

Entwicklung zum Gebiet „Chirurgie – Teilgebiet Plastische Chirurgie“ (1968 – 1979 – 1988)

Günter Maria Lösch, Wolfgang Mühlbauer

Das Erbe Dieffenbachs

Den einer „Gruppe in der Zeitgenossenschaft“ [1–3] Angehörigen werden gemeinsame Grundstimmungen, Grundgehalte und Grundproblemlagen zugeordnet. Das Besondere der elf Gründungsmitglieder als „Gruppe in der Zeitgenossenschaft“ ist, dass sie sich dem hippokratischen Eid verpflichtet haben und ihr chirurgisches Streben dem auf Ästhetik fundierten, klassischen „Begriff des Plastischen“ zuwenden wollten [4]. Es sei hier an Dieffenbach erinnert, der als Erster 1848 in seinem Werk „Die Operative Chirurgie“, die Plastische Chirurgie, als ein besonderes, nicht nach Körperregionen begrenzbares Gebiet wie folgt definierte: „Den Wiederersatz eines verlorengegangenen oder die Herstellung eines verstümmelten Teils des menschlichen Körpers nennen wir Plastische Chirurgie. Ein großes wichtiges künstlerisches Gebiet, auf dem die Physiologie der Chirurgie die Hand reicht“ [5, 6]. Trotz einer großartigen Tradition aus dem 19. und der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts verlor nach dem 2. Weltkrieg das sich der Konstruktion und Rekonstruktion der ästhetischen und funktionellen Integrität des Körpers widmende „große, wichtige Gebiet der Plastischen Chirurgie“ an Interesse bei den Allgemeinchirurgen. Dieses galt nicht für die doppelapprobierten Ärzte und Zahnärzte, die nach einer entsprechenden Weiterbildung den Facharztstitel, seit 1924 für „Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten“, seit 1951 bis 1976 für „Kiefer- und Gesichtschirurgie“, seit 1976 für

„Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie“ und seit 1987 die Zusatzbezeichnung „Plastische Operationen“; erwerben konnten. Letzteres gilt auch für Fachärzte der Hals-Nasen-Ohrenheilkunde [7].

Nach der Bundesärzteordnung besteht der ärztliche Beruf in der Ausübung der Heilkunde. Er ist „kein Gewerbe sondern seiner Natur nach ein freier Beruf“ [8]. Bei den Gründungsmitgliedern stellten sich mit dem Fortschreiten der ärztlichen und fachbezogenen Fähigkeiten in der praktisch/klinischen und wissenschaftlichen Arbeit rasch gleiche Grundstimmungen, Dienstleistungs-Einkommen und Problemlagen ein. Die Grundstimmung hinsichtlich der Gebietsanerkennung der Plastischen Chirurgie wurde günstig beeinflusst durch die fortschreitende Europäisierung, die sich zunächst auf das Gesundheitsrecht, die gegenseitige berufliche Anerkennung, Entgelte für ärztliche Tätigkeit und Freizügigkeit als EWG-Bürger auswirkte [9]. Das Selbstbewusstsein der Einzelnen und die Effizienz der Gruppe verstärkte sich dank der erreichten Qualifikationen: Approbation und Promotion in der Medizin und der Zahnmedizin, Facharzt für Chirurgie, Facharzt für Mund-Kiefer-Chirurgie (Tabellen 1, 2) und der fortschreitenden Anerkennung durch das bekannt werden der Erfolge in Lehre, Krankenversorgung (Tabelle 3) Wissenschaft und ersten Habilitationen für Plastische Chirurgie (Tabelle 4) [10–13].

Tabelle 1 Chronologie der Lebensläufe bis 1978 der in den Jahren 1919 bis 1929 geborenen Gründungsmitglieder.
Zu 8. Bohmert 1977* Chirurgie, Teilgebiet Plastische Chirurgie. Zeichenerklärung siehe Tabelle 2

Name Geb.	Approbation		Promotion		Facharzt		Weiterbildung in der Chirurgie und Plastischen Chirurgie
	M	Z	M	Z	Chir	ZMK	
1. Höhler 1919, Güstrow Dt. Reich	1950				1957		Chirurgie 1950-1957 Plastische Chirurgie 1957–1959 USA
2. Schrudde 12.5.1920, Nichtinghausen Dt. Reich	1948	1944	1952	1944			Chirurgie 1952-1955 Zahn-Mund-Kieferchirurgie ab 1955 Westdeutsche Kieferklinik
3. Schmidt-Tintemann 19.6.1924, Goldap Dt. Reich (1945 Polen)	1950		1951		1957		Chirurgie 1952-1956 Plastische Chirurgie 1956 East Grinstead 1957–1960 USA
4. Müller 1.8.1925, Kattowitz Dt. Reich (1922 Polen)	1954	1954	1955	1955	19?		1955–1960 allg. u. maxillo-faziale Chirurgie BRD 1960–1964 Plastische Chirurgie in. E ab 1964 Kliniken Bergmannsheil Bochum
5. Buck-Gramcko 28.10.1927, Hamburg	19?		1953		1953.1961		Handchirurgie S, E, FR, CAN, USA 1964–1966 Plastische Chirurgie durch Zellner und Lösch 1982 Lösch, Plastische Chirurgie Universität Lübeck
6. Zellner 8.1.1928, Berlin	195?	195?	19?	195?	19?		Z *= siehe Tabelle 2 Plastische Chirurgie 1961–1963 E und S, CAN, USA Chirurgie 1964–1968 BG-Unfallklinik Ludwigshafen
7. Köhnlein 26.5.1929, Wünschelburg Schlesien	1946	1953	1953		1962		1965 S. 1967–1968 FA „Plastic Surgery“ USA
8. Bohmert 1.12.1929, Wettringen Dt. Reich	1957		1957		1977*		ab 1960 Chir. Universitätsklinik München, Prof. Zenker

