

INTERPLAST- Germany e.V.

*Gemeinnütziger Verein  
für Plastische Chirurgie  
in Entwicklungsländern*



**Jahresbericht 2004**

**Nr. 19**



[www.interplast-germany.de](http://www.interplast-germany.de)

*Rudolf-Stollen Bad Kreuznach*

# Radon

*Heilkraft der Natur*



*Kompetenz aus 100 Jahren Radontherapie 1904 - 2004*

## Warum Bad Kreuznach?

- Radonanwendungen im Rudolf-Stollen in Bad Kreuznach werden von den Kassen übernommen oder können privat abgerechnet werden.
- Die Radonkonzentration beträgt im Mittel ca. 110 Becquerel oder 3,0 Nano-Curie. Zehn einstündige Behandlungen entsprechen etwa einer Strahlenbelastung eines 3-wöchigen Aufenthaltes im Hochgebirge.
- Die Inhalation findet bei Raumtemperatur statt.
- Der Kurgast bleibt bei der Behandlung bekleidet.
- Die Behandlung im Radon-Stollen kann allein oder aber zusätzlich zu physikalischen Therapien verordnet werden.
- Ärztliche Leitung: Sanitätsrat Dr. med. Hans Jöckel, Internist und Rheumatologe, Vorsitzender des Badearztvereins.



**crucenia**

Gesundheitszentrum  
Kurhausstrasse 22-24  
55543 Bad Kreuznach

### Öffnungszeiten:

ganzjährig nach Vereinbarung

### Weitere Auskünfte:

#### Telefon:

0671 - 99 14 30 Frau Scholz-Tautz  
0671 - 99 14 31 Frau Emmert



*Radon Heilkraft der Natur - [www.crucenia.de](http://www.crucenia.de)*



## Liebe INTERPLAST-Freunde, liebe Mitglieder !

Lassen Sie sich von den vielen Einsatzberichten begeistern und erleben Sie wie individuell unterschiedlich die INTERPLAST-Einsätze in den entlegendsten Orten der Welt geprägt sind. Unvorhergesehene Schwierigkeiten erfordern Improvisationstalent und technisches Können. Teamarbeit, Toleranz und Kooperationsbereitschaft mit den Ärzten, Schwestern und Pflegern vor Ort sind die Grundlage für unsere effektive Hilfe.

INTERPLAST in Deutschland unterscheidet sich von anderen Hilfsorganisationen dadurch, dass wir keinen aufwendigen Verwaltungsapparat vorhalten, der alles plant und regelt. Jedes INTERPLAST-Mitglied ist aufgefordert, sich selber zu engagieren und die Einsätze mitzugestalten. Dazu gehört selbstverständlich auch, dass wir nach einem Einsatz mit frischen Eindrücken und lebendigem Fotomaterial Spenden als Grundlage für weitere Einsätze rekrutieren.

Bei aller Begeisterung für die Öffentlichkeitsarbeit sollten Seriosität und Bescheidenheit aber weiterhin den Charakter unseres Vereins prägen. Natürlich wird die Identifikation mit Einzelpersonen vorangetrieben und die Selbstdarstellungsmöglichkeit gefördert, doch sollte nie in Vergessenheit geraten, dass die INTERPLAST-Idee immer von vielen getragen und realisiert wird: nur im Team können wir unsere humanitäre Aufgabe lösen und im Bewußtsein, dass die vielen Spender unser Wirken überhaupt erst ermöglichen.

Im Jahr 2004 wurden bei 47 Einsätzen 3720 Patienten geholfen, hinzukommen 1457 Patienten, die im INTERPLAST-Hospital in Nepal operiert wurden. Dies ist sicher mehr als nur ein Tropfen auf den heißen

Stein. Aber nicht die Anzahl ist es, nach der wir streben - nein, es gilt vielmehr immer wieder aufzuzeigen, dass jeder einzelne Mensch es wert ist, dass ihm geholfen wird und wenn er noch so arm ist!

Zur Förderung längerfristiger Projekte für Plastische Chirurgie in Entwicklungsländern wurde im Sommer 2004 zusätzlich die INTERPLAST-Stiftung gegründet, um so regelmäßig anfallende Kosten aufzufangen und die Einsätze kleinerer Sektionen nicht zu belasten.

An das Jahrestreffen 2004 in Bad Kreuznach denken wir mit großer Freude zurück, wo viele Aktivisten von der Zusammenarbeit mit anderen Organisationen berichteten und Donald Laub, der Gründungsvater von INTERPLAST in den USA, die Bedeutung der Ausbildung unserer ausländischen Kollegen hervorhob. In Zukunft wird die internationale Kooperation bei der gezielten Hilfe für die Entwicklungsländer immer wichtiger und ist dank Internet auch leichter zu verwirklichen ([www.Interplast-Europe.org](http://www.Interplast-Europe.org)).

Immer mehr Menschen sind von dem INTERPLAST-Gedanken der direkten unbürokratischen Hilfe vor Ort so begeistert, dass sie bei uns mitmachen wollen oder uns regelmäßig als Fördermitglieder finanziell unterstützen. Mittlerweile zählen wir über 750 eingetragene Mitglieder und freuen uns, wenn Sie uns stets Ihre aktuelle Adresse (und e-mail) mitteilen, damit wir Ihnen auch aktuelle Informationen zusenden können. Großer Dank gilt hier unserer INTERPLAST-Sekretärin Camilla Völpel, die mit kreativem Sachverstand und Unterstützung ihrer ganzen Familie die Verwaltung und Betreuung unserer Mitglieder und Spender liebevoll organisiert.



Auch in diesem Jahr wieder ein ganz herzliches Dankeschön an Waltraud Huck von Pro-Interplast – unglaublich was sie mit Ihrem unermüdlichen Engagement schon bewegt hat: unzählige Einsätze wurden durch sie finanziert und somit tausenden von Patienten geholfen.

Und so gilt nach wie vor: Die aufrichtige Hilfsbereitschaft vieler Menschen ist immer wieder Motivation und Anstoß, während unseres Urlaubs sich für die Ärmsten der Armen in der Ferne einzusetzen und ihnen durch unsere plastisch – chirurgischen Operationen zu einem neuen Leben zu verhelfen.

Danke für Ihr Engagement!

Mit herzlichen Grüßen  
aus Bad Kreuznach

Ihr  
André Borsche  
und das Vorstands-Team



## Wir Gratulieren . . .

### Verleihung der Simon-Reichwein-Plakette an Sigrid Nass



**Der Vorsitzenden der Bezirksärztekammer Trier, Herr Dr. med. F. Peter Schwerdtfeger überreichte auf Vorschlag des Vorstandes vom 8. Dezember 2004 Frau Sigrid Nass die Simon-Reichwein-Plakette der Bezirksärztekammer Trier:**

Liebe Frau Sigrid Nass,

die Bezirksärztekammer Trier ehrt durch die Verleihung der Simon-Reichwein-Plakette Ihren aufopferungsvollen Einsatz für INTERPLAST-Germany, mit dem Sie das Ansehen des ärztlichen Berufsstandes gesteigert und sich durch ihre Hilfe für die Menschen in den Entwicklungsländern während Ihrer eigentlichen Urlaubszeit hohe Verdienste erworben haben.

Sie sind am 30. November 1957 in Idar-Oberstein geboren. Nach der ärztlichen Prüfung an der Universität Köln erhielten Sie am 1. Januar 1991 Ihre Approbation als Ärztin. Nach ärztlicher Weiterbildung am Krankenhaus der Barmherzigen Brüder wurde Ihnen am 16. Mai 1995 die Anerkennung als Fachärztin für Anästhesiologie erteilt.

Sigrid Nass zählt zu den Menschen, die sich für INTERPLAST-Germany und die damit verbundene Aufgabe, engagieren.

Mit ihrer kompetenten und menschlichen Art gewinnt Sie schnell das Vertrauen der hilfeschuchenden Menschen vor Ort und die Herzen der zu operierenden Patienten. In vielen Einsätzen

hat sie unzähligen schwer entstellten Kindern durch ihre Narkosen die plastischen Operationen ermöglicht, denen nun auf diese Weise die Welt geöffnet wurde.

Frau Nass ist seit ca. 17 Jahren im Bräderkrankenhaus in Trier als Anästhesistin beschäftigt. Ihre fachliche Kompetenz und ihre Freude am Beruf führten dazu, dass sie sich für INTERPLAST-Germany interessierte und schließlich 1996 ihren ersten Interplast-Einsatz tätigte.

Es gibt zwei Gruppen von INTERPLAST-Mitreisenden: diejenigen, die einmal mitfahren und feststellen, dass es schön war; aber einmal im Leben

genügt, und diejenigen, die einmal mitfahren und es nie wieder lassen können.

Frau Nass zählt zu den Letzteren; insgesamt hat sie über 10 Einsätze begleitet, z.B. nach Sierra Leone, Sri Lanka, Brasilien, Madagaskar oder Nepal. Mit viel Fleiß und Engagement organisierte sie die benötigten Materialien für die Anästhesie und oftmals auch für die Operateure. Geräte zur Überwachung der Narkose hat sie selbst beschafft und die dafür entstandenen Kosten getragen. Im Juni 2004 hat sie eine Perücke für ein brasilianisches Mädchen besorgt, welches nach Verbrennungen ihre Haare verloren hatte und sich nicht mehr in die Öffentlichkeit traute. Dieses Mädchen ist jetzt überglücklich und hat wieder neuen Mut gefunden.

Ohne den Einsatz solcher Menschen wie Sie, würde eine Organisation wie INTERPLAST-Germany nicht funktionieren!





## INTERPLAST-Germany e.V.

Gemeinnütziger Verein für Plastische Chirurgie in Entwicklungsländern

Vorstand: Dr. André Borsche, Kathrin Sojka, 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 - Telefon: (0671) 6052712 • Internet: [www.interplast-germany.de](http://www.interplast-germany.de)



### *Aufgabenbereiche des Interplast – Vorstandes*

#### **Vereinsstruktur, Finanzierungen**

André Borsche

☎ 06 71 / 6 05 21 10

[Borsche@Interplast-Germany.de](mailto:Borsche@Interplast-Germany.de)

#### **Internet-Hompage**

Marc Haara

☎ 0 61 31 / 49 66 91

[Webmaster@Interplast-Germany.de](mailto:Webmaster@Interplast-Germany.de)

#### **Einsatz-Planung und – Anmeldung**

Nuri Alamuti

☎ 06 11 / 5 65 77 60

[Alamuti@Interplast-Germany.de](mailto:Alamuti@Interplast-Germany.de)

#### **Anästhesie**

Hajo Schneck

☎ 0 80 92 / 82 23 80

[Hajo.Schneck@LRZ.TU-München.de](mailto:Hajo.Schneck@LRZ.TU-München.de)

#### **Versicherungen**

Dietmar Scholz

☎ 06 11 / 5 65 77 61

[Scholz@Interplast-Germany.de](mailto:Scholz@Interplast-Germany.de)

#### **Mitglieder, Spenden**

Camilla Völpel, Interplast Sekretärin

☎ 01 71 / 8 24 45 08

[Sekretariat@Interplast-Germany.de](mailto:Sekretariat@Interplast-Germany.de)

## *Spendenkonto von INTERPLAST-Germany e.V.*

### **Hauptkonto für Spenden und Mitgliedsbeiträge:**

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

#### **Sektionskonten:**

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

#### **Projektbezogene Spenden:**

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

### **Interplast-Hauptkonto:**

**Konto-Nr.: 2 571 990**

**BLZ: 370 700 24**

**Deutsche Bank Köln**

**IBAN DE 97 37 07 00 24 02 57 19 90 00**

**BIG DEUTDEDBKOE**

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



## Was kann ich für INTERPLAST-Germany tun?

Der fachlichen Kompetenz und dem sozialen Einfühlungsvermögen der beteiligten Ärztinnen und Ärzte kommt bei jedem Operationseinsatz eine besondere Bedeutung zu.

Neben den häufig komplizierten Krankheitsfällen mit den daraus resultierenden hohen fachlichen Herausforderungen stellt die Einfachheit der vor Ort vorhandenen Einrichtungen die Belastbarkeit auf eine starke Probe.

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

Sicherlich können Sie sich vorstellen, daß die 2-3wöchigen Operationseinsätze auch große Anforderungen an die körperliche und seelische Belastbarkeit der Mitreisenden stellen.

Um möglichst vielen Patienten pro Aufenthalt helfen zu können, beginnt jeder Operationstag am frühen Morgen und endet oft erst weit nach Sonnenuntergang. Oft hat es sich bereits vor der Ankunft des Teams „herumgesprochen“,



daß, wir kommen. Die Menge der Hilfsuchenden, die sich dann eingefunden hat, ist oft größer als versorgt werden kann. Dann beginnt die schwierige Aufgabe, unter all den hoffnungsvollen Gesichtern diejenigen auszuwählen, denen man am besten helfen kann.

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

Man ist also schon nach wenigen Tagen völlig überwältigt von den Eindrücken und völlig erschöpft durch die langen Operationstage (und auch völlig glücklich über das, was man erreichen konnte). Den-

noch ist man Gast im Land und sollte sich freundlich und zugewandt verhalten.

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

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

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

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

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

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



## Sektionen, Adressen und Konten

1. **Sektion Frankfurt / Main**  
Dr. Joch / Dr. Lampe  
Emmerichshohl 5 · 61352 Bad Homburg  
☎ 0 61 72 / 48 99 79 · 📠 0 6172 / 48 99 79  
[Dr.Joch@t-online.de](mailto:Dr.Joch@t-online.de)  
Kto: 506 1 709 BLZ: 500 922 00  
Volksbank Main-Taunus
2. **Sektion Stuttgart**  
Prof. Dr. Dr. Widmaier  
Keltenstr. 6 · 71229 Leonberg  
☎ 0 71 52 / 4 32 23 · 📠 0 71 52 / 7 51 53  
[GretelWidmaier@aol.com](mailto:GretelWidmaier@aol.com)  
Kto: 0 172 805 201 · BLZ: 600 800 00  
Dresdner Bank Stuttgart
3. **Sektion München**  
Dr. Schoeneich  
Tal 11 · 80331 München  
☎ 0 89 / 22 59 39 · 📠 0 89 / 2 90 43 14  
[InterplastGermanyMuc@t-online.de](mailto:InterplastGermanyMuc@t-online.de)  
[www.interplast-munich.org](http://www.interplast-munich.org)  
Kto: 558 738 804 · BLZ: 700 100 80  
Postbank München
4. **Sektion Eschweiler**  
Dr. Nick  
Dechant-Deckers-Str. 8 · 52249 Eschweiler  
☎ 0 24 03 / 76 12 56 · 📠 0 24 03 / 3 44 33  
Kto: 6 103 289 015 · BLZ: 39 360 097  
Volksbank Eschweiler  
Dr. Gensior  
Mühlenstr. 3-5 · 41352 Korschenbroich  
☎ 0 21 61 / 64 6 18 · 📠 0 21 61 / 64 89 64  
[info@chirurgie-korschenbroich.de](mailto:info@chirurgie-korschenbroich.de)  
Kto: 261 288 710 · BLZ: 30 550 000  
Sparkasse Neuss
5. **Sektion Bad Kreuznach**  
Dr. Borsche  
Ledderhoser Weg 35 · 55543 Bad Kreuznach  
☎ 06 71 / 7 42 20 · 📠 06 71 / 7 43 38  
[Borsche@Interplast-Germany.de](mailto:Borsche@Interplast-Germany.de)  
[www.Interplast-BadKreuznach.de](http://www.Interplast-BadKreuznach.de)  
Kto. 100 33 777 · BLZ: 560 501 80  
Sparkasse Rhein/Nahe
6. **Sektion Duisburg**  
Dr. Preißler / Dr. Tönnissen  
Barbarastr. 67 · 47167 Duisburg  
☎ 02 03 / 5 19 96 72 · 📠 02 03 / 58 61 64  
[Info@Plast-Chirurgie-Duisburg.de](mailto:Info@Plast-Chirurgie-Duisburg.de)  
Kto: 560 360 000 · BLZ: 350 400 38  
Commerzbank Duisburg
7. **Sektion Siebengebirge**  
Dr. Schidelko  
Luisenstr. 16 · 53604 Bad Honnef  
☎ 0 22 24 / 55 01 · 📠 0 22 24 / 96 70 77  
[Info@CTS-Honnef.de](mailto:Info@CTS-Honnef.de)  
Kto: 2 777 779 · BLZ: 380 400 07  
Commerzbank Honnef
8. **Sektion Vreden**  
Dr. Lehmköster  
An't Lindeken 100 · 48691 Vreden  
☎ 0 25 64 / 99 40 08 · 📠 0 25 64 / 99 46 06  
[Arnulf@Dr-Lehmkoester.de](mailto:Arnulf@Dr-Lehmkoester.de)  
[www.Dr-Lehmkoester.de](http://www.Dr-Lehmkoester.de)  
Kto. 51 129 922 · BLZ 401 545 30  
Sparkasse Westmünsterland
9. **Sektion Heidelberg**  
Dr. Döbler  
Römerstr. 1 · 69115 Heidelberg  
☎ 0 62 21 / 18 18 01 · 📠 0 62 21 / 18 18 02  
[Doebler.Dr.Atos@t-online.de](mailto:Doebler.Dr.Atos@t-online.de)  
Sektion bis 31. 12. 2004
10. **Sektion Schopfheim**  
Dr. Zabel  
Schulstr. 30 · 79650 Schopfheim  
☎ 0 76 22 / 12 15 · 📠 0 76 22 / 68 37 25  
[Dr.Guenter.Zabel@t-online.de](mailto:Dr.Guenter.Zabel@t-online.de)  
Kto: 3 197 779 · BLZ: 683 515 57  
Sparkasse Schopfheim
11. **Sektion Nepal Projekt**  
Hein Stahl / Prof. Lemperle  
Am Mühlengraben 1 · 53773 Hennef  
☎ 0 22 42 / 8 09 83 · 📠 0 22 42 / 87 43 36  
[HeinStahl@gmx.de](mailto:HeinStahl@gmx.de)  
Kto: 9 28 01 · BLZ: 370 502 99  
Kreissparkasse Köln  
Dr. Andreas Settje  
Sushma Koirala Memorial · Hospital/Nepal  
P.O. Box: 13227  
☎ 0 09 77 / 14 45 08 26 · 📠 0 09 77 / 14 45 07 25  
[Settje@wlink.com.np](mailto:Settje@wlink.com.np)  
[www.nepal-hospital.de](http://www.nepal-hospital.de)
12. **Sektion Baden-Baden / Rastatt**  
Dr. Dr. Herr  
Mozartstr. 31 · 76437 Rastatt  
☎ 0 72 22 / 1 79 79 · 📠 0 72 22 / 2 37 25  
[Dr.Dr.med.Herr-Plast.Chirurgie@web.de](mailto:Dr.Dr.med.Herr-Plast.Chirurgie@web.de)  
Kto: 30 81 12 08 · BLZ: 662 900 00  
Volksbank Baden-Baden / Rastatt
13. **Pro-Interplast Hattingen Ruhrgebiet e.V.**  
Prof. Dr. Dr. Voy  
Grosse Weil Str. 41 · 45525 Hattingen/Ruhr  
☎ 0 23 24 / 68 33 40 · 📠 0 23 24 / 68 33 410  
[baur-voy@t-online.de](mailto:baur-voy@t-online.de)  
Kto: 9 15 53 · BLZ: 430 510 40  
Sparkasse Hattingen
14. **Zweig Südbayern:** Dr. Andreas Schmidt  
Prof.-Küntscher-Str. 8 · 82418 Murnau  
☎ 0 88 41 / 48 23 59 · 📠 0 88 41 / 48 26 00  
[ASchmidt@BGU-Murnau.de](mailto:ASchmidt@BGU-Murnau.de)  
Kto: 29 999 · BLZ: 700 500 00  
Bayerische Landesbank



## 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](http://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. med. Hajo Schneck**

Anästhesie-Abteilung der Kreisklinik

Pfarrer-Guggetzer-Str. 3

D-85560 Ebersberg

Telefon +49-8092-82-2380

Telefax +49-8092-82-2345

e-mail: [hajo.schneck@lrz.tu-muenchen.de](mailto:hajo.schneck@lrz.tu-muenchen.de)



### AWD-STIFTUNG KINDERHILFE DEUTSCHLAND

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

Rendsbuger Straße 34, 30659 Hannover

Telefon 05 11 / 90 20 - 2 68

Telefax 05 11 / 90 20 - 2 50

[stiftung.kinderhilfe@awd.de](mailto:stiftung.kinderhilfe@awd.de)

### Hammer FORum e.v.

humanitäre medizinische Hilfe  
für Kinder aus Kriegs-  
und Krisengebieten

Ostenallee 107, 59071 Hamm

Telefon 0 23 81 / 986 555/556

Telefax 0 23 81 / 986 555

[HaForum@aol.com](mailto:HaForum@aol.com)

Bankverbindung:

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

### hilfsaktion "noma" e.v.

Die Noma (Wangenbrand) Hilfsaktion für die Kinder in Niger.

Ute Winkler-Stumpf

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

e-mail: [noma@donau.de](mailto:noma@donau.de) – internet: [www.noma.donau.de](http://www.noma.donau.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 - 73

Email: [ttm@ttm-germany.de](mailto:ttm@ttm-germany.de)

[www.ttm-germany.de](http://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: [DreiTReisen@aol.com](mailto:DreiTReisen@aol.com)





## Versicherung der Mitglieder der INTERPLAST-Teams

Dieses Thema ist im Laufe des letzten Jahres von zunehmender Bedeutung geworden.

Zunächst einmal sind die Anfragen zu diesem Thema deutlich mehr geworden. Nicht nur von Seiten der Teammitglieder von INTERPLAST sondern auch von Vertretern anderer im Gesundheitswesen gemeinnützig tätiger Organisationen wurden wir zu diesem Themenbereich vermehrt angesprochen.

Darüber hinaus haben sich Änderungen ergeben, die es nötig machen den **Ablauf der Einsatzmeldung sowie das dazu notwendige Formular zu ändern.**

Leider hat das vergangene Jahr auch gezeigt, dass das Interesse an diesem Themenkomplex leider nicht unbegründet ist. Denn wir hatten drei Teammitglieder die im Rahmen Ihrer gemeinnützigen Tätigkeit für unseren Verein im Ausland verletzt wurden bzw. so stark erkrankten, dass sie Ihren Einsatz abrechnen mussten bzw. sich auch noch nach Ihrer Rückkehr nach Deutschland in ärztliche Behandlung begeben mussten.

Um eine bestmögliche Versorgung der Teammitglieder und die Wahrung ihrer Ansprüche zu gewährleisten daher die dringende Bitte an die Teamleiter die Mitglieder „Ihres“ Teams rechtzeitig vor Reiseantritt zu melden.

Aufgrund der Vorgaben die uns der Träger unserer Unfallversicherung vorgibt (BGW) müssen Sie dabei bitte folgenden Ablauf einhalten:

1. Jeder Einsatz muß beim Vorstand oder dem Sektionsleiter gemeldet werden.
2. In dieser Meldung müssen die Personalien jedes Teammitglieds sowie der Aufenthaltsort und das Aufenthaltsland sowie die Daten von

An- und Abreise aufgeführt sein. **Das entsprechende Formular wurde geändert.** Sie finden es auf der Homepage, Sie können es bei Frau Völpel im Interplast-Sekretariat (0171-8244508), beim Vorstand und den Sektionsleitern anfordern.

3. **Neu:** Dieses Meldungsformular muß vom **Teamleiter** unterschrieben und vom **Vorstand oder vom Sektionsleiter** gegengezeichnet werden.
4. Dieses unterschriebene Formular muß bis **zum Tag vor** dem Reiseantritt per Fax oder Post bei der BGW vorliegen. Die BGW meldet dann dort eingegangenen Anmeldungen bei mir.

Auf der Grundlage der so gemeldeten Einsätze schliessen wir dann für Sie die **Auslandsrankenversicherung sowie die Privat- und Berufshaftpflichtversicherung** für Ihre Tätigkeit für INTERPLAST während des Einsatzes ab.

### Bitte beachten Sie:

Nur Teammitglieder die ihren ständigen Wohnsitz in Deutschland (oder dem Geltungsbereich des Grundgesetzes) haben können über die BGW unfallversichert werden. Für die Haftpflicht- sowie die Auslandsrankenversicherung gilt diese Einschränkung nicht.

**Selbständige können** inzwischen genauso wie alle anderen auf diesem Weg **versichert werden.** Die BGW hat dies erfreulicherweise geändert.

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

[http://www.auswaertiges-amt.de/www/de/laenderinfos/reise\\_warnung\\_html](http://www.auswaertiges-amt.de/www/de/laenderinfos/reise_warnung_html)

Die Berufshaftpflichtversicherung gilt nicht für Kanada und die USA.

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

Dennoch ergeben sich für jeden Einsatz für das gesamte Team Kosten in Höhe von ca. EUR 350,.

Im Vergleich zu dem was die Versicherung für den einzelnen „im Fall der Fälle“ – den wir nie erleben wollen – bedeutet ist dieses Geld gut ausgegeben. Dennoch wäre es schade wenn es wegen formaler Fehler umsonst ausgegeben worden wäre.

Natürlich ist das Ausfüllen eines Formulars so ziemlich das letzte was man sich bei der Planung eines INTERPLAST-Einsatzes wünscht. Der Aufwand erscheint uns aber angesichts des Nutzens für vertretbar.

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

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



Dietmar Scholz



Nuri Alamuti



## Verleihung des Pitzer-Preises am 08. November 2004 an Klaus Exner Idee, Gründung und Entwicklung von INTERPLAST-Germany



Pitzer-Preis für Klaus Exner

Alle, die mit INTERPLAST über viele Jahre verbunden sind, haben sich über die Preisvergabe der Pitzer-Stiftung an Klaus Exner sehr gefreut. Diese Preis-Verleihung gibt dem 25-jährigen Bestehen von INTERPLAST Germany eine besondere Note und zeigt, wie sich die Idee der freiwilligen, medizinischen Hilfe Plastischer Chirurgen in den Ländern der Dritten Welt durchgesetzt hat.

Anfang November 1979 hatte Gottfried Lemperle mit einem kleinen Team aus dem Markus-Krankenhaus/Frankfurt ein amerikanisches INTERPLAST-Team um Donald Laub, dem Gründer von INTERPLAST America, nach Ecuador begleitet und den Gedanken der aktiven plastisch-chirurgischen Hilfe für Patienten mit angeborenen Fehlbildungen und Verbrennungsfolgen hier kennengelernt. Er brachte die Idee mit nach Europa und gründete 1980 INTERPLAST Germany.

Die ersten Einsätze führten INTERPLAST Germany nach Afrika, wobei der allererste von Deutschland aus organisierte Interplast-Einsatz von Klaus Exner 1981 nach Ghana geleitet wurde, in ein Missionshospital, zu dem das Markus-Krankenhaus enge Beziehungen pflegte.

Als ich einige Jahre später ans Markus-Krankenhaus kam, wurde immer noch von diesen ersten Einsätzen berichtet und es war selbstverständlich, daß die jüngeren Kollegen, die die Ausbildung zum Plastischen Chirurgen durchliefen, unbedingt an diesen Einsätzen teilnehmen wollten. Wir sahen die Bilder von Patienten, die stärkste Verbrennungskontrakturen hatten, wo Arme, Hals oder Oberkörper so grotesk verwachsen waren, als Folge der Verbrennung, daß es an ein Wunder grenzte, wenn die verkrümmten Extremitäten durch die chirurgisch-plastische Therapie wieder gerade gerichtet wurden. Wir sahen auf den Dias Tumore, die uns völlig unbekannt waren und wir sahen furchtbare Lippen-, Kiefer- und Gaumenspalten und die erstaunlichen Ergebnisse, die die Plastische Chirurgie erzielt hatte.

Im ersten Jahrzehnt des Bestehens von INTERPLAST Germany, also von 1980 bis 1989, wurden 48 Einsätze durchgeführt. Dabei wurden 4.074 Patienten behandelt. Diese Einsätze wurden fast ausschließlich von ehemaligen Mitarbeitern des Markus-Krankenhauses aus dem Frankfurter Raum heraus organisiert.

Wie sich INTERPLAST Germany dann aber entwickelt hat, grenzt an ein Wunder. Der Funke sprang von Frankfurt aus auf fast jede größere plastisch-chirurgische Klinik in Deutschland über. Es wurden entweder eigene Sektionen gegründet oder die Kliniken unterstützten mit Teams die INTERPLAST-Einsätze.

Dies soll eine zweite Zahl verdeutlichen. Wenn in den ersten zehn Jahren 48 Einsätze durchgeführt wurden, dann wurden allein im Jahre 2003 durch die Ausweitung der Organisation 42 Einsätze durchgeführt; bei diesen 42 Einsätzen wurden 3.490 Patienten operiert, also hat sich die Kapazität in den letzten 25 Jahren verzehnfacht. Dieser enorme Erfolg der Idee geht auf die Pionierarbeit von Gottfried Lemperle und Klaus Exner zurück.

Natürlich gibt es neben großen Erfolgen auch Kritik an INTERPLAST Germany und an der Idee, medizinische Hilfe auf freiwilliger Basis in Länder zu bringen, deren Medizinsystem nicht so entwickelt ist, wie das unsere. Natürlich gibt es auch einheimische Plastische Chirurgen in den Gastländern. Oft ist es ihnen natürlich nicht angenehm, wenn ausländische Kollegen sich um die Armen dieser Gesellschaften kümmern. Sie fühlen diese Verpflichtung selbst, sind aber materiell natürlich auf Einnahmen, die sie mit ihrem Beruf erzielen angewiesen, um ihre Familien zu unterhalten. Oft ist es ihnen nicht möglich, Materialien, Operationskapazität, Verbände und Zeit aufzuwenden, weil sie selbst nicht genug materielle Ressourcen haben, dies umsonst zu tun.

Wir haben oft den Eindruck, daß sie ebenfalls die Verpflichtung fühlen, ihren Landsleuten zu helfen. So hat es sich auch eingebürgert, daß INTERPLAST-Teams die Kooperation mit einheimischen Ärzten suchen, ihnen Materialien zurücklassen und mit ihnen zusammen operieren, um Fertigkeiten und Erkenntnisse aus Europa zu vermitteln.

Oft ist die Bereitschaft der Kollegen zu lernen, mitzuarbeiten groß, doch oft auch fühlen sie sich in ih-



rer beruflichen Ehre zurückgesetzt und verletzt.

Hier einen sensiblen Weg zu finden, denn wir sind Gäste in diesen Ländern, ist oft schwierig. Es gibt den Begriff des 'humanitären Kolonialismus'. INTERPLAST bemüht sich, kooperativ, kollegial und sensibel mit diesen Problemen umzugehen.

Außerdem werden wir an unseren Einsatzorten mit hygienischen Bedingungen und einfachsten Verhältnissen konfrontiert, unter denen wir hier in Deutschland nicht arbeiten dürften und auch nicht arbeiten könnten. Dort müssen wir es. Sich unter diesen Verhältnissen zurecht zu finden und unter diesen schwierigen Bedingungen Patienten zu helfen und diese schwierigen Bedingungen so zu organisieren, daß ein gutes Resultat für die Patienten folgt, ist nun wieder für die, die sich unter diesen Bedingungen durchsetzen und dann an ihre Heimathospitäler zurückkehren, von außerordentlichem Wert. Wenn man zwei bis drei Wochen in Ländern verbracht hat, wo die tägliche Nahrung, sauberes Wasser oder gar saubere, hygienische Bedingungen eher die Ausnahme sind, dann sieht man das Leben hier in einer materiellen Überflussesgesellschaft mit ganz anderen Augen. Auch dies ist eine Folge von INTERPLAST-Einsätzen.

Alle Teams organisieren ihre Einsätze selber, bemühen sich um Spenden von pharmazeutischen und chirurgischen Firmen, um die notwendigen Medikamente und Operationsmaterialien zu erhalten. Außerdem bringen sie die finanziellen Mittel für Flug und Unterbringung größtenteils durch Vorträge über ihre Arbeit in diesen Ländern selbst auf. Hier sind Rotary Clubs, Lions Clubs und andere sozialorientierte Organisationen wichtige

Adressen, die sich immer wieder für unsere Arbeit begeistern lassen.

INTERPLAST Germany beschäftigt keine vollamtlichen Mitarbeiter. Dies im Gegensatz zu INTERPLAST America. Alle Arbeit ist ehrenamtlich, jeder gespendete Cent kommt den Patienten zugute. Trotz allem kostet ein Einsatz 10.000 bis 15.000 Euro, doch für diese Summe können so viele Patienten in diesen Ländern operiert werden, daß eine Operation ca. 100 Euro kostet. Dasselbe würde hier in Deutschland mit dem Krankenhausaufenthalt das Hundertfache verschlingen.

Doch nicht nur in den Ländern selbst, sondern auch hier in Deutschland mußten einige Patienten, die unter den gegebenen Umständen vor Ort nicht operiert werden konnten, behandelt werden.

In den letzten 25 Jahren wurden insgesamt 425 INTERPLAST-Einsätze in aller Welt durchgeführt. Ca. 40.000 Patienten wurden operiert. Dies ist nicht mehr der berühmte Tropfen auf den heißen Stein, sondern durch INTERPLAST-Hospitäler in Pakistan, Brasilien und Nepal, Burma und Tansania ist daraus eine kontinuierliche Hilfe erwachsen, die in enger Kooperation mit den Heimatländern, besonders auch die Plastische Chirurgie in diesen Ländern, mit entwickelt.

Einige Namen müssen in diesem Zusammenhang noch genannt werden: Waltraud Huck, die diesen riesigen Erfolg mit ihrem Verein Pro-INTERPLAST erst mit ermöglicht hat. Sie hat von den 425 Einsätzen sicher die Hälfte bezahlen können.

Genannt werden muß auch Dr. André Borsche, der augenblickliche Präsident von INTERPLAST Germany, der die Organisation ge-



*Gottfried Lemperle in Nepal*

strafft hat, der zusammen mit seinem Vorstandsteam sich um die Versicherung der Teams gekümmert hat, der eine hervorragende Öffentlichkeitsarbeit macht und der selbst immer wieder Teams organisiert und in Indien, Brasilien, Peru, Guinea und Iran arbeitet.

INTERPLAST Germany ist ein gemeinnütziger Verein, der viele Väter hat. Die Gründungsväter dieses Vereins sind Gottfried Lemperle und Klaus Exner. So war Exner in der Gründungsphase der stabilisierende und kontinuierliche Faktor. Nachdem er Nachfolger Professor Lemperles am Markus-Krankenhaus geworden war, hat er diese Arbeit nicht aufgegeben, sondern ist Jahr für Jahr weiterhin mit Teams aus Frankfurt in die Dritte Welt gereist und hat hier seine Arbeit fortgesetzt.

So freut sich heute Gottfried Lemperle, daß sein Nachfolger und derzeitige Präsident der Vereinigung der Deutschen Plastischen Chirurgen die INTERPLAST-Fahne in Deutschland hochgehalten und viele seiner Kollegen zu einem ähnlichen Tun angeregt hat.

Die besten Wünsche der gesamten Frankfurter und Deutschen INTERPLAST-Gemeinde gelten der weiteren erfolgreichen Arbeit der Pitzer-Stiftung, bei der wir uns für diese große Auszeichnung herzlich bedanken.

*Hermann Lampe, Frankfurt*



**Unbürokratische,  
menschliche Hilfe  
engagierter Ärzte in  
Entwicklungsländern**

**Sabrina Lenkeit, 12/2**

**Franziska Schmidt, 12/4**



## ***Seminarfacharbeit zum Thema: „Unbürokratische, menschliche Hilfe engagierter Ärzte in Entwicklungsländern“***

Im Rahmen ihrer Seminarfacharbeit nahmen die beiden Schülerinnen Franziska Schmidt und Sabrina Lenkeit aus Saalfeld einen Vergleich zwischen den beiden Hilfsorganisationen „Ärzte ohne Grenzen e.V.“ und „INTERPLAST-Germany e.V.“ vor.

### **Gemeinsamkeiten:**

- Ziel: unbürokratische Bekämpfung von Not und Leid
- Einsatz in medizinisch - unterentwickelten und von Armut betroffenen Ländern
- nicht beeinflusst durch ethnische Herkunft, politische oder religiöse Überzeugung
- Inkaufnahme persönlicher Opfer und Risiken
- Improvisationsvermögen des Einsatzteams
- Weiterbildung des lokalen Hilfspersonals im Gastgeberland
- Finanzierung überwiegend durch Spenden

### **Unterschiede:**

**Die größte private medizinische  
Hilfsorganisation der Welt**



**ÄRZTE  
OHNE GRENZEN e. V.**

**Médecins sans Frontières e.V.**

- Medizinische Nothilfe
- Sprachrohr für Menschen in Not
- Bis zu 100 Teilnehmer und mehr (situationsabhängig)
- Einsatzdauer: mehrere Monate, teilweise mehrere Jahre
- Unabhängigkeit
- Schneller, kurzfristiger Einsatz
- Ausgefeilte Logistik
- Z.T. Festangestelltes Personal
- Basisversorgung: Unterkünfte, Nahrung, Wasser, Medikamente etc.
- Hoher Bekanntheitsgrad
- Internationale Präsenz
- Internationale Werbung in den Medien



**INTERPLAST Germany e.V.**

**Gemeinnütziger deutscher Verein  
für Plastische Chirurgie in  
Entwicklungsländern**

- Plastisch-rekonstruktive Operationen
- Keine politische Einmischung
- 5-10 Teilnehmer; während ihrer Urlaubszeit
- Einsatzdauer: 2-3 Wochen
- Einsatz bedarf Einladung und Genehmigung
- Langfristige Planung
- Kein Logistiksystem
- Ehrenamtliche Mitgliedschaft
- Keine Basisversorgung
- relativ unbekannt
- Bundesweite Präsenz
- Keine Werbung, eher Einsatzberichte im Lokalkreis



„Die Zeit vergeht, wenn man etwas tut; sie vergeht auch, wenn man nichts tut. Die Zeit ist gleich lang, aber nicht gleich nützlich.“<sup>1)</sup>

Wer hätte gedacht, dass die Zeit nicht nur sinnvoll genutzt wird, indem man Märchen erfindet und erzählt wie der Schriftsteller Hans Christian Andersen? Ob es Mitte des 19. Jahrhunderts auch schon Menschen gab, die sich Organisationen anschlossen, um anderen zu helfen? Diese Frage kann ich zwar nicht beantworten, doch bin ich mir sicher, dass Andersen einen wichtigen Aspekt für das menschliche Zusammenleben anspricht, denn was kann man Nützlicheres tun, als sich sozial zu engagieren und damit dem Leben anderer wieder einen neuen Sinn zu geben?



Wohnsiedlung in Guinea

Ärzten bzw. Menschen in jeglichen anderen Gesundheitsbranchen, die ihren eigenen, wohlverdienten Urlaub dafür opfern, in Entwicklungsländer zu reisen, um dort wieder demselben oder gar größerem Alltagsstress ausgesetzt zu sein wie zu Hause, denen kann man

1) Hans-Christian Andersen, dänischer Schriftsteller, INTERPLAST Germany Jahrestagung, Bad Kreuznach, 05.03.2004.

2) Chinesisches Sprichwort, In: INTERPLAST - Jahresheft Nr. 18, 2003, S. 14.

3) Thomas Kreuzsch, INTERPLAST - Jahrestagung Bad Kreuznach, 05.03.2004.



INTERPLAST-Team im Einsatz

tatsächlich nachsagen, sie haben ihre Zeit effektiv genutzt.

### Die Hilfe aus Deutschland

Die Rede ist von den ehrenamtlichen Mitarbeitern des deutschen Hilfsvereins INTERPLAST Germany e.V., einem gemeinnützigen Verein für Plastische Chirurgie, dessen Mitglieder unentgeltlich plastischchirurgische Operationen in Entwicklungsländern durchführen.

Gemeinsam vertreten die teilnehmenden erfahrenen Ärzte und OP-Schwestern oder -Pfleger das Interesse, dem Leben hilfsbedürftiger Menschen in medizinisch unterentwickelten Ländern der Dritten Welt durch plastisch-rekonstruktive, chirurgische Eingriffe einen neuen Sinn und eine bessere Qualität zu geben, so dass sie sich wieder als ein sozial integrierter Teil der Gesellschaft fühlen. Des Weiteren verfolgt der Verein das Ziel, Ärzte und Krankenschwestern- bzw. Pfleger vor Ort auf dem Gebiet der Plastischen Chirurgie anzulernen, d.h. ihren Ausbildungsstand zu fördern.

### Die „Hilfe zur Selbsthilfe“

„Gib ihm einen Fisch und er hat heute etwas zu essen; lehre ihn fischen und er hat ein Leben lang zu essen.“<sup>2)</sup>

Diese so genannte „Hilfe zur Selbsthilfe“ bezweckt, dass einhei-

mische Ärzte und Helfer ihre eigenen Patienten künftig besser und effektiver medizinisch betreuen können und sie auch nach Abreise des INTERPLAST - Teams in der Lage sind, den behandelten Patienten weiterhin eine optimale medizinische Versorgung zu gewährleisten. Auch die Reise nach Deutschland zu Ausbildungszwecken kann gelegentlich für interessierte Ärzte ermöglicht werden.

Auf dem INTERPLAST Germany e.V. Jahreskongress im März 2004 in Bad Kreuznach, auf dem wir persönlich zugegen waren, formulierte Thomas Kreuzsch, ein Mitglied des Vereins, das Prinzip der Ausbildung einheimischer Operateure kurz und knapp wie folgt:

„I... ] besser 20 Operationen assistieren, als 90 selbst operieren.“<sup>3)</sup>

Daraus wird ersichtlich, dass allein die Assistenz einiger plastischer Operationen ein enormes Wissen vermitteln kann, das Motivation und Interesse an kontinuierlicher Kooperation beider Kulturen zur Folge hat. Bei der Zusammenarbeit mit dem Gastgeber achten die INTERPLAST-Mitglieder besonders darauf, durch humanitären Vorbildcharakter zu wirken. Dies bedeutet nicht etwa, sich durch die materielle Überlegenheit in den Vordergrund zu stellen, sondern vielmehr, auf diese Weise die Un-



Teamarbeit bei den Schwestern



Teamarbeit bei den Schwestern

terstützung der Menschen vor Ort zu gewinnen und das „Miteinander“ inner- und außerhalb des Operationssaales zu fördern und zu schulen. Dadurch werden die Ziele des Vereins, effektive Hilfe und Ausbildung zu leisten, erreicht und ein persönlicher Erfahrungsaustausch ermöglicht, der, wie auch Prof. Dr. Dr. J. Th. Lamprecht feststellte, die Mitarbeit bei Interplast Germany zu einem einmaligen und wertvollen Erlebnis macht.

*„Der Blick in eine andere soziale und kulturelle Welt verändert unser Weltbild, schafft Verständnis und Toleranz. Er bringt das Problem Wohlstand und Armut ins Bewusstsein. Persönliche Betroffenheit und das Gefühl, geholfen zu haben, gehören zu den wertvollsten Erfahrungen eines INTERPLAST-Einsatzes.“<sup>4)</sup>*

4) Prof. Dr. Dr. J. Th. Lamprecht, INTERPLAST Jahresheft Nr. 17, 2002, S. 10.

### Die Plastische Chirurgie als der Schwerpunkt

Wie der Name „INTERPLAST“ bereits erahnen lässt, konzentriert sich die Arbeit des Vereins auf die Plastische Chirurgie. In einer Welt des Wohlstandes und der optimalen medizinischen Versorgung, wie wir sie kennen und gewohnt sind, wird Menschen, die anders aussehen und nicht dem Schönheitsideal entsprechen, oftmals keine Aufmerksamkeit geschenkt. Leider sind Fehlbildungen und Erkrankungen in Entwicklungsländern, die eine solche Verachtung hervorrufen, keine Seltenheit. Die Ärzte von INTERPLAST Germany kommen durch plastisch-chirurgische Eingriffe den hilfsbedürftigen Opfern dieser Ungerechtigkeit zu Hilfe und ermöglichen ihnen somit den Weg in eine Welt, die ihnen von nun an offen steht.

Unter Hilfsbedürftigen werden Menschen mit angeborenen Fehlbildungen und schwerwiegenden Unfall- oder Kriegsfolgen verstanden, denen durch ihren Defekt das alltägliche Leben erschwert wird,



Mädchen mit Verbrennungsnarben

indem sie sich beispielsweise nur eingeschränkt selbst mit Nahrung versorgen können oder durch Ausgrenzung von der Gesellschaft an Minderwertigkeitskomplexen und sozialer Benachteiligung leiden. In vielen Ländern nämlich werden angeborene Fehlbildungen oder Erkrankungen als Strafe der göttlichen Mächte für ein Fehlverhalten



Schwere Gesichtsfehlbildung



Sorgenkind

angesehen und somit sozial geächtet. Daran lässt sich auch die Unwissenheit der Bevölkerung und besonders die der betroffenen Opfer erkennen.

Dem Bericht einer OP-Schwester auf der Jahreshauptversammlung 2004 in Bad Kreuznach konnten wir folgende Informationen entnehmen:

Von 78 befragten Patienten in Indien, die an Lippen-, Kiefer- oder Gaumenspalten litten, hatten 69 Personen keine Erklärung für ihre Fehlbildung, sechs waren der Meinung, es sei Schicksal bzw. eine Strafe Gottes und drei erahnten den Grund Abergläubischerweise in einer Mondfinsternis, die wäh-

rend ihrer Geburt stattgefunden haben soll.

Zu den vielen Leiden, die die Chirurgen der INTERPLAST Germany behandeln, gehören:

- angeborene Gesichtsfehlbildungen und Lippen-Kiefer-Gaumenspalten (LKG),



*Gesichtsfehlbildung*



*LKG - Spalten*



- Fehlbildungen der Extremitäten, die beispielsweise durch mangelnde Versorgung nach Krankheiten, wie z.B. Knochenbrüchen oder ähnlichem, entstehen können,



*Fuß mit sechs Zehen*



*Fehlbildung der Hand*

- schwere Verbrennungsnarben, die zu Bewegungseinschränkungen der Arme, Beine und des Kopfes führen,



*Bewegungseinschränkung des Kopfes*



*Bewegungseinschränkungen der Arme und Hände*





- oberflächennahe Tumore,



*Tumor am Hals und am Hinterkopf*



*Tumor am Handgelenk*



*Tumor im Gesicht*

- sowie Defekte durch Unfälle oder Kriegsfolgen.



*Kriegsverletzung am Schienbein*

Die Arbeit von INTERPLAST Germany ist also nicht mit der heutigen Schönheitschirurgie zu vergleichen, die infolge eines Schönheitswahnnes durchgeführt wird. Zwar spielt der ästhetische Faktor hierbei ebenfalls eine Rolle, jedoch erfolgt eine operative Behandlung primär aufgrund von Funktionseinbußen und erheblichen Entstellungen des Körpers.

