

Liebe INTERPLAST-Freunde, liebe Mitglieder!

30 Jahre INTERPLAST in Deutschland und kein bisschen müde – nein ganz im Gegenteil: mit Elan und Tatendrang wächst der Verein fast täglich und erweitert sein Spektrum an humanitären Einsätzen ständig. Die INTERPLAST –Idee ist einfach gut, denn alle ehrenamtlichen Aktivitäten gehen von den Mitgliedern selber aus, so dass sie ihr eigenes INTERPLAST individuell gestalten und mit maximaler Motivation vorantreiben können. Denn noch immer gibt es eine Vielzahl von entlegenen Regionen in der Welt, in denen keinerlei Plastische Chirurgie bedürftigen Patienten zur Verfügung steht. Hier leisten seit Jahren INTERPLAST-Teams mit ihren Chirurgen, Anästhesisten, Pflégern und Schwestern wertvolle Pionierarbeit. Im Idealfall stoßen sie im Einsatzland auf ärztliches Interesse und geben ihr Wissen und Können an die einheimischen Kollegen weiter.

Auf der anderen Seite haben sich aber mittlerweile auch in den Entwicklungsländern einige versierte Ärzte etabliert, die selber plastisch-chirurgisch wirken. Trotzdem hat ein Großteil der Patienten auf Grund von fehlendem Geld oder eines schwachen Sozialsystems oft keine Chance auf eine reelle Hilfe. Hier kann INTERPLAST durch Kooperation mit den einheimischen Kollegen im Sinne eines joint venture auch diese Menschen erreichen und ihnen eine notwendige Operation ermöglichen. Gegenseitiger Respekt und die Bereitschaft voneinander zu lernen gehört dann zu den schönsten Erfahrungen eines gemeinsamen Plastic Surgery Camps. Hier wird durch unsere Unterstützung „Hilfe zur Selbsthilfe“ Wirklichkeit!

Während anfangs meist Einzeleinsätze an verschiedenen Orten stattfanden, haben sich inzwischen viele Dauerprojekte entwickelt, die eine längerfristige Zusammenarbeit ermöglichen und den Aufbau von nachhaltigen Strukturen, wie z.B. in Myanmar, Nepal oder Ruanda, erlauben. Hier schafft der Verein INTERPLAST die Rahmenbedingungen, bietet Versicherungen für Teammitglieder und sorgt für Verbesserungen und Qualitätskontrolle.

INTERPLAST, als mittlerweile größte plastisch-chirurgische Hilfsorganisation in Europa, hat im Jahr 2010 in 68 Einsätzen 3.619 Patienten operativ versorgt. Die Anzahl der durchgeführten Operationen liegt mit 4.548 wesentlich höher, da viele Patienten sehr komplexe Verletzungen aufwiesen und mehrfacher Rekonstruktionen bedurften.

Sie dürfen gespannt sein auf die vielen, bewegenden Einsatzberichte in diesem INTERPLAST-Jahrbuch und Sie werden die Begeisterung der Teammitglieder spüren, sich bis an die Grenzen der physischen und psychischen Belastbarkeit einzusetzen, beflügelt von der Möglichkeit sinnvoll und effektiv un-

zähligen Bedürftigen helfen zu können.

Wir freuen uns über die offizielle Anerkennung von INTERPLAST-Aktivitäten und gratulieren Ernst-Dieter Voy aus Hattingen zum Bundesverdienstkreuz, Michael Bergemann zum Shils-Award, mit dem der MKG-Chirurg als erster Europäer in Philadelphia ausgezeichnet wurde, und Edgar Verheyen zum Medienpreis des Bundesentwicklungsministeriums für seine Filmreportage „Die Himalaya-Klinik“ über die beeindruckende Arbeit unseres Nepal-Hospitals. Natürlich haben es auch alle anderen ehrenamtlichen Helfer verdient gewürdigt zu werden, zu mal jeder etwas ganz Persönliches beisteuert, jeder am besten in seinem Métier.

Seit 10 Jahren ist der Ebersberger Förderverein Interplast EFI mit unserem Anästhesie-Beirat Hajo Schneck eifrig dabei, unsere Einsätze finanziell zu unterstützen und anästhesiologisch aufzurüsten. Ein großes Dankeschön nach Traxl, dort wo der Magier der Internet-Kommunikationsplattform DooX wohnt und in alle Welt hinaus mailt.

Auch der Anästhesie gewidmet war die von Dietmar Scholz und Nuri Alamuti wieder in Wiesbaden organisierte und zahlreich besuchte INTERPLAST-Akademie. Über das Thema „Interplast im Spannungsfeld der Globalisierung“ wurde auf dem 10. INTERPLAST-Symposiums in Bad Kreuznach lebhaft diskutiert und die Möglichkeiten einer europäischen Vernetzung der weltweiten Aktivitäten auf dem Gebiet der humanitären Plastischen Chirurgie über die Homepage www.esprashare.org vorgestellt. Am Beispiel der Erdbebenkatastrophe von Haiti zeigte sich wie essentiell eine internationale Kooperation von NGOs untereinander ist. Hier müssen wir zukünftig noch weiter zusammenwachsen und Berührungspunkte abbauen helfen. Leider kam die große Zahl der sofort bereiten Helfer von INTERPLAST letztendlich nicht zum Einsatz, da es an den elementarsten Voraussetzungen für eine koordinierte operative Hilfe vor Ort fehlte. Dies mag sich jetzt in der Phase des Wiederaufbaus langsam ändern.

Durch die INTERPLAST-Stiftung konnten wir längerfristige Projekte in Brasilien, Tansania, Kamerun, Nepal und Myanmar unterstützen. Heinz Schoeneich hat mit seinem Mobil Clinic – Swimming Doctors Project für Burma neue Dimensionen der Hilfe eröffnet. Die Bürokratie bei Interplast hält sich glücklicherweise sehr in Grenzen, dennoch ist die Einsatz-Anmeldung (auch zur Versicherung) mindesten 2 Wochen vorher selbstverständlich. Einsatz-Dokumentation sowie



Qualitätssicherung sind mittlerweile bei INTERPLAST ebenfalls fest etabliert und danke an Hubertus Tilkorn und Leila Kolios für ihre mühevolle Auswertung: Pro Einsatz wurden durchschnittlich 78 Eingriffe bei 62,4 Patienten durchgeführt. Die Komplikationsrate lag trotz der oft nur sehr einfachen Bedingungen im Ausland mit 2,3% wieder erstaunlich niedrig. Besonders freue ich mich über die in diesem Buch veröffentlichte Follow-up Studie von Peter Sieg und Lena Cohrs über die Spätergebnisse der Interplast LKG Patienten auf den Philippinen. Mögen andere es ihnen gleich tun - nur so erfahren wir etwas über die Nachhaltigkeit unserer Operationen.

Mittlerweile haben wir fast 1600 einsatzbereite Mitglieder und Förderer, die von unserer Sekretärin Camilla Völpel aufmerksam betreut werden. Ein ganz herzliches Dankeschön für die jahrelange, ausgezeichnete Zusammenarbeit! Danke auch an Peter Schwarz, der als Kassenprüfer des Vereins unsere Buchführung stets sorgfältig inspizierte, so dass wir auch die freiwillige Vereinsprüfung durch die KPMG erfolgreich abschließen konnten.

Im Bewusstsein, dass all unser Wirken nur durch die Sympathie der vielen Spender möglich ist, können wir nur staunen und dankbar sein wie viele Menschen unsere INTERPLAST-Idee unterstützen. Sie sind zu Recht überzeugt, dass wir selber für die sinnvolle und unmittelbare Verwendung der Spendengelder sorgen. Genauso handelt auch Waltraud Huck von pro-interplast Seligenstadt, der wir uns in großer Dankbarkeit weiterhin treu verbunden fühlen.

Nach 12 Jahren INTERPLAST-Vorstandstätigkeit gilt mein besonderer Dank meinen Vorstandskollegen Dietmar Scholz, Nuri Alamuti und Hubertus Tilkorn sowie Kathrin Sojka. Sicherlich war es für sie nicht immer ganz einfach mit mir zusammenzuarbeiten, doch können wir uns gemeinsam freuen, was inzwischen aus INTERPLAST geworden ist.

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



Gedanken zum Abschied des INTERPLAST- Vorsitzenden André Borsche

Interplast-Germany wurde in den 12 Jahren unter der Führung von André Borsche zur erfolgreichsten plastisch-chirurgischen Hilfsorganisation Europas mit 68 Einsätzen in 2010. Auf die Mithilfe so vieler Kollegen, Helfer und Spender rechnen zu können, setzt schon ein gewaltiges Charisma voraus, das vor allem in seiner Begeisterungsfähigkeit und Überzeugungskraft und natürlich in seinem Vorbild begründet ist.

André muss man lieben ! Ich habe in all den Jahren, die wir uns kennen und schätzen, nie ein negatives Wort über ihn gehört. Mit seinem chirurgischen Können, seiner ansteckenden Heiterkeit, seiner hehren Lauterkeit und seinem natürlichen Charme überzeugt er alle Zweifler und bringt jedes Vorhaben zum Gelingen.

Nach einer gründlichen Ausbildung in Karlsruhe, Ludwigshafen und Frankfurt wurde André 1995 Chefarzt einer neu etablierten Abteilung für Plastische Chirurgie am Diakonie-Krankenhaus in Bad Kreuznach. Er gründete 1996 die Interplast-Sektion Bad Kreuznach und versorgte dort seither über 80 Patienten aus weltweiten Krisengebieten. Seit 1999 ist er Vorsitzender von Interplast-Germany, organisierte und unterstützte viele Teams, und leitete 35 Einsätze selbst, manchmal 4 mal im selben Jahr ! Wohlverdient er-

hielt er für diese aufopfernde Tätigkeit das Bundesverdienstkreuz.

2004 gründete er zusammen mit Heinz Schoeneich und Hein Stahl die Interplast-Stiftung, um in Notzeiten Geld für längerfristige Projekte zur Verfügung zu haben. 2008 wurde er zum Generalsekretär von ESPRAS-SHARE ernannt, einer europäischen Organisation für die Koordination von plastisch-chirurgischen Hilfsorganisationen. Er freute sich über die von Dietmar Scholz und Nuri Alamuti in Wiesbaden etablierte Interplast-Akademie für Fortbildung sowie die von Hubertus Tilkorn übernommene Qualitätskontrolle für Patienten, Operationen und Komplikationen. Seine Abteilung wurde 2009 von den plastisch-chirurgischen Assistenten Deutschlands zur besten Ausbildungsstätte gewählt.

Bei allem Lob darf jedoch seine tolle Frau Dr. Eva Borsche nicht vergessen werden, ohne deren Verständnis und Mithilfe er wahrscheinlich nur die Hälfte von allem geschafft und erreicht hätte. Als Sohn eines bekannten Kunstmalers und Philharmonikers in Berlin und Neffe des noch bekannteren Schauspielers Dieter Borsche (mit Maria Schell das Liebespaar im Nachkriegs-Film) hat sein künstlerisches Talent zu seinen operativen Erfolgen und zur Zufriedenheit seiner Patienten beigetragen.

Trotzdem konzentriert sich sein ganzes Schaffen auf die, die nicht im Rampenlicht stehen und von der Natur und dem Leben benachteiligt wurden.

Im März 2011 verlagert André die bürokratische und organisatorische Last des Interplast-Vorsitzenden auf die Schultern seines Nachfolgers, der darum nicht zu beneiden ist, aber dem unser aller Dank schon jetzt gebührt. André wird sicher nicht die Füße hochlegen und seinen Verein von außen betrachten, sondern weiter sein Engagement und seine vielen Kontakte mit einbringen.

André, wir danken Dir von Herzen für Deine Führung, Dein Vorbild, und den Interplast-Funken, den Du in uns allen initiiert hast. Ohne Dich hätte dem Leben vieler von uns die notwendige Würze und ein Teil Eigeninitiative gefehlt. Du hast uns bereichert, jetzt denke Du an Dich, Deine liebe Eva, und an Eure 5 Kinder, und bleibe so positiv, heiter und ansteckend motivierend. Interplast wird wachsen und Du wirst Deine Freude an Deinem Werk haben – ad multos annos !

*Dein Bewunderer Gottfried Lemperle
– Gründer von INTERPLAST-Germany -
und Deine Interplast-Fan-Gemeinde*





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 2010

Vereinsstruktur, Finanzierungen

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

Qualitätssicherung und Vereinsabrechnung

Hubertus Tilkorn
 ☎ 02 51 / 32 45 97
 TilkornH@gmx.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.: 2571 990
BLZ: 370 700 24
Deutsche Bank Köln

IBAN: DE 97 37 07 00 2402 57 19 90 00
BIC: DEUT DE DB KOE

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



Zwölf Jahre Vorstandsarbeit – Ein Blick zurück

Es ist tatsächlich schon zwölf Jahre her seit Dr. André Borsche uns gefragt hat ob wir zusammen mit ihm den neuen INTERPLAST-Vorstand bilden wollen. Wir, das waren Kathrin Sojka, Dr. Nuri Alamuti und ich.

Jeder von uns hat seine eigene „INTERPLAST-Geschichte“. Meine ist die, daß ich vor 23 Jahren, ab Mai 1988 als Student in Frankfurt/M. die Vorlesung von Prof. Dr. Gottfried Lempeler zum Thema Plastische Chirurgie besucht habe. Nach zwei schlaflosen Nächten war mir klar, dass ich das was er tat auch eines Tages tun wollte. Und noch im selben Jahr habe ich, zusammen mit Hannes Schierle, dem heutigen Prof. Dr. Dr. Schierle, unsere gemeinsame Doktorarbeit über Keloide in Ghana gemacht. Im Rahmen dieses Aufenthaltes haben wir damals an der Korle Bu Medical School in Accra unseren ersten INTERPLAST-Einsatz, zusammen mit einem deutsch-türkischen INTERPLAST-Team, erlebt. Teamleiter war Dr. Sabri Acartürk, und seit damals bin ich vom „INTERPLAST-Fieber“ befallen.

Als André dann 1999 fragte, ob ich Teil des Vorstandes werden will, habe ich das gerne und mit Stolz getan.

Und wo ich schon von Stolz spreche, auf drei Dinge, die ich in den 12 Jahren meiner Mitgliedschaft im Vorstand für unseren Verein aufgebaut habe, bin ich tatsächlich stolz.

Erstens ist das die Homepage. Heute eine Selbstverständlichkeit, war das 1999 noch eher etwas exotisches. Die Idee, mit nur sehr wenig Kosten weltweit kommunizieren und publizieren zu können, fand ich damals sehr interessant. Um unserem Verein unnötige Kosten zu ersparen, bin ich deshalb 1999 für ein paar Monate jeden Morgen eine Stunde früher aufgestanden und habe gelernt HTML zu programmieren. Als ich das dann einigermaßen konnte, habe ich die Seite programmiert, die URL www.interplast-germany.de bei DENIC angemeldet und die Homepage online gestellt. Natürlich war die Seite sehr einfach und sah nicht wirklich professionell aus. Aber sie war der Anfang und nach ein paar Jahren ist sie dann in professionelle Hände übergeben worden. Heute erfreut sie sich großer Beliebtheit und ist in fünf Sprachen online.

Zweitens ist es das Versicherungswesen. INTERPLAST hat sich in den letzten Jahren sehr gewandelt. Das Sicherheitsbedürfnis war 1999 noch nicht so sehr ausgeprägt. Bei den INTERPLAST-Einsätzen,

die ich bis damals miterleben durfte, war mir selbst nicht immer wohl gewesen. Natürlich ist ein solcher Einsatz voller positiver Erfahrungen. Aber es gibt auch Gefahren. Und um denjenigen, die für unseren Verein zu den Einsätzen aufbrechen und ihren Lieben zuhause eine möglichst gute Absicherung für den hoffentlich nie eintretenden „Fall der Fälle“ zu geben, habe ich mich um das Versicherungswesen gekümmert. Für einen Plastischen Chirurgen eigentlich eine eher weniger spannende Beschäftigung. Aber der Aufwand hat sich gelohnt. Nachdem anfangs das Thema eher zögerliches Interesse fand, wurde das Angebot, die Mitglieder der Teams versichern zu können, immer stärker angenommen. In den letzten Jahren ist es sogar so stark angenommen worden, dass wir über die Anmeldung zum Versicherungswesen einen Überblick darüber bekommen konnten, welche INTERPLAST-Einsätze überhaupt stattfinden. Nachdem dies in den ersten Jahren des Vereinsbestehens nicht so war wurde die Mitgliedschaft bei INTERPLAST zur Voraussetzung für eine Teilnahme an INTERPLAST-Einsätzen. Durch die Anmeldung der Teammitglieder für die Versicherungen konnte kontrolliert werden ob die Teammitglieder auch Vereinsmitglieder sind. Und so kam es unter anderem wegen dieser Transparenz zu einer Steigerung der Mitgliederzahlen, inzwischen sind wir bei über 1500 Mitgliedern. Nachdem wir durch die Versicherungsanmeldung einen Überblick über die Einsätze bekommen hatten, wurde es möglich, auf Grundlage dieser Daten unsere Qualitätssicherung aufzubauen.

Kurz gesagt: Das Versicherungswesen hat der Administration unseres Vereins neue Strukturen gegeben.

Danken möchte ich in diesem Zusammenhang den Mitarbeiterinnen unserer Praxis, die die Anmeldefaxe bearbeitet und an die jeweiligen Adressaten weitergeleitet haben. Aber auch Frau Landahl von der BGW, die nie müde wurde die Masse unserer Fragen zu beantworten und stellvertretend für die an der Suche nach den „richtigen“ Versicherungen beteiligten Versicherungsmaklern, den Agenturen Funk-Gruppe bzw. Baumhauer und Frenzel in Hamburg.

Einen Überblick über die momentan verfügbaren Versicherungsleistungen unseres Vereins bzw. eine Übersicht über



Ausschlüsse des Versicherungswesens finden Sie in diesem Jahresbericht.

Drittens ist es die INTERPLAST-Akademie. In den Ländern, in die wir reisen, ist die Art von Medizin wie wir sie hier in Deutschland gewohnt sind nur schwer zu realisieren. Viele Lösungen, die uns zuhause vollkommen selbstverständlich erscheinen, sind in Entwicklungsländern nicht wirklich erfolgreich. Ein großer Teil der Herausforderung eines INTERPLAST-Einsatzes liegt in der Anpassung unserer Therapieregime an die lokalen Gegebenheiten. Mit der Gründung der INTERPLAST-Akademie schwebte mir eine Plattform vor, mit Hilfe der es gelingt, bereits zuhause einen Austausch über die Dinge zu ermöglichen, die uns die Arbeit während der Einsätze sicherer und besser zu machen.

Mein Praxispartner und Mit-Vorstandsmitglied Dr. Nuri Alamuti fand diese Idee toll und so haben wir gemeinsam seit 2008 die INTERPLAST-Akademie gestaltet. Jede der bisher vier Veranstaltungen der Akademie war gut besucht, Tendenz steigend. Mitglieder aus ganz Deutschland und auch aus dem Ausland kamen nach Wiesbaden um auf hohem Niveau Erfahrungen aus INTERPLAST-Einsätzen auszutauschen. Kollege Alamuti und ich haben uns sehr gefreut wie hoch die Bereitschaft erfahrener INTERPLAST-Reisender war eigene Erfahrungen aus einer Vielzahl von Einsätzen weiter zu geben. Einen Bericht über die letzte Veranstaltung 2010 finden Sie in diesem Jahresbericht.

23 Jahre nach meinem ersten Kontakt mit INTERPLAST freue ich mich sehr, dass ich in den letzten Jahren Anteil am Gelingen der „Idee INTERPLAST“ haben konnte. Dass INTERPLAST heute so ist wie es ist, liegt an den vielen Enthusiasten, die ihren Teil dazu beigetragen haben. Dass ich einer von diesen sein konnte ist in tolles Gefühl!

In diesem Sinne, auf viele weitere enthusiastische Jahre!

Dietmar Scholz



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
2. **Sektion Stuttgart / Münster**
Dr. Hubertus Tilkorn
Bümkamp 7 · 48157 Münster
Tel: 02 51/32 45 97 · Fax: 0251/28 43 020
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
Stammelner Fließ 25 · 52353 Düren
Tel.: 0 24 21/ 8 63 23 · Fax: 0 24 21/87 26 3
Hans-Elmar.Nick@gmx.de
Kto: 6 103 289 015 · BLZ: 391 629 80
VR-Bank 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: 277 777 900 · BLZ: 380 400 07
Commerzbank Honnef
8. **Sektion Vreden**
Dr. Arnulf Lehmkoester
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



Zusammenarbeit mit folgenden Organisationen:



pro interplast Seligenstadt e.V.

Verein zur Förderung Plastischer Chirurgie in Entwicklungsländern

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

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

EBERSBERGER FÖRDERVEREIN INTERPLAST e.V.

Verein zur Förderung Medizinischer Hilfe für Entwicklungsländer



Spendenkonto Nr. 21 16 31
bei der Kreissparkasse Ebersberg, BLZ 700 518 05

Prof. Dr. Hajo Schneck

Traxl 8 · D-85560 Ebersberg

Telefon +49-8094907432

Telefax +49-8094907433

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



AWD-STIFTUNG

KINDERHILFE

AWD-Platz 1 · 30659 Hannover

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

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

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

Hammer FORum e.V.

humanitäre medizinische Hilfe
für Kinder aus Kriegs-
und Krisengebieten

Caldenhofer Weg 118, 59063 Hamm

Telefon 0 23 81 / 8 71 72-0

Telefax 0 23 81 / 8 71 72 19

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

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

hilfsaktion "noma" e.v.

Die Wangenbrand Hilfsaktion für Kinder in Niger und Guinea Bissau

Ute Winkler-Stumpf

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

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

spendenkonto:

raiffeisenbank regensburg

konto-nr. 310 280, blz 750 601 50



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

Auf der Kupferschmiede 1
D-35091 Cölbe/Germany

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

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

Email: ttm@ttm-germany.de

www.ttm-germany.de

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



Reiseorganisation für Interplast-Einsätze

Michael Triebig

3T REISEN E.K.

BÖRSENSTRASSE 17, 60313 FRANKFURT

TELEFON 0 69 / 21 99 90 44

TELEFAX 0 69 / 21 99 94 29

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



Aufgabenprofil für Teamleiter

INTERPLAST-Germany e.V. Satzung § 11 Vereinsaktivitäten

Humanitäre Einsätze von Operationsteams in Entwicklungsländern:

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

Teamleiter Richtlinien

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

Formale Kriterien:

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

Finanzierung über INTERPLAST:

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





Was mir Interplast persönlich bedeutet

Stauend wie die Zeit vergeht, lasse ich die letzten 20 Jahre noch mal Revue passieren. Seit meinem ersten Einsatz 1990 mit Gottfried Lemperle nach Guinea hat mich Interplast nicht mehr losgelassen. Fasziniert von der Möglichkeit selber durch plastische Operationen so dringend benötigte Hilfe unmittelbar leisten zu können, durfte ich inzwischen 35 Einsätze erleben. Jeder Einsatz für sich einzigartig, ja großartig und Quelle für langanhaltende Freude! Mit aufgeladener Batterie und im Bewusstsein, wie gut es uns doch geht, kann ich anschließend den Alltag in unserer deutschen Heimat wieder souverän meistern.

Um diese Erfahrung aber auch vielen anderen zu ermöglichen und Interplast weiterzuentwickeln, bedarf es natürlich eines strukturellen Vereinsrahmens und der Bereitschaft, dafür Zeit zu investieren. Es ist dem damaligen Interplast-Vorsitzenden Hans-Elmar Nick zu verdanken, dass er mich frühzeitig und liebevoll auf seine Nachfolge vorbereitet hat. Mit neuer Vereinssatzung und Unterstützung meiner Mitarbeiter Dietmar Scholz, Nuri Alamuti und unserer OP-Schwester Kathrin Sojka konnten wir eine Entwicklung von Interplast voranbringen, die weiter unzählige Begeisterte mit einstieg ließ. Bis heute freut mich die Großzügigkeit und mentale Offenheit auch Menschen anderer Disziplinen mit ins Interplast-Boot zu holen und damit die Qualität unserer Arbeit zu stärken. Der Aufbau eines verlässlichen Netzwerkes von Gleichgesinnten wurde durch eine Vielzahl von für mich bedeutungsvollen Freundschaften belohnt.

Interplast-Verwaltung, Abrechnungen und der weltweite e-mail Verkehr haben mich in den letzten Jahren bis in die späten Nachtstunden geprägt. Dabei wurde ich von unserer ebenso fleißigen Sekretärin Camilla Völpel unterstützt, der ich auch schon mal nachts um 1 Uhr eine Mail geschrieben habe und prompt sofort wieder eine Antwort

erhielt. Unzählige Stunden für Interplast haben auch bei mir Spuren hinterlassen, die mich nachdenklich stimmen, da sicher auch meine Kinder stets viel Verständnis aufbringen mussten, wenn der Papa wieder mit Interplast beschäftigt war. Allerdings freue ich mich über gemeinsame Einsätze mit meiner Frau Eva, in denen wir zusammen gestalten und helfen können.

Was mir Interplast persönlich bedeutet, mögen die folgenden Gedanken verdeutlichen:

1. Menschen ansprechen, motivieren und begeistern, selber aktiv zu werden. Das Bad Kreuznacher Symposium als Forum der kreativen Individualisten organisieren.
2. Interplast - dem Verein der Spontis und Weltverbesserer, der operativen Artisten und Lebemenschen eine Struktur geben. Eine Plattform mit der sie leben können und eine Bühne wo sie sich zeigen können und gehört werden. Die strukturelle Kleinarbeit wird durch die ständig wachsende Mitgliederzahl, die Vielzahl der Einsätze und die qualitätsverbessernden Maßnahmen belohnt. So können wir Seriosität und Transparenz unserer ehrenamtlichen Arbeit den uns vertrauenden Spendern aufzeigen.
3. Interplast - Ein Aufleben in der Plastischen Chirurgie, der operativen Selbstverwirklichung, immer noch staunend wie viel man doch bewirken kann.
4. Begeisterung für einen internationalen Austausch, gebahnt durch Freundschaften wie mit Rémy Zilliox nach Frankreich (Interplast France, MSF), fachliches Interesse und Kooperation mit Holland (Interplast Holland) sowie Weiterentwicklung der europäischen Kooperation (SHARE).
5. Sendungsbewusstsein für die Interplast-Idee, weil sie einfach gut ist und dank der dezentralen Struk-



tur, jedem große Freiheiten der Selbstgestaltung lässt.

6. Dankbarkeit einen so sinngebenden Beruf und eine Berufung gefunden zu haben (nach Jahren der Orientierungssuche), wo effektive Hilfe ganz oben an steht.
7. Das schönste sind aber die Menschen, die wir täglich zuhause oder auf den Einsätzen kennen lernen dürfen und uns von ihnen anrühren und beeindruckt lassen.
8. Selber in der Lage zu sein, die Hoffnung von unzähligen bedürftigen Patienten auf Hilfe erfüllen zu können und sich dann über ihre Dankbarkeit freuen.

Ich bin stolz der Interplast-Idee zusammen mit vielen anderen weiter zur Blüte verholfen zu haben und sehr glücklich, dass ich dem Verein etwas meine persönliche Note verleihen durfte. Allen die mir und dem Verein dabei geholfen haben, fühle ich mich sehr verbunden und danke Ihnen herzlich.

Natürlich bin ich voll Hoffnung, mich auch weiterhin mit Begeisterung der humanitären Plastischen Chirurgie noch lange widmen zu können!

André Borsche



Interplast Fundamentals

INTERPLAST-Germany e.V.

A NONPROFIT NONGOVERMENTAL ORGANIZATION PROVIDING
FREE PLASTIC RECONSTRUCTIVE SURGERY



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

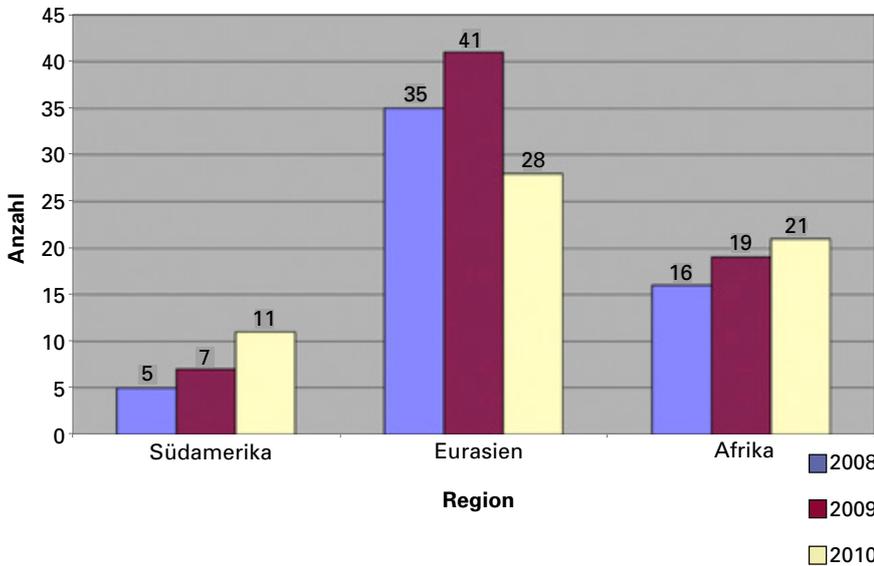
- 1) INTERPLAST depends completely on financial donation and can not give any obligations and regular financial support.
- 2) All INTERPLAST members do their work voluntary and for free during there holidays. They could not be obliged to do this.
- 3) All INTERPLAST teams try to help as many patients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



Interplast Einsatzstatistik 2010

Leila Kolios, Hubertus Tilkorn, Georgios Kolios, André Borsche

Diagramm 1: Einsätze



Im Jahre 2008 wurde in der Sektionsleitersitzung die Einführung einer Einsatzdokumentation beschlossen, so dass wir heute bereits auf 3 Jahre Dokumentationsstatistik zurückblicken können. Der 2008 eingeführte Dokumentationsbogen wurde 2009 noch einmal aktualisiert, so dass nun neben der Erfassung der Grunddaten auch wichtige und interessante Aussagen über die operativen Komplikationen und weitere Besonderheiten getroffen werden können.

Ein herzlicher Dank gilt zunächst allen Teamleitern, die in einer nahezu 100%igen Rücklaufquote die Einsatzdokumentation sehr zuverlässig ausgefüllt haben. So konnten am Ende des Jahres realistische Daten erhoben werden. Vor der Vorstellung der diesjährigen Zahlen ist noch anzumerken, dass die Einsätze und Operationen im SKM-Hospital in Nepal erstmalig nicht mit in die Analyse einfließen, da dort eine eigene Dokumentation durchgeführt wird.

Im Jahr 2010 haben insgesamt 65 Einsätze in 4 Kontinenten stattgefunden. Die Einsätze dauerten durchschnittlich 15,75 Tage und waren durchschnittlich mit 5,7 Teilnehmern besetzt. Es konnten insgesamt 3619 Patienten operiert

werden, an denen 4548 Eingriffe stattfinden konnten. Damit wurden pro Einsatz durchschnittlich 78 Operationen an 62,4 Patienten durchgeführt.

In den in Diagramm 1 aufgeführten Einsatzregionen zeigt sich, dass 2008-2010 die meisten Einsätze in der Region Eurasien stattfanden. Der Sprung in diesem Jahr auf 28 Einsätze dort ist durch den Wegfall der Auswertung der

SKM-Einsätze zu erklären. Die meisten Einsätze fanden in Indien (12 Einsätze mit 1037 Operationen) und den Philippinen (3 Einsätze mit 280 Operationen) statt. Die zweithäufigste Region war Afrika mit insgesamt 21 Einsätzen. Hier lässt sich über die letzten drei Jahre ein stetiger Zuwachs erkennen. Die meisten Einsätze fanden in Tanzania (7 Einsätze mit 524 Operationen) und Madagaskar (2 Einsätze mit 221 Operationen) statt. Auch die südamerikanische Region zeigt eine stetige Zunahme der Einsatzzahlen auf 11 in diesem Jahr. Hier wurden die meisten Eingriffe in Ecuador (2 Einsätze mit 220 Eingriffen) und Bolivien (2 Einsätze mit 210 Eingriffen) durchgeführt (Diagramm 2).

Bei 4548 durchgeführten Operationen in 2010 wurden insgesamt 103 Komplikationen dokumentiert, dies entspricht einer Prozentzahl von 2,3% (zum Vergleich: 2,1% in 2009 und 2,4% in 2008). Dabei wurden 7 anästhesiologische und 96 chirurgische Ursachen beschrieben. Hämatom/Nachblutung wurden 24-mal, postoperative Wundheilungsstörungen 22-mal dokumentiert. 26-mal kam es zu Infekten und 22-mal zu Problemen mit Spalt- oder Vollhauttransplantaten. Komplikationen bei Lappenplastiken entstanden

Diagramm 2: Eingriffe

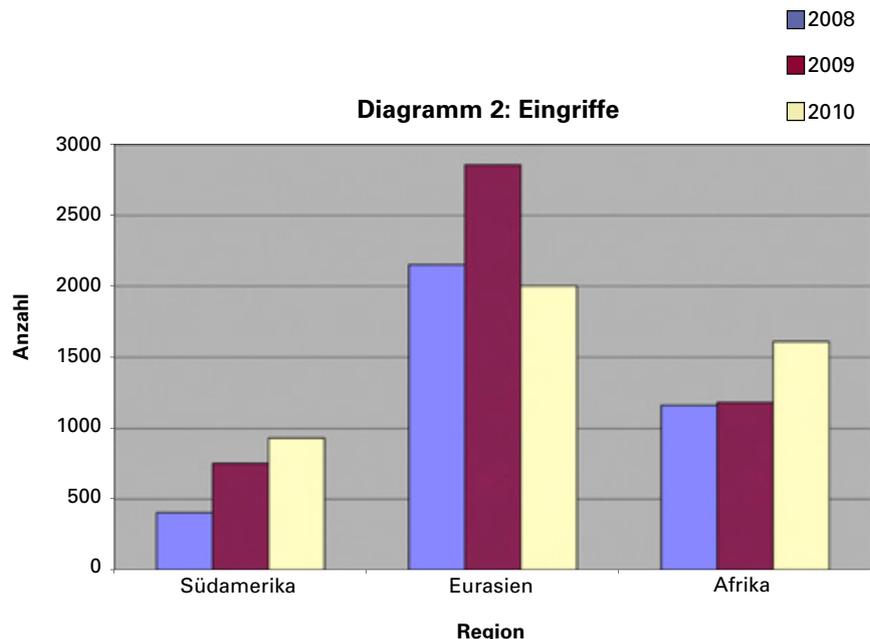
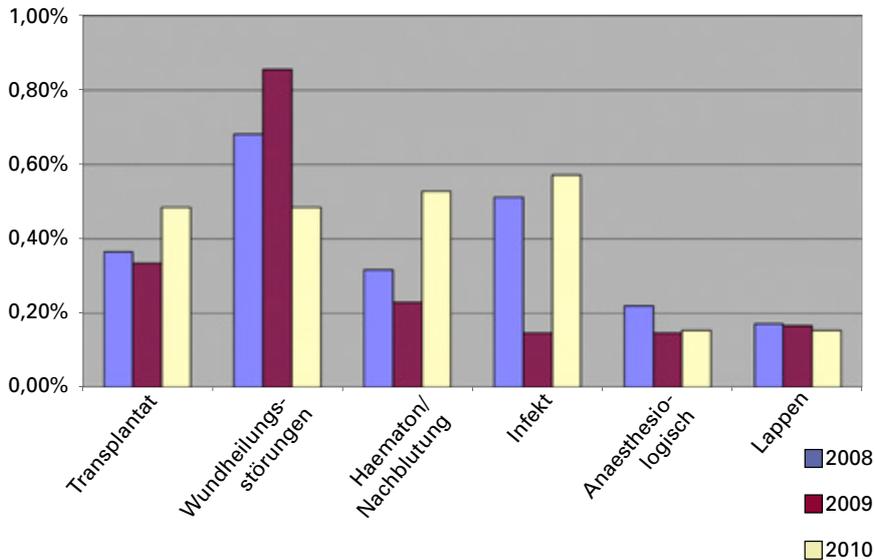




Diagramm 3: Komplikationen



7-mal. Die prozentuale Verteilung ist in Diagramm 3 zu sehen. Dabei ist darauf zu achten, dass die Komplikationsdokumentation oftmals unterschiedlich ausgefüllt wird. Beispielsweise könnte die auffallend niedrige Anzahl von Infekten 2009 darauf zurückzuführen sein, dass viele Infekte auch als Wundheilungsstörungen dokumentiert wurden und somit in dem hier sehr hohen Balken zu finden sind. Um diese Ergebnisse im richtigen Kontext zu sehen, müssen internationale Vergleichswerte herangezogen werden. Beispielsweise wird die Rate der chirurgisch bedingten Infektionen (Surgical Site Infections, SSI) vom Center of Disease Control (www.cdc.gov) auf knapp 2% kalkuliert. Da die Rate der SSIs der Interplasteinsätze 2010 0,5% beträgt ist zumindest eine kritische Einschätzung und Beurteilung der Ergebnisse nötig.

Wir sind uns bewusst, dass es sich bei dieser Dokumentation nur um die frühen postoperativen Komplikationen handelt und dass die Grundlage die Selbstbewertung durch die Teamleiter ist, die möglicherweise doch individuell unterschiedlich gehandhabt wird. Die längerfristige Qualität unserer operativen Hilfe kann eigentlich nur durch eine Follow-up-Studie aufgezeigt werden, wie sie uns erstmals 2008 von Lena Cohrs und Peter Sieg für durch Interplast versorgte Lippen-Kiefer-Gaumenspalten auf den Philippinen präsentiert wurde. Diese Studie ist in diesem Jahresheft veröffentlicht und sollte uns Anlass geben, auch weitere Studien

für andere Operationsarten wie zB. die Korrektur der Verbrennungskontrakturen zu initiieren. Dies könnte im Rahmen einer Dissertationsarbeit geschehen. Nur so erhalten wir einen realistischen Eindruck, wie wirkungsvoll unsere Operationsmethoden auf lange Sicht hin sind. Dadurch bietet sich für uns auch die Chance, unsere Behandlungsstrategien zu überdenken und gegebenenfalls den besonderen Umständen unserer Einsätze angepasst, zu modifizieren.

In der Rubrik „Besonderheiten“ zeigt sich das ganze Spektrum der Schwierigkeiten und Gegebenheiten, mit denen bei solchen Einsätzen zu rechnen ist: So wurde mehrfach von politisch schwierigen Lagen berichtet, bei denen die Herausforderung darin bestand,

sich als Interplast-Team nicht von verschiedenen Seiten instrumentalisieren zu lassen. Auch medizinisch standen die Teams immer wieder vor Herausforderungen: so wurden in Eritrea sehr viele querschnittsgelähmte Patienten mit Decubitalulcera vorgefunden und in Nepal musste eine durch einen Bärenatzenhieb entstandene komplexe Mittelgesichtsfraktur versorgt werden. Dieses Jahr wurden zudem viele augenärztliche Eingriffe und Behandlungen, wie in Tanzania, sowie gynäkologische und urologische Operationen wie in Madagaskar durchgeführt. Zudem fanden auch Pilot- oder Sondierungseinsätze statt, wie beispielsweise in Tanzania/Namanyere oder das Projekt Swimming Doctors / River Doctors in Yangon/Myanmar.

Wir haben mit der Einsatzdokumentation ein Instrument geschaffen, Transparenz und Qualität in unser Handeln und unsere ehrenamtliche Arbeit zu bringen. Dies sind die Grundlagen für unsere Tätigkeit im humanitären Bereich. Wir danken den Einsatzmitgliedern nochmals für die gewissenhafte Dokumentation und werden stetig an Verbesserungspotentialen arbeiten. Die Auswertung der Einsatzdokumentation 2010 wird auch in diesem Jahr ausführlich auf der Jahrestagung vorgestellt.





Versicherung für Mitglieder der INTERPLAST-Teams

Liebe Teamleiterin, lieber Teamleiter,

nachdem es in der Vergangenheit wiederholt Missverständnisse zum Versicherungsschutz von INTERPLAST-Germany-Teams gab möchten wir Sie noch einmal kurz auf einige wichtige Punkte hinweisen.

Voraussetzung dafür, dass Sie und Ihr Team versichert werden können, ist das vollständige und lesbare Ausfüllen des Anmeldeformulars „Einsatzanmeldung/Anmeldung Ihres Einsatzes bei der BGW“. Sie können es unter „Downloads für Aktive“ von unserer Homepage (www.interplast-germany.de) herunterladen. Unvollständig ausgefüllte oder nicht lesbare Angaben werden von der BGW nicht akzeptiert. Die betreffenden Teammitglieder sind dann leider nicht versichert. Das ausgefüllte Formular drucken Sie bitte aus und faxen Sie es uns bitte über die auf dem Formular angegebene Faxnummer zu.

Über die BGW können nur solche für unseren Verein ehrenamtlich und unentgeltlich mediz-nisch im Ausland tätigen Personen versichert werden die Ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in Deutschland haben. Für diejenigen bei denen dies nicht der Fall ist besteht kein BG-licher Versicherungsschutz.

Bei der Auslandsrankenversicherung bzw. bei der Haftpflichtversicherung ist dies nicht so. Hier können auch Personen versichert werden die keinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in Deutschland haben. Wenn aber Teammitglieder ihren ständigen Wohnsitz oder die Staatsbürgerschaft im Einsatz-land haben gilt das Einsatzland für diese nicht als Ausland. In diesem Fall besteht kein Auslands-Kranken-Versicherungsschutz.

Unsere Versicherungen gelten nicht für Schäden die durch die aktive Teilnahme an Kriegseignissen verursacht wurden. Ebenso besteht kein Versicherungsschutz in Ländern in denen offene Kriegshandlungen bestehen. Als Hinweis darauf dass kein Versicherungsschutz im Einsatzland bestehen könnte dient das Vorliegen einer Reisewarnung durch das Auswärtige Amt. Bitte informieren Sie sich vor Ihrer Abreise auf der Homepage des Auswärtigen Amtes ob eine solche Reisewarnung besteht.



Dietmar Scholz

senden“ auf unserer Homepage.

Nähere Informationen zur BG-Versicherung über:
<http://www.bgw-online.de/internet/generator/Navi-bgw-online/Navigation-Links/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

Weitere Informationen zum Thema Versicherungswesen finden Sie auf unserer Homepage www.interplast-germany.de unter „Downloads für Aktive“ in der Datei „Versicherungen für die INTERPLAST-Germany-Reisenden“ und in diesem Jahresheft.

Wir wünschen Ihnen und Ihrem Team eine sichere und gesunde Heimkehr!

Weitere Details zum Versicherungswesen finden Sie im „Informationsblatt zur Versicherung von INTERPLAST-Rei-

INTERPLAST - Germany e.V.

Vorstand: Dr. André Borsche, Dr. Hubertus Tilkorn, 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:	

Teammittglieder

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



CME-Zertifizierung von Interplast-Einsätzen

Seit 2010 besteht die Möglichkeit durch einen Operations-Einsatz Fortbildungspunkte zu erwerben. Zumindest die Ärztekammer Koblenz hatte kein Problem, nach ihrer Fortbildungssatzung Interplast-Einsätze als Hospitation und Weiterbildungsmaßnahme anzusehen und sie damit als zertifizierungswürdig anzuerkennen. (Was als ‚Mindestlohn‘ für eine gute Tat mehr recht als billig sein sollte.)

So kann man bei 6 Arbeitsstunden täglich 8 Punkte sammeln und in einem normalen Einsatz schon einmal mit 80 Punkten mögliche Defizite auf dem Fortbildungs-Punkte-Konto auffüllen.

Leider bemängelte die Ärztekammer Bayern bei einem ‚Präzedenzfall‘, weil

die Einsatz-Bescheinigung erst nachträglich eingereicht worden war. Nach einer klärenden Intervention unseres Präsidenten konnten diese Probleme aber wohl behoben werden. Es empfiehlt sich daher, einen Einsatz rechtzeitig vorher bei der zuständigen Ärztekammer anzumelden.

Sicher gibt es ein Menge ungleich Wichtigeres vor einem Einsatz zu erledigen als ausgerechnet das, - andererseits kann den niedergelassenen Kollegen ein kleines Polster an Fortbildungspunkten möglicherweise vor einer drohenden Kürzung des KV-Honorars bewahren. Sollte die eine andere Ärztekammer sich weiterhin mit der Anerkennung zieren, bitten wir um Rückmeldung.

Der Vordruck kann bei mir oder im Interplast-Sekretariat bei Camilla Völpel angefordert werden. Das ausgefüllte Formular (als Original!) wird an die für den Teilnehmer zuständige Ärztekammer gesandt, eine Kopie per Mail oder Fax an mich (Bitte nicht, wie mehrfach geschehen, umgekehrt!).

E-mail: pappert@hno-trier.de; Fax: 0651-99 800 88 oder 0651-75033

Stefan Pappert, Trier



INTERPLAST – Germany e. V.
 Gemeinnütziger Verein für Plastische Chirurgie
 in Entwicklungsländern
 Geschäftsstelle: Ringstr. 64, 55543 Bad Kreuznach
 Tel. 0671-6052712; Internet: www.interplast-germany.de



Zertifizierung des Operationseinsatzes

(Nach der Fortbildungssatzung der Ärztekammer Rheinland-Pfalz sind Operationseinsätze im Ausland als Hospitationen (Kategorie G) anerkannt. Pro Hospitationstag à 6 Std. erfolgt die Anerkennung von 8 Punkten.)

1. Einsatzort: _____ Einsatz- Nr. _____
2. Teilnehmer: _____ geb. _____
3. Anschrift: _____
4. Zuständige Ärztekammer: _____
5. EFN-Barcode:
6. Beginn des Einsatzes : _____
7. Ende des Einsatzes : _____
8. Anzahl Operationstage : _____
9. Stundenzahl pro OP- Tag : _____
10. genaue Tätigkeitsbeschreibung (Art der durchgeführten Operationen):

Datum: _____

Teilnehmer _____

Teamleiter _____

Bitte Original an die zuständige Ärztekammer schicken. 1 Kopie an:
 Dr. med. Stefan Pappert, Markusberg 18a, 54293 Trier; Fax: 0651-75033 oder e-mail: pappert@hno-trier.de



Umsatzsteuer-Vergütung für Ausfuhren von Gegenständen zu humanitären Zwecken

Gezahlte Umsatzsteuer auf Gegenstände, die zu humanitären Zwecken ausgeführt wurden und in dem Einsatzland verbleiben, wird erstattet, wenn die Vorschriften des UStG §4a erfüllt sind. <http://www.gesetze.2me.net/ustg/ustg0014.htm>

Das Antragsformular und die Anlage können von diesen Adressen heruntergeladen werden:

http://www.vat-navigator.com/BMF-Schreiben/2002/BMFS_2002_10_24_Vordruck_US1V.pdf

http://www.vat-navigator.com/BMF-Schreiben/2002/BMFS_2002_10_24_Vordruck_AnlageUS1V.pdf

Das zuständige Finanzamt für Interplast-Germany e.V. ist bisher das FA Bad Kreuznach, Ringstr. 10, 55543 Bad Kreuznach (Rheinland-Pfalz). Der

zuständige Sachbearbeiter ist Herr Dräger.

Als Steuernummer habe ich das Aktenzeichen 06/670/2211/7-II/4 aus dem Freistellungsbescheid zur Körperschafts- und Gewerbesteuer für Interplast-Germany e.V. eingetragen.

Alle Rechnungen sollten nach folgendem Muster ausgestellt sein:

Interplast-Germany, Sektion (.....), z.Hdn (Empfänger)
ggf die Bezeichnung des Projektes oder des Einsatzortes

Auf Rechnungen, die nicht nach dieser Vorgabe ausgestellt waren, aber auch auf den anderen habe ich mir die Ausfuhr vom Zoll im Flughafen bestätigen lassen. Das war in Frankfurt und Düs-

seldorf, nach Erläuterung unseres Vorhabens, unbürokratisch noch vor dem Einchecken möglich.

Die Umsatzsteuervergütung wird auf das Hauptkonto von Interplast-Germany überwiesen und gemäß des Vermerks von der Interplast Sekretärin auf das Sektionskonto weitergeleitet.

Mit dieser Anleitung zur Umsatzsteuervergütung für die Ausfuhr von Gegenständen zu humanitären Zwecken möchte ich zum sparsamen Umgang mit unseren Spendengeldern beitragen.

Viel Erfolg bei der Erstattung von Umsatzsteuer wünscht

Jürgen Meyer-Oswald, Pulheim

Steuernummer.....		Engangsstempel oder -datum	
Antrag auf Umsatzsteuer-Vergütung für Ausfuhren von Gegenständen zu humanitären, karitativen oder erzieherischen Zwecken			
Finanzamt			
A. Antragsteller			
1	Name / Bezeichnung / Firma		
2	Aufgabenbereich / Zweckbestimmung		
3	Anschrift (Straße / Platz, PLZ, Ort)		
4	Fernsprecher		
5	Geldinstitut (Name, PLZ, Ort)		
6	Bankleitzahl	Kontonummer	
7	Name und Anschrift des Kontoinhabers		
B. Antrag			
8	Vergütungszeitraum	Gesamtbetrag der Umsatzsteuer-Vergütung	
	von (Monat / Jahr)	bis (Monat / Jahr)	EUR / Ct
9	Ich / Wir beantrage(n) die Vergütung der Umsatzsteuer in Höhe des errechneten Betrags (s. Nr. 8 und Anlage) für die Ausfuhr von Gegenständen. Ich / Wir erkläre(n), dass 1. die ausgeführten Gegenstände im Drittlandsgebiet zu humanitären, karitativen oder erzieherischen Zwecken verwendet werden, die Gegenstände für einen unter 1. genannten Zweck durch Erwerb im Inland, im Rahmen eines innergemeinschaftlichen Erwerbs oder durch Einfuhr beschafft worden sind, 2. die Gegenstände bisher nicht in Gebrauch waren, 3. die Lieferung, der innergemeinschaftliche Erwerb oder die Einfuhr der Gegenstände umsatzsteuerpflichtig gewesen ist, 4. die für die Lieferung der Gegenstände in Rechnung gestellte Umsatzsteuer mit dem Kaufpreis bezahlt bzw. die für den innergemeinschaftlichen Erwerb oder die Einfuhr der Gegenstände geschuldete Steuer entrichtet worden ist, 5. die Gegenstände nicht im Rahmen eines wirtschaftlichen Geschäftsbetriebs bzw. eines Betriebs gewerblicher Art oder eines land- und forstwirtschaftlichen Betriebs erworben oder eingeführt und ausgeführt worden sind und folglich keine Berechtigung zum Vorsteuerabzug besteht. 6. Minderungen der in Rechnung gestellten Umsatzsteuer oder Minderungen der Umsatzsteuer auf innergemeinschaftliche Erwerbe (z.B. durch Skonti oder durch Preisverabsetzungen auf Grund von Mängeln) sind bei der Berechnung der Umsatzsteuer-Vergütung berücksichtigt worden. Nachträgliche Minderungen der Umsatzsteuer, deren Vergütung schon früher beantragt worden ist, sind in der beiliegenden Berechnung der Umsatzsteuer-Vergütung gesondert abgesetzt worden. Zu Unrecht empfangene Beträge der Umsatzsteuer-Vergütung (z. B. bei einem nachträglichen Wegfall der Voraussetzungen) werden unverzüglich an das Finanzamt zurückgezahlt. Ich versichere / Wir versichern, die Angaben in diesem Antrag und in der beigefügten Anlage wahrheitsgemäß nach bestem Wissen und Gewissen gemacht zu haben.		
	(Ort)	(Datum)	(Unterschrift)
USt 1 V Antrag auf Umsatzsteuer-Vergütung (Name des Bundeslandes)			

Nur vom Finanzamt auszufüllen		Geändert am		Bl.	
1. Antrag auf Umsatzsteuer-Vergütung – Steueranmeldung –					
a) Zustimmung nach § 168 Satz 2 AO wird erteilt (= Steuerfestsetzung unter dem Vorbehalt der Nachprüfung)					
Vergütung:		EUR	.....	Ct	
			am	.....	(Datum)
			durch	.....	(Unterschrift)
b) Vergütung wird – abweichend vom Antrag – unter dem Vorbehalt der Nachprüfung festgesetzt auf					
.....		EUR	.....	Ct	
			am	.....	(Datum)
			durch	.....	(Unterschrift)
c) Vergütungsantrag wird abgelehnt					
Begründungstext für abweichende Festsetzung der Vergütung oder Ablehnung des Antrags:					
			am	.....	(Datum)
			durch	.....	(Unterschrift)
2. Bescheid ausfertigen (bei abweichender Festsetzung oder Ablehnung)					
			am	.....	(Datum)
			durch	.....	(Unterschrift)
3. Vfg. und ggf. Bescheid an die Finanzkasse					
			am	.....	(Datum)
			durch	.....	(Unterschrift)
4. Z. d. A.					
			(Datum)	(Sachgebetsleiter)	(Bearbeiter)

Wir gratulieren

Shils-Award für MKG-Chirurg Michael Bergermann als erster Europäer für seine Interplast-Aktivitäten

Michael Bergermann ist seit Jahren bei Interplast aktiv und bekannt für seine exzellente Lippen-Kiefer-Gaumenchirurgie. Nun wurde er dafür im November 2010 als erster Europäer mit dem amerikanischen Shils-Award in Philadelphia ausgezeichnet. Herzlichen Glückwunsch für diese Auszeichnung auch von allen seinen Interplast Freunden!

Es war ein bisschen so wie bei der Oscar-Verleihung. „Nur der rote Teppich fehlte“, lacht Dr. Dr. Michael Bergermann, Kieferchirurg aus Hamm und in seiner Freizeit ständig für Interplast Germany in Entwicklungsländern unterwegs. Er ist der erste Europäer, der von der American Dental Association in der vergangenen Woche in Philadelphia mit dem Shils-Award für besonderes

soziales Engagement ausgezeichnet wurde.

Als Anfang des Jahres der Anruf aus Amerika kam, war Bergermann „wie vom Donner gerührt“. „Damit hatte ich überhaupt nicht gerechnet“, erzählt er. Und er weiß auch bis heute nicht, wer ihn für den Preis vorgeschlagen hat. Eigentlich wollte er gar nicht zur Preisverleihung fahren. „Das Geld für den Flug hätte ich lieber Interplast gestiftet“, überlegte er. Aber die Amerikaner ließen nicht locker. Und so flog der Kieferchirurg auf Kosten seiner US-Kollegen erstmals in seinem Leben Business-Class, wurde wie ein „special guest“ behandelt, wohnte im vornehmsten Hotel Philadelphias und erlebte einen unvergesslichen Abend. Mit ihm zusammen bekamen den Special Award sein amerikanischer Kollege Dr. Ruben Cohen aus New York und die Schweizer Krankenschwester Ilona Eichenberger, die er von Aufhaltenen in Tansania kannte. Zwölf Einsätze im indischen Bangalore, dort zusammen mit seinem Hammer Kollegen Dr. Stefan Düchting, in Nigeria und in Tansania hat Bergermann inzwischen hinter sich. Und die nächsten stehen auch schon fest. Im Februar 2011 geht's wieder nach Bangalore, im März nach Nigeria und im Oktober nach Tansania.



Michael Bergermann bei der Dankesrede in Philadelphia....



..... und im Einsatz, so wie wir ihn kennen und lieben!

Seine Technik des Lippenspaltverschluss mit dem Wellenschnittverfahren nach Pfeifer wurde im letztes INTERPLAST Jahresheft 2009 veröffentlicht. Bitte lesen Sie in diesem Jahresheft über seine Methodik zum Gaumenverschluss.

Ein eingespieltes Team im Buschkrankenhaus Tosamaganga in Tansania (von links): Michael Bergermann, Kieferchirurg aus Hamm, OP-Schwester Tina Tröster aus Reutlingen und der New Yorker Kieferchirurg Ruben Cohen.



Zusammenarbeit mit folgenden Organisationen:



Deutsches Medikamenten-Hilfswerk

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

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

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

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



MEDECINS SANS FRONTIERES
ÄRZTE OHNE GRENZEN e.V.

Ärzte ohne Grenzen e. V. / Médecins Sans Frontières

Am Köllnischen Park 1 · 10179 Berlin – Germany
Tel.: +49 (0)30 – 700 130 - 0 • Fax: +49 (0)30 – 700 130 - 340
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)

Orthopädie für die Dritte Welt e.V.

Orthopädische Hilfe für die Menschen in Sierra Leone

Dr.Fritjof Schmidt-Hoensdorf · Eck Nr. 4
D- 84424 Isen
fon: +49 8083 9176 · fax: +49 8083 9375

e-mail: fschmidth@t-online.de
www.o-d-w.net
Spendenkonto-Nr: 630 187
BLZ: 701 696 05
Bank: VR-Bank Isen



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-auge[n]licht.de · www.aktion-auge[n]licht.de
Spendenkonto: Augenlicht e.V.
Volksbank Nahetal, Kto. 102 126 969 (BLZ 560 900 00)

„Anästhesie“-Veranstaltung der INTERPLAST-Akademie am 13.11.2010 in Wiesbaden



Erneut erfreute sich die INTERPLAST-Akademie-Veranstaltung großer Beliebtheit. Viele Teilnehmer nahmen weite Reisen auf sich, um über spezielle Themen von INTERPLAST-Einsätzen zu diskutieren und ihr Wissen weiter zu geben.

Dieses Mal war das Thema Anästhesie.

Prof. Dr. Hajo Schneck aus Traxl, Dr. Frank Pohl aus Regensburg, Dr. Christian Löhlein aus Velden und Dr. Paul Schüller aus Traunstein hatten sich bereit erklärt die Veranstaltung zu gestalten.

Der Veranstaltungssaal war voll. Sehr zu unserer Freude zeigten aber nicht nur Kolleginnen und Kollegen der Anästhesie sondern auch operativ Tätige großes Interesse an der Veranstaltung.

Als Plastische Chirurgen konnten wir es fachlich nur erahnen. Das allgemeine Resumée der sachkundigen anästhesiologisch Tätigen war, dass die Beiträge erwartungsgemäß auf höchstem Niveau und die Diskussionen für alle Beteiligten außerordentlich lehrreich waren.

Als Folge der Veranstaltung wurde unter anderem beschlossen, dass INTERPLAST Kapnometriegeräte anschaffen wird. Mit diesen Geräten lässt sich die Sicherheit der Narkosen während unserer Einsätze auf relativ einfache Weise weiter erhöhen.

Die Veranstaltung war also erneut ein voller Erfolg und ermutigt uns die INTERPLAST-Akademie auch in Zukunft weiter zu führen.

Unser besonderer Dank gilt vor allem den vier Vortragenden ohne deren Engagement die Veranstaltung in dieser Form und Qualität nicht möglich gewesen wäre. Aber auch dem Förderverein EFI, der freundlicherweise die Veranstaltung unterstützt hat, und der Schwesternschaft Oranien, die uns kostenfrei den Veranstaltungsraum zur Verfügung gestellt hat.

In diesem Sinne freuen wir uns auf die Veranstaltung der INTERPLAST-Akademie 2011. Einen genauen Termin geben wir noch per e-mail bekannt. Interessente möchten wir daher bitten ihre e-mail-Adresse beim INTERPLAST-Sekretariat zu aktualisieren.

*Herzliche Grüße aus Wiesbaden
Nuri Alamuti und Dietmar Scholz*



INTERPLAST-Symposium

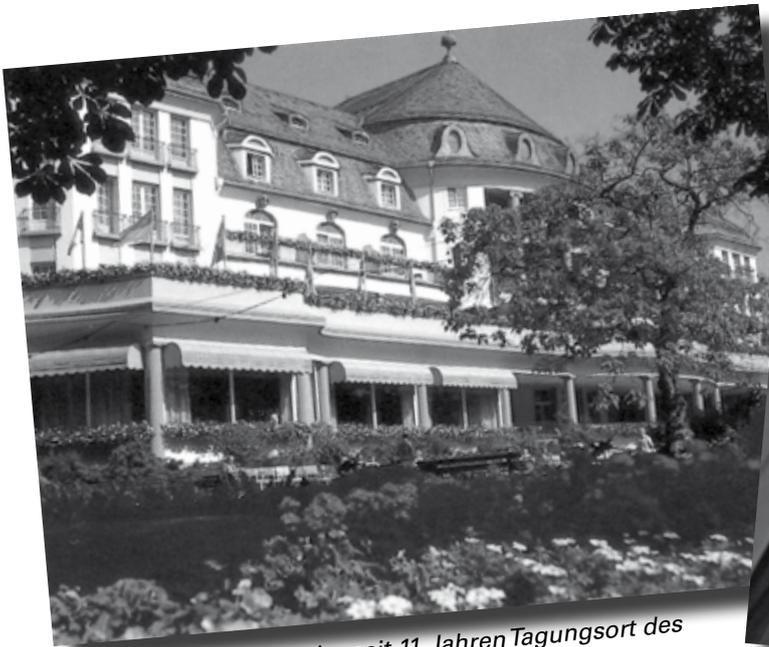
Bad Kreuznach, 7. März 2009

INTERPLAST - Humanitäre Plastische Chirurgie Anspruch und Wirklichkeit

1. **Begrüßung**
André Borsche, Bad Kreuznach
2. **12 Jahre Erfahrungen im SKM-Hospital Nepal**
Christa Drigalla, Nepal
3. **INTERPLAST im Iran in memoriam Abdol Behrawan – Singuläre, unersetzliche Persönlichkeit der Völkerverständigung und kulturellen Integration**
Andreas Schmidt, Murnau
4. **Chancen der Globalisierung bei INTERPLAST**
Martin Schwarz, Freiburg
5. **Another Side of Life – A Song for INTERPLAST**
Björn Schömel / Human Aid Project, Bad Kreuznach
6. **Haiti – vor dem Erdbeben: Aufbau einer Verbrennungsabteilung**
Rémy Zilliox, Lyon, Interplast France
7. **Haiti – nach dem Erdbeben: Kooperation als Voraussetzung zur INTERPLAST- Hilfe**
André Borsche, Bad Kreuznach
8. **INTERPLAST und ESPRAS SHARE Internationale Vernetzung der humanitären Plastischen Chirurgie in Europa**
André Borsche und Christian Echinard, Marseille France
9. **Projekt Chalsa / Jalpaiguri in Indien**
Soha Asgari, Heidelberg
10. **Warum Afrika ?**
Arnulf Lehmköster, Vreden und Bernhard Tenckhoff, Ostbevern
11. **Vom Skalpell ... zum Teller voll Reis**
Rémy Zilliox,, Lyon France, Interplast France
12. **Erfahrungen als HNO- Arzt bei INTERPLAST**
Andreas Poll, Borken
13. **Anästhesie bei INTERPLAST-Einsätzen: Zusammenfassung des 3. INTERPLAST-Anästhesistentreffens**
Hajo Schneck, Traxl
14. **OP-Schwestern und Pfleger bei INTERPLAST-Einsätzen: 2. Treffen zum Informationsaustausch in Bad Kreuznach**
Kathrin Sojka, Bad Kreuznach - Tina Tröster, Metzingen
15. **INTERPLAST Einsatz-Statistik 2009**
Leila & Georg Kolios, Göttingen - Hubertus Tilkorn, Münster
16. **INTERPLAST missions from the view of a local cooperating organization in India**
Jacob Roy, India und Nuri Alamuti, Wiesbaden
17. **Mercy Ships Project**
Guido Köhler, Würzburg
18. **Multi-Media Präsentation: Road to Hell**
Helmut Sammer, Freiberg



Bilder vom Jahrestreffen



Kurhaus Bad Kreuznach - seit 11 Jahren Tagungsort des Interplast-Treffens



Ehrenmitgliedschaft für Christa Drigalla



Vom Skalpell zum Teller voll Reis - Rémy Zilliox



Jacob Roy from India reporting from his view upon our missions



Danke dem jüngsten Spender Frederik Tom Völpel



Kathrin Sojka berichtet über das Schwestern - Pfleger treffen



Guido Köhler berichtet über die Mercy Ships



Eva, Raul und André Borsche freuen sich über die zahlreichen Gäste des Bad Kreuznacher INTERPLAST-Symposiums



Danke an die Interplast-Sekretärin Camilla Völpel für ihre jahrelange, liebevolle Tätigkeit



Treffen mit Interplast-Freunden Ruth und Nuri Alamuti, Heinz Schoeneich und Michael und Regina Schidelko



Danke an das tolle Team der Eberburg für ihre köstliche Bewirtung



2. Treffen der Schwestern und Pfleger INTERPLAST-Symposium 2010

Zum zweiten Mal haben wir uns am Rande des Interplast-Symposiums getroffen und waren doppelt so viele wie im Jahr zuvor, nämlich 23 Personen, toll!

Sich wieder zu sehen, lieb gewonnene Freunde aus gemeinsamen Einsätzen oder Kollegen die einem zur Seite stehen, wenn man einen Einsatz mitorganisiert, toll dass wir uns gegenseitig anrufen und über Erfahrungen aller Art reden können. So wie: Warst du schon da? Kennst du Die oder Den? Was gab es für Probleme? Was erwartet mich vor Ort? Dank unseres Treffens in Bad Kreuznach haben wir einen viel größeren Pool an erfahrenen Kollegen, auf die wir zugreifen können, wenn sich Fragen stellen. Die Stimmung war super, wir hatten uns von Anfang an viel zu erzählen und wo wir am Erzählen waren, haben wir unser kleines Buffet im nu leer geplündert und ohne an die Folgen zu denken eröffneten wir auch das Buffet, das vor der Tür aufgebaut stand..... Leider war dieses nicht für uns reserviert! Aber Dank der guten Beziehungen im Kurhaus von Frau Eva Borsche haben wir es nicht bezahlen müssen.

Ein großes Problem scheint der Urlaub zu sein, den wir brauchen, um an einen Einsatz teilzunehmen. Das erste Problem ist die Kurzfristigkeit, mit der manche Einsätze geplant werden. Je kleiner das Team ist, in dem wir Tag täglich arbeiten, desto schwieriger ist es, in dem schon seit Monaten stehenden Urlaubsplan noch 2-3 freie Wochen zu platzieren.

Das andere Problem ist, manche Kolleginnen oder Kollegen müssen vor ihrem Arbeitgeber und Kollegen verschweigen, dass sie an einem Interplast Einsatz teilnehmen, sonst wird ihnen der Urlaub nicht bewilligt, mit der Begründung: „Urlaubszeit ist zum Erholen und nicht zum Arbeiten da, Sie kommen müde oder sogar krank wieder zurück“. Fakt ist, dass man manchmal einen Durchfall oder eine Erkältung mitgebracht hat, ich persönlich plane

immer ein paar Tage länger Urlaub ein, um mich im besten Falle an die Zeit in Deutschland wieder zu gewöhnen und glaube viele Kolleginnen und Kollegen machen das genau so. Interessant wäre es zu wissen, ob die gleichen Chefs auch Skiurlaub nicht genehmigen oder Fahrrad fahren verbieten?

Zur Einsatzvorbereitung gehört nicht nur Urlaub, sondern auch das ganze Equipment, das wir vorbereiten müssen. Nicht selten war vor uns schon eine Gruppe vor Ort oder das engagierte, fähige einheimische Personal könnte schon einiges für uns vorbereiten. Im Zeitalter des Internets ist es möglich, die Sachen im Vorfeld miteinander abzustimmen. So haben wir beschlossen, eine Vorbereitungsliste für das OP-Material in Englisch zu erstellen. Auch ein allgemeiner Pool für medizinisches Material wurde angesprochen. Dieser wird aber bei der dezentralen Organisation unseres Vereins eigentlich nicht zu realisieren sein. So sammelt jeder für sich Material und bunkert es - wenn er Glück hat - irgendwo in der Klinik oder bei sich zu Hause.

Es lohnt sich auch immer bei www.doox.de reinzuschauen: Wer will was los werden? / Wer braucht was? Oder

man wendet sich an unsere „Schwestern und Pfleger“ Gemeinschaft. (KathrinSojka@hotmail.com) Unser Treffen heißt in der Einladung „Krankenschwestern & Pfleger bei INTERPLAST“, anfangs kamen nur OP-Leute, Anästhesie Personal war hin und her gerissen; „Wo sollen wir hin? OP oder Anästhesie?“ Bei unserem Treffen im Jahr 2010 waren wir schon deutlich interdisziplinärer.

Was wir verdeutlichen wollen ist, dass die pflegerischen Aufgaben irgendwo z.B. in „Timbuktu“ sehr viel weniger festgeschrieben sind, als wir es aus unseren klinischen Erfahrungen im Alltag zu Hause gewohnt sind. Dort aber ist die Schwester für den Saal verantwortlich, die Instrumente, das Einmalmaterial, die Lupenbrille, das Toilettenpapier, den Patient, den Stauschlauch, die Intubations-Assistenz, die OP-Assistenz, den Kaffee, den Faden, den Sauger, das Pflaster, die Mittagspause, die Le-sebrille... und vieles mehr. Das sind Aufgaben die sich nur miteinander und nicht streng getrennt regeln lassen! Ich freue mich auf unseres nächstes Treffen in Bad Kreuznach!

Eure Kathrin



3. Anästhesie-Treffen im Rahmen der Jahrestagung 2010

Noch nicht traditionell, aber schon nicht mehr so ganz unerwartet fand auch heuer wieder ein Treffen der Anästhesie-Interplastler statt; und das keineswegs, wie in Wiesbaden kürzlich vermutet, mit separatistischem Anspruch, sondern leider mangels zeitlicher Alternativen wieder parallel zu Sektionsleitersitzung, Stiftungs-Versammlung und Veranstaltung der Schwestern. Es ist nun einmal so, dass die Mehrheit der Chirurgen, die bereits am Freitag Mittag anreisen, das der Sektionsleiter-Sitzung wegen tun und nicht wegen der Anästhesie-Sitzung, und es ist leider auch so, dass einige AnästhesistInnen „nebenbei“ auch noch Sektionsleiter, Beiräte oder Schwestern sind und ihrerseits gerne an der entsprechenden Sitzung teilnehmen würden – vom Wollen wird der Freitag Nachmittag aber leider nicht länger, und neben der Vollversammlung abends oder neben dem Symposium samstags geht nun schon gar nicht.

Aus fünfundzwanzig Anmeldungen wurden 54 TeilnehmerInnen, Kaffee und Gebäck stand wieder reichlich im Tagungsraum - danke an die Hausherren. Unter den gut 50 Teilnehmerinnen und Teilnehmern befanden sich diesmal übrigens auch einige Kollegen, die sich Interplast erst einmal anschauen und anhören wollten – die meisten von ihnen sind inzwischen Mitglieder geworden und ein paar waren mittlerweile sogar schon „draußen“.

Nach den üblichen Eingangsworten und der Wer-Ist-Wer-Runde eröffnete Hajo Schneck aus Traxl mit einer Zusammenfassung der im Herbst 2009 bei der Wiesbadener Akademie-Tagung aus chirurgischer und anästhesiologischer Sicht besprochenen und diskutierten Thematik „Kinder mit Spalt-Fehlbildung“. Wesentliche Punkte waren die Häufung der kombinierten Fehlbildungen (bei ca. einem Drittel), vor allem auch der gefährlichen





Herzvitien, bei isolierter Gaumenspalte (häufiger als bei gleichzeitiger oder isolierter Lippenspalte), die Bedeutung der Alters-Gewichts-Beziehung (auch schon bei Geburt) und die Ursache der gefürchteten postoperativen Ventilationsprobleme, nämlich vor allem die zu lange, zu kräftige Kompression der Zunge. Reichlich emotional gefärbtes Thema war am Beispiel der Spalten erneut – wie jedes Jahr – die Interaktion zwischen stark operationswilligem Chirurgen und ebenso stark sicherheitsbezogenem Anästhesisten; ein Thema, das vermutlich nie zu Ende sein wird, aber jede nur mögliche Diskussionszeit verdient.

Dirk Dunkelberg aus Karlsruhe folgte mit einer sehr mühsam, aber auch sehr gut recherchierten Dokumentation über die Qualität von „im Zielland beschaffte(n) Medikamenten“ und musste für einige Weltgegenden wie Schwarzafrika und Teile von Südamerika aufgrund harter Daten davon abraten, den Preis- und Gewichtsvorteil dieses Vorgehens wahr zu nehmen. Einzelne Teilnehmer konnten dagegen von guten Erfahrungen berichten, z.B. in Indien und Mittelamerika. Der Preisvorteil kommt umso stärker zum Tragen, je knapper Interplast von der Pharma-Industrie gehalten wird, da natürlich gespendete Medikamente fast ausnahmslos den Übergepäck-Preis ihres Gewichtes wert sind.

Auf mehrfache Bitte im Vorfeld wiederholte anschliessend Hajo Schneck Grundlagen, Praxis, Vorzüge und Schwächen der Sauerstoff-Konzentratoren, zumal inzwischen für einige Zielorte Konzentratoren beschafft worden waren und sich eine größere Spende solcher Geräte abzeichnete (inzwischen ist EFI zusammen mit der Linde AG dabei, 10 gespendete Weinmann-Konzentratoren zu verschiffen). Die ebenso einfache wie zuverlässige und auch noch leichtgewichtige Kombinati-

on O₂-Konzentrator - Kunststoff-Kreislauf – TIVA scheint sich bei Interplast mehr und mehr durchzusetzen.

Im nächsten Abschnitt berichtete Eckhard Speulda aus Vogtareuth über seine langjährige Erfahrung als Kinder-Anästhesist und betonte vor allem die Wichtigkeit der qualitativ und quantitativ adäquaten Infusionstherapie und der perioperativen Schmerzbehandlung, darunter auch die Kaudalanästhesie. Mit weiteren anwesenden Kinder-Anästhesisten entspann sich danach eine lebhaft Diskussionszeit mit dem auch von Martin Jöhr aus Luzern immer wieder betonten und publizierten Ergebnis, dass in der Kinder- mehr noch als in der Erwachsenen-Anästhesie ganz verschiedene Wege zum Ziel führen. Unstrittig war aber, dass im Gegensatz zum Erwachsenen die postoperative Phase eine wesentlich höhere Aufmerksamkeit benötigt – ein Hinweis, dessen sich alle Interplast-Teamleiter immer auch schon bei der Team-Planung und der Organisation vor Ort bewusst sein müssen. Auch bei Interplast ereignet sich die überwiegende Mehrzahl der schweren und schwersten Komplikationen bei Kindern, und da nicht selten im späteren postoperativen Verlauf. Abhilfe ist nur von ausreichender personeller Ausstattung gerade der Anästhesie-Truppe und von der Herstellung einer geeigneten Struktur vor Ort zu erwarten, auch gute apparative Ausstattung ist wichtig, aber natürlich nicht ersetzend.

Zum Ausklang erinnerte Hajo Schneck wie jedes Jahr an die Nutzung der Kommunikationsplattform DooX und an die Möglichkeiten des Ebersberger Fördervereins Interplast e.V. EFI in der Bereitstellung von Monitoring-Gerät, Anästhesie-Medikamenten und Verbrauchsmaterial, was Doppelbeschaffung, ungenutzten Verfall und Ausrüstung unter Standard verhindern helfen kann. Und appellierte wie jedes Jahr an die FachkollegInnen, nicht nur die

Mittel und Arbeit von EFI zu nutzen, sondern sich wenigstens als Geste, aber noch lieber mit einem stattlichen Jahresbeitrag zu einer Fördermitgliedschaft aufzuraffen.

Alle Teilnehmer waren durchaus der Meinung, eine Anästhesie-Veranstaltung ähnlicher Art solle auch 2011 wieder stattfinden – wir arbeiten daran und laden alle ChirurgInnen schon heute herzlich auf den Freitag Nachmittag ein.

Hajo Schneck, Traxl



Häufiger Engpass bei Einsätzen: Sauerstoffflaschen



Behutsame Narkoseeinleitung



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



INTERPLAST-Symposium Bad Kreuznach 2004 : André Borsche, Rein Zeeman (Holland), Paolo Morselli (Italien), Donald Laub (Interplast Gründer USA) und Rémy Zilliox (Frankreich)



Wir gratulieren einfach noch einmal 21 Jahre pro interplast Seligenstadt 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 Schlüsselerlebnis war 1994 ihre Reise nach 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.



„Friede beginnt mit einem Lächeln. Lächele fünfmal am Tag einem Menschen zu, dem du gar nicht zu lächeln willst: Tue es um des Friedens Willen.“
Mutter Teresa (1910 –1997)



pro interplast Vorstand



20 Jahre pro interplast mit Jochen und Waltraud Huck

„Was der Sonnenschein für die Blumen ist,
das sind lachende Gesichter für die Menschen“
Joseph Addison (1672-1719)

Auch im Jahr 2010 finanzierte pro-interplast wieder zahlreiche wichtige Projekte:

1. Myanmar
2. Kamerun 2x
3. Kalkutta / Indien
4. Chittapur / Indien
5. Jalpaiguri / Indien
6. Pangasinan / Philippinen
7. Palawan / Philippinen
8. Tansania 2x

9. Vietnam
10. Benin (Klinikschiiff „Africa Mercy“)
11. Manila / Philippinen
12. Madagaskar 2x
13. Indien 3x
14. Katmandu / Nepal 12x

Außerdem unterstützte Waltraud Huck wieder das segensreiche Wirken von Dr. Tobias Vogt in Kalkutta und die „Howrah South Point“ Mission.
Herzlichen Dank allen Mitarbeiter und Spendern von pro-interplast, die seit Jahren unser humanitäres Wirken durch Ihr außerordentliches Engagement ermöglichen!



« SHARE », THE ESPRAS HUMANITARIAN NETWORK

CHRISTIAN ECHINARD

On January 12th 2010, one of the most important earthquake of the last centuries happened in Haiti. In less than one minute, a seven million people area was devastated and dislocated, leaving over 400 000 dead people and at least the same amount of severely wounded women, men, and children... all very poor, without any medical resources. Half the hospitals of the capital, Port- Au-Prince, were out of order.

The international help to Haiti was immediate. Tons of material were immediately sent. Teams from all over the world, spontaneously arrived on the island, covering many fields... medical, logistics, building, nutrition....

Plastic surgeons from different part of the world, were volunteers to spend a part of their time in order to operate the great amount of injured people living in the street... not daring to go back to their house.... When they still had one....

The humanitarian branch of ESPRAS, SHARE (Surgical Humanitarian Aid Resource Europe), immediately reacted to this and organized a SURGICAL BRIDGE TO HAITI;

One week after the drama HumaniTerra France, NGO member of SHARE, was on the island with a plastic surgery team, an orthopaedic team and a gynaecological team. SHARE then sent 12 other surgical teams over a period of 2 months. Each team performed, more or less, an average of 70 surgical procedures, and took care of many out patient, particularly with a great amount of dressings. Surgeons, anaesthetists, nurses and physiotherapists, were coming from HumaniTerra France, Interplast Germany, HumaniTerra Italy, and Interplast Holland.

Those groups have mainly been working in two different private hospitals, CDTI (Sacre-Coeur) in the centre of Port Au Prince, and in Dikini Hospital, in the suburbs.

Cooperation with the other foreign humanitarian teams has been most of the time very good.

Operating conditions were very difficult at the early beginning. Then things became more organized and we could even



share some members of our teams with American teams, for instance, working all together, for the same goal, to save as many people as we could.

During two weeks after the earthquake, as everything was destroyed, our staff was sleeping on the ground, in open air or under small tents. Then we could be hosted in an empty orphanage where a cook was preparing meals, but the living conditions were still very very bad. After two months we at last could get a proper house, used as a real guest house. Last teams were much more lucky than the first ones...

Things are still very slow in Haiti and money is not coming as easily as we might think. Political problems are still numerous and reconstruction of the national health services is a very difficult and complicated thing; After the acute period, time for reconstruction has now come.