Tabelle 2 Chronologie der Lebensläufe bis 1978 der Jahrgänge 1931 bis 1933

Name Geb.	Approbation		Promotion		Facharzt		Weiterbildung in der Chirurgie und Plastischen Chirurgie
	M	Z	M	Z	Chir	ZMK	
9. Lösch 27.1.1931, Meran Südtirol (ab 1919 Italien)	1956	1963	1956		1971	1965	1950–1953 Italien. Facharzt „Chirurgia Plastica“ Chirurgische Universitätskliniken HH: Prof. Zukschwerdt, HL: Prof. Remé
10. Olivari 28.10.1932 Gradac Jugoslawien (Dalmatien-Kroatien)	1958		1958		1968		1964 Köln-Merheim Prof. Schink. Priv.-Doz. Dr. Schrudde
11. Trauner 26.12.1933, Wien Österreich	1957	1963	1957		1970	1966	1978 Teilgeb. Plast. Chir. 1993 FA Plastische Chirurgie

Zeichenerklärung: M. = Medizin, Z = Zahnmedizin, FA = Facharzt für Chir. = Chirurgie, ZMK = Zahn-Mund-Kiefer (Gesichts)/Chirurgie, Zellner*: 1950.
1960 in der Klinik ZMK Charité in Berlin, E = England, FR = Frankreich, CAN = Kanada, S = Schweden

Besonderheiten in der Entwicklung der Plastischen Chirurgie in Deutschland

Bei Berücksichtigung des Alters in dem die medizinische Promotion erreicht werden konnte zeigt sich, dass die männlichen Gründungsmitglieder, die in den Jahren 1919 bis 1929 geboren wurden (Tabelle 1) eine von 3 bis zu 7 Jahren längere Zeit als die in den Jahren 1931 bis 1933 Geborenen benötigten (Tabelle 2). Der jeweilige Lebenslauf zeigt, dass die zeitlichen Unterschiede auf die schicksalhaft in Europa im Zusammenhang mit den beiden Weltkriegen (1914–1918 und 1939–1945) stehenden, tragischen Ereignisse zurückzuführen sind [1–3].

Aus dem in dem vorangehenden Beitrag von Müller zitierten Brief vom Januar 1968 an Frau Ursula Schmidt-Tintemann und ihren eigenen Vortrag ist zu entnehmen, dass deutsche „Junge Kollegen, die es ernst mit der Plastischen Chirurgie meinten, damals zur Weiterbildung ins Ausland, nach Schweden England oder in die USA gingen“ [14]. Die Lebenswege von Schrudde, Müller, Zellner (Tabelle 1), Lösch und Trauner (Tabelle 2) weisen darauf hin, dass ihr ärztlich, ästhetisch und konsequent strukturell fundiertes Suchen sie zur doppelten Approbation in der Medizin und Zahnmedizin führte. Dies aber nicht mit dem Ziel der Zersplitterung des Faches Plastische Chirurgie, wie sie damals besonders von den Fachärzten für „Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie“ für Deutschland, besonders von Schuchardt, gefordert worden ist [7].

Die sehr ambitionierte und einflussreiche Persönlichkeit des weltweit bekannten Kieferchirurgen Prof. Dr. med. Dr. med. dent. Dr. h. c. Karl Schuchardt [7], führte zu Auseinandersetzungen und nicht zu einer ausgewogenen Unterstützung der Bemühungen der vier oben genannten doppelapprobierten jüngeren Kollegen um die Plastische Chirurgie in Deutschland. Nach der Gründung der VDPC und dem wachsenden Interesse für die Plastische und Wiederherstellende Chirurgie seitens Chirurgen in leitender Stellung in Kliniken der Krankenversorgung, Ordinarien an den Universitäten, und maßgeblich in der 1872 in Berlin gegründeten Deutschen Gesellschaft für Chirurgie und im 1961 gegründeten Berufsverband der Deutschen Chirurgen (Tabelle 3) entstand eine offene Gegnerschaft zu der Idee Schuchardts einer nach Regionen und Gebieten gegliederten Plastischen Chirurgie. Das internationale Lautwerden der Kontroverse wirkte sich, wie in den Beiträgen zu dieser Festschrift von Müller (1.1, 1.6.1) sowie von Berger, Lemperle und Eckert (1.2.2) geschildert wird, im Lauf der Jahre sogar positiv auf die Realisierung der von der Satzung vorgesehenen Ziele der VDPC aus [15, 16]. Schuchardt wurde maßgebliches Mitglied der neu gegründeten von der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie unabhängigen Gesellschaft für Plastische Wiederherstellungschirurgie und Verfechter des Konzeptes einer nach Körperregionen und Fachgebieten zugeordneten Plastischen Chirurgie. Dieses Konzept widersprach den Gedanken von Prof. Dr. H. Bürkle de la Camp