Bei der Studie in Indien wurden die Patienten im Weiteren auch nach den auftretenden Problemen, die ihnen die Fehlbildung bereitet, so-

wie nach den Erwartungen an das Leben nach einer operativen Behandlung befragt. Der Großteil der Befragten litt unter Sprachproblemen und erschwelter Nahrungsaufnahme. Ein Kauen oder Essen mit geschlossenem Mund beispielsweise ist ihnen aufgrund der Spaltung unmöglich. Die Ästhetik, d.h. die Scham vor dem eigenen Aussehen, spielt ebenfalls eine sehr wichtige Rolle; eine Operation lässt hierbei auf ein neues, schöneres Erscheinungsbild und eine Verbesserung der Sprach- und



*Vorher - Nachher*



*Vorher - Nachher*



Ernährungsweise hoffen. Da für einige Kulturkreise die Verheiratung des Kindes mit einem von der Familie auserwählten Partner von großer existenzieller Bedeutung ist, erhoffen sich insbesondere junge, weibliche Patienten eine baldige Heirat durch größere Attraktivität nach einer Operation. Doch auch die berufliche Zukunft sollte nicht außer Acht gelassen werden: einige Patienten erwarten eine positive Entwicklung nach dem Eingriff. Wie aus der Befragung sehr deutlich hervorgeht, spielen also viele soziale Aspekte in das Fachgebiet der Plastischen Chirurgie hinein, die während eines Einsatzes zu beachten und zu kennen sind.

### **Projekteinsätze**

#### **Zahlen und Fakten**

Für einen INTERPLAST-Einsatz wird zunächst ein Operationsteam, bestehend aus erfahrenen Plastischen und Mund-Kiefer-Gesichts-Chirurgen, Anästhesisten und OP-Schwestern oder -Pflegerinnen, zusammengestellt. Jeder einzelne dieses Teams opfert seinen Urlaub, um in einem hilfsbedürftigen Land seine Hilfe anzubieten. Bedingung und Voraussetzung hierfür sind die Einladung und die Unterstützung durch ein Krankenhaus, die Einverständnis der dortigen Kollegen sowie die Genehmigung oder Duldung der Regierung des jeweiligen Landes.

Der Einsatz dauert in der Regel zwei bis drei Wochen; in dieser Zeit versucht man, so viele Patienten wie nur möglich zu operieren. Bei einem erfolgreichen Einsatz beträgt die Zahl der Behandelten durchschnittlich zwischen 100 und 150 Patienten. Die Kosten für die operative Behandlung eines Patienten betragen ca. €100; im Ver-



*INTERPLAST-Ausrüstung*

gleich zu einem europäischen Land stellt diese Summe nur einen Bruchteil des finanziellen Aufwandes einer Operation dar, da zum einen die Krankenhauskosten in den Entwicklungsländern deutlich geringer sind, und zum anderen die INTERPLAST-Teilnehmer unentgeltlich und ehrenamtlich arbeiten. Mit einem Kostenanteil von ca. € 10 000-15 000 ist bei einem solchen INTERPLAST-Projekt pro Land zu rechnen.

Bis auf die medizinische Ausrüstung, wie z.B. Nahtmaterial, die benötigten Medikamente, dazu zählen unter anderem die Narkosemittel, und Materialien, die meist von den entsprechenden pharmazeutischen Herstellerfirmen gesponsert werden, basieren die Kosten für Transport und Unterkunft des Teams größtenteils auf Spenden bzw. Bußgeldern, die von Richtern verhängt und dem Verein zugesprochen werden.

#### **Der Einsatz**

Nach Ankunft der Ärzte aus Deutschland muss zunächst eine Auswahl der Patienten erfolgen, die für das gesamte Team innere Konflikte und Entscheidungsschwierigkeiten mit sich bringt, da zunächst wie bereits genannt, auf die schwerwiegendsten, aber im Rahmen der Möglichkeiten zu behandelnden Krankheitsfälle Rücksicht genommen werden muss. Auf solche Hilfsbedürftigen und auf die ärmsten der Armen, d.h. diejenigen, die sich eine Behandlung ihrer Erkrankung nicht leisten können, wird bei der Patientenauswahl in erster Linie geachtet. Ist diese Entscheidung schließlich gefallen, wird versucht, mit viel Herz und Menschlichkeit das Vertrauen der Patienten zu erlangen.



Trostspender

*„Nach 6 Jahren und 10 Einsätzen bin ich heute noch berührt und finde es keineswegs selbstverständlich, dass Eltern mir, der völlig unbekannt, die kein Wort der Sprache versteht, ihre Kinder zur Narkose anvertrauen.“<sup>5)</sup>*

Lange Operationstage vom frühen Morgen bis spät nach Sonnenuntergang fordern von jedem Mitreisenden hohe körperliche und auch seelische Belastbarkeit.

Und obwohl man nur wenig Einblick in das Land, jedoch etwas mehr in die Lebenssituationen der Menschen vor Ort erhält, wird man vor die schwierige Aufgabe gestellt, unter miserabelsten Bedingungen mit den nur nötigsten, vor

Ort vorhandenen Mitteln zu arbeiten. Trotz Improvisation und enormer Anforderungen sollte man trotzdem die Fähigkeit besitzen, mit einem Lächeln auf den Lippen die Situation zielstrebig zu meistern.

*„Es ist eine große Herausforderung mit den eingeschränkten Gegebenheiten medizinisch zurechtzukommen; immer auch eine große Bereicherung, bei der alle Beteiligten hinzulernen.“<sup>6)</sup>*

Bei dem Besuch der Jahrestagung und aus zahlreichen E-Mail-Kontakten wurde uns bewusst, welche große Bedeutung ein Einsatz für den jeweiligen Mitreisenden mittlerweile gewonnen hat; immer wieder hörten und lasen wir die Worte „Fernweh“ und „Sehnsucht“ nach dem Erlebnis im Entwicklungsland. Warum sonst sollte ein Mensch 1-2-mal im Jahr darum bitten, an solch einem Einsatz teilnehmen zu dürfen?

*„INTERPLAST Mitreisende kann man in zwei Gruppen einteilen: Diejenigen, die einmal mitfahren und feststellen, dass es schön war, aber einmal im Leben genügt. Und diejenigen, die einmal mitfahren und es nie wieder lassen können.“<sup>7)</sup>*

Doch der Gewinn ist von unschätzbarem Wert; man erhält Dankbarkeit als Lohn.

### **Die Organisation und Finanzierung**

Freiwilliges, unentgeltliches Engagement der mittlerweile 550 eingetragenen Mitglieder bilden die Grundlage für die Arbeit der INTERPLAST Germany. Überwiegend durch Spenden- und Bußgelder, sowie durch Jahresbeiträge der Mitglieder können die Projekte und Aktivitäten finanziert werden, welche sich mittlerweile auf Länder in der ganzen Welt erstrecken.



Danksagende Kinderaugen

5) Dr. Mechthild Kretschmer, Anästhesistin, E-Mail, 2004, S. 1.

6) Prof. Dr. Dr. Peter Sieg: Statement. E-Mail, 17.08.2004, S. 1.

7) Interplast Motto: Was kann ich für INTERPLAST-Germany tun? In: INTERPLAST Jahreshft Nr. 16, 2001, S. 11.



Die eigentliche INTERPLAST - Idee entstand 1967 in Form von INTERPLAST USA durch den Gründer Donald Laub, den wir auf der Jahrestagung 2004 in Bad Kreuznach persönlich kennen lernten. Neben INTERPLAST Germany zählen auch INTERPLAST France, INTERPLAST Italy, INTERPLAST Holland und INTERPLAST UK zu den europäischen Vereinen, die sich derzeit mit dem Gedanken tragen, eine übergreifende Kooperation in Form eines Zusammenschlusses zu INTERPLAST Europe zu schaffen. Auch der Aufbau einer INTERPLAST Stiftung ist momentan in Planung, wodurch eine größere Kostenabdeckung und finanzielle Entlastung der kleinen Sektionen gesichert werden soll.

Seit der Gründung 1980 bis zum Jahr 2003 wurden von INTERPLAST Germany laut dem „Jahres



*Bekannntschaft mit André Borsche und Donald Laub*

berichtsheft 2003“ insgesamt 425 bei denen 33 678 Patienten behandelt wurden. Operationseinsätze durchgeführt,

[www.hilfe-ohne-grenzen.de.vu](http://www.hilfe-ohne-grenzen.de.vu)



*Begrüßungstanz von zwei Kindern in Nepal*



## INTERPLAST-Stiftung

Rechtsfähige Stiftung zur Förderung längerfristiger Projekte für Plastische Chirurgie in Entwicklungsländern

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



Liebe Interplast Freunde,

gemäß des Mitgliederbeschlusses vom 7. März 2004 hat der Verein INTERPLAST-Germany e.V. zur Förderung längerfristiger Projekte im Sommer 2004 zusätzlich eine **INTER-PLAST-Stiftung** errichtet.

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

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

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

Ihr Dr. André Borsche

Kontoverbindungen :

**Bank für Sozialwirtschaft Mainz** BLZ 550 205 00

Zustiftungen Kto.: 8616 000  
Spenden Kto.: 8616 004

Soll ein bestimmtes Projekt gezielt unterstützt werden, bitte Stichwort angeben !  
Zum Beispiel : **Nepal-Projekt** oder **Burma-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 20.000 € / Jahr Zustiftung
- bis 10 % des Einkommens als Zuwendung (Spende) für eine Stiftung
- bis 300.000 € / 10 Jahr bei neuer Stiftung
- unbegrenzt bei Erbschaft / Vermächtnis / Schenkung



**STIFTUNGSANERKENNUNG**

Die Aufsichts- und Dienstleistungsdirektion erkennt die vom Verein „INTER-PLAST-Germany e.V.“, mit Sitz in Frankfurt a.M., vertreten durch den Vorstand, mit Stiftungsgeschäft vom 27. Mai 2004 errichtete Stiftung

**„INTERPLAST-Stiftung“**

mit Sitz in Bad Kreuznach an. Es handelt sich um eine rechtsfähige öffentliche Stiftung des bürgerlichen Rechts.

Die Rechtsverhältnisse der Stiftung sind in der Stiftungssatzung vom 27. Mai 2004 geregelt.

Die Anerkennung erfolgt aufgrund des § 80 des Bürgerlichen Gesetzbuches und des § 4 des Stiftungsgesetzes des Landes Rheinland-Pfalz vom 22.04.1966 (GVBl. S. 95), zuletzt geändert durch Artikel 161 des Landesgesetzes zur Reform und Neuorganisation der Landesverwaltung vom 12.10.1999 (GVBl. S. 325).

Trier, 24. Juni 2004  
AUFSICHTS- UND  
DIENSTLEISTUNGSDIREKTION  
- 23/153-020 -  
In Vertretung



*Dolores Schneider-Pauly*  
(Dolores Schneider-Pauly)

**Interplast-Germany e. V.**  
(Gemeinnütziger Verein)

**Interplast-Stiftung**  
(Rechtsfähige Stiftung)

Mitgliederversammlung  
Interplast

**Interplast-Fördervereine**

Stiftungsvorstand

Kuratorium:  
Sektionsleiter und  
Leiter der Fördervereine

Vorstand  
und  
Sektionsleiter

- Pro Interplast Ruhrgebiet / NRW e. V.
- Ebersberger Förderverein Interplast e. V.



# Satzung der INTERPLAST-Stiftung

Rechtsfähige Stiftung zur Förderung längerfristiger Projekte für Plastische Chirurgie in Entwicklungsländern

## Präambel

Der Verein INTERPLAST-Germany e. V. unterhält als Stifter eine rechtsfähige Stiftung zur nachhaltigen Unterstützung sämtlicher Vereinszwecke und zur Förderung längerfristiger Projekte für Plastische Chirurgie in Entwicklungsländern. Das anzusammelnde Kapital der Stiftung soll dazu dienen die Erledigung der nachfolgend geschilderten Aufgaben zu verstetigen.

Aufgabe der Stiftung ist es, in medizinisch unterentwickelten Ländern Menschen mit angeborenen und erworbenen Defekten und Fehlbildungen durch plastisch-chirurgische Eingriffe zu einer wesentlichen Lebensverbesserung zu verhelfen. Dabei sollen in erster Linie 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 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 anerkannt sind, sondern alle Länder, in denen sozial bedürftige Menschen plastisch-chirurgische Hilfe brauchen.

Die Mitglieder der Stiftung und alle den Satzungszweck verwirklichenden Personen arbeiten für die Stiftung 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 der Stiftung. Mittel der Stiftung dürfen nur zu satzungsgemäßen Zwecken verwendet werden. Es darf keine Person durch Ausgaben, die dem Zweck der Körperschaft fremd sind begünstigt werden.

## § 1

### Name, Rechtsform, Sitz und Geschäftsjahr

- (1) Die Stiftung führt den Namen : „**Interplast-Stiftung**“
- (2) Sie ist eine rechtsfähige öffentliche Stiftung des bürgerlichen Rechts.
- (3) Sie hat ihren Sitz in Bad Kreuznach.
- (4) Geschäftsjahr der Stiftung ist das Kalenderjahr.

## § 2

### Stiftungszweck

Zweck der Stiftung sind alle Zwecke, die der Stifter verfolgt, wie sie in der Präambel genannt sind.

Darüber hinaus die langfristige Förderung von Projekten, die zum Ziele haben, medizinische Defizite durch personelle als auch bauliche und medizintechnische Infrastrukturmaßnahmen auszugleichen.

Der Stiftungszweck wird insbesondere verwirklicht durch Trägerschaft von Krankenhäusern oder Abteilungen in Krankenhäusern sowie Zuwendungen an solche Einrichtungen.

## § 3

### Gemeinnützigkeit

- 1 Die Stiftung verfolgt ausschließlich und unmittelbar gemeinnützige und mildtätige Zwecke im Sinne des Abschnitts "Steuerbegünstigte Zwecke" der Abgabenordnung.
- 2 Die Stiftung ist selbstlos tätig. Sie verfolgt nicht in erster Linie eigenwirtschaftliche Zwecke. Die Mittel der Stiftung dürfen nur für die satzungsmäßigen Zwecke verwendet werden.
- 3 Keine Person darf durch Ausgaben, die dem Zweck der Stiftung fremd sind, oder durch unverhältnismäßig hohe Vergütungen begünstigt werden. Die Stiftung erfüllt ihre Aufgaben selbst oder durch eine Hilfsperson im Sinne des § 57 Abs. 1 S. 2 AO, sofern sie nicht im Wege der Mittelbeschaffung gemäß § 58 Nr. 1 AO tätig wird. Die Stiftung kann zur Verwirklichung des Stiftungszwecks Zweckbetriebe unterhalten.

## § 4

### Stiftungsvermögen

- 1 Das Stiftungsvermögen beträgt EURO 300.000.- und wird aus dem Vermögen des Stifters aufgebracht.
- 2 Das Stiftungsvermögen ist nach Abzug von Vermächtnissen und Erfüllung von Auflagen in seinem Bestand dauernd und ungeschmälert zu erhalten und möglichst ertragreich anzulegen im Sinne einer ethisch unbedenklichen Anlagestrategie. Es kann zur Werterhaltung bzw. zur Stärkung seiner Ertragskraft umgeschichtet werden.
- 3 Dem Stiftungsvermögen wachsen alle Zuwendungen zu, die dazu bestimmt sind (Zustiftungen)

## § 5

### Verwendung der Vermögenserträge und Zuwendungen

- 1 Die Stiftung erfüllt ihre Aufgaben aus den Erträgen des Stiftungsvermögens und aus Zuwendungen, soweit diese nicht ausdrücklich zur Stärkung des Stiftungsvermögens bestimmt sind.
- 2 Die Stiftung kann ihre Mittel ganz oder teilweise einer Rücklage zuführen, soweit dies erforderlich ist, um ihre steuerbegünstigten Zwecke nachhaltig erfüllen zu können und soweit für die Verwendung der Rücklage konkrete Ziel- und Zeitvorstellungen bestehen.
- 3 Im Rahmen des steuerrechtlich Zulässigen können zur Werterhaltung Teile der jährlichen Erträge einer freien Rücklage oder dem Stiftungsvermögen zugeführt werden.
- 4 Ein Rechtsanspruch Dritter auf Gewährung der jederzeit widerruflichen Förderleistungen aus der Stiftung besteht aufgrund dieser Satzung nicht.

## § 6

### Organe der Stiftung

- (1) Organe der Stiftung sind der Vorstand und das Kuratorium.
- (2) Die Mitglieder der Stiftungsorgane sind ehrenamtlich tätig. Sie haben Anspruch auf Ersatz der ihnen entstandenen Auslagen und Aufwendungen. Für den Zeitaufwand und Arbeitseinsatz der Mitglieder des Vorstandes kann der Stifter eine in ihrer Höhe angemessene Pauschale beschließen.



## § 7

### Vorstand

- 1) Der Vorstand besteht aus mindestens drei Mitgliedern.
- 2) Der erste Vorstand wird im Stiftungsgeschäft vom Stifter bestellt. Bei den späteren Bestellungen werden die Vorschläge des Stiftungsvorstandes durch das Kuratorium bestätigt.
- 3) Scheidet ein Vorstandsmitglied aus dem Vorstand aus, so bestellt das Kuratorium auf Vorschlag der verbleibenden Vorstandsmitglieder ein neues Vorstandsmitglied. Eine Wiederbestellung ist zulässig. Die Amtszeit der Vorstandsmitglieder beträgt vier Jahre. Der Vorstand wählt nach Ausscheiden eines Vorstandsmitgliedes und der Ergänzung des Vorstandes aus seiner Mitte einen Vorsitzenden und einen stellvertretenden Vorsitzenden.
- 4) Dem Vorstand sollen Personen angehören, die besondere Fachkompetenz und Erfahrung in Hinblick auf die Aufgabenerfüllung der Stiftung aufweisen. Außerdem ist automatisch der Vorsitzende des Stifters (Vereinsvorstandsvorsitzender) Mitglied des Stiftungsvorstandes. Ein Mitglied soll in Finanz- und Wirtschaftsfragen sachverständig sein, falls kein Geschäftsführer bestellt ist. Mitglieder des Kuratoriums dürfen nicht zugleich dem Vorstand angehören.
- 5) Vom Stifter bestellte Vorstandsmitglieder können von diesem, andere Vorstandsmitglieder können vom Kuratorium jederzeit aus wichtigem Grunde abberufen werden. Ihnen ist zuvor Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben.

## § 8

### Aufgaben des Vorstandes

- 1) Der Vorstand entscheidet in allen grundsätzlichen Angelegenheiten nach Maßgabe der Satzung in eigener Verantwortung und führt die laufenden Geschäfte der Stiftung. Er hat die Stellung eines gesetzlichen Vertreters und vertritt die Stiftung gerichtlich und außergerichtlich. Die Mitglieder des Stiftungsvorstandes sind einzelvertretungsberechtigt. Im Innenverhältnis vertritt der Vorsitzende des Stiftungsvorstandes die Stiftung allein, für den Fall der Verhinderung der stellvertretende Vorsitzende.
- 2) Der Vorstand hat im Rahmen des Stiftungsgesetzes und dieser Stiftungssatzung den Willen des Stifters so wirksam wie möglich zu erfüllen. Seine Aufgaben sind insbesondere:
  - die Verwaltung des Stiftungsvermögens,
  - die Verwendung der Stiftungsmittel,
  - die Aufstellung eines Haushaltsplanes, der Jahresrechnung und des Tätigkeitsberichtes.
- 3) Zur Vorbereitung seiner Beschlüsse, der Erledigung seiner Aufgaben und insbesondere der Wahrnehmung der laufenden Geschäfte kann der Vorstand einen Geschäftsführer bestellen und Sachverständige hinzuziehen.

## § 9

### Beschlussfassung des Vorstandes

- 1) Beschlüsse des Vorstandes werden in der Regel auf Sitzungen gefasst. Der Vorstand wird vom Vorsitzenden oder seinem Stellvertreter nach Bedarf, mindestens aber einmal jährlich unter Angabe der Tagesordnung und Einhaltung einer Frist von zwei Wochen zu einer Sitzung einberufen. Sitzungen sind ferner einzuberufen, wenn zwei Mitglieder des Vorstandes oder die Hälfte der Kuratoriumsmitglieder dies verlangen.
- 2) Ein Vorstandsmitglied kann sich in der Sitzung durch ein anderes Vorstandsmitglied vertreten lassen. Kein Vorstandsmitglied kann mehr als ein anderes Vorstandsmitglied vertreten.
- 3) Der Vorstand ist beschlussfähig, wenn nach ordnungsgemäßer Ladung mindestens zwei Mitglieder, unter ihnen der Vorsitzende oder sein Stellvertreter, anwesend oder vertreten sind. Ladungsfehler gelten als geheilt, wenn alle Mitglieder anwesend sind und niemand widerspricht.
- 4) Der Vorstand trifft seine Entscheidungen mit einfacher Mehrheit der abgegebenen Stimmen, sofern die Satzung nichts Abweichendes bestimmt. Bei Stimmgleichheit gibt die Stimme des Vorsitzenden, ersatzweise seines Stellvertreters den Ausschlag.
- 5) Wenn kein Mitglied des Vorstandes widerspricht, können Beschlüsse im schriftlichen oder fernmündlichen Umlaufverfahren gefasst werden.
- 6) Über die Sitzungen sind Niederschriften zu fertigen und vom Sitzungsleiter und dem Protokollanten zu unterzeichnen. Sie sind allen Mitgliedern des Vorstandes und dem Vorsitzenden des Kuratoriums zur Kenntnis zu bringen.
- 7) Weitere Regelungen über den Geschäftsgang des Vorstandes und diejenigen Rechtsgeschäfte, zu deren Durchführung der Vorstand der Zustimmung des Kuratoriums bedarf, kann eine vom Kuratorium zu erlassende Geschäftsordnung enthalten.

## § 10

### Kuratorium

- 1) Die Mitglieder des Kuratoriums setzen sich aus den Sektionsleitern des Stifters und den Vorsitzenden der Interplast-Fördervereine zusammen sofern keine Personenidentität mit dem Vorstand entsteht und die in Frage kommenden Personen auch mitwirken möchten. Das erste Kuratorium setzt sich derzeit aus insgesamt 12 Personen zusammen, die im Stiftungsgeschäft benannt sind.
- 2) Die Amtszeit der Kuratoriumsmitglieder ist an die Amtszeit aus ihrem Amt gemäß Abs.(1) gebunden. Das Kuratorium wählt aus seiner Mitte einen Vorsitzenden und einen stellvertretenden Vorsitzenden.
- 3) Dem Kuratorium sollen Personen angehören, die besondere Fachkompetenz und Erfahrung in Hinblick auf die Aufgabenerfüllung der Stiftung. Ein Mitglied soll in Finanz- und Wirtschaftsfragen sachverständig sein.
- 4) Das Amt eines Kuratoriumsmitgliedes endet nach Ablauf der Amtszeit. Das Kuratoriumsmitglied bleibt in jedem Falle solange im Amt, bis ein Nachfolger bestimmt ist. Das Amt endet weiter durch Tod und durch Niederlegung, die jederzeit zulässig ist. Ein Kuratoriumsmitglied kann vom Kuratorium in einer gemeinsamen Sitzung mit dem Vorstand jederzeit aus wichtigem Grunde abberufen werden. Der Beschluss bedarf der Mehrheit der Mitglieder von Vorstand und Kuratorium. Das betroffene Mitglied ist bei dieser Abstimmung von der Stimmabgabe ausgeschlossen. Ihm ist zuvor Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben.





## § 11

### **Aufgaben und Beschlussfassung des Kuratoriums**

- 1 Das Kuratorium berät, unterstützt und überwacht den Vorstand im Rahmen des Stiftungsgesetzes und dieser Stiftungssatzung, um den Willen des Stifters so wirksam wie möglich zu erfüllen. Seine Aufgaben sind insbesondere:
  - Empfehlungen für die Verwaltung des Stiftungsvermögens,
  - Empfehlungen für die Verwendung der Stiftungsmittel,
  - Genehmigung des Haushaltsplanes, der Jahresrechnung und des Tätigkeitsberichtes
  - Entlastung des Vorstandes,
  - Bestellung von Mitgliedern des Vorstandes.
- 2 Zur Vorbereitung seiner Beschlüsse kann das Kuratorium Sachverständige hinzuziehen.
- 3 Das Kuratorium soll mindestens einmal im Jahr zu einer ordentlichen Sitzung zusammenkommen. Eine außerordentliche Sitzung ist einzuberufen, wenn mindestens drei Mitglieder oder der Vorstand dies verlangen. Die Mitglieder des Vorstandes, der Geschäftsführer und Sachverständige können an den Sitzungen des Kuratoriums beratend teilnehmen.
- 4 Für die Beschlussfassung des Kuratoriums bzw. von Vorstand und Kuratorium gemeinsam gilt § 9 entsprechend. Das Kuratorium kann sich eine Geschäftsordnung geben
- 5 Im Übrigen nimmt das Kuratorium alle Aufgaben des Stifters wahr, sofern dieser nicht mehr bestehen sollte.

## § 12

### **Satzungsänderung**

- 1 Die Organe der Stiftung können Änderungen der Satzung beschließen, wenn sie den Stiftungszweck nicht berühren und die ursprüngliche Gestaltung der Stiftung nicht wesentlich verändern oder die Erfüllung des Stiftungszwecks erleichtern.
- 2 Beschlüsse über Änderungen der Satzung können nur auf gemeinsamen Sitzungen von Vorstand und Kuratorium gefasst werden. Der Änderungsbeschluss bedarf einer Mehrheit von zwei Dritteln der Mitglieder des Vorstandes und des Kuratoriums.
- 3 Beschlüsse über Änderungen der Satzung bedürfen der Genehmigung der Stiftungsaufsichtsbehörde. Sie sind mit einer Stellungnahme der zuständigen Finanzbehörde anzuzeigen.

## § 13

### **Zweckerweiterung, Zweckänderung, Zusammenlegung, Auflösung**

- 1 Die Organe der Stiftung können der Stiftung einen weiteren Zweck geben, der dem ursprünglichen Zweck verwandt ist und dessen dauernde und nachhaltige Verwirklichung ohne Gefährdung des ursprünglichen Zwecks gewährleistet erscheint, wenn das Vermögen oder der Ertrag der Stiftung nur teilweise für die Verwirklichung des Stiftungszwecks benötigt wird.
- 2 Die Organe der Stiftung können die Änderung des Stiftungszwecks, die Zusammenlegung mit einer anderen Stiftung oder die Auflösung der Stiftung beschließen, wenn der Stiftungszweck unmöglich wird oder sich die Verhältnisse derart ändern, dass die dauernde und nachhaltige Erfüllung des Stiftungszwecks nicht mehr möglich ist. Die Beschlüsse dürfen die Steuerbegünstigung der Stiftung nicht beeinträchtigen.
- 3 Beschlüsse über Zweckerweiterung, Zweckänderung, Zusammenlegung oder Auflösung können nur auf gemeinsamen Sitzungen von Vorstand und Kuratorium gefasst werden. Der Änderungsbeschluss bedarf einer Mehrheit von drei Vierteln der Mitglieder des Vorstandes und des Kuratoriums.
- 4 Beschlüsse über Zweckerweiterung, Zweckänderung, Zusammenlegung oder Auflösung werden erst nach Genehmigung der Stiftungsaufsichtsbehörde wirksam. Sie sind mit einer Stellungnahme der zuständigen Finanzbehörde anzuzeigen.

## § 14

### **Vermögensanfall**

Im Falle der Auflösung oder Aufhebung der Stiftung oder beim Wegfall der steuerbegünstigten Zwecke fällt das Vermögen an  
den Verein „INTERPLAST – Germany e. V.“

mit der Auflage, es unmittelbar und ausschließlich für selbstlos gemeinnützige und/oder mildtätige Zwecke zu verwenden, die dem Stiftungszweck möglichst nahe kommen.

## § 15

### **Stiftungsaufsicht**

1. Die Stiftung unterliegt der staatlichen Aufsicht nach Maßgabe des jeweils im Lande Rheinland-Pfalz geltenden Stiftungsrechts.
2. Die Stiftungsaufsichtsbehörde ist auf Wunsch jederzeit über die Angelegenheiten der Stiftung zu unterrichten. Mitteilungen über Änderungen in der Zusammensetzung der Stiftungsorgane sowie Haushaltsplan, Jahresrechnung und Tätigkeitsbericht sind unaufgefordert vorzulegen.

## § 16

### **Inkrafttreten**

Diese Stiftungssatzung tritt mit dem Tage der Anerkennung in Kraft.



## Bilder vom Jahrestreffen



Donald Laub



Jahrestagung 2004



Interplast Italy



## *Interplast – Symposium Bad Kreuznach 6. März 2004*

### **INTERPLAST – Integration und Zusammenarbeit**

1. Begrüßung
2. INTERPLAST Worldwide – Free Reconstructive Surgery and Teaching in Developing Nations
3. INTERPLAST and Training
4. INTERPLAST Germany –Structure and Principles of Camp Organisation
5. INTERPLAST Cooperation for Bangladesh
6. 6 Jahre INTERPLAST-Hospital in Nepal
7. Hilfe die Helfer kommen !  
Projekt Burma: Erfolge und Misserfolge
8. Möglichkeiten und Grenzen der plastisch-chirurgischen Behandlung im Ausland
9. *Film* INTERPLAST France – Buruli Ulcus in Togo
10. Erfahrungsbericht über Einsatz Somalia
11. Nutzung einer operativen Einrichtung des HAMMER FORUMS in Asmara Eritrea
12. 10 Jahre OP-Einsatz in Indien
13. Social and Economic Background of Cleft, Lip and Palate Patients in Central India
14. Seltene Gesichtsspalten – Operatives Management bei INTERPLAST-Einsätzen
15. Craniomeningocelen – Eine besondere Herausforderung
16. INTERPLAST Cooperation for Peru
17. Free Flap Surgery in Nepal
18. *Multimedia-Show* INTERPLAST in Afghanistan

19. **Podiumsdiskussion:**

Interplast (II) USA  
Interplast Germany  
Interplast France  
Interplast Holland

**Laub**  
**Borschel**  
**Zilliox**  
**Zeeman**

Interplast Italy  
Interplast Germany

**Morselli**  
**Borsche**

**INTERPLAST Worldwide:  
A chance for cooperation**



**André Borsche, Bad Kreuznach**

**Donald Laub, California USA**

**Rein J. Zeeman, Interplast Holland**

**André Borsche, Bad Kreuznach**

**Gérard Hoel, Grenoble France**

**Andreas Settje, SKM Hospital**

**Heinz Schoeneich, München**

**Luise Finkler-Bahr, F.E. Dietrich,  
Gelsenkirchen**

**Rémy Zilliox, Lyon France**

**Bernd, A. Martini Orthopädie, Heidelberg**

**Arnulf Lehmköster, Vreden**

**Thomas Kreuzsch, Hamburg**

**Evelyn Shah-Kreusch, Hamburg**

**Peter Sieg, Lübeck**

**H. Schoeneich, W. Mühlbauer, München**

**Paolo Morselli, Bologna Interplast Italy**

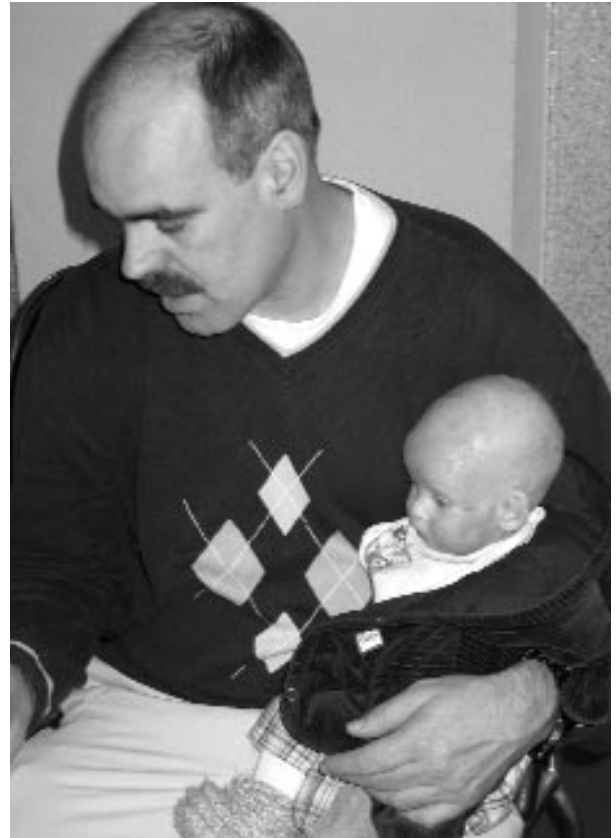
**Heinz Hammer, Bremen**



## Bilder vom Jahrestreffen



Luise Finkler-Bahr



Der jüngste Gast der Jahrestagung



Interplast Community



Heinz Schoeneich



# INTERPLAST – Europa

International Plastic Surgery for Developing Countries

[www.Interplast-Europe.org](http://www.Interplast-Europe.org)



## Interplast Germany

[www.Interplast-Germany.de](http://www.Interplast-Germany.de)  
André Borsche  
Ringstr. 64  
D-55543 Bad Kreuznach  
Germany  
Tel: 0049 - 671 - 605 2110  
Fax: 0049 - 671 - 605 2112  
[Borsche@Interplast-Germany.de](mailto:Borsche@Interplast-Germany.de)

## Interplast France

[www.Interplast-France.net](http://www.Interplast-France.net)  
Patrick Knipper  
25 Rue Bourgogne  
F – 75007 Paris  
France  
Tel : 0033 - 145 51 47 47  
[info@docteur-knipper.com](mailto:info@docteur-knipper.com)  
[RemyZilliox@aol.com](mailto:RemyZilliox@aol.com)

## Interplast Italy

[www.InterplastItaly.it](http://www.InterplastItaly.it)  
Paolo G. Morselli  
Viale Berti Pichat 32  
40127 Bologna Italy  
Tel: 051252021  
Fax: 051 246382  
[pgmorse@tin.it](mailto:pgmorse@tin.it)

## Interplast Holland

[www.InterplastHolland.nl](http://www.InterplastHolland.nl)  
Rein J. Zeeman  
Louise de Colignylaan 7  
NL - 2341 C.G. Oegstgeest  
Netherlands  
Tel: 071 515 39 67  
Fax: 071 517 32 64  
[info@interplastholland.nl](mailto:info@interplastholland.nl)

## Interplast UK

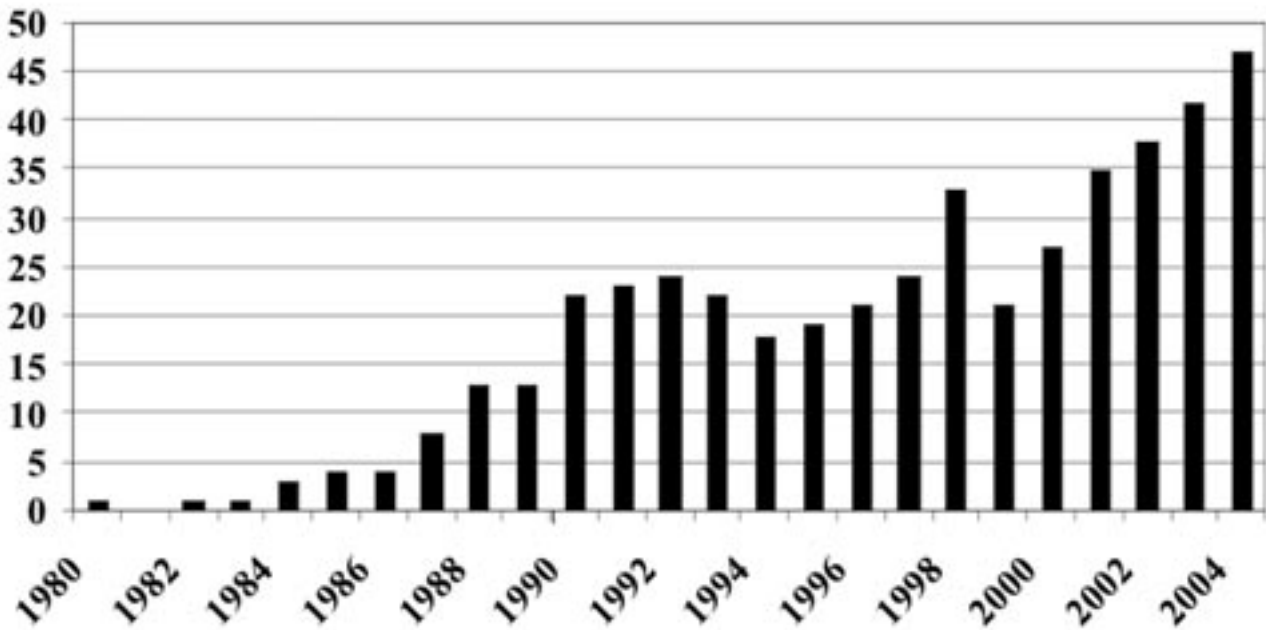
[www.urcommunity.co.uk/InterplastUK](http://www.urcommunity.co.uk/InterplastUK)  
Charles Viva  
"Welbury House" 393 Thornaby Road  
Thornaby on Tees TS17 8QN  
Great Britain  
Tel and Fax : 01642 88 2442  
[C\\_Viva@hotmail.com](mailto:C_Viva@hotmail.com)



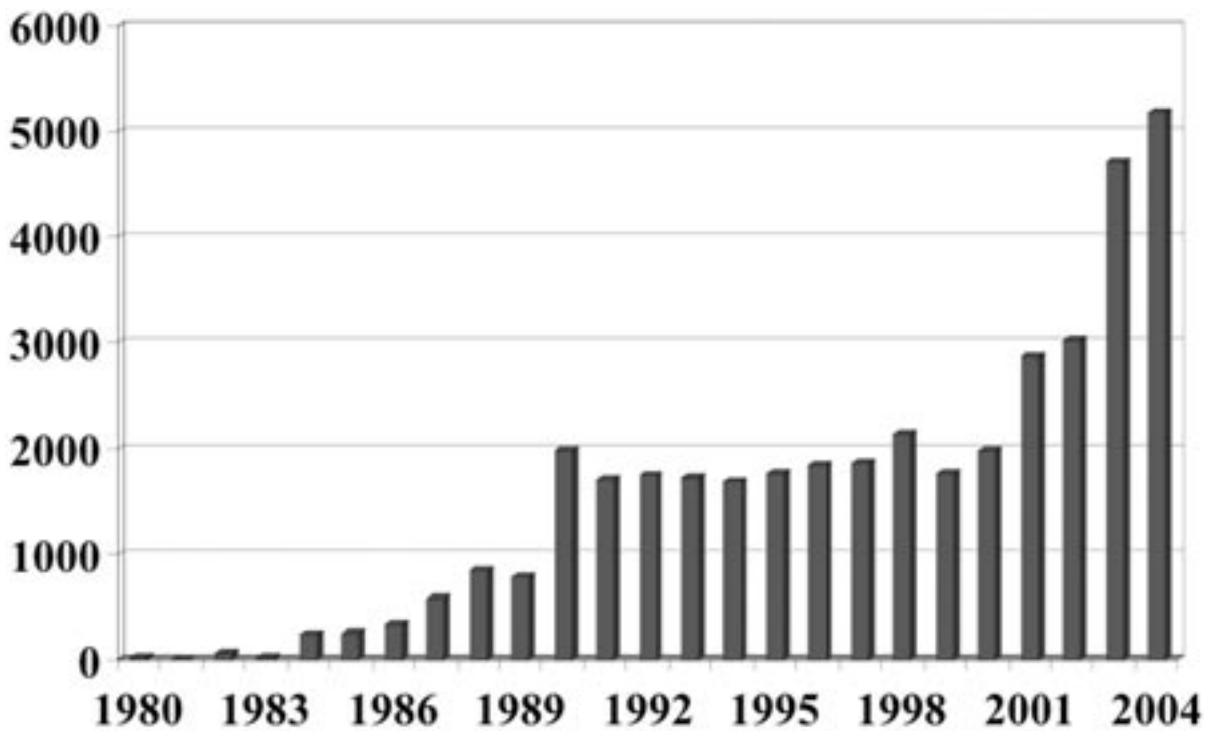
Interplast mit Donald Laub



## INTERPLAST-Einsätze

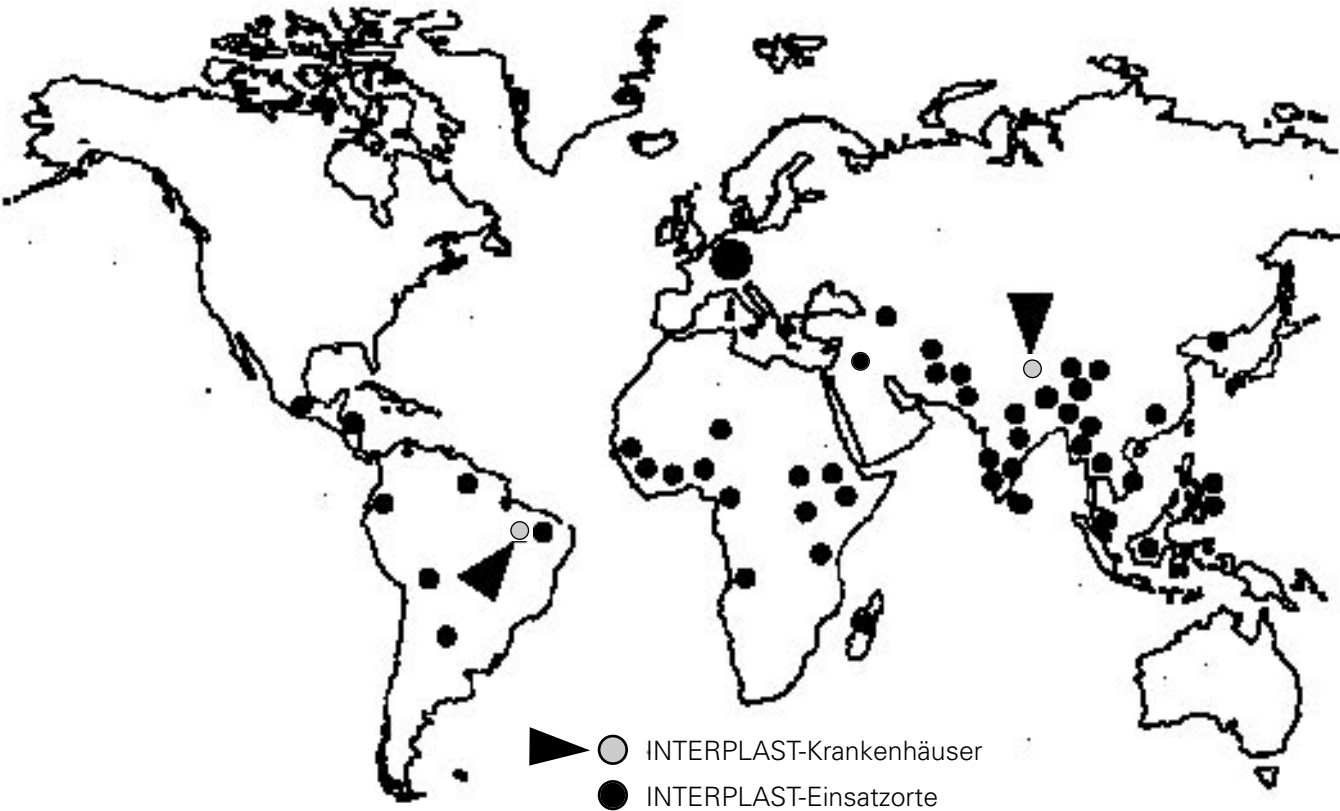


## INTERPLAST-Patienten





# Aktivitäten auf einen Blick



# Interplast-Ehrenmitglieder



Gottfried Lemperle



Gretel und Werner Widmaier



Waltraud Huck



Ortwin Joch



Uta Methfessel-Deb t



Donald Laub



## 24 Jahre INTERPLAST-Germany

### Aktivitäten

NR.	JAHR	ORT	PATIENTEN
0 – 48	1980 – 1989		insgesamt: 4.074
49 – 310	1990 – 2000		insgesamt: 20.228
311 – 345	2001 – 2002		insgesamt: 5.886

### 2003

384		Chak-e-Wardak / Afghanistan	
385		Coroata / Brasilien	
386		Thimpu / Bhutan	
387		Sankhu / Nepal	
388		Asmara / Eritrea	
389		Malasiqui / Philippinen	
390		Guyana	
391		Aizawl, Mizoram / Indien	
392		Combatore / Indien	
393		Gangtok / Indien	
394		Kabul / Afghanistan	
395		Koza / Kamerun	
396		Sibsagar / Indien	
397		Cagan de Oro / Philippinen	
398		Yakoalang / Afghanistan	
399		Peshawar / Pakistan	
400		Lilogwe / Malawi	
401		Madurai / Indien	
402		Asha Vihar / Indien	
403		Indonesien	
404		Bhopal / Indien	
405		Vietnam	
406		Katra / Indien	
407		Benin	
408		Mount Abu / Indien	
409		Manila / Philippinen	
410		Kambodscha	
411		Bagan / Burma	
412		Thandwe / Burma	
413		Niamé / Niger	
414		Ampara / Sri Lanka	
415		Yavatmal / Indien	
416		Kalkutta / Indien	
417		Lima / Peru	
418		Mangani / Kamerun	
419		Mogadishu / Somalia	
420		Bangalore / Indien	
421		Sankhu / Nepal	
422		Phu Quoc / Vietnam	
423		Kalkutta / Indien	
424		Barlovento / Venezuela	
425		Bukidnon / Philippinen	

<b>42 Einsätze</b>	<b>3490 Patienten</b>
<b>INTERPLAST-Hospital Nepal</b>	<b>1215 Patienten</b>





## Aktivitäten 2004

Nr.	Einsatzort
426	Kunnamkulam / Indien
427	Asuncion / Paraguay
428	Bangalore / Indien
429	Oshakati / Namibia
430	Bhopal / Indien
431	Ampara / Sri Lanka
432	Jaghuri / Afghanistan
433	Sankhu / Nepal
434	Salama / Guatemala
435	Jalna / Indien
436	Naein / Iran
437	Bogra / Bangladesh
438	Trisuli / Nepal
439	Pangasinan / Philippinen
440	Kodaikanal / Indien
441	Pangasinan II / Philippinen
442	Sibsagar / Indien
443	Tirupur / Indien
444	Mindanao / Philippinen
445	Mizoram / Indien
446	Phu Quoc / Vietnam
447	Puma / Tanzania
448	Padhar / Indien
449	Cagayande Oro / Philippinen
450	Cagayande Oro II / Philippinen
451	Cochin / Indien
452	Calcutta / Indien
453	Bihar / Indien
454	Volendam / Paraguay
455	Asuncion Paraguay
456	Asha Vihar / Indien
457	Kathmandu / Nepal
458	Kambodscha
459	Manyemen / Kamerun
460	Rio Chico / Venezuela
461	Islamabad / Pakistan
462	La Paz / Bolivien
463	Hambentota / Sri Lanka
464	Paro / Bhutan
465	Tallin / Estland
466	Mbarara / Uganda
467	Duschanbe / Tadjikistan
468	Yangoon / Burma
469	Bagan / Burma
470	Yangoon II / Burma
471	Sokoto / Nigeria
472	Calicut / Indien

**47 Einsätze**

**INTERPLAST-Hospital Nepal**

**3720 Patienten**

**1457 Patienten**

## Jenseits von Kabul – medizinische Hilfe in Afghanistan und Plastisch-Rekonstruktive Workshops in Estland

### I. Afghanistan

Vom 30.04.04 - 15.05.04 war die Vredener INTERPLAST-Sektion wieder unterwegs. Zum 11. Mal leitete Dr. Arnulf Lehmköster, Plastischer Chirurg am St. Marien-Hospital, Vreden, einen medizinischen Einsatz in einem Entwicklungsland, Afghanistan. Mitglieder seines Teams (1) Plastisch-Rekonstruktiver Chirurgen waren:

- Dr. Peter Schindelbauer, Mund-Kiefer-Gesichtschirurg, Berlin
- Dr. Heinz Hammer, Plastischer Chirurg, Bremen
- Dr. Wilma Beyen, Anaesthesistin, Zürich
- Helga Wiggering, Anaesthesie-Schwester, Vreden

Unser Einsatzort liegt 250 km südwestlich von Kabul. Die afghanische Hauptstadt ist geradezu überschwemmt von NGOs (Non-Government-Organisation). Soviel kann es in einer Hauptstadt gar nicht zu koordinieren geben für 500 dieser Organisationen. Folge: Horrende Häusermieten, z. B. 3000 US \$ für ein kleines Haus. Afghanische Staatsbürger sehen dies nicht nur positiv ...