During the initial period SHARE team were operating in private, or semi private hospitals, most of the public ones being out of order or nearly...

The university hospital (HUEH, Hopital Universitaire de l'Etat d' Haiti) was very much damaged, and the operating theatres were not properly functioning.

Today SHARE is willing to support the public health system on the island, and therefore has not real possibility to operate, due to the very bad condition of the HUEH.

In order to be able to work in good

conditions and to teach and train new young surgeon the priority is to rebuilt and/or restore the surgical ward, the O.T. and the emergency department.

This will be done with the expertise of SHARE teams, especially for the reconstructive surgery and burns part. Temporary specific operating theatres will be built in the courtyard of the hospital. Technical teams of HumaniTerra, are working very hard on this project, in order to make possible new turn-over of surgical European teams at the beginning of 2011.

SHARE and its partners, is also involved in the reconstruction of the Nurse National Institute, that completely fell down during the earthquake, killing two third of the student nurses and their teachers (142 people); the ground breaking of that has been done on September the 23rd. The temporary institute should be built before the end of 2010 allowing then us to teach new nurses... SHARE will provide also help to the training of scrub nurses and anaesthetist nurses who could be then involved as partners for the surgery performed by our teams. .

The Haitian ministry of health has also asked our teams to help to the restoration of the medical faculty, and to the training of the students. This will give us the opportunity to have a much better collaboration with local surgeons during our surgical camps and after them, in



order to have a good follow up of the treated patients.

Reconstruction in Haiti will be long and fastidious. But we cannot avoid this necessary stage of building or reorganisation of the medical health system, before a real surgical involvement of our teams. When all this will be achieved, SHARE will be able to send in Haiti numerous teams in order to organise a complete surgical turn over at the university Hospital for the benefit of the local surgeons and of course, above all, of the Haitian patients...

This is an example of what can be organised by a European network for humanitarian plastic reconstructive surgery. SHARE was created in 2008, by a group of plastic surgeon, under the umbrella of the European Society of Plastic Reconstructive and Aesthetic Surgery (ESPRAS) which president at that time was Jean-Philippe Nicolai.

It gathers over 20 NGOs from Europe, organising surgical camps all over the world. Most of the pathologies treated are Nomas, congenital abnormalities of the faces and hand, facial traumas, hand malformations, acute burns, burn contractures, reconstruction after tumours, cleft lips and palates, traumatic limbs...

Most of the teams spend approximately 10 days in the country for each camp, and treat between 50 to 80 patients per week. This necessitates of course very good logistics and perfect knowledge of reconstructive surgery. The work in mission must be as professional as in the work in Europe.

The teams, composed of a surgeon, an anaesthetist, one or two nurses, an eventual physiotherapist, and sometimes a logistician must obey very strict rules of security, and follow essential principles, such as humility, expertise, team spirit, benevolent work, knowledge sharing with local doctors and nurses...

Though, this is often not enough, and surgery alone is not sufficient. In order to be efficient these NGOs must also develop specific accompanying programs permitting them to be efficient and to have a good sustainability. This is a very hard but indispensable task. Among them, these programs involve prevention programs, rehabilitation programs, development and building programs, teaching and medical training programs for local doctors, hospital administrative support programs, sustainability programs... all this is absolutely necessary in order to get good results, to have a long term follow-up of

the patients, and to allow local teams to be once the caring body in their own country, which is our main goal.

SHARE is also providing lectures and advices for European surgeons, anaesthetists and nurses, willing to participate to surgical camps, especially in very precarious conditions. Those advices are given through courses given by experts, during national or international plastic surgery meetings.

SHARE organising mixed camp with teams coming from several European NGOs together, such as joint surgical missions by "Women for Women" and HumaniTerra on a hospital boat along the river Brahmaputra in Bangladesh.

All information about the different surgical camps in the world, done by SHARE teams can be seen on the SHARE website, www.esprasshare.org, or on www.espras.org (the official ESPRAS website).

*CHRISTIAN ECHINARD
President, HumaniTerra International
President, SHARE (Surgical Humanitarian Aid Resource Europe)
Co-chairman disaster committee and humanitarian committee of IPRAS (HUGS)*

ESPRAS SHARE: Coopération Européen Humanitaire pour Haiti

INTERPLAST avec HUMANITERRA INTERNATIONAL

Grace à ESPRAS SHARE et le amical contact avec Christian Echinard INTERPLAST-Germany était invité de participer dans la deuxième mission de HTI au Port-au-Prince en février 14.02.-21.02.2010.

L'idée de cette mission était d'évaluer les possibilités de coopération Européen dans une situation precare comme en Haiti après la catastrophe du tremblement de terre.

Je suis venue comme chirugien plastiscien accompagné de ma femme, médecine generale, qui m'a assistée

pendant les opérations. Nous somme arrivés avec une NGO allemand (German Wings of Help) qui a organisée des transports materiels humanitaires en coopération avec IMC (International Medical Care). Nous avons visités une projet de Malteser International à Léogane au centre de seisme et les tentes de IMC au Hopital Général HUEH. (Dr. Rüdiger Herr de Baden-Baden / Rastatt (près de Strassbourg) avait rencontré en janvier le 28 comme répresante de INTERPLAST-Germany le directeur Alix Lassegue. Il avait proposé une coopération avec nous spécialistes de la chirur-

gie plastique et reparatrice.

Ce pendant INTERPLAST travaille ensemble avec HumaniTerra International de Marseille, ca veut dire: un projet de coopération Eurpéen).

Nous étions très hereux si nous avons rencontrés l'équipe française à Diquini et le recontre avec Claude Musset à CDTI etait très cordial. Nous étions enchantés dans le simple logement à l'orphantage, pardon : CRECHE Horizon de l'espoir, grace à une athmosphère amicale franco-allemande. Merci de votre confiance et hospitalité extraordinaire!



Nous avons travaillé à CDTI seulement deux jour, mais très effectivement: 17 minor opérations comme débridements, greffes de peau, drainages et polyurethane foam noir (?) et un lambeau des paupières et 37 pansements ! Beaucoup de blessures infectées ou avec granulation secondaire, les plaies d' amputation et d' accident. Il y avait beaucoup de necrosis et poches de pus.

La coopération avec l'équipe française était formidable, l'anaesthesie parfait. Le monde entier rencontre à Haiti pour aider, mais la plupart des gens vient seulement pour quelque jours, laissant les malades pour les suivantes. Il manque de la continuité et la coordination

générale. Meme le langage peut etre un problème: Français, Anglais, Espagnol ou Creol. La documnetation medicale est souvent très faible. On doit écrire les ordonnances sur le pansement.

En tout cas nous sommes très heureux que nous faisons cette expérience parce-que normalement INTERPLAST ne travaille pas dans une situation si précaire comme en Haiti. Mais grace à la coopération avec Humani Terra qui a préparé tous les contacts importants et a réglé les structures institutionnelles, tout va bien. Merci à Claude Musset et son équipe sympathique pour nous donner la possibilité de participer dans leur mission humanitaire!

J'espère que les équipes suivantes aimeront la coopération Européenne aussi: tout ensemble c'est plus facile de réaliser une aide à long terme. ESPRAS SHARE avec son président Christian Echninard peut nous supporter à concrétiser cette formidable idée.

André Borsche
President INTERPLAST-Germany
www.interplast-germany.de
Secrétaire Général ESPRAS SHARE
www.esprasshare.org





Zusammenarbeit mit folgenden Organisationen:



Handicap International e.V. für Menschen mit Behinderung weltweit

www.handicap-international.de
Ganghoferstr. 19 · D-80339 München
Tel.: 089 54 76 06 0 · Fax: 089 54 76 06 20

e-mail: info@handicap-international.de
Spendenkonto 595
Bank für Sozialwirtschaft · BLZ 70020500

SENTINELLES



au secours de l'innocence meurtrie

SENTINELLES

Hilfe für die unschuldigen Noma-Opfer

www.sentinelles.org

Les Cerisiers
Route de Cery
CH - 1008 Prilly / Lausanne

Schweiz
Tél : + 41 21 646 19 46
Fax : + 41 21 646 19 56



Facing Africa – Noma: Hilfe für Noma-Patienten in Nigeria (Sokoto) und Äthiopien

www.facingafrica.org

Facing Africa - Noma,
Seend Park, Seend, Wiltshire
SN12 6NZ · England
Tel: +44 (0)1380 827038
Chris Lawrence
e-mail: chris@facingafrica.org



Humani-Terra International / NGO für humanitäre Chirurgie

www.humani-terra.org
e-mail: contact@humani-terra.org

152, Avenue du Prado
F- 13008 MARSEILLE
Frankreich
Tel . + 33 / 491 421 000



Afghanistan – Hilfe, die ankommt e.V.

www.afghanistan-hilfe.de
e-mail: info@afghanistan-hilfe.de

Dr. Najiba Behmanesh · Hermannstraße 160
D-55545 Bad Kreuznach
Spendenkonto: 0017040122
Sparkasse Rhein-Nahe
Bankleitzahl: 560 501 80



Ein Herz für Kinder Bild hilft e.V. „Ein Herz für Kinder“

ermöglicht Behandlungen von schwerverletzten
Kindern aus aller Welt z. B. auch in Deutschland
www.ein-herz-fuer-kinder.de

Brieffach 3410
20350 Hamburg
Telefon: 040 / 34 72 37 89

Spendenkonto 067 67 67
Deutsche Bank Hamburg
BLZ 200 700 00

Reisebüro für INTERPLAST-Einsätze:



Marlies Neuhold

www.mn-reisen.de

mn-reisen - individuell & persönlich

Rheinstrasse 22/
Ecke Hugenottenallee
63263 Neu Isenburg
tel: 06102/7 222 38
fax: 06102/7 222 35
e-mail: info@mn-reisen.de



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.



Heinz Schoeneich



André Borsche



Hein Stahl

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: Coroaá

In der Armenregion Coroaá / 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 Ordensschwestern 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-Schwestern vor Ort. Zuletzt wurden auch dringend erforderliche Renovierungen im Operationsaal durch Stiftungsgelder ermöglicht.

2. Nepal-Krankenhaus: SKM-Hospital in Sankhu

Kaum ein INTERPLAST-Projekt hat seit nun mehr 13 Jahren 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 Rückendeckung, 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 EF1“ von Hajo Schneck haben wir nun von Stiftungsspenden einen Sauerstoffgenerator angeschafft, der für die nächsten INTERPLAST-Einsätze zur Verfügung stehen wird. Pater Prakash ist übergelukkiglich, 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 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 Operationssaal 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 dürrtig. So auch beim Murunda-Hospital in Ruanda, wo Arnulf Lehmköster aus Vreden eine neue INTERPLAST-Kooperation initiieren will. Als Voraussetzung für zukünftige Hilfeinsätze 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.

9. Ausbildungshilfe für Anästhesie-Assistenten in Kamerun

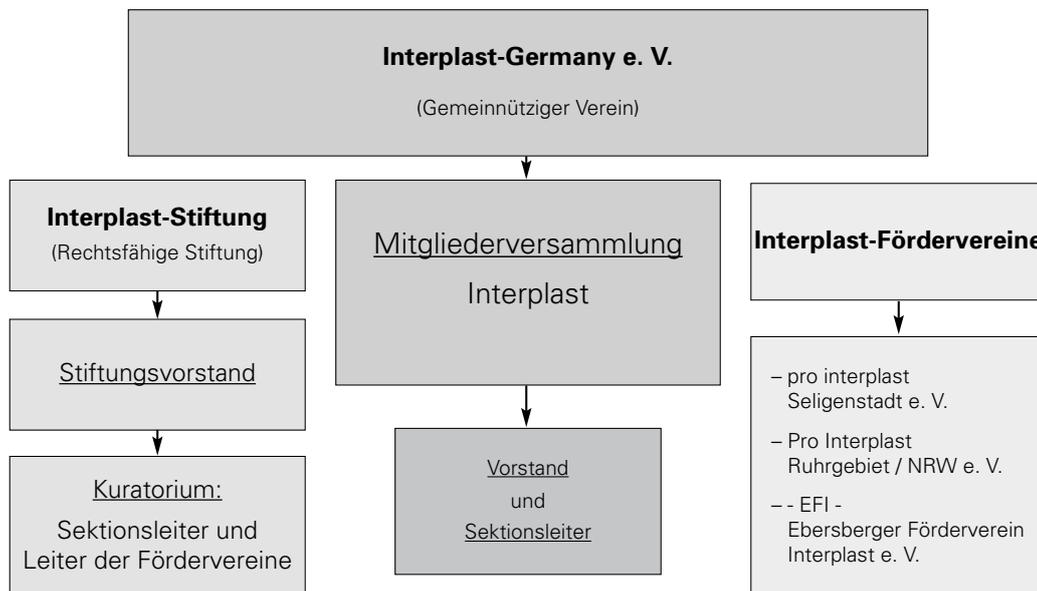
Seit Jahren engagiert sich die INTERPLAST-Sektion Schopfheim in Kamerun und bietet eine längerfristige Perspektive für die dringend benötigte plastisch-chirurgische Hilfe in Zusammenarbeit mit den Ärzten und Pflegepersonal vor Ort. Um eine zuverlässige anästhesiologische Betreuung der Patienten zu ermöglichen unterstützt die INTERPLAST-Stiftung die 3 jährige Ausbildung eines Anästhesie-Assistenten, der sich als äußerst zuverlässig und kompetent bei den Einsätzen gezeigt hat.

10. Solar-Anlage zur Stromversorgung für die Krankenstation in Gehandu / Tansania

Gehandu ist eine kleine Missionsstation mit einer Krankenstation, die in einem entlegenem Gebiet im Süden Tansanias gebaut wurde, um die dort lebenden Menschen medizinisch und in Hungerszeiten mit Lebensmittel zu versorgen. Die Station liegt in einer ausgesprochen trockenen und unwirtlichen Gegend, sie verfügt weder über eine öffentliche Strom- noch über eine Wasserversorgung. Das Trinkwasser wird wöchentlich aus dem 100 km entfernten Puma mit Tankwagen herbeigeschafft. Der Strombedarf, besonders für die Krankenstation, soll zukünftig mit Solarstrom gesichert werden. Die INTERPLAST-Stiftung beteiligt sich an der Finanzierung der Photovoltaik-Anlage für das Hospital. So können dann auch hier Medikamente gekühlt und die neu errichtete Geburtshilfestation in Betrieb genommen werden.

11. Mobil Clinic - SWIMMING DOCTORS - RIVER DOCTORS in Burma

Die INTERPLAST-Sektion München mit Heinz Schoeneich engagiert sich seit Jahren für längerfristige Versorgungsstrukturen für Plastische Chirurgie in Myanmar (Burma). Nachdem der Wirbelsturm Nargis im Delta des Irawadi-Flusses unzählige Opfer geforderte hatte, die nur über Schiffe zu erreichen waren, entschloss sich Schoeneich zusammen mit Jürgen Gessner mobile Kliniken auf Booten zu bauen. Inzwischen behandeln oder erfassen auf 2 kleinen Hospital-Schiffen burmesische Ärzte und Schwestern 50-120 Patienten pro Tag und versorgen damit auch die entlegensten Dörfer. Die INTERPLAST-Stiftung hat die medizinische Ausrüstung dieser segensreichen Hilfeinrichtung finanziell unterstützt.





41. Jahrestagung der DGPRÄC in Dresden Deutsche Gesellschaft der Plastischen, Rekonstruktiven und Ästhetischen Chirurgen e.V.

Wissenschaftliches Programm
Donnerstag, 16. September 2010

Interplast - „Brücken Verbinden“

Vorsitz: Gottfried Lemperle (La Jolla, CA, USA), André Borsche (Bad Kreuznach)

- 1. Internationale Plastische Chirurgische Hilfe im Notfalleinsatz am Beispiel Haiti**
André Borsche (Bad Kreuznach), J.P. Sieber, Ch. Echninard, M. Schidelko, R. Zilliox, J.-P. Nicolai
- 2. Das Ende des Barmherzigen Samaritertums. Analyse nach 13 Jahren humanitärer Interplast-Arbeit in Myanmar**
Heinrich Schoeneich (München), H. Homann, M. Gosau, M. Schoeneich
- 3. Mikrovaskuläre Composite- und Chimärenlappen zur simultanen Viszerokranium- und Integumentrekonstruktion nach Noma**
Andreas Schmidt (Murnau), G. Giessler, C.P. Cornelius
- 4. Improvisationstalent und Professionalität**
Michael Schidelko (Bad Honnef)
- 5. „Mikrochirurgische Techniken bei Humanitären Einsätzen“
Wieviel Reduktion auf das vermeintlich Einfache ist in der Dritten Welt gerechtfertigt**
Andreas Schmidt (Murnau), G. Giessler, G. Fromberg, O. Joch

Homage an André

Lieber André,
das Team der Sektion München bedankt sich bei Dir für die jahrelange, engagierte Interplastarbeit. Du hast Interplast nicht nur mit viel Herz und Emotion organisiert, betreut, geleitet und geprägt, sondern Du hast Interplast gelebt, so wie es nur wenige von uns können. **DANKE DIR**





Quo Vadis Interplast? Perspektiven mit erforderlichen Strukturveränderungen

Von Heinz Schoeneich

Im Jahresheft 2008 habe ich unter dem Titel **„Das Ende des barmherzigen Samaritertums“** betont, dass humanitäre Hilfe ihre Unschuld verloren hat. Durch die Globalisierung und Neoliberalisierung der Welt hat sich die Zielsetzung und das Anforderungsprofil humanitärer Einsätze wesentlich geändert. **Nicht mehr wer hilft ist gut, sonder heute gilt, was hilft ist gut.** Die Motivation einfach nur helfen zu wollen, reicht bei weitem nicht mehr aus, um humanitäre Verantwortung weiter zu entwickeln. Auch wir müssen uns dieser Situation stellen und im Sinne verantwortungsvoller humanitärer Entwicklungspolitik oder humanitärer Hilfe arbeiten und neue Perspektiven und Visionen erstellen.

Immer mehr zeigt sich das Jahrhunderte alte Dilemma humanitärer Helfer. Diese möchten in Krisen und Katastrophengebieten menschliches Leid lindern, und das unparteiisch, neutral, ungeachtet der Person und der Umstände vor Ort. **„Hilfe um jeden Preis“, „Opfer sind Opfer“, „Hilfe kann nicht abgelehnt werden“.**

Wir von Interplast haben uns auch dem menschlichen Leid verpflichtet, deren Ursache angeborene und erworbene Missbildungen, Verbrennungsfolgen, Defektwunden, Kriegsverletzungen und Tumore sind, damit die Patienten (in der Regel Kinder) durch Verbesserung ihrer Handicaps ein besseres menschenwürdiges Leben erfahren können. Wir fokussieren uns immer auf das individuelle Einzelschicksal, das wir verbessern wollen.

Doch können wir noch dem Gründer des Roten Kreuzes Henri Dunant (1863) in seinem Grundsatz folgen „Hilfe um jeden Preis“ zu leisten und das unparteiisch neutral und kompromisslos ohne uns in die inneren Angelegenheiten eines Staates einzumischen und womöglich ihre eigene Entwicklung und Aktivitäten verlangsamen oder sogar blockieren.

Sind wir nicht Teil der so genannten Mitleidsindustrie, wie sie Linda Pohlmann, eine holländische Journalistin, in ihrem Buch *„Die Mitleidsindustrie“* eindeutig geschildert und hinter die Kulissen der

Non Profit Organisationen geschaut hat, mit für mich erschreckenden Erkenntnissen. Können wir Hilfe um jeden Preis aufrecht erhalten oder schließen wir uns Florence Nightingale an, die in der gleichen Zeit wie Dunant als Mutter der Krankenhilfe bestimmte Anforderungen an humanitäre Hilfe stellte und damit zu einer wesentlichen Verbesserung der Versorgung Verwundeter auf den Schlachtfeldern der damaligen Zeit beitrug. Sie konnte die Kriegsparteien dazu bewegen, die Hygiene in ihren Lazaretten zu verbessern und dann erst trat sie mit ihrem Heer von Krankenschwestern in die Krankensäle. Also Hilfe nicht um jeden Preis, sondern immer an bestimmte Bedingungen und Voraussetzungen geknüpft. Sie lehnte Hilfe ab, wenn die Kriegsparteien Vorteile und Nutzen daraus gezogen haben. **Diese beiden unterschiedlichen Standpunkte sind heute aktueller den je.**

Wie unterscheiden wir uns von den so genannten Mongos (My own NGO) die sich immer nach jeder Katastrophe in der Welt bilden und das Argument vertreten, dass sie unmittelbar und schnell helfen, um der etwas trägen Bürokratie der großen Hilfsorganisationen entgegen zu wirken?

Linda Pohlmann spricht von **Amateur Rot Kreuzlern, Katastrophen-Gruppen und Weichei-Organisationen.**

„Die Schwelle zu humanitären Räumen ist zu niedrig. Humanitäre Hilfe spielt sich leider auf einem freien Markt ab, wo jeder machen kann was er will und wie er Lust hat.“

Abgrenzen müssen wir uns auch von den Schönheitschirurgen/innen, die als **Live Style Management**, kurz vor der Berentung nach über 20 Jahre Schönheitschirurgie, glauben auf den Zug der humanitären Hilfe aufspringen zu sich müssen, um sich auf ihrer Website professionell mit einer aufwendigen Doku nach nur 1 Einsatz zu präsentieren. Gerade einmal 15 Patienten in 4 Op Tagen mit Unkosten von 20.000\$, 1.333 € pro Patient. Ein lokaler Kollege hätte für die Summe von 1.333 € alle 15 operiert, zumal Verbrennungsfolgen zu seinem Alltag gehören. Das scheint Ihnen als Existenzberechtigung für diese

Pseudohilfe zu reichen um gesellschaftliche Akzeptanz zu erhalten, die zweifellos humanitäre Hilfe mit sich bringt.

Es sollte ein Menschenrecht für Arme, Verwundete, Missgebildete und verbrannte Patienten eingefordert werden, um sie vor inkompetenten Helfern mit ihrer Geltungsbedürftigkeit zu schützen. Sie richten oft mehr Unheil an, weil ihnen die Erfahrung fehlt, sich wie Kolonialherren benehmen und oft Sensibilität und Respekt vor der Kultur vermischen lassen. Sie stürzen sich auf diese rein egoistische Hilfe.

Wir wollen alle das Gleiche: menschliches Leid lindern. Das ist unser gemeinsames Ziel, aber sie glauben nicht nur sondern sie sind fest davon überzeugt etwas Gutes zu tun und konzentrieren sich mehr auf das „Wer“ als auf das „Was“ und sind beratungsresistent. „Ihr habt doch auch Fehler gemacht, also lasst uns sie auch machen dürfen“, ist ihre Antwort auf unser Angebot das Interplast Know How zu nutzen.

„Vanitas et omnia vanitas“ - das habe ich schon früh gelernt, ist ein Motivator für humanitäre Hilfe, von dem auch ich mich nicht ganz frei machen kann. Die Arbeit von Interplast ist sich in Ihren Grundsätzen treu geblieben arbeitet immer mehr professionell ohne ihren Charakter verloren und Ihre Seele verkauft zu haben. Nur müssen wir uns den neuen Verhältnissen entsprechend organisieren und anpassen.

Neue Perspektiven zeigen sich in der Veränderung des Anforderungsprofils der Einsätze. Wir müssen nicht nur die Operation mit den zu erreichenden funktionellen Verbesserungen vor Augen haben, sondern diese in einem Gesamtkonzept verantwortungsvoller humanitärer Arbeit einbinden. Durch Zurücknehmen der eignen Helfemotivation, der eignen Erlebniswelt und der operativen Selbstverwirklichung uns einlassen auf eine System- und Strukturveränderung. Nach alter Sufi Wahrheit vom **Ich im Wir** Hier müssen wir die Frage stellen, wo Hilfe, wofür Hilfe und welche Hilfe wo auch immer gefordert wird. Wo liegen die Defizite und wie kann Nachhaltigkeit erzielt werden.



Das geht nur mit langfristigen Partnerschaften und Freundschaften, die nur langsam aufgebaut werden können. Wir müssen uns einbinden in einen nationalen Plan, für den sich alle Beteiligten (Gesundheitsministerium, regionale Gesundheitsämter, die lokalen und ausländischen NGO's und andere Health Professionals) zusammen tun und über ein local **Task Force** ihre gemeinsamen Idee mit den lokalen Kollegen zu verwirklichen.

Zu den Anforderungsprofilen zähle ich:

- Nachhaltigkeit
- Langfristige Partner suchen
- Keine Entmündigung der Partner durch egoistische Hilfe
- Keine Instrumentarisierung durch Politik
- Immer nur Gast sein
- Nicht wer hilft ist gut, sondern was hilft ist gut
- Helfen nur in Anpassung an kulturelle Strukturen
- Respekt vor der anderen Kultur und Religion
- Kosten/Nutzen Veränderung
- Hilfe zur Selbsthilfe beim Wort nehmen
- Ausbildungsstrategien entwickeln
- Kein Life Stile Management
- Keine Pseudohilfe als Existenzberechtigung

Das verstehe ich unter humanitäre Verantwortung, der wir uns fügen müssen. Wir sollten diese Profile als unser Glaubensbekenntnis festlegen.

Arnulf Lehmköster hat vor eine Kommission zu bilden, die Strukturveränderungen für Interplast entwickelt und vor allen Dingen neue Projekte, Programme und Konzepte gestaltet, die in Zusammenarbeit mit breitwilligen Sektionen umgesetzt werden .

Hier entsteht Nachhaltigkeit. Wir haben schon einige gute Beispiele in Tansania, Burma, Brasilien und Indien, die seit langem echte Nachhaltigkeit erzeugt haben.

Unter Strukturveränderung verstehe ich die Verbesserung der operativen Situationen vor Ort, das heißt Ausbau, Umbau und Renovierung von Operationsmodu-

len, sowie Beschaffung von Instrumentarium und Ausbildung einheimischer Kollegen in den Basics der Plastischen Chirurgie. Wir können bei Einsätzen aber nur dann nachhaltig ausbilden, wenn wir immer wieder dieselben Orte besuchen. Nur so können wir lokale Kollegen instruieren motivieren rekonstruktive Eingriffe selbstständig durchzuführen. Sie sind manuell oft sehr geschickt und kennen die Theorie. Was ihnen fehlt ist die praktische Umsetzung mit Tipps und Tricks. Das so genannte Einsatz Hopping muss vermieden werden. Das ist für mich Touristikmedizin. Wenn ich mir jedes Jahr einen anderen Einsatzort wähle - so nach dem Motto „ich gewähre die Gunst zu kommen um hier eine Hand voll Patienten zu operieren“ dann unterscheiden wir uns nicht von den Life Style Management Teams, die in ihren Quickis versuchen, das selbe an Einsatzerfolgen oberflächlich zu erreichen, wie wir sie durch unsere langfristiges Engagement erzielt haben. Wir können uns mit dem bisher geleisteten im Vergleich zur so genannten Lifestyle Teams deutlich abheben. Durch die dezentrale Führung der Sektionen haben wir in den letzten Jahren gelernt in Eigenverantwortung eigne Projekte umzusetzen mit ansteigender Tendenz. Und das verdanken wir unter anderem auch unserem bisherigen Vorstand Andre Borsche, Nuri Alamuti, Ditmar Scholz und Hubertus Tillkorn die Interplast über Jahre geprägt haben. Eine neue Interplastära wird sich finden und zwangsläufig müssen Veränderungen folgen.

Vorschlag zur Veränderungen im internen Bereich

- 1. Transparenz des Vorstandes und der Kommission**
- 2. Transparenz unter den Sektionen**
- 3. Verjüngung der Teams**
- 4. Einbindung von Studenten als Selbstzahler**
- 5. Verbesserung der Einatzlogistik im Vorfeld z.B. : Kopfgeldzahlungen, Zollbestimmungen, Übergepäck,**

- 6. Verbesserung der Spendenakquirierung einzelner Sektionen**
- 7. Vernetzung mit anderen NGOs vor Ort**
- 8. Katastrophenteams nicht im Alleingang. Einbindung in einen Katastrophenplan mit den entsprechenden übergeordneten NGOs wie Venro und Concord**

Beispiel Interplast MUC Einsätze von 1997-2011 Burma:

33 Einsätze in 14.Jahren. 3476 Operationen
Gründung, Vernetzung, Kooperation mit:

**Myanmar Stiftung
Stiftunglife
Amara Health Foundation
WAC Association
Knorrstiftung
Interplast**

Resultat: 5 Kleinere Krankenhausprojekte, ein 40 Betten Krankenhaus in Delta mit Finanzierung der laufenden Kosten , 3 swimming Mobil clinics, 4 Auslandsstipendien, Finanzierung lokaler Op Missionen, 26 Schulprojekte, 7 Waisenhäuser, 100 Bafögstipendien, Existenzgründungskredite bis 1500\$, Solarlampenprojekt (4000Stc), 120 Fischerboote. 300 Bambushütten im Delta.

Was wir brauchen ist Profession, Passion und Dignity. Das sind Grundvoraussetzungen für unsere Arbeit, ansonsten arbeiten wir nur oberflächlich. Wir brauchen eine Plattform für unsere Vision und unsere Träume. Wir wollen Brücken bauen. Nur helfen das ist einfach. Wir werden Höhen und Tiefen erleben, Erfolge und Niederlagen, aber das soll uns nicht entmutigen. Lasst uns im Sinne von Alber Camus gegen die Absurdität dieser Welt ankämpfen und den Stein wie Sisyphus immer wieder herauf zu rollen und wieder und wieder ohne zu entmutigen.

Heinz Schoeneich Interplast MUC

Wir gratulieren Bundesverdienstkreuz für Ernst-Dieter Voy

Das Leben von Ernst-Dieter Voy ist immer wieder geprägt von außerordentlichem sozialen Engagement, das weit über die Grenzen seiner Heimat zum Tragen kommt.

Neben seiner Tätigkeit als Chefarzt der Klinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie am Evangelischen Krankenhaus Hattingen hatte Prof. Dr. Dr. Voy seit seinem ersten Auslandseinsatz in Peru 1993 regelmäßig Hilfe für die ärmsten der Armen in den Entwicklungsländern geleistet. Unter seiner Leitung starteten Spezialistenteams während ihres Urlaubs in die abgelegensten Regionen der Welt, um durch plastisch-rekonstruktive Operationen denen zu helfen, die sonst keine Chance auf eine notwendige medizinische Versorgung hätten. Dabei handelt es sich vor allem um die Wiederherstellung bei angeborenen Fehlbildungen wie Lippen-Kiefer-Gaumenspalten, schwerste Verbrennungsfolgen und Tumoren im Gesichtsbereich.

Die Aktivitäten von Ernst-Dieter Voy

wurden zunächst mit Gründung einer INTERPLAST-Sektion Hattingen/Ruhrgebiet und dann 1996 sogar mit Gründung eines eigenen Fördervereins „Pro-INTERPLAST Hattingen e.V.“ immer weiter intensiviert: Wiederholte erfolgreiche Einsätze in Eritrea, Philippinen, Vietnam, Brasilien, Iran und Tschad zeugen von seiner nicht nachlassenden Energie. Auch nach seinem Wechsel in die Altstadtklinik Hattingen war er wieder unterwegs und konnte auf Madagaskar segensreich wirken.

Aufgrund des großen Echos in der Bevölkerung, der positiven Resonanz in Hattingen und Dank der Unterstützung vieler Spender, konnten eine Vielzahl der Projekte selber finanziert werden. Dazu gehört auch die Förderung der Organisation „Aufbau Eritrea e.V.“, in der er seit 2001 aktiv mitarbeitet. Seine persönliche Betroffenheit kommt auch in der Übernahme einer Pflegschaft für ein behindertes Kind aus Eritrea/Äthiopien zum Ausdruck. Unter seiner Patenschaft erfährt das jetzt 18 jährige Kind neben Unterkunft und Unterhalt

auch eine schulische und berufliche Ausbildung.

Neben den eigenen Einsätzen organisierte Ernst-Dieter Voy als Sektionsleiter weitere Teams für Sri Lanka, vier Einsätze nach Indien, eine Aufbauhilfe für das INTERPLAST-Hospital in Nepal sowie Aktivitäten für Camps in Brasilien, Philippinen und Indonesien. In Deutschland konnte er inzwischen mindestens 20 ausländische Rehabilitationsfälle arrangieren und komplexe chirurgische Maßnahmen durchführen. Außerdem hat er sich für die Ausbildung von Ärzten aus Eritrea in Deutschland eingesetzt und ihnen zu entsprechenden Stipendien verholfen.

Insgesamt vereint Ernst-Dieter Voy in hervorragender Weise alle die Eigenschaften auf sich, die INTERPLAST-Mitglieder und Teamleiter haben müssen, um als gesellschaftliches Vorbild zu agieren und durch effektive Hilfe zu überzeugen. Wir wünschen ihm von Herzen, dass er möglichst lange noch seiner ehrenamtlichen sozialen Aufgabe treu bleiben kann.

André Borsche



Treue Weggefährten bei Interplast:
Christian Löhlein und Ernst-Dieter Voy



EFI

Der Ebersberger Förderverein Interplast ist am 19.12.2000 beim Registergericht eingetragen und damit kürzlich zehn Jahre alt geworden - ein Grund zum Feiern?

Der Verein, der sich mit dem Akronym „EFI“ weiblich anhört, wurde tatsächlich von nur drei Frauen, aber vier Männern gegründet: zwei AllgemeinmedizinerInnen, zwei Anästhesisten, einer Chirurgin, einer Anästhesie-Schwester und einem pensionierten Sparkassendirektor. Heute besteht er aus lediglich sechs Mitgliedern (darunter fünf seit Gründung), was die Strukturen überschaubar und die Reaktionszeiten kurz hält. Das Rückgrat der Vereinsfinanzen bildet ein Kreis von ca. 80 Fördermitgliedern mit Jahresbeiträgen zwischen 60 und 300 Euro, darunter auch 11 (elf) der derzeit 208 Interplast-AnästhesistInnen. Die Idee zur Gründung entstand, nachdem der Gründungspräsident viele Jahre mit Interplast auf Tour und dabei stets auf finanzielle Mittel der jeweiligen Sektion bzw. von Waltraud Huck's „pro-interplast e.V.“ angewiesen gewesen war, während er gleichzeitig im Ebersberger Raum östlich von München, also im sog. „Speck-Gürtel“ der heimlichen Hauptstadt auf lebhaftes Interesse an der Arbeit von Interplast gestoßen war – warum nicht mal fragen, lautete die Überlegung, und so wurde EFI e.V. aus der Taufe gehoben. Die erfahrene Waltraud Huck leistete wichtige Geburtshilfe, die Satzungen beider Vereine unterscheiden sich nur in Kleinigkeiten – danke dafür.

Anders als pro-interplast hat sich EFI aber, personell bedingt keine Überraschung, in erster Linie der Förderung der Anästhesie-Belange innerhalb von Interplast verschrieben. Nicht ausnahmslos zur Freude der chirurgischen Teamleiter, aber hartnäckig fördert EFI die vom Vorsitzenden ebenso hartnäckig geforderte Verstärkung der anästhesiologischen Besetzung in den Teams, aus Gründen der Qualitätssteigerung genauso wie zu Ausbildungszwecken. Anästhesie bei Interplast will sich nicht wichtig machen, soll aber angemessen wichtig genommen werden – in kollegialer und in

materieller Hinsicht. Einen Klassiker aus den letzten Jahren hat ein Kollege geliefert, der sich erheblich über die Kosten für Anästhetika in der Größenordnung von 1.000 Euro echauffieren musste, nachdem er kurz zuvor kommentarlos eine (von EFI ebenso kommentarlos beglichene) Rechnung über 3.700 Euro für Fäden geschickt hatte. Selbstverständlich kosten Fäden Geld und werden für gute Chirurgie benötigt, aber ebenso selbstverständlich kostet Anästhesie-Material Geld und wird für gute Anästhesie benötigt. EFI rechnet es nicht ohne Stolz seiner Hartnäckigkeit zu, dass in Wiesbaden kürzlich ein Vorstandsbeschluss von Interplast zur Verbesserung der Anästhesie-Ausrüstung (und damit zur erhöhten Wahrnehmung der Berufsgruppe) gefasst worden ist. Soweit die elegante Überleitung zur finanziellen Bilanz von EFI. In den 10 Jahren seines Bestehens hat der Verein, meist geräuschlos und kaum bemerkt, Material, Medikamente und Geräte im Gesamtvolumen von etwa einer halben Million Euro beigesteuert, darin enthalten Zustiftungen in die Interplast-Stiftung in Höhe von € 65.000.- und die zahlreichen Geräte, die von EFI angeschafft, von Traxl aus deutschlandweit verschickt und dann gelegentlich wieder zurück geschickt werden, nicht ganz selten mit „Reisekrankheiten“, die dann von EFI und auf EFI's Kosten geheilt werden, damit das nächste Team wieder gut ausgerüstet starten kann. Die Postfiliale im benachbarten Grafing, welche den Paket- und Päckchenverkehr abwickelt, verdankt die Rücknahme der schon drohenden Schließung ganz wesentlich auch EFI, daran ist kein Zweifel. Ein weiteres Beispiel ist der Traxler Medikamenten-Service, erstens wegen der bundesbehördlich abgesetzten Opioid-Bestände, die EFI in einer nicht ganz nahe gelegenen Apotheke hortet (Einbruch in Traxl selbst ist also zwecklos, auch sonst ist da nicht viel zu holen), zweitens, weil sich der gemeinnützige („steuerfähige“) EFI inzwischen als Ansprechpartner für einige Firmen der Pharma- und Medizintechnik-Industrie etabliert hat. Die eingehenden Sachspenden lassen sich ebenso auf der



kürzlich eröffneten EFI-Website www.efi-ev.org nachsehen wie vieles Andere aus dem Vereinsleben. Die jährlich ca. 40.000 bis 80.000 Euro an Spendenmitteln kommen neben den Beiträgen der Fördermitglieder durch Charity-Aktionen an Grundschulen und Gymnasien, durch Vortragshonorare und durch Zuwendungen aus Stiftungen zustande; nicht eingerechnet sind die Material- und Medikamentenspenden, die in guten Jahren einen Wert von nochmal 20.000.- Euro oder mehr darstellen.

Vereinsitz von EFI ist das inzwischen mehrfach erwähnte Traxl, ein nicht zu großer Ort im Südosten von München, näher an Venedig als an Bad Kreuznach und genau auf halbem Weg zwischen Belgrad und Vreden. Traxl ist sonst weithin und zu Recht unbekannt (und soll das ruhig auch bleiben), aus den genannten Gründen aber nicht bei den Fahrern der Firmen DHL, Hermes, UPS, GPS, DPD und GLS.

Die Satzung von EFI erlaubt auch in gewissem Umfang „Seitensprünge“, Interplast muss nicht ausschließlicher Nutznießer der Mittel des Vereins sein. Allerdings hat EFI in den vergangenen Jahren kaum jemals mehr als 5 % der Spendenmittel für andere Zwecke eingesetzt, z.B. für bauliche Maßnahmen in einem Kloster an der nepalisch-tibetischen Grenze oder für die „Flying Doctors of East Africa“, um nur einige Projekte zu nennen.

Wie lautet also die Antwort auf die Frage von ganz anfangs?

Natürlich erstens, wie jeder Douglas-Adams-Leser weiß, 42. Zweitens ja, das Jubiläum von EFI ist vielleicht schon deshalb ein Grund zum Feiern, weil der Verein zehn Jahre durchgehalten hat und wächst – nicht so schnell wie Interplast, aber immerhin. Alle EFI-Mitglieder lassen Interplast herzlich grüßen und feiern schon mal. Wo? Genau, in Traxl.

Hajo Schneck

Interplast-Ehrenmitglieder



Gottfried Lemperle



Gretel und Werner Widmaier †



Rémy Zilliox



Waltraud Huck



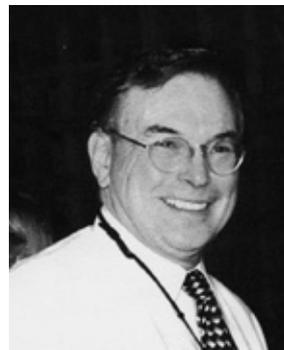
Ortwin Joch



Uta Methfessel-Deb †



Helga Kopp



Donald Laub

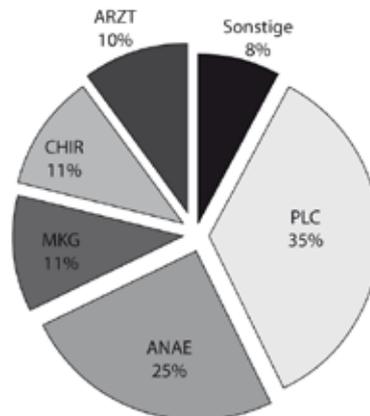
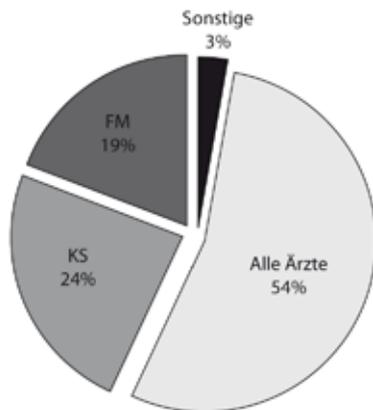


Christa Drigalla





Mitglieder- spektrum



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

	PLC	ANAE	MKG	CHIR	ARZT	ORTHO	HNO	GYN	AUGEN	ZAHN	Gesamt
CA	70	22	15	11	4	3	0	2	0	0	127
OA	51	54	31	23	3	7	3	3	1	0	176
FA	28	65	13	20	15	6	5	2	2	10	166
AA	73	55	8	50	46	2	3	0	1	4	242
PRAXIS	60	30	25	5	8	2	4	1	1	11	147
NN	12	17	5	4	20	0	0	2	0	0	60
<i>Gesamt</i>	294	243	97	113	96	20	15	10	5	25	918
KS	175	110			104						389
KG	14										14
FM	283										283
ORG	13										13
STUD	47										47
<i>Gesamt Mitglieder</i>											1664

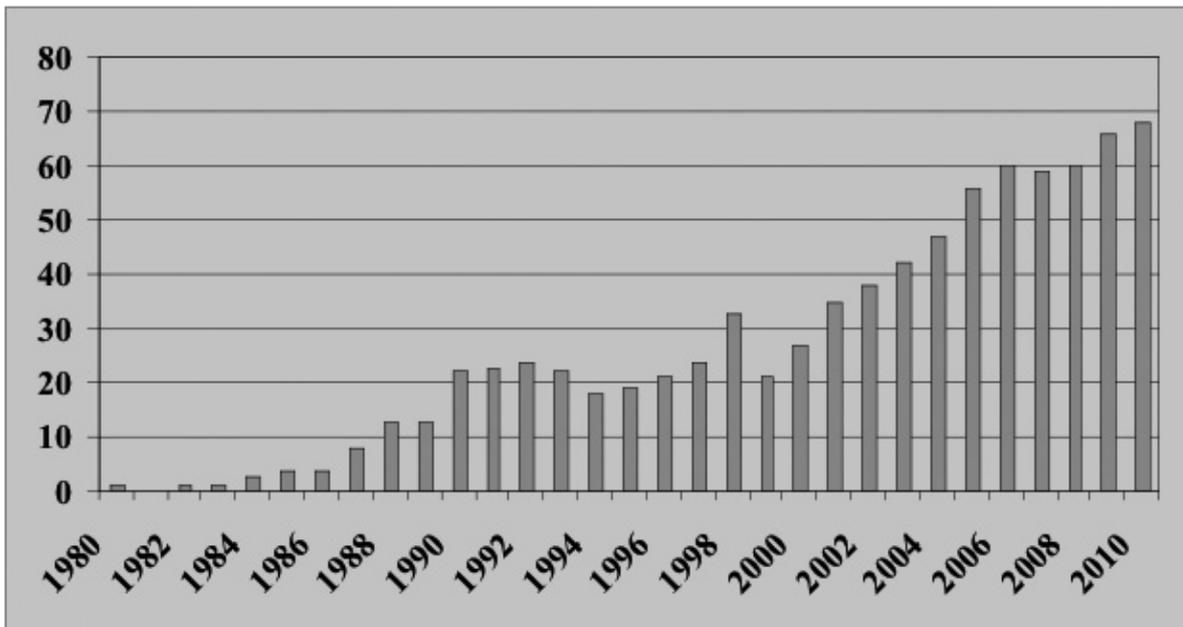
Datum: 05.02.2011



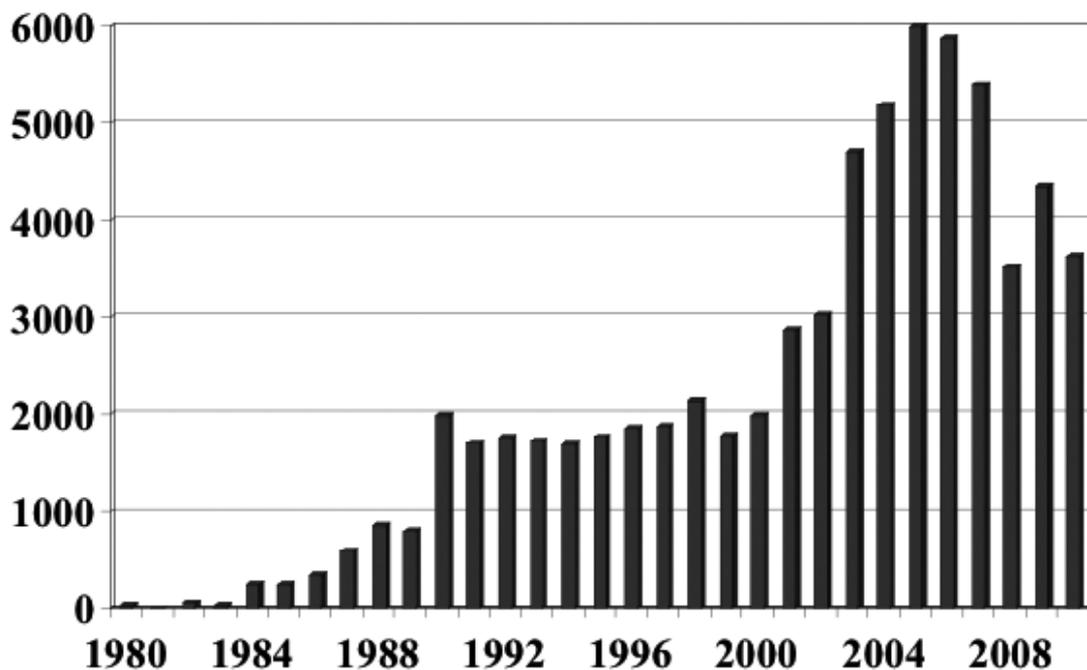


Statistik 30 Jahre INTERPLAST-Germany-Aktivitäten

INTERPLAST-Einsätze



INTERPLAST-Patienten





30 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
774-841	2010	insgesamt:	68	3.619
1980 – 2010			841	67.929

Aktivitäten 2009

Nr.	Land/Einsatzort	Nr.	Land/Einsatzort	Nr.	Land/Einsatzort
708	Indien / Bangalore	729	Jemen / Al Rahida	753	Tanzania / Puma
709	Nepal / Ampipal	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		



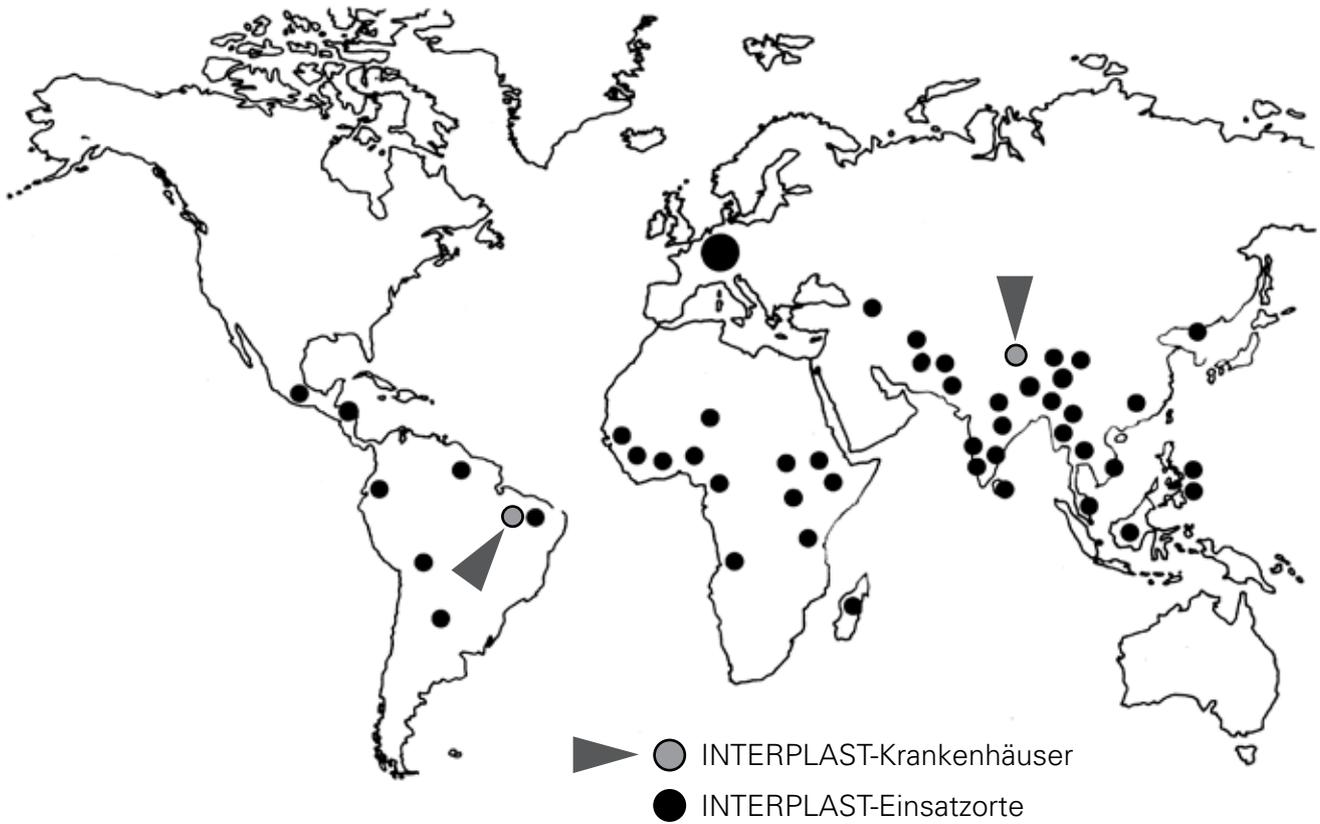
Aktivitäten 2010

Nr. Land/Einsatzort	Nr. Land/Einsatzort	Nr. Land/Einsatzort
774 Indien / Robertsganj	796 Ghana / Kumasi	819 Pakistan / Peshawar
775 Indien / Kalkutta	797 Jemen / Taiz'z	820 Vietnam / Can Tho
776 Jemen / Taiz'z	798 Madagaskar / Fianarantsoa	821 Tanzania / Namanyere
777 Nepal / SKM Hospital	799 Indien / Mysore	822 Peru / Cuzco
778 Guatemala / Salama	800 Madagaskar / Antananarivo	823 Indien / Khandwa
779 Nepal / SKM Hospital	801 Namibia / Windhoek	824 Indien / Padhar Hospital Betul
780 Myanmar / Lashio / Yangon	802 Nepal / SKM Hospital	825 Indien / Haridwar
781 Jemen / Maábar	803 Tanzania / Puma / Ndareda	826 Kamerun / Bangwa
782 Philippinen / Cagayan de Oro	804 Myanmar Delta und Yangon	827 Myanmar / Mandalay
783 Nepal / SKM Hospital	805 Nepal / SKM Hospital	828 Bhutan / Trongsa
784 Indien / Mizoram / Aizawl	806 Brasilien / Coroata	829 Benin / Kandi / Karimama
785 Tansania / Puma / Singida	807 Paraguay / Kolonie Friesland	830 Myanmar / Thandwe / Yangon
786 Malediven Male und Nachbarinseln	808 Ecuador / Quevedo	831 Namibia / Oshakati
787 Ecuador / Guadalupe	809 Nepal / SKM Hospital	832 Nepal / SKM Hospital
788 Philippinen / San Carlos City	810 Indien / Ladakh	833 Ruanda / Murunda
789 Philippinen / Palawan	811 Tanzania / Sumbawanga	834 Cambodia / Siem Reap
790 Bangalore / Indien	812 Sierra Leone / Lunsar	835 Pakistan / Peshawar
791 Haiti / Port-au-Prince	813 Tanzania / Puma	836 Kamerun / Manyemen
792 Paraguay / Asunicion	814 Bolivien / Cochabamba	837 Ghana / Kumasi
793 Indien / Tiruppur	815 Tanzania / Tosamaganga	838 Nigeria / Kano
794 Haiti / Port-au-Prince	816 Indien / Kuzithurai	839 Vietnam / Phu Quoc
795 Bolivien / Camargo	817 Tanzania / Sumbawanga	840 Eritrea / Asmara
	818 Indien / Katra	841 Tanzania / Muheza

68 Einsätze 3.619 Patienten



Aktivitäten auf einen Blick



Erstes Hilfsgesuch an INTERPLAST: Erdbeben-Katastrophe Haiti vom Weltverband der Plastischen Chirurgen

Nach einem ersten Hilfsgesuch an INTERPLAST-Germany, bei der Erdbebenkatastrophe aktive Unterstützung zu leisten und da Katastrophenhilfe eigentlich nicht unser primäres Aufgabengebiet ist, startete ich sofort eine Mitgliederumfrage, die folgendes überraschendes Ergebnis ergab :

Mitgliederumfrage bei INTERPLAST

Active INTERPLAST Members (n=98) willing to join a humanitarian mission in Haiti:

- 29 plastic surgeons
- 12 general surgeons
- 5 maxillo facial surgeons
- 2 orthopedic surgeons
- 11 anaesthesists
- 13 surgical nurses
- 17 anaesthesia nurses
- 4 general practioners
- 1 gynecologist
- 1 physiotherapist

Daraufhin machte ich mich auf die Suche nach einem kompetenten Kooperationspartner:

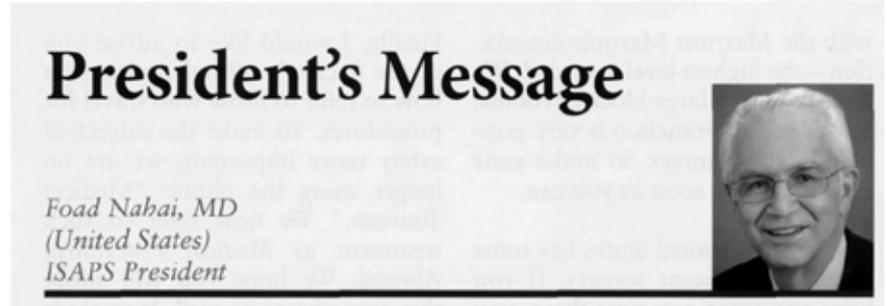
Suche nach Kooperation mit
einer Hilfsorganisation ...

- die bereits in Haiti tätig ist,
- Logistik und Sicherheit gewährt,
- Primärversorgung von Patienten organisiert
- und sich zur plastischen Sekundärversorgung von Wunden eine Zusammenarbeit mit Spezialisten von INTERPLAST wünscht.

Als Kooperationspartner boten sich viele international agierende Hilfsorganisationen an, wie Ärzte ohne Grenzen (MSF), mit denen wir bereits 2006 in Paris einen Kooperationsvertrag unterzeichnet hatten sowie über das europäische Netzwerk ESPRAS SHARE die französische Hilfsorganisation Humaniterra International (HTI). Auf Einladung der deutschen Hilfsorganisation Luftfahrt ohne Grenzen (LOG) konnten dann schon wenige Tage später die beiden INTERPLAST-Ärzte Rüdiger

Herr und Rolf Rausch zu einem Sondierungsbesuch nach Port-au-Prince starten. In Kooperation mit dem vor Ort wirkenden International Medical Corps (IMC), LOG und HTI wurde ein erster Hilfeinsatz mit André und Eva Borsche möglich. Danach folgte das erste größere Team von INTERPLAST mit Michael Schidelko und Jean-Philippe Nicolai. Leider stellte sich nach den beiden Piloteinsätzen aber heraus, dass noch sämtliche bauliche Voraussetzungen fehlten, um eine nachhaltige operative Hilfe anbieten zu können. Dies soll sich im nächsten Jahr ändern, so dass für die 2. Jahreshälfte wieder Einsätze in Zusammenarbeit mit Humaniterra in Haiti geplant sind.

André Borsche



Erschütternde Eindrücke von den INTERPLAST-Ärzten aus Haiti



Rüdiger Herr und Rolf Rausch starten nach Haiti



Verwüstungen in Port au Prince



Auf Einladung der Hilfsorganisation Luftfahrt ohne Grenzen in Frankfurt flogen Anfang Februar 2 INTERPLAST-Ärzte Rüdiger Herr und Rolf Rausch der Sektion Baden-Baden / Rastatt zu einem Sondierungsbesuch nach Haiti. Unter Obhut und Führung der vor Ort agierenden Hilfsorganisation International Medical Corps IMC galt es zu prüfen, ob eine plastisch-chirurgische Hilfe durch ein INTERPLAST-Team unter den jetzigen Bedingungen erfolgversprechend ist. Leider sah aber die Realität im Katastrophengebiet viel schlimmer aus als erwartet:

Chaotische Verhältnisse auf den Straßen, das örtliche Versorgungsnetz total zusammengebrochen, Wasser und Lebensmittel sind große Mangelware und auch in den Krankenhäusern laufen nur die notdürftigsten Operationen. Aus Angst vor erneuten Erdbeben spielt sich fast alles draußen ab, auch die Patienten liegen meist draußen, entweder unter freiem Himmel oder in von Hilfsorganisationen aufgestellten Zelten. In Anbetracht des Ausmaßes der Zerstörung erscheint die ausländische Hilfe nur wie ein Tropfen auf den heißen Stein. Viele verzweifelte Menschen irren durch die Straßen und man spürt, dass die Stimmung jeder Zeit in eine ungerichtete Brutalität umzuschlagen droht. Der Kampf um die Wasserausgabe und Verteilung von Hilfsgütern kann nur durch die strikte militärische Überwachung der amerikanischen Soldaten gewährleistet werden. Nur im bewaffneten Konvoi der Hilfsorganisationen fühlen sich die Ärzte sicher. Sie schlafen draußen im Lager und erleben hautnah, die bedrückend bedrohliche Atmosphäre – Apocalypse now.

Wie soll es hier für die Menschen weitergehen? Trotz der großartigen internationalen Hilfe, ist im Moment für den einzelnen auf der Straße nur wenig Hoffnung auf konkrete Hilfe in Sicht. Die Ärzte von INTERPLAST besuchen das HUEH-Hopital de L'Université d'Etat d'Haiti - ein 700 Betten Krankenhaus in Port au Prince. Der Klinikdirektor bestätigt den Bedarf an plastisch und rekonstruktiver Chirurgie für Wunden, Weichteilinfektionen, Hautdefekten, Geschwüre und gebrochenen Gliedmaßen. All dies kann aber frühestens in 6 Wochen versorgt werden, wenn sich das Chaos etwas gelegt hat und alle lebensbedrohlichen Notfälle operiert sind. Doch für viele Patienten wird die



Notdürftige Hilfe in Zelten für die Erdbebenopfer

se Wartezeit zum Verhängnis werden, wenn Wundkomplikationen nicht rechtzeitig behandelt werden können.

Im Moment ist eine Koordination der medizinischen Hilfsorganisationen nur schwer auszumachen. Jeder versucht in seinem Bereich das Beste zu geben, aber meistens sind es Insellösungen und die gegenseitige Absprache kommt nur langsam in Gang. Für INTERPLAST kommt eine Hilfe vor Ort in jedem Fall nur in Kooperation mit einer anderen gut organisierten Hilfsorganisation in Frage. Nicht nur der Sicherheitsaspekt, sondern auch die ganz Logistik muss realisiert sein, bevor die freiwilligen Ärzte mit ihrer chirurgischen Hilfe starten können. Dank der von Bad Kreuznach ausgehenden Vernetzung plastisch-chirurgischer Hilfsorganisationen in Europa, können zur Zeit INTERPLAST-Experten an andere Hilfsorganisationen vermittelt werden. So wurde soeben eine Anfrage nach Anästhesisten und Unfallchirurgen/Orthopäden aus London für die Organisation Doctors of the World (Médecin du Monde) an die einsatzbereiten INTERPLAST-Mitglieder weitergeleitet. Insgesamt haben sich inzwischen deutschlandweit über 90 Freiwillige von den bald 1500 Mitgliedern für einen Einsatz in Haiti gemeldet. Die Hauptaufgabe wird aber sicher erst in den nächsten

Monaten auf INTERPLAST zukommen, wenn mit dem Wiederaufbau auch langsam stabile Versorgungsstrukturen entstehen und ein längerfristiges Engagement zur Wiederherstellung der vielen erstellten und traumatisierten Patienten möglich wird.

Haiti - Brennglas globaler Solidarität

Am 15.02.10 um 8.30, knapp 5 Wochen nach dem Beben, erreichen wir beiden Ärzte von INTERPLAST auf einem Bergpaß die Haitianische Grenze. Obwohl unsere Wegbereiter von LUFTFAHRT OHNE GRENZEN letzte Woche schon einmal in Haiti waren, begleiten uns bange Fragen auf der 6 stündigen Fahrt im Mietwagen vom Flughafen in Santo Domingo bis hierher: was wird uns da drüben erwarten? Sind die Spendenaufrufe in der ganzen Welt nur Ergebnis eines sich selbst übersteigernden Medienrummels? Wieviel Hilfe wird wirklich gebraucht, wieviel kommt tatsächlich an? Und was ist mit uns, werden wir Möglichkeit zum operieren finden, gibt es Unterkunft, Wasser?

Wir reihen uns in die endlose Schlange von schweren LKWs, die Container aus aller Herren Länder nach Port au Prince schleppen, und ich denke: ja, vielleicht ist doch niemand GANZ allein auf dieser Welt, vielleicht gibt es wirklich eine Art globaler Solidarität, die auch ein kleines bettelarmes Land im Notfall nicht allein läßt!

Die Grenze ist zur Zeit nur ein größeres Tor unter UN Schutz durch das Hilfswillige direkt durchgewunken werden.

Freudestrahlend begrüßt uns Marin Tomas, der slowakische Leiter vom INTERNACIONAL MEDICAL CORPS, der seit dem dritten Tag nach dem Beben vor Ort, für Logistik, Unterbringung und Sicherheit für Ärzte und Schwestern



sorgt.

Er führt uns durch die zerstörte Stadt, die vor der bedrohlichen Kulisse ungesicherter zusammengesackter Häuserzeilen und Schutthalde vor karibischem Leben vibriert. Parks, Fußballstadien und Nebenstraßen sind dicht mit Zelten besiedelt, um die Wasserzapfstellen wird gewaschen und gekocht. Nur die Essensausgabeplätze sind schwer bewacht, da es dort, vom Hunger getrieben, zu Gewaltszenen kommt.

Unendliche Arbeit ist seit dem Beben

geleistet worden: die Toten verbrannt, Gebäude geräumt, Brunnen gebohrt, Dixi-Zeilen errichtet, Zelte auf Europaletten gesetzt (damit das Regenwasser darunter ablaufen kann), Nahrungsmittel verteilt, Gliedmaßen amputiert, Wunden versorgt und das alles für über eine Million Menschen: ja, das ist sinnvoll, ja, das ist Hilfe am richtigen Fleck! Wir fahren an großen, sauber zusammengekehrten Müllbergen vorbei zu der alten Königsstadt Léogâne im Epizentrum des Bebens. Dort, wo alle Überlebenden der 200.000 Menschen





vor dem Nichts stehen, hat sich internationale Hilfe bestmöglich koordiniert: es gibt Fallkonferenzen, Patienten und Material werden ausgetauscht, Tätigkeitsbereiche abgesprochen.

Ganz anders in der Unüberschaubarkeit der schillernden Millionenstadt Port au Prince: allein das Auffinden der Krankenhausadressen, die uns im Vorfeld Arbeitsmöglichkeiten angeboten hatten, verschlingt den halben Tag, doch letztendlich stehen wir im Innenhof von Sacre Coeur, einer der bestausgestatteten Kliniken der Stadt. Auch dieser schwungvoll, licht und großzügig gestaltete Neubau weist überall große diagonale Risse auf, sodass zwar die phantastischen Operationsmöglichkeiten innen genutzt werden, die Patienten aber sicherheitshalber draußen im Hof in Zelten untergebracht sind.

Justine, eine rotblonde amerikanische Orthopädin dirigiert hier seit 4 Wochen das vielstimmige, täglich wechselnde Orchester internationaler Helfer aller Altersstufen mit vertrauensvoller,

doch zielstrebigem Hand. „Oh, einen Plastischen Chirurgen, den können wir dringend gebrauchen! Morgen um halb acht bekommt Ihr die Liste mit den zu operierenden Patienten. Anästhesisten sind hier der große Engpass, vielleicht könnt Ihr noch einen besorgen? Ansonsten bedient Euch und fragt Euch durch! Gute Nacht!“

Und wirklich finden wir am folgenden Tag beste Arbeitsbedingungen: zwei ältere christliche Herren aus Kansas bringen uns die Patienten aus den Zelten herauf, eine OP Schwester von der Mexikanischen Marine assistiert, und eben kommt noch die ansässige haitianische Anästhesistin und versorgt uns zugleich mit dem amerikanischen Traumatologen im Op nebenan. Die Sterilisation ist vom Feinsten und Schnellsten, Instrumente, Verbandsmaterial und Medikamente sind reichlich vorhanden und jeder Patient bringt ein minutiös geführtes Dossier mit.

Es gibt viel zu tun, beim Verbandswechsel am Nachmittag fallen die vie-

len infizierten Stümpfe und die tiefen abgestorbenen Gewebepartien auf, die sich unter einer harmlos kleinen Wundkruste verbergen, dort, wo die Patienten vom Steinschlag getroffen wurden oder längere Zeit eingeklemmt waren.

Jeder dieser Menschen versucht auf seine Weise mit Verlusten fertig zu werden. Eine junge Mutter, deren rechter Arm amputiert werden musste, nimmt meine Hände und zeigt: „Du zwei, ich eine!“ Wie soll sie sich anziehen, waschen, kochen, ihre Kinder versorgen?

Ein Mädchen mit einem großen Abszess in der Flanke kämpft tapfer mit den Schmerzen, „ja, auch Mutter und Bruder wurden getroffen, sie sind tot!“ die kreolisch sprechende Schwester singt ihr ein Nachtlied.

Ein junger Mann mit einem tiefen Vorfußdefekt, in dem Sehnen und Knochen freiliegen kann nur hoffen, dass der Zustrom internationaler Fachleute



nicht abebbt bevor er geheilt ist, sonst muss auch sein Bein abgenommen werden.

Allein hier, wo alles so vorbildlich läuft, aber genauso in hunderten weiterer Krankenhäuser der Stadt: Viel, viel ist noch zu tun: in den nächsten Wochen die Wundversorgung, -reinigung, Plastische Deckung, dann die Versorgung mit Prothesen, tausende und abertausende, für Kinder und Heranwachsende jedes Jahr neue.

Zusammen mit unseren Kollegen der französischen Hilfsorganisation HUMANI TERRA wollen wir als INTERPLAST-Experten hier auch längerfristig eine plastisch-chirurgische Versorgung anbieten. Dank zunehmender europäischer Vernetzung über ESPRAS SHARE kann dies Wirklichkeit werden. Und so schauen wir uns nach Kooperationspartnern um, die bereits seit längerem vor Ort agieren, eine entsprechende

Logistik beherrschen sowie unsere Sicherheit gewährleisten können.

Erst recht jenseits des Medizinischen wächst der Hilfsbedarf: die Regenzeit schickt ihre Vorboten voraus. Viele Zelte sind nicht wasserdicht, viele Menschen schlafen noch unter freiem Himmel.

Im August droht die Hurrikansaison, wieviele einsturzgefährdete Gebäude müssen bis dahin abgerissen werden?

Das kann kein Land alleine leisten! Für diese zweite Phase ist internationale Hilfe und Zusammenarbeit ebenso notwendig wie für den Beginn, und wir hoffen im Interesse der Betroffenen, dass es so erfolgreich weitergeht!

Wie sagte ein Autofahrer, der uns spontan danken wollte:

„Haiti bringt die Welt zusammen.“-möge sie noch eine Weile zusammen bleiben!

Eva und André Borsche



Interplast-Team der Sektion Siebengebirge hilft in Haiti

Port au Prince 26.3.-11.4.2010

Team:

Dr. Michael Schidelko, Plastischer Chirurg
 Dr. Philipp Nicolai, Plastischer Chirurg
 Dr. Sabine Wetter, Anaesthesistin
 Dr. Regina Schidelko, Ärztin
 Helga Schumacher, OP-Schwester
 Christoph Reime, Anaesthesie-Pfleger
 Thomas Rott, Dolmetscher+OP-Hilfspfleger

Direkt zu Anfang des Jahres fand das fürchterliche Erdbeben in Haiti statt, und von vornherein fühlten sich sehr viele Interplastler gedrängt, dort auch kurzfristig Hilfe zu leisten. Die konkrete Umsetzbarkeit scheiterte zunächst an dem Fehlen von geeigneten Ansprechpartnern vor Ort. Erst nach einer Reise von André Borsche Mitte Februar konnte auf der Jahrestagung beschlossen werden, dass ein erstes Team nach Haiti ausgesandt werden sollte. Da wir mit einem kompletten Team einsatzbereit waren, fiel uns der erste Zuschlag zu. Jean-Philippe Nicolai aus Holland

war auch sofort bereit, das deutsche Team mit zu unterstützen. Der Schock in Port-au-Prince war natürlich sehr groß, als wir das Ausmaß der Zerstörung der Stadt auf uns einwirken lassen mussten.

Noch größer war allerdings die Enttäuschung, als wir gleich am ersten Morgen den von Dr. Borsche hergestellten Kontakt in der Universitätsklinik aufnehmen und uns unmissverständlich nahe gebracht wurde, dass die getroffenen Vereinbarungen nicht eingehalten werden könnten und dass wir keine Arbeitsmöglichkeit in der Universitätsklinik bekommen könnten. Man verwies uns an den nationalen Desasterbeauftragten, welcher gleichzeitig Chef der Ärztekammer Haitis war, welcher uns einen Einsatzort zuweisen sollte. Auch dieser hatte keine Verwendung für unser Team. Schließlich gelang es mit Hilfe der uns betreuenden Mitglieder des Lions-Clubs Haiti, ein privates Krankenhaus ausfindig zu machen, welches uns einen OP-Saal zur Verfügung stell-

te. Es konnte uns allerdings nicht mit Patienten versorgen, da dieses, wie sich herausstellte, völlig unorganisiert war.

Im Krankenhaus arbeitete schon ein Team amerikanischer Plastischer Chirurgen, welches wöchentlich ausgewechselt wurde, so dass auch von daher keine offensichtlich Arbeit für uns vorhanden war. Schließlich bekamen wir Kontakt mit einem spanischen Team von Pflegepersonal, welches die Verbandssprechstunde abwickelte. Hier lief eine große Menge von unversorgten, schlecht versorgten oder stark verzögert heilenden Patienten zusammen. Die Spanier waren froh, kompetente Ansprechpartner zu finden und konnten uns somit in den nächsten Tagen reichlich mit ihren Problemfällen versorgen, mit denen sie nicht mehr weiter kamen. So war unsere Zeit und auch unser OP die kommenden zwei Wochen ausreichend ausgelastet.

Michael Schidelko



Hospital Nacional Salama / Verapaz / Guatemala / Centro America



Die Sektion Schopfheim war in diesem Jahr zum 8. Mal im Hospital Nacional in Salama vom 21.02.10 – 02.03.10 tätig.

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

Als Fluggesellschaft wählten wir die IBERIA, da diese non-stop von Madrid nach Guatemala fliegt und somit eine Zwischenlandung in USA entfällt. Probleme gab es allerdings beim Abflug in Zürich, wo es massiv frisch geschneit hatte und durch die Enteisierung der Flugzeuge erhebliche Verzögerungen eintraten.

Die öffentlichen Institutionen sind in Guatemala in hohem Maße von der aktuellen Politik bzw. der jeweils regierenden Partei abhängig. Alle Positionen

bis zum Ärztlichen Direktor im Krankenhaus waren ausgewechselt. Auch der Gobernador war neu, dem Interplast-Einsatz jedoch sehr wohl gesonnen.

Wir waren erfreut, dass trotz der problematischen Situation unser Kommen durch die Medien angekündigt und bereits sehnhelch erwartet worden war. Dr. med. Herbert Macz und seine Frau Elo, die für die dortige Hilfsorganisation Asociacion Mujer Pilar de la Sociedad tätig sind und für uns wieder als Partnerorganisation zur Verfügung standen, hatten alles zu unserer großen Zufriedenheit vorbereitet. Bereits am Flughafen wurden wir erwartet und konnte ohne Probleme den Zoll passieren.

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

Wir hatten ständig 1 OP-Saal zu Verfügung, auch am Samstag und das Personal war außerordentlich hilfsbereit. Die

Zusammenarbeit wurde von Jahr zu Jahr besser, insbesondere im Bereich der OP-Säle und des Sterilisierens. Die Absicht, auch den Kollegen vor Ort in unserem Fachgebiet unsere Kenntnisse zu vermitteln, konnte jedoch nur in sehr begrenztem Umfang verwirklicht werden, da eine erhebliche Personalnot bestand.





Trotz einiger Probleme mit Erkrankungen von Teammitgliedern war der Einsatz sehr erfolgreich. Es fanden sich vom Spektrum her reichlich congenitale Anomalien, wie Polydaktylien, Syndaktylien, Ohr-deformitäten, LKG-Spalten, Hämangiome, sowie Unfallfolgen, meist nach Verkehrsunfällen oder Auseinandersetzungen mit der Machete und Verbrennungsfolgen. Auch zu frischen Verletzungen (Sehnenverletzungen, Hundebissverletzungen) wurden wir erfreulicherweise ebenso hinzugezogen wie zu frischen Verbrennungen bei mehreren Kindern. Insgesamt wurden etwa 100 Patienten untersucht, beraten, ein Behandlungsplan aufgestellt und gegebenenfalls ein OP-Termin vereinbart.

An den 10 Operationstagen konnten wir 55 Eingriffe durchführen, davon etwa 80% in Allgemeinnarkose unter bewährter Regie von Marion und Peter Urbasek. Etwa die Hälfte der Patienten waren Kinder. Häufig hatten die Patienten, insbesondere die Kinder auch gegessen, obwohl „nüchtern“ versprochen war. So war die Anästhesieabteilung häufig nicht zu beneiden, wenn entsprechende Komplikationen auftraten, die jedoch alle ohne Zwischenfälle gelöst werden konnten. Als Aufwachraum musste gelegentlich eine Trage für 3 kleine Patienten reichen.

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

Am Ende des Einsatzes konnten wir auf eine erfolgreiche Tätigkeit zurückblicken. Alle Patienten konnten gesund das Hospital wieder verlassen. Immer wieder überraschend ist die geringe Infektionsrate auch bei größeren und länger dauernden Eingriffen. Es wurde bei 72 Patienten 83 Eingriffe durchgeführt. Bis auf 2 Teilverluste von Spalthauttransplantaten heilten alle Wunden primär.

Ein Erdbeben der Stärke 5,7 sorgte eines Morgens um 4:30 für einen gehörigen Schrecken. Es war jedoch nichts passiert.

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

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

tionsschritte durchzuführen und auch die eigene Kontrolle der Operationsergebnisse zu haben.

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

Dr. med. Petr Urbasek, Anästhesie,
 Dr. med. Nicola Kläber, Handchirurgie
 Prof. Dr. med. Jürgen Petzel, MKG
 Sr. Marianne Zabel, OP-Schwester,
 Sr. Vera Gerstner, OP-Schwester
 Sr. Christel Widmann, OP-Schwester
 Sr. Marion Urbasek, Anästhesie

dem Team vor Ort

Dr. Herbert Macz mit Frau Elo
 Orlando de Leon
 Roxanna mit Team
 Lorraine Fath
 ÄD Dr. Otto Estrada
 Dr. Carlos Gonzales

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





Guadalupe / Ecuador 11. bis 24. April 2010

Sektion München / Ebersberger Förderverein Interplast

Ecuador ist nicht das ärmste Land Südamerikas, das Gesundheitssystem des kleinen, sich vorwiegend mit dem Export von Erdöl und Agrarerzeugnissen (Kaffee, Kakao, Bananen) finanzierenden Landes am Äquator ist wohl besser aufgestellt als z.B. in Bolivien oder Paraguay, sofern man die Kenndaten Säuglingssterblichkeit (21/1000), Lebenserwartung (75 Jahre) und HIV-Prävalenz (0,3 %) als Parameter gelten lässt. Hoffnungslose Armut wie in vielen Ländern Afrikas, in Haiti, in Teilen Indiens oder in anderen asiatischen Staaten fällt zumindest nicht auf Anhieb ins Auge, die ländliche Bevölkerung ist dem Anschein nach ausreichend ernährt und verfügt über gewisse Geldmittel. Das per-capita-GDP beträgt ca. 7.500 US\$ (und damit nur ein Viertel weniger als in Brasilien).

Dennoch werden seit Jahren die Hilfsangebote ausländischer, oft US-amerikanischer, aber auch europäischer medizinischer Organisationen gerne angenommen. Ein Beispiel dafür ist die von dem österreichischen Priester Georg („Jorge“) Nigsch seit etwa 10 Jahren mit grossem Engagement und ebensolcher Zähigkeit aufgebaute und von ihm und der US-amerikanischen Krankenschwester Amanda Anderson betriebene Clinica Nuestra Senora de Guadalupe in der südlichen Provinz Zamora-Chinchipec, nur wenige Kilometer von der peruanischen Grenze auf ca. 800 m Höhe gelegen in einer Umgebung, die zum Reiten und Wandern geradezu einlädt (Abb. 1). Neben einer fast durchgängig (oft mit deutschen ZahnärztInnen und Helferinnen) besetzten Zahnstation werden mehr oder weniger regelmässig Allgemeinmedizin, Allgemeinchirurgie und HNO angeboten. Der im Badischen Bühl beheimatete „Förderkreis Clinica Santa Maria“ verwendet seit 10 Jahren Energie und Spendenmittel vorwiegend für die zahnärztliche Ausstattung und Besetzung, hat aber auch diesen Interplast-Einsatz grosszügig unterstützt – vielen Dank dafür an dieser Stelle.

Die Anreise (Iberia / LAN Airlines über Madrid) war problemlos, unser Reisebüro hatte uns mit reichlich Luft für

Übergepäck, reichlich Papieren und einer Einfuhrbewilligung für unser gesamtes mitgeführtes Material von der ecuadorianischen Botschaft in Berlin ausgestattet, die Inlandsfluglinie TAME drückte beim Übergepäck für die Strecke Quito-Loja und zurück mehr als beide Augen zu.

Die Klinik verfügt u.a. über einen kleinen Op und die zugehörige Ausrüstung (Steri, Strom, Wasser, Anästhesiegerät, Sauerstoff, Absaugung), so dass sich Interplast-übliche Eingriffe unter guten Bedingungen durchführen lassen. So auch das Fazit des vor drei Jahren „auf kleiner Flamme“ erfolgten ersten Einsatzes der Münchener Sektion. Ein rein anästhesiologischer Einsatz im Herbst 2009 (s. letztjähriger Jahresbericht) hatte zwar mangels Patienten nicht die ursprünglich beabsichtigte Zusammenarbeit mit den zahnärztlichen KollegInnen erbracht, dafür aber mit dem damals wie seit Jahren routinemässig anwesenden HNO-Kollegen Zapf aus Annapolis/Maryland. Neben 150 Eingriffen im Fachgebiet kamen reichlich Informationen zusammen, die uns ermutigten, einen zweiten Interplast-Versuch zu unternehmen. Zu lösen war u.a. das Problem der Einfuhr von Ge- und Verbrauchsmaterial, das im Herbst 2009 mit sehr grossen, nur dank der Zähigkeit und dem Verhandlungsgeschick der damaligen Teamleiterin wenigstens zum kleinen Teil und unter erheblichem Zeitverlust gelösten Schwierigkeiten am Flughafen in Quito aufgetreten war. Wir entschieden uns diesmal für den Voraus-Versand per Standard-Post; auf diese Weise konnten mehr als 100 kg Material ohne die geringste „Anteilnahme“ des ecuadorianischen Zolls direkt nach Guadalupe geschickt werden – ein Vorgehen, mit dem wir und andere Teams z.B. in Indien kläglich gescheitert waren.

Problematisch, und daran hat sich nichts geändert, war und ist in der Clinica Nuestra Senora lediglich die sehr beschränkte Verfügbarkeit von Patientenbetten (und damit einhergehend und mangels Übung auch von qualifizierter Betreuung über Nacht) – eine Tatsache, der durch Auswahl

der Patienten, grosszügige Auslegung dessen, was ambulant möglich ist, und evtl. auch durch eigenen Einsatz im Nachtdienst Rechnung getragen werden könnte. Beim diesjährigen Einsatz wurde so die verfügbare Bettenkapazität von sechs niemals beansprucht, die Höchstzahl von „Übernachtern“ betrug ohne schlechtes Gewissen drei (Gaumenspalten, ausgedehntere Verbrennungen).

Weil die Anwesenheit eines Interplast-Teams Monate lang und intensiv mit Flugblättern, in Zeitungen und im Radio angekündigt worden war mit recht präzisen Angaben hinsichtlich der zu behandelnden Fehlbildungen bzw. Erkrankungen, stellten sich sehr viele PatientInnen vor (insgesamt wurden 348 Pat. untersucht und beraten); der auf den Plakaten angebrachte Hinweis, dass der seit Jahren in der Provinz und darüber hinaus bekannte und geschätzte HNO-Kollege Zapf ebenfalls vor Ort sein würde, führte allerdings dazu, dass sich unverhältnismässig viele Patienten zur Operation einer Septumdeviation oder einer Mittelohrschwerhörigkeit einfanden. Diese sollten aber im Rahmen des Interplast-Einsatzes nicht oder nur in beschränktem Umfang behandelt werden, so dass sehr viele hoffnungsvoll Angereiste auf den Herbst vertröstet werden mussten.

Die im Vorfeld stark betonten Spalt-Fehlbildungen stellten sich dagegen nur in geringerer Anzahl vor als erwartet; von den letztlich operierten 10 PatientInnen handelte es sich lediglich bei zweien um primäre Eingriffe (eine doppelseitige LS bei einem 10monatigen Säugling; eine Gaumenspalte 3jährig), bei den übrigen bestand dringender Korrekturbedarf nach Voroperation wegen sehr schlechten kosmetischen Ergebnisses bzw. fehlenden Nasenbodens (Lippe) oder wegen Restfisteln nach Versuch des Gaumenverschlusses. Bei Abreise wurde auf Nachfrage nicht ausgeschlossen, dass in der Nachbarschaft kürzlich von der Organisation Global Smile Foundation Spalt-Eingriffe angeboten worden seien. Nach Rückkehr erbrachten eigene Nachforschungen dass gerade einmal



zwei Wochen vor unserem Aufenthalt in der nächsten Grossstadt Guayaquil ein 18köpfiges Team 110 Spaltpatienten untersucht und davon 45 operiert hatte – darunter musste der Andrang bei unserem Einsatz leiden, obwohl die Frage bleibt, was wohl aus den übrigen 65 PatientInnen geworden sein mag. Schade, denn die in der Vorbereitungsphase abgestimmte Intention des Einsatzes war u.a. gewesen, dass Plastischer Chirurg und HNO-Kollege gemeinsam Gaumen-, aber auch Lippenspalten operieren sollten.

Es ist wohl der einigermaßen erträglichen sozialen Situation auch der ärmeren Bevölkerungsschichten (darunter Indios verschiedener Stämme), zum Teil vielleicht der andersartigen Bekleidung zu verdanken, dass auch die In-

zidenz schwerer Verbrennungen bzw. schwerer Folgezustände nach unbehandelter Verbrennung deutlich unter der zu liegen scheint, wie wir sie vor allem aus Afrika und Indien kennen. Ausgedehntere, unter Kontraktur ausgeheilte Verbrennungen fanden wir vorwiegend bei Kindern, hier in mentosternaler Lokalisation oder an den Beinen sowie im Bereich der Finger.

Eine eher seltene Operation wurde in Form einer m. temporalis-Mehrfachtransposition bei Facialis-Parese durchgeführt (Abb. 2a und b); es ist zu hoffen, dass die Patientin die ihr sorgfältig erklärten und demonstrierten Übungen zur Erzielung einer Willkürmotorik im Mund- und Augenast mit der nötigen Ausdauer durchführen wird.

Insgesamt sind die Arbeitsbedingungen – mit den genannten Einschränkungen Bettenzahl und ausgebildetes Personal – durchaus als sehr gut zu bezeichnen, wobei abschliessend auch die enorme Gastfreundlichkeit und das grosse Organisationstalent von Pater Jorge und Schwester Amanda nochmal erwähnt sein soll. Wir planen für den Herbst 2011 einen weiteren Einsatz in der Hoffnung, dass die diesjährigen Operationen für eine gute Mundpropaganda sorgen und sich dadurch zahlenmässig und vom Erkrankungstyp her mehr Interplast-spezifische PatientInnen einfinden werden.

Hajo Schneck

Einsatz Sektion München: Quevedo / Ecuador 23.07-08.08.2010

Teilnehmer:

Plast Chir., MKG
Dr. med. Heinz Schoeneich
Dr. Nuri Alamuti
PD Dr. Martin Gosau

Anästhesie
Dr. Frank Pohl
Dr. Manfred Kampa

Op Schwester
Isabell Oberste Sirrenberg
Desiree Grote

Anästhesieschwester
Bettina Plötz

Cand. Med.
Sophie Defforey

Ecuadorianisches Team

Maria Cobo
Mariana de Jesus Obando Arroyo, OP
Schwester
cand. med. Fernando Jaramillo Calero
cand.med. Jose Salgado Plonsky

Schirmherrschaft
Club der Lions/Quevedo und die Foundation Funkatur

Der Lions Club und die Foundation Funkatur hatten sich an Ruth Alamuti gewandt mit der Bitte um Fortsetzung der Interplasteinsätze. Insgesamt waren bisher 3 Einsätze erfolgt, der letzte allerdings vor 4 Jahren.

Eine gute Freundin von mir, eine Ecuadorianerin, Maria Cobo, hatte ich gewinnen können die Emails und Kontakte zu übernehmen und den Einsatz vorzubereiten, was sich als hervorragend herausgestellt hat. Der Einsatz war dadurch im Vorfeld gut vorbereitet und eine Packliste mit Preisangaben an die Ecuadorianische Botschaft in Berlin geschickt worden.

Diese Liste (Stückzahl und Preise) wurde vom Ecuadorianischen Botschafter in Berlin abgestempelt. Gleichzeitig hatten wir noch ein Begleitschreiben des Honorarkonsuls von Ecuador aus München dabei, so dass die Unterlagen bei der Einreise nach Vorlage komplett waren, keine Kiste geöffnet werden musste und wir so problemlos den Zoll passieren konnten.

Dies ist auch ein Tipp an andere Teams. Man kann die Liste auch relativ ungenau führen, da sie nicht nachkontrolliert wird. Wir werden diese Packliste jetzt bei jedem Einsatz einfach wieder vorlegen.





Zum Einsatz: Quevedo ist eine Stadt mit 300.000 Einwohnern in Zentral-Ecuador, mit großen Bananen- und Kakaoplantagen, deren Bewohner ausschließlich Mestizen der unteren Schicht und Mittelschicht sind, mit hoher Kriminalitätsrate, Drogen- und Bandenwesen. Das Stadtbild wird von Security Guards bestimmt.

Die Groß-Haziendas waren vom Staat vor Jahren aufgelöst worden und sind wieder an einzelne Bauern verteilt worden, aber die Plantagen gehören großen internationalen Konzernen. Das Krankenhaus war das größte im Ort und täglich überfüllt. Bei der morgendlichen Anreise standen ca. 80-120 Patienten vor den Ambulanzen. Deshalb konnte uns auch kein Personal zur Verfügung gestellt werden, da sie selbst unterbesetzt waren. Wir hatten allerdings einen wunderbar sauberen, gepflegten OP-Trakt zur Verfügung.
Note 1-2.

Hilfreich waren drei Ecuadorianische Mitarbeiter, die uns Maria Cobo aus Quito organisiert hatte: einmal ihre Tante als OP-Schwester, die uns das ganze Instrumentarium aufbereitet hatte und zwei Medizinstudenten Fernando und Jose kurz vor ihrem Examen. Diese erledigten die Aufgaben wie z.B. OP-Springer, Durchführung von organisatorischen Aufgaben, Übersetzungen und Assistenzen bei den Operationen.

Operationen: 136 an 125 Patienten

Insgesamt haben wir 136 Operationen an 125 Patienten durchgeführt. Das Patientengut, und da sind wir leider von Burma verwöhnt, waren hier mehr Sekundär-Versorgungen, so wie man sie auch bei Einsätzen in Indien und auch in Persien gefunden hatte. Voroperationen sind von einheimischen Kollegen wie auch von anderen N.G.O.s durchgeführt worden. Man hat hier nur die Lippen operiert und die Gaumen offen



gelassen, so wie wir es auch vor Jahren selbst durchgeführt haben. Wir sind mit unseren Kieferchirurgen dazu übergegangen Kinder im guten Allgemeinzustand ab 2 Jahren komplett zu operieren, They have often only one Chance to be operated.

Wir haben über 30 Gaumen operiert, davon 19 sekundäre Korrekturen mit Rest- oder Fistelbildung, die immer schwierig und undankbar zu operieren sind. Das klassische Operationsgut haben wir nicht vorgefunden, so dass wir uns mental umstellen mussten. In den ersten sechs OP Tagen haben wir die wesentlichen dankbaren und indikationsfähigen Operationen durchgeführt. In der zweiten Woche dann auch die minor cases. Auf der anderen Seite habe ich auch dazugelernt, da wir sonst immer relativ hochmütig diese Patienten abgewiesen haben. Einige von diesen Patienten waren dann doch sehr enttäuscht und verärgert und machten uns klar, dass sie sich vor 3 Monaten auf eine Annonce von Interplast gemeldet hatten und

registriert worden sind. Sie waren 4 bis 5 Stunden mit dem Bus angereist, hatten eine Wartezeit von 3 bis 4 Stunden und wurden dann in einer Minute abgefertigt mit der Begründung, Interplast sei nicht nach Ecuador gekommen um diese Kleinigkeiten zu operieren. Im Grunde genommen muss man ihnen Recht geben und sie verstehen. Wir haben uns darauf eingestellt und in den letzten 3 Tagen pro Tag 15-20 solcher minor cases operiert - zur Freude unserer Jungassistenten. Das Patientengut würde ich mit befriedigend bis ausreichend bewerten.
Note 3 – 4

Die Lions-Fellows waren alle sehr hilfreich und bemüht. Sie hatten uns ein neu eingerichtetes Dialysezentrum mit 15 Dialyseplätzen gezeigt, wie sie auch besser nicht in Deutschland zu finden sind. Sie haben unsere Ruhezeiten respektiert, haben uns vom Frühstück über Mittagessen und Abendessen versorgt und dieses auch bezahlt, ebenso die Bustransporte und sonstige Ausgaben. Es ist immerhin ein sehr positives Zeichen, wenn diese Unkosten bei einem Einsatz übernommen werden. Note 1-2

Quevedo ist eine Stadt mit hoher Kriminalität. Es werden Waffen getragen. Jedes zweite Haus ist mit einem Sicherheitsbeamten besetzt. Diese sind bewaffnet mit großen Pump Guns und Revolvern. So waren für uns auch die vielen zusammengeschossenen und abgestochenen Drogenbarone mit ih-



IP MUC Team und Team Quito (2 can .med., 1 OP-Schwester, Maria – Coordinator)



ren Goldringen im Krankenhaus vor der Ambulanz zu erklären. Einsatzort Note 3-4

Uns hatte man eine Mörderin zur Versorgung mit einer sternocostalen Verbrennungskontraktur in Handschellen in den OP gebracht. Diese hatte einige Wochen zuvor mit drei anderen Gefängnisinsassen den Gefängnisgynäkologen erstochen, da er wahrscheinlich diese Frauen vergewaltigt hatte.

Nach 14 Stunden Flug, 4 Stunden Anfahrt zum Einsatzort, 3 Stunden Screening und 6 Tage 10 -12 Stunden OP, waren alle etwas müde. Da Maria Cobo Wale Watching vor der Küste organisiert hatte, waren unsere Batterien nach diesen Uerlebnissen am Wochenende wieder voll geladen. Zirka 8-10 Wale tummelten sich in einem Abstand von 10-15 m vor uns herum. Es ist die Zeit, wo die Wale zum Paaren vor die Galapagos Inseln kommen.

Das zweite bedeutende Erlebnis war die Rückreise von Quevedo über die Vulkanstraße nach Quito. Den Vulkan Cotpaxi sind wir bis auf 3.800m hoch-

gefahren. Nach dieser beeindruckenden Landschaft sind wir über Indiomärkte nach Quito wieder in der Jetztzeit angekommen.

Der Gesamteindruck von Ecuador war positiv: Note 2. Wir hatten einen Schulfreund von Maria Cobo kennen gelernt, der an Sozialprojekten in Indioregionen beteiligt ist.

Weitere Einsatzplanung Ecuador: die Möglichkeit indianische Minderheiten zu versorgen wurde uns von Ivan dem Schulfreund von Maria zugesichert und würde uns interessieren. Er würde die Vorbereitungen dieser Einsatzplanung übernehmen.

Quevedo wieder mit einem Team zu versorgen, hängt von den Ansprüchen ab, die das Team haben wird.

Gerade zu Hause angekommen, erhielt ich einen Brief des Ecuadorianischen Botschafters aus Berlin, mit der Bitte doch ein Interplast Team in das Gebiet an der Kolumbianischen Grenze zu schicken. Dort herrscht die größte Kriminalität der Drogenbanden. Sie haben uns zwar zugesichert, dass uns die

Marine aus Ecuador beschützen würde, ich weiß jedoch selbst noch nicht genau, ob man sich darauf einlassen kann. Aber auf jeden Fall sind diese Menschen aufgrund dieser Sicherheitslage medizinisch nicht versorgt.

Gesamteindruck:	2-3
Betreuung Lions:	1-2
Krankenhaus:	2-3
OP Bereich:	1-2
Patienten:	
major cases	3-4 (je nach Anspruch 2-3) (zu viele) 4
minor cases	
Rahmenbedingungen:	2
Teamzusammensetzung:	2
Kopfgeld:	no
Sachmittelerstattung:	no
Zollprobleme:	no
Krankenhausspende:	no
Honorar:	
(Schwestern)	\$ 20 –
	\$ 40/ nurse
(Doctors)	no

Heinz Schoeneich

Interplast Hilfsprojekt in Paraguay- Ciudad del Presidente el Franco 03.04.-12.04.2010

Teammitglieder:

Dr. Barbara del Frari, FÄ für Plastische Chirurgie
 Dr. Annett Kleinschmidt, FÄ für Chirurgie, FÄ für Plastische Chirurgie
 Dr. Roberto Spierer, FA für Plastische Chirurgie
 Prof. Dr. Jörg Weimann- Anästhesist
 Stuart, Anästhesiepfleger
 Doris Ludwig, OP- Schwester
 Birgit Grimm, Physiotherapeutin
 Sabine Breitschwerdt, Projektmanagerin (mitgereist auf eigene Kosten)
 Dr. Horst Schuster, FA für Plastische Chirurgie (Projektvorbereitung und Kommunikation)

Paraguay als einer der beiden Binnenstaaten Südamerikas, grenzt im Osten an Brasilien, im Süden und Westen an Argentinien und im Norden und Westen an Bolivien. Der Name des Landes

beinhaltet „Wasser, das zum Wasser fließt“, abgeleitet von der Sprache der Ureinwohner, Guaraní: pará („Ozean“), gua („zu“) und y („Wasser“). Die Hauptstadt, politisches und wirtschaftliches Handelszentrum ist Asunción.

Historisch gesehen war Paraguay der reichste Staat Südamerikas, dessen Armut aus heutiger Sicht durch die Folgen des Tripelallianzkrieges von 1864 bis 1870 gegen Argentinien, Uruguay und Brasilien begründet ist.

Aufgrund eines sicheren Netzwerkes in Südamerika und profunder Kenntnisse anderer Interplast Einsätze wollten wir zur Sicherstellung eines erfolgreichen Interplastneueinsatzes Turbulenzen und Missverständnisse ausschließen. Aus diesem Grund begaben wir uns zur Evaluation der Rahmenbedingungen im Zuge einer privaten Urlaubsreise 2009, 14 Monate vor Projektbeginn, für 5



Tage nach Asunción. Dort konnten wir uns vor Ort persönlich in Gesprächen mit den amtierenden Ministern von den erfolgsversprechenden Umsetzungsmöglichkeiten unserer Projekt-



idee im Rahmen der sozialen Gesundheitsreform Paraguays überzeugen. In den persönlichen Gesprächen ließen sich die Zielstellungen eines derartigen Projektes von paraguayischen Kollegen und uns in Zusammenarbeit mit dem Gesundheitsministerium hervorragend herausarbeiten und zu einem Konsens aller Beteiligten gelangen. Bei einem offiziellen Treffen im Mai 2009 im paraguayischen Gesundheitsministerium wurde das Ziel unserer Mission erörtert: Soforthilfe durch plastisch- chirurgische Operationen bei nicht- krankenversicherten paraguayischen Patienten mit Brandverletzungen, angeborenen Fehlbildungen sowie erworbenen Defekten, vor allem aus der indigenen Bevölkerung aus den Tribes der paraguayischen Regenwaldregionen. Zweites besprochenes Ziel war die Ausbildung eines, an unserem Projekt teilnehmenden paraguayischen Assistenzarztes, der die adäquate Nachsorge unserer Patienten übernehmen und kleine Folgeoperationen bei neuen Patienten durchführen sollte.

Die darauffolgenden 11 Monate waren geprägt von südamerikanischer Gelassenheit und deutschem Ehrgeiz. Mündend in kleinen bis größeren Verzweiflungsattacken, mehreren Team-, Struktur- und Einsatzortumstellungen sowie einer, der deutschen Mentalität teils ungewohnten Flexibilität erfolgte dank vieler fleißiger Helfer die Umsetzung unseres Projektes schließlich in Ciudad del Presidente Franco.

Die Einsatzverlegung von der Hauptstadt Asunción in die 500 km entfernte Stadt Ciudad del Este mit vorwiegend indigener Bevölkerung erfolgte genau 3 _ Wochen vor Einsatzbeginn. Ent-

sprechend der Internetrecherchen aller Teammitglieder und der Organisatoren sorgte die komplette Projektumstellung nach Ciudad del Este respektive Ciudad del Presidente el Franco für Turbulenzen. Als bekanntestes Schmugglerparadies Südamerikas gepriesen, regte diese kurzfristige Veränderung nicht nur die Phantasie und Befindlichkeiten der Teilnehmer, sondern auch das Organisationsvermögen unserer zum Glück im Vorfeld engagierten Projektmanagerin, die auf eigene Kosten, mit viel Fleiß und Liebe und der Kenntnisse wirtschaftlicher Brisanz jegliche Wogen und Orkane glättete. Die unermüdlichen monatelangen Nachfragen der Gegebenheiten vor Ort, führten tatsächlich ganze 14 Tage vor Projektbeginn zu der Information, dass ein Anästhesist mit vollständigem Equipment inkl. Anästhesiepfleger vor Ort nötig sei. Nach Umschiffen aller bisheriger Klippen war auch diese Herausforderung gelöst.

Dank der schnellen professionellen Unterstützung und Flexibilität unseres betreuenden Reisebüros in Hannover konnte unser Team trotz der ständigen Änderungen schließlich fast gemeinsam zeitgleich in Asunción am 04.04.2010 anreisen. Und nicht nur das: Es konnte im Vorfeld mit der Luftansa und TAM ausgehandelt werden, dass jeder Teilnehmer mit 2 x 23 kg Reisegepäck kostenlos reisen durfte. Dank der Hilfe unserer fleißigen Teammitglieder durch hartnäckige, aufopferungsvolle Beschaffung aller notwendigen OP- und Anästhesie-Materialien, entweder aufgrund von Privatspenden oder Spenden des Helios Klinikums Emil von Behring in Berlin und der Universitätsklinik Innsbruck, konnten diese sorglos in Asuncion eingeführt werden.

Die dort, durch unseren spanisch sprachigen und die 11 Monate geduldig betreute Kommunikation führenden Kollegen, Dr. Horst Schuster, organisierte Abholung durch das paraguayische Gesundheitsministerium, führte zur problemlosen Passage des südamerikanischen Zolls .

Nach Bezug unseres Hotels in der Hauptstadt fand vor Antritt unserer 5stündigen Autofahrt nach Ciudad del Presidente Franco ein gemeinsamer Abend in entspanntem südamerikanischem Ambiente mit Besprechung der Projektkoordinaten aller beteiligten paraguayischen und deutschen Kollegen statt. Am Morgen des 05.04.2010 brachen wir auf. Nach der strapaziösen Fahrt durch das Landesinnere erwarteten uns auf dem Gelände des einfachen barackenartigen Krankenhauses immerhin 101 Patienten in Begleitung ihrer kompletten Familien. Darunter befanden sich viele Angehörige der indigenen Bevölkerung aus den Tribes in den angrenzenden Regenwaldregionen, die in der Regel nicht krankenversichert sind und somit große Hoffnungen in unser Projekt setzten. Für uns gab es kaum ein Durchkommen, da die auf uns wartenden Menschenmengen das gesamte Krankenhausgelände überfüllten. Sie warteten mindestens so lange wie unsere Anreise aus Deutschland dauerte, gem. der Auskunft unseres 24 Stunden „Allzeitparaten“, hilfsbereiten zur Seite stehenden Dr. Carlos Wattiez, dem dortigen Chefarzt der Chirurgie. Durch die seit Tagen auf dem Krankenhausgelände auf uns wartenden Menschenmengen, wurde unser Einsatz von der dortigen Bevölkerung sehr positiv wahrgenommen, so dass auch die paraguayische Regierung unseren Einsatz mit

breiter Öffentlichkeitsarbeit landesweit unterstützt.

Bei erster Lageinspektion fanden wir überraschender Weise einen funktionsfähigen Operationssaal in einer kleinen Betonbaracke mit einem simplen Narkosegerät, welches zumindest unsere NOMA -erfahrenen Anästhesie-Kollegen erfreute. Dieses Gerät hatte die Zentralregierung eigens für unseren Einsatz in diesem Provinzkrankenhaus bereit gestellt.

Gleich nach unserer Ankunft entschlossen wir uns, trotz aller Müdigkeit, mit dem gesamten Team, in unserer ersten Nachtschicht die ersten 75 Patienten zu triagieren, zu Foto dokumentieren und einen Vorab- OP- und Physiotherapieplan der uns vorgestellten Patienten zu erstellen. So konnten wir morgens am Folgetag direkt im OP starten und ein Teil des Teams die verbleibenden 26 Patienten begutachten.

An 2 Tagen berichteten TV- Kamerateams über unseren Einsatz. Der stellvertretende Gesundheitsminister besuchte uns vor Ort und verbrachte 2 Abende mit uns nach langen OP-Tagen. Auch bei den Printmedien erfreute sich unser Erscheinen größter Aufmerksamkeit. Erfreuliches Resultat dieser Öffentlichkeitsarbeit war, dass das neue Narkosegerät in den Besitz des Krankenhauses übergehen durfte.

Wir operierten an 6 OP- Tagen 36 Pati-



enten mit Brandwunden mit schwersten Verbrennungskontrakturen, Anomalien wie Fehlbildungen der Nase und Ohren, Lippenspalten, Handanomalien und Verbrennungskontrakturen der Hand. Zudem wurden die Patienten selbst und ihre Angehörigen dem sich anschließenden Physiotherapiekonzept zugänglich gemacht. Weitere Kontrakturpatienten wurden ebenfalls physiotherapeutisch instruiert. Durch die aktive Medienpräsenz wurde durch die Regierung eine Genehmigung erteilt, dass einmal im Monat aus dem Universitätskrankenhaus Asuncion der

von uns angelernte Assistenzarzt in das Krankenhaus unseres Einsatzortes nach Ciudad del Presidente el Franco fahren darf, um dort die Nachsorge bei unseren Patienten vorzunehmen und kleine eigene plastisch- chirurgische Operationen durchzuführen.

Dank moderner Medien wie dem Internet konnten wir unsere postoperativen Langzeitergebnisse auch nach unserer Rückkehr mitverfolgen und entsprechende fachliche Ratschläge der Weiterbehandlung vor Ort weiterleiten, um die gemeinsame Zusammenarbeit zu optimieren zu Gunsten unserer Patienten und zukünftiger Projekte vor Ort.

Durch den unermüdlischen Einsatz aller Beteiligten war dieser Ersteinsatz ein voller Erfolg. Die Mühen und die große emotionale Belastung wurden mit der Herzlichkeit der paraguayischen Bevölkerung belohnt. Wir erlebten unvergessliche Momente der Freude, Rührung und Dankbarkeit. Eine Erfahrung, die wir um Nichts in der Welt missen möchten und auf unseren inneren Festplatten abspeichern und in unseren Herzen tragen werden.

Als erfreuliches und zugleich zur Fortsetzung ermutigendes Feedback erhielten wir wenige Wochen später folgende e-mail des Chefarztes für Chirurgie, Dr. Carlos Wattiez, aus Ciudad del Presidente el Franco:

....





Ich habe überhaupt kein Problem damit, Euch all meine Unterstützung, Zuwendung und Arbeitskraft für das Interplast-Projekt 2011 zuzusagen. Für unsere Gemeinde, die Stadt „Ciudad del Presidente Manuel Franco“ ist es ein Privileg und eine große Ehre, dass Ihr erneut daran interessiert seid, diesen anerkanntswerten und spürbaren Dienst anzubieten. Die Leute, denen geholfen werden konnte, sind mit den Resultaten sehr zufrieden, obwohl es einige kleine und moderate Komplikationen bei 3 von 36 operierten Patienten gab.

Die Liste der Patienten, die wir weiter betreuen und die durch das Interplast-Team gesehen und beurteilt wurden, beläuft sich auf 101 Patienten; aber diejenigen, die sich angemeldet hatten, waren etwa 120 – die genaue Anzahl erinnere ich nicht mehr.

Bis zum heutigen Tage (17.08.2010) erhalten wir Anrufe von Personen, die

uns fragen, wann Ihr wieder kommt; und ich beruhige sie und sage ihnen „im nächsten Jahr“. Wenn wir Euch diesmal einen Monat im Vorfeld hier ankündigen, dann schätze ich, werden wohl an die 1000 Leute kommen; sie würden kommen, weil dies die erste Erfahrung dieser Art in der gesamten Provinz des „Palo Alto“ war, wo es ungefähr 800.000 Einwohner gibt.

Ich glaube, März/April sind weniger heiße Monate – vor „unserem“ Winter. Aber bestimmen Sie einfach den Monat und die möglichen Einsatzdaten und wir bereiten dann hier die Kampagne für das Projekt 2011 vor. Was ich bereits Frau Dr. Kleinschmidt gesagt habe, wäre, dass wir neben der Behandlung von Verbrennungsfolgen auch einen extremen Bedarf an der Behandlung von Lippen- und Gaumen-Spalten haben.

Und logischerweise würden wir uns extrem freuen, wenn Sie uns wie-

der – wie beim letzten Mal – mit Ihrer Mannschaft und mit Material für unser Krankenhaus (ein sog. „Klasse 3 -Krankenhaus“ in einem Provinz-Distrikt) unterstützen könnten. Alles, was Sie uns hier gelassen haben, von Naht-Materialien über Drainage-Schläuche, Blasenkatheter, Magen-Sonden, sterile Einmal-Tücher, Kittel usw. ist bis zum heutigen Tage von großem Wert für uns.

Dank der damaligen Einladung Ihres Interplastteams hat uns das hiesige Gesundheitsministerium in Asunción ein komplettes Anästhesie-Gerät mit allen dazugehörigen Monitoren zur Verfügung gestellt und überlassen.

Ich stehe mit allem, was ich für Sie und für das Interplast-Projekt tun kann, zu Ihrer Verfügung.

Für mich ist es ein Privileg und eine große Ehre,

Carlos Raúl Wattiez.

Interplast Einsatz - Paraguay 06.07.2010 bis 20.07.2010

„PROGRAMA SONRISAS“ in der Kolonie Friesland

Das Team um Dr. J. Enrique Duerksen-Braun (Teamleiter) und Frau Dr. Gloria Ortiz de Duerksen (Kinderärztin)

Team aus Deutschland:

Herr Dr. Jens-Oliver Schuster
Mund- Kiefer- Gesichts Chirurg
Herr Wilfried, Stetter - OP Pfleger
Frau Dr. Wilma Bayen - Anästhesistin
Herr Michael Sobota - Projektbetreuer

Team aus Paraguay:

Dr. Ruben Ibarra – Allgemeinarzt und Hospitaldirektor
Dr. Enrique Ojeda - Orthopäde und Handchirurg
Dr. Pablo Ramirez - Assistenzarzt Chirurgie
viele Krankenschwestern und Helfer / innen aus der Kolonie Friesland

Für unseren - nun schon 9. „PROGRAMA SONRISAS“ Einsatz in Paraguay,

haben wir mit Herrn Dr. Ruben Ibarra (Krankenhausleiter) vom Hospital „Tabea“ in der mennonitischen Kolonie Friesland - Kontakt aufgenommen.

Die Kolonie Friesland (www.friesland.com.py) ist eine der vielen Kolonien die von russischen, deutschen und kanadi-

schen, in Paraguay niedergelassenen Nachkriegs-Auswanderern gegründet wurden. Die Mischung aus Plattdeutsch und den Sprachen, die sie sich auf Ihren Wanderungen durch die verschiedene Länder aufgenommen/angeeignet haben, prägen heute Ihr Sprachbild. Die Kolonie befin-





det sich im Departamento San Pedro in der Nähe der Stadt Itacurubí del Rosario (45 km vom Paraguayfluss). Der Name „Friesland“ stammt aus dem Ursprungsland der Mennoniten, aus den Niederlanden.

Dr. Ibarra begeisterte sich sofort für unsere Idee der Zusammenarbeit und hat sich sofort dazu bereit erklärt, das neu erbaute (damals noch nicht ganz fertig gestellte) Hospital „Tabea“ der Kolonie, für unseren Interplast Einsatz zur Verfügung zu stellen.

Ein wichtiger Bestandteil der Einsatzvorbereitung, war die Patientenorganisation mit der großartigen Unterstützung von den vielen freiwilligen Helfer/innen der Kolonie Friesland und den Sozialarbeiter/innen der Stiftung „Fundación-Visión“ (www.fundacionvision.org), die schon seit vielen Jahren mit Interplast-Germany e.V. (www.interplast-germany.de) eng zusammen arbeitet. Gemeinsam sorgten sie für die Verbreitung der Information, unter anderem mittels des kolonieeigenen Radiosenders „Radio Friesland“, über den/unseren bevorstehenden Einsatz.

Erfahrungsgemäß war eine der Schwierigkeiten des Einsatzes, das hohe Gewicht unseres mitgeführten Gepäcks. Diese konnten wir mit der Brasilianische Fluggesellschaft (TAM) klären, die uns eine Zulassung eines Gewichtes von fast 50kg pro Passagier zugestand. So war die Mitnahme des Notwendigsten – wie Instrumente, Narkosemittel, Infusionspumpen, Verbandsmaterial, Abdeckungsmaterial etc. - gesichert.

Unseren Bedarf an weiteren Materialien (Verbandsmaterial, Infusionen, Antibiotika, usw.) kauften wir vor Ort in Paraguay. Unsere Erfahrung der letzten Jahre und Einsätze hat gezeigt,

dass dies der effizienteste und ökonomischste Weg ist. Auch hier ist die Unterstützung der Stiftung „Fundación-Visión“ ein wichtiger Bestandteil und Garant für eine erfolgreiche Durchführung unserer Einsätze. Sie stellt uns viele Materialien (wie z.B.: steriles Abdeckungsmaterial) zur Verfügung.

EINSATZ (Anreise)-TIPP: Damit wir bei der paraguayischen Zollabfertigung wegen der mitgeführten Medikamente, keine unnötigen und langwierigen Schwierigkeiten bekommen, transportieren wir sie ohne Verpackungen in unserem privaten Reisetaschen. Denn die mit Interplast-Germay (Aufkleber) gekennzeichneten Gepäckstücke sind immer an der paraguayischen Zollabfertigung deutlich aufgefallen. Das bedeutet - da in Paraguay ausländische Stiftungen immer mit viel Geld in Zusammenhang gebracht werden, verlangt der Zoll immer „gewisse?“ Gebühren, um Medikamente einführen zu dürfen.

Diese Vorgehensweise hat sich in den letzten Jahren hervorragend bewährt! ;)

In der ersten Woche, nach unserer Ankunft in Asunción, fuhren wir zum Hospital „TABEA“ nach Friesland, um unseren Einsatz vorzubereiten. Dr. Duerkens-Braun und seine Frau führten die ersten Voruntersuchungen durch und besprachen mit der Klinikleitung die Einsatzorganisation (OP-Plan, Kapazitäten, etc.). So konnte eine Woche später, nach Ankunft vom restlichen Team aus Deutschland, der Operative Teil vom Einsatz, in die Kolonie Friesland beginnen.

Dort angekommen, wurden wir von der Familie „Janzen“ - den Betreibern des dort heimischen Hotels „Tannenhof“





(www.tannenhof-friesland.com), sehr herzlich empfangen und konnten das rustikale, jedoch sehr gepflegte und komfortable Ambiente wirken lassen.

Nachdem wir etwas gegessen hatten, wurden wir auch von Herrn Dr. R. Ibarra sehr herzlich und freundlich begrüßt und fuhren dann gemeinsam zum Hospital „Tabea“, um die mitgebrachten Operationsmaterialien auszupacken, zu sortieren und zu sterilisieren. Dabei konnten sich nun alle Team-Mitglieder, gemeinsam mit Dr. Ibarra, der Hospitalleiterin Heidi de Dyck und der Oberschwester Marta Siemens ein Bild von den Begebenheiten machen und die ersten OP-Vorbereitungen treffen.

Wir waren sehr beeindruckt von dem Ergebnis der großen Bemühungen der Kolonie „Friesland“, im sozialen und medizinischen Bereich. Denn für paraguayische Verhältnisse hat dieser Klinik-Neubau den Status bzw. die Ausstattung einer Privatklinik.

Als doch relativ kleines Team waren wir, über die hohe Zahl von eingetroffenen Patienten, einfach überwältigt und begannen so gleich mit unserer Sprechstunde. Auf Grund des starken

Andrangs von Patienten, standen alle vor einer großen organisatorischen und medizinischen Herausforderung. Auch der nicht chirurgisch versierte Hospitaldirektor Dr. R. Ibarra brachte sich voll ins Geschehen ein. Oft wurde an drei OP-Tischen parallel operiert.

Großartige Hilfe leisteten auch die Mitglieder der Nachbarschaftshilfe „COVESAP“ * und die Einwohner der Kolonie „Friesland“. Zusammen mit der Sozialarbeiterin Leticia Medina und Oberschwester Marta Siemens, betreuten sie die Patienten mit einem unglaublichen hohen Engagement. Alle leisteten sie einfach eine fantastische Arbeit! Sie organisierten die von Platznot geprägte Unterbringung (teilweise waren bis zu 7 Personen in einem Zimmer untergebracht) und kümmerten sich um den Transport und die Verpflegung der Patienten.

Viele Patienten haben nicht einmal genug Geld für die An- und Abreise.

(* COVESAP bedeutet: Cooperación Vecinal para pequeños agricultores en el Departamento de San Pedro. (Nachbarschaftliche Zusammenarbeit von Kleinbauern im Departament San Pedro. www.covesap.org)

Sehr dankbar sind wir auch Herrn Dr. Enrique Ojeda. Er hat uns durch seinen Einsatz, das Vergnügen und die Freude des Erlebnisses, einer fachlich kompetenten Zusammenarbeit und der gegenseitigen Hilfe, bereitet. Denn jedes Jahr wieder, ist er im Bereich der Orthopädie, der Handchirurgie, Operationen von Handfehlmissbildungen und der neurologische Handparäsen sowie bei Klumpfußoperationen hilfreich an unserer Seite.

Das wieder sehen von Patienten, die von uns bei unserem ersten Einsatz (2002, Kolonie „Friesland“) im Kindesalter von 2-3 Jahren operiert wurden, war eines von vielen persönlich erfreulichen Ereignissen. Sie kamen in Begleitung Ihrer Eltern, zur Begutachtung/Kontrolle des Operationsergebnisses und berichteten sehr glücklich über die Resozialisierung ihrer Kinder - dass sie jetzt ohne Stigmata im Gesicht zur Schule, durchs Leben gehen können und wieder eine normale Aussprache haben.

Um die Kosten für die Patienten zu organisieren, arbeiten wir schon seit vielen Jahren bei jedem Einsatz mit einer Sozialarbeiterin zusammen, die wäh-





rend der Voruntersuchungen den sozialen Status der Patienten klärt. Dabei haben wir festgestellt, dass viele Patienten bereit und stolz darauf sind - sich mit den ihnen zur Verfügung stehenden finanziellen Mitteln - an ihrem Eingriff und damit auch an diesem Einsatz zu beteiligen.

Aus diesem Grund erstellen wir eine Preisliste, die den Patienten den Wert ihres persönlichen Eingriffes und die Bedeutung der Arbeit des Interplast-Teams verdeutlicht.

Kategorie A: ca. 1.000 - 1.500 EUR
 Kategorie B (kleinere Operationen): ca. 500 EUR
 Kategorie C (kleinere Eingriffe): ca. 150 EUR

Natürlich bewegt sich die persönliche Beteiligung vieler Patienten nicht in dieser Größenordnung. Aber das ist nicht wichtig - auch wenn die Patienten nur 1 oder 2 Euro, einige aber sogar die Hälfte des Betrages - aufbringen können, hat es dennoch einen großen Stellenwert für Sie. Es wird ihnen gleichzeitig sehr deutlich gemacht, dass die Höhe des Betrages keinerlei Einfluss

auf die Entscheidung hat, wann und ob welcher Patient operiert wird oder nicht. Die Priorität der Entscheidung liegt nach wie vor bei Kleinkindern und finanziell benachteiligte Patientin.

Uns wiederum, ermöglicht diese Vorgehensweise eine bessere Finanzierung der anfallenden Kosten (Hospital, Material, etc.) unseres Einsatzes. Zusätzlich kommen auch Spenden von den Koloniebewohnern zusammen, denn unsere Arbeit wird in den deutschen Kolonien hoch angesehen ist.

Wie auch beim letzten Einsatz im Jahr 2009, wurden unsere Arbeit und Eindrücke, über die Mentalität, die Gefühle, das Leid, die Dankbarkeit und das Glück der Menschen, von Herrn Michael Sobota im Internet in Form eines Online-Tagebuches dokumentiert. Diese Einträge sind archiviert und immer noch online unter: www.programa-sonrisas.org zu erreichen.

Zum Abschluss - noch einmal vielen lieben Dank an ALLE, die zu diesem guten Ergebnis unseres Einsatzes beigetragen haben. Nur mit Eurer tollen, engagierten und kompetenten Unterstützung - konnten wir wieder vielen Menschen in Paraguay helfen.

Ein Tages-Schlusswort und Haupttenor dieses Einsatzes vom gesamten Team für das Projekt „PROGRAMA SONRISAS“:

„Wir konnten heute viel GUTES tun - lasst uns das morgen wiederholen!“

Juan Enrique Duerksen-Braun



Einsatzdaten

Beschreibung	Anzahl
Operationstage	6
Patientenuntersuchungen	157
Operierte Patienten	69
Patienten mit Verbrennungskorrekturen	29
Patienten mit Lippen-Kiefer-Gaumen Spalte	14
Patienten mit Tumoren	8
Patienten mit sonstige Traumafolgen oder Fehlbildungen	18
Chirurgische Komplikationen	
Lokale Wundinfekte	6
Anästhesiologisch Komplikationen	0



Interplast-Einsatz in den Höhen von Peru



Diesmal war der Einsatzort Cusco. Nach einem spannenden Flug konnte unser neunköpfiges Team die alte Inka-Hauptstadt erst nach einem zweiten Anlauf endlich erreichen. Das erste Flugzeug aus Lima musste wegen technischer Schwierigkeiten mitten über den beschneiten Gipfeln der Anden kehrt machen. Bepackt mit 12 großen Koffern, Materialpaketen und vielen guten Ratschlägen wie man die Höhenkrankheit überwinden kann, versuchten wir zunächst uns in der 3400m hoch gelegenen Stadt, die uns für die nächsten 2 Wochen behausen sollte, vertraut zu machen. Auf uns warteten schon ca. 300 Patienten, die über Zeitungsmeldungen und Mitteilungen der Gesundheitsstationen von unserer Anreise erfahren und teilweise mehrtägige Reisen hinter sich hatten, um uns

zu treffen. In den nächsten 2 Wochen konnten wir – trotz der schwierigen Anpassungsphase, in der wir tagelang mit den Zeichen der Höhenkrankheit zu kämpfen hatten – insgesamt 83 Operationen durchführen.

Es handelte sich - wie auch im Vorjahr - um Verbrennungsoffer: Kinder, Jugendliche und aber auch erwachsene Patienten, die keine rechtzeitige, adäquate medizinische Versorgung erhalten hatten. In Peru müssen die Behandlungskosten in der Regel von Patienten selber getragen werden, wenn es sich nicht um absolut lebensbedrohliche Zustände handelt. Unbehandelt führen die Verbrennungen zu entstellenden Narben, die mit der Zeit durch Schrumpfung zu Verziehungen und Gelenkversteifungen führen. Die

betroffene Körperregion ist dadurch oftmals nicht mehr funktionstüchtig., Arme verkrüppeln und Beine bleiben in Verkrümmung steif.

In unserem Interplast-Team unter der Leitung von Dr. Ruth Alamuti-Ahlers waren Ärzte und Pfleger aus Bingen, Baden-Baden, Bad Kreuznach und Baden (Schweiz) in Aktion. Bei unserer Arbeit wurden wir zuverlässig vor Ort unterstützt von den Mitarbeitern der Hilfsorganisation Aniquem, die uns auch letztes Jahr eingeladen hatten. Auch diesmal halfen sie tatkräftig mit, nicht nur bei der Bekanntmachung und Organisation unseres Einsatzes, sondern sie kümmerten sich auch um die Verpflegung der Patienten sowie die konservative Behandlung und Versorgung mit passenden Kompressionsbandagen und Silikonmasken. Auch die sehr wichtige Nachbetreuung der operierten Patienten nach unserer Abfahrt, legten wir in ihre Hände. So konnten wir unsere Sorgen über das weitere Wohlergehen unserer Patienten getrost in die Höhenluft jagen.

Vielen Patienten wurde auch durch unser mitgebrachtes Dermojet-Gerät geholfen, ein Instrument, mit dem man Cortison in die Verbrennungsnarben per Luftdruck einführt, so dass sie dadurch von den Qualen des Juckreizes und der verdickten Narben (sogenannten Keloidnarben) weitgehende Linderung erfahren können. Am Ende unseres Einsatzes überreichten wir dann dieses von Spenden aus Bad Kreuznach finanzierte Gerät der Vorsitzenden der Organisation Aniquem, Frau Dr. Mary Malca. So wird auch nach unserer Abfahrt noch vielen Verbrennungsoffern geholfen werden.

Am Ende der zwei Wochen konnten wir getrost die 16-stündige Heimreise nach Deutschland antreten... mit dem Gefühl der Dankbarkeit in unserem Herzen, doch vielen Menschen durch unser Wirken, ihr Leben etwas weniger beschwerlich gemacht zu haben. Es begleiteten uns die Gedanken an die 4 und 6-jährigen Jungen, die nach der





PONENTES INTERNACIONALES

Dr. Michael Saliba - USA.
 Dra. Ruth Alamuti-Ahlers - Alemania.
 Dr. Jesús Velásquez - México.
 Dr. Alberto Reyes - México.

Y DESTACADOS PONENTES NACIONALES

INVERSION

Médicos	S/. 80
Profesionales de salud	S/. 60
Estudiantes y público general	S/. 30

*20% de descuento para las inscripciones hasta el 15 de Octubre

Depósito a la cuenta de ahorros en S/. del Banco Continental
 Nº 138-0200081103

AUSPICIAN:





Ciru Plastic




**I CURSO INTERNACIONAL
 MANEJO INTEGRAL DE QUEMADURAS
 5 Y 6 DE NOVIEMBRE 2010**

Lugar:
 Auditorio Centro Médico Naval
 Av. Venezuela Cdra. 36 Bellavista - Callao



1 crédito académico



ORGANIZA:



aniquem

Asociación de Ayuda al Niño Quemado

Informes e Inscripciones

Operation ihrer Narbenkontrakturen am Knie wieder laufen konnten und an das 12-jährige Mädchen, das durch die Verbrennung im Gesicht und Halsbereich sich nicht mehr in die Welt traute. So dachten wir auch an den 30 jährigen Mann, der durch die Vernarbungen am Arm nicht mehr arbeiten und seine Familie ernähren konnte oder an die 30-jährige Frau, die endlich nach vielen Jahren wieder eine Oberlippe hatte.

... Und so sind wir bereit auch im nächsten Jahr dem Hilferuf aus Peru zu folgen. Dann sollen es die Vorstädte von Lima sein, wo noch viele, viele Feuerkinder auf unser schwerbepacktes und hilfsbereites Interplast-Team warten.

*Petronela Monticelli-Mayer,
 Bad Kreuznach*





INTERPLAST Einsatz Bolivien – Hilfe in 2.600 m Höhe



Der erste Arbeitseinsatz der INTERPLAST-Sektion Bad Kreuznach in der Andenstadt Cochabamba, der drittgrößten Stadt Boliviens war in jeder Hinsicht ein gelungener Einsatz und trotz der Höhe von 2.600 m ein äußerst lohnender Einsatzort. Die etwas verwinkelte Flugroute mit der südamerikanischen Fluglinie TAM hatte wegen unseres erheblichen Übergepacks doch große Vorteile : der örtliche Leiter der TAM in Frankfurt war sogar persönlich erschienen, um uns zu begrüßen und am Schalter behilflich zu sein. Er drückte beide Augen zu, so dass wir mit den Koffern und Kisten all unsere Hilfsgüter mitnehmen durften.

Wie häufig bei INTERPLAST kommen die Initiativen zu Auslandseinsätzen von Einzelpersonen, die sich ganz persönlich für ein bedürftiges Land einsetzen wollen. So war es diesmal Pablo Torrico, der mit seiner Familie in Stuttgart lebt und wie auch seine Frau aus einer sehr einflussreichen Familie aus Cochabamba stammt. Sie hatten sich damals auf einem sozialen Einsatz der Jugendorganisation der Rotarier von Cochabamba kennengelernt. So lag es ihnen besonders am Herzen, mit INTERPLAST noch einmal einen bedeutenden humanitären Hilfeinsatz für ihre Heimatstadt zu leisten. Mit großer finanzieller Unterstützung des Rotary-

Clubs Leonberg / Weil der Stadt sowie des Rotary- Clubs in Cochabamba wurde daraufhin das Vorfeld bestens bestellt.

Als Arbeitsstätte für uns hatten sie den PAVILLON de QUEMADURAS (Station für verbrannte Kinder) unter Leitung von Dr. ROMERO ausgesucht. Dieser Pavillion ist eine Stiftung des Rotaryclubs Cochabamba und äußerst bemerkenswert: ein ehemaliger Pferde-

stall, in dem alles untergebracht wurde, was man zur Akut- und Langzeitversorgung brandverletzter Kinder braucht. Alles mit minimalem technischen Aufwand, aber ungeheuer effektiv. Wir haben dort z.B. einen 11jährigen Jungen mitbetreut, der 85% seiner Hautoberfläche verloren hatte. Bei unserem ersten Rundgang über die Station saß er aufgequollen unter einem Drahtgestell, über das ein Frotteetuch gehängt war und unter das ein elektrisches Heißöfchen warme Luft blies. „Er verliert noch zuviel Eiweiß. Erst wenn wir nicht mehr substituieren müssen, kann er chirurgisch versorgt werden,“ erläutert Dr. Romero, der als Chirurg und Kinderarzt ein detailliertes, doch erstaunlich einfaches Therapiekonzept für die Akutverbrannten erarbeitet hatte. Mit ein wenig Basisedikamenten, knapp bemessenem Personal, äußerst karger sanitärer und hygienischer Ausstattung und ganz ohne größeres technische Gerät schafft er es, dass bei den vielen schwerstverbrannten Kindern, die wöchentlich bei ihm eingeliefert werden, die meisten überleben. Wie teuer erkaufte dies für die kleinen Patienten ist, erlebten wir täglich, wenn sie über den langen Flur links und rechts gestützt zur Toilette mehr geschleift als geführt, ächzend vor Schmerz und zu jedem





Schritten vorwärts mühsam überredet wurden. Täglich wurden neue Kinder eingeliefert, eines war von seinen Eltern als Strafe fürs Einnässen auf die heiße Herdplatte gesetzt worden. (Das nächste Programm der Rotarierjugend heißt Prävention und Aufklärung in den Dörfern). Jedes Bettchen war belegt, die Händchen und Füßchen an die Gitterstäbe gebunden, damit die Verbrennungswunden an der Luft heilen können.

Für die nachstationäre Phase ist auf der anderen Gebäudeseite gesorgt: in einem riesigen Raum mit ein paar ausrangierten krankengymnastischen Gerätschaften und fünf Untersuchungsliegen sorgen drei äußerst engagierte Krankengymnasten für die ambulante Nachsorge der Patienten. Hier befindet sich auch eine kleine Schneiderwerkstatt: dort fertigt eine Näherin Kompressionswäsche nach Maß für ca. 10 Euro pro Stück an, ein wichtiges Hilfsmittel, um die Verbrennungsnarben schneller zur Abheilung zu bringen. Die moderne Ausstattung des großzügigen OPs und eines kleineren Eingriffsraums scheinen aus den USA zu stammen, doch für Fragen nach der Geschichte des Dr. Romeros und seines Zentrums finden wir erst am Abschiedsabend Zeit. Am ersten Tag, wir kämpfen noch mit der Zeitverschiebung und der Anpassung an die Höhe, beharrt Dr. Romero entgegen unseren Plänen (zuerst den OP einrichten, alle Patienten registrieren, einen Zeitplan erstellen) unabdingbar darauf, dass wir als aller erstes ein geistig behindertes Mädchen und einen Straßenjungen mit schwersten Vernarbungen operieren sollen. Wir diskutieren etwas und halten Dr. Romero für einen eigenbrödlischen Kauz, aber was soll's, er ist schließlich der Gastgeber...nach jeweils 4 Stunden

sind beide Operationen in einem halb eingerichteten OP von uns Medizinern, die noch nie zusammen gearbeitet hatten, erfolgreich und schweißtreibend abgeschlossen worden.

Später, als wir erleben, dass Dr. Romero in keiner Weise wortkarg oder stur ist, wird uns der Sinn dieser etwas rüden Einstiegsvariante klar: Früher kamen kubanische Studenten, die an den Waisenkindern nähen üben wollten, und später kamen amerikanische Experten, die vor allem die spannenden Operationen suchten und weniger dabei an die Kinder dachten. Großzügig ließen sie Material und Geräte zurück und Dr. Romero hatte viele Tricks und neue Behandlungsmethoden von ihnen abgeschaut. Aber mit der Nachbehandlung und den Komplikationen blieb er alleine zurück. So war er den Ausländern gegenüber wählerisch geworden und wollte unsere fachliche und menschliche Qualifikation zunächst einmal testen.

Von Deutschen hatte er, wie er uns am Ende vertraulich wissen ließ, wenig erwartet: als gefühllos kalt gelten wir, zugeknöpft und berechnend. Doch das Gegenteil, wirklich das Gegenteil hätte er jetzt mit uns erlebt, so herzlich warm und fürsorglich, dankte er gerührt dem ganzen Team. Und auch fachlich hatte er den transatlantischen Spontis offensichtlich nicht ganz über den Weg getraut und deshalb zwei Probeoperationen an den Anfang gesetzt, die auch gleich die Gretchenfrage beantworten sollten: wie halten es die Deutschen mit der Nachbehandlung? Und wir haben ihn auch da nicht enttäuscht, denn natürlich war die Nachbehandlung mit regelmäßigen Verbandswechsels ein wesentlicher Bestandteil unseres täglichen Schaffens.

Nach diesem anfänglichen Beschnuppern haben wir unter bester Versorgung durch die Jugend und die Damen des Rotaryclubs effektiv und vielseitig gearbeitet. Wir haben bei 70 Patien-





ten 154 Eingriffe vorgenommen. Vor allem waren es Kinder mit entstellenden Verbrennungsnarben oder akuten Verbrennungen sowie Kinder mit handchirurgischen Problemen, wie auch mit Lippen-, Kiefer- und Gaumenspalten, denen wir während unseres 2 wöchigen Aufenthaltes operativ helfen konnten. In dieser Zeit war das neunköpfige Interplast-Team unter Leitung von André Borsche und tatkräftiger Unterstützung durch Eva Borsche so eng zusammengewachsen, als hätten sie schon seit Jahren immer miteinander gearbeitet.

Insgesamt ein spannender, harmonischer und äußerst sinnvoller Einsatz! Danke auch allen Mitwirkenden im Hintergrund, allen Spendern, EFI aus Traxl und ehrenamtlichen Helfern hier in Deutschland und im fernen Bolivien !

Eva Borsche



Impressionen vom Bolivien-Einsatz des "Anestesista de Alemania Oriental"



Nachdem wir nun schon seit 3 Wochen wieder auf der nördlichen Halbkugel, in Kreiskrankenhäusern und Unikliniken sind, vergeht kein Tag, an dem ich nicht an unsere gemeinsame Zeit in Bolivien denken muss.

Wo fängt man an, wenn man darüber berichten soll?

Am einfachsten ist es, die Frage von vornehmlich ärztlichen Kollegen zu beantworten, was wir denn nun dort verdient hätten und ob es nicht wenigstens eine „Auslöse“ vom Arbeitgeber

gegeben hätte. Schließlich hätten wir ja auch den Urlaub „geopfert“. Allein die Antwort darauf ruft staunende Gesichter mit „aha-Effekt“ hervor. Und vielleicht regt das ja den einen oder anderen zum Nachdenken an.

Am besten ich beginne von vorn:

Als Andrés Einladung kam, mit nach Bolivien zu gehen, war das allein aufregend genug. Als nun alle „Ausgangskarten“ von der Familie genehmigt worden waren, blieb nur noch die

Frage, ob denn viele Kinder operativ und damit auch anästhesiologisch zu betreuen wären. Und als ich erfuhr, dass Rotary dahinter steckt, und zu unserem Team auch ein MKG-Chirurg gehören solle, habe ich ahnen können, was mich dort erwarten wird. Es war neben den allgemeinen Vorbereitungen zum Einsatz noch Grund genug und Zeit, Kinderanästhesiologisches aufzufrischen. Meinen Kollegen im Klinikum Frankfurt/Oder bin ich sehr dankbar für eine kurzfristig realisierte Hospitation in diesem Bereich. Das hat mir ein gutes Gefühl vermittelt und es sollte sich bereits am ersten Tag unserer Patientenkontakte zeigen, dass diese Vorbereitung richtig war.

Wir hatten viele Kinder zu versorgen, das Kleinste 4 Monate alt. Die gelungene Kombination der Anästhesie-Abteilung mit Kollegen aus Süd-Bayern, Trier und Ost-Brandenburg enthielt einen überreichen Schatz an Berufs- und Lebenserfahrung, Kollegialität, Hilfsbereitschaft in komplizierten Situationen bzw. bei schwierigen Entscheidungen und ein nicht enden wollendes Maß an Humor. Mit einem Lächeln denke ich an unsere philosophischen Betrachtungen zur beruflichen Herkunft der Operateure. Es konnte nicht fallabschließend geklärt werden, ob es nun besser sei, wenn sie aus Kreiskrankenhäusern oder aus Universitäten kommen. An ei-

nem Op-Tag war es sogar notwendig, diese Betrachtungen darüber kurzfristig einzustellen, weil das damit verbundene Lachen den Operateur während des Eingriffs emotional zu sehr „belastete“.

Es war auch nicht zu klären, welchen Einfluss Jugendbrigade und Senioren-team bei Interplast-Einsätzen wirklich haben. Letztlich waren wir übereingekommen, dass es wohl die Mischung ist, die dem Interplast- Team zum Erfolg hilft. Beispielhaft sollen hier die exzellenten Spanisch-Kenntnisse unserer Studentin erwähnt werden, ohne die mindesten ein Operateur bzw. ein Anästhesist, trotz ihrer langjährigen Lebenserfahrung, ganz schön baden gegangen wären.

Abgesehen von krankheitsbedingten kurzfristigen Ausfällen zeigte unser Team nicht nur in der fachlichen Arbeit Motivation und Begeisterung. Auch im zeitlich engen Freizeitbereich der Abendstunden, waren wir im Stande eine „erträgliche Leichtigkeit des Seins“ zu zeigen. Natürlich wurden wir von unseren Gastgebern auf das Vortrefflichste unterstützt. In diesen

Momenten kam bei uns nie die Idee auf, dass Bolivien das ärmste Land in Südamerika sei.

Und wie wir politisch mit deutscher Nachkriegs-Geschichte punkten konnten! Im Team hatten wir jemanden, der früher die gleiche Schule besuchte, wie Tamara Bunke (La guerrilla), Kampfgefährtin Che Guevaras, der in Bolivien sehr verehrt wird. Seinerzeit hätte dieser anestesista de alemania orientale (freie spanische Übersetzung für: ostdeutsche Anästhesieabteilung) im Leben nicht gedacht, jemals dieses Land zu besuchen. Danken wir also wenigstens Che (?) und der Wende vor 20 Jahren dafür, dass es so gekommen ist.

Und alle anderen Reisen, ob nun privat oder mit und für Interplast, wären wohl heute noch Utopie. Also, von wegen „Urlaub opfern“ für einen Interplast-Einsatz. Das sieht der Autor anders. Und er glaubt auch, dass „ein Opfer bringen“ etwas anders ist, als unsere Zeit in Bolivien.

Auch wenn man ein wenig medizinischer Ausrüstung im Gastland lässt, und wenn das vorher ein paar Euro kostete, kann man das, was mit nach Hau-

se nimmt nicht in Geldwert ausdrücken und auch nicht auf die grösste digitale Speicherkarte bannen. Ich denke nur an den herzlichen Kontakt zu unseren bolivianischen Kollegen, die Einschätzung von Dr. Romero, der Deutsche so nicht kannte und an die Laudationes durch Rotary. Unvergessen bleibt mir das von uns betreute kleine Mädchen, dass mit seinen Eltern zu Flughafen kam, um sich uns zu verabschieden und jedem vom Team ein Souvenir zu überreichen... Und die Freunde und Kollegen, die uns zum Abschied winkten, bis unsere Maschine nicht mehr zu sehen war..., und der eindrucksvolle Tagesausflug über La Paz in 4100 m Höhe zum Titicacasee in 3800 m Höhe, die dünne Luft und wie anstrengend es sein kann fünf Treppenstufen zu bewältigen. Zum Glück war kaum Zeit zum Einkaufen, denn sonst hätten wir einige dieser warmherzigen Kontakte nicht erlebt und wären womöglich mit Währungsumrechnungen beschäftigt gewesen.

Herzlichst Knud Kober, der von Südamerika noch lange nicht genug hat.

Coroatà, Maranhao, Brasilien 3.-18.7.10



Gruppenbild im OP

Der folgende Bericht – diesmal aus der Feder eines HNO- Arztes – handelt vom 19. Einsatz in Coroatà. Schauplatz der Tätigkeit unseres 9- köpfigen deutschen Teams war fast immer – mit einmaliger Ausnahme – das „Retiro San Daniel“, von Prof. Widmaier, Stuttgart, in den frühen 90ern gekauft und in ein Hospital für die Armen verwandelt. In zwei Jahrzehnten ist Coroatà zu einer zuverlässigen Säule der Interplast- Einsatzplanung geworden. Das ist vor allem der unverbrüchlich-treuen Kooperation coroatanischer Franziskanerinnen zu verdanken, allen voran Schwester Veronica.

Zwar schreiben die Brasilianer „Ordem e Progresso“ auf ihre Fahnen, zwar hat die Weltöffentlichkeit begriffen, daß Brasilien ein aufstrebendes und begütertes „Schwellen“-Land ist, aber in



Warteschlange



Sprechstunde

Coroatá sind Ordnung und Fortschritt nicht gerade zuhause, es herrschen im Gegenteil dieselbe Armut, derselbe Rückstand, wie vor drei Jahren, als der Chronist zum ersten Mal hierherkam. Gewechselt hat inzwischen der Präfekt des Distrikts, der sich schon damit ein Denkmal gesetzt hat, daß er das erst wenige Jahre alte kommunale Krankenhaus abreißen ließ, das nur eine einmalige kurze Blüte erlebt hat, als nämlich Interplast es im Jahre 2008 mit Patienten und fleißiger, ärztlicher Tätigkeit füllte. Die Anreise gestaltete sich planmäßig: In Münster-Osnabrück stiegen Hubertus (pl.Ch.) und Marlene (Org.), Jan (pl.Ch.) und ich (HNO) in den Flieger nach München, wo Frank (An.), sein Freund Christian (An.) und Stefan (ZMK) das Team vergrößerten, das in Lissabon nochmals um Jutta (An.-Schw.) und Yvonne (Op.-Schw.) bereichert wurde. Nach mehrstündigem Transatlantikflug erwartete uns auf brasilianischem Boden in Fortaleza Stelio, Oralchirurg in Ausbildung, Brasilianer, mehrfach bewährter Helfer und Dolmetscher (er spricht engl.), der uns zu einem ange-

nehmen Strandhotel eskortierte. Ein Abendessen am Strand unter Palmen bot Gelegenheit, auf den beginnenden Einsatz anzustoßen. Am Morgen flog man nach Sao Luiz weiter, wo Francisco uns mit seinem Bus abholte und die letzten 250 km nach Coroatá fuhr. Nach Austausch herzlicher Umarmungen unter alten Freunden und lieben Mitarbeitern wurden Koffer ausgepackt, der OP. und Schlafquartiere schon einsatzbereit gemacht. Während der HNO- Arzt im vergangenen Jahr in einem engen und betriebsreichen Korridor aschenbrödeln mußte, wurde er diesmal in ein nagelneues „Consultorio“ eingewiesen, eine aus Palmzweigen gebaute, geräumige Hütte auf frisch gegossener Betonfläche, mit Glühbirne unterm Blätterdach und Waschbecken an der Wand. Traumhaft! Besonderes Schmuckstück dieser Hütte: Schwester Tanja aus Worms, Dolmetscherin und Sprechstundenhilfe, intelligent und sympathisch. Das HNO- Wartezimmer – ein paar Stühle im Schatten eines Baums – war ständig überfüllt: die Kunde meiner Anwesenheit hatte ein Jahr lang Zeit gehabt, sich über die Buschtrommel zu verbreiten. Diagnostik, Therapie und Operation konnte sich nur auf altbewährtes, robustes technisches Gerät stützen. Neben kleineren plastisch-chirurgischen Maßnahmen im Kopf-Halsbereich haben wir Adeno- und Tonsillektomien, Nasenseptumplastiken, und Ohrmuschelplastik ausgeführt, kurz dauernde Eingriffe, die einen hochfrequenten Wechsel zwischen Narkoseein- und -ausleitung und Mehrarbeit für Frank und Christian, Jutta und Yvonne bedeuteten. Die Mitnahme eines zweiten Anästhesisten erwies sich bald als kluge Entscheidung.

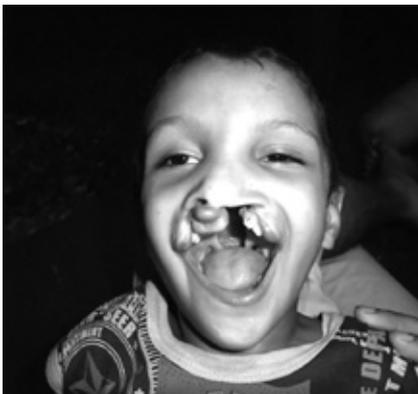
Einige Frauen hatten sich schon vor unserem Einsatz bei Schwester Veronika gemeldet, die eine Reduktion ihrer gigantischen Brüste erbeten hatten – mehr sogar, als im verfügbaren Zeitraum behandelbar waren. Als fachfremder Beobachter habe ich diese kaum tragbaren anatomischen Superlative bestaunt, aber auch die aufwendige Planung, anstrengende und zeitaufwändige Operation und schließlich das symmetrische, vorzeigbare, tragbare Ergebnis von Hubertus' und Jans plastischer Arbeit.

Eine weitere, jüngere und überraschend zahlreiche Patientengruppe waren die Träger von Lippen-Kiefer-Gaumenspalten in allen typischen Spielarten. Besonders Stefan nahm sich ihrer an und operierte, manchmal mit Stelios Assistenz, täglich einige dieser Patienten und eröffnete ihnen damit eine grundsätzlich neue, hoffnungsvolle, menschliche Daseinsperspektive.

Wie bei früheren Einsätzen gab es auch ein buntes Programm an gutartigen und weniger gutartigen Tumoren der Subcutis und Cutis, darunter zahlreiche Basaliome, die wir großenteils an einem dritten Tisch und in LA operierten. Es gab Fehlbildungen wie Polydaktylie und Syndaktylie, auch unschöne und funktionsbehindernde Narben, glücklicherweise diesmal aber nur wenige Verbrennungsschäden.

Während bei früheren Einsätzen (im Juni) Coroatá in den Rhythmen des Boi-Bumba-Festes vibrierte, war es diesmal (im Juli) die Fußballweltmeisterschaft, die das spannende Tagesthema bildete. Wir durften das Endspiel am Fernseher im Franziskanerinnenkonvent miterleben.

In früheren Jahren beehrte uns an einem Abend gewöhnlich Bischof Pün-



Fröhlicher Spaltenträger



der. Der stammt aus Berlin und spricht deutsch. Da er leider schwer krank ist, war es diesmal sein designierter Nachfolger, Dom Sebastiao aus Manaus, der uns zum Essen besuchte, und sich freundlich und lobend zu unserem Einsatz äußerte.

Am Vorabend unserer Abreise trafen wir uns mit allen brasilianischen hilfreichen Geistern zu einem Abschiedsfest am Grillfeuer, tauschten Geschenke und Dankesworte aus, und versprachen, uns im kommenden Jahr am selben Ort wiederzusehen.

Inzwischen sind wir wohl alle erfüllt und

zufrieden in unseren Alltag zurückkehrt.

Besonderen Dank verdienen, wie schon in früheren Jahren, Sr. Veronika auf der anderen Seite des Globus, und Hubertus und Marlene Tilkorn auf dieser.

Team- Mitglieder:

Tilkorn, Hubertus,
Plast. Chir., Team-Leiter
Tilkorn, Marlene, Allg.-Med., Organisation, Dokumentation
Hessenberger, Stefan, MKG- Chir.
Esters, Jan-Dirk, Plast. Chir.
Poll, Andreas, HNO

Möllers, Frank, Anaesth.
Hildebrandt, Christian, Anaesth.
Nickels, Jutta, Anaesth.- Schw.
Reschke, Yvonne, Op.-Schw.

Bilanz:

165 Operationen an 153 Patienten:
52 rekonstruktive, rehabilitierende Eingriffe im MKG- Bereich
56 ablativ Eingriffe im Bereich der Haut und -anhangsgebilde
25 plastisch- rekonstruktive und rehabilitierende Operationen
32 HNO- Operationen

Andreas Poll

INTERPLAST-Einsatz in Cagayan de Oro/Mindanao/Philippinen 13. Februar bis 1. März 2010

Eigentlich bräuchte man keinen Einsatzbericht zu schreiben, sondern nur einen alten Bericht kopieren. Denn wieder einmal lief in Cagayan alles perfekt. Das liegt einerseits in der exzellenten Vorbereitung durch den Mann vor Ort, Dietmar Schug von „Ärzte für die dritte Welt“ und seinen Mitarbeitern und andererseits an dem gruppenspezifisch und fachlich hervorragendem Team.

Aber ein Einsatzbericht muss natürlich sein, aber wo soll man anfangen? Vielleicht mit Michael Triebig vom Reisebüro „3T-Reisen“, durch dessen Abkommen mit Kuwait Airways, die uns zwar etwas umständlich, aber ohne einen Cent Kosten für das Gepäck (378 kg) nach Manila brachten. Oder mit Horst Aschoff, der am Zoll in Manila mit dem dezenten aber unmissverständlichen Hinweis, dass heute Valentinstag sei, erreichte, das wir ohne eine Kiste zu öffnen, durchgewinkt wurden.

So erreichten wir am 15. Februar um 6:00 Uhr Cagayan und konnten um 8:00 Uhr mit dem Einrichten des OP's und dem Screening der voruntersuchten Patienten beginnen und ab 15:00 Uhr als warming up auch anästhesieren und operieren. Effizienter geht's kaum.

So wurden an zehn vollen und drei halben OP-Tagen 110 Patienten operiert, hauptsächlich Spaltmissbildungen, Strumen und Verbrennungskontrakturen. Dies alles mit der phantastischen Unterstützung der philippinischen Schwestern und Pflegern im OP und auf unserer Station. Leider werden sie wahrschein-

lich beim nächsten Einsatz nicht mehr da sein und ihr Geld in England, Irland oder den USA verdienen. Der Drang nach Auswanderung ist auf den Philippinen übergroß und für uns oftmals unverständlich. So ist unser langjähriger Freund und Anästhesist Gerry Clitar nun seit einigen Jahren als Anästhesiepfleger in den USA tätig. Ob er dort glücklicher ist?

Überschattet wurde der Einsatz durch einen Patienten, der in der ersten Woche an einem malignem Weichteiltumor (Histiozytom) am Oberschenkel operiert wurde. Trotz schon intraoperativer Gabe von Vollblut entwickelte sich rasch eine dissimilierte Gerinnungsstörung und eine Sepsis. Obwohl im Rahmen des Möglichen mit hochpotenter Antibiotikatherapie (Imipenem) und adäquater Volumen- und Hämotherapie mit 30 EK und FFP alles getan wurde, konnte der letale Verlauf nicht aufgehalten werden. Der Patient verstarb wenige Tage nach unserer Abreise im Multiorganversagen. Wie auch in Deutschland mit maximaler Intensivtherapie steht man solchen Verläufen hilflos gegenüber.

Dem gesamten Team, bestehend aus:

- Daniela Hanl (OP-Schwester/Saalfeld)
- Christiane Schadow (Arztshelferin/Saalfeld)
- Samer Hakim (MKG-Chirurg/Lübeck)
- Horst Aschoff (Plast. Chirurg/Lübeck)
- Kay Lipka (Anästhesist/Lübeck)
- Frank Lehmann (Chirurg/Nauen)
- Olav Laubinger (Chirurg/Nauen)

möchte ich für ihr Engagement und den Enthusiasmus danken und freue mich, das es doch immer wieder gelingt, dass alle an einem Strang ziehen und das auch noch in derselben Richtung. Es hat wirklich viel Freude bereitet, mit Euch zu arbeiten.

Operationen:

Einseitiger Lippenplastik:	47
Beidseitige Lippenplastik:	7
Gaumen + Lippenplastik:	10
Gaumenplastik:	8
Strumaresektion:	23
Verbrennungskontraktur:	10
Sonstige (Lipome, Hämangiom, Hautdefekt, Histiozytom OS)	5

Nach INTERPLAST-hard core im vergangenen Jahr in Indien nun wieder ein Soft-Einsatz, oder wie Dirk Hermes es einmal treffend formulierte: INTERPLAST-light bzw. behütete Entwicklungshilfe. Tut auch mal wieder gut.

2011 werden Peter Sieg und sein Team, sowie zweimal die Kollegen von INTERPLAST-Australia erwartet, die auch einen Fuß in der Tür haben, geographisch verständlich. Ich hoffe, dass dieser unkomplizierte Einsatzort weiterhin erhalten bleibt und nicht dem Kommerz zum Opfer fällt. Aber die Hoffnung ist mehr als begründet.

*Gunther Kranert,
Anästhesist/Teamleiter*



San Carlos City / Pangasinan Philippinen Februar 2010



Im Frühjahr des Jahres 2010 haben wir vom 21. 2. 2010 bis zum 6. 3. 2010 erneut einen Operationseinsatz finanziert von Pro Interplast Seligenstadt in San Carlos City durchgeführt.

Parallel zum Einsatz, von dem hier berichtet wird, wurde durch ein anderes Team aus der selben Gruppe der Folgeinsatz für unser seit 1997 laufendes Operationsprogramm in Puerto Princesa City durchgeführt. Von diesem Einsatz wird gesondert berichtet werden.

Die Kosten beider Einsätze wurden – wie schon seit vielen Jahren - aus Mitteln des gemeinnützigen Vereines Pro- Interplast- Seligenstadt getragen. Herzlichen Dank an die Vereinsvorsitzende Frau Waltraud Huck und Ihre Mitarbeiter für Ihren professionellen, unermüdlichen und extrem engagierten Einsatz zugunsten unserer Arbeit.

Das Team, das am 21. 2. 2010 mit Emirates auf die Philippinen gereist ist, setzte sich wie folgt zusammen:

Wolter, Dr. Tim
Aachen (Plastischer Chirurg)

Paulus, Dr. Pascal
Brüssel / Belgien (Zahn- Mund- Kieferchirurg)

Loehlein, Dr. Christian
Velbert (Anästhesist, Teamleiter)

Poledniok, Barbara
Velbert (OP- Schwester)

Kaposi, Gordana
Velbert (Anästhesie- Schwester)

Vinluan - Loehlein, Josephine
Velbert (Kinder- und Anästhesie-
schwester)

Der Einsatz im „Provincial Hospital“ in San Carlos City blickt auf eine mittlerweile 16- jährige Tradition zurück. Es wurden bereits mehr als 1400 Patienten von Pro Interplast- Teams hier operiert. Die Abläufe sind demzufolge mittlerweile sehr routiniert. Wir haben

uns bei unseren Einsätzen in San Carlo City immer vornehmlich auf die Versorgung mit Lippen- Kiefer. Gaumenspalten konzentriert.

Wenn auch zumindest in den großen Städten Fortschritte unübersehbar sind, steht nach wie vor steht Bürgern des Landes, die unter dieser Missbildung leiden, im Lande in der Regel keine operative Behandlung zur Verfügung, es sei denn die Familie könnte selbst für die erheblichen Kosten aufkommen. „Krankenversicherung“ ist für den bei weitem überwiegenden Teil der Bürger des Landes nach wie vor ein Fremdwort.

Das „Provincial Hospital“ in San Carlos City hat im Laufe der Jahre einen erheblichen Aufschwung erfahren , wozu Pro- Interplast Germany mit den seit 16 Jahren regelmäßig stattfindenden Einsätzen sicher einen bescheidenen Beitrag geleistet hat.

Die vorübergehende aufgrund des Re-



Patientenselektion



gierungswechsels vor Ort aufgetretene Unterbrechung in der Kommunikation ist überwunden – die Vorbereitung lief wieder problemlos.

Insgesamt wurden 69 Patienten im Rahmen dieses Einsatzes operiert. Auch 2010 wurden ganz überwiegend LKG- Patienten versorgt. Solange unversorgte Spaltträger auf die Operation warten, lässt sich unserer Überzeugung nach mit deren Operation besonders effektiv Hilfe leisten.

Ingesamt wurden 23 Gaumenspaltplastiken durchgeführt. Von den zuerst versorgten Patienten haben sich leider in zwei Fällen aufgrund eines offenbar nicht geeigneten Nahtmaterials (das vom Hersteller für diese Indikation ausdrücklich empfohlen worden war)

Während des Einsatzes wurde eine e-mail- Anfrage aus der Schweiz an mich weitergeleitet. Kern der Frage war, ob

Interplast Germany in der Lage sei, auf den Philippinen im Rahmen der dort stattfindenden Einsätze einen ca 6- Jährigen Jungen mit einer bisher in keiner Weise behandelten Klumpfuß- Missbildung zu versorgen. Für den gerade laufenden Einsatz musste ich das leider absagen.

Da wir mit ähnlichen auf den Bewegungsapparat bezogenen Missbildungen wie Klumpfuß, Polydaktylien, Syndaktylien, Radiusaplasien und auch mit komplexeren Problemen im „Bei-fang“ unserer vorbereitenden Untersuchungen in der Vergangenheit häufig konfrontiert wurden, haben wir nach Rücksprache mit W. Huck und auch mit Dr. A. Borsche unser Konzept für den kommenden Einsatz 2011 folgendermaßen modifiziert:

Wir werden mit Herrn Dr. Thomas Müller aus Werl einen äußerst versierten Orthopäden / Unfallchirurgen mitneh-

men. Er wird unser Team im Januar / Februar verstärken und auf einem hoffentlich möglichen zweiten Tisch die angesprochene Patientengruppe behandeln . Wir würden für einen „Parallel- Tisch“ vermutlich auf Unterstützung von lokalem OP- Personal zurückgreifen müssen . Wir haben unsere lokalen Partner angewiesen, passende Patienten vorzubereiten und personell entsprechende Vorsorge zu treffen..

In der Summe kann von einem sehr harmonisch verlaufenem Einsatz berichtet werden. Die Arbeit war dringlich notwendig, verlief – von den berichteten Problemen mit dem Nahtmaterial abgesehen - komplikationslos und erfolgreich. Die Rückreise trat das Team am 6. 3. 2010 wieder in typischer Pro Interplast- Manier an – erschöpft aber hochzufrieden.

Christian Löhlein, Velbert





Can Tho / Süd-Vietnam



Can Tho in Südvietsnam im Mekong-Delta war zum 2. Mal Ziel eines INTERPLAST – Einsatzes vom 13.03.2010 - 27.03.2010.

Vorbereitet wurde dieser Einsatz von Frau Dr. Isabelle Huynh, Anästhesistin und in Dortmund tätige gebürtige Vietnamesin.

Der Ersteinsatz von 2009 war für alle so intensiv erlebt worden, dass nahezu die gleiche Mannschaft wieder zur Verfügung stand.

Partnerorganisation in Can Tho war wieder das 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 wurden. Nach einem 11-stündigen Nachtflug kamen wir in den frühen Morgenstunden an, wurden am Flughafen vom Komitee abgeholt, danach folgte eine ca. 5-stündige Busfahrt nach Can Tho. Wir wohnten wieder im gleichen Hotel wie im vergangenen Jahr, einfach aber sauber und ordentlich. Nach einer kurzen Erholungspause machten wir trotz der Müdigkeit noch die OP's startklar.

Am nächsten Morgen erfolgte zunächst eine offizielle Begrüßung mit den zentralen Persönlichkeiten der Klinik. Danach wurde das Patienten-





screening 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 Chefarzt Dr. Hoa – MKG-Chirurg- hatte die Patientenströme auf mehrere Tage verteilt.

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 Patienten war Dank der außerordentlichen Leistung des Anästhesieteam's 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. Erfreulich war, dass es keine wesentlichen Komplikationen gab.

Trotz des hochwertigen und vollen Op-Programms kamen die Freuden des vietnamesischen Lebens insbesondere für die Gourmetfreunde nicht zu kurz. Mehrfache Einladungen von verschiedener Seite mit ausgesprochen opulenten Menüs werden unvergessen bleiben.

Auch blieb noch ein wenig Zeit, die Umgebung insbesondere die berühm-

ten „Schwimmenden Märkte“ auf dem Mekong zu besuchen.

Die Abschiedszeremonie wurde in einem großen Saal durchgeführt. Alle Klinikangestellten waren eingeladen. Nach der Verleihung der Urkunden und der offiziellen Reden ging es rasch zu einer fröhlichen deutsch-vietnamesischen Party über.

Der Wochenendausflug ging dieses Mal auf eine einsame unbewohnte Insel im südchinesischen Meer. Es war ein Erlebnis der besonderen Art. Auch dort wurden wir bestens versorgt und die Gaumenfreuden (alles musste mit dem Boot herangeschafft werden) dürften allen in bester Erinnerung bleiben. Hier sei Herrn Tri von AIA aufs Herzlichste gedankt, der dies alles organisiert hatte.

Zusammenfassend war es wieder ein äußerst interessanter und erfolgreicher Einsatz, erfreulicherweise ohne wesentliche Komplikationen. Auch die gesundheitlichen Probleme des Teams hielten sich in Grenzen. Es bedurfte keiner langen Überlegung, ob die Einladung zu einem erneuten Camp in Can Tho angenommen werden soll.





Der nächste Einsatz wird im März 2011 stattfinden.

Ein tolles Team waren:

Dr. Isabelle Huynh
Dr. Peter Schachner
Dr. Teresa Schachner
Dr. Efgeni Khaet
Uwe Henisch
Ludger Homann
Marion Homann
Marianne Zabel
Als Praktikanten:
Katrin Bui
Deborah Zabel
Julian Henisch

vor Ort:

Dr. Hoa
Organisation für arme Patienten
Direktor des Krankenhauses

**Allen herzlichen Dank;
dem Team,...**

aber auch den Sponsoren, ohne die der Einsatz nicht möglich gewesen wäre:

Pro Interplast, Seligenstadt, für die Übernahme der Flugkosten

Herrn Schaufler für die Übernahme der Krankenhaus- und Unterbringungskosten

Interplast Germany e.V. Sektion Schopfheim für die übrigen Kosten

Günter Zabel





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

Teilnehmer:

Dr. med. Du Nguyen Phu, Chirurgie
Stuttgart
Dr. med. Hua Ton - That, Anästhesie
Würzburg
Dr. med. Dora - Lisa Juhnke, Chirurgie
Berlin
Juliette Nguyen Phu, Organisation, Dol-
metscher, Patientenbetreuung
Frankfurt/Main
Dr. med. Horst Aschoff, Plastische Chi-
rurgie, Lübeck

Seit dem letzten Interplast-Einsatz in Duong Dong auf Phu Quoc sind mittlerweile 6 Jahre vergangen. Zwischenzeitlich hat es offensichtlich einen entscheidenden Wechsel der Verantwortlichen vor Ort gegeben, so dass wir der etwas überraschend ausgesprochenen, initiativen Einladung der Krankenhausleitung nur zu gerne Folge leisteten. Für uns angenehm war das bekannte Arbeitsumfeld mit überwiegend identischem Personal auf Station und im OP, so dass am Folgetag nach Ankunft in bewährter Weise mit

der Arbeit begonnen werden konnte. Spektrum und Arbeitsbedingungen haben sich nicht verändert, es wurden insgesamt 74 Patienten an 2 Tischen operiert, davon zahlreiche Strumen, einige Handfehlbildungen, Tumore der Körperoberfläche sowie eine perforierte Cholecystitis. Die Einzelheiten sind tabellarisch beigefügt.

Zum Ende des Einsatzes gab es einen kleinen Wermutstropfen in der insgesamt ausgesprochen harmonischen Zusammenarbeit mit den vietnamesischen Kollegen und dem Pflegepersonal. Am vorletzten Tag wurden wir darauf aufmerksam gemacht, dass der übergeordneten Gesundheitsbehörde auf dem Festland zugetragen worden sei, dass wir mit Nahtmaterial mit abgelaufenem Verfallsdatum arbeiten würden. Tatsächlich war ein Teil unseres Materials über Nacht verschwunden. Es handelte sich dabei überwiegend um original verpacktes, resorbierbares Nahtmaterial mit Verfallsdatum 4/2010. Diese Unaufmerksamkeit hätten wir uns gern erspart, hatten jedoch ange-

sichts der faktischen Lässlichkeit dieser Sünde keinerlei Augenmerk auf diesen Umstand verschwendet. Interessanterweise allerdings waren nicht wir selbst die Adressaten dieses Vorwurfs, vielmehr scheint es sich um eine Fehde zwischen dem chirurgischen Chef des Krankenhauses und seinen ihm vorgeetzten Bürokraten auf dem Festland gehandelt zu haben. Für einen halben Tag gab es offensichtlich eine Menge Gesprächsbedarf zwischen den Kontrahenten aber das Ergebnis dieser Auseinandersetzung wurde uns nicht mitgeteilt. Wie auch immer, am Ende des Einsatzes war dann - durchaus systemimmanent - alles wieder brüderliche Freundschaft und unverbrüchliche Treue. Laut Abschlusskommunique seien wir auch in 2011 wieder willkommen, zu diesem Zeitpunkt allerdings wird das derzeit im Bau befindliche neue Krankenhaus bezogen sein. Es bleibt abzuwarten, aus welcher Richtung der Wind nach dessen Eröffnung wehen wird.

Horst Aschoff, Lübeck

Einsatzstatistik Phu Quoc / Vietnam Dezember 2010

Konsultationen

325 Patienten

Operationen

74 Patienten

davon:

Strumen	17	Umbilical- /Leistenhernie	
Halszysten	3	Narbemkorrektur n. Lippenverschluß	1
Haut/Unterhauttumore, Lipome, Atherome	22	Cholecystektomie	1
Sonstige Tumore (Abszesse, Fremdkörper, Lymphknoten, unklare Histologie etc)	15	Anästhesie:	
ausgedehntes Hämangiom Stirn	1	ITN	19
Extirpation Gland. submandibularis	1	Regionalanästhesie	11
ausgedehnte		Lokalanästhesie	44
Verbrennungskontraktur			
Ellenbogen	1	Komplikationen:	
Beugesehenrekonstruktion	2	Wundheilungsstörungen	keine
Syndaktylie Hand	2	Nachblutungen	keine
Tendovaginitis Hand	4	Sonstige	keine
Metallentfernungen Hand	2		



Einsätze 2010 Sektion Interplast München **Burma: Lashio und Yangon; Projekt: Mobil Clinic - SWIMMING DOCTORS;** **RIVER DOCTORS** **Ecuador: Quevedo und Guadalupe**

1. Nordburma, Lashio, 27.02.-14.03.2010

Teamleiter:
Dr. Heinz Schoeneich

Chirurgie:
Prof. Dr. Heinz Homann
Dr. Frauke Deneken, Chirurgie Wuppertal, Handchirurgie
Prof. Torsten Reichert, MKG Regensburg
PD Dr. Martin Gosau, OA MKG Regensburg

Anästhesie:
Dr. Angelika Wagner
Dr. Martina Rieffert
Dr. Paul Schüller
OP-Schwestern:
Iris Kuriakos-Gantenbein
Katharina Feigl

Die lange angekündigten Wahlen, haben am 07.11.2010 in Burma stattgefunden. Die Wahlen sind ohne Zwischenfälle verlaufen und Aung San Suu Kyi ist frei. Sie scheint sich bisher taktisch ruhig zu verhalten und mit dem Militär kooperieren zu wollen und durch kleine Schritte eine Opposition aufzubauen. Mitte Februar 2011 wird sich das neue Parlament zusammenfinden. Das ist sicherlich die einzige Chance dem Land mehr Freiheit und positive Veränderungen zu ermöglichen. Was dem Land - und vor allen Dingen der Bevölkerung - helfen würde, wäre die schnelle Beendigung des Boykotts.

Die Entscheidung Januar 2010 nach Lashio zu gehen lag in den Händen des Gesundheitsministeriums. Sie hatten uns gebeten dort ca. 100 km von der chinesischen Grenze unseren 33 Burmaeinsatz durchzuführen. Diese Region ist unterversorgt. Lediglich MSF Holland unterhält dort eine Station für Tuberkulose, Malaria und Aids. Durch nicht vorhandene persönliche Kontakte vor Ort, waren wir auf die Regierungsaktivitäten angewiesen. Der Medical Officer im Krankenhaus wurde von der Regierung beauftragt, Patienten mit Lippen-Kiefer-Gaumenspalten,



Waisenhausschule nahe Taunggy Myanmar Foundation

Verbrennungen und Tumoren zu suchen. Das Resultat: nur 68 Patienten, aber „Gott sei Dank“ hatte sich die Situation geändert, nachdem der Gouverneur der Shan-Provinzen zu Besuch kam und seine Untergebenen mit Nachdruck dazu aufforderte mehr Patienten zu akquirieren.

So erschienen dann in der 2. Woche über 190 Patienten zum Screening. Von diesen Patienten konnten wir in den darauf folgenden Tagen 107 Patienten operieren und 127 Operationen an diesen 107 Patienten durchführen. Bei anderen Burmaeinsätzen liegen die OP Zahlen bei 120 - 180 Patienten.

OPERATIONEN: 127 an 107 Patienten
Bei 75% handelte es sich um Lippen-Kiefer-Gaumenspalten in allen Variationen und in allen Altersgruppen von 1-5 Jahren, bzw. aber auch von 20-30 Jahren. Leider hatten wir nur wenige ausgeprägte Verbrennungskontrakturen zu versorgen. Die klassischen axillären und sternumkostalen Kontrakturen und Handkontrakturen blieben dieses Mal aus. Man hatte hierzu nicht aufgerufen.

Aufgrund unserer Teamgröße konnten wir an 4 Operationstischen gleichzeitig arbeiten und es hatte sich wieder ausgezahlt einen 3. Anästhesisten mitzu-

nehmen. Kurze Wechselzeiten waren die Folge.

Komplikationen sind bei diesem Einsatz nicht aufgetreten. Prof. Reichert, Chef der MKG Universitätsklinik Regensburg, war zum 2. Mal im Team und wir konnten seine Erfahrung nutzen, uns intern fortzubilden. Gleiches galt für unsere burmesischen Kollegen, die wie immer dabei waren, um sich mit den neuen Operationstechniken vertraut zu machen.

Prof. Reichert nutzte die Gelegenheit die einheimischen Kollegen aus Yangon, aber auch die Kollegen vor Ort auszubilden, so dass auch Dr. Kho Sun Nay, der selbst als advanced gilt und zu den routinierten Operateuren zählt, einige neue Techniken übernehmen konnte.

Zusammengefasst waren wir als Operationsteam dann doch durch die nachkommenden Patienten ausgelastet. Die Unterstützung der Locals war gut und klimatisch war der Ort aufgrund der Höhenlage angenehm. Die drohende Wärme vor der Regenzeit ist ausgeblieben, so dass wir eine wunderbare Rückreise per Schiff und per Flugzeug antreten konnten.

Yangon: Mai 2010
Projekt: Mobil Clinics; Swimming



Swimming Doctors



River Doctors

Doctors und River Doctors

Jürgen Gessner Stiftung Life, Dr. Heinz Schoeneich Interplast MUC, Jürgen von Jordan

Der zweite Einsatz fand dann im April statt. Zusammen mit Jürgen Gessner (Stiftung Life) wollten wir die zwei schwimmende mobilen Kliniken, River Doctors und Swimming Doctors zum Abschluss bringen. Beschaffung der Medizinischen Hardware: ein komplettes Labor, Ultraschallgerät, Operationstische und Liegen, Nahtmaterial und ein Röntgengerät, sowie die Auswahl der medizinischen burmesischen Crew. Diese zwei Praxisschiffe sind in verschiedenen Regionen im Deltabereich (2 Millionen Einwohner) des Ayewaddy Flusses im Einsatz. Vor 2 Jahren hatte der Cyclon Nargis dort 120.000 Todesopfer gefordert

Die Pandaw River Doctors wird von Jürgen von Jordan unterstützt und Swimming Doctors von Jürgen Gessner – Stiftung Life.

Die Pandaw, eine als Mobil Clinic umgebaute Autofähre wurde von einem Schottischen Inhaber für 3 Jahre kostenlos mit Besatzung zur Verfügung gestellt. Die Investitionskosten eines Schiffes mit Umbau zur Mobil Clinic (\$ 250.000) konnten so eingespart werden. Die laufenden Kosten (Personal, Reparaturen und Sachkosten) betragen ca. 6.000-8.000 Euro pro Monat. Der größte Anteil ist leider der Diesel Treibstoff (\$ 1500 - 2000/Mo), der in Burma extrem teuer ist.

Interplast München hat sowohl River Doctors als auch den umgebauten Reisfrachter von Stiftung Life mit je 40.000 Euro für die medizinische Hardware unterstützt. Bei Abschluss der Mobil Clinic Projekte wird die Hardware von Interplast an Basiskrankenhäuser im Delta verteilt.

Bericht von Jürgen Gessner:

Ein paar Tage nach Nargis waren wir im Delta unterwegs – wie viele andere

auch. Die Menschen, die da unter freiem Himmel saßen und auf Hilfe warteten, kamen aus dem Staunen nicht heraus: zum ersten Mal in Ihrem Leben sahen sie weiße Kittel. Medizinische Versorgung gibt es im Delta so gut wie gar nicht. Wer einen Arzt braucht, ist viele Stunden mit dem Boot unterwegs bis zur Provinzhauptstadt Dedejæe.

Francois Kenedi, Heinz Schoeneich und ich hatten die gleiche Idee, das ist eine der Gemeinsamkeiten, die uns verbindet. Die „Flying-Doctors“ sind berühmt geworden für die medizinische Versorgung abgelegener Gebiete. Bald bekommt das Delta die schwimmenden Doktors. Für die Menschen im Delta von Myanmar finanzieren wir den Bau einer schwimmenden Arztpraxis. Das müssen wir ändern: wir bringen die Ärzte mit einem Boot zu den Menschen. Das wir uns damit gefunden haben, mag je nach Glauben Zufall oder Fügung sein – wir sind ganz glücklich damit

Vergangenen Sommer haben wir die Idee für die „Swimming Doctors“ aufgeschrieben, ein Schiff gekauft und mit dem Umbau begonnen. Die gesamten Investitionskosten für das Schiff werden von der Stiftung Life und die medizinische Einrichtung von Interplast getragen - der laufende Betrieb soll sich zum größten Teil selbst finanzieren. Dafür bezahlen die Patienten den Gegenwert von 1-3 Euro pro Arztbesuch. Für die Menschen, die auch diesen kleinen Beitrag nicht leisten können, gibt es einen poor patient fund. „River Doctors“ arbeitet bereits seit 6 Monaten und fährt die vorgegebene Route. Sie haben erste Erfahrungen im positiven und negativen Sinne gemacht. Die Ärzte bieten jeden Tag in einem anderen Dorf eine regelmäßige Sprechstunde an und kommen einmal pro Woche immer wieder zum selben Zielpunkt zurück. Nach 21 Tagen geht es wieder nach Hause, ein paar Tage zur Erholung und Fortbildung für Boot und Mannschaft, und am 1. des Monats geht's dann wieder los.

Weil die Kindersterblichkeit in Myanmar

noch immer so hoch ist, liegt die durchschnittliche Lebenserwartung der Menschen dort bei 50 Jahren (79 bei uns). Unsere Mobil Clinics haben ein Ultraschallgerät an Bord, mit dem wir Hochschwängere untersuchen. Durch diese Untersuchungen sind zu erwartende Komplikationen bei der Geburt besser vorhersagbar. Die Frauen können sich rechtzeitig darauf einstellen und zur Geburt in ein Krankenhaus gehen. Das ist unser kleiner Beitrag zur Verbesserung der Lebenschancen.

„Wenn dein Schiff untergegangen ist und du dich mit ein paar Leuten auf eine Insel retten konntest, dann erkläre deinen Männern nicht, wie sie ein Boot bauen sollen - erzähle Ihnen lieber von Ihren Frauen und Kindern, die Zuhause warten.“ Diesen Gedanken von Antoine de Saint-Exupéry mag ich sehr - und ich lebe ihn. Auch wenn ich die Umbauarbeiten an unserem Schiff gerne begleite - Kraft und Begeisterung bekommt dieses Projekt aus dem gemeinsamen Ziel, das Mr. Kenedi, Heinz Schoeneich und ich vor Augen haben. In den kommenden Monaten wird dieses Ziel sichtbar werden.

SWIMMING DOCTORS NEWS

4.12.2010 Jürgen Gessner: Heute morgen um 5 Uhr ist es gestartet. Mit dem Segen der Mönche hat unser Schiff offiziell seinen Dienst aufgenommen. Ohne klirrende Champagnerflasche am Bug - dem Land und der Uhrzeit entsprechend war alles etwas leiser. Mister Kenedi hatte gemeinsam mit Phyu auch diesen Teil des gemeinsamen Projekts mit Liebe und Sorgfalt gestaltet. Der deutsche Botschafter J.G Luy und (für diese Uhrzeit) viele weitere honorierge Gäste waren dabei. Seinen burmesischen Namen hat das Schiff behalten. Als „vieltausend Glücksbringer“ hatte das Schiff schon hunderttausend Säcke Reis durch das Delta geschleppt, bevor wir es im Herbst 2009 gekauft haben. Nach einem Jahr Umbauzeit wird es nun mit dem selben Namen wieder im



Delta unterwegs sein. Mit einem Arzt und drei Schwestern fangen wir an. Wenn das medizinische Team sich eingearbeitet hat, werden wir das Personal aufstocken. Drei Untersuchungsräume gibt es an Bord und ein OP für minor surgery. Dem Schiff und seinem Team wünschen wir so viel Glück, wie es der Vorbesitzer hatte, der hat seinem neuen Schiff wieder den gleichen Namen gegeben: „vieltausend Glücksbringer II“. Unser großer Dank geht an Dr. Heinz Schoeneich in München, der über Interplast die medizinische Ausrüstung gesponsert hat \$ 40.000 und an Kapitän Damaschke mit den Gästen der MS Europa (Captains Dinner \$ 70.000), die uns bei der Entwicklung dieses Projekts so wunderbar geholfen haben.

Dear Mr. Gessner, dear Mr. Schoeneich, the Swimming Doctors information mission was very successful. They were warmly welcome to the villages they could reach because of the bad weather condition. After coming back to Yangon to finalize the purchase of what they need. They have an average of 40 to 90 patients a day. It will be better to have one or two more doctors on board. Your wish that it could save a live is already realized with a man who had a serious heart problem and another with a 11 years old girl who was very seriously burned. The villagers to thanks the Swimming Doctors came to give them prawns and fishes. I hope that you are well and your family too, Best regards, Francois Kenedi Projektmanager der swimming doctors in Yangon

*„Mr. Gessner, Mr. Schoeneich you can be happy with the result of our first trip. We have had more than 800 patients. Our doctors could help one six years old girl with serious problems after burning - and in another case, after ultrasound examination, we could give our help to a high pragent woman and her baby.“
F. Kenedi,*

*„Dieses Schiff ist das schönste Beispiel dafür, was eine entwickelte Zivilgesellschaft für eine andere, weniger entwickelte zu leisten vermag.“
Julius Georg Luy, Deutscher Botschafter in Myanmar. Hagen Damaschke, Kapitän der MS Europa*

„Ich bin davon überzeugt, dass dieses sinnvolle Projekt die Gesundheit und medizinische Betreuung einer großen Bevölkerungsgruppe massiv verbes-



MS Europa Mutterschiff unterstützt Swimming Doctors. Sie werden sich 2012 treffen
Captainsdinner: \$75.000 Spendeneinnahme

sern wird.“
Prof. Dr. Volker Klauß, Interplast Stiftung

Deutsche Ärzte haben bei uns gerade eine kleine Gehaltserhöhung um zwei Prozent bekommen, im Durchschnitt 164.000 Euro pro Jahr. Ein paar Abweichungen sind drin, nach oben und nach unten. Die Ärzte auf unserem Schiff bekommen 2 % davon, gute 3.000 Euro im Jahr. Dieses Verhältnis kann man vergleichbar auf andere Berufsgruppen übertragen: ein Lehrer verdient hier 400 Euro im Jahr, die Helferin in einer Teestube 200 Euro. „Geld allein macht nicht glücklich“. Wer den Menschen in Burma ins Gesicht schaut, der weiß, dass dieser Satz richtig ist

Erste Erfahrungen:
Beide Mobilien Kliniken behandeln oder erfassen zur Zeit 50-120 Patienten pro

Tag. Um die Effizienz der Therapie aber auch die Patientenzahl zu steigern, soll der Aktionsradius verkleinert werden. Nur 5 größere Dörfer werden dann angefahren, so dass die Bevölkerung weiß, dass jeden Montag das Schiff in Dorf 1 und am Dienstag in Dorf 2 usw. anlegen wird. Patienten aus den umliegenden Dörfern kennen den Fahrplan und werden Anfahrten mit kleinen Schiffen in Kauf nehmen. So können akute Erkrankungen erfasst und behandelt werden. Bei einem Turnus von 21 Tagen werden die akuten Infekte nur nach dem Zufallsprinzip erfasst. Die in den Dörfern zum Teil zu findenden Hebammen, Krankenschwestern und Naturheiler sollen mit einbezogen werden und das Schiff nicht als Konkurrenz sehen.

Nach weiteren Erfahrungsberichten wird das Projekt und die Zielsetzung so



Der gekaufte Reistransporter in der Umbauphase Swimming Doc



Op für kleine Chirurgie



Apotheke



Schiffseinweihung mit Mönchen u. deut. Bots. J.G.Luy

ausgerichtet sein müssen, dass diese Mobil Clinic mehr leistet als eine Primary Care Unit.

Schwerpunkte sind: akute Infektionskrankungen, minor surgery, Familienplanung, Schwangerenvorsorge, Hygiene und chronische Erkrankungen, wie TBC, Malaria (hier geht es um leben oder streben). Diese werden routinemäßig erfasst und nach Standards behandelt. Bei HIV zunächst nur die Diagnostik. HIV-Infizierte wollen anonym bleiben und werden daher in einer Spezialklinik bei Yangon von MSF antiviral therapiert. Zahnarzt, Gynäkologe und Augenarzt sind fakultativ eingeplant.

Für uns und das ist ein positiver Nebeneffekt werden plastische chirurgische Patienten registriert und dann zu den Einsätzen abgerufen.

2. Einsatz Sektion München: Quevedo / Ecuador 23.07-08.08.2010 (siehe Bericht)

3. Einsatzfinanzierung Guadaluoe Equador (siehe Bericht Prof. Schneck)



Tragbarer Ultraschall



Warte und Aufnahmebereich

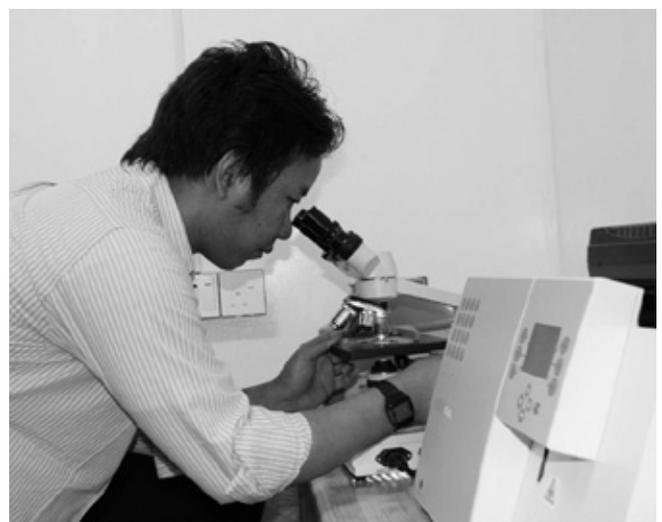


offener Untersuchungsbereich

Crew der Pandow - River Doctors



Kleines Labor





Eingriffsraum für Kleine Chirurgie und Geburtshilfe sponsored by INTERPLAST

**4. Finanzierung Projekt Puma
Tansania (Dr. Schidelko)
Solaranlage für das Krankenhaus**

**5. Projektplanung 2011:
FRIEDENSMISSION Jenin
Palästina: Interplast Mission for
Peace**

Jüdische, palästinensische und deutsche Ärzte operieren an einem OP-Tisch Kinder aus dem Gazastreifen und Palästina unter der Schirmherrschaft von Ismael Kateep (Doku: Das Herz von Jenin), der 2005 die Organe seines von israelischen Soldaten erschossenen Sohnes israelischen Kindern gespendet hat. Zusammen mit Fahkir Hamad,

der das Projekt Cinema for Peace in Jenin initiiert hat, werden wir im April diese gemeinsame Mission mit Christen, Juden und Arabern starten.

Äthiopien:
Unter der Schirmherrschaft von Jürgen Gessner (Stiftung Life) werden wir im Oktober 2011 einen Einsatz in der Region Merhabete, 5 Autostunden nördlich von Addis Abeba in Alemketema durchführen. In Kooperation mit Karlheinz Böhm hatte er 2002 dort ein Krankenhaus errichten lassen.

Burma:
im November Bago Delta-Einzugsgebiet. Teamleiter :Dr. Radu

Burma:
Deltadevision; Baubeginn eines 20 Betten Krankenhauses mit großem Ambulanzbereich ,gestiftet von Knorr Bremse München mit Übernahme der laufenden Kosten für 3 Jahre , dann Übergabe an die Gesundheitsbehörde der Deltadivision.

Heinz Schoeneich



Free treatment für Mönche



Medizinausgabe

INTERPLAST-Hospital in Nepal Das erste Jahr unter nepalesischer Leitung ist geschafft



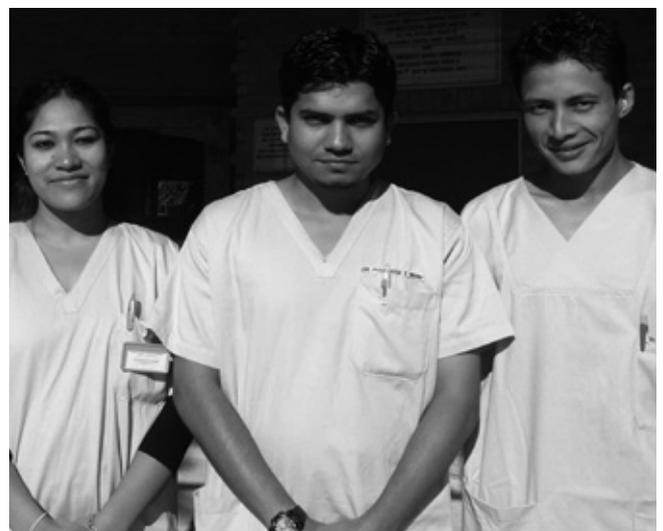
Mit einem feierlichen kleinen Festakt wurde am 02. Dezember 2010 im Beisein der stellvertretenden Ministerpräsidentin, Frau Sujata Koirala, einiger Minister und hochrangiger Regierungsvertreter und natürlich der gesamten Hospitalbelegschaft das einjährige Jubiläum der Hospitalübergabe an die Nepali gewürdigt und gefeiert. Dieser Festakt bereits nach einem Jahr, mag Vielen etwas vorzeitig und übertrieben erscheinen, aber es zeigt wie bedeutungsvoll solch ein Schritt in einem Entwicklungshilfeprojekt ist und wie sehr dies selbst bei der Regierung des Landes Beachtung findet. Frau Sujata Koirala hielt persönlich eine Festrede und war voll des Lobes über das langjährige und zuverlässige Engagement von INTERPLAST und ebenso über alles was das Hospital in den vergangenen 14 Jahren für die medizinische Versorgung der Bevölkerung Nepals vollbracht hat. Unser Direktor Dr. Jaswan Shakya zeigte in einer gelungenen Präsentation die Leistungsfähigkeit des

Hospitals. Hein Stahl, als der Vertreter von INTERPLAST, bedankte sich bei der Belegschaft für das im ersten Jahr Geleistete und bat insbesondere die Regierungsvertreter dem Projekt auf dem Weg zur weiteren Integration in das nepalesische Gesundheitswesen behilflich zu sein und das Projekt von staatlicher Seite zu fördern.

Diese Würdigung darf aber nicht darüber hinwegtäuschen, dass INTERPLAST immer noch voll in der Verantwortung steht. Insbesondere gibt es für die wirtschaftliche Loslösung von den Spenden aus Deutschland immer noch kein griffiges Konzept und staatliche Unterstützung ist trotz aller Statements in weiter Ferne. Die nepalesische Belegschaft schlägt sich wacker, wenn auch gemessen an früheren Jahren noch viel Sand im Getriebe ist. Insbesondere liegt die Aus- und Weiterbildung der jungen Mediziner und Schwestern immer noch überwiegend in der Hand der Gastchirurgen,- An-

ästhesisten und sonstiger Fachleute.

Auch 2010 gelang es fast kontinuierlich Gastmediziner im Hospital zu haben. In erster Linie gilt dabei unser Dank den einsatzerprobten Interplastlern, die eindrucksvoll die Präsenz des Vereins unter Beweis stellten. Dies alles ist auch nur durch die Unterstützung von ProInterplast und ihrer Vorsitzenden Frau Huck möglich. Ohne die Übernahme der Flugkosten und auch ihrer sonstige finanzielle Hilfe wäre das Hospital heute nicht auf dem hohen Stand. Eine erfreuliche Kooperation gelingt uns auch mit den German-Rotary-Volunteer-Doctors, die uns immer häufiger ausgewählte Chirurgen und Anästhesisten entsendet und auch für deren Füge aufkommt. Über diese Unterstützung sind wir sehr froh und zu großem Dank verpflichtet. Unser Dank gilt auch unseren MKG-Chirurgen, allen voran Prof. Pape, der mit Spaltchirurgie auf höchstem Niveau ganz erheblich die gute Reputation des Hospitals begründet.





In Nepal selbst entwickelt sich schon seit einigen Jahren eine immer erfreulichere Zusammenarbeit mit „Handicap International“ (HI). Diese Organisation unterhält ein gut funktionierendes Netzwerk an Health workers in ganz Nepal und sichtet und vermittelt uns viele Patienten aus den entfernten Landesteilen, an die man normalerweise nicht herankommt. Das sind natürlich oft extrem schwierige Fälle, welche selbst unsere erfahrenen Chirurgen vor kaum lösbarer Aufgaben stellen. HI unterstützt uns für jeden Patienten auch finanziell, sodass diese Kooperation eine besonders willkommene Seitenfinanzierung darstellt. Insgesamt wurden im Hospital annähernd 1100 Operationen durchgeführt, 250 Verbandswechsel unter Narkose vorgenommen und 1600 Patienten allgemeinmedizinisch behandelt. Bei 4 OP-Camps (Jhapa, Rolpa, Salyan, Lamjung) wurden nochmal 190 Operationen durchgeführt. Bei den Camps geht es darum, noch besser an die Patienten heranzukommen. Die einfacheren Fälle werden vor Ort operiert und die komplexen Eingriffe dann später im Hospital vorgenommen.

Ein Relikt aus Christa Drigallas Zeit ist das Ofenbauprogramm für den Bau rauchfreier Öfen in den ländlichen Küchen Nepals. Dieses vielbeachtete Projekt wurde von uns als medizinische Präventivmaßnahme zur Vermeidung von Atemwegkrankungen und Verbrennungen unter unsere Fittiche genommen. Dazu fand vor den Toren des Hospitals ein Ofenbaukurs für zukünftige Ofenbauer statt, die allein 2010 über 1500 Öfen in ganz Nepal bauten.

Nebenbei gilt es auch immer noch die Technik und Infrastruktur des Hospitals zu verbessern. Insbesondere wird die Stromversorgung in ganz Nepal immer schlechter, weil die Schere zwischen Kraftwerkleistung und dem rasant steigenden Verbrauch immer größer wird. Unsere Stromgeneratoren laufen bis zu 12 Stunden am Tag und verbrauchen Unmengen an Dieselmotorkraftstoff, was unseren Etat sehr belastet. Gerade in der kalten Jahreszeit verschärfen die vielen elektrischen Heizgeräte in den Ops und in den Aufwächerräumen die Energieknappheit. Mit Hilfe der „Ingenieure ohne Grenzen“ und der TU München, die uns 3 Studenten zur Erstellung einer Diplomarbeit zur Verfügung stellte, wird ein Energiekon-





zept für das Hospital erarbeitet, bei dem u.a. das Kühlwasser der Dieselgeneratoren einen Wärmespeicher aufheizt, der wiederum die Fußbodenheizungen in den Ops und den Aufwächrräumen mit Wärme versorgt. Zusätzliche Solaranlagen unterstützen das System. Diese Lösungsansätze sind später sicher auf andere Hospitäler übertragbar. Ein schönes Beispiel für die Komplexität solch eines Hospitals, welches weit mehr als nur eine rein medizinische Behandlungseinrichtung darstellt.

Die Zahnstation ist ein nicht mehr wegzudenkender Baustein unseres Hospitals und der medizinischen Basisversorgung. Die „Zahnärzte ohne Grenzen“ und insbesondere unsere Zahn-Sybillen schafft es meist durchgehend Zahnärzte aus Deutschland für einen Einsatz im Hospital zu gewinnen. Danke an alle für ihr großes Engagement.

Seit vielen Jahren unterstützt uns die „Nepalhilfe Aachen“ und hat unzähliges Equipment und Infrastrukturprojekte finanziert. Diesmal liegt für uns ein großer Betrag zum Kauf eines neuen Krankenwagens bereit, der aber erst im Frühjahr ausgeliefert wird. Unsere alten Fahrzeuge zollen den extrem schlechten Straßenverhältnissen großen Tribut, sodass unsere monatlichen Reparaturkosten schmerzen. Deshalb ist es unser Ziel den Fuhrpark nach und nach mit neuen indischen Modellen zu erneuern. Wir hoffen im März den neuen Krankenwagen mit entsprechender Einrichtung zu bekommen. Ein großes Dankeschön nach Aachen!

Das erste Jahr nach der Übergabe ist gelungen. Interplast muss aber weiter die schützende Hand über allem halten. Auch wenn Vieles unter unserer direkten Leitung besser lief, werden wir das Rad unter keinen Umständen zurückdrehen!



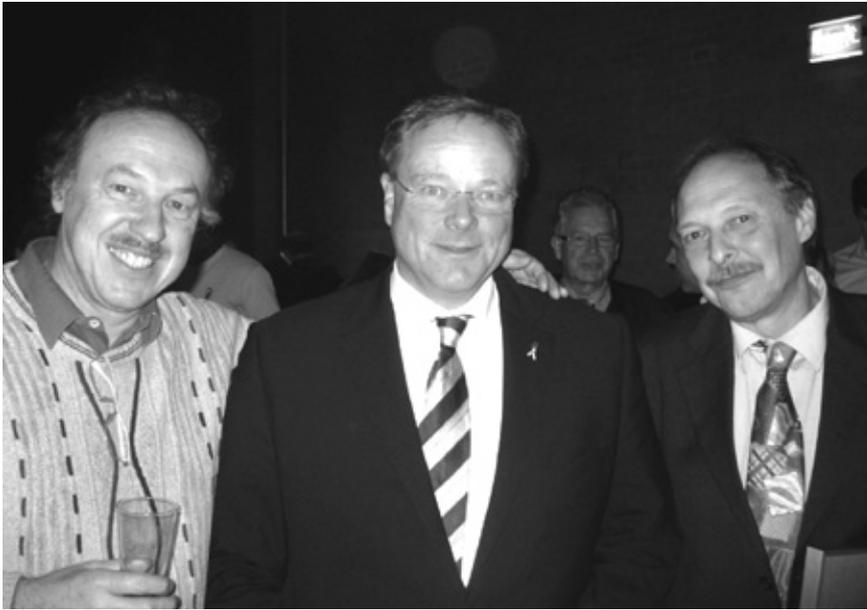
Wir sind auf einem guten Weg etwas zu schaffen, was gar nicht vielen Entwicklungshilfeprojekten gelingt. Unsere weitere Projektion geht über die nächsten 5 Jahre. In dieser Zeit muss auch die wirtschaftliche Selbstständigkeit und die Abnabelung von Interplast weitgehend gelingen. Dann können wir alle wahrlich erhobenen Hauptes vom Hof gehen.

Hein Stahl





Medienfilmpreis für „Die Himalaya-Klinik – Chirurgen als Entwicklungshelfer“



Gemeinsame Freude über den Medienpreis Entwicklungspolitik 2010 für Edgar Verheyens SWR-Film über das INTERPLAST-Hospital in Nepal überreicht von Bundes-Entwicklungsminister Dirk Niebel

Am 1. Dezember 2010 wurde vom Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung der Medienpreis Entwicklungspolitik 2010 im Rahmen einer feierlichen Veranstaltung in Berlin verliehen. Der Preis zeichnet journalistische Beiträge aus, die durch außergewöhnliche Qualität das öffentliche Bewusstsein für die Entwicklungspolitik schärfen.

In der Kategorie TV wurde der SWR-Film „Die Himalaya -Klinik - Chirurgen als Entwicklungshelfer“ über das langjährige INTERPLAST-Projekt in Nepal mit dem Medienpreis ausgezeichnet. Der Journalist und Filmautor Edgar Verheyen nahm die Auszeichnung aus den Händen von Bundes-Entwicklungsminister Dirk Niebel entgegen. Der Film war auf Initiative der INTERPLAST-Mitglieder Robert Rosenzweig (Kamera) und Jutta Zimmermann (Ton) unter Regie von Edgar Verheyen zu Stande gekommen. Die Jury lobte den Film und bewertete das INTERPLAST- Hospital für Verbrennungsoffer als ein wichtiges und vielseitiges Projekt. Dank eines spannenden Filmaufbaus, abwechslungsreicher Bil-

der und interessanter Interviews würde stets ein exzellenter Spannungsbogen erhalten, der den Zuschauer fesselt und von der beeindruckenden Entwicklungsarbeit überzeugt. Dr. André Borsche und SWR Chefredakteur Fritz Frey waren sich zusammen mit Dirk Niebel einig, dass durch solche Medienbeiträge

die Bedeutung der Entwicklungspolitik den Zuschauern nahe gebracht und ein unverzichtbarer Beitrag geleistet wird, Freiheit und Verantwortung weltweit und damit gerade auch in den Entwicklungsländern zu stärken. Die Freude über diese Auszeichnung ist gleichzeitig ein Ansporn und eine Anerkennung für die vielfältigen ehrenamtlichen Aktivitäten von INTERPLAST und ein Dank an die Förderer und Sympathisanten. Gerade in Nepal sind Verbrennungen an der Tagesordnung, denn fast jeder Haushalt kocht und heizt dort mit offenem Feuer. Meistens erleiden Kinder schwere Brandverletzungen, für die es in Nepal keine adäquate medizinische Behandlung gibt, es sei denn sie haben die Chance, in der von INTERPLAST vor 13 Jahren gegründeten Klinik behandelt zu werden. Mittlerweile arbeiten hier von Deutschen ausgebildete nepalesische Ärzte in eigener Regie und werden aber immer noch von INTERPLAST Kollegen betreut. Angestrebtes Endziel ist es die Übernahme des Gesamtprojektes in nepalesische Hände zu ermöglichen. Für den deutschen Projektleiter Hein Stahl aus Hennef, der gerade wieder selber in Nepal tatkräftig im Einsatz ist, und Dr. André Borsche gilt es, in den nächsten 4 Jahren dafür zu sorgen, dass die Hilfe zur Selbsthilfe in Nepal längerfristig Wirklichkeit wird.



Frierendes, fröhliches Filmteam im Himalaya bei der Frühschicht



Einsatz im SKM Hospital Sankhu/Nepal 03.06. – 24.06.2010

Zwei Jahre nach meinem ersten Aufenthalt im SKM Hospital war ich gespannt, das Krankenhaus jetzt unter einheimischer Regie zu erleben. Im Grunde hat sich nichts verändert, was sowohl positiv als auch negativ zu sehen ist.

Nach wie vor beeindruckend ist der organisatorische Ablauf in allen Bereichen des Krankenhauses und die ins Auge fallende Sauberkeit. Überraschend für mich war, dass weder der ärztliche Direktor noch die Ansprechpartnerin für die Gäste, Mamata Singh, anwesend waren, als ich kam. Bei der ersten Visite zeigte sich, dass sich im Spektrum der Patienten nichts geändert hatte, dass aber viele Betten leer waren. Während der drei Wochen meiner Anwesenheit lag die Belegung durchgehend bei etwa 50%. Die überwiegende Zahl der Patienten waren solche mit Folgen von Verbrennungen. Daneben waren einige Patienten mit Querschnittslähmung und den daraus resultierenden Dekubitalulcera. Alle diese Patienten sind Langzeitpatienten und ich glaube, dass auch am Tag meiner Abreise sich noch etwa 80% dort befanden. Das heißt, dass es in den drei Wochen nur wenige Neuzugänge gab.

Damit war natürlich auch das Operationsprogramm eingeschränkt, insgesamt habe ich in den drei Wochen sieben Operationstage erlebt. An der Erstellung des Op-Programms war ich nicht beteiligt und entgegen anders lautender Berichte habe ich nicht „alles selbst“ gemacht. (Auf den beiliegenden Op-Programmen sind die von mir durchgeführten Operationen eingekreist).

Die Arbeit der Schwestern im Op verdient alle Anerkennung, hier läuft alles routiniert, regelgerecht, hervorragend. Dass man oft länger auf die Narkose warten muss als eine Operation dauert, liegt nicht an den Schwestern.

Insgesamt ist an der Arbeit der Schwestern nichts auszusetzen. Ich persönlich würde die Verbandswechsel anders

durchführen, aber das ist eine ganz persönliche Auffassung, ein anderer Arzt hat wahrscheinlich wieder andere Vorstellungen, würden die Schwestern jedes Mal den Vorstellungen des kurzzeitigen Gastes folgen, müssten sie verrückt werden. Sie sollen bei ihrer Routine bleiben, wenn etwas geändert werden muss, muss das der ärztliche Direktor veranlassen.

So ist also am täglichen Ablauf der Arbeit nichts auszusetzen.

Das Problem ist die geringe Belegung. Zur Begründung wurden mir zwei Versionen angeboten: einmal würde die Feldarbeit die Menschen abhalten, ins Krankenhaus zu kommen, zum anderen würden die sonst zuweisenden Organisationen ihre Patienten zurückhalten, bis ihre Verhandlungen um eine Verlängerung ihrer Tätigkeit abgeschlossen seien.

Den ersten Grund halte ich für vorgeschoben. Vor zwei Jahren war die Belegung auch nicht viel besser, und Feldarbeit gibt es das ganze Jahr. Den zweiten kann ich nicht beurteilen. Aber es kommen ja auch keine akuten Fälle.

Ein großer Mangel scheint mir das Fehlen eines angestellten Anästhesisten zu sein. Solange kein Anästhesist im Hause ist, müssen Komplikationen und akute Fälle weggeschickt werden. Dadurch ergibt sich die Vorstellung, dass das Krankenhaus nicht in der Lage ist, selbst mit den eigenen Komplikationen fertig zu werden. Ich weiß, wie schwer es ist, einen ständigen Anästhesisten zu bekommen. Aber vielleicht lässt sich das Problem in Kooperation mit einem anderen Krankenhaus lösen. Jedenfalls muss man sich darum Gedanken machen.

Zum anderen glaube ich nicht, dass man die Akzeptanz des Krankenhauses durch das ständige Vorhandensein von ausländischen Ärzten erhöhen kann. Nun ist der Schritt getan, das Krankenhaus in einheimische Hände zu geben, nun muss man das auch konsequent weiter führen. Alles muss auf eine

Unterstützung des einheimischen Direktors hinauslaufen. Die einheimische Bevölkerung glaubt ohnehin, dass alle ausländischen Ärzte besser sind als ihre einheimischen. Wenn also immer wieder einer kommt, werden sie abwarten, bis wieder einer aus dem Ausland da ist. Das bedeutet doch in ihren Augen, dass wir dem Einheimischen auch nichts zutrauen, und so kann sich der einheimische Arzt kein Vertrauen erwerben.

Ich bin daher der Meinung, dass man den Direktor sehr wohl unterstützen muss, aber nicht durch dauernde Präsenz eines Ausländers. Es sollte einer gefunden werden, der ein bis zwei mal im Jahr dorthin fährt, wenn er für besondere Fälle gebraucht wird, ansonsten aber von zu Hause den Kontakt aufrecht hält, beratend und helfend. Dieser könnte auch darüber wachen, die Qualität der Arbeit zu sichern.

Ich glaube, dass dies ein Weg wäre, das Krankenhaus weiter in die Selbständigkeit zu führen, damit es in absehbarer Zeit von Interplast unabhängig wird.

Ortwin Joch, Bad Homburg



Interplast – Germany Einsätze in Nepal und Cambodia 2010

Die operative Behandlung von Patienten mit Fehlbildungen im Gesicht ist sowohl im S.K.M. Hospital in Sankhu, Nepal, wie auch im Angkor Hospital for Children in Siem Reap, Cambodia, Schwerpunkt unserer Einsätze gewesen. Sie wurden erneut durch die Finanzierung der Reisekosten durch pro-interplast ermöglicht.

Unser großer Dank ist an pro-interplast und seinen Vorstand mit Waltraud Huck gerichtet

Das Team von Uwe Eckelt mit Anne Osmer (Anästhesistin) und Uta Knappe (MKG Chirurgen) konnte im April 2010 an 9 Tagen 29 Patienten operieren, davon 7 primäre Lippen- und 2 Gaumenspalten. 9 Korrekturoperationen bei Lippenplastiken und 6 Gaumenrestloch-verschlüssen wurden bei vorwiegend anderen Orten voroperierten Patienten notwendig (Abb.1). Von Dieter Pape wurden im Herbst vom 21.10 bis zum 19.11. mit 2 aufeinanderfolgenden Teams insgesamt 54 Eingriffe bei 52 Patienten durchgeführt. Es wurden in Regel täglich 3 an wenigen Tagen auch 4 Patienten operiert. Dabei handelte es sich um 24 Kinder mit primären LKG-Spalten und 16 Patienten mit Korrekturoperationen im LKG-Bereich. Am ersten Team waren beteiligt Marianne Ulmer (Anästhesistin) und Barth Witsenburg (MKG Chirurg). Danach folgten im zweiten Team Gunnar Hanekop (Anästhesist), Marc Jipp (Anästhesiepfleger) und Jens Rabbel (MKG Chirurg).

Bei allen Eingriffen war für uns neben einem guten Ergebnis wesentlich, daß der nepalesische Assistent Manohar (Abb.2) in die operative Arbeit und in die Nachsorge unserer Patienten eingebunden war und die Problematik der verschiedenen Eingriffe erkennen konnte. Er ist jetzt in der Lage, unvollständige Lippenspalten selbständig zu operieren. Die Kooperation mit dem erst vor einem Jahr ernannten Medical Director Jaswan Shakya und seinem 4 Assistenten war sehr positiv. Der Patientendruck war nicht so stark wie in



Patienten mit Uwe Eckelt und der leitenden Schwester Srisanna

den Jahren vorher.

Im Angkor Hospital for Children in Siem Reap wurden von Dieter Pape und dem Anästhesisten Thomas Gräwert vom 25.11. bis zum 3.12. 24 Eingriffe bei 21 Patienten durchgeführt, davon waren 13 Korrekturplastiken und 7 Kinder mit primären Lippen und Gaumenspalten. Alle Eingriffe erfolgten gemeinsam mit dem Chef der chirurgischen Abteilung Sar Vuthy, der in den 10 Jahren wiederholter gemeinsamer Spaltoperationen bei Eingriffen mit normalem Schwierigkeitsgrad unabhängig geworden ist.

In unserem Krankengut sowohl in Nepal wie auch in Cambodia fallen der in den letzten Jahren zunehmende Anteil von Korrektureingriffen und die Abnahme der primären Lippenspaltenoperationen auf. Die Gründe hierfür sind wahrscheinlich eine zunehmende Aktivität auf diesem Gebiet in den verschiedenen Hospitälern der Länder. Als Beispiel kann die US – Organisation „Smile Train“ angeführt werden. Sie entsendet ebenso wie die internationale Organisation „Interplast“ seit vielen

Jahren Spezialistenteams in Entwicklungsländer zur operativen Hilfe speziell auf dem Gebiet der angeborenen Fehlbildungen.

Seit einigen Jahren verfolgt „Smile Train“ die Strategie, operativen Abteilungen in bedürftigen Entwicklungsländern oder einem dort tätigen einheimischem Arzt 200 US-Dollar für die erfolgreiche Durchführung einer primären Spaltoperation zu vergüten. Dieser für Hospitäler und Ärzte in den Entwicklungsländern große finanzielle Anreiz hat dazu geführt, dass sowohl Ärzte wie auch Krankenhäuser in diesen Ländern an der Aufnahme und Behandlung von Patienten mit LKG-Spalten großes Interesse zeigen. Wenn diese Kollegen keine umfassende Ausbildung auf dem speziellen chirurgischen Gebiet haben, werden sie bei komplizierten Spaltplastiken an ihre Grenzen stoßen und sich auf einfache Lippenverschlüsse beschränken. Die in unserem Krankengut zunehmende Zahl an schwierigen Gaumenverschlüssen, Restlöchern im Prämaxillabereich und Lippenreoperationen von vorher anderen Ortes ope-

rierten Patienten legen im Zusammenhang mit der jeweiligen Vorgeschichte diesen Rückschluss nahe.

Sehr unterschiedliche Erlebnisse in Nepal prägten nachhaltig unser Bild von der wilden Natur dieses Landes. Während des laufenden Op. Betriebes sahen wir plötzlich seitlich eines Fensters eine 2 Meter lange, unterarmdicke Schlange mit einem schönen Hautmuster, die sich an der Hauswand zur Dachterrasse hochwand und als sie keine Beute sah, schnell wieder im grünen Abhang verschwand. Zur selben Zeit lief wie auf der Flucht eine übergroße Ratte fast über die Füße unserer Anästhesistin durch die Op. Räume. Diese großen Tiere haben uns aber nicht so geplagt wie die kleinen nicht aufzufindenden „Bedbugs“ (Wanzen) in unseren Schlafräumen. Sie sind wahrscheinlich von Treckern oder aus New York eingeschleppt worden.

3 Tage vor Ende der 2. Team Zeit wurden wir mit einer schweren Gesichtsverletzung einer jungen Frau konfrontiert. Sie lebt in einem Dorf des Solokumbo (Mount Everest Gebiet) und lief beim Holz sammeln im Wald einem Bär in den Weg. Der Braunbär hat ihr mit einem Prankenhieb Weichteile des zentralen Mittelgesichtes einschließlich der gesamten Nasenhaut mit dem Knorpelgerüst abgerissen. Sie hat 7 Tage unversorgt in Ihrem Dorf gelegen, bis sie mit einem Flugzeug nach Kathmandu transportiert werden konnte und schließlich über 2 Hospitäler in einem erbärmlichen Zustand zu uns gebracht wurde. Inzwischen macht unter sorgfältiger Pflege die Wiederstellung ihres Gesichtes Fortschritte.

Nicht dramatisch aber voller besonderer Erlebnisse war für uns eine Himalaya Tour. 6 Team Mitglieder und Ram

ein ausgezeichnete Bergführer mit 2 jungen Nepalesen als Träger, sind während der Tihar - Feiertage von Kathmandu nach Jomson (2800m) im Anapurna-Gebiet geflogen und von dort nach Muktinath (4000 m) aufgestiegen. Das im 15. Jahrhundert gegründete Kloster ist ein heiliger Ort und liegt unterhalb der gewaltigen Felsformationen des Hochgebirges. Im hinduistischen Glauben ist das Wasser, das im Klosterareal aus 108 Wasserhähnen fließt, ein heiliges Wasser. Es befreit den Suchenden beim Waschen von allen Sünden. Für den Buddhisten ist die in der Nähe gelegene Stelle, an der Feuer und Wasser gleichzeitig aus der Erde kommen, der heiligste Ort. So gereinigt hat jeder von uns nach der Rückkehr seine tägliche Arbeit fortsetzen können.

In diesem Bericht soll abschließend die semistabile politische Lage in Nepal nicht unerwähnt bleiben. Die gegensätzlichen politischen Parteien können sich auf keinen Ministerpräsidenten – 13 oder mehr vergebliche Wahlversuche seit Anfang des Jahres – und auf keine konstruktive politische Linie einigen. Das Land hat seit 1998, als der klinische Betrieb im Interplast Hospital in Sankhu begann, keine Fortschritte in Politik, Wirtschaft und Kultur gemacht. Es ist lediglich 2006 der Kriegszustand beendet worden.

Hans-Dieter Pape und Uwe Eckelt



Der nepalesische Assistent Manohar bei einem Eingriff unter Assistenz von Uwe Eckelt



Einsatz in Takeo, Kambodscha vom 1.1. bis 18.1.2011

Die gleiche Erfahrung wie in den meisten Entwicklungslaendern: die Aermsten scheinen die Gluecklichsten zu sein – bis der Machtapparat eines Diktators sie aus ihrer Zufriedenheit aufschreckt: man will es nicht verstehen, dass ein so herzliches und heiteres Volk wie die Khmer einen Pol Pot hervorgebracht hat, der von 1976-79 ein Viertel seines Volkes (2 Millionen Nicht-Khmer, Akademiker, Journalisten, d.h. jeden der den Mund aufmachte) durch seine „Roten Khmer“ auf den Killing Fields ermorden liess. Auf Initiative von Dorin Radu's Tochter Liliane aus Mailand wurden wir nach Takeo, 80 km suedlich von Phnom Penh in eines der best ausgestatteten Kinder-Hospitaeler, das „Ospedale Pediatrico Bambino Gesu' (www.opbg.net) eingeladen. Es wurde nach seinem Vorbild-Hospital in Rom von einem Neffen der Familie Borghese, dem plastischen Chirurgen Dr. Lorenzo Bhorgese 2006 gegruendet und dem Vatikan uebergeben, der es derzeit finanziell unterhaelt.

Wir kamen mit einem Team von 6: Dorin Radu und Gottfried Lemperele als plastische Chirurgen, Bernhard Schneller und Christian Bauereis als Anaesthesisten, Anna Maria Heck als Op-Schwester, und Liliane Radu als Organisatorin. Dazu gesellte sich die sympathische Medizin-Studentin Eliane Heusler aus Bern, die uns toll assistierte und den Computer mit den Op-Daten fuetterte. Wir operierten in den 9 Tagen insgesamt 100 Patienten mit LKG-Spalten, Finger-Kontrakturen, Gesichts-Tumoren und Genital-Anomalien, gluecklicherweise ohne eine Infektion oder andere Komplikation.

Unsere beiden Anaesthesisten zeigten dem dortigen Kollegen mit bewundernswerter Geduld alle moeglichen Nervenblocks und

modernen Narkose-Verfahren. Leider geht er bald in Rente, und das Hospital bezahlt keinen neuen Anaesthesisten! Der dortige nette Chirurg Dr. Narith ist leider sehr zoegerlich und wenig couragiert, sodass ausser (unnuetigen) Tonsillektomien und Hydrozelen wenig operiert wird, d.h. das Hospital weiterhin auf Interplast-Teams angewiesen ist.

Dr. Borghese sucht nach 5 Jahren nach einem neuen Betaetigungsfeld, z.B. in Kenia bei den Flying Doctors, in Aethiopien, oder in Rangun, Mayanmar (Burma) , wenn die dortige Militaer-Diktatur das Land endlich dem Westen oeffnet. Das Hospital hat damit keinen medizinischen Nachfolger und muss sich auf Teams aus Europa verlassen, vor allem auf Urologen fuer die Hypospadien und Hoden-Hochstaende, Kieferchirurgen fuer die LKG-Spalten und Zahnabszesse, plastische Chirurgen fuer die Verbrennungs-Kontrakturen, Hand-Anomalien und Tumore, vor allem aber auf HNO-Aerzte fuer die vielen Infektionen, wie Otitiden und Tympanoplastiken, Mastoiditiden und Conchen-Hyperplasien.

Das Kinder-Hospital ist aeusserst empfehlenswert und kann mit einem Spezialisten und einem Anaesthesisten jederzeit besucht werden. Die dortige Op-Mannschaft ist aeussert willig und sympathisch ! Wir haben deshalb mit dem Hospital einen Kontrakt geschlossen, dass Interplast-Germany (naetuerlich auch Interplast-Italy) jaehrlich zu bestimmten Zeiten (im Januar und September) 2 Teams schickt – damit das Hospital weiss, wann und fuer wen es mit dem „Sammeln“ beginnen kann. Offene LKG-Spalten bei Erwachsenen sieht man allen Ortens. Ansprechpartner ist der Hospital-Manager Dr.

Bruno Gavioli projectmng-cambodia@opbg.net.

Bei pro-Interplast und unserer unermuedlichen Waltraud Huck duerfen wir uns fuer die finanzielle Unterstuetzung dieses Einsatzes wieder einmal herzlichst bedanken !

Gottfried Lemperele



Einsatzbericht Aizawl/Mizoram Februar 2010

Schon vor einem Jahr hatte sich angedeutet, dass die neue Provinzregierung ernsthaft sich um eine Verbesserung der medizinischen Versorgung der Landbevölkerung bemüht. So waren wir auch nicht verwundert, dass zu unserem Empfang in Saitual, wohin wir diesmal zu Beginn unseres Einsatzes gefahren waren, der Minister selbst erschienen war. Wie schon in den letzten drei Jahren hatten unsere Gastgeber einen Außeneinsatz vorbereitet, um der armen ländlichen Bevölkerung, die nicht einmal die Fahrt nach Aizawl leisten können, die Möglichkeit einer Operation vor Ort zu geben. Saitual ist der größte Bezirk der Provinz Aizawl mit einem kleinen, neu gebauten Krankenhaus. Alles war perfekt vorbereitet. Zahlreiche Patienten erwarteten uns. Da in dem kleinen Krankenhaus nur nicht zu aufwendige Operationen durchgeführt werden können, wählten wir neunzehn Patienten für eine Operation am nächsten Tag aus, die anderen mussten halt doch nach Durtlang ins Presbyterian Hospital kommen. Dafür organisierten wir einen von uns finanzierten Sammeltransport, damit konnten wir dann weitere zwanzig Patienten in Durtlang operieren.

Der Operationstag verlief ohne jede Schwierigkeit. Das verdanken wir vor allem der Tatsache, dass die Op-Schwwestern aus Durtlang mitgekommen waren und alles notwendige Material einschließlich steriler Op-Wäsche mitgebracht hatten. Wie immer waren die Schwestern einfach perfekt, keine Arbeit war ihnen zu viel, nie verloren sie ihre fröhliche Art, auch wenn sie wegen uns weit länger arbeiten mussten als üblich.

Noch am Abend fuhren wir zurück nach Durtlang, wo am nächsten Morgen unsere Arbeit im Presbyterian Hospital begann. Am Tag nach unserer Ankunft in Mizoram waren uns wie immer zahlreiche Patienten vorgestellt worden, die wir operieren sollten. Wie immer war die Vorauswahl so hervorragend durchgeführt worden, dass wir praktisch alle vorgestellten Patienten

zur Operation vorsehen konnten. Insgesamt haben wir 118 Operationen durchgeführt, die Mehrzahl der Patienten waren Kinder mit Lippen-, Kiefer-, Gaumenspalten und fast ebenso viele mit zum Teil schrecklich entstellenden Verbrennungsnarben im Gesichts- und Halsbereich, die zum Teil aufwendige Operationen erforderlich machten.

So war jeder Tag reichlich mit Arbeit ausgefüllt, meist war es bereits dunkel, bis wir in unser Quartier zurückkamen. Schließlich mussten nach dem Operationsprogramm noch alle Verbandswechsel durchgeführt werden auch bei den bereits entlassenen Patienten. Dadurch hatten wir aber auch einen guten Überblick über die Wundverhältnisse. So konnten wir auch sehen, dass wir bis zu unserer Abreise außer einer kleinen Dehiszenz bei einem operierten Gaumen, die durch sekundäre Naht versorgt wurde, keinerlei Komplikationen hatten.

An den Tag im Operationssaal schloss sich dann noch eine ambulante Sprechstunde an, in der sich täglich neue Patienten vorstellten, wodurch sich das Op-Programm ständig vergrößerte. Aber ich kann sagen, dass wir aus Zeitgründen keinen Patienten fortschicken mussten.

Da alle, Ärzte und Schwestern, das ganze Arbeitsprogramm mitmachten, es durch die perfekte Organisation und vor allem der hervorragend mitarbeitenden Op-Schwwestern zu keinen Verzögerungen kam, war es möglich, das alles auch zeitlich zu bewältigen. Inzwischen sind wir ja zu einem jedes Jahr wiederkehrenden normalen wenn auch zeitlich begrenzten Arbeitsteil des Krankenhauses geworden.

Am letzten Abend wartete dann noch eine Überraschung auf uns. Der YMA, die größte Organisation junger Menschen in Mizoram mit sozialem Engagement hatte uns zu Ehren eine Veranstaltung organisiert, wo wir für unsere zehnjährige Arbeit vor allem für die Kinder mit Entstellungen geehrt wurden. Wie üblich gehörten natürlich folkloris-

tische Darbietungen zum Programm neben den würdigen Reden und kleinen Geschenken.

Der Abschied vom Presbyterian Hospital war ein Abschied von Freunden. Der Chirurg des Krankenhauses und ein Teil der Op-Schwwestern begleiteten uns zum Flughafen, natürlich auch, um einen freien Tag zu genießen, den sie sich aber auch redlich verdient hatten.

Der Rückflug über Kalkutta war ohne Probleme, bis uns hier in Frankfurt wieder der Winter erwartete.

*Ortwin Joch,
Sektion Frankfurt/M*





Naturkatastrophe im Himalaya - Augen-Camp in Ladakh / Indien

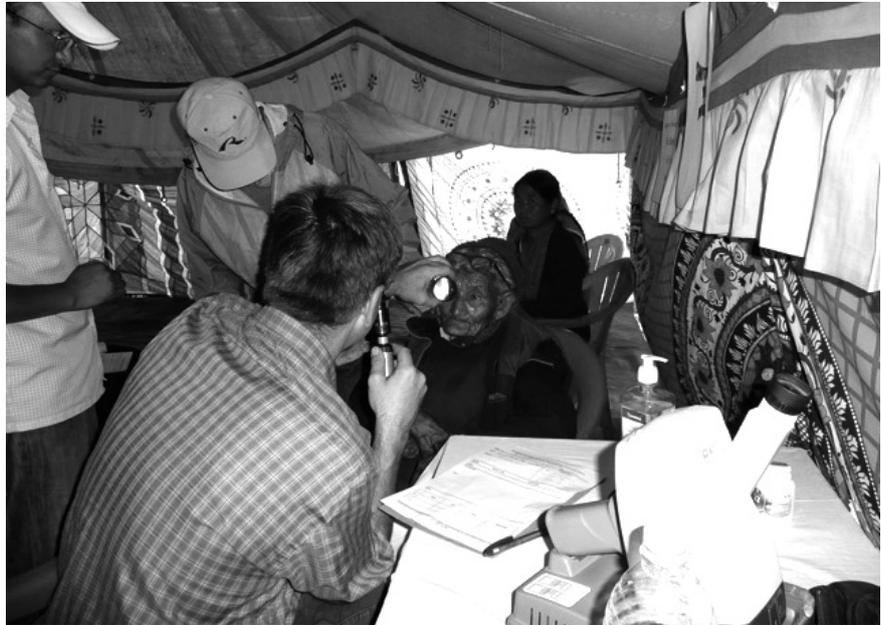
Liebe Interplast Freunde!

In Zusammenarbeit mit Dr. Joch (Sektion Frankfurt), der wie immer, in gewohnt perfekter Weise den Einsatz koordinierte und mit Dr. Schmidt aus Murnau, der medizinische Hilfsmittel und Geräte zur Verfügung stellte, wurde gemeinsam entschieden, dieses Mal nur mich als Augenarzt nach Ladakh zu schicken!

Ursprünglich sollten die einleitenden Worte über die Schwierigkeiten in der Vorbereitung zu unserem „free eye camp“ in Ladakh berichten. (wie z.B. Regierungsgenehmigungen, geldgierige Fluglinien, korrupte Zollbeamte (Indien), dieses Mal extreme Höhenkrankheit)

Leider mussten wir jedoch die schlimmste Naturkatastrophe in der Geschichte des Himalayas und Ladakhs miterleben, die wir um Haarsbreite ca. 20 m von uns wurde alles von einer Gerölllawine zerstört überleben durften, so dass sich wirklich alle diesen kleinen Probleme vor Reiseantritt im Rückblick relativiert haben.

Der Einsatz verzögerte sich wegen Höhenkrankheit um einen Tag, und dann ging es von 4000m auf 5500m in das Sperrgebiet nach Nubra, wo wir schon einen starken Patientenansturm zu be-



wältigen hatten, da in dieser Gegend noch nie eine medizinische Betreuung stattgefunden hatte!

Für den Einsatz in Ladakh änderten wir dieses Mal unser Konzept und blieben nicht die gesamte Zeit an einem Ort zur Behandlung, sondern organisierten verschiedene Behandlungsorte, da es sonst für viele Menschen unmöglich gewesen wäre medizinische Hilfe zu bekommen! Nach dem 2. Standort

waren wir (einige Mönche aus Ladakh, mein buddhistische Freund der Mönch Sangye Tenzin und ich) schon erstaunlich geübt im Auf- und Abbau unserer Untersuchungs- und Behandlungseinheiten! Es ist immer wieder erfreulich und erstaunlich, wie man mit Zuspruch und wenigen Mitteln (Augenmedikamente und Brillen) große Hilfe leisten kann und man durch die Freude der Menschen und deren Dankbarkeit schnell alle Unwegsamkeiten vergisst.

Wir konnten so viele chronische Entzündungen behandeln, (durch schlechte hygienische Verhältnisse verursacht) fast 1000 Brillen abgeben (durchwegs nur starke Gläser) und viele Patienten über ihre Probleme aufklären. Wie bei jedem Einsatz haben wir auch viele bittere Krankheitsbilder gesehen, jedoch kam hier leider jede Hilfe zu spät. In westlichen Ländern hätten diese ohne Probleme behandelt werden können! Wir waren bei allen höchstwillkommen und konnten zweimal auch die Räumlichkeiten in altherwürdigen Klöstern benützen, wobei immer alle Mönche mitgeholfen haben die Patientenmassen zu bewältigen!

Leider mussten wir nach einer Woche die schlimmste Naturkatastrophe





im Himalaya seit Menschengedenken miterleben! Ein plötzliches Unwetter mit Wolkenbrüchen verwandelte einen 2m breiten Gebirgsbach in eine ca. 100m breite Stein- und Schlamm-lawine, die 20 m von unserer Bleibe entfernt, alles mit in die Tiefe gerissen hat! Wir haben am Vortag einem Dorf mit 50 bewohnten Häusern medizinische Hilfe geleistet, davon wurden 40 Häuser samt deren Bewohner weggespült. 200 Höhenmeter weiter bergab wurden 400 Häuser weggerissen! Unglaubliche Dramen, ein furchtbarer Albtraum den man mit Worten und Bildern nie schildern kann. Ich bin einer der Glücklichen, die mit dem Leben davon gekommen sind, um so wichtiger denke ich ist es jetzt auch weiterhin zu versuchen, dem Ärmsten auf dieser Welt unsere Hilfe anzubieten! Vor der Katastrophe haben wir schon überlegt, wieder ein Haus für arme Kin-

der unter der Betreuung der buddhistischen Mönche aufzubauen, nach der Flutkatastrophe werden wir jedoch aus aktuellem Anlass ein Waisenhaus mit einer kleinen Schule in Angriff nehmen, in der Mönche die Kinder unterrichten werden. Im engeren Freundeskreis versuchen wir für ca. 20 Kinder einen längere Patenschaft für die Lebenskosten (ca.25 Euro im Monat) zu ermöglichen. Leider sind die Kosten für den Bau der Gebäude jetzt überhaupt noch nicht zu überblicken, da es in ganz Ladakh keine Infrastruktur mehr gibt und die Preise für Baumaterialien, wenn diese in nächste Zeit überhaupt noch erhältlich sind, sicher in die Höhe schnellen werden!

Obwohl der Winter bald vor der Tür steht (-30 Grad Kälte), sind keine Unterkünfte vorhanden, alle Ernten vernichtet.....wird es schwierig, als Einzel-

person Soforthilfe zu leisten. Trotzdem sollte man sich nicht scheuen, egal welcher politischer oder religiöser Gesinnung die notleidenden Menschen sind, diese durch Spendenvorhaben zu unterstützen. Es sind alles notleidende Menschen und kein Bewohner eines westlichen Landes möchte in deren Haut stecken!!! Abschließend darf ich sagen, dass der Einsatz in der Zeit in der wir arbeiten konnten, ein großer Erfolg war, aber in Anbetracht der schlimmen Ereignisse eher nicht zu erwähnen ist und ich bei den nächsten Einsätzen wieder ausführlicher berichten werde!

*Herzliche Grüße!
Familie Gück und Ortwin Joch*





Mela-Hospital Haridwar/ Uttarkandh, Indien 09.10. – 23.10.2010, Sektion Bad Kreuznach und Ebersberger Förderverein Interplast, Traxl



Nach den exzellenten Erfahrungen in den beiden Vorjahren, die uns wachsende Hoffnung gemacht hatten, in Haridwar einen langfristigen Einsatzort für die Region (und vielleicht das benachbarte „Armenhaus“ Indiens, den Staat Uttar Pradesh) etablieren zu können, fuhren wir nun zum dritten Mal an den oberen Ganges. Die Gastgeber, die auch in anderen Zusammenhängen ihre soziale Verantwortung beispielhaft wahrnehmen, hatten sich im Frühjahr bei dem gigantischen Hindu-Fest Kumbh Mela stark engagiert. Dieses grösste Fest der Welt, welches alle 12 Jahre ca. 30 Millionen Pilger nach Haridwar führt, ist laut Wikipedia „das einzige, dessen Menschenmenge vom Mond aus zu sehen“ ist (allerdings fand 1969 bis 72 kein Kumbh Mela statt, und seitdem ist meines Wissens niemand

dort gewesen). Für eine Stadt mit nur 200.000 Einwohnern ist das eine enorme logistische Herausforderung, zumal es sich nicht um Oktoberfest-Besucher mit dicker Brieftasche handelt, sondern um Pilger, die während der Festlichkeiten auf freie Unterkunft und Verpflegung angewiesen sind. Die Rotarier von Haridwar stellen hier zusammen mit anderen Organisationen unzählige Wohnungen, Zelte, Flächen, Lebensmittel, Küchen, Toiletten u.s.w. zur Verfügung und sind mehr als ein Jahr mit der Vor- und Nachbereitung beschäftigt. Wir waren deshalb davon ausgegangen, dass in diesem für Haridwar besonderen Jahr jeder froh sein würde, wenn die Interplast-Serie unterbrochen würde. Nicht so allerdings die Gastgeber; sie bestanden freundlich, aber unbeeinflussbar auf einem Einsatz

in 2010, wenn auch statt im April - wie die Jahre zuvor - diesmal im Herbst. Nach reibungsloser Anreise (ein herzlicher Dank wie stets an Frau Marlies Neuhold von mn-Reisen, die der Luft-hansa wieder reichlich Übergepäck-allowance abringen konnte, so dass wir keinen Euro zusätzlich aufwenden mussten) wurde unser Gepäck von Freunden der Gastgeber am Flughafen Delhi übernommen und ebenso achtsam wie zuverlässig und natürlich kostenlos auf dem Landweg nach Haridwar gebracht (ca. 6 Stunden), während wir mit kleinem Gepäck die kleinen Maschinen der Inlandsfluglinie benutzten. Das Gesamtgewicht lag diesmal unter dem üblichen, weil wir im Vorjahr Ausrüstung und Materialien zurück gelassen und einen grossen Teil der Medikamente über einen örtlichen Apotheker bestellt hatten. Unterkunft im schon vertrauten Hotel, Verpflegung tagsüber mit Snacks und abends in den ebenfalls schon vertrauten Hotelrestaurants – all das erneut auf Kosten und in fürsorglicher Begleitung des jeweils





Säure-Attacken-Opfer, 17 Jahre

„diensthabenden“ Rotarier-Paares. Und wieder standen tagsüber mehrere Personen für Organisatorisches, Übersetzung und die freundliche, rasche und geräuschlose Beseitigung jedes erdenklichen Problems zur Verfügung. Wie im Vorjahr hatten die Organisatoren es trotz Kumbh Mela unternommen, einige im Vorjahr operierte PatientInnen ausfindig zu machen und einzubestellen. Neben einigen sehr zufriedenstellenden Ergebnissen (z.B. mentosternale Kontrakturen, Gaumen-Restloch, Torticollis) stellte sich auch ein Patient wieder vor, der mit dem funktionellen Ergebnis der 2009 vorgenommenen Eingriffe im Gesicht nach sehr ausgedehnter Verbrennung nicht zufrieden war (und es auch nicht sein konnte).

Mit dem Team aus drei ChirurgInnen, zwei AnästhesistInnen, zwei Schwestern, einem Pfleger und dem Teamleiter als Mädchen für alles sowie



einer auf eigene Kosten mitgereisten Schwester (s. Tab. 1) konnten wir an zwei Tischen in acht Op-Tagen 126 Eingriffe bei 85 PatientInnen durchführen mit dem grossen Schwerpunkt Verbrennungsfolgen. Spalt-Fehlbildungen wurden kaum vorgestellt oder waren voroperiert und kamen mit der Bitte um kosmetische Verbesserung. Nach Internet-Recherche war heraus zu finden, dass Operation Smile in der benachbarten (40 km) Hauptstadt Dehra Dun in den letzten Jahren mehr als 2.000 Eingriffe bei Spalt-Fehlbildung durchgeführt hatte (und dass dort übrigens seit 2006 auch jährlich oder zweimal jährlich Camps von Interplast USA stattfinden, das letzte noch unter dem Namen Interplast erst drei Wochen vor unserer Ankunft).

Bei den wie immer eindrucksvollen mentosternalen Kontrakturen mussten wir leider zwei teilweise bis subtotale Transplantat-Verluste beobachten, die in zweiter Sitzung erneut mit Spalthaut versorgt wurden – die Endergebnisse

Apert-Syndrom, 4 Jahre



Anästhesie wie zuhause





werden wir hoffentlich im nächsten Jahr sehen können. Auch bei einer grossen Zahl schwerer Hand- und Finger-Kontrakturen sind wir auf den langfristigen outcome gespannt. Zusammenfassend sind die Bedingungen in Hardiwar unverändert exzellent (Örtlichkeiten, Patientenspektrum aus-

ser Spalten, Unterstützung in jeder, auch materieller Hinsicht durch Klinikleitung, Gastgeber und Lokalpolitik), das Problem der fehlenden ärztlichen Kontinuität bleibt aber vorerst bestehen, auch wenn die gastgebenden Rotarier, die nicht ohne politischen Einfluss sind, auf ihre umsichtige Art

weiter daran arbeiten. Die Einladung zu einem weiteren Camp im Herbst 2011 ist ergangen, die Vorbereitungen laufen bereits wieder.

Hajo Schneck, Traxl

Tab. 1

Team

Christiane Bayer, Op-Schwester
Dr. Gaby Fromberg, PLC
Dr. Bärbel Fuchs, Anästhesistin
Christine Gugg, Krankenschwester
Ana Maria Lázaro Martín, Op-Schwester
Dr. André Borsche, PLC
Dr. Prakash Chhajlani, PLC
Thomas Hehr, Pfleger
Dr. Wolfgang Detterbeck, Anästhesist
Prof.Dr. Hajo Schneck,
Anästhesist & Teamleiter

Steinfeld
Murnau
Wasserburg/Inn
Edling
Gleishorbach
Bad Kreuznach
Indore/India
Gleishorbach
Breitbrunn
Traxl

Finanzierung

Ebersberger Förderverein Interplast EFI e.V.
Gesamtkosten ca. € 14.000.- entsprechend ca. € 160.- / Pat.

Tab. 2

Einsatzdaten

Op-Tage	8
Patienten untersucht	340
davon Patienten operiert	85
Anzahl Eingriffe	126
Patienten mit Verbrennungskontraktur	46
Gaumenspalte	2
Lippenspalte	2
Dysmelie	4
Tumor	11
Sonstiges (Traumafolgen, Fehlbildg.)	21
Komplikationen chirurgisch	4
anästhesiologisch	0

Shubam Hospital, Khandwa, Madhya Pradesh 20.11.-05.12.2010

2010 durfte unsere Regensburger Gruppe wieder auf Einladung der Diözese Khandwa im indischen Bundesstaat Madhya Pradesh ein Operationscamp abhalten. Wegen der im letzten Jahr geäußerten Behandlungswünsche (Verletzungen an Händen und Füßen) hatte sich die Teilnehmerzusammensetzung geändert. Neu im Team waren Maria Babl (Hand-und Plastische Chirurgie), Gisela Breindl (Handchirurgie), Jan Matussek (Kinderorthopädie), außerdem Brigitte Kneidl (Anästhesie) und die Schwestern Sandra Hecht (OP) und Elke Fischer (Anästhesie). Von der früheren Gruppe waren noch Susanne Luger (OP) und Barbara Dünzl (Anästhesie) mit von der Partie.

Auch der Einsatzort war neu für uns: das Shubam Hospital in Khandwa, das einem Mitglied des örtlichen Lions Clubs, Dr. Mishra gehört. So waren un-

sere Gastgeber neben Bischof Durairaj und der Diözese, die sich wieder liebevoll um die Unterbringung des Teams im Bishop's house und um unser leibliches Wohl kümmerten, auch der Lions Club Khandwa Greater, der die Organisation, Unterbringung und Verpflegung der Patienten übernommen hatte.

Im Vergleich zu den Einsätzen der Vorjahre in Sendhwa war es für uns zunächst befremdlich, hier ein sehr starkes Bedürfnis nach publicity zu spüren. Schon zur Begrüßungszeremonie kam der indische Industrieminister in „seinem“ Wahlkreis und auch während des Camps schleuste unser Gastgeber, Dr. Mishra immer wieder Besuchergruppen und Presseleute durch den OP.

Am Beginn zeigten sich dann auch Differenzen in der Zielsetzung der Arbeit: Während wir die Kriterien für die Aufnahme in den OP-Plan neben der

Machbarkeit vor allem in der klinischen Dringlichkeit sahen, ging es den Gastgebern zunächst um die reinen Zahlen und es erforderte viele teils zähe Gespräche bis beide Seiten zufrieden waren.

Innerhalb von 4 Tagen wurden uns gut 200 Patienten vorgestellt, ab dem 2. Tag begannen parallel zum Screening die Operationen und am Ende der ersten Woche verstärkte uns Oren Friedman aus Philadelphia zur Behandlung der Lippen- und Gaumenspalten.

Viele der Operationen an Händen und Armen, zumeist Verbrennungsfolgen, konnten in Regionalanästhesie durchgeführt werden, häufig ergänzt durch Sedierung, so dass es möglich wurde im „großen“ OP an 2 Tischen zu operieren, was die Logistik für unsere Anästhesieschwester ebenso wie für den Springer (= jeder, der gerade frei

war) erheblich erleichterte. Auch bei den Eingriffen an der unteren Extremität wurde meist eine Spinalanästhesie, ergänzt durch Sedierung durchgeführt.

Insgesamt wurden 81 Prozeduren bei 79 Patienten durchgeführt. Ein Hauttransplantat mußte revidiert werden, ansonsten zeigten sich bei der Abschlußuntersuchung keine größeren Probleme.

