alle gezeichnet durch Gesichtsfehlbildungen, auf eine Operation warteten. Zusammen mit dem dortigen Kinderchirurgen Sar Vuthy haben wir dann jeden Wochentag 8 bis 10 Stunden täglich 4 – 5 Kinder unter Einbeziehung von Notfällen (u.a. 1 schwierige Mehrfachfraktur des Unterkiefers) operiert. Obwohl 8 der 56 Kinder aus medizinischen Gründen nicht operiert werden konnten, mussten wir unseren Aufenthalt verlängern und sind dann erst



Der neue Medical Director Jaswan (3. Reihe, 2. von rechts) mit einem Teil seiner Hospitalmannschaft und dem Gäste-Team

am 29.11. nach Deutschland zurückgekehrt. Trotz der vielen Arbeit haben wir das warme Klima und das Hotel Angkor Village mit klassischen kleinen kambodschanischen Holzhäusern in einem schönen Park mit Swimmingpool sehr genossen. Auch Angkor Wat, die große Tempelstadt gebaut zwischen dem 6. und 12. Jahrhundert von kambodschanischen Königen und wichtigstes Reiseziel aller Touristen, haben wir am Sonntag besuchen können.

Die Mitglieder meiner verschiedenen Teams und ich sind nach den erfolgreichen und komplikationslosen Einsätzen mit neuen Erlebnissen aus diesen Ländern glücklich und zufrieden heimgekehrt. Wir möchten an dieser Stelle unseren besonderen Dank richten an Waltraud Huck und pro-interplast, die wie in all den vergangenen Jahren die Finanzierung unserer Reisekosten übernommen hat.

Dieter Pape, Preetz



INTERPLAST – Einsatz BENGALURU / Indien vom 24.01. bis 08.02.2009



Zu einer festen und lieb gewordenen Einrichtung der Sektion Stuttgart-Münster ist das alljährliche Camp in Bangalore geworden. Zum achten Male wurden die Vorbereitungen für einen Einsatz in der Metropole im Süden Indiens getroffen und von Marlene und Hubertus Tilkorn mit viel Fleiß und Geschick in die richtigen Bahnen geleitet. Mit Hilfe von Frau Fischer (LUFT-HANSA STUTTGART) wurde auch für alle Teilnehmer eine gute und wichtige Übergepäckregelung gefunden. Vom ursprünglichen Team, welches erstmals im Juni 2002 startete waren zwei Urgesteine (Stephan Düchting, Robert Oellinger) übrig geblieben. Aus allen Himmelsrichtungen der Republik trafen wir uns am Frankfurter Flughafen, um von dort aus mit einem Direktflug auf den Subkontinent zu starten.

Das Team:

- Hubertus Tilkorn (Plastischer Chirurg, Teamleiter)
- Stephan Düchting (Plastischer Chirurg)
- Robert Oellinger (Plastischer Chirurg)
- Diedrich Stindt (MKG- Chirurg)
- Eckhard Speulda (Anästhesist)
- Frank Möller (Anästhesist)

- Marlene Tilkorn (Allg. Medizin)
- Tina Tröster (Op. Schwester)
- Max Speulda (cand. med)

Gegen 2:00 Uhr morgens kamen wir am 25.01.2009 am neu errichteten Flughafen in Bangalore (Bengaluru) an. Alle Gepäckstücke waren mitgekommen. Der Zoll stellte kein großes Problem dar, was wir auch schon anders erlebt hatten. Am Ausgang wurden wir - wie gewohnt - von unseren Freunden der FRIENDS of WELFARE ORGANISATION (FWO) erwartet. Diese Gruppe indischer Geschäftsleute ist für uns und das Projekt ein wahrer Segen. Sie führen bereits im Vorfeld sehr zuverlässig äußerst wichtige Aufgaben für das Camp und seine Teilnehmer durch, ohne deren Erledigung man nicht nach Indien reisen sollte. Wie wir von anderen Gruppen wissen, können ganze Einsätze durch schlechte Vorarbeit scheitern und damit auch Geld verloren gehen. Es ist uns ein Anliegen nochmals kurz aufzuführen, um was sich die Gastgeber kümmern sollten: 1) Absprache mit dem Medical Board, dass ein Team Plastischer Chirurgen kommt, um ganz bestimmte Indikationen zu operieren. Wenn keine Akzeptanz durch die orts-

ansässigen Kollegen gegeben ist, kann eine Arbeitseinstellungsverfügung die Folge sein 2) Es muss vor Abflug die Medical Registration durch die Regierung abgeschlossen sein und damit die Arbeitserlaubnis vorhanden sein.

Der Screening Day war wie üblich sehr voll und es mussten über 200 potentielle Patienten angesehen werden. Durch unsere indischen Freunde wurde unser Kommen angekündigt und bereits eine Vorauswahl getroffen, andernfalls wäre der Aufwand noch größer und fast nicht zu bewältigen gewesen. Das Vorscreening ist ebenfalls ein Punkt, welcher die Effektivität eines Camps deutlich verbessern kann. Eine hohe regelmäßige OP- Frequenz ist nur möglich, wenn die angesprochenen Voraussetzungen erfüllt sind. Im Jahr 2008 lag bei Interplast Germany die durchschnittliche OP- Zahl bei gut 68 Eingriffen pro Einsatz. Dass es bei uns alljährlich mehr als 120 sind, ist ein wesentlicher Verdienst der FWO.

Wichtig ist uns zu erwähnen, dass es eine Schwerpunktänderung im Rahmen des Behandlungsspektrums gibt. Hatten wir bisher vorwiegend Lippen-Kiefer-Gaumenspalte zu bearbeiten, so beobachten wir in den letzten Jahren eine Verschiebung hin zur Verbrennungschirurgie. Ein Grund dafür liegt vermutlich in der Tatsache, dass - zumindest in den Großstädten - viele internationale Organisationen (z.B. Smile Train, Deutsche Kinder- Cleft Hilfe usw.) tätig sind, welche sich auf die LKG- Behandlung spezialisiert haben. Häufig sind die Fälle, die sich bei uns vorstellen dann mäßig operierte Erstbehandlungen oder notwendige Sekundär- und Tertiär-Eingriffe. Unsere Gruppe wird sich aus diesem Grunde in Zukunft den sog. Spaltnasen verstärkt zuwenden. Sie bedeuten für die überwiegende Mehrheit der Spaltträger weiterhin ein klares Stigma, um welches sich nicht ausreichend gekümmert wird, trotz erfolgreicher Spaltoperation. Auch dafür wird eine eingehende Vorbereitung und Organisation durch die Gastgeber nötig werden, sonst ist die Perspektive nicht



verwirklicht. Wir werden auf das Gelingen (oder nicht Gelingen) in den nächsten Berichten eingehen. Die Patientenauswahl wurde mit der Erstellung des OP- Planes abgeschlossen, so dass wir 26.01.2009 ohne Verzögerung im Mahaveer Eye Hospital mit der Arbeit beginnen konnten. Man stellte uns dort einen Raum mit zwei OP- Tischen zu Verfügung, außerdem Personal und Sterilisationsmöglichkeiten. Seit Jahren sind wir in dieser Einrichtung zu Gast und die Wiedersehensfreude ist jedes Mal groß. Blindes Verständnis mit unseren OP- Helfern klingt vielleicht etwas übertrieben, aber ein bisschen geht es in die Richtung. Dank der guten Stimmung im Team und der freundlich gesinnten Umgebung konnten wir uns voll auf die Arbeit und unsere Patienten konzentrieren, was uns gut von der Hand ging. Natürlich versuchten wir zu Beginn des Camps die großen und aufwendigen OP's zu legen und zur zweiten Hälfte einfachere und weniger nachsorgeintensive Eingriffe. Auf diese Art und Weise konnten wir die entscheidenden Verbandswechsel noch selbst durchführen, ohne mit einem mulmigen Gefühl abreisen zu müssen. Die OP- Statistik ist aus der nachfolgenden Tabelle zu entnehmen:

Lippen-Kiefer-Spalten:	20
(davon 6 voroperiert)	
Gaumenspalten:	16
(davon 8 voroperiert)	
Rhinoplastik bei LKG-Spalte:	2
Schwere Verbrennungskontrakturen:	
76 (davon 1 Latissimus-Lappen,	
36 Z,W-u.ä. Plastiken,	
19 Vollhauttransplantationen	
3 Spalthauttransplantation,	
17 Narbenexzisionen)	
Syndaktylie-OP:	2
Keloid-Behandlungen:	3
Debridement:	1

ON - die Zusage nach Möglichkeit 2010 wieder zu kommen, was uns allerdings auch nicht schwer fiel.

Noch zu erwähnen ist, dass uns während der ersten Woche ein Fernsteam des SWR unter der Leitung von Wiltrud Kremer begleitete. Das Resultat daraus waren ein Bericht im Weltpiegel (19.04.2009, ARD) und ein halbstündiger Bericht im SWR (29.04.2009) am Sendeplatz der Auslandsreporter. Das eingelebete Spendenkonto möge entsprechende Wirkung zeigen.

Zum Ende des Camps am 05.02.2009 haben wir nochmals einen Großteil der operierten Pat. zur Nachuntersuchung einbestellt. Patienten, die einer weiteren Betreuung bedurften, wurden bei der Gelegenheit einem chirurgisch erfahrenen „Local Doctor“ vorgestellt. Außerdem wurden alle mit der Telefonnummer der FWO versorgt, so dass bei Bedarf Kontakt aufgenommen und evtl. Hilfe organisiert werden konnte. Nach zwei Tagen Erholung in der Nähe von Bangalore nahmen wir den Rückflug am frühen Sonntagmorgen (08.02.2009) Richtung Frankfurt. Zuvor gaben wir - unter diskretem Druck der FRIENDS of WELFARE ORGANISATI-

*Oellinger/Düchting,
Sektion Stuttgart/Münster*





Indieneinsatz an der AMU University in Aligarh, Utar-Pradesh, 19.02. – 08.03.2009

Team:

- Alireza Ghassemi, Teamleiter
MKG-Chirurg, Aachen
- Marcus Gerressen
MKG-Chirurg, Aachen
- Lloyd Nanhekhan
Plast. Chirurg, Leuven
- Johanna Sprute
Assistenzärztin MKG-Chirurgie,
Aachen
- Peter M. Thamm
Anästhesist, Aachen
- Edelgard Fischer
Anästhesistin, Aachen
- Britta Fiedler
Anästhesistin, Aachen
- Mirco Magliani
Anästhesiefachpfleger, Aachen
- Frank Deinet
OP-Fachpfleger, Aachen
- Lisa Hoffmann
OP-Schwester, Aachen

Und plötzlich waren wir wieder angekommen inmitten des gleißenden Sonnenlichts, des Geruchs von Staub und verbranntem Plastik, von sauber angehäuften, getrockneten Kuhfladen zum Verwenden von Heizmaterial. Schulkinder in adretten blauen oder grünen Uniformen, zu zehnt dicht gedrängt, auf Fahrradrikschas transportiert statt in Schulbussen, daneben auf dem Bürgersteig dahin laufend ärmlich gekleidete, halb nackte Kinder, die sich dennoch so anmutig bewegten und nur träumen konnten von einem Jahr in der Schule. Und wir waren besonders froh,

dass es wieder geklappt hat, mit dem Einsatz, den wir dank Pro-interplast Seligenstadt und den vielen großzügigen Spenden der pharmazeutischen und medizintechnischen Industrieunternehmen realisieren konnten. All den kleinen Patienten, die wir beim letzten Mal im Mai 2008 zurückschicken und trösten mussten, waren wir es schuldig, noch einmal hierher gekommen zu sein. Dank vieler günstiger Bedingungen wie kühlere klimatische Verhältnisse (die Kinder hatten auf dem Weg zur Schule bei 22° Wollmützen auf) sowie sauberere Unterbringung und reichhaltigere Ernährung führten dazu, dass fast alle Teammitglieder durchgehend arbeiten konnten, ohne sich das in diesen Tagen wütende Denguefieber zu fangen. Wo wir noch vor 9 Monaten im ausgelagerten UNANI-hospital (Hospital der Homöopathie) auf engstem Raum arbeiten mussten, das zwar nostalgische Gefühle hervorrief, da es 100 Jahre alt war und unter Denkmalschutz stand, waren jetzt für uns im Dentalinstitut zwei „OP-Säle“ und ein Aufwachraum mit 5 Betten bereitgestellt.

Nach einem Vortrag eines Professors aus Delhi über die Fortschritte der Kiefer- und Gesichtschirurgie im heutigen Indien und ihren Möglichkeiten und dem offiziellen Empfang in der Fakultät und regem Austausch mit Studenten konnte es mit dem Screening und Operieren losgehen. Es wäre alles viel zu reibungslos und zu befriedigend abgelaufen, wenn wir unser Cargogepäck aus dem Zoll in Delhi nicht erst nach 4

Tagen freibekommen hätten. Das hat uns Kopfschmerzen und Nerven und Zeit gekostet, da täglich einer von unserem Team die weite Strecke (5 h) nach Delhi musste. Abgesehen von den Medikamenten (Antibiotica) konnten wir alles in Empfang nehmen.

Den Sonntag hatten wir uns freigenommen, um die wertläufige Universität mit 80 Fakultäten näher kennen zu lernen. Insbesondere lohnte sich ein Besuch in der größten und berühmtesten Bibliothek Indiens, die rund um die Uhr geöffnet war. In der „Kennedy Hall“, wo die großen Shows und Movies stattfinden, wurden wir von Hunderten von Studenten mit hineingezogen und wir erlebten den „Slumdog Millionär“ frisch heruntergeladen und kopiert auf riesiger Leinwand. Es war kurz nach der Oscarverleihung – und der Jubel der Studenten war unfassbar. Es war eben nicht Bollywood, wie sie es gewohnt waren, sondern ein bisschen wertvoller und anspruchsvoller – und sie waren unendlich stolz. Ganz anders wurde der Film außerhalb des Uni-Lebens aufgenommen, vor allem von der etablierten Gesellschaft, als Nestbeschmutzung bewertet. Da waren wir doch sehr erstaunt.

Der diesjährige Einsatz war geprägt von einer großen Zahl durchgeführter Operationen, guter Ergebnisse, guter Nachsorgemöglichkeit und nur leichten Erkrankungen der Teammitglieder. Dagegen hatten nur einige ausgewählte indische Ärzte und Ärztinnen die Chance, in unserem Team mitmachen und





lernen zu können. Unser Einsatz fiel zeitlich mit den Prüfungszeiten der Fakultät zusammen, so dass die Studenten keine Chance zum fachlichen Austausch und zur Lehre hatten wie beim letzten Mal und dies auch bedauernd zum Ausdruck brachten. Im nächsten Jahr soll es wieder eine Übertragung in den Hörsaal geben, Studenten der älteren Semester könnten die Gelegenheit haben, in täglicher Rotation zu assistieren und bereits beim Screening beizuwohnen, um das Spektrum der Plastischen Chirurgie und Kieferchirurgie näher kennen zu lernen und sie bei der Aufklärung der Patienten zu integrieren.

Insbesondere wollen wir uns beim nächsten Mal den Kindern mit den massiven ankylotischen Veränderungen im Kiefergelenksbereich widmen, die meist als Folge von unbehandelten Frakturen im Unterkieferbereich resultieren und schwerste Ernährungs- und Entwicklungsstörungen hervorrufen.

Auf jeden Fall haben wir auf bittere Weise lernen müssen, dass wir hochwertige Antibiotika, selbst wenn wir sie als Spende nachweisen konnten, im Zoll lassen mussten. Daher ist es auf jeden Fall empfehlenswert, Antibiotika in Indien vor Ort zu bestellen, nachdem sie von der indischen Pharmaindustrie für ein Minimum unserer Kosten hergestellt werden.

Zum Schluss wollen wir von einem kleinen 6jährigen Jungen erzählen, der

von Tierfellnaevi übersät war, wie das Bild eindrucksvoll zeigt, und sich nicht traute, zur Schule zu gehen, jedoch zu Hause wie ein Guru verehrt wurde, da man ihn in seiner Umgebung für etwas Überirdisches hielt. Unser plastischer Chirurg hat vorerst nur das Gesicht von den Naevi befreit, so dass der Junge nicht mehr zum Fürchten aussieht und sich auch nicht mehr ängstigen muss, von anderen Kindern wie eine Tier gejagt zu werden.

Im Einzelnen führten wir bei insgesamt 95 Patienten folgende Eingriffe durch:

- Lippenverschlüsse:
45 davon 9 Revisions-Lippen
- Gaumenverschlüsse:
30
- Velopharyngoplastik:
13
- bilaterale Gesichtsspalte:
3
- Ankyloselösung Kiefergelenk:
4
- Lösung Narbenkontrakturen /
Narbenkorrektur
21

Gesicht + Hals + Extremitäten

- Tumorexstirpationen:
5
- Entfernung Tierfellnaevus + NZN:
7
- konservative Parotidektomie:
1

- Nasenrekonstruktion /
Septorhinoplastik:
9
- Ohrrekonstruktionen / Ohrkorrektur:
4
- Ganglionentfernung:
1

Edelgard Fischer





Einsatzbericht Chalsa / Jalpaiguri / West Bengalen / Indien 06.02.-04.03.2009 und 14.11.-05.12.2009

pro Interplast Seligenstadt e.V.



Hintergrundinformation

Das Projekt Chalsa / Jalpaiguri besteht seit 2005 und wird von pro interplast Seligenstadt e.V. in enger Kooperation mit der indischen Hilfsorganisation Howrah South Point (H.S.P.) unterstützt. Die Projektarbeit findet im ländlichen Teil von Westbengalen statt. H.S.P. beherbergt in der Region Jalpaiguri zahlreiche Kinder und Jugendliche mit körperlichen oder geistigen Behinderungen in insgesamt vier Heimen (Mogradangi, Bakuabari, Jordighi, Maria Bosti). Die britische Teegesellschaft Goodrick Group, die dort große Teeplantagen unterhält, stellt für die Einsätze eines Ihrer Krankenhäuser zur Verfügung. Es befindet sich im Norden von West Bengalen in der Nähe zur Grenze zu Bhutan, unweit von Nepal und Bangladesch. Der nächstgelegene Ort heißt Chalsa und ist vom Krankenhaus auch zu Fuß gut erreichbar. Bei gutem Wetter und etwas Glück werden die Frühaufsteher beim Spaziergang durch den Aibheel Teegarten nicht nur mit einem schönen Sonnenaufgang, sondern auch mit einem wunderschönen Blick auf die Vorberge des Himalaya belohnt.

Das Krankenhaus wird über das Jahr hinweg primär für die medizinische Versorgung der Goodrick-Angestellten

und deren Angehörigen betrieben. Der Tätigkeitsschwerpunkt liegt in der Behandlung internistischer Erkrankungen. Die meisten Patienten werden ambulant versorgt. In wenigen Fällen ist eine stationäre Aufnahme zur Behandlung von Gastroenteritiden, Malaria oder anderen Infektionskrankheiten erforderlich. Der Operationssaal wurde bis 2005 aufgrund Fachärztemangels jahrelang nicht benutzt. Nachdem die notwendige Infrastruktur durch mitgebrachtes Equipment geschaffen wurde, wird der Operationssaal überwiegend von pro Interplast Teams genutzt. Zuletzt fand eine durch Goodrick initiierte umfassende Renovierung der Operationsräume statt, die zu einer weiteren Verbesserung der verfügbaren Infrastrukturen beigetragen hat. Der Chefarzt und Internist des Krankenhauses, Dr. Prasad, heißt die Teams jedesmal herzlich willkommen und steht bei Auftreten logistischer Probleme für Lösungsmöglichkeiten stets zur Verfügung.

Der erste Einsatz fand im Februar 2005 statt. Ziel war zunächst, Kinder und Jugendliche mit angeborenen Fehlbildungen, insbesondere mit Lippen-Kiefer-Gaumenspalten, operativ zu versorgen. Während des ersten Einsatzes wurde schnell deutlich, dass ein einziger Einsatz nicht ausreichen würde, um alle

Patienten adäquat behandeln zu können. In vielen Fällen sind zum optimalen Verschluss komplizierter Lippen-Kiefer-Gaumenspalten mehrere chirurgische Interventionen notwendig. Die Einsätze wurden daher bis einschließlich 2008 unter der Leitung von Prof. Klaus Bitter zweimal jährlich durchgeführt. Mit Begeisterung und unermüdlichem Engagement etablierte er über die Jahre feste Organisationsstrukturen und enge Kontakte zu den lokalen Organistoren, die ganz wesentlich zum reibungslosen Projektverlauf beitragen.

Eine Woche vor Beginn jeder operativen Einsatzphase reiste Prof. Klaus Bitter in die Region, um die OP-Indikation zu prüfen und die Patienten auf ihre OP-Fähigkeit zu untersuchen. Diese Screening-Phase findet jeweils an definierten Orten statt und dient dazu, den OP-Plan zu erstellen und weitere vorbereitende organisatorische Aufgaben zu erledigen. Im Anschluss an die operative Phase wird - wie von Prof. Bitter eingeführt - für eine weitere Woche die adäquate Nachsorge der Patienten gesichert.

Neben der anesthesiologisch-chirurgischen Versorgung durch das deutsche Team wurde in den vergangenen 2 Jahren auch die pädiatrische Betreuung ein wichtiger Teil des Projekts.

Die Rekrutierung der Patienten und die logistische Unterstützung übernimmt die lokale Organisation Howrah South Point in Zusammenarbeit mit zwei regionalen Wohltätigkeitsorganisationen, die das Projekt seit langer Zeit mit großem Engagement unterstützen.

Wichtiges Bindeglied zwischen dem deutschen Team und den Patienten ist eine Mitarbeiterin vor Ort, die als Übersetzerin stets zur Verfügung steht. So kann ein intensives Vertrauensverhältnis zwischen allen Beteiligten aufgebaut und die Arzt-Patient-Beziehung über Jahre hinweg gefestigt werden. Während des Einsatzes wird außerdem einheimisches Krankenhauspersonal geschult. Die große Konstanz des lokalen Pflegepersonals wie auch deutschen Teams tragen dabei wesentlich zum Erfolg und Bestehen des Projektes bei.

Ich reiste im November 2007 zum ersten Mal als Teammitglied mit. Als Kinderärztin bestand meine Aufgabe primär darin, die prä- und postoperative Versorgung der Patienten zu übernehmen. Im Lauf der Projektarbeit wurde aber klar, dass darüber hinaus weitere Maßnahmen sinnvoll und erforderlich wären, um die gesundheitliche Situation der Patienten insgesamt dauerhaft zu verbessern. Die Familien der Patienten sind in der Regel arm und haben daher weder Zugang zu ausgewogener Ernährung oder Bildung noch zu medizinischer Basisversorgung. Zudem gibt es in ländlichen Regionen kaum Ärzte, da im Einzugsbereich von Städten die Einkommensmöglichkeiten und Lebensbedingungen weit besser sind.

Während meiner Tätigkeit entstand daher in Zusammenarbeit mit Prof. Bitter ein Paket einfach umsetzbarer Maßnahmen, um die basismedizinische Versorgung der Patienten und Ihrer Familienangehörigen qualitativ deutlich zu verbessern. In diesem Zusammenhang kam es zu vielen konstruktiven Gesprächen mit Herrn Prof. Bitter über pädiatrisch-internistische Inhalte, aus denen sich die rege interdisziplinäre Projektarbeit entwickelte.

Im November 2008 begleitete ich das Projekt durchgehend sechs Wochen lang unter Einschluß der Screening-

und Nachsorgephase. In dieser Zeit lernte ich wichtige Hintergründe und Organisationsstrukturen kennen. Viele Ideen konnten umgesetzt und Leitlinien ausgearbeitet werden. Die Tage waren sehr arbeitsintensiv und dementsprechend lang. Doch selbst nach 16 Stunden Arbeit schienen die Tage oft noch viel zu kurz.

Mangel- und Fehlernährung, niedriger sozialökonomischer Status, Unwissenheit über hygienische bzw. präventive Maßnahmen führen sehr häufig zu Anämie, Vitamin- und Mineralstoffmangel, Nachtblindheit, intestinalen und dermalen Parasitenbefall, Tuberkulose oder Malaria. Das Screening auf Anämie und Tuberkulose, Entwurmung, Überprüfung des Impfstatus, Veranlassung von Impfungen, Behandlung parasitärer Erkrankungen, Substitution mit Eisen-, Vitamin- und Mineralstoffen sowie Ernährungs-, Hygiene- und Schwangerenberatung ist daher inzwischen ein wichtiger Teil dieses Projektes. Die meisten genannten Elemente werden seit 2009 systematisch während der Screening-Phase umgesetzt.

Im Herbst 2008 starteten wir eine weitere Initiative: Die sozialpädagogische Betreuung von Patienten und Angehörigen. Die gemeinsamen sozialen Aktivitäten während des stationären Aufenthaltes erwiesen sich durchweg

als lohnend und erfolgreich. Die spielerische und interaktive Arbeit mit den Patienten und ihren Eltern macht nicht nur Spass, sondern hat auch wichtige therapeutische Aspekte. Es fördert das Vertrauen und gibt Sicherheit in einer fremden Umgebung. In den vorherigen Einsätzen verbrachten Patienten und betreuende Familienangehörige den Krankenhausaufenthalt überwiegend im Bett, die postoperative Mobilisation gestaltete sich durch gesellschaftlich verankerte Strukturen und Heimweh in der Regel schwierig. Jetzt aber beobachteten wir täglich, dass sich die Kinder, Jugendlichen und Eltern auf die vielseitigen Bastel- und Malangebote, auf das selbständige Herstellen von Spielen oder kleinen Instrumenten freuten. Schon am ersten postoperativen Tag brachten sich die Patienten aller Altersgruppen ins „Kindergarten-geschehen“ ein und nutzten so den Krankenhausaufenthalt konstruktiv und kreativ. Wir beobachteten bei vielen eine Verbesserung von Antrieb, Ausdauer, Konzentrationsfähigkeit, kognitiven und motorischen Fähigkeiten. Im Verlauf profitierten Kinder und Jugendliche, aber auch die Eltern und das gesamte Projektteam.