Mitten im zentralen Hochgebirgsland des Hazarajad, des Stammlandes der Hazara, liegt die Provinz Jaghori (9), ein kleines Dorf ist Sangimosha, in der die Shuhada-Klinik liegt. Wie in Kabul ist auch in „unserem“ kleinen Dorf so etwas wie

Aufbruch spürbar: Viel mehr elektrisches Licht, das Angebot auf den Märkten, z. B. an Gemüse, ist deutlich größer als vor 2 Jahren. So wurden wir in der Klinik 2 Wochen lang verwöhnt mit dem Köstlichkeiten des Landes, nicht nur beim Abschiedessen.

Die 2 Jahre relativer Ruhe im Land haben dazu geführt, dass wichtige Straßen wieder hergestellt sind. Brauchten wir 2002 16 Stunden für die Fahrt Kabul-Sangimosha, ist die Fahrtzeit jetzt halbiert. Fast unglaublich, mit welcher Geschwindigkeit die Straßen aufgebaut werden!

Die 2 Tonnen Gepäck, die wir zur Unterstützung der Shuhada-Klini-





ken mitnahmen, transportierte - ebenso wie uns selbst - dankenswerterweise wieder die Bundeswehr nach Kabul. Der Personentransport ging über Thermes/Usbekistan, während unsere Ausrüstung mit einer riesigen Illuschin direkt einschwebte. Wir selbst stiegen in Thermes, wo wir die Nacht in Bundeswehrzelten verbracht hatten, am frühen Morgen in eine Transall-Militärtransport-Maschine um, da der Airbus nicht über die notwendigen Abwehrsysteme verfügt. Die Hilfsbereitschaft der deutschen Soldaten uns gegenüber war groß. Ihr Ansehen im Lande ist - dies hörten wir in Kabul wie auf dem Lande - hervorragend: Einhellig herrscht die Meinung, dass es wirklich die ISAF-Truppen sind, die die relativ stabile derzeitige Situation garantieren. Wir spürten: Keine Kontrollen der Warlords auf dem Weg von Kabul in den Süden, die Zahl der sichtbar Waffentragenden ist drastisch reduziert. Freilich: Eine andere Frage ist, was sich hinter der sichtbaren Fassade abspielt. Von echtem Frieden ist das Land jedenfalls weit entfernt.

Unter diesen Voraussetzungen arbeiteten wir: An 10 Op.-Tagen je vier große Operationen. So verschloss Peter in gleicher Sitzung nicht nur die gespaltene Lippe (7), sondern auch den Gaumen. Wir Plastiker machten gleich beide Arme und dazu den Kopf durch große Hauttransplantate und Lappenplastiken wieder beweglich, nachdem die Narbenstränge nach Verbrennungen aufgetrennt waren (8). So zählten wir am Ende knapp 100 Einzel-Operationen (10).

Die Herzlichkeit, mit der wir aufgenommen und behandelt wurden, hat uns tief bewegt. Die Freude der Mütter und Väter, dass wir ge-

rade hier an diesem kleinen Ort unsere „Zelte“ aufgeschlagen haben, wurde uns täglich zuteil. Alle machten mit: Dr. Hassani, „unser“ Chirurg aus 2002 (5), war extra aus Kabul mit angereist, die beiden derzeit an der Klinik chirurgisch Tätigen, operierten unermüdlich mit. Dennoch: 3- bis 4-stündige Operationsdauern waren an der Tagesordnung, unsere Anaesthesistinnen bewältigten ihre Aufgabe - Narkosegeräte wie bei uns gibt es nicht - bravurös.

Einige beeindruckende Vormittagsstunden verbrachten wir in der nahe gelegenen Shuhada-Girls-Highschool. Kartonweise hatte einige Schulen und Privat-Initiatoren Schulhefte, Stifte, etc. gesammelt, die wir der Schulleiterin mit der Bitte um Weitergabe an die Bedürftigsten übergaben. Exemplarisch nahmen wir an einer Unterrichtsstunde teil: Friedenskunde für die Erst-Klässler! Natürlich gibt's auch noch die klassische Unterweisung in den Koran, der Bibel der Muslime. Aber jetzt ergänzt durch das Fach „Friedenskunde“, einer Art moderner Ethik. Im Klinikgelände selbst findet die Unterweisung Jugendlicher in Informatik statt: In einem mit einem Dutzend Computer ausgestatteten Klassenraum teilen sich je drei Schülerinnen oder Schüler einen Computer, um in den Gebrauch der elementaren Programme eingewiesen zu werden. Offenbar hat man erkannt: Bildung ist eine Grundvoraussetzung zur Schaffung dauerhaften Friedens.

Und am Ende unseres Aufenthaltes stand wieder die Übergabe unserer Geschenke: Ein Ultraschall-Gerät, Dermatom (Hauthobel), Hochfrequenz-Koagulator sowie Verbrauchsgüter (Nahtmaterial, Verbandstoffe, Medikamente) im Werte einiger zig-Tausend Euro.

Die Spendenwelle vor unserer Reise aus der näheren und weiteren Umgebung war riesig. Ohne jegliches Patos wurde uns die enorme Wertschätzung gerade des deutschen Volkes seitens der Afghanen zuteil. Den Dank der Hazaras geben wir mit großer Freude weiter.

Bei all den hoffnungsvollen Aspekten unseres Einsatzes verkennen wir nicht:

- Nur in Kontinuität der Arbeit kann dauerhafter Sinn liegen. Auch andere INTERPLAST-Teams werden aufgerufen, sich in den Shuhada-Kliniken zu engagieren.
- Auch andere Personengruppen - insbesondere Handwerker - sind aufgerufen, ihr Können beim Wiederaufbau des Landes mit einzubringen - jenseits von Kabul.
- Von dauerhaftem, gesichertem Frieden, ist das Land weit entfernt. Die Afghanen sind überzeugt, dass die ISAF-Truppen auf Jahre hinaus unverzichtbar sind.
- Nach 6-jähriger Dürre braucht das Land dringend Regen - Inshallah.

## II. Estland

Der 12. Einsatz der INTERPLAST-Sektion Vreden vom 19. - 30.10.04 führte ein kleines Team nach Estland, um im Mustamäe-Haigla, einem großen Krankenhaus in Tallinn, der estnischen Hauptstadt, plastisch-chirurgisch zu arbeiten.

Nach unserem ersten Besuch in Tallinn vor 3 Jahren hat sich ein reger Austausch von Fachpersonal zwischen Tallinn und der hiesigen Region entwickelt: Eine eigenständige Disziplin „Plastische Chirurgie“ gibt es in Tallinn (noch) nicht; so waren es Orthopäden und Allgemeinchirurgen, die sich hier in spezielle Techniken handchirurgischer sowie wiederherstellender Operationen einweisen ließen.



Wie beim ersten Einsatz fanden wir auch in diesem Jahr eine hervorragende Vorauswahl an Patienten vor: Schwerpunkte lagen in Rheuma-Hand- und Vorfuß-Chirurgie (6, 7), Wiederherstellungschirurgie peripherer Nerven (5), Dekubitus-Chirurgie (8), Verbrennungschirurgie, Wiederherstellungschirurgie kompliziert verlaufender Knochenverletzungen der Hand.

Als Geschenk brachten wir Spezial-Instrumentarium zur Durchführung eben dieser Operationen mit. Durch engen vorherigen Informationsfluss via Internet konnten wir uns auf die Durchführung der anstehenden Operationen bereits vorbereiten. Beeindruckt hat uns

das estnische System der Kosten-erstattung durch die Krankenkasse an die Krankenhäuser: Nach einem „Score“ wird die Behandlung - vor Beginn! - zugesagt, die Zusage ist verbindlich und kann nicht durch spätere Überprüfung im nachhinein rückgängig gemacht werden. So ist die Planungssicherheit für die Krankenhäuser höher als bei uns!

Teilnehmer des Einsatzes waren Dr. med. Arnulf Lehmköster, der Leiter der Vredener INTERPLAST-Sektion sowie sein früherer Assistent und Mitarbeiter Dr. Franz Biber, der mit der hiesigen INTERPLAST-Sektion bereits in Pakistan operiert hat.

Estland ist ein aufstrebendes Land, seit 2004 der EU und der Nato angehörend. Die Aufbruchstimmung ist allgegenwärtig, Verständigungsprobleme gibt es nicht: Die Mehrzahl der Esten spricht englisch, gerade in der jungen Generation ist Deutsch als Fremdsprache sehr gefragt.

Auf einer kleinen Rundfahrt durch Estland während dreier arbeitsfreier Tage am Wochenende konnten wir uns von der Schönheit des Landes überzeugen (1). Unsere Frage an einer Hotelrezeption, ob wir uns auf Englisch verständigen könnten, wurde in fließendem Deutsch beantwortet, ja gern, wir können aber auch auf Deutsch miteinander



sprechen. Unsere Aufnahme im Mustamäe Haigla war, wie erwähnt, herzlich und sehr gut vorbereitet. Ein Nachmittag war Vorlesungen zu verschiedenen Themen der Rekonstruktiv-Plastischen Chirurgie gewidmet, an dem die Ärzteschaft des Hauses sich rege beteiligte (3). Der gesamte Aufenthalt war von einem außerordentlichen Medieninteresse begleitet: Print- und Funkmedien berichteten ausführlich über unsere Tätigkeit. Die estnische Ärzteschaft wurde von den Medien zur Fortsetzung intensiver Spezialisierung aufgefordert, um die Zahl der Patienten, die z. B. zu spezialisierten Operationen ins Ausland gehen, so gering wie möglich zu halten.

Überall wird investiert, das Straßennetz ist hervorragend, alte Bausubstanz wird restauriert, auch in Krankenhäuser stark investiert: Die zentrale Notaufnahme in „unserem“ 600 Betten-Haus würde jedem deutschen Großklinikum zu Ehre gereichen!

Ist ein Einsatz in Estland ein INTERPLAST-Einsatz?

INTERPLAST bietet Teams für rekonstruktiv-operative Maßnahmen in solchen Ländern an, in denen diese Techniken nicht bekannt sind oder nur von einer wohlhabenden Oberschicht bezahlt werden können. INTERPLAST-Teams arbeiten unentgeltlich. Die Vermittlung von operativem Know how ist ein we-

sentliches Merkmal unserer Tätigkeit. Eben dies führen wir in Estland durch: Vermittlung rekonstruktiv-operativer Techniken an dortige Kollegen. Ein 10-tägiger Arbeitseinsatz zweier Plastischer Chirurgen in Estland kommt dort vielen Kollegen zu Gute, die diese Techniken ansonsten durch Auslandsaufenthalte erwerben müßten. Da - außer den mitgebrachten Instrumenten als Gastgeschenk - für INTERPLAST nur äußerst geringe Kosten entstehen - Kost und Logies werden uns nahezu kostenlos in Tallinn angeboten - wird dort unser Leitmotiv der „Hilfe zur Selbsthilfe“ in hohem Maße verwirklicht.

*Arnulf Lehmköster*

## ***INTERPLAST-Einsatz Peshawar (Al Khidmat Hospital) 23.09. – 11.10.2004***

Wie schon in den beiden vergangenen Jahren waren wir von der „Leprosy, Tb-, Polio- and Blindness Ass.“ in Peshawar eingeladen worden und konnten wieder im „AL Khidmat“-Hospital arbeiten.

Die Arbeit gestaltete sich unter der tatkräftigen Mitarbeit des einheimischen Personals völlig komplikationsfrei, wenn man davon absieht, dass in der täglichen Sprechstunde im Anschluß an das Operationsprogramm zwischen 80 und 200 Patienten warteten, insgesamt über 2.000. Bei den meisten Patienten handelte es sich um Kinder mit Lähmungen, entweder durch Polio-Infektion, Lepra oder cerebrale Schäden verursacht. Nur bei etwa 30 % war eine operative Behandlung möglich, trotzdem weit mehr als die 130, für die wir Zeit und

Platz hatten. Das Krankenhaus hat leider nicht mehr Betten zur Verfügung. So mussten zahlreiche Pati-

enten auf unser Wiederkommen vertröstet werden, was dann für April 2005 vorgesehen ist.





Da der Verein sich, wie der Name ja sagt, auch um Augenranke kümmert, war auf deren Wunsch auch ein Augenarzt in unserem Team, Dr. Gück aus Deggendorf, der diesmal nur ambulante Behandlungen durchführte, wobei auch hier mit mehr als 450 Patienten nur ein Teil der Patienten behandelt werden konnte. Operative Behandlungen wie Kataraktoperationen sind ebenfalls für April 2005 vorgesehen.

Leider waren nicht alle der 130 bestellten Patienten gekommen, andere mussten wegen Begleiterkrankungen zurückgestellt werden, so dass wir insgesamt nur

116 Patienten operieren konnten. An Komplikationen hatten wir eine Wundinfektion zu beklagen und eine ausgedehnte Hämatombildung, bei allen anderen Patienten waren die Wunden entweder reizlos abgeheilt oder auf dem Wege dazu.

Leider kommen durch die vielen gelähmten Kinder die mit anderen Fehlbildungen etwas zu kurz. Das wird leider auch noch etwas so bleiben, obwohl mir vom Gesundheitsministerium versichert wurde, dass in diesem Jahr zum ersten Mal es in der gesamten Provinz keine neue Polioinfektion gegeben habe. Erschreckend sind die vielen Kinder mit cerebralen Schäden, si-

cher bedingt durch mangelnde perinatale Betreuung. Auch scheint mir die Zahl der Kinder mit Missbildungen wie fehlenden oder teildefekten Gliedmaßen zuzunehmen, eventuell liegt es aber auch daran, dass die Eltern sich vermehrt Hilfe von uns versprechen und deshalb jedes Mal mehr in der Sprechstunde erscheinen.

Insgesamt fanden alle Beteiligten den Einsatz erfolgreich, was nicht zuletzt auch an so erfahrenen Mitarbeitern wie Frau Dr. Fabius-Börner und Frau Dr. Ishida-Gück liegt, ergänzt in ganz besonders glücklicher Weise durch Herrn Dr. Gück.

*Ortwin Joch*



## Interplast mission to Pakistan 27.11.-7.12.2004

I was lucky to be invited to my first Interplast mission to Pakistan in November 2004.

The team was lead by Mr Charles Viva, an experienced plastic surgeon from UK. He is now retired from NHS, but has made a long carrier in Middlesbrough General Hospital as a Senior Consultant of Plastic Surgery and Hand Surgery. Now he still continues as a private practitioner. The anaesthetist Dr. Roy came from the same clinic. In the team we had four lovely English nurses: Rachel Walton and Gill Rhind working in the operation theatre, Christine Brewer and Sarah Senbeto working in the ward and outpatient clinic. Dr. Mesfin Senbeto a general surgeon from Ethiopia also joined the team. He has been working for MSF organisation in Sierra Leone for two years and was aiming to Darfur for MSF after this mission. Dr. David Viva, a resident doctor for ENT joined the team in the middle of the camp in Pakistan. Ms. Mehvish Riaz was the Urdu-language interpreter of our group. At home I work as a head of the microsurgical department and my special responsibility areas are reconstruction of extremity trauma and breast.

The Head of the Surgery Department Professor Hamid Hassan and his team had organised this camp locally. The housing of the team was in the capital Islamabad in a government house. The operation were done in Rawalpindi General Hospital which situates just nearby Islamabad. The team had a minibus and a driver for its use during the whole camp.

On the first day a welcome ceremony was organized at the Hospital. After this the first patients were meat and the operations were started on the second day after arrival. Two operation theatres with



*Plastic Surgeons with the local operation theatre personal. Mr. Viva fourth from rights and Hannu Kuokkanen third from left.*



*Mrs. Christine Brewer and Hannu Kuokkanen with the local female resident doctors during the Conference.*

two tables each were reserved solely for us to operate during this camp. The patients stayed in two different wards. Every day after the operation session new patients were introduced for consultation and next days patients were evaluated.

A total of 8 days were reserved for operations. One day was reserved for tourism and one day we had a Conference of Plastic Surgery in this region. Several lectures were given in plastic Surgery. I also had the opportunity to give a speech on severe lower leg trauma recon-



Hannu Kuokkanen and Mesfin Senbeto operating a hand contracture. Mrs. Rachel Walton gives light because of a temporary electric pause.

struction and breast reconstruction. Mr. Viva kept an interactive session on cleft lip and palate treatment in the Conference. Several lectures on different topics in plastic surgery were given by the local doctors.

Mostly we met patients with clefts either untreated or postoperative cases. There were also several cases with hypospadias and burn contractures, tumours, and post traumatic scars.

Surprisingly we were not consulted because of infections or ulcers. Our profile as plastic surgeons are quite different with Mr. Viva. He is especially experienced on clefts and hypospadias which patients I do not treat at all in my ordinary practice. So naturally Mr. Viva operated all these cases and I did contractures, scars and a few tumors. The team had taken a lot of instruments, dressings, suture material

and gloves from England. These were in need, because the local instruments were often not appropriate for plastic surgery.

The after-treatment of scar contractures was obviously not very well organized. The clinic did not have proper splinting or scar treatment material available. In order to get good results after scar contracture operations obviously an after-treatment protocol and resources and education should also be organized in the future.

I am grateful for Mr. Viva and the team to be invited to this camp. It was my first mission in developing countries but surely not the last. The expertise needed in the developing country seems to be different from what I have learned at home. The cases are severe because often not being treated primarily at all. Also the variety of diseases is large even rarities can be



An acid burn contracture of the eyelids.



An acid burn contracture of the eyelids.

seen quite often because the population is so large.

In the future I hope to be able to join an Interplast team regularly. I am sure that it will broaden my own professional spectrum and give at least a little help for those who are in the biggest need of plastic surgery. During a camp one gets a lot of new friends and has an opportunity to see a foreign culture from a point of view, that would never be possible as a tourist.

Hannu Kuokkanen  
Dept of Plastic Surgery  
Helsinki University Hospital Finland  
hannu.kuokkanen@hus.fi





## Einsatzbericht Naein/Iran Februar 2004

Zum Einsatz ins iranische Nain, etwa 500 km südöstlich von Teheran am Rande einer Hochgebirgswüste in etwa 1600m Höhe gelegen, starteten vom Frankfurter Flughafen aus die Kolleginnen und Kollegen aus der kreuznacher diakonie Drs. Eva und André Borsche, Dr. Jens-Peter Sieber und Dr. Fakhry Ghoreishinejad sowie der allround-male-OT-nurse& Pfleger Udo Brosche. Zu ihnen stießen aus Münster der junggebliebene Ruheständler Dr. Hubertus Tilkorn (wie die erstgenannten Plastischen Chirurg) und aus dem thüringischen Ilmenau der Autor des Berichts, Helmut Krause als Anesthesist.

Dank guter Absprachen und Vorbereitung landeten wir nach vergleichsweise kurzem Flug mit Iran Air gegen Abend Ortszeit in Teheran und wurden von Freunden der Familie Borsche und Verwandten unserer persischen Kollegin freundlich empfangen und beherbergt. Dabei konnten wir gleich einen ersten Eindruck von der innenpolitischen Situation des Landes wenige Tage vor der nicht ohne Spannung erwarteten Parlamentswahl vermittelt bekommen. Der Abend verging bei Gesprächen über die Geschichte des alten Kulturlandes, insbesondere natürlich in den vergangenen Jahrzehnten seit dem Sturz des Schah-Regimes, bei ein wenig Alkohol ("Oppositionsware") wie im Fluge. 25 Jahre nach der sogenannten Revolution von 1979 schickten sich die Verantwortlichen des Landes- insbesondere der "Wächterrat" - an, die sich allmählich liberalisierende und öffnende politische Landschaft per "Ordre de Mufti" und Verbot der Kandidaturen vieler Reformorientierter einzufrieren.

Angesichts der weltpolitischen Entwicklung, der wirtschaftlichen



Kontakte und der Öffnung des Landes allein schon der nach Millionen zählenden exilierten Eliten aus Wissenschaft und Forschung, Technik, Medizin und Kunst ein mittelfristig sicher wirkungsloses Unterfangen. Derzeit noch allerdings mit dem zu erwartenden Ergebnis eines beispiellosen Wahlboykotts, der alle nun zu treffenden Entscheidungen mit dem Mangel demokratischer Legitimation versehen erscheinen lassen muß.

Auch unsere zu günstigen Konditionen transportierten 23 Kisten und Kartons mit medizinischer Ausrüstung und Donationen konnten wir problemlos am Teheraner Airport zwischenlagern, um sie am nächsten Morgen vor unserem Weiterflug in die alte persische Hauptstadt Isfahan erneut zu "verfrachten". Von den Schönheiten des Landes, dessen Naturgegebenheiten wie auch die spannende Historie sicher zu Superlativen Veranlassung geben dürften, registrierten wir außer herrlich eben-

mäßigen schneebedeckten Berggipfeln der Unzahl von überflogenen Faltengebirgszügen nur den Königsplatz Isfahans und die ihn umgebenden Moscheen wie aus 1001 Nacht und auf der Weiterfahrt nach Nain die wüstenartigen, dünn besiedelten Landstriche mit ihren Dörfern mit kuppelüberwölb-





Hubertus Tilkorn und Abdol Behrawan

ten Lehmbauten und Verteidigungstürmen in der Hochgebirgssteppe.

Touristen sind allerdings noch immer kaum anzutreffen, wenngleich sicher die Erdbebenhilfe im nur wenige hundert Kilometer entfernten Bam eine Vielzahl von Ausländern wieder ins alte Persien gebracht haben dürfte.

Uns jedoch trieben nicht sightseeing- Ambitionen um! Wir wollten, vorbereitet von unserem Freund Dr. Abdol Behrawan, viele Jahre als Soziologe und Politologe in Deutschland und seit einiger Zeit wieder in Teheran lebend, und den Ärzten im Heschmatieh Habibian Krankenhaus von Nain, dort unser „Reconstructiv surgery Camp“

aufschlagen...Noch am Nachmittag unseres Ankunftstages sahen wir nach der Begrüßung durch die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Krankenhauses, namentlich durch die Leitung Dr. Rezai (G.P.) und Herrn Arbejdi, die ersten potentiellen Patienten und das vorzeigenswerte Krankenhaus mit Röntgen, Labor und den Op's, in denen elektive Eingriffe während der Zeit unseres Tuns aufgeschoben werden sollten. Wie sich am nächsten Tag – wir waren sehr angenehm in einer unweit gelegenen ehemaligen Karawanserei, dem „Nain Inn“ untergebracht – herausstellte, waren unsere Patienten noch von niemanden vorher medizinisch begutachtet worden, so dass nun auf Grund des Aufrufes und eines Zeitungsartikels in den nächsten Tagen eine unaufhaltsame Flut von Menschen aus allen Teilen des Landes über uns hereinbrach, die oft schon voroperiert eine Verbesserung ihrer Situation sich erhofften- nicht selten aber optimal versorgt waren oder mit unvorstellbaren Bagatellen, Hauteffloreszenzen oder Akne, Schwielen etc. sich





vorstellten. Da die sprachliche Kommunikation auch mit dem Klinikpersonal sich als ausgesprochen problematisch erwies, waren wir froh, mit Dr. Behrawan und unserer Anaesthesistin Fahkry zwei perfekte und sachkundige Dolmetscher zu haben. Dies bedeutete aber auch, daß ein Anaesthesist mit Hilfe einheimischer Assistenten bei schwieriger Verständigung und notwendigem Dolmetschen auch für die unsterilen Hilfen und Helfer an zwei Tischen öfters "zu Gange" war. So vergingen die ersten OP-Tage wie im Fluge und bei den z. T. erheblichen und langwierigen Operationen von "burn contractures" zogen sich die Programme bis tief in die Nacht hin. Das stellte nicht nur das einheimische Personal, sondern auch uns vor schwere Belastungsproben. Von den Krankenhausköchen, die das Essen noch bis Mitternacht warm halten mußten, ganz zu schweigen... Die äußeren Bedingungen in dem modern eingerichteten und hygienisch gut geführten Haus waren sehr ansprechend; da nicht ständig ausgebildete Chirurgen in diesem Provinzkrankenhaus tätig



waren, kam unser plastisches Team auch einmal spät abends dazu, eine ausgesprochen üble Appendix bei einem jungen Mann zu entfernen. Von den insgesamt über 1500(!) Menschen, die sich während unseres Aufenthaltes z.T. noch bis tief in die Nacht vorstellten (sie kamen aus manchmal

mehr als 1000 km Entfernung, z. B. aus Täbriz in Azerbaidshan, auch aus Bam- und wir lästerten dann schon: demnächst auch aus Usbekistan und der Mongolei...) wählten wir 86 Patientinnen und Patienten aus. Enttäuscht mußte wohl kaum jemand wieder von dannen ziehen, denn mit Eva Borsche hatten wir auch eine der homöopathischen Möglichkeiten kundige Kollegin im Team! An 74 Patienten wurden insgesamt 88 Eingriffe, davon einige größere Voll- und Spalthauttransplantationen sowie ausgedehnte Verschiebeplastiken, z.T. simultan durchgeführt. Bei zwei Patienten war nachträglich noch einmal eine erneute plastische Deckung wegen Wundheilungsstörung erforderlich. An den 8 Op-Tagen wurden immer wieder zwischendurch Konsultationen angefragt, was den Ablauf erheblich tangierte.

Allein die damit immer auch verbundenen Sprachmitteilungen brauchten Zeit und das Anspruchs- und Wunschenken erlebten wir in



dieser Form – ohne Wertung - zum ersten Mal. 12 Patienten erschienen nicht - auch das war wegen einzuplanender Nahrungskarenz für den Ablauf nicht unproblematisch. Es hatte möglicherweise aber auch mit dem Umfang der in Betracht stehenden operativen Maßnahmen und dem hohem Aufwand in diese entlegene Gegend zu gelangen zu tun. Bei zwei Patienten erwies sich das übliche anesthesiologische Procedere wegen mentosternaler Kontraktionen als sehr schwierig, einmal war als Lösung der Gebrauch einer Larynxmaske hilfreich, beim anderen Mal half der ohnehin vorgesehene releasing- Schnitt der Kollegen nach

Induktion der Narkose... Die Kooperation mit dem einheimischen Personal klappte nach einigen Tagen immer besser, war partnerschaftlich und angenehm. Der Ausbildungsstand und auch der Ehrgeiz insbesondere der Anästhesie-Assistenten waren bemerkenswert- mußten sie doch im sonstigen Regelbetrieb nach zweijähriger Ausbildungszeit eigenverantwortlich arbeiten...

Die Leitung des Hauses versuchte uns mit großer Gastfreundschaft aus spürbaren Instrumentalisierungsversuchen politischer Art herauszuhalten, so daß wir insbesondere auch Dank der beeindruckenden Art und Arbeit von Frau Dr.

Fahkry Goreishinejad und Herrn Dr. Abdol Behrawan neben der medizinisch- fachlichen Arbeit und dem Miteinander über Grenzen und Kulturen hinweg einen Beitrag zur Stärkung der iranischen Zivilgesellschaft gemeinsam zu leisten imstande waren. Ein Einsatz, bei dem es viel zu lernen gab - für alle Beteiligten.

Der Dank geht an die Organisatoren und Helfer! Am Ende gab es noch ein Zeitungsinterview in Teheran, eine freundlichen Empfang und herzliche Gastfreundschaft mit dem Wunsch: Kommt wieder: **Choda hafez!**

*Helmut Krause*



# Rekonstruktive Chirurgie in Tadschikistan

## Interplast Sektion München



Pamirregion

Auf Einladung des Gesundheitsministeriums besuchte ein Mini-Team der Sektion München vom 28. August bis 09. September die Republik Tadschikistan.

### Interplast Team:

#### Prof. Dr. Edgar Biemer:

Plastische Chirurgie

#### Dr. Heinrich Schoeneich:

Plastische Chirurgie

#### Sima Schoeneich:

Operationsbereich - Dolmetscher  
Der Einsatz erfolgte über die Verbindung zweier tadschikischer Kol-

legen, Herrn Dr. Khodjamurodov Ghafur unter Dr. Mirr Ali, die als Stipendiaten in der Abteilung für Plastische Chirurgie bei Prof. Biemer ausgebildet wurden. Prof. Biemer stellte in der ersten Woche einen Workshop zusammen, bei dem vor allem mikrochirurgische freie Lappenplastiken und größere plastische rekonstruktive Eingriffe in Theorie und Praxis demonstriert wurden. Meine Frau und ich arbeiteten im afghanischen Grenzbe-  
reich Korgan Tjube und Kulab in

kleinen regionalen Krankenhäusern mit Versorgung der ländlichen Bevölkerung.

### Länder-Dossier:

**Tadschikistan** – schwächste von den GUS-Staaten, ist von hohen gewaltigen Gebirgsketten umgeben. Im Osten bilden die über 5000 m hohen Gebirgsmassive eine fast unüberwindliche Barriere nach China. Lediglich schmale Gebirgspfade können im Sommer von Pferd- und Maultierkarawanen genutzt werden. Der im afghanischen



Teaching : DR. H.Schoeneich, Prof.E.Biemer. DR. Gafor



Opsaal Korgan Tjube



Grenzgebiet gelegene sog. Vakanzipfel, der aus der indisch-britischen Zeit übergeblieben ist, ist ein ideales Rückzugsgebiet für Drogenmafia, Warlords und Rebellen. Die wirtschaftliche Lage war seit dem Zusammenbruch der Sowjetunion für lange Zeit desolat. Tadschikistan verweist zwar stolz auf seine Industrien, aber die meisten Fabrikanlagen stehen still.

Familienbande sind an Stelle eines geordneten Wirtschaftsleben getreten. Durch den Zusammenhalt der Sippen wurde der völlige Zusammenbruch des Landes, das zigtausende von Flüchtlingen betreuen musste, vermieden. Unter anderem durch Inanspruchnahme von geächteten Wirtschaftszweigen wie dem Opiumanbau, Schmuggel und Waffenhandel. Dabei verfügt das Land über enorme Bodenschätze wie Uran, Gold und fossile Brennstoffe wie Erdöl und Erdgas, die bisher noch nicht erschlossen sind. (Alle Öl fördernde Länder sind in Startposition)

Durch das Ende der Talibanherrschaft in Afghanistan hat ein neuer Aufschwung eingesetzt. Die lokalen Märkte und Bazare sind von Jahr zu Jahr größer geworden, allerdings ausschließlich mit billiger Chinaware. Zeichen der Reislami-

sierung sind auch hier zu sehen, obwohl trotz steigender Anzahl der Moscheen diese kaum sichtbar sind und von den wenigen Fremden nicht wahrgenommen werden. Die Regierung versucht sowohl regionale Führer als auch Islamisten durch Machtbeteiligung in ihr Regime einzubinden. Die Islamische Opposition ist dank dem Friedensabkommen in die Regierung eingebunden und versucht mäßig auf die radikale Einströmungen einzugehen. Tadschikistan hat sich darüber hinaus für alle regionalen Militärmächte geöffnet. Indien, China, Russland und Amerika wollen Erdgas und Erdöl aus den drei Asien?? beziehen und wollen sich diese durch gute Kontakte und Unterstützungen für die jeweiligen Regierungen sichern. Mit Unterstützung von Russland und sogar Deutschland wurde die eigene Verteidigungsfähigkeit langsam aufgebaut. Tadschikische Offiziere wurden bei deutschen Gebirgsjägern in Mittenwald ausgebildet.

#### **Einsatz:**

Im Republican Center of Reconstructive Surgery in Duschanbe fand der Interplast Workshop unter Leitung von Herrn Prof. Biemer statt. Dieses Zentrum steht unter

der Leitung von Dr. Ghafur und Dr. Artykof, einen in Moskau ausgebildeten Mikrochirurgen. Prof. Biemer führte hier zum zweiten mal einen Workshop durch, wobei der Schwerpunkt auf mikrochirurgische freie Lappentechniken lag, die bisher vor Ort noch nicht durchgeführt wurden (Radialis-, Latissimus- und Parascapular-Lappen). Replantationen von Fingern aber auch Unterschenkeln und Unterarmen wurden hier bereits erfolgreich operiert. Das Krankenhaus ist so aufgebaut, dass Patienten mit Notfalloperationen kostenlos operiert werden, aber Patienten, die wohlhabend sind, alle Sachkosten wie Nahtmaterial, Narkosemittel, Infusionen und Medikamente bezahlen müssen. Die Regierung hat die Räumlichkeit zur Verfügung gestellt und die Kosten für Personal und Ärzte müssen selbst erwirtschaftet werden.

Prof. Biemer arbeitete an sieben Tage tägl. von 8.00 bis 23.00 Uhr und führte erfolgreich vier mikrochirurgische Eingriffe durch. Bei den anderen Patienten handelte es sich um lokale Lappenplastiken und angeborene Missbildungen (s. Tabl.). Die räumlichen Voraussetzungen dieser Abteilung waren ausgezeichnet, was jedoch das In-



Workshop: Republican Center of Reconstructive Surgery Dushanbe

strumentarium angeht, waren es alte russische Instrumente und zum Teil nachgebaute Instrumente, die jedoch für die feine Chirurgie kaum geeignet waren. Wir haben uns entschlossen, dieser Abteilung eine Grundausrüstung an Instrumenten zur Verfügung zu stellen.

Da ich persönlich die Interplast-Arbeit in Hauptstädten vermeiden wollte, hatte man für mich von der Regierung drei weitere Standorte in der Nähe der afghanischen Grenze benannt. Korgan Tjube und Kulab und Khorog, dem Dach der Welt Khorog, einem ehemaligen Rebellen durchzugsgebiet der Islamisten, welches heute hauptsächlich von den Ismailiten bewohnt wird.

Begleitet wurde ich von meiner persischen Frau Sima, die als OP-Schwester und als Dolmetscher (Farzi Amtssprache) fungierte und wie auch bei unseren sonstigen Einsätzen die Seele des Teams verkörperte. Ohne Mithilfe unseren geduldrigen kompetenten Stipendiaten Dr. Mirr Ali, wären die

beschränkten Einsatzmöglichkeiten und logistischen Probleme kaum zu verwirklichen gewesen. Durch das sich Einlassen auf das Fremde, durch Neugier, Verständnis und Toleranz entsteht kein Nebeneinander sondern ein Miteinander, was für uns ein wesentlicher Bestandteil eines erfolgreichen Einsatzes darstellt. Gut Operieren können viele von uns, aber wie viele können sich Einlassen, Zurücknehmen Verbinden und Teilen?

In Korgan Tjube und Kulab zeigten sich die Krankenhäuser von den Räumlichkeiten in einem guten hygienischen Zustand, jedoch waren in Kulyab kein Abdeckmaterial und keine Operationskittel vorhanden und fließendes Wasser gab es nicht, da alle Wasserleitungen in der Umgebung marode sind. Sowohl in Korgan Tjube als auch in Kulab mussten wir uns schnell daran gewöhnen, immer den gleichen Operationskittel anzubehalten und nur die Handschuhe zu wechseln. Autoklaven standen ebenfalls nicht zur Verfügung. Gott sei dank hatten

wir unsere Korallinlösung dabei, die ein steriles Arbeiten, zumindest was die Instrumente anbelangt, ermöglichte. Der Zulauf der Patienten war enorm. Trotz der begrenzten Operationstage sind die Patienten oft weinend nicht von der Operationstür gewichen um trotz Absage dennoch auf eine Operation zu hoffen, da sie wussten, dass diese Chance so schnell nicht wiederkommen würde. Auch hier legten wir Nachtschichten ein. Obwohl wir keine Anästhesisten bei uns hatten, verlief die Versorgung der Patienten und Kleinkinder komplikationslos. Ohne Kindernadeln oder Braunülen wurden hier Narkosen in Ketanest und Propofol durchgeführt. Die Unkosten von Ketanest und Propofol pro Patient mussten wir jedoch mit ca. 15 US\$ zu teuer übernehmen.

Tadschikistan hat kaum Steuereinnahmen und hat keine Gelder um das Gesundheitswesen zu unterstützen. Die Ärzte verdienen 5 \$ im Monat, sind aber berechtigt von den Patienten Entgelt zu verlangen.

*Südtadjikistan**Blick nach Afghanistan*

gen. Dies ist der Grund dafür, dass sich nur etwas reichere Tadschiken einer Operation unterziehen können. Wir mussten uns auch daran gewöhnen, ohne fließendes Wasser zu arbeiten. Es waren in den Ops nur Wassereimer gebunkert, die die gewohnte Sterilität nur eingeschränkt ermöglichte. Erstaunlich ist immer, dass es trotz dieser Umstände kaum zu Wundheilungsstörungen und Infektionen postoperativ kommt. Insgesamt wurden 68 Patienten operiert. Auf der Liste fanden sich zahlreiche voroperierte

Spalten, die zum Teil durch eine unerkennbare Operationstechnik zusammengesetzt waren, und kaum operierte Gaumen. Bei den 265 gescreenten Patienten befanden sich ca. 15 Patienten darunter, die über das Kinderdorf Oberhausen bereits 8–32 Monate in deutschen Krankenhäusern verbrachte. Bei drei Patienten, und das löste bei uns eine große Verwunderung aus, handelte es sich um frische großflächige Verbrennungen im Schulter-Arm-Bereich, die man unbehandelt wieder zurück geschickt

hatte, so dass diese Narben sekundär ausheilten und somit zu großen funktionellen Einschränkungen im Bereich des Oberarmes und der Axilla führten. Weitere Patienten wurden zurückgeschickt mit der Angabe, es handle sich hier nur um eine kosmetische Verbesserung. Wir haben uns entschlossen, uns diesbezüglich mit dem Kinderdorf Oberhausen zusammen zu setzen und auf diese Missstände hinzuweisen. Es wäre eventuell sinnvoll, den lokalen plastischen Chirurgen in Dushanbe pro Kopf eine Pau-

*Op Saal Kulab**Verbrennungskontraktur: Pat wurde nach Deutschland über Oberhausener Kinderdorf geflogen und unbehandelt zurückgeflogen.*





schale zukommen zu lassen, da sie diese Allgemeintechniken ebenfalls gut beherrschen. Die Interplastidee, mit einem kleinen Team in abgelegene Regionen zu fahren, fand bei unseren beiden Kollegen großen Zuspruch und sie haben uns versprochen, die Idee aufzugreifen und selbst Operationseinsätze in abgelegenen Regionen entlang der afghanischen Grenze und den Hochtälern durchzuführen.

Auf der dritte Station unseres Einsatzes auf dem Dach der Welt ,im PAMIR, haben wir uns entschlossen, die 400 km lange Strecke mit dem Jeep zu bewältigen. Die Strecke führte 200 km entlang des Grenzflusses Pansch, zwischen Afghanistan und Tadschikistan, was für uns alle ein besonderes Erlebnis war. Als alter Afghanistan-Fahrer, musste Ich immer sehnsüchtig nach Afghanistan hinüberschielen. Zuweilen trennten uns nur 100 m bis zum afghanischen Flussufer und den angrenzenden kleinen Dörfern. Der überladene Jeep mit 6 Personen musste we-

gen Überhitzung anhalten und zwei Reifenpannen mit komplettem Reifen- und Schlauchwechsel führten zu erholsamen Pausen. Für eine Strecke von 400 km benötigten wir insgesamt 26 Fahrstunden. Die Rückfahrt mit dem Flugzeug betrug nur 40 Minuten. Um hier jedoch ein Flugticket zu erhalten, mussten wir den gesamten Hinflug der Maschine leer bezahlen, da man sich sonst geweigert hatte, eine Maschine mit 20 Sitzplätzen anzufordern. Mit diesen Anzeichen von Vettern- und Korruptionswirtschaft mussten wir uns bei offiziellen immer wieder auseinandersetzen. Aber diese allgemeinen Spielregeln konnten wir trotz guter Beziehung bis hin zum Staatspräsidenten nicht unterlaufen.

Zusammenfassend muss ich betonen, dass die Kinder und Menschen, mit denen wir zu tun hatten, von einer ausgesprochenen Lebenswürdigkeit waren, tapfer gewartet haben, in der Hoffnung, operiert zu werden. Sie haben uns beschenkt, indem Sie uns Ihre Würde haben spüren lassen. Für all

diejenigen unter Euch, die Afghanistan lieben, werden auch Tadschikistan in ihr Herz schließen. Was mir besonders an dem Einsatz gefallen hat, war wiederum die Zusammenarbeit mit einheimischen Kollegen, kein isoliertes Teamarbeiten, kein autistisches Verhalten, kein humanitärer Kolonialismus. Tadschikistan – ein Land am Rande des Dachs der Welt, muss mit dem Für und Wider der Globalisierung kämpfen, einen Standort finden zu den anderen GUS-Staaten, aufpassen, nicht zerrieben zu werden zwischen den Interessenskonflikten der nach Erdöl lechzenden Staaten. So wird es lange dauern, bis sich hier die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung etwas ändern wird.

6 Millionen Einwohner, Tadschiken, Usbeken, Russen, Tartaren, Kirgisen, Ukrainer und einige andere Gruppen verteilen sich auf einer Fläche von 143 000 km<sup>2</sup>, wobei die Durchschnittshöhe auf 2100 m liegt.

**Dosbedanje, Hodahafes**

*Heinrich Schoeneich*

## Weitere Aktivitäten der Sektion München:

### **Projektfinanzierung Plastischer Chirurg für Uganda**

Nach Rücksprache mit Bad Kreuznach haben wir uns entschlossen die Teilfinanzierung, unseres Kollegen Ralph Sautter für ein weiteres Jahr zu übernehmen, so dass die eine Hälfte durch CIM und die andere Hälfte durch Interplast München finanziert wird.

Erfreulich hat sich die Zusammenarbeit mit Dr. Oliver Blume entwickelt, der in Uganda ausschließlich Teaching Programme in der MKG Chirurgie durchführt.

### **Patiententransfer aus China**

Nach persönlichem Kontakt zur Hans Seidel Stiftung in Shanghai wurde mir per E-Mail das Bild von einer 16 jährigen Chinesin Xiao Liewen geschickt. Xiao hatte Ihr Gesicht durch eine elektrische Verbrennung verloren und ist bis zur Unmenschlichkeit entstellt worden. Sie wurde in Shanghai über 1 Jahr lang stationär behandelt und in diesem Zustand (siehe Foto) entlassen. Von einem menschlichen Gesicht ist nicht mehr viel übrig geblieben bis auf den Mund und das

linke Auge. Diese Herausforderung zu helfen und Ihr ein „menschliches Gesicht“ zurückzugeben wurde von Prof. E.Bierner, Dr. Kovac , Herrn Lutz ( China Reisen ) und Interplast München sofort angenommen. (siehe Bericht von Dr. Kovac). Mittlerweile ist Xiao Liewen wieder zurück in Shanghai – mit neuem Gesicht – und es ist beeindruckend mit wie viel Selbstvertrauen sie hier in ihr neues Leben zurückgeht.



### **Eröffnung der Erste-Hilfe-Station im Vorort-Bereich von Yangon in Burma**

Über persönlich zweckgebundene Spenden von Herrn Georg von Wertz und der Familie Prof. Bernhard Kubaneck wurde in einem

Vorort von Yangon von Claire und Gerald Schreiber eine Erste-Hilfe-Station eröffnet, dessen Bau durch diese privaten Spenden ermöglicht wurde. Ein burmesischer Allgemeinarzt und 2 schwedische pensionierte Ärzte werden dort regelmäßig Sprechstunde durchführen.

Für eine ambulante Therapie stehen hier jeweils 4 Betten zur Verfügung.

Geplant ist hier die ärmere Bevölkerung in den Vororten von Yangon eine grundmedizinische Versorgung zukommen zu lassen.

---

## **2. Interplast-Einsatz in Indien, Assam, Sibsagar, 23.01.- 10.02.04**

*Eine Kooperation der Sektionen Pro-Interplast Ruhrgebiet/NRW e.V. und Baden-Baden/Rastatt mit*

*Youth for Social Welfare/ Indien*

### **Yesterday is never Over!**

Dieser Satz drängte sich in meine Gedanken als die erneute Einladung aus Indien zeitgerecht im Juni 2003 auf meinen Schreibtisch flatterte; voller Lobeshymnen und Bitten wieder zu kommen.

Zeitgerecht: Die Verhandlungen mit British Airways über die Rückerstattung von Gepäckbeschädigungen und Beinaheverlusten waren noch nicht abgeschlossen, die Abschlussbilanz über den 1. Einsatz im Januar 2003 noch nicht gezogen, da drängten sich die flehentlichen schwarzen traurigen Augen der Zurückgebliebenen wieder in das Tages-geschehen, die Erinnerung an die angefangene Arbeit, die weiter gehen sollte, mußte!

So organisierten wir, alle aufs Neue. Aus den ersten Erfahrungen gelernt, den Flug nach Indien mit Air India. Hier musste die Wahrscheinlichkeit aus „eigenem Interesse“ freies Übergepäck zu gewähren, am größten sein. Fliegen

wollten wir bis nach Dibrugarh, der unserem Zielort am nächsten gelegene Flughafen, keine nächtlichen Irrfahrten mehr durch Nebel und Abgründe. Weiter machen, wo wir begonnen hatten, im General Hospital Sivasagar, in einem überschaubaren Ort und Rahmen, um die Beziehungen auszubauen und zu festigen, die die wir verlassen hatten wiederzusehen, nicht in einer anonymen Großstadt.

Und wir setzten uns durch, gegen Bürokraten und taube Behörden, gegen Ignoranz und gegen den eigenen Alltag. Zwei Planungstreffen in Duisburg, und hier geht mein besonderer Dank an Herrn Chefarzt Dr. Jostkleigrew, unserer operativen Säule der Verbrennungschirurgie im 1. Einsatz, der nicht nur wieder mitfuhr, sondern wieder die gesamte Verbrennungsausrüstung und alle diesbezüglichen Verbrauchsmaterialien organisierte, und der mir als mein damaliger Chef die Zeit einräumte, zu organisieren. - Dank auch der Leitung der BG-Unfallklinik Duisburg

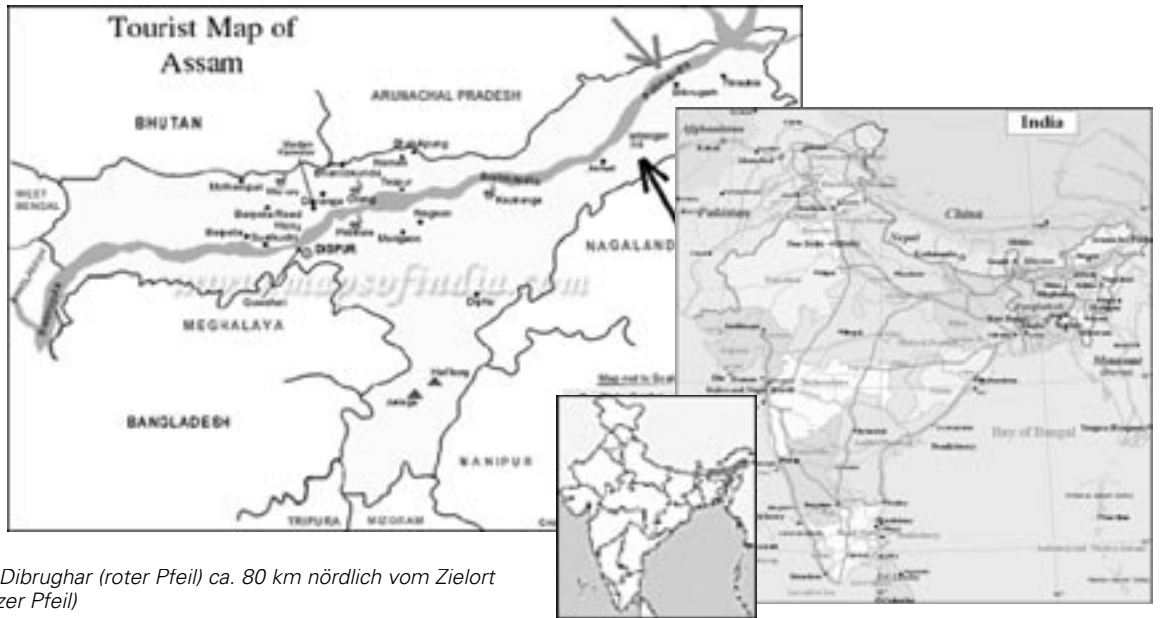
für diese Sachspende, und allen spendenden und sammelnden Händen des Klinikums -

Auch Chefarzt PD Dr. Döring, unsere zweite Säule des 1. Einsatzes war wieder im Boot, er plante und organisierte in Chemnitz, fast die komplette Ausrüstung für Mund-Kiefer- Gesichts- und Spaltchirurgie, zwei gefüllte Zarges- Boxen feinsten Equipments!

Prof. **Dr. Dr. Voy**, mein Lehrer in Hattingen, schulterte mit der Sektion Pro -Interplast Ruhrgebiet die gesamte Flugfinanzierung neben der gewohnt großzügigen Unterstützung in allem was einen Einsatz in Rat und Tat trägt, und so haben wir alle ihm auch diesen zweiten Einsatz zu verdanken! **Mein tiefster Dank gilt ihm!**

Diesmal müsste es reibungsloser gehen!!!

So vorbereitet standen wir am Morgen des 23.01.04 am Frankfurter Flughafen, diesmal mit nur knapp 300 kg „medizinisches Übergepäck“, bei asketischer Selbstbeschränkung der persönli-



KleinerFlughafen Dibrugarh (roter Pfeil) ca. 80 km nördlich vom Zielort Sibsagar (schwarzer Pfeil)

chen Habseligkeiten auf ca. 15 kg/ Person; eine schriftliche Zusage über einen „Frei-transport“ hatte ich trotz aller Bemühungen nicht erreicht.

Als ich die Mimik der „Einwieger“ sah, drängten sich die Schweißperlen auf meine Stirn, die ich vor einem Jahr bis zum Ende des Einsatzes nicht mehr hatte abtrocknen

können, sie hatten sich damals verselbständigt.

Doch sie verschwanden schnell, einen derart herzlichen Empfang bei Air India hatte ich nicht erwartet: Händeschütteln, freundlichste Worte, bevorzugtes Einchecken, upgrading in Business und first class, als hätten alle auf uns gewartet, unwirklich!

So erleichtert „schief“ ich mit Sekt und Orangensaft und unendlicher Beinfreiheit nach Indien.

Der Flughafen Bombay um Mitternacht störte meine süßen Träume, endlose Stunden im Wartesaal, Chefarzt Dr. Sautter aus Uganda war zu uns gestoßen, auch er mit sehnsüchtig erwarteter high-tech, aber eben Übergepäck, von den



Die „Einwieger“ in Frankfurt



Sr.Renate und Sr.Heike, first class



Hotel Ashok, Dehli



Armenspeisung in Hindu-Moschee



li.stehend Utball,sitzend Mr.Saikia, stehend Dr.Saikia, die Freunde!

vorab mündlichen Zusagen der innerindischen Sahara Airlines mußte morgens um 5.00 h am Schalter niemand, auch der eigens von Herrn Saikia abgestellte Freund als Unterhändler konnte es nicht erreichen, das Gepäck wurde gewogen, auf das Gramm, 524 Kg! Aber mit knapp 180 \$ Strafe konnten wir leben. Die indische Leichtigkeit des Seins, das Lächeln, hatte uns wieder, auch als unser Weiterflug am 24.01. wegen des Nationalfeiertags auf den Folgetag verschoben wurde, blieb es. Vor allem als wir uns zur Wiedergutmachung im 5-Sterne Hotel-Ashok wiederfanden, empfangen von

feinst gekleideten Portiers mit grüßenden weißen Handschuhen, einem über zweimannsgroßen gold-glitzernden Kronleuchter über spiegelndem Marmor. Zum ersten Mal lernten wir das andere Indien kennen, eine aus Kolonialzeiten herrührende nicht zerschlagene, sondern mit Stolz erhaltene Pracht!

Die nächtliche Armenspeisung in einem Hindutempel um die Ecke führte uns wieder zu unserem Einsatz, den wir am Folgetag direkt über das nahe gelegene Dibrugarh erreichten.

Wir waren zuhause, es war fast wie heimkommen, all die bekannten Gesichter, die Herzlichkeit, das Lachen, ein kleines Stück erfüllter Hoffnung auf Zukunft lag in jede Händedruck der Wiederkehr!

Die Blumen zum Empfang, die harten Pritschen der Lodge, alles war vertraut und lächelnd fanden wir

das Krankenhaus wieder, den Dreck, den Gestank und die OP-Lampe, die eher ins „Edison“-Museum gehört als vor Ort, mit Lächeln. Denn diesmal waren wir uns gewiß, daß uns nichts aufhalten könnte, keine Latrine, kein Stromausfall, wir hatten es schon einmal überlebt!

Der Alltag begann schon am nächsten Morgen und zwischen all den bekannten unvorstellbaren Entstellungen durch Verbrennungen und



Dr.Post unter der „Edison“-OP-Leuchte



Dr.Post unter der „Edison“-OP-Leuchte



präop .2003



Kontrolle 2004, keine Kontrakturen, freie Beweglichkeit



*präop 2003: fast vollständiger Verlust der Nase*



*postop 2003: Nasenaufbau durch Stirnlappen*



*präop 2004: eingeeilter Stirnlappen*



*postop 2004: Komplettrekonstruktion der Nase*

Spaltbildungen war das schönste die Patienten vom Vorjahr wiederzusehen.

Der Junge dessen durch Verbrennungskontraktur angewachsener Arm voll und frei beweglich abgeheilt war ( OP: Dr. Jostkleigrew).

Das bildhübsche Mädchen mit dem Stirnlappen zum Nasenersatz, diesmal durch Conchaknorpeltransplantation und Nasolabiallappenbildung mit rekonstruierten Nasenflügeln und allen plastisch-chirurgischen Kniffen zur vollständigen Nase ergänzt( OP's: Dr. Döring).

Nichts kann schöner sein als diese dankbaren Blicke. Noch nie war eine „kitschige“ Plastikblume als Dank so schön!

Die Anästhesie, diesmal von Oa Dr. Esser und Dr. Post aus Aachen komplett organisiert und ohne je-



*PD. DR. Döring bei der Schlussvisite eines seiner Patienten*

den Zeit- und Reibungsverlust perfekt praktiziert, wie in einem alt eingespielten Team, erlaubte es uns mit den sich einschleifenden Abläufen eine deutliche Steigerung der diesjährigen Patientenzahl.

Hierbei war Chefarzt Prof. Dr. Sauter mit seinen langjährigen Afrika-Erfahrungen das ideale Bindeglied zwischen high-tech „Wunsch“-OP-Technik und dem bewährten und erprobten OP-Pragmatismus, der den Umständen gerecht wird; unvergessene Lehrstunden der besonderen Klasse! Hoffentlich bleibt er uns erhalten.

Daß dies alles ohne Inaugural Ceremony (Einführungszereemonie) mit den bekannt endlosen offiziellen Lobsgungen funktionierte – durch unsere Anreiseverspätung hatten wir diese „leider“ verpasst - war eigentlich undenkbar; und so wurde sie nachgeholt, am Ende einer kurzen Wochenendpause am 01./02..2.04. „The honorable ministers“ beschränkten sich diesmal jedoch gnädigst, was wir dankend annahmen.

Die Ausflüge in den lokalen Alltag, auf Rinder- und Regionalmärkte mit einem vor sich hintrocknenden geteilten Schwein und Bergen getrockneten Fisches, einer nicht enden wollenden Fülle an Speisen

und Früchten gebettet in Armut und Gerüchen, die alle Sinne umspielten, waren beeindruckend gewesen.

Kraft schöpfen konnten wir beim frühmorgendlichen Elefantenritt im Kaziranga-Nationalpark, „unserer“ Oase der Stille. Wir hatten sie wieder unsere geliebten Riesen, die gutmütigen und mächtigen. Mit jeder gefütterten Banane, mit jedem Streicheln wuchs die Bewunderung und Erfurcht vor diesen Geschöpfen, der Respekt und die Zuneigung. Verzaubert wurden wir vom Tanz der wohl süßesten und jüngsten Prinzessin Indiens am Abend zum Ausklang des überregionalen „Elefant-Festivals“.

Die Grazie der wunderschönen Frauen in Ihren purpurnen Gewändern, die uns die Folkloregruppe zum krönenden Abschluß bot, zu beschreiben, würde diesen Rahmen sprengen, man muß es erlebt haben, um mitzuschwärmen.

So gestärkt gingen wir in die Zweite Runde, vom 03.02.-07.02.04. Nach 2 Wochen harter durchstrukturierter Arbeit konnten wir eine beruhigende Bilanz ziehen: Über 60 Patienten hatten wir in langen Mehrfach-OP´s behandelt bisher ohne gravierende Komplikationen; nur die Kinder waren fast alle ver-



Der Elefantentritt, rechts Dr. Jostkleigrewe



Die „Prinzessin“



Die Folkloregruppe

schnupft, was die Nachbehandlung nach Spalt-OP's nicht gerade erleichterte. Aber mit einem nagelneuen Match-box-Auto – unser Dank an die Sieper-Werke in Lüdenscheid – oder einem Plüschtier zum Trost war auch dies bald ausgestanden. Rechtzeitig hatten wir die Neuvorstellungen gebremst und praktisch auf den Punkt alles operieren können, was wir versprochen hatten, eine Warteliste für den nächsten Einsatz war vorbereitet. Die lokalen Ärzte mittlerweile in die Nachbehandlung fest eingebunden, konnten wir beruhigt gehen mit der Gewissheit der Rückkehr!

Wieviel man in 2 Tagen erleben

kann zeigte uns unser Freund Jintu, Herr Saikia, zum Ende.

Jintu, ein Mann, dessen stoische Ruhe eher an den Fährmann Vasudeva in H. Hesses Siddartha erinnert als an einen mittelständischen Kamaswami-Geschäftsmann. Jedem Problem mit „we will find a way“ belegend mit dem typischen seitlich kopfnickenden Yes, Yes. Und er fand einen Weg, einen Indischen, immer!

Vom Empfang beim Ministerpräsidenten Assams über das imposante Nationalmuseum, von seinem Vater gegründet, vom höchsten Tempel Assams bis zu einem Abschlussessen an Guwahatis weißen Bramaputra-Stränden, nichts

und niemand konnte diesen Mann bremsen, uns mit Dankbarkeit und Überraschungen zu überhäufen. Bis zum Taj Mahal, quer durch Indien wich er uns nicht von der Seite und das Netz seiner gleichgesinnten Freunde war ohne Lücken, wohin wir auch gingen

von Freunden empfangen und als solche begrüßt.

Diese Bande würde niemand mehr zerreißen können, wir würden wieder „Heim“ kommen, wieder und wieder, das stand in allen Augen beim Abschied!

Yesterday is never over!

And won't ever be!

#### Danke an:

Chefarzt Dr.med.F.Jostkleigrewe, Duisburg, Plast.-,Hand- u. Verbrenn.-Chirurgie

Chefarzt PD Dr.med.Karli Döring, Chemnitz, Plast.- und MKG-Chirurgie

Chefarzt Dr. Ralf Sautter, Mbarara (Uganda), Plast.-Rekonstr.-Chirurgie

Oberarzt Dr. Franz Josef Esser, Aachen, Anästhesie

Dr. Peter Post, Aachen, Anästhesie  
Heike Geller, Lüdenscheid, OP-Schwester

Renate Plesken, Solingen, OP-Schwester

Renate Netz, Duisburg, leit. Schwester der Schwerverbrannten-Intensivstation

Gisela Bloehm, Krefeld, Anästhesieschwester

Jürgen Herr



Das Team und Mr. Saikia mit Familie vor dem Taj Mahal

## Tirupur / Tamil Nadu / Indien (27. 02. 04 – 12. 03. 04)



Februar 2002



Das befreite „Engelchen“

Seit ich vor zwei Jahren vom ersten Einsatz in Tirupur, damals mit Dr. André Borsche, zurückkam, ließ mich die Idee nicht los, dort ein zweites Mal hinzufahren um die damals begonnene Arbeit fortsetzen zu können. Die Kontakte zu den indischen Kollegen im General Hospital Tirupur und zum Rotary Club Tirupur South waren so herzlich und bestanden immer noch, sodass der Durchführung der Idee eigentlich kaum etwas im Wege stand. Als erstes jedoch galt es ein

neues Team zusammenzustellen. Von den Bildern und Erzählungen des letzten Einsatzes in Tirupur beeindruckt und auch neugierig geworden waren jedoch rasch Kandidaten gefunden, die den Einsatz mitmachen wollten.

Unser Team bestand aus gerade mal 7 Personen:

Sr. Andrea Herzog (Anästhesieschwester, Vogtareuth)

Pfl. Nils Rübestahl, (OP-Pfleger, Vogtareuth)

Kirstin Bär (Anästhesistin, Vogtareuth)

Dr. Wolfgang Detterbeck (Anästhesist, Ebersberg, Teamleiter)

Dr. Wolfgang Payne, (Plastischer Chirurg, Frankfurt, chirurg. Leitung)

Dr. Frank Busse (Plastischer Chirurg, Vogtareuth)

Dr. Friedrich Krings (Allgemein/Gefäßchirurg, Würselen)

Alle im Team waren hoch motiviert, zumal es für vier der sieben Mitglieder der erste Einsatz dieser Art war. Da wir jedoch vom vorausgegangenen Einsatz dank digitaler Photographie umfangreichstes Bildmaterial sowohl von Patienten als der Klinik, den Schwestern, Kollegen und auch dem gesamten Umfeld zur Verfügung hatten, war das Team schon vor Beginn des Einsatzes sowohl mit den Personen und Räumlichkeiten als auch mit den äusseren Umständen vertraut. Die finanzielle Schirmherrschaft unseres Einsatzes übernahm der Ebersberger Förderverein Interplast.

Die Material- und Medikamentenbeschaffung verlief dank der Spendenbereitschaft verschiedener Firmen rasch und problemlos, etwas aufwendiger jedoch gestaltete sich





die Organisation und Buchung der Anreise, zumal die Fluggesellschaften nicht mehr so grosszügig bei der kostenlosen Beförderung von Übergepäck waren.

Eingeladen wurden wir wie auch vor 2 Jahren vom Rotary Club Tirupur South, der in der Person des Rotariers A. Kannan über einen bereits erfahrenen Interplast-Camp-Betreuer verfügte. Auch dieses Mal erwies er sich wieder als grossartiger Allround-Manager und sorgte für einen reibungslosen Ablauf unseres Aufenthaltes in Tirupur.

Zu unserer grossen Überraschung und Freude wurde unser Einsatz von einem indischen Ärzte-Team begleitet, nämlich von Dr. P. Ravichandran (plastischer Chirurg, Tirupur) und Dr. C.V.Thirumalaiselvan (Anästhesist, Tirupur) sowie Prof. G. Balakrishnan (plastischer Chirurg) aus Chennai/Madras von der dortigen Universitätsklinik für plastische Chirurgie. Somit war das erste INDO-GERMAN FREE MA-XILLO-FACIAL HAND & PLASTIC SURGERY CAMP in Tirupur aus der Taufe ge-

hoben.

Mit Dr. Ravichandran und Dr. Thirumalaiselvan verband uns bereits ein Band der Freundschaft, zumal sie beide auch vor zwei Jahren viel Zeit und Energie in das Gelingen des Einsatzes investierten. Dieses Mal jedoch waren beide schon vor unserer Ankunft mehrere Tage tätig und hatten mehr als 200 Patienten gescreent und auf eigens entworfenen Dokumentationsbögen erfasst. Wie auch vor zwei Jahren wurden uns wieder viele Patienten mit Verbrennungen und Lippen/Kiefer/Gaumen-Spalten vorgestellt, dennoch waren die Patienten fachkundig und wohlüberlegt ausgewählt. So konnten wir an den folgenden 10 Operationstagen bei 98 Patienten insgesamt 108 Eingriffe durchführen.

LKG-Spalten	28
Verbrennungen	31
Mentosternale Kontraktur	29
Handeingriffe (Narben/Syndaktylie)	16
Ohrdeformitäten	3
Tiefellnävus	1

Auch im General Hospital Tirupur fanden wir wieder dieselbe gros-

sartige Unterstützung unserer Arbeit durch das indische Personal, wie wir es auch vor zwei Jahren erfahren konnten. Die Schwestern und Pfleger sowohl im OP-Bereich als auch im Pflegebereich sorgten sich nicht nur um das Wohl unserer gemeinsamen Patienten, sondern opferten auch ihre Freizeit für unsere umfangreichen OP-Programme.

Mit Dr. Ravichandran und Dr. Thirumalaiselvan standen uns nicht nur Kontaktpersonen zur Seite, wenn es galt irgendein Problem zu lösen, auch der Austausch fachlicher Gedanken und Ideen konnte die gemeinsame Zeit bereichern.

Ganz besonders freute uns das Wiedersehen mit einem jetzt 9-jährigen Mädchen, das vor 2 Jahren bei schwersten Narbenkontrakturen nach Verbrennung operiert wurde. (Beide Oberarme waren bis über die Ellbeugen hinaus an der Thoraxwand durch Narben fixiert) Bei der Patientenvorstellung riss sie vor Freude über das Wiedersehen beide Arme hoch, und zeigte damit gleichzeitig das Spätergebnis des Eingriffes.





Während unseres 2-wöchigen Aufenthaltes in Tirupur wurden wir – zunächst mehr zufällig- drei Mal zu einer Neugeborenenreanimation gerufen. In zwei Fällen konnten wir die Babys auch am nächsten Morgen im Arm der Mutter wiedersehen, ein Neugeborenes verstarb trotz unserer Bemühungen während der folgenden Nacht an einer Gehirnblutung.

Herzlichen Dank sei all denen gesagt, die diesen Einsatz ermöglicht

haben, vor allem auch unseren Familien, Arbeitskollegen und Hintergrundaktiven, den vielen Rotariern in Tirupur, den Schwestern und Kollegen im General Hospital Tirupur und natürlich auch den Firmen für die grosszügigen Sachspenden, die uns sehr geholfen haben.

Die Kontakte und Freundschaften nach Tirupur wurden vertieft und erneuert, der Wunsch nach einem weiteren Camp ist auf beiden Sei-

ten ungebrochen! Bei unserer Abreise erhielten wir nicht nur viele herzliche Geschenke, auch der Wunsch nach einem Wiedersehen wurde immer wieder laut, und wie zuletzt vor zwei Jahren wurden wir auch dieses Mal wieder aufgefordert:

**“Please come again – there is plenty of work we can do together!”**

*Wolfgang Detterbeck*

## ***Bangalore, Indien (08.10. – 21.10.2004)***

Zum dritten Mal hintereinander führten wir in Bangalore, Südindien, ein Free Plastic Surgery Camp durch.

Bangalore, die pulsierende High-Tec Metropole, ist weiter rasant gewachsen. Die Stadt boomt ohne Ende, doch die Versorgungsprobleme der armen Bevölkerungsgruppen sind bedauerlicherweise größer denn je oder mit anderen Worten ausgedrückt die Probleme sind mit der Stadt gewachsen.

Die medizinische Versorgung ist in



der Spitze sehr gut und kann sich durchaus an europäischen Stan-

dards messen. Diese Versorgung steht allerdings maximal 20% der gesamten Bevölkerung zur Verfügung.

Das bedeutet auch, dass die Situation im plastisch-rekonstruktiven Bereich für die Menschen, die nicht wohlhabend sind, weiterhin brisant ist. So fanden wir auch in diesem Jahr ein nahezu unüberschaubares Betätigungsfeld: so viele Menschen waren angereist in der Hoffnung auf eine kostenfreie Behandlung.



Unser Einsatzort war dasselbe Gebäude wie in den Jahren zuvor. Aus dem Provisorium der letzten Camps ist in der Zwischenzeit ein veritables Krankenhaus geworden. Die Baumaßnahmen sind weitgehend abgeschlossen. So war alleine schon durch die optimierten äußeren Bedingungen ein besseres Arbeiten möglich.

Unsere Freunde von der Friends Welfare Organisation (FWO) er-



warteten uns sehnlichst und hatten den Einsatz wieder einmal großartig vorbereitet.

Der Screening-Day lief in diesem Jahr sehr routiniert ab. Insgesamt konnten wir feststellen, dass unsere zunehmenden Erfahrungen, die Kenntnis der Örtlichkeiten und die gewachsenen vertrauensvollen Beziehungen zu unseren indischen Freunden und Partnern unsere Arbeit und vor allem deren reibungslose Organisation, sehr erleichter-

ten. So hatten wir beispielsweise bereits am frühen Abend des Screening-days das OP-Programm für unsere acht OP-Tage komplett. Auch andere „Verpflichtungen“, die uns bei früheren Einsätzen eher Zeit raubend erschienen wie etwa die obligatorischen Honoratiorenbesuche, konnten ganz gut in den Tagesablauf integriert werden.

Durch extrem lange Arbeitstage und eine straffe Organisation gelang es uns - trotz eines OP-Tags weniger als in den letzten Jahren - die Zahl der durchgeführten Operationen deutlich zu steigern. Die einzelnen Tage des Einsatzes verliefen wunschgemäß und in allseits guter Stimmung.

Am letzten Tag hatten wir nochmals alle Patienten zum Verbandswechsel und Kontrolltermin einbestellt und so auch die Möglichkeit einer ersten Evaluation unseres Tuns. Es traten keine postoperativen Infekte auf und alle Wunden waren reizlos. Bei den 140 durchgeführten Operationen hatten wir insgesamt 3 revisionsbedürftige Nachblutungen zu behandeln, die problemlos beherrscht werden konnten.

Die Arbeitsatmosphäre war vor-





zöglich, die interdisziplinäre Zusammenarbeit klappte hervorragend, wir hatten viel Freude und konnten am Ende auf einen sehr gelungenen Einsatz zurückblicken. Trotz unseres ursprünglichen Bestrebens, uns in Bangalore überflüssig zu machen, werden wir sicherlich in den nächsten Jahren noch weitere Einsätze durchführen. Unsere Gastgeber haben uns inständig darum gebeten und



wir haben unser Einverständnis bereits signalisiert.

An dieser Stelle möchten wir uns auch in diesem Jahr wieder bei den vielen Menschen bedanken, die uns unterstützten.

Nur durch diese großzügige Unterstützung sind solche Einsätze möglich.

Auch die Bedeutung unserer Helfer aus den Reihen der Industrie möchte ich wertschätzen, die das Camp extrem kostengünstig möglich gemacht haben, allen voran Lufthansa Stuttgart, Firma Ethicon und Firma Hartmann.

Persönlich möchte ich mich bei den vielen Spendern aus meinem Heimatdorf Pliezhausen bedanken, die nicht nur durch ihr finanzielles Engagement helfen, sondern auch durch ihre Begeisterung für unser Projekt sehr motivierend wirken.

**Team:**

Sr. Tabea Kerner, Anästhesieschwester aus Reutlingen

Sr. Tina Tröster, Op-Schwester aus Tübingen



Dr. Dr. Michael Bergemann, MKG-  
Chirurg aus Hamm  
Dr. Stephan Düchting, Plastischer  
Chirurg aus Hamm  
Dr. Thomas Meyer, Anästhesist  
aus Hamm  
Dr. Robert Oellinger, Plastischer  
Chirurg aus Stuttgart  
Dr. Alexander Rudolph, MKG-Chir-  
urg aus München  
Dr. Herbert Bauer, Anästhesist und  
Teamleiter aus Stuttgart

**Eingriffe:**

Lippenspalten	46
Hartgaumenspalten	38
Weichgaumenspalten	29
Gaumenfisteln	4
Verbrennungskontrakturen	20
Sonstiges	5

*Herbert Bauer*



## Interplast-Einsatz in Yangon / Maynmar – Januar 04 (Interplast Europe)



Vom 15.01.04 bis zum 29.01.04 folgte ich der Einladung von Jacques Baudet nach Yangon, der Hauptstadt von Maynmar. Das Team bestand im Gegensatz zu unseren sonstigen Einsätzen lediglich aus 4 Teilnehmern:

Jacques Baudet –  
Bordeaux Frankreich

Bruno Alfandari –  
Bordeaux Frankreich

Paolo Persichetti – Rom Italien

Nuri Alamuti –  
Wiesbaden Deutschland

Damit waren in unserem internationalen Team wir quasi „4 Häuptlinge ohne Indianer“ (oder 3 Häuptlinge und 1 Oberhäuptling...) Es war der 3. Einsatz ins Militärhospital nach Yangon, allerdings der erste Einsatz der von Interplast Germany finanziert wurde. Der Einsatz unterschied sich in vielerlei Hinsicht von den mir sonst vertrauten Interplast Einsätzen. Ganz ohne jedes OP Personal waren wir vollständig auf die OP Schwestern und Pfleger vor Ort angewiesen. Das Militärhospital hatte uns für die Einsatzzeit das komplette OP Team und 2 OP Räume zur Verfügung ge-

stellt. In der Zwischenzeit wurden von den Kollegen vor Ort lediglich Notfälle behandelt und die Ärzte waren zu Fortbildungszwecken bei uns eingeteilt, um uns auf die Finger zu schauen. Die Triage erfolgte praktisch direkt nachdem wir aus dem Flieger gestiegen waren ohne Zwischenpause. Wir haben zunächst ca. 70 Patienten untersucht, fotodokumentiert und für die nächsten Tage 35 Patienten zur OP ausgewählt. Die Indikationen

wurden mit den burmesischen Kollegen gemeinsam besprochen und diskutiert. An den folgenden OP Tagen wurden uns jeweils morgens weitere Patienten vorgestellt, so dass wir in 8 OP Tagen bei 44 Patienten ca. 50 OPs durchführen konnten. Erstaunlich für mich war, dass wir keinen einzigen Patienten mit einer Lippenspalte oder Gaumenspalte ( was ja sonst das übliche Interplast Spektrum ist ) zu Gesicht bekamen. Die einheimischen Ärzte waren auf hohem Niveau in Sachen LKG Spalten ausgebildet und hatten uns lediglich komplizierte und seltene Fälle „übrig gelassen“. Hierzu gehörten aufwendige Lidrekonstruktionen sowie viele große Gesichtstumore .Jacques Baudet hatte in den Vorjahren einige Patienten operiert, die uns nun zu weiteren Korrektur- oder Folge OPs aufgesucht hatten zB. Tibiarekonstruktionen in der Masquelet Technik und andere OPs, die wir selbst in Europa nur in großen Zentren operiert hätten. Neben den OPs haben wir mit den einheimischen Ärzten auf fachlich hohem Niveau diskutiert und uns fortgebildet. Jacques Baudet hatte uns aus





seinem Erfahrungsschatz von über 30 Jahren Plastische Chirurgie berichtet und besonders spannende Fälle demonstriert.

Aufgefallen war, dass unsere Patienten fast ausschließlich männlich und im Alter zwischen 18 und 45 Jahre alt waren. Dies legte den Verdacht nahe, dass uns möglicherweise schwerpunktmäßig Militärangehörige und Soldaten als Patienten vorgestellt wurden. Andererseits war etwa zur gleichen Zeit auch ein Team von Heinz

Schoeneich in Yangon und Schoeneich selbst in Bagan tätig. Der Reiz, der von diesem schönen Land ausgeht zieht verständlicherweise viele Hilfsorganisationen an und so kommt es vor, dass zur gleichen Zeit mehrere Teams verschiedener Organisationen aus Taiwan, Japan und Deutschland mit der gleichen Mission in dem kleinen Land aktiv sind. Es gilt zu überlegen ob wir in Zukunft absprechen mit anderen Hilfsorganisationen über Einsätze in bestimmte Länder

treffen sollen und ob es nicht sinnvoll wäre Hauptverantwortliche für unsere Einsatzländer zu bestimmen. Ob ein Interplast Einsatz in ein Militärkrankenhaus angesichts der politischen Lage in Myanmar angebracht ist, bleibt „Geschmackssache“.

Am Ende unseres Einsatzes haben wir einen kurzen aber sehr schönen Wochenendausflug an den Inle-Lake vorgenommen und nachdem die Kollegen aus Frankreich und Italien wieder abgereist sind, hatte ich noch dem Interplast Hospital in Bagan von Heinz Schoeneich einen Besuch abgestattet. Gerade waren die Kollegen aus Deutschland abgereist, die fast zur gleichen Zeit in Myanmar operiert hatten.

*Nuri Alamuti / Wiesbaden*



## *Mini-Einsatz mit schönen neuen Kontakten: Kunnamkulam, Südindien (Kerala) 3.7. – 10.07. 2004*

*Minimale Teamgröße minimale Vorbereitungszeit und minimales Gepäck*



Dass dieser Einsatz im Gegensatz zur üblichen Teamkonstellation nur aus 2 Operateuren (Dr. Ruth Ahlers Dr. Nuri Alamuti) bestand und alle übrigen Aufgaben erfreulicherweise von örtlichen indischen Teammitgliedern erfüllt wurden, liegt nicht daran, dass wir die bewährte Konstellation und Größe eines Einsatzes in Frage stellen oder ändern wollten, sondern eher an der extrem kurzfristigen Planung (Ort und Daten standen erst 2 Wochen vorher wirklich

fest) und ergab sich durch den ungewöhnlichen logistischen Weg, den die Einsatzplanung genommen hatte: Die Kontakte begannen ursprünglich durch eine Anfrage von Karin Demuth, Gründerin der „Indien Nothilfe“ bei Nuri Alamuti, da sie in einer indischen Zeitung von Nuri Alamutis Interplast-Aktivitäten erfahren hatte. Die Indien-Nothilfe ist eine uns bis dato unbekannte kleine private Organisation aus Bonn, welche wiederum von einer Schule für Körperbehinderte

in Jodhpur, Radjasthan eine Anfrage erhalten hatte und diese weiterleitete. Es handelte sich bei einigen Kindern, die die Schule für Körperbehinderte besuchten tatsächlich „nur“ um Kinder mit schweren Verbrennungskontrakturen! Der Schuldirektor Dr. Bhati, ein promovierter Pädagoge und offensichtlich relativ einflussreich, hatte vorher bereits von mehreren Stellen im europäischen Ausland Absagen bekommen, den Kindern medizinisch zu helfen.

Da insbesondere die 12-jährige Prem mit ihren schlimmen Deformierungen zu auffälligem und aggressivem Verhalten neigte und und ihr dadurch der Schulverweis für das kommende Schuljahr drohte, hatte der Einsatz durch dieses uns bereits vorher bekannte Einzelschicksal eine gewisse Eile! Einen schnellen Einsatz in der Wüste Radjasthans im Sommer bei 50° im Schatten zu organisieren, zudem noch ohne jegliche stabilen Kontakte zu örtlichen Krankenhäusern und Ärzten schien uns wenig sinnvoll, so dass wir unsere guten Kontakte zu Dr. Jacob Roy, Gründer und Vorsitzender der Tropical





folgen und nur 3 Lippenspalten handelte.

Das Schöne an der insgesamt etwas ungewöhnlichen Einsatzlogistik war, dass ein toller inter-indischer Kontakt entstanden war: durch die Bekanntschaft zwischen Dr. Bathi aus Radjasthan und Dr. Roy in Kerala kam eine Partnerschaft zweier Behindertenschulen zustande! Nicht nur, dass know-how und Ausrüstung ausgetauscht werden können, man könnte auch weiterträumen, daß die Behindertenschüler der THFI von Dr. Roy und die Schüler der Sonderschule in Radjasthan in Zukunft an lehrreichen Austauschprogrammen teilnehmen könnten: die einen haben noch nie grüne Bäume, die anderen noch nie Wüste gesehen!

Auch der neue Kontakt zur Indien-Nothilfe über Frau Demuth hat uns in vielerlei Hinsicht geholfen: Zum Beispiel hat Fr. Demuth bei einer Reise unsere Patienten aus Radjasthan nochmal besucht und uns Bilder der OP-Ergebnisse 3 Mon. post-OP geschickt! Vielen Dank für die gute Kooperation, an Frau Demuth, an Jacob Roy und an Herrn Dr. Bathi!

Am Schluß haben wir noch einen Tagesausflug an unseren Einsatz-

Health Foundation of India (THFI) in Kerala nutzten und die ganze Einsatzlogistik kurzfristig durch ihn nach Kunnamkulam verlegen ließen. Ein indischer Anästhesist sowie die bereits interplasterfahrenen örtlichen OP-Schwestern waren bereit mitzumachen. Die 6 kleinen Patienten fuhren in Begleitung von 2 Lehrern mit dem Zug von Radjasthan in den Süden, gezahlt wurde die Reise von der THFI. Das Allied Hospital in Kunnamkulam war bereits durch einen Einsatz

von 2001 interplast-erprobt, so dass vor Ort keine größeren Vorbereitungen mehr nötig waren. Natürlich kamen zu den geplanten Patienten aus Radjasthan spontan noch zahlreiche aus Kunnamkulam dazu, die irgendwie rasch von unserem mini-Einsatz gehört hatten. Wir haben schließlich die 5 OP-Tage mit Hilfe von hochmotivierten indischen Schwestern und Anästhesisten komplett mit OP-Programm gefüllt, bei dem es sich hauptsächlich um Verbrennungs-







zort vom letzten Jahr gemacht, nach Coimbatore, wo wir Dank der erneut hervorragenden Organisation des örtlichen Rotary-Clubs, zu dem wir weiterhin freundschaftlichen Kontakt pflegen, eine richtige Nachuntersuchungs- und „Famili-

en“-Feier veranstaltet haben! Die kleinen Patienten hatten mit ihren Eltern teilweise mehrstündige Reisen auf sich genommen, um uns voller Stolz ihre wirklich guten OP-Ergebnisse zu zeigen. Immer noch beseelt von dem wunderbaren Ein-

satz von 2003 wurde Nuri anschließend unter einem rührenden „Welcome home“-Banner sogar die „Paul-Harris-Fellow“-Auszeichnung des Rotary-Clubs verliehen!

*Ruth Ahlers*

## ***Kerala/Calicut 23.April – 09.Mai 2004*** ***Sektion München***

Teamleitung:

Dr. Heinrich Schoeneich ( Team: 7 Personen)

Organisation vor Ort:

Dr. Jakob Roy (Rotary Club West Calicut)

Einsatzvermittlung:

Dr. Nuri Alamuti

### **Team Plastische Chirurgie:**

Dr. Gaius Radu

Dr. Heinrich Schoeneich

Dr. Volker Dölle

### **Team Anästhesie:**

Dr. Angelika Wagner

Dr. Petra Wagner

### **Operationsbereich:**

Maritta Grillenbeck

Sima Schoeneich

Der Einsatz in Calicut ( Kerala) wurde von Dr. Nuri Alamuti vorbereitet: Sein indischer Kollege und Freund Dr. Jakob Roy suchte für April/Mai ein Interplastteam. Dr. Jakob Roy ist Pädiater und Leiter der „Indian Health Foundation“ einer NGO, die behinderte Kinder betreut. Dr. Roy hatte diesmal den Standort Calicut ausgewählt, eine 2.5 Millionenstadt ca. 100 km nördlich von Cochin.

Die dort ansässigen Rotarier hatten erstmalig ein Charity Programm organisiert und im Vorfeld nach unse-





ren Angaben ein Patientenscreening mit 420 Patienten durchgeführt, nachdem sie in Radio, Fernsehen und Zeitung zu diesem Operationseinsatz aufgerufen hatten. Nach ihrer Vorauswahl wurden von uns 230 Patienten am ersten Ankunftstag untersucht und 130 Patienten in den Operationsplan aufgenommen.

Ein ca. 7-köpfiges Team des Rotary Clubs hatte den Einsatz sehr bürokratisch vorbereitet. Alle Patienten waren in Computerlisten erfasst. In der V.P.S. Klinik, einer Privatklinik, die ebenfalls einem Rotaryfreund gehörte, hatten wir volle Unterstützung von Seiten der Klinikverwaltung. Ein Operationsraum mit 2 Operationstischen standen uns für die neun Operationstage zur Verfügung.

Wir führten insgesamt 111 Operationen an 104 Patienten durch. Wie oft in Indien handelte es sich hier in der Überzahl um Verbrennungs-

kontrakturen mit den üblichen sternocostalen und Extremitätenkontrakturen, die häufig 2-3 Stunden Operationszeiten mit verursachten. Die Patienten stammten aus ärmeren Verhältnissen und hatten oft eine stundenlange Anreise mit Bus und Eisenbahn hinter sich. Mädchen und Frauen wurden beim Patientenscreening besonders berücksichtigt, um ihre Lebenssituation zu verbessern.

Der Verbrennungsanteil der Patienten lag über 70%, primäre Spalten ca. 5%, sekundäre Spalten ca. 15%, wobei es sich hier in der Regel um Fistelbildungen nach Gaumenverschluss handelte. Primäre Spalten werden vor Ort in Calicut von 5 plastische Chirurgen mit guter Grundausbildung versorgt, so dass mehr Sekundärkorrekturen durchgeführt wurden, mit gleichzeitiger Augmentation der Nasenspitze und lateralen Osteotomien.



#### **Beurteilung:**

Die Arbeitsbedingungen waren im Krankenhaus optimal, die Betreuung durch das einheimische Personal hervorragend, die Operationsschwestern waren sehr motiviert und routiniert, ebenso die Anästhe-



siepfleger, so dass das Arbeiten hier trotz der schwierigen klimatischen Verhältnisse mit einem 12-Stundentag durchzuführen war. Ein großer Nachteil war die Wahl des Einsatzzeitpunktes. Die klimatischen Verhältnisse waren oft unerträglich. Über 90% Luftfeuchtigkeit bei 35 Grad Außentemperatur machten dem Team auch körperlich deutlich zu schaffen, zumal es nach vollendeter Arbeit an entsprechenden Regenerationsmöglichkeiten fehlte, um sich von dem

anstrengenden Arbeitstag zu erholen. Die gesamte Rotariermannschaft hatte übermotiviert für uns gearbeitet.

Sie haben uns das Hotel und auch die Abendessen bezahlt, so dass hier Reisekosten eingespart werden konnten. Trotz guter Arbeit und Unterstützung durch die Rotarier und die Versorgung ärmlicher Bevölkerungsschichten fühlen wir uns wohler, in Orten zu operieren, wo keine plastischen Chirurgen ansässig sind. Die Kollegen sind oft

durch uns kompromittiert. Von den fünf Indische Kollegen ist nur ein jüngerer in Ausbildung zu uns gekommen, um mit uns zu operieren. Die wichtige Nachsorge der vielen durchgeführten Vollhaut- und Spalthautplastiken hat er für uns nach Abreise übernommen. Die Rotarier von Calicut und Dr. Jakob Roy waren mit unserer Arbeit zufrieden und hoffen auf weitere Einsätze.

*Heinrich Schoeneich*

## 11. Einsatz im Padhar Hospital, Madhya Pradesh, Indien

Vom 3. – 10.10.2004 fuhren wir zum 11. OP Einsatz in das Padhar Hospital in Zentralindien

Um LKG Spalten und Gesichtsfehlbildungen zu operieren. Dieses evangelisch lutherische Krankenhaus ist seit 11 Jahren unser Gastgeber und gemeinsam wollen wir die Versorgung von Kindern und jungen Erwachsenen mit Gesichts-

fehlbildungen verbessern, einen festen Anlaufpunkt schaffen und Ärzte und Schwestern in dieser Art Chirurgie ausbilden.

Wie immer ist unser Chirurgeteam international. Prof. Nabil Samman von der Universität Hongkong, Dr. Beat Hanimann vom Kinderspital St. Gallen, PD Dr. Dr. Ingo Springer von der Universität

Kiel und ich werden alleine oder mit den indischen Chirurgen operieren, Dr. Harald Essig, fertiger Arzt und zur Zeit Student der Zahnmedizin in Kiel soll uns assistieren und diese Art von Einsätzen kennenlernen. Unser Kinderarzt Uwe Thiede aus Hamburg wird gemeinsam mit den Anästhesisten Dr. von La Rosee und Sabine Neuhöfer aus Essen die Kinder vor den Eingriffen untersuchen und die beiden Narkoseärztinnen werden gemeinsam mit dem indischen Team die sichere Narkose gewährleisten. Evelyn Kreuzsch soll unsere OP Pläne schreiben, die Kommunikation mit den Patienten und Angehörigen gewährleisten und weiter an ihrer Studie über die sozialen Hintergründe der Patienten arbeiten.

Die Einsatzvorbereitungen laufen routiniert ab, Material und Instrumente werden in Bananenkisten verpackt, die stabil für den Transport sind. Die später nicht mehr benötigten Kisten werden in Indien dem lokalen Recycling zugeführt.

Diesmal war das Übergewicht ein



*Eröffnungszereemonie des LKG-Camps*



Empfang am Flughafen Neu Delhi

kleines Problem. Lufthansa war nicht bereit, unbegrenzte Mengen Freigepäck bereitzustellen sodass wir uns auf 23 Bananenkisten beschränkt haben. Leider erscheinen am Gepäckband in Neu Delhi nur 3 Gepäckstücke, 19 sind verschollen.

Dies ist ein Desaster, da die Ankündigung, das Gepäck käme mit der

gleichen Maschine am nächsten Tag nicht hilft, am gleichen Abend schon werden wir die Weiterreise ins 1200 km entfernte Padhar Krankenhaus antreten. Also erfolgen lange Diskussionen mit dem turbanbewehrten Customs Officer, denn das Gepäck kann nur hier in Delhi den Einfuhrzoll passieren, und das geht nicht ohne Begleitung durch einen Mitreisenden.



OP-Plan und Dokumentation

Dank der Hilfe von Lufthansa, des zur Abholung hergereisten Verwaltungsleiters des Padhar Krankenhauses und einer kleinen Power Point Präsentation auf unserem Laptop über unseren Einsatz für Spaltkinder dürfen wir nach 6 Stunden morgens um 5 Uhr den Flughafen verlassen und können noch ein paar Stunden im Hotel schlafen. Die Kisten werden den Zoll passieren dürfen, auch ohne unsere Anwesenheit. Nichts ist in Indien unmöglich.

Nach einer 15 stündigen Bahnreise erreichen wir das Krankenhaus mitten im indischen Hochland. Alle Patientensäle sind mit Patienten voll, auf den Fluren stehen Betten, über 100 Patienten mit LKG Spalten sind aufgenommen worden. Wir packen Instrumente, Materialien und unsere Koffer aus, abends lädt der indische Chefarzt Dr. Solomon zum Willkommenessen ein.

Montags um 8 Uhr geht es los. Wie immer eine Empfangszeremonie mit den lokalen Würdenträgern vom Bischof bis zum Polizeichef. Alle sagen ein paar Worte, nach zwei Stunden verschwinden unsere Anästhesisten, um die ersten Patienten einzuleiten. Vorher jedoch müssen wir noch die postoperative Aufwacheinheit einweihen, die wir mit unserem Verein Friends of Padhar Germany finanziert haben: In einem abgetrennten Teil eines Patientensaals sind 8 Betten aufgestellt, alle mit Sauerstoff, Absaugung und Monitoren ausgerüstet, damit alle frischoperierten Patienten, jetzt unsere Spaltkinder, direkt postoperativ für ein paar Stunden betreut werden können.

Dann geht es aber los in den OP. An 4 Tischen können wir parallel arbeiten in gemischten deutsch-indischen Teams. Ehe wir kamen, ha-



ben die Inder schon mal 23 LKG Spalten operiert, nach unserer Woche haben wir über 100 Kinder mit Spalten versorgt.

Über 30 Patienten kamen zu einem Folgeeingriff nach primärer OP durch uns, unser Spaltkonzept aus Europa haben wir modifiziert und an die anderen Modalitäten angepasst,

So beginnen wir jetzt, auch knöcherne Eingriffe bei Spalten durchzuführen, Zwischenkiefer zurückzusetzen und gleichzeitig doppelseitige Lippenspalten zu verschließen.

Die indischen Kollegen haben selber auch innovative Spaltkonzepte entwickelt und wir lernen von ihren Erfahrungen. Gerade in diesem wechselseitigen Assistieren und Operieren liegt ein großer Gewinn für beide Seiten zum Vorteil der Patienten. Und mehr Spaß macht es auch!

Wir haben derzeit 3 indische Chirurgen in der LKG Chirurgie ausgebildet, die in verschiedener Qualität Spaltchirurgie durchführen können. Einfache Gaumen oder Lippenspalten sind, wenn die Chirurgen dort bleiben, kein Problem mehr für das Krankenhaus. Im vergangenen Jahr haben die indischen Kollegen, nachdem wir 80



*OP-Saal im Padhar Hospital*

Spalten verschlossen hatten, im Rest des Jahres noch einmal 320 Spalteingriffe durchgeführt. Durch die Beständigkeit der Einsätze ist immer der Oktober der Spaltmonat im Padhar Hospital.

Schon bei diesem Einsatz haben wir die ersten Nasenkorrekturen bei LKG Patienten durchgeführt. Der Bedarf ist immer deutlicher da und demnächst werden wir anfangen, Osteoplastiken der Kieferspalte durchzuführen und die indischen Kollegen darin auszubilden.

Nach einer Woche packen wir un-

sere Instrumente wieder ein, eine ganze Bananenkiste wird für die Geschenke gebraucht und unser Notizbuch und unsere Köpfe sind voll mit Plänen für das kommende Jahr, wenn wir den 12. Einsatz in unserem indischen LKG Zentrum durchführen werden.

Herzlichen Dank an Interplast Germany für die Unterstützung dieses Einsatzes.

Weitere Informationen unter [www.friends-of-padhar.de](http://www.friends-of-padhar.de)

*Thomas Kreuzsch*

## ***VI. Internationales Bhutan Camp 2004***

***Mit Interplast, Smile Train und Wicare auf dem Dach der Welt***

Kaum ein Land dieser Erde fasziniert den Besucher so wie dieses Königreich Bhutan. Die Luft ist rein und unverschmutzt, die Architektur und die Landschaft inspirierend, die Menschen äußerst offen, ehrlich und freundlich.

Bis vor 3 Jahrzehnten war dieses geheimnisvolle Königreich, inmitten des Himalaya zwischen Indien und Tibet gelegen, für Ausländer kaum zugänglich. Seit dem Jahr 2000 arbeitet unsere internationale Gruppe mit plastischen Chirurgen

aus USA, Kanada und Deutschland in diesem versteckten „Land des Donner-Drachens“. Aufgebaut hat dieses beispielhafte und nachhaltige Projekt Ende der 90er Jahre Margit Elliot aus Seattle.

Das hauptsächliche Ziel war es von



Anfang an, die einheimischen Chirurgen in den komplizierten operationstechniken der Lippen- und Gaumenspalten so auszubilden, dass sie innerhalb von 5 Jahren in der Lage sind, selbständig den größten Teil der anfallenden Operationen auf diesem Gebiet auszuführen.