Jan Matussek hatte es übernommen, die tägliche Verbandsvisite durchzuführen, so dass wir am letzten Tag nicht in Zeitdruck gerieten.

Die Verabschiedung geriet wieder zum Medienspektakel und die Teilnehmer der früheren Camps vermisten ein wenig die unmittelbare Herzlichkeit.

Auf der Rückreise hatten wir einen Tag Aufenthalt in Delhi und wurden vom Minister und seiner Gattin zum Lunch eingeladen. Anschließend konnte jeder, je nach Interessenslage, noch einkaufen gehen oder das Nationalmuseum besuchen.

Voll mit Eindrücken und behaftet mit Klimaanlage bedingtem Schnupfen konnten wir schließlich am 05.12. wieder wohlbehalten im Münchener Winter landen.

Ganz herzlich möchten wir uns bedanken bei Frau Waltraud Huck und pro interplast, die wieder den Einsatz finanziert haben sowie bei der Fa. Pajunk die einen Nervenstimulator und viel Plexusnadeln gespendet hat.

Barbara Dünzl, Regensburg



Krishna Kailash, 3 Jahre, LKG-Spalte



Verbrennung beim Spielen neben der Feuerstelle



Verbrennungskontraktur

Verbrennung Hals/Axilla/Arm	18
Verbrennung Hand	25
Mißbildung Hand	4
Verbrennung Bein/Fuß	3
Mißbildung Fuß	6
Lippenspalte	8
Gaumenspalte	6
Sonstige	11



ausgedehnte Verbrennung



INTERPLAST-Einsatz in Robertsganj: Neue Erlebnisse aus Indien

Im Januar 2010 brachen wir wieder auf nach Indien. 19 Kisten, Kästen und Kartons waren gepackt mit den Instrumenten und Verbrauchsmaterialien. Kurzum es war so wie immer. Doch es sollte anders kommen. Das Einchecken mit all dem Übergepäck wie auch der Flug von Düsseldorf über München nach Delhi verlief normal. Ankunft Delhi 8.00 Uhr morgens.

Nach den Einreiseformalitäten mussten wir den Zoll passieren. Mit all unseren Kisten und Kästen wurden wir angehalten und gefragt, was wir dort transportieren. Instrumente und Verbrauchsmaterialien für einen humanitären Einsatz in Robertsganj, im Osten von Nordindien. Den Wert der Instrumente bezifferte ich mit 10.000,- Euro, den der übrigen Materialien auf 7.000,- Euro. Das war eine neue Situation für die Zollbeamten. Unter Einhaltung der Hierarchie legte zum Schluß der Chef der Zollbeamten fest, dass wir für die Instrumente eine Bankbürgschaft in Höhe des angegebenen Wertes hinterlegen müssten und für die übrigen Materialien 2.500,- Euro Zoll zu zahlen

hätten. Was tun? Viele Telefonate mit einem Vertreter der Emanuel-Health-Association (Krankenhausträger vor Ort). Der Weiterflug nach Varanasi war bereits verstrichen. Frustrierende Stunden im Flughafen. Da am heutigen Samstag nicht mehr mit einem Ergebnis zu rechnen war, entschlossen wir uns, das Problem am kommenden Montag zu lösen. 19 Gepäckstücke wurden fein säuberlich verschnürt und mit einem Siegel versehen. Danach wurde jede einzelne Kiste und Karton gewogen und unter Verschluss genommen. Um 21.00 Uhr konnten wir endlich den Flughafen verlassen ohne unser Gepäck. Auch in Indien wird am Sonntag nicht gearbeitet. Am Montag Morgen früh zur Bank, Bankbürgschaft konnten wir erst am Ende der Woche bekommen. Zurück zum Flughafen. Stundenlange Verhandlungen und Gespräche mit dem Zoll. Das Ergebnis nachmittags: Bankbürgschaft - nein, Zollgebühr 2.500,- Euro - ja.

Am Dienstag Weiterflug nach Varanasi. Von dort mit dem Wagen nach Robertsganj. Auch wenn wir zeitweise bis spät

abends operierten, konnten die verlorenen 2 Tage nicht mehr wettgemacht werden.

Im November war der zweite Einsatz in Indien. Doch jetzt spielten wir den Zoll aus. Ankunft nachts um 1.00 Uhr, dann schlafen auch viele Zöllner in Indien und alle notwendigen Sachen waren in mehreren Koffern verpackt.

Das Ergebnis: Wecke keine schlafenden Hunde und Zöllner, dann hast du keine Probleme!

Mein herzlicher Dank für die Geduld und den Einsatz gilt dem Team:

Dr. Dr. Walter Heindl, Anästhesist
Karin Sutter, Anästhesie-Schwester
Dr. Simone Möhrle, OP-Schwester und Assistentin
Martha Siebold, OP-Schwester
Dr. Atoosa Amirmanavi, Assistentin
Dr. Wulf Schmücking, Chirurg, Unfallchirurg und Handchirurg

Der „alte Hase“ aus Mülheim a. d. Ruhr, Jürgen Toennissen

Bangalore Indien 23.1.2010-7.2.2010

Die Sektion Stuttgart/Münster führt seit 2002 regelmäßig, in diesem Jahr zum neunten Mal, Einsätze in Bengaluru (Bangalore, Südindien) durch. Geprägt sind diese Einsätze mittlerweile durch eine gewachsene Freundschaft zwischen den Mitgliedern der FRIENDS WELFARE ORGANISATION (FWO) und unserem Team sowie den gegenseitigen Respekt vor dem, was jeder einzelne für eine möglichst optimale medizinische Versorgung der uns anvertrauten kleinen und großen Patienten leistet. Dieser Teamgeist für den humanitären Einsatz ist über nationale, kulturelle und religiöse Grenzen hin-

weg spürbar auch und besonders im Zeitalter der Globalisierung.

Herzlich und freundschaftlich war der Empfang durch Mitglieder der FWO am Sonntag, dem 23. Januar 2010 früh um 1 Uhr am Flughafen in Bengaluru. Diese NGO, bestehend aus ansässigen Unternehmern der Metallbranche und zum großen Teil Angehörige des Jainismus, engagiert sich mit großem persönlichen zeitlichen und finanziellen Einsatz für das gemeinsame Projekt. Unter der bewährten Leitung von Marlene und Hubertus Tilkorn konnten in diesem Jahr erstmals Eva Haslach als Anästhesistin aus Rosenheim und

Gabriele Gauch als OP-Schwester aus Hamm das Team ergänzen. In der gesamten zweiten Woche unseres Einsatzes besuchte uns Katharina Ostermann aus Brüssel, die anschließend für weitere 7 Wochen in einer Augenklinik in Bengaluru und einer HNO-Klinik in Nepal Famulaturen absolvierte. Neben Hubertus Tilkorn gehörten die beiden altgedienten plastischen Chirurgen Robert Oellinger und Stephan Düchting sowie zum wiederholten Mal der MKG-Chirurg Diedrich Stindt sowie als Anästhesie-Team neben Eva Haslach Eckhard Speulda und Sohn Max, Cand med. im letzten Semester.



Da während der Einsatzplanung bereits feststand, dass pro Person nur 10 kg Zusatzgepäck genehmigt wurden, mussten wir uns in diesem Jahr deutlich einschränken, konnten aber vor Ort bereits einiges an Verbrauchsmaterial auf Kosten der FRIENDS bestellen. Denn das sparsame Wirtschaften gehört selbstverständlich zu einem verantwortlichen Umgang mit Spendengeldern, insbesondere da man viele Spender persönlich kennt. Die FWO-Mitglieder tragen die Kosten der medizinischen Versorgung vor Ort in Form der Bereitstellung des OP-Personals, des OP-Saales und der Patientenstation. Sie sind nicht zuletzt aufgrund ihrer geschäftlichen Tätigkeit sehr kostenbewusst. So wurden die Beziehungen zu der Klinik unserer ersten 3 Einsätze von den FRIENDS sofort beendet, als sie hörten, dass für die von uns operierten Patienten nachträglich Geld von einer amerikanischen Hilfsorganisation an die Klinik bezahlt wurde, obwohl die FRIENDS bereits für die verursachten Kosten aufgekommen waren. Seit mittlerweile 5 Jahren sind wir zu Gast bei Dr. Solanki im Mahaveer-Eye-Hospital, in dem durch wenige Privatzahler die Behandlung vieler mittelloser Patienten finanziert wird. Er und sein Team rückt für 2 Wochen eng zusammen, um uns ausreichend Raum für die Behandlung unserer Patienten zu geben. Nach einer gewohnt kurzen Nacht begann der erste Arbeitstag in einer Festhalle gegenüber unserer Klinik, in der sonst Hochzeiten gefeiert werden. Dies hat den praktischen Grund, dass

diese Halle vielen Menschen für einen ganzen Tag Platz bietet für die Registrierung und Verpflegung und insbesondere für die offizielle Eröffnung unseres „Free Plastic Surgery Camp“. Der offizielle Akt mit offiziellen Ansprachen und Anzünden der Lichter für einen guten Verlauf ist für unsere indischen Freunde von großer Bedeutung, während er für uns immer auch eine zeitliche Belastung von einer ganzen Stunde darstellt. Der Andrang am Screening-Tag – einem Sonntag - war überwältigend. Während morgens bereits die ersten 100 Patienten von den FRIENDS registriert worden waren, kamen im Laufe des Tages noch einmal so viele Patienten mit Angehörigen hinzu. Für unsere Dokumentation hat sich die Excel-Tabelle sowie Digitalfotos mit Ausdruck zur

Identifikation der Patienten bewährt. Eine Karteikarte wird als Mini-Patientenakte angelegt und beinhaltet Name, Alter, Geschlecht, Gewicht, Diagnose, geplante OP und OP-Zeit, während auf der Rückseite Einträge des Operators und von der Visite fixiert werden. Während wir die OP-Pläne für die ersten Tage zusammenstellten, planten wir aus Erfahrung die kleineren Eingriffe für die letzten Tage ein. Im Laufe des Tages sahen wir immer wieder Patienten mit ausgedehnten und umfangreichen Verbrennungskontrakturen, die wir dann in die Lücken der ersten OP-Tage setzen konnten. Einige Patienten mit weniger dringlichen Indikationen mussten auf Wartelisten gesetzt oder auf das nächste Jahr vertröstet werden. Bei kosmetisch störenden Narbenbildungen sahen wir keine Indikation zur operativen Korrektur. Die übertriebenen Erwartungen vieler Patienten bis hin zu einer vollständigen narbenfreien Wiederherstellung mussten immer wieder bei der Aufklärung der zu erwartenden OP-Resultate berücksichtigt werden. Am Abend waren dann 190 Patienten registriert und untersucht worden, draußen war es bereits seit zwei Stunden dunkel. Parallel zum Patientenscreening richteten „Ela“ Gauch und Max Speulda sowie im Wechsel Eva Haslach und Eckhard Speulda den OP ein mit den erforderlichen Narkosegeräten, dem Verbrauchsmaterial. Auch in diesem Jahr standen uns der kleine OP-Pfleger Shankar und Team aus 5 Schwestern und Pflegern im fließenden Wechsel mit der Augenklinik, zur Verfügung. Der uns zur Verfügung gestellte OP-Saal mit 2 OP-Tischen, ein kleiner Aufwachbereich sowie ein Heißluft-





Vor OP



Nach OP



Steri waren einfach aber ausreichend. In der Etage darüber befand sich eine Einraumstation mit bis zu 30 Betten. Dafür wurden die Augenklinikpatienten etwas enger auf dem Boden in der 2. Etage zusammengelegt, was von diesen für uns Europäer erstaunlich geduldig akzeptiert wurde. Geräte zum postoperativen Monitoring mittels Pulsoxymeter und Capnometer hatten wir mitgebracht.

Am Montagmorgen um 8 Uhr begann für unser Team eine arbeitsreiche 6-Tage-Woche. An insgesamt 9 OP-Tagen konnten wir 125 Operationen durchführen, dabei waren Arbeitstage von 12 oder mehr Stunden die Regel. Das Spektrum reichte „interplasttypisch“ von Lippen-Kiefer-Gaumen-Spalten bis hin zu komplexen Verbrennungskontrakturen/defekten. Während die Lippen-Kiefer-Gaumen-Spalten im Vorjahr aufgrund der Tätigkeit anderer internationaler Organisationen rückläufig waren, konnten wir in diesem Jahr wieder einen Anstieg verzeichnen. Einen jungen Mann mit abgeheilten drittgradigen Verbrennungen und ausgedehnter mentosternaler Kontraktur sowie entsprechenden Kontrakturen im Gesicht mit Ektropium beidseits hätten wir gern ins S.M.K.-Hospital nach Nepal verlegt. Dies konnte jedoch leider aus bürokratischem Grunde nicht durchgeführt werden. Ferner erfuhren wir, dass mitunter auch aus Angst vor Strafverfolgung eine Einlieferung in ein staatliches Krankenhaus unterbleibt. Beim Screening stellten wir bei einigen Patienten mit operativ korrigierten Kontrakturen am Hals fest, dass auch Vollhauttransplantate nicht immer zu der gewünschten Bewegungszunahme geführt hatte. Wir entschlossen uns daher in diesem Einsatz schwerpunktmäßig den Epaulettenlappen durchzuführen. Diese Lappenplastik erscheint uns bei

geringem Hebedefekt und günstiger OP-Zeit als eine optimale Versorgung für diese Region. Ferner setzten wir während unseres diesjährigen Einsatzes vermehrt Schwenklappen der Axilla und des Ellbogen ein. Ein besonderer Vorteil dieser Versorgungsform ist weiterhin, dass wir diese Lappenplastiken bis zum letzten OP-Tag durchführen konnten, während wir Hauttransplantate bei fraglich suffizienter Nachsorge nach unserer Abreise ungern an den letzten Tagen operierten. Unser Vorhaben, in diesem Jahr vermehrt Nasen bei Patienten mit Spaltmissbildungen zu operieren, konnte nur zum Teil (n=4) umgesetzt werden. Jedoch wollen wir dieses Ziel weiter verfolgen und hoffen auf entsprechende Vorauswahl durch unsere indischen Helfer. Wiederholt musste aufgrund einer extrem kleinen Mundöffnung auf Grund von Narbenkontrakturen in der Narkoseeinleitung für die vorgesehene Intubation notfallmäßig in örtlicher Betäubung die Mundwinkelerweiterung durchgeführt werden (siehe Fotos). Bei der Versorgung der einfachen und komplexen sowie auch der voroperierten Lippenspalten hat sich mittlerweile die Wellenschnitttechnik nach Pfeifer vollständig mit Erfolg und guter Erfahrung durchgesetzt (siehe Artikel von Michael Bergermann, pp 141-146 im Jahresbericht 2009)

Im Einzelnen wurden operiert:

25 Lippen /Kieferspalten; 21 Gaumenspalten (5 voroperiert); 1 Mittelgesichtsspalte; 4 Nasenkorrekturen; 68 schwere Verbrennungskontrakturen; 6 Syndaktylien

Zu erwähnen ist auch die liebevolle kulinarische Versorgung durch die Ehefrauen der „FRIENDS“, die sich jeden Tag mit neuen Köstlichkeiten zu übertrumpfen suchten.

Die Stimmung im Team war ausgezeichnet und so waren die langen Arbeitstage ruhig und konstruktiv zu meistern. Abends blieb häufig nur wenig Zeit, um uns in geselliger Runde zu erholen. Dabei ist für uns Europäer doch immer wieder erstaunlich, wie gut man sich auch (teilweise) vegetarisch ernähren kann, die indische Küche ist aufgrund ihrer zahlreichen Gewürze abwechslungsreich und sehr lecker. Der Sonntag stand nach der Visite zur freien Verfügung, was wir in unterschiedlichen kleinen Gruppen zum Bummeln und Relaxen nutzten. Gestärkt ging es in die zweite Woche, in der ebenfalls regelmäßig bis in die Abendstunden operiert wurde. Während der anschließenden 2 Erholungstage in der Nähe von Bangalore wurde der durchgeführte Einsatz nochmals im Einzelnen resümiert, Verbesserungsvorschläge diskutiert und eine grobe Vorplanung für den nächsten Einsatz gemacht. Dazu dienen insbesondere auch die Listen an Naht- und anderem Verbrauchsmaterial, welches vor Ort für das nächste Jahr eingelagert wurde.

Wir freuen uns bereits jetzt im nächsten Jahr auf ein Wiedersehen in Bangalore!

Eva Haslach und Stephan Düchting



Interplasteinsatz in Mysore / Indien 2010 oder „First Time in India?“

Team:

Dr. Stephanie Hofmeier (Anästhesistin, Teamleiterin)

Dr. Alexander Aslani (Plastischer Chirurg)

Christoph Zidek (Krankenpfleger Anästhesie)

Sophie Reiner (Medizinstudentin)

Michael Mehr (Medizinstudent)

Dr. Alex Hofer (Anästhesist)

Nachdem bereits im letzten Jahr ein erster Interplasteinsatz mit einem kleinen Team in Mysore stattgefunden hat, sollte es in diesem Jahr eine Fortsetzung geben. Dr. Aslani hat im letzten Jahr eine fruchtbare Kooperation mit Dr. Jayram, einen plastischen Chirurgen vor Ort, aufbauen können. Dr. Jayram hatte im Vorfeld viele Patienten vorgescannt und ausgewählt sowie mehrere bürokratische Hürden aus der Welt schaffen können. Es war geplant, die chirurgische Aktivität etwas auszuweiten, mehr Patienten zu versorgen und unter Mithilfe von Dr. Jayram auch mehrere Eingriffe parallel abzuwickeln. Den größten organisatorischen Aufwand unsererseits haben mit Sicherheit die beiden Mitarbeiter der Anästhesieabteilung der BG Unfallklinik Murnau geleistet, Dr. Stephanie Hofmeier und Christoph Zidek. Unermüdlich haben sie Pharmafirmen angeschrieben und um Sponsoren geworben, auch Spielzeughersteller kontaktiert & mit Hilfe der BG Unfallklinik Medizinprodukte günstig erwerben können. Dr. Andreas Schmidt, Leiter der Plastischen Chirurgie am Unfallkrankenhaus sowie Vorstand der Interplast Sektion Südbayern hat unseren Einsatz von Beginn an großzügig unterstützt und mitgetragen.

Die Anreise erfolgte unproblematisch, wir alle hatten unser persönliches Gepäck auf ein Minimum beschränkt und somit ausreichend Platz für unser medizinisches Equipment. Die Zollformalitäten waren unkompliziert, einzig mein etwas zerschlossener, italienischer Reisepass erhitze die Gemüter der hiesigen Behörden... „First time in India, my friend?“

Bereits am nächsten Tag warteten die Patienten im Mission-Hospital auf uns, allerdings nicht bei einem Screening, sondern wohl vorbereitet auf dem OP-Tisch. Dr. Jayram hatte sich bereits um alles gekümmert und die Patienten sorgfältig und gewissenhaft ausgewählt. Wir konnten dadurch rasch mit unserer Arbeit beginnen, allerdings bestätigte es sich wiederum, dass ein Screening unsererseits unerlässlich ist. Sei es, um Risikopatienten herauszufiltern, als auch um das anästhesiologische und chirurgische Vorgehen planen zu können, besonders aber auch, um die soziale sowie medizinische Indikation selbst überprüfen zu können. Nicht immer haben uns die indischen Kollegen mittellose Patienten vorgestellt, die an einer bedeutenden funktionellen Einschränkung litten.

Die Patienten, die für die ersten Operationstage vorgesehen waren, haben wir auf Station am präoperativen Tag visitiert, weitere Patienten konnten wir dann an einem geplanten Screeningtag untersuchen.

Die meisten Patienten, die von uns behandelt wurden, litten an Verbrennungskontrakturen, darunter wiederum viele Frauen mit schlimmen Verbrennungen im Gesicht. Die Frage, ob es sich dabei immer um „Unfälle“ beim Kochen gehandelt hat, so wie uns berichtet wurde, oder eher um Bestrafungen, hat uns einiges Kopfzerbrechen bereitet und nachdenklich gestimmt.

Außergewöhnliches geleistet hat Dr. Aslani, er war der einzige Chirurg in unserm Team, und somit war er tagtäglich von früh bis spät im Einsatz, unsere beiden Famulanten Sophie und Michael haben ihn dabei tatkräftig unterstützt. Die Instrumentarinnen wurden durch das Mission-Hospital gestellt, mit ihnen arbeiten zu dürfen, war für alle eine sehr angenehme Erfahrung. & da Dr. Jayram nicht immer an einem zweiten Tisch arbeiten konnte, hatten auch wir von der Anästhesie Gelegenheit, uns als chirurgische Assistenz zu verbereichern, ich persönlich habe es als sehr bereichernd empfunden, Spaltenchirurgie dadurch praktisch verstehen &

begreifen zu können. Interessant war auch der Erfahrungsaustausch mit den Kollegen vor Ort, besonders mit Dr. Kumar.

Letztendlich haben wir 25 Patienten behandeln können, darunter waren mehrere mit ausgedehnten Verbrennungskontrakturen an verschiedenen Körperstellen.

Was uns bei diesem Einsatz wiederum sehr beeindruckt hat, ist die postoperative Versorgung der Patienten, die durch Dr. Jayram & dem Mission-Hospital vorgehalten wurde. Zwar hat sich wiederum die indische „Pseudomonasglocke“ breit gemacht, aber die allermeisten Hauttransplantate sind gut verwachsen. Bescheiden war allerdings das Engagement der Krankenhausleitung, um mittellose Patienten zu werben, und dadurch unsere OP-Kapazität ausreichend auszulasten. Diesbezüglich hat sich Dr. Steffi Hofmeier mit der Krankenhausleitung zusammengesetzt und wir hoffen, dass bei einem nächsten Einsatz entsprechend viele Patienten eingeladen werden.

Müde, glücklich und auch etwas traurig haben wir Indien wieder verlassen: mussten wir doch unsere beiden Medizinstudenten Sophie & Michael in Indien zurücklassen, sie beide wollten im Mission Hospital noch etwas Erfahrung als Famulanten sammeln und einige Zeit durch Indien reisen. Wir hatten uns in den zwei Wochen während unseres Indieneinsatzes in unserem Team sehr gut zurechtgefunden & haben bei abendlichen kulinarischen Abenteuern („Tanduri chicken full“) nicht nur den Magen, sondern auch den Geist ausreichend mit unterhaltsamer Nahrung versorgen können.

Abschließend darf ich mich bei Herrn Dr. Andreas Schmidt als Leiter der Sektion Südbayern und bei der BG Unfallklinik Murnau für die tatkräftige Unterstützung bedanken, sie haben viel zum Gelingen dieses Einsatzes beigetragen.

Alex Hofer
Südtirol, Italien



Shree Jain Hospital Howrah / Westbengalen / Indien



Das Shree Jain Hospital liegt in Howrah auf der anderen Seite des Flusses Hooghly von Kalkutta (Kolkata).

Vorbereitet wurde dieser Einsatz von Frau Ute Sparenberg (Kalkutta-Hilfe) und vor Ort von Dr. Arindam Battacharyya.

Zuletzt hatte es dort einen Interplast-Einsatz 2003 gegeben; seither war die Verbindung unterbrochen.

Wegen der günstigeren Bedingungen, auch was die Gepäckmenge anging,

wählten wir EMIRATES als Fluglinie, auch wenn eine Zwischenlandung in Dubai in Kauf genommen werden musste.

Das Krankenhaus ist weitgehend eine Belegklinik, chirurgischerseits ist nur 1 Chirurg vor Ort, Dr. Misra. Es stand uns ein großer OP-Raum mit 2 Tischen zur Verfügung, sowie ein kleiner OP als unser Lager. Personal war genug vorhanden, die einzelnen Funktionen konnten jedoch nur mühsam herausgearbeitet werden. Dennoch musste der OP erst mal in einen operationsfähigen Zustand

gebracht werden. Gewöhnungsbedürftig war vor allem auch der ungewohnte Lärm Spiegel.

Ein sehr gutes 3-köpfiges einheimisches Anästhesieteam wurde vom Krankenhaus gestellt, welches allerdings am Ende des Einsatzes von uns bezahlt werden musste.

Es stand uns ein Gästehaus in Kalkutta mit veganischer Kost zur Verfügung, sowie ein Auto mit Fahrer. Die Fahrt zum Hospital dauerte je nach Verkehr zwischen 1/2 und 1 Stunde und glich bisweilen einem Rallye-Wettbewerb.

Die Zusammenarbeit mit dem einheimischen Personal war in der 1. Woche des Einsatzes recht mühsam, auch konnten verschiedene „rituale“ von uns nicht gedeutet werden. In der 2. Woche ändert sich das Bild dann völlig, da man sich aneinander gewöhnt hatte und das gegenseitige Vertrauen wuchs. Ute Sparenberg hat in dieser Zeit ihr Organisationstalent bewiesen und stellte viele Verbindungen her, auch die sehr erfreuliche Kooperation mit den „Ärzten für die dritte Welt“ im Howrah South Point.

Am 1. Tag erfolgte das Screening der Patienten, von denen wir förmlich überrannt worden waren. Es war auch reichlich „Reklame“ vorher gemacht worden, besonders augenfällig waren die Plakate an den Fahrraddrikschas. Wie häufig in diesen Situationen war





die sprachliche Barriere ein Problem, da nicht genügend Übersetzer zur Verfügung standen.

Wie üblich, standen die Diagnosen:

Spaltenchirurgie
Verbrennungsfolgen
Fehlbildungen

im Vordergrund der durchgeführten Operationen. Der Ablauf war allerdings bisweilen ziemlich chaotisch durch die 2 OP-Tische, den unglaublichen Lärmpegel und die recht große Anzahl an Mitarbeitern.

Zudem war für uns eine Station ausschließlich für unsere Patienten eingerichtet worden, was den Überblick erheblich erleichterte.

Insgesamt wurden an 62 Patienten 83 Eingriffe durchgeführt, wobei erfreulicherweise nur 1 Lappenspitzennekrose und ein e Spalthautteilnekrose als Komplikationen auftraten. Leider konnte durch die Struktur der Klinik die

Versorgung der Patienten nach unserer Abreise nicht eindeutig gesichert werden. Die Kollegen von Howrah South Point waren jedoch bereit, bei Bedarf einzuspringen, wie überhaupt durch die Verbindung insbesondere zu Frau Dr. Evelyn Seltmann viele weitere Einrichtungen und interessante Aspekte von Kalkutta für uns geöffnet wurden.

Unter den vielen vorgestellten Patienten fand sich ein 10-jähriges Mädchen, welches im Alter von 5 Jahren eine schwere Brandverletzungen erlitten hatte und seither mit am Oberkörper zusammengewachsenen und überkreuzten Armen leben musste. Da diese mehrfachen Operationen in der

Kürze des Einsatzes nicht durchgeführt werden konnten, haben wir im Landkreis Lörrach eine Aktion „Hilfe für Sampa“ ins Leben gerufen und das Mädchen in der Kinderklinik Elisabethen-Krankenhaus Lörrach operativ versorgt. Die Physio- und Ergotherapie wurde in der MI-Klinik Bad Pyrmont

durchgeführt. Sampa wird sich weitgehend selbständig versorgen können, so dass nun ein Schulbesuch in Kalkutta vorgesehen ist.

Zum Abschluss des Camps verbrachten wir noch ein Wochenende in den Sunderbans im Gangesdelta.

Zusammenfassend war es ein äußerst interessanter und erfolgreicher Einsatz, erfreulicherweise ohne wesentliche Komplikationen. Auch die gesundheitlichen Probleme des Teams hielten sich in Grenzen. Es bedurfte keiner langen Überlegung, ob die Einladung zu einem erneuten Camp in Howrah angenommen werden soll. Der nächste Einsatz wird im Januar 2011 stattfinden.

Ein tolles Team waren:

Dr. Martin Schwarz
Dr. Helmut Berenskötter
Dr. Stefan Piry
Sr. Marianne Zabel
Ute Sparenberg
vor Ort :
Dr. Battacharyya
Dr. Misra

**Allen herzlichen Dank;
dem eigenen Team,
den Kollegen von Howrah South Point**

aber auch dem Sponsor, ohne den der Einsatz nicht möglich gewesen wäre: Pro Interplast, Seligenstadt, für die Übernahme der Flugkosten.



Günter Zabel



Einsatzbericht Chalsa / Jalpaiguri / West Bengalen / Indien 05.11.-03.12.2010 pro Interplast Seligenstadt e.V.



Allgemeines

Dieses Projekt in Jalpaiguri besteht seit 2005 und wird von pro Interplast Seligenstadt e.V. unterstützt. Zu den wichtigsten konstanten lokalen Kooperationspartnern gehören die Hilfsorganisation Howrah South Point (HSP) und die britische Teegesellschaft Goodrick Group. Die langjährige und enge Zusammenarbeit mit HSP und Goodrick Group ermöglicht eine effiziente Projektorganisation und -durchführung, insbesondere die Nutzung von fest verankerten Infra- und Organisationsstrukturen inklusive des Personals vor

Ort sind von wichtiger Bedeutung. Zu den Projektschwerpunkten gehören die operative Versorgung von Lippen-Kiefer-Gaumenspalten und die basismedizinische Versorgung aller Patienten und Mütter, aber auch anderer Bezugspersonen. Ein weiterer Aspekt ist die Unterstützung besonders vulnerabler Bevölkerungsgruppen, hierzu zählen vor allem Kinder, junge Frauen, Mütter und Schwangere. Durch Beratung, Schulung und Umsetzung bedarfsorientierter einfacher präventiver Maßnahmen, unter anderem in den Bereichen Hygiene, Ernährung und Schwangerschaft, kann in vielen Fällen

wesentlich zu einer Verbesserung von Gesundheit und Lebensqualität beigetragen werden.

Seit zwei Jahren wird ein breites Spektrum einer basismedizinischen Versorgung während der einwöchigen (präoperativen) Screening-Phase umgesetzt. Dieses Angebot wird von der im Projekt vorstelligen Bevölkerung hoch geschätzt und Empfehlungen sowie Erlerntes meistens zuverlässig zuhause umgesetzt.

Um das mittlerweile hohe Arbeitsaufkommen effizient in dieser Phase zu bewältigen, begleitete mich im diesjährigen Einsatz erstmals ein deutsches Teammitglied. Christiane Vitense war zum einen für das sozialpädagogische Betreuungsangebot während des stationären Aufenthaltes der Patienten im Krankenhaus verantwortlich, zum anderen sollte sie zur Entlastung meiner Mitarbeiterin und mir einen wesentlichen Teil der basismedizinischen Maßnahmen durchführen. Dazu gehörten das Anämie-Screening mit einem transportablen Hämoglobin-Messgerät, die Applikation oraler Medikamente (Albendazol, Vitamin A) sowie die Aushängung alters- bzw. dosisgerechter Eisen-, Mineralstoff- und Vitaminpräparate, jeweils unter ärztlicher Supervision. Neu in unserem Angebot war die Schulung der Kinder und Eltern in Zahnprophylaxe und Mundhygiene, welches nicht nur im Screening, sondern auch





während der OP-Phase zum sozialpädagogischen Alltag gehörte.

Bereits nach wenigen Arbeitsstunden waren meine lokale Mitarbeiterin Vinita, die seit 2009 die Patientenrekrutierung koordiniert und durch Ihre Übersetzungstätigkeit während des gesamten Einsatzes ein unersetzliches Element in der Patientenbetreuung ist, Christiane und ich ein eingespieltes Team. Trotz erstmals einjähriger Pause war die Patientenrekrutierung effizient. Ich freute mich, bekannte und neue Gesichter wiederzusehen. Diesmal wurden sogar Patienten vorgestellt, die uns zuletzt im Jahr 2006 konsultiert hatten. Anhand der elektronischen Patientendatenbank ließ sich die bisherige operative Versorgung nachvollziehen und, soweit damals schon angelegt, alte Patientenakten heraussuchen.

Nach einer Woche mit langen erlebnisreichen Arbeitstagen waren der OP-Plan erstellt und alle vorbereitenden Maßnahmen abgeschlossen. Das Team reiste planmäßig an und begann nach einem Tag Erholung die Arbeit im Krankenhaus.

Teammitglieder

- Dr. Ayse-Gül Schmidt (MKG Chirurgie, Virchow Klinikum Charité Berlin)
- Prof. Dr. Dr. Cornelius Klein (MKG Chirurgie, Klinikum Deggendorf)
- Dr. Matthias Reyle-Hahn (Anaesthesie, Waldkrankenhaus Spandau Berlin)
- Dr. Hajo Sachs (Anaesthesie, Waldkrankenhaus Spandau Berlin)
- Heike Baaske (Anaesthesie-Schwester, Waldkrankenhaus Spandau Berlin)
- Stefan Heigl (OP-Pfleger, Klinikum Deggendorf)
- Julia Heinrich (Anaesthesie, Waldkrankenhaus Spandau Berlin)
- Dr. med. Boris Wittekind (Pädiatrie, Uniklinik Frankfurt a. M.)
- Maria Heinrich (Kinderkrankenschwester, Uniklinik Frankfurt a. M.)
- Christiane Vitense (Diplom-Sozialpädagogin, Oldenburg)
- Dr. med. Soha Asgari (Pädiatrie, Uniklinik Heidelberg)

Résumé

Während der Screening-Phase wurden insgesamt 160 Patienten vorgestellt, in der „mobilen Sprechstunde“ zusätzlich

noch Familienangehörige untersucht und mit-behandelt.

60 Fälle wurden abgeschlossen, 22 neue Fälle aufgenommen und an insgesamt 15 OP-Tagen 61 operative Interventionen durchgeführt. Bisher wurden im Projekt insgesamt knapp 350 Patienten behandelt, davon sind aktuell noch 188 Fälle in der Betreuung.

Zwei Jahre nach Beginn ergänzender basismedizinischer Angebote wie die der Eisen-, Mineralstoff- und Vitaminprophylaxe bzw. -therapie zeigen sich fast ohne Ausnahme nachhaltige Erfolge. Deutlich bessere und normale Hämoglobin-Werte als Ausdruck aufgefüllter Eisenspeicher konnten regelhaft dokumentiert werden. Familien erinnern sich aktiv an den Sinn von Eiseneinnahme und ausgewogener Ernährung. Einige gehen sogar selbstständig zu Gesundheitszentren, um sich entwurmen zu lassen, um nur wenige Ergebnisse zu erwähnen. Der verbesserte Gesundheitszustand, insbesondere die normalisierten Hb-Werte, der Patienten ist nicht nur ein erfreuliches Nebenergebnis, sondern stellt zugleich eine höhere Patientensicherheit bei den operativen Eingriffen her.

Schwere Komplikationen traten in diesem Jahr erfreulicherweise nicht auf. In einem Fall musste aufgrund einer Nachblutung eine kleine Revision erfolgen. In einem weiteren Fall kam es im stationären Verlauf zu einer Nahtinsuffizienz, die operative Korrektur ist für den kommenden Einsatz vorgesehen.

An dieser Stelle möchte ich mich im Namen des gesamten Projektteams bei Frau Huck und allen Menschen, die pro Interplast Seligenstadt e.V. aktiv und finanziell unterstützen, herzlich bedanken. Ohne den großartigen Einsatz von pro Interplast Seligenstadt wäre dieses Projekt nicht möglich.

Soha Asgari, Heidelberg

Erlebnisbericht von Christiane Vitense, Diplom- Sozialpädagogin des Projekts

Im Sommer 2010 begann die Freiphase meiner Altersteilzeit. Bereits im Winter zuvor hörte ich von einer Kollegin,

die Frau Soha Asgari seit vielen Jahren kennt, von diesem Projekt.

Frau Asgari beschrieb die wesentlichen Phasen und Inhalte des Projektes und meine Aufgaben. Eine Woche Screening, danach nahtloser Übergang zur dreiwöchigen Tätigkeit im Team im Goodrick Group Hospital in Chalsa, in dem Kinder mit LKG-Spalten operiert werden. Während der Screening-Phase bestand meine Hauptaufgabe nach erfolgter Einarbeitung in der Durchführung des Anämie-Screenings und weiterer zahlreicher basismedizinischer Maßnahmen. Während der operativen Einsatzphase sollten Patienten und Familienangehörige durch mich sozialpädagogisch betreut werden und während der gesamten Zeit parallel die Einführung und Schulung in die Zahnprophylaxe und Mundhygiene erfolgen. Hierfür spendete das Institut für Zahnhygiene und das Gesundheitsamt Oldenburg reichlich Zahnbürsten und Zahnpasta. Für diese Aufgabe besaß ich in meinem Fundus noch ein sehr anschauliches Gebiss und eine große Zahnbürste.

5. November. Start in Frankfurt am Main. Nach 8 Stunden Flug erreichen wir Kalkutta. Die Taxifahrt zum Hotel gestaltet sich sehr lebhaft: lautes Dauerhupen, viele bunte Lichter, unentwegte Knallerei und Böllerei – Diwali Pooja wird gefeiert. Wir fahren durch Straßen mit Müll und schlafenden Menschen, darunter auch halbnackte Kinder.

Im Hotel angekommen, fuhren wir nach 4 Stunden Schlaf und einem kleinen Frühstück am Morgen zum Kinderheim von HSP nach Ashaneer. Louis, ein Mitarbeiter von HSP, gestaltet in Kalkutta regelhaft das Screening. Gleichzeitig übernimmt er die wichtige Funktion des Übersetzens.

Vor dem Heim empfangen uns erwartungsvolle und erfreute Blicke von Kindern, Eltern und Großeltern.. Soha fühlt sich offensichtlich zuhause. Sie läuft ohne Umwege in den für die Sprechstunde vorgesehenen und gut vorbereiteten Raum. „Häng Dich einfach dran. Ich erklär Dir dann alles, nach und nach...Du kannst Dich auch gerne erst mal umsehen“, während sie das sagt, packt Sie alle notwendigen Utensilien aus. Ich schließ mich an. Nachdem alles platziert ist, schau ich mich vorsichtig um: es gibt einfach ausgestattete Therapieräume und Klassenzimmer.



In Kalkutta sehen wir nur den ersten, kleinen Teil der Patienten. 6 von 8 einbestellten Patienten sind erschienen. Meine Aufgaben wurden mir schnell vermittelt: Blutabnahme in Form eines Ohr-Pieks zur Hb-Wert-Bestimmung bei Kindern und Müttern. Zusätzlich bin ich dafür verantwortlich, allen Patienten eine cremige Flüssigkeit aus einem kleinen Fläschchen zu verabreichen, ein Entwurmungsmittel. Alle Patienten und deren überwiegend sehr jungen Mütter erhalten Eisen- und Mineralstoffpräparate. Für Säuglinge und Kleinkinder gibt es diese als Tropfenlösung, für Kinder- und Schulkinder als Sirup und ab dem Jugendalter als Kapseln. Die Flaschen werden nach Öffnung des Verschlusses ausgehängt, um das Risiko des Weiterverkaufs zu minimieren. Diese sind mit Patientennamen und Einnahmehinweisen beschriftet Ganz besonderes wichtig ist die ausführliche und verständliche Aufklärung über die Indikation der einzunehmenden Medikamente, über ihre Einnahmeweise und ihre Effekte. Ein zu erwartender Effekt wie schwarzer gefärbter Stuhl bei Eiseneinnahme muss unbedingt erwähnt werden, um die Compliance der Patienten nicht zu gefährden. Die Konsultation wird erst dann beendet, wenn alle Inhalte durch das begleitende Elternteil verstanden wurden. Zur Erfolgskontrolle werden didaktisch durchdachte Fragen gestellt, um alle Inhalte abzufragen. Abschließend nehmen alle Patientenfamilien an

der Schulung für Zahnprophylaxe und Mundhygiene teil, bevor der Heimweg angetreten werden kann.

Im Rahmen der Anamnese fragt Soha u.a. nach, ob jemand an Nachtblindheit erkrankt sei. Nachtblindheit ist in dieser Region häufig Ausdruck eines Vitamin A Mangels. Ich bin beeindruckt, dass sich diese Erkrankung einfach erfolgreich behandeln lässt: Einnahme von insgesamt 24 Kapseln Vitamin A verteilt auf 3 Tage innerhalb einer Woche. Nachdem alle Patienten und Angehörige versorgt sind, versammeln wir uns in einem Therapieraum zur Schulung in Zahnprophylaxe und Mundhygiene.

Nach zwei Stunden sind wir fertig. Soha ist für den ersten Screening-Tag zufrieden und ich bin überwältigt von den vielen freundlichen Menschen und all den neuen Eindrücken

7. November. Weiterflug nach Bagdogra. Theresa, Leiterin des Kinderheims von HSP in Mogradangi erwartet uns. Sie ist sehr aufgeregt. Die Weiterfahrt führt über Siliguri – mit Zwischenhalt bei „Surgicem“, einem Medizinproduktevertrieb, um den Inhaber Sandeep zu treffen – nach Mogradangi. Dort werden wir mit Blumen und Liedern empfangen. Nach einem Essen geht die Fahrt mit dem Auto über Straßen mit tiefen Schlaglöchern ins Kinderheim Jordighi, wo uns Leiterin Devi, Vinita, viele andere Mitarbeiterinnen und die

kleinen und großen Jungs des Heimes herzlich empfangen..

8. November. Schon kurz nach 7 Uhr warten Patienten darauf, Soha endlich wiederzusehen oder kennenzulernen. Ich bin sehr gespannt und ehrlich gesagt auch angespannt.

Bei Vielen ist die Behandlung erfolgreich abgeschlossen (sie bekommen eines der Kuschtiere, die „meine“ Kinder aus der Grundschule Donnerstschwee mir mit auf den Weg gegeben hatten), andere bekommen einen OP-Termin.. Sobald alles verstanden wurde, kann der Heimweg angetreten werden.

An diesem Tag sehen wir mehr als 40 Kinder mit Familienangehörigen. Wir arbeiten bis beinahe 22 Uhr.

9. November. Screening in Mogradangi. Auch hier kommen viele Patienten. Sie warten geduldig und mit Freude draußen auf den Bänken sitzend. Oftmals sind auch die Väter mit ihren Kindern da, da die Mütter bei der Hausarbeit und mit der Versorgung weiterer Kinder beschäftigt sind. Mädchen, seltener Jungen, werden immer wieder wegen ihrer Missbildung von ihren Müttern abgelehnt und wachsen daher bei ihren Großeltern auf

10. November. Lataguri. An die 30 Patienten erwarten uns. Soha freut sich über das Wiedersehen mit Debojit. Sie lernte ihn 2009 im jungen Säug-



lingsalter während des Screenings kennen. Er wäre beinahe durch Unterernährung gestorben. Inzwischen hat er sich prächtig entwickelt und wiegt nun altersgemäß 8 kg. Außerdem fällt uns insbesondere der ängstliche Fatibul mit seiner zweiseitigen kompletten LKG-Fehlbildung auf. Da seine Eltern nicht mehr leben, wächst er bei seiner 70-jährigen Oma auf. Ihr junger einarmiger Nachbar hilft ihnen und begleitet sie, wie auch im vergangenen Jahr. Aufgrund persönlicher Umstände musste Fatibuls Großmutter letztes Jahr seinen OP-Termin absagen. Doch dieses Mal soll es klappen.

11. November. Nach dem Screening in Dapganj geht's weiter nach Chalsa. Wir treffen in der Dämmerung ein. Die Mitarbeiter des Goodrick Group Hospitals warten schon auf uns

Am 13. November reist das Team an und bereits am 14. November werden die ersten Patienten stationär aufgenommen. Ich bemerkte, wie wichtig es ist, dass alle aufgenommenen Kinder und Erwachsenen mich beim Screening gesehen haben. Als die ersten vier Patienten ankamen, strahlten sie als sie mich in der für sie so fremden Umgebung wiedererkannten.

Den ersten Tag verbrachten alle Patienten im Aufnahmezimmer. Wie so oft konnte ich ein Lachen, ein Erstaunen und Fröhlichkeit auslösen. Die Angst und die Unsicherheit bei den Menschen wurde weniger. Ich wurde stets durch eine Tigerhandpuppe namens „little doctor“ begleitet. Aus dem Bauch des Tigers zauberte ich mit viel „Theater“ drei kleine Mäuse, die sich dann überall versteckten. Auch Fingerpuppen spielten für die kleinen und großen Patienten Theater. So sah auch meine Morgen- und Abendrunde bei den operierten Kindern aus. Eine Spritze aus Filz ließ ein Kind „little doctor“ mal spüren, wie es ist, Spritzen zu bekommen. Auch die indischen Krankenschwestern und Didis hatten Spaß an dem Theater und begrüßten die Puppen und mich.

An einem weiteren Tag fing eine Großmutter mit ihrem Enkel im Arm zu singen an. Gleich holte ich die Trommel, andere Rasselinstrumente und Pappschachteln. Alle sangen, trommelten und einige Frauen tanzten.

Mit zwei anderen Jungen spielte ich abends noch mit viel Spaß und Elan „Boris Becker“ mit Luftballons. Punkte zählen, Revanche – wir waren sehr sportlich!

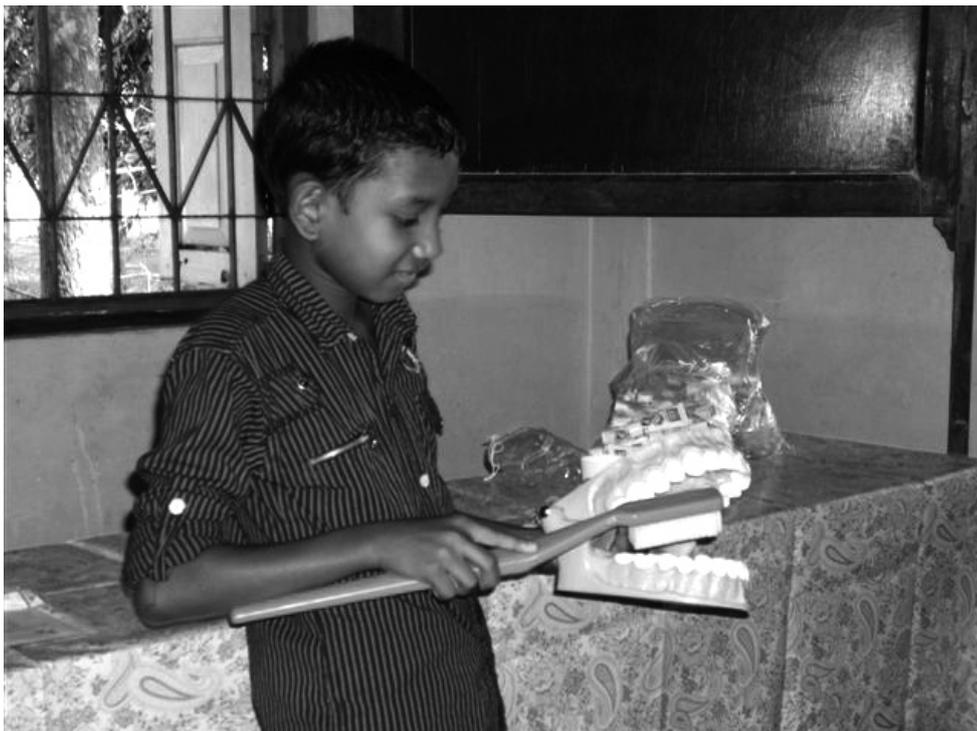
Wurden die Patienten entlassen, vergewisserte ich mich noch einmal über das Erlernte bezüglich Wund- und Narbenpflege, Ernährung, Einnahme der Präparate, Zahnprophylaxe und Mundhygiene – stets in Begleitung von Vinita.

Morgens vor dem Frühstück hat mich ein Spaziergang durch die Teeplantage auf den Tag eingestimmt: Sonnenaufgang, Ruhe, landschaftliche Weite - ein wunderschöner Tagesbeginn.

Spielerische Interaktion, gemeinsamer Spaß, Zuwendung und neue sowie positive Erfahrungen tragen zur ganzheitlichen Genesung bei.

Ich selbst habe viel gelernt: Die Inder haben mir viel von ihrer Geduld, Heiterkeit und Gelassenheit mit auf den Weg gegeben. Ich fühlte mich auch im Team der Didis von HSP gut aufgehoben. Bei dem nächsten Einsatz möchte ich gern wieder dabei sein.

Christiane Vitense, Oldenburg



Tirupur / Indien 2010: Was bleibt, was geht, was kommt?

April 2010: Wir starten zu einem Einsatz nach TIRUPUR, eine südindische Stadt, in die wir schon einmal 2002 und 2004 eingeladen waren: ein Ort mit der rasantesten wirtschaftlichen Aufwärtsentwicklung in den letzten Jahren: wo von der Rohbaumwolle bis zum Knopflochsäum 58% der T-Shirts aller Marken und Preisklassen produziert werden. Wie hat dieser schwindelerregende Aufschwung die indische Kultur dort, die Gesellschaft, und vor allem: das System der Medizinischen Versorgung verändert? Was brauchen die Menschen in diesem Bundesland Tamil Nadu, einem der reichsten Staaten Indiens, dessen politisches Ziel Bildung und soziale Sicherung für alle ist, inzwischen noch von uns? Sind globetrotzende Gutmenschen mit Pappkartons voller Wirtschaftswundertechnik, Albert Schweitzer-Koffern für medizinische Notversorgung und abgelegten Kuscheltieren dort überlebt wie ein alter Hut? Und wenn ja, wie können wir diese Entwicklung dann für unseren eigenen Wandel nutzen? Letzteres wurde schon vor Beginn unserer Reise ganz praktisch erst einmal beim Übergepäck erfolgreich ausprobiert: um Kosten für Übergepäck und Diskussionen am Zoll zu vermeiden, haben wir, wie auf dem Symposium 2010 empfohlen, Medikamente und Verbandsmaterial in Indien vorbestellt. Eine an unsere Zielklinik angegliederte Apotheke konnte alle Posten unserer Wunschliste zuverlässig bereitstellen, zu einem Bruchteil der erwarteten Kosten, ohne Transport- und Zollrisiko.

Schon bei den letzten beiden Einsätzen war der Rotary Tirupur South unser Gastgeber: ein Club weißbetuchter Provinzgrößen, die der Hunger der Industrienationen nach Billigproduktionen hatte überraschend so reich werden lassen, dass so schnell weder Lebensstil noch geistiger Radius die neuen Möglichkeiten integrieren konnte. Die millionenschweren Herren blieben traditionell bäuerlich einfach, trafen sich nach Kolonialart dienstags bei Tee und Tennis, erfreuten sich damals unseres Exotentums, besuchten mit uns



am freien Tag Tempel und Landschaft, überhäuften uns mit Blumengirlanden und ausholenden Dankesreden auf Tamil und versicherten sich wärmstens unserer Wiederkehr. So war es bei unserem ersten Einsatz 2002.

Inzwischen hatte sich der jüngste unter ihnen, zwar mit der weitaus kleinsten Fabrik (250 Arbeiterinnen), jedoch der wendigste und temperamentvollste, in den 8 Jahren hochgearbeitet und war Clubpräsident für 2010 geworden. Als Höhepunkt seiner Amtszeit wünschte er sich nun einen erneuten Besuch des Interplastteams. Wir waren, wenn auch in etwas anderer Besetzung, natürlich sofort zur Stelle. Fast blieben aber drei von uns in den neuen Spitzfindigkeiten des halbjährigen Touristenvisums für Indien hängen. Ein Businessvisum, gar nicht viel teurer, half weiter, nachdem ein Bote viermal zwischen uns und der jeweiligen Indischen Botschaft in Frankfurt bzw. München kurz vor Abflug hin- und hergeeilt war. Im Businessvisum ist außerdem die einladende Organisation im Pass direkt erwähnt, was beim Zoll von großem Nutzen sein kann.

Der große Mann im Vorfeld war Hubertus Tillkorn. Er zweifelte zwar: „Was, in drei Wochen wollt Ihr einen Einsatz organisieren? Das schafft Ihr nie!“,

doch war ER derjenige, der alles dazu beitrug, dass wir es doch schaffen sollten: er lud die Universal-OP Schwester Greta Hesselting aus Zwolle/NL und den auch durch kniffligste Problemstellungen noch unterforderten Anästhesisten Bernhard Schneller aus München, sowie die mit Herz und Gleichmut unerschöpflich schaffende Anästhesie- und Intensivpflegerin Claudia Hobmaier-Pfeiffer aus Rosenheim nach Tirupur ein. Sodass Bad Kreuznach nur noch das Nachwuchstalente in allen Disziplinen Matthis Renner und André Borsche mit Frau besteuern konnte. Prompte Flüge zu günstigen Preisen und einige Kurierdienste im Vorfeld besorgte wieder Marlies Neuhold aus Darmstadt, danke dafür!

Von den Rotariern am Flughafen Coimbatore abholt, waren wir nur noch auf unsere Arbeitsstätte gespannt: beim Einsatz 2002 hatten wir den Plastischen Chirurgen Dr. Ravichandra kennengelernt. Damals fanden wir in dem stark vernachlässigten anonymen staatlichen Krankenhaus keine Resonanz in der ärztlichen Zunft. Nur Dr. Ravi und der Anästhesist Dr. Selva hatten uns von außerhalb konsequent durch tägliches Mitarbeiten unterstützt. Dr. Selva ist inzwischen pensioniert und Dr. Ravi führt zusammen mit einem Orthopäden eine Privatklinik. Dorthin hatte er uns, schon



Schwerste Verbrennungskontraktur 2004



Heilungsergebnis nach 6 Jahren

als er André Borsche auf dem Weltkongress der Plastischen Chirurgen im Dezember 2009 traf, eingeladen. „Aber würden sich die bedürftigen Patienten überhaupt dorthin trauen?“, fragten wir uns, „Wollte Ravi unsere Arbeit eventuell nur werbewirksam für seine Geschäftsinteressen benutzen? Oder erhoffte er sich persönlich eine kostenlose Fortbildung in den neuesten Techniken?“

Wie Unrecht hatten wir ihm mit diesen Befürchtungen getan! Denn mit ihm wurde in seiner Klinik ein neues Einsatzmodell gelebt: alle Patienten waren schon vor unserer Ankunft auf das sorgfältigste ausgewählt, untersucht und dokumentiert worden, er

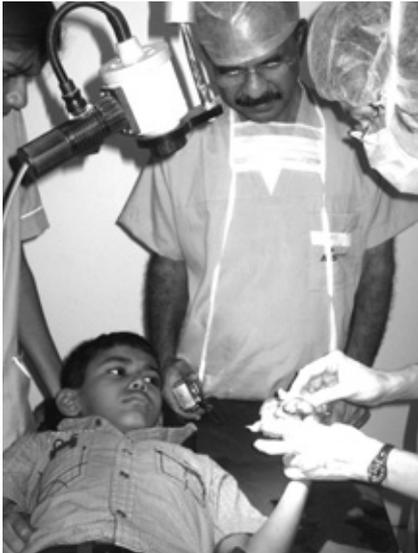
hatte sie z.T. voroperiert oder schon jahrelang betreut. Auch Patienten von 2002 hatte er kontinuierlich weiterbehandelt. Jeder Patient wurde dann von einem „internationalen Expertenrat“ (Dr. Ravi/Tirupur, Dr. Tilkorn/Münster, Dr. Borsche/Bad Kreuznach und Dr. Schneller/München) beraten, wo jeder Schritt des vorzunehmenden operativen Eingriffs auf das genaueste diskutiert wurde, unterstützt durch Ravis atemberaubende kommunikationstechnische Ausstattung. Da suchte er am Bildschirm kurz mal nach einem Zitat aus seinem letzten Vortrag oder illustrierte einen Gedanken mit einer japanischen Veröffentlichung. „Warum hier nicht ein Squareflap indiziert sei?“- „Ja, warum eigentlich nicht.“

Zeit zum Nachdenken hatten wir reichlich, denn ununterbrochen klingelte eins seiner beiden Mobil-Telephone, die er mit immer freundlicher Stimme beantwortete. Überhaupt hatte Dr. Ravi einen unendlich sanften zugewandten und verständnisvollen Umgang mit den Patienten, immer Zeit, immer Ruhe. Er half jedem, auch denen, die wir nicht operieren konnten, mit geduldigen Erklärungen oder Überweisungen an befreundete Kollegen, die kaum Geld nahmen. An einem Samstagmorgen, vor den Operationen, wollte er, als Präsident der regionalen Fachgesellschaft, kurz mit uns in die Verbrennungsklinik nach Coimbatore, der nächstgrößeren Stadt fahren. Dort treffen sich die Plastischen Chirurgen der Region an

Verbrennungsofopfer



Die erste Operation ist überstanden



Dr. Ravi sorgt sich um jeden Patienten

jeden ersten Samstag des Monats zum akademischen Frühstück. Nach sechs Vorträgen der Spitzenklasse (...propelar flap) wurden wir durch Intensivstation und Krankensäle geführt, in denen unzählige Patienten mit frisch operierten freien Lappen lagen. (Übrigens könne man dort einen Wochenkurs in Mikrochirurgie an feinsten Zeis-Mikroskopen für 250 Euro jederzeit buchen.) Auch Mittellose werden dort operiert, auch aus Tirupur, wenn es frische Verletzungen sind und der Krankenwagen sie teils über brandneue autobahnähnliche Straßen bis dorthin fährt. Ein Krankenversicherungssystem mit elektronischer Krankenkassenkarte auch für die Allerärmsten ist in Tamil Nadu gerade im Aufbau.....

Während uns von soviel Moderne der Kopf schwirrt, operieren wir in gewohnter Interplastmanier einen Säugling mit Schnürfurchen, vier junge Frauen mit mentosternalen Verbrennungskontrakturen und kleine Jungs mit durch Stromverletzungen verkrüppelten Händen. Auch drei Lippen- und zwei Gaumenspalten sind dabei.

Die größte Freude aber bereitet uns das Wiedersehen mit einer jungen Dame, die 2002 als vierjährige von einengsten Schulter-Armkontrakturen befreit werden konnte und die bis heute ihre Arme locker bis weit über den Kopf heben kann. Jetzt wird für die Herangewachsene, neben kleineren Korrekturen, am Thorax Raum für die eingepanzerte Brustentwicklung geschaffen.



Herzlicher Abschied der Rotarier

Insgesamt nahmen wir in den bestaustatteten OP-Räumen mit geschultem und interessierten Personal 163 Eingriffe vor. Und wegen der exquisiten Ausstattung von digitalem Röntgen über Krankengymnastik bis zu den hochmotivierten Stationsschwestern und der bedingungslos konsequenten postoperativen Betreuung der Patienten durch Dr. Ravi, hatten wir nur 3 kleinere Komplikationen (zwei Teilnekrosen und ein Hämatom) zu verzeichnen.

Jeden Tag kamen die Rotarier auf Station um „ihre“ Patienten zu besuchen. In diesen Momenten waren sie auf uns fast so stolz wie auf ihre Fabriken oder ihr komplett aus Thailand importiertes Gästehaus mit Swimmingpool (leider konnten sie selbst nicht schwimmen und bestaunten daher mit kindlicher Freude die Tauchkünste unserer männlichen Kollegen). Es herrschte große Herzlichkeit, Frohsinn und Selbstvertrauen, wenn auch die Konversation regelmäßig in Wogen von Bols und Whisky davonschwamm.

Nur Dr. Ravi sah die wirtschaftliche Zukunft nicht ganz so unbeschwert: „Was wird, wenn die europäischen Firmen ihre Näh-, Strick- und Färbeaufträge nicht mehr nach Tirupur vergeben?“ Niemand hat Rücklagen, niemand ein nachhaltiges Konzept. Obwohl mittlerweile schon ein paar Großauftragsgeber nach Bangladesh abgewandert sind und weil die Regierung von Tamil Nadu den Firmen zunehmend Umwelt- und Sozialauflagen macht, sind mittlerweile schon ein paar Großauftragsgeber

nach Bangladesh abgewandert. Hoffen wir, dass wenigstens die Gesundheits-sicherung für die Armen bis dahin eingerichtet sein wird!

In diese Zeiten des Umbruchs passte zumindest das Modell dieses Interplasteinsatzes:

- enge Zusammenarbeit mit Spendern und Förderern im Einsatzland (Rotarier)
- wissenschaftlicher Austausch bei der Arbeit, aber auch auf Fachgesellschaftsebene
- (die wunderbare) Zusammenarbeit mit einem karitativ eingestellten Kollegen vor Ort.

So haben wir bis zum letzten Tag große Eingriffe vornehmen können, denn Dr. Ravi hatte sich bereiterklärt, nach unserer Abreise die gesamte Nachbetreuung zu übernehmen. Neben seiner normalen Arbeit hatte er schon die zwei Wochen unserer Anwesenheit hindurch jede Nacht bereit gestanden.

Wir sind alle voller Hochachtung für ihn und hoffen, dass er uns, um den fruchtbaren Austausch fortzusetzen, bald in Bad Kreuznach besuchen wird.

Eva Borsche

SEKTION VREDEN AUCH 2010 WIEDER IN RUANDA, JEMEN UND ERITREA AKTIV



Das Wichtigste für uns: Das Gästehaus in Murunda/Ruanda, finanziert durch die Sektion Vreden und die Interplaststiftung, ist fertiggestellt! Na ja, nicht ganz: Duschen, Waschbecken, Toiletten, Wasserleitungen, alles ist installiert, nur: das Wasser fehlt noch! So ist einstweilen Improvisation gefragt. Kommt alles noch!

Überhaupt überschreiben wir unsere Aktivitäten mit „Kontinuität“:

1.: Peter Schindelhauer eröffnete unsere Einsätze des Jahres 2010 mit einem Aufenthalt in Taiz/Jemen

und operierte wieder viele Spaltpatienten.

2.: Unter meiner Leitung startete ein 4-köpfiges Team eben dorthin, hauptsächlich Verbrennungskontraktionen wurden versorgt.

3.: Im November ging es nach Murunda/Ruanda. Das Narkosegerät wurde unter Leitung von Paul Reinhold in Betrieb genommen und bei zahlreichen Operationen eingesetzt.

4.: Heinz Hammer übernahm den Eritrea-Einsatz und operierte in Asma-

ra wieder mit unserer dortigen Partner-Organisation, der Wardisabled Assoz.

In allen 3 Ländern sind wir seit Jahren aktiv, unsere Partner vor Ort bereiten vor, operieren mit, betreiben Nachsorge.

Ruanda ist auf dem Wege, zu den wenigen Afrikanischen Staaten mit positiver Perspektive aufzuschließen: eigene Investitionen in Bildung, Wasser- und Energieversorgung (so z.B. Volker Seitz in seinem – sehr lesenswerten – Buch: „Afrika wird arm regiert“).

Der Logik der Kontinuität folgend sind auch die Einsätze für 2011 fest geplant: Peter ist schon wieder im Jemen, geht mit uns auch nach Murunda über Ostern, im Sommer wird Heinz ein Team dorthin leiten und im November geht wieder ein Team unter meiner Leitung nach Ruanda.

Dr. Nepo, der ärztliche Direktor in Murunda, überraschte mich mit der Ankündigung, dass aus dortigen Eigenmitteln der Neubau des Chirurgischen Traktes finanziert wird. Eine Freude für uns, dann dort im Neubau die Einrichtung zu finanzieren. Wir hoffen auf eben solches Spendenaufkommen wie 2010. Unseren Spendern haben wir im Weihnachtsrundsreiben gedankt.

Arnulf Lehmköster





EINSATZ : TAIZ'Z / JEMEN 09.01. – 23.01.2010

Einsatzbericht der INTERPLAST-Sektion Vreden

Dieser Interplasteinsatz war in Kooperation mit dem Hammer-Forum geplant. In dem vom Hammer-Forum mitgeführten Ai-Thawra-Hospital in der Stadt Taizz im Jemen fand ein routinemässiger Einsatz eines vielköpfigen Teams statt, in dem Interplast assoziiert die Aufgaben im Bereich Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie übernahm. D.h., seitens Interplast (Sektion Vreden) fuhr ein MKG-Chirurg, nämlich ich, mit und operierte an einem der fünf ausgelasteten Tische Patienten mit Lippen-Kiefer-Gaumenspalten.

Der in Deutschland gefallene Schnee (genannt Schneesturm Daisy) verhinderte meine planmäßige Anreise dergestalt, dass ich die Yemenia-Airlines in Frankfurt/Main nicht erreichte, weil der Zubringerflieger in Berlin/Tegel nicht startete.

Nach Rücksprache mit dem Teamleiter Dr. Emmanouilides vor Ort unternahm ich am 13.01.2010 den zweiten Anlauf zur Anreise, diesmal erfolgreich, so

dass ich am 15.01. die erste OP durchführen konnte. In sieben OP-Tagen operierte ich 21 Patienten mit schweren Formen von Lippen-Kiefer-Gaumenspalten. Jede dieser Operationen erstreckte sich über 1,5 - 2,5 Stunden. Die Patienten sind, wie bekannt, durch die Missbildung häufig polymorbide, dystroph und syndromal.

Die Narkoseführung erfolgte durch Jemeniten, unterstützt von erfahrenen, deutschen Anästhesisten aus dem Hammer-Forum-Team.

Das Kombiteam umfasste 16 Mitglieder (davon: 1 Neurochirurg, 1 Unfallchirurg, 1 Allgemeinchirurg, 1 MKG-Chirurg, 2 Orthopäden, 2 Anästhesisten). Es wurde an 5 Tischen operiert, insgesamt 159 Operationen.

Es gab einen Zwischenfall, dergestalt, dass ein 2,5 jähriges Kind mit einer doppelseitigen LKG-Spalte bei Narkoseeinleitung einen Herzstillstand erlitt und reanimiert werden musste.

Die Reanimation war erfolgreich. Der

Zwischenfall für das Kind folgenlos. Es wurde nicht operiert. Die Wiedervorstellung im nächsten Jahr zwecks OP erfolgt erst nach Echokardiographie und evtl. CCT.

Ansonsten verlief die chirurgische Arbeit im Bereich MKG (=Interplast) erfolgreich, komplikationslos und, soweit in der Kürze der Zeit einsehbar, mit sehr guten Ergebnissen. Die Nachbehandlung wird durch eingewiesene und erfahrene jemenitische Ärzte durchgeführt.

Die materiellen und instrumentellen Voraussetzungen für meinen Einsatz wurden durch die Sektion Vreden von Interplast gewährleistet.

Mitgenutzt wurde die anästhesiologische und schwesternseitige Unterstützung durch das Hammer-Forum-Team, ebenso die hervorragende Unterbringung und Versorgung. Dafür bedankt sich Interplast beim Hammer-Forum, u.a. auch durch eine Spende.

Peter Schindelhauer

JEMEN IV, 24. EINSATZ SEKTION VREDEN, 24.04. – 08.05.2010



War's denn gefährlich für Euch im Jemen? – So oder so ähnlich lauten viele Fragen an uns nach der Rückkehr vom 4. Jemen-Einsatz der Sektion Vreden von INTERPLAST Germany e.V.

Die Antwort ist schwierig. Dass wir keine Gefahrenmomente erlebt haben, heißt nicht, dass keine Gefahr durch Terroranschläge oder Entführungen bestand. Sicher ist, dass unsere jemenitischen Freunde alles Erdenkliche unternommen haben, um uns einen sicheren und angenehmen Aufenthalt zu gestalten. Ständig waren wir begleitet von Jemeniten, auch jungen Jemenitinnen, die uns nicht aus den Augen ließen: In der Klinik, im Suqu, in Taizz,



auf unseren Ausflügen nach Aden, in Sanaa. Bemerkenswert: Die Gruppe engagierter junger Jeminitinnen, 25 – 30 Jahre alt, die eine abgeschlossene, meist akademische Ausbildung haben, die wissbegierig, begierig nach Fortbildung sind, ist nicht mehr zu übersehen. Sie sind durchaus religiös und ihrer Tradition verpflichtet, sind aber selbständig und selbstbewusst. Werden diese heute noch jungen Damen eines Tages den Ton angeben im Jemen?

So begleitete Mariam, eine 24-jährige Krankenschwester, die in Eigeninitiative Deutsch am Sprachinstitut in Sanaa lernt, uns vom ersten bis letzten Schritt im Jemen: Sie holte uns mit Dr. Ali, dem Vertrauensmann des Hammer Forums im Jemen, vom Flugplatz ab, begleitete uns nach und in Taizz, nach Aden, ihrem Geburtsort, zeigte uns die geheimnisvolle Welt der uralten Kultur in Sanaa, verließ uns erst am Flughafen wieder, zwei Wochen später.

Da lagen 14 erlebnisreiche, dicht gefüllte Tage, hinter uns. Die Aschewolke aus Island hatte sich rechtzeitig verzogen, pünktlich starteten wir am Samstag, 24.04.10, von Frankfurt aus.

Wir, das sind:

Dr. Johann Lang, Anaesthetist aus Ingolstadt und Bärbel Kornherr, Anaesthesie-Schwester; Dr. Christine Müller, angehende Plastische Chirurgin aus Vreden; für mich, Dr. Arnulf Lehmköster, Plastischer Chirurg, war es der 24. Einsatz unter meiner Leitung.

Nach Übernachtung in Sanaa, der Hauptstadt des Jemen, ging es weiter nach Taizz. Im dortigen Al Thawra-Hospital fand am Sonntag-Nachmittag bereits die Patientensichtung statt. Aus über 100 Patienten wählten wir die, bei denen uns ein plastisch-rekonstruktiver Eingriff am sinnvollsten erschien. Unser Op.-Programm für die zwei vor uns liegenden Wochen war am Abend geschrieben.

An den 10 Operationstagen operierten wir von morgens bis abends, oft über 12 Stunden. Teilweise waren es 3 – 4 Stunden-Op's. So konnten wir 40 Patienten, allerdings mit der gut doppelten Anzahl an Operationen, helfen.

In erster Linie waren es die uns vertrauten Verbrennungskontrakturen, durch Narben eingeschränkte Gelenke, die wir lösten und mit Lappenplastiken und Hauttransplantaten versorgten. Dazu gehören auch die narbigen Ver-

ziehungen im Gesicht um Mund, Nase, Augen. Das ist das schöne an unserem Fachgebiet: Das Operationsergebnis ist oft unmittelbar nach Operationsende zu sehen: Ein Arm, der wieder frei gestreckt, Finger, die wieder frei bewegt, Augenlider, die wieder geschlossen werden können.

Immer operierten wir im Team, zu dem immer auch einheimische Ärzte, und – diesmal besonders erfreulich – junge jeminitische Ärztinnen gehörten, sowohl beim Anaesthetisten als auch bei uns Plastikern.

Neben den sogenannten elektiven Eingriffen stellten wir uns dem Krankenhaus auch für akute Notfälle zur Verfügung: Ein Druck-Liegegeschwür bei einer jungen Querschnittsgelähmten wurde durch Muskellappen versorgt, bei einem Säugling der offene Rücken durch Rotationslappen verschlossen, akute Verbrennungs-Patienten durch Spalthauttransplantationen gedeckt. Den kleinen Jassin, dem ein Auto über seinen Fuß rollte, haben wir zur Rekonstruktion mit Hilfe des Hammer Forums mit nach Vreden genommen.

Gab es nur Arbeit im Jemen? Viel, ja. Aber nicht nur. Spät abends oft der





Besuch im Suqu mit herrlichem Food-Essen auf dem Markt; die Fahrt nach Arden zum Indischen Ozean; und das Finale in der alten Kulturstadt Sanaa. „Schwer mit den Schätzen des Orients beladen“ – materiell wie immateriell – kehrten wir heim.

Der Jemen leidet. Er leidet unter dem schlechten Image, dass unsere Medien ihm verpassen. Wenn der Jemen

leidet, leidet der Mensch dort: Die Touristen bleiben diesem wunderbaren Land fern, dringend notwendig gebrauchte Gelder werden dem Jemen so vorenthalten. Um so mehr empfangen wir tiefe Dankbarkeit, da wir auch in schwieriger Zeit den Menschen die Treue halten.

Wir haben zu danken – all unseren Gastgebern im Jemen, die uns konse-

quent begleiteten, uns Sicherheit, ja Geborgenheit gaben.

Arabia felix nannten die Römer den Jemen, glückliches Arabien. Genau das bleibt zu wünschen.

Arnulf Lehmköster

MURUNDA/RUANDA 13. – 26.11.2010



Team:

Mitra Hakimi, Assistenzärztin Plastische Chirurgie
Bärbel Kornherr, Fachschwester Anaesthesie und Intensivmedizin
Prof. Dr. Paul Reinhold, Anaesthetist
Dr. Arnulf Lehmköster, Plastischer Chirurg und Teamleiter

Auf dem Weg von Brüsseler Flughafen nach Vredon lag in den Ardennen Schnee. Gut 12 Stunden zuvor haben wir uns bei Sommerwetter in Kigali von unseren Gastgebern verabschiedet. Am Abend des 13.11. empfing uns eine große Delegation aus Murunda und Nyundo: Albert vom Hospital Murunda, Adrienne als Gesandte von Bischof Alexis, zu dessen Diözese das Krankenhaus gehört, Father Elias, Caritasdirektor in Ruanda und Jaques, unser Freund und Helfer in Ruanda.



Nach schon traditioneller Übernachtung im guest house Amani („Frieden“) ging es am Sonntag über Kibuye, wo uns Father Elias zu Mittag bewirtete, nach Murunda. Murunda gehört zur Provinz Gisenyi, welches wie Kibuye am Kivu-See liegt. Zwischen Kibuye und Gisenyi liegt die knapp 100 km lange Piste, immer oberhalb des Sees verlaufend, in dessen Mitte Murunda liegt – mehr als 2 Autostunden von jeder größeren Stadt entfernt.

Am Abend trafen wir uns in „unserem“ guest house: Father Leonidas und Father Patrick von der Pfarrei, Dr. Edu und Dr. Nepo als ärztlicher Direktor. Erst als wir wirklich da waren, stand für sie fest: Eine NGO (non-government-organisation) hat Wort gehalten und ist wieder gekommen in das kleine Nest Murunda im ruandischen Busch!

Und das gemeinsame Abendessen fand statt im von INTERPLAST Germany, Sektion Vreden, finanzierten guest house, das uns und hoffentlich vielen weiteren Teams Unterkunft gibt. Na ja, ein paar mehr Möbel wären schön, auch fließendes Wasser müsste machbar sein. Das Haus aber ist schön und groß. Verschlafen kann man dort nicht, um Punkt 6.00 Uhr läutet die Kirchenglocke.

Und eine weitere große Freude am nächsten Morgen: Unser Vorab-Cargo-Gepäck war komplett da. Eine Meisterleistung der Klinik, es rechtzeitig aus dem Zoll bekommen zu haben!

So fingen wir dann an zu operieren, ab Mittwoch auch mit dem von uns angeschafften und finanzierten Narkosegerät aus Deutschland. Paul leachte seine ruandesischen Helfer unermüdlich; in 10 Op.-Tagen jedoch vollständig in die Kunst der Narkose einzuführen, ist nicht möglich. So wird es sicher des nächsten Einsatzes im April bedürfen, eh unsere ruandesischen Kollegen selbständig das Gerät bedienen können. O2-Konzentrator, Kapnometrie, EKG, Monitoring, Pulsoxymetrie...zu viel Neues auf einmal.

Unser Op.-Spektrum kannten wir vom letzten Mal: Osteomyelitiden (Knochenentzündungen), Kontraktionen nach Verbrennungen, chronische Wunden, Druck-Liege-Geschwüre...wir setzten unsere Lehr-Assistenzen der entsprechenden Op.-Techniken fort, immer zusammen mit unseren ruandesischen Kollegen Dr. Ben und Dr. Don Bosco. So vergingen 8 Op.-Tage, in denen wir über 20 Patienten operierten, über 30 Operationen; Sichtung einer großen Zahl weiterer Patienten; morgens und

abends Visiten auf der chirurgischen Station.

Daran liegt uns: Nicht die absolute Zahl an Operationen ist das allein Entscheidende, sondern die Vermittlung unseres Wissens und unserer Technik: Wann ist ein schwerst-entzündeter Finger nicht mehr zu retten und gehört amputiert; wie geht man mit dem Dermatoma und dem Mesh-Gerät um; was ist der Unterschied zwischen Spalthaut- und Vollhauttransplantation und wann setzt man was ein.

Große Freude bei der Schlussbesprechung: Dr. Nepo (ärztlicher Direktor) berichtete, dass nunmehr der Neubau der chirurgischen Op. und der chirurgischen Station zugesichert sei, wir also mit unseren Investitionen in die weitere Ausstattung des Op. gerade richtig kommen.

Am Wochenende lernten wir die Umgebung Murundas kennen, wanderten zum Kivu-See, Father Patrick zeigte uns sein Sozialprojekt für Kinder im Vorschulalter und Behinderte und in Gisenyi kosteten wir herrlichen Tilapia (-Fisch) aus dem Kivu-See.

Der letzte Tag gehörte kleineren Einkäufen in Kigali, der Hauptstadt. Auf





dem Weg dorthin empfing und bewirtete uns Bischof Alexis Habyambere der Diözese Nyundo, auf dessen Initiative letztlich unser Engagement zurückgeht. Er zeigte sich von den Bildern unserer operierten Patienten tief beeindruckt. Uns wiederum beeindruckte nicht minder die Drum- and Dance-Performance einer Gruppe junger Ruandesen, voller Lebensfreude – nicht selbstverständlich in diesem von seiner Geschichte belasteten Land.

Ach ja: Wir wollen und müssen weiter investieren, jegliche Unterstützung ist herzlich willkommen. Was irgend geht, wollen wir allerdings in Ruanda selbst kaufen.

So auch die Einrichtung des guest house, die noch fehlt: außer den Betten und Tisch und Stühlen zum Essen, ist das Haus noch leer. Auch die Wasserinstallation steht noch aus, Warmwasser soll möglichst mit Sonnenenergie gewonnen werden.

Wir freuen uns über jeden, der zu weiterem Gelingen beiträgt. Es geht voran, vielleicht etwas anders in „der langsamsten Uhr der Welt“ (Cees Nooteboom). Vertrauen wir auf „die Kraft Afrikas“ (Rupert Neudeck)!

Arnulf Lehmköster

YECHENJELLEY ERITREA! **26.11.2010 - 10.12.2010**

Seit Ende der 1990er Jahre betreut die Sektion Vreden im 2-Jahresabstand ein Projekt für Kriegsverletzte in Eritrea. Nach 30-jährigem Befreiungskrieg gegen Äthiopien hatte Eritrea 1991 seine Unabhängigkeit erreicht und ist bisher der jüngste autonome Staat Afrikas. Diese jahrzehntelange kriegerische Auseinandersetzung hinterließ neben mehr als 100 000 Toten viele lebenslang durch Verletzungsfolgen gezeichnete Patienten. Etwa 3000 Menschen - Frauen wie Männer, ‚Exfighter‘ - leben in der Hauptstadt Asmara im weitläufigen Denden-Camp. Ursprünglich war dieses Gelände in den 1970er Jahren eine amerikanische Militärbasis, die dann in die Hände der Eritraeer überging. Die staatliche War-Disabled-Organisation betreut diese Menschen in medizini-

scher wie auch sozialer Hinsicht. Etwa 300 Bewohner des Camps haben als Verletzungsfolge eine Querschnittslähmung und sitzen im Rollstuhl. Ähnlich wie auch in unseren Breiten sind Dekubitaluere eine nicht seltene Komplikation der Paraplegie. Aus diesem Grunde war der Leiter der Sektion Vreden, Dr. Arnulf Lehmköster, bereits vor 11 Jahren erstmals auf Anfrage der War-Disabled-Organisation zu einem Interplasteinsatz in Asmara.

2010 war es wieder einmal Zeit für Eritrea, aber Herr Lehmköster wegen eines anderen afrikanischen Projektes verhindert. So erging die Anfrage und Bitte an den Berichterstatte, diese Mission durchzuführen. Da dieser durch mehrfache eigene Vorerfahrung mit den Gegebenheiten in Asmara ver-

traut war, gab es keine größeren Entscheidungsschwierigkeiten sondern eine rasche Zusage. Einheimisches OP-Personal und Anästhesieärzte hatten uns bereits bei früheren Einsätzen freundlich und qualifiziert unterstützt, und so fiel die Wahl für die Begleitperson auf die eigene Ehefrau. Obwohl nicht vom medizinischen Fach, hatte diese sich bereits 1981 bei einem gemeinsamen 3-monatigen Aufenthalt in Peshawar/Pakistan zur Versorgung afghanischer Kriegsverletzter in vielerlei Hinsicht bewährt.