Ein weiterer Schwerpunkt des Projekts ist die Schulung der lokalen Mitarbeiter(innen), damit die grundlegenden Präventionsmaßnahmen per-





spektivisch ganzjährig durch einheitliches Personal umgesetzt werden können. Zur weiteren Verbesserung der Arbeitsgrundlage wurde zudem ein systematisches Patientenaktensystem mit festen Dokumentationsregeln nach deutschem Vorbild eingeführt, um in Dokumentation und Verwaltung einen hohen Standard und schnellen Zugriff auf alle Informationen zu gewährleisten.

Zusammenfassend kann man sagen, dass wir den Einsatz im November 2008 erschöpft, aber mit großem Erfolg und Zufriedenheit beenden konnten. Der nächste gemeinsame Einsatz sollte am 6. Februar 2009 beginnen. Am 16. Januar erreichte pro Interplast unerwartet die traurige Nachricht über den plötzlichen Tod von Prof. Klaus Bitter. Ganz in seinem Sinne entschied ich, gemeinsam mit den für diesen Einsatz rekrutierten Teammitgliedern, den Einsatz durchzuführen, wenn auch die operative Einsatzphase auf zwei Wochen reduziert werden musste. Dr. Cornelius Klein, ein langjähriger Mitarbeiter von Prof. Bitter am Universitätsklinikum Frankfurt a.M. erklärte spontan, dass er die chirurgisch-operative Verantwortung übernehmen wird. Dr. Klein ist Chefarzt der MKG-Chirurgie im

Klinikum Deggendorf. Er wird zukünftig gemeinsam mit Dr. Ayse-Gül Schmidt aus der MKG-Chirurgie der Charité Berlin die Patienten operativ versorgen.

Verantwortung übernehmen

6. Februar 2009. Die Reise beginnt. Flughafen Berlin Tegel. Pünktlich um 8:50 Uhr setzt sich der Flieger nach Frankfurt a.M. in Bewegung. Um 11:15 Uhr sitze ich in der ausgebuchten Lufthansa Maschine nach Kolkata. Ich freue mich auf ein paar Stunden Schlaf und lande nach knapp 9 Stunden Flug. Um 1 Uhr morgens Ortszeit verlasse ich mit den anderen Passagieren die Maschine und das Atmen fällt mir in der schwülwarmen, kerosinhaltigen und versmogten Luft schwer. Im Flughafengebäude gestaltet sich die Einreiseprozedur zügig, während das Gepäck wie üblich lange auf sich warten lässt. Endlich habe ich mein 50 kg schweres Gepäck zusammen. Rahman, der Taxifahrer, den ich schon vom letzten Mal kenne, bringt mich sicher durch die Nacht zum Hotel in der Sudder Street. Nach 3 Stunden Schlaf und zwei Tassen Nescafé zum Frühstück werde ich wieder von ihm abgeholt. Wir fahren zum Ort der ersten Voruntersuchungen ins Kinderheim von Howrah South Point (H.S.P) in Ashaneer (Kalkutta). Ich versorge einige mir gut bekannte Patienten und beginne mit der OP-Planung. Am Folgetag setzte ich meine Reise nach Jalpaiguri im Norden Westbengalens fort. Nach einer Flugstunde lande ich in Bagdogra. Teresa und Homal aus Mogradangi erwarten mich bereits ungeduldig. Insgesamt zwei Stunden Autofahrt mit Zwischenstopps liegen noch vor mir. Ich freue mich sehr auf das Wiedersehen mit zahlreichen Menschen, die ich im Laufe der Zeit kennen gelernt und lieb gewonnen habe. Ich fühle mich wohl, eigentlich wie zu Hause. Die Entscheidung, das Projekt weiterzuführen, fühlt sich richtig an. Als Projektleitung erwarten mich neue Aufgabenbereiche und große Herausforderungen. In Siliguri besuche ich Sandip, den Inhaber des Medical Shops, um noch die letzten wichtigen Utensilien für den Einsatz

zu besorgen. Danach fahren wir weiter und besuchen Dalia auf eine Tasse Tee. Nach weiteren 30 Minuten Autofahrt bin ich „zu Hause“ in Jordighi. Bei Ankunft überwältigen mich der herzliche Empfang von Devi, Vinita, vielen anderen Mitarbeiterinnen und den dort lebenden Kindern. Ich richte mich ein und bereite alles Notwendige für die folgenden Screening-Tage vor. Nach vielen Unterhaltungen gehe ich zeitig zu Bett, um für den nächsten Tag etwas ausgeruht zu sein.

Am nächsten Morgen begrüßt mich bei klarer Sicht in der Ferne der „Kanchenchunga“, der an der Grenze von Indien zu Nepal mit 8586 Meter aus dem Himalaya-Massiv emporragt. Nach meinem ersten Frühstück beginnt die Routine. Ab dem nächsten Tag werden wir täglich zu verschiedenen Stützpunkten fahren: Mogradangi, Daphganj, Lataguri. Von Lataguri fahren wir dann am späten Nachmittag auf direktem Weg weiter nach Chalsa. Im Krankenhaus sind schon alle auf uns gespannt. Ich richte mein Sprechzimmer im Krankenhaus noch am selben Abend ein und bespreche mit Vinita den Ablauf der nächsten beiden Screening-Tage.

Auch Vinita, eine der engsten und vertrautesten Mitarbeiterinnen, steht dieses Mal ganz neuen Aufgaben gegenüber. Sie ist nicht nur für die sprachliche Übersetzung und die Durchführung des Anämie-Screenings zuständig, sondern erstmalig für die Koordination des gesamten Ablaufes mitverantwortlich. Ihre Nervosität legt sich innerhalb der ersten Tage durch unentwegtes „teaching“ relativ rasch. Aus unserer ausgezeichneten Zusammenarbeit ist mittlerweile auch eine Freundschaft entstanden.

Am Nachmittag des 14. Februar endet die erste wichtige Projektphase. Der OP-Plan inklusive Nachrücker-Liste für unerwartete Ausfälle ist erstellt und vorbereitende organisatorische Aufgaben sind abgeschlossen. Die im Vorfeld aus Deutschland bestellten Materialien liegen durch die perfekte logistische Vorbereitung der lokalen Mitarbeiter



unter Leitung von Devi Rao für den operativen Teil bereit.

Am Abend fiebern alle am Projekt Beteiligten der Ankunft des Teams entgegen. Alle wissen, dass die große Gruppe gleich ankommen wird. Alle Neuankömmlinge werden herzlich empfangen und ich freue mich, dass alle zwar sehr müde, aber wohlbehalten angekommen sind. Wir verbringen gemeinsam einen schönen ersten Abend und besprechen das weitere Prozedere. Am nächsten Tag wird ausgeschlafen, gemeinschaftlich gefrühstückt, der OP-Saal und die Station vorbereitet. Am Nachmittag trudeln die ersten Patienten zur stationären Aufnahme ein. Am präoperativen Tag werden die Patienten nochmals kinderärztlich auf Ihre OP-Fähigkeit untersucht und stationär aufgenommen. Am Abend erfolgt die interdisziplinäre Prämedikations- und Aufklärungsvisite. Strukturierte Arbeitsabläufe im OP und auf Station durch zugeordnete Aufgabenbereiche und klare Richtlinien sowie interdisziplinäre Teamarbeit sind entscheidend für einen erfolgreichen Einsatz.

Nach insgesamt 10 Operationstagen sind 44 Patienten erfolgreich versorgt worden. Alle Teammitglieder sind äußerst zufrieden und die Eltern der Patienten dankbar. Am Morgen des 27. Februars verabschiede ich das Team. Ich werde die Heimreise am 4. März antreten. Bis dahin sind noch einige wichtige Aufgaben zu erledigen und Abschlussgespräche mit Devi und Vinita zu führen. Parallel läuft die postoperative Versorgung und Nachsorge. Am 1. März sind alle Patienten entlassen und alles ist für den nächsten Einsatz verstaut. Die letzten Tage verbringe ich in Jordighi. Dort sehe ich noch täglich Patienten, die sich geplant zur postoperativen Kontrolle einfinden.

Teammitglieder 06.02.-04.03.2009

- PD Dr. Dr. Cornelius Klein (MKG Chirurgie, Klinikum Deggendorf)
- Dr. Hajo Sachs (Anaesthesie, Wald-

- krankenhaus Spandau Berlin)
- Dr. Detlef Kern (Anaesthesie, Uniklinik Frankfurt a. M.)
- Heike Baaske (Anaesthesie-Schwester, Waldkrankenhaus Spandau Berlin)
- Corinna Engelram (OP-Schwester, Klinikum Deggendorf)
- Esther Querbach (Kinderkranken-schwester, Darmstadt)
- Julia Pfeiffer (Kinderkranken-schwester, Darmstadt)
- Sylvia Albert (Studentin für Sozialpädagogik, Frankfurt a. M.)
- Dr. med. Soha Asgari (Pädiatrie, Uniklinik Heidelberg)

Teammitglieder 14.11.-05.12.2009

- PD Dr. Dr. Cornelius Klein (MKG Chirurgie, Klinikum Deggendorf)
- Dr. Ayse-Gül Schmidt (MKG Chirurgie, Virchow Klinikum Charité Berlin)
- Dr. Matthias Reyle-Hahn (Anaesthesie, Waldkrankenhaus Spandau Berlin)
- Heike Baaske (Anaesthesie-Schwester, Waldkrankenhaus Spandau Berlin)
- Dr. med. Hans Wokeck (Pädiatrie, Praxis in Stuttgart)
- Eva-Maria Söffky-Appiah (Kinderkranken-schwester, Uniklinik Heidelberg)
- Dr. med. Soha Asgari (Pädiatrie, Uniklinik Heidelberg)

Résumé

Während der Screening-Phase werden insgesamt etwa 180 Patienten vorstellig. Während dieser „mobilen Sprechstunde“ werden täglich durchschnittlich 30 Patienten untersucht und behandelt.

In 2 Einsätzen im Jahr 2009 wurden in zusammen 21 OP-Tagen 88 operative Interventionen durchgeführt.

In zwei Fällen traten im Februar-Einsatz ernstere Komplikationen auf. Ein kleines Mädchen musste aufgrund einer Nachblutung noch am Tag der OP revidiert werden. Bei anhaltender Sickerblutung wurde wegen einer möglichen Vitamin-K-Mangel-Blutung Vitamin K appliziert. Bereits nach den ersten 24 Stunden zeigte sich eine deutliche

Besserung der Symptomatik. Nach insgesamt 3 Tagen sistierte die Blutung. Diese Patientin stellte sich im November 2009 bei mir vor. Die Wunde ist gut verheilt, das postoperative Ergebnis gut. Bei einer Jugendlichen kam es nach Verschluss des harten Gaumens zu Hause am 7. postoperativen Tag zu einer starken Nachblutung. Sie wurde wohnortnah in Jalpaguri im Krankenhaus aufgenommen und transfundiert. Die Eltern nahmen umgehend Kontakt mit uns auf, weil eine weitere Operation am Folgetag in Siliguri erfolgen sollte. Trotz Hindernissen erhielt ich eine Besuchserlaubnis - Besuch von Nicht-Einheimischen ist in der Regel unerwünscht. Die Mundinspektion erbrachte keinen operationsbedürftigen Befund, so dass von einer Revision dringend abzuraten war. Zwei Tage später wurde die Patientin entlassen. Sie stellte sich gemeinsam mit ihren Eltern unmittelbar nach Entlassung bei mir vor. Nach abschließender Inspektion und einem ausführlichem Gespräch konnte ich die junge Patientin beruhigt nach Hause entlassen. Im November 2009 sah ich sie in der Sprechstunde in gutem Allgemeinzustand und mit gutem OP-Resultat.

Bisher wurden insgesamt 320 Patienten durch uns betreut. 100 Fälle sind bereits abgeschlossen, 70 befinden sich derzeit in der Nachsorge. Im Jahr 2009 nahmen wir 50 neue Fälle zu unseren Akten. Von diesen sind 30 bislang noch nicht chirurgisch versorgt, unter anderem befinden sich darunter viele junge Säuglinge. 50 Patienten benötigen planmäßig noch eine weitere chirurgische Intervention zum optimalen Verschluss ihrer LKG-Spalte. Ein gewisser Anteil wird durch das Recall entweder nicht erfasst oder stellt sich nur unregelmäßig oder gar nicht mehr vor. Voraussichtlich werden wir im nächsten - knapp 3-wöchigen Einsatz - zwischen 60 und 70 Patienten chirurgisch behandeln.

Während der vergangenen zwei Jahre wurde neben der operativen Versorgung eine medizinische Basis-Versorgung und Schulung der Kinder



und Ihrer Familien eingeführt. Die bis dahin bestehende Versorgung wurde so um wichtige Elemente erweitert und intensiviert. Im November lernte ich in Lataguri einen 2-Monate alten Jungen kennen, der aufgrund mangelhafter Ernährung durch Unwissenheit seiner jungen Eltern schätzungsweise 500g unter seinem Geburtsgewicht von 3000g lag. Vorstellungsgrund war eine bilaterale komplette Spalte. Während des Einsatzes wurden die Eltern mit ihrem Sohn täglich zur Schulung (Milchzubereitung, Umgang, Mahlzeitenplan etc.) vorstellig. Die Familie wurde danach in engmaschigen Abständen bei Mitarbeitern in Lataguri zur Gewichtskontrolle und Anpassung der Nahrungsmenge einbestellt. Bereits 8 Wochen später, Mitte Januar, erreichte mich die Nachricht, dass der kleine Mann jetzt 4500g wiegt. Für mich ein berührender Moment und gleichzeitig großer Erfolg.

Über die Jahre hinweg ist ein Projekt gewachsen, in dem Chirurgie, Anästhesie, Pädiatrie und Sozialpädagogik in enger Zusammenarbeit einen wichtigen Beitrag leisten, um eine Verbesserung der Lebensqualität vieler Menschen zu erreichen. Die Kombination chirurgischer und nicht-chirurgischer Versorgung, sowie die Stärkung von



Persönlichkeit durch Vermittlung von Respekt und Toleranz unabhängig von ethnischer oder sozialökonomischer Herkunft machen den Erfolg des Projekts aus. Die produktive Zusammenarbeit mit unseren indischen Partnern ist dabei eine wesentliche Grundlage für diesen Erfolg.

Mein besonderer Dank gilt Frau Huck für die große Unterstützung und die

sehr gute sowie vertrauensvolle Zusammenarbeit. Ihr unermüdliches Engagement ist Teil des Herzens des Projektes.

Nachruf

Der plötzliche Tod von Prof. Klaus Bitter löste auch in Indien große Erschütterung und Trauer aus. Er hat in Jalpaiguri in wenigen Jahren ein weiteres Lebenswerk aufgebaut.

Sein stetiges Engagement, seine Herzlichkeit sowie Begeisterung und Professionalität bleiben Pro Interplast Seligenstadt e.V., Howrah South Point, Goodrick Group Hospital, seinen Patienten und allen Teammitgliedern in ständiger Erinnerung.



Soha Asgari, Heidelberg

Einsatzbericht Interplast Mysore / Indien August 2008

Team:

- Dr. Alexander Aslani (FA Plastische Chirurgie)
- Dr. Stefanie Hofmeier (FA Anaestheise)
- DKGS Jeannine Aslani (Fachkrankenschwester Wundpflege und OP)

Vorbereitung:

Der Einsatz kam zustande auf Vermittlung meiner Cousine Daniela Hartmann, die seit 9 Jahren in Indien lebt und dort in einer tibetischen Enklave kleinen Mönchen Englisch beibringt. Bei einem Ihrer Krankenhausfahrten nach Mysore ist sie einem Mädchen begegnet, dass sich eine augedehnte Kerosinverbrennung zugezogen hatte mit sehr umfangreichen Verbrennungskontrakturen im Bereich Gesicht, Schulter, Hände. Sie fragte erst ob wir das Mädchen in Spanien operieren könnten, was sich als extrem schwierig und kostenaufwendig erwies. Daraufhin entstand die Idee hinzufahren. Frau Hartmann hat daraufhin den Kontakt zum Krankenhaus, dem Mission Hospital in Mysore, hergestellt. Sie hat den dort praktizierenden Chirurgen Dr. Jayaram angesprochen, ob er helfen könne.

Dr. Jayaram ist ein „heimgekehrter“ Indier, er hat 20 Jahre als Leiter einer plastischen Abteilung in den USA praktiziert. Er hat sofort zugesagt zu helfen. Seine schriftliche Einladung im Mission Hospital zu operieren hat uns den Spiessrutenlauf mit den lokalen Behörden extrem erleichtert.

Das Mission Hospital hat uns einen Operationssaal für 6 OpTage zur Verfügung gestellt. Frau Hartmann hat Nachsorge bei umliegenden GP's organisiert. Dr. Jayaram hat sich als Ansprechpartner für alle postoperativen Probleme zur Verfügung gestellt, d.h. all Patienten konnten bei ihm kostenlose Nachsorge in Anspruch nehmen. Das Krankenhaus machte unseren Einsatz in umliegenden „local clinics“ publik.

Ablauf:

Wir haben die ersten drei Tage fuer Sprechstunde vorgesehen, in denen wir Patienten „vorgescreeent“ haben. Auflagekriterien waren, dass die Pa-



tienten vorzugsweise (aber nicht ausschliesslich Kinder zu sein hatten, eine sie im normalen Leben übergebürlich behindernde Funktionseinschränkung aufwies und absolut mittellos waren. Wir haben beispielsweise einige Patienten gesehen die zwar medizinisch für das Camp geeignet waren, aber deren Familien offensichtlich über Mittel verfügten. Diese Patienten haben wir ausgeschlossen und ermutigt sich von indischen Kollegen behandeln zu lassen. Steffi Hoffmeier war in der Ambulanz direkt mit dabei und hat alle Patienten, die zu operieren waren gleich gesehen. Mit ihr wurde dann abgesprochen, welche Voruntersuchungen nötig waren.

Operationen:

Begannen am 3 Tag vor Ort. Einige Patienten sind gesehen, aufgeklärt und voruntersucht worden, aber dann nicht zur Operation erschienen. Vor allem die Verbrennungskontraktureingriffe waren doch teilweise sehr ausgedehnt, so dass wir die OP-Zeit eigentlich ganz gut brauchen konnten. Eigentlich war ausgemacht, dass Dr. Jayaram mir nur bei den 3 schwersten Verbrennungsfällen, deren Ausmass wir vorher schon kannten, mithelfen würde, da ich dort jedes paar Hände gebrauchen konnte. Es hat ihm aber soviel Spass gemacht, dass er eigentlich die ganze Zeit mitgeholfen hat. Praktisch waren wir also eigentlich 2

Chirurgen (statt nur einem). Jeannine hat jeden morgen nach der Visite die fälligen Verbandswechsel durchgeführt, so dass wir direkt nach der Visite in den Op konnten. Die Operationssäle waren im Vergleich zu meinen Erwartungen sehr gut ausgestattet. Das Haus hat einen Anaesthesiepfleger und Springer gestellt, bei den grösseren Op's, bei denen wir Jeannine als Assistenz gebraucht haben, auch eine Instrumentenschwester.

Nachsorge:

Akut hat Jeannine als Wundschwester die Verbandswechsel durchgeführt. Für die Nachsorge hat Daniela Hartmann insgesamt drei Allgemeinmediziner in adäquatem Radius zum Wohnort der Patienten einbezogen, die sich freundlicherweise zu Durchführung von Verbandswechseln bereiterklärt haben. Für spezielle plastisch-chirurgische Nachsorgen hat Dr. Jayaram seine Sprechstunde zur Verfügung gestellt, die er jeden Mittwoch abhält und die unsere Patienten kostenfrei besuchen dürfen.

Komplikationen:

Wir hatten ein Hämatom and einer Vollhautentnahmestelle am Hals. Bei derselben Patientin, bei wir die Lidrekonstruktion mit mehreren Vollhauttransplantaten durchführten, haben wir ein Transplantat verloren, dass mit



habe ich die Pseudomonasinfektionen als ziemlich aufreibend empfunden, alle Krankenzimmer liegen wie unter einer Pseudomonasglocke, aber die Inder sehen das aussergewöhnlich gelassen.

Es hat besser geklappt als erwartet....

Ich habe nicht damit gerechnet einen so engagierten und kompetenten Kollegen wie Dr. Jayaram für die Nachsorge zur Verfügung zu haben. Wir hatten drei Tage Vorlauf vorm OP-Anfang eingeplant und die letzten 2 Tage vor Abreise nicht mehr zu operieren. Im Nachhinein gesehen hätten wir problemlos bis zum letzten Tag operieren können.

Operationstechnisch hatten wir die Indikationen so gestellt, dass wir immer die einfachst möglichen Eingriffe durchgeführt haben. Der Op-Ablauf war aber so gut und routiniert, dass ich denke wir können für den nächsten Einsatz, den wir für nächstes Jahr im August geplant haben, auch etwas operativ und nachsorgetechnisch anspruchsvollere Eingriffe in Erwägung ziehen.

Was wir verbessern müssen:

Die spätere Nachsorge hat logistisch nicht ganz so geklappt, wie wir uns das vorgestellt hatten. Problem war, soweit eruiert, dass wir die nachversorgenden Ärzte in Indien per Email kontaktiert hatten, was diese aber nicht erreichte. Das Problem lag hier eher bei der IT Technik. Als vielversprechendsten Lösungsansatz werden wir beim nächsten Einsatz jedem Patienten einen Brief mitgeben. Ein grosses Problem war die Patientselektion, da die Ausschreibung im Nachhinein etwas schwammig war, wir haben einige Patienten gesehen, die scheinbar davon

ausgegangen sind, dass sie hier gratis eher kosmetisch-chirurgische Behandlungen in Anspruch nehmen könnten. Sowohl innerhalb des Teams als auch mit der Krankenhausleitung waren wir uns einig, dass das weniger die Schuld der Patienten war als vielmehr die unklare Ankündigung. Es gibt halt immer eine Lernkurve. Die Krankenhausleitung hatte zugestimmt die tägliche Operationszeit zu verlängern, bisher war um 4 Schluss (und wir hätten locker noch 2-3 OP's machen können). Wir gehen davon aus, dass das Problem für die Zukunft gelöst ist....in Indien kann man nie wissen.

Planung für das nächste Mal:

Dr. Jayaram kennt uns jetzt und wir ihn, dadurch hat sich viel Vertrauen aufgebaut. Dasselbe gilt auch für die Anaesthesie, wo sich Anästhesiechef Kumar begeistert von Stefanie Hofmeier gezeigt hat. Dr. Jayaram sieht in seiner Sprechstunde bereits Patienten für den nächsten Einsatz. Er hat bereits 50 Patienten gepoolt, ab etwa 80 Patienten denken wir macht es Sinn noch einen Kollegen dazu zu bitten. Da bitten wir um Feedback von Interplast.

Fazit:

Wir haben den Einsatz sehr genossen. Wir hatten mit etwas mehr Patienten gerechnet, aber dafür waren die Eingriffe zum Teil wesentlich ausgedehnter als vorgeplant. Insgesamt ein für Interplasteinsätze sehr geeignetes Haus, besonders auch für Anästhesisten, die neu mitkommen möchten. Die Unterstützung vor Ort ist Klasse!

Alexander Aslani, Malaga / Spanien



Spalthaut ersetzt wurde.

Wir haben einige Pseudomonasinfektionen gehabt, die bei 2 Patienten zu einem Teilverlust der Spalthaut geführt haben. Laut dem Nachkontrollbericht von Dr. Jayaram hat das aber keine Auswirkungen auf das funktionelle Ergebnis gehabt. Aus chirurgischer Sicht

Einsatz in Ghodegan / Maharashtra / Indien vom 09.-24.10.2009

Es war EINMAL.....: so fangen Märchen und Träumereien an.

Es war ZWEIMAL....:so beginnt der Interplast-Bericht eines Folgeeinsatzes an einem wahrhaft geeigneten Gastort In Indien.

Die Basisvoraussetzungen, wie fachgerechte Patientenvorauswahl, Bereitwilligkeit der Helfer vor Ort und eine zuverlässige Nachbetreuung, die beim ersten Mal schon gestimmt hatten (siehe Jahreshft 2007), liefen jetzt noch besser. Kleine Reibungspunkte und Missverständnisse waren beseitigt. Gast und Gastgeber haben sich in einem stetigen Lernprozess aufeinander zubewegt.

War der Einsatz 2007 von gegenseitigem tastenden Suchen charakterisiert, so stand unsere jetzige Mission im Zeichen der GEWISSHEIT: Gewissheit darüber, dass der jeweilige Partner zu seinem Wort steht, und darüber, dass beide Seiten weder Kosten und Mühen noch persönliche Entbehrungen scheuen, um der gemeinsamen Zielsetzung, der Verbesserung der Lebenssituation mittelloser Patienten ein Stück näher zu kommen. Und so fühlte sich dieser Einsatz wie kein anderer LEICHT an, die Dinge entwickelten sich wie selbstverständlich, eine Hand half der anderen, ein Rädchen griff reibungslos ins nächste. Obwohl es genug der für kleine, außerhalb der medizinischen Infrastruktur gelegenen Orte typischen Herausforderungen gab:



So kämpften unsere zwei Kölner Anästhesisten Dr. MY NGUYEN (Originalton einer indischen Schwesternschülerin: Mai-Doctor: the smallest, but the most popular!!) und Dr. Sanjay Aduckathil (ein im Ruhrpott aufgewachsener Mann aus Kerala, dessen wahre Natur als wiedergeborener Maharadscha erst durch diesen Einsatz ans Licht gebracht wurde) um jeden Liter Sauerstoff, der erst gar nicht vorhanden war, dann in kleinen Flaschen mit nicht kompatiblen Anschlüssen herbeigeschleppt und schließlich in Riesenbomben herangerollt wurde, deren undichte Ventile Tag und Nacht großzügig den Sauerstoffpartialdruck im OP und damit die Leistungsfähigkeit der dort bei 40° C Raumtemperatur tätigen erhöhten.

Unser lokaler Partner, PATER PRAKASH, durchkämpfte derweil in christlicher Arbeitseifer auf der Suche nach Nachschub die momentan wegen DIVALI, der 10 tägigen Feier des Hindu-Neujahrsfest verwaisten Krankenhäuser der Umgebung .

Unsere OP Schwestern ANA MARIA LAZÁRO MARTIN (Mamahase und Fotoidol moslemischer Großfamilien) und KERSTIN RÜSTOW (DIE perlengleiche Neuentdeckung für uns: dezent, doch von unschätzbarem Wert) zauberten mit spanischem Feuer und ostharzer Gleichmut aus einem Sektiosälchen mit Vorkammer und Schlauchflur einen plastisch chirurgischen Fachtrakt mit zwei Ops, Personalraum und Steri und einen schüchtern kichernden weißge-





wandeten Mädchenchor verwandelten sie mit frauenfröhlicher Freundschaftlichkeit in ein Trüppchen sachdienlicher OPHelferinnen mit einschlägigen englischen Fachvokabelkenntnissen.

Unsere zwei Plastischen Chirurgen, Chef vom Dienst und Allwetteroptimist ANDRÉ BORSCHKE und Dr. ANDREAS GRIMM (Mittelfranke und Liebling der Küchenschwestern) warteten vergeblich auf Ansprache und Interesse seitens ihrer indischen Kollegen: der einzige vom Krankenhaus angestellte Arzt nahm unseren Aufenthalt als willkommenen Anlass für einen zweiwöchigen Urlaub und ein jüngerer Orthopäde aus der Nachbarklinik, der den Wahlfeiertag nutzte, um bei uns zuzuschauen, verschwand augenblicklich, als André sich anbot, ihm die nächste OP zu assistieren...

Wie vor 2 Jahren begleitete uns EDGAR VERHEYEN, der Mann für verdeckte Ermittlungen und entlarvende Filmreportagen vom SWR. Seine 2007 mit Kameramann Robert Rosenzweig in Ghodegan gedrehten Fernsehberichte wurden auf verschiedenen Kanälen weltweit gesendet und haben viel positive Zuschauerresonanz erfahren.

Wir sind Edgar sehr dankbar dafür, dass er sich zusammen mit Pater Prakash auf die Suche nach Patienten von 2007 gemacht hat. So gab es einige tränenrührende Wiedersehen und wir konnten uns mit den Ergebnissen unserer Arbeit auseinandersetzen. Erstaunlicherweise wären diese Patienten nicht von sich aus gekommen, obwohl sich die OPResultate (auch ohne Physiotherapie!) durchaus sehen lassen konnten. Gehen die Patienten vielleicht doch traumatisierter als es für uns den Anschein hat nach Hause? Wußten sie nichts von unserem Kommen? War der

Weg zu weit?

Von selbst tauchten nur vier Patienten vom letzten Mal auf, um weiterbehandelt zu werden (Gaumen- nach Lippenverschluss 2007, Nasenaufbau nach Lippenverschluss, weitere Mobilisierung nach Epoulettenlappen, HandOP nach Ellenbeugenlösung).

Wir erarbeiteten unter der sicheren Narkoseführung von My Nguyen 111 Operationen an 57 Patienten. Bei teils großen OPs über mehrere Gelenke verzeichneten wir an Komplikationen drei Infektionen und eine Teillekrose. Insgesamt sahen wir 348 Patienten, von denen 262 plastisch-chirurgische Probleme hatten.

Für mich, Eva Borsche, die ich das Patientenscreening durchgeführt habe, war folgendes bemerkenswert: während Patienten auf früheren Einsätzen (1992 bis ca. 2002) fast ausschließlich zum Ersteingriff kamen, treffen wir heute in zunehmendem Maße auf voroperierte Befunde (Ghodegan 2009: von 262 Patienten 197 vorbehandelt). Das macht die chirurgische Versorgung nicht einfacher:

Was tun bei großflächig verbrannten Patienten, bei denen alle Spenderareale aufgebraucht sind?

Was tun bei Kindern, die anstelle eines gespaltenen Gaumens mit klaren anatomischen Strukturen, Sensibilität und Wachstumspotential, eine schrumpfende Narbenplatte mit aufgebrauchtem weichen Gaumen, verzogenem Zäpfchen und Restloch zeigen? Sollen wir an die „american doctors“ zurückverweisen, falls die nochmal vorbeikommen?

Was tun bei Verbrennungspatienten mit multiplen Kontrakturen, die in mühevoller Kleinarbeit in über Jahre geplanten Operationsserien von engagierten in-

dischen Kollegen an einem staatlichen Krankenhaus in der nächsten Großstadt für einen Hungerlohn Stückchen für Stückchen rehabilitiert werden, und nun, geblendet von dem verheißungsvollen Ruf, der uns europäischen Ärzten vorausseilt, zu Unrecht schnellere und effektivere Hilfe von uns erwarten? Sollen wir diesen unverdienten Vertrauensvorschuss nutzen, um dem Patienten durch eine schnelle Nummer zu beweisen, dass er, gemessen am Weltniveau, doch eigentlich erbärmlich schlecht versorgt wurde und werden wird?

Was tun bei der jungen Patientin mit Gesichtsspalte, auf deren Wange in tiefen, quer verlaufenden Narben die Botschaft eines Kollegen eingemeißelt ist: für genügend Geld operiere ich auch Dinge, von denen ich nichts verstehe! Dem Vater, der für die Forderungen des Arztes Haus und Hof verkauft hatte, mussten wir die Hoffnung auf ein ansehnliches Antlitz für seine Tochter nehmen. Manchmal besteht Menschlichkeit auch in dem Mut zum behutsamen Augenöffnen gegenüber einer unabänderlichen Wahrheit.

Ein erfolgreiches zweites Mal ruft natürlich nach einem dritten! Das haben wir für 2011 schon auf's Gleis gesetzt. Auch die Wünsche hierfür sind schon ausgesprochen: ein Sauerstoffkonzentrat, ein Steri, eine OPLampe und 40 Schnabeltassen.

Über den Transport mache ich mir verhältnismäßig wenig Gedanken, denn wir haben reisetchnisch eine wundervolle Untersstützung gefunden: MARLIES NEUHOLD aus Neu-Isenburg war am Abflugtag sofort zur Stelle als wir verduzt erfuhren, dass wir wegen Überbuchung der Maschine (Luftansa!) auf die Warteliste gesetzt worden

seien. Frau Neuholds promptem und geschickten Einsatz haben wir einen deutlichen Kostenerlass für unsere 500 kg Übergepäck zu verdanken, und dass wir überhaupt in der Maschine mitkamen, und zwar 1. Klasse ohne Aufpreis!

Dass wir dann auf dem Rückflug wieder in der Holzklasse saßen, bemerkten wir kaum, denn jeder träumte noch von Ghodegan, vom Rindermarkt, von der Herzenswärme der Schwestern, von der Dankbarkeit der Patienten, von der kindlichen Freude und dem ungebrochenen Idealismus des Paters, dem wunderbaren Zusammenhalt unserer Gruppe und von der zeitlosen Sonne Indiens.

Unser Dank gilt allen großen und kleinen Spendern, die uns diesen Einsatz ermöglicht haben, besonders aber dem Ebersberger Förderverein um Hajo Schneck, der die gesamte Anästhesie-ausrüstung stellte.

Eva Borsche, Bad Kreuznach



Problematischer INTERPLAST-Einsatz in Machilipatnam / Indien

*Lieber André, lieber Hubertus,
lieber Nuri,*

unser Einsatz in Machilipatnam/Indien war leider alles andere als ein Erfolg, so dass wir vor Ort gemeinsam beschlossen haben, den Einsatz nach einer Woche abzubrechen. Es ist nichts ganz Schlimmes passiert, keiner der Patienten oder Teammitglieder zu Schaden gekommen, aber viele Dinge liefen so gar nicht interplastmäßig. Anfangs stand alles sogar noch unter einem guten Stern, nachdem sich die Übergepäckverhandlungen mit der Lufthansa zunächst sehr schwerfällig gestalteten, hat sie doch insgesamt 150 kg zusätzlich umsonst befördert, statt 43,- € pro kg zu nehmen (man überlege: 100 kg für 4300,- € für eine Strecke und das Gepäck geht nicht zur Toilette, isst nichts und liegt einfach nur unten im Gepäckraum. Dafür können 10 Menschen Tickets kaufen. Das kann man mit normalem Menschenverstand nicht mehr erklären. Wenn es nicht zuletzt doch diese Übergepäckzusage gegeben hätte, wäre die BILD-Zeitung

der richtige Adressat eines Briefes gewesen, bei 1,655 Milliarden Gewinn der Lufthansa in 2007). Glücklicherweise konnte auch die Kirchengemeinde Bad Blankenburg 70 kg unseres Einsatzgepäcks unentgeltlich bei den Emirates unterbringen, so dass wir unsere 350 kg ohne zusätzliche Kosten nach Indien bringen konnten, allerdings mit einem beträchtlichem Aufwand im Vorfeld, unter anderem direkte Kontakte mit Herrn Vorstandsvorsitzenden Mayrhuber von Lufthansa.

Auch die Zollprozedur in Hyderabad lief dank des bunten Einladungsschreibens des Bürgermeisters von Machilipatnam einigermaßen entspannend ab. Keine Kiste musste geöffnet werden und nach zwei Stunden und einigen Diskussionen und Unterschriften waren wir ausgecheckt. Die Abholung durch die christliche Gemeinde von Machilipatnam klappte auch noch gut, nach zehn Stunden Fahrt konnten wir unser „Hinterhofhospital“ begutachten. Es war noch schlimmer als auf den gemailten Fotos, doch unsere zwei Schwestern

machten in kurzer Zeit eine Puppenstube daraus.

Das war es aber an freudigen Überraschungen auch schon. Trotz aller Vorabgesprächen, Erläuterungen während des Besuchs von Pastor Babu im Oktober 2008 in Bad Blankenburg und genauen Instruktionen, wie der Einsatz ablaufen soll, war am Montag 8:00 Uhr weit und breit kein Patient zu sehen. Überall hingen zwar große Plakate, die unser Kommen anzeigten und auf das Vorscreening durch die beiden einheimischen Ärzte hinwiesen. Statt Patienten wurden nur Stühle, Tribünen und Baldachine angekarrt, um am „Republic day“ eine Show für Bürgermeister und „Landrat“ abzuhalten. Alles sehr schön und sehr indisch. Am Dienstag sollten dann die Patienten kommen. Die kamen dann auch, allerdings nicht in Massen und auch nicht unbedingt dem Einsatzspektrum entsprechend. Nach umfangreichem Disput mit den beiden einheimischen Ärzten stellte sich heraus, dass ihr „Hospital“ gar keine Lizenz für Operationen in Narko-

se hat -beim Zustand des OP und des Narkosegerätes auch nicht verwunderlich- und sie deshalb beim Vorscreening alle Patienten bei denen sie eine OP in Narkose vermuteten, wieder nach Hause geschickt hatten, also praktisch fast alle. Nach dieser Beichte war unsere Stimmung am Tiefpunkt, alles umsonst, alles Bemühen um Übergaberegeln und Beschaffung der Materialien sinnlos. Wir erreichten, das am Abend der Distrikt-Narkotiseur vom General Hospital zu uns kam und uns prüfte, unsere Ausrüstung (zwei TIVA-Arbeitsplätze) ansah und versprach, nachdem wir am Mittwoch unter seiner Supervision Narkosen durchführen sollten, uns eine Lizenz für Narkosen zu erteilen. So geschah es dann auch und wir sind jetzt stolze Besitzer einer indischen Narkoselizenz für Machilipatnam (200.000 Einwohner).

So konnten wir Mittwoch bis Freitag 15 Patienten an Kontrakturen und -nicht interplastindikationsgerecht- Lipomen operieren. Am Donnerstagabend erbat wir einen Kostenvoranschlag für die Nutzung des Hospitals für die ersten drei Tage, um die Kosten des vorab erstellten Planes abzuschätzen, da die beiden Hindu-Ärzte ja auch entsprechende Auslagen hatten und nicht alles nach Plan lief. Da wir ja auf Einladung der christlichen Gemeinde zu Gast waren, war im Vorfeld geklärt worden, das entsprechende Gebühren für die Nutzung des Hospitals entfallen werden. Soweit, so gut. Allerdings wurden aus den 22.000,- Rupies für drei Tage am Freitagvormittag dann 79.000,- Rupies am Freitagabend. Von den Untersuchungen, die angeblich gemacht wurden und in Rechnung gestellt wurden, haben wir allerdings nur vier gesehen, alles sehr ordentliche Röntgen-Aufnahmen und Laborberichte, die keiner braucht. Hinzu kam, das ein Kind mit Gaumenspalte durch die beiden einheimischen Ärzte vom OP-Tisch weggeholt wurde, um noch zusätzliche Untersuchungen zu machen. Das Kind sahen wir nie wieder, angeblich hatte der Vater auf Grund der möglichen Komplikationen einer OP davon

Abstand genommen. Dies, obwohl ich eine Stunde vorher noch mit dem Vater über den postoperativen Werdegang gesprochen habe. Er klang sehr zuversichtlich. All diese Dinge haben unser Vertrauen in die involvierten indischen Ärzte und das Umfeld schwinden lassen, zudem wir von der einheimischen Ärzteschaft gedrängt wurden, für die gesamte Nachsorge verantwortlich zu sein, die beiden beauftragten Ärzte sahen sich plötzlich nicht dazu in der Lage. Es ist nicht so, dass wir im Vorfeld keine Nachsorge organisiert hatten, aber was heißt „gesamte Nachsorge“, Physiotherapie, weitere Operationen usw. Nach reiflicher Überlegung im Team, Höhen und Tiefen, für und wider, Rücksprache mit Nuri Alamuti, gab es bei den zu erwartenden explodierenden Kosten und dem unsicheren Hinterland nur zwei Alternativen: weitermachen auf unsicherer Grundlage und wenig Effizienz oder nach Telefonaten mit Dr. Jacob Roy in Kunamkulam/Kerala im Allied Hospital einen ad hoc-Einsatz durchzuführen, der allerdings erneute Flugkosten und auf die Kürze der Vorbereitungen ein unsicheres Ergebnis zeigen könnte.

So entschloss sich das Team auf Grund der Undurchsichtigkeit der indischen Ärzte, der durch Korruption entstandenen Kosten und der zu erwartenden Ineffizienz des Einsatzes, den Einsatz abzurechnen und über Flugumbuchungen (großer Dank an Michael Triebig) so bald als möglich wieder nach Hause zu fliegen.

Im Nachhinein ist man immer klüger, aber wo lagen die Ursachen unseres Scheiterns? Einerseits sicher im Vertrauen auf die Zusagen unserer Einladender, der christlichen Gemeinde, die sich in Blick auf ihre Minorität und ihre Verlässlichkeit auf Hindu-Ärzte überfordert sahen, andererseits war rückblickend das Team (8 Personen) zu groß, um einen Ersteinsatz in diese Gegend zu starten, trotz hoffnungsvoller Zusagen. Konsequenz kann für mich nur sein, unbekannte Einsatzorte trotz stimmiger Angaben zunächst nur in einem kleinen

Team aufzusuchen, um die Gegebenheiten wirklich auszuloten. Alles, wie etwa religiöse Feindschaften, wird man nie ganz ausblenden können, aber man sollte sie berücksichtigen.

Was bleibt, sind ein wider aller Beschwerden gruppenspezifisch tolles Team, insbesondere Co-Teamchef Horst Aschoff, dem ich sehr für seine Hilfe und Erfahrung in schwierigen Situationen danke und leider das Ergebnis, dass viel Geld für wenig Hilfe ausgegeben wurde. Die Teammitglieder wollen im Rahmen ihrer Möglichkeiten, einen Teil der verursachten Einsatzkosten an INTERPLAST (Konto Bad Kreuznach) spenden. Ich würde den Einsatz ganz normal abrechnen, schon unter Verzicht einiger Ausgaben der Teammitglieder, mal sehen, was noch als Spende kommt.

Natürlich liegt es mir schwer im Magen, soviel Geld verbrannt zu haben, das Team wird versuchen –und da spreche im Namen aller- durch Spenden das Loch wieder aufzufüllen.

Seid lieb begrüßt

Gunther Kranert, Königsee/Thüringen



Anästhesist mit Improvisationstalent: Gunther Kranert 1999 Barpeta/Indien

Interplasteinsatz Sendhwa / Indien Dezember 2009

Nach dem überwältigenden Ansturm von Patienten bei unserem Einsatz im November 2008 war die Regensburger Gruppe (Thomas Kühnel, Holger Gassner (Operateure), Barbara Dünzl, Franz Heger (Anästhesie), Wilhelm Palzer, Susanne Luger (OP- Pflege), Anja März (Anästhesie-Pflege) in geringer personeller Veränderung hoch motiviert für einen weiteren Einsatz am Karuna Hospital in Sendhwa, Madhya Pradesh, dem zentralen und auch einem der ärmsten indischen Bundesstaaten.

Die arbeitsreichen Vorbereitungen wurden ganz überwiegend von Barbara Dünzl und Willi Palzer über das Jahr hin erledigt. Die tat- und finanzkräftigen Unterstützung durch Frau Huk von Pro Interplast stellte den Einsatz früh auf ein solides Fundament.

Nach den wenig erbaulichen Erfahrungen mit dem indischen Zoll 2008 sollten die Kisten dieses Mal mit einem Vorsprung von einigen Monaten per Post vorausseilen. Nachdem aber in der Woche vor unserer Abreise deren Verbleib noch immer nur vage mit dem Zollamt in Mumbai ausfindig gemacht werden konnte, sahen wir uns genötigt, Ersatzausrüstung als Übergepäck mitzunehmen. Die Kosten mit knapp 4000€ waren erschreckend hoch, erschienen uns aber gerechtfertigt, um die Mission nicht zu gefährden. Diesmal in Delhi interessierte sich niemand für den Inhalt der mitgeführten Kisten, die wir zwanglos weiter nach Indore und dann nach Sendhwa transportieren konnten. Die Hilfe verschiedener Unterstützer führte in der folgenden Woche dazu, dass die verschollenen Gegenstände dann doch



von hinten links nach vorne rechts: Susanne Luger, Sr. Rudolfa, Sr. Selina, Bischof Durairaj, Father Philip, Sr. , Sr Mary John, Sr. Elisabeth, Sr. Joseline, Holger Gassner, Anja März, Barbara Dünzl, Wilhelm Palzer, Franz Heger, Sr. Dr. Flora und Thomas Kühnel

noch angeliefert wurden. Die zweite Einschränkung ergab sich, als der dritte Operateur, Oren Friedmann wegen eines Visumproblems aus USA nicht einreisen konnte.

Aber Schwester Rudolfa kam wieder nach dreitägiger, beschwerlicher Reise quer durch Indien, um für die Mannschaft zu kochen und stets ein Auge darauf zu haben, dass wir möglichst von Magen- Darmproblemen verschont blieben. Aus angrenzenden Gemeinden kamen Krankenschwestern hinzu, um das für das Karuna-Hospital ungewöhnlich hohe Patientenaufkommen zu bewältigen. Father Patrick, ein Kollege aus einem weit entfernten Dorf, nahm die Fahrt auf sich, um uns bei der Patientenuntersuchung und bei etlichen Operationen zu helfen. Schließlich reis-

ten der Erzbischof Leo Cornelio und Bischof Durairaj aus der Diözese Khandwa an, um sich ein Bild vom Fortgang der Behandlungen zu machen. Das rege Interesse so vieler mittelbar und unmittelbar Beteiligten werteten wir auch als Bestätigung des Konzeptes und der Akzeptanz der Einsätze.

Verbrennungsfolgen an den Händen mit massiven funktionellen Defektzuständen waren ein häufiger Vorstellungsgrund, konnten in der diesjährigen Besetzung jedoch nicht behandelt werden. Die Planung zukünftiger Einsätze wird die handchirurgische Versorgung dieser im täglichen Leben so stark gehandicapten Patienten berücksichtigen müssen.

Unser dringlichstes und ehrgeizigstes



Father Patrick,

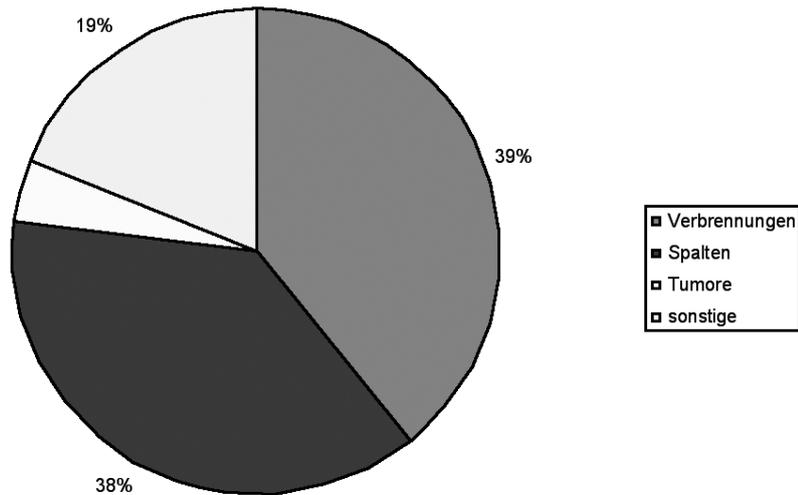


Sister Rudolfa und Elisabeth ...



und der Bischof

Ziel, einen Patienten nach schwersten Gesichts- und Tho-raxverbrennungen zu behandeln, mussten wir aufgeben. Wegen der maximalen Inklination des Kopfes und der auch bronchoskopisch nicht zu beherrschenden Intubationsprobleme waren wir gezwungen, im OP den geordneten Rückzug anzutreten. Diese sicherlich schwerste Entscheidung des gesamten Einsatzes wurde von den Schwestern und Kollegen vor Ort einstimmig mitgetragen und konnte so auch dem Patienten und seinen Angehörigen vermittelt werden.



Verteilung der OP-Indikationen



Lipom



Gesichtsverbrennung

Vorwiegend am Anreisetag wurden bereits die ca. 180 Patienten untersucht und ggf. in den OP-Plan aufgenommen.

Die Verpflegung der Patienten wurde in fruchtbarer Zusammenarbeit der Augustinerschwester mit den örtlichen Hindu-Gruppierungen besorgt.

An den 9 OP-Tagen wurden 70 Eingriffe durchgeführt. Die Versorgung von Verbrennungsfolgen war organisatorisch und technisch die Hauptaufgabe. Neben einiger Tumoren, Missbildungen und Verletzungsfolgen stellten die Gesichtsspalten die zweitgrößte Patientengruppe dar.

Abgesehen von einer Nachblutung am Abend der Resektion eines Halstumores hatten wir keine Komplikationen zu verzeichnen, die Abschlussuntersuchung aller versorgten Patienten ergab durchweg erfreuliche Resultate, so dass wir beruhigt die Heimreise antreten konnten. Um die Nachsorge vor allem der Verbrennungspatienten wird sich wie schon im vergangenen Jahr der Orthopäde am Karuna Hospital kümmern. Durch die Teilnahme an einer Vielzahl der Operationen hatte er sich schon während des Einsatzes mit den Patienten vertraut gemacht. Die Schwestern und Schülerinnen der angeschlossenen Schwesternschule haben engagiert die stationären Patienten betreut.

Abb. 7: Gesichtsverbrennung
Ein OP-freier Abend musste dieses Jahr zugunsten der vielen wartenden Patienten, die zum Teil eine weite Anreise auf sich genommen hatten, entfallen. Am letzten Tag wurden wir von der Gemeinde Sendhwa wieder mit einer anrührenden Feier verabschiedet. Der Teamgedanke, der die ganze

Mission begleitet und getragen hatte, wurde auf diese Weise noch einmal offensichtlich.

Unser Dank gilt neben den indischen Helfern auch den Sponsoren in Deutschland, allen voran Frau Huck und Pro Interplast, die unsere Mission finanziert haben, den Firmen Ethikon, CareFusion und Hartmann sowie der Deutschen Lufthansa, die schlussendlich doch zumindest einen Teil des Übergepacks kostenfrei transportiert hatte.

Thomas Kühnel, Regensburg



versorgte Lippenpalte

Mela-Hospital Haridwar / Uttarkandh, Indien 18.04. – 02.05.2009, Sektion Bad Kreuznach und Sektion Bad Kreuznach und Ebersberger Förderverein INTERPLAST, Traxl

Das „Tor zu den Göttern“ bedeutet Haridwar, und der Platz ist zusammen mit Varanasi und Ayodhya eine der ältesten und in der hinduistischen Religion bedeutendsten Kultstätten. Die jüngere Nachbarstadt Rishikesh ist in europäischen Kreisen bekannter, seit sich die Beatles, Donovan, Mia Farrow und andere Künstler dort 1968 von Yogi Maharishi Mahesh in spirituellen Techniken unterweisen liessen – zumindest für ein paar presserwirksame Tage. Haridwar, Bundesstaat Uttarkhand, liegt direkt am hier noch sauberen Ganges, der das Wasser der auch im Himalaya immer rascher abschmelzenden Gletscher quer durch Nordindien über 2.500 km bis nach Calcutta (heute Kolkata) und weiter nach Bangladesh führt, wo er sich mit dem Brahmaputra vereint und eines der weltweit grössten, „Sunderbans“ genanntes Delta bildet. Nach der Passage von Kolkata mit seinen 15 Millionen Einwohnern ist der Ganges einer der am stärksten mit Schwermetallen und Bakterien belasteten Flüsse der Welt.

Wie schon letztes Jahr wurde Interplast Germany vom örtlichen Rotary-Club und der Bezirksregierung zu einem Op-Einsatz in das technisch gut ausgestattete, aber nur alle 12 Jahre anlässlich des gigantischen Kumbh-Mela-Festes mit zweistelligen Millionen von Pilgern für den stationären Betrieb geöffnete und dann auch mit Personal bestückte Krankenhaus eingeladen.

Der nahe gelegene Hauptstadt-Flughafen Dehra Dun ist mittlerweile nach Erweiterung wieder geöffnet, was die Anreise gegenüber 2008 deutlich verkürzte. Die Inlandsfluglinie mit ihren kleinen Maschinen war aber leider nicht in der Lage, das von uns reichlich mitgebrachte Gepäck zu transportieren, welches wir im Gesamtgewicht von fast 350 kg kostenlos nach Delhi bringen können - ein herzliches Dankeschön an Lufthansa und auch an die zäh und erfolgreich verhandelnde Chefin unserer Reiseagentur m+n. Vor Ort erwartete uns wieder ein ausnehmend gut vorbereitetes Umfeld. Das für uns genau wie vieles andere kostenlose Hotel lag nur wenige Gehminuten



Mentosternale Kontraktur, 21 Jahre



postop., selbe Patientin

vom Krankenhaus und es war für unser Team eine komplette Etage bereit gestellt worden, auf der uns im Flur mit Tischen und Stühlen ein kombinierter Frühstücks- und Besprechungsraum eingerichtet wurde. Die Rotarier und ihre Frauen versorgten uns anhand eines ausgeklügelten Dienstplanes nicht nur mit Frühstück incl. Morgenzeitung und Mittagessen und kühlen Getränken in der Klinik, sondern brachten uns abends im Turnus auf Club-Kosten in immer neue Restaurants oder ihre Privathäuser. Vor allem aber standen tagsüber stets wenigstens drei oder vier Personen zur Verfügung, die uns bei allen organisatorischen, sprachlichen oder sonstigen Dingen unendlich freundlich, geduldig und engagiert zur Seite standen. Für den freien Sonntag luden uns die Organisatoren zu einer Rafting-Tour auf dem oberen Ganges ein, in dem wir bei einer Aussentemperatur von 43 Grad Celsius nicht nur zum Zwecke der spirituellen Reinigung ein ausgedehntes Bad nahmen. Die bewusst ausführliche Darstellung dieser so positiven äusseren Umstände wähle ich hier in der Absicht klar zu machen, dass die auf dem vergangenen Kreuznacher Jahrestreffen gestellte Frage „to pay or not to pay“ auch in Gegenden, die keineswegs weit ab vom Schuss liegen, bei entsprechen-

der Konstellation auch heute und wohl genauso in Zukunft ganz klar zu beantworten ist. In der Tat hat dieses Team vom Verlassen des Flugzeuges an bis zum Wiedereinsteigen keinen Cent und keine Rupie an Spendenmitteln für Krankenhaus, Personal, Unterkunft oder Essen ausgegeben und musste sich sogar energisch durchsetzen, um die vorab bestellten Medikamente und die Geschenke für das Op-Personal bezahlen zu „dürfen“.

Auf unseren im Vorfeld nur im Nebensatz geäußerten Wunsch hin hatten die Organisatoren sich darüber hinaus der grossen Mühe unterzogen, etliche im Vorjahr operierte PatientInnen zur Nachschau einzubestellen. Diese wenn auch unsystematische Selbstkontrolle, die ja von uns allen immer wieder thematisiert, aber nur selten wirklich umgesetzt wird, war in Haridwar für uns ausserordentlich motivierend. Die mit zwei Ausnahmen funktionell wirklich guten Resultate wurden dadurch noch unterstrichen, dass einige Vorjahrespatienten Familienangehörige zur Behandlung mitgebracht hatten (was wir bei entsprechender Indikation auch umsetzten). In einem Fall (damals kleine Spitzennekrose eines Tranplantats bei mentosternaler Verbrennungskontraktur) war ebenso ein kleiner Kor-

rektüreingriff sinnvoll und möglich wie bei einem palatinalen Restloch nach Verschluss eines traumatisch entstandenen Gaumendefekts, wir hoffen diese Patienten im nächsten Jahr wieder sehen zu können.

Die Aufnahme eines auf vielen Interplast-Einsätzen bewährten plastisch-chirurgischen Kollegen aus Zentralindien ins Team erwies sich wieder einmal als unschätzbar wertvoll; die Interaktion mit Patienten und Angehörigen und nicht zuletzt auch mit den Gastgebern und den Kollegen aus der benachbarten Hauptstadt war damit auf wesentlich höherem und intensiverem Niveau möglich. So konnten wir nach Untersuchung und Beratung von 320 Patienten an den zur Verfügung stehenden 8 Op-Tagen (2 Tische, nachdrücklich gewünschter Dienstschluss beim örtlichen Personal 16:30 Uhr) 92 Eingriffe bei 62 PatientInnen durchführen (s. Tabelle 2 und Abb. 1, 2). Eine erhebliche Zahl von PatientInnen mit wichtiger Op-



Verbrennungskontraktur linker Fuss, 12 Jahre



postop., selber Patient

Indikation musste auf das kommende Jahr vertröstet werden.

Zusammenfassend sind die Bedingungen in Hardiwar exzellent in jeder Hinsicht (Örtlichkeiten, Patientenspektrum, Unterstützung in jeder, auch materieller Hinsicht von Seiten der Klinikleitung und der Gastgeber, politische Rücken- deckung), lediglich dem Ausbildungsauftrag konnten wir bisher nicht gerecht

werden. Bei der Abschlussfeier sprachen der designierte Regierungspräsident und der Verwaltungsleiter der Klinik eine konkrete Einladung für 2010 aus, der wir mit grossem Vergnügen nachkommen werden.

Hajo Schneck, Traxl



Das Team

Team

- Christiane Bayer, Op-Schwester, Steinfeld
- Dr. Bärbel Fuchs, Anästhesistin, Oslo/Norway
- Ana Maria Lázaro Martín, Op-Schwester, Gleishorbach
- Cristina Lorenz, Anästhesie-Schwester, Traxl
- Dr. Prakash Chhajlani, PLC, Indore/India
- Jörg Dannheuser, Chirurg, Ebersberg
- Dr. Matthias Gensior, PLC, Krefeld

- Thomas Hehr, Pfleger, Gleishorbach
- Prof.Dr. Hajo Schneck, Anästhesie, Teamleiter, Traxl

Finanzierung

Ebersberger Förderverein Interplast EFI e.V.
Sektion Bad Kreuznach
Gesamtkosten ca. € 16.000.- entsprechend € 260.- / Pat.

Einsatzdaten

Op-Tage	8
Patienten untersucht	320
davon Patienten operiert	62
Anzahl Eingriffe	92
Patienten mit	
Verbrennungskontraktur	37
Gaumenspalte	3
Lippenspalte	4
Dysmelie	2
Tumor	2
Sonstiges (Traumafolgen, Fehlbildg.)	14
Komplikationen	
chirurgisch	0
anästhesiologisch	0

Von der Ruhr nach Indien und mit der Ruhr zurück Sektion Duisburg



Am 13. März war es endlich soweit, alle Vorbereitungen waren getroffen und wir freuten uns auf den Einsatz in Robertsganj/Indien. Mit Kisten und Kästen ging es zuerst von Frankfurt nach Delhi, wo wir 8 Stunden Aufenthalt hatten, um dann nach Varanasi weiter zu fliegen. Dort wurden wir abgeholt und es ging mit Pkw und Pick-Up nach Robertsganj.

Im Gegensatz zu unserer Unterkunft war der OP erst 2 Jahre alt und bot alles, was wir für unsere Arbeit benötigten. Nachdem wir am 15.03. den OP eingeräumt hatten, konnten wir am gleichen Tag mit der Untersuchung der Patienten beginnen. Am folgenden Tage begannen wir mit dem Operieren.

In den folgenden 14 Tagen wurden insgesamt 76 Eingriffe bei 47 Patienten vorgenommen. Wegen der vielen Verbrennungskontakturen mit Spalthauttransplantation waren 29 Verbandswechsel in Narkose notwendig. Beim Abschied mussten wir versprechen, entweder im Herbst 2009 oder im Frühjahr 2010 wiederzukommen.

Auch der Rückflug verlief wie der Hinflug ohne Probleme. Doch dann! Zwei Stunden nach Ankunft in Mülheim an der Ruhr überkam mich die Ruhr. Während der stationären Behandlung stellte sich heraus, dass ich eine Giardia lamblia wie auch eine Amöben Ruhr aus Indien mitgebracht hatte. Da die „Tierchen“ sehr widerstandsfähig waren, dauerte die Behandlung 2 _ Monate. Wie mir eine Kollegin der tropenmedizinischen Ambulanz der Uni Düsseldorf erklärte, können die Einzeller mikroskopisch in einer Stuhlprobe leicht festgestellt werden. Wichtig sei dann jedoch die ausreichende Therapie mit Clont 2 gr/die über 10 Tage. Doch das ist nun alles vorbei!

Übrigens in 22 Jahren bei 25 Interplast-Einsätzen ist einmal Ruhr doch nicht viel. Wenn die nächste Ruhr sich erst in 22 Jahren einstellen sollte, dann sind Frau Merkel 77 und Herr Müntefering 91 Jahre alt....

Und ich ??? Ich fahre weiter mit und für Interplast, denn das hält jung !!!

Mein großer Dank gilt dem Team:

Margarethe Gasiorowski
Karin Sutter
Simone Möhrle
Dr. Dr. Walter Heindl
Dr. Kristoff Poluschkin
und der „alte Hase“ von der Ruhr in Mülheim, Jürgen Toennisson

Einsatz in Adimali, Kerala, Südindien

24.10.09 – 7.11.09

Sektion Duisburg

Die Initiative zu diesem Einsatz ging aus von Dr. Peter Huber im Marien-Krankenhaus Schwerte. Hier sind Sebastian und Gracy Karthikapallil als Krankenpfleger und Krankenschwester tätig. Beide sind schon seit Jahrzehnten in Deutschland tätig. Wie aber der Familienname schon unschwer vermuten lässt, kommen beide aus Kerala. Sebastian hat einen Hilfsverein für die kleine Stadt Adimali, 100 km östlich von Cochi, ins Leben gerufen und Kontakte zum dortigen Morning Star Hospital geknüpft. Das ist aber nicht der Grund, warum die beiden Krankenhäuser bereits seit langer Zeit Kontakte pflegen. Vor noch längerer Zeit studierte nämlich eine indische Schwester von Nazareth in Wien Medizin und absolvierte ihre gynäkologische Fachausbildung in Schwerte und führte dann für viele Jahre das Morning Star Hospital. Bei derart gebahnten Wegen lief die Organisation dank der tatkräftigen Mitarbeit aller Beteiligten, insbesondere von Sebastian Karthikapallil, sehr gut.

Die Beteiligten, das waren die Plastischen Chirurgen Dr. Peter Huber und Dr. Peter Preißler, der Mund- Kiefer- und Gesichtschirurg Dr. Dr. Branko Sinikovi aus Potsdam, die OP-Schwester Sabine Friedrich und Gabi Möller-Bantzou aus Schwerte, die Anästhesisten Dr. Karol Kuhn und Dr. Ralf Wolski sowie die Anästhesieschwester Susanne Hoppe-Mika. Zusätzlich begleitet hat uns der Fotograf Oskar Neubauer aus Schwerte. Dazu habe ich zunächst nur schwer meine Zustimmung gegeben. Oskar hat sich aber hervorragend dem Team angepasst. Als Neuling im OP hat er nicht einmal geschwächelt, ist nicht nur seinem Beruf nach gegangen und war sogar als Springer eine wertvolle Hilfe. Der Kontakt zu den Schwestern und zu den Einheimischen ist durch einen Fotografen wesentlich erleichtert. Jeder schaut gerne Fotos von sich selbst an. Wenn dann noch eine Auswahl davon in Papierabzügen verschenkt wird ist das letzte Eis gebrochen.

Dank guter örtlicher Werbung waren sehr viele, über 450, Patienten dem Aufruf gefolgt sich vorzustellen. Über 300 wurden von uns in den ersten 3 Tagen gesehen. Dann war klar, dass die Zahl

der zu operierenden Patienten weitaus kleiner sein würde. Der nächste Einsatz ist deswegen schon geplant. Operiert wurden 67 Patienten. Dabei handelte es sich fast ausschließlich um Patienten mit Verbrennungsnarben oder Lippen-, Kiefer- Gaumenspalten.

Operiert wurde bis weit in den Abend, was nicht nur uns sondern auch den einheimischen Schwestern einiges an Ausdauer und Standvermögen abverlangte. Erfreulicherweise traten keine wesentlichen Komplikationen auf.

Neben der Begleitung durch einen Fotografen wies der Einsatz einige Besonderheiten auf, die auch allgemein interessant sind. Einen Teil der Medikamente und Verbandsmaterialien haben wir vorab über das Krankenhaus in Indien kaufen können, was sicherlich günstiger war, als sie mitzunehmen. Das Fluggepäck wurde weiter dadurch reduziert, dass ein Teil der Materialien vorab als Luftfracht geschickt wurde und zwar so rechtzeitig, dass wir vor dem Abflug noch eine Rückmeldung über die Ankunft des Gepäcks bekamen. So konnten wir mit relativ leichtem Gepäck fliegen, ohne das Risiko fürs Übergewicht zahlen zu müssen. Dank der guten Vorbereitung war auch die Zollkontrolle kein Problem.

Nun einige Bemerkungen zur Bezahlung für die operierten Patienten. Als ich zum ersten Mal davon hörte, war ich empört. Ich war auch jetzt nicht bereit, eine Pauschale für die Operationen zu zahlen. Die Leiterin des Krankenhauses, Schwester

Divya, hat mir aber durchaus einleuchtend klar gemacht, dass für sie auch erhebliche Kosten für einen derartigen Einsatz anfallen. Es beginnt bei den Kosten für die Unterbringung der Patienten, geht weiter bei den Kosten für die Nutzung der Operationssäle, einschließlich vermehrtem Sauerstoffverbrauch, und endet bei den postoperativ verbrauchten Medikamenten, auch nach unserer Abfahrt. Die hervorragende Vorarbeit, die in einer vorläufigen Sichtung der Patienten und dem Anlegen eines Dokumentationsblattes für jeden bestand, ist in dieser Rechnung nicht einmal enthalten. Es ist durchaus nicht einzusehen, dass wir zwar die Materialien für Narkose und Operation stellen aber die restlichen, nicht unerheblichen Kosten von den gastgebenden Krankenhäusern getragen werden sollten. In unserem Falle kamen so etwa 73,00 € pro Patient zusammen, so dass die wohl häufig verlangten Pauschalen von 50 bis 100 \$ keineswegs zu hoch erscheinen.

Zuletzt muss noch erwähnt werden, dass natürlich die örtliche Prominenz, vom katholischen Bischof, über die Bürgermeisterin bis hin zum Parlamentsabgeordneten und der Presse sowie die Repräsentanten des Wohltätigkeitsvereins bei unserem Empfang zugegen waren und Dank der Vermittlung von Sebastian und Gracy hinter den Kulissen auch viel zum Gelingen des Einsatzes beigetragen haben.

Peter Preißler, Duisburg



Mit INTERPLAST Germany nach Adimali / Indien Eindrücke von Fotograf Oskar Neubauer

Ganz ehrlich, meine Frau war nicht begeistert von meiner Entscheidung für den Interplast Einsatz Adimali/Indien. Und zu Hause hörte ich schon vor der Abreise den Satz: Was soll das? Du hilfst niemanden mit Deinen Fotos. Hältst Du das überhaupt aus? Okay, die Entscheidung kam eher aus dem Bauch und im nachhinein weiß ich es war eine gute Entscheidung.

Es war wohl auch für das Team um Dr. Preißler und Dr. Huber eine Premiere einen Pressemenschen mitzunehmen. Der Einsatz mit dem Chirurgen Team ist für mich eine neue Erfahrung. Die Dokumentation war der Versuch, den doch eher im Verborgenen tätigen Medizinern eine Öffentlichkeit zu geben. Die Presseberichte werden helfen, die Arbeit der Interplast Spezialisten transparenter zu machen und jeder Spende-neuro wird weitere Einsätze ermöglichen.

Der mehrstündige Aufenthalt im überdrehten Dubai, größer kann ein Kontrast zum schillernden Indien nicht sein. Jetlag geplagt begann der Arbeitstag im Morning Star Hospital in Adimali gleich mit der Sprechstunde einiger hundert Patienten mit zum Teil grauenhaften Entstellungen in Folge explodierender Kerosinkocher.



Konzentriertes Arbeiten mit der Kamera lässt das Unglück dieser schwergezeichneten Menschen nicht so nah an mich heran. Und das ist gut so. Während Dr. Preißler noch mit der Sprechstunde beschäftigt ist, sind Dr. Peter Huber und Dr. Branco Sinikovic schon mit den ersten Eingriffen beschäftigt. Hier wird nun auch der Fotograf gebraucht. Die Umstände sind nicht nur für die Mediziner ungewohnt und auch schwierig, wie kann ich hier eindrucksvolle Fotos schaffen? Wir alle bewegen

uns zuweilen in einem Grenzbereich. Für das Team ist die Arbeit hier in Indien alles andere als der chirurgische Alltag. Da wird schon mal improvisiert wenn wieder einmal das Licht ausfällt und die Anästhesiegeräte passen auch eher in ein medizinisches Museum. Von den tropischen Temperaturen im OP ganz zu schweigen. Wir alle sind nach einem 10 bis 12 Stunden Tag am Rande des Möglichen. Ist eins meiner Fotos mal daneben gegangen, wen interessiert es? Bei den





Medizinern muss alles gelingen. Oder wie Branco Sinikovic es ausdrückt: Du kannst 10 mal messen, aber nur einmal schneiden.

Fotografieren ist die eine Seite, das Aufbereiten der aberhundert Fotodateien ist die andere. Oftmals wird mir erst bei der nächtlichen Aufbereitung des umfangreichen Fotomaterials bewusst, was ich da tagsüber gesehen habe.

Bei einem späteren Vortrag werde ich Zuschauer fragen: Wenn wir den Anblick der entstellten Mimi nicht ertragen können, stellt Euch doch einfach vor was die Patientin seit dem fürchterlichen Verbrennungsunfall alles ertragen musste. Der Mund ständig geöffnet, das Kinn auf der Brust festgewachsen, der Blick stark eingeschränkt, auf den Boden gerichtet, dieses Leben muss eine Tortur gewesen sein.

Dies war dann auch der längste Eingriff in den 2 Wochen in Adimali. Transplantatentnahme am Bauch der Patientin, schier endlose Nahtarbeit um den Hals der Patientin zu rekonstruieren. Meine Hochachtung vor diesen Medizinern ist enorm.

Die Leidensgeschichte für Mimi soll ihr Ende finden. Als hätten wir uns verabredet, das komplette Team ist bei der Verbandentnahme zugegen. Als die letzte Komresse den Weg in den Bleicheimer gefunden hat, gibt es Applaus und auch Tränen. Mimi wird ein neues Leben ohne große Einschränkungen beginnen können. Ihre Augen strahlen wie schon bei jeder Visite: Ich will leben und ich will Euch Medizinern aus Deutschland sagen wie dankbar ich bin.

Es gibt diese magischen Momente im Leben, da weißt Du warum wir auf dieser Welt sind. Sie sind selten und vielleicht erfahren viele sie gar nicht. Dies war so ein Moment. Bei allem Schlim-

men was wir gesehen haben, es kam soviel zurück und nicht nur der Fotograf ist mit einer etwas anderen Sicht des Lebens wieder in den europäischen Alltag zurückgekehrt.



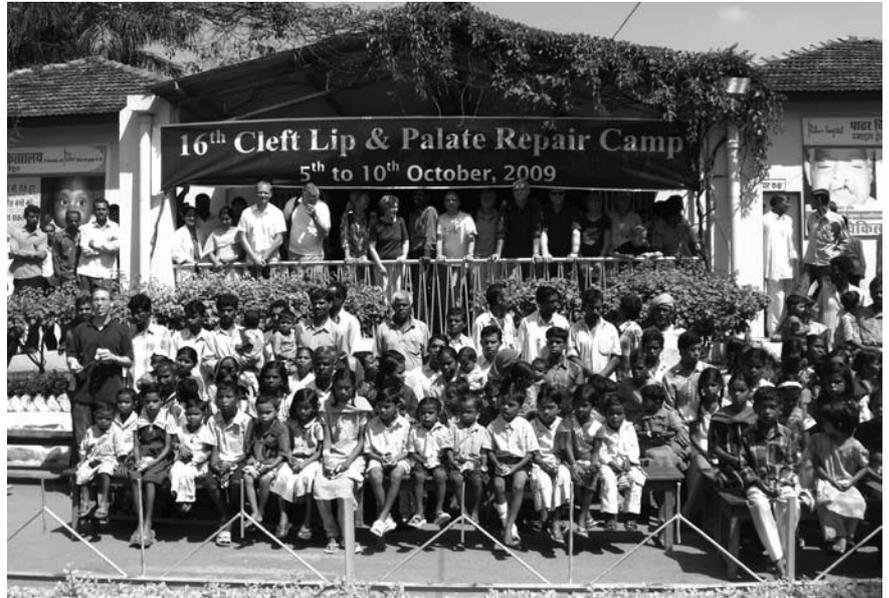
16. Operations-Einsatz im Padhar Hospital in Indien

Sie sind schon Routine, die herbstlichen OP-Einsätze im evangelisch-lutherischen Padhar Hospital in Zentralindien, aber dennoch ist es immer eine spannende Unternehmung. Das Team wechselt immer bis auf die alten Hasen, die Patienten sind Andere jedes Mal, aber Reisevorbereitungen und Nachbereitungen sind immer gleich. Im April werden die Tickets bei Lufthansa reserviert, gleich mit der Bitte, Freigepäck mitnehmen zu können. Nie wird diese Bitte abgewiesen und in 16 Jahren haben wir deshalb noch keinen Euro für Übergepäck bezahlt. Danke an Frau Rebelling vom Lufthansa Schalter am Hamburg Airport.

Die Reisen innerhalb Indiens, immerhin noch 18 Stunden, machen wir per Bahn. Besser kann man sich nicht in Indien erleben.

Dieses Mal waren aus Kiel die Chirurgen Björn Möller und Martin Ulbrich mit, dazu Martin Sprengel, niedergelassener MKG Chirurg aus Flensburg und Markus Mörtl aus meiner Abteilung. Alexander Runge, Oralchirurg und Freund aus Kiel gehört zu den alten Hasen. Andreas Kreusch, cand. med., war als Hakenhalter begeistert bei der Sache.

Gabriele von LaRosee und Elke Berkenbrink ließen unsere Patienten schlafen. Uwe Thiede, Kinderarzt untersuchte jeden kleinen und großen Patienten

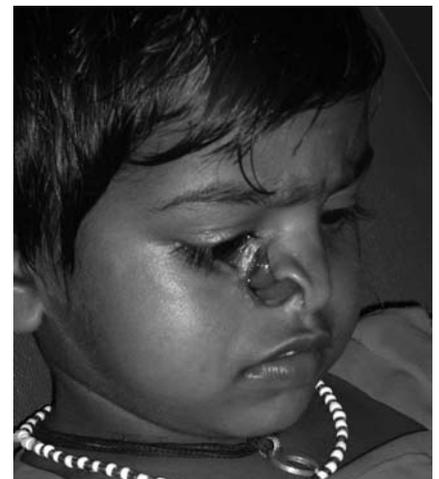


auf Narkosefähigkeit und fand immer wieder einen Kandidaten mit Herzgeräuschen, einem niedrigen Hb oder anderen Risiken, die wir erst abklärten ehe wir die Operation vereinbarten. Anna Paul aus Hamburg als HNO Ärztin machte mit, schaute auf Trommelfälle, entfernte Fremdkörper aus der Lufröhre und nahm Blutproben für eine Studie (gemeinsam mit der Humangenetik in Bonn) ab, durch die ein Genort für Spaltbildungen gefunden werden soll. 10 Tag in Delhi im YMCA zum Eingewöhnen, 18 Stunden Bahnfahrt bis Betul und dann Duschen, Auspacken, grosse Visite in allen Krankensälen, Untersuchungen der ersten 15 Patienten für

den Montag und abends Willkommessen beim Medical Superintendent Radjiv Choudhrie.

Unsere 5 OP Tage verging wie im Fluge, immer ein deutsch-indisches Team am Tisch, sowohl in der Chirurgie wie auch in der Anästhesie, meist 3 Tische parallel.

Alle 118 Operationen bei 88 Patienten verliefen ohne Komplikationen, 53 Lippenoperationen, 42 Gaumenverschlüsse und immer wieder Gesichtsspalten, auch für uns eine Herausforderung. Mehr und mehr Osteoplastiken der knöchernen Spalte mit Beckenspongiosa als neue Methode im Padhar Krankenhaus.





37 unserer Patienten waren bereits von uns oder anderen voroperiert.

In diesem Jahr weihten wir die neue zahnärztliche Abteilung ein, die vergrößert und mit neuen Geräten ausgerüstet worden war, alles aus indischer Produktion. Das neue digitale Röntgen haben wir ebenfalls übergeben, dem Krankenhaus entstehen dadurch weniger Kosten durch Wegfall von Entwickler und Röntgenfilmen.

Es hat sich bewährt, nur die Dinge zu unterstützen, die vom Krankenhaus erbeten werden. Unsere Ideen, was das Krankenhaus wohl braucht, gehen oft an der Realität vorbei.

Erstmals wurde in der Happy Valley School des Krankenhauses ein Schulkarneval gefeiert, Kinder kamen in Schulbussen von weit her und vergnügten sich an Musik, Spielen, einer Disco und Geschicklichkeitsspielen, am Ende kam eine gute Summe Rupien heraus, die dazu dienen soll, die Schule zu unterstützen. Wenn die Kinder der Angestellten gut ausgebildet werden, bleiben die Eltern länger am Padhar Hospital.

Wir werden ein neue Projekt starten und die vom Krankenhaus geplante Schwesternschule mit bauen. Kranken-

schwestern aus den großen Städten gehen nach Dubai oder in die Emirate, die Schwestern aus den kleinen Orten und Dörfern gehen in die Städte und auf dem Lande herrscht Schwesternmangel. Kennen wir das Problem nicht von uns?

Wir werden im kommenden Jahr das erste neue Gebäude finanzieren und damit weiter unserem Motto folgen: Ausbilden, ausbilden, ausbilden. Dazu braucht der OP neue Lampen und einen neuen OP Tisch.

Als weitere gute neue Entwicklung hat jetzt einer unserer Sponsoren einen eigenen Verein gegründet und unterstützt eine Schule in der Nähe, in der Kinder aus armen Familien in einer Boarding School wohnen und für das Leben vorbereitet werden. Neben der Unterstützung dieser Pancheel School wurden Stipendien für 10 Mädchen vergeben, denen ein höherer Schulabschluss ermöglicht werden soll. Anschließend können sie ein Darlehen bekommen, um selbstständig einen Beruf auszuüben. 3 von diesen Mädchen haben bereits gesagt, sie möchten Krankenschwestern werden. Und so greift eins ins andere und im Schneeballsystem vermehren sich gute Ideen.

Wir werden als „Kerngeschäft“ weiter jährlich unsere Spalteinsätze machen, neue indischen Kollege ausbilden und deutsche MKG Chirurgen mit der Vielfalt der Gesichtsfehlbildungen vertraut machen. Aber die neuen Projekte machen genauso viel Spaß und sind sinnvolle Ergänzungen.

Inzwischen studiert der Sohn des Verwaltungsdirektors des Padhar Krankenhauses in Bonn auf englisch „Life Science“ und hat 2009 seinen Master gemacht. Jetzt wurde er grade für ein Ph. D. Projekt von einer deutschen medizinischen Forschergruppe in Köln angeworben.

Einen Dank also an Alle, die uns geholfen haben, wir sind weiter offen für neue Mitstreiter auf den verschiedensten Gebieten.

Thomas Kreuzsch, Hamburg

www.friends-of-padhar.de

INTERPLAST-Camp in Katra bei Mandla / Indien 17.01. bis 31.01.2009

Team:

- Dr. Albrecht Krause-Bergmann
(Teamleiter), Münster
- Dr. Dr. Thomas Teltzrow,
MKG-Chirurg, Potsdam
- Dr. Christoph Schmitt, Münster

Die diesjährige Reise nach Katra gestaltete sich von Anfang an als sehr erschwert. Zunächst musste Sixtus Allert absagen, da er aus beruflichen Gründen gebunden war. Dann ereilte uns die Absage von Frau Magnanimo, die aus familiären Gründen dieses Mal nicht mitreisen konnte. Daher fragten wir Dr. Schmitt einen Mitarbeiter meiner Abteilung in Münster, ob er uns begleiten wolle. Leider fanden wir gegen Ende des Jahres 2008 unter dem Eindruck der Anschläge von Mumbai keine Schwester und auch keine Pfleger, die mit uns gekommen wären.

C. Schmitt hatte im Vorfeld gemeinsam mit seiner Freundin, die an einer Schule in Münster tätig ist Sachspenden bei Kindern gesammelt.

Wir wurden, wie in den Jahren zuvor von der Firma Ethikon und Covidien mit Nahtmaterial, von Jhonson&Jhonson mit Hämostyptika und durch die Krankenhäuser in Münster wie auch in Potsdam mit Instrumentar leihweise ausgestattet. Die Verbandstoffe hatten wir über Action Medeor geordert.

Neben den Reisekosten für A. Krause-Bergmann, die durch die Unterstützung durch die Fa. Karl Storz erfolgte, wurde der gesamte Einsatz von Pro INTERPLAST-Seligenstadt getragen.

Die Deutsche Lufthansa stellte für den Hinflug die kostenlose Mitnahme von Übergepäck zur Verfügung.

Die Reise nach Katra erfolgte getrennt. A. Krause-Bergmann nahm als Ausbilder an einem Workshop in Mumbai teil und reiste schon vorher ab. T. Teltzrow und C. Schmitt reisten von Münster. Leider mussten sie am geplanten Reisetag aus der Maschine wieder aussteigen, da diese wegen eines Defektes nicht flugtauglich erschien. Eine weitere Ma-



schine als Zubringer nach Frankfurt gab es nicht zur rechten Zeit.

So starteten die beiden erst am 18.01. Bei der Ankunft in Delhi zeigte sich eine extrem dicke Nebeldecke, die den Flug- aber auch den Schienenverkehr lahm legte. So gelang die Weiterreise erst nach einer Übernachtung am 19.01. Die über das Internet gebuchten und bezahlten Tickets waren ebenso ungültig geworden, wie die Reservierungen der Sitzplätze. Mit erheblichen Umwegen und zwei Tagen Verspätung gelangten beide dann ans Ziel. Da an dem annoncierten Sonntag keine Ärzte in Katra waren, begannen dort die ersten Patienten, die oft mehrere Tage Reisezeit auf sich genommen hatten ihren Rückweg. Die ersten Behandlungen fingen dann am 21.01. an. Der Workshop in Mumbai endete am Abend des 20.01. A. Krause-Bergmann benutzte die Bahn um nach Jabalpur zu gelangen. Am 21.01. war dann die Mannschaft vor Ort komplett. Um die doch noch große Zahl von Patienten behandeln zu können wurde die OP-Zeit bis in die Abendstunden ausgedehnt. Allerdings führte dies zu einer so außerordentlichen Beanspruchung der Mannschaft vor Ort, dass der verantwortliche Priester und Krankenhausdirektor einen Abbruch des gesamten Unternehmens erwog.

Nur die geduldige Gesprächsführung auf verschiedenen Ebenen und die Zahl von glücklichen Patienten, die bereits versorgt worden waren ließen es geraten erscheinen, das Camp fortzusetzen.

C. Schmitt fädelte nebenher noch eine Patenschaft zwischen einer Deutschen Schulklasse (in der seine Freundin unterrichtet) und einer indischen Schulklasse einer Missionsschule ein.

Das medizinische Spektrum der behandelten Patienten entsprach von der Verteilung unseren Erfahrungen aus den vorausgegangenen Jahren: jeweils hälftig stellten sich Kinder und junge Erwachsene mit Problemen nach Verbrennungen und Spalten im Lippen-, Kiefer- und Gaumenbereich vor. Zusätzlich vergrößerte sich eine dritte Gruppe von Patienten mit Geschwülsten der Weichteile.

Dabei handelte es sich bei zwei Kindern um Cysten in der Nachbarschaft der Tränengänge. Dadurch war es zur Verlegungen der Tränenwege gekommen. Neben Geschwülsten am Rumpf stellte sich ein Patient mit einer großen Raumforderung in der Axilla vor. Hier entfernten wir ein über fünf Kilo wiegendes Angiolipom aus der Axilla und aus dem Plexus brachialis.

An den oft langen OP Tagen vermissen wir die tätige Unterstützung durch



unsere mitgereiste Schwester sehr. In Zukunft werden wir bei der Planung auf eine entsprechende personelle Verteilung achten.

Wir fanden in den Krankenschwestern und lokalen Ärzten des Katra Hospital hervorragende fachliche und menschliche Unterstützung. Wir nutzten die Eingriffe um einheimische Unfall- und Allgemeinchirurgen fortzubilden. Eines unserer Ziele besteht in der kontinuierlichen Ausbildung auf dem Gebiet der Verbrennungsbehandlung und Behandlung von Verbrennungsfolgen. Wir konnten die Resultate der ersten selbst vorgenommenen Spalthauttransplantation zur Behandlung einer Verbrennung bewundern. In diesem Fall konnte so die fatale Kontraktur verhindert werden, die bei einer drittgradigen Verbrennung im Bereich des Handrückens immer zu einem kompletten Verlust der Gebrauchsfähigkeit der Hand führt.

Während der Einleitung einer Narkose bei einem zweijährigen Kind mit einer Syndactylie kam es zu einem Herzstillstand. Die sofort einsetzende Reani-

mation war schwierig, gelang letztlich doch.

Dieses Vorkommnis führte uns vor Augen, wie limitiert die Bedingungen weit ab von dem zu Hause gewohnten Standard sind. Viele Patienten leiden an konsumierenden Erkrankungen oder an Sichelzellanämie, so dass die Reserven oft schnell erschöpft sind.

In dieser schwierigen Situation stellte es sich aber auch als sehr hilfreich heraus, dass wir wie in den Jahren zuvor mit indischen Anästhesisten arbeiteten, die einerseits gut ausgebildet sind, andererseits einen ganz anderen Umgang mit den Patienten pflegen, als es uns das überhaupt möglich ist.

Wir sahen in der durch die Reise und einen Nationalfeiertag verkürzten Einsatz über 70 Patienten. Wir konnten 56 Patienten operieren. Neben der geschilderten Reanimation sahen wir zwei Lappen-Teilnekrosen, die zu einer Revision zwangen. Die Zahl der Patienten wäre noch größer gewesen, wenn das Team rechtzeitig eingetroffen wäre und nicht

eine Reihe von Patienten mit ihren Angehörigen schon sehr früh ihre Heimreise unverrichteter Dinge angetreten hätte. Der Bedarf ist weiter enorm. Wir sahen ausschließlich arme Patienten, die sich eine normale medizinische Behandlung nicht leisten können. Häufig gehörten diese Patienten den Adivasi, also den Ureinwohnern Indiens an.

Zusammenfassend werden wir, sofern die Unterstützung vorhanden ist, die Arbeit an dem Krankenhaus in Katra fortsetzen, um die plastisch-chirurgische Versorgung, aber auch die Weiterbildung der Ärzte fortzusetzen. Wir werden uns bei Zeiten um eine ausreichende Mannschaft kümmern und wir werden wieder die Industrie um Sachspenden bitten.

Albrecht Krause-Bergmann, Münster



Interplastbericht „Pahiyum 8“, Dipolog-City, Nord-west-Mindanao, Philippinen vom 01.11. - 16.11.2009

Unterstützung durch „pro-Interplast Seligenstadt e.V

Allerheiligen ist auf den Philippinen ein hoher Feiertag. Verwandte kommen von überall her und ehren ihre Ahnen. Niemand- auch keine Krankenschwester- arbeitet an diesem Tag, wenn es nicht unbedingt sein muss. Gerade noch rechtzeitig hatten wir das erfahren und so starteten wir unseren Einsatz anders als sonst an einem Dienstag. Die Anreise war unkompliziert: Alle Verkehrsmittel (sogar die deutsche Bahn) waren pünktlich und glücklicherweise hatten wir erneut den Großteil unserer Materialien per Cargo verschickt und konnten recht entspannt die Prozeduren des Zolls und die Flugabfertigung ertragen.

Bereits bei dem Zwischenstop in Manila konnten wir auf die Insider-Kenntnisse unserer einheimischen Teammitglieder und deren Sprachkenntnisse zurückgreifen... unschätzbare Vorteile in einem fremden Land!

Initial hatten wir große Sorgen wegen der weltweit in den Medien beschriebenen Tropenstürme (Ketsana, Parma und Mirinae), die noch kurz vor unserem Abflug mit großer Wucht gewütet hatten. Aus der Luft konnten wir die Kraft erahnen, dennoch erschien uns die Situation insgesamt weniger verheerend als befürchtet. Ohnehin sprachen die Bewohner Mindanaos (diese Insel wurde von den Taifunen weitestgehend verschont) lediglich von „schlechtem Wetter“, was vielleicht für unsere Ohren etwas zynisch klingt.

Nach dem kurzen Stop-over kamen wir am Dienstag in Dipolog City an und wurden wie immer herzlich empfangen.

Diesmal begrüßte uns schon am Flughafen der Gouverneur der Provinz Zamboanga del Norte mit Namen. Man kennt sich mittlerweile recht gut und so läuft alles unspektakulär und routiniert ab.

Im Krankenhaus warteten bereits viele Kisten auf uns. Neben den vollständig eingetroffenen Kartons von 2009 lagerten die alten Vorräte von 2008, die wir gut gebrauchen konnten.

Etwas war dann aber doch neu für uns: Nach sieben Einsätzen (Pahiyum 1-7)



Freundlicher Empfang in Dipolog City

im alten Provinzkrankenhaus mit improvisiertem Inventar waren wir nun in einem neuen, deutlich moderneren medical Center. Dies bedeutet aber nicht, dass dann auch das Interieur neu sein muss... man greift auf Bewährtes zurück: OP-Tische, Stühle und Patientenbetten kannten wir größtenteils noch

aus dem alten Haus. Trotzdem: das neue Haus war größer und sicher auch deutlich chicer und besser strukturiert als das alte. Außerdem gab es nun eine Dialyse-Station, ein CT und sogar eine Intensivstation. Letztere hatte immerhin 11 Betten in Einzelzimmern mit allerdings nur insgesamt 4 Monitoren



wartende kleine Patienten



Le Fort III Fraktur nach Motorradunfall im April 2008



... genesener Patient im November 2009



ein Kaugummi verschließt das Restloch

und 2 Respiratoren. Mit etwa 120 Betten ist das Krankenhaus nun eines der größten der Insel Mindanao.

Im OP-Bereich war das bisher einzige voll funktionsfähige Narkosegerät pünktlich zum Einsatzbeginn defekt. Nur gut, dass wir neben dem uns zur Verfügung gestellten Kreisteil ein weiteres haben aus Deutschland mitbringen dürfen (Dank an das Krankenhaus Düren!)

Nachdem der OP grob eingerichtet worden war, überließen wir das „Feintuning“ den Kollegen der Pflege, während die Ärzte zum Screenen gingen. Auf uns warteten- gut vorbereitet- zahlreiche Patienten mit LKG-Spalten, Strumen, Hernien und Hydrocelen. Und so hatten wir in den nächsten Tagen genug zu tun.

Nach einem „kleinen Zwischenfall“ im Süden Mindanaos hatte der Gouverneur nun doch beschlossen, uns zwei bewaffnete Polizisten zur Seite zu stellen, die uns dann auch nicht mehr aus den Augen ließen (zur besonderen Freude unserer weiblichen Teammitglieder). So blieb die Gewissheit, dass eben nicht alle Gefahren zu 100% ausgeschlossen werden können. Letztlich aber fühlten wir uns in der Begleitung der vielen Einheimischen recht sicher. Apropos Einheimische: Begleitet wurden wir im OP-Trakt fast ständig von den Auszubildenden der diversen Pflegegeschulen. Die klare Zielsetzung der

Schüler/innen ist jedoch nicht immer die Begeisterung für den Beruf in der Pflege, sondern häufig das große Interesse am Ausland. Schwestern und Pfleger sind überall auf der Welt Mangelware und so gibt es nicht wenige philippinische Ärzte, die nach ihrem Examen zusätzlich das Pflegeexamen anstreben.

Am folgenden Samstag begann das Wochenende mit der Visite der Patienten der letzten 48 h

Da wir wegen eines bereits im Vorfeld angekündigten Stromausfalls bei Wartungsarbeiten nicht operieren konnten, verbrachten wir das WE wie in jedem Jahr bei Fam. Eguia und Alano, die uns nach Kräften unterstützten. Hier erfuhren wir auch Genaueres über den zuvor erwähnten Zwischenfall: Zurzeit sind Wahlen. In einem armen Land laufen diese nicht immer unbeeinflusst ab und so werden Stimmen nicht selten erkauf- das kostet jede Menge Geld. Was liegt da näher, als bekanntermaßen wohlhabende Personen zu entführen und ein entsprechendes Lösegeld zu fordern? Üblicherweise kommen die Schergen in der Dämmerung über das Meer, schwer bewaffnet. Das geforderte Lösegeld beträgt dann, abhängig vom „Fang“ zwischen 100.000 und 1-2 Mio euro. So waren wir unseren beiden body-guards dankbar, dass sie die Grundstücke genau untersuchten und sich zur Meerseite hin auf die Lauer legten.

Am nächsten Montag hatten wir eine erfreuliche Begegnung: Der während unserem letzten Einsatz schwer verletzte Mopedfahrer stellte sich erneut vor (Abb. 3a,b,c)

Damals hatte sich die ausgedehnte Gesichtsverletzung als Le Fort III Fraktur entpuppt und der völlig entstellte Mann hatte eine von der Frontobasis bis zum Unterkiefer reichende, klaffende Wunde

Nun sah er prima aus! Das kleine Restloch im Gaumen verschloß er regelmäßig mit Kaugummis. Eigentlich keine schlechte Idee, aber natürlich konnten wir ihm mit einer OP besser helfen.

Zu Beginn unserer Mission hatten wir befürchten müssen, nicht genügend LKG-Patienten vorzufinden. Kurz vorher sei ein pensionierter Amerikaner 3 x 2 Wochen vor Ort gewesen und hatte mit Unterstützung der Rotarier jede Menge Patienten „abgearbeitet“. Deshalb wurden für unseren Einsatz Patienten aus weit abgelegenen Gegenden mittels Sammeltransport nach Dipolog befördert, um dann kosteneffizient transportiert und behandelt zu werden; also quasi jeden Tag ein anderes Dorf. Logistisch keine einfache Aufgabe für das Orga-Team im medical Center.

Außerdem erscheint es zunehmend schwieriger, die steigenden Erwartungen der hiesigen Krankenträger zu erfüllen. Die Ärzte aus Amerika bezahlen ALLES, also auch die Unterkunft/Verpflegung der Patienten und ihrer



Angehörigen, die Transportkosten, Infusionsflaschen, zusätzliche Personalkosten usw. usw.

Trotzdem verlief unser Einsatz ausgesprochen harmonisch und problemlos. Die Teams- sowohl die einheimischen Helfer, als auch wir als OP-Gäste- sind eingespielt und die jahrelange Zusammenarbeit zahlte sich aus.

Überhaupt hatten wir für unser Engagement viele Unterstützer: Philippinische Mitarbeiter gibt es quasi überall: Auf den Flughäfen in Düsseldorf, Dubai und natürlich Manila ebenso wie in den meisten asiatischen Hotels. Fast immer führten die Interplast bzw. pro-Interplast Aufkleber zu sehr wohlwollender Behandlung.

Einen Dolmetscher benötigt man übrigens nicht nur für die Sprache, son-

dern auch für das Benehmen: Lautes Rufen oder „klare Worte“ werden als ausgesprochen unhöflich und unpassend empfunden (man kann sich vorstellen, was Philippinos von einigen deutschen Ärzten halten). Dagegen scheint es kein Problem zu sein, einem Hotel-Angestellten zu sagen, er möge am Tisch stehen bleiben, um Fliegen zu verschrecken. Das muss man erstmal wissen...

Viel zu schnell waren bald die 2 Wochen verflogen und wir machten uns zufrieden und auch ein wenig stolz über das Erreichte auf den Heimweg.

Insgesamt haben wir an den 9 OP Tagen 74 Patienten operiert, davon 38 MKG- und plastisch-chirurgische Eingriffe (incl. 6 kombinierte Spaltoperationen) sowie 36 allgemein-chirurgische Eingriffe.

Das Team:

- Renate Bolender, OP Schwester
- Sylvia Heintz, OP Schwester
- Norma Eguia-Brzoska, Anästhesieschwester
- Maria Schürgers-Eguia, Anästhesieschwester
- Dr. Manfred Müller, Allgemeinchirurg
- Dr. Gereon Stockbrink, MKG- Chirurg
- Dr. Adrian Ernst, MKG- Chirurg
- Dr. Nancy Felske, Anästhesistin
- Dr. Peter Post, Anästhesist

Peter Post, Aachen

INTERPLAST-Sektion Schopfheim: 2 Einsätze in Vietnam

1. Can Tho / Südvietsnam März 2009



Can Tho in Südvietsnam im Mekong-Delta war Ziel eines Gemeinschaftseinsatzes von DEVIEMED und INTERPLAST. Da sich DEVIEMED um die Versorgung von Spaltbildungen kümmert, von der dortigen Organisation jedoch auch nach der Möglichkeit von allgemeinen plastischen-chirurgischen Eingriffen gefragt wurde, wurde der Wunsch an uns herangetragen, diesen Einsatz zu begleiten. Initiiert wurde dieser Einsatz von Frau Dr. Isabelle Huynh, Anästhesistin und in Dortmund tätige gebürtige Vietnamesin.

Partnerorganisation in Can Tho war eine Komitee für arme Menschen von Can Tho, die in liebevoller Weise alle



Vorbereitungen getroffen hatten und uns auch während des Aufenthaltes stets umsorgten.

Der Einsatz erfolgte in der Innenstadt von Can Tho, einer etwa 500.000 Einwohner zählenden Stadt, etwa 200 km südlich von Saigon am Mekong gelegen. Das Krankenhaus war eine Klinik für Augen- und MKG-Chirurgie, recht gut eingerichtet und sehr sauber. Wir flogen mit Air Vietnam von Frankfurt nach Saigon, wobei die pro Person erlaubten 40 kg etwas großzügig gemessen. Nach einem Nachtflug kamen wir in den frühen Morgenstunden an, wurden am Flughafen vom Komitee abgeholt, danach ca. 5stündige Busfahrt



nach Can Tho.

Am nächsten Morgen erfolgte zunächst eine offizielle Begrüßung mit den zentralen Persönlichkeiten der Klinik. Nach Besichtigung des Krankenhauses sowie der Präsentation der Regeln für diesen Einsatz was die Versorgung der Patienten sowie die finanziellen Absprachen betraf, wurde das Patientenscreening durchgeführt, wobei vor Ort schon eine strenge Auswahl getroffen worden war, sowohl bezüglich der OP-Indikation als auch der Anzahl der Patienten. Die Krankenhausleitung unter Führung von Dr. Hoa hatte die Patientenströme auf mehrere Tage verteilt. Was zwar gut gemeint war, wirkte sich



dann jedoch als problematisch aus, da in den letzten Tagen noch schwierige Fälle kamen, die dann nicht mehr behandelt werden konnten, ganz abgesehen von den aus weiter Entfernung täglich unangemeldet mit Bussen ankommenden Patienten. Jetzt hieß es nur noch: „next year“.

Die vorgestellten Patienten einerseits mit Spalten, andererseits mit Fehlbildungen und Verbrennungsfolgen überwiegend an den Händen konnten in 2 guten OPs versorgt werden, wobei das einheimische Personal außerordentlich freundlich und zuvorkommend war und uns jederzeit bestens unterstützte. Zusätzlich stand ein Assistenzarzt für die Versorgung der Spaltenchirurgie zur Verfügung. Die übrigen 2 OP-Säle waren für die Augenärzte reserviert, die diese auch intensiv nutzten, uns auch gelegentlich konsiliarisch zu Rate zogen. Es bestand eine gute interdisziplinäre Zusammenarbeit.

Die Patienten waren auf einer Station gut untergebracht, zusätzlich stand tagsüber noch ein Aufwachraum in der Nähe des OP's zur Verfügung, so dass die postoperative Überwachung gewährleistet war. Auch die täglichen Visiten machten trotz der sprachlichen Schwierigkeiten auf Grund der Übersichtlichkeit keine Probleme.

Die operative Versorgung der Pati-

enten war Dank der außerordentlichen Leistung des Anästhesieteams sehr effektiv durch selten beobachtete kurze Zwischenzeiten. So war in der Kürze der Zeit eine wirklich gute Effizienz der Arbeitsabläufe erreicht. Es wurden 52 Patienten mit Spalten und 36 Patienten mit Verbrennungskontrakturen, Tumoren und Fehlbildungen operiert. Es war lediglich in 1 Fall zu Komplikationen gekommen, wobei es nach Lösungen einer Ellenbogenkontraktur nach Brandverletzung zu Durchblutungsstörungen der Hand kam. Trotz des hochwertigen und vollen Op-Programms kamen die Freuden des vietnamesischen Lebens insbesondere für die Gourmets nicht zu kurz. Mehrfache Einladungen von verschiedener Seite mit ausgesprochen opulenten Menüs werden unvergessen bleiben. Auch blieb noch ein wenig Zeit, die berühmten „Schwimmenden Märkte“ auf dem Mekong zu besuchen.

Die Abschiedszeremonie mit anfänglich überaus formalem Ablauf und einem Vortrag der lokalen

Kongress-Abgeordneten über die Leistungen des vietnamesischen Gesundheitssystems endete letztlich in unübertrefflich fröhlichen deutsch-vietnamesischen Party. Zusammenfassend war es einer der Höhepunkte meiner 20-jährigen Tätigkeit für Interplast. Es bedurfte keiner langen Überlegung, ob die Einladung zu einem erneuten Camp in Can Tho angenommen werden soll. Nahezu das gleiche Team wird am 13.03.2010 wieder nach Can Tho starten.