(1895–1974), langjähriger Generalsekretär und 1955 Präsident der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie und Chefarzt der nach dem 2. Weltkrieg wiedererrichteten „Chirurgischen Klinik Bergmannsheil“ in Bochum [17]. Unter seiner Regie wurde in München 1955 die Arbeitsgemeinschaft für Plastische und Wiederherstellungschirurgie der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie ins Leben gerufen. Das Interesse an dieser Art Chirurgie wuchs so, dass sich die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie 1961 veranlasst sah, die Arbeitsgemeinschaft zu einer Sektion für Plastische und Wiederherstellungschirurgie der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie anzuheben. „Als im Jahr 1969 die Arbeitsgemeinschaft für Plastische Chirurgie aus der Gesellschaft für Chirurgie ausscherte und eine selbständige Gesellschaft für Plastische und Wiederherstellungschirurgie wurde“ [18], zerriss die bis dahin freundschaftliche Verbindung zwischen dem Chirurgen Bürkle de la Camp und dem Zahnarzt und Kieferchirurgen Schuchardt.

Bezüglich der angesprochenen Entwicklungen seien noch die Beiträge zur Geschichte der Plastischen Chirurgie von Wilflingseder [19], Converse [20] und Zellner [21] genannt.

Tätigkeit in Krankenhäusern und Universitätskliniken, Habilitationen

Besonders wichtig wurden, um überzeugen zu können, die von Gründungsmitgliedern mit Plastischer Chirurgie erreichten Behandlungserfolge in Krankenhäusern der Regel- und Maximalversorgung und der Berufsgenossenschaftlichen Unfallkliniken sowie deren Bekanntwerden in der Medizin und Öffentlichkeit durch Vorträge, Veröffentlichungen und Medien (Tabelle 3, Ziffern 1, 4, 5, 6).

Darüber hinausgehend entstanden an den medizinischen Fakultäten Köln, München, Bochum, Heidelberg, Hamburg, Kiel/Lübeck wirkungsvolle Verbindungen der dort tätigen Plastischen Chirurgen mit den vorklinischen und klinischen Fächern in Lehre, Aus- und Fortbildung und Weiterbildung der Chirurgen. (Tabelle 3, Ziffern 2-11). Von Anfang an war an den Universitäten die Pflege der Konsiliartätigkeit besonders wichtig. Von großer Bedeutung waren Begegnungen und interdisziplinäre Zusammenarbeit mit Vertretern anderer „Gebiete und Schwerpunkte“, die in Verbänden und Gesellschaften die hippokratischen klinischen und wissenschaftlichen Interessen der Medizinischen Fachgebiete in den

Landesärztekammern koordinieren sollten. Die Resultate dieser gemeinsamen Arbeit werden danach durch die Abgeordneten der Landesärztekammern auf dem Ärztetag als Vorschläge für die angestrebten Beschlüsse zur (Muster-) Weiterbildungsordnung vorgetragen und vertreten.

Die von den Gründungsmitgliedern erzielten Resultate führten an Universitäten zu Habilitationen für das Fach Plastische Chirurgie und Entwicklung von Abteilungen und Stellen zur Weiterbildung von Assistenten in Chirurgie und innerhalb dieser in Plastischer Chirurgie. Aus diesen Assistenten entstand weitgehend der Nachwuchs der VDPC. Zu bemerken ist, dass alle Gründungsmitglieder leitende Ärzte von Abteilungen/Kliniken in Krankenhäusern, in Berufsgenossenschaftlichen Unfallkliniken und in Universitäten geworden sind. Der gebotenen Kürze halber wird die Realisierung dieser Schritte durch die Gründungsmitglieder tabellarisch zusammengefasst (Tabelle 4). Exemplarisch hervorgehoben werden einige von den Gründungsmitgliedern und nachfolgenden Mitgliedern erreichten Etappen, die sich retrospektiv als fundamental für die Entwicklung zum Teilgebiet in der (Muster-) Weiterbildungsordnung herausstellen lassen.

In zeitlicher Reihenfolge begannen die nachfolgend genannten Gründungsmitglieder: Höhler (1950–1957), Schrudde (1952–1955), Schmidt-Tintemann (ab 1952) Buck-Gramcko (1953–1961), Köhnlein (1953–1962), Bohmert (ab 1957) und Olivari (1958–1964) ihre Tätigkeit auf dem Gebiet Chirurgie (Tabellen 1, 2).

Die Lebenswege der Gründungsmitglieder Müller, Zellner, Lösch und Trauner führten zur Approbation, mit und auch ohne Promotion in Zahnheilkunde, Approbation und Promotion in Medizin, mit und auch ohne fachärztliche Qualifikation für Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie. Die Mehrzahl der Gründungsmitglieder waren internationalen, europäischen und US-amerikanischen Kriterien der Weiterbildung entsprechend bereits Fachärzte für Plastische Chirurgie. Den deutschen geschichtlichen Entwicklungen gehorchend, hatten sie alle den Facharztstitel Chirurg vor dem Erlangen der Teilgebietsbezeichnung Plastische Chirurgie erworben (Tabellen 1–4).