Bei der Ankunft in Asmara zu später Abendstunde wurden wir von Dr. Haile, orthopädischer Chirurg in Asmara, und Rezene, Vertreter der War-Disabled-Organisation, sehr herzlich begrüßt und komplikationslos mit 80 kg Gepäck

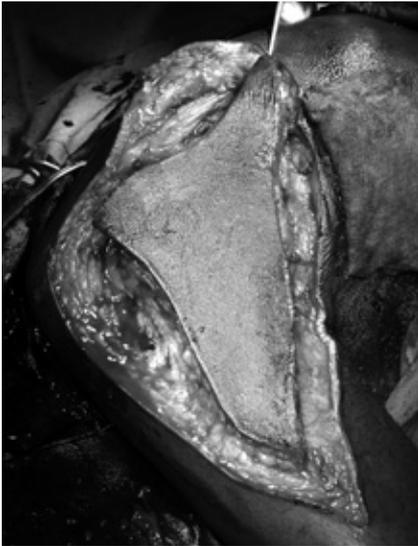


Bild 1

durch die Zollkontrollen geschleust. Beide Personen sind mir aus früheren Aufenthalten wohl bekannt und vertraut. Jeder neue Aufenthalt vertieft den Kontakt bis hin zur Freundschaft.

Für den nächsten Morgen wurde ein gemeinsames Treffen im Denden-Camp vereinbart. Dr. Haile hatte bereits 18 Patienten mit Dekubitalulcera einbestellt, diese sollten nun gemeinsam angesehen und das operative Vorgehen festgelegt werden. Zum Teil kommen diese Patienten täglich ambulant zum Verbinden, bei akuter entzündlicher Verschlechterung werden sie auch auf die Krankenstation im Camp aufgenommen zur Intensivierung der lokalen antiseptischen Maßnahmen. Eine operative Versorgung findet, außer bei den Interplasteinsätzen, nicht statt.



Bild 2

Alle typischen Dekubiti, sakral, ischial und trochantär waren bei dieser Befunderhebung zu beobachten. Die Ausprägungsgrade variierten zwischen oberflächlichen und tiefen, auf Knochen reichende, Defekten. Insgesamt waren die Ulcera gut gepflegt und bis auf einen Sitzbeindekubitus nicht floride infiziert.

Bei mehreren Patienten lag ein Rezidiv nach früherer Lappenplastik vor, wiewohl wir auch eine Reihe ehemals operierter Patienten mit völlig intakten Lappen sahen. Auffällig war, dass die Betroffenen alle Männer waren, obwohl auch nicht wenige Frauen im Rollstuhl saßen. Offensichtlich ist das Bewusstsein für die nötige Fürsorge im Rahmen der Paraplegie bei den Frauen stärker entwickelt. Beim Gang durch

das Camp trafen wir immer wieder Gruppen von Männern im Rollstuhl, die sich die Zeit mit Kartenspielen oder Domino vertrieben und dies, wie Dr. Haile erzählte, oft über viele Stunden am Tag.

Nach der Patientenuntersuchung erstellten wir einen vorläufigen OP-Plan und brachten dann am Nachmittag unsere medizinische Ausrüstung im OP unter. Im Gegensatz zu früheren Jahren hatten wir dieses Mal das Privileg, in einem neu für die Brandverletztenstation erbauten Operationsaal operieren zu können. Diese Burn-Unit wird vom Hammer Forum gefördert und befindet sich auf dem Gelände des ‚Halibet‘, eines großen staatlichen Krankenhauses. Einen ganz wesentlichen Anteil am Aufbau und der beeindruckenden Funktionalität dieser Station hat Dr. Karl



Bild 3



Bild 4

Brandt, ehemaliger Leiter der Plastischen Chirurgie der BGU in Duisburg.

Tags darauf konnten wir mit unserem OP-Programm starten. So, wie wir den Ablauf bei der Dekubituschirurgie regelmäßig zu Hause praktizieren, so lief es auch hier: Zunächst exaktes chirurgisches Débridement nach der Pseudotumortechnik, dann großzügiges Abmeißeln des darunterliegenden Knochenvorsprunges, Sitzbeinhöcker, Steißbein/Kreuzbein oder Trochanter und danach das Heben der präoperativ geplanten und aufgezeichneten Lappenplastik.

An erster Stelle stand der Tensor fasciae latae Lappen im Trochanterbereich, dicht gefolgt vom Biceps femoris Lappen für die Sitzbeinulcera oder bei größeren Defekten in dieser anatomischen Region vom Hamstring-Flap als dreieckförmigem Insellappen mit cranialer Basis. Sakrale Dekubiti wurden mit glutealen Rotationslappen verschlossen. (BILD 1+BILD 2)

Auf exzellente Weise unterstützten unsere Arbeit die beiden freundlichen, kompetenten, einfach Super-OP-Schwestern Nidisti und Tzion. Instrumentenauf- und vorbereitung liefen rasch und professionell ab. Anfänglich zeichneten sich Probleme in Bezug auf die Diathermie ab - aber auch diese wurden rasch und mit einwandfreier Funktionalität gelöst. Einen großen Lappen bei einem Dekubitus ohne monopolaren Strom zu heben ist eine so viel blutreichere Angelegenheit, dass man doch ungerne auf das elektrische Schneiden verzichtet.

Dr. Haile und Dr. Desbele (Leiter der Burn-Unit) waren hervorragende Assistenten bei den größeren Eingriffen. Bei kleineren, unkomplizierten Defekten wechselte dann nicht selten die Operateur/Assistentenposition - ganz im Sinne von Interplast. (BILD 3+BILD 4)

Isgesamt haben wir 22 Lappenplastiken an 18 Patienten vorgenommen. Außerdem hatten wir 2 Patienten mit einer Fersenbeinosteomyelitis, einmal nach Dekubitus und das andere Mal infolge eines chronisch infizierten Knochenkanals nach Steinmannnagel. Dank des Akkubohrers von Dr. Haile konnte der Kanal aufgebohrt und angefrischt werden. Mit der Unterstützung durch implantierte Antibiotikaketten hoffen wir auf dauerhafte Heilung der Knocheninfekte.

Schließlich operierten wir noch Hermon, einen 9-jährigen Buben, dessen rechte Gesichtshälfte von einer verbreiterten und eingezogenen Narbe nach Hundebiss gezeichnet war. In der Schule hatte er deshalb seinen Spitznamen, was zu einem gut nachvollziehbaren Leidensdruck führte. Durch Narbenexzision und Schichtverschluss war primär eine sichtliche Besserung zu erzielen. (BILD 5)

Meiner Frau bin ich für ihre vielfältige Unterstützung sehr dankbar, im Besonderen für anschauliche Fotodokumentation und diverse Videoclips, die, sofern unsere technischen Fähigkeiten reichen, demnächst in einen kleinen Film über Dekubituschirurgie münden sollen.

Im 2- bis 3 tätigen Abstand besuchten wir unsere operierten Patienten im Denden-Camp und sahen bis auf ein Hämatom nach glutealem Lappen nur primäre Wundheilung. Dieser Befund wurde per E-mail auch dauerhaft von Dr. Haile bestätigt.

Am freien Wochenende konnten wir einen Ausflug nach Massawa am Roten Meer unternehmen. Man fährt von Asmara, 2500m hoch gelegen, durch 3 Klimazonen auf 0 m. Traumhaft schöne Reise mit herrlichem Bad im wannenwarmen Meerwasser.

Ein weiteres Highlight war ein Bowlingmatch auf einer von den Amerikanern im Denden-Camp hinterlassenen Bahn. Nach hartem Kampf lautete das Resultat zwischen Dr. Haile und uns: Unentschieden! Nicht der einzige Grund, wieder nach Eritrea zurückzukehren. (BILD 6+BILD 7)

Unser herzlicher Dank -YECHENJELLEY- richtet sich an das ganze eritraische Team, besonders an die beiden Schwestern Tzion und Nidisti, an Drs. Haile und Desbele und an Rezene, „Mädchen für alles“, was logistische Abläufe anbetraf. Auch der Sektion Vreden danken wir für mannigfaltige Unterstützung im Rahmen der Reisevorbereitung und Instrumentenausstattung. Ein weiterer Dank richtet sich an Frau Kasten und Frau Woermann vom Hammer Forum für ihre Hilfestellung im Vorfeld der Reise.

Heinz und Mechtild Hammer



Bild 5



Bild 6



Bild 7

Intensivmedizinischer Einsatz in Kumasi / Ghana vom 23.4.10- 4.5. 2010



Auf erneute Anregung von Dr. Jacob Siaw, angehendem Facharzt für Anästhesie, in Weiterbildung im Diakonienkrankenhaus Rotenburg/ Wümme, planten wir einen weiteren Einsatz in Kumasi, am Komfo Anokye Teaching Hospital (KATH), der „Heimat“ mittlerweile schon vieler Weiterbildungsassistenten in Rotenburg. Wir hielten uns diesmal ausschließlich im KATH auf, insbesondere auf der Intensivstation vor Ort.

Der Anlass unseres jetzigen Einsatzes war eine Reaktion auf den OP Einsatz im November 2009. Damals mussten wir mit viel Beunruhigung feststellen wie unsere Patienten aus dem OP

Camp (Großeingriffe mit 6- 8 Stunden OP Zeit) und andere Patienten intensivmedizinisch nachversorgt bzw. versorgt wurden.

Wir fanden eine Intensivstation in einem ca. 1 Jahr alten Gebäude mit Notaufnahme, OP Trakt, und Diagnostikeinheit. Moderne Beatmungstechnik, kaum Medikamente, wenig Verbrauchsmaterial, aber hochmodernes Monitoring und entsprechenden Möglichkeiten des Fluid- Managements, ohne entsprechendes Infusionsmaterial oder ausreichend i.v. Lösungen. Praktisch keine brauchbare Endoskopietechnik insbesondere für die schwierigen Atemwege bei u.a. Mund-

Kiefer- Gesichtschirurgischen und plastisch chirurgischen oder Verbrennungschirurgischen Patienten.

Im Bereich der Notaufnahme wurde nach einem Farbcode grob triagiert und innerhalb der Behandlungseinheit wiederum weiter triagiert nach Behandlungsdringlichkeit, Möglichkeit bzw. wirtschaftlichen Überlegungen.

Das Thema Behandlung und Belegung auf der ITS lag uns nochmals besonders am Herzen. Schon zuletzt hatten wir das Gefühl, was unsere ghanaischen Freunde bestätigten, das es mit intensivmedizinischem Know how aber auch mit den wirtschaftlichen Grundlagen nicht zum Besten bestellt sei.

Unser Team bestand diesmal aus zwei erfahrenen Intensivpflegekräften und zwei intensivmedizinisch erfahrenen Ärzten, einer davon der schon oben erwähnte Dr. Siaw aus Ghana, z. Zt. Rotenburg..

Das Schulungs- und Behandlungsprogramm war wie folgt geplant und durchgeführt worden:

Vermittlung von Hygienestandards, Anlage und Umgang mit Kathetermaterial Arbeit mit und Einweisung in die vorhandenen Beatmungsgeräte, Infusomaten, Spritzenpumpen, Vermittlung von Grundsätzen der Ernährungstherapie, Umgang und rationaler Einsatz von Antibiotika, Mobilisationsmaßnahmen





am Intensivpatienten, Pneumonie und Thromboseprophylaxe, atemphysikalische Therapie: Vibrax, Triflow, noninvasive Ventilation, Absaugmanöver, ggf. Bronchoskopie. Theoretische Unterrichtung in mehreren Einheiten in Vortragsform über Brennpunkte der Intensivtherapie.

Wir hatten zur Unterstützung der Station einiges an Verbrauchsmaterial, Katheter, Sonden, Ventilationsmasken, Medikamente insb. Analgosedativa, ein Bronchoskop und zusätzliche Spritzenpumpen im Gepäck.

Einige Mitarbeiter des Pflegepersonals konnten wir schon als wir auf eine fast leere Intensivstation „einzogen“. Hier gab es im Vorfeld bis dahin 6 Pflegekräfte die der operativen Intensivstation in Rotenburg/ Wümme einen ca. 6 wöchigen Besuch abgestattet hatten. So fiel uns der Anfang leicht und wir sind mit offenen Armen aufgenommen worden. Schnell hat sich die Intensiv-

station nach unserem Eintreffen gefüllt. Mehrere Trauma/ Polytraumapatienten, Kinder als Unfallopfer des unübersichtlichen Straßenverkehrs, postoperative Patienten, Fremdkörperaspiration, Pneumonie/ Sepsis wurden behandelt. Es ist nicht zielführend hier, wie sonst üblich, die Zahl der behandelten Patienten zu nennen. Wichtiger ist, das wir an dem intensivmedizinischen Wissenstransfer anknüpfen konnten. Auch die Zahl der Anästhesisten mit Intensiv Erfahrung nimmt in Kumasi langsam zu, so dass auch von ärztlicher Seite der Prozess Intensivmedizin weiter befruchtet werden kann.

Die Finanzierungssituation der ghanaischen Intensivmedizin im Spannungsfeld des ghanaischen Gesundheitswesens hat in der Diskussion mit den Verantwortlichen vor Ort dazu geführt einen Grundstein dafür zu legen alternative Finanzierungsmöglichkeiten, z.B. eine Foundation, zu suchen, unterstützt durch die Industrie, die Politik oder den Monarchen vor Ort.

Herzlichen Dank all denen, die diesen Einsatz möglich gemacht haben, insbesondere dem LIONS CLUB Rotenburg/ Wümme der durch seine Spende die Reise erneut möglich gemacht hat. Für die Sachmittelspenden muss insbesondere den Firmen Braun, Teleflex und Olympus ein herzlicher Dank für die großzügigen Spenden ausgesprochen werden.

Team:

- Sr. Anja Meyer, Intensivschwester, Diakoniekrankenhaus Rotenburg/ Wümme
- Pfl. Sören Braasch, Intensivpfleger, Diakoniekrankenhaus Rotenburg/ Wümme
- Jacob Siaw, Anästhesist, Diakoniekrankenhaus Rotenburg/ Wümme
- Michael Paland, Anästhesist und Teamleiter, Diakoniekrankenhaus Rotenburg/ Wümme

Michael Paland, Rotenburg/ Wümme



Operationseinsatz in Kumasi und Sunyani / Ghana 20.11. – 05.12.2010



Team:

- Schwester Lucyna Roselieb
OP-Fachschwester Diakoniekrankenhaus Rotenburg (Wümme)
- Schwester Claudia Bellmann
OP-Schwester Diakoniekrankenhaus Rotenburg (Wümme)
- Schwester Isabel Matthies
Krankenschwester Diakoniekrankenhaus Rotenburg (Wümme)
- Prof. Dr. Detlev Hebebrand, Chefarzt (Teamleiter)
Klinik für Plastisch-Ästhetische und Rekonstruktive Chirurgie, Handchirurgie im Diakoniekrankenhaus Rotenburg (Wümme)
- Dr. Knut Busching, Chefarzt
Klinik für Plastische-, Hand und Ästhetische Chirurgie im Borromäus Hospital Leer

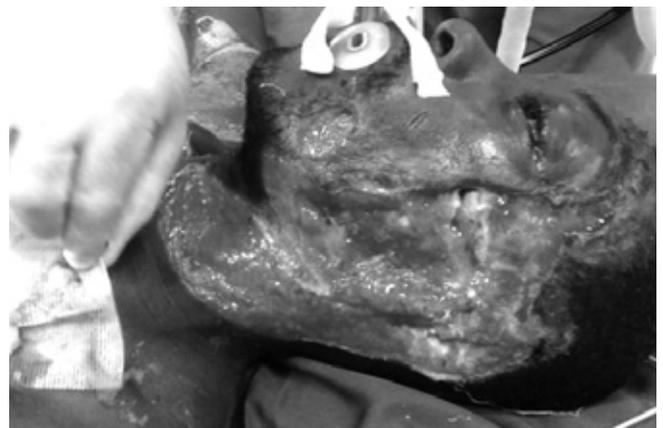
- Helmut Beck, Facharzt für Anästhesie, Oberschwabenklinik Wangen
- Dr. Oheneba Owusu-Danso, Allgemein Chirurg, Gastarzt Klinik für Plastisch-Ästhetische und Rekonstruktive Chirurgie, Handchirurgie im Diakoniekrankenhaus Rotenburg (Wümme)
- Dr. Mehmet Atila, Assistenzarzt
Klinik für Plastisch-Ästhetische und Rekonstruktive Chirurgie, Handchirurgie im Diakoniekrankenhaus Rotenburg (Wümme)

Am 20. November 2010 starteten wir unseren 2. Operationseinsatz in Ghana. Auf erneute Einladung des Komfo Anokye Krankenhauses in Kumasi konnten wir dieses Jahr mit einem deutlich verstärkten Team aus Schwestern und Ärzten anreisen.

Dies ermöglichte uns neben dem erneuten Einsatz im KATH in Kumasi einen zusätzlichen Einsatz im Regional Hospital in Sunyani.

In der ersten Woche wurden wir von der hiesigen Plastischen Chirurgie und dem Klinikdirektor wieder herzlich im KATH in Kumasi empfangen. Das KATH ist ein Universitätskrankenhaus in der Hauptstadt der Region Ashanti ca. 280km nördlich der Landeshauptstadt Accra. Gleich zu Beginn unserer Tätigkeit vereinbarten wir ein Ausbildungsprogramm für die einheimischen Plastischen Chirurgen, sowie ein Protokoll zur Erweiterung und Festigung unserer gemeinsamen Zusammenarbeit. Aufgrund der Erfahrungen aus dem Vorjahr waren bereits Patienten aus der unfallchirurgischen Abteilung zur Defektdeckung für uns vorgesehen. Dies erleichterte die Auswahl der Patienten erheblich und gab uns die Möglichkeit noch am ersten Nachmittag mit dem operativen Einsatz zu beginnen. Wir konnten bereits am Vormittag unserer Anreise auch nach Sichtung der ambulanten Patienten einen kompletten OP-Plan für die gesamte Woche erstellen. Bei der Patientenauswahl wurde neben dem medizinischen Sachverhalt vor allem die soziale Rolle und die berufliche Rehabilitation der Patienten berücksichtigt. Dabei wurde tunlichst darauf geachtet, dass Kinder und dringliche Fälle zuerst verplant wurden.

In dem modern ausgestatteten OP-Zentrum wurde uns erneut ein großer OP-Saal mit zwei Tischen zugewiesen.





Auffallend war die deutlich verbesserte Organisation in dem mittlerweile eingespielten Operationszentrum. Das uralte OP-Mikroskop aus dem Vorjahr konnten wir unverändert wieder auffinden. Es brannte weiterhin nur eine Lampe. In Voraussicht hatten wir allerdings neue Birnen mitgebracht. So konnten wir am 2. und 3. Operationstag jeweils eine mikrochirurgische ALT-Lappenplastik zur Defektdeckung am Unterschenkel durchführen. Durch das vergrößerte OP-Team war es uns möglich ständig an zwei OP-Tischen gleichzeitig zu operieren.

Dies wurde durch die schnellen Überleitungszeiten unseres Anästhesisten Helmut Beck und seiner Assistenz Schwester Isabel unterstützt. Schwester Lucyna und Claudia assistierten uns parallel an beiden OP-Tischen und leiteten gleichzeitig die hiesigen OP-Schwwestern und Pfleger ein.

So führten wir neben den mikrochirurgischen Eingriffen auch gestielte Lappenplastiken, wie ein Gastrocnemius Lappen, zwei Fibularis Perforator Lappen und ein Leistenlappen durch. In diese Eingriffe wurden die einheimischen Ärzte unter der Führung des Oberarztes Dr. Akbalu aktiv eingeführt und angeleitet. Ziel ist es die operative Versorgung der leider zahlreichen Verkehrsunfälle zu optimieren und eine oftmals unvermeidbare Amputation zu umgehen.

Durch die Unterstützung unseres gesamten Teams, dem erneut hervorragenden Organisationstalent unseres

Gastarztes Dr. Oheneba Owusu-Danso und die Unterstützung der einheimischen Mitarbeiter war es uns möglich in der ersten Woche im KATH in Kumasi

2 freie Mikrochirurgische ALT-Lappen
1 Gastrocnemius
2 Fibularlappen
1 Leistenlappen
und 18 weitere Operationen durchzuführen.

Nach einem erholsamen Wochenende in der Küstenregion konnten wir unsere 2. Operationswoche im Regional Hospital in Sunyani antreten. Das Regional Hospital in Sunyani wurde 2003 komplett neu erbaut. Mit über 250 Betten ist es das größte und modernste Krankenhaus in der Region Brong Ahafo 385km nördlich von der Landeshauptstadt Accra und 130km nördlich von Kumasi mit einem Einzugsgebiet von 1,8 Millionen Menschen.

Wir reisten mit einer großen Ungewissheit an, da wir nicht wussten wie gut die Infrastruktur im Krankenhaus in Sunyani ist.

Zu unserer Überraschung und Freude fanden wir ein modernes und sehr sauberes Krankenhaus wieder. Sowohl der täglich prachtvoll gepflegte Garten als auch die Hygiene auf den Stationen überzeugte uns. Wir wurden sehr freundlich vom gesamten Krankenhauspersonal im Rahmen einer Zeremonie begrüßt. Neben dem heimischen Fernsehen war auch der Minister der Region Brong Ahafo gekommen. Dieser sollte uns im Laufe der

Woche auch zum Abendessen in seine Residenz einladen, wo wir die Möglichkeit hatten, die Probleme im Regional Hospital und unsere Verbesserungsvorschläge anzusprechen.

Unsere Gastgeber zeigten eine hervorragende Organisation. Direkt nach unserer Ankunft wurde uns eine Liste von 50 Patienten übergeben, die für uns zur weiteren Selektion und OP-Planung vorgesehen war. Eine gesamte Station war mit unseren Patienten belegt. Hier hatten wir auch die Möglichkeit die übrigen ambulanten Patienten zu sichten. So konnten wir einen kompletten OP-Plan für die gesamte Woche erstellen. Leider konnten wir nicht alle Patienten berücksichtigen, so dass minderschwere Fälle und nicht so dringliche Fälle, auf eine Liste für das kommende Jahr gesetzt wurden. Auch konservative Therapiepläne wurden erarbeitet und durch die einheimischen Ärzte in die Wege geleitet.

Auch im OP-Zentrum wurden wir von den Schwestern und Pflegern sehr herzlich empfangen. Positiv war das extrem hohe und für uns in Ghana ungewohnte Engagement des gesamten Personals. Alle OP-Schwwestern und -Pfleger, als auch Anästhesisten und Anästhesiepfleger waren sehr wissbegierig und versuchten so viel wie möglich zu erlernen. Dies förderte unsere ohnehin hohe Motivation nochmals, so dass wir an 4 effektiven OP-Tagen insgesamt 38 Operationen (darunter 1 LKG-Spalte, 2 Perforatorlappen, 2 Pectoralis-Lappen, 1 osteocutaner Fibu-





lalappen, 1 Leistenlappen) erfolgreich ausführen konnten.

Bei fehlendem OP-Mikroskop konnten wir hier keine mikrochirurgischen Eingriffe durchführen. Durch alternative Therapieoptionen, wie z.B. einem gestielten osteocutanen Fibulatransfer zur Defektdeckung einer Tibiadejektfraktur mit Weichteilschaden, konnten wir dies allerdings mit Erfolg kompensieren.

In Sunyani waren wir auch mehr denn je auf die Unterstützung unseres Anästhesisten Helmut Beck angewiesen. Nur durch sein Engagement und seine



besondere Gelassenheit in schwierigen Situationen war es uns möglich dieses große OP-Programm zu bewältigen. So behielt er z.B. bei einer Noma Patientin mit Kontraktur des M. masseter und fehlender Mundöffnung durchweg die Ruhe und konnte erst nach chirurgischer Durchtrennung des M. masseter und Osteotomie des Processus coronoideus die orale Intubation durchführen. Eine nasale Intubation war bei fehlendem Endoskop nicht möglich.

Zum Ende unseres Aufenthaltes wurden wir mit einer herzlichen Zeremonie verabschiedet. Tief beeindruckt hat uns das Engagement und die Freundlich-

keit der einheimischen Ärzte und des Pflegepersonals. Wir fühlten uns zu jederzeit herzlich willkommen und planen weitere Einsätze in den kommenden Jahren. Nur durch die Kontinuität der Einsätze mit Ausbildung des einheimischen Personals, kann eine langfristige Verbesserung der medizinischen Versorgung erreicht werden.

In diesem Sinne möchte ich mich beim gesamten Team und allen Helfern bedanken und hoffe diese Einsätze in Zukunft mit der gleichen Dynamik fortzuführen.

Detlev Hebebrand, Rotenburg/Wümme

Piloteinsatz Kofoussa / Benin: 31.10.2010 – 13.11.2010 INTERPLAST-Germany und INTERPLAST-France

Seit einigen Jahren ist Interplast-France im Norden des Benin tätig. Aufgrund der schlechten Infrastruktur nutzten die französischen Kollegen einen ganz traditionellen Weg, um die Patienten zu erreichen: den Niger-Fluss. Besonders in dem Dorf Bellotounga hatte sich über traditionelle Heiler ein guter Kontakt zur einheimischen Bevölkerung ergeben. In einer Arte-Reportage wurde 2009 über einen Interplast-Einsatz in Bellotounga berichtet, der Film „Dessine-moi un visage“ ist bei Google Videos zu sehen.

Nach mehreren Einsätzen dieser „Clinique nomade“ stellte sich die Frage, ob ein Krankenhaus in der Niger-Region des nördlichen Benin Voraussetzungen für ein tragfähiges Projekt mit einem größeren Interplast-Team bieten könnte.

Die 1994 gegründete Diözese Kandi ist die größte Diözese des Benin. In einem Radius von etwa 100 km leben 540.000 Menschen. Folgende gut belegten Zahlen zeigen die sehr schwierigen Lebensbedingungen der Bevölkerung:

Kindersterblichkeit bis zum 5 Lebensjahr 148/1000, Beschulungsrate 10%, Alphabetisierungsrate bei Frauen 20%, bei Männern 50%. 75 % der Bevölkerung leben von weniger als 2 USD pro Tag. Vor diesem Hintergrund musste die Diözese neben der Seelsorge vor allem Aufgaben der Gesundheitsversorgung übernehmen und gründete 2001 in Kofoussa – etwa 15 km von Kandi entfernt – das „Centre de Sante Regina Pacis“. Dieses Krankenhaus behandelt pro Jahr ca. 6000 Patienten.



Für die 600 km von Cotonou nach Kofoussa - der deutlich kürzere Weg über die nigrische Hauptstadt Niamey erschien uns zu unsicher – brauchten wir den ganzen Tag. Der Bruder des Erzbischofs hatte uns seinen Geländewagen mit Fahrer geliehen. Im „Centre de Sante Regina Pacis“ wurden wir vom Direktor Pater Romeo zwar sehr herzlich empfangen, aber niemand schien daran gedacht zu haben, unser Team auch unterzubringen. Und so verbrachten Interplast-France und Interplast-Germany die Nächte einträchtig auf einem Matratzenlager.

Am Krankenhaus von Kofoussa ist nur ein Allgemeinarzt tätig, aber kein Chirurg. Und so gingen wir am nächsten Tag ohne große Erwartungen zur Besichtigung des OP-Bereichs. Was wir fanden, war ein OP-Trakt in hervorragendem Zustand: zwei Säle, funktionierender Steri, alles gefliest und sauber, beste Bedingungen für ein Interplast-Team. Das alles beruhte auf dem Engagement eines einzelnen OP-Pflegers, Jacob Saka. Wir alle wissen, wie viele

Interplast-Einsätze gelingen, weil wir uns vor Ort auf „unsung heroes“ wie Pfleger Jacob verlassen können. Während der Patientenvorstellung sahen wir einerseits das typische Interplast-Spektrum, andererseits viele viszeralkirurgische und stomatologische Krankheitsbilder.

Irritationen zwischen dem Direktor des Krankenhauses und unserem Team traten auf, als uns klar wurde, dass von den Patienten Summen zwischen EUR 20,- und EUR 50,- verlangt wurden, um von uns operiert zu werden. Wir haben für den geplanten Einsatz 2011 unmissverständlich klar gemacht, dass der Charity-Aspekt des Einsatzes für beide Seiten gelten muss. Wir hatten außerdem das Gefühl, dass das Krankenhaus den Interplast-Einsatz vor allem in den katholischen Gemeinden der Diözese bekannt gemacht hatte. Nur etwa 5% der Bevölkerung im Norden des Benin sind jedoch katholisch. Hier wird es in 2011 darauf ankommen, den Interplast-Einsatz rechtzeitig in den umliegenden Dörfern bekannt zu machen,

wahrscheinlich mit Hilfe von der WHO ausgebildeter „health care field worker“. Die Finanzierung eines Einsatzes 2011 steht dank des Engagements des Rotary-Clubs Kleinmachnow, der einen Charity-Lauf zugunsten von Interplast organisieren wird.

Unter unseren Patienten fiel uns eine Gruppe besonders auf: die Fulani, die letzten echten Nomaden Westafrikas. Die Hirtenjungen - Mbororo – der Fulani trennen sich unter keinen Umständen von ihrem Wanderstab und ihrem Vieh. Wahrscheinlich war der Zollbeamte am Flughafen Tegel kurz irritiert, als ich ihm bei der Rückkehr – übernachtigt, voller Staub, gestützt auf meinen Fulani-Wanderstab und inmitten des Übergepacks – erklärte, dass ein Mbororo-Chirurg von Interplast so etwas wie Zollformulare nicht braucht, weil er sich nie von seinen Instrumenten trennt. Das stimmt doch, oder?

Alexander Schönborn, Berlin



Nagode Kano – INTERPLAST Einsatz in Nordnigeria

Unser erster Einsatz in Kano im Jahr 2009 war einfach toll, so dass wir alle mit etwas gemischten Gefühlen im März 2010 in den Flieger gestiegen sind, um wieder nach Kano zu fliegen. Was kann nach einem so erfolgreichen Camp noch kommen? Werden wir enttäuscht sein, dass unsere Erwartungen an eine Wiederholung eines so schönen Erlebnisses nicht erfüllt werden?

Wir, das sind:

Teamleiter Dr. Herbert Bauer,
Anästhesist (Pliezhausen)
und das Team:
Dr. Irina Herren, Plastische Chirurgin
(Oldenburg)
Tabea Kerner, Anästhesieschwester
(Reutlingen)
Ilona Eichenberger, OP-Schwester
(Basel)
Dagmar Zwingenberger, Kinderkran-
kenschwester (Luzern)
Judith Bergemann, Medizinstudentin
(Münster)
Dr. Urs Bergner, Anästhesist
(Reutlingen)
Dr. Dr. Michael Bergemann,
Kieferchirurg (Hamm)
Dr. Peter Pantlen, Plastischer Chirurg
(Berlin)
Dr. Dietmar Scholz, Plastischer Chirurg
(Wiesbaden)
sowie von organisatorischer Seite
Monsuru Adelekan (Lagos/Heidelberg)



Und um es direkt zu beantworten, wir waren alles andere als enttäuscht.

Es war ein Wiedersehen mit Freunden, die ein Jahr auf uns gewartet hatten. Die Dinge die wir den Kolleginnen und Kollegen vor Ort 2009 beigebracht hatten und die Materialien die wir vor Ort gelassen hatten wurden reichlich zur Anwendung gebracht. Beispielsweise hatten die Kollegen, denen wir vor einem Jahr den Verschluss von isolierten Lippenspalten beigebracht hatten, in

unserer Abwesenheit diese Operation viele Hundert mal durchgeführt.

2009 hatten wir uns schon sehr darüber gefreut, dass sich die einheimische Kolleginnen und Kollegen für unsere Arbeit interessiert hatten. Denn nur so lässt sich unser Ziel „Hilfe zur Selbsthilfe“ zu geben auf Dauer im Einsatzland umsetzen. 2010 waren diese Kollegen wieder da, 2 weitere kamen dazu. Sie hatten teilweise ihre eigenen OP-Programme für die zwei Wochen in denen wir in Kano waren abgesagt, um bei unseren Operationen dabei sein und von uns lernen zu können.

Und so entwickelte sich dieses Mal sogar ein noch regerer fachlicher Austausch zwischen allen Beteiligten als beim letzten Einsatz in Kano von dem nicht nur die Gastgeber, sondern auch wir Gäste profitieren konnten.

Fachlich besteht in Kano nach wie vor ein großes Interesse an unseren Camps. Erfreulicherweise wird es auch sowohl von der örtlichen Administration als auch der Wirtschaft unterstützt. Das Gesundheitsministerium des Bundesstaates Kano, vertreten durch die Gesundheitsministerin Hon. Commissioner Aishatu Kiru, Chairman Dr. Shehu und Dr. Aminu D'au hat uns auch die-





ses Jahr die administrativen Wege für die Durchführung des Camps geglättet. Herr Alhadj Dantata, Chairman der Fa. Dantata & Sawoe sowie Herr Rödiger, Geschäftsführer der Fa. CEC in Wiesbaden haben die Kosten für die Flüge und Versorgung der Patienten im Krankenhaus übernommen. Zusätzlich waren wir herzlich aufgenommene Gäste im Camp der Fa. Dantata & Sawoe am Rande Kanos. Familie Rabab und Jamal Ismail hat uns -wie im letzten Jahr auch -Verpflegung und Schutz gewährt, so dass wir uns trotz der nicht immer

einfachen Sicherheitslage im Land bestens versorgt gefühlt haben. Ganz besondere Ehre wurde uns durch eine Audienz beim Emir von Kano zuteil. Kano ist eine sehr große Stadt, es leben mehrere Millionen Menschen hier. Teilweise unter Bedingungen, die für viele von uns in der westlichen Welt Lebenden kaum vorstellbar sind. Um so eindrücklicher waren die Stunden die wir an unserem freien Tag in der Welt von Tausend und einer Nacht im Palast des Emirs von Kano verbringen durften.

Von operativer Seite war das Spektrum der uns vorgestellten Patienten anspruchsvoller als im letzten Jahr. Dies war eigentlich erfreulich, denn es war Folge der im Jahr zuvor geleisteten Arbeit. Die Kollegen stellten uns nämlich dieses Mal die Patienten vor, die sie im Laufe des Jahres unserer Abwesenheit gesehen hatten, aber nicht selbst versorgen konnten. Und so entwickelte sich sowohl im Spalt- als auch im Hand- und Rekonstruktionssektor erneut ein reger Austausch mit den Kollegen vor Ort.

Der Eindruck den wir gemeinsam mit unseren nigerianischen Kollegen im Kano-Camp 2010 hinterlassen konnten war erfreulicherweise so gut, dass wir noch vor Abflug erneut ein Einladungsschreiben der Gesundheitsministerin für 2011 überreicht bekamen. Ebenso hatten wir die erneute Zusage von Herr Alhadj Dantata für seine Unterstützung, so dass wir uns alle schon sehr auf das Camp Ende März 2011 in Kano freuen.

Ganz besonders danken möchten wir den Schwestern, Pflegern, Ärztinnen und Ärzten des Murtalla Mohammed Specialist Krankenhauses in Kano für Ihren unermüdlichen Einsatz ohne den das Gelingen der bisherigen Camps nicht möglich gewesen wäre. Und ebenso besonders danken möchten wir Monsuru Adelekan und seiner Frau Birgit Mayr, ohne deren Beharrlichkeit und Geduld das Projekt nie hätte Realität werden können.

In diesem Sinne Nagode Kano, Danke Kano, bis bald!

Peter Pantlen und Dietmar Scholz





Interplast-Einsatzbericht in Madagaskar /Tulear Vom 24.09.10 – 08.10.2010

In der Zeit vom 24.09.2010 bis 08.10.2010 befanden sich insgesamt 8 Personen in Tulear im Rahmen eines Interplast / ProInterplast / Smile 4 – Einsatzes, um vor Ort der madegassischen Bevölkerung zu helfen.

Die Reise startete für alle Beteiligten am 24.09.2010 aus den unterschiedlichsten Regionen.

Mein Freund, Dr. Ingo Ploetzener aus Vorarlberg in Österreich, und ich, Dr. Volkhart Kregel aus Kelkheim im Vordertaunus, entschieden uns vor geraumer Zeit dafür, in Madagaskar regelmäßige, humanitäre Einsätze durchzuführen.

Im Rahmen dieses Projektes haben wir bereits vor 2 Jahren vor Ort eine Klinik ausgesucht, in der sowohl die ortsansässigen Ärztinnen und Ärzte als auch die Krankenhausverwaltung starkes Interesse an unseren Einsätzen haben. Aus Österreich starteten die 4 Österreicher Dr. Ingo Ploetzener (plastischer Chirurg), Dr. Martin Dorner (Anästhesist), Schwester Eva-Maria Bergsteiner (OP-Schwester) und Pfleger Markus Bitsche (Anästhesiepfleger).

Mitten in der Nacht fand der Transfer zum Stuttgarter Flughafen statt, von dort aus ging der Flug nach Paris Charles-de-Gaulle, um dort weiter den Interkontinentalflug nach Tana zu besteigen. Mein Weg führte mich direkt von Frankfurt nach Charles-de-Gaulle, wo ich die anderen traf, um weiter mit den Österreichern bis nach Tana zu fliegen.

In Tana angekommen, wartete bereits Joseph Rajaonarivelo, unser allgegenwärtiger Scout und Betreuer für den Rest der Reise, auf uns.

Gegen 23.00 Uhr ging es zunächst in eine Herberge, wo wir bis zum nächsten Morgen gegen 4.00 schliefen, um dann um 7.00 Uhr den Flug von Tana nach Tulear zu erreichen.

Schließlich und endlich befanden wir uns am Samstagmorgen in Tulear und konnten unser Hotel beziehen.

Gegen Mittag suchten wir das Krankenhaus auf und sichteten die OP-Räumlichkeiten. In den letzten 2 Jahren hatte sich einiges verändert, wobei wir nun in einen kleinen OP-Saal, der den Voraussetzungen eines Drittweltlandes im Positiven und Negativen, absolut gerecht wird, untergebracht wurden.

Wir richteten alle Sterilgüter ein, und für die Teilnehmer, die bis zu diesem Zeitpunkt noch nie in einem Drittweltland gearbeitet hatten, wurde klar: Madagaskar/Interplast – das ist ganz weit ab vom alltäglichen Arbeiten.

Das Wochenende konnte zunächst noch genutzt werden, um die Strapazen des Fluges und der Anreise zu verarbeiten, jedoch waren alle Beteiligten schon in freudiger Erwartung und Anspannung ob der Herausforderung, die am Montag auf uns warteten.

Zur Vervollständigung des Teams stießen noch das Ehepaar Fitz zu uns, wobei Gebhardt ein intimer Kenner der madegassischen Abläufe, der madegassischen Sprache und auch ein Organisationstalent ist, und seine Frau Birgit uns mit ihrer professionellen Fotodokumentation und ebenfalls mit vielen Dolmetscherservices und Betreuung der Patienten in unserem „Aufwachraum“ unersetzliche Dienste geleistet hat.

Montagsmorgen 7:30 Uhr: Als wir in das Krankenhaus kamen, standen von den madegassischen Kollegen präselektierte Patientengruppen im gesamten Anmeldebereich.

Dr. Ploetzener und ich bezogen ein kleines Büro zur Sichtung der Patienten.

Im Laufe des Montagvormittag sichteten wir insgesamt 145 Patienten, und diese Zahl sollte

in den nächsten Tagen auf 175 gesichtete Patienten anwachsen. Nach diesem kleinen Marathon fingen wir bereits am Montagnachmittag mit den ersten Eingriffen an, um nicht unnötig wertvolle Operationszeit verstreichen zu lassen.

In der Folge wurden bereits in der ersten Woche die größeren Operationen

wie Mund-Kiefer-Gaumenspalten 3. Grades, größere Verbrennungen, partielle Gesichtrekonstruktionen nach Tumorextirpationen und auch kleinere Operationen durchgeführt.

Es war wieder mal erstaunlich, wie schnell sich alle Mitglieder des Teams auf die teilweise widrigen Umstände eines Drittweltlandes, besonders auf dem medizinischen Sektor, eingestellt haben, und nichts desto trotz hervorragende Leistungen abrufen konnten.

So hat Dr. Dorner mit seinem Pfleger Markus Bitsche souverän sämtliche Narkosen geleitet, egal ob Dämmer-schlaf, Vollnarkose, nasale oder orale Intubation, über weite Strecken vor den meisten Mitreisenden die Anspannung nicht anzumerken, und es war jederzeit ein wunderbares Gefühl im Team etwas bewegen zu können.

Schwester Eva-Maria Bergsteiner arbeitete jeden Tag 8-10 Stunden ohne eine Pause, und war auch lange nach Sonnenuntergang jederzeit auf Sterilität des OP-Feldes und Ordnung ihres Tisches bedacht. (bewundernswerte Ausdauer). Dr. Ploetzener und ich taten unser Bestes, um allen kleinen und großen Patientinnen und Patienten die medizinische Versorgung zuteil werden zu lassen, die sie benötigen.

So haben wir am Ende des Aufenthaltes insgesamt 69 Patienten operiert, wobei 52 Vollnarkosen durchgeführt wurden.

Nach einer kurzen Eingewöhnungsphase wurden auch die leiblichen Freuden befriedigt.

So haben wir in der Krankenhaus-Mensa, sofern wir Zeit dafür hatten, mittags ein typisch madegassisches Mittagessen zu uns nehmen können, und in den Abendzeit hatten wir trotz der fortgeschrittenen Stunden immer noch die Möglichkeit, in einem Restaurant einen Happen und ein kleines Gute-Nacht-THB (three horses beer) zu uns zu nehmen.

Mindestens genauso wichtig wie die gute medizinische Versorgung war die



Betreuung durch das Ehepaar Fitz und Joseph, deren Aufenthalt wurde von Smile 4 Madagaskar bezahlt.

Smile 4 Madagaskar ist eine österreichische/vorarlbergische humanitäre Organisation, die sich ausschließlich humanitären Projekten in Madagaskar verschrieben hat. So hatten wir allzeit die Möglichkeit, sämtlichen Patienten in ihrer Landessprache anzusprechen und die notwendigen Therapien und Nachsorgeoptionen zu erklären.

Beim operieren hatten wir fast nahezu zu jedem Zeitpunkt eine madagassische Kollegin oder einen Kollegen an unserer Seite und konnten hierbei intensiv Teaching betreiben, so das in der zweiten Woche des Aufenthaltes einige Operationen auch von den ma-

degassischen Kollegen übernommen werden konnten.

Im Speziellen dieser Wissenstransfer lag uns sehr am Herzen, um auch einen Wissenszuwachs bei den ortsansässigen Kollegen zu bewirken.

Nicht nur die Kolleginnen und Kollegen waren sehr kooperativ, sondern auch die Krankenhausverwaltung, die uns in allen Belangen konstruktiv unterstützt hat.

Die Patienten wurden kostenlos im Krankenhaus aufgenommen, es waren keine Kopfpauschalen von unserer Seite zu leisten, die einzigen zu zahlenden Rechnungen waren die für medizinische Güter.

Nach unserem Einsatz in Madagaskar sitze ich hier in einem hochentwickelten Land und mache mir Gedanken über die Erlebnisse von vor 6 Wochen. Beim Zurückdenken bin ich immer wieder verwundert, wie schnell man sich an den Luxus und die Annehmlichkeiten in Deutschland gewöhnt.

Nichtsdestotrotz freue ich mich auf den nächsten Aufenthalt Dezember 2011 in dem afrikanischen Land, das uns inzwischen so sehr ans Herz gewachsen ist.

Nochmals Danke an alle Unterstützer.

Teamleiter Volkhart Krekel

Das andere Jenseits von Afrika

Leider ist uns beim letzten Jahresheft ein Missgeschick passiert, so dass wir den Interplast-Einsatz-Bericht im Teule-Hospital Muheza / Tanzania vom 28.07.-11.08.2009 der Sektion Baden-Baden/Rastatt jetzt erst im Nachtrag gerne veröffentlichen möchten:

Teilnehmer:

Dr. Dr. Rüdiger Herr – Facharzt für Chirurgie und Plastische Chirurgie – Teamleiter

Rolf Rausch – Facharzt für Chirurgie

Dr. My Nguyen – Fachärztin für Anästhesie

Dr. Kathrin Mackert – Fachärztin für Anästhesie

Jolande Kaczmarczyk – OP-Schwester

Wallace Karata – Koordinator vor Ort

Im Spannungsfeld ausgesprochener Armut und wunderschöner Natur eines phantastischen Stückchens Erde auf afrikanischem Boden, am Fuße des Usambaragebirges, fand dieses Jahr der erste Folgeinsatz im Teule-Hospital in Muheza statt.

Ich darf auf den Vorjahresbericht 2008 im Ergänzungsband verweisen, und bitte hier die statistischen- und Kenndaten zu entnehmen.



Die örtliche Zusammenarbeit mit den anästhesiologischen und chirurgischen Kollegen hatte sich weiter vertrauensvoll verfestigt. Die Nachsorge des im Vorjahr schwer verletzten Mädchens Elisabeth Hagu wurde beispielhaft durchgeführt, sodass die große Überraschung dieses Jahres die Vorstellung dieser Patientin war. Sie zeigte den

Zustand nach Überrolltrauma beider Oberschenkel mit Weichteildecollament und Z.n. Femurfraktur links.

Bei unserer Untersuchung war die Fraktur verheilt, die Kniebeugung und -streckung und Stellung der Beine vollkommen normal. Die Weichteile waren ebenfalls stabil gedeckt.

Ein anrührender Moment für das gesamte Interplastteam in Muheza.

Muheza kann zu einem verlässlichen Interplast-Stützpunkt weiter ausgebaut werden.

Die Anfrage an Interplast Germany für mindestens einen jährlichen Einsatz ist gegeben, gegebenenfalls auch zwei Einsätze pro Jahr. Diese Anfrage der örtlichen Kollegen und des Krankenhausträgers ist glaubhaft.

Dieses Jahr wurde ebenfalls der Kontakt zum zuständigen DMD (district medical director) der Regierung hergestellt und so die Mission auch politisch weiterhin abgesichert.

Das örtliche Fernseh- und Rundfunksenderteam unterstützte uns vorbildlich.

Ein besonderer Dank gilt wieder der Firma KCI. Dieses Jahr wurden uns sogar zwei Vakuumpumpen kostenlos zur Verfügung gestellt, nebst Schwämmen und Folien, die wiederum segensreich zum Einsatz kamen.

Die örtlichen Kollegen waren motiviert und konnten in die Pumpenanwendung und –Betreuung dieser Technik mit einbezogen werden. Die Nachsorge der operierten Patienten war in jedem Falle gut garantiert.

Meinen besonderen Dank an die örtlichen Kollegen möchte ich mit einem Zitat von Alex Capus unterstreichen:

„Über die Jahre habe ich festgestellt, dass meine Helden allesamt gewöhnliche Menschen sind, die ungewöhnliche Dinge tun. Was mich beschäftigt ist immer der Mensch, der sein Leben in Würde zu leben versucht.“

Anästhesiologisch sahen wir uns auch dieses Jahr mit einigen Schwierigkeiten konfrontiert:

Reiner Sauerstoff war nicht verfügbar. Die leeren Sauerstoffflaschen vom Vorjahr standen noch immer vor dem OP-Trakt. Gearbeitet wurde mit einem alten Sauerstoffkonzentrator, der aus Raumluft Stickstoff wegfiltert. Dies setzt allerdings Strom voraus. Leider fielen der Strom und ebenso der Stromgenerator, der eigentlich anspringen sollte, häufig aus.



So mussten Narkosen (auch bei Kindern) mit Raumluft fortgeführt werden. Und dann wurde der Aufwachraum zum OP umfunktioniert, wegen der großen Fenster mit verhältnismäßig besseren Lichtverhältnissen...

Des Weiteren ist organisatorisch wichtig, dass für die lokale infrastrukturelle Organisation wie Unterkunft und Verpflegung eine Kontaktperson zur Verfügung steht. Dies war in diesem Jahr auch wieder Kerstin Shand. Gleichzeitig wurde ein einheimisches Teammitglied der vorangegangenen Jahre mit integriert um einen besseren Zugang zu den Menschen vor Ort aufzubauen. Ein normales – unseren Vorstellungen entsprechendes – Hotel ist nicht vorhanden, es steht lediglich eine Lodge zur Verfügung, die aber zur Eigenversorgung genutzt werden kann.

Besonders erfreulich war das große Entgegenkommen von Lufthansa uns Swissair, die unser Übergepäck kostenfrei bei Hin- und Rückflug transportier-

ten. Hier ein besonderer Dank hinsichtlich der guten Kooperation.

Weiterhin ist auch mit herzlichem Dank zu erwähnen, dass wir einen Interplast-Koordinator, Wallace Karata aus Tanga vor Ort haben, der das lokale Management vorbildlich organisierte und gerade in Zusammenarbeit mit Kerstin Shand Folgeeinsätze wieder mitbetreuen kann.

Abschließend muss man sagen, dass hier eine Interplaststation sicher aufgebaut ist, die unbedingt jährlich weiterversorgt werden sollte. Die Menschen schauen hoffnungsvoll auf unsere Folgeeinsätze, freuen sich und nehmen jedes Interplastteam mit offenen Herzen und Armen auf.

Im Spannungsfeld von extremer Armut, Leid und wunderschöner Natur entsteht hier wirklich ein anderes Jenseits von Afrika, das unbedingt weiter unterstützt werden sollte.

Rüdiger Herr, Baden-Baden / Rastatt



Interplasteinsatz: Tosamaganga / Iringa / Tansania 25. 09. – 11. 10. 2010



Nach minutiöser Vorbereitung und individueller Anreise traf das Team bei einer Zwischenlandung in Zürich zusammen. Dank der großzügigen Übergewichtsregelung durch Swiss hatten sich bei der Gepäckaufgabe keine Schwierigkeiten ergeben. Nach der Landung in Dar-es-Salaam und einer kurzen Nachtruhe bei den gastfreundlichen Benediktinern (wie in den Vorjahren hatten sie für uns wieder die „Zollformalitäten“ erledigt) starteten wir in den frühen Morgenstunden zu unserem Einsatzort Tosamaganga in der Provinz Iringa. Die 12-stündige Route entlang des Tansania-Zambia-Highway) führte uns durch die abwechslungsreiche osttansanische Region, vorbei an Sisalplantagen und landwirtschaftlich genutzten Flächen, dem „Brotkorb“ Tansanias, den leuchtenden Uluguru-Bergen, dem Mikumi Nationalpark, in dem wir im Vorbeifahren etliche Wildtiere in ihrer natürlichen Umgebung beobachten konnten, durch das enge Tal des Great Ruaha River ins Gebirge und durch das einzigartige Baobabtal (Tal der Affenbrotbäume). Unser Einsatzort Tosamaganga bezieht seinen Namen aus der Landschaftsform: überall liegen auf den Bergrücken riesige abgerundete Felsbrocken wie „geworfene Steine“.

Im Ipamba-Hospital wurden wir aufs Herzlichste von den Ordensschwestern und dem einheimischen Personal

begrüßt und anschließend nicht weniger herzlich in dem Cuam-Gästehaus, der Organisation „Doctors with Africa“ durch Signora Teresa und durch Mitarbeiterinnen des Hospitals, die eigens zu unserer Begrüßung einen sehr rhythmischen afrikanischen Tanz eingeübt hatten.

Seit dem letzten Jahr hat sich das Hospital augenscheinlich weiterentwickelt. Im Hintergrund entsteht ein Neubau, dessen Dach gerade aufgerichtet wird. Eine weitere Station wurde mit weißen Fliesen versehen und wir durften diese „neue“ Station mit unseren Patienten belegen. Leider waren die schönen Stationszimmer nur mit wenigen Betten ausgestattet, so dass der größte Teil unserer frisch operierten Patienten auf Matratzen auf den Fußboden gelagert werden mussten.

Am Morgen nach unserer Ankunft warteten bereits viele Patienten, die z.T. von weit her zu Fuß oder mit dem Dalla-Dalla (Kleinbus, nur selten TÜV-fähig, aber sehr beliebtes Vehikel für alle und alles) angekommen waren. Neben neuen Patienten kamen auch viele zu einem im Vorjahr geplanten Zweiteingriff oder nur, um sich zu bedanken (einmal sogar mit einem lebenden Hahn als Geschenk) und das Operationsergebnis vorzuzeigen. Die längste Entfernung hatten die Patienten aus Arusha. Sie alle warteten geduldig.

Während Marlene gemeinsam mit Anastasia, einer Krankenschwester,

die uns wieder als Dolmetscherin zu Verfügung stand, die Ambulanz unter freiem Himmel herrichteten, bereiteten die übrigen Team-Mitglieder den Operationssaal vor. Dank guter Organisation wurde bereits in den frühen Mittagsstunden mit den Operationen begonnen.

Unter den vielfältigen Diagnosen überwogen erwartungsgemäß die Verbrennungsfolgen (ausgedehnte flächige Narben mit funktionsunfähigen Gelenken: 36 Patienten von insgesamt 91). An 2. Stelle dominierten die Lippen-Kiefer-Gaumenspalten (22 Patienten) die fast alle von Michael in der ersten Woche operiert wurden. Bei den übrigen Erkrankungen handelte es sich um benigne und maligne Hauttumore, aber auch um große Hydrocelen und Halszysten, Riesenkeloide und H.I.V.-induzierte Tumore (Kaposisarkom) und Riesen-Condylomata.

Ein exulzeriertes Hautkarzinom an Schläfe und Stirn mit Beteiligung des Oberlides konnte wegen des großflächigen Befundes und des unsicheren Resektionsrandes nicht sicher im Gesunden reseziert werden.

Bei einem jungen Mann bestand im Rahmen einer generalisierten Neurofibromatose eine monströse Entstellung der gesamten linken Gesichtshälfte, die durch korrigierende Resektion kosmetisch der Gesichtsform weitgehend wieder angepasst wurde.

Wie in jedem Jahr wurde wegen der hohen Rezidivquote bei den Keloiden therapeutische Zurückhaltung angeordnet. Letztlich ließen wir uns aber doch bei einem extrem großen Rezidiv im Halsbereich zu einer erneuten Resektion überreden, nachdem uns der Patient versichert hatte, dass das Rezidivwachstum erst nach Beendigung der adjuvanten Silicon+Triam-Behandlung eingesetzt habe. Eine Strahlenbehandlung wurde mit dem Ocean Road Hospital Dar es Salaam abgesprochen.

Die H.I.V.-induzierten Condylomata entfernten wir mittels Diathermie. Es ist erstaunlich, wie gering die postoperativen Probleme sind. Die Patienten benötigten kaum Analgetika. Die großen Wundflächen verheilten komplikationslos innerhalb weniger Tage. Eine



antiretrovirale Therapie wurde selbstverständlich eingeleitet.

Psychisch sehr belastet hat uns alle die Erkrankung eines neunjährigen Jungen, der unter einem weit fortgeschrittenen Kaposi-Sarkom litt und sich in einem maximal reduzierten Allgemeinzustand (14 kg.) befand. Wegen eines großen Tumors an der Unterlippe, der Oberlippe und weiterer tumoröser Veränderungen in der Mundhöhle war die Nahrungsaufnahme fast unmöglich. Vielleicht verschaffte die palliative Tumorsektion an der Unter-, Oberlippe, Fuss und Hand dem Jungen für ein paar Wochen eine verbesserte Lebensqualität.

Wie im Vorjahr begleitete auch diesmal das Fernseherteam „Ulmedia“ unseren Einsatz. Vorher besuchten und filmten sie in Arusha die Familien der Kinder, die mit

Verbrennungsfolgen im Vorjahr operiert worden waren. Dabei interessierte sie besonders, wie einige der Kinder sich ihre Verbrennungswunden zugezogen hatten. Bei diesen Kindern standen jetzt Zweiteingriffe an, deren Ergebnisse sie ebenso mit der Kamera festhielten. Die Fernsehleute brauchten einige beispielhafte Verläufe für ein weiteres Projekt, das sie mit betreuen: die „Ofenkinder“. Da die Verbrennungen meistens durch das Kochen am offenen Feuer ausgelöst werden, hat das Projekt zum Ziel, diese Unfallverletzungen durch den Bau von einfachen preiswerten Öfen zu vermeiden – unter Mitarbeit der einheimischen Bevölkerung. An dieser Stelle möchte ich das Engagement unseres Organisator-Ehepaares Monika und Horst Blaser hervorheben, die dieses Projekt ausgearbeitet haben und betreuen.

Rückblickend betrachtet war es wieder ein erfolgreicher, aber ungewöhnlich belastender Einsatz für das gesamte Team. Gearbeitet wurde ohne eigentliche Pause bis in die Abendstunden. Die Häufigkeit der nicht behandelbaren Krankheiten lastete schwer auf den Team-Mitgliedern. Hinzu kamen multiple Imponderabilien, die typisch sind für solche Einsätze und nur mit einer willigen eingespielten Mannschaft bewältigt werden können. Angeführt seien nur zwei Beispiele: Bei einem der häufigen Stromausfälle (während der laufenden Operationen) sprang das Notstromaggregat nicht an, da wegen Geldmangels kein Treibstoff gekauft worden war. Anfang der zweiten Woche gab beim Wechsel einer O₂-Flasche das Reduzierventil den Geist auf. Ein Teil der gelieferten Sauerstoff-Flaschen war fast leer, für das defekte Reduzierventil gab es keinen Ersatz. Somit fiel das eine Narkosegerät für den Rest des Einsatzes aus. Da den Patienten, die bereits feste Op-Termine hatten, nicht einfach abgesagt werden konnte, waren die Teilnehmer spontan bereit, bis spät in die Nacht zu arbeiten.

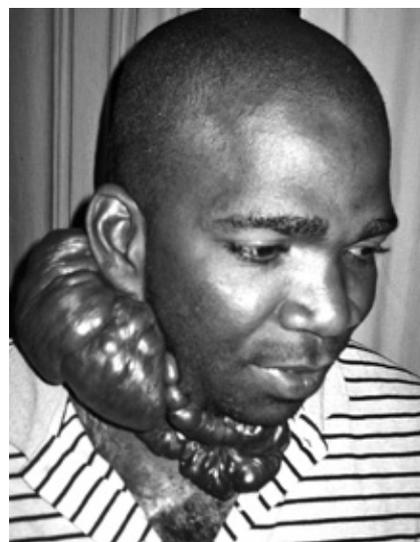
Auf dem Rückweg nach Dar es Salaam konnten wir noch eine herrliche Kleinsafari durch den Mikumi Nationalpark machen. Nach einem ungestörten Nachtflug trennten sich die Teilnehmer glücklich und übermüdet bei der Zwischenlandung in Zürich mit der Teilnahmezusage für das nächste Jahr.

Gabriel Tewes

Das Team:

Bergemann, Michael: MKG-Chirurg,
Blaser, Monika: Anästh.-Schwester,

Gashi, Haqif: Anästhesist,
Gauch, Gabriele: Op.-Schwester,
Plenz, Thilo: Anästhesist,
Schneller, Bernhard: Anästhesist,
Tewes, Gabriel: Kinderchirurg,
Tilkorn, Daniel: Plast.-Chirurg,
Tilkorn, Marlene: Allg.-Med., Pat.-Org.,
Tilkorn, Hubertus: Plast.-Chirurg,
Teamleiter





Aktivitäten der Sektion Siebengebirge im Jahre 2010

Die Aktivitäten im Jahr fanden schwerpunktmäßig wieder in Puma statt. Schon im Februar war ein größeres Team um Volker Rudolph und Frank Bosselmann nach Puma gereist und hatte dort weit über 100 Operationen in bewährter Weise abgewickelt. Die spektakulärsten Eingriffe fanden allerdings durch die mitreisende Gynäkologin Brigitte Weber statt, welche in einer Notsectio ein Kind rettete, welches sofort den Namen des versorgenden Anästhesisten erhielt.

Ein zweiter Einsatz in Puma fand dann im Oktober des Jahres statt, auch diesmal konnten über 130 Eingriffe auf dem Gebiet der Plastischen Chirurgie, der orthopädischen Chirurgie und der Gynäkologie durchgeführt werden.

Zwischenzeitlich absolvierte Klaus Schiller einen augenärztlichen Einsatz in Puma, bei dem er mit einem kleinen Drei-Mann-Team eine Großzahl von Katarakten operieren konnte und gleichzeitig die Ausstattung seiner Augenabteilung verbessern konnte.

Im Süden Tansanias ergab sich ein neues Aufgabengebiet: Durch Vermittlung von Hubertus Tillkorn wurden wir mit dem Benediktinerpater Ignaz Dandah in Verbindung gebracht, welcher leitender Arzt an seinem Diözesankrankenhaus im Süden Tansanias ist, in Namanyere. So führte uns eine Erkundungstour mit zwei Mann im Juli des Jahres in die Nähe des Tanganjikasees. In Namanyere fanden wir ein gut ausgestattetes, straff geführtes und effektiv arbeitendes Krankenhaus vor, in dem sich

zwei saubere OPs fanden mitsamt gut eingerichteter Stationen. Lediglich geeignete Einrichtung fehlte. Diese wurde in den folgenden Monaten in einer Großaktion zusammengetragen und schließlich in bewährter Weise durch die Hilfe unseres Organisators Markus Strothkötter vor Ort gebracht. So konnten im Oktober zwei komplette Teams mit elf Leuten in Namanyere und in der Nachbarstadt Sumbawanga jeweils einen 14-tägigen Einsatz durchführen. Die Einsätze waren so erfolgreich, dass sofort die Pläne für das nächste Jahr geschmiedet wurden. Problematisch ist an diesem Ort einfach, dass er sehr abgelegen ist und erst in zwei Tagesreisen ab Daressalam zu erreichen ist. Es war daher notwendig, einen Privatjet zu chartern und das Team dorthin zu bringen, eine Aktion, die wegen der abenteuerlichen Anfahrt nicht unproblematisch war.

Der sehr spärlich besiedelte Süden von Tansania, in dem die Infrastruktur noch schlechter ist als im Rest des Landes, lässt aber ein weites Tätigkeitsfeld für die Interplast-Teams offen, so dass diese Einsätze mit Sicherheit zur Wiederholung Anlass geben.

Dank zu sagen habe ich allen, die beim Zustandekommen dieser Einsätze mitgeholfen haben, die insbesondere auch die finanziellen Mittel zusammengetragen haben und die durch ihre unermüdete Arbeit beim Zusammentragen der Materialien geholfen haben.

Michael Schidelko

Die Teams der Sektion Siebengebirge 2010

Puma-Tanzania, 5.3.-22.3.2010

Volker Rudolph, Chirurg u. Teamleader
Dr. Frank Bosselmann, Plastischer Chirurg
Dr. Markus Martini MKG
Dr. Brigitte Weber, Gynäkologin
Dr. Andreas Viehöfer, Anaesthetist
Dr. Christina Knuth, Anaesthesistin
Dr. Jürgen Meyer-Oswald, Zahnarzt
Bianca Lumpff OP-Schwester
Andrea Wassermann, OP-Schwester
Klaus Janssen, Anaesthesie-Pfleger
H.P. Heisterbach, OP-Pfleger-Wundmanager
Marcus Strothkötter, Logistiker
Anna Lena Schmidtman, Studentin

Port au Prince-Haiti 26.3.-11.4.2010

Siehe Haiti Bericht

Puma Tanzania 9.6.-25.6.2010

Dr. Klaus Schiller, Augenarzt
Dr. Andrea Huth Augenärztin
Sieghild Reimann, OP-Schwester

Namanyere-Sumbawanga

16.7.-24.7.2010

Tanzania (Piloteinsatz)

Dr. Michael Schidelko, Plastischer Chirurg
Marcus Strothkötter, Logistiker

Puma-Tanzania 14.10.-31.10.2010

Dr. Michael Schidelko, Plastischer Chirurg
Dr. Werner Wagner, Chirurg
Dr. Maria Angsten Anaesthetistin
Dr. Joachim Mehler, Anaesthetist
Dr. Anita Gharibian, Gynäkologin
Dr. Jürgen Meyer-Oswald, Zahnarzt
Dr. Regina Schidelko, Ärztin
Zyta Heitfeld, OP-Schwester
Verena Köppinger, Anaesthesieschwester
Julia Staby, Arzthelferin
Thomas Jäger, Elektromeister

Sumbawanga - Tanzania

14.10.-31.10.2010

Dr. Wulf Schmücking, Unfall/Handchirurg
Dr. Herbert Matzinger, Chirurg
Dr. Sabine Wetter, Anaesthesistin
Dr. Helena Simitzis, Anaesthetistin
Martina Kuhlmann, OP-Schwester
Marcus Strothkötter-Logistiker

Namanyere-Tanzania

14.10.-31.10.2010

Dr. Ulrich Schmidtman, Unfallchirurg-Orthopäde
Dr. Wilhelm Heckelei Plastischer Chirurg
Dr. Peter Urbasek, Anaesthetist
Marion Urbasek, Anesthesieschwester
Greta Hesseling OP-Schwester

Augenärztlicher Hilfeinsatz in Puma/Tanzania vom 08.06. bis 26.06.2010

Bei meinem 4. Einsatz in Puma wurde ich zum 3. Mal von Schwester Sieghild Reimann, neu von der jungen Augenärztin Frau Dr. Andrea Huth (beide tätig im Kreiskrankenhaus Glauchau) und ihrem Freund Jörn Michael begleitet.

Kurz zur Orientierung: Puma liegt ungefähr 400 km südöstlich von Arusha und ist zu 80% nur über schlechte Sandstrassen zu erreichen. Die Schwestern des katholischen Ordens „Mothers of the Holy Cross“ betreiben in Puma und Ndareda ein Hospital und in Gehandu eine Missionstation mit Dispensary. Ich bin über Interplast Germany nach Puma gekommen, die dort schon seit Jahren dort regelmässig im Einsatz sind und 2 Operationssäle gut eingerichtet haben.

Schon in Ndareda haben wir 30 Patienten untersucht und 12 nach Puma zum Operieren bestellt. Auch in Gehandu haben wir Patienten untersucht und operative Fälle gefunden.

In Puma wurde uns wieder ein überwältigender Empfang geboten. Im Kloster leben über 200 junge Leute zwischen 14 und 19 Jahren zu einer 3 jährigen Hauswirtschaftsausbildung, die alle zum Empfang aufgeboten waren.

Die Klosterleitung hatte uns in den umliegenden Dörfern gut angekündigt, sodass wir ständig viel Patienten hatten. Von einfachen Lesebrillen bis zur vollständigen Blindheit durch absolutes Glaukom war alles vertreten. Vor allem die älteren Patienten aus den Dörfern trugen oft schmutzige und zerrissene Kleider und waren sehr mager. Den

Barabeiks (ein Volksstamm ähnlich den Massai) sah man an, dass sie direkt aus dem Busch kamen. Wir untersuchten aber auch viele junge Leute aus dem Kloster mit Augenbeschwerden und fanden viele Ametropien.

Insgesamt wurden rund 300 Patienten ambulant untersucht und Dutzende von Lese- und Fernbrillen ausgegeben. Ich hatte schon im Februar 2009 angefangen dort vorgefundene alte gebrauchte deutschen Brillen zu vermessen und zu ordnen. Dank eines von einem Glauchauer Optiker gespendeten Heißluftgerätes konnten wir die Brillen auch besser anpassen.

Wir operierten dann täglich nachmittags und führten insgesamt 57 Operationen, davon 40 Katarakte in der ECCE Technik teils nahtlos durch. Außer den Katarakten haben wir Sekundärimplantationen bei alten Aphakien, Trichiasis, 2 Enucleationen, Divergenzschielen, Pterygien u.a. operiert.

Einer von uns Augenärzten blieb immer in der Ambulanz, der anderen startete meist mittags mit den Operationen. Frau Dr.Huth lernte die ECCE Technik schnell und führte dann die meisten Operationen durch. Herr Jörn Michael wurde im Brillen vermessen, Brillen anpassen, in der Keratometrie und Biometrie angelehrt und war uns eine große Hilfe. Schwester Sieghild Reimann hat wie schon im Juli und November 2009 im Operationssaal alles gemanagt, Instrumente vorbereitet, instrumentiert und die Vorbereitung der Patienten organisiert. Das Hospital hat

wenig Personal und konnte uns gerade so Dolmetscher zu Verfügung stellen, oft auch zu wenig, so dass wir an sich alles selbst organisieren mussten.

Im Hospital ist es sauber und man kann sich auf die Sterilisation verlassen. Unsere Ausrüstung ist mittlerweile ausreichend, das Handkeratometer, das Mikroskop, das einfache Geuder Vitrektom haben sich sehr bewährt. Für das Mikroskop fehlt noch ein Binokular Assistenten Mitbeobachterteil, was ich für den nächsten Einsatz noch anschaffen möchte. Die mitgebrachte monopolare Diathermie für die häufigen Trichiasispatienten hat leider nicht funktioniert.

Neben diesen Ergebnissen können wir noch einen anderen Erfolg vermelden:

Wir haben einen gebrauchten Laptop mit UMTS Stick und Vodacom SIM Card (Spende der Firma Oculentis) mit Drucker an Pater Emmanuel übergeben und ihn angelehrt, sodass das Kloster endlich per Mail erreichbar ist: mothers_of_the_holy_cross@yahoo.de Das Mobilfunknetz über Vodacom fällt in Puma sehr gut ein und die Verbindung müsste eigentlich zuverlässig sein.

Wir sind wie immer gut bewirtet und zum Abschied beschenkt worden. Das Essen meist nach bayrischer Art war ausgezeichnet. Das Wetter war teilweise kühl, keine oder nur sehr wenig Moskitos. Nur ein „Ameisenüberfall“ in unserem Gästehaus hat uns zu schaffen gemacht.

Nach diesen durchweg positiven Mel-





dungen nun die negativen: Wir sind erst in einem Jahr wieder eingeladen, dem Kloster sind mehrere augenärztliche Einsätze im Jahr zu viel und sie wünschen auch ausdrücklich keinen Kontakt mit der nächsten staatlichen Augenklinik in Singida. Sie bekommen keine staatliche Unterstützung für ihre Hospitäler und wollen in jedem Fall unabhängig bleiben. Ich habe bedauert, dass die gute Ausrüstung nur einmal im Jahr genutzt wird. Auf meinen Vorschlag hin will die Klosterleitung

versuchen, einen Ophthalmic Officer zu finden, der vielleicht wöchentlich einmal in unserem Ambulantraum Patienten untersucht, Brillen ausgibt und Patienten sammelt oder vermittelt. Ich habe zugesagt, die Finanzierung dieses Officers zu organisieren.

Ich hatte wieder Gelegenheit, mit Dr. Shayo - Augenarzt am staatlichen District Krankenhaus Singida – zu sprechen. Er ist nach wie vor schlecht ausgerüstet, hat sehr viel operative Fälle und ist für jede Hilfe dankbar. Ich

habe ihm wieder einiges Nahtmaterial, Viscomaterial u.a. Operationsmaterial übergeben. Ich will mich um eine gebrauchte Spaltlampe für ihn bemühen. Herr Dr. Klemm, Geschäftsführer der Firma Oculentis hat nach seinen Eindrücken im November 2009 einen Verein gegründet „Vision for Puma e.V.“, einen schönen Flyer herausgebracht und sammelt Geld für weitere Anschaffungen und Einsätze.

Klaus Schiller

Persönliche Eindrücke des Zahnarztes Jürgen Meyer-Oswald aus Puma vom 14.10.-31.10.2010

Liebe Freunde und Bekannte,

mit eurer Hilfe, den Zuwendungen von unseren Interplast-Aktivisten und der Aufstockung von Lions Bad Honnef konnte Mr Abel sein Studium in Daresalam beginnen. Man sagte mir, dass es in Tanzania nur 20 staatliche medizinische Studienplätze gibt. Alle anderen müssen privat studieren.

Bei unserem Abschied aus der Mission drückte sich seine Frau an mich und flüsterte mir ihren Dank ins Ohr. Unsere Unterstützungsaktion soll nicht öffentlich werden. Die Zahl der Neider ist zu groß.

Sie bleibt dem Hospital aber vorerst als Krankenschwester und Hebamme erhalten.

Aber der Reihe nach:

Erst bei unserem Zwischenstopp in Addis-Ababa waren alle Teams komplett. 22 Ärzte und Krankenschwestern aus dem Rheinland, aber auch aus Hessen, Sachsen, Österreich, der Schweiz und Holland waren im Namen von Interplast Siebengebirge nur kurz versammelt.

Zwei Teams gingen über Daressalam mit dem Buschflieger zu ihren Einsatzorten, während unser Team nach Kilimanjaro weiterflog.

Zwei Landcruiser der Missionsstation Puma holten uns ab. In ein Fahrzeug quetschten sich neun, in das andere kam das Gepäck und die restlichen zwei. Denen wurden aber noch vier Sauerstoffflaschen für die Anaesthesie beige packt. Die ersten 50 km durch Arusha und das Rift-Valley gibt es noch Asphaltstrasse. Dann beginnt für weitere 100 km die rough-road bis zu unserem ersten Etappenziel.

Seit geraumer Zeit schlagen vor allem Chinesen für eine neue Strasse eine Schneise in die Landschaft. Wenn die fertig ist, wird ein Teil des Abenteuers Afrika vorbei sein. Bisher kommt ein entschuldigendes „pole“ vom Fahrer, wenn man wegen eines übersehenen Schlagloches mit dem Kopf an die Decke knallt.

Auf der Strecke sieht man Wagen mit abgeknickten Rädern oder welche, denen die ganze Vorderachse abgerissen ist. Aber es gibt auf dieser Strasse kein Karambolagen.

Das wird sich mit der neuen Strasse ändern, denn die Fahrzeuge in Tanzania sind für grosse Geschwindigkeiten nicht gerüstet und die Fahrer erst recht nicht.

Die Aussenstation Dareda erreichen wir nach Einbruch der Dunkelheit.

Zur Begrüssung sind alle Waisenkinder der Mission versammelt.

Sie singen und tanzen, ein kleines Mädchen trommelt mit dem unnachahmlichen afrikanischen Rhythmusgespür. In ihrer Fröhlichkeit und Unbeschwertheit erscheinen sie mir als die glücklichsten Kinder dieser Erde.

Am nächsten Morgen beginnt das Screening einiger Dutzend Patienten, die sich im Innenhof des kleinen Hospitals versammelt haben. Erste einfachere operative Eingriffe werden in dem von Dr. Schidelko vor zwei Jahren eingerichteten aber kaum genutzten Operationsaal durchgeführt. Alle schwierigeren Eingriffe werden in die Hauptmission nach Puma einbestellt.

Der Sonntag beginnt diesmal mit einem Gottesdienst in der Dorfkirche. Es ist jedesmal ein Erlebnis, die Frauen mit ihren bunten Tüchern und einfallsreichen Kopfbedeckungen zu sehen und den mehrstimmigen Gesang des Chores, begleitet von Trommeln und Rasseln, zu hören.

Als einzige Weisse weit und breit werden wir bestaunt wie vom anderen Stern. Aber nach der persönlichen Vorstellung jedes Einzelnen aus dem Team durch den Pfarrer werden wir mit freundlichem Applaus begrüsst.

Nach einem letzten Gang durchs Hospital und einem Gespräch mit den Cli-



nical officers geht es auf den nächsten Teil der noch 150 km weiten Reise nach Puma.

Auf halber Strecke machen wir einen Zwischenstopp in der kleinen Mission Gehandu. Diese liegt schon auf der Hochebene im Gebiet des mit den Massai verwandten Stammes der Barabaik. Dort gibt es kein Strom und kein Wasser. Unser Elektromeister soll die nächsten Wochen dort die von Solarworld für ein Demonstrationsprojekt zur Verfügung gestellten Solarmodule installieren. Später stellte sich heraus, dass wesentliche Teile fehlten und die Installation erst mit unserem nächsten Frühjahrseinsatz weitergehen kann. Bis dahin müssen noch 5 Tonnen Material vor Ort geschafft werden - und die Finanzierung liegt auch noch in den Händen der Vorsehung.

Nach weiteren 80 km Durchrütteln erreichen wir am Nachmittag die Mission Puma. Ca 200 Missionsangehörige stehen zur Begrüssung Spalier oder sind in Gruppen angetreten: Die Schülerinnen mit ihren blauen Röcken, weissen Blusen und gelben Kopftüchern, die Waisenkinder in den hellblauen Kleidern, die Novizinnen mit weissem Kopftuch, die Ordensschwwestern in dunklem Blau und die Ordensbrüder im braunen Kittel mit blauem Kreuz. Die Ordensoberin Melania und Pater Manoel und der einzige Weisse in der Mission, Pater Cornelius empfangen uns aufs Herzlichste.

Am Montag checken unsere OP- und Anästhesieschwwestern ihre Geräte und das Material, ich baue mein ein halbes Jahr nicht benutztes Dental office wieder zusammen und prüfe alle Instrumente, während die Ärzte dutzende Patienten screenen und erste Op-Pläne schreiben. Danach wird durchgehend in zwei OP-Sälen von morgens bis manchmal spät in den Abend operiert. Dabei sind viele Krankheitsbilder, die man bei uns nicht kennt oder nicht sieht, weil Behandlungen frühzeitig stattfinden. Es sind viele alte Knochenbrüche und Verbrennungskontrakturen.

Ein freudiges Wiedersehen gibt es mit dem fünfjährigen Eric, Er kam vor einem Jahr mit einer fürchterlichen alten Verbrennung am rechten Arm. Die Hand war am Ellenbogen verwachsen, die Finger als solche kaum noch zu erkennen. In einem ersten Schritt

wurden Ellbogen und Handgelenk wieder beweglich gemacht, wozu riesige Hautverpflanzungen erforderlich waren. Dieses Jahr sind die Finger dran - eine vielstündige OP, an deren Ende er sich wieder normale Finger anschauen konnte.

Ein siebenjähriges Mädchen hatte in eine Starkstromleitung gefasst. Sie hatte Verbrennungen am ganzen Körper, am schlimmsten an der rechten Hand. Sie wäre mit Sicherheit in den nächsten Wochen an einer Sepsis verstorben. In zahlreich Operationen wird die verbrannte Haut an Fingern, Hand und Arm entfernt und durch Haut vom Bauch ersetzt. Am Ende des Einsatzes ist die verpflanzte Haut eingeeilt, das Kind wird wieder mit der Hand schreiben können.

Ein älterer Mann wird vorgestellt, weil er durch ein Loch in der Wange atmen kann: ein grosses Stück Knochen hat sich aus dem Kiefer nach draussen gedrückt, es schaut aus dem Loch in der Backe heraus. In Gemeinschaftsarbeit beseitigen der Zahnarzt und der Plastische Chirurg das Loch und verschliessen es durch eine komplizierte Verschiebung der Gesichtshaut.

Ein junger Mann lag volle 5 Monate in einem Gipsbett und konnte sich nicht regen, aus seinem Oberschenkel schaute der gebrochene und nicht heilen wollende Knochen heraus. Auch hier waren mehrere Sitzungen erforderlich um den Knochen zu stabilisieren und die fehlenden Weichteile wiederherzustellen. Es wird jetzt noch mal 3 Monate dauern, bis der geduldigen Patient das Krankenhaus verlassen kann.

Nicht immer konnten wir helfen. Eine Massafrau brachte ihr Baby mit einem riesigen Wasserkopf. Bei uns ist solches eine Routine-OP, in diesem Land hat die weinende Mutter noch nicht einmal das Geld, um mit dem Bus in die nächste Spezialklinik zu fahren. Schnell finden sich im Team Spender, um ihr den Transport zu ermöglichen.