Bhutan hat zur Zeit noch wenige medizinische Spezialisten, die Ärzte werden meist in Indien, Bangladesh, Birma und Thailand ausgebildet. Noch nie habe ich bei meinen Einsätzen in den letzten 20 Jahren so interessierte und engagierte einheimische Ärzte, Schwestern und Pfleger erlebt wie in Bhutan.

Unsere Gruppe, unter der Führung von Professor Jeff Marsh aus St. Louis, besteht aus Schwestern und Ärzten aus Calgary, Seattle, Milwaukee und Fresno.

In Butan ist die Verkehrssituation bedingt durch die hohen Himalayapässe und Täler extrem schwierig. Für 200 km benötigt man auf den engen, kurvenreichen Straßen einen Tag.

90 Prozent der Bevölkerung sind Bauern und leben in abgelegenen Bergdörfern. Viele Eltern kommen mit ihren Babies 3 bis 4 Tage zu Fuß über hohe Himalayapässe, um ihre Kinder operieren zu lassen. Mit etwas Reis machen sie sich auf den mühsamen Marsch, wobei sie in Wäldern übernachten.

Das Land erinnert in vielem an die Schweiz. Die jahrhundertealte Tracht, die alle Menschen tragen, verückt den Fremden und erinnert an ein „Märchenland“. Das Leben der Menschen ist von ihrer Religion, dem Buddhismus, geprägt.

Bhutan ist das erste Land der Erde, in dem ein allgemeines Rauchverbot besteht, außerdem besitzt es den höchsten nichtbestiegenen Berg der Erde.

Bhutan ist ein armes reiches Land. Durch die kontinuierliche Zusammenarbeit der einheimischen Ärzte und Helfer können wir unsere Patienten jahrelang nach der Operation begleiten und die Ergebnisse kritisch bewerten.

Dieses Projekt in Bhutan erfüllt somit ein Ziel der neuen Interplastphilosophie: Aufbau eines Zentrums für Lippen- und Gaumenspalten mit einheimischen ausgebildeten Spezialisten und kontinuierlicher Zusammenarbeit.

*Paul Schüller, Traunstein*

---

## ***Interplast-SKM-Hospital Nepal – Herausforderung der nächsten Jahre***

### **Nepal – Quo vadis?**

Die politische und ökonomische Talfahrt Nepals hat noch nicht die Talsohle erreicht. Die gewaltsamen Auseinandersetzungen zwischen Maoisten und nepalesischer Armee gehören bereits zum „normalen“ Tagesgeschehen. Auch Intensität und Häufigkeit haben zugenommen. Die Zahl der Todesopfer hatte bereits im August die Marke von 10.000 überschritten. Qualitativ sind im politischen Geschehen keine wesentlichen Änderungen zu verzeichnen und eine Lösung des Konfliktes ist nicht absehbar. Im Rückblick auf die vergangenen Jahre kann man daher fast schon von einer Stabilität des Niederganges reden. Das normale Tagesgeschehen wird mehr und mehr

durch Generalstreiks, Protestkundgebungen, Ausgangssperren sowie eine zunehmende Zahl von Berichten über Vergewaltigung, Folter, außergerichtliche Hinrichtungen und andere Hinweise sukzessiver Verrohung gekennzeichnet. Von anarchischen Zuständen kann man dagegen aber noch nicht reden. Lediglich in den Tagen nach dem 30. August 2004, als im Irak 12 nepalesische Geiseln hingerichtet wurden, gab es heftige Ausschreitungen, die eine mehrtägige Ausgangssperre nach sich zogen. In den von der Regierung kontrollierten Gebieten, es handelt sich nur noch um die größeren Städte des Landes und das Kathmandu-Tal, sind die Sicherheitskräfte von Armee und Polizei noch Herr der

Lage. Auf der Gegenseite wurde von den Maoisten in ihrem Einflussbereich bereits eine eigene Administration etabliert, die nicht nur Revolutionssteuern eintreibt, sondern neben der Registrierung von Fahrzeugen, NGOs usw. auch viele andere Dinge des täglichen Lebens regelt. Dennoch kann die derzeitige Pattsituation zwischen Armee und Maoisten nicht darüber hinwegtäuschen, dass Nepal am Rande eines Bürgerkrieges steht. Gespräche mit der vom König eingesetzten Regierung werden von den Maoisten abgelehnt und auch Neuwahlen sind bei den derzeitigen Kräfteverhältnissen absolut unrealistisch. Dagegen hat die nepalesische Armee ihre Truppenstärke in den letzten 5 Jahren fast



verdoppelt und auch die Maoisten haben ihre Einheiten weiter ausgebaut – oftmals durch Zwangsrekrutierungen von Kindern und Jugendlichen.

### **Marodes öffentliches Gesundheitswesen**

Das Gesundheitswesen in Nepal ist weiterhin absolut unzureichend. Weniger als 5% der Bevölkerung genießen eine wirklich befriedigende medizinische Versorgung. Auch hier ist von staatlicher Seite wenig zu erwarten. Häufig wechselnde Regierungen, sinkende Deviseneinnahmen und ansteigende Kosten im Sicherheitsbereich geben wenig Hoffnung auf eine absehbare Besserung. Ein beträchtlicher Anteil der medizinischen Versorgung der Bevölkerung erfolgt weiterhin durch NGOs, private oder internationale Organisationen. Die Ausbildung von medizinischem Personal hat zumindest quantitativ zugenommen und erfolgt fast ausschließlich in privaten Instituten. Dort stehen finanzielle Interessen im Vordergrund und die Qualität der ausgebildeten Schwestern und Ärzte lässt entsprechend zu wünschen übrig. Noch ärgerlicher ist das System der Facharztausbildung, das ebenfalls eine lukrative Einnahmequelle weniger Kliniken darstellt und eine Reihe guter Ausbildungs- und Trainingsmöglichkeiten einfach außer acht lässt. Am Beispiel der Plastisch-Rekonstruktiven Chirurgie wird dies besonders deutlich. Von den knapp 10 (!) in Nepal auf diesem Gebiet tätigen Ärzten, von denen mir die meisten persönlich bekannt sind und zwei die Abteilungen für Plastische Chirurgie in den größten öffentlichen Häusern des Landes leiten, hat noch keiner auch nur einen einzigen jüngeren Kollegen ange-

lernt, geschweige denn systematisch weitergebildet. Die meisten Fachärzte Nepals sind - wie ihr (limitiertes) zahlungskräftiges Patientengut - in Kathmandu tätig, so dass bei absolut freien Niederlassungsmöglichkeiten kaum einer ernsthaft an der Ausbildung von zukünftigen Konkurrenten interessiert ist. In den meisten nepalesischen Krankenhäusern werden mittellose Patienten nur unzureichend oder auch gar nicht behandelt. Große, marmorstrotzende Privatkliniken, aber auch Missionskrankenhäuser, haben – wenn überhaupt - nur einen verschwindend kleinen Sozialfond, der gerade einer Alibifunktion gerecht wird, um die Zahlungsmoral von Spendern aufrechtzuerhalten. Man mag es kaum glauben, aber viele profitable Privatkliniken werden durch gutgläubige Spender aus dem Ausland oder sogar durch größere Hilfsorganisationen blindlings unterstützt. In der fatalistisch-hierarchischen geprägten Kultur Nepals werden diese Praktiken der eigenen Landsleute von den meisten Menschen stillschweigend hingenommen, während von Hilfs- und Entwicklungsorganisationen nicht selten unmögliches abverlangt wird.

### **Schier unendlicher Bedarf für plastisch-rekonstruktive Chirurgie in Nepal**

Den bestehenden Gesundheitseinrichtungen steht eine immense Nachfrage an medizinischer Versorgung gegenüber. Außerhalb des Kathmandu-Tales gibt es weniger als ein halbes Dutzend Distrikt-Krankenhäuser, die personell und materiell adäquat ausgestattet sind. Der subakute Bürgerkrieg fordert mehr und mehr Verletzte, die plastisch-rekonstruktiver Maßnah-



men bedürfen und wir sehen daher leider eine zunehmende Zahl an Patienten mit veralteten Schussfrakturen oder solchen mit ausgedehnten Gewebdefekten nach Explosionsverletzung. Mit jährlich über 1.800 Operationen in nahezu allen Teilbereichen der plastisch-wiederherstellenden Chirurgie stellt das SKM-Hospital mittlerweile die mit Abstand größte und leistungsstärkste Klinik auf diesem Sektor dar. Diese Zahl relativiert sich allerdings, wenn man berücksichtigt, dass in Nepal allein auf dem Gebiet der LKG-Spalten derzeit mit ca. 40.000 unversorgten Patienten gerechnet wird und dass die OP-Kapazitäten des gesamten Landes noch nicht einmal ausreichen, um den jährlichen Zuwachs von etwa 1.500 neuen Spaltenfällen zu versorgen. Dazu kommen noch einmal die gleiche Zahl an Hand- und Fußfehlbildungen, zahllose Verbrennungen usw., usw. Der bestehende Bedarf an plastisch-wiederherstellender Chirurgie lässt sich also nur erahnen.

### **Aufgaben und Ziele des SKM-Hospitals**

Die Hauptaktivitäten des Projektes gliedern sich weiterhin in einen humanitären und einen entwicklungs-politischen Teil. Gemäß der Interplast-Philosophie sollen besonders mittellose Menschen mit angebo-



im Ausland halte ich dagegen für absolut kontraproduktiv. Die medizinische Leitungsfähigkeit des Hospitals wird sich nur bei stetig wachsendem Ausbildungsstand unserer nepalesischen Schwestern und Ärzte weiter steigern lassen. Erst dadurch werden wir in der Lage sein, um auch zunehmend in der Peripherie tätig zu werden und auf diesem Wege einmal einen wirklichen Beitrag zur Gesundheitsversorgung leisten zu können. Dort befindet sich die Masse der Bedürftigen, so dass wir auch in diesem Jahr wieder mehrere OP-Camps durchgeführt haben. Die Menschen dort können sich die lange Anreise nach Kathmandu nicht leisten oder sie trauen sich aufgrund der kriegsähnlichen Lage einfach nicht. Im letzten Jahr erfolgten 2 dieser Außeneinsätze erstmals in direkter Zusammenarbeit mit der GTZ, die die organisatorische Arbeit vor Ort und vor allem die Mobilisierung der Patienten übernahm. Die Einsätze in Surkhet und in Dhading verliefen außerordentlich erfolgreich und reibungslos, so dass bereits weitere Einsätze geplant wurden.

Leistungsspektrum gerecht zu werden. Die zunehmende Zahl von nächtlichen Unfallversorgungen, sowie die steigende Zahl sehr großer operativer Eingriffe machte u.a. einen permanenten ärztlichen Nachtdienst erforderlich. Die neuen Assistenten arbeiten in allen Funktionsbereichen der Klinik und haben die Möglichkeit, sich erste chirurgische Fähigkeiten anzueignen. Unser nepalesischer Chirurg Dr. Raju wurde im letzten Jahr intensiv auf dem Gebiet der Lippenkiefergaumenspalten trainiert, während Altassistent Dr. Binod seine allerersten Erfahrungen in der Mikrochirurgie sammelte. Bis die beiden diese Teilbereiche der plastisch-rekonstruktiven Chirurgie selbständig beherrschen, werden jedoch noch einige Jahre vergehen.

Zusammen mit den Schwestern erfolgen im Rahmen unserer wöchentlichen Meetings Präsentationen und andere kurze Fortbildungen in allen Teilbereichen unseres Fachgebietes. Ein Teil dieser Fortbildungen werden bereits durch unsere nepalesischen Ärzte selbst vorbereitet und vorgetragen. Im Laufe des Jahres erfolgte daher eine PC-Schulung unserer Ärzte, um neue Medien wie z.B. PowerPoint oder medizinische Internet-Literatur besser nutzen zu können. Die Regenzeit mit etwas vermindertem Patientenandrang, wurde genutzt, um zwei größere Workshops für nepalesische Fachärzte aus angrenzenden Fachgebieten durchzuführen. Die orthopädischen Kollegen anderer Kliniken, die auch für die unfallchirurgische Versorgung zuständig sind und uns regelmäßig Patienten mit ausgedehnten Wunden oder komplizierten Frakturen zuweisen, wurden über Wundmanagement und

renen Fehlbildungen, erworbenen Deformitäten, Verbrennungen, Verbrennungsfolgen, ausgedehnten Defektwunden, Handverletzungen, Haut- und Weichteiltumoren oder auch Kriegsverletzungen die Möglichkeit einer plastisch-rekonstruktiven Versorgung erhalten. Wie kann dies aber bei beschränkten finanziellen Mitteln erreicht werden, und zwar bei möglichst vielen Bedürftigen?

Die OP-Zahlen werden in den nächsten Jahren natürlich weiter steigen, aber der reine Output an behandelten Patienten kann nicht der alleinige Maßstab sein. Gleichzeitig muss auch die Ausbildung – vor allem die unserer nepalesischen Ärzte – intensiviert werden. Gerade den jüngeren Kollegen muss eine Perspektive geboten werden, um sie langfristig an das Fachgebiet zu binden. Trotz der aktuellen Probleme im nepalesischen Gesundheitswesen gibt es u.U. Möglichkeiten einer offiziellen Facharzt-ausbildung, die derzeit von uns ausgelotet werden. Eine Ausbildung von geeigneten Kandidaten

**Ausbildungspotential des SKM-Hospitals noch lange nicht erschöpft**

Das SKM-Hospital ist derzeit leider die einzige Klinik, die nepalesische Ärzte im Gebiet der plastisch-rekonstruktiven Chirurgie aus- und weiterbildet. Anfang letzten Jahres wurden drei weitere junge Kollegen (2 Ärztinnen und ein männlicher Kollege) eingestellt, die mittlerweile alle in der Lage sind einfachere Eingriffe durchzuführen. Dies erfolgte natürlich nicht nur, um weiteren jungen Kollegen eine Ausbildung zu ermöglichen, sondern auch um dem gewachsenen





Möglichkeiten der Versorgung von Defektwunden informiert. Für Gynäkologen wurde ein Symposium über Therapiekonzepte und plastisch-chirurgische Maßnahmen beim Mammakarzinom sowie Korrekturmöglichkeiten angeborener Fehlbildungen der weiblichen Brust veranstaltet. Für das nächste Jahr sind weitere Workshops für den Bereich Handchirurgie und Plastisch-chirurgische Versorgung von Kriegsverletzungen in Vorbereitung. Dazu kommt eine Veranstaltung für Neurologen, die sich für die Behandlung von Nervenkompressionssyndromen und die mikrochirurgische Behandlung von Nervenverletzungen interessieren.

Unsere nepalesischen Schwestern machten bei ihrer Aus- und Weiterbildung im SKM-Hospital erneut die größten Fortschritte. Im OP verfügen wir jetzt über zwei ausgezeichnete Narkoseschwestern, die bereits eine Vielzahl von örtlichen und allgemeinen Narkoseverfahren sicher beherrschen. Auch die assistierenden OP-Schwestern, die Stationsschwestern oder die in der (Notfall-)Ambulanz tätigen Pflegekräfte arbeiten bereits sehr routiniert und haben besonders im organisatorischen Bereich deutliche Fortschritte gemacht. Um den Schwestern eine möglichst breite Ausbildung zu ermöglichen, wurde bereits vor 2 Jahren ein Rotationssystem eingeführt, damit gerade neue Schwestern möglichst zügig und umfassend eingearbeitet werden können. Zusammen mit unserem nepalesischen Partner, dem SKM-Trust, der nahe dem SKM-Hospital ein Nursing College errichten wird, erfolgen erste Überlegungen, wie das Hospital zukünftig für die (offizielle) Grundausbildung von Krankenschwestern genutzt werden kann.

Die CMAs (Community Medical Assistant) unseres Hospitals arbeiten ausschließlich in festen Funktionsbereichen. Wir haben einen Röntgenassistenten, der auch für die Notfallaufnahme zuständig ist und eine CMA, die als Zahnarzthelferin arbeitet. CMAs anderer Organisationen haben weiterhin die Möglichkeit, sich durch mehrwöchige Praktika in unserer Notfallaufnahme und Allgemeinsprechstunde für ihre Tätigkeit in lokalen Health Posts fortzubilden. Unsere für die Krankengymnastik zuständige CMA beteiligt sich zusammen mit unseren ehrenamtlich tätigen Krankengymnastinnen an der Ausbildung von Physio-Studenten der Kathmandu-University, die seit Herbst 04 regelmäßig Praktikanten für mehrwöchige Einsätze in unser Hospital schickt. Zumindest für die Ausbildung von Krankengymnasten (und in Kürze wohlmöglich auch für die Schwesternausbildung) ist unser Hospital bereits als Lehreinrichtung offiziell anerkannt.

### **Hospitalausbau**

Das Hospital wurde in den Vorjahren bereits erweitert und modernisiert. Betten- und Behandlungskapazität nähern sich aber unaufhaltsam einer Grenze, die in den nächsten Jahren einen weiteren Ausbau erforderlich machen werden. Im Herbst 2004 wurde damit begonnen, zwei weitere unterirdische Wassertanks mit einem Fassungsvermögen von je 70.000 Litern zu bauen, um dem entsprechend der zunehmenden Aktivitäten ansteigenden Wasserbedarf während der Trockenzeit abzusichern. Bei der Wasserversorgung kann dann auch auf Regenwasser zurückgegriffen werden, das wie unser Quellwasser sicher aufbereitet wird. Weiterhin wurde mit dem

Bau eines neuen Generatorhauses begonnen, das einem weiteren und leistungsfähigerem Notstromaggregat Platz bieten soll. Gerade in den Abendstunden reicht die Spannung des öffentlichen Netzes nicht aus, um den Bedarf für Sterilisation, Waschmaschinen und OP-Betrieb abzudecken. Die medizinische Ausstattung des Hospitals wurde weiterhin verbessert und ergänzt. Wir erhielten u.a. mehrere Wechseldruckmatratzen, ein modernes Röntgendurchleuchtungsgerät für den OP.

### **Weitere Aktivitäten des SKM-Hospitals**

Krankenwagen- und Notfalldienst, Zahnstation, Allgemeinklinik, Basisgesundheits-erziehung, Schulunterricht für Langzeitpatientenkinder sind bereits etablierte Einrichtungen unserer Klinik. Die Zahl der Krankenwageneinsätze nahm im Vergleich zu den Vorjahren etwas ab, da aufgrund der verbesserter Diagnose- und Behandlungsmöglichkeiten zum einen weniger Patienten nach Kathmandu verlegt werden müssen und andererseits auch mehr Notfälle direkt im Hospital versorgt werden können. Die Zahnstation wird ausschließlich durch ehrenamtliche Zahnärzte aus Deutschland betrieben und erfreut sich zunehmender Beliebtheit. Obwohl die Zahnstation nicht durchgehend mit Ärzten besetzt ist, kann durch unsere Helferin Rukmini langsam ein Dauerbetrieb gewährleistet werden, da sie bereits in der Lage ist außer Extraktionen auch einfache Füllungen durchzuführen.

Die Allgemeinklinik beschränkt sich auf die ambulante Versorgung der lokalen Bevölkerung und wird zudem durch verschiedene, ebenfalls ehrenamtlich tätige nepalesi-



sche Ärzte unterstützt. Der allgemeinmedizinische und allgemein-chirurgische Anteil unserer stationären Patienten beträgt etwa 5%; eine Steigerung in diesem Sektor ist nicht vorgesehen. Für schulpflichtige Patienten und Kinder von Langzeitpatienten bieten wir jetzt am Nachmittag Schulunterricht an, der von den meisten Kindern sehr positiv aufgenommen wird.

Die Basisgesundheits-erziehung unserer erwachsenen Langzeitpatienten soll nach neuer Besetzung dieser Stelle mit einer erfahrenen Krankenschwester, noch intensiviert werden. Außer verschiedenen aktuellen Gesundheitsthemen stehen dort vor allem die Optimierung der persönlichen Hygiene und der Ernährung während des stationären Aufenthaltes im Vordergrund.

### **Kooperations-Netzwerk**

Bei der Zusammenarbeit mit anderen Organisationen ist ein stetiger Zuwachs zu verzeichnen. Die Liste derer, mit denen wir mehr oder weniger eng zusammenarbeiten würde den Rahmen dieses Berichtes sprengen. Wie bereits oben erwähnt, entwickelt sich jetzt gemäß der Devise „EZ aus einem Guss“ auch eine Partnerschaft mit der GTZ, mit der wir in diesem Jahr zwei Außeneinsätze erfolgreich organisierten und durchführten. Im Spätherbst sind wir der Organisation AIN (Association of International NGOs in Nepal) beigetreten, in der sich jetzt schon gut die Hälfte der 120 in Nepal tätigen INGOs zusammengeschlossen haben. Gründe dafür waren nicht nur die Aussichten auf eine bessere Kooperation mit anderen INGOs, sondern auch Sicherheitsaspekte und organisations-politische Erwägungen.

### **Rolle und Aufgaben externer Teams**

Auch im vergangenen Jahr kam wieder eine Vielzahl von freiwilligen Helfern, auf die unser Projekt weiterhin angewiesen ist. Erfahrene Fachärzte, Zahnärzte, Physiotherapeuten und Schwestern können sich nun bei besserer Qualifikation unserer nepalesischen Mitarbeiter zunehmend auf schwierige Fälle bzw. auf die Weitergabe ihres Fachwissens konzentrieren. „Routinefälle“ sollten dagegen zunehmend durch unsere nepalesischen Mitarbeiter übernommen werden. Bei Einsätzen von chirurgisch tätigen Ärzten im SKMH kommt es also nicht mehr so auf die Zahl der geleisteten Operationen an, sondern auch auf Interesse und Geduld bei der Ausbildung. Bei einfacheren OPs ist die Lehrassistenz für einen jüngeren nepalesischen Kollegen um ein Vielfaches wichtiger als die Anzahl eigener Eingriffe. Schwierigere Eingriffe bleiben weiterhin den Fachärzten vorbehalten, sollten aber nach Möglichkeit von nepalesischen Kollegen assistiert werden.

Einsätze außerhalb des SKM-Hospitals sind trotz mancher Unsicherheiten bei der Planung gerade bei der jetzigen Lage von großer Bedeutung und sollen besonders in entfernteren Landesteilen vermehrt durchgeführt werden. Hierfür sollen weiterhin erfahrene externe Teams zum Einsatz kommen, die mit geeignete Hospitalmitarbeitern ergänzt werden. Bei diesen Einsätzen sollen vor allem kleine und mittlere, komplikationsarme Eingriffe durchgeführt werden, während Extremfälle ins SKM-Hospital weitergeleitet werden können. Bei diesen OP-Camps steht weniger die Ausbildung im Mittelpunkt, sondern der meist sehr

große Patientenansturm, den es in kurzer Zeit zu bewältigen gilt.

### **Chancen und Perspektiven des SKM-Hospitals**

Leistungsfähigkeit, operatives Spektrum, Ausbildungstätigkeit, Zusammenarbeit mit anderen Organisationen und viele andere Aktivitäten des SKM-Hospitals in Nepal nehmen trotz zunehmender Verschlechterung der politischen Lage stetig zu. Diese Fachklinik für Plastische und Rekonstruktive Chirurgie, die nebenbei auch noch als Distriktkrankenhaus arbeitet, verschafft sich zusehend landesweites Ansehen und trägt mit vergleichsweise geringem Budgets langsam merklich zur plastisch-rekonstruktiven Versorgung in Nepal bei. Wenn ernsthaft eine effektive und nachhaltige Besserung das Ziel dieses Projektes sein soll, dann ist eine Übergabe der Klinik in nepalesische Hände erst möglich, wenn eine ausreichende Anzahl von erfahrenen, verantwortungsvoll handelnden nepalesischen Ärzten ausgebildet wurde. Die instabile politische Lage mit häufig wechselnden Regierungen, gelegentliche Ausgangssperren, Generalstreiks, Landflucht und zunehmend bürgerkriegsähnlichen Zuständen machen diese Aufgabe nicht leichter. Die vorzeitige Übergabe des Projektes an den erstbesten nepalesischen Kollegen im Sinne des Zufallprinzips aufgrund der sich anbahnenden Einstellung der staatlichen Förderung (CIM/GTZ) ist nicht gerechtfertigt und würde das Projekt als Ganzes gefährden. Allein die angeborenen Fehlbildungen des Gesichtes, der Hände und Füße, für die es in Nepal noch nicht einmal ausreichende Behandlungskapazitäten gibt, machen den enormen Bedarf



für Plastisch-wiederherstellende Chirurgie deutlich. Die steigende Anzahl an Kriegsopfern, die nach lebensrettenden Maßnahmen ebenfalls dringend auf plastisch-rekonstruktive Eingriffe angewiesen sind, stellen ein weiteres Argument dar, warum dieses Projekt nicht vorzeitig aufgegeben sollte, sondern eher über eine verstärkte Förderung nachgedacht werden muss.

**Engagierte Helfer und treue Dauerspender**

Wie es auch immer in Nepal weitergeht, das Hospital wird bei dem jetzigen Patientenspektrum auch zukünftig auf externe Hilfe angewiesen bleiben. Die Anzahl von Patienten, die sich an den Behandlungskosten beteiligen kann, ist limitiert, so dass die laufenden Kosten für den Betrieb der Klinik in absehbarer Zeit nicht erwirtschaftet werden können. Gerade die Ärmsten, die auch medizinisch meist von den schlimmsten Problemen betroffen sind, bleiben auf unsere Unterstützung angewiesen. Zum Schluss möchte ich mich daher erneut bei allen ehrenamtlichen Helfern und allen großen und kleinen Spendern ganz herzlich bedanken. Ihr Engagement und ihre treue finanzielle Unterstützung ma-

chen eine effektive Hilfe in Nepal erst ermöglicht. Auch in Zukunft werden wir auf viele ehrenamtlichen Helfer angewiesen sein, die teilweise schon seit Jahren regelmäßig nach Nepal kommen oder solchen, die sich in Deutschland für das Projekt engagieren. Mein Dank gilt weiterhin dem Verein Pro-Interplast und dem Centrum für Internationale Entwicklung und Migration (CIM/GTZ), ohne die unsere Arbeit in Nepal überhaupt nicht denkbar wäre. Ein großes Dankeschön geht auch den Fördervereins Zahngesundheit Mittelfranken und viele andere Zahnärzte, die uns im letzten Jahr mit Zahngoldsammlungen kräftig unterstützten, sowie an den Rotary Club Mönchengladbach, der sich bereits seit Jahren für das Projekt engagiert.

Sankhu, 31.01.05

*Andreas Settje*

**Nachtrag 03.02.2005**

König Gyanendra, der bereits seit Oktober 2002 de facto die Macht inne hatte, verkündigte am 01.02.2005 während einer Fernsehansprache die Auflösung der erfolglosen Regierung von MP Deuba und die komplette Machtüber-

nahme für die nächsten 3 Jahre. Gleichzeitig wurden für den Ablauf von 6 Monaten der Ausnahmezustand verhängt und elementare Grundrechte außer Kraft gesetzt.

Das gesamte Telekommunikationssystem wurde abgeschaltet und die Pressefreiheit komplett aufgehoben. Nationale Telefonverbindungen sollen maximal 100 Stunden nach der Machtübernahme gesperrt bleiben; internationale Verbindungen, Mobilnetz und Internet möglicherweise mehrere Wochen.

Sämtliche Parteiführer und eine unbekannte Anzahl von Oppositionspolitikern wurden inhaftiert oder unter Hausarrest gestellt. Die Bewegungsfreiheit im Kathmandu-Tal ist unbehindert. Nationaler und internationaler Flugverkehr wurden am Tag nach der Machtübernahme wieder aufgenommen. Einige nationale und internationale NGOs werden ihre Tätigkeit in Nepal einschränken oder sogar ganz einstellen (müssen). Die Arbeit im SKM-Hospital wurde (mit Ausnahme der Kommunikationssysteme) in keinster Weise beeinträchtigt.

	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	gesamt
<b>Operationen</b>	<b>192</b>	<b>453</b>	<b>485</b>	<b>724</b>	<b>1131</b>	<b>1402</b>	<b>1569</b>	<b>1892</b>	<b>7848</b>
Operierte Patienten	149	348	363	548	854	1067	1215	1457	6001
<b>Ambulante Behandlungen und Untersuchungen</b>	<b>554</b>	<b>1672</b>	<b>2899</b>	<b>4909</b>	<b>8302</b>	<b>10801</b>	<b>12710</b>	<b>15430</b>	<b>57277</b>
Chirurgische Klinik	430	1310	1328	3330	2433	2884	3472	4520	19707
Allgemeinsprechstunde	-	359	555	837	935	1439	3606	5004	12735
Zahnstation	124	3	1016	2153	892	1594	1786	1290	8858
Krankengymnastik	-	-	-	747	1884	4884	3846	4616	15977
<b>Krankengewegeneinsätze (seit 01.11.2000)</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>86</b>	<b>720</b>	<b>748</b>	<b>660</b>	<b>646</b>	<b>2860</b>

## INTERPLAST-Einsatz in Bogra, Bangladesh, 19. Februar bis 1. März 2004

Auf Initiative und Vermittlung unseres Unfallchirurgischen Seniors Prof. Dürr in Koblenz wurden wir zu einem „Free Plastic and Reconstructive Surgery Camp“ in der Provinzhauptstadt Bogra (6 Millionen Einwohner) im Norden von Bangladesh eingeladen.

Schirmherrschaft und Organisation vor Ort liefen im Namen der ZIAUR RAHMAN FOUNDATION, einer regierungsnahen Stiftung.

Mit **Dr. Ulrich Albers**, Leiter der Plastischen Chirurgie und **Dr. Kirill Debolski** aus der Anästhesieabteilung, Stiftungsklinikum Koblenz sowie PD **Dr. Dr. Ulrich Wahlmann** und **Nina Rohr** aus der MKG-Abteilung, Uni Mainz hatte sich ein schlagkräftiges und harmonisches Team zusammen gefunden. Unterstützt wurden wir von 2 bengalischen Plastischen Chirurgen, Dr. Sen, der Ende der 80iger für ein Jahr in Hannover bei Berger hospitiert hatte, und Dr. Shamsuddin, der mehrere Jahre in den USA und Japan gearbeitet hat.

Die Plastisch-chirurgischen Probleme in jenem s.g. dritten Teil der Welt und die chirurgischen Arbeitsbedingungen sind den INTERPLAST-Mitgliedern und -Freunden

allzugut bekannt. Erschreckend war dennoch wieder die große Zahl unversorgter Lippen-Kiefer-Gaumen-Spalten und schwerster Verbrennungs-kontrakturen und Fehlbildungen des Gesichts und der Extremitäten.

Nach halbsprecherischer Autofahrt von der Hauptstadt Dhaka 200 km nach Bogra hatten wir dort nur 6 aber dafür lange und anstrengende Operationstage. Die reichlich eingeplante Zeit für Zeremonien, Pressekonferenzen, Besichtigungen und Lectures konnten wir unseren Gastgebern nicht gänzlich ausschlagen.

Operiert wurde am „Medical College Hospital“. Insider wissen, dass diese Krankenhausbezeichnung nichts mit unseren Vorstellungen von Arbeitsbedingungen zu tun hat. So war es auch hier, obwohl extra für uns einige Wände neu gestrichen und neue OP-Leuchten angebracht worden waren.

Von über 300 Patienten, die sich vor und während unserer Tätigkeit in immer größerer Zahl vorgestellt hatten, waren zunächst 92 zugelassen worden. Von diesen konnten wir schließlich 67 Patienten operieren. Dies war nur mit Hilfe der bei-



den bengalischen Kollegen und der Anästhesisten möglich, weil es sich zum größten Teil um sehr aufwändige Eingriffe gehandelt hat. Neben schwierigsten Lippen- und Gaumenspalten waren es schwerste bewegungshemmende Verbrennungskontrakturen an Hals und Extremitäten, ischämische Kontrakturen an Unterschenkel und Unterarm, Klumphände, Klumpfüße und Paresen und Encephalocelen, die wir z.T. nicht operieren konnten.





Trotz aller Schwierigkeiten und Improvisationen gab es zum Erstaunen aller so gut wie keine Komplikationen. Nach unserer Rückkehr erreichten uns die Meldungen, dass alle Patienten wohlauf sind.



Zurückgeblieben ist wieder einmal das beglückende Gefühl wenigstens einigen Menschen in größter Armut und sozialer Not geholfen zu haben aber auch ein Wermutstropfen, dass es nur der Tropfen auf den heißen Stein gewesen ist. Geblieben ist auch das Gefühl, dass wir dort einen Enthusiasmus unter



den chirurgischen Kollegen auslösen könnten und vielleicht den politischen Anschlag, dass endlich die seit 10 Jahren geplante Verbrennungsstation in Dhaka eingerichtet wird und dass sich junge bengalische Ärzte für die Besonderheiten der Plastischen Chirurgie interessieren. So wurde auch der dringende Wunsch nach Weiterbildungsmöglichkeit in Europa geäußert und der Wunsch an das INTERPLAST-Team bald wieder zu kommen.

*Ulrich Albers*



### **3. Interplast-Einsatz auf Phu Quoc / Vietnam**

#### **4. –19. Dezember 2004**

Teilnehmer:

Dr. med. Du Phu Nguyen, Chirurg, Stuttgart

Dr. med. Rainer Lukner, Anästhesist, Homburg / Saar

Frau Dr. med. Bui Hong My Nguyen, Anästhesie, Chirurgie, Pflege, Dolmetscher, Organisation, Bitburg

Dr. med. Horst Aschoff, Plastischer Chirurg, Lübeck.

Der Beginn dieser 3. Interplast-Mission nach Phu Quoc / Vietnam gestaltete sich durch einen bei der Post verloren gegangenen Reisepaß nebst Visum zunächst etwas holprig. Das gesamte Team fand dadurch erst am 8.12. vor Ort zusammen, operiert wurden dann an insgesamt 9 Arbeitstagen 60 Patienten, das uns schon bekannte Spektrum wiederholte sich dabei auch in diesem Jahr. Es wurden uns einige interessante Handfehlbildungen mit Polydaktylien und Doppeldauern vorgestellt, welche operativ behandelt wurden, sowie frische Sehnenverletzungen der

Hand als auch veraltete Frakturheilungen von Radius und Ellenbogen-gelenk. Hier konnten wir eine in weitestgehender Streckstellung fixierte Ankylose bei einem 15-jährigen Knaben nach su-

pracondylärer Humerusfraktur durch Arthrolyse soweit befreien, dass die Hand wieder zum Munde geführt werden kann. Die im Vorjahr mittels Fixateur externe und Werkzeug aus der Satteltasche ei-





nes Mopeds versorgte Unterschenkelfraktur war problemlos ausgeheilt. Der Fortschritt macht auch in Vietnam nicht halt, eine weitere uns in diesem Jahr vorgestellte, veraltete Unterschenkelfraktur konnten wir ebenfalls mit Fixateur externe befriedigend versorgen, immerhin diesmal unter Zuhilfenahme einer kraftvollen Bohrmaschine der Firma Bosch zur Schaffung der pin tracks. Über einen tragischen Verlauf muß besonders berichtet werden. Eine

zu Beginn unserer Tätigkeit wegen eines Strumaknotens operierte Patientin mit zunächst völlig unauffälligem Verlauf stellte sich 7 Tage post-operativ zur Abschlußuntersuchung vor, mit zu diesem Zeitpunkt reizfrei abgeheilte Wunde. Sie klagte lediglich über Nackenschmerzen, auffällig war eine Kopfschiefhaltung, Symptome und Befund wurden auf die stattgehabte Lagerung geschoben. Am Folgetag Wiedervorstellung der Patientin mit zunehmender Nackensteifig-



keit und Trismus ohne Fieber oder auffällige Entzündungsparameter. Nach Infusionstherapie und Gabe von Diazepam zunächst leichte Besserung, mit dann wieder deutlicher Zunahme der Beschwerden. Nach allfälliger Diskussion der Differentialdiagnosen stellten wir dann am frühen Nachmittag des Aufnahmetages die Verdachtsdiagnose „Tetanus“ und regten die Verlegung der Patientin nach Saigon an. Impfstoff zur passiven Immunisierung war auf der Insel nicht vorrätig, die Verlegung wurde für den erstmöglichen Flug am Morgen des Folgetages festgelegt. In



der Nacht nahmen wir dann bei zunehmenden Schluckbeschwerden der Patientin zur Sicherung der Atemwege die Tracheotomie vor. Die Verlegung der weiterhin kreislaufstabilen Patientin erfolgte planmäßig. Leider konnten die Kollegen in Saigon dann aber nichts mehr für die Patientin tun, sie verstarb am darauf folgenden Tag. Für uns bleibt natürlich die Frage, in wieweit der operative Eingriff mit

dieser Tetanuserkrankung in Zusammenhang steht, wenn auch kaum vorstellbar, so bleibt doch eine Restunsicherheit.

Unsere Arbeit wurde zu Teilen von einem gleichzeitig auf der Insel anwesenden Filmteam des Bayerischen Rundfunks dokumentiert, ein kurzer Bericht hierüber soll möglicherweise im Februar 2005 auf Bayern III gesendet werden.

Offiziellerseits wurde unsere Ar-

beit wiederum sehr gelobt und begrüßt. Ein neues Gesicht in der örtlichen Spitze der kommunistischen Partei Vietnams wünschte ausdrücklich die Fortführung des Interplast-Engagements und bot jede Unterstützung z.B. beim Transport des Übergepäckts im Lande an – ein Angebot, das wir 2005 gerne annehmen wollen.

*Horst Aschoff*

## **Interplast UK/Germany e.v. Mission in Sri Lanka, 15. – 30.10. 2004**

### **Hambantota Base Hospital, Hambantota**

Die Interplast UK/Germany e.V. Mission 2004 wurde wie in den Jahren zuvor von Dr. Charles Viva, Chairman Interplast U.K., organisiert und geleitet (siehe Jahresbericht 2001, Nr. 16 und 2002, Nr. 17). Das Team bestand aus 4 Chirurgen, 5 Anästhesisten, 5 Schwestern, einer Physiotherapeutin, einem Coordinator und einem Kamerateam aus London.

Nachdem gemeinsamen Abflug von London und Übernachtung in der Hauptstadt Colombo wurde das Team auf dem Weg nach Hambantota am 17.10. vom Governor der Southern Province, K. Wickramaratne, in Galle empfangen. Am 18.10. erfolgte eine offizielle Begrüßung und Vorstellung des Teams im Rahmen einer Pressekonferenz im Hambantota Base Hospital.

Wie in den vergangenen Jahren hatten die Mitglieder der „German Help Foundation“, die sich in Zukunft „International Help Foundation for Sri Lanka“ nennen wird, maßgeblichen Anteil an der Orga-

nisation der diesjährigen Mission. Insgesamt wurden mehr als 500 Patienten gesichtet, von denen 133 (81w/ 52m) operiert werden konnten (Alter 8 Monate bis 50 Jahre, Durchschnitt 21 Jahre). Im einzelnen wurden operiert:

- Lippen- und/oder Gaumenspalten, einschließlich Narbenrevisionen, Revisionen oronasaler Fisteln, korrigierenden Rhinoplastiken, etc. 29
- Verbrennungsrekonstruktionen, einschließlich Hauttransplantationen und lokalen Lappenplastiken (verschiedene Lokalisationen) 71
- Torticollis Release 2
- Tumorexstirpationen, andere gesichtschirurgische Eingriffe, etc. 31

Der reibungslose und perfekt organisierte Ablauf im OP und auf den Stationen war einerseits begründet in der großen Erfahrung einzelner Team Mitglieder, andererseits in der guten Zusammenarbeit mit den Mitarbeitern und Organisatoren vor Ort. Als sehr hilfreich erwie-

sen sich die mitgebrachten Funkgeräte, welche die Kommunikation zwischen OP und den Stationen sehr erleichterte. Zum Abschluß wurde das Team am 31.10. vom Prime Minister Sri Lankas, M. Rajapaksa, in Colombo empfangen.

Für mich persönlich stellt sich die Frage, ob ich in Zukunft - mit zunehmender beruflicher Verantwortung, bedeutend weniger Urlaub und eigener Familie - die Zeit finde, an zukünftigen Interplast Missionen teilzunehmen.

#### **Das Team:**

Charles Viva (U.K.) –  
Teamleiter, Plastischer Chirurg

Detlev Erdmann (Germany) –  
Plastischer Chirurg

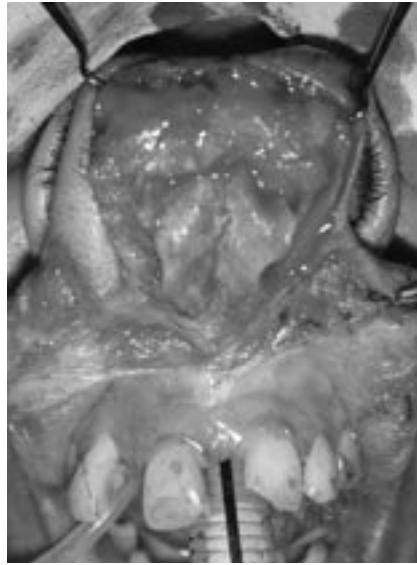
Charles Stacey (U.K.) –  
House officer

Yu-Sin Lau (U.K.) –  
House officer

Preman Jeyaratnam –  
Anaesthesist

E. Velaudapillai (U.K.) –  
Anaesthesist





*Patientin mit einer seltenen, voroperierten Tessier Nr. 0 Spalte [1]; Revision der Oberlippe und offene Rhinoplastik, sichtbar ist das doppelt angelegte Septum [2]; unmittelbares Ergebnis nach Vereinigung der beiden Septen und der Alar Knorpel [3-5]*



*Drs. Erdmann, Viva, Stacey*

- Nilmini Wijesriya (Sri Lanka) – Anaesthesist
- Vasuki Dayaratine (Sri Lanka) – Anaesthesist
- Champa Vijayrajan (Sri Lanka) – Anaesthesist
- Majorie Burns (U.K.) – OP-Schwester
- Deidre Cusack (U.K.) – OP-Schwester
- Sarah Deane (U.K.) – OP-Schwester
- Stephanie Jones (U.K.) – OP-Schwester
- Andy Falkiner (New Zealand) – Schwester
- Jane Porter (U.K.) – Physiotherapeutin
- Pradeep Jeyaratnam (U.K.) – Coordinator

*Detlev Erdmann*



## Interplasteinsatz Pangasinan Philippinen 2004

Im Frühjahr des Jahres 2004 haben wir zum 11. Mal einen Operations-einsatz für Interplast Germany in San Carlos City / Pangasinan / Philippinen durchgeführt.

Die Kosten des Einsatzes 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.

Neben allen anderen Spendern müssen wir uns besonders herzlich bedanken bei Richtern und Staatsanwälten, der Anwaltschaft Frankfurt und dem Hauptzollamt Frankfurt für deren Unterstützung.

Das Interplast-Projekt auf den Philippinen läuft kontinuierlich seit nunmehr 11 Jahren. Schwerpunkt war immer die Versorgung von Patienten mit Lippen- Kiefer- Gaumen- Spalten. Insgesamt wurden an drei verschiedenen Einsatzorten bereits mehr als 1400 Patienten mit diesem Krankheitsbild versorgt.

Das Land hat zwar in der Metropole Manila und einigen anderen großen Städten offenbar den Schritt von „Entwicklungsland“ zum „Schwellenland“ geschafft, die gesundheitliche Versorgung der ländlichen und in ihrer überwiegenden Mehrheit wirtschaftlich sehr wenig leistungsfähigen Bevölkerung hat davon bisher leider wenig profitiert. Die Versorgung einer Lippen- Kiefer- Gaumen- Spalte wird nach wie vor Patienten, deren Familien nicht aus eigener Tasche bezahlen können, verwehrt.

Der Bedarf dieser Art von Chirurgie ist denn auch nach all diesen Jahren ungebrochen und selbst in den von uns bisher abgedeckten Pro-



vinzen – das sind nur drei von ca 30 (!) – noch nicht annähernd gedeckt.

Bei der Konzeption des diesjährigen Einsatzes war von Beginn an die Wiederaufnahme der Operationsaktivität in Puerto Princesa auf der Insel Palawan geplant gewesen. Interplast Germany hat bis ins Jahr 2001 für vier Jahre auf Palawan erfolgreich Einsätze durchführen können. Wegen der Ereignisse um den 11. September 2001 und den Folgen für die Philippinen mussten diese Einsätze im Jahr 2002 und 2003 unterbrochen werden.

Für 2004 war endlich eine Wiederaufnahme dieser von unseren lokalen Partnern (City Government Puerto Princesa City ) sehr begrüßten Einsätze geplant. Als einziger geeigneter Einsatzort hatte sich in der Vergangenheit das Hospital des lokalen Militärstützpunktes (WESCOM „Western Command“) herausgestellt.

Leider musste das WESCOM sehr kurzfristig absagen, weil der Stützpunkt durch eine grossangelegte

Amerikanisch- Philippinische Übung genau in der Zeit unseres Einsatzes für Wochen blockiert war. Das „Provincial Hospital“ der Insel ist schon für seine alltäglichen Aufgaben viel zu klein und chronisch überlastet.

Das einzig einigermaßen leistungsfähige Krankenhaus vor Ort, das von den Adventisten betrieben wird, präsentierte auf Anfrage einen „Kostenvoranschlag“ in so schwindelerregender Höhe, dass die Idee, hier den Einsatz durchzuführen, sofort verworfen werden musste. Der schon fest terminierte Einsatz in Puerto Princesa musste daher zum Leidwesen vieler wartender Patienten wenige Wochen vor seinem geplanten Beginn abgesagt werden. Die Wiederaufnahme der Interplastaktivitäten in Palawan wird daher auf das Jahr 2005 verschoben werden müssen.

### **Teammitglieder des diesjährigen Einsatzes waren:**

Dr. med. Lucien Tonneau (Plastischer Chirurg)



Dr. med. Dr. med. dent Paul Fryns,  
(Kieferchirurg)

Dr. med. Astrid Krönchen-Kaufmann,  
(Anästhesistin)

Frau Ilse Becker (OP- Schwester)

Herr Martin Gehlen (Anästhesie-  
Pfleger)

Frau Josphine F. Vinluan (Kinder-  
krankenschwester, Intensivschwester)  
(Aufwachraumbetreuung)

Dr. med. Benoit De Codiern (Plastischer  
Chirurg)

Dr. med. Frank de Wolf (Kieferchirurg)

Frau Annie Gansbeke (Op-Schwester)

Herr Wolfgang Rother (Anästhesie-  
pfleger)

Dr. med Christian Löhlein  
(Anästhesist, Teamleiter)

Anreise von Team und Material waren problemlos. Für den Transport des Übergepäckes hatten wir wieder den Transport zu Cargobedingungen in der Linienmaschine der Lufthansa vereinbart. Das Vorausschicken des Gepäcks mit einer Cargomaschine würde für uns den Verlust eines kompletten Tages bedeuten und eine Übernachtung in Manila erzwingen. Darüber hinaus würde es zu in ihrer Bedeutung nicht vorherzusagenden Problemen

mit dem Zoll führen, die wir für das von uns begleitete Fluggepäck relativ zuverlässig vermeiden können.

Eine unter Berücksichtigung der Kosten für das Übergepäck preiswertere Transportmöglichkeit liess sich trotz umfangreicher Recherche nicht finden. Für das kommende Jahr zeichnet sich eine Vereinbarung mit Emirates ab, die hoffentlich in der Summe zu einer deutlichen Einsparung führen wird. Ankunft in der Unterkunft nach 26-stündiger Reise war gegen Mitternacht. Beim für den nächsten Vormittag geplanten „Screening“ sahen wir mehr als 60 Patienten – in der Mehrzahl Spaltpatienten.