Empfehlungen des Wissenschaftsrates (1968), erste Abteilungen/Kliniken für Plastische Chirurgie

Als in ihrer Aussage sehr günstig erwiesen sich für die Plastische Chirurgie an Universitäten die „Empfehlungen

des Wissenschaftsrates“: „Deren Veröffentlichung beansprucht Beachtung durch unsere Gesellschaft“ so Junghanns 1961 in seiner Eröffnungsrede der 78. Tagung als Präsident der (1872 gegründeten) Deutschen Gesellschaft für Chirurgie [17]. Es sei aus den sechs Jahre später erfolgten „Empfehlungen des Wissenschaftsrates des Jahres 1968“ folgendes zitiert: „Manche Gebiete tragen heute noch an den Folgen der verspäteten Verselbstständigung, die ihnen erspart geblieben wären, wenn man weniger zäh an der traditionellen Struktur festgehalten und sie als die jeweils denkbar beste Lösung verteidigt hätte.“ In der Kurzfassung wird als besonders wichtig

empfohlen: „1 – angesichts der wissenschaftlichen Entwicklung, die Aufgaben, die Struktur und Größe der Institute und der Kliniken zu überprüfen und Voraussetzungen für die erfolgreiche Entwicklung von Spezialgebieten zu schaffen. 5 – durch die Einrichtung selbstständiger Abteilungen bzw. Teilgebiete in Instituten und Kliniken den Spezialgebieten voll ausreichende Arbeitsmöglichkeiten zu eröffnen.“ Die Plastische Chirurgie wird als eines der acht „Spezialgebiete des Faches Chirurgie, deren Verselbstständigung im Laufe der Zeit an einigen Hochschulen angestrebt werden sollte“ genannt [22].

Tabelle 3 Fachärztliche Qualifikationen, Orte und Kliniken der Tätigkeit der Gründungsmitglieder der VDÄPC im Jahr 1968

Name	Ort der Tätigkeit im Gründungsjahr 1968
1. Höhler	Praxis und Belegarzt im St. Markus Krankenhaus „Plastic Surgery“ USA
2. Schrudde	Chirurgische Universitätsklinik Köln, Dir. Prof. Dr. Schink Leiter der Arbeitsgruppe für Plastische Chirurgie
3. Schmidt-Tintemann	Chirurgische Abteilung, Krankenhaus rechts der Isar München, Dir. Chirurgie Prof. Dr. Maurer Aufbau der Abteilung für Plastische Chirurgie
4. Müller	Kliniken Bergmannsheil Bochum, Aufbau der Abteilung für Plastische Chirurgie, Zentrum für Schwerbrandverletzte
5. Zellner	Chefarzt der Abteilung für Verbrennungen Plastische und Handchirurgie der Berufsgenossenschaftlichen Unfallklinik Ludwigshafen-Oggersheim
6. Buck-Gramcko	Leiter der Abteilung für Handchirurgie im Berufsgenossenschaftlichen Unfallkrankenhaus Hamburg
7. Köhnlein	Chirurgische Universitätsklinik Freiburg, Dir. Chirurgie Prof. Dr. Krauss „Plastic Surgery“; Aufbau der Plastischen Chirurgie
8. Bohmert	Chirurgische Klinik der Universität München, Dir. Chirurgie Prof. Dr. Zenker Aufbau der Plastischen Chirurgie
9. Lösch	Chirurgische Universitätsklinik HH-Eppendorf Dir. „Chirurgia Plastica“ It. Prof. Dr. Zuckschwerdt und Klinik für Chirurgie der Med. Akad. Lübeck „Mund- und Kieferchirurgie“ HL Dir. Chirurgie Prof. Dr. Remè; Aufbau einer Abteilung für Plastische Chirurgie
10. Olivari	Chirurgische Universitätsklinik Köln, Dir. Chirurgie Prof. Dr. Schink, Abteilung für Plastische Chirurgie (Prof. Dr. Schrudde)
11. Trauner	Chirurgische Universitätsklinik Köln, Dir. Chirurgie Prof. Dr. Schink, Abteilung für Plastische Chirurgie (Prof. Dr. Schrudde)

(Muster-) Weiterbildungsordnung, Fachgebiet Chirurgie Teilgebiet Plastische Chirurgie (1978)

Die 1968 und danach als Präsidenten und Sekretäre der VDPC Gewählten, unterstützt durch die anfänglich zahlenmäßig noch kleine Gruppe von Mitgliedern und dem Vertreter der Sektion Plastische Chirurgie der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie sowie dem Vertreter der VDPC im Berufsverband der Deutschen Chirurgen (Tabelle 5) setzten sich mit Nachdruck und großer Zähigkeit für die gemeinsamen Ziele ein [18]. Erst nach einem Jahrzehnt konnte als erstes eine Etappe auf dem Weg zum angestrebten Ziel beschrritten werden. Nach den Beschlüssen des 79. (1976) – und des 81. (1978) Deutschen Ärztetages erfolgte im Oktober 1979 die Veröffentlichung der (Muster-) Weiterbildungsordnung, in der unter §2 für das

Gebiet 5. Chirurgie, Teilgebiete (N.5), 5.3. die Plastische Chirurgie stand. Der §3 regelt: Art, Inhalt, Dauer und zeitlichen Ablauf der Weiterbildung innerhalb der Ziffern 1 bis 5 [23]. Bis zum 7. Januar 1979 ist von den 17 Landesärztekammern die jeweils eigene, weitestgehend mit der (Muster) Weiterbildungsordnung übereinstimmende, Weiterbildungsordnungen (Satzung) beschlossen worden.

Neue Richtlinien über den Inhalt der Weiterbildungsordnung der Landesärztekammern (1988)

Mit Schreiben vom 30 November 1979 ist von der Geschäftsführung der Bundesärztekammer dem Generalsekretär, Herbert Junghanns, der Deutschen Gesellschaft

Tabelle 4 Lebensläufe der elf Gründungsmitglieder: Universitäre Standorte und Akademische Qualifikationen der in Chirurgischen Universitätskliniken oder Krankenhäusern tätigen Gründungsmitglieder. Angabe der Jahre, in denen die Venia legendi für Plastische Chirurgie und Professur erreicht worden sind, mit Ausnahme von Buck-Gramcko, der sich für Handchirurgie habilitierte.

Name	Habil. intern	Extern	Professur intern	Apl.	Chefarzt / Abteilung Klinik Dir.
1. Höhler					1962/1970 Frankfurt/Main
2. Schrudde	1955 Köln		1970 Planmäßig		1970 Univ. Köln
3. Schmidt-Tintemann	1969 München		19??		1971 TU München
4. Müller		1977 Bochum		1981	1964 Bochum Bergmannsheil
5. Zellner	1975 Heidelberg			1981	1968 BG Unfallklinik Ludwigshafen
6. Buck-Gramcko		1971 Hamburg		1976	BG Unfallklinik Hamburg
7. Köhnlein	1964 Freiburg		1970		1974 Med. Hochschule Hannover
8. Bohmert	1972 München		1978	1967	1967 Univ. München
9. Lösch	1964 Rom 1969 Lübeck		1974 Planmäßig	1965	1974 Med. Akad./Univ. Lübeck Klinik-Direktor
10. Olivari	1977 Köln			1992	1982 Wesseling
11. Trauner					1990 BG Unfallklinik Murnau

für Chirurgie/DGCH und dem Präsidenten des Berufsverbandes der Deutschen Chirurgen/BDC, Wolfgang Müller-Osten, Nachfolgendes mitgeteilt worden: „In der Anlage überreiche ich Ihnen die von der Ständigen Konferenz „Ärztliche Weiterbildung“ erarbei-

tete Übersicht über die Operationsverzeichnisse für das Gebiet „Chirurgie“ und die fünf Teilgebiete. Diese Fassung wird dem Vorstand der Bundesärztekammer mit der Empfehlung vorgelegt, sie in der Sitzung am 11. Januar 1980 zu beschließen und den Landesärztekammern zuzuleiten.“ Die von den Adressaten durchge-

Tabelle 5 Wissenschaftliche und berufspolitische Vertretung der Plastischen Chirurgie in den Jahren 1968–1988

Jahre	Präsident	Sekretär	DGCH Präsident	Sektion Plast. Chirurgie Vertreter Vorstand	BDC Teilgebiets-Sektion Plast. Chirurgie Leiter
1968 – 1969 1970/71	Zellner	Müller	Zenker Vossschulte Lindenschmidt	Zellner	
1970/71 1972 1973/74	Müller Müller	Zellner	Gütgemann Linder Gelbke		
1973/74 1975 1976/77	Schmidt-Tintemann Schmidt-Tintemann		Kümmerle Carstensen Kremer		Müller (bis 1998)
1976/77 1978 1978/79	Schrudde Schrudde	Schmidt-Tintemann	Schega Reifferscheid Ungeheuer	Junghanns Lösch*	
1978/79 1980 1981/82	Zellner Zellner		Heberer Spohn	Junghanns Lösch* Lösch* Lösch Vorstand Erstmalige Wahl	
1981/82 1983 1984/85	Bohmert Bohmert	Schmidt-Tintemann	Weller Schreiber Koslowski		
1984/85 1986 1987/88	Lemperle Lemperle	Mühlbauer Mühlbauer	Stelzner Streicher Peiper	Schmidt-Tintemann Mühlbauer	
1987/88 1988	Berger	Eckert	Schriefers	Mühlbauer	

Abkürzungen: DGCH = Deutsche Gesellschaft für Chirurgie, BDC = Berufsverband Deutscher Chirurgen, * = Gast / Gäste ohne Stimmrecht. In der Sitzung des Vorstandes der DGC 1980 in München wurde erreicht, dass nach den Satzungen in den Vorstand der Sektion Plastische Chirurgie nur Fachärzte für Chirurgie Teilgebiet Plastische Chirurgie gewählt werden können.

sprochenen Operations-Verzeichnisse und Zahlen wurden mit der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie abgestimmt. Die Professoren Heberer, Präsident, und Junghanns, Generalsekretär der DGCH, hatten bereits zur Teilnahme an der Sitzung des Präsidiums am 19./20. Oktober in München die Vertreter der Sektionen: „Jungbluth, Hamburg (Unfallchir.), Lösch, Lübeck (Plast. Chir.), Pichlmayr, Hannover (Exper. Chir.), Vollmar, Ulm (Gefäßchir.) als Gäste eingeladen.“ Es folgten eingehende Beratungen mit je zwei Mitgliedern der DGCH und Vertretern der fünf Teilgebiete. Für die Plastische Chirurgie wurden es Lösch/Lübeck und Mühlbauer/München. In der VDPC erfolgten eingehende Gespräche und schriftliche Beratungen über die Operationsarten und Anzahl der während der Teilgebietenweiterbildung zu erbringenden Plastisch Chirurgischen Eingriffe. Die beiden o. G. beteiligten an der Erarbeitung der Stellungnahme die Vorstandsmitglieder der VDPC Schrudde (Präsident), Müller (Sekretär) und Beiräte Ursula Schmidt-Tintemann, Höhler, Olivari, Lemperle und Buck-Gramcko. Vorgeschlagen worden ist eine Änderung der jeweils während der Weiterbildungszeiten 1.) im Gebiet Chirurgie und 2.) im Teilgebiet Plastische Chirurgie zu erbringenden Operationen mit Reduzierung der Anzahl zu 1.) auf 105 und Erhöhung der Anzahl zu 2.) auf + 300 [23]. Schließlich schrieben Mühlbauer, Müller und Lösch an die Ständige Konferenz „Ärztliche Weiterbildung“ der Bundesärztekammer Prof. Kanzow am 12. 12. 1979: „Wir nehmen Bezug auf die Sitzung der Ständigen Konferenz Ärztliche Weiterbildung der Bundesärztekammer mit Vertretern der chirurgischen Teilgebiete am 27. November in München bei dem unter Ihrem Vorsitz u. a. der Operationskatalog erarbeitet wurde. ...“ Als Vertreter der Plastischen Chirurgie begrüßen wir es, dass mit der Erarbeitung dieses Operationskataloges ein weiterer wesentlicher Schritt zur Ausgestaltung der Weiterbildungsordnung für das Teilgebiet „Plastische Chirurgie“ erreicht werden konnte.“

Richt- und Leitlinien für die Prüfungen zur Anerkennung in einem Gebiet (früher Facharzt) und Teilgebiet (1984)

„Auf Anregung und Beschluss des Präsidiums der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie haben Kommissionen mit Teilnahme der Vertreter der fünf Teilgebiete

Richt- und Leitlinien, die Rahmen und Inhalt der Prüfungen zur Anerkennung des Arztes für Chirurgie und der fünf Teilgebiete, damit auch für Plastische Chirurgie abstecken sollen, erarbeitet und zur allgemeinen Kenntnis 1984 veröffentlicht“ [25]. Dieses geschah während des Fortgangs der Verhandlungen über die Inhalte der (Muster-) Weiterbildungsordnung.

Richtlinien über den Inhalt der Weiterbildung (1988)

Es folgten zahlreiche intensive Verhandlungen bis zum 16. April 1988. Mit diesem Datum erfolgte der Beschluss des Vorstandes der Bundesärztekammer bezüglich der „Richtlinien über den Inhalt der Weiterbildung in Gebieten, Teilgebieten und Bereichen“ [26]. Festgelegt worden sind für das Gebiet 5. Chirurgie die Bestimmungen zu den Punkten 1. Vermittlung und Erwerb von Kenntnissen und Erfahrungen sowie das Operationsverzeichnis. Dieses auch für die fünf Teilgebiete der Chirurgie. Für die Ziffer 5.3. Plastische Chirurgie erfolgte die Angabe von: Inhalt der Weiterbildung. mit 1. Vermittlung, Erwerb und Nachweis spezieller Kenntnisse und Erfahrungen (Ziffern 1.1-1.10). Bestimmt worden ist der Nachweis der Durchführung von Operationen, systematisch unterteilt in sieben Gruppen mit Angabe zu deren Art und Mindestzahl. Dieses auch hinsichtlich der zusätzlich nachzuweisenden, selbstständig durchgeführten operativen Eingriffe und Mitwirkung bei Operationen höherer Schwierigkeitsgrade.

Zusammenfassend wurde nach dem Beschluss der Bundesärztekammer des Jahres 1978 mit der (Muster-) Weiterbildungsordnung und in Folge durch deren Weiterentwicklung mit Beschlüssen der Landesärztekammern die Plastische Chirurgie als Teilgebiet dem Gebiet Chirurgie zugeordnet. In den 17 Bundesländern gültig wurden nach einer abgeschlossenen Mindestzeit von 4 Jahren Weiterbildung im Gebiet Chirurgie, 2 Jahre Weiterbildung in der Plastischen Chirurgie gefordert. Dieses einhergehend mit Vermittlung und Erwerb eingehender Kenntnisse und Erfahrungen in Diagnostik, Indikationsstellung, Röntgendiagnostik, Asepsis, Behandlung chirurgischer Infektionen, Wiederbelebung und/oder Schocktherapie, Intensivbehandlung, Lokal- und Leitungsanästhesie, Nachsorge und Rehabilitation, Begutachtung und im Berufsgenossenschaftlichen Heilverfahren, Vermittlung und Erwerb von Kenntnissen

in der Blutgruppenbestimmung und in der allgemeinen Anästhesie. Dazu in sieben Gruppen unterteilt ein Katalog von: A = 243 Operationen ausschließlich im Gebiet Chirurgie, B = 105 Operationen (können während der Weiterbildungszeit im Gebiet Chirurgie oder- soweit es sich um Operationsarten des Teilgebiets handelt in der Weiterbildungszeit der Plastischen Chirurgie erbracht werden), C = 300 Operationen müssen während der Weiterbildungszeit in der Plastischen Chirurgie erbracht werden, sowie eine mündliche Prüfung, die zum Führen des Titels „Facharzt für Chirurgie Plastische Chirurgie“ berechtigt [23]. Die Entwicklung zum Teilgebiet verlief seit Gründung der VDPC 1968 bis zum Erreichen der (Muster-) Weiterbildungsordnung in einem Zeitraum von zunächst zehn Jahren (1968–1978) erst während des nachfolgenden Jahrzehnts, bis 1988 konnten die in ihr implizierten Strukturen vervollständigt werden.

Das Teilgebiet „Plastische Chirurgie“ als erstes Ziel der VDPC

Von der VDPC, danach DGPRÄC ist die Teilgebietsbezeichnung nur als Etappe auf dem Weg zur Monospezialität betrachtet worden. Der gleichzeitig mit der Zusatzbezeichnung „Plastische Operationen“ für die Gebiete „Hals-Nasen-Ohrenheilkunde“ und „Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie“ mögliche Missbrauch der Bezeichnung durch Überschreitung der Gebietskompetenz, gibt aus Sicht der Berufsordnung, Weiterbildungsordnung und ärztlichen Ethik Anlass zu Sorge. Dies besonders wegen der gefährdenden Irreführung der Patientinnen und Patienten im Bereich der Ästhetischen Plastischen Chirurgie, verbunden mit der Zunahme des Übergewichtes der monetären Interessen zum Nachteil des übergeordneten Heilauftrages des Arztes und des Ansehens des ärztlichen Berufes in der Öffentlichkeit [18].

Die Teilgebietsbezeichnung hatte andererseits die erfreuliche Konsequenz, dass die Landesärztekammern nur noch ausschließlich Fachärzte für Chirurgie Plastische Chirurgie in entsprechend ausgestatteten Einrichtungen zur Weiterbildung zum Facharzt für „Chirurgie Plastische Chirurgie“ ermächtigten und daran nicht zuletzt auf Betreiben von VDPC/DGPRÄC hohe institutionelle und personelle Voraussetzungen knüpften [18].

Die Verfasser dieses Abschnittes der Festschrift möchten besonders auf die Beiträge zur Zeitgeschichte der DGPRÄC der nachfolgend genannten Autoren hinweisen: Berger, Eckert und Lemperle (1.2.2), Germann (1.2.3.), Biemer (1.3), Eisenmann-Klein (1.4), Müller (1.6.1), Olbrisch (1.6.2), Mühlbauer (1.6.2) und Lemperle (1.6.3). Sie öffnen die Sicht auf die nach der Entwicklungsphase zum „Teilgebiet Chirurgie Plastische Chirurgie“ entstandenen Auswirkungen. Diese führten im nächsten Schritt zu dem „Gebiet Plastische Chirurgie“ und danach zum „Gebiet Chirurgie Schwerpunkt Plastische Ästhetische Chirurgie“. Die vielen Themen dieser Festschrift umfassen bei weitem nicht sämtliche Aspekte der „Plastischen Rekonstruktiven Ästhetischen Chirurgie“ der Gegenwart.

Im vierzigsten Gründungsjahr der DGPRÄC bilden die Standortbestimmung von Ursula Schmidt-Tintemann und der Ausblick in die Zukunft von Günter Germann die grundlegenden Beiträge für das Wahrnehmen der aktuellen Probleme und vernünftigen Wahl der Wege, die zum Erfüllen der ärztlich-hippokratischen Pflicht in allen Bereichen der Plastischen Chirurgie führen können. Seit dem Jahr 1968 entschied und entwickelte sich die „Gruppe der elf in der Zeitgenossenschaft“ mit dem Ziel der Erhaltung der Einheit des Gebietes Plastische Chirurgie. Sie wurden Fachärzte für Chirurgie, Plastische und Ästhetische Chirurgie und Mitglieder der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie und des Berufsverbandes Deutscher Chirurgen. Sie erreichten ihre Ziele mit Unterstützung dieser Institutionen. Es sei daran erinnert, dass gemäß der § 2, 3 und 15 der Neufassung der Satzung der DGPRÄC vormals VDPC deren Mitglieder der Entwicklung und Erhaltung der „Plastische Rekonstruktive Ästhetische Chirurgie“ als selbstständige chirurgische Monospezialität verpflichtet sind. „Grundlage der Plastischen Chirurgie ist eine allgemeinchirurgische Weiterbildung“. Diese Verpflichtung steht nicht im Widerspruch zu der vom Deutschen Ärztetag 2003 beschlossenen (Muster) Weiterbildungsordnung, die eine chirurgische „Basisweiterbildung“ (common trunk) als Grundlage vor dem Erbringen fachspezifisch für die fünf Gebiete und einstigen Teilgebiete einzeln definierte umfassende Leistungen fordert (27–32). □

Literatur

1. Guski-Leinwand S (2007) Wissenschaftsforschung zur Genese der Psychologie in Deutschland vom ausgehenden 19. Jahrhundert bis Mitte des 20. Jahrhunderts. Inaugural-Dissertation Fakultät für Verhaltens- und Empirische Kulturwissenschaften Ruprecht-Karl-Universität Heidelberg
2. Lebenslauf (1993) Zellner PR, Müller FE, Schmidt-Tintemann U, Schrudde J, Bohmert H, Lemperle, Olivari N, Buck-Gramcko D, Mitteilungsblatt Vereinigung der Deutschen Plastischen Chirurgen „25 Jahre VDPC“ Nr 12, S 15–20
3. Lebenslauf (2008) Höhler H, Köhnlein HE, Lösch GM, Trauner T, Festschrift 40 Jahre VDPC/DGPRÄC
4. Lösch GM (1989, 1997) Systematik und Ethik der Plastischen Chirurgie. In: Engelhardt D v (Hrsg) Ethik im Alltag der Medizin. Springer, Berlin, S 163–183
5. Dieffenbach zitiert nach Lösch GM (2003) Geschichte. In Berger A, Hierner R (Hrsg) Band I Grundlagen, Prinzipien, Techniken. Springer, Berlin, S 1–36
6. Olbrisch RR (2008) Dieffenbach und die Medaille. In: Festschrift 40 Jahre DGPRÄC/VDPC 1.7.1.
7. Erdsach T (2004) Die Geschichte der Deutschen Gesellschaft für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie. Hrsg: Deutsche Gesellschaft für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie e.V. Pier Buchhandlung + Verlag, Erfstadt
8. Gesundheitsrecht (2003) 5. Auflage, Beck Texte im dtv München
9. Läufer T (1988) EWG-Vertrag – Grundlage der Europäischen Gemeinschaft Europa Union Verlag, Bonn
10. Schmidt-Tintemann U (1970) Aufgaben und Grenzen der Plastischen Chirurgie. MMW Nr 37, S 1635–1642
11. Lösch GM (1970) Syndaktylien: Anatomie, Entwicklung, Therapeutische Aspekte. Heft 23 Normale und Pathologische Anatomie, Monografien in zwangloser Folge, Hrsg: Bargmann W, Doerr W. Thieme, Stuttgart
12. Lösch GM (1971) Entwicklung, Aufgaben und Ziele der Plastischen Chirurgie. Tägliche Praxis
13. Schmidt-Tintemann U (1972) Zur Lage der Plastischen Chirurgie. Hefte zur Unfallheilkunde, H 109. Hrsg: H Bürkle de la Camp. Springer, Berlin
14. Schmidt-Tintemann U (1994) Plastische Chirurgie – der lange und steinige Weg eines Handwerkes. Vereinigung der Deutschen Plastischen Chirurgen Mitteilungen 1/1 : 10–14
15. Müller FE (1993) Entstehung und Entwicklung der VDPC. Vereinigung der Deutschen Plastischen Chirurgen Mitteilungsblatt 12: „25 Jahre VDPC“
16. Müller FE (1999) Festvortrag, Jahrestagung der VDPC, Bochum 1998. Vereinigung der Deutschen Plastischen Chirurgen 6/11: 9–15
17. Die deutschen Chirurgenkongresse seit der 50. Tagung aus der Sicht der Vorsitzenden (1983) Hrsg: Bauer KH, Carstensen G. Springer, Berlin, S 125–130, 164
18. Mühlbauer W (2004) Zur Entstehung und Entwicklung der VDPC. In: Fortschritte der Plastischen Chirurgie. Hrsg: Vogt PM. Vereinigung der Deutschen Plastischen Chirurgen (VDPC)
19. Wilflingseder P (1967) Wesen und Aufgaben der Plastischen Chirurgie. Wien Klinische Wochenschrift 79: 557–560
20. Converse JM (1977) Reconstructive plastic surgery, Vol. 1. Introduction to plastic surgery. 3–68. Saunders, Philadelphia
21. Zellner PR (1998) Zur Geschichte der Verbrennung DVS. Haas, Mannheim
22. Empfehlungen des Wissenschaftsrates zur Struktur und zum Ausbau der medizinischen Forschungs- und Ausbildungsstätten (1968) Hrsg: Wissenschaftsrat, Teil A.IV.2. Hochschulkliniken, Abschnitt Ausgliederung der Kliniken in Teilgebiete S 33–53
23. Weiterbildungsordnung Bekanntmachung der Bundesärztekammer. Deutsches Ärzteblatt (1979) Heft 41: 2686–2694
24. Deutsche Gesellschaft für Chirurgie – Neue Richtlinien über den Inhalt der Weiterbildung, Plastische Chirurgie Prof. Lösch, Lübeck, Prof. Mühlbauer, München (1980) Geschäftsstelle der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie München
25. Richt- und Leitlinien für die Prüfung zur Anerkennung in einem Gebiet (früher Facharzt) und Teilgebiet (1984) Deutsche Gesellschaft für Chirurgie Mitteilungen 1/7–9
26. Richtlinien über den Inhalt der Weiterbildung in Gebieten, Teilgebieten und Bereichen entsprechend Beschluss der Bundesärztekammer vom 15. 4 1988 (1989) Deutsche Gesellschaft für Chirurgie Mitteilungen 1/89: 17–22
27. Steinau HU (2002) Wer darf „Schönheitschirurgische“ Eingriffe durchführen? Streitpunkt Ