

Einsatzberichte Sektion München 2018

Projektleitung : Heinrich Schoeneich, Oliver Esser, Khek Khet (Yangon)

Plast Chirurgie, Kieferchirurgie: Martin Gosau, Nuri Alamuti, Moritz Schoeneich, Heinrich Schoeneich, Sebastian Dunda, Michael Bergermann, Lukas Prantl, Aung Thida, Peter Sieg, Andreas Schmidt, Katharina Feigl, **Neurochirurgie Yangon**: Prof. Myat Thu, Philippe Schucht. **Burma Kollegen**: Prof. Moe Thuzar, Prof Kim Maung Lwin, Prof. Kaw San Nay, Aung Mint

Anästhesie: Paul Schüller, Martina Riefert, Geli Wagner, Axel Fischer, Stefan Rath, Herbert Bauer, Karin Lommel, Rupert Poeschel, Dirk Dunkelberg, Dirk Bieraswky

Innere Med.: Michael Schüller, Alexandra Schoeneich

OTA. Sasa Certaka, **Cand Med**: Katharina Lohmüller,

1-8. Myanmar Feb- Dezember 2018

9. Russland: Krasnojarsk (Sibirien) 21.4.-28.4.2018

10. Vietnam: Quy Non 21.8.-6.9.2018

11. Asmara 19.10.-31.10.2018

Myanmar: November – März 2018

1. Tachilek (Sek. MUC) / 2. Loikaw (Sek. Münster/Stuttgart) / 3. Sittwe (P. Sieg/Sek Frankfurt, Lübeck) / 4. Mandalay (Sek. MUC/Regensburg) / 5. Deltadivision (Sek. Duisburg) 6. Mandalay (HNO Traunstein) / 7. Sankalaburi Sek. Frankfurt / 8. Meningocelen Projekt Yangon

618 Operationen . LKG, Verbrennungsfolgen, Tumore, angeb. Missbildungen, Strumen, Leistenhernien, Meningocelen



Union of Myanmar ist das zweitgrößte Land in Südostasien mit einer langen wendungsreichen Geschichte und gesellschaftlichen Vielfalt mit 135 Ethnien. Landschaft und Leben sind geprägt vom Buddhismus, zu dem sich 87,9 % der Bevölkerung von ca. 52 Millionen Menschen bekennen. Doch auch Christentum, 6,2 %, Islam, 4,9 % und Hinduismus, 0,5 %, sind sichtbar. Ganz zu schweigen von den allgegenwärtigen Elementen des Volksglaubens. Myanmars relative Unberührtheit und sein Entwicklungsrückstand – beides nicht zuletzt Folge der jahrzehntelangen Abschottung – machten es zu einem attraktiven Ziel bis zu den Rohingyakonflikten, die Myanmar wieder in den Focus des Weltgeschehen rückte. 700.000 Refugees in den Lagern in Bangladesch und immer wieder massive Menschenrechtsverletzungen gegen diese Minderheit von weniger als 2% der Bevölkerung. Die Rohingyas sind Minderheiten, die aus Bangladesch eingewandert sind,

wobei ein Teil schon über 1.000 Jahre in Burma ansässig ist. Alle sind staatenlos und haben keine Bürgerrechte wie die anderen Burmesen. Dennoch muss man beide Seiten sehen. Auch hier gibt es Führer, die von Pakistan aus das Land steuern und bewaffnete Attacken gegen das Regime fahren, dass dann unerbittlich militärisch zurückschlägt. Wegen des Vorwurfs, Völkermord an den Rohingya nicht verhindert zu haben sitzt auch diese Myanmar Regierung auf der Anklagebank. Aung San Suu Kyi ist trotz Einschreiten von Kofi Annan, der einen Plan zur Verbesserung der Situation ausgearbeitet hat, nicht in der Lage hier eine Veränderung durchzuführen. Eine Islamophobie hat sich über das Land ausgebreitet. Der Tourismus nimmt Schaden, bis zu 50% ist er 2018 zurückgegangen und die erhofften Investitionen bleiben aus. Groß waren die Erwartungen, als aus den ersten freien Wahlen 2015 die Regierung der Nationalen Liga für Demokratie (NLD) – hervorging, die faktisch von Aung San Suu Kyi geführt wird. Inzwischen weicht der Begeisterung zunehmend der Enttäuschung, weil bisher weder bei der Beendigung des seit 60 Jahren tobenden Bürgerkrieges, noch bei der Verbesserung der Lebenslage durchschlagende Erfolge erzielt werden konnten.



Auch bei unseren Einsätzen spüren wir diesen Zwiespalt. Op-Einsätze in den Rakkhine (Rohingya Gebiet) wurden zugesagte Einsätze abgesagt aber in Sittwe, die größere Stadt in Rakkhine, haben wir bisher 6 durchführen können und weitere werden folgen. Peter Sieg und M.Bergermann / H.Bauer haben hier mit ihren Teams wieder die zahlreichen wartenden Strumen, Lippen-Kiefer-Gaumen-Spalten und Tumore operieren können.

Auch wir haben die Auswirkungen in Tachilek gespürt. Ein Bus mit ca. 50 Patienten konnte nicht zu uns nach Tachilek kommen, da in der Region ethnische Minderheiten einen Drogenkrieg führen, der zum Teil von China aus unterstützt wird und einen der zahlreichen Unruheherde unter den Ethnien darstellt.

2018 haben wir in 7 Einsatzgebieten in Myanmar und Thai-Grenzgebiet operieren können: in Sittwe, Tachilek, Loikaw, Yangon und Mandalay (2) insgesamt über 600 Patienten. Die Einsätze wurden außer Mandalay alle von **Oliver Esser** mit seiner burmesischen Ehefrau **Khet Khet** organisiert und geplant. Ohne Oliver würden unsere Einsätze nicht so erfolgreich sein, da er im Vorfeld die Patienten-Akquise, die Unterkunft, die ganze Logistik eines solchen Einsatzes organisiert und abwickelt. Ein liebenswerter Chaot mit großen Herz, für und unersetzlich.

Einsatzbericht Mandalay, Myanmar 27.10. bis 07.11.2018 Prof. Dr. Dr. Lukas Prantl, Dr. Vanessa Brébant, Dr. Philipp Lamby, Dr. Thiha Aung (Plastische Chirurgie); PD Dr. Michael Pawlik, Dr. Hans-Christoph Aigner, Jörg Seifert, Lea Pawlik (Anästhesie) Dr. Thwei Mandalay

36 Operationen, Teaching: 7 freie mikrochir. Lappenplastiken

Unser Team aus Regensburg war im Oktober und November 2018 in Bago und Mandalay. Patienten mit verschiedensten Krankheitsbildern erwarteten uns im General Hospital in Mandalay (Dr. Thwei). Diese reichten von Verbrennungen und (Kriegs-)Verletzungen sowie deren Folgen, Fehlbildungen, wie Lippen-Kiefer-Gaumen-Spalten, bis hin zu verschiedenen Tumorerkrankungen. Dabei handelte es sich unter anderem um Gesichtstumore (Mundbodenkarzinome), die mit freien Lappenplastiken gedeckt wurden oder einen Sarkom-Patienten, bei dem wir eine Borggreve-Umkehrplastik durchführten.



Prof. Prantl und PD Pawlik



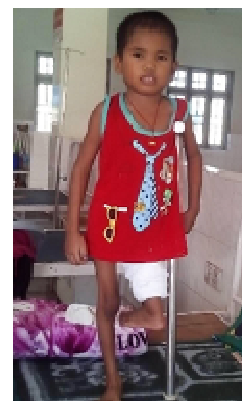
und Team Regensburg



Sarkom: Borgreve Umkehrplastik



Prae und Post OP



Die interdisziplinäre Zusammenarbeit mit dem medizinischen Personal vor Ort funktionierte nicht nur äußerst gut, sondern bereitete jedem von uns sehr viel Spaß und Freude. Wir hoffen auf viele kommende gemeinsame Projekte. Weitere Einsätze sind schon für 2019 geplant und Dr. Thwei, die bei uns in München für 6 Wochen ein Stipendium erhalten hatte, startet eine Kooperation mit der plastischen Chirurgie der Universität Regensburg unter Prof. Lukas Prantl und seinem burmesischen Assistenten Aung, der mehrmals im Jahr an der Universität in Mandalay wissenschaftliche Arbeitsbereiche zu etablieren versucht.

Das von Prof. Mühlbauer gestartete Meningocelenprojekt (15 Jahre) wird vom Neurochir. Prof. Myat Thu in Yangon und dem Schweizer Philippe Schucht weitergeführt. Die 2018 registrierten 15 Meningocelen Patienten wurden in Yangon operiert. Insgesamt wurden bisher über 300 Celen operiert, weltweit mit Thailand die größten Fallzahlen.

Unseren nächsten Einsatz, den wir im Februar 2019 durchführen werden ist in Hpa An, in der Nähe von Moulmein, ein sicherer, ruhiger Ort. Die Berichte über Einsätze in Sittwe, Loikaw, Sankalaburi, Mandalay und Delta finden Sie bei den Jahresberichten von Sektion Duisburg, Frankfurt und Münster/Stuttgart.

Sibirien – Krasnojarsk 21.4- 6.3.2018

M. Gosau, M. Farmand, Heinrich Schoeneich, Paul Schüller, Siegfried Heckman

Kieferrekonstruktionen 4x, freie Fibula 3x, Beckenkamm 1x, 6 Sekundärkorrekturen Nachresektionen 4x, Epithesenversorgung mit Titanverankerung, Nase, Ohr, Orbita 6x

Durch die Kontakte von Prof. Farmand, Prof. Martin Gosau (Klinikum Nürnberg) und Prof. S. Heckmann (Uni.Zahnklinik Tübingen) ist dieser zweite Einsatz möglich geworden. Aufgrund guter russischer Sprachkenntnisse der Tübinger Professoren hatte ein reger wissenschaftlicher Austausch über die letzten Jahre stattgefunden. Martin Gosau wurde eingeladen um in einer neu aufgebauten, onkologischen Klinik kieferchirurgische Tumorsektionen mit Rekonstruktionen mit freier Fibula vor zu operieren. Fernerhin wurde über Prof. Farmand Rekonstruktionen im Gesichtsbereich mit epithetischer Versorgung weiter voran getrieben und gelehrt. Wir, Paul Schüller und ich, hatten Gelegenheit russische NGO's zu treffen, die daran interessiert waren wie wir in Deutschland die NGO's aufgebaut haben, wie wir sie gestalten, welche Guidelines wir vertreten, welche Ziele wir haben und wie wir unser Fundraising betreiben. Wir waren alle



überrascht über die große Gastfreundlichkeit und über die positive russische Seele, die uns diesen Einsatz ja wohl gestaltet hat und wir mit positiven Erinnerungen über Moskau, das vor der Fußball-Weltmeisterschaft heraus geputzt war, zurück gekommen sind.

Einsatz Vietnam - Quy Nhon 21.8 - 6.9.2018

Paul Schüller, Heinrich Schoeneich, Peter Witt, Jeff Marsh, Stuart Neal

48 Operationen, 15 Gaunmen, 17 sek. LKG Korrekturen, 6 primäre LKG

Paul Schüller hatte über 15 Jahre mit amerikanischen Teams in Bhutan gearbeitet, die jetzt ihren Schwerpunkt von Bhutan nach Vietnam verlegt hatten und sich von Interplast Amerika getrennt hatten. Zwei erfahrene plast.Kinderchirurgen Peter Witt und Jeff Marsh aus Kalifornien, 2 Intensivkrankenschwestern, Anästhesisten und Sprachtherapeuten waren angereist, um ausschließlich LKG Spalten zu versorgen. Ein dort ansässiger Ex GI hatte den Einsatz vorbereitet und 2 gut ausgebildete Kieferchirurgen aus Saigon dazu geholt. Für mich war es lehrreich, ich habe von den routinierten Operateuren kleine Tricks übernehmen können. Jeder hat einen anderen Operationsstil und bevorzugte bestimmte Techniken, i.d.Regel abgewandelte Formen von Millard. Bei der der Größe des Teams hätte meinem Empfinden nach mehr Effektivität herauskommen müssen. Für mich hatten sie sich zu sehr in Sekundärkorrekturen verspielt und viele primäre bilaterale und unilaterale Lippen-Patienten dadurch abweisen müssen.

Eritrea – Asmara 19.10 – 31.10. 2018

H.Homann, F. Deneken, H.Schoeneich, P.Schüller. M.&K.Brandt.



Asmara Eritrea: Tagliero Tankstelle 1932

Burnanagement: 42 sek.Versorgung Kontakturen; microchir. Interosseus Flap

Das ich von einem neuen Einsatzort so begeistert zurückkehre, hätte ich mir nicht vorstellen können. Heinz Homann, Sektion Duisburg, sollte hier ein Projekt von seinem Vorgänger Dr. Brandt übernehmen, der seit über 20 Jahren in Asmara eine Verbrennungseinheit aufgebaut hat

(siehe Bericht Heinz Homann). Ich selbst war angenehm überrascht, dass hier aufgrund des Ärztemangels die beiden versierten OP Pfleger die primäre Versorgung von Verbrennungen perfekt durchgeführt haben. Durch das **Hammer Forum** und **Archemed** war hier ausreichend Material vorhanden – 3 Dermatome, 3 Mash Craft Geräte von Aesculap, reichlich Epigard, Jelonet und Mullbinden, so dass hier vollwertig nach europäischem Standard das Wundmanagement durchgeführt werden konnte.

Überrascht hat mich Asmara, eine Stadt die unter Musollini in den 30er Jahren aufgebaut wurde und von Massawa auf das Plateau auf 2.300m verlegt wurde. Hier steht man wie in einer italienischen Stadt und hat nicht das Gefühl in Afrika zu sein. Wunderbare Kinos, Kaffees, Bars mit alter Thonet Bestuhlung mit Patina – einfach zum Wohlfühlen, ein unglaublich schöner Ort, an dem man auch noch ausgezeichnet arbeiten kann.

Die Euphorie wurde dann zu Hause getrübt. Wir hatten ein Kind im Krankenhaus aufgefunden – Ibrahim, 6 Monate alt, 3.8kg schwer mit Verbrennungsfolgen auf dem Kopf. Die Schädelkalotte lag frei in einer Größe von 18x8cm. Das Kind ist der Mutter bei einem epileptischen Anfall aus dem Arm in ein offenes Feuer gefallen. Durch eine Plastikmütze war die Kopfhaut drittgradig verbrannt und das Resultat war dieser Zustand. (s. Foto)



Ibrahim 6 mo Verbrennungsfolge



offene Kalotte 10 x 15cm



Unfall vor 8 Wochen freiliegende Fontanelle

Was tun? Vor Ort zu riskant. Nach Rücksprache mit Prof. Ninkovic in München mit Kostenübernahme Zusicherung unsere einzige Option. Pass und Visaformalitäten haben alles nochmal um 8 Wochen verzögert Paul Schüller und ich haben die Mutter und das Kind im guten Allgemeinzustand, so schien es uns zunächst, in Frankfurt abgeholt. Das Kind war lebhaft, hatte kein Fieber und wurde ständig gestillt. Jima, die Mutter und Sohn Ibrahim wurden am ersten Abend bei mir zu Hause nach der langen Anreise früh zu Bett gebracht.

Ich war geschockt, als ich morgens das Zimmer betrat. Das Kind lag Tod im Bett, die Mutter saß regungslos daneben, sie hatte versucht das Kind in der Nacht zu stillen, da sei es aber schon kalt und ohne Reaktion gewesen. Wir wissen bis heute nicht warum dieser plötzliche Exitus stattgefunden hat. Die Obduktion in der Gerichtsmedizin ergab eine purulente ältere Pneumonie und eine Otitis media, aber all das entsprach nicht dem Allgemeinzustand des Kindes. Dieses Tragische, Schicksalshafte war für uns alle, da es auch noch bei uns in der Familie stattgefunden hat, erschütternd und belastend. Gedanken kommen auf: War es richtig sich einzumischen, einzumischen in das Schicksal eines solchen Kindes? In Asmara hätte es keine Chance gehabt. Entlastend für mich war, dass Ibrahim vor der Operation und nicht während oder nach der Operation verstorben ist. **Dieser plötzliche unerwartete Tod hat mir gezeigt, wie nah unsere Grenzen sind, wie weit unsere Entscheidungen zu überdenken sind. Dieses verstorbene Kind Ibrahim steht für mich für eine aus den Fugen geratene Welt, die dennoch unsere kleinen Reparaturen braucht um das Leben leben zu können. Zerstörung Heilung, Wiederherstellung und Tod liegen nah beieinander. Wir sollten die Grenzen wahrnehmen und lernen das Scheitern an den Reparaturen der Welt zu verinnerlichen und akzeptieren, aber nicht aufhören gegen die Absurditäten der Welt (Camus) mit unseren Operationen anzukämpfen, auch wenn unseren Operationen nicht immer zur Verbesserung führen. Dies müssen wir als Kismet zu akzeptieren lernen.**

Es hat mich sehr bewegt, dass alle beteiligten Notärzte, Polizei, Kriminalbeamte, Leichenbestatter mit Würde, Anteilnahme und Empathie diese Situation begleitet haben und ich werde beim

nächsten gemeinsamen Einsatz mit der Sektion Duisburg diese Familie in Keren aufsuchen.

12. Teilfinanzierung Projekte 1. Sektion Dresden Subawanga, 2. Mandalay/Regensburg, 3. HN0/Traunstein Einsatz: Mandalay mit Innenohrtransplantaten und Teachings Op und 4. Sittwe (Peter Sieg/ Lübeck)

Quo Vadis Interplast? Ausfahrt „Zukunft“ schon verpaßt ?



Der Satz "Humanitäre Hilfe hat ihre Unschuld verloren" stammt von dem verstorbenen Rupert Neudeck. Das „barmherzige Samaritertum“ im Sinne von Albert Schweitzer ist seit langem beendet und spricht von einem radikalen Samaritertum, der auf die Globalisierung und Neoliberalisierung dieser Welt sich anzupassen hat. Die Zielsetzung und das Anforderungsprofil humanitärer Einsätze muß sich wesentlich verändern. Das ist das Problem, was wir dieses Jahr auf unserer Tagung zu erörtern haben.

Was müssen wir tun? Wie müssen wir uns verändern? Dies sind schwierige Fragen, zu denen ich persönlich als Hardliner gehöre, aber auch keine idealen Lösungsvorschläge anbieten kann. In Bezug auf Burma muss ich betonen, dass wir hier aufgrund der politischen Verhältnisse nicht die Möglichkeit haben auf das Gesundheitsministerium einzuwirken, sie als gleichwertige Partner zu sehen und von ihnen auch einen Gegenpart zu verlangen. Sie verlassen sich zur Zeit immer mehr auf zu viele Teams, die unkoordiniert aus Indien, Japan, Thailand, Deutschland (*Exner benutzt meine über 20 Jahre aufgebaute Infrastruktur ohne sich bei unserer Sektion anzumelden, wie sollen wir da planen können.*), Italien, Frankreich kommen, die im Grunde genommen die Aufgaben, welche das Ministerium übernehmen sollte, ersetzen. Durch den vielleicht negativen Einfluss der Menschenrechtsverletzungen werden die Einsätze jetzt etwas weniger werden, so daß wir vielleicht mehr Möglichkeiten haben unser Teaching einzubringen. Operation Smile kommt mit viel Geld nach Burma und zahlt Kopfgeld an einheimische Kollegen für jede operierte Spalte. Das führt dazu, daß man uns nicht mehr will. „**Wir operieren alles selbst**“. Dieses Konzept wäre sicherlich gut und wünschenswert, wenn genügend einheimische Kollegen ausgebildet wären und die Kontrolle der Ergebnisse gewährleistet wäre.

Strukturveränderung und Paradigma Wechsel

In Bezug auf unsere Strukturveränderungen in der Einsatzeffizienz Einsatzqualität sind wir selbst noch nicht wirklich weiter gekommen. Dies liegt primär an den politischen Unruhen im Lande. Die Ministerien sind kaum zugänglich für strukturelle Veränderungen und wechseln fast alle 2 Jahre ihre Führung. Um Nachhaltigkeit zu erreichen, um uns entbehrlicher zu machen sollen wir unsere Einsatzziele nicht nach dem Muster der letzten 20 Jahren durchführen. **Wir streben an, der Regierung mehr abzuverlangen, sie auf gleicher Augenhöhe zu sehen, sie mehr zu beraten, auf sie hören, was sie selber wünschen. Ziel ist es, das Gesundheitswesen im Allgemeinen in Zusammenarbeit mit lokalen Kapazitäten in kleinen Schritten in zu verbessern, daß den Patienten durch mehr lokale ausgebildete Kollegen eine verbesserte Basisversorgung angeboten werden kann, aber mit mehr Eigeninitiative und eignen Ideen sich den Problemen zu stellen und nicht den zahlreichen NGO's die Aufgaben zu überlassen, die diese dann gerne ohne Anforderungen an den Gastgeber übernehmen.**

Unser Angebot sollte sein: z.B. Mehr Ausbildungskapazität zu schaffen, Kooperation mit einzelnen Universitäten zu gestalten, Bildung von Task forces und Infrastruktur-Verbesserungen in den Hospitals.

So wie Florence Nightingale 1858 nur dann Hilfe gewährleistet hat, wenn bestimmte Anforderungen erfüllt waren. Kleine Verbesserungen sind erreicht worden durch die Etaterhöhung im Gesundheitswesen auf 3,8%. MRT's und CT's sind über das Land verteilt worden. Was jedoch fehlt sind qualifizierte Fachkräfte, die mit diesen Gerätschaften auch umgehen können.

Wir müssen uns also weiter in Geduld üben, die Langsamkeit, die wir in Burma wieder für uns Westler neu entdeckt haben, wird noch lange so bleiben und wir müssen uns mit kleinen Schritten zufrieden geben. Dennoch sind wir weiterhin dem Land treu. Aufforderungen von Freunden das Land aufgrund der Menschenrechtsverletzungen nicht mehr zu bereisen, müssen wir strikt ablehnen. Die arme Bevölkerung, die kaum Chancen hat eine med. Basisversorgung zu erhalten, wäre wieder die Leidtragende. Mit der politischen Elite und den radikalen Nationalisten von Burma, die ja die Islamophobie fördern, haben wir in der Regel nichts zu tun.

Ideal wäre es durch größere Aktionen und Fundraising ein Spaltzentrum in Yangon aufzubauen, wo kontinuierlich junge lokale Ärzte von burmesischen und internationalen Experten ausgebildet werden, damit sie in der Lage sind bei 60 Mio Einwohner die ca. 2.000 Lippen-Kiefer-Gaumen-Spalten pro Jahr selber zu versorgen. Dies ist zur Zeit nicht möglich, da es zu wenige (ca. 20) einheimische, ausgebildete Kollegen gibt, die nach unseren Maßstäben Lippen-Kiefer-Gaumen-Spalten operieren.

Ein weiteres Anliegen ist die Verbesserung der Stipendienvergabe, die wir mit Martin Gosau, der jetzt seit Dezember 2018 Head of der zweitgrößten Kieferchirurgischen Abteilung in Deutschland in Hamburg ist, vorantreiben. Hier ist die Bereitschaft da, Kollegen auszubilden, sie mit der nötigen Hardware zu versorgen und sie dann mit speziellem Wissen wieder in ihre Heimatländer entlassen und wie schon erwähnt, die Kooperation mit den Universitäten voran zu treiben (Thida Aung Regensburg).

Wir haben uns alle dem menschlichen Leid verpflichtet, deren Ursache von angeborene und erworbenen Mißbildungen, Verbrennungsfolgen, Defektwunden, Kriegsverletzungen und Tumore, zu beseitigen, damit die Patienten und vor allem die Kinder ein menschenwürdigeres Leben erfahren können. Wir fokussieren uns immer auf das individuelle Einzelschicksal, welches wir verbessern wollen. Und diese Zielsetzung muss weiter so bleiben. Es geht aber nicht nur um Patientenversorgung, sondern auch um die Verbesserung der Infrastruktur in den Krankhäusern mit Erneuerung der Operationsmodule, damit einheimische Ärzte unter besseren Arbeitsbedingungen mit gutem Material in der Anästhesie und Chirurgie arbeiten können. Wir müssen wie Florence Nightingale unsere Hilfe an bestimmte Bedingungen knüpfen: daß die Länder und einheimische Kollegen gewisse Aufgaben selber übernehmen und ihnen dann im Sinne der Beratung und Ausführung unterstützend Hilfe leisten.

Lernen aus Fehlern und Leben mit Widersprüchen gehört zu jeder zukunftsweisenden Projektarbeit im Sinne humanitärer Hilfe, die sich auf dem Prüfstand befindet und häufig kritisch beäugt wird. Dies ist gut so, denn es gibt viele Fallstricke, Widersprüchlichkeiten und Gradwanderungen mit denen wir und auch andere Hilfsorganisationen in ihrer Arbeit konfrontiert sind. NGO's wie Ärzte ohne Grenzen oder Caritas international sprechen **von Bedarfsanalyse, von Echtzeitevaluierung, von Schlußevaluierung**, um die gesetzten Standards zu überprüfen und Rückschlüsse für zukünftige Projekte zu ziehen. Dies sind Begriffe, die wir in unseren Kreisen bei Interplast noch nicht wahrgenommen haben.

Verlängern wir nicht Konflikte oder die Nichtaktivitäten eines Staates, der sich auf die kommenden NGO's verlässt, die viele Aufgaben des Staates indirekt übernehmen.

Zukunft ?

Einen Neuanfang könnten wir im Jemen starten. Hier ist das gesamte Gesundheitswesen zusammen gebrochen, die Saudis haben bewusst Krankhäuser zerstört um der Bevölkerung zu schaden. Hier wäre eine Kooperation mit dem Hammer Forum und Ärzte ohne Grenzen wünschenswert, um in einer Teilregion ein funktionierendes und auf einander abgestimmtes Gesundheitswesen buchstäblich aus den Ruinen wieder aufzubauen. Hier können wir von vornherein früher gemachte Fehler vermeiden. Die afghanischen Erfahrungen von 1991 bis 2004 haben uns gezeigt, was humanitäre Hilfe erreichen kann, daß es für uns eine Verpflichtung sein sollte sich für diese Kriegsgeneration sei es im Jemen, Syrien oder Irak einzusetzen.

Aber wir haben uns Grenzen gesetzt, haben Familien, sind dadurch nicht mehr risikobereit; sind

in der Regel fast schon zu alt um sich zu ändern und unser Interplastnachwuchs, der nicht nur einmal mitfahren will ist schwer zu finden und vernachlässigt worden. An den **Reparaturen der Welt** als Ganzes können wir uns wenig beteiligen. Fokussieren wir auf uns bestimmte umschriebene kleine Projekte, verlagern die altgesetzten Schwerpunkte, dann haben wir die Ausfahrt „**Zukunft Interplast**“ vielleicht noch nicht verpasst.

Heinrich Schoeneich
Martin Gosau IP MUC