Ein tolles Team war

- Dr. Isabelle Huynh
- Dr. Peter Schachner
- Prof. Dr. Jürgen Petzel
- Dr. Efgeni Khaet
- Uwe Henisch
- Katrin Bui
- Claudia Bernsen-Clarus
- Marianne Zabel

Vor Ort

- Dr. Hoa
- Organisation für arme Patienten
- Direktor des Krankenhauses
- Allen vielen Dank
- Dr. Günter Zabel



2. Hai Phong / Vietnam Oktober 2009

Die Sektion Schopfheim hat in diesem Jahr ein Pilotprojekt als Gemeinschaftseinsatz mit DEVIEMED in Hai Phong / Nordvietnam vom 20.10.09 – 29.10.09 durchgeführt.

Vorausgegangen war ein Einsatz in Can Tho / Südvietnam, der außerordentlich erfolgreich war und an dem Mitglieder von Deviemed teilgenommen hatten.

Wir vereinbarten seinerzeit einen erneuten Einsatz in Hai Phong. Die Vorbereitungen zu diesem Einsatz verliefen offenbar etwas schleppend und von vietnamesischer Seite her unkoordiniert. Am 20.10.09 war es dann soweit. Mit Air Vietnam ging es mit einer 14 köpfigen Mannschaft von Frankfurt nach Hanoi, wo die Einreise unproblematisch war und wir von Vertretern des Krankenhauses abgeholt und zum Einsatzort Hai Phong mit einem Bus gebracht wurden. Nach kurzer Erholungsphase wurde noch am gleichen Tag das Patientenscreening durchgeführt, wobei vor Ort schon eine strenge Auswahl getroffen worden war, sowohl bezüglich der OPIndikation als auch der Anzahl der Patienten. Ob dies mit den zunehmend unseriösen, jedoch finanziell attraktiven Angeboten insbesondere amerikanischer Operationsteams zusammenhing, war undurchsichtig.

Alle vorgestellten Patienten einerseits mit Spalten, andererseits mit Fehlbildungen und Verbrennungsfolgen überwiegend an den Händen konnten in 2 guten OPs versorgt werden, wobei das einheimische Personal freundlich und





zuvorkommend war und uns bestens unterstützte.

Die Patienten waren auf 2 Stationen gut, wenngleich etwas peripher untergebracht. Auf Grund der limitierten Patientenzahlen war das Programm jedoch bereits nach 3 von 6 vorgesehenen OP-Tagen abgeschlossen. Unfreiwillig wurde der Einsatz nach einem Abschiedsabend beendet. Wir fuhren mit dem Zug nach Hanoi und verbrachten dort die restlichen 2 Tage, was sicherlich nicht unattraktiv war, aber nicht dem Geist eines Operationseinsatzes entsprach. Hervorzuheben ist die uneingeschränkt hervorragende Zusammenarbeit der beiden Teams von Interplast und Devimed, so dass weitere gemeinsame Einsätze sicherlich wertvoll wären. 2 runde Geburtstage konnten in der kurzen Zeit in Hai Phong gefeiert werden.

Martin Kamp wurde 40 Jahre Marianne Zabel 60 Jahr alt. Herzlichen Glückwunsch!

An dieser Stelle sei auf das Herzlichste gedankt dem Leiter des Devimed Teams Herrn Dr. Martin Kamp für die Organisation dieses Einsatzes.

Günter Zabel, Schopfheim





Erfolge und Ausblicke der Hilfsaktion Noma e.V. Regensburg

Die Hilfsaktion Noma hat eine Reihe von neuen Projekten, die darauf abzielen, die in Niger gewonnenen Erfahrungen den Kollegen anderer Länder in der westafrikanischen Region zu vermitteln. Dazu zählt das neue Ausbildungszentrum in Niamey, das am 23. Januar 2009 durch den Gesundheitsminister der Republik Niger, Issa Lamine, offiziell eröffnet wurde. Die Hilfsaktion beabsichtigt, möglichst bald mit der Weltgesundheitsorganisation ein Kooperationsabkommen über die Zusammenarbeit im Ausbildungszentrum abzuschließen. Der erste Workshop für medizinische Fachkräfte soll am 13. Juli 2009 starten.

Mit dem Beginn des Großprojektes Guinea-Bissau hat die Hilfsaktion ihre Arbeit auch schwerpunktmäßig auf ein weiteres, bitterarmes Land in Afrika ausgeweitet. Seit September 2008 existiert am Nationalkrankenhaus in Bissau eine Noma-Station, die von der Hilfsaktion aufgebaut wurde. Ein Aktionsplan sieht vor, dass alle Personen in Gesundheitsberufen über Noma aufgeklärt werden sollen. Die Arbeit in Guinea-Bissau ist seit der Ermordung des Präsidenten Joao Viera am 2. März erheblich erschwert.

Ein weiteres Projekt der Hilfsaktion, Ounfanatt, stellt nigrischen Frauen eine Prämie in Aussicht, wenn sie bei



der Aufklärung über Noma mithelfen. Die hohe Rate an Analphabeten in Niger (über 85 % der Bevölkerung, davon 90 % Frauen) zwingt zu ungewöhnlichen Strategien. Neben dem Einsatz von Schauspielern, die in den Dörfern und auf den Märkten Theaterspiele mit „Noma-Themen“ aufführen, sollen die Frauen durch eine kleine finanzielle Unterstützung animiert werden, Informationen über Noma an ihre Nachbarinnen weiter zu geben. Mütter, deren kleine Kinder verdächtige Symptome aufweisen, sollten dazu bewegt werden, diese

Kinder in den Beratungszentren zur Begutachtung vorzustellen. Die Strategie hatte Erfolg, weil die Kinder mit Symptomen (Unterernährung, Kinderkrankheiten wie Masern, Röteln etc. oder solche in schlechtem hygienischen Zustand) in die Zentren gebracht wurden. Bei Nichtbehandlung wären die Kinder höchstwahrscheinlich an Noma erkrankt.

Die Arbeit der Hilfsaktion wurde im letzten Jahr auch von höchster deutscher Stelle gewürdigt. Bundespräsident Horst Köhler persönlich verlieh am 5. Dezember 2008 im Berlin Schloss Bellevue das Bundesverdienstkreuz an die Vereinsvorsitzende Ute Winkler-Stumpf. Sie nahm die Auszeichnung im Namen der unzähligen Helfer und Unterstützer der Hilfsaktion gerne in Empfang.

Hilfsaktion in Zahlen

Behandelte Kinder im Jahr 2008

55 Kinder wurden operiert

27 Kinder wurden als neu erkrankt gemeldet

3.131 Kinder wurden geimpft

8.359 unterernährte Kinder wurden mit Nahrungsmitteln versorgt.

Gesamtzahlen seit der Arbeit der Hilfsaktion

Im Zeitraum von 14 Jahren können folgende Zahlen angegeben werden:



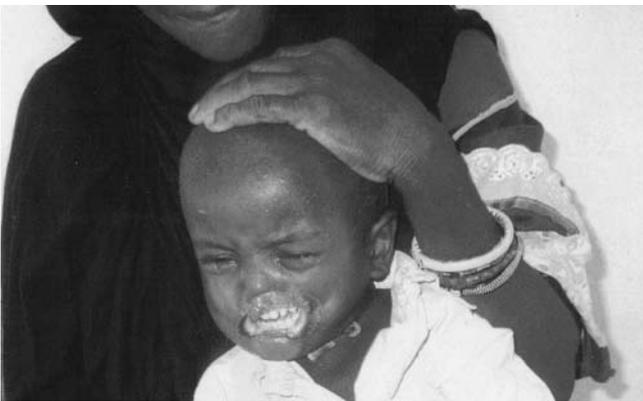


2.926 Kinder wurden operiert
26.058 Kinder wurden geimpft
32.550 unterernährte Kinder wurden
mit Nahrungsmitteln versorgt.

Die Hilfsaktion Noma ist ein in Deutschland eingetragener Verein mit Sitz in Deutschland. Sie ist gemeinnützig, mildtätig, politisch unabhängig und konfessionsneutral. Im Dezember 1994 gegründet und zwei Jahre später im westafrikanischen Land Niger zugelassen, hat sie sich zum Ziel gesetzt, Noma bis zum Jahr 2015 in Niger zu besiegen.

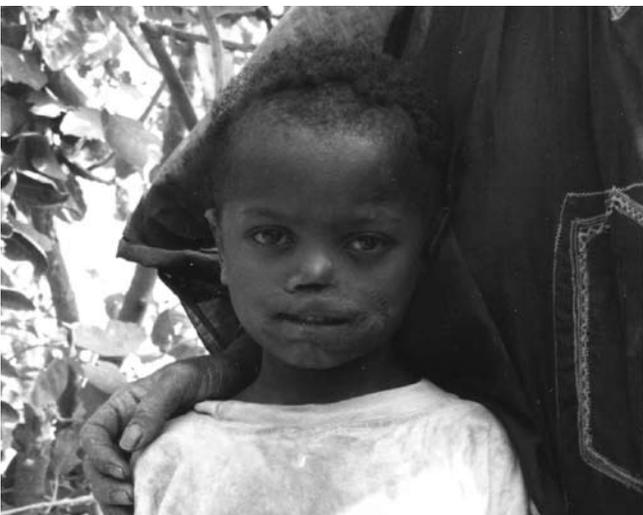
Herzlichen Glückwunsch, liebe Frau Ute Winkler-Stumpf, zur Verleihung des Bundesverdienstkreuzes und danke für die gute Zusammenarbeit mit INTERPLAST in den letzten Jahren!

Ahmadou - Nomakind aus dem Niger - Rekonstruktion mit Submental Island Flap



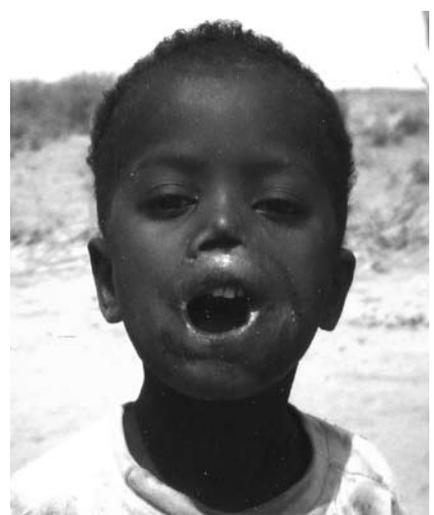
a

b



c

d



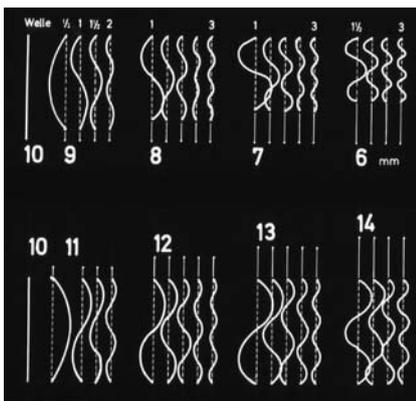
Lippenspaltverschluss mit dem Wellenschnittverfahren nach Pfeifer

Ein universelles Verfahren zum primären Verschluss und zur Korrektur aller Spaltformen

Ein in Deutschland und Österreich bekanntes, in weiteren Ländern wahrscheinlich mangels englischsprachiger Publikationen kaum angewendetes Operationsverfahren zum Verschluss von Lippenspalten stellt das in den 60iger Jahren von Prof. Dr. Dr. Gerhard Pfeifer, Hamburg (verstorben 2003), entwickelte Wellenschnittverfahren dar. Mit der dabei angewendeten Schnittführung lassen sich unter Vermeidung von die Lippe querenden Inzisionen funktionell und ästhetisch sehr ansprechende Langzeitergebnisse bei allen Spaltformen und Ausprägungsgraden erzielen. Die Variabilität der Schnittführung und ein dadurch fast beliebig erzielbarer Gewinn an Lippenhöhe lassen es als konkurrenzloses Verfahren für die bei unseren Einsätzen nicht selten erforderlichen Korrekturen der oft mit abenteuerlichen Methoden und wenig befriedigenden Ergebnissen voroperierten Lippenspalten erscheinen. Die Kombination der Methode mit einer von Prof. Delaire, Nantes (F), geforderten konsequenten funktionellen Wiederherstellung der perioralen und perinasalen Muskelschlingen lässt ein weitgehend ungestörtes Wachstum der Gesichtsteile sowie der darunter liegenden knöchernen und knorpeligen Strukturen erwarten.

Der Autor überblickt ein seit 1992 ausschließlich nach dieser Methode selbst operiertes und in einer regelmäßig persönlich abgehaltenen „Spaltprechstunde“ nachuntersuchtes Krankengut von rund 450 Spaltpatienten.

Abb. 1



Die universell anwendbare Methode ist einfach zu lehren und zu lernen, wie sich in der heimischen Umgebung und bei vielen Interplast-Einsätzen gezeigt hat.

Der erfahrene Spaltoperateur wird in der folgenden Darstellung viele Schritte finden, die er auch bei der Anwendung anderer Hautschnittführungen anwendet. Ein „einmal gesehen haben“ der Wellenschnittführung verdeutlicht ihm die Universalität der Methode. Der weniger versierte Spaltoperateur wird das Prinzip der Methode aus einigen Assistenzen und „Probezeichnungen“ schnell übernehmen und verinnerlichen können und schrittweise an die eigene Verantwortung herangeführt werden können.

Bedacht werden sollte jedoch immer, dass in der Spaltchirurgie nicht das erzielte Sofortergebnis eine Methode oder einen Operateur auszeichnet sondern nur das Ergebnis nach Abschluss des Gesichts- und Kieferwachstums!

In der Hand des Erfahrenen, der regelmäßig Spaltpatienten operiert und seine Langzeitergebnisse kritisch zusammen mit seinen Patienten und deren Eltern überschaut, werden sich mit der von ihm angewendeten Methode des Lippenspaltverschlusses, welches Verfahren er auch immer bevorzugt, exzellente Ergebnisse erzielen lassen.

Geschichte:

In den 60iger Jahren war Prof. Pfeifer als leitender Oberarzt unter Prof.

Schuchardt in der Nordwestdeutschen Kieferklinik am Universitätsklinikum Eppendorf in Hamburg tätig, dessen Amt er 1970 bis zu seiner Emeritierung übernahm. Neben der wissenschaftlichen Beschäftigung mit der Entwicklung der verschiedenen Spaltformen war er dort mit einer immensen Anzahl von Sekundäroperationen an Spaltpatienten konfrontiert, die in der Kriegs- und Nachkriegszeit unter suboptimalen Bedingungen mit z. T. sehr unbefriedigenden Ergebnissen andernorts mit verschiedensten Verfahren voroperiert worden waren.

Bei diesen Patienten mussten oft breite Narbenareale im Spaltbereich exzidiert, eine Verkürzung der Lippenhöhe korrigiert und ein anatomisch nicht korrekt vereinigter Ringmuskel wiederhergestellt werden. Es waren sicherlich Befunde, die sich mit denen vergleichen lassen, die wir bei unseren Interplast-Einsätzen auch heute nicht selten vorfinden. Durch eine der jeweiligen Situation angepasste wellenförmige Schnittführung in der Lippenhaut und eine anatomisch korrekte Vereinigung der darunter liegenden Muskulatur konnte das Behandlungsziel einer Rehabilitation dieser vorbehandelten Patienten anscheinend häufig erreicht werden. Als Methode für Korrekturoperationen fand das Wellenschnittverfahren auch Erwähnung in Millards Werk „Cleft Craft“.

Die Idee diese Schnittführung auch bei primären Spaltverschlüssen einzusetzen

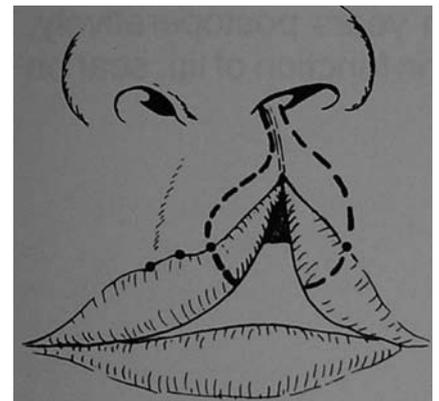
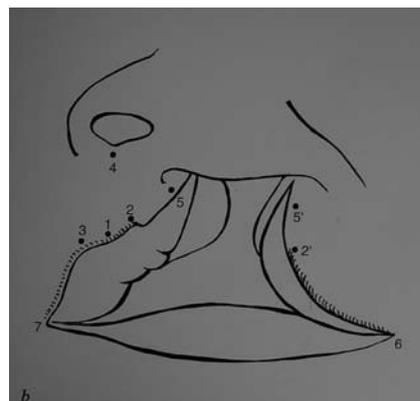




Abb. 4

zen konnte Prof. Pfeifer aber erst während seiner Lehrstuhl­tätigkeit in der Tübinger Klinik verwirklichen. Dort operierte er von 1967 bis 1970, stets unter der Assistenz des damaligen leitenden Oberarztes Prof. Steinhilber, unter peinlich genauer Foto- und Modelldokumentation der Planungs-, Operations- und Nachsorgeschritte alle Spaltpatienten nach dem von ihm entwickelten Wellenschnittverfahren. Der Autor konnte später viel zur Methodik, die er bereits während seiner Klinik­tätigkeit andernorts erlernt hatte, von seinem Praxispartner Prof. Wolfgang Steinhilber (verstorben 2009) „aus erster Hand“ übernehmen.

Methoden bei einseitigen Spalten:

Alle Operationsverfahren haben zum Ziel einen Längenausgleich der Lippenstümpfe zur Wiederherstellung einer der ungespaltenen Seite entsprechenden Lippenhöhe, eines symmetrischen Naseneingangs und eines harmonischen Amorfbogens herbeizuführen. Dieses wird in der Regel durch einen Lappchenaustausch zwischen den beiden Lippenstümpfen erzielt. Dabei sind Narben kaum zu vermeiden, die die Philtrumkante überkreuzen (z. B. bei den Methoden nach Hagedorn, Tension-Randall, LeMesurier, Millard). Beim Wellenschnittverfahren wird der Längengewinn jedoch durch eine bogenförmige Hautschnittführungen erzielt. Wird die so hergestellte Welle beim Nahtverschluss nach caudal gestreckt, entsteht eine gerade Schnittfläche in einer der Philtrumlänge der ungespaltenen Lippenseite entsprechen Länge. Die erforderlichen unterschiedlichen Längengewinne des medialen und des lateralen Stumpfes werden durch eine unterschiedliche Bogenhöhe und/oder Anzahl von Bögen der beiden Wellen erzielt. Dieses verdeutlicht

die Kopie einer Originalabbildung von Prof. Pfeifer (Abb.1).

„Schritt für Schritt“:

1. Die spalttypischen Markierungspunkte werden bestimmt und eingezeichnet. Anschließend wird die Philtrummhöhe der nicht gespaltenen Seite ausgemessen (Strecke 3 bis 4, Abb.2). Ein weicher Draht wird auf diese Länge zu rechtgeschnitten und anschließend so wellenförmig gebogen, dass er zuerst am medialen Spaltrand zwischen den Punkten 2 und 5 und danach am lateralen Spaltrand zwischen 2' und 5' passt. Der letzte auf das Lippenrot zulaufende Bogen muss dabei beidseits immer im rechten Winkel in die Lippenrot-weißgrenze ziehen! Prinzip: viele kleine Bögen für einen großen Längengewinn, wenige oder einen großen Bogen für einen kleinen Längengewinn (Abb.3). Die Praxis zeigt, dass von den vielen möglichen Wellenformen die einfachste Wellenform mit möglichst wenigen Bögen die Beste ist.

2. Bei inkompletten Spalten konvergieren die beiden Wellen dorsal des Naseneingangs. Bei kompletten Spalten läuft die Schnittführung im medialen Stumpf zur späteren Ausformung des Nasenbodens auf die Unterseite des Vomers dorsal der Suture zum Zwischenkiefer aus.

Auf der lateralen Spaltseite wird die Schnittführung bis unter den vorderen Ansatz der unteren Muschel am sichtbaren Übergang von oraler und nasaler Schleimhaut geführt. So kann später mit einem nach cranial am Vomer präparierten Schleimhautperiostlappen und einem an der seitlichen Nasenwand nach cranial präparierten Schleimhautperiostlappen spannungsfrei das nasale Blatt des Nasenbodens gebildet werden. Bei einer nicht selten bei Spalträgern anzutreffenden Hyperplasie der unteren Nasenmuschel kann diese am kaudalen Ende mit einem Scherschlag gekappt werden (Resektionsende wegen Blutungsgefahr kautern).

3. In der Schleimhaut der Oberlippe konvergieren die Schnittführungen beider Seiten bei inkompletten Spalten in der Tiefe des Vestibulums.

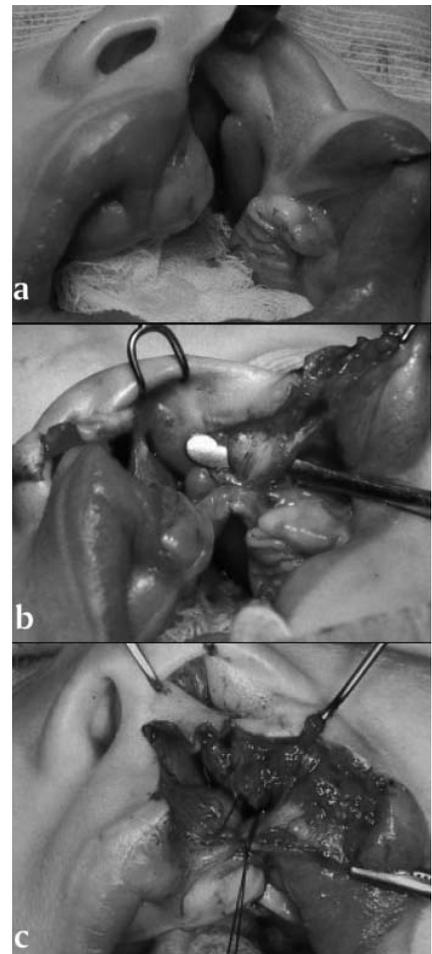
Bei kompletten Spalten vereinigen sich die Haut- und die Schleimhautschnittführung jeder einzelnen Seite dorsal des Naseneingangs. Von diesem dorsal liegenden Vereinigungspunkt ausge-

hend wird beidseits im Kieferspalt ein Schleimhautperiostschnitt am Übergang zwischen vestibulärer und palatinaler Mukosa senkrecht bis herunter auf den Kieferkamm geführt. Bei am Spaltrand stehenden Zähnen kann dieser Schnitt medial bis in den Schleimhautsulcus der Zähne geführt werden. Aus diesen Schleimhautschnittführungen lassen sich bei kompletten Spalten später auf jeder Seite drei Schleimhautperiostlappchen präparieren:

- a) nach cranial ein Vomerlappen bzw. Lappen von der lateralen Nasenwand,
- b) nach dorsocaudal ein Lappen von der Gaumenschleimhaut und
- c) nach ventrocaudal ein Lappen der vestibulären Mukosa des Kieferkammes.

Werden die drei Mukoperiostlappen beider Seiten später jeweils miteinander vereinigt, ergibt sich ein allseits periostausgekleideter und mit Hämatom gefüllter Tunnel zwischen den beiden Kieferstümpfen, der in der Theorie eine spontane Knochenbildung im Kieferspaltbereich ermöglicht (sog. „Periosteoplastik“ nach Skoog bzw. nach

Abb. 5



Millard). In einzelnen Fällen konnte der Autor diese spontane Knochenbildung im Kieferspalt in seinem eigenen Krankengut nachweisen. Auf jeden Fall ergibt sich aber ein stabiler mehrschichtiger Naseneingang und Nasenboden bei einer erhaltenen Tiefe des Frontzahn-vestibulums.

4. Sollte ein durchgehende kompletter Verschluss einer Lippen-Kiefer-Gaumen geplant sein, wird der Schnitt auf der Unterkante des Vomer und unterhalb des unteren Nasenmuschel ca. 1mm palatinal des Übergangs von nasaler zu oraler Mukosa nach dorsal bis zu den Uvulaspitzen verlängert. Damit kann beidseits das orale und das nasale Schleimhautblatt des gesamten Gaumens für einen spannungsfreien zweischichtigen Verschluss gehoben werden.

5. Erst nach dem Einzeichnen der gewünschten Wellenschnittführung auf der Haut und den weiteren Schleimhautschnitten werden die Lippenstümpfe und die Schleimhaut des Naseneingangs mit adrenalinhaltigem Lokalanästhetikum infiltrierend untergespritzt. Der Autor bevorzugt das in der Zahnmedizin geläufige Ultracain-DS forte mit 1:100.000 Adrenalin).

6. Warten! Das Adrenalin benötigt ca. 10 Minuten bis zum Eintritt der optimalen gefäßkontrahierenden Wirkung.

7. Nun wird mit einem 11er Skalpell unter Kompression der jeweiligen Oberlippenseite zuerst in leicht sägender Art die Haut und Unterhaut entsprechend der eingezeichneten Welle inzidiert (tätiowierte Markierungspunkte dabei stehen lassen!). Die Lippenrot-weißgrenze wird immer im rechten Winkel(!) durchtrennt und der Schnitt in der Schleimhaut außerhalb des eigentlichen Lippenrotes zurück bis zur Vereinigung mit der zuvor durchgeführten Hautschnittführung gezogen.

Dort befindet sich die Skalpellspitze dann medial auf dem Knochen der spina nasalis anterior bzw. lateral auf dem der apertura piriformis. Von hier ab wird zur Bildung der o. g. Mukoperiostlappen unter Knochenkontakt weiter nach dorsal bis auf die Unterkante des Vomers bzw. bis unterhalb der unteren Muschel gezogen. Das an den Spalträndern der Lippe zwischen Haut und Schleimhautschnitt gelegene Gewebe wird vollschichtig exzidiert und verworfen. Sehr vorsichtige und sparsame Verwendung des Kauters! Wo gekautert wird entsteht eine später unbewegliche Muskelnarbe, die beim jugendlichen Patienten mit einer bereits kräftig ausgebildeten Muskulatur wahrscheinlich unbedeutend sein wird, beim Säugling jedoch später funktionelle Auffälligkeiten hinterlassen kann.

8. Wie bei allen anderen OP-Methoden wird nun der M. orbicularis oris beidseits herauspräpariert (Abb.4). Dieses sollte im medialen Lippenstumpf nicht über die Mitte des Philtrums (2-3mm in die Tiefe) hinausgehen um eine Abflachung des Philtrumgrübchens zu vermeiden. Sämtliche Fehlinsertionen dieses Muskels an der spina nasalis anterior und am crus mediale des Flügelknorpels sowie lateral an der Basis des crus laterale und an der nach lateral verzogenen apertura piriformis müssen nun gelöst werden (Abb.5). Wie von Delaire beschrieben wird nun das Periost, das bereits durch die Schnittführung im Naseneingang durchtrennt wurde, von der Vorderkante der Apertur als Mukoperiostlappen nach cranial zur Bildung der nasalen Schicht des Nasenbodens abgeschoben (Nasenschleimhaut), nach caudal zur Bildung der palatinalen Schicht des Nasenbodens (Gaumenschleimhaut), nach ventral zur Bildung der den Alveolarfortsatz im Spaltbereich vestibulär überdecken-

den Schleimhautbrücke (Alveolarfortsatzschleimhaut) und nach laterocranial in Richtung facialer Kieferhöhlenwand mit der daran ansetzenden paranasalen Muskulatur zur späteren Rotation des lateral stehenden Nasenflügels und der paranasalen Muskulatur in Richtung Mittellinie. Nachdem sämtliche cranialen Fehlinsertionen des Ringmuskels gelöst worden sind, sollten mit der Schere nochmals in stumpfer epiperiostaler Präparation muskuläre Insertionen im Bereich der facialis Kieferhöhlenwand weit nach dorsal und cranial gelöst werden. Durch diese ausgedehnten Mobilisierungen lässt sich auch bei sehr breiten Spalten ohne jegliche im Vestibulum angelegte quere Hilfs- und Entlastungsinzisionen (sog. „Vornähung“) ein spannungsfreier Wundverschluss erzielen.

9. Nun wird exakt an der Lippenrot-weißgrenze eine Haltenaht gesetzt, die ungeknüpft lang gelassen wird und mit einem Klemmchen gefasst wird. Diese kann bei Bedarf angezogen werden und zeigt dabei, wie gut sich die beiden Wellen strecken und wie sich die Lippenform entwickeln wird (Abb.6).

10. Beginnend von dorsal wird nun zuerst das nasale Schleimhautblatt (der Autor verwendet für Schleimhaut- und Muskelnähte 4x0 Vicryl mit einer RB1-Nadel, immer Einzelknopfnähte, keine fortlaufenden Nähte) bis auf Höhe des Naseneingangs vernäht.

11. Danach wird eine für die Stellung des Nasenflügels, die Form des Naseneingangs und die Vereinigung der paranasalen Muskulatur entscheidende Naht gesetzt. Diese greift die Basis des lateralen Flügelknorpels sowie des medialen Flügelknorpels mit möglichst viel Gewebe. Wird diese Naht angezogen (Haltenaht an der Lippenrotweißgrenze dabei anspannen), rotiert der Nasenflügel zur Mittellinie in Richtung des

Abb. 6

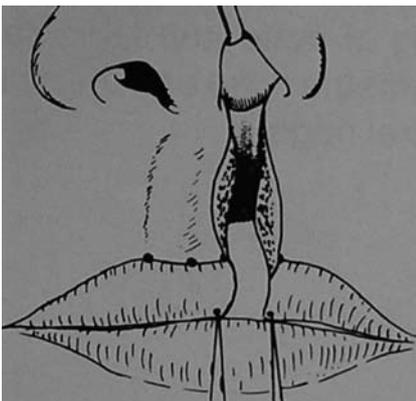


Abb. 7

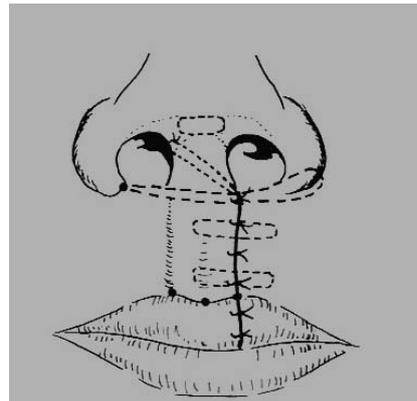
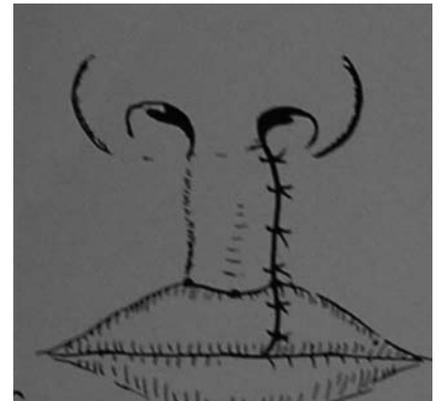


Abb. 8



sich jetzt zunehmend senkrecht stellenden Nasenstegs. Das Ergebnis soll zur Form des Naseneingangs der Gegenseite symmetrisch sein. Um dieses Ziel zu erreichen muss die Naht nicht selten mehrmals mit einer anderer Positionierung der Einstichstellen neu gesetzt werden. Die Naht wird nur soweit zugezogen, bis eine optimale Stellung des Nasenflügels erreicht und dann so geknüpft.

In der Regel resultiert daraus ein „Luftknoten“ (Abb.7). Entgegen der in Abb.7 von Pfeifer angegebenen Positionierung dieser Naht von der Basis des spaltseitigen Nasenflügels zu der Basis des Flügels der gesunden Seite, sollte diese Naht nur die Basis des crus mediale des Flügelknorpels und des spaltseitigen crus laterale des Flügelknorpels fassen um eine Stellungsänderung des Nasenflügels der gesunden Seite sicher zu vermeiden!

Die Mobilisierung des Nasenflügels und Einstellung des Nasenflügels kann erheblich erleichtert werden, in dem man vor Legen dieser Naht von lateral kommend die Haut von der Basis des seitlichen Flügelknorpels durch stumpfe Präparation bis zum Nasendom hoch und bis über den Dreiecksknorpel abhebt und ebenfalls das Gewebe zwischen den beiden medialen Flügelknorpeln bis in den Nasendom löst. Damit wird ein zirkulärer Tunnel zwischen Haut und Knorpel des spaltbedingt deformierten spaltseitigen Flügelknorpel geschaffen, wodurch sich Flügelknorpel und Haut leicht gegeneinander verschieben bzw. rotieren lassen. Inzisionen am Flügelknorpel sind wegen der damit verbundenen Wachstumsstörung beim Säugling und Kleinkind unbedingt zu vermeiden!

12. Nun werden die beiden das Schleimhautblatt des Gaumens bildenden Läppchen mit einer bis zwei zur Mundhöhle evertierten Nähten unter dem bereits ver-

nähten Nasenboden vereinigt.

13. Die sich anschließende Vereinigung des M. orbicularis oris wird mit drei bis vier weit fassenden Nähten vom Lippenrot in Richtung Nasenboden fortschreitend durchgeführt. Zur Sicherstellung einer exakten anatomischen Vereinigung der Muskulatur ist die Haltenaht an der Lippenrot-weißgrenze wiederholt anzuspannen.

14. Die Schleimhaut wird jetzt von der Lippenrot-weißgrenze nach innen fortschreitend verschlossen. Dabei sind kleinere Korrekturen und Exzisionen regelmäßig erforderlich. Der Schleimhautverschluss schließt die Vereinigung der Kieferkammerschleimhaut mit ein. Fehlendes Material muss hier gelegentlich aus Überschüssen der Lippenschleimhaut durch Verschieben oder Rotieren ersetzt werden. Zur nachhaltigen Vermeidung einer Einziehung der Narbe im Lippenrot hat sich die von Hubertus Tilkorn propagierte kleine Z-Plastik auf der Innenseite der Lippe bestens bewährt.

15. Abschließend werden, falls möglich, wenige subkutane Nähte z. B. mit 5x0 Vicryl und einer kleinen TF1-Nadel gesetzt. Dabei können die Wellen noch nach Bedarf etwas gegeneinander verschoben werden, bevor dann die Hautnaht mit z. B. dem schnellauflösenden 6x0 Serapid (Fa. Serag-Wiesner, Neila) das sichtbare Operationsergebnis sichert (Abb.8).

16. Für einen Tag wird eine Salbenstreifenamponade in den Naseneingang eingebracht, die eine Totraumbildung zwischen Haut und Nasenflügelknorpel vermeiden soll. Ebenfalls nur für einen Tag werden lange Steristrips aufgebracht. Beides wird am Folgetag entfernt und die Lippe mit H₂O₂ sorgfältig gesäubert.

Methode bei beidseitigen Spalten:

Das Wellenschnittverfahren eignet sich ebenfalls zum Verschluss aller Formen

von beidseitigen Spalten. Das Setzen der symmetrischen Markierungspunkte entspricht der üblichen Vorgehensweise. Die Breite des zu gestaltenden Philtrums muss der Physiognomie der Bevölkerung angepasst werden. An der Unterkante des Philtrums wird ein ca. 2mm breiter Saum von Lippenschleimhaut erhalten. Dieser Saum muss dementsprechend an den seitlichen Lippenstümpfen exzidiert werden.

1. Nach dem Setzen der typischen Markierungspunkte (Abb.9) werden die Wellenschnittführung auf der Haut sowie die Schleimhautschnittführungen an den seitlichen Lippenstümpfen entsprechend der o. g. Vorgehensweise bei einseitigen Spalten eingezeichnet. Auf die Symmetrie beider Seiten muss besonders geachtet werden. Zudem muss auf jeder Seite ein Stück Lippenrot-weißgrenze exzidiert werden, das der halben Länge der vom Operateur festgelegten Philtrumbreite entspricht, da an dieser Stelle die am Philtrum belassene Lippenrot-weißgrenze später eingelagert wird (Abb.10)

2. Da im Bereich des häufig offensichtlich zu kurzen und nach cranial rotierten Philtrums ein grosser Längengewinn erzielt werden muss, werden dort mehrere enggeschwungene Bögen eingezeichnet. Es ist darauf zu achten, dass die Bögen auf Höhe des Naseneingangs den weitesten Abstand voneinander haben. Nur so kann dort die Haut dazu genutzt werden, beim späteren Hautverschluss und in dem sich anschließenden Wachstum den verkürzten Nasensteg nach cranial zu verlängern, ohne dass dieses später durch einen weiteren operativen Eingriff (z. B. Gabellappenplastik nach Millard) erfolgen müsste („die Länge des Nasenstegs steckt im Philtrum“). Der Autor konnte bislang im eigenen Patientengut fast immer auf eine spätere Verlängerung des Nasenstegs verzichten. Dorsal des Zwischenkiefers laufen die

Abb. 9

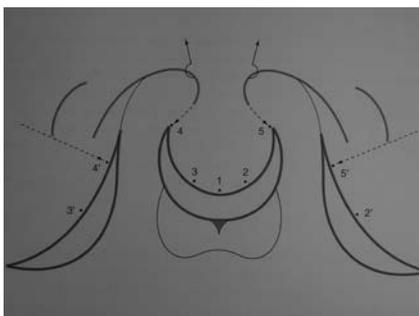


Abb. 10

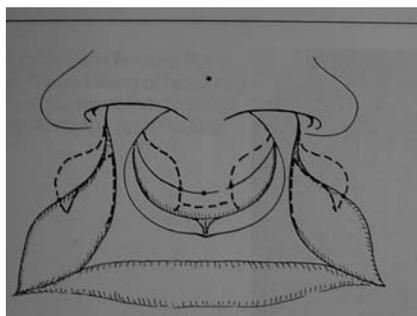
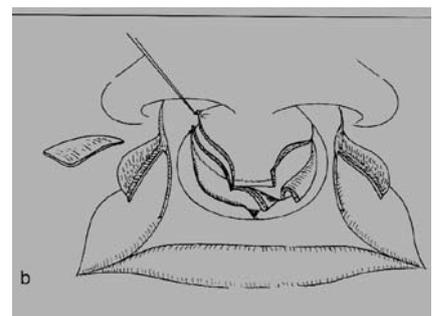


Abb. 11



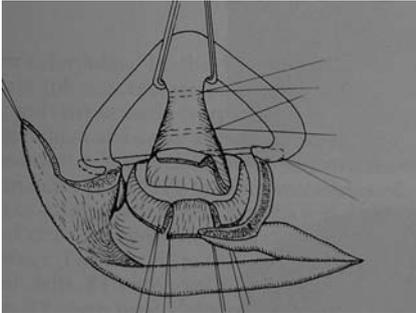


Abb. 12

Schnittführungen auf die Unterkante des Vomers aus.

3. Es folgt die Injektion des Lokalanästhetikums.

4. Zuerst wird die Haut und die Subkutis des Philtrums mit dem 11er Skalpell entsprechend der eingezeichneten Schnittführung inzidiert (Abb.11). Das muskelfaserlose Gewebe des Philtrums wird in streng epiperiostaler Präparation bis zur Basis des Nasenstegs präpariert und hochgeklappt. Darunter werden später die mobilisierten Stümpfe des M. orbicularis oris vereinigt. Dorsal des Naseneingangs wird im Bereich der Vomerschleimhaut allerdings das Periost durchtrennt, damit dort Mukoperiostlappen zur Bildung des Nasenbodens vom Vomer nach cranial gehoben werden können. Die Schleimhaut des Philtrums wird zirkulär nach caudal abpräpariert und vorerst in toto erhalten. Im lateralen Anteil wird diese Schleimhaut dazu genutzt werden zusammen mit dem am seitlichen Kieferstumpf nach caudal gelösten Mukoperiostlappen das orale (palatinale) Blatt des Naseneingangs zu bilden. Der mittlere Anteil der Philtrumschleimhaut wird z. T. zum Aufbau des Vestibulums des Zwischenkiefers genutzt werden, z. T. wird er bei der Schleimhautnaht der Lippe exzidiert werden (erst einmal alles erhalten!) (Abb.12).

5. Nun werden beidseits die Muskelstümpfe soweit nach lateral freipräpariert und von ihren Fehlinsertionen gelöst, dass sie (manchmal nur unter

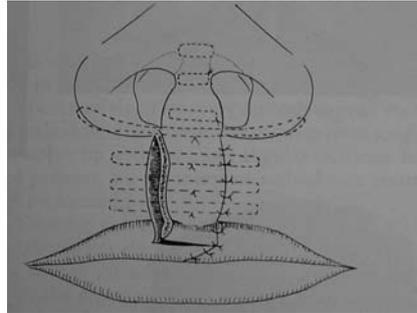


Abb. 13

gewisser Spannung) über dem Zwischenkiefer vereinigt werden können. Hier wird man nicht selten die Mobilisierung in Richtung Wange mehrmals vertiefen müssen.

6. Die Mukoperiostlappchen der seitlichen Kieferstümpfe werden wie bei der Präparation der einseitigen Spalte beschrieben umschnitten und gelöst.

7. Die Haut wird von Nasenflügel und von der Basis des Nasenstegs kommend bis in den Nasendom in stumpfer Präparation vom knorpeligen Nasengerüst gelöst. Bindegewebszüge zwischen den crura medialis beider Seiten müssen scharf durchtrennt werden, damit der Nasendom aufgerichtet werden kann. Eine danach hoch im Nasendom dorsal des Nasenstegs perkutan eingestochene Matratzennaht mit 4x0 Vicryl bringt die crura medialis zusammen und richtet dadurch die Nasenspitze markant auf und verlängert bereits so den Nasensteg.

8. Der Nahtverschluss beginnt mit dem nasalen Blatt der Nasenschleimhaut bis in den Naseneingang mit 4x0 Vicryl.

9. Dann greift eine Naht mit 4x0 Vicryl die Basis der beiden Nasenflügel und die dort verlaufende paranasale Muskulatur. Diese Naht wird langsam gezogen. Dieses Manöver bringt die Nasenflügel aufeinander zu und formt die Naseneingänge symmetrisch aus. Als „Luftknoten“ wird diese Naht über dem Zwischenkiefer geknüpft, sobald die gewünschte Stellung der Nasenflügel erreicht ist. Dabei auftretende



Abb. 14

Knickbildungen im Bereich der Nasenflügel müssen durch ein nochmaliges Lockern dieser Naht und durch ein weiteres Lösen der Haut vom knorpeligen Nasengerüst minimiert werden (Haut und Nasenknorpel sollten frei gegeneinander rotieren können). Das Legen dieser Naht gestaltet sich manchmal mühsam, lässt aber am Ende schon die zu erzielende Lippen- und Nasenform erkennen.

10. Nun wird eine Haltenaht zwischen den beiden Stümpfen des Lippenrots gesetzt und mit einem Klemmchen in der Mitte der Lippe gefasst und nach caudal gezogen. Dadurch legt sich die Muskulatur beider Seiten über dem Periost des Zwischenkiefers in der gewünschten anatomischen Verlaufsrichtung zusammen.

11. Die Muskulatur wird über dem oft weit vorspringenden Zwischenkiefer mit drei bis vier weitfassenden 4x0 Vicrylnähten, vom Lippenrot zum Nasensteg ansteigend, oft nicht ohne Spannung, vereinigt. Es ist jedoch erstaunlich, wie schnell sich der Zwischenkiefer durch den nach dorsocaudal gerichteten Zug des M. orbicularis oris nach hinten bewegt und sich gleichzeitig das erst zu kurz erscheinende Philtrum und der Nasensteg verlängern! „Die Form folgt der Funktion“, ein in der Kieferorthopädie allgegenwärtiges Behandlungsprinzip. Mit stetig einwirkenden kleinen Kräften werden dort Zähne und ganze Kieferabschnitte in neue Positionen gebracht.

Abb. 15



Abb. 16



Abb. 17





Abb. 18

12. Der unter Zurhilfenahme eines kleinen Langenbeck-Hakens folgende Blick auf die Innenseite der Oberlippe fordert nun das plastisch-chirurgische Geschick des Operateurs. Die dort in der Mitte am Philtrum im Überschuss und seitlich oft etwas knapp vorliegende Schleimhaut muss nun teils durch Exzisionen, teils durch Lappchenaustausch in Form von kleinen Z-Plastiken, teils durch sparsame horizontale Inzisionen in der vestibulären Umschlagfalte spannungsfrei so vereinigt werden, dass ein hohes Vestibulum über dem Zwischenkiefer entsteht. Nur dieses sichert eine gute Beweglichkeit der Oberlippe, deren unter der Funktion zunehmende Verlängerung und einen ungestörten Zahndurchbruch. Nahtmaterial ist das 4x0 oder 5x0 Vicryl.

13. Anschließend wird das zwischenzeitig mit einer Haltenaht nach cranial gehaltene Philtrum in den mittigen Defekt der Oberlippe eingelagert und mit 5x0 Vicryl-Nähte (kleine TF1-Nadel) unter Streckung der engen Wellen subcutan fixiert.

Abb. 19



14. Nun werden unter Beachtung der Lippenrot-weißgrenze die Hautnähte mit 6x0 Serapid-Nähten gesetzt (Abb.13). Direkt auf den Wulst der Naseneingänge kann eine 5x0 Vicryl-Naht gesetzt werden, damit durch Manipulationen der Patienten an der Nase diese Naht in den ersten postoperativen Tagen nicht gelöst werden kann. Die durch die langsame Resorption dieses Fadens zu befürchtenden bleibenden sichtbaren Einstichstellen an der Haut sind hier nicht auffällig.

15. Zur Verhinderung einer Totraumbildung zwischen Nasenknorpel und darüber gelöster Nasenhaut werden beidseits Salbentamponaden in die Naseneingänge eingebracht, die zusammen mit den aufzubringenden langen Steristrips spätestens am zweiten postoperativen Tag unter Säuberung der Lippe mit H₂O₂ wieder entfernt werden.

Die Vorteile der Methode sieht der Autor darin, dass es ein universell anwendbares Verfahren zum primären Verschluss und zur Korrektur aller Arten von Lippenspalten darstellt, dass kleine Planungsungenauigkeiten und Messfehler durch jederzeit mögliche Stauchung einer Welle in den Naseneingang hinein oder Streckung aus dem Naseneingang heraus bis zum Hautverschluss korrigiert werden können, dass sich das Verfahren ideal mit den Forderungen Delaires nach einer funktionellen Rekonstruktion der perioralen und perinasalen Muskelschlingen verbinden lässt, dass quere, die Philtrumkanke kreuzende Inzisionen, vermieden werden und dass sie einfach zu lehren und zu lernen ist.

Nachteile sind darin zu sehen, dass es postoperativ zu einer gewissen Verkürzung der Lippennarbe kommt, die sich innerhalb weniger Monate durch die wiederhergestellte Funktion der Lippenmuskulatur spontan und sicher zurückbildet (Patienten bzw. Eltern darü-

ber informieren), und dass die Methode durch die geringe Anzahl aussagekräftiger englischsprachiger Publikationen kaum internationale Verbreitung gefunden hat.

Fallbeispiel 1 (einseitige LKG-Spalte):
vorher (Abb.14) –
nachher (Abb.15 u. 16)

Fallbeispiel 2 (beidseitige LKG-Spalte):
vorher (Abb.17) –
nachher (Abb.18 u. 19)

Diese Abhandlung widme ich meinem verstorbenen hochgeehrten Lehrer, Partner und Freund, Herrn Prof. Dr. Dr. Wolfgang Steinhilber.

Dr. Dr. Michael Bergermann
Belegabteilung für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie
Evangelisches Krankenhaus Hamm
Werler Str. 110
59067 Hamm
lou.bergemann@freenet.de

Sektion Stuttgart-Münster

Mehrere Übersichtsarbeiten über die Methode in: Craniofacial Abnormalities and Clefts of the Lip, Alveolus and Palate. Gerhard Pfeifer. Georg Thieme Verlag. 1991



Transparenz im Spendenmarkt: CharityWatch.de bewertet Hilfsorganisationen Analyse und Bewertung von INTERPLAST-Germany e.V., pro-interplast Seleggenstadt e.V. und Ebersberger Förderverein Interplast e.V. durch Charity Watch

Einführung: Deutschland ist in doppelter Hinsicht ein Entwicklungsland im Charitybereich. Zum Einen ist die Spendenbereitschaft in der Bevölkerung im Vergleich zu anderen Industriestaaten nur unterdurchschnittlich. Zum Anderen ist es leider auch für die Charityorganisationen nicht selbstverständlich, absolut transparent über die Verwendung der Mittel zu berichten. CharityWatch.de hat es sich deshalb zum Ziel gesetzt, einen Beitrag zur Verbesserung der Spendenkultur in Deutschland zu leisten. Gute Arbeit soll belohnt und fragwürdiges Verhalten öffentlich werden. Kritik an einzelnen Organisationen ist nie als Schmähung der gemeinnützigen oder mildtätigen Absichten zu verstehen! Vielmehr ist es immer ein Ansporn für Vorstand und Geschäftsführung, die Wirkung der Spendengelder zu erhöhen. Im Zweifel, in dem ein Spender seine Mittel an eine effektivere Organisation überweist.

Ehrlichkeit. Jeder Spender möchte sein Geld so verwendet wissen, wie es der Zweck und die Werbung einer Non-Profit-Organisation verspricht. Darüber sollte völlig selbstverständlich Bericht erstattet werden - am Besten grundsätzlich im Internet, weil dadurch die geringsten Kosten entstehen. Wer als Vorstand oder Geschäftsführer einer Charityorganisation dazu nicht bereit ist, hat das Geld und damit das Vertrauen der Spender nicht verdient.

Transparenz. Breit auf viele Homepages gestreute Informationen sind nur ein erster Schritt für mehr Transparenz im Spendenmarkt. Erst eine zentrale Datenbank mit Eckdaten von den Vereinen und Stiftungen sowie auch eventuellen kritischen Drittmeinungen ermöglicht es, sich wirklich transparent zu informieren. Nur so ist auch die Spreu vom Weizen zu trennen.

Kosten. Sowohl für die Charityorganisationen als auch für die Spendenwilligen muss die Informationsbereitstellung sowie deren Abruf kostenlos sein. Bei CharityWatch.de kann deshalb jeder, der in einem Leitungsorgan eines Vereines oder einer Stiftung Verantwortung trägt, kostenlos einen Eintrag in die Datenbank vornehmen. Spendenwillige, denen Informationen zu einem bestimmten Verein fehlen, können kostenlos die Aufnahme beantragen. Selbstverständlich sind Abfragen zu bereits eingetragenen Charityorganisationen auch kostenlos.

Meinungen. Meist aus zeitlichen Gründen ist es für einen Spender nicht möglich, die Jahresberichte und andere Unterlagen von verschiedenen Organisationen auszuwerten. Deshalb versucht CharityWatch.de bei möglichst vielen eine Sichtung und Bewertung vorzunehmen. Auch diese Dienstleistung ist im Gegensatz zu anderen Spendensiegeln, für die teilweise mehrere Tausend Euro pro Jahr fällig werden, kostenlos!