Eine Menschentraube hängt immer an der Tür der Gynäkologin. Die Afrikaner meinen, je näher sie der Tür sind, um so schneller kommen sie rein. Auch wenn zehn Leute vor ihnen stehen bleiben sie auf Tuchfühlung zum Vordermann. Aber es ist wichtig, eine Gynäkologin im team zu haben. Denn neben den normalen Frauenkrankheiten gibt es

immer noch viele Beschneidungen mit ihren Komplikationen.

Als Zahnarzt arbeite ich praktisch als EinMannTeam. Da ich seit einiger Zeit als Assistenten immer Brother Albertus und Brother Paulus zugeteilt bekomme, sind wir inzwischen ein eingespieltes team geworden. Bisher konnte ich meine angestrebte Patientenzahl von 200 nie erreichen.

Daher schlug ich vor, bei allen Missionsangehörigen ein Check-Up zu machen. Denn häufig, wenn ich nach dem Problem fragte und ein Loch als Antwort bekam, sah ich nur noch einen Krater. So konnte ich diesmal viele kariöse Läsionen im Anfangsstadium füllen und insgesamt 230 Patienten behandeln. Ungewohnt ist immer noch wenn ich von der Pause komme und die Schülerinnen schon wie die Hühner auf der Stange auf der Bank sitzend warten, dann alle aufspringen und den Blick auf die Schuhspitzen gerichtet eine Begrüssung murmeln.

Ihren Schrecken verloren haben dagegen die regelmässigen Stromausfälle, die uns teilweise zu mehrstündiger und auch tageweiser Untätigkeit verdammt. Seit der von Interplast gespendete neue Generator installiert ist, lässt sich nach spätestens fünf Minuten weiterarbeiten als sei nichts gewesen. Der Sonntag beginnt dann wieder mit einem Gottesdienst für die Dorfbewohner in ihrer Feiertagstracht und der Chor singt noch lebendiger als am Sonntag zuvor. Es ist immer wieder ein sehenswertes Schauspiel. Die letzte Woche war wieder sehr arbeitsreich, so dass die OP-teams den Einsatz mit 130 operativen Einsätzen beendeten.

Dann kam die Abschiedszeremonie. Jedem Teammitglied wurde ein Blumenkranz umgelegt und jede Schulklasse sang trommelbegleitet und tanzend Lieder. Das dauerte ca zwei Stunden. Danach dann der Abschiedsgottesdienst mit dem Gesang der Ordensschwwestern, die mit ihren klaren Stimmen den Raum füllten, so dass es mir und anderen richtiggehend unter die Haut ging.

Zu allerletzt gab es dann noch Geschenke: Kaffee, Tee, Schnitzereien, Tücher, Nüsse und Bananen.

Jürgen Meyer-Oswald



Doppel-Einsatz in Tansania: Sumbawanga und Namanyere



Erst vor kurzer Zeit kehrten die Mitglieder der Sektion Siebengebirge von Interplast Germany von ihren Einsätzen nach Tansania zurück:

Zeitgleich hatten nicht weniger als 22 Aktive - Ärzte, OP- und Anästheseschwestern und ein Elektromeister, in dem ostafrikanischen Land ehrenamtlich 2 Wochen lang gearbeitet.

Das Team in der Stärke von zwei Fußballmannschaften war nur wenige Stunden zusammen, nämlich am Flughafen in Addis Abeba/Äthiopien. Die Teammitglieder aus dem Rheinland, aber auch aus Sachsen, Holland, Österreich und der Schweiz, trennten sich unmittelbar anschließend wieder, die erste Hälfte flog in das seit Jahren eingerichtete Krankenhaus in der Missionsstation in Puma, während die anderen elf nach Daressalam und von dort aus weiter mit einem Buschflieger nach Sumbawanga (Districthauptstadt in Süd-Tansania) flogen. Dort teilte sich das Team nochmals, die eine Hälfte blieb am örtlichen Diözesankrankenhaus, während die andere Hälfte nach Namanyere, das unmittelbar am Tanganjikasee liegt, weiterfuhr. Dort befand sich das andere Krankenhaus unter der Trägerschaft des Bischofs

von Sumbawanga, welches schon bei einem Probeeinsatz im Juli des Jahres von zwei Mitgliedern „ausprobiert“ worden war.

Diesmal wurde es ernst, der Benediktinerpater Ignas hatte gründliche Vorarbeit geleistet und an den beiden Standorten einige hundert Patienten zusammengeführt, um von dem deutschen Team untersucht und anschließend nach Möglichkeit operiert zu werden., natürlich kostenfrei für die Betroffenen.

Die äußeren Bedingungen waren gut, Bruder Ignas hatte für einfache, aber saubere Unterkünfte gesorgt, die OP-Säle waren dank einer bereits Mitte des Jahres vorausgeschickten Sendung mit Material bestens ausgestattet und die fehlenden Instrumente waren in der Zwischenzeit ebenfalls durch Spender zusammengekommen. So konnte gleich vom ersten Tag sowohl in Sumbawanga wie auch in Namanyere in gewohnter Weise operiert werden. Der Leiter des Teams in Namanyere, der Honnefer Chefarzt Dr. Ulrich Schmidtman, kümmerte sich in erster Linie um die zahlreichen Klumpfüße bei Kleinkindern. Der Plastische Chirurg

Willi Heckelei aus Duisburg versorgte die vielen Lippen-Kiefer-Gaumenspalten, weit über 20 an der Zahl.

Derweil operierte der Leverkusener Handchirurg Dr. Wulf Schmücking zahlreiche Verbrennungskontrakturen insbesondere an den Händen von Kindern, welche zumeist durch Feuereinwirkung entstanden waren.

Die deutschen Mediziner legten ein dermaßen hohes Arbeitstempo vor, dass schon nach wenigen Tagen die Wäscherei nicht mehr nachkam und der Stromgenerator heiß lief.

Nach zwei Wochen konnten die beiden Teams auf eine stolze Zahl von 110 Operationen zurückblicken, ohne eine nennenswerte Komplikation beklagen zu müssen. Die Belohnung war die Einladung zum Abendessen beim Bischof, verbunden mit einem herzlichen Dankeschön und dem Wunsch, bald wiederzukommen.

Der Rückweg auf der 400 km langen Schotterpiste wurde dann noch einmal spannend, weil gleich zwei Autos mit Reifenpannen liegen blieben und die Teams kurzfristig auf lokale Busse umsteigen mussten, um noch ihren Flieger zu bekommen.

Nichtsdestotrotz haben sich die Teams

auch jetzt schon verabredet, im nächsten Jahr wiederzukommen

Weniger dramatisch verlief der Einsatz in Puma. Hier lief es wie in den letzten Jahren stets in geordneten Bahnen, die Patienten kennen schon langfristig die Zeiten der deutschen Ärzteteams. In allen umgebenden Pfarreien und Bezirksämtern war der Besuch der Deutschen angekündigt worden und auch die Jahreszeit war günstig, da die Regenzeit noch nicht eingesetzt hatte und die Feldbestellung noch nicht beginnen konnte.

Zum Team gehörte auch wie schon bei den letzten Malen eine Gynäkologin, welche mit Abstand am meisten zu tun bekam, da gerade die spezifischen gynäkologischen Probleme bei den Einheimischen allein schon aufgrund der Armut unbehandelt bleiben. Insbesondere die Folgen der weiblichen Beschneidung, aber auch die Folgen von Unfruchtbarkeit oder von Tumoren gaben der Gynäkologin Arbeit bis spät in den Abend hinein.

Auffallend war die Zunahme an Auszubildenden in Puma, die in den letzten Monaten ihre Arbeit in der Missionsstation begonnen hatten. Die Nachfolger von Schwester Maria lassen nicht nach in ihren Bemühungen, gerade für die Kinder und Jugendlichen durch berufliche Ausbildung Perspektiven zu schaffen, um unter den harten Lebensbedingungen des Landes bestehen zu können.

Auch der Zahnarzt hatte wieder reichlich zu tun, allein schon bei der fachlichen Versorgung des Personals der Missionsstation.

Während die Chirurgen unter der Leitung des Honnefer Arztes Dr. Michael Schidelko ihre Operationen machten, stieg Thomas Jäger aufs Dach: Der Elektromeister aus Selhof hatte eine Solaranlage durch Solarworld und durch den Pumakreis gespendet bekommen, welche auf den Dächern der Außenstation Gehandu installiert werden muß. Die ersten Schritte sind getan, es wird allerdings noch einige Monate dauern, bis die Anlage komplett vor Ort ist und bis in der Außenstation, in der es bisher nur Petroleumlampen gab, auch einmal richtiger Strom fließen wird.

Zufrieden kehrte auch das Team aus Puma zurück, es hatte immerhin 138

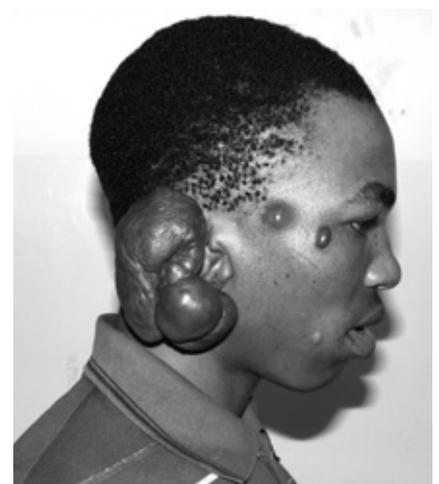


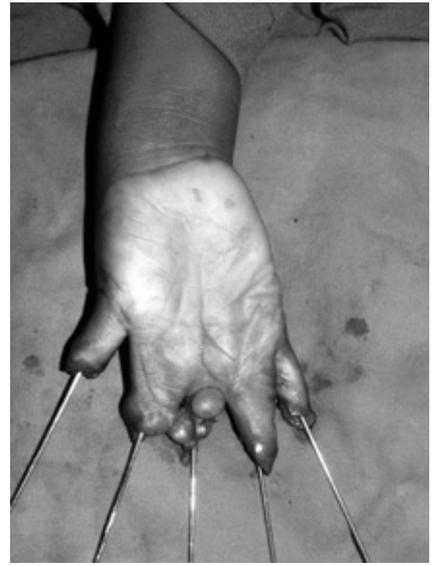
Operationen ohne Komplikationen durchgeführt und noch eine große Zahl von Patienten zurücklassen müssen, die auf den nächsten Einsatz – voraussichtlich im April des nächsten Jahres – warten müssen.

Die Dankbarkeit der Patienten, die großzügige Versorgung durch die Schwestern und Brüder in den Missionsstationen, die Fröhlichkeit der Kinder und Jugendlichen, die immer wieder neue selbstkomponierte Gesänge anstimmten und Tänze vorführten, all die Eindrücke bleiben bei jedem hängen, der einmal an einem solchen Einsatz teilnehmen konnte. Für viele war dies das Signal für ein nächstes Mal.

Abschliessend habe ich allen zu danken, die diese Einsätze möglich gemacht haben:

Allen voran Frau Huck und der Vereinigung „Pro Interplast, ...“ die einen grossen Teil der Flugkosten nach Puma übernahm, der Firma SOLARWORLD in Bonn, die fast die Hälfte der Kosten für die Solaranlage übernahm, dem Pumakreis der Pfarrgemeinde Bad Honnef-Selhof, die die ander Hälfte übernahm, Dr. Preissler und der Sektion Interplast Duisburg, die die Flugkosten für Sumbawanga und Namanyere trugen, Dr. Borsche und der Zentrale von Interplast Germany, die uns mit Material und Geldern grosszügig versorgten Dank auch dem LIONS Club Pulheim für





die Übernahme der Ausbildungskosten für zwei tanzanische Studenten, an deren Ausbildungskosten er sich beteiligte.

Und auch dem EBERSBERGER Förderverein für Übernahme von Flugkosten. Last not least allen kleinen und grossen Spendern aus der Region, die das gan-

ze Jahr über unserer Sektion die Treue gehalten haben.

Michael Schidelko



St.-John of God Hospital, Lunsar, Sierra Leone Orthopädie für die Dritte Welt e.V., Sektion Bad Kreuznach und Ebersberger Förderverein Interplast vom 06.11. bis 02.12.2010

Zum zweiten Mal fand ein gemeinsamer Einsatz von ODW e.V. und Interplast-Germany e.V. statt mit wechselnder Zusammensetzung der Teams. Die Aufenthaltsdauer betrug zwischen einer und drei Wochen. Die seit vielen Jahren durch ODW e.V. im St.-John of God Hospital geschaffene Infrastruktur konnte bereits im November 2009 durch eine Kooperation ODW e.V. –Interplast-Germany e.V. erfolgreich genutzt werden. So war es der Wunsch beider Vereine, die gemeinsame Arbeit vor Ort weiter auszubauen.

Wir landeten in der absoluten Finsternis-Airport Lungi, Sierra Leone. Bis auf einige wenige Stadtteile in der Hauptstadt Freetown ist das gesamte Land ohne Stromversorgung. Sierra Leone zählt zu den ärmsten Ländern der Welt. Es ist nicht nur ohne Stromversorgung, u.a. ist die medizinische Versorgung nur rudimentär vorhanden. Die durchschnittliche Lebenserwartung beträgt 41,2 Jahre, die Kindersterblichkeit 154 pro 1000 Lebendgeburten. Die Menschen leben von Landwirtschaft (52,5%), Industrie (30,6%) und Dienstleistungen (16,9%). Die Einreise und Zollformalitäten stellten sich als überraschend unspektakulär unkompliziert heraus. Die Sorge wegen der zahlreichen mitgeführten Medikamente und des Verbrauchsmaterials war erfreulicherweise unbegründet. Der Einsatz hatte als Schwerpunkt orthopädische und allgemeinchirurgische Eingriffe. Am ersten Tag, noch bevor wir zum Krankenhaus nach Lunsar weiterfahren

(3 Autostunden entfernt), sollten wir ein paar Patienten anschauen. Wir wurden fast erschlagen von dem Patientenansturm, der durch Bekanntgabe im Radio den Weg zu uns fand. Und so setzte es sich an fast allen folgenden Tagen fort. Ein Teil der Gruppe war bereits seit einer Woche vor Ort in Lunsar und hatte alle Hände voll zu tun. Es wurden in der ersten Woche bereits diverse Patienten untersucht und Eingriffe durchgeführt, hauptsächlich Pseudarthrosen, chronische Osteitiden, Weichteilabszesse, Nabel- und Leistenhernien. So blieb nichts anderes übrig als sich sofort an die Arbeit zu machen. Wir wurden tatkräftig unterstützt durch ausgesprochen engagiertes einheimisches Personal, das täglich von morgens bis abends mit uns gemeinsam arbeitete. Das Spektrum wurde weiter ausgedehnt auf Korrekturen von Klumpfüßen (Inzidenz ca. 2 pro 1000 Geburten) sowie Anästhesien für gynäkologische Eingriffe (Laparotomien bei sehr vielen Myomen sowie extrauterinen Graviditäten). Die Krankenhausleitung stellte die Stromversorgung für unsere Arbeit sicher. Der Generator lief so lange wie wir arbeiteten, meist bis in den späten Abend, manchmal nachts. Die Patienten litten unter Mangelernährung und diversen Begleiterkrankungen: Malaria, Tuberkulose, Wurm- und anderen Tropenkrankheiten. Sogar Diabetes spielte dort eine immer größere Rolle wie wir feststellen mussten. Die meisten Erkrankungen wurden nicht behandelt weil die Patienten es sich nicht leisten konnten. Dazu kamen an-

dere Probleme. Junge Mädchen wurden beschnitten und/oder vergewaltigt, wie wir in Einzelfällen feststellten. Wir sahen eine unglaublich hohe Zahl von Patienten mit ausgedehnten Weichteilabszessen, sowie eine Menge Kinder, die aufgrund der Sichelzellanämie und den daraus resultierenden Mikroinfarkten an chronischer Osteitis litten. Oft bestand ein viel größerer Knochendefekt als die unscheinbare äußerliche Fistel vermuten ließ. So zog ein Eingriff viele Folgeeingriffe nach sich, wobei die chirurgische Sanierung einen Teil der Behandlung darstellte, eine intensive antibiotische Therapie aber mindestens genau so notwendig war. Das innerhalb von einem Jahr von Nils Niederstebuch aufgebaute Labor (Globolab e.V.) wurde dieses Jahr in Betrieb genommen und fertigte die ersten Antibiogramme mit Resistenz-Austestung von Antibiotika. So wurde versucht, den Patienten eine entsprechende Therapie zukommen zu lassen. Allerdings stießen wir immer wieder an unsere Grenzen. Noch lange nicht war alles verfügbar. Man nahm das, was vorhanden war, und war dankbar, dass es überhaupt etwas gab. Das Krankenhaus bekam Medikamenten- und Materialsendungen aus dem Ausland, meist aus Spanien, oder lebte von Restbeständen von internationalen Teams, die zu Kurzeinsätzen kamen. Die orthopädischen Kollegen mussten zum Teil schwierige Arbeit leisten ohne entsprechendes chirurgisches Instrumentarium. Eine Oberschenkelfraktur wurde versorgt mit einer Extension, die





es nicht gab, und aus ein paar Drähten, Schrauben, einer Metallplatte und einem Paket als Gewicht gebastelt wurde. Ein neuwertiges modernes Narkosegerät war vor Ort vorhanden, konnte aber nicht in Betrieb genommen werden weil es an Sauerstoffversorgung fehlte- wie so häufig in Ländern der Dritten Welt. Dank einer Spende von 2 Sauerstoffkonzentratoren von Linde Gas Therapeutics konnten dennoch sichere Narkosen durchgeführt werden. Zeitgleich mit uns befanden sich spanische Kollegen im Krankenhaus (Pädiater, Gynäkologe, Apotheker, Op-Schwester, Hebammen)



und es gab eine ausgesprochen gute interdisziplinäre Zusammenarbeit. Sicher haben wir in einigen Fällen das Leben der Patienten gerettet, oder grundlegend verändert, aber leider stießen wir auch an die Grenzen unserer Möglichkeiten. Ein junger Patient wurde uns von auswärts zugewiesen mit Komplikationen nach einer Appendektomie und iatrogenen Darmverletzung. Trotz mehrerer chirurgischer Sanierungen konnte ihm nicht geholfen werden. Der Patient verstarb aufgrund einer protrahierten Sepsis. Eine intensivmedizinische Versorgung gab es nur in zwei Krankenhäusern des Landes, und zwar in der Hauptstadt Freetown. Ein anderer Patient bekam eine Wundheilungsstörung nach Vorfuß-Amputation und musste unterschenkelamputiert werden. Auch der Unterschenkelstumpf heilte nicht ab. Die weitere Abklärung zeigte einen vorher nicht bekannten entgleisten Diabetes mellitus-ohne Therapie- mit Dauer-Blutzuckerwerten von > 600 mg/dl.

Wir wurden hinzugezogen zu einer jungen Patientin mit Schädel-Hirn-Trauma nach Moped-Unfall. Ohne diagnostische Möglichkeiten konnten wir keine Hilfe anbieten. Im ganzen Land gibt es keinen einzigen Computertomographen. Weitere Patienten verstarben an Schlangenbissen (meist Bauern bei der Feldarbeit) weil es kein Antiserum gab. Bei einer hochschwangeren Patientin mit Kardiomegalie und drohender kardialer Dekompensation haben wir am letzten Abend noch ein Pleuraempyem entlastet (2 l Eiter). Zu dem Zeitpunkt war das Kind bereits tot, auch die Patientin wies keine gute Prognose auf.

Und dann brach das (endemische) Lassa-Fieber in einem Krankenhaus in ca. 50 km Entfernung aus. Eine dort tätige holländische Ärztin infizierte sich und es gab zu dem Zeitpunkt bereits zwei Tote weil die Therapie zu spät kam. Ein Teil unserer Gruppe beschloss, bis auf weiteres, die Arbeit dennoch zu einem Abschluss zu bringen. Es stellte sich heraus, dass es die absolut richtige Entscheidung war. Die holländische Kollegin besuchte uns und sagte, die Therapie mit Ribavirin sei viel schlimmer gewesen als die Erkrankung selbst, so dass sie die Therapie abgebrochen habe. An dieser Stelle ein herzliches Dankeschön an das Reisebüro Marlies Neuhold für die unkomplizierte und zuverlässige Arbeit.

Während des gesamten Aufenthaltes wurden 181 Patienten untersucht, und wir führten 106 orthopädisch/traumatologische und abdominelle Eingriffe an

73 Patienten durch sowie 16 Anästhesien für gynäkologische Eingriffe an 16 Patientinnen. Chirurgische Komplikationen: 1 Todesfall bei Peritonitis, alio loco wegen Appendizitis voroperiert; 1 Nachamputation nach Vorfußamputation, 1 Wundheilungsstörung und tiefer Infekt nach Pseudarthrose-OP Fibula-Pro-Tibia. Keine anästhesiologischen Komplikationen.

Was wir dort sahen und tun konnten, ließ bei uns keine Ruhe aufkommen. Jede Hilfe konnte nicht mehr als ein Tropfen auf dem heißen Stein sein. Pädiatrische Kollegen vor Ort haben bereits eine Liste von Patienten mit unversorgten Lippen-Kiefer-Gaumen-Spalten erstellt, die abgerufen werden kann. Auch besteht der dringende Wunsch nach weiterer Kooperationsarbeit zwischen ODW e.V. und Interplast-Germany e.V. zur plastisch-rekonstruktiven Deckung von den zahlreichen Weichteildefekten. Auch äußerte die Krankenhausleitung den Wunsch nach weiterem Teaching für das einheimische Personal (Labor, OP, Anästhesie), dem wir sehr gerne nachkommen möchten.

Von orthopädisch-traumatologischer Seite ist die Erstellung einer Leitlinie zur Behandlung auf ihrem Fachgebiet vorgesehen, da sich die Behandlung dieser Erkrankungen in Sierra Leone nach anderen Kriterien richten muß.

My Nguyen, Köln

Team:

- Dr. Wolfgang Haller: Orthopäde, Ebersberg
- Dr. Eva Haller: Allgemeinärztin, Ebersberg
- Dr. Clemens Bitter: Allgemein- und Unfallchirurg, Wasserburg
- Dr. Georg Manthey: Orthopäde, Göttingen
- Dr. Norbert Pittlik: Unfallchirurg, Werdohl
- Edith Niederstebruch: OP-Schwester, Assling
- Dipl.-Ing. Nils Niederstebruch: Biologe, Assling
- Eva Maria Dürr: Medizinstudentin, Salzburg
- Wolfgang Koczi: Medizinstudent, Salzburg
- Ana Maria Lázaro Martin: OP- und Anästhesie-Schwester, Gleishorbach
- Dr. Katrin Mackert: Anästhesistin, Köln
- Dr. My Nguyen: Anästhesistin, Köln, Teamleiterin
- Dr. Fritjof Schmidt-Hoensdorf: Orthopäde, Erding, Teamleiter



Interplast Einsatz Bangwa / Kamerun 12.11.2010-27.11.2010

Unser Team:

- Dr. Günter Zabel, Plastischer Chirurg und Handchirurg, Teamleiter
- Marianne Zabel, OP-Schwester
- Ute Opitz, OP Schwester
- Dr. Peter Urbasek, Anästhesist
- Marion Urbasek, Anästhesieschwester
- Dr. Isabelle Haynh-Bui, Anästhesistin
- Ludger Homann, Anästhesiepfleger
- Rachel Rauber, Assistenzärztin Kinderchirurgie
- Cyrill Nomegne, (Bruder von Gilles Hervé Nomegne, Vorstandsvorsitzender des Berliner Vereins Connectica e.V)

Im August 2010 war es, als mich Dr. Günter Zabel fragte, ob ich Interesse hätte, im November nach Kamerun zu einem Einsatz mitzufahren. Ein Mitglied hat kurzfristig abgesagt und so hatte ich die Chance, „ja“ zu sagen. Vom Angebot war ich sogleich begeistert.

Für die Hälfte der Gruppe, Dr. Zabel, seine Frau Marianne Zabel und die Anästhesiecrew Urbasek war es bereits der 2. Einsatz im „hôpital de Bangwa“. Verbindendes Glied zwischen Ihnen und den Kamerunern war Gilles Hervé Nomegne, der selbst im „hôpital de Bangwa“ geboren wurde und mit seinem Verein das Krankenhaus unterstützt. Er kontaktierte im 2009 Dr. Zabel und bat im Namen seines Krankenhauses um einen Einsatz von Interplast. Leider war Gilles dieses Jahr aus persönlichen Gründen verhindert, weshalb sein Bruder, Cyrill als Vertreter und Brückenbauer mitkam.

Bereits die Reisevorbereitungen waren spannend. Ein Kompliment an unseren „Papa Chief“, der mit Hilfe von Marianne Z. die grösste Arbeit leistete.

Unsere Reise begann am frühen Freitagmorgen am Flughafen Basel-Mulhouse, wo ich die Zabels und Ute Opitz getroffen habe. In Paris sind die restlichen Mitglieder zugestossen. Ein inniges Wiedersehen für diejenigen die sich bereits von anderen Einsätzen



kannten. Spannend für mich, die neu dazugestossen ist. Der MKG-Chirurg Dr. Peter Schachner konnte aus familiären Gründen leider nicht mitfahren. Die zwei Anästhesieteams konnten sich so auf die verschiedenen Operationen aufteilen.

Nach einem angenehmen Flug sind wir am späteren Abend ohne Verspätung in Douala gelandet. Die Ankunft war etwas chaotisch, da die uns verspro-

chenen Busse für den Transport zum Hotel Seamen's Mission – Foyer de Marin in Douala Akwa nicht auffindbar waren. Die Verhandlungen begannen und an Einheimischen, die uns dorthin gebracht hätten, mangelte es keineswegs. Die Frage war nur zu welchem Preis? Schliesslich kamen wir gegen 23:00Uhr tot müde im Hotel an.

Am nächsten Morgen setzte sich unsere Reise mit einem Minibus und Auto





fort nach Bangwa. Kaum losgefahren durften wir dem traditionellen Empfang des Königs von Bangwa in Douala beiwohnen und wurden herzlich von ihm begrüßt. Auf der Weiterfahrt durch die sehr grüne und fruchtbare Landschaft stärkten wir uns an einem grossen Früchtetestand mit Vitaminen.

Bei Dunkelheit erreichten wir endlich Bangwa und wurden herzlich von Krankenhausmitarbeitern empfangen. Die Unterkunft war auf zwei Häuser aufgeteilt. Im einen Haus wurden die Mahlzeiten eingenommen, die von zwei aussergewöhnlich lebenswürdigen Köchinnen zubereitet wurden. Auf dem morgendlichen Weg zum zweiten Haus entstanden die poetischsten Floskeln. Insbesondere Marion Urbasek ist darin Spitze.

Am nächsten Morgen begannen die Einräumarbeiten im OP und wir verschafften uns einen allgemeinen

Überblick vom Krankenhaus. Auch warteten bereits einige Patienten, die noch am gleichen Tag untersucht wurden.

Am Montagmorgen begannen die ersten Operationen. In den insgesamt 9 OP Tagen wurden über 150 Erwachsene und Kinder aus unterschiedlichen Teilen des Landes untersucht. Einige kamen sogar aus Douala oder Yaoundé, der Hauptstadt. Den langen Weg nahmen sie in Kauf. Das lange Warten war für sie selbstverständlich.

Insgesamt konnten während des Einsatzes 60 Personen operiert werden. Es handelte sich bei den Krankheitsbildern vor allem um Keloide (wulstartige Wucherungen), Lipome (Fettgeschwulste), Verbrennungsnarben, Parotistumoren und Korrektur von Unfallverletzungen.

Leider konnten auch einige Patienten, die unter schweren Tumorerkrankun-

gen litten oder mit großen Keloiden erst am letzten Tag eingetroffen sind nicht operiert werden.

Das von Hajo Schneck gelieferte Anästhesiegerät konnte in Betrieb genommen und die Technik dem einheimischen Personal vermittelt werden. Auch im chirurgischen Bereich war die Zusammenarbeit außerordentlich gut. An Personal mangelte es ihnen nicht. Die Mentalität, was nicht heute erledigt wird kann warten, ist unserem Team nicht immer ganz leicht gefallen.

Zwischen den zahlreichen Untersuchungen und Operationen wurden wir am Wochenende von Dr. Henang, Chef der Klinik, ans Fest vom König seines Herkunftsdorfes Bangou eingeladen.

Im Rahmen von diesem traditionellen Anlass wurde u.a. Dr. Henang zum Ehrenbürger ernannt. Dies war ein unvergessliches Erlebnis. Die farbenfrohen Kostüme der Eingeladenen auf der



roten Erde war eine Augenweide. Das Essen ein Gaumenschmaus.

Bevor wir dann unseren erfolgreichen Einsatz in Bangwa beendeten führten wir noch die letzten Verbandswechsel durch. Die Patienten waren uns sehr dankbar. Nach einem Wiederkommen in einem Jahr wurde gefragt. Wir freuten uns über die vielen Patienten, denen durch eine OP geholfen werden konnte, die tatkräftige Unterstützung und Hilfsbereitschaft der Ärzte und Mitarbeiter im Krankenhaus.

Der Einsatz war für mich eine sehr intensive, eindrückliche und lehrreiche Zeit und ich hoffe, es wird nicht der letzte gewesen sein.

Rachel Rauber, Lörrach



Sektion Schopfheim: Manyemen / Kamerun 2010



Nach zweijähriger Pause, in der wir Einsätze in Acha Tugi im Norden Kameruns durchgeführt hatten, war es im vergangenen Jahr wieder soweit. In der Zeit vom 19. November bis zum

4. Dezember 2010 reiste unser 6 Personen umfassendes Team wieder in das Urwaldhospital Manyemen im Südwesten des Landes, zum inzwischen 12. Einsatz vor Ort.

Lange Zeit war unklar, was in Manyemen vor sich geht; mit dem Spital war es nach Weggang von Ulrike Kohlmeier vor knapp 3 Jahren stetig bergab gegangen.

Die Mission 21 in Basel, mit der wir einen guten Kontakt pflegen, hatte 2010 ein deutsches Ärzteteam nach Manyemen entsandt.

Die beiden unterstützen seit August 2010 den einheimischen Chefarzt des Krankenhauses, der ebenfalls relativ neu vor Ort weilt.

Die Anreise erfolgte wie üblich mit Air France.

Leider mussten wir unser Übergepäck zu den normalen Bedingungen aufgeben, da der Online-check-in nicht funktionierte.

Das Versprechen der Fluglinie, dass wir nach schriftlicher Eingabe die Mehrkosten erstattet bekämen, wurde nicht eingehalten. Air France hat sich auch in der Vergangenheit nicht unbedingt als der beste Partner gezeigt, leider....



Nach einer Übernachtung in Douala, wo wir den Flughafenzoll mit wenig Gebühren passieren konnten, wurde unser Team am Samstag mit 2 Geländewagen nach Manyemen gebracht. Obwohl diese „Straße“ die Hauptstrecke nach Nigeria darstellt, mussten wir an einigen Stellen auf der völlig aufgeweichten und mit mannshohen Schlammflöchern versehenen Piste Pausen einlegen, bis die Strecke wieder von steckengebliebenen Fahrzeugen befreit war.

Die Regenzeit neigte sich ihrem Ende zu, und auch wir durften auf dem letzten Teilstück der Fahrt noch tropische Regengüsse erleben.

Doch als wir erst einmal das Ortsschild erreicht, an den staubigen Marktständen vorbeigefahren und die neben dem Spitalgelände befindliche Dorfkeipe „Still the best“ gesichtet hatten, waren wir wieder angekommen und das „coming home“ – Gefühl stellte sich ein! Wir wurden mit einer Herzlichkeit empfangen, die überwältigend war. Viele bekannte Gesichter begegneten uns, einige waren aber auch nicht mehr da - das Spital ist personell in den beiden letzten Jahren deutlich reduziert worden.

Der Beginn unserer Arbeit vor Ort verlief eher ruhig. Es waren keine langen Patientenschlangen zu sehen, so dass wir schon dachten, es gäbe nicht genug für uns zu tun.

Auch ein zeitlich überschneidender in Bangwa durchgeführter Interplast – Einsatz mag hier eventuell eine Rolle gespielt haben.

Doch alle Befürchtungen wurden widerlegt, mit jedem Tag kamen neue



Patienten, je besser das Wetter, umso mehr Bedürftige stellten sich vor.

So konnten alle OP- Tage komplett ausgefüllt werden und mancher Abend konnte nur kurz zum Ausruhen auf der wunderschönen Veranda unseres Gästehauses genutzt werden.

Die Zusammenarbeit mit den einheimischen Angestellten war anfänglich von Zurückhaltung geprägt; neue Mitarbeiter im OP- Bereich waren zu Beginn eher schüchtern, doch während unseres Aufenthaltes wurde ein schönes Miteinander daraus und Wissen konnte weitergegeben bzw. ausgetauscht werden.

Einige unserer früheren Patienten kamen von weither angereist, um sich Folgeeingriffen zu unterziehen; die weiteste Anreise betrug 800km!

Dies zeigte, dass die Ankündigung un-

seres Einsatzes per Radio und Fernsehen ihre Wirkung erzielt hatte.

Neben den üblichen Verbrennungsfolgen, Spalten und Keloiden operierten wir ein faustgroßes Hämangiom an der Thoraxwand eines 11- jährigen Mädchens, und ein besonderer Patient wurde uns von unserem Anästhesie - Team „eingefangen“.

Ein 13 - jähriger Junge war Ernesto und Wolfgang aufgefallen, als er in deutlich angeschlagenem Zustand direkt neben der Klinik Wasser holen wollte, selbst seinen leeren Wasserkanister konnte er kaum tragen.

Grund war ein übler Abszeß mit einer Gesichtspflegmone, welcher ihm seit Tagen unerträgliche Schmerzen bereitete.

Nach kurzer Suche war die Mutter des Jungen ausfindig gemacht, die zu-





nächst keine Operation ihres Sohnes wünschte, da sie ja kein Geld habe. Nachdem wir ihr klar gemacht hatten, dass unsere Arbeit kostenlos ist, konnten wir dem Patienten mit einer Abszeßspaltung kurzfristig helfen. Bereits am darauffolgenden Sonntag kam er uns wieder in alter Frische im Dorf entgegengerannt und grüßte uns wie alte Freunde!

Während der uns zur Verfügung stehenden 9 OP-Tage konnten an 56 Patienten 79 Operationen durchgeführt werden. Oftmals konnten wir erst später am Vormittag mit der Arbeit beginnen, da der Generator zur Stromerzeugung erst mit Verspätung gestartet wurde, was dann dazu führte, dass das ganze compound dafür bis in die späten Abendstunden ununterbrochen Strom zur Verfügung hatte.

Wir wurden am Ende des Einsatzes gebeten, uns an den Mehrkosten des Stromes finanziell zu beteiligen; ein Ansinnen, welchem wir nicht nachgekommen sind, da unserer Meinung nach kein Geld für unsere Arbeit zu zahlen ist. Dies weder von Patienten- noch von Interplast-Seite, da dies dem Interplast - Gedanken widerspricht. Nach einem Gespräch mit der Klinikleitung, welcher auch klar gemacht werden konnte, was wir an Gegenwert in Form von Ausstattung und Medikamenten für das Urwaldhospital überlassen haben, konnte auch dieses kleine Problem gelöst werden.

Wir haben im Team abends bei tropischen Temperaturen und unzähligen Mosquitos einige Zeit über den Sinn

und Zweck unserer Tätigkeit mit Interplast diskutiert und sind uns alle einig, dass wir die Einsätze in Manyemen weiterführen sollten. Dies wird auch ausdrücklich von der Mission 21 in Basel gewünscht, die dieses Projekt unterstützt.

Abschließend möchte ich noch der Interplast- Stiftung für die Unterstützung des Anästhesisten Kenneth Awah danken, der Seit Oktober 2010 seine Weiterbildung als Anästhesist in Kamerun absolviert.

Zum Jahresende konnte er uns bereits seine ersten, mit „sehr gut“ bewerteten Prüfungsergebnisse vorlegen!

Herzlichen Dank dem Team:

Ernst Eichel, Anästhesist, Lörrach
Britt Joester, Weiterbildungsassistentin,

tin, Schopfheim
Marita Steinebrunner, OP-Schwester, Todtnau
Wolfgang Bachbauer, Anästhesie-Pfleger, Müllheim
Helmut Sammer, Photograph und Assistent, Freiberg,

sowie Dr. Tchunke und Team, Manyemen.

Besonderen Dank außerdem den Kliniken des Landkreises Lörrach, den Helios Kliniken Müllheim, der St. Elisabeth-Klinik Lörrach; außerdem allen Privat- und Firmenspendern, die diesen Einsatz ermöglicht haben.

Andreas Rudolph





30 Jahre INTERPLAST-Germany



1980 - 1989
Gottfried Lemperle



1989 - 1994
Werner Niermann



1994 - 1999
Hans-Elmar Nick



1999 - 2011
André Borsche

Von Gottfried Lemperle und André Borsche

Es ist nicht unser Verdienst, in eine Welt des Wohlstandes und der optimalen medizinischen Versorgung geboren worden zu sein. Es ist nicht deren Schuld, mit einer Fehlbildung oder Verbrennungsfolgen in einem Entwicklungsland aufzuwachsen, in dem es für die Armen keine Plastische Chirurgie gibt. Lasst uns versuchen, diese Ungerechtigkeit auszugleichen – soweit es in unserer Macht steht.-

Dies ist die Motivation für viele humanitäre Organisationen in Entwicklungsländern aktiv zu werden. Neben anderen medizinischen Fächern ist die Plastische Chirurgie aufgrund ihres geringen diagnostischen Aufwandes besonders geeignet, auch unter minimalen technischen Voraussetzungen optimale Operationsergebnisse zu erzielen. In vielen Nationen haben sich deshalb Plastische Chirurgen organisiert um Hilfe denen zu bringen, die in ihren Ländern selbst keinen Zugang zur Plastischen Chirurgie haben.

INTERPLAST-Germany e. V.

Auf einer Studienreise 1972 durch die USA lernte Gottfried Lemperle den Chef der Plastischen Chirurgie an der Stanford University, Donald Laub, kennen. Er hatte dort 1965 Interplast gegründet, um mithilfe seiner Privateinnahmen bedürftige Kinder in Mexiko zu operieren. In einer umgebauten DC-3 flogen die beiden nach Tijuana und operierten dort Lippen- und Gaumenspalten in einer Schulbaracke neben dem Airport.

Beeindruckt von dieser Idee der unkomplizierten Nächstenhilfe gründete Gottfried Lemperle 1980 in Frankfurt INTERPLAST-Germany und war selbst erstaunt, wie schnell der Funke auf seine Oberärzte übersprang. Viele Kollegen in Deutschland und bald auch in Europa organisierten selbst Teams und machten so die INTERPLAST-Idee zu einem Selbstläufer. In den ersten 10 Jahren wurden von fast 50 Teams über 3200 Patienten in Entwicklungsländern operiert.

Nach 10 Jahren engagierter Arbeit für INTERPLAST gab Gottfried Lemperle den Vorsitz an Werner Niermann und

Robert Festge nach Bergisch-Gladbach ab. Dank guter Kontakte zum Auswärtigen Amt, Malteser-Hilfsdienst und zur Katholischen Kirche kamen immer mehr Einsatzorte hinzu. Werner Niermann setzte sich für eine systematische Erfassung der von Interplast operierten Lippenspalten ein und Robert Festge organisierte den Druck der INTERPLAST-Jahresberichte. Als Tagungsort für die Jahreshauptversammlungen wählten sie das Kolpinghaus in Köln. Viele Einsätze nach Peshawar/Pakistan wurden organisiert und immer neue Ziele wie in Vietnam und Indonesien erschlossen.

Ab 1994 übernahm dann Hans-Elmar Nick aus Eschweiler den Vereinsvorsitz.

Ihm verdanken wir die Weiterentwicklung der Vereinsstruktur mit Aufbau von eigenständigen Sektionen, Einsatzregistrierung und einer neuen Vereinsatzung, die sich an den Bedürfnissen des wachsenden Vereins orientierte. 1997 fand das erste Interplast-Worldwide Treffen auf Mallorca organisiert von Juri Toomes statt. Der Erfahrungsaustausch offenbarte die deutlichen Unterschiede zwischen der amerikanischen Interplast-Organisation und



den Strukturen in Europa. In Frankfurt wurde das erste Noma-Symposium organisiert.

Mit Wahl eines neuen Vorstands 1999 ist nun seither die INTERPLAST Geschäftsstelle in Bad Kreuznach. Durch André Borsche, Dietmar Scholz und Nuri Alamuti wurden weitere wichtige Akzente gesetzt. Der Versicherungsschutz wurde für die Einsätze ausgebaut, eine Homepage www.interplast-germany.de erstellt und die Zusammenarbeit mit anderen Hilfsorganisationen intensiviert. Dank der rasanten Entwicklung des Internets ist die Kommunikation mit unseren Kooperationspartnern in den Entwicklungsländern leichter geworden und hat rapide zugenommen. Hubertus Tilkorn hat mit seiner Aufnahme in den Vorstand nun auch bei INTERPLAST eine Qualitätssicherung etabliert, da es ja gilt nicht nur eine hohe Anzahl an Patienten zu operieren, sondern auch qualitativ beste Arbeit zu leisten.

INTERPLAST-Symposium

Seit 2001 findet jedes Jahr am ersten Wochenende im März ein INTERPLAST-Symposium in Bad Kreuznach statt, das sich mittlerweile zu einem beliebten Treffpunkt für international agierende Aktivisten entwickelt hat. Hier gewinnt der Kooperationsgedanke zunehmend an Bedeutung und das Symposium bietet eine ideale Plattform, die Integration von Ärzten verschiedener Fachgebiete sowie Pfleger und Schwestern zum Wohle der Hilfsprojekte zu realisieren. Nur so können wir auf eine längerfristige Zusammenarbeit bauen und die Nachhaltigkeit unseres Wirkens fördern.

Und so freut sich André Borsche über 180 Kongress-Teilnehmer, die engagiert diskutieren und bekunden, wie wichtig ihnen der vertrauensvolle Erfahrungsaustausch in freundschaftlicher Atmosphäre ist, da wir alle nur von einander lernen können.

INTERPLAST-Akademie

Auf Initiative von Dietmar Scholz werden erfahrene INTERPLAST-Mitglieder eine interne Fortbildung und Vorbereitung für Einsatzinteressierte anbieten. Diese Akademie fand erstmals 2008 in Wiesbaden zum Thema „Verbren-

nungen“ statt und soll auf Grund der großen Nachfrage regelmäßig fortgeführt werden. Mit Druck eines kleinen engl. Taschenbuchs „Camelbook“ der holländischen OP-Schwester Greta Hesselung zu Techniken der plastischen Chirurgie, geben wir auch interessiertem Pflegepersonal, Studenten und lernenden Ärzten in den Einsatzländern etwas in die Hand, um sich erstmals näher mit unserem Fachgebiet zu beschäftigen.

INTERPLAST-Struktur

Im Gegensatz zu Interplast-USA, wo eine strikte Zentralisierung alle Einsätze von der Team-Zusammenstellung bis zum letzten Tupfer bestimmt und organisiert, war in Deutschland von je her jeder Teamleiter persönlich aufgerufen, seinen Einsatzort zu bestimmen, sein Team zu organisieren, um Nahtmaterial und Medikamente zu betteln, und nach erfolgter Mission Vorträge für weitere Spendeneingänge zu halten. Diese Eigenverantwortlichkeit steigert fraglos die Motivation zur Optimierung der eigenen Einsätze, während INTERPLAST-Germany e.V. im Hintergrund für Versicherung, zusätzliche Finanzierung und das Einhalten der Rahmenbedingungen sorgt.

Alle personellen Aktivitäten erfolgen ehrenamtlich ohne jegliche Aufwandsentschädigungen. Lediglich die INTERPLAST-Sekretärin erhält ein kleines Gehalt, wobei sie ein vielfaches an Zeit aus persönlicher Begeisterung für die „gute Sache“ zusätzlich investiert. Wir fühlen uns unseren vielen kleinen und großen Spendern verpflichtet und halten den Verwaltungskostenaufwand auf unter 5% . Darin enthalten ist der Druck des Jahresheftes mit einer Auflage von beinahe 5.000 Exemplaren, das als Forum und offizielles Aushängeschild unseres Vereins fungiert. Wir wehren uns gegen jede Kommerzialisierung und betreiben unsere Spendenrekrutierung durch individuelle Aktionen und persönliche Spenderpflege. Im Zeitalter von „Spendenmailings“ wird gerade das „Unprofessionelle“ unserer Spendenphilosophie häufig als sympathisch empfunden und von vielen treuen Spendern honoriert.

INTERPLAST-Sektionen

Die dezentrale Vereinsstruktur von INTERPLAST in Deutschland spiegelt

sich in der Etablierung von 12 Sektionen wieder, die alle ihre eigenen Projekte betreuen, für die sie selbst verantwortlich sind. Sie kümmern sich um die Spendeneinahmen und werden bei Bedarf vom INTERPLAST Hauptkonto unterstützt. So wurden aus begeisterten Einsatz-Teamleitern engagierte Sektionsleiter, die in ihrem persönlichen Umfeld die INTERPLAST-Sympathisanten um sich herum gruppieren. So entstanden 1988 nach der Sektion-Stuttgart unter Werner Widmaier, die Sektion-München unter Heinz Schoeneich, die Sektion-Duisburg unter Peter Preissler und Jürgen Toennissen, die Sektion-Frankfurt unter Hermann Lampe, Marianne Wolters und Ortwin Joch, die Sektion-Eschweiler unter Hans-Elmar Nick, Wolfgang Buntenbroich und Matthias Gensior, das Nepal-Projekt in Hennef unter Hein Stahl und Gottfried Lemperle, die Sektion-Bad Kreuznach unter André Borsche, die Sektion-Südbaden unter Günter Zabel / Schopfheim und Martin Schwarz / Freiburg, die Sektion-Vreden unter Arnulf Lehmköster, die Sektion-Siebengebirge unter Michael Schidelko / Bad Honnef, die Sektion-Südbayern unter Andreas Schmidt / Murnau, die Sektion-Baden-Baden/Rastatt unter Rüdiger Herr sowie Dieter Voy aus Hattingen, der einen eigenen Förderverein „pro-interplast Ruhrgebiet“ gründete.

Interplast Aktivitäten

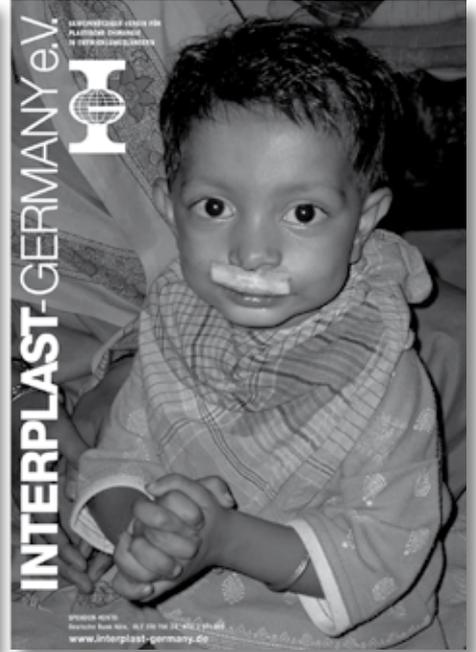
INTERPLAST-Germany organisiert pro Jahr etwa 60 Einsätze in denen über 4000 Patienten durch plastisch-rekonstruktive Operationen unentgeltlich geholfen wird. Die Einsatzorte erstrecken sich über Afrika, Asien, Süd- und Zentral-Amerika und sind unabhängig von Rasse, Religion oder politischer Gesinnung gewählt. Einziges Ziel ist die unmittelbare Hilfe für sozialbenachteiligte Patienten und die Unterstützung der medizinischen Mitarbeiter vor Ort im Sinne einer Hilfe zur Selbsthilfe. Die durchschnittlichen Behandlungskosten pro Patient liegen zur Zeit bei 150 E. Während Interplast-USA vorab Organisatoren für den Einsatz, und dann Kinderärzte, Sozialarbeiter, Psychologen, Sprach-Therapeuten und Kieferorthopäden, Nachsorge-Assistenten, etc., d.h. Teams von 16-20 Leuten, entsendet, begnügen wir uns bewußt mit wesentlich weniger. Als Gäste wollen wir die Gastgeber nicht durch unsere Anwesenheit erschlagen, son-



INTERPLAST-Plakat 1996



INTERPLAST-Plakat 2003



INTERPLAST-Plakat 2008





den uns mit Respekt in das einladende Krankenhaus integrieren. So bestehen unsere Teams aus 4 bis maximal 10 Teilnehmern, wobei meist 2 erfahrene Chirurgen, 2 Assistenten, 2 Anästhesisten, 2-3 Schwestern und 1 Student zum Einsatz kommen. In jedem Fall freuen wir uns, das örtliche Personal mit zu beteiligen und es auch in die Verantwortung der Nachsorge unserer gemeinsamen Patienten miteinzubinden. Dies gelingt aber nur, wenn man dies bewußt anstrebt und die Kollegen ermuntert am Erfolg des Einsatzes zu partizipieren.

In der Regel umfaßt ein INTERPLAST-Einsatz von 2 Wochen 10 Operationstage, an denen auf 2 Tischen bis zu 12 Stunden operiert wird. Gegen Ende des Einsatzes müssen Zeiten für Verbandswechsel und evt. Revisionen mit-eingeplant werden.

Operationen in Deutschland

Patienten, die komplexe Rekonstruktionen oder mehrzeitige Operationen erfordern, werden in Ausnahmefällen auch in Deutschland versorgt, vorausgesetzt die Kostenfrage, Einreise-Logistik und Verantwortlichkeit sind geklärt. Dank der Fortschritte in der Mikrochirurgie, den intensivmedizinischen Möglichkeiten und der abgesicherten Nachbetreuung, konnte Patienten mit grossen Defekten, schweren Verbrennungsfolgen, Noma oder Neurofibromatose eine optimale Behandlung ermöglicht werden.

Manchmal gelingt es auch in Entwicklungsländern selbst eine hochspezialisierte Versorgung zu vermitteln, wie es Wolfgang Mühlbauer in Myanmar mit der crano-fazialen Chirurgie der Meningozelen schaffte.

Im Bewußtsein der vergleichsweise extrem hohen Behandlungskosten in Deutschland gilt es auch den soziopsychologische Aspekt eines nur vorübergehenden Aufenthaltes bei uns zu berücksichtigen. Patienten aus den ärmsten Regionen der Welt sind dann urplötzlich mit unserem Wohlstand, Fürsorge und Kultur konfrontiert. Zurück in der Heimat müssen sie die Reintegration verkraften und sich wieder mit den beschränkten Möglichkeiten zurecht finden. Auch mag eine zu hohe Erwartungshaltung an den erhofften Behandlungserfolg gerade bei den schweren Verbrennungen enttäuscht werden.

Hilfe zur Selbsthilfe

„Gib einem Menschen einen Fisch - und er hat heute zu essen. Lehre ihn zu fischen - und er kann seine Familie selbst ernähren“. Diesen chinesischen Spruch hatte Donald Laub auf seine Fahne geschrieben; er musste jedoch bald erkennen, dass die Ausbildung von Chirurgen in Entwicklungsländern äußerst mühsam ist. Bei vielen Einsätzen schauen die Kollegen am ersten Tag interessiert zu, danach werden sie aber nicht mehr gesehen. Dennoch gibt es aber immer wieder hoffnungsvolle Beispiele, die ein Training der lokalen Ärzte als äußerst sinnvollen Bestandteil des Einsatzes praktizieren.

So trafen wir in Sikkim, Myanmar und Vietnam sehr lernwillige Kollegen, die sich bemühten, Lippen- und Gaumen-Operationen bis zum nächsten Besuch des Teams selbst operieren zu können und uns ihre Fortschritte stolz demonstrierten.

Hochspezialisierte Weiterbildung wird dann dankbar angenommen, wenn motivierte Spezialisten vor Ort ein echtes Interesse bekunden. So hat 1989 ein „Klumpfuß-Programm“ von Ortwin Joch in Thailand große Resonanz gefunden – ebenso ein „Hüftprothesen-Programm“ der Heidelberger Orthopäden in Cochín/Südindien, sowie das „Meningozelen-Programm“ der Münchner Sektion in Burma. Als erstes Land haben die Plastischen Chirurgen in Ecuador nach 25 Jahren und fast 100 Missionen von Interplast-Teams aus Stanford die unentgeltliche Versorgung ihrer armen Landsleute selbst in die Hand genommen.

Plastisch-chirurgische Entwicklungshilfe in 3 Stufen

1. Piloteinsätze zur Einsatzortfindung (Mission)
2. Aufbau von partnerschaftlichen Strukturen (Surgical Camp)
3. Überlassung des Projektes dem Team vor Ort (Independence)

Gastärzte aus Entwicklungsländern

Bei den Einsätzen treffen wir immer wieder auf meist junge, interessierte und hilfsbereite Assistenten, die unseren Idealismus und unser Engagement teilen. Wir laden sie deshalb an unsere Abteilungen in Deutschland für ein-

ge Monate zu einer Kurzausbildung in Plastischer Chirurgie ein – und oftmals wundern wir uns dann später, wo sie abgeblieben sind.

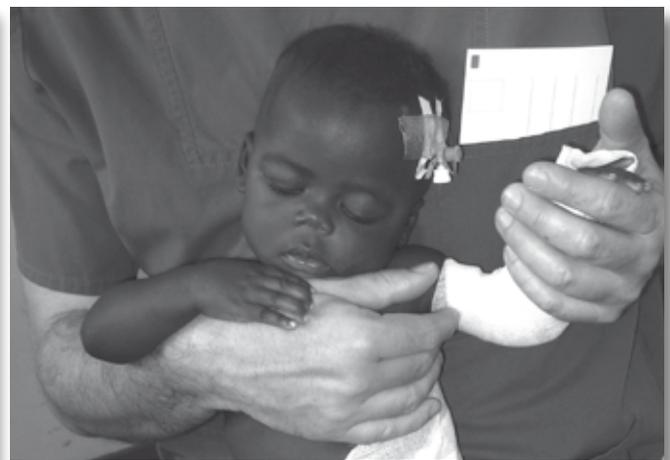
Von den mehr als 15 chirurgischen Kollegen aus Indien und Afrika, die wir für 3-6 Monate nach Frankfurt eingeladen hatten, blieb nur wenige bei der Stange : z.B. Prakash Chajlani aus Indore/Indien, der mehrere Interplast-Teams begleitete und in Indore seit 20 Jahren nebenher eine Spalten-Klinik betreibt, die auch mittellosen Patienten Operationen ermöglicht. Viele andere Ärzte blieben aber für gutes Gehalt in arabischen Ländern hängen oder eröffneten zuhause eine Privatpraxis. Dies ist keineswegs eine Verurteilung, aber eine Erklärung für die schleppende Entwicklung der humanitären Hilfe in ihren eigenen Ländern. Es ist nur allzu menschlich, dass die Erfüllung des eigenen Lebensstandards vor der Hinwendung zum kranken Nachbarn rangiert.

Pro-Interplast Seligenstadt

Der INTERPLAST-Funke sprang auch auf eine frühere Patientin des Markus-Krankenhauses Frankfurt, Frau Waltraud Huck, über. Sie gründete 1989 mit ihren Freundinnen in Seligenstadt den Förderverein „pro-Interplast“. Auf Weihnachtsmärkten, Geburtstagen, Hochzeiten und Betriebsfeiern sowie bei Richtern und Staatsanwälten sammelten sie in 28 Jahren über 4 Millionen Euro an Spenden, finanzierten über 300 Teams und zusätzlich 145 Einsätze im Nepal-Hospital, sowie die Operationen von 65 Kindern in Deutschland – bei einem Verwaltungsaufwand von 0.8 % ! Hut ab vor dieser Frau ! In Buxarah bei Calcutta entsteht zur Zeit das erste pro-Interplast-Haus für 100 behinderte Kinder.

Ebersberger Förderverein Interplast

Auch Hajo Schneck, leidenschaftlicher INTERPLAST-Anästhesist aus Ebersberg, gründete 2002 einen Förderverein in Bayern, der seither regelmäßig Einsätze finanzieren hilft. Ihm verdanken wir auch die starke Repräsentanz des Fachgebietes Anästhesie bei INTERPLAST und als Fachbeirat gehört er dem erweiterten Vorstand an. Gerade





wenn es um Sicherheit unserer Operationen unter manchmal sehr improvisierten Bedingungen geht, trägt die Anästhesie ja eine große Verantwortung. Nur im engen kollegialen Miteinander gelingt es schwierige Situationen zu meistern.

INTERPLAST-Hospitäler

Das 1. INTERPLAST-Hospital wurde von Werner Widmaier und seiner ganzen Familie aus Stuttgart 1992 in Coroatã im Staat Maranhao, dem Armenviertel im Nordosten Brasiliens, auf Bitten des dortigen Bischofs errichtet. Getragen von der christlichen Idee sich für ein zufriedenes Leben zu bedanken, organisierten Werner und Gretel Widmaier insgesamt 35 medizinische Hilfeinsätze in Tansania, Kamerun und Brasilien. Ihr Hospital wird auch heute noch regelmäßig von deutsch-brasilianischen Einsatzteams besucht und mit Leben erfüllt.

Das 2. Interplast Hospital wurde von Ortwin Joch, Unfallchirurg aus Frankfurt, 1995 in Jalalabad /Afghanistan gegründet, nachdem er seit 1989 zusammen mit 18 Interplast-Teams afghanische Flüchtlinge in 2 Hospitälern in Peshawar / Pakistan behandelt hatte. Die Einstellung der finanziellen Hilfe durch die EU – und Übernahme des Hospitals durch die Taliban setzten diesem überaus effektiven Einsatz jedoch 1999 ein jähes Ende.

Nach Vorarbeiten von Hermann Lampe und Marianne Wolters aus Frankfurt entstand 1997 das 3. INTERPLAST-Hospital aus einer verlassenen kleinen holländischen Lepra-Station in Sankhu, 18 km östlich von Kathmandu / Nepal. Es führt den Namen Sushma-Koirala-Memorial-Hospital im Andenken an die Frau des ehemaligen und derzeitigen Ministerpräsidenten, die in ihrem Sahrri verbrannte. Ein gleichnamiger Trust ist INTERPLAST's Partner vor Ort. Der erste ärztliche Direktor und emeritierter MKG-Chirurg der Universität Köln, Dieter Pape brachte es zu Nepal-weiter Anerkennung. Er wurde 1999 von Andreas Settje abgelöst, der mit bewundernswertem Mut die Stellung während der politischen Unruhen durch die Maoisten hielt. Sein Nachfolger wird jetzt 2008 die Ärzte im Hospital in plastischer rekonstruktiver Chirurgie weiter trainieren, sodass die medizinische

Leitung langfristig in nepalische Hände gelegt werden kann. Dank der Unterstützung auch durch andere Organisationen ist das Hospital heute bestens ausgestattet und mit 5 Chirurgen sowie über 2000 Operationen pro Jahr eine der aktivsten Krankenhäuser Nepals und ein developmentpolitisches Vorzeige-Projekt.

INTERPLAST-Germany war weiterhin an der Gründung von Noma-Hospitälern in der Sahel-Zone beteiligt. Die AWD-Stiftung Kinderhilfe in Hannover errichtete 1995 in Sokoto /Nigeria, das Noma Children Hospital – und die Hilfsaktion „noma“ in Regensburg ein Hospital in Niamey / Niger. Beide wurden seither in regelmäßigen Abständen von INTERPLAST-Teams besucht. Ausserdem unterstützte die Sektion München von 1999-2005 die Abteilung für Plastische Chirurgie an der Universität Mbarara / Uganda und dessen Leiter Ralf Sautter, der 2005 zum Noma Children Hospital nach Sokoto wechselte. Auch half die Sektion München beim Ausbau des Provinz-Krankenhauses in Kentung / Myanmar (früher Burma), in dem heute von einheimischen Spezialisten Spalten und Verbrennungskontrakturen erfolgreich operiert werden.

INTERPLAST-Europa

Angeregt durch das amerikanische Vorbild und die Einbindung ausländischer Kollegen in unsere deutschen Teams entstanden weitere nationale INTERPLAST Organisationen. So folgten unserem Beispiel Leo Rozner, der 1984 Interplast-Australia, und Charles Viva, der 1986 Interplast-UK gründeten. Gottfried Lemperle und Donald Laub flogen 1987 nach Adana in die Türkei, wo ein alter Freund und Mitstreiter, Sabri Acartuerk, Interplast-Turkey gründete. Die deutsch-französische Freundschaft wurde mit der Gründung von Interplast-France 1989 durch Remy Zilliox in Lyon unterstrichen, der einen Teil seiner plastisch-chirurgischen Ausbildung in Frankfurt erlebte. 1990 konnten dann Interplast-Holland mit B. De Jong und Rein J. Zeeman sowie Interplast-Italy mit Paolo Morselli in Bologna die europäische INTERPLAST Gemeinschaft erweitern – und dieses Jahr wird noch Interplast- Belgium folgen ...

Interplast-Stiftung

Zur Förderung langfristiger Projekte, so auch das Nepal-Hospital und Heinz Schoeneich's Initiative in Burma, wurde 2004 die INTERPLAST-Stiftung gegründet. Während ein gemeinnütziger Verein gesetzlich gehalten ist, Spenden zeitnah zu verwenden, d.h. innerhalb von 2 Jahren in Aktionen umzusetzen, kann dagegen bei einer Stiftung durch steuerfreie „Zustiftungen“ ein Stiftungskapital angesammelt werden, aus dessen Zinsen regelmäßig auch über viele Jahre Projekte unterstützt werden.

INTERPLAST-Mitglieder

Immer wieder ist es verblüffend wie viele Ärzte, Schwestern, Pfleger und Helfer die Faszination und Herausforderung lockt, unter einfachsten Bedingungen wirklich effektiv zu helfen. Sie opfern Ihren Urlaub oder nutzen die Zeit nach der Pensionierung, um ihre praktischen Erfahrungen weitervermitteln, sie wieder aufleben zu lassen und zum Wohle der Menschen in den Entwicklungsländern einzusetzen. Für einen Mitgliedsbeitrag von nur 30€ im Jahr sind sie bei INTERPLAST mit dabei und auf ihrem Einsatz versichert. Und so zählt unser Verein inzwischen über 1250 Mitglieder, die entweder selber aktiv agieren möchten oder als Fördermitglied uns finanziell unterstützen.

Motivation der Teammitglieder

- Operative Selbstverwirklichung
- Flucht aus deutschen Verwaltungszwängen
- Sinnvolles und unmittelbares Handeln
- Sozialpolitische Verantwortung für die 3. Welt
- Dankbarkeit für ein erfülltes Leben
- Christliche Menschenliebe

Und wie geht es weiter?

Wo soll das einmal hinführen? Seit 28 Jahren hat INTERPLAST-Germany in mehr als 650 Einsätzen über 60.000 Patienten durch plastisch-rekonstruktive Operationen helfen können. Dabei sind für die Teammitglieder neben der Hilfsbereitschaft Improvisationstalent und fachliches Können unbedingte Vorr-



aussetzung. Während wir früher schon mit einfachen plastisch-chirurgischen Maßnahmen vieles bewirken konnten, haben sich auch in den Entwicklungsländern die medizinischen Möglichkeiten erweitert. Mit wachsendem Ausbildungsniveau und zunehmenden

Selbstbewußtsein der Gastgeberländer werden die Erwartungen an die Einsatzteams größer und differenzierter. Neben dem Wunsch möglichst vielen Menschen in der kurzen Zetispanne des Einsatzes zu helfen, darf die Qualität der Hilfe nicht leiden. Die Kollegen

vor Ort wissen dies meist selber recht gut einzuschätzen. Zunehmend werden auch vertragliche Absprachen als Voraussetzung für unsere ehrenamtliche Arbeit in den Ländern wie zB. Namibia erwartet.

So hoffen wir, dass trotz der Größe unseres Vereines und der damit notwendigen stärkeren Strukturierung, die Individualität unserer Hilfe und Einsatzfreude nicht leiden möge. Allen Mitgliedern der DGPRÄC, die sich bei INTERPLAST verwirklicht haben, ein herzliches Dankeschön! Wir bauen auch weiterhin auf Ihr Engagment, Ideenreichtum und fachliche Spezialität. Mit INTERPLAST kann die Plastische Chirurgie in Deutschland auch international ein Zeichen setzen!



INTERPLAST-Vorstand 2010: André Borsche, Nuri Alamuti, Dietmar Scholz, Hubertus Tilkorn

Methodik des Gaumenspaltverschlusses

Von Michael Bergermann

Die nachfolgende Zusammenstellung soll dem im operativen Verschluss von Gaumenspalten weniger Geübten die vom Autor angewendete Operationsmethode im Detail nahebringen. Der erfahrene Spaltoperator, der die Langzeitergebnisse seiner langjährigen heimatlichen spaltchirurgischen Arbeit vor Augen hat, wird sicherlich vieles in modifizierter Form oder mit einer anderen Technik ebenso erfolgreich durchführen können.

Es ist auffallend, dass den Interplast-teams an Einsatzorten viel häufiger Patienten zum Verschluss von Lippen- und Gaumenspalten vorgestellt werden. Dieses gilt für Patienten, bei denen nach bereits erfolgtem Lippen- und Gaumenspaltverschluss der noch offene Gaumen oder nur eine isolierte Gaumenspalte verschlossen werden soll. Zudem sieht man in Gegenden, wo Spaltchirurgie durch spaltchirurgisch nicht sehr versierte ortansässige Operateure betrieben wird, häufig zeitgerecht im Säugling- bzw. Kleinkindalter verschlossene Lippen- und Gaumenspalten mit später nicht mehr versorgten Gaumenspalten.

Das mag zum einen daran liegen, dass den Eltern der Spaltpatienten die durch die Lippen- und Naseneingangsplastik erzielte Wiederherstellung des Gesichtes als Behandlungsziel ausreichend erscheint, zum anderen aber auch daran, dass die Technik des Gaumenspalt-

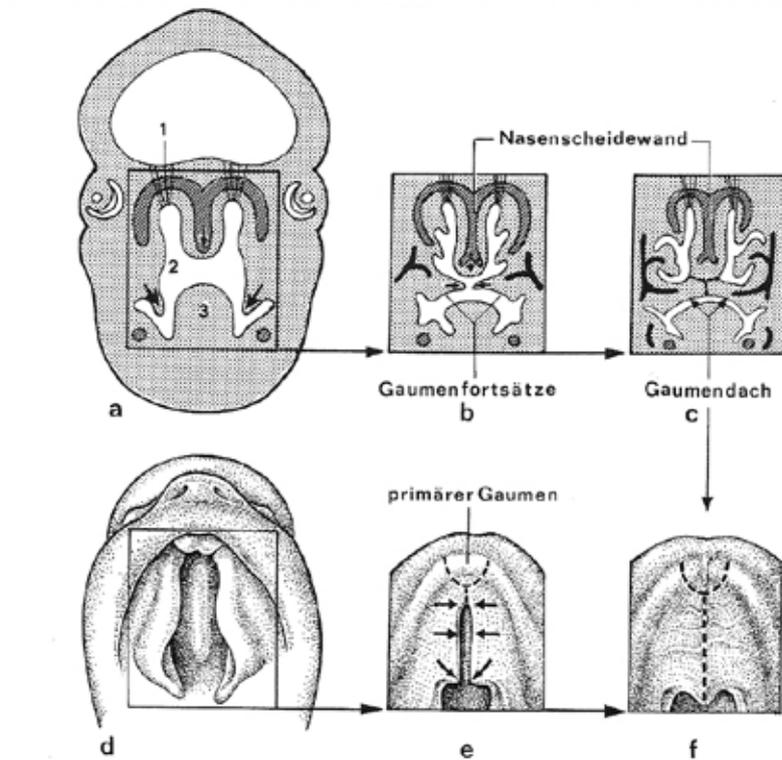


Abb. 2
Embryologie der Gaumenspaltbildung
a) 6. Woche, b) 8. Woche, c) 12. Woche

schlusses für den wenig Geübten als zu komplex und zu komplikationsträchtig angesehen wird (Nachblutungen, akute Verlegung der Luftwege, Dehiszenzen etc.) und somit unterbleibt.

Dabei ist die anatomische und funktionelle Wiederherstellung des harten und des weichen Gaumens auf jeden Fall medizinisch indiziert. Die Schaffung einer natürlichen Grenze zwischen Mund- und Nasenhöhle verhindert das

Abb. 1
Anatomie der Gaumensegelmuskulatur
links Spalte / rechts normale Anatomie

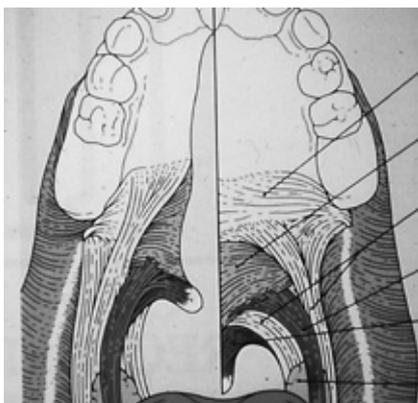
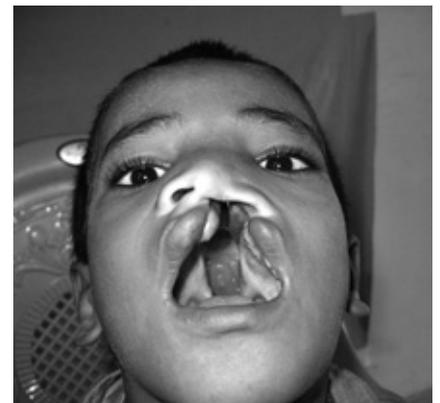


Abb. 3
Isolierte Gaumensegelspalte



Abb. 4
einseitige Lippen-Kiefer-Gaumenspalte



infektauslösende Einpressen von Nahrung in die Ostien der Nasennebenhöhlen und die Tränenwege, verbessert die Belüftung des Mittelohres, erleichtert die Aufnahme von Nahrung, verringert oder beseitigt eine Hypernasalität und führt zu einer kraftvolleren Stimme. Das Stigma eines offenen Gaumens hat eine von der Kultur, der sozialen Stellung, dem privaten und beruflichen Umfeld, aber auch vom Klangbild der Landessprache des Patienten abhängige Wertigkeit.

Welchen Leidensdrucke eine nicht verschlossene Gaumenspalte oder eine Restspalte des Gaumens für den Einzelnen haben kann, konnte der Autor daran erkennen, dass unabhängig vom Einsatzort einzelne Patienten versucht haben, die Gaumenspalte provisorisch mit Hilfsmitteln zu verschließen. Neben zahnprothesenähnlichen Obturatoren konnten Obturatoren aus Wachs, Wolle, Blättern und Kaugummi aus den Gaumenspalten bzw. den Restöffnungen entfernt werden.

Ziel der operativen Behandlung von Hart- und Weichgaumenspalten ist der restlochfreie Verschluss des gesamten nasalen und des gesamten oralen Schleimhautblattes von der Uvulaspitze bis zur papilla incisiva mit Hilfe von Umklapplappen und seitlichen Verschiebelappen. Zudem muss die an der Hartgaumenhinterkante fehlinsierende Muskulatur des Gaumensegels (Abb. 1) dort komplett gelöst, zur Mittellinie geschwenkt und dort als „dritte Schicht“ in anatomischer transversaler Verlaufsrichtung mit der Muskulatur der Gegenseite vereinigt werden (sog. „intravelare Veloplastik nach Kriens“). Das ermöglicht die volle Beweglichkeit des rekonstruierten Gaumensegels und damit einen kompletten na-

sopharyngealen Abschluss. Bei nicht voroperierten Patienten gelingt dieser Verschluss (fast) immer mit dem ortständigen Gewebe. Beim Verschluss von großen Restlöchern und Restspalten muss manchmal auf die gestielte Verlagerung benachbarter Gewebe (z.B. Wangenschleimhaut, Bichat'scher Fettkörper, Schleimhautmuskellappen aus dem Pharynx oder Schleimhaut aus dem Zungenrücken) zurückgegriffen werden.

Bei unseren Einsätzen sollte konsequenterweise ein zweischichtiger Verschluss des nasalen und oralen Schleimhautblattes angestrebt werden. In der Literatur sind einschichtige Verschlussverfahren des Hartgaumens mit kranial gestielten Vomerlappen oder lateral gestielten Gaumenlappen angegeben worden. Diese einschichtigen Methoden liefern unter den bei uns möglichen Bedingungen (mehrtägige postoperative Ernährung über eine Magensonde, später konsequent flüssige Kost, optimale Mundhygiene, kurzfristige Nachkontrollen) sehr gute Behandlungsergebnisse und vermeiden bzw. vermindern eine durch Periostablösung bedingte Wachstumshemmung des Oberkiefers und eine Abflachung des Gaumengewölbes. Die in vieler Hinsicht suboptimalen Verhältnisse an den Einsatzorten der Interplastteams und die nach der Entlassung des Patienten zu berücksichtigenden Verhältnissen an dessen Wohnort lassen den zweischichtigen Verschluss des Hartgaumens als die deutlich sicherere Lösung erscheinen.

Die Methodik des zweischichtigen Verschlusses geht auf von Langenbeck (um 1850) zurück und wurde vor allem durch Veau, Ernst und Axhausen soweit modifiziert, dass mit den heute

gegebenen Möglichkeiten (Intubationsnarkose, Mikroinstrumente, atraumatisches synthetisches Nahtmaterial) auch bei sehr breiten Spalten ein sicherer Verschluss erzielt werden kann. Die Zeichnungen und Beschreibungen in der OP-Lehre Axhausens aus dem Jahr 1936 („Technik und Ergebnisse der Gaumenplastik“, Georg Axhausen, Georg Thieme Verlag, 1936) sind auch heute noch für den Anfänger in der Spaltchirurgie eine an Anschaulichkeit kaum zu verbessernde Hilfe.

Die 1965 von Otto Kriens beschriebene Ablösung und Mobilisierung der Muskulatur des Gaumensegels (insbesondere des musculus levator veli palatini) sollte heute Teil des Gaumenspaltschlusses sein. International gewinnt eine von Furlow beschriebene Technik eines Weichgaumenverschlusses mit Hilfe von zwei gegenläufigen Z-Plastiken des oralen und nasalen Schleimhautblattes zunehmend an Bedeutung. Sie erfordert jedoch sehr viel Erfahrung in der Spaltchirurgie und kommt sicherlich nur für wenige Operateure in Rahmen von Interplasteinsätzen in Betracht.

Vereinfachend können drei Arten von Gaumenspalten unterschieden werden.

1. Die sich in der achten Schwangerschaftswoche durch eine fehlende Vereinigung der beiden seitlichen Gaumenfortsätze bildende, von der Uvulaspitze unterschiedlich weit nach ventral bis maximal zur papilla incisiva ziehende isolierte Weich- und Hartgaumenspalte. Bei dieser liegt das kaudale Ende des Vomers mittig frei in der Spalte (Abb. 2 und 3).
2. Die sich bereits in der sechsten Schwangerschaftswoche bildende ein-

Abb. 5
beidseitige Lippen-Kiefer-Gaumenspalte



Abb. 6
Brückenlappen beidseits

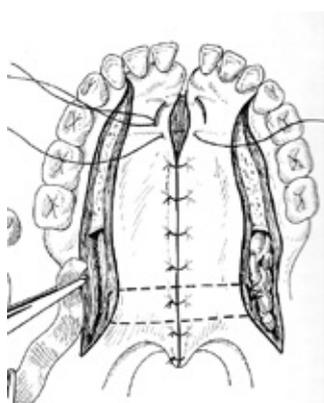


Abb. 7
Stiellappen beidseits

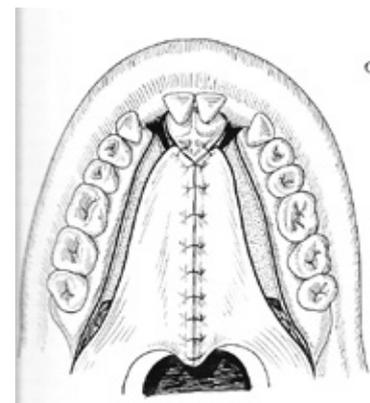
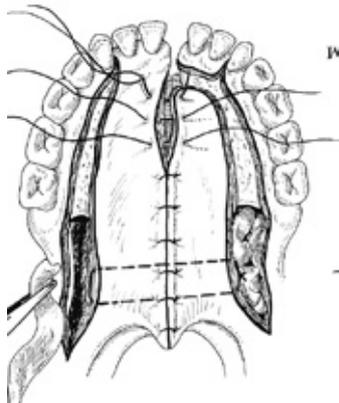


Abb. 8
Kombination Stiel- und Brückenlappen



seitige Lippen- Kiefer- Gaumenspalte, die durch den Nasenboden einseitig von ventral kommend Hart- und Weichgaumen immer komplett einschließlich der Uvula spaltet. Dabei ist das kaudale Ende des Vomers immer mit der ungespaltenen Gaumenhälfte verbunden (Abb. 4).

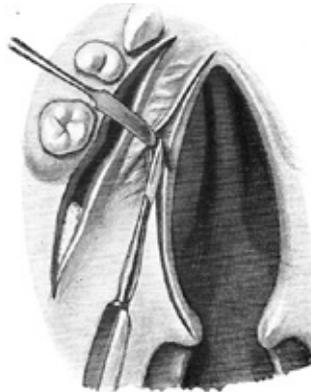
3. Die sich ebenfalls in der sechsten Schwangerschaftswoche bildende beidseitige Lippen- Kiefer- Gaumenspalte, die den Hart- und Weichgaumen beidseitig komplett spaltet. Dabei liegt das kaudale Ende des Vomers mittig frei in der Spalte (Abb. 5).

Die OP-Technik unterscheidet sich bei den drei Spaltformen nur in soweit, dass bei mittig freistehendem kaudalen Vomerende die mobilisierte nasale Schleimhaut beider Seiten mit der gelösten Schleimhaut der jeweiligen Vomerseite vereinigt werden muss um dadurch entsprechend der normalen Anatomie zwei unabhängige Nasengänge zu bilden.

Abb. 11
Von der Hinterkante des Hartgaumens abgesetzte Muskelschicht



Abb. 9
Schnittführung für Brückenlappen
9 a Lösen der nasalen Schleimhaut von Vomer und Gaumen



Ob der orale bzw. palatinale Schleimhautperiostlappen als ventral und dorsal gestielter Brückenlappen (Abb. 6) oder als wesentlich mobilerer, nur dorsal gestielter Stiellappen (Abb. 7) gebildet wird, entscheidet sich nach der Möglichkeit eines sicheren zweischichtigen Spaltverschlusses ventral im Bereich des Zwischenkiefers. Bei durchgehenden Lippen- Kiefer- Gaumenspalten wird daher eher auf die Möglichkeit der Anlage von Stiellappen zurückgegriffen werden müssen um ventral im Bereich der Kieferspalte einen sicheren Verschluss zu erzielen.

Die Vitalität beider Lappen ist identisch. Der Stiellappen ermöglicht eine übersichtlichere Präparation der Arteria palatina major und der zu lösenden Gaumensegelmuskulatur am dorsalen Ende des Hartgaumens, allerdings um den Preis einer manchmal schwierigeren Refixation des Lappen im Frontzahnbereich (cave Dehizens und ventrales Ablösen des Lappens!).

Abb. 12
Naht der nasalen Schleimhaut

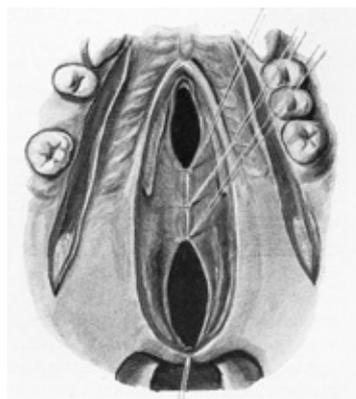
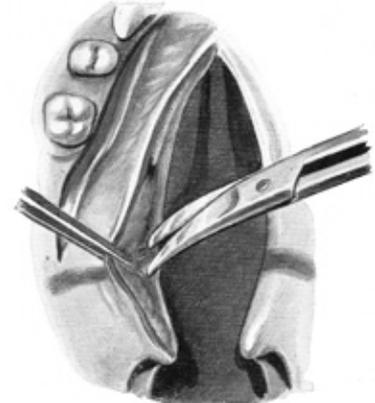


Abb. 10
Präparation der Muskelschicht des Gaumensegels



Durch seine natürliche Gewebebrücke nach ventral ist der Brückenlappen dagegen dort immer sicher fixiert. Der Autor bevorzugt die Brückenlappenbildung, wenn immer möglich. Auch die Kombination – eine Seite Brückenlappen / eine Seite Stiellappen – ist möglich (Abb. 8).

Eine Durchtrennung der Arteria palatina major sollte vermieden werden. Jedoch hat der Autor bei versehentlich im Rahmen der Lappenmobilisierung erfolgter Durchtrennung des Gefäßes noch nie eine Nekrose des oralen Schleimhautperiostlappens gesehen. Hingewiesen wird in der Literatur jedoch darauf, dass eine Durchtrennung des Gefäßes (von Axhausen 1936 und von Gelbke 1964 noch für unbedingt erforderlich gehalten!) eine Wachstumshemmung des Gaumens bewirken soll. Wird das Gefäß allerdings verletzt, muss es sorgfältig kauterisiert werden. Zieht es sich blutend in den Nervkanal zurück, muss der Kanal ebenfalls sehr sorgfältig z.B. mit Tabotamp verbolzt

Abb. 13
Naht der Muskelschicht

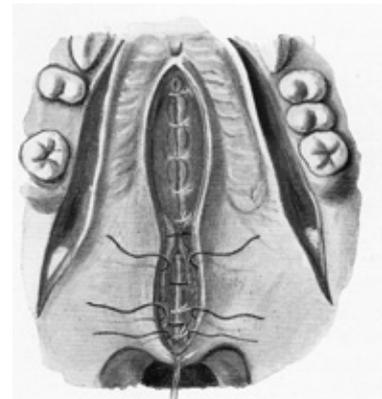
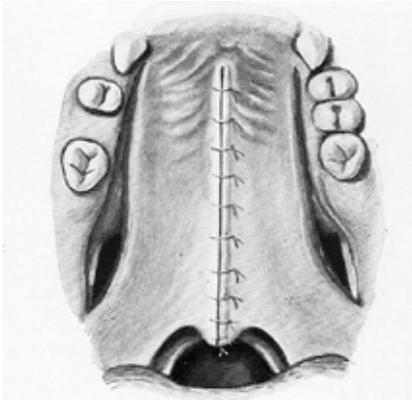


Abb. 14
Naht der oralen Schleimhaut



werden. Revisionsbedürftige Blutungen kommen aus diesem Gefäß oder aus dem Plexus Pterygoideus (siehe unten). Die Verwendung adrenalinhaltiger Lokalanästhesielösungen kann eine blutungsfreie Durchtrennung des Gefäßes vortäuschen. Unterlässt man in diesem Fall die Kauterisierung bzw. Verbolzung, sollte man auf die nächtliche Revision vorbereitet sein!

Als Nahtmaterial verwendet der Autor zu Hause und bei Einsätzen lediglich 4x0 Vicryl-Nähte (plus) mit einer RB1 Nadel (Fa. Ethicon). Als Alternative dazu kommt bei sehr jungen Patienten bzw. sehr engen Spalträumen 5x0 Vicryl mit einer JTF-Nadel zur Anwendung.

Technik Step by Step:

Orale Intubation mit Wendltubus.

Lagerung des Patienten, falls möglich, in weiter Reklination des Kopfes unterhalb der OP-Tiscebene. Zusätzlich weiche Rolle aus Tüchern zwischen die Schulterblätter.

Desinfektion des Gesichtes und der Mundhöhle mit Schleimhautdesinfizien.

Einsetzen des Mundsperrers nach Dingman (Zunge mittig positionieren, gewählte Zungenspatelgröße muss Zunge sicher aus dem OP-Gebiet halten).

Injektion von Ultracain DS forte Lösung infiltrierend entlang der medialen Spalt-ränder von der Uvula bis zum ventralen

Ende der Spalte unterhalb der palatinalen Schleimhaut, in die Muskulatur des Weichgaumens und (nach Aspiration!) dorsal des tuber maxillae.

Uvulaspitze mit der Pinzette fassen und der von der Uvulaspitze ausgehend am Übergang vom oralen und nasalen Schleimhautblatt in Richtung spina nasalis posterior (spina vorher ertasten und eventuell markieren) nur die Schleimhaut durchtrennend schneiden (Abb. 9).

Knapp dorsal der spina nasalis posterior wird die Schnittführung etwas nach palatinal in Richtung orale Schleimhautblatt versetzt, sodass ein circa 1 mm breiter Streifen oraler Schleimhaut am Spaltrand median der Schnittführung verbleibt. Dieser Rand wird später mit dem nasalen Schleimhautblatt nach kranial umgeklappt und dient zum Fassen der Nähte.

Bei isolierten Gaumenspalten (nur Brückenlappen verwenden!) wird die Schnittführung ventral des vorderen Spaltendes in die Mittellinie verlängert und konvergiert dort mit der Schnittführung der Gegenseite.

Bei Lippen-Kiefer-Gaumenspalten wird die Schnittführung unter Beibehaltung des 1 mm Abstandes vom Spaltrand nach vorne bis in die Kieferspalte fortgeführt. Wurde die Lippenspalte schon früher verschlossen (was meistens der Fall sein dürfte), ergibt sich das ventrale Ende der Schnittführung aus dem dorsalen Ende des dort früher gebildeten Nasenbodens. Soll die Lippe in gleicher Sitzung verschlossen werden, läuft die Schnittführung durch die Kieferspaltregion beidseits vor dem Kieferstumpf im Übergang des dort deutlich zu unterscheidenden oralen und nasalen Schleimhautblattes aus. In diesem Schnitt läuft später ebenfalls die Schleimhautschnittführung für den Lippenspaltverschluss aus, sodass das mobilisierte nasale Schleimhautblatt den Nasenboden und das orale Schleimhautblatt die Bedeckung des Alveolarfortsatzes bilden wird.

Nun wird als zweite Schnittführung zur Anlage des palatinalen Brücken- oder des Stiellappens das Skalpell dorsal des tuber maxillae so angesetzt, dass die dortige Schleimhautfalte (plica pterygomandibularis) schräg von dorso-lateral nach ventromedial kommend durchtrennt wird. Diese eindeutig nach

lateral in Richtung Wange auslaufende Schnittführung sollte unbedingt beachtet werden, da bei einer eher sagittal in Verlängerung der Zahnreihe oder des zahnlosen Alveolarfortsatzes angelegten Schnittführung dieser Schnitt im Verlauf der weiteren Präparation unkontrolliert weiter nach dorsal in den vorderen Gaumenbogen einreißen könnte. Das tuber maxillae wird unter Knochenkontakt palatinal umschnitten und der Schnitt als Schleimhautperiostschnitt im Abstand von circa 2 mm vom Zahnfleischrand der Zähne (oder bei noch zahnlosen Kindern 3-4 mm palatinal des Kieferkamms- cave: Lage der Zahnkeime!) bei Brückenlappen bis in die Eckzahnregion, bei Stiellappen bis zum Zusammentreffen mit der spaltrandnahen Schnittführung in den Kieferspaltbereich fortgesetzt.

Nun wird mit dem feinen scharfen und leicht gebogenem Raspatorium nach Freer/ Yasergil oder nach Partsch die Schleimhaut entlang der spaltrandnahen Schnittführung unter ständigem Knochenkontakt sorgfältig von vorne kommend bis auf Höhe der Spina nasalis posterior sowohl nach medial (Nasenschleimhaut) als auch nach lateral (Mundhöhlenschleimhaut) gelöst (Abb. 9a).

Anschließend löst man mit denselben Instrumenten die Mundhöhlenschleimhaut von der lateralen Entlastungsinzision entlang der Zahnreihe aus ebenfalls unter ständigem Kontakt mit dem Knochen in Richtung des zuvor präparierten medialen Schnitttrandes, bis man durch die Untertunnelung am zuvor präparierten medialen Schnitttrand ankommt. Wenn die Lappenhebung von vorne kommend beginnt, löst man den Stiellappen von vorne ab und kann seine Unterseite nach dorsal verfolgend den Austrittspunkt der Arteria palatina major darstellen. Man merkt dabei leicht, wie man durch Abschieben des um das Foramen liegenden Bindegewebes und vorsichtige Hebelbewegungen das Gefäß mehrere Millimeter aus dem Kanal luxieren kann. Beim Brückenlappen ist die Übersicht für die Gefäßdarstellung erwartungsgemäß schlechter. Sie gelingt von lateral kommend und den Lappen anhebend jedoch immer. Das Gefäß tritt im Milchgebiss auf Höhe des zweiten Milchmolaren, im Erwachsenen bis auf zwischen dem ersten und zweiten Molaren aus.

Der Lappen wird nun durch Periostablösung um das tuber maxillae herum weiter mobilisiert. Wird der dort oberflächlich inserierende sehnige Ansatz der Pterygoidmuskulatur etwas mit der Schere eingekerbt, lässt sich der Lappen merklich leichter nach medial mobilisieren. Kommt man bei der Präparation zu weit nach lateral, quellen Anteile des Bichat'schen Fettpfropfes hervor. Dieses ist für die weitere Präparation zwar hinderlich, beeinflusst das OP-Ergebnis jedoch nicht. Falls gewünscht, kann man am Ende des Eingriffs den Fettkörper sogar bewusst mobilisieren, um die sich nach Lappenvereinigung beider Seiten dort ausbildende Tasche und den freiliegenden Knochen zu decken (optional).

Mit dem abgebogenen Raspatorium sucht man nun dorsal der Arteria palatina major die Hinterkante des harten Gaumens und den Hamulus des Processus pterygoideus auf. Sämtliche dort inserierenden Muskelfasern werden konsequent abgelöst (Hamulus dabei nicht absetzen!).

Zusätzlich wird lateral des Hamulus das dort befindliche Gewebe mit einer stumpf nach kranial vorgeschobener Präparierschere in transversaler Richtung gespreizt (Anlage der sog. „parapharyngealen Tasche“). Hierdurch werden die Muskelbündel des Gaumensegels (musculus levator veli palatini, musculus tensor veli palatini, musculus palator pharyngis und musculus palatoglossus) zunehmend nach medial gedrängt. Letztendlich soll die so mobilisierte Gaumenhälfte locker über die Mittellinie zur Gegenseite zu schieben sein. Hier wird „die Schlacht um einen spannungsfreien Wundverschluss des Gaumensegels“ gewonnen oder ver-

loren.

Kommt es zu einer venösen Blutung aus dem Plexus pterygoideus wird die parapharyngeale Tasche mit einem feuchten Tupfer tamponiert, der erst nach Verschluss des Gaumens vorsichtig entfernt und eventuell durch ein Hämostypticum (z.B. Tabotamp) bei persistierender Blutung ersetzt wird.

Nun wenden wir uns dem medianen Spaltrand zu. Wir hatten das orale und nasale Schleimhautblatt bereits bis kurz vor die spina nasalis posterior mobilisiert. Jetzt wird von ventral nach dorsal fortschreitend (der Beginn der Präparation ist oft in der Mitte des Hartgaumens am leichtesten) das nasale Mukoperiost mit dem feinen abgebogenem Raspatorium unter ständigem Knochenkontakt Millimeter für Millimeter nach kranial vom Nasenboden bzw. vom Vomer gelöst (Abb. 9a). Perforationen der hier papierdünnen Nasenschleimhaut sind zu vermeiden (ansonsten werden wir dort nur einen einschichtigen Gaumenverschluss erzielen können). Besondere Sorgfalt ist im Bereich der spina nasalis posterior erforderlich, da dort eine bindegewebige Adhärenz besteht. Am Ende dieses Präparationsschrittes lässt sich die Nasenschleimhaut spannungsfrei bis über die Mittellinie der Spalte im Sinne eines Umklapplappens mobilisieren.

Vom medialen Spaltrand kommend werden nun letzte an der Hartgaumenhinterkante V-förmig inserierende Muskelfasern gelöst und eine transversale Verlaufsrichtung gedrängt (Abb. 10).

Jetzt wird mit einer spitzen Schere die Schnittführung zwischen nasalem und oralem Schleimhautblatt des Weich-

gaumens vertieft, wobei versucht wird, das Muskelbündel als „dritte Schicht“ auf 2-3 mm Tiefe von der Nasen- und Mundhöhlenschleimhaut herauszupräparieren. Dieses gelingt umso besser, je älter der Patient ist. Bei Säuglingen oder Kleinkindern muss die Präparation des Muskelbündels sehr zurückhaltend erfolgen um eine präparationsbedingte exzessive intramuskuläre Narbenbildung und eine damit verbundene Bewegungseinschränkung des Gaumensegels zu vermeiden.

Ist das Gaumensegel dreischichtig aufgeblättert, wird die Gegenseite in absolut identischer Weise präpariert.

Der Nahtverschluss beginnt mit einer Einzelknopfnah an der Uvulaspitze (Abb. 11). Eine exakte Vereinigung beider Uvulahälften gelingt aufgrund des sehr weichen Gewebes selten. Nach Knüpfen der Naht wird das nadelbesetzte Fadenende zusätzlich auf Höhe des Gaumensegels in die Mittellinie der Pharynxhinterwand eingestochen und danach mit dem anderen Fadenende der Uvulanaht verknüpft. Diese Naht zieht die Uvula mittig an die Pharynxhinterwand und legt die nasalen Schleimhautblätter beider Seiten aneinander. Dieses Manöver erleichtert den Wundverschluss und verhindert einen durch Vornähung ausgelösten Versatz der Wundränder.

Von der Uvula nach ventral fortschreitend wird nun das nasale Schleimhautblatt mit nach nasal evertierend geknüpften Einzelknopfnähten schrittweise verschlossen (Abb. 12).

Steht der Vomer mittig frei in der Spalte, wird auf dessen Unterkante in gesamter Länge ein Schnitt angelegt.

Abb. 15
Hart- und Weichgaumenspalte

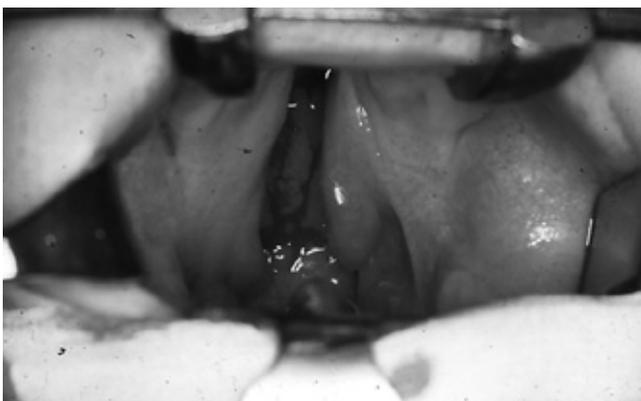
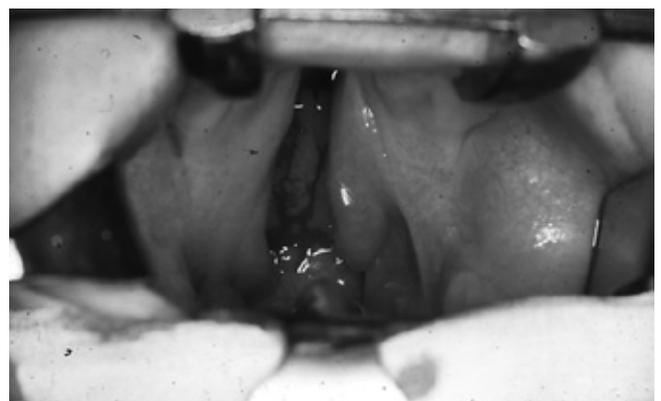


Abb. 15
Präparierte und zur Mittellinie geschobene Brückenlappen
(nach Verschluss der nasalen Schleimhaut)



Davon ausgehend werden beidseits Schleimhautperiostlappen nach kranial mobilisiert und jeweils mit dem nasalen Schleimhautblatt der dazu gehörigen Seite vereinigt. In diesem Fall teilt sich die einreihige Naht der nasalen Schleimhaut des Weichgaumens zwangsläufig in die zweireihige Naht des Hartgaumens auf Höhe der spina nasalis posterior. An der Teilungsstelle verbleibt ein kleiner Defekt in der Nasenschleimhaut der später durch die vereinigte Muskelschicht bzw. das vereinigte orale Schleimhautblatt abgedeckt wird.

Nun wird die zuvor sorgfältig und vollständig von der Hartgaumenhinterkante und etwas von oralen und nasalem Schleimhautblatt gelöste Weichgaumenmuskulatur in eine anatomische transversale Verlaufsrichtung geschwenkt und in der Mittellinie mit tiefgreifenden Einzelknopfnähten mit der Gegenseite vereinigt (sog. „intravelare Veloplastik nach Kriens“) (Abb. 13).

Danach werden die oralen Schleimhautblätter durch Einzelknopfnähte vereinigt. An Stellen maximaler Spannung (z.B. auf Höhe der Gaumensegelmuskulatur und der spina nasalis posterior) können einzelne vertikale Rückstichnähte eingebracht werden. Horizontale Rückstichnähte sind am Gaumen obsolet, da sie eine Verkürzung des Gaumensegels bewirken (Abb. 14).

Mit zwei bis drei Nähten sollte beim Verschluss des oralen Schleimhautblattes des Hartgaumens auch die zuvor verschlossene nasale Schleimhaut mitgefasst werden. Das damit verbundene Aufsteppen des oralen auf das nasale Schleimhautblatt verhindert beim Knüpfen der Nähte eine Totraum-

bildung zwischen den beiden Schleimhautblättern und schafft ein hohes Gaumengewölbe mit ausreichendem Bewegungsraum für die Zunge.

Ist das orale Schleimhautblatt verschlossen, müssen bei Stiellappen nun noch anteriore und seitliche Fixierungsnähte, bei Brückenlappen nur seitliche Fixierungsnähte gesetzt werden.

Da diese Nähten den Halt des Lappens garantieren, muss ein Ausreißen der Nähte sicher verhindert werden. Dieses gelingt durch sog. „peridentale Nähte“. Dabei wird distal eines Zahnes von vestibulär im Bereich der fixierten Gingiva eingestochen, die Nadel im Raum zwischen den beiden Zähnen durchgeführt, palatinal in der Schnitfführung aufgenommen, dort in die Unterseite des Gaumenlappens eingestochen und als Matratzennaht bis auf Höhe des nächsten Zwischenraums geführt, auf der Unterfläche des Lappens dort herausgeführt und durch den Zwischenraum zum davor liegenden Zahn wieder nach bukal geführt. Wird diese um den Zahn herumgeführte Matratzennaht lateral des Zahnes geknüpft, stellt sie auch bei frühzeitig beginnender Nahrungsaufnahme des Patienten eine absolut sichere Verankerung des Lappens dar. Zwei Nähte in der Front und zwei Nähte pro Seite sind ausreichend.

Durch die seitlichen Fixierungsnähte darf die mittige Nahtstrecke keinesfalls unter Spannung gesetzt werden, da dieses Dehiszenzen fördern würde. Es verbleiben daher nicht selten große seitliche Schleimhautdefekte, die jedoch immer über dem Knochen liegen. Diese Defekte schließen sich regelmäßig und schnell durch die freie Granu-

lation und eine spontane Epithelisierung. Man vergleiche die Situation mit einer Zahnextraktionswunde, die sich innerhalb weniger Tage verschließt.

Abschließend werden eventuell in die parapharyngealen Taschen eingebrachte Tamponaden entfernt und bei persistierender Blutung durch Hämostyptica ersetzt.

Blutet es unter dem palatinalen Lappen, muss nach einer Verletzung der Arteria palatina major gesucht werden. Diese Blutung muss gestillt werden. Das Einschieben von mehr und mehr Hämostyptica zwischen Hartgaumen und Schleimhautlappen kann solche Blutungen kaum stillen. Dieses eingeschobene Material verhindert zudem ein schnelles Anwachsen des Lappens auf der knöchernen Unterlage.

Wenn die lateralen Wundflächen zu groß erscheinen, können Anteile des Bichat'schen Fettkörpers dorsal des tuber maxillae mobilisiert und weit nach ventral in den Defekt gezogen und dort mit Einzelknopfnähten fixiert werden. Dieses zur Mundhöhle frei liegende Fettgewebe überzieht sich mit einer unansehnlichen Fibrinschicht und ist aber nach rund zwei Wochen vollständig epithelisiert.

Nach dem anschließenden Absaugen der Nase und des Rachens werden abschwellende Nasentropfen instilliert, der Mundsperrer entfernt und der Patient extubiert.

Der Autor bevorzugt eine einmalige intraoperative intravenöse Gabe eines Antibiotikums mit einer anschließenden fünftägigen oralen Antibiose (z.B. mit Amoxycillin oder Clindamycin). Die intraoperative Gabe eines Kortisonpräparates beugt einer schwellungsbe-

Abb. 17
Naht des oralen Schleimhaut

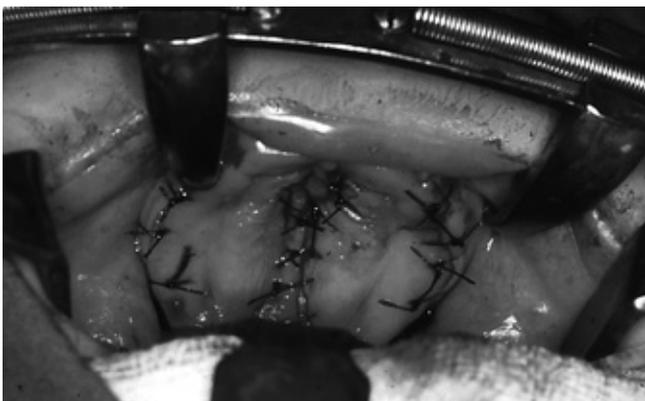
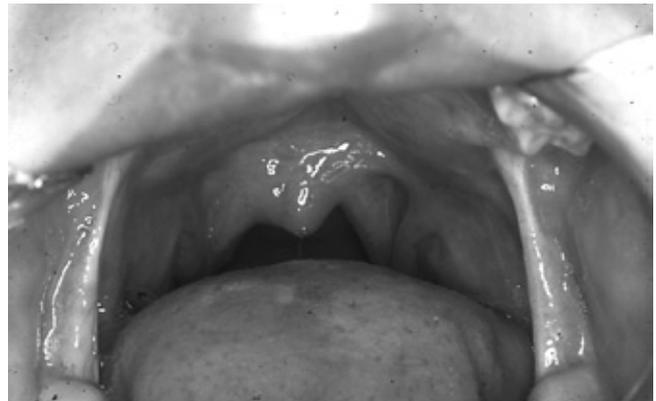


Abb. 18
Ergebnis nach Abheilung





dingten Verlegung der Atemwege vor.

Die Patienten können am OP-Tag Wasser und Tee (keine Milch!) trinken. Für drei Tage gibt es nur flüssige Kost und anschließend für weitere zwei Wochen nur sehr weiche Kost. Die Mundhöhle soll häufig mit Wasser (außer am OP-Tag) ausgespült werden. Die Nase soll für drei Wochen nicht geschnäuzt werden. Die Patienten bleiben so lange stationär, bis eine ausreichende Nahrungsaufnahme gesichert ist (zwei bis drei Tage).

Eine Verlaufsdarstellung findet sich in den Abbildungen 15,16,17 und 18.

Operationszeitpunkt:

Da sich gezeigt hat, dass der frühzeitige Verschluss einer Gaumenspalte zu einer verbesserten Entwicklung der Sprache und des Gehörs (durch eine Verbesserung der Tubenventilation) führt, wurde der Zeitpunkt des Gaumenspalatverschlusses bei uns immer weiter vorverlegt. Der Autor operiert zu Hause Gaumenspalten im Alter von neun bis zwölf Monaten, in Einzelfällen auch schon mit sechs Monaten.

Die Situation gestaltet sich bei unseren Einsätzen jedoch gänzlich anders. Wir haben oft keine Information über den wirklichen Gesundheitszustand unserer nicht selten unterernährten Patienten. Wir wissen das Lippenspalten selten, Lippen- Kiefer- Gaumenspalten etwas häufiger, isolierte Gaumenspalte jedoch häufig mit vielfältigen Fehlbildungen (u. a. des Herz-Kreislaufsystems) vergesellschaftet oder Teil von Syndromen sein können. Diese mani-

festieren sich oft erst bei zunehmender körperlicher Aktivität der Patienten. Ein OP-Alter von unter zwei Jahren ist bei INTERPLAST-Einsätzen sicherlich selten gerechtfertigt. Ausnahmen hiervon kann nur ein erfahrenes und eingespieltes Team bei gegebener medizinischer Indikation (z. B. Störung der Nahrungsaufnahme) machen.

Hilfsmittel:

Die bei uns von vielen Einrichtungen in den ersten Lebenstagen nach Abdrucknahme individuell angefertigten Gaumenplatten (sog. „Trinkplatten“), die die Nahrungsaufnahme erleichtern, die Zunge aus der Gaumenspalte halten und die Positionierung der Kieferstümpfe beeinflussen sollen, können bei unseren Einsätzen nicht angewendet werden. Diese Platten bedürfen einer ständigen Kontrolle, Umänderung und ggf. Neuanfertigung im Verlauf des Kieferwachstums. Ist dieses nicht möglich, entstehen zwangsläufig Druckstellen und Nekrosen.

Manche Operateure favorisieren am Ende der OP das Eingliedern und Fixieren einer den Hartgaumen abdeckenden Verbandsplatte, die aus selbsthärtendem zahnärztlichen Kunststoff angefertigt wird und für einige Tage in situ verbleibt. Als weniger aufwendige Variante kann eine Tamponade durch querverlaufende Nähte oder durch Drähte am Gaumengewölbe fixiert und dort bis zu zwei Wochen in situ verbleiben. Etwas idealisierend soll eine solche Abdeckung die Wunden schützen und das nasale und orale Schleimhautblatt aufeinander drücken. Die nach Entfernung solcher Behälfe darunter zu

findenden Nahrungsreste, Sekrete etc. lassen eine Schutzfunktion zweifelhaft erscheinen. Der Autor verwendet solche Abdeckungen grundsätzlich nicht.

Erforderliche Instrumente:

- Mundsperrer nach Dingman.
- Langer Skalpellgriff mit 15er Klinge.
- Lange und am Ende feine chirurgische Pinzette.
- Einzinkerhäkchen.
- Raspatorium nach Freer und Yaser-gil.
- Raspatorium nach Partsch.
- Bei älteren Patienten auch Raspatorium nach Willenegger.
- Präparierschere gebogen rund.
- Präparierschere gebogen spitz.
- Nadelhalter.
- 4x0 Vicryl-Naht mit RB1 (Nadel).
- 5x0 Vicryl-Naht mit JTF-Nadel.
- Tabotamp.
- Ultracain-DS Forte Anästhesielösung.
- Abschwellende Nasentropfen.
- Bipolare Kauterpinzette.
- Saugersätze.

Ich widme diese Arbeit meinem im Jahr 2009 verstorbenen Lehrer, Praxispartner und väterlichem Freund Prof. Dr. Dr. Wolfgang Steinhilber.

Dr. Dr. Michael Bergermann
Belegabteilung für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie
Evangelisches Krankenhaus Hamm
Werler Str. 110
D-59065 Hamm

Vorausgeschickt wird aber dieser wichtige Hinweis:

Es muss ausdrücklich darauf hingewiesen werden, dass die Spaltchirurgie und insbesondere die Gaumenspalat-chirurgie nicht in die Hand eines ungeübten Operateurs gehört. Dieses gilt ebenso auf Seiten der Anästhesie. Diese Darstellung soll nicht im Sinne eines Kochbuchs den Gaumenspalatverschluss jedermann leicht machen sondern Hinweise darauf geben, wie man verlässliche Ergebnisse auch unter den oft nicht optimalen Bedingungen eines Interplast-Einsatzes erzielen kann. Wir müssen uns vor Augen halten, dass der Gaumenspalatverschluss der Eingriff ist, der bei Interplast-Einsätzen am häufigsten schwerwiegende postoperative Komplikationen nach sich zieht. Hierbei handelt es sich zum einen um schwer erkennbare und außer durch eine Reoperation kaum beherrschbare Nachblutungen und um die Atemwege verlegende postoperative Schwellungszustände im Naso- und Oropharynx (manchmal auch eine Kombination von beidem). Beides hängt u. a. von der Operationstechnik und der Traumatisierung des Gewebes, aber auch von der Dauer des Eingriffs ab. Jede Reintubation bei einem soeben operierten und eventuell noch blutenden Gaumenspalatpatienten stellt zudem höchste Anforderungen an den Anästhesisten und die zur Verfügung stehende Ausstattung. Die Überwachungsmöglichkeiten vor Ort lassen in der ersten postoperativen Nacht (die in der Versorgung von Gaumenspalatoperierten unerfahrene Nachtschwester will den „Gastarzt“ nicht wecken) gerade schleichende aber nicht unerhebliche Blutverluste erst spät erkennen.

Therapie von Lippen-Kiefer-Gaumen-Spalten auf Mindanao / Philippinen – Ergebnisse einer Nachuntersuchung

Von Lena Cohrs und Peter Sieg

Das Konzept kurzzeitiger chirurgische Therapie bietender Hilfseinsätze - wie auch von Interplast gelebt - hat naheliegende Grenzen und Schwächen. Neben der zeitlich limitierten postoperativen Nachsorge der behandelten Patienten inklusive der in der Regel fehlenden Möglichkeit einer schrittweisen chirurgischen Therapie, sind die fehlende Kontrolle über notwendige Anschlussbehandlungen (z.B. Krankengymnastik) und die fehlende Langzeitbeurteilung der erzielten Resultate zwangsläufige Nachteile.

Wiederholte Einsätze an bekannten Orten, in Hospitälern, die gute Bedingungen und eine zuverlässige Infrastruktur bieten, sind sicher eine Möglichkeit, die medizinischen Schwächen unseres Konzeptes zu minimieren.

In diesem Artikel möchten wir über unsere Erfahrungen bei der Planung und der Durchführung sowie über die Ergebnisse einer Nachuntersuchung von Patienten mit Lippen-Kiefer-Gaumenspalten auf Mindanao (Philippinen) berichten, die in mehreren Einsätzen chirurgisch versorgt wurden.

Die Nachuntersuchung erfolgte durch Lena Cohrs aus Lübeck (Mitautorin des Artikels). Die Untersuchung war als Thema einer Dissertation konzipiert und Lena, damals Medizinstudentin im 7. Semester, von November 2006 bis März 2007 mit Unterstützung aus dem German Hospital unterwegs, um möglichst viele der behandelten Patienten auffindig zu machen und nach einem zuvor ausgearbeiteten Protokoll zu untersuchen. Nach Abschluss der Studie war sie im März 2007 Teil des Teams des sich anschließenden Interplast-Einsatzes.

Die Philippinen sind ein Inselstaat im Südchinesischen Meer, bestehend aus mehr als 7000 Inseln. Nach Angaben der Weltbank wird die Einwohnerzahl bei einem Bevölkerungswachstum von jährlich etwa 1,8% auf 91.983.102 (Stand 2009)¹ geschätzt. Das Bevölkerungswachstum gehört damit zu den stärksten weltweit (Deutschland: -0,03%).

Das Durchschnittsalter der Bevölkerung beträgt 23 Jahre. 6% der Einwohner sind älter als 60 Jahre (Deutschland: 26%), 34% der Einwohner sind jünger als 15 Jahre (Deutschland 14%)^{1,2}.

22,6% der Philippinos leben von weniger als 1US-\$ am Tag.

Die lückenhafte (medizinische) Infrastruktur und die teils hohe Eigenbeteiligung an den Kosten für eine medizinische Behandlung erschweren die Versorgung, insbesondere die der mittellosen Bevölkerung.

Seit dem Jahr 2002 fanden in Cagayan de Oro auf Mindanao, der zweitgrößten und südlichsten Insel der Philippinen im German Hospital, neben einigen Besuchen von Interplast-Australien, 13 Einsätze von Interplast-Germany statt. Neben Patienten mit Lippen-Kiefer-Gaumenspalten und Gesichtsspaltbildungen wurden im wesentlichen Patienten mit Strumen und Verbrennungskontrakturen behandelt.

Das German Hospital wird von dem Komitee „Ärzte für die Dritte Welt“ organisiert und finanziert.

Die „German Doctors of Cagayan de Oro“ versorgen bedürftige Patienten der nördlichen Region von Mindanao und tragen mit Hilfe mobiler Feldkliniken, Impfkampagnen und „Mother's Classes“ zur medizinischen Versor-



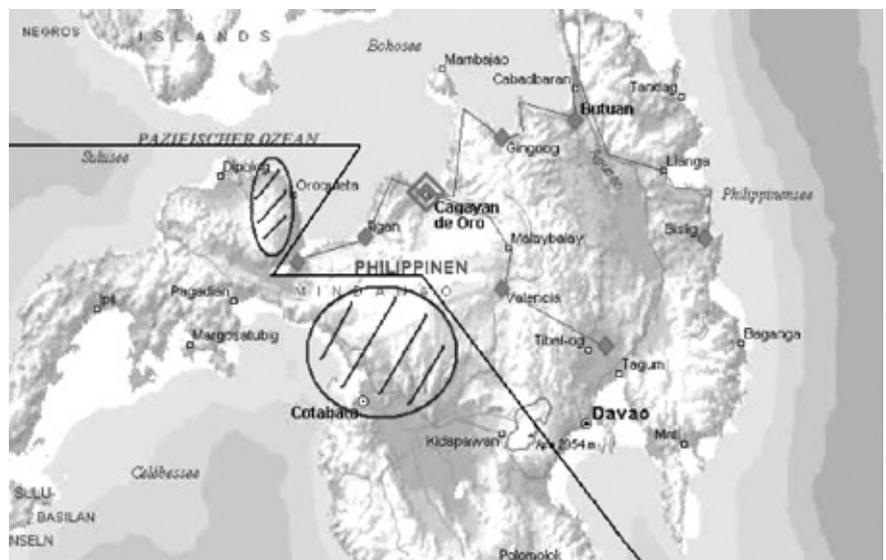
Abbildung 1: Interplast-Karte

gung der mittellosen Bevölkerung bei.

Bis zum Beginn der Nachuntersuchung waren in 9 verschiedenen Einsätzen mit wechselnden Teams insgesamt 492 Patienten mit Lippen-Kiefer-Gaumenspalten chirurgisch versorgt worden.

Im Rahmen der Nachuntersuchung sollten die Patienten an ihren Wohnorten besucht werden. Um Schwierigkei-

Abbildung 2: Einzugsgebiet der Studie (Mindanao)





ten durch mangelnde Sprach- und vor allem Ortskenntnisse zu vermeiden, begleitete Lena Cohrs ein Fahrer der Rolling Clinic. Zudem stellte das German Hospital in Cagayan de Oro einen Wagen zur Verfügung.

Wie findet man Patienten in einem Land dieser Infrastruktur?

Der Ausgangspunkt für die Suche waren die „Interplastkarten“ der verschiedenen Einsätze mit den darauf vermerkten Interplastnummern (Abb. 1).

Im German Hospital wurde der stationäre Verlauf der Patienten manuell „deutsch gründlich“ dokumentiert. Darunter wurde auch die Interplastnummer notiert. So konnten die Namen vieler Patienten, oft auch die Namen der Eltern, und ein ungefährender Wohnort recherchiert werden. Dies nahm viel Zeit in Anspruch, zahlte sich im Nachhinein betrachtet aber aus.

Die Wohnorte der Patienten erstreckten sich zwar über ganz Mindanao (Abb.2) sowie über die Inseln Cebu, Bohol und Camiguin, aber aufgrund politischer Unruhen wurde das südwestliche Mindanao ausgeklammert. Die Inseln Bohol und Cebu haben wir nicht besucht, da die zu erwartenden Patientenzahlen den Aufwand nicht rechtfertigten.

Vor Ort wurden in einem Erhebungsbogen Patientendaten, Spaltformen (nach ICD-10), Angaben zu weiteren Fehlbildungen und Daten im Zusammenhang mit der Operation erfasst.

Außerdem beantwortete jeder Patient oder dessen Eltern einen Fragebogen. Die Patienten wurden untersucht und der Befund anhand einer standardisierten extra- sowie intraoralen Fotodokumentation festgehalten (Tabelle 1).

Vorgestellt werden sollen hier nur die chirurgischen Ergebnisse bzw. die Komplikationen im Sinne von Wunddehiszenzen:

Spaltresiduen, d.h. Dehiszenzen im Bereich der Lippe oder des Gaumens bzw. palatinale Fisteln nach Gaumenplastik wurden anatomisch basierend wie folgt eingeteilt:

Für die Lippe wurde unterschieden zwischen Dehiszenzen des Lippenrottes, des Lippenweißes und der Lippe als Ganzes.

Für palatinale Fisteln nach einer Gaumenplastik wurde nach dem „Pittsburgh Fistula Classification Scheme“

(Abb.3) unterschieden zwischen Fisteln im Bereich des harten Gaumens (3), des Übergangs vom harten zum weichen Gaumen (4) und im Bereich des weichen Gaumens (5). Der Alveolarfortsatz (1) sowie der Bereich des primären Gaumens (2) wurden nicht beurteilt, da keine chirurgischen Behandlungen der Kieferspalten durchgeführt wurden.

Insgesamt konnten 152 Patienten innerhalb von 3 Monaten aufgefunden und in die Nachuntersuchung eingeschlossen werden. Das sind 30,9% der im Zeitraum von 2002 bis 2006 chirurgisch behandelten Patienten mit Lippen-Kiefer-Gaumenspalten.

Die Operationen wurden von 10 verschiedenen Operateuren durchgeführt. 102 Patienten waren männlich, 50 Patienten waren weiblich (m:w = 2:1).

Mit 79,6% (n=121) kamen die Spalten der Lippe und des Gaumens am häufigsten vor. Hier wiesen 71,1% eine unilaterale und 28,9% eine bilaterale Spalte auf.

Isolierte Spalten der Lippe waren mit 17,7% (n=27) im Patientenkollektiv weitaus seltener vertreten. In der weit überwiegenden Zahl kamen diese unilateral (92,6%) vor.

Nur bei 2,6% (n=4) Patienten bestand eine isolierte Gaumenspalte (Tab.2).

66,9% der Patienten mit einer Spalte der Lippe und des Gaumens erhielten nur eine Lippenplastik. In 23,1% der Fälle wurde eine Lippen- und Gaumenplastik simultan durchgeführt. In einigen Fällen (13,2%) war die Lippenspalte schon zu einem früheren Zeitpunkt verschlossen worden und es folgte die Gaumenplastik (Abb. 4).

Unilaterale Lippenspalten wurden nach Millard verschlossen, seltener nach Pfeifer. Bilaterale Lippenspalten wur-

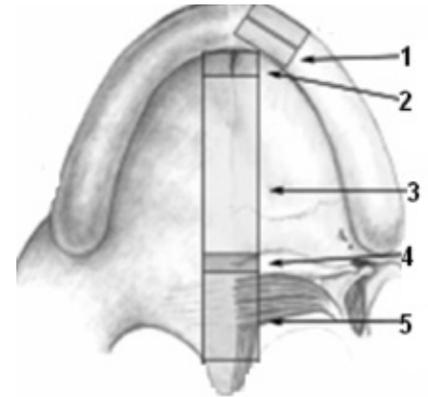


Abb. 3: Pittsburgh Fistula Classification Scheme

den entsprechend der von Mulliken angegebenen Technik operiert.

Spalten des harten und weichen Gaumens wurden einzeln häufiger durch Stiellappenplastiken (Veau/Wardill), seltener durch Brückenlappenplastiken (Axhausen) jeweils kombiniert mit einer intravelaren Muskelplastik nach Kriens verschlossen.

Die Altersverteilung ist in Tabelle 3 dargestellt. Da das Alter der Kinder bei der Erstvorstellung in der Regel den Zeitpunkt des Eingriffs bestimmt, ist das Alter zum Zeitpunkt der jeweiligen Operation im Vergleich zu hiesigen Konzepten deutlich erhöht und mit einer weiten Spanne sehr heterogen. Dies deckt sich erwartungsgemäß mit Ergebnissen aus ähnlichen Studien.

9,5% (n=13) der Patienten zeigten nach

Abb. 4: durchgeführte Operationen

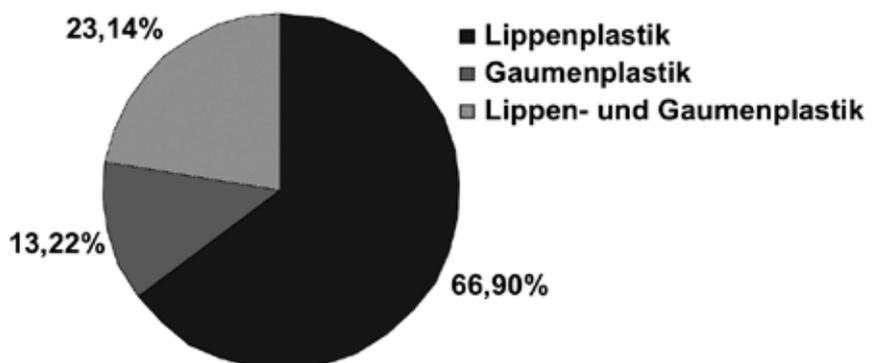




Abb. 5: Dehiszenz im Bereich des Lippenrots



Abb. 6: Dehiszenz im Bereich des Lippenweiß

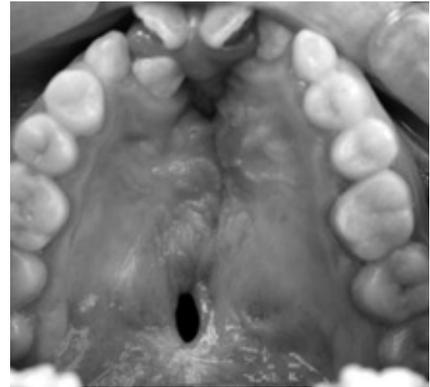


Abb. 7: Palatinale Fistel des Übergangs harter/ weicher Gaumen

einer Lippenplastik eine Dehiszenz.

In 7 Fällen entfiel diese auf das Lippenrot (Abb. 5). In 3 Fällen war das Lippenweiß (Abb. 6) oder der Naseneingang betroffen. Bei weiteren 3 Kindern war die Lippe komplett dehiszent.

12 von diesen 13 Fällen waren Patienten mit vollständigen Lippen-Kiefer-Gaumenspalten.

41,6% (n=20) der Patienten, die eine Gaumenplastik erhalten hatten, zeigten mindestens eine palatinale Fistel. In keinem Fall war der gesamte Gaumen dehiszent. Sechs Kinder wiesen palatinale Fisteln an mehreren Stellen auf. In diesen Fällen wurden die einzelnen Fisteln, wenn sie verschiedene Gaumenabschnitte betrafen, als eigenständige Entitäten betrachtet.

Bei 11 dieser 20 Fälle war der harte Gaumen betroffen. 5 Kinder wiesen eine Fistel im Bereich des Übergangs vom harten zum weichen Gaumen (Abb. 7) auf und bei 10 Kindern war der weiche Gaumen (Abb. 8) dehiszent.

Es gibt eine Reihe von Studien, die sich mit dem Thema Nachuntersuchung



Abb. 8: Palatinale Fistel des weichen Gaumens

von Patienten nach Spaltchirurgie im Rahmen chirurgischer Hilfseinsätze befassen. Allen gemeinsam ist das konzeptionelle Problem, dass im Vorfeld kaum zu prognostizieren ist, wie viele Patienten innerhalb eines zumeist limitierten Zeitintervalls erreicht werden können. Die Patientenkollektive sind enorm heterogen im Hinblick auf die Altersverteilung, die Spaltformen/ausprägungen sowie die individuellen Behandlungen.

In unserer Studie konnten wir in einem Zeitraum von 3 Monaten aktiven „Suchens“ 152 in den vorangegangenen vier Jahren behandelte Patienten mit Lippen-Kiefer-Gaumenspalten und zusätzlich 6 Patienten mit seltenen Spalten des Gesichts ausfindig machen.

Im Vergleich zu anderen Studien ist diese Zahl im Hinblick auf den zeitlichen Rahmen relativ hoch^{3,4}.

Das Konzept, die Patienten direkt zu besuchen (Abb. 9), war sicher der richtige Weg. Patienten in ein Hospital „einzubestellen“ wäre unpraktisch und unzumutbar gewesen. Auf den Philippinen gibt es keine Postadressen, viele Patienten können nicht lesen und die Kosten für die Anreise hätte niemand tragen können.

Sehr hilfreich war eine Begleitperson, die die Sprache der Patienten sprach und ortskundig war. In unserem Fall war dies ein Fahrer und Übersetzer aus der „Rolling Clinic“ des German Hospitals. An den weiter entfernten Orten unterstützten uns Social Worker, Health Worker sowie eine Ordensschwester. Vor Ort galt simples „Durchfragen“ (Abb. 10). Dabei war die Interplastkarte mit dem Bild des Patienten und der Name der Eltern von Nutzen.

Viele Patienten waren durch ihre Operation durch Interplast sehr bekannt in der Umgebung.

Die Vielfalt bzw. die individuelle Ausprägung der Spaltbildungen konnten wir leider nicht dezidiert abbilden, da dies aus den Unterlagen nicht hervorging und wir in der Nachuntersuchung ausgehend vom postoperativen Befund auf die Spaltform schließen mussten.

Die statistisch am häufigsten vorkommende Spaltform sind die Lippen-Kiefer-Gaumenspalten mit 50-60%. In unserer Studie liegt dieser Anteil bei 79% und damit höher. Hingegen ist der Anteil isolierter Spalten des Gaumens mit 2,6% sehr gering.

Während Lippenspalten visuell auffällig sind und einen höheren Leidensdruck insbesondere aus dem Blickwinkel der Eltern mit sich bringen, werden Gaumenspalten häufig erst durch das Unvermögen adäquat Artikulieren zu können als therapie relevant wahrgenommen und geringer gewichtet. Entsprechend erfolgt eine Vorstellung der Kinder mit Gaumenspalten tendenziell seltener.

Wiewohl aus funktioneller Sicht die Behandlung der Gaumenspalte bedeutsamer ist, wird auch von Seiten der chirurgischen Akteure der Lippenplastik aus verschiedenen Gründen der Vorrang gegeben. Der unmittelbar sichtbare ästhetische Benefit für den Patienten (wie für den Operateur!), die auch unter eingeschränkten OP-Bedingungen problemlos durchführbare Operation, die zudem komplikations- und risikoärmer ist, sind als Gründe hierfür anzuführen. Zudem ist die Lippenplastik deutlich weniger zeitintensiv, führt somit zu der Möglichkeit eine größere Zahl an Patienten behandeln zu können und nicht zu vergessen ist die Gaumenplastik der für den Operateur deutlich anstrengendere Eingriff.



Abb. 9: Nachuntersuchung direkt am Highway

Insbesondere das Risiko intraoraler/pharyngealer Nachblutungen nach einer Gaumenplastik führt zur Zurückhaltung, diesen Eingriff zu häufig durchzuführen. Auch während der Einsätze auf Mindanao wurden deshalb in der Regel während der letzten OP-Tage weniger und am letzten Tag keine Gaumensplastiken mehr durchgeführt. Um die Bedeutung der Gaumenplastik zu unterstreichen, wurden in einem Projekt in Mexiko⁵ bei Patienten mit vollständigen Lippen-Kiefer-Gaumenspalten zunächst die Gaumenspalten verschlossen. Dies sollte die Patienten motivieren sich erneut vorzustellen. Allerdings erschien nur ein geringer Teil erneut zur Operation der Lippenspalte. Gründe hierfür waren mangelndes Verständnis für dieses Vorgehen und nicht vorhandene finanzielle Mittel für eine erneute Anreise zur Operation. Vor diesem Hintergrund ist dieses Konzept eher kritisch zu bewerten.

Die chirurgische Versorgung von Kindern mit Lippen-Kiefer-Gaumenspalten ist ein sehr dankbares Betätigungsfeld im Rahmen medizinischer Hilfeinsätze. Die Patienten sind in der Regel jung und gesund, die Operationen erfordern wenig technisch-apparativen Aufwand und die postoperativen Verläufe sind vergleichsweise komplikationsarm. Die in der vorliegenden Studie dokumentierte überraschend hohe Zahl von Patienten mit Wundheilungsstörungen bzw. Dehiszenzen sowohl der Lippe als auch des Gaumen unterstreicht zunächst einmal den Wert des „genauen

und längeren Hinschauens“, d.h. einer Nachuntersuchung.

Nun stellen bei weitem nicht alle dokumentierten Dehiszenzen bei den Betroffenen die Lippen- bzw. Gaumenplastik als Ganzes in Frage. Die Komplikationsrate ist jedoch fraglos höher, als dies bei entsprechenden Eingriffen unter modernen Bedingungen zu beobachten ist.

Wenn man davon ausgeht, dass die Eingriffe von in dieser Chirurgie geübten Operateuren durchgeführt werden, sind die Gründe für die Komplikationsrate sicher vorrangig in dem postoperativen Management zu suchen.

Die Kinder in der Studiengruppe blieben nach einer Lippenplastik in der Regel eine Nacht stationär und wurden möglichst nach einer Woche wiedergesehen, d.h. die aus dem Umland kommenden Familien verbrachten einige Tage noch im Umfeld der Klinik. Nach Gaumenplastik oder Lippen- und Gaumenplastik wurde in der Regel nach 2-3 Tagen post OP ein intraoperativ fixierter Überknüpfverband entfernt. Am darauf folgenden Tag gingen die Kinder nach Hause und wurden während des Einsatzes nicht wieder gesehen. Die Ernährungsgewohnheiten (immer Reis auch in jedem Wundwinkel der Spaltbildung) waren selbst unter stationärer Kontrolle kaum zu durchbrechen. Auch die hygienischen Bedingungen spielten sicher eine entscheidende Rolle für die Inzidenz von Wundinfektionen. Außer den o.g. adaptiven Gaumenverbänden verzichteten wir in den letzten Jahren auf jegliche okkludierende Verbände. Bereits nach einer Nacht verwandelten sich Steristrips auf den verschlossenen Lippen in feuchte Kammern, die sicher eher eine Wundinfektion begünstigten als die Wundspannung zu reduzieren. Neben einer hohen Weichteilspannung bedingt durch die individuelle Ausprägung der Spaltbildung und postoperative Infektionen sind als mögliche Ursachen für das Auftreten von Wunddehiszenzen nach einer Lippenplastik sicher auch Manipulation, ein lokales Trauma, die individuelle Konstitution des Patienten sowie klimatische Einflüsse zu bedenken.



Abb. 10: Patientensuche



Mit 9,5% ist der Anteil von Lippendehiszenzen in unserer Nachuntersuchung vergleichbar mit Ergebnissen von Al-Thunyan und Mitarbeiter (2009)⁶. Al-Thunyan verglich auch die Ergebnisse nach Lippenplastik unter ambulanten und stationären Bedingungen in einem Entwicklungsland und kam zu vergleichbaren Ergebnissen im Hinblick auf beobachtete Wundheilungsstörungen (Dehiszenzen der Lippe: ambulant 6,9%, stationär: 7,8%).

Palatinale Fisteln sind neben der velopharyngealen Insuffizienz eine relevante Komplikation nach einer Gaumenplastik⁷. Die Fisteln können entweder asymptomatisch bleiben oder beispielsweise durch die Regurgitation von Nahrung oder Artikulationsstörungen klinisch relevant werden. Die Inzidenz palatinaler Fisteln nach Palatoplastik variiert in Angaben anderer Autoren von 3%⁸ bis 45%⁹. Leider ist die Vergleichbarkeit der Angaben

hierzu durch die wenig standardisierte Nomenklatur („true fistula“, „anterior fistula“, „small fistula“) und unterschiedliche Patientenkollektive sehr eingeschränkt.

Unsere Nachuntersuchung lässt keine Aussage zum Bereich des primären Gaumens (anterior des Foramen incisivum) zu, da sich zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung nicht mehr feststellen ließ, bei welchen Patienten es sich um eine Dehiszenz handelte und bei welchen Patienten dieser Bereich primär nicht verschlossen werden konnte. Dies entspricht Mitteilungen von Emory et al. (1997)¹⁰ und Phua et al (2008)⁷.

Unter alleiniger Berücksichtigung einer Fistel in Folge einer primären Palatoplastik und Ausschluss nasoalveolärer Fisteln geben Cohen und Mitarbeiter eine Inzidenz von 23%¹¹ und Emory und Mitarbeiter 12%¹⁰ an.

Begünstigende Faktoren wie die Weite der Spalte¹², die Operationsmethode¹¹, das Alter des Patienten und der Operateur¹⁰ werden kontrovers diskutiert und liefern teils widersprüchliche Ergebnisse¹³.

Die vorgestellte Auswertung ist sicher nur ein erster Versuch, die Ergebnisse der von uns behandelten Patienten langfristig und genauer zu betrachten. Der Artikel soll auch zeigen, wie mühsam aber auch interessant es sein kann, solche Daten zu erheben. Dargestellt und diskutiert wurde hier nur ein Teilaspekt der im Rahmen der Nachuntersuchung gewonnenen Daten. Doch bereits die Vorstellung der Ergebnisse vor anderen Teammitgliedern hat gezeigt, wie wertvoll für jeden von uns diese Rückkopplung sein kann sowohl im Hinblick auf eine Bewertung des Erreichten als auch auf eine Optimierung unserer Behandlungskonzepte.

Literatur:

- 1 <http://apps.who.int/ghodata/?vid=15900>
- 2 <http://apps.who.int/ghodata/?vid=9200>
- 3 Sharp HM, Canady JW, Ligot FAC, Hague RA, Gutierrez J, Gutierrez J: Caregiver and Patient Reported Outcomes After Repair of Cleft Lip and/ or Palate in the Philippines., *Cleft Palate- Craniofacial Journal* 45 (2), 163-171 (2008)
- 4 Weatherley-White RCA, Eiserman W, Beddoe M, Vanderberg R: Perceptions, Expectations, and Reactions to Cleft Lip and Palate Surgery in Native Populations: A Pilot Study in Rural India, *Cleft Palate-Craniofacial Journal* 42, 560-564 (2005)
- 5 Ortiz-Manasterio F, Olmeda A, Trigos I, Yudovich M, Velazquez M, Fuerte del Campo A: Final Results From the Delayed Treatment of Patients with Clefts of the Lip and Palate, *Scand J Plast Reconstr. Surg* 8, 109-115 (1974)
- 6 Al-Thunyan AM, Aldekhayal SA, Al-Meshal O, Al-Qattan MM: Ambulatory Cleft Lip Repair, *Plastic and Reconstructive Surgery* 6, 2048-2053 (2009)
- 7 Phua YS, de Chalain T: Incidence of Oronasal Fistula and Velopharyngeal Insufficiency After Cleft Palate Repair: An Audit of 211 Children Born between 1990 and 2004, *Cleft Palate Craniofacial Journal*, 45, 172-178 (2008)
- 8 Wilhelmi BJ, Appelt EA, Hill L, Blackwell SJ: Palatal Fistulas: Rare with the Two-Flap Palatoplasty Repair, *Plast Reconstr Surg* 107, 315-318 (2001)
- 9 Rohrich RJ, Byrd HS: Optimal Timing of Cleft Palate Closure, *Clin Plast Surg* 17, 27-36 (1990)
- 10 Emory RE Jr, Clay RP, Bite U: Fistula Formation and Repair After Palatal Closure: An Institutional Perspective, *Plast Reconstr Surg* 99, 1535-1538 (1997)
- 11 Cohen SR, Kalinowski J, La Rossa D, Randall P: Cleft Palate Fistulas: A Multivariate Statistical Analysis of Prevalence, Etiology and Surgical Management, *Plastic and Reconstructive Surgery* 87, 1041-1047 (1991)
- 12 Muzaffar AR, Byrd HS, Rohrich RJ, Donnell FJ, LeBlanc D, Beran SJ, Anderson C, Papaioannou: Incidence of Cleft Palate Fistula: An Institutional Experience with Two Stage Palate Repair, *Plast Reconstr Surg* 108, 1515-1518 (2001)
- 13 Mak SYA, Wong WH, Or CK, Poon AMS: Incidence and Cluster Occurrence of Palatal Fistula After Furlow Palatoplasty by a Single Surgeon, *Anal of Plastic Surgery* 57, 55-59 (2006)



Erhebungsbogen	Patientendaten
Fragebogen Fotodokumentation klinische Untersuchung	Spaltform (nach ICD-10) Angaben zu weiteren Fehlbildungen Operationsdaten Behandlungsverlauf extraoral intraoral (harter Gaumen, weicher Gaumen)

Tabelle 1: Elemente der Nachuntersuchung

		Anzahl	%
Geschlecht	männlich	102	67,1
	weiblich	50	32,9
Spaltform	isolierte Gaumenspalte	4	2,6
	isolierte Lippenspalte	27	17,7
		unilateral	92,9
		bilateral	7,4
	Spalte der Lippe und des Gaumens	121	79,6
		unilateral	71,1
	bilateral	28,9	

Tabelle 2: Geschlecht und Spaltform der Patienten

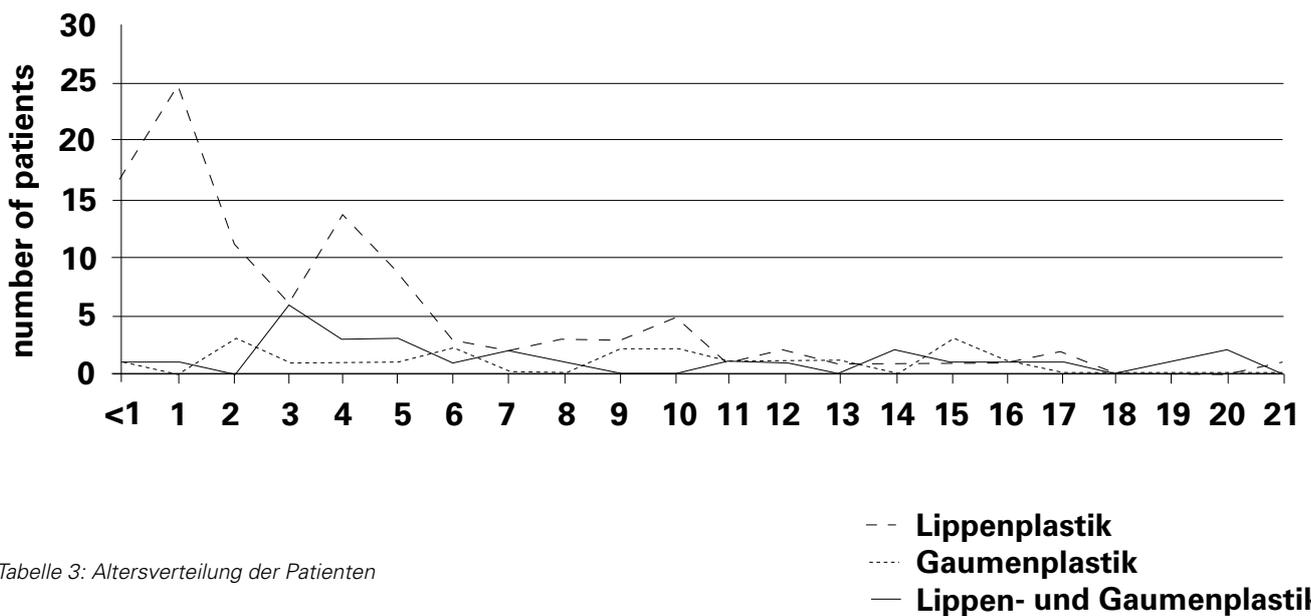


Tabelle 3: Altersverteilung der Patienten



Ausführliche Beschreibung der Versicherungen bei INTERPLAST

Von Dietmar Scholz

Mit der Anmeldung des Operativsteams über das Formular „Einsatzanmeldung / Anmeldung Ihres Einsatzes bei der BGW“, das Sie im Bereich „Downloads für Aktive“ unserer Homepage herunterladen können, wird von Seiten des Vereins für jedes Teammitglied, das die Voraussetzungen für die Möglichkeit eines Versicherungsschutzes erfüllt (bei wem dies nicht der Fall ist steht bei den Informationen zu den jeweiligen Versicherungen), einige Versicherungen abgeschlossen. Im Folgenden werden die wichtigsten Fakten hierzu zusammengefasst. Sollten darüber hinausgehend Fragen bestehen geben wir Ihnen gerne Auskunft. Hierzu wenden Sie sich bitte an unsere o.g. e-mail-Adresse oder Telefonnummer.

Es besteht eine **Auslandsreise - Krankenversicherung**.

Diese gilt erstens für alle im Auftrag von INTERPLAST Germany vorübergehend ins Ausland reisenden Personen. Familienangehörige -Ehegatte, Lebenspartner und Kinder- die die versicherte Person ins Ausland bzw. Drittland (Einsatzland) begleiten oder dort besuchen können ebenfalls versichert werden.

Blieben Sie länger als 90 Tage vorübergehend im Ausland müssen Sie namentlich vor ihrer Abreise der Versicherung gemeldet werden. Alle anderen werden am Ende des Jahres gemeldet und abgerechnet.

Die Versicherung kostet 0,23 € pro Person und Reisetag. Bei Aufenthalten über den 90. Tag hinaus ergeben sich Kosten von 0,92 €/ Tag für Männer bzw. 1,89 €/ Tag für Frauen.

Zweitens können Ausländer versichert werden, die sich im Auftrag von INTERPLAST-Germany vorübergehend in Deutschland aufhalten. Auch hier sind Ehegatten und Kinder mitversichert.

Voraussetzung ist eine namentliche Meldung bei der Versicherung spätestens am ersten Tag des Deutschlandaufenthalts. Die Kosten hierfür betra-

gen 1,18 €/ Tag für Männer bzw. 2,35 €/ Tag für Frauen.

Die wichtigsten Leistungen der Auslands-Krankenversicherung sind:

1. Arzt- und Krankenhauskosten, Arznei-, Heil- und Hilfsmittel sowie zahnärztliche Behandlung

Bei einer medizinisch notwendigen ambulanten oder stationären Heilbehandlung, ambulanten Vorsorgeuntersuchung und Untersuchung werden die folgenden während der Auslandstätigkeit entstehenden Aufwendungen ersetzt:

- a) ärztliche Beratungen, Besuche und Verrichtungen einschließlich Operationen und Operationsnebenkosten;
- b) ärztlich verordnete Arzneimittel (ausgenommen Nähr- und Stärkungsmittel sowie kosmetische Mittel) und Verbandmittel;
- c) ärztlich verordnete Heilmittel, und zwar Bäder, Massagen, Inhalationen sowie Licht-, Wärme- und sonstige physikalische Behandlungen;
- d) ärztlich verordnete Hilfsmittel, und zwar Bandagen, Brillen, Kontaktlinsen, Bruchbänder, Einlagen und Gummistrümpfe;
- e) Röntgen-, Radium- und Isotopenleistungen;
- f) Unterkunft und Verpflegung bei stationärer Heilbehandlung;
- g) notwendiger Transport zur stationären Heilbehandlung in das anerkannte nächstgelegene oder nächste aus medizinischer Sicht geeignete Krankenhaus;
- h) Zahnbehandlung einschließlich notwendige einfache Zahnfüllungen und Reparaturen am Zahnersatz.

Die notwendigen Aufwendungen für Zahnersatz einschließlich Zahnkronen werden zu 50 % erstattet, jedoch nur für Behandlungen nach drei Monaten ununterbrochener Versicherungsdauer vom Versicherungsbeginn an gerechnet.

2. Rücktransportkosten

Macht eine Krankheit oder Unfallfolge Ihren Rücktransport oder den eines mitversicherten Angehörigen an Ihren ständigen Wohnsitz in Deutschland erforderlich, werden die notwendigen Aufwendungen des Krankentransports – soweit sie die üblichen Fahrkosten übersteigen - bis zu einem Höchstbetrag ersetzt, der den zehnfachen Kosten eines Fluges

1. Klasse im Linienverkehr für eine Person entspricht (Beispiele für die entstehenden Mehrkosten: Benutzung eines schnelleren Transportmittels; Inanspruchnahme einer teureren Beförderungsklasse, wenn eine Buchung in der niedrigeren Klasse nicht möglich war; Benutzung von mehr als einem Platz, wenn Sie liegend transportiert werden müssen; Transport mit Spezialfahrzeugen; Fahrkosten für medizinisch geschultes Begleitpersonal).

Sind Sie oder ein mitversicherter Angehöriger so sehr erkrankt oder verletzt, dass ein Rettungsflug die einzige Möglichkeit ist, das Leben zu retten und wird der Rücktransport von einem anerkannten Rettungsflugunternehmen (z.B. DRK-Flugdienst) durchgeführt, dann werden die dafür anfallenden Kosten nach Abzug der üblichen Fahrkosten in voller Höhe ersetzt.

3. Überführungskosten

Bei Tod im Ausland werden die Kosten der Überführung des Verstorbenen an den Wohnsitz in Deutschland oder der Bestattung am Sterbeort bis zu einem Höchstbetrag ersetzt, der den fünf-fachen Kosten eines Fluges 1. Klasse im Linienverkehr für eine Person entspricht.

Es besteht kein **Auslandsreise-Krankenversicherungs-Schutz**:

- a) für Krankheiten und Unfallfolgen, die in den letzten sechs Wochen vor Beginn des Versicherungsschutzes behandelt worden sind;
- b) für Kur- und Sanatoriumsbehandlung

- sowie für Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren und Maßnahmen zur Entwöhnung;
- c) für Zahn- und Kieferregulierung (kieferorthopädische Behandlung).
- d) wenn Teammitglieder ihren ständigen Wohnsitz oder die Staatsbürgerschaft im Einsatzland haben. Denn für sie gilt das Einsatzland nicht als Ausland und somit kann auch keine Auslands-Kranken-Versicherung abgeschlossen werden.
- e) Leider gilt diese Versicherung auch nicht für nach Deutschland gebrachte Patienten.

Es besteht eine **Berufs-Haftpflichtversicherung** der Teammitglieder der Operationsteams von INTERPLAST-Germany für die Dauer eines Einsatzes von maximal 28 Tagen. Versichert sind sowohl Krankenschwestern / -pfleger und Mediziner. „Laien“ sind ebenfalls versichert wenn Sie sich um Aufsichts- und Kontrolltätigkeiten kümmern (z.B. OP-Planung / -überwachung). Versichert sind auch Operationsteams die im Rahmen der Kooperation mit „Ärzte ohne Grenzen“ einen Einsatz haben so lange dieser nicht in einem Kriegsgebiet und einen „second line“-Einsatz handelt (keine erste Katastrophenhilfe und bei gegebener „facility Struktur“ von MSF vor Ort. Der Versicherungsschutz gilt weltweit, ausgenommen sind jedoch die USA und Kanada.

Diese Versicherung hat folgende Deckungssummen:

- 5.000.000,- € pauschal für Personen- und Sachschäden

- 500.000,- € für Vermögensschäden.

Versichert sind Ansprüche an Mitglieder der OP-Teams die aus der beruflichen Tätigkeit für INTERPLAST-Germany resultieren.

Die Prämie beträgt 70 €+ Versicherungssteuer pro Einsatz (also derzeit 83,30 €).

Alle gemeldeten Teammitglieder, die unentgeltlich und ehrenamtlich für INTERPLAST-Germany tätig werden sind im Rahmen des Operations-einsatzes während der Tätigkeiten für den Verein über die Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) unfallversichert. Diese **Unfallversicherung** kostet pro Person und Monat 12 €.

Versichert sind:

- Arbeitsunfälle, die sich im Zusammenhang mit der unentgeltlichen ehrenamtlichen Tätigkeiten für INTERPLAST - Germany ereignen.
- Wegeunfälle die sich auf dem direkten Weg nach und von dem Ort der Tätigkeiten ereignen
- Berufskrankheiten, die sich der Versicherte im Zusammenhang mit der versicherten Tätigkeit zuzieht und die in der Berufskrankheitenverordnung als solche bezeichnet sind.

Die Unfallversicherung umfasst:

- Heilbehandlung mit allen geeigneten Mitteln mit dem Ziel, die Gesundheitsstörung zu beseitigen oder zu verbessern.
- Berufshilfe verschiedenster Art durch Maßnahmen mit dem Ziel den Versicherten nach seiner Leistungsfähigkeit und unter Berücksichtigung seiner Eignung, Neigung und bisherigen Tätigkeit möglichst auf Dauer beruflich einzugliedern.
- Verletztengeld wird von dem Tag an gezahlt, an dem die Arbeitsunfähigkeit ärztlich festgestellt wird, oder mit dem Tag des Beginns einer Heilbehandlungsmaßnahme, die den Versicherten an der Ausübung seiner ganz täglichen Erwerbstätigkeit hindert. Das Verletztengeld endet spätestens nach Ablauf der 78. Woche, jedoch nicht vor dem Ende der stationären Behandlung.
- Versichertenrente wegen Minderung

der Erwerbsfähigkeit von mindestens 20 % über die 26. Woche nach dem Versicherungsfall hinaus.

Bei Verlust der Erwerbsfähigkeit wird Vollrente geleistet, sie beträgt 2/3 des Jahresarbeitsverdienstes. Bei einer Minderung der Erwerbsfähigkeit wird Teilrente geleistet. Sie wird in Höhe des Vomhundertsatzes der Vollrente festgesetzt der dem Grad der Minderung der Erwerbsfähigkeit entspricht.

- weitere Leistungen umfassen berufsfördernde und andere Leistungen zur Erhaltung, Besserung und Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit sowie zu Erleichterung der Verletzungsfolgen einschließlich wirtschaftlicher Hilfen, Renten an Hinterbliebene, Sterbegeld, Beihilfen, Rentenabfindungen.

Diese Versicherung gilt nicht für:

- Personen, die ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt nicht in Deutschland haben.
- vor Ort tätige Personen (sog. Ortskräfte)

Wir wünschen Ihnen erfolgreiche Einsätze, dass Sie immer wieder gesund nachhause kommen und die genannten Versicherungen nie benötigen werden. Sollte doch mal ein „Versicherungsfall“ eintreten möchten wir Sie bitten uns dies über o.g. Nummern bzw. per e-mail möglichst kurzfristig mitzuteilen.





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.esprashare.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 Gerichtsaufträgen dürfen ausschließlich für plastisch-chirurgische Maßnahmen und damit zusammenhängende Reise-, Organisations-, Aufenthalts- und Materialkosten verwendet werden. Die Mitglieder der Operationsteams verpflichten sich allen persönlichen Einsatz unentgeltlich zu leisten. Reise und Aufenthaltskosten können von dem Verein übernommen oder mit einem Zuschuss unterstützt werden. Aufwendungen, die den Mitarbeitern in den betreffenden Ländern bei der Organisation und bei der Auswahl der Patienten entstehen, werden ebenfalls vom Verein vergütet. In bestimmten Ausnahmefällen können auch die Aufwendungen für eine kurzzeitige plastisch-chirurgische Ausbildung von Ärzten, Schwestern oder Pflegern des Gastlandes finanziert werden, sollte dieses dem Aufbau einer plastisch-chirurgischen Abteilung oder der plastisch-chirurgischen Versorgung der dortigen Patienten dienen.

Die Teilnahme an Operationsprogrammen in Entwicklungsländern, die von anderen Organisationen durchgeführt werden und den Zielen des Vereins entsprechen, ist in Ausnahmefällen ebenfalls zuschussfähig. Ausgeschlossen sind Reisen, die touristischen oder privaten Charakter haben.

Einnahmen aus dem Betrieb ständiger Einrichtungen in Entwicklungsländern sind unmittelbar zur Deckung der laufenden Kosten und dringender Investitionen zu verwenden.

Patienten in einem medizinisch unterentwickelten Land können nur auf Kosten des Vereins operiert werden, wenn sie in Folge ihres körperlichen Zustandes auf die Hilfe anderer angewiesen sind (§ 53 Ziff. 1 AO 1977) oder ihre Bezüge die in § 53 Ziff. 2 1977 genannten Grenzen nicht übersteigen. Die Patienten sollen von den Ärzten der betreffenden Länder ohne Ansehen von Rasse, Religion oder politischer Einstellung ausgewählt und für operationsfähig erklärt werden. In ausgewählten Fällen kann bei sehr schwierigen, vor Ort nicht durchführbaren Operationen eine Reise und ein Krankenhausaufenthalt in der Bundesrepublik Deutschland finanziert werden. Ist es möglich, eine größere Zahl von Patienten in der betreffenden Region gemeinsam zu behandeln, so soll ein Operationsteam in das betreffende Land entsandt werden. Die für den Verein tätigen Personen haben sich insbesondere jeder sozialkritischen und politischen Aktivität in den entsprechenden Ländern zu enthalten.

§ 11 Vereinsaktivitäten

- 1.) Humanitäre Einsätze von Operationsteams in Entwicklungsländern:
Der **Einsatzleiter** ist für die organisatorische, medizinische, soziale und finanzielle Abwicklung des gesamten Einsatzes verantwortlich. Dazu gehören die vorherige Anmeldung des Einsatzes mit Teilnehmerliste beim Vorstand (nur dann ist u. a. eine Berufsgenossenschaftliche Versicherung gewährleistet) und die Erstellung eines Abschlussberichtes (Spektrum und Anzahl der operierten Patienten).

- 2.) Operationen von Patienten aus Entwicklungsländern in Deutschland:

Der **Operateur** ist für die organisatorische, medizinische, soziale und finanzielle Abwicklung des gesamten Aufenthaltes verantwortlich. Dazu gehören die vorab zu klärende Kostenübernahme, die Unterbringung des Patienten und die Ein/Rückreiseformalitäten.

- 3.) Unterstützung von medizinischen Einrichtungen in Gegenden besonders schwerer sozialer Bedürftigkeit in Entwicklungsländern, um dort Langzeitprojekte für Plastische Chirurgie zu fördern:

Der **Projektinitiator** ist für die organisatorische, medizinische, soziale und finanzielle Ausführung verantwortlich. Dabei ist die Übereinstimmung mit dem Vereinszweck, die soziale Effektivität und die Wirtschaftlichkeit wesentlich zu beachten. (z. B. medizinisch-technische Geräte, Krankenhausausrüstung)

- 4.) Plastisch-chirurgische Ausbildung von Ärzten, Schwestern und Pfleger in Entwicklungsländern:

Die Vermittlung plastisch-chirurgischer Operations- und Behandlungstechniken an engagierte und geeignete Ärzte, Schwestern und Pfleger des Entwicklungslandes ist wichtiger Bestandteil eines INTERPLAST-Einsatzes. In bestimmten Einzelfällen kann auch eine kurzzeitige plastisch-chirurgische Ausbildung in der Bundesrepublik Deutschland unterstützt werden.

§ 12 Stiftung

Der Verein INTERPLAST-Germany e. V. gründet und unterhält als Stifter zusätzlich eine rechtsfähige Stiftung zur nachhaltigen Unterstützung sämtlicher Vereinszwecke und zur Förderung längerfristiger Projekte für plastische Chirurgie in Entwicklungsländern. Die Stiftung trägt den Namen INTERPLAST-Stiftung.

§ 13 Auflösungsbestimmung

Bei Auflösung oder Aufhebung des Vereins oder bei Wegfall seines bisherigen Zwecks fällt das Vermögen des Vereins an die **INTERPLAST-Stiftung**, die dann die ihr zugewendeten Mittel im Rahmen der Bestimmungen der Gemeinnützigkeit und Mildtätigkeit zu verwenden hat.

§ 14 Schlußbestimmung

Die von der Mitgliederversammlung am 17. Oktober 1980 in Frankfurt am Main beschlossene Satzung wurde bei der Mitgliederversammlung am 7. März 2003 in Bad Kreuznach in die hier vorliegende Fassung geändert und einstimmig beschlossen. Die geänderte Fassung tritt mit ihrer Eintragung in das Vereinsregister in Kraft.



Inhaltsverzeichnis

Vorwort	3	Can Thao / Süd-Vietnam	74-76
Gedanken zum Abschied	4	Kamerun	77
Verein, Hauptkonto	5	Einsatzstatistik Phu Quoc / Vietnam	77
Zwölf Jahre Vorstandsarbeit	6	Einsätze 2010 Sektion Interplast München	78-82
INTERPLAST-Sektionen	7	Interplast-Hospital in Nepal	83-85
Zusammenarbeit mit Organisationen	8,18, 32	Medienfilmpreis für die „Himalaya-Klinik“	86
Aufgabenprofil für Teamleiter	9	Sankhu / Nepal	87
Was mir interplast persönlich bedeutet	10	Nepal und Cambodia	88-89
INTERPLAST Fundamentals	11	Takeo / Kambodscha	90
INTERPLAST Einsatzstatistik	12-13	Aizawl / Mizoram	91
Versicherung für INTERPLAST-Mitglieder	14	Ladakh / Indien	92-93
CME-Zertifizierung von INTERPLAST-Einsätzen	15	Haridwar / Uttarkandh, Indien	94-96
Umsatzsteuer-Vergütung	16	Khandwa / Madhya Pradesh	96-97
Wir gratulieren...	17, 39	Robertsganj / Indien	98
INTERPLAST-Akademie	19	Bangalore / Indien	98-100
INTERPLAST-Symposium	20-23	Mysore / Indien	101
Schwestern-Treffen	24	Westbengalen / Indien	102-103
Anästhesie-Treffen	25-26	West Bengalen / Indien	104-107
INTERPLAST-Europa	27	Tirupur / Indien	108-110
prointerplast Seligenstadt e.V.	28	Ruanda, Jemen, Eritrea	111
„SHARE“, THE ESPRAS HUMANITARIAN NETWORK	29-31	Taiz'z / Jemen	112
INTERPLAST-Stiftung	33	Jemen	112-114
Längerfristige Humanitäre Projekte	34-35	Murunda / Ruanda	114-116
41. Jahrestagung der DGPRÄC	36	YECHENJELLEY ERITREA	116-118
Homage an André	36	Kumasi / Ghana	119-120
Quo Vadis Interplast?	37-38	Kumasi und Sunyani / Ghana	121-123
EFI	40	Kofoissa / Benin	123-124
INTERPLAST Ehrenmitglieder	41	Nordnigeria	125-126
Mitgliederspektrum	42	Tulear / Madagaskar	127-128
Einsatz-Statistik	43	Das andere Jenseits von Afrika	128-129
Aktivitäten-Übersicht	44-45	Tosamanga / Iringa / Tansania	130-131
Aktivitäten auf einen Blick	46	Aktivitäten der Sektion Siebengebirge 2010	132-138
Einsatzberichte	47-145	Sierra Leone / Lunsar	139-140
Haiti	47-51	Bangwa / Kamerun	141-143
Verapaz / Guatemala	52-53	Manyemen / Kamerun	143-145
Guadalupe / Ecuador	54-55	30 Jahre INTERPLAST-Germany	146-152
Quevedo / Ecuador	55-57	Methodik des Gaumenspaltverschlusses	153-159
Ciudad del Presidente el Franco / Paraguay	57-60	Therapie von Lippen-Kiefer-Gaumen-Spalten	160-165
Kolonie Friesland / Paraguay	60-63	Ausführliche Beschreibung der Versicherungen	166-167
Peru	64-65	ESPRAS SHARE and INTERPLAST-Europe	168-169
Bolivien	66-69	INTERPLAST Einsatz-Profil	170
Maranhao / Brasilien	69-71	Mitgliedsantrag	171
Mindanao / Philippinen	71	Vereinsatzung	172-173
Pangasinan / Philippinen	72-73	Inhaltsverzeichnis	174