Immer wieder erschreckend ist für uns der schlechte Ernährungs- und allgemeine Gesundheitszustand einzelner Patienten. Wenn auch im Laufe der Jahre, die wir überblicken, an einigen Stellen des Landes durchaus ein Fortschritt sichtbar ist, herrscht bei weiten Teilen der ländlichen Bevölkerung offenbar immer noch eine medizinische Unterversorgung, wie sie für uns kaum zu verstehen ist. So bekommen wir regelmässig polymorbide Patienten vorgestellt, bei denen noch keinerlei Abklärung stattge-

funden hat. Viele der Säuglinge und Kleinkinder sind erheblich untergewichtig und in ihrer Entwicklung zurückgeblieben.

Sinn des von uns immer vor Beginn durchgeführten „Screenings“ ist daher in unseren Augen neben der Planung des Operationsprogramms für die kommenden Tage auch, eventuell notwendige Untersuchungen und Therapien (Antibiotikatherapie, Atemtherapie) veranlassen zu können, um „Problemkinder“ am Ende des Einsatzes dann doch noch operieren zu können. Trotz dieser Planung lassen wir jedes Mal Kinder zurück, bei denen uns eine Operation im Rahmen des laufenden Einsatzes zu riskant erscheint.

Im Rahmen des Einsatzes wurden insgesamt 82 Patienten operiert, davon waren 71 Spaltpatienten. Unter Berücksichtigung der Patienten, an denen in einer Sitzung mehrere Operationen durchgeführt wurden, wurden 101 Operationen durchgeführt.

Der Schwerpunkt der Nachfrage liegt – wie aus den Zahlen ersichtlich – bei unseren Einsätzen nach wie vor bei Spaltträgern und anderen angeborenen Missbildungen. Die Versorgung von Verbrennungs-



opfern beschränkt sich auf Einzelfälle.

Dennoch stellte den Höhepunkt des diesjährigen Einsatzes die Versorgung eines Verbrennungspatienten dar:

Die 3-jährigen Liwayway ist uns schon vom letzten Einsatz bekannt ist. Das Kind leidet an den Folgen

einer schweren Verbrennung der gesamten rechten Körperhälfte, die es im frühen Säuglingsalter erlitten hat. Die mehrschrittige Versorgung der Kontraktoren in allen Gelenken der betroffenen Körperhälfte erforderte zwei jeweils mehrstündige Operationen sowie etliche Verbandswechsel, die sich

nur in Narkose durchführen lassen.

Zusammenfassend blicken wir auf einen Einsatz zurück, den alle Teammitglieder und unsere lokalen Partner als sinnvoll, erfolgreich und frei von gravierenden Problemen erlebt haben.

*Christian Löhlein*

## Einsatzbericht Mindanao und Bohol / Philippinen 19.11. – 6.12.



„Struma per magna“



Im Herbst 2004 haben wir wiederum zwei aufeinander folgende Einsätze auf den Philippinen durchführen können. Beide Einsätze hatten Cagayan de Oro auf Mindanao zum Ziel und wurden vorbereitet und organisiert in Zusammenarbeit mit unseren Partnern im dortigen German Hospital.

Die sich seit vier Jahren entwickelnde Symbiose - die kompetente medizinische Vor- und Nachsorge (inklusive Patientenauswahl und organisatorische Begleitung unserer Einsätze dort) durch das German Hospital einerseits und unser chirurgischer Service auf der anderen Seite bietet einen verlässlichen und kalkulierbaren Rahmen und erlaubt uns dort erfreulich effektiv zu agieren.

Über den ersten Einsatz im November 2004 hat Herr Hermes be-

reits berichtet, beide Einsätze haben wieder in Cagayan de Oro begonnen, die zweite Woche haben wir wiederum mit Unterstützung des Personals aus dem German Hospital in einem Distrikthospital verbracht.

Beide Teams haben sich noch am 21.11.04 in Cagayan getroffen, auch um das Equipment zu übergeben und die weitere Betreuung einzelner Patienten zu besprechen.

**Das „zweite Team“ bestand aus:** den OP-Schwestern Heike [Heidi] Schneider (Saalfeld) und Malanie Wolf (Lübeck),

den Anaesthesisten Frederike Reichstein (Erfurt) und Hartmut Ocker (Lübeck)

und den Chirurgen Bassam Saka (Rostock), André Bischay (Saalfeld) und Peter Sieg (Lübeck)

Wir haben vom 21.11. – 2.12. in Cagayan de Oro zugebracht, sind in der Nacht zum 3.12.04 per Fähre von dort auf die Insel Bohol gefahren und waren dann noch drei Tage, vom 3.-6. 12. in einem Distrikthospital in Carmen auf Bohol tätig.

Das Spektrum der zu behandelnden Patienten entsprach unseren Erfahrungen aus den Vorjahren. Wiederum waren Strumektomien fester Bestandteil unseres täglichen OP-Planes, bedingt durch die erhebliche Zahl insbesondere jüngerer Frauen, die unter euthyreoten Strumen z.T. erheblichen Ausmaßes leiden und möglich durch die internistische Vor- und Nachsorge durch die Mitarbeiter des German Hospitals bzw. des Komitees „Ärzte für die Dritte Welt“. Wir haben bei diesem Einsatz überdurchschnittlich viele seltene



Gesichtsspalte Tessier No 14 mit entsprechender Meningocele

Spaltbildungen des Gesichtes gesehen und behandeln können und wiederum einige extreme Befunde angetragen bekommen (Abb. 1 und 2). Das Arrangement in Cagayan erlaubt uns, einzelne Patienten

über mehrere Einsätze hinweg nachzusorgen und ggf. mehrfach chirurgisch zu behandeln.

Ich glaube im Namen aller Mitglieder beider Teams sagen zu können, dass wir dankbar für und auch

ein bisschen stolz auf die Zusammenarbeit mit dem German Hospital in Cagayan de Oro sind, die wir erhalten und pflegen wollen.

*Peter Sieg*

## ***Sektion Schopfheim: Manyemen / Kamerun 2004***

In diesem Jahr war ein Team der Sektion Schopfheim zum 7. Mal zu einem Operationseinsatz in den Medical Institutions Manyemen / Kamerun.

Mit einem 5 köpfigen Team starteten wir von Strassburg über Paris nach Douala mit Air France bzw. Cameroon Airlines.

Mehr als ärgerlich war, dass wir in Paris bei Cameroon Airlines wegen Übergepäck € 400,- zahlen mussten,

Gelder, die sicherlich die Spender nicht in dieser Form ausgegeben sehen wollten. Jegliches Verhandlungsgeschick führte nicht zum erwünschten Erfolg. Auch am Flughafen in Douala waren weitere Zahlungen nicht zu umgehen.

Die Medical Institutions Manyemen liegen in der Südwestprovinz und damit im englischsprachigen Teil von Kamerun, ca. 250 km nördlich von Douala.

Die Jahreszeit war auf Wunsch der Krankenhausführung gewählt worden, da im allgemeinen die Regenzeit etwa Mitte Oktober beendet ist und somit mit zufrieden stellenden Straßen- und Witterungsverhältnissen gerechnet werden kann. Die Regenzeit hat sich jedoch in diesem Jahr bis Ende November ausgedehnt, was auch für die Einheimischen seit langer Zeit nicht mehr erinnerlich war.



Dies hatte zur Folge, dass wir nur äußerst beschwerlich mit einem Allrad-Toyota überhaupt zum Hospital kamen, dass es jedoch für die kleinen Busse, die den Personentransport aufrechterhalten, kein Durchkommen gab. So hatten naturgemäß die Patienten, die teils Tage unterwegs sind, erhebliche Mühe durchzukommen und konnten so nur in deutlich reduzierter Zahl das Krankenhaus erreichen.

Das Urwaldkrankenhaus hat etwa 120 Betten und was für uns von entscheidender Bedeutung war, einen gut nutzbaren Operationsraum mit 2 Tischen, wobei zeitweilig eine wenn auch nur mäßig wirksame Klimaanlage zur Verfügung stand.



Auf Grund der widrigen Witterungsverhältnisse waren in diesem Jahr die Betten allenfalls zur Hälfte belegt, was auch für uns ein völlig untypisches Bild machte.

Besonders beeindruckend war die partnerschaftliche Zusammenarbeit zwischen uns und dem einheimischen Personal, wobei wir im vergangenen Jahr anästhesiologisch durch die einheimische Mannschaft versorgt wurden. Es war jedoch der Wunsch geäußert worden, in diesem Jahr einen Anästhesisten mitzubringen, da doch etlichen Fragen zu beantworten waren und auch etliche Wartungsarbeiten durchgeführt werden mussten. Zudem waren 2 ältere Narkosegeräte schon vor längerer Zeit mit einem Container dorthin geliefert worden. Diese mussten nun auf Alltagstauglichkeit geprüft werden. Hierbei gab es mehrere Hindernisse; es stand kein Sauerstoff und keine Druckluft zur Verfügung; außerdem war der Halothanverdampfer inzwischen wertlos geworden, da es kein Halothan mehr gibt. Unser Anästhesist Dr. Eichel wird sich in Abstimmung mit der einheimischen Abteilung für das kommende Jahr um ei-



ne Verbesserung der Bedingungen bemühen.

Die hohen Temperaturen und die extreme Luftfeuchtigkeit verlangen ihren Tribut bei der täglichen Arbeit und lassen die Arbeitsgeschwindigkeit in kurzer Zeit sinken. Dennoch wurde an 10 Arbeitstagen sowohl die Triage von etwa 120 Patienten, die Durchführung von 76 Operationen bei 57 Patienten, die tägliche Ambulanz und die Versorgung der uns anvertrauten stationären Patienten ohne größere Probleme erledigt.

Die Altersstruktur war diesmal weniger im Kindesalter angesiedelt. Vielmehr standen die ungewöhnlichsten Tumore bei Erwachsenen im Vordergrund. Das übliche Repertoire umfasste natürlich auch die Spalten, die Verbrennungskontrakturen und Handverletzungen.

Immer wieder beeindruckend ist die geringe Anzahl an Infekten, wobei auch die Hauttransplantationen in den meisten Fällen keine Probleme machen, auch wenn die Wundkonditionierung nicht intensiv durchgeführt werden kann.

Die Medical Institutions finden sich in einem Umbruch. Einerseits werden immer mehr dezentralisierte Hospitäler eingerichtet, andererseits ist damit auch ein Rückgang der Belegung im Zentralkrankenhaus verbunden. Ein Konzept scheint für die Zukunft noch nicht ausgearbeitet zu sein. Man wird



die nächsten Jahre aufmerksam beobachten müssen.

Nach wie vor ist die AIDS-Situation unverändert. Bei über 50 % HIV-positiver Patienten muss jede Operation mit besonderer Vorsicht durchgeführt werden. Auch die Operationsindikation ist bisweilen schwierig, z.B. bei bekannter HIV-Infektion und größeren Eingriffen bei weiteren durch die Immunschwäche bestehenden Erkrankungen (z.B. Tb). Kann man es verantworten, auch für das eigene Team, einen ausgedehnten blutreichen Tumor unter diesen Bedingungen zu operieren ?!

Die Keimzelle des Krankenhauses war ursprünglich eine Leprastation, wobei im weiteren Verlauf auch ein allgemeines Krankenhaus gegründet wurde. Die ehemalige Leprastation wird heute zunehmend für AIDS- und Tuberkulose-Patienten verwendet. Zum ersten Mal wurde unser Operationsspektrum um Korrekturmaßnahmen bei Leprapatienten erweitert. Hier waren Defektdeckungen bei Ulcerationen und Strahlresektionen an den deformierten Füßen durchzuführen.

Auf Grund der Essensumstellung und der z.T. ausgesprochen scharfen Speisen waren entsprechende Verdauungsprobleme nicht zu verhindern. Die Flüssigkeitszufuhr konnte mit einem großen Vorrat an vorher gekauftem Mineralwasser gedeckt werden.

Trotz aller Widrigkeiten überwiegt immer wieder die Freude an der Arbeit und die Genugtuung durch die strahlenden Augen der geheilten Patienten. Auch sind alle Team-

mitglieder zwar müde aber gesund wieder zuhause angekommen.

So ist der nächste Einsatz in Manyemen im Kalender für November 2005 grundsätzlich bereits vorgeplant. Vielen Patienten, die in diesem Jahr nicht operiert werden konnten, stehen auf der Warteliste. Wie es mit dem Krankenhaus im nächsten Jahr bestellt sein wird, kann noch nicht vorhergesagt werden. Wirtschaftliches Missmanagement und auch Desinteresse oder Unvermögen seitens der Verwaltungsorgane sind für das Hospital Unsicherheitsfaktoren und gefährden die weitere Zusammenarbeit.

Ich darf mich für die Mitarbeit bei diesem Einsatz herzlich bedanken bei meinem Team:

Dr. Ernst Eichel, Anästhesist

Dr. Andreas Rudolph, Plast. Chirurgie

Marco Kuhn, OP-Pfleger

Helmut Sammer, techn. Assistent

Dr. Gert Beckers, Chefarzt Manyemen

Dr. Itah, Chirurg, Manyemen

Dr. Martin, Anästhesist Manyemen

*Günter Zabel*





## Einsatz Windhoek / Oshakati – Namibia, Juli 2004

INTERPLAST Germany, Zweig Südbayern



Die Verbindung zu Namibia entstand im September 2003. Namutenya, ein 8-jähriges namibisches Mädchen,



das nach Noma extreme Defekte der rechten Gesichtshälfte von der Augenbraue bis zum Unterkieferrand hatte, wurde in die Unfallklinik Murnau zur rekonstruktiven Operation geschickt.

Für das Mädchen hatte sich in Namibia eigens ein Verein konstituiert, der diesen Patiententransfer möglich machte. Die in Namibia stationierte Beratergruppe der Deutschen Bundeswehr hatte den Kontakt mit uns hergestellt und sich darüber hinaus um vieles mehr gekümmert.

Nach Namutenyas Rückkehr in die Heimat war es dann wiederum die Beratergruppe allen voran Herr Frank Gagel und Frau Antje Riedel, die sich dafür einsetzten, dass wir einen Na-

mibiaeinsatz planen. Sie stellten die Zusammenarbeit mit der namibischen Gesundheitsbehörde und allen weiteren offiziellen Stellen her, übernahmen Organisation und Koordination unserer Reise von der Unterkunft bis zum Freizeitausflug.

Daneben kümmerte sich aber auch das namibische „ministry of health and social services“ phantastisch um uns.

Das Team: Ortwin Joch und Andreas Schmidt (Chirurgie), Beate Schöllhorn und Jürgen Unterburger (Anaesthesie)

Martine Schmidt und Hans Herbig (Op-Anaesthesiepflege+Photographie) 29.06.04 : Sehr herzlich empfangen wurden wir



Herbig, Joch, M.Schmidt, Schoellhorn, Unterburger, A.Schmidt, v.links

*Das Team bei der Ankunft in Windhoek.*

*Besonders hervorzuheben ist, dass LTU unser gesamtes Übergepäck (ca. 300 kg) kostenfrei transportierte und das Gleiche auch für zukünftige Einsätze zusicherte. Eine absolut nicht selbstverständliche Kooperation, wie wir aus leidvoller Erfahrung mit anderen Gesellschaften wissen.*

durch die „Bundeswehrberater“ bei der Ankunft in Windhoek. Nach kurzem Check unserer Unterkunft und dem ersten namibischen Frühstück erfolgte bereits ein hochoffizieller Empfang des Teams im Windhoek Central Hospital durch einen Staatssekretär in Begleitung des lokalen TV. Anschließend konnten wir mit Hilfe von Dr. Youssef aus Ägypten, der uns in der ersten Woche immer tatkräftig und fachlich sehr versiert zur Seite stand, die Patienten untersuchen und sofort einen Op-Plan herstellen. Gleichzeitig wurde der Inhalt unserer Kisten im Op.-Bereich aufgestellt.

Operiert haben wir in Windhoek an fünf Tagen in zwei Sälen. Einrichtung und Technik der Op-Säle haben uns überrascht. Sie entsprechen annähernd dem Standard einer großen deutschen Klinik.

36 Ops konnten durchgeführt werden, wobei das übliche Spektrum vertreten war: Lippen-Kiefer-Gaumen-Spalten, Verbrennungs-kontrakturen, Tumoren, Poliofolgen und verschiedene Missbildungen an Gesicht und Extremitäten. Sogar einige neue Nomapatienten waren dabei, von denen einer mikrochirurgisch nach dem „Murnaukonzept“ versorgt wurde.

02.07.04: Abendlicher Stehempfang beim Deutschen Botschafter, Herrn Massing. Es wurde allerdings weniger über unseren Einsatz als über die erschreckend hohe HIV-infektionsrate in Namibia (ca. 1/3 der Bevölkerung) gesprochen.

Am Op-freien Sonntag wurden wir von den Bundeswehrleuten eingela-



02.07.04: Abendlicher Stehempfang beim Deutschen Botschafter, Herrn Massing. Es wurde allerdings weniger über unseren Einsatz als über die erschreckend hohe HIV-infektionsrate in Namibia (ca. 1/3 der Bevölkerung) gesprochen.

den: in der Früh in einen Wildpark bei Windhoek, zum Mittag- und Abendessen und sogar zur Übertragung des Fußball EM-Finales!

06.07.04: Mit Autos des namibischen Gesundheitsministeriums wurden wir und unser Material weiterbefördert. Über Tsumeb (mit Übernachtung) und den Park der Etoshapfanne nach Oshakati ganz im Norden des Landes. Einige Stunden konnten wir im Etosha – Nationalpark zubringen, was natürlich für Wildlife-photos genutzt wurde.

Am Op-freien Sonntag wurden wir von den Bundeswehrleuten eingeladen: in der Früh in einen Wildpark bei Windhoek, zum Mittag- und Abendessen und sogar zur Übertragung des Fußball EM-Finales!

06.07.04: Mit Autos des namibischen Gesundheitsministeriums wurden wir und unser Material weiterbefördert. Über Tsumeb (mit

Übernachtung) und den Park der Etoshapfanne nach Oshakati ganz im Norden des Landes. Einige Stunden konnten wir im Etosha – Nationalpark zubringen, was natürlich für Wildlife-photos genutzt wurde.

In Oshakati erwartete uns eine viel größere Anzahl von Patienten und wiederum ein sehr freundliches Klinikpersonal, sowie die besten Voraussetzungen im Op. An fünf Tagen wurden 45 Patienten operiert.

Die einzelnen Fälle waren ähnlich wie in Windhoek.

Wir stellten jedoch fest, dass der Bedarf an plastisch-rekonstruktiver Chirurgie in Oshakati wesentlich größer ist. Die medizinische Versorgung ist allgemein schlechter und das Einzugsgebiet riesig - sogar aus Angola kamen zahlreiche Patienten. Leider mussten aus beruflichen Gründen Beate und Hans nach dem 3. Op-Tag die Heimreise antre-





Abschied in Oshakati von unseren Patienten

ten.14.07.04: Wir konnten unsere Rückreise beschleunigen, indem wir in aller Früh mit einer kleinen Ma-



schine direkt nach Windhoek flogen. Dort erwarteten uns die netten „Bundeswehrberater“ und luden uns ins Allradauto für einen 2-tägigen Trip über den „Gamsbergpass“ durch die wunderschöne Namib nach Walvis Bay, Swakopmund und zurück.

Leider wurde aus dem Trip quasi ein neuer medizinischer Einsatz, weil wir mitten in der Wüste in den frühen Nachmittagsstunden zu einer Unfallstelle kamen, an der sich fünf junge Holländer mit ihrem Auto überschlagen hatten, und zwei Schwerverletzte zu versorgen waren.

Da unser Material noch auf dem Landweg in Richtung Windhoek unterwegs war und wir schlicht gar nichts dabei hatten, blieb unsere Hilfsmöglichkeit sehr begrenzt. Dennoch war nicht nur der psychologische Beistand für die sichtlich erschöpften und noch sehr jungen Holländer von entscheidender Bedeutung. Erst in der Dämmerung trafen Notarzt und Rettungswagen ein. Während unserer anschließenden Weiterfahrt konnten wir den sagenhaften Sternenhimmel der Namib-



wüste erleben.

Am nächsten Tag, ein gewaltiger Sandsturm – wiederum ein beeindruckendes Naturschauspiel aber natürlich keine Sicht auf all das, was unsere freundlichen Gastgeber uns eigentlich zeigen wollten. Eine schnelle Rückkehr nach Windhoek wurde auch deshalb notwendig, weil der Präsident Namibias, Dr. Sam Nujoma, uns nachmittags zum Emp-

fang gebeten hatte.

Wir erlebten im State House einen sehr freundlichen, ein wenig deutsch sprechenden und sich reflektiert pazifistisch gebenden ehemaligen SWAPO-chef und Präsidenten, der noch dieses Jahr abtreten wird.

Danach Visite unserer Patienten im Central Hospital Windhoek - inkl. Namutenya.

Das Abschiedsessen fand ganz auf namibische Art statt: gutes Wildfleisch und äußerst freundliche Stimmung.





#### Annex:

Namibia, ein großes Land (eineinhalbmal so groß wie Deutschland) mit vergleichsweise geringer Bevölkerung (1,8 Mio Einwohner). und sehr junger Demokratie – es wurde erst 1990 unabhängig – verfügt über Bodenschätze, die ein ausgedehntes Straßennetz und beste Infrastruktur im Land bis hin zu hervorragender Ausstattung in Krankenhäusern ermöglichen. Jedoch wird die medizinische Versorgung hauptsächlich mit Hilfe von ausländischen Ärzten gewährleistet. In ganz Namibia gibt es keinen einzigen Plastischen Chirurgen. Ca 3-4x pro Jahr kommt ein Plastischer Chirurg aus Kapstadt für 1-3 Tage um entsprechende Operationen vorzunehmen, was bei weitem nicht ausreicht die Nachfrage zu befriedigen. Wir haben einige Eingriffe vorgenommen, die der südafrikanische Konsiliar nicht machen konnte. Außerhalb Windhoeks findet demzufolge überhaupt keine Rekonstruktive Chirurgie in unserem Sinne statt, was die unterprivilegierten Bevölkerungsschichten, allen voran die „Buschmänner“ besonders betrifft. Deshalb ist Namibia besonders interessiert, dass unser Pro-

jekt fortgeführt wird. Wir sehen ebenfalls einen erheblichen Sinn in weiteren Namibiaeinsätzen, insbesondere außerhalb der Hauptstadt. Die Arbeit im Op. konnte optimal erledigt werden, weil:

- die Patienten sorgfältig voruntersucht wurden
- alle Patienten stationär aufgenommen und abrufbereit waren
- die Op-Schwerstern bestens ausgebildet, hilfsbereit, sehr ausdauernd und äußerst freundlich waren
- das Bringen und Abholen der Patienten reibungslos geschah, wir konnten sogar über einen richtigen Aufwachraum mit allem Gerät verfügen
- die Patienten auf Station bestens von den Schwerstern versorgt wurden.

Abschließend stellen wir fest, dass wir neben zahlreichen erstklassigen Bildern, von Hansi Herbig professionell gemacht, und neben dem Gefühl, eine sinnvolle Arbeit geleistet zu haben, viele neue sehr positive Eindrücke über Land und Leute mitnehmen.

Dieser Einsatz war durch eine besondere Harmonie innerhalb des



Teams, beste Arbeitsmöglichkeiten vor Ort, hervorragende Vorbereitung und Betreuung durch die Locals und durch die Beratergruppe der Bundeswehr gekennzeichnet.

Unser Dank geht an alle, die mitgewirkt haben.

Thanks to:

The Namibian Ministry of Health and Social Services,

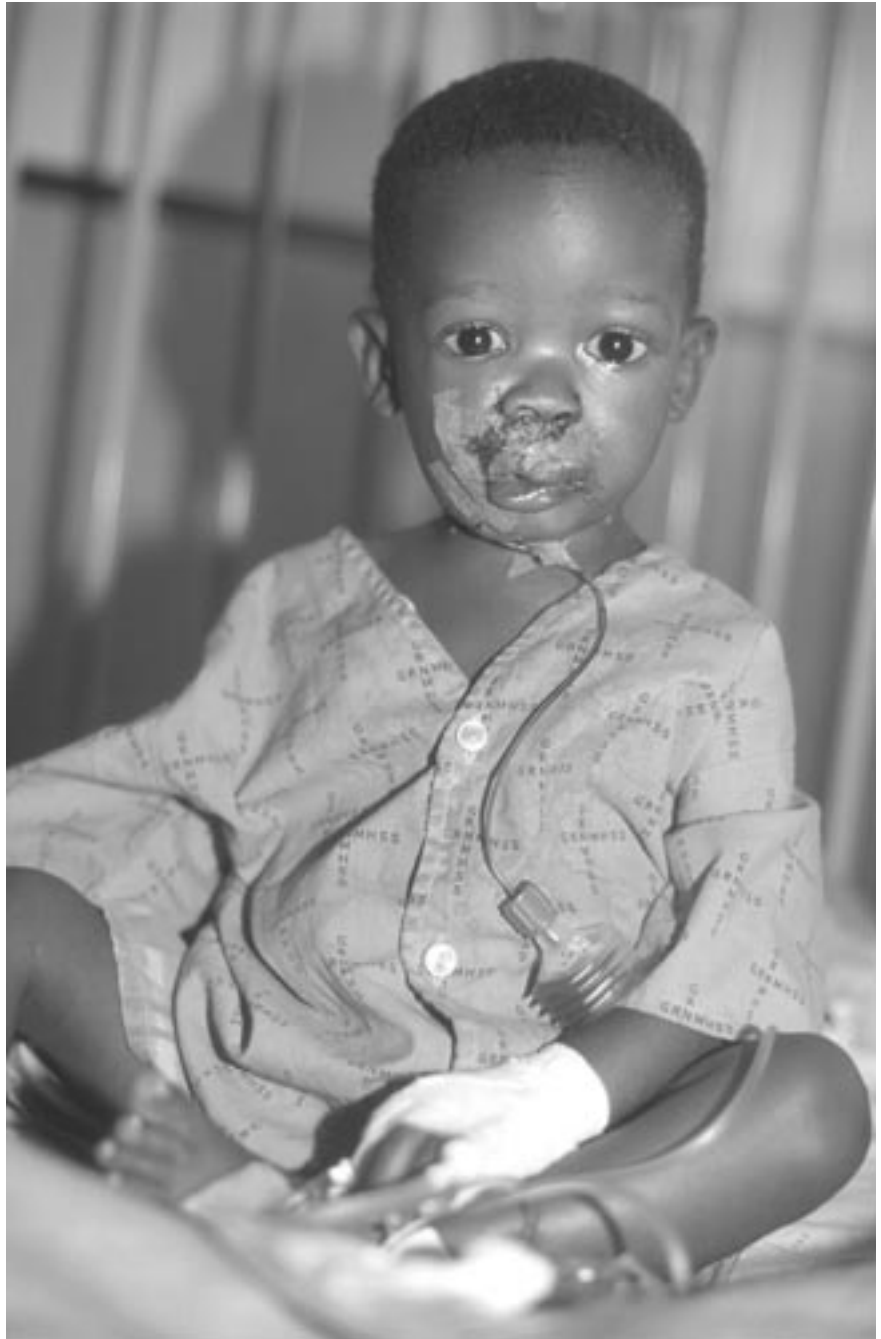


Windhoek Central Hospital,  
Oshakati Hospital,  
Katutura State Hospital,  
German Embassy,  
German Advisory Group,  
Namibian State House.

**Thank You:**

Dr. Helen Nkandi-Shiimi,  
Mrs Dinah Tjiho,  
Dr. Kalumbi Shangula,  
Dr. Jack Vries,  
Dr. Youssef F. Yowakim Saad  
Dr. V.K. Amutenya,  
Sr. Constatin,  
Dr. W.W. Massing,  
LtCol W. Ringshauser + wife,  
SgtMaj P. Nietzold,  
SgtMaj F. Gagel,  
Mrs. A. Riedel.

The Team of Interplast / Germany,  
Southern Bavaria  
Hansi Herbig,  
Dr. Ortwin Joch,  
Mrs. M. Schmidt,  
Dr. A. Schmidt,  
Dr. B. Schoellhorn,  
Dr. J. Unterburger.





## 6 Jahre Rekonstruktive Chirurgie in Mbarara/Uganda

*Eine Kooperation der Mbarara University of Science and Technology (MUST) mit INTERPLAST-Germany e.V., der Sektion München und dem Centrum für internationale Migration und Entwicklung (CIM)*

Sir Winston Churchill benannte einst Uganda als „die Perle von Afrika.“

Als ich 1999 als der erste Plastische Chirurg Ugandas in das noch von den einstigen Bürgerkriegen gezeichnete sich langsam wieder erholende Land im Herzen Afrikas kam, war es meine Aufgabe am Mbarara Teaching Hospital der noch jungen Mbarara University Medizinstudenten auszubilden und



Interplast gelang es mir notwendige medizinische Geräte, Instrumente und Materialien zu beschaffen, um betroffenen Patienten unendlich plastisch-rekonstruktive Operationen zu ermöglichen.

Seit 2003 hat die Sektion München die Finanzierung der Hälfte meines Gehaltes übernommen.

Idee des Interplast Projektes war, Mbarara als „Interplast Referenz-



die Plastisch-Rekonstruktive Chirurgie einzuführen.

Vor allem die Versorgung von Verbrennungspatienten war desolat, das einzige „Humbymesser“ im OP war rostig, Klingen fehlten. Strom- und Wasserausfälle, limitierte Operationsräume, Mangel an Verbandsmaterialien, fehlende Motivation der Mitarbeiter waren verantwortlich, dass dringende Operationen über Wochen hinaus verschoben werden mussten. Wer seine Verbrennungen überlebte, verließ das Krankenhaus nach Monaten oft mit zum Teil schwersten Kontrakturen.

Mit der kontinuierlichen materiellen Unterstützung vor allem von



krankenhaus“ in Ostafrika einzuführen, kostspielige, nur wenig nachhaltige und kurzfristige Teambesuche zu vermeiden, auf der anderen Hand in Zusammenarbeit mit geschultem einheimischen Personal ein weites Spektrum an rekonstruktiven Eingriffen im ganzen Land zu ermöglichen und ein Netzwerk zur Ausbildung von an Rekonstruktiver Chirurgie interessierten Ärzten aufzubauen.



Das Mbarara Teaching Hospital dient nicht nur als überregionales Zuweisungskrankenhaus der Bevölkerung Südwest-Ugandas, der Einzugsbereich der Patienten erstreckt sich bis nach Tansania, Ruanda, Burundi und der Demokratische Republik Kongo.

Über 90% der Patienten kommen aus dem ländlichen Bereich, davon sind 75% Kinder; Transportmöglichkeiten zum Krankenhaus und Aufenthalt sind für sie oft nahezu unerschwinglich. Obwohl Uganda als einziges Land Afrikas den Kampf gegen HIV/AIDS erfolgreich aufgenommen hat - die Prävalenz konnte von ca. 30% auf 6,5% reduziert werden - spiegelt sich die Problematik in der täglichen Arbeit wieder.

Insgesamt konnten in den letzten Jahren am Mbarara Teaching Hospital ca. 150 größere Operationen und während „Outreach-Besuchen“ in ausgewählten Krankenhäusern, vor allem im noch von Bürgerkrieg gezeichneten Norden des Landes ca. 300 Operationen jährlich durchgeführt werden. Neben wöchentlichen Sprechstunden für allgemeine rekonstruktive Chirurgie werden regelmäßige Kliniken für Patienten mit Lippen-, Kiefer-, Gaumenspalten sowie für Patienten mit Keloiden abgehalten.

Interdisziplinäre Sensitivierung und Zusammenarbeit vor allem mit dem OP- und Pflegepersonal, den Physiotherapeuten und allen anderen Abteilungen des Hauses ermöglichten es neue angepasste Pflegekonzepte, Behandlungsmethoden einzuführen und Operationserfolge nicht zu gefährden.

Ein Schwerpunkt ist sicherlich die Ausbildungstätigkeit. Über 50 junge Medizinstudenten graduieren jährlich an der Mbarara University



zum Mediziner. Während der letzten 3 Ausbildungsjahre, die neben der Theorie im Fachbereich Chirurgie vor allem von „bedside teaching“ geprägt sind, können Grundkenntnisse der Plastisch-Rekonstruktiven Chirurgie und in der Prävention von Komplikationen, wie z.B. Verbrennungskontrakturen vermittelt und während ihrer anschließenden Zeit als „Intern doctors“ weiter vertieft werden. Diese Ausbildungstätigkeit hat sicherlich einen großen Multiplikatoreffekt: so sind junge Ärzte in der Lage anschließend während ihrer Tätigkeit in zum Teil weit entfernten Distrikt- und Missionskrankenhäusern Patienten mit Verbrennung-





In Zusammenarbeit mit der Vereinigung der Chirurgen von Ost, Zentral und dem Südlichem Afrika (COSECSA) und einem Ostafrikanischer Netzwerk engagierter Plastischer Chirurgen aus Uganda, Kenia, Tansania und Äthiopien wird im Frühjahr dieses Jahres ein Curriculum zur Facharztausbildung in Plastischer Chirurgie verabschiedet und eingeführt.



gen adäquat zu behandeln oder einfache Kontraktoren zu operieren.

Im Jahre 2003 konnte die Ausbildung zum Facharzt für Chirurgie begonnen werden, wobei hier von Plastisch-Chirurgischer Seite Kenntnisse und Fähigkeiten in der Tumor-, Hand-, Verbrennungs- und allgemeinen Rekonstruktiven Chirurgie im Vordergrund stehen.



Vor allem in enger Zusammenarbeit mit AMREF, Interplast Holland und einem Schweizer Team (Prof. Montandon) ist es zu verdanken, dass überregional jährlich mehrere Operationskurse für lokale interessierte Chirurgen abgehalten werden konnten. So konnten seit dem im Jahre 2002 erstmals in Uganda abgehaltenen Kurs „reconstructive surgery of cleft lip & palate“ bisher über 30 junge Kollegen in einer



„state of art“ Versorgung von Patienten mit Lippen-, Kiefer- und Gaumenspalten ausgebildet werden. Ein Teilnehmer dieser Kurse führt am CCBRT Krankenhaus in Dar-es-salaam mehr als 120 Operationen mit sehr guten Erfolgen aus.

Auch in Mbarara konnten mittlerweile 2 Kieferchirurgen in LKG Chirurgie ausgebildet werden.

Im Rahmen der Zusammenarbeit mit der IP Sektion München und dem großen persönlichen Einsatz von dem Münchener Kieferchirurgen Dr. Oliver Blume sowie Dr. Gunther Au-Balbach aus Solingen 2 einwöchige maxillo-faziale Operationseinsätze an der Mbarara University durchgeführt werden,

wobei über 50 Patienten mit komplizierten LKG- Spalten, aufwendigen Kieferrekonstruktionen sowie maxillo-fazialen Tumoren operiert werden konnten.

Neben der Ausbildung steht sicher die klinische Tätigkeit im Vordergrund. Wie in anderen Entwicklungsländern bilden Verbrennungen, deren Komplikationen, angeborene Fehlbildungen, Verletzungen durch Gewalteinwirkung sowie Tumore die Hauptindikationen für Rekonstruktive Interventionen.

Im letzten Jahr wurden alleine in Mbarara 73 Patienten mit akuten schweren Verbrennungen stationär behandelt. Das durchschnittliche Alter betrug ca. 10 Jahre, die Verbrennungsfläche ca. 21%. Die Mortalität konnte auf 10% gesenkt werden, wobei Patienten mit mehr als 50% drittgradigen Verbrennungen eine Überlebenschance hatten.

Leider konnte das anfangs gesteckte Ziel des Aufbaus einer eigenen Verbrennungseinheit bisher nicht verwirklicht werden, da Bürokratie, Schwerfälligkeit der Behörden und Finanzierungsprobleme sich als große Hindernisse erweisen.

Die Cleft Lip Clinic verfolgt ein bisher einzigartiges Konzept. Mit ei-

nem interdisziplinärem Team aus Plastischen Chirurg, Kieferchirurg, Kinderarzt und Anästhesist können Eltern betroffener Kinder beraten, die Patienten verfolgt und schließlich unter für ein Entwicklungsland optimalen Bedingungen operativ versorgt werden.

Die Keloid Klinik wird derzeit von ca. 30 Patienten wöchentlich besucht. Neben der operativ rekonstruktiven und - palliativen Therapie, wurden innovative Konzepte erarbeitet, um bei nicht operablen Patienten zumindest Symptome wie Schmerz und Juckreiz zu vermindern und konsekutive Superinfektionen zu verhindern.

Insgesamt hat sich dieses Neue Konzept der Kooperation mit Interplast Germany als sehr fruchtbar und bisher erfolgreich erwiesen.

Mein besonderer Dank gilt Dr. Borsche, Dr Schoeneich sowie Prof. Lemperle.

Anschrift des Verfassers:  
Assoc. Prof. Dr. Ralf Sautter  
Plastischer Chirurg  
Mbarara University of Science and Technology  
P.O. Box 1958 Mbarara, Uganda  
Tel: 00256 71 755755  
Email: pesa@gmx.net



## *Interplast in Uganda als stabiler Einsatzort in einem schwer geprüften Krisengebiet.*

Ostafrika ist mit seinen vielen ethnischen Konflikten, Diktaturen und Bürgerkriegen unbestritten eine der instabilsten Regionen unserer Zeit. Nachrichten über Völkermord, Flüchtlingssterben und Naturkatastrophen ebenso wie die neusten erschreckenden HIV Statistiken erreichen uns jeden Tag. Mitten in all diesem Elend hat sich nach der eigenen Schreckensherrschaft von Idi Amin und Milton Obote Uganda zu einem Land entwickelt, das stabil genug ist um selber eine Bastion der Hilfe und Hoffnung für Ostafrika zu sein.

Als mich Prof. Ralf Sautter, Leiter der Abteilung für plastische Chirurgie an der jungen medizinischen Universität von Mbarara vor zwei einhalb Jahren besuchte und mir von der Bedürftigkeit der Menschen dort, aber auch von dem Engagement der jungen Mediziner, dem drastischen Rückgang der Korruption, dem erfolgreichen Kampf gegen die weitere Ausbreitung des HIV und vielen anderen positiven Dingen in Uganda berichtete, stand sofort mein Entschluss fest, dass Uganda auf jeden Fall ein dankbarer Einsatzort für Interplastprojekte sei. Inzwischen können wir bereits über zwei erfolgreiche Einsätze – im November 2003 und Oktober 2004 – berichten.

### **Das Team**

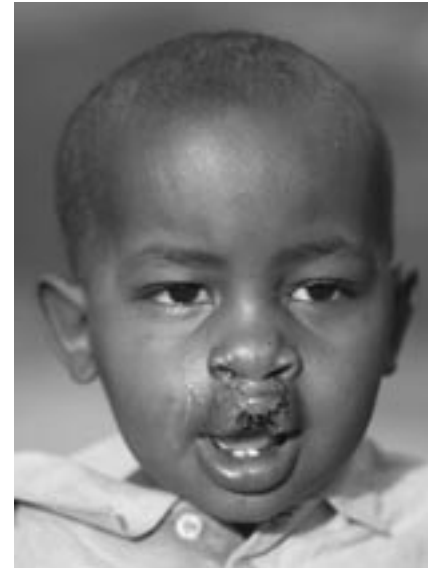
Dr. Oliver Blume: Facharzt für Kieferchirurgie München

Dr. Gunther Au-Balbach :Oberarzt an der St. Lukas Klinik Solingen (MKG)

Das Interplast Team bestand in beiden Jahren einerseits aus den „Einheimischen“. Prof. Ralf Sautter ist bereits seit einigen Jahren in Uganda vor Ort und baut hier an der Universität von Mbarara eine Abteilung für plastische Chirurgie



*Bilat.LKG*



auf. Seine Arbeit wird zur Hälfte von Interplast München bezahlt, die andere Hälfte bezieht er von der CIM. Dr. Wilfred Arubaku, ein junger angehende Kieferchirurg an der o.g. Universität, hat an beiden Einsätzen intensiv teilgenommen um die Prinzipien der Spaltchirurgie zu lernen. Die Narkosen wurden ausschließlich von Ugan-

danischen Anästhesisten durchgeführt und man muss wirklich sagen, dass diese fantastische Arbeit ohne einen einzigen Zwischenfall geleistet haben. Unser deutsches Interplastteam bestand lediglich aus zwei Personen: Dr. Gunther Au-Balbach, Oberarzt an der St. Lukas Klinik Solingen, und mir selbst. Außer unserem Instrumentarium



*Ameloblastom*



mussten wir also lediglich unser Know-how mitbringen und konnten sowohl personell wie auch materiell die lokalen Ressourcen sehr zufriedenstellend nutzen.

### Der Einsatzort

Mbarara ist eine der größten Städte Ugandas und befindet sich ca. 4 Std. weit entfernt von der Hauptstadt Kampala im Westen des Landes.

Hier ist vor 15 Jahren die zweite medizinische Universität Ugandas gegründet worden. Das Mbarara University Teaching Hospital (MUTH) besitzt alle relevanten klinischen Einrichtungen. Stationäre Abteilungen, Intensiv Station, Lehrreinrichtungen bis hin zu Studentenunterkünften befinden sich auf einem großen Campus und machen so das Arbeiten sehr angenehm.

### Die Operationen

Wir konnten in beiden Einsätzen zusammen 62 Patienten operieren. Das Patientengut bestand zu 80% aus Spaltträgern; nahezu alle Operationen waren Primäroperationen. Die restlichen 20% der Eingriffe waren operative Entfernungen von Ameloblastomen, sekundäre Weichteil- oder Knochenrekonstruktionen, Keloidbehandlungen u.a.. Sicher mitbedingt durch die hervorragende Arbeit der Anästhesisten und des einheimischen OP- und Pflegepersonals ist es zu keiner einzigen Komplikation gekommen. Selbst die Instrumentenaufbereitung von Schwester Agnes hat so gut funktioniert, dass meine Instrumente fast in einem besseren Zustand als vorher zurück nach Deutschland gekehrt sind. Einziger Wehrmutstropfen war der kontinuierliche Stromausfall, dem wir jedoch in diesem Jahr mit dem Kauf



*Vorlesung Mbarara*

eines Strom Aggregators von den im letzten Jahr gesammelten Spendengeldern begegnen konnten. Ein besonderes Augenmerk wurde auf die Möglichkeit der Ausbildung gerichtet. Im Vorfeld wurde der chirurgische Praktikumskurs des 5. Jahrganges der Studenten in unsere Einsatzzeit gelegt und es bestand eine Anwesenheitspflicht für die Studenten. Diese haben mit großem Interesse unsere Arbeit verfolgt und viel geholfen. Jeweils am Freitag fand in Form einer sogenannten Grand-Round für die Studenten eine Vorlesungsrunde statt, bei der wir zusammen mit anderen Dozenten der Universität Vorträge, beispielsweise über die Prinzipien der Spaltchirurgie oder die Therapie von Ameloblastomen, gehalten haben.

Sehr beeindruckend war der Einsatz der einheimischen Ärzte aus den verschiedenen Abteilungen wie HNO und Chirurgie bei unserer Arbeit. Insbesondere Dr. Arubaku ist inzwischen in der Lage Lippenpalten selbst zu verschließen. Bei der Gelegenheit möchte ich noch erwähnen, dass wir ihm in diesem Jahr im Sommer ermöglichen konnten für 2 Monate in München und in Solingen zu hospitieren.

### Fazit

Die Infrastruktur an dem Mbarara University Teaching Hospital, das persönliche Engagement der Menschen dort, insbesondere die Tatsache, dass mit Prof. Sautter ein kompetenter Arzt vor Ort ist, der Einsätze und Workshops im Vorfeld hervorragend organisiert und die extrem freundliche Atmosphäre haben den beiden Interplast-Einsätzen von uns zu einem großen Erfolg verholfen. Es gab nie Probleme in der Belegung der OP-Säle, nicht den Hauch eines Gefühls in Konkurrenz zu den einheimischen Chirurgen zu stehen – was, wie wir alle wissen, nicht unbedingt selbstverständlich ist. Mit einem kleinen Team aus Deutschland und wenig Aufwand konnte und kann in Zukunft dort vielen Menschen geholfen werden. Patienten, insbesondere Spaltträger, die bislang bis auf wenige andere Einsätze (u.a. Interplast Holland) unversorgt sind, gibt es in Uganda viele. Ein weiterer wichtiger Aspekt ist die Tatsache, dass Uganda ein Auffanglager enormer Massen von Flüchtlingen ist – zur Zeit leben ca. 200.000 Flüchtlinge dort. Man kann sich lebhaft vorstellen wie sehr diese Menschen auch in unserem Fachgebiet dringender Hilfe benötigen.



IP Team Dr.Blume Dr.Alu Balbach

### **Blick in die Zukunft**

In meinen Augen ist Uganda, speziell die Universitätsstadt Mbarara, ein optimaler Ausgangspunkt für Interplasteinsätze in Ostafrika. Von hier aus bietet sich – und das ist auch für die Zukunft geplant – eine hervorragende Möglichkeit auf

„Outreach“ zu gehen, also auch kleinere Krankenhäuser in abgelegeneren Regionen zu betreuen.

Nach vielen Einsätzen in Nordafrika, Indochina und Südamerika habe ich mir für meinen Teil vorgenommen meine humanitäre Arbeit auf Ostafrika, im Speziellen Ugan-

da zu konzentrieren, da ich glaube, dass hier erstens dringend Hilfe benötigt wird und zweitens unsere Hilfe so aufgenommen wird, wie wir Chirurgen es uns wirklich wünschen.

*Oliver Blume*

## ***Interplast Sektion Südbayern im Noma Children Hospital, Sokoto / Nigeria***

Vom 20.05.2004 bis 07.06.2004 fand der 26. Interplast-Einsatz im Noma Children Hospital, Sokoto, Nigeria statt. Das mittlerweile etablierte Kinderkrankenhaus unter der finanziellen Leitung der AWD Stiftung Kinderhilfe und der medizinischen Leitung zwischen den Einsätzen durch Dr. Hartwig Sauter stellt ein an Equipment und Räumlichkeiten in Nord-Nigeria wohl einzigartiges Hospital dar. Interplast stellt mit anderen Organisationen (Dutch Noma Foundation etc) die Ärzte der Teams zusammen. Dies zeigte der Vergleich mit den anderen Krankenhäusern der Millionenstadt Sokoto. Da die Bedeutung des Krankenhauses durch die lokalen Medien und Mund-zu-Mund-

Propaganda immer mehr zunimmt, stellen sich zu den Teameinsätzen auch dank der Patientenrekrutierung durch das dortige Ärzteteam immer mehr Patienten aller Altersschichten vor. Neben an Noma erkrankten Kindern sind dies viele Patienten mit maxillofazialen Tumoren, Spaltfehlbildungen aller Art und Verbrennungsfolgen.

Einige dieser Krankheitsbilder können von den lokalen Ärzten durch das kontinuierliche Training durch die Interplast-Teams inzwischen gut therapiert werden. Da sich beim letzten Noma-Meeting in Hannover im Januar 2003 allerdings unterschiedliche Therapieansätze gerade bei Noma-Erkrankungen zeigten, wurde dieses

Team international zusammengestellt, um die operativen, anästhesiologischen und pflegerischen Erfahrungen in praxi auszutauschen. Mitglieder im Team 26 waren C.-Peter Cornelius, Manfred Busch, Kurt Baudisch, Nadine Roolant und Goetz Giessler (Deutschland), Sinikka Suominen und Paula Lounamaa (Finnland) und Philip van Damme, Silvia Hegen, Marcel Leijten (Niederlande). Da drei OP-Tische zusammen mit einem einheimischen Anästhesisten parallel „gefahren“ werden sollten, war entsprechend viel Material mitzubringen. Leider war KLM diesmal äußerst unkooperativ mit der Beförderung des wie üblich angemeldeten Übergepäcks.