INTERPLAST-GERMANY E.V. Das Gebot der Sparsamkeit

Wo gibt's denn so was: Nicht nur zu Weihnachten, sondern rund um das ganze Jahr fliegen deutsche Interplast-Ärzte in die entlegensten Gebiete der Erde, um Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen ein Gesicht und mit ihm ein neues Leben zu geben. Der Lohn? Ein dankbares Lächeln, ein Händedruck, eine Umarmung. Dafür nehmen die Teammitglieder sogar unangenehme Anreisen und provisorische Unterkünfte in Kauf. Denn jeder Einsatz hat eine Grunddirektive: Das Gebot der Sparsamkeit. Für die Geldgeber bedeutet das – von gespendeten 100 Euro fließen 91 Euro und 91 Cent direkt in ein Hilfsprojekt.

Finanzzahlen. Erfreulich ist nicht nur die ehrenamtliche Tätigkeit der deutschen Chirurgen-Teams. Auch die Zahlen der Jahresbilanz von interplast-germany können sich sehen lassen. Mit den gespendeten

Geldern konnten im vergangenen Jahr bei 60 Einsätzen 3.520 Patienten behandelt werden, im Interplast-Hospital Nepal weitere 1.050 Patienten. Knapp eine Million Euro wurde 2008 ausgegeben. Davon flossen 89,1 Prozent direkt in ausländische Projekte. Weiter 2,8 Prozent in Behandlungen, die nur in Deutschland durchgeführt werden können. Was bleibt sind 8,9 Prozent für administrative und sonstige Posten. Sie gliedern sich in zwei Prozent für die Verwaltung, 3,9 für Werbung und 2,2 für Sonstiges, darunter ein Symposium, das über die Arbeit der Interplastteams informiert, Probleme aufzeigt und erstmals ein Interplast-Anästhesistentreffen ins Leben rief.

Historie. Interplast ist keine deutsche Erfindung. Gegründet wurde der Verein vor nunmehr 40 Jahren von Dr. Donald R. Laub. Damals wurde der amerikanische Chirurg während eines Mexiko Urlaubes



gebeten, sich einen Jungen mit einer Lippenpalte anzusehen. Das Kind lebte in einem Hühnerhaus, weil sich die Eltern für seinen Anblick schämten. Er operierte den Jungen und stellte fest, dass es noch viele andere mit demselben oder ähnlichen Problemen gab. So gründete er Interplast, einen Verein, der es sich zur Aufgabe gemacht hat, plastische Operationen in Entwicklungsländern durchzuführen, basierend auf der ehrenamtlichen Tätigkeit des gesamten Ärzteteams. Elf Jahre später trägt Prof. Gottfried Lemperle die Idee nach Frankfurt und initiiert dort *interplast-germany*. Seitdem verbringen deutsche *interplast* Ärzte, Anästhesisten, Operationsschwester und Krankenpfleger ihren Urlaub in den hintersten Winkeln unserer Erde, um dort den Ärmsten der Armen ihre Fähigkeiten zur Verfügung zu stellen. Unentgeltlich operieren sie vorzugsweise Kinder, die anderenfalls durch angeborene Fehlbildungen oder Verbrennungsfolgen mit dem Gespött oder der Scham ihrer Umgebung aufwachsen müssten.

Stiftung. 2004 errichtete *Interplast-germany e.V.* zur Förderung längerfristiger Projekte die *Interplast Stiftung für humanitäre Plastische Chirurgie*. Sie wird von einem Vorstand und einem Kuratorium geleitet. Alle Tätigkeiten sind ehrenamtlich, ohne finanzielle Entschädigung. Die Zuwendungsbescheinigungen unterscheiden zwischen einer Zustiftung zur Aufstockung des Stiftungskapitals, aus dessen Erträgen gemeinnützige Aufgaben finanziert werden sollen. Außerdem sind Spenden möglich, die jedoch zeitnah verwendet werden müssen. Die Stiftung unterstützt die Nachhaltigkeit der Projekte, etwa durch die Ausbildung interessierter einheimischer Ärzte, damit sie ihren Patienten künftig selbst besser helfen können.

Einsatzplanung. Jeder Einsatz wird individuell von einer der zwölf Sektionen vorbereitet und über eigene Sektionskonten finanziert. Die Verantwortung trägt der Sektionsleiter. Am Jahresende erfolgt eine zusätzliche Kontrolle durch den Vorstand. Er erhält die vollständigen Kassenberichte der einzelnen Sektionen. Im Durchschnitt umfasst ein Team sechs bis acht Mitglieder und der Aufenthalt beträgt zwei Wochen mit zehn Arbeitstagen. Für jedes Einsatzmitglied werden drei Versicherungen abgeschlossen: Auslandsreise-Krankenversicherung, Berufshaftpflichtversicherung und Unfallversicherung. Die weiteren Kosten eines Einsatzes betreffen Reise, Organisation, Aufenthalt und Material. Hinzu kommt das unvermeidliche Übergepäck. Dr. André Borsche ist der Vorstandsvorsitzende von *interplast germany* und weiß, was es heißt mit den jeweiligen Fluggesellschaften immer wieder aufs Neue über die Kosten zu verhandeln. Mit „leichtem“ Gepäck zu reisen, ist für ein *Interplast-Team* schon wegen der an den meisten Zielorten benötigten Instrumente, OP-Mate-

rialien und Narkotika unmöglich. Leider gibt es unter den Fluggesellschaften noch kein Abkommen, das Gepäck eines ehrenamtlich in Entwicklungsländern operierenden Teams generell kostenlos zu transportieren.

Umdenken. Verpflegung und Unterkunft gewährte bisher meist das Gastgebende Land. Ebenso Transportmittel, OP Kapazitäten und Personal. Inzwischen haben einige Gastländer die Einsätze von Hilfsteams jedoch als mögliche Einnahmequelle erkannt. In vielen Ländern finden sich mindestens vier bis fünf Organisationen mit einem ähnlichen oder sogar gleichen Behandlungsspektrum wie *interplast-germany*. Jene aus den USA und Australien sind schon seit längerem bereit, für ihre Einsätze zu bezahlen. Wie dem Jahresbericht 2008 zu entnehmen ist, gibt es sogar eine amerikanische Organisation, die einheimischen Krankenhäusern und Ärzten bei Dokumentation durch Vorher-/Nachherfotos ein „Kopfgeld“ von 200 Dollar für den operativen Verschluss jeder Spalte bezahlt. Dadurch fühlen sich zahlreiche Ärzte und Krankenhäuser ohne Erfahrung plötzlich dazu berufen, sich als zuständig zu empfehlen. Für das Geld werden jedoch vorzugsweise nur die Weichteile der Lippenpalten verschlossen und der Kieferspalt bleibt unberücksichtigt. Um nicht in einen Wettstreit mit solchen Organisationen treten zu müssen, empfiehlt Dr. Nuri Alamuti, Mitglied des vierköpfigen Vorstands von *interplast-germany*, bereits vor einem Einsatz mit dem Gastgeber etwaige Kosten, die während des Einsatzes entstehen, genau abzuklären. Angemessene Gebühren für Sauerstoffverbrauch, Medikamente, OP Nutzung und Belegung der Krankenhausbetten könnten mit ruhigem Gewissen beglichen werden. Schließlich handelt es sich dabei um Kosten, die auch das Gastgebende Krankenhaus begleichen muss und die vielerorts als zu große Belastung angesehen werden.

CW-Meinung. Das Gebot der Sparsamkeit verhilft *Interplast-germany* zu einer Bilanz, die vielen Hilfsorganisationen zum Vorbild gereichen sollte. Trotz steigender Schwierigkeiten reisen jedes Jahr zahlreiche deutsche Teams mit hoch motivierten Mitgliedern zu jenen Menschen, die sich eine kosmetische Operation niemals leisten könnten, auch wenn sie in vielen Fällen überlebensnotwendig ist. Zunehmende Erwartungen und administrative Hürden werden die Einsätze in Zukunft sicher nicht einfacher machen. Doch Dank des außerordentlichen Engagements aller Mitglieder, die es ermöglichen, dass über 90 Prozent der Einnahmen in die Projekte fließen, wird auch weiterhin jeder gespendete Euro dabei helfen, die Welt ein bisschen besser zu machen.

Susanna Berndt



PRO INTERPLAST SELIGENSTADT E.V. Vorbildliches Engagement mit Herz und Verstand

Weniger als zwei Prozent Verwaltungskosten, kein Cent für Werbung und absolute Transparenz: pro interplast Seligenstadt e.V. ist keine Hilfsorganisation wie viele andere. Es gibt klare Regeln und die wichtigste lautet: Es darf kein Cent unnötig ausgegeben werden. Aufgestellt hat sie Waltraud Huck. Dass die Gründerin und Vorsitzende des Vereins lebt, was sie sagt, zeigt der Kassenbericht. Im vergangenen Jahr gingen gerade einmal 1,91 Prozent der Einnahmen in Verwaltung und sonstige Ausgaben. Der Rest, über 350.000 Euro, floss direkt und unkompliziert in verschiedene Hilfsprojekte auf der ganzen Welt.

Eigeninitiative. Beinahe zwanzig Jahre ist es her, da zog Waltraud Huck vor Gericht, bewaffnet mit einem Ordner voller Bilder körperlich entstellter Kinder. Doch kam sie nicht, um anzuklagen. Es war die Arbeit der Ärzte von interplast-germany, die Waltraud Huck dazu bewogen hatte, einen eigenen Förderverein zu gründen. Sie wollte genügend Mitglieder finden, um die Projekte der ehrenamtlich tätigen Ärzte mit den Beiträgen regelmäßig unterstützen zu können. So sprach sie mit Richtern und Anwälten über das Leid der Kinder und wie wichtig es wäre ihnen zu helfen. Viele traten pro interplast Seligenstadt bei.

Ehrenamt. Waltraud Huck nimmt ihre Aufgabe sehr ernst und sie hält sich an ihre oberste Regel. Wo immer es möglich ist, organisiert sie ehrenamtliche Hilfe und Sachspenden. Beinahe jährlich flog sie nach Indien, um sich über den Verbleib der Spenden zu informieren. Und jedes Mal brachte sie zahlreiche nützliche Geschenke für die Ärmsten der Armen mit. Müssen Kinder in Deutschland operiert werden, holt sie die kleinen Patienten wenn es möglich ist, nach den Operationen zu sich nach Hause, gewährt Unterkunft und kocht, bis die Nachbehandlung abgeschlossen ist. Das dauert Tage oder auch Wochen. Kein Wunder, dass sie schon zweimal von höchster Stelle ausgezeichnet wurde. Vor zehn Jahren erhielt sie das Bundesverdienstkreuz am Bande und 2007 das Verdienstkreuz erster Klasse des Verdienstordens der Bundesrepublik Deutschland. Den notwendigen Halt für ihr Engagement gibt Waltraud Huck die Familie. Ohne die Unterstützung der beiden inzwischen erwachsenen Söhne und ihres Ehemannes ließe sich das Leid, mit dem sie täglich konfrontiert wird, auch nur schwer ertragen.

Projekte. Inzwischen zählt der Förderverein mehr als 500 Mitglieder. Mit den Beiträgen und allen sonstigen Einnahmen werden Ärzteneinsätze in Entwicklungsländern finanziert, um körperlich entstell-

ten Kindern und Jugendlichen ein zweites Leben zu schenken. Außerdem engagiert sich pro interplast Seligenstadt für behinderte und kranke Heimkinder in Kalkutta. Sind notwendige Operationen unter den einfachen Bedingungen vor Ort nicht durchzuführen, werden Patienten auch nach Deutschland geholt. Dabei handelt es sich jedoch um Ausnahmefälle. Im Jahr 2008 unterstützte pro interplast Seligenstadt Projekte auf den Philippinen, in Namibia, Manila, Liberia, Madagaskar, Kamerun, Tansania und vor allem Indien. Alleine in Kalkutta wurden bis Ende Oktober 37 Herzoperationen, 25 Operationen an der Wirbelsäule und um die 300 Operationen des grauen Stars sowie 75.000 Impfungen gegen Hepatitis B, Masern, Röteln und Mumps vorgenommen. Des Weiteren fließt Geld in ein Kinderernährungsprogramm und in die Verteilung eines speziellen Vitaminsalzes in den Armenvierteln sowie in die Versorgung der örtlichen Armen-Ambulanz mit Antibiotika und Anti-Malaria-Medikamenten. Im vergangenen Jahr wurde außerdem ein Röntgenraum eingerichtet und ein Programm finanziert, mit dem Familien der schwächsten sozioökonomischen Schicht die Erstausrüstung für ein kleines Gewerbe erhalten.

CW-Meinung. Direkte Auskünfte, nachvollziehbare Jahresberichte und Finanzaufstellungen, kein Vertrösten. Da weiß der Spender, wo sein Geld hinfließt, und empfiehlt gerne weiter. Erstaunlich ist auch die hohe Effektivität, mit der Waltraud Huck und ihr Team helfen. Mit etwas mehr als 350.000 Euro wurden in 2008 hunderte Operationen und tausende Impfungen ermöglicht. Eine Leistung, die nur mit dem ehrenamtlichen Engagement von Ärzten, Vereinsvorstand und zahlreichen Mitgliedern erbracht werden kann. Und weil pro interplast Seligenstadt auf teure Mailingaktionen verzichtet.

Susanna Berndt



Ebersberger Förderverein Interplast e.V.

Effizient, transparent und voller Tatendrang

Gerade einmal zwei Wochen nach dem Beginn des neuen Jahres stand er in der Redaktion von Charity-Watch.de: Prof. Dr. Hajo Schneck, Gründer und Vorstandsvorsitzender des eingetragenen Ebersberger Fördervereins Interplast (EFI). Beladen mit einer schweren Tasche voller Ordner und Belege gewährte der Anästhesist Einblick in die Abrechnungen eines ganzen Jahres. So zeitnah und vor allem transparent schaffte es bisher keine Hilfsorganisation. Und das Beste daran: So viel Freude bei der Durchsicht finanzieller Unterlagen hatte CharityWatch.de selten. Nur 2,4 Prozent kostete die Verwaltung plus 600 Euro Miete für die Lagerung von Materialspenden, während 64.900 Euro direkt hilfsbedürftigen Menschen zu Gute kamen.

Finanzzahlen. 84.400 Euro nahm der Verein um den hilfsbereiten Professor 2009 ein, beinahe doppelt so viel wie in den vorangegangenen Jahren. 67.100 Euro wurden im selben Jahr ausgegeben. Der absolute Löwenanteil floss direkt in einen der insgesamt elf vollständig oder teilweise von EFI finanzierten medizinischen Einsätze. 1600 Euro oder knapp 2,4 Prozent benötigte Schneck für die Verwaltung und weitere 600 Euro für die Miete einer großen Garage zur Lagerung des medizinischen Materials – von der Klammer über den Schlauch bis hin zum portablen Kapnometriegerätes.

Historie. Als aktives Mitglied von interplast-germany setzt sich Prof. Dr. Hajo Schneck seit nunmehr zwanzig Jahren weltweit für die medizinische Versorgung der untersten Bevölkerungsschichten ein. Zahlreiche Einsätze hat er dabei geleitet und begleitet. Seit dem Jahr 2000 ist er nicht nur Anästhesie-Fachbeirat, sondern stellt zusätzlich seine eigenen Projekte auf die Beine, finanziert durch die Spendeneinnahmen des Ebersberger Fördervereins Interplast. Schneck gründete den eingetragenen und als gemeinnützig anerkannten Verein, um zusätzliche Spenden für interplast-germany zu generieren, seien es Gelder aus dem Bekanntenkreis oder Materialspenden. Mit den Geldern werden Teile der Einsatzkosten, etwa für Material oder Flüge finanziert, aber auch eigene Projekte durchgeführt. Seit 2007 widmet sich Schneck sozusagen hauptberuflich der medizinischen Versorgung Bedürftiger. Er hängt seinen Posten als Chefarzt der Anästhesie-Abteilung in der Kreisklinik Ebersberg an den Nagel und beschloss, sich an noch mehr Einsätzen zu beteiligen und mindestens ebenso viele eigene auf die Beine zu stellen. Zudem baute er zusammen mit Spezialisten aus verschiedenen Bereichen des Gesundheitswesens DooX.de auf, eine internet-Plattform, die dem Erfahrungsaustausch von Ärzten aller Fachrichtungen dient, sozusagen ein Netzwerk für Mediziner. Ein nur für interplast-Mitglieder zugängliches Sub-Portal dient der Nutzung

von Synergien, beispielsweise bei der Planung von Material, Geräten, Instrumenten, Medikamenten, aber auch zur Koordination vereinsinterner Dinge wie Einladungen, Ankündigungen, gemeinsame Ablaufplanungen.

Eigenprojekte. Ausschließlich oder weitestgehend mit EFI-Mitteln gefördert wurden im vergangenen Jahr zwei Projekte. Teamleiter war in beiden Fällen Vereinsgründer Schneck. Im April ging die Reise nach Haridwar in Indien. Dort führte ein achtköpfiges Team während eines zwei Wochen langen Aufenthaltes 90 Eingriffe durch. Im November ging es nach Lunsar in Sierra Leone. Dort zeichnet ein achtköpfiges Team für 70 Eingriffe während eines dreiwöchigen Aufenthaltes verantwortlich. Prof. Schneck freute sich, dass er für diesen Einsatz den angesehenen Chirurgen und Vorstandsvorsitzenden von interplast-germany André Borsche gewinnen konnte.

Weitere Einsätze. Mit Material oder Geldern aus EFI-Mitteln gefördert wurden 2009 insgesamt neun Einsätze. Im Februar brach ein siebenköpfiges Team für zwei Wochen nach Puma in Tanzania auf. EFI spendete die Flugtickets. Ungefähr 300 Operationen war die Bilanz in Sankhu/Nepal bei Kathmandu. Von Mai bis August, insgesamt zehn Wochen lang wechselten sich mehrere weibliche und männliche interplast-Anästhesisten, darunter Prof. Schneck, am Operationstisch ab. Chirurgen, Schwestern und Pfleger befanden sich bereits vor Ort. Im Juni/ Juli flog Schneck mit einem Team um Dr. Tilkorn für zwei Wochen nach Coroata in Brasilien. Es war ein Einsatz der Sektion Münster von interplast-germany. EFI stellte Material und mit Schneck den Anästhesisten zur Verfügung. 150 Eingriffe konnten durchgeführt werden. Reisekosten und Material für eine Anästhesistin wurden im August bei einem Einsatz in Bangalore in Indien finanziert. Bei dem zweiwöchigen Einsatz der Sektion Bad Kreuznach von interplast-germany kam es zu 60 Operationen. EFI übernahm die Kosten für die Flugtickets und spendete Material. Während des Einsatzes der Sektion Rastatt/Baden von interplast-germany in Muheza/Tanzania kam es zu 60 Eingriffen. Ein Einsatz der Sektion Münster führte Schneck im September/Oktobre für zwei Wochen nach Tosamaganga in Tanzania. 120 Patienten wurden operiert. Im Oktober finanzierte EFI einem deutschen Anästhesisten das Flugticket nach Bangkok. Ab dort wurde er von interplast-USA für einen zweiwöchigen Einsatz in Bhutan übernommen. Ebenfalls im Oktober flog ein Team der Sektion Bad Kreuznach von interplast-germany nach Ghodegaon in Indien.



EFI spendete Material. In zwei Wochen wurden 90 Eingriffe vorgenommen. Zuletzt stellte EFI noch die Reisekosten von drei weiblichen und männlichen Anästhesisten für drei Einsätze mit insgesamt acht Wochen Aufenthaltsdauer in Guadalupe Ecuador zur Verfügung. 150 Operationen lautete die Bilanz. Zwar handelte es sich bei diesem Einsatz um kein Interplast-Projekt – die sonstigen Kosten werden von der Stiftung „Clinica de Nuestra Senora e Guadalupe e.V.“ getragen. Doch ist eine solche Förderung laut Satzung von EFI, in der „überwiegend“ interplast-Projekte steht, erlaubt. Zudem soll eben dort im April 2010 ein richtiger interplast-Einsatz folgen.

Sonstige Aufgaben. In den Monaten zwischen den Einsätzen schickte EFI, vorzugsweise sein Vorstandsvorsitzender Hajo Schneck die Anästhesie-Geräte quer durch die Welt, sprach bei Firmen wegen Materialspenden vor, packte eben diese in gut ausgerechneten Mengen ab und verschickte sie, darunter beispielsweise 16.000 Ampullen Opiate und Benzodiazepine, brachte Geräte zum „TÜV“, warb persönlich Geldspenden ein, schrieb Spendenquittungen und füllte damit Briefkästen, um nur einige der vielen weniger Ruhm bringenden Tätigkeiten, die zu dem Betrieb einer Hilfsorganisation gehören, aufzuzählen.

CW-Meinung. Es gehört viel dazu, lange vor dem Pensionsalter die Sicherheit und ehrenvolle Position des Chefarztes einer renommierten Klinik aufzugeben, um sich fortan der medizinischen Versorgung von Menschen aus den Elendsvierteln in Asien, Afrika oder Südamerika zu widmen. Auch ist es nicht jedermanns Sache, die vielen Vorzüge unserer im Überfluss lebenden Zivilisation gegen eine einfache Unterkunft einzutauschen, die jeden gemeinnützigen Mediziner an den Einsatzorten erwartet. Hajo Schneck hat damit kein Problem. Er freut sich über jeden Erfolg, den seine Hilfsorganisation verbuchen kann. Eben deshalb gibt es keinen EFI-Einsatz, den er nicht selbst als Gruppenleiter begleitet. Und eben deshalb vergeudet er keinen Cent für unnötige Ausgaben. Für die Zukunft wünscht er sich, dass noch wesentlich mehr bedürftige Menschen rund um den Globus ausreichend medizinisch versorgt werden. Dazu bedarf es jedoch vieler weiterer ehrenamtlich tätiger Ärzteteams, Materialspenden und finanzieller Unterstützung

Susanna Berndt



ESPRAS SHARE
and INTERPLAST - Europe
International Plastic Surgery for Developing Countries



The convincing
idea of
European Coop

INTERPLAST - CD No 1

and Camelbook

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

You can order the INTERPLAST-CD or the Camelbook :

sekretariat@interplast-germany.de

or

borsche@interplast-germany.de



INDEX INTERPLAST - CD No 1

1 Camelbook by Greta Hesselning

A short journey through the land of Plastic Surgery :

Basic reconstructive technics 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 : gretahesselning@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

German textbook with many illustrations by 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 Bewertungen aus den Erfahrungen der Operateure für unseren eigenen Alltag.

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:

to facilitate and better coordinate humanitarian activities involving European plastic surgeons, and to improve the quality of humanitarian aid given by European plastic surgeons so that no harm will be done and 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 Vorstandsmitglieder 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 Kassensprüfer 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 Abschlusberichtes (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	Uganda	71-72
Ehrungen	4	Puma / Tanzania	73-76
Verein, Hauptkonto	5	Tosamaganga / Iringa / Tanzania	77-78
Was kann ich tun	6	Oshakati	79-80
INTERPLAST-Sektionen	7	Windhoek / Namibia	81
Zusammenarbeit mit Organisationen	8, 24	Madagakar	82
Aufgabenprofil für Teamleiter	9	Taiz / Jemen	83-84
Versicherung für Mitglieder	10	Peshawar / Pakistan	85-86
Einsatz-Dokumentation	11-12	Bishkek / Kirgisien	87-88
INTERPLAST Fundamentals	13	Burma, Thailand, Jemen, Ecuador	89-95
Teaching	14	Yangon, Sagaing, Myanmar	95
INTERPLAST-Akademie	15	Mizoram	96-97
Kommtte der Anruf von INTERPLAST...	16	Bhutan	97
INTERPLAST-Ehrenmitglieder	17	Nepal	98-99
Abdol Behrawan-Nachruf	17-18	Amppipal / Nepal	100-101
Wir gratulieren...	19	Nepal, Naik	102-103
prointerplast Seligenstadt e.V.	20	Südostasien	104-105
INTERPLAST-Stiftung	21-23	Bengaluru	106-107
INTERPLAST-Symposium	25-28	Aligarh / Utar-Pradesh	108-109
Schwestern-Treffen	29	Chalsa, Jalpaiguri, West Bengalen / Indien	110-114
Anästhesie-Treffen	30-31	Mysore / Indien	115-116
INTERPLAST-Europa	33-34	Ghodegan / Maharastra / Indien	117-119
Mitgliederspektrum	34	Machilipatram / Indien	119-120
Einsatz-Statistik	35	Sendhwa / Indien	121-122
Aktivitäten-Übersicht	36-37	Haridwar / Uttarkandh	123-124
Aktivitäten auf einen Blick	38	Ruhr / Indien	125
INTERPLAST-Hospital in Nepal	39-41	Kerala / Südindien	126
Einsatzberichte	42-138	Adimali / Indien	127-128
Peru	42-43	Padhar / Indien	129-130
Encarnacion / Paraguay	44-46	Katra / Indien	131-132
Guadalupe / Ecuador	46-47	Nordwest-Mindanao / Philippinen	133-135
Coroatá / Brasilien	48-49	Vietnam	135-138
El Salvador	50-51	Hilfsaktion Noma e.V. Regensburg	139-140
Salama 7 Guatemala	51-52	Lippenspaltverschluss nach Pfeifer	141-146
Addis Abeba / Ethiopia	53-54	CharityWatch.de	147-151
Kano / Nigeria	55-56	ProINTERPLAST Seligenstadt	149
Kigali / Ruanda	57-58	Ebersberger Förderverein INTERPLAST e.V.	150-151
Lunsar / Sierra Leone	59-62	ESPRAS SHARE and INTERPLAST-Europe	152-153
Kumasi / Ghana	63-65	INTERPLAST Einsatz-Profil	154
Kumasi / Ghana	65-66	Mitgliedsantrag	155
Acha Tugi / Kamerun	67-68	Vereinsatzung	156-157
Bangwa / Kamrun	69-70	Inhaltsverzeichnis	158