Spalten und Verbrennungen wurden in üblicher Weise versorgt, wobei bei letzteren auch ausgedehntere Lappenplastiken aufgrund der Gesamtsituation des medizinischen Standards gut und sicher durchführbar waren. Gute Dienste für die Auflösung mentosternaler Kontrakturen leistete dabei der fasziokutane supraklavikuläre Insellappen. Während kleinere, unkompliziertere Spaltoperationen auch als Auffüllung für das OP-Programm dienten, bot sich aus logistischen Gründen ein Spalten-Tag an, um das zu versorgende Patientengut im Krankenhaus zu reduzieren.

Durch die Besetzung mit zwei maxillofazialen Chirurgen konnten auch ausgedehnte Gesichtstumoren sicher therapiert werden. Leider mußten einige Patienten als nichtoperabel abgelehnt werden.

Wie aus den vorherigen Interplast-Jahresberichten und der Literatur bekannt, ist der Ansatz bereits etabliert, große Noma-assoziierte Defekte durch freie Lappentransplantate zu decken, wenn, wie in Sokoto, dies logistisch und technisch möglich ist. Inzwischen wurden ca. 40 freie Lappen dort operiert, diesmal in unserem Team vier ALT-Perforator- (Abb. 1), zwei Paraskapular- und ein Radialis-Unterarm-lappen. Dem gegenüber steht die mehrzeitige Defektdeckung durch gestielte, kombinierte Temporalisfasziellappen und Deltapektorallappen (oder günstiger der supraklavikuläre Insellappen), welche vor allem durch die holländischen Kollegen favorisiert wird. Auch der Submentallappen kann erstaunlich große Defekte nach Noma verschließen, hat einen zu vernachlässigenden Hebedefekt und ist leicht zu heben (Abb. 2a-b). Wir führten ihn in 10 Fällen durch.

Ein nicht suffizient gelöstes Problem ist allerdings die Auflösung der Ankylosen nach Noma. Bei allen Teams hat sich inzwischen herauskristallisiert, daß die Unterkieferlösung simultan zur Weichteildeckung erfolgen muß, bei schweren Fällen durch Resektionsarthroplastiken des Kiefergelenkes. Von Vorteil scheint es zu sein, vaskularisiertes Lappengewebe zwischen die Trennungstellen zu interponieren, wobei die Größe von freien Lappen ein Vorteil sein kann. Trotz zweier in Sokoto arbeitender Physiotherapeutinnen aus den Niederlanden und Australien welche persönlich von uns instruiert wurden, war die Nachbehandlung (Aufspalten, Dynamisierung der Fixateure; siehe Interplast Jahresbericht 2003) ausgesprochen schwierig. Nachdem ein digitales Patientenarchiv mit Fotodokumentation bereits angelegt wurde, ist nun als nächster Schritt eine genaue Dokumentation der vorliegenden Ankylosen geplant. Hierzu steht jetzt ein Orthopantomogramm-Gerät zur Verfügung, was bereits die Therapieplanung erheblich erleichtert. Leider bleibt jedoch die langfristige Nachuntersuchung der Patienten erfahrungsgemäß enttäuschend.

Insgesamt wurden in 9,5 OP-Tagen 86 Patienten operiert, davon 35 mit Noma-assoziierten Defekten. Dies mag im Vergleich zu anderen Einsätzen wenig erscheinen, ist jedoch aus der Komplexität der Einzelfälle zu begründen. Auch wenn die Versorgung unter diesen Umständen nie ohne Kompromisse ist, so ist unserer Meinung nach eine sorgfältige und möglichst umfassende Versorgung der Patienten gegenüber der absoluten Zahl der operierten Fälle vorrangig.

*Goetz A. Giessler*





## Einsatz in Puma/Tansania vom 27.10.04 - 14.11.2004

### Modellkrankenhaus in Puma eröffnet!

**Tansanischer Staatspräsident und Gesundheitsministerin übergeben die Zulassungsurkunde!**

**Team von Interplast Germany / Sektion Siebengebirge operiert 14 Tage im neuen Krankenhaus!**

**Kräftige Unterstützung durch den Lions-Club Siebengebirge!**

Die Missionsstation in Puma/Tansania (Ostafrika) unter der Leitung ihrer deutschen Generaloberin Schwester Maria Stieren wird seit über 20 Jahren durch die Katholische Pfarrgemeinde St. Martin, Bad Honnef-Selhof finanziell und ideell unterstützt. Aus einfachsten Anfängen ist aus der Station inzwischen ein kleines Dorf geworden mit vielen hundert Ordensangehörigen, Zivilangestellten und Auszubildenden.

Zuletzt wurde innerhalb dieser Station ein Krankenhaus errichtet, welches durchaus Modellcharakter hat.

Auf dringenden Wunsch von Schwester Maria wurde für dieses Krankenhaus als leitender Arzt ein deutscher Chirurg gefunden, welcher jetzt zum 1.11.2004 seine Ar-

beit aufgenommen hat. Die finanzielle Unterstützung dieses deutschen Arztes wird ausschließlich durch die Katholische Pfarrgemeinde St. Martin getragen. Zeitgleich mit dem Arbeitsbeginn des deutschen Chirurgen erfolgte die offizielle Einweihung und Inbetriebnahme des Krankenhauses persönlich durch den Staatspräsidenten Herrn Dr. Benjamin Mkapa in Anwesenheit seiner Gesundheitsministerin und zahlreicher staatlicher und kirchlicher Amtsträger.

Bei dieser großen Feier war darüber hinaus ein Team der Sektion Siebengebirge von Interplast-Germany in der Station. Das neunköpfige Team hat 16 Tag lang schwere Missbildungen wie Unfallfolgen, angeborene Störungen (Klumpfuß, Lippen-Kiefer-Gaumenspalte), schwere Verbrennungsfolgen und große Weichteiltumore operiert. Das Team wurde vom Staatspräsidenten herzlich willkommen geheißen und als Vorbild für selbstlose und nicht profitorientierte Arbeit dargestellt.

Unterstützt wird die Arbeit des Krankenhauses in ausserordentlichem Masse durch den Lions-Club



Siebengebirge, der auch zwei Mitglieder in das Interplast-Team gesandt hat.

Bekanntlich war das Krankenhaus innerhalb der Missionsstation der „Mütter und Missionare vom Heiligen Kreuz“ in Puma schon vor zwei Jahren fertiggestellt. Es konnte aber seiner Bestimmung nicht übergeben werden, weil das entsprechende Fachpersonal fehlte. In dem auch für tansanische Verhältnisse völlig abgelegenen Winkel des Landes, in dem es nur wenige Wochen im Jahr regnet und das regelmäßig von Hungersnöten betroffen ist, möchte auch kein einheimischer Arzt oder Schwester Dienst tun.

Die nächst größere Stadt ist Arusha und liegt mit 300 km so weit entfernt, dass der Weg auf der Strasse in einem Tag nicht zu schaffen ist.

Durch die Aktion „ein Arzt für Puma“ hat die Katholische Pfarrgemeinde St. Martin in Bad Honnef Selhof es ermöglicht, dass ein deutscher Chirurg für mindestens zwei Jahre in Puma arbeiten kann.

Die kontinuierliche Arbeit eines deutschen Chirurgen vor Ort machte es nunmehr möglich und sinnvoll, das Krankenhaus als Anlaufstation für Teams von Interplast Germany zu nutzen.

Die Zusage dieser beiden wesentlichen Voraussetzungen führte schliesslich dazu, dass das Gesundheitsministerium dem Kran-





kenhaus die Zulassung als Privatklinik erteilen konnte.

So konnte die Ermächtigungsurkunde in einem hoch feierlichen Akt in Anwesenheit des Staatspräsidenten und der Gesundheitsministerin am 5.11.2004 übergeben werden und damit das Krankenhaus in Betrieb gehen.

Am gleichen Tag erreichte der „Arzt für Puma“, der Chirurg Dr. med. Albert Hartig aus Lüdenscheid noch rechtzeitig zum Abschlussfoto nach 48-stündiger Odyssee seinen Arbeitsplatz (zuvor war der Flughafen Amsterdam wegen der Folgen des Vulkanausbruches in Island für 12 Stunden gesperrt worden).

Zum Team der Sektion Siebengebirge, das hiermit seinen 17. Einsatz in 14 Jahren absolvierte, gehörten:

Dr. med. Michael Schidelko, Bad Honnef, Teamleiter und Chirurg/Plastischer Chirurg

Dr. med. Michael Clarius (Orthopädische Universitätsklinik Heidelberg) Orthopäde u. Chirurg

Frau Prof. Dr. med. Ingrid Podlesch (früher Universtätsklinik Düsseldorf), Anästhesistin

Dr. med. Andre Zülsdorf, Klinikum der TH Aachen, Anästhesist

Frau Dr. med. Regina Schidelko, Bad Honnef, Ärztin

Frank Deinet, leitender OP-Pfleger, Klinikum TH Aachen

Helga Schumacher, OP-Schwester, Bonn

Elvira Deinet, Krankenschwester, Aachen

Markus Strotkötter, Unternehmensberater u. OP-Pfleger (Lions-Club Siebengebirge) Honnef

Das Krankenhaus bot neben der etwa 120 Betten für die prae- und postoperative Nachsorge zwei voll eingerichtete Operationssäle mit den entsprechenden Nebenräumen, wie Aufwachräume und Sterilisationsabteilung. Es konnte so parallel mit zwei Teams in zwei nebeneinander liegenden Operationssälen operiert werden.

Während der 14 Arbeitstage wurden insgesamt über 110 Operationen bei 47 Patienten durchgeführt. Der Schwerpunkt der Arbeit lag zum einen in der Plastischen Chirurgie mit Wiederherstellungschirurgie, z.B. bei Lippen-Kiefer-Gaumenspalten, schweren Verbrennungskontrakturen oder ausge-

dehten Weichteiltumoren.

Der zweite Schwerpunkt war die orthopädisch-chirurgische Versorgung von schweren Deformitäten der unteren Extremitäten als Folge von Verbrennungen, Cerebralparese, neurologischer Störungen oder angeborener Deformitäten, z.B. Klumpfüsse.

Am Ende des Einsatzes konnte auf die stattliche Zahl von Patienten zurückgeblickt werden, denen durch die Operationen, welche ansonsten völlig unmöglich gewesen







wären, eine neue Lebensrichtung geschenkt werden konnte.

Angesichts der Tatsache, dass die Ordensangehörigen und das bisher dort arbeitende Krankenhauspersonal mit einem so grossen Ansturm an operativen Patienten überhaupt nicht rechnen konnte, haben sie ihre Arbeit nicht mit Professionalität, wohl aber mit einem grossen Ausmass an Fleiss, Engagement und Beharrlichkeit betrieben.

Da zuvor eine adäquate Infrastruktur überhaupt nicht vorliegen konnte, wurde in erstaunlich schneller Zeit das noch fehlende Material

herbeigeschafft: Sauerstoff-Flaschen kamen aus Arusha, OP-Wäsche wurde in der Missionsstation kurzfristig genäht und unzählige Verbrauchsgegenstände wurden aus den Containern auf dem Missionsgelände hervorgeholt, welche teilweise schon vor vielen Jahren gespendet worden sind, jetzt aber erst zum Einsatz kommen konnten. So verbrauchten wir beispielsweise Gipsbinden, die für die Bundeswehr Anfang der 60-iger Jahre hergestellt worden sind und vakuumverpackt waren ohne jeglichen Qualitätsverlust. Chirurgisches Instrumentarium war größtenteils schon in der Vergangenheit angeschafft worden, ergänzt wurde es durch Käufe bei eBay oder auch durch mitgebrachtes Spezialinstrumentarium aus den Universitätskliniken Aachen und Heidelberg

Die Verköstigung erfolgte durch die afrikanischen Schwestern, welche ihre hauswirtschaftliche Ausbildung teilweise in Deutschland genossen hatten und uns mit Flädlesuppe, Sauerbräuten und Leberknödeln verwöhnten. Nach einer

fulminanten Abschlussfeier mit vielen unter die Haut gehenden Gesängen und Tänzen gab es zur Belohnung zum Abschluss noch einen Ausflug in den Tarangire-Nationalpark zur Begrüssung der ortsansässigen Giraffen, Elefanten und Löwen.

Nachdem nun der Einstand gemacht wurde wird Dr. Hartig eine Menge Arbeit haben, um die Behandlung der Patienten des Interplast-Teams abzuschliessen.





Dann wird er die nächsten Fälle sammeln müssen, denn schon Anfang Februar 2005

-über Karneval- wird das nächste Operationsteam anrücken und erneut für Unruhe sorgen.

Es sollte hervorgehoben werden die Unterstützung durch den Lions-Club Siebengebirge.

Der Club hatte schon vor mehreren Monaten beschlossen, die Aktion „ein Arzt für Puma“ grossherzig zu unterstützen, sodass ein erheblicher Teil der Jahresactivitykasse nach Afrika fließen wird. Der Betrag wird noch erhöht durch Gelder, die der internationale Hilfsfond der Lions angekündigt hat. Zu die-

sem Zweck musste eine formelle Partnerschaft geschlossen werden mit einem lokalen Lions-Club. Diese „Jumelage“ kam zustande mit dem Lions-Club Arusha, dessen Vertreter wir auf der Zwischenlandung in der Nähe des Kilimanscharo herzlich begrüßen konnten.

Ganz herzlichen Dank an Frau Huck und ihren gemeinnützigen Verein Pro Interplast

Seligenstadt, welcher wie schon häufig in der Vergangenheit die kompletten Flugkosten übernommen hat und damit den Interplasteinsatz zu wesentlichen Teilen mitgetragen hat.

*Michael Schidelko*

## 34. medizinischen Einsatz in Coroata, Brasilien Juni 2004



*»Jedes Wort ist verloren,  
wenn die Seele sich nicht  
hörbar gemacht hat.«  
(bras. Sprichwort)*

*Brasilien – Maranhão – Coroata*

**Unser 34. medizinischer Einsatz  
könnte unter dem Motto stehen:**

**»Das Herz sprechen – nicht den  
Kopf rechnen lassen.«**

Wir flogen zum 14. Mal nach Brasilien, um in Coroata im Nordosten des großen Landes (24 mal so groß wie Deutschland, 180 Millionen Einwohner) zu operieren. Wir är-

gerten uns, weil wir jedes Kilogramm medizinisches Übergepäck teuer bezahlen mussten. Die Fluglinien machen auch bei INTERPLAST e.V. keine Ausnahmen mehr. Dafür kamen wir gnädig durch den Zoll: Der Familie Zabel aus Leonberg mit dem Bruder in Sao Paulo sei besten Dank!! Bei keinem anderen Einsatz – außer in Indonesien – hatten wir so viele Patienten mit Lippen-Kiefer-Gaumenspalten (LKG) wie dieses Mal. Wir haben 149 Menschen operiert, davon 53 LKG-Patienten. Zehn Kinder waren unter einem Jahr alt, 37 Kinder unter fünf Jahren. Der jüngste Patient war eben mal vier Monate, der älteste 97 Jahre alt. Insgesamt kamen 311 Patienten in die Sprechstunde, viele mussten wir auf nächstes Jahr vertrösten, andere suchten einen Rat oder wurden von uns ambulant behandelt.

Unser Team arbeitete wie am Fließband. Die einheimischen Mitarbeiter sorgten mit ihrer Heiterkeit für täglich gute Stimmung, Gardenia und Marron sind uns wertvolle Assistenz im OP. Die schwüle Hit-



ze setzte uns zwar zu, doch wir hatten gar keine Zeit uns mit Störendem abzugeben. Die Zusammenarbeit war hervorragend, auch die mit brasilianischen Ärzten, die uns überraschend besuchten. Frau Dr. Socorro aus Sao Luis hat schon viele Male mit uns gearbeitet, neu kam Dr. Francisco Teixeira aus Fortaleza dazu. Wir freuten uns, als er anbot, mit uns vier Tage zu operieren. Er sei Plastischer Chirurg an einer Kinderklinik, so teilte er uns mit, und er habe vor, das »Modell Widmaier« in Fortaleza zu kopieren, das heißt er wird auch in einer noch zu bauenden Klinik in Fortaleza ein oder zwei Mal die Woche Kinder mit Missbildungen unentgeltlich operieren. Er hatte von uns über den Franziskaner Hans Stapel aus Sao Paulo gehört. Frère Hans ist einer der Mitinitiatoren der zu erstellenden Klinik. Das lässt hoffen, und unsere Arbeit all die Jahre würde in Brasilien, im Nordosten Früchte tragen.

Außerdem hat uns aus Deutschland ein Arzt- Ehepaar begleitet: Dres. Marlene und Hubertus Tilckorn aus Münster. Sie sind beide seid kurzer Zeit pensioniert und ha-





ben menschlich und fachlich bestens in unser Team gepasst. Dr. Tilkorn war Chefarzt der Klinik für Plastische Chirurgie in Hornheide/Münster. Frau Dr. Tilkorn assistierte in Coroata als Ärztin unermüdlich im OP. Hervorragend unterstützt hat uns auch Dr. Stefan Hessenberger, Facharzt für Kieferchirurgie in Bochum. Er war schon 1992 als Medizinstudent mit uns an verschiedenen Orten im Einsatz. Seine Hauptarbeit waren dieses Jahr die Gaumenspalten.

Ohne Anästhesie geht nichts. Dr. Frank Möller, Facharzt für Anästhesie aus Bochum und Anästhesie Fachschwester Jutta Nickels aus Trier gehören schon länger zu unserem Team, sie haben die vielen Operationen an zwei OP Tischen erst möglich gemacht mit hervorragenden Narkosen, besonders an den kleinen Kindern. Zwei junge brasilianische Zahnärzte aus Sao Paulo baten uns, mitarbeiten zu dürfen. Alexander kennt uns von zwei Einsätzen davor, Paula kam neu dazu. Beide waren für uns alle ein Gewinn, tüchtig und sehr umsichtig haben sie gut mitgemacht. Die Station wurde von den Schwestern Veronika und Miriam bestens



versorgt. Für uns sind die beiden Ordensfrauen unentbehrlich.

Erwähnenswert ist immer wieder die gute Küche mit allen Mitarbeitern. Wir sind zusammen mit allen stillen Helfern wie eine große Familie. Jeder hilft wo er kann – bis hin zum Schlangen töten. An manchen Tagen haben über 100 Menschen an den Mahlzeiten teilgenommen. Die Leute kamen teilweise über 3000 Kilometer weit her, aus Platzmangel mussten wir einige Patienten in die ausgeräumte Garage legen. Der gute Bischof Ricardo bringt jedes Jahr persönlich Patienten aus seiner Diözese und holt sie wieder ab. Ein Weg bedeutet sechs Stunden Autofahrt. Die Erwartungen der Patienten sind groß, ihre Nöte, die sie uns erzählen, zeigen uns das Ausmaß von Ungerechtigkeit und bedrückender Armut.

Der gesetzliche Mindestlohn beträgt 260 Real, ein Tageslohn 10 Real. Zum Vergleich: Ein Liter Diesel kostet 1,35 Real, ein Liter Benzin 1,92 Real, ein Kilogramm Reis 1,70 Real. Es gibt Menschen, denen wird nach getaner Arbeit der



Lohn verweigert mit der Begründung, sie seien ja missgebildet und müssten froh sein, mit solch einem Gesicht überhaupt arbeiten zu dürfen.

Die medizinische Versorgung im Staate Maranhão ist katastrophal, und wer kein Geld besitzt, hat keine Chance behandelt zu werden, außer durch kirchliche Gruppen. Mit den Ordensschwestern machte ich einige Hausbesuche und ha-



be dabei nicht zu beschreibendes Elend gesehen. Von Bischof Dr. Reinhard Pünder aus Coroata hörten wir, dass es immer wieder zu militanter Landvertreibung kommt. Die soziale Entwicklung in Maranhão liege an letzter Stelle. Laut Umfragen des Instituts »Fundacao Getulio Vargas« gibt es in Maranhão die meisten Analphabeten, die meisten Hungernden, das schlechteste Gesundheitswesen, den häufigsten sexuellen Missbrauch an Kindern und die meisten Sklavenarbeiter. Die Armutsgrenze ist in einem Jahr von 62,4 auf 68,4 Prozent gestiegen. Von 47 ärmsten Gebieten in Brasilien, liegen 23 im Staate Maranhão der so groß ist wie Deutschland.



Die größten Landbesitzungen befinden sich ebenso in Maranhão. Deren Besitzer wohnen vorwiegend außerhalb und kennen ihr Land kaum. Carlos Lopez, Uno-Menschenrechtsexperte für Brasilien stellt fest: »Brasilien befindet sich nicht im Kriegszustand, und dennoch sterben jährlich mehr als 40.000 Menschen durch Feuerwaffen, mehr als im Irak- Krieg.« Unser Team war hoch motiviert, und die Fotos in diesem Bericht sprechen für sich.



Dass wir Antonia, die vor Jahren als Jugendliche zu uns kam mit ihren schweren Verbrennungen am Kopf und Hals, eine Perücke mitbringen konnten, war wie ein Fest für alle. Wir hatten sie drei Jahre immer wieder operiert (s.S. 10). Sie hat gestrahlt und sich herzlichst unter Tränen bedankt. Sie ist inzwischen 19 Jahre alt und verheiratet.

Zu Herzen ging uns das Leben der sechs Jahre alten Larissa mit dem angeborenen Tierfellnävus im Gesicht. Einen Teil konnten wir operieren, es bedarf jedoch noch meh-

rerer Eingriffe. Die Mutter ist bereit, mit dem Kind immer wieder zu kommen für weitere Operationen.

Mein Mann und ich sind jedes Jahr wieder aufs Neue beschämt über die Hilfsbereitschaft der Ärmsten untereinander. Wir erleben, dass viel Hilfe möglich ist mit wenig Mitteln. Wir staunen über den Gleichmut und die Ergebenheit der Leute beim Ertragen von Schicksalsschlägen, wie Krankheit, Tod oder Naturkatastrophen. Wir beneiden unsere brasilianischen Mitmenschen um die Fähigkeit des Lebens für den Augenblick, der spontanen



Freude, um ihre Zufriedenheit bei aller Not und Armut, sowie ihre Fähigkeit, Feste zu feiern, und dies zu allen Anlässen, trotz Hitze oder Regen.

Unser DANK gilt zunächst dem ganzen Team für die unermüdliche Bereitschaft und Arbeit – oft bis spät in die Nacht, für das gute Miteinander und auch die Fürsorge füreinander.

Weiter bedanken wir uns bei allen Menschen, die diese Arbeit ermöglichen durch Geldspenden, Sachspenden, gute Gedanken, Hinweise auf Verbesserungen, durch Ideen zur Geldbeschaffung wie Bazare, Hocketse, Flohmärkte, Konzerte. Wir danken unserer Stadt Leonberg und dem Landkreis Böblingen, die trotz großer Sparmaßnahmen unsere Arbeit unterstützen. Dank den medizinischen Firmen und Pfarrgemeinden, Freunden und Verwandten.

*Werner und Gretel Widmaier*

### **Übersicht der 34 medizinischen Einsätze in Entwicklungsländern 1988 - 2004**

von Gretel und Werner Widmaier

1988 ARUSHA (Tansania)  
1989 ARUSHA (Tansania)  
1990 FONTEM (Kamerun)  
1991 BALIGE (Indonesien) FONTEM (Kamerun) ARUSHA (Tansania)



1992 ARUSHA (Tansania) / KINANGOP (Kenia)

1992 COROATA Februar (Brasilien) / COROATA Mai (Brasilien)

1993 ARUSHA (Tansania) / COROATA (Brasilien)

1994 COROATA (Brasilien) / CAMPINAS (Brasilien)

1995 FONTEM (Kamerun) / ONITSHA (Nigeria) / ARUSHA (Tansania)

1995 COROATA (Brasilien)

1996 COROATA (Brasilien) / BALIGE (Indonesien)

1997 COROATA (Brasilien)

1998 FONTEM (Kamerun) / COROATA (Brasilien)

1999 ARUSHA (Tansania) / COROATA (Brasilien)

2000 COROATA (Brasilien)

2001 ARUSHA (Tansania) / NAIROBI (Kenia) / COROATA (Brasilien)

2002 COROATA (Brasilien) / ARUSHA (Tansania)

2003 KAIRO (Ägypten) / MOSHI (Tansania)

2004 COROATA (Brasilien)



## Cajamarca Peru 6.1. – 20.1.2004

*Nach dem erfolgreichen Einsatz des Interplastteams von André Borsche des vorletzten Jahres fand nun der zweite Interplasteinsatz unter der Leitung von Prof. Paolo Morselli, Bologna, am Hospital Regional Cajamarca statt. Das Team setzte sich aus zehn Mitgliedern von Interplast Italy und einem Mitglied von Interplast Deutschland zusammen. Der Einsatz wurde vorbereitet und unterstützt durch die Partnervereine PEP e.V. – Trier (Projekte für Entwicklungsförderung in Peru und Lateinamerika) und PPEPP – Cajamarca. PEP e. V. hat sich auch finanziell an dem Einsatz beteiligt.*

Cajamarca ist eine Stadt mit 120.000 Einwohnern und liegt ungefähr 800 km nördlich von Lima im Andenhochland auf 2.700 m Höhe. Durch die isolierte Lage bei nur sehr schlechten Straßenverbindungen hat die Stadt eine zentrale Bedeutung auch bei der medizinischen Versorgung der Bevölkerung dieser Andenregion.

Die medizinische Versorgung der Bevölkerung ist wie in vielen Entwicklungs- und Schwellenländern ein Zweiklassensystem: Für den kleineren Anteil der Bevölkerung

ist mit ausreichenden finanziellen Mitteln eine angemessener Versorgung (aber oft nur in Lima) möglich. Für den großen Teil der Bevölkerung ist eine medizinische Versorgung auch an den öffentlichen Krankenhäusern wie dem Hospital Regional unbezahlbar. Die von uns operierten Patienten kamen zu meist aus den weit entlegenen Dörfern der Hochanden, wo sie in sehr einfachen Verhältnissen von landwirtschaftlicher Subsistenzwirtschaft leben. Sie mussten Reisezeiten von bis zu zwanzig Stunden auf LKW-Ladeflächen auf sich nehmen um nach Cajamarca zu gelangen. In Cajamarca übernachteten sie entweder vor der Stadt oder konnten in einem lokalen, dem Verein PPEPP zur Verfügung gestellten Haus, schlafen.

Das Team kam dieses Jahr aus Italien unter Leitung von Prof. Paolo Morselli: Prof. Rosario Perrotta, Giulia Lo Russo, Cesare Gavina (Plastische Chirurgen), Lorena Pasini, Tiziana Busi, Guiseppe Lagana (Anästhesisten), Angela Gallo, Armida Presepi, Elena Galetti (OP-Schwestern). Als einziger Deutscher durfte ich als Hals-Nasen-Ohrenarzt hinzu stoßen.

Der Beginn der Mission wurde zunächst durch Schwierigkeiten

bei der Zollabfertigung in Lima deutlich kompliziert. Das Material kam daher erst mit zwei Tagen Verspätung in Cajamarca an. Glücklicherweise musste der Beginn unseres Einsatzes und der Operationen jedoch nicht verschoben werden, da das chirurgische Instrumentarium im persönlichen Gepäck mitgereist und das Krankenhaus relativ gut ausgestattet war. Die Zollprobleme beruhten auf einer Vielzahl „unglücklicher Umstände“: Ungünstiger Einreisezeitpunkt (31.12. kurz vor Mitternacht), kurzfristige Änderung der Ankunftszeit um einige Stunden, nur ungefähre Angaben in den Packlisten für das Material und spezielle Wünsche des Zolls bezüglich der Verteilung des Materials auf die Kisten. Mit Hilfe der Repräsentanten von PPEPP vor Ort und viel „Geduld und Spucke“ kam es doch noch zu einem Happy End.

Die Vorbereitung und Organisation durch PPEPP und die Ärzte des Krankenhauses waren effektiv und hilfreich. Fast alle Patienten waren bereits zuvor von Dr. Raoul Ampuero (Kopf-Hals-Chirurg) gesehen worden. Die Krankheitsbilder waren im Wesentlichen: Lippen-Kiefer-Gaumenspalten, Syn- und Polydaktylien und Verbrennungen.



Am 7.1. begannen wir mit den Operationen. Auch hierbei war die Unterstützung durch Vereinsmitglieder und Krankenhauspersonal außerordentlich gut. Insgesamt wurden an 12 Operationstagen 126 Patienten in 155 Eingriffen operiert: 29 Lippenpalten, 9 Gaumenspalten, 54 Syndaktylien, 15 Verbrennungen, 17 Tumore/Zysten/Nävi u.a., 31 kleinere Eingriffe in Lokalanästhesie. Die handchirurgischen Eingriffe fanden in Plexus-anästhesie statt, wobei uns Europäern die Gelassenheit der peruanischen Patienten beeindruckt hat. Während der häufig drei- bis vierstündigen Eingriffe (beidseitig) schliefen die meisten Patienten ohne jede zusätzliche Medikation. Nur bei Kindern wurde zur Sedierung etwas medikamentös nachgeholfen.

Während unseres Aufenthaltes wurden uns einige akute Verbrennungen und Handverletzungen vorgestellt, die zum Teil gemeinsam mit den lokalen Ärzten operativ primär-versorgt wurden. Auch in dieser Hinsicht war die Zusammenarbeit mit den Ärzten vor Ort sehr fruchtbar.

Als Hals-Nasen-Ohrenarzt hatte ich gemeinsam mit dem örtlichen Facharzt Dr. Wilder Guevara eine tägliche HNO-Sprechstunde für insgesamt 150 Patienten übernommen. Ziel war die Klärung der Frage, ob es im Rahmen eines zukünftigen Einsatzes sinnvoll sei Mittelohrchirurgie zu betreiben. Speziell Cholesteatome können ein gravierendes Problem und Risiken für das Patientenkollektiv darstellen. Es stellte sich jedoch schnell heraus, dass zur Auswahl der Patienten eine deutlich längere Vorbereitungszeit zur eindeutigen Diagnosestellung notwendig ist. Dr. Guevara wird also in den näch-



sten Monaten eine Vorauswahl von Patienten treffen um dann gemeinsam zu entscheiden, ob die Patientenzahl ausreichend ist und ob auch die gewünschte Zielgruppe - mittellose Patienten - erreicht wird.

Insgesamt war der Einsatz im Hinblick auf die Zahl der untersuchten und operierten Patienten ein großer Erfolg. Die internationale

und interdisziplinäre Zusammenarbeit war her-vorragend, sowohl im Team als auch zwischen dem Team und den Ärzten und Schwestern des Krankenhauses. Wesentlich erleichtert wurde die Arbeit durch die ständige Unterstützung des Teams durch ehrenamtliche Helfer des örtlichen Vereins PPEPP.

*Gregor Steffen*







## Interplasteinsatz Paraguay 2004

Die Entsendung eines jährlichen Interplast-Teams aus der Plastischen Chirurgie des Markus-Krankenhauses Frankfurt nach Paraguay blickt auf eine mittlerweile vierjährige Tradition zurück.

Der Einsatz war erneut von der in Paraguay ansässigen Familie des Kollegen Enrique Dürksen und den mennonitischen Kolonien vorbereitet worden.

Die Mennoniten, kamen in den 40er Jahren nach Repressionen durch das stalinistische Regime als Aussiedler von Russland nach Deutschland, waren auch dort nicht gut gelitten und begannen sich in Südamerika ein neues Leben aufzubauen. Sie sprechen untereinander (Platt-)Deutsch und ihre tüchtige und arbeitsame Lebensweise hat ihnen in der nun zweiten Generation einen bescheidenen Wohlstand beschert der deutlich mit dem Rest des Landes kontrastiert. Viele leben in Kolonien auf dem Lande. Die isolierte Lebensweise, verbunden mit einer besseren wirtschaftliche Situation

führt bei der indigenen Bevölkerung nicht selten zu Spannungen. Die aufopfernde Organisation der Einsätze motiviert sich natürlich aus dem christlichen Selbstverständnis der Kolonisten, ist aber auch eine Möglichkeit den ärmeren Nachbarn zu zeigen, dass die Einwanderer bemüht sind, die Lebensumstände auch der Nachbardörfer zu verbessern. In diesem Jahr wurde der Einsatz von der Kolonie Friesland organisiert. Die Kolonie zählt ca. 600 Mitglieder und betreibt ein kleines Krankenhaus.

Das sechsköpfige Team: OP-Schwester Mandy Littmann, die Anästhesisten Dr. Stefania Daradimos und Dr. Evgeny Kunits sowie dem Chirurgen Dr. Enrique Dürksen und dem Mund-Kiefer-Gesichtschirurgen Markus Winter reiste unter der Leitung von Dr. Uwe von Fritschen vom 19.03. bis 05. 04. 2004 nach Asuncion. Die meisten von uns waren schon durch mehrere Interplast Einsätze erfahren. Verstärkt wurde das Team durch eine Sozialarbeiterin und einen Chirurgen aus Asuncion. In den Jahren

zuvor, waren die Teams während eines Einsatzes an wechselnden Krankenhäusern tätig gewesen. Die Erfahrung hat gezeigt, dass hierbei viel Energie und Zeit verloren geht. Aus diesem Grunde wurden diesmal die Patienten zu uns an ein zentrales Krankenhaus befördert.

Zwei Mitarbeiter aus den Kolonien haben in mühevoller und monatelanger Arbeit die Bevölkerung der Gegend auf unser Kommen vorbereitet und entsprechende Patienten ausgewählt. Sie suchten nach Patienten mit angeborenen Fehlbildungen, vorwiegend Lippen-Kiefer-Gaumen-Spalten (häufig auch schon unzureichend voroperiert), Handfehlbildungen, Blutschwämmen und ähnlichen Erkrankungen, die in dieser Gegend auf keine medizinische Hilfe hoffen können. Bei den restlichen Patienten handelte es sich oft um Verbrennungsfolgen, Fußdeformitäten, ausgedehnte Handverletzungen und Defekten bei Tumoren oder schweren Verletzungen nach Starkstromunfällen.

Im Vorfeld war uns die Industrie bei der Beschaffung der Sachspenden erneut großzügig und unbürokratisch behilflich. Daher konnten wir wie zuvor das komplette Nahtmaterial, Verbandstoffe, Anästhesie- und Narkosemittel, Antibiotika, etc. kostenfrei zur Verfügung stellen. Für eine großzügige Gepäckregelung durch die Lufthansa und die Beschaffung günstiger Flugtickets sind wir wieder einmal dem persönlichen Einsatz von Frau A. Simon-Kares dankbar. Nach den Zollproblemen der letzten Jahre haben wir durch Freunde beim Rotary-Club Asuncion vorbeugen lassen. Wir wurden bereits von den offiziellen Vertretern erwartet, durch die Abfertigung geschleust und in die Hände der Familie Dürksen über-



geben. Der Empfang durch die Familie und die plastisch-chirurgischen Kollegen in Asuncion war wie immer sehr herzlich. Nach fast 20-stündiger Reise wurden wir nach kurzer Pause zu einer Vorstellung im Rahmen einer Feierstunde geladen. Anschließend luden lokale Kollegen zu einem Grillabend südamerikanischer Art mit Live Musik. Hiervon noch nicht wieder vollständig erholt ging es am folgenden Tag im Jeep-Konvoi 6 Stunden lang über staubige und holperige Wege nach Friesland. Die Kolonie hatte dort bereits Spenden gesammelt, um den Krankenhausaufenthalt für die Patienten und auch die Versorgung nach der Krankenhausentlassung sicher zu stellen. Hierfür hatte man den Saal der Kirche geräumt und Krankenlager für die Patienten eingerichtet, die ambulant behandelt werden konnten. Untergebracht waren wir privat bei Gemeindemitgliedern.

Das kleine Krankenhaus ist mit 2 Operationssälen ausgestattet, wovon wir einen belegen konnten. Die Ausstattung war einfach und die Narkosegeräte leider nur bedingt einsetzbar. Wir konnten aber aus Asuncion ein funktionstüchtiges Gerät beschaffen. Am Anfang war die Nervosität der Schwestern zu spüren. Obwohl sie sich so gut wie möglich auf den Einsatz vorbereitet hatten, waren sie unsicher, ob sie den Anforderungen gerecht werden könnten; handelte es sich doch um ein sehr kleines Haus mit höchstens 30-40 Operationen im Jahr und im übrigen nur allgemeinmedizinischen Patienten. Das Eis war aber schnell gebrochen. Unter Führung der leitenden Stationschwester Martha waren alle mit großer Einsatzbereitschaft häufig bis spät abends bei der Sache.

Viele Gemeindemitglieder waren



zur Unterstützung angetreten und wir können uns für eine effiziente und kompetente Zusammenarbeit bedanken. Nicht unerwähnt bleiben darf, dass im Hospital in einem Maße speziell für unser leibliches Wohl Sorge getragen wurde, dass wir quasi nebenbei die paraguayische Küche kennen und ausgesprochen schätzen gelernt haben.

Bei den Operationen handelte es sich meist um größere Eingriffe von 2 bis 4 Stunden Dauer. Wir hatten 2 Operationstische in einem

Saal aufgestellt um uns gegenseitig zu helfen und Mandy als einzige OP-Schwester zu entlasten. Wie in den Jahren zuvor war ein Aspekt auch die Weiterbildung paraguayischer Kollegen. Geane war uns nicht nur mit seinem unverwüstlichen Humor eine große Hilfe. Die postoperative Pflege, meist durch mennonitische Krankenschwestern war hervorragend, so dass alle Patienten komplikationslos das Krankenhaus wieder verlassen konnten.



*Vier LKG-Patienten mit Ihren Müttern vor dem Verbandwechsel*



Insbesondere die Versorgung der Lippen-Kiefer-Gaumenspalten liegt uns hier am Herzen. Zur Vervollständigung der Behandlung ist mittlerweile ein Zentrum gegründet worden, bei dem zwischen den operativen Einsätzen ein plastischer Chirurg des Landes regelmäßig als Ansprechpartner zur Verfügung steht. Ein Kieferchirurg führt die zahnärztliche-, und kieferregulative Behandlung durch, eine Logopädin und eine Sozialarbeiterin ergänzen das Team. Diese langfristige Bindung der Patienten an eine interdisziplinäre Behandlungseinheit ermöglicht nun nicht nur die phasengerechte, mehrzeitige Versorgung, sondern auch eine umfassende Therapie der Fehlbildung. Das Engagement der plastisch-chirurgischen Kollegen in Asuncion, der Familie Dürksen und vieler Helfer in den mennonitischen Kolonien wird dazu beitragen, dass Programa Sonrisa in den kommen-

den Jahren zu erweitern. Wohlbehalten sind wir nach kurzem Zwischenaufenthalt in Buenos Aires wieder in Frankfurt gelandet. Mehrere Kolonien haben sich für das nächste Jahr schon um die Ausrichtung des kommenden Einsatzes beworben. Wie es scheint, wird uns die Arbeit so schnell nicht ausgehen.

*Uwe von Fritschen*

## *Interplasteinsatz Barlovento Venezuela 2004*



sowie zusätzliche Kosten durch Übergepäckvermeiden half. So konnten wir ganz entspannt unsere Reise antreten.

Die Hürde der Zollkontrolle in Caracas passierten wir – wohl dank Eduardos Vorarbeit - wieder ohne Probleme. Er empfing uns am Flughafen dann auch mit einem Augenzwinkern gemeinsam mit seiner

Frau Jaqueline und Dr. Khan, dem ärztlichen Leiter der Region Barlovento. Nach herzlicher Begrüßung wurde ging die Reise mit dem Bus durch das vor Energie sprühende Caracas und die beeindruckende, üppige Natur des südamerikanischen Dschungels nach Barlovento weiter. Am Abend trafen wir in Rio Chico ein und nach

Natürlich kam Interplast auch 2004 wieder nach Venezuela. Die Erfüllung die-ses Wunsches war durch Eduardos und Stefans Engagement und ihre familiäre Verbindungen garantiert. Während Eduardo die Vor-bereitungen in Venezuela übernahm, war Stefan unermüdlich in der Organisation unserer Ausrüstung.

Dank André Borschtes tatkräftiger Unterstützung konnten wir uns zu einem Team komplettierten, das bereits in der Vorbereitung gut harmonierte.

Ein herzlicher Dank geht an dieser Stelle an Armin Brahm, der wie bereits im vorigen Jahr den Transport unserer 28 Koffer und Kisten perfekt organisiert hatte und Stress





Team: Plastische Chirurgen: Claudio Gonzales, Robin Deb, Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgen: Bilal Al-Nawas, Ralph Brahm Anästhesisten: Michael Hatzenbühler, Andreas Scholhölter, OP- und Anästhesiepfleger: Marion Kappaun, Alexander Beuke, Carmen Laske-Brackland, Organisation: Stefan Wilimowski



Dr.Khan, einheimische Kolleginnen und Claudio im fachlichen Dialog

einer Stärkung luden wir noch die Ausrüstung im Krankenhaus ab, bevor wir müde unsere Unterkunft bezogen.

Als wir am nächsten Morgen bei Tageslicht in dem kleinen Krankenhaus ankamen, begrüßten uns neben zahlreichen Patienten die Auswirkungen unseres letztjährigen Einsatzes. Was mit ihm in Bewegung gesetzt wurde, beeindruckte uns sehr: Das Krankenhaus präsentierte sich - mit fröhlichen Bildmotiven bemalt - wie aus einem Dornröschenschlaf geweckt. Die Ausstattung hatte sich weiter verbessert und der OP-Bereich war ausgebaut worden. Vor allem aber wurde er jetzt auch von einheimischen Ärzten genutzt. Eine Gynäkologin hat sich etabliert und führt mit einem Anästhesisten die in der Region so dringend notwendigen gynäkologischen Eingriffe durch. Auch ein Unfallchirurg, hält mittlerweile an drei Tagen in der Woche eine Sprechstunde ab. Im letzten Jahr waren fast ausschließlich junge Kollegen vertreten, die ihr praktisches Jahr als Landarzt leisteten.

Die größte Freude bereitete aber das Wiedersehen mit den Patienten, die wir im Vorjahr operiert hatten.

Mit am bewegtesten waren zwei Patienten mit Lippen-, Kiefer, Gaumenspalten. Der 35-jährige Mann, der letztes Jahr kein Wort gesprochen und keine Miene verzogen hatte, begrüßte uns mit einem fröhlich Lächeln und berichtete, dass er ein ganz anderer Mensch geworden ist und sogar Arbeit bei

einer Baufirma gefunden hat. Auch der vierjährige Jose, der ängstlich seiner Mutter nie von der Seite gewichen war plapperte jetzt fröhlich mit uns und spielte wild mit den anderen Kindern. Angenehm überrascht waren wir auch von den stabilen Ergebnissen der Operationen. Ein junges Mädchen, das durch eine Narbenkontraktur des linken Beines gehinkt hatte, führte uns, wie ein Model stolzierend ihren Gang vor.



6 Jahre altes Mädchen mit Verbrennungskontrakturen





Die Unterkieferrekonstruktion



Obwohl der Einsatzbeginn auf einen Sonntag fiel, waren genug Helfer bereit, damit wir mit unserer Ausrüstung den OP einsatzbereit machen konnten. Während wir die ersten Patienten untersuchten, begann Claudio sofort zu operieren.

In Zahlen ausgedrückt haben wir 140 Eingriffe an 123 Patienten durchgeführt. Neben Eingriffen an Patienten mit Lippen-, Kiefer- und Gaumenspalten, wurden vorwiegend Syn- und Polydaktilien, behindernde und entstellende Lipome, Keloide und Narbenkontrakturen operiert.

Durch die Erfahrungen des letztjährigen Einsatzes sensibilisiert, als das Krankenhaus nicht auf die Menge an Patienten eingestellt war, funktionierten Versorgung und Verköstigung der Patienten diesmal problemlos. Zu unserer Unterstützung waren zwei ausgebildete OP-Schwwestern bereit gestellt, die uns eine wertvolle Hilfe waren und bei größeren Eingriffen auch versiert instrumentierten.

Allerdings wurde unser Einsatz durch den Wechsel der Regionalre-

gierung getrübt, der sich während unseres Aufenthaltes vollzog. Unter diesen Rahmenbedingungen war die Unterstützung durch offizielle Stellen nicht optimal. So standen keine Fahrzeuge für den Patiententransport zur Verfügung. Dr. Kahn musste sogar täglich mit seiner Absetzung rechnen und erfuhr erst gegen Ende unseres Einsatzes, dass er weiter im Amt bleiben wird. Mit solchen Sorgen über die eigene Existenz belastet, war das Vorscreenen potentieller Patienten in den Hintergrund geraten. Unter diesen ungünstigen Voraussetzungen erreichten uns leider viele schwer betroffene Patienten aus weiter abgelegenen Orten nicht, woran sich trotz aller Bemühungen nichts ändern ließ.

Durch die guten Rahmenbedingungen des Krankenhauses und die kreative Improvisation, mit der Carmen und Alexander alle aufkommenden Schwierigkeiten glätteten, konnten wir in den beiden OPSälen nahezu ohne Unterbrechung arbeiten. Weder Stromausfälle, noch brennende Absauger oder



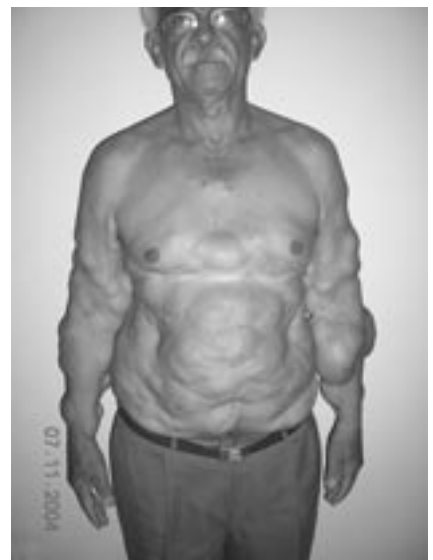
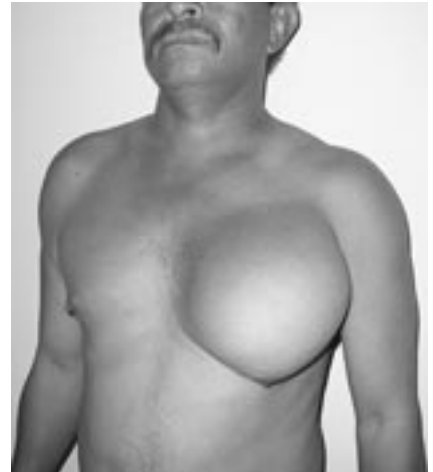


Desinfektoren wurden zu einem echten Problem. Unser Anästhesieteam war ebenso effizient, wobei Michael mit seinen Künsten der regionalen Blockaden alle ins Staunen versetzte. Andreas fand mit seinem Lächeln zu jedem Patienten empathischen Zugang, was insbesondere unseren kleinen Pati-

enten großen Rückhalt gab. Marion organisierte und erledigte alles mit ihrer gewohnten Lässigkeit und fand immer Gelegenheit uns mit Jux und Albernheiten zu ärgern.

Claudio war bei den Einheimischen so beliebt, das er sicher zum Bürgermeister ehrenhalber ernannt worden wäre, wenn er mit seinen Fähigkeiten Rabatte auszuhandeln nicht allen Gastronomen das Fürchten gelehrt hätte.

Robin, der die meisten Einsätze absolviert hatte, war durch nichts aus seiner britischen Gelassenheit zu bringen und trug so maßgeblich zu der angenehmen Atmosphäre bei. Bilal bestach, neben seiner fachlichen Erfahrung, vor allem mit seiner Fähigkeit, die einheimischen Ärzte in unsere Arbeit zu integrieren. So konnten wir, durch Assistenten unterstützt, zeitweise mit drei Teams parallel operieren. Besonders freuten wir uns über eine deutsch-venezuleanischen Gemeinschaftsoperation mit dem Un-





fallchirurgischen Kollegen: Er hatte uns großzügig sein Instrumentarium überlassen, so dass wir einen 26-jährigen Feuerwehrmann, der durch eine Schussverletzung seinen linken Unterkieferknochen verloren hatte mit einem Beckenkammtransplantat den Unterkiefer rekonstruieren konnten.

Insgesamt waren wir so effizient organisiert, dass wir durchaus weitere Patienten hätten operieren können, wenn nur nicht die Transportprobleme bestanden hätten. Von den täglichen Strapazen erhol-

ten wir uns während der gemeinsamen heiteren Abendessen. An unserem freien Sonntag hatten Dr. Kahn und unser treuer Fahrer Jose für uns am Strand einer komfortablen Hotelanlage mit Swimming-Pool eine Grillparty organisiert und auch eine mit Polar-Bier gefüllte Kühlkiste nicht vergessen.

Dieses in dem Erdölreichen Land ständig anzutreffende Nebeneinander einfachster bis ärmlicher Verhältnisse und wirklichem Luxus ist für uns ungewohnt, fasziniert aber durch die scheinbare Unkompli-

ziertheit und der warmherzigen Fröhlichkeit der Menschen.

Besonders am Herzen lag uns, die Nachhaltigkeit des Einsatzes zu sichern, wozu sich die Kollegen vor Ort für die Nachbetreuung unserer Patienten instruieren ließen.

Ob ein weiterer Einsatz stattfinden wird, um den uns Dr. Kahn gebeten hat, hängt letztlich von den Vorbereitungen in Venezuela ab. Hierzu steht Dr. Khan über E-Mail und Digitalkamera mit uns in Kontakt.

*Ralph Brahm*

## ***Schwellenland Bolivien – Armut und Korruption neben „first class“ Medizin***

***Interplast Einsatz in Bolivien November 2004***

Haupteinsatzbereich für unsere Sektion Eschweiler war bislang Südostasien in Ländern wie Sri Lanka

und Indien. Durch Zeitungsberichte aufmerksam gemacht, trat das Hilfswerk Arco Iris an uns heran

mit der Bitte, einen Einsatz auch in Bolivien durchzuführen. Arco Iris ist eine Stiftung – gegründet und geführt von Pater Josef Neuenhofer -, die es sich zur Aufgabe gemacht hat, Straßenkinder in La Paz in Bolivien zu versorgen. Arco Iris versucht ein soziales Netzwerk mit 2 Waisenheimen, einem Übergangsheim, freier Verpflegung, Ausbildung und medizinischer Versorgung für diese Kinder aufzubauen. Die medizinische Versorgung erfolgte überwiegend ambulant. Nach großzügigen Spenden wurde mithilfe des Missionswerkes des Bistums Aachen sowie mit Mitteln der EU ein Krankenhaus in La Paz gebaut. 100 bis 120 Betten stehen nun zur Versorgung bereit.

Die ursprüngliche Zielsetzung bestand darin, nur Straßenkinder unendgeldlich versorgen zu wollen. Nach Inbetriebnahme vor ca. zwei Jahren, Einstellung des ärztlichen



*Hospital Arco Iris in La Paz / Bolivien*

und pflegerischen Personals stand das Krankenhaus nach wenigen Monaten vor dem Ruin. Die gesamte Stiftung Arco Iris war bedroht. Weder wurde das Krankenhaus durch die Straßenkinder angenommen, noch reichten die Spendengelder zur wirtschaftlichen Führung des Krankenhauses aus. Daher wurde das Krankenhaus aus der Stiftung ausgegliedert und in ein kommerziell genutztes Krankenhaus umgewandelt, mit der Auflage sozial Bedürftigen einen Teil der Behandlungskosten zu erlassen. Straßenkinder werden umsonst behandelt. Die Stiftung unterhält drei Ambulanzfahrzeuge, die in die entsprechenden Bezirke von La Paz fahren. Die Kinder werden zum überwiegenden Teil dort auch behandelt. Nur die schwerwiegenden Erkrankungen sollen stationär behandelt werden.

Nach Aussagen von Pater Neuenhofer leben in La Paz ca. 35.000 Straßenkinder. Wie viele Jugendliche, die auf der Straße leben, ist nicht bekannt. Die Zahl der medizinisch Unterversorgten in El Alto, einer Slumsiedlung oberhalb auf einem Hochplateau von La Paz gelegen, ist ebenfalls nicht zu schätzen.

Prostitution, Vergewaltigungen und Missbrauch, Messerstechereien mit schwerwiegenden Folgen sind an der Tagesordnung bei diesen Straßenkindern – häufig schon im Alter von 10 Jahren oder jünger. Eine suffiziente Versorgung von Lippen-, Kiefer-, Gaumenspalten, von Verbrennungsfolgen oder Handfehlbildungen ist nicht gegeben. Bolivien besitzt kein Krankenkassensystem, keinerlei soziale Absicherung. Jede Behandlung muss bezahlt werden. Die Krankenhäuser sollen zwar per Gesetz alle Kinder bis zum 5. Lebensjahr



Unser Team

umsonst behandeln. Tatsache ist jedoch, dass dieses neue Gesetz nicht umgesetzt wird mit der Begründung „...die nächste Regierung, die durch Putsch an die Macht kommt, schafft es eh wieder ab!“

Unsere Aufgabe sollte es sein, diese Kinder und Jugendlichen zu behandeln.

Fast 10.000 Kilometer entfernt ist eine lange Anreise erforderlich. Unser Team flog aus Düsseldorf, Köln und Frankfurt ab, um sich in Paris auf dem Flughafen zu treffen. Aufgrund der zu erwartenden Zahl der Patienten und auch der klimatischen Bedingungen – La Paz liegt schließlich zwischen 3500 und 4000 Metern hoch – stellte ich ein großes Team zusammen. Im Einzelnen waren das PD. Dr. Dennis von Heimbürg und ich als Plastische Chirurgen, PD. Dr. Bernd Niederhagen und Dr. Thorsten Appel als Mund-, Kiefer- und Gesicht-

schirurgen, Dr. Wiebke von Heimbürg als Hals-, Nasen- und Ohrenärztin, Dr. Markus Pfisterer und Dr. Thomas Hübner als Anästhesisten, Ursula Brinkmann und Luis Camacho als OP-Schwester und Pfleger, Irene Hertweck und Mechthild Teligmann als Anästhesieschwestern.

Über Paris, Sao Paulo mit langen Zwischenaufenthalten ging es dann nach La Paz. Kaum waren 28 Stunden vergangen, schon waren wir da. Bolivien ist kein Tourismusland, dementsprechend gibt es auch keine Direktflüge. Die Kosten der Flugtickets lagen deutlich über den sonst üblichen Preisen. Unser Übergepäck konnten wir dank des so genannten „Piece-Konzept“, d.h. pro Person 2x32 KG weitgehend kostenlos transportieren. Nur die Packerei war entsprechend mühselig .....Da uns sonst allerdings Kosten in fünfstelliger Größenordnung entstanden wären, kein Thema!





La Paz – Häusermeer zwischen 3500 und 4000 Metern

Kaum im Flughafen von La Paz „El Alto“ angekommen, genehmigten sich unsere Raucher sofort eine Zigarette, schließlich sind die Flüge heute Nichtraucherflüge, auf den meisten Flughäfen darf auch nicht mehr geraucht werden. Bezahlt wurde dies auf der Stelle mit „blauen“ Lippen. El Alto liegt auf 4100 Metern Höhe!

Samstag und Sonntag würde im Hospital nicht gearbeitet werden, erklärte uns der Verwaltungsdirektor des Krankenhauses bei der Abholung vom Flughafen. Somit hatten wir dann immerhin fast zwei Tage zur Akklimatisierung, dann ging das Rauchen auch schon besser. Das übliche Screenen der Patienten sollte kein Problem darstellen, hatten sich doch über 170 Patienten auf den Aufruf des Hospitals zur Operation gemeldet. Obendrein wurden diese Patienten doch schon auf Anweisung des Verwaltungsdirektors durch Plastische Chirurgen, die z.Teil belegärztlich

im Hospital tätig waren, voruntersucht.

Welch fataler Fehler! Von den 170 Patienten wurden 140 Patienten weggeschickt mit der Begründung, „...das wär nichts für uns“ oder „...das könnten wir auch nicht.“ In Bolivien gibt es keine Ausbildungsmöglichkeiten, um Plastischer Chirurg zu werden. Dementsprechend erfolgt die Ausbildung in anderen Ländern Südamerikas. Wer sich das leisten kann, legt offensichtlich seinen Schwerpunkt in die ästhetische Chirurgie und nicht in die rekonstruktive und Missbildungen behandelnde Plastische Chirurgie. Wir wurden also regelrecht durch die vor Ort arbeitenden Plastischen Chirurgen sabotiert, nur damit sie selber nicht ihr Gesicht verlören oder möglicherweise sich veranlasst gefühlt hätten, selber solche Patienten operieren zu müssen. Diese Einzelheiten wurden uns leider erst später bekannt, dementsprechend müh-

sam gestaltete sich unser Screening. Auch dem Verwaltungsdirektor, der es ja eigentlich uns nur erleichtern wollte, wurde sein Fehler erst später klar. Dann wurden jedoch erneut Aufrufe im Radio und Fernsehen organisiert, sodass dann doch die entsprechenden Patienten sich vorstellten. Über dies ging jedoch wertvolle Zeit verloren.

Das Krankenhaus selber war sehr gut organisiert. Auch die Ausstattung der Stationen und des OP-Bereichs entsprach dem Standard eines deutschen Kreiskrankenhauses. Viele Geräte waren Spenden aus deutschen Krankenhäusern, die hier durch moderne Geräte oder aufgrund der Tatsache, dass sie den veränderten gesetzlichen Normen nicht mehr entsprachen, ersetzt wurden. Selbst ein Computertomograph – eine amerikanische Einzelspende – war vorhanden. Diese Geräte konnten gegen Entgelt auch von anderen Krankenhäusern genutzt werden. Die Allgemeinchirurgischen Kollegen führten sogar endoskopische Gallenblasenentfernungen durch, natürlich gegen Geld. Sogar eine Herzoperation war durch eingeflogene Gastärzte kurz vor unserem Eintreffen bei einem Kind durchgeführt worden. Die Diskrepanz zwischen der Motivation unseres Einsatzes und den sonst durchgeführten Eingriffen war nicht zu übersehen. Überhaupt drehte sich sehr viel um Geld. Der erste Weg der Patienten war der Weg zur Kasse, wo eine Art „Eintrittsgeld“ gezahlt werden musste. Jede Blutentnahme, jeder Verband, alles musste separat bezahlt werden. Auch bei unseren Patienten! Erst auf massive Intervention unsererseits, war bei unseren Patienten alles „free of charge“.

Da die hygienischen Verhältnisse

im Krankenhaus und insbesondere im OP-Bereich sehr gut waren, konnten wir bei unseren Operationen sogar große Lappenplastiken durchführen.

Nach anfänglichen Schwierigkeiten stellte sich nach einigen Tagen dann der übliche Tagesablauf mit der Versorgung von Verbrennungsoffern und Lippen-, Kiefer- Gaumenspalten ein. Die Zahl der Gaumenspalten war jedoch insgesamt geringer als erwartet. Ursache sind häufiger durchgeführte Camps zur unendgeldlichen Korrektur dieser Fehlbildungen. Auch die Nachsorge der Patienten erschien uns gewährleistet, da eine junge Kollegin einen Teil ihres Studiums in Deutschland absolviert hatte und dementsprechend gut Deutsch sprach. Aufgrund der negativen Grundeinstellung der ortsansässigen Plastischen Chirurgen unterblieb ein sonst üblicher Gedankenaustausch. Hinzu kamen sprachliche Barrieren, da die meisten Mitglieder unseres Teams kein Spanisch sprachen, Englisch vor Ort so gut wie von niemandem gesprochen wurde.

Die Entscheidung ein großes Team zu bilden stellte sich als richtig heraus. Jeden Tag hatten wir mindestens einen Ausfall zu verzeichnen. Verdauungsstörungen mit Krämpfen und Durchfall waren an der Tagesordnung. Vermutlich nicht als Folge eines hygienischen Fehlverhaltens, sondern Folge der Höhe. Ein Wochenendausflug in die Yungas, ein nur wenige Stunden von La Paz entfernten tiefer gelegenen Dschungelgebietes, führte schlagartig zum Verschwinden der Symptome, die bei Rückkehr nach La Paz wieder einsetzten.

Die Abende waren häufig durch intensive Diskussionen zum Sinn unseres Einsatzes gekennzeichnet.



*Gestielte Lappenplastik bei fehlenden Halsweichteilen nach Verbrennung*

Stand bei anderen Einsätzen die wohlige Müdigkeit nach stundenlangem erfolgreichem Einsatz im OP im Vordergrund der Diskussionen, waren diesmal die Gespräche durch eine gewisse Bitternis angesichts der gewaltigen sozialen Unterschiede sogar im Krankenhaus gekennzeichnet. Plastisch-Ästhetische Eingriffe versus Sekundärversorgung von Verbrennungsfolgen zum Nulltarif und Korrektur von Missbildungen, größer können die Unterschiede sein. Die emotionale Toleranz der Teammitglieder war in hohem Maße gefordert. Die ursprüngliche Zielsetzung des Krankenhauses und Trägers war für uns nur noch rudimentär nachvollziehbar. Auch wenn wir sicherlich einer ganzen Reihe von sehr bedürftigen Menschen helfen konnten, Straßenkinder haben wir nur drei behandelt. Bei einem weiteren Einsatz nach La Paz ist meines Erachtens eine Vorlaufzeit von mindestens 8 – 10 Monaten erfor-

derlich, um die entsprechenden Patienten zu erreichen. Spanischkenntnisse bei der überwiegenden Mehrzahl der Teammitglieder sind wünschenswert.

Wenige Tage nach unserer Rückkehr haben wir uns mit den verantwortlichen Stiftungsmitgliedern von Arco Iris getroffen. Ein intensives Gespräch hinterließ nachdenkliche Gesichter bei unseren Gesprächspartnern aufgrund unserer geschilderten Erfahrungen, auch wenn wir nur einen kurzen Einblick in die Struktur des Krankenhauses werfen konnten. Nach Veränderungen machen weitere Einsätze durchaus Sinn, denn weder die derzeitige Struktur des bolivianischen Gesundheitswesens noch das Können oder der Wille der dort arbeitenden Ärzte lassen es wahrscheinlich erscheinen, dass den bedürftigen Patienten oder den Straßenkindern eine adäquate Behandlung zu Teil wird.

*Matthias Gensior*



## Hospital Nacional Salama / Verapaz / Guatemala / Centro America



Die Sektion Schopfheim war in diesem Jahr zum 3. Mal im Hospital Nacional in Salama.

Als Fluggesellschaft wählten wir wieder die IBERIA aus 2 Gründen. Zum einen waren die Flugpreise am günstigsten, zum anderen macht der Gepäcktransport keine Schwierigkeiten, da pro Person 64 kg allerdings in nur 2 Einheiten mitgenommen werden können. Ein problematischer Punkt war 2002 der Stop in Miami, wo das gesamte Gepäck zunächst aus- und nach Kontrollen neu eingchecked werden musste. In diesem Jahr hatte IBERIA eine eigene Transithalle und das Gepäck wurde von Zürich bis Guatemala durchgecheckt, womit die Zwischenlandung in Miami nunmehr völlig unproblematisch ist. Auch die langen Wegstrecken innerhalb des Flughafens waren

nun deutlich verkürzt worden. Bei der amerikanischen Passkontrolle wurde erstmals Freundlichkeit und Zuvorkommendheit gezeigt.

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.

Nachdem im vergangenen beiden Jahren bereits die Grundlagen für den diesjährigen Einsatz geschaffen worden sind, konnte jetzt eine weitgehend perfekte Vorbereitung festgestellt werden. Unser Kommen war durch die Medien angekündigt und bereits sehnhelch erwartet worden. Dr. med. Herbert Macz und seine Frau Elo, die für die dortige Hilfsorganisation Asociacion Mujer Pilar de la Sociedad tätig sind, waren in diesem Jahr durch die Organisationen Malteser-Orden und Americare zusätzlich unterstützt worden. Es war bereits im Vorfeld alles geregelt, so dass am Flughafen eine reibungslose

Einreise ohne jegliche Zollformalitäten vonstatten ging.

Die politische Situation war etwas bivalent. Die erst kürzlich erfolgten Wahlen hatten einen neuen Präsidenten an die Spitze des Landes gebracht, wobei dies doch einige Unruhe mit sich brachte. So wurde während unseres Aufenthaltes der Krankenhausverwaltungsleiter von einem Tag zum anderen abgesetzt. Auch andere ähnliche Aktionen konnten wir in unserem kleinen Umfeld beobachten.

Das Hospital Nacional bietet weitgehend ideale Bedingungen. Es handelt sich um ein etwa 100 Betten großes Krankenhaus in einem guten baulichen und hygienischen Zustand, allerdings wird durch die wirtschaftliche Misere des Landes zumindest in der Peripherie die Bausubstanz vernachlässigt, so dass zunehmende Gebäudeschäden seit dem letzten Jahr zu finden waren. Viele Großgeräte wie Narkoseapparate, Laborgeräte, Röntengeräte usw. waren von Japan erst vor etwa 7 Jahren geliefert worden und befanden sich nicht mehr in einem befriedigendem Zustand, wobei es mit der Wartung (fehlende Ersatzteile?) doch sehr hapert. Verbrauchsmaterial war überhaupt nicht vorhanden, hiermit waren wir jedoch gut versorgt. Die Operationssäle waren groß, sauber und mit Klimaanlage ausgestattet. Es standen uns über die ge-





samte Dauer des Einsatzes durchgehend 2 OP-Säle zur Verfügung, außer bei akuten Notfällen, insbesondere in der Gynäkologie, was aber ohne größere Probleme machbar war. Unterstützt wurden wir durch einen Kollegen aus Guatemala City, der zum einen als Dolmetscher tätig war, des weiteren aber auch alle anfallenden Formalitäten (die es auch dort gibt!) erledigte und der auch für die Nachsorge nach unserer Abreise zuständig war.

Das Pflegepersonal war ausreichend vorhanden, arbeitete jedoch nur im Hintergrund für uns, wie z.B. das Sterilisieren der Instrumente. Für eine Assistenz bei Eingriffen stand es nicht zur Verfügung. Auch auf den Stationen war die Kompetenz für uns nicht zu durchblicken. Durch die fehlenden Finanzen und die nicht ausbezahlten Gehälter war das Personal nur zeitweilig anwesend und die Zentralsterilisation arbeitete wegen fehlendem Dampf (Kosten) nur sporadisch. So waren wir im weiteren Verlauf auf uns selber angewiesen, was aber kein Problem darstellte. Auf Grund der gemachten Erfahrungen war die relativ große Mannschaftsstärke gerechtfertigt, da eben hierdurch ein völlig autarkes Arbeiten möglich war. Die Absicht, auch den Kollegen vor Ort in unserem Fachgebiet unsere Kenntnisse zu vermitteln, konnte

daher nur in sehr begrenztem Umfang verwirklicht werden. Die Anordnungen für die Station, insbesondere die Gabe von Analgetika oder Antibiotika waren nicht überprüfbar. So verteilten wir die entsprechende Medikation selbst.

Trotz dieser äußeren Einflüsse verlief der Einsatz erfolgreich. Es fanden sich vom Spektrum her reichlich Gaumenspalten, congenitale Anomalien, wie Polydaktylien, Syndaktylien, Hämangiome, Neurofibrome, ausgedehnte Tierfellnävi, sowie Unfallfolgen, meist nach Verkehrsunfällen oder Auseinandersetzungen mit der Machete, während Verbrennungsfolgen in der Minderzahl waren. Auch zu frischen Verletzungen (Sehnenverletzungen, Hundebissverletzungen) wurden wir erfreulicherweise ebenso hinzugezogen wie zu frischen Verbrennungen bei mehreren Kindern. Insgesamt wurden etwa 200 Patienten untersucht, beraten, ein Behandlungsplan aufgestellt und gegebenenfalls ein OP-Termin vereinbart.

An den 10 Operationstagen konnten wir 113 Eingriffe durchführen, davon etwa 3/4 in Allgemeinnarkose. Über 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.

Während in den Jahren zuvor das Team weitgehend von Erkrankungen verschont geblieben war, wurden dieses Mal 2 Kollegen über 5 Tage auf Grund einer (nachgewiesenen Rota-Virus-Infektion) ausschließlich parenteral ernährt und mussten im Hotel bleiben. Auch für den Rest der Zeit bestand naturgemäß nur noch eine reduzierte Einsatzfähigkeit. Weitere Teammitglieder waren ebenfalls zeitweilig, wenn auch kürzer aus gleichem Grund nicht einzusetzen. Wie ein gutes Team in solchen Fällen flexibel sein kann und entsprechende Ausfälle bewältigt, wurde eindrucksvoll demonstriert. Gott sei Dank haben alle jedoch die Unpässlichkeiten letztlich gut überstanden.

Viele Patienten wurden auf das nächste Jahr getröstet, wobei es sich im allgemeinen um solche Fälle handelte, die eine längere Überwachung benötigen und erst in den letzten 2 Tagen sich vorgestellt hatten. Die im vergangenen Jahr begonnene Freundschaft zwischen allen Beteiligten konnte in diesem Jahr weiter vertieft werden. So wurden am Wochenende Ausflüge in die nähere Umgebung ebenso organisiert wie Veranstaltungen mit lokalen Musikern (Marimba) und der lokalen Ärzteschaft.





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

Interessant ist der Verlauf eines Jungen, der bei einem Hausbrand sich multiple Verbrennungen zuzog und sich beim ersten Einsatz, damals leider am letzten Tag vorstellte. Er hatte den rechten Unterarm verloren, es fanden sich kontrakte Narben am Ellenbogen- und Schultergelenk. In einer ersten Sitzung hatten wir die Beweglichkeit des Ellenbogengelenkes wiederhergestellt, jetzt war die Axilla mit einem Lappen versorgt und die übrigen Defekt mit Meshgraft gedeckt worden. Am Abreisetag hatte der Junge zum ersten Mal nach dem Unfall wieder ein Hemd an, wobei er durch beide Ärmel seine Arme stecken konnte.

Die Dankbarkeit der Patienten bzw. deren Angehörige hat uns immer wieder zutiefst berührt. Trotz der ausgeprägten Armut wurden uns einmal 3 Eier, ein anderes Mal eine halbe Flasche Honig oder selbst gebackener Kuchen gebracht. 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.

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

PD Dr. Dirk Nolte, MKG-Chirurg, Bochum

Dr. Ernst Eichel, Anästhesist, Lör-rach

Dr. Petr Urbasek, Anästhesist, Engelskirchen

Dr. Andreas Rudolph, Schopfheim  
Sr. Ana-Maria, OP-Schwester, Schopfheim

Sr. Marion Urbasek, Anästhesie, Engelskirchen

Sabrina Zimmermann, Anästhesie, Schopfheim

Sr. Marianne Zabel, OP-Schwester, Schopfheim

Herr Helmut Sammer, Techn. und Dokumentationsassistent

dem Team vor Ort

Dr. Herbert Macz mit Frau Elo

Dr. Marco

Olgita und Orlando

Laureen Fath

Malteser Orden und Americare die die Kosten für Unterbringung und Verpflegung übernommen hatte und den vielen privaten Spendern und den Firmen, die finanziell für das Gelingen dieses Einsatzes beigetragen haben.

*Günter Zabel*

## Hilfe für Anita aus Calcutta

Über **pro-interplast** (Frau Huck) haben wir – sozusagen als „verlängerter Arm für Interplast in der Heimat“ – mal wieder eine junge Frau aus Calcutta mit völlig degeneriertem Kiefer, Ankylose bds. und funktionell wie ästhetisch katastrophalem Erscheinungsbild bei 35 kg Gewicht, zugewiesen bekommen. Wir konnten eine Gastfamilie finden (Dr.Kornecki), Gynäkologe, und seine Frau, Chirurgin, aus Königstein, die sich rührend um das Mädchen kümmern. In einer ersten OP wurden Distraktoren eingesetzt, um den Kiefer in allen Ebenen des Raumes zu strecken.

Nach Entfernung der Distraktoren im zweiten Schritt Schaffung neuer Kiefergelenke durch Rippentransplantate nach Fräsung neuer Gelenkpfannen. In gleicher Sitzung Oberkieferimpaktation im Sinne einer two piece-maxilla, Vorverlagerung des Unterkiefers und des Kinns, Mundsanierung und Rotation der UK- Front nach dorsal zur Bißeinstellung. Damit konnten wir m.E. ein funktionell wie ästhetisch einigermaßen akzeptables Ergebnis erzielen dank der großzügigen Unterstützung der KLINIKEN DES HOCHTAUNUS, BAD HOMBURG, die OP-Personal, Material (teilweise), Klinikbett etc. kostenfrei zur

Verfügung stellten. Dies ist nun schon zum wiederholten Male trotz angespannter Haushaltsslage besonders zu würdigen.

Bevor Anita (25 J.) nach Calcutta zurückkehrt, bekommt sie bei uns noch zahnärztl. Restauration der Zähne und spezielle Physiotherapie, damit sie ihre neuen Gelenke auch entsprechend nutzen kann.

Frau Huck hat neben Flugtickets für die Patientin jedwede Hilfe zugesichert, wofür wir ihr ganz herzlich danken!

*Wolfgang Kater,  
Bad Homburg /Taunus*



## Funktionsbehindernde Verbrennungsnarben in Entwicklungsländern

*André Borsche, Rémy Zilliox, Nuri Alamuti*

Verbrennungen sind eine der häufigsten Ursachen für Unfälle in Entwicklungsländern, da das tägliche Leben noch eng verknüpft ist mit dem Umgang mit offenem Feuer, sei es zum Kochen, Heizen oder bei der Arbeit. Gerade Kinder sind hier besonders gefährdet, da sie immer wieder beim Spielen an un-

geschützte Feuerstellen geraten und sich verheerende Verbrennungen zuziehen.

Da eine akute Verbrennungsbehandlung nach unserem Standard oft nicht zur Verfügung steht, kommt es meist über eine langwierige Sekundärheilung zu erheblichen Verbrennungsnarben. Diese

können als Verbrennungskontrakturen zu dramatischen Entstellungen und Funktionsbehinderungen führen.

Hier ist die Plastische Chirurgie gefordert, um diesen Menschen wieder zu einer wesentlichen Verbesserung ihrer Lebensqualität zu verhelfen. (Bild 1)



Bild 1

Seit über 20 Jahre organisiert nun **INTERPLAST Germany** Operationseinsätze in Afrika, Asien und Südamerika, die sich gerade diesen Verbrennungsoptern durch plastisch-rekonstruktive Eingriffen widmen. Dabei haben sich Behandlungsstrategien entwickelt, die sich an den eingeschränkten Möglichkeiten der Entwicklungsländer orientieren. Eine intensive Nachbehandlung, Narben-Kompressionstherapie oder Krankengymnastik sind nur selten zu realisieren. Im Folgenden werden einige typische, immer wieder anzutreffende Kontrakturen aufgezeigt und deren plastische Rekonstruktion beschrieben.

Die Plastische Chirurgie der späten Verbrennungsfolgen erfordert bei komplexen Vernarbungen meist eine Kombination von verschiedenen Techniken, deren Wertigkeit von der Effektivität und der Sicherheit in der Anwendung abhängt. Kontrakturlösung und Defektdeckung durch **Schwenklappenplastiken** und **Vollhauttransplan-**

**tate** haben sich dabei besonders bewährt. Während fortlaufende Z-Plastiken und Y-V-Plastiken zwar sicher durchzuführen sind, bringen sie aber bei schwersten Kontrakturen oftmals nur einen begrenzten Funktionsgewinn, insbesondere wenn nur vernarbtetes Gewebe verschoben werden kann. Spalthaut-Transplantationen sollten nur als letzte Möglichkeit der Defektdeckung gewählt werden, da sie im Gelenkbereich der Schrumpfungstendenz unterliegen und zu instabilen Narben führen können.

Aufwendige mikrovaskuläre Techniken sind den Erfahrenen vorbehalten und eher die Ausnahme, da unter einfachen Bedingungen oftmals nur begrenzte postoperative Überwachungsmöglichkeiten gegeben sind. (Bild 2 a,b,c)

Die Wahl der Rekonstruktionstechnik hängt entscheidend von der Qualität des angrenzenden Gewebes und den vorhandenen Haut-Weichteil-Reserven ab. Ist ausreichend benachbartes unverbranntes Gewebe zur Verfügung, bringt



Bild 2a



Bild 2b



Bild 2c

die **Fasziokutane Schwenklappenplastik** die sichersten Einheilungs- und Spätergebnisse. Handelt es sich um großflächige Kontrakturareale kommen **Muskulokutane Insellappenplastiken** meist in Kombination mit Hauttransplantationen zur Anwendung,



Bild 3a



Bild 3b



Bild 3c

wobei die Lappenplastik das Kontraktur-Rezidiv verhindern soll. (Bild 3 a,b,c) (Bild 4 a,b,c,d)

Bei der Rekonstruktion schwerer Gelenkkontrakturen haben sich vor allem **90 Grad-Schwenklappenplastiken** bewährt. Unter den Bedingungen der Entwicklungsländer heilen sie bei korrekter Planung sicherer ein als alleinige Hauttrans-



Bild 4a



Bild 4b



Bild 4c



Bild 4d

plantate (Risiko von Infektion und Hämatom) und zeigen keine postoperative Schrumpfungstendenz wie Spalthaut-Transplantate. Ist es möglich die Schwenklappen im Verlauf der Gelenkachse und damit quer zur Kontraktur-Spannungslinie





Bild 5a



Bild 5b



Bild 5c

zu legen, wird nach Einheilung oft ein größerer Bewegungsumfang erreicht als durch fortlaufende Z-Plastiken. Gerade bei Kindern im Wachstum ist es von Bedeutung zur Unterbrechung des Narbenstranges möglichst noch unvernarbtes, dehnbare Gewebe zu in-

terponieren, um ein späteres Kontraktur-Rezidiv zu vermeiden. (Bild 5 a,b,c)

Bei Lösung von großen rumpfnahen Gelenkkontrakturen an Axilla, Hals und Hüfte entstehen oft riesige Wunddefekte, die am besten mit muskulokutanen Schwenklappenplastiken wie Latissimus, Trapezius, Rectus Abdominis (VRAM) oder Tensor Faszie Latae (TFL) gedeckt werden. Sie bringen sicher ausreichend gut durchblutetes Gewebe in das tief vernarbte Areal und ermöglichen dadurch ein infektfreies Einheilen. (Bild 6 a,b,c)

Solange es in den Entwicklungs-

ländern nicht gelingt eine flächendeckende plastische Akut-Versorgung für Verbrennungsoffer aufzubauen, werden auch weiterhin unzählige Patienten auf eine sekundäre Rekonstruktion angewiesen sein. Bei INTERPLAST-Einsätzen hat somit neben der direkten Hilfe für die Patienten auch das Anlernen der Ärzte vor Ort einen besonderen Stellenwert. Sie sollten in die grundlegenden Techniken der Plastischen Chirurgie wie Hauttransplantation, Z-Plastik und Schwenklappenplastik eingewiesen werden, um ihren eigenen Patienten in Zukunft selber besser helfen können. (Bild 7 a,b,c,d)



Bild 6a



Bild 6b



Bild 6c



Bild 7a



Bild 7c



Bild 7d



Bild 7b

*Abbildungen:*

1. Schwere sekundär heilende Verbrennungskontraktur.

2. Kombination von lokalen Lappenplastiken und Vollhaut-Transplantaten.

3. Mento-Sternale Kontrakturauflösung und fasziokutane Epauletten-Lappen bds mit Vollhaut-Transplantation.

4. Muskulokutane Trapezius-Lappenplastik und Ausheilungsergebnis nach 2 Jahren.

5. Nach Lösung der Ellenbogengelenkskontraktur liegen Gefäße und Nerven frei, die mit einer 90-Grad-Schwenklappenplastik bedeckt werden. Verbleibende

Restdefekte werden transplantiert.

6. Schwerste Verbrennungskontraktur im Hüft- und Schambereich durch einen VRAM versorgt und Spätergebnis nach 3 Jahren.

7 Bogenförmig konfluierende Verbrennungskontraktur von Arm, Rumpf und Bein durch eine Kombination von Schwenklappenplastiken und Hauttransplantationen operiert und anschließend Anleitung der Ärzte und Schwestern vor Ort in die Nachbetreuung.

# Möglichkeiten der computer-unterstützten Operationsplanung bei komplexen Rekonstruktionen nach tiefen Verbrennungen im Gesichtsbereich – ein Fallbericht

L. Kovacs, A. Zimmermann; H. Wawrzin; H. Seitz; K. Schwenger; N.A. Papadopoulos; G. Brockmann; H. F. Zeilhofer; E. Biemer; H. Schoeneich

Schwerwiegende Verbrennungen im Gesichtsbereich führen sehr häufig zu funktionellen und ästhetischen Beeinträchtigungen mit daraus resultierender psychischer Belastung der Patienten. Eine möglichst optimale chirurgische und rekonstruktive Versorgung ist daher zwingend. Massive Verletzungen, vor allem in den zentralen Gesichtsbereichen, machen es dem Chirurgen sehr schwer, den Gewebeverlust einzuschätzen, entsprechend mühsam gestaltet sich die Planung einer Rekonstruktion.

In den letzten Jahren wurden technische Lösungen zur nicht-invasiven dreidimensionalen Oberflächenerfassung auch für medizinische Anwendungszwecke verfügbar. Die zugrundeliegende Technik wird bereits seit längerem erfolgreich in der Industrie zur Vermessung komplexer Strukturen eingesetzt. Dabei werden Oberflächen durch Laser- oder Lichtstrahlen abgetastet. Erste Anwendungsbeispiele in der Medizin zeigen bereits jetzt vielversprechende Ansätze. Die dreidi-

mensionale Erfassung und Visualisierung von Körperregionen führt zu einem besseren räumlichen Verständnis der zu behandelnden anatomischen Strukturen und damit zur Verbesserung der Behandlungs- und Operationsplanung. Diese Aspekte wollen wir nachfolgend anhand eines klinischen Fallberichtes erörtern.

Eine 16-jährige Patientin fiel im Dezember 2001, im Alter von damals 14 Jahren, beim Duschen in Ohnmacht und kam mit ihrem Kopf für etwa 30 Minuten an einem Heißwasserboiler zu Liegen. Dabei zog sie sich eine dritt- bis viertgradige Verbrennung des Mittelgesichtes mit kompletter Destruktion der äußeren Nase, des rechten Auges und der rechten Gesichtshälfte, der Weichteile der Stirnregion und des linken Oberlides, sowie der knöchernen Strukturen des Os frontale rechts, der lateralen Orbitawand und -bodens rechts sowie der lateralen Wand des Sinus maxillaris rechts zu. Das Ausmaß der Verbrennungen entsprach etwa

zwei Prozent der Körperoberfläche.

Die initiale Versorgung der Patientin erfolgte im Ausland in einem heimatnahen Krankenhaus während eines 332 Tage dauernden stationären Aufenthaltes. Dort wurde in insgesamt sechs Operationen versucht, mittels eines freien Latissimus-Lappens und mehrerer Spalthauttransplantationen die Wundflächen zu verschließen (Abb. 1). Dabei kam es zu wiederholten Infektionen mit *Pseudomonas aeruginosa* und Methicillin-resistentem *Staphylococcus aureus*. Dies führte zu einem chronischen Infektzustand in dem gesamten Mittelgesichtsbereich. Der Defekt des Os frontale und teilweise auch der Orbitahöhle konnten erfolgreich mit dem Latissimus-Lappen gedeckt werden. Die Defekte des linken Oberlides, der Nase und des Sinus maxillaris wurden mit Spalthauttransplantaten gedeckt, ein stabiler Wundverschluss konnte in diesen Regionen jedoch nicht erreicht werden.



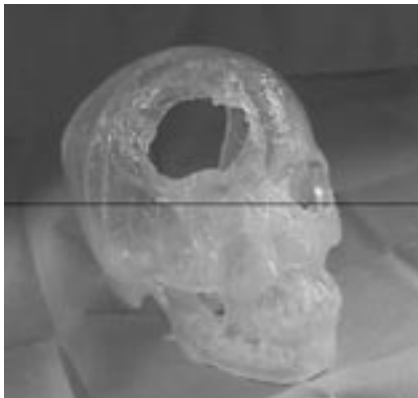


Abb. 2



Abb. 2a



Abb. 3

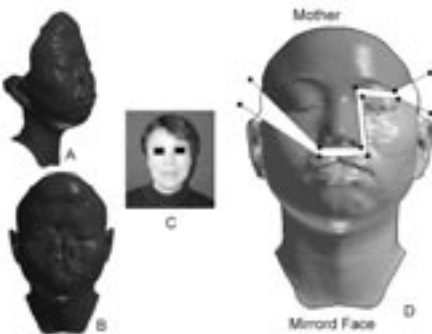


Abb. 4a-d

Abb. 5c-d



Abb. 6

Über die Hans Seidel Stiftung in Shanghai und der deutschen Schule wurden bestehende Kontakte zu Dr. Schoeneich nach München aufgenommen und in enger Zusammenarbeit mit Herrn Giggl (Deutsche Auslandsschule Shanghai) und Herrn Lutz (China Reisebüro München) die Überführung der Patientin beschlossen. Prof. Biemer, Dr. Kovac und Interplast München übernahmen diese anspruchsvolle reparatorische Aufgabe im wahrsten Sinne des Wortes. Dem Menschen wieder ein menschliches Gesicht geben.“

Initial erfolgte bei uns eine Infektbehandlung mit lokalen und systemischen Maßnahmen, bis die Wundflächen mikrobiologisch kei-

nen Keimnachweis mehr ergaben. Um ein besseres räumliches Verständnis für die strukturellen Läsionen zu gewinnen, wurden in erster Linie die etablierten Bildgebungsverfahren angewendet. Aus dem Datensatz konnte eine dreidimensionale Rekonstruktion der knöchernen Strukturen erstellt und in Form eines Stereolithographiemodells visualisiert werden (Abb. 2a). Die dreidimensionale Erfassung der Weichteiloberflächen des verbrannten Gesichtes (Abb. 2b) wurde mit dem Linearlaserscanner der Firma Minolta, Typ Vivid 910 Minolta Co., Ltd., Osaka, Japan durchgeführt.

Durch die Kombination dieser mul-

timodalen Datensätze unterschiedlicher bildgebenden Diagnostikverfahren war es im geschilderten Fall des sechzehnjährigen Mädchens möglich, das Verletzungsmuster dreidimensional am Computer zu visualisieren. Zur Bearbeitung der Daten wurde folgende Software verwendet: RapidForm 2002 PP1 SP1 Software, (INUS Technology, Inc., Seoul, Südkorea), Amira 2.1 (Zuse Institut Berlin, Deutschland) und 3shape, (3shape ApS., Kopenhagen, Dänemark)

In einem ersten Arbeitsschritt wurden die verletzten Areale aus dem virtuellen Patientenmodell ausgeblendet. Um ein vollständiges und intaktes Gesichtsmodell zu rekonstruieren, wurden die gesunden

Bereiche gespiegelt (Abb. 4, 5 a,b). Im Bereich des Mittelgesichtes konnten bei der Patientin jedoch keine intakten Strukturen erfaßt werden. Fehlende Areale wurden daher mit entsprechenden virtuellen Gesichtspartien ergänzt, die durch räumliche Bildgebung mit den beschriebenen Verfahren bei der Mutter der Patientin gewonnen wurden (Abb. 5 c, d)

Durch Kombination des erstellten dreidimensionalen Modells mit den Farbinformationen aus einem Passbild der Patientin, das vor dem Unfall aufgenommen wurde, konnte die Gesichtsform vor dem Unfall relativ realitätsgetreu rekonstruiert werden (Abb. 6 a, b, c). Der Gewebedefekt konnte durch Überlagerung des virtuellen Rekonstruktionsmodells mit dem Kopfmodell der verletzten Patientin berechnet und dargestellt werden. Zur besseren Visualisierung wurde das Defekt aus den gesammelten Daten in Form eines Stereolithografie-Weichteilmodell angefertigt. (Abb 8)

Nach Abwägung mehrerer Faktoren, wie Größe und Form der zerstörten Areale, Spenderregion und Hebedefektmorbidity, sowie der Möglichkeiten für einen Gefäßanschluß, haben wir uns entschlossen, die Rekonstruktion mit Hilfe eines präformierten VRAM-Lappens durchzuführen.

Zusätzlich wurde die dreidimensionale Modelloberfläche des Substanzdefektes auf eine Ebene projiziert. Die Lage der Neonase und die Länge des für den Nasensteg verwendeten allogenen Knorpeltransplantates wurden aus den virtuell generierten Modellen abgeleitet (Abb. 9). So wurde im aus der Fasciocutangewebe des designierten Lappens eine neue Nase vorgeformt. In derselben Sitzung wurde ein Nasengerüst aus einem allogenen Knorpeltransplantat angelegt. Mit Hilfe der virtuellen Planung war es möglich, die Größe des zur Deckung benötigten Lappens und die Lokalisation der nachzubildenden Nase in dem vorgesehenen Transplantat leichter zu bestimmen (Abb. 9). Unter anderem konnten mit dieser Strategie die

Position des Lappens und des darin zu implantierenden Knorpels, die Lage des Gefäßstieles sowie die benötigte Hautoberfläche für die Nasenpräfabrikation wesentlich einfacher festgelegt werden.

Nach einer sechswöchigen Einheilungsphase der neuen präformierten Nase wurde in einem zweiten Operationsschritt der Defektbereich im Gesicht debridiert. Anschließend wurde der an der A. und V. epigastrica inferior gestielte VRAM-Lappen präpariert, gehoben, im Gesichtsbereich eingepasst und an die A. und V. facialis anastomosiert (Abb.9)

Während der Lappenhebung zeigte sich, dass es durchschnittliche Dicke des Fettgewebes im Bereich des VRAM-Lappens im Durchschnitt 2,5 bis 3 cm betrug. Zusätzlich dazu müssten noch der rechtzeitigen Muskulus rectus abdomini im Lappens integriert werden. Der eine primären Ausdünnung des Lappens wegen der vorhandenen Durchblutungsverhältnisse nur in einem extrem geringen Massen möglich war, wurde der geplanten

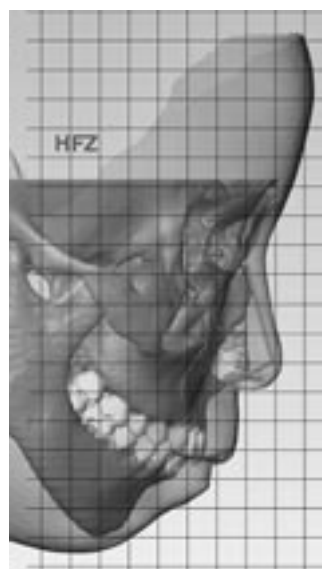
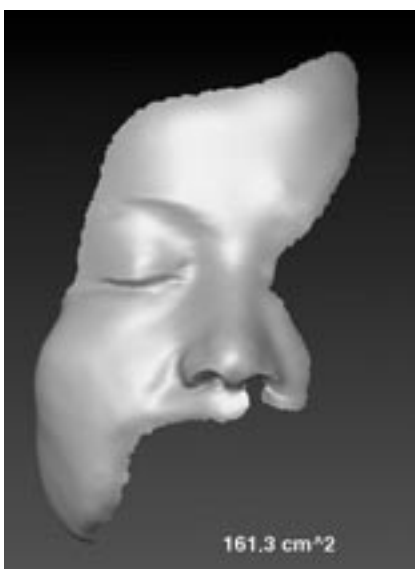


Abb. 8



Abb. 9

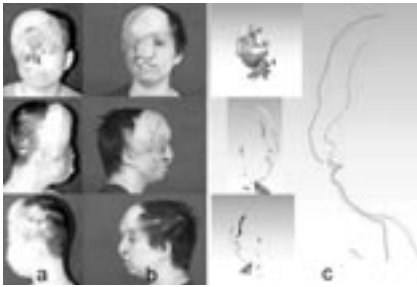


Abb. 10



wicht des Gewebes von nahezu 1 ein Volumen von etwa 360 ccm entsprechen.

Postoperativ kam es zu keinerlei Komplikationen und der Lappen heilte spontan ein. Auch im Bereich des Hebedefektes, welcher primär verschlossen wurde, kam

es zu keinen Wundheilungsstörungen technischen Möglichkeiten der räumlichen Erfassung und Darstellung unterschiedlicher Strukturen bereichert wird. Diese sind aber bei weitem noch nicht in der Lage die Erfahrung eines erfahrenen Operateurs zu ersetzen.

Lappenvolumen von 110 ccm deutlich überschritten. Die gemessenen 367 g des Präparates können bei einem spezifischen Ge-



## INTERPLAST-Germany e.V.

Gemeinnütziger Verein für Plastische Chirurgie in Entwicklungsländern

Vorstand: Dr. André Borsche, Kathrin Sojka, 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:



# 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 disfigurement 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](mailto:alamuti@interplast-germany.de)





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 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 **Projektkoordinator** 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, Krankenhausausstattung)

- 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.



***Herzlichen Dank an  
die Stadtwerke Bad Kreuznach  
die uns vorliegendes  
Interplast-Jahresheft 2004 mitfinanzierten!***

## **INTERPLAST-Germany e.V.**

Gemeinnütziger Verein für Plastische Chirurgie in Entwicklungsländern

Vorstand: Dr. André Borsche, Kathrin Sojka, 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 - Telefon: (0671) 6052712 • Internet: [www.interplast-germany.de](http://www.interplast-germany.de)



### **Sektionen:**

1 Frankfurt	Dr. O. Joch, Dr. H. Lampe
2 Stuttgart	Prof. Dr. Dr. W. Widmaier
3 München	Dr. H. Schoeneich
4 Eschweiler	Dr. H. E. Nick, Dr. M. Gensior
5 Bad Kreuznach	Dr. A. Borsche
6 Duisburg	Dr. P. Preißler, Dr. J. Toennissen
7 Siebengebirge	Dr. M. Schidelko
8 Vreden	Dr. A. Lehmköster
9 Heidelberg	Dr. L. Döbler
10 Schopfheim	Dr. G. Zabel
11 Nepal Projekt	Hein Stahl, Prof. G. Lemperle, Dr. A. Settje
12 Baden-Baden / Rastatt	Dr. Dr. R. Herr
13 Hattingen/Ruhrgebiet	Prof. Dr. Dr. E.-D. Voy

V.i.S.d.P: Dr. André Borsche, Bad Kreuznach

Druck: Raab-Druck Lindemann, Planiger Straße 91, 55545 Bad Kreuznach, Tel. 06 71/8 98 03-0, Fax 06 71/8 98 03-20  
Nachdruck, auch auszugsweise, nur mit ausdrücklicher Genehmigung von INTERPLAST-Germany e.V.

# INTERPLAST- Germany e.V.

*Gemeinnütziger Verein  
für Plastische Chirurgie  
in Entwicklungsländern*



**D A N K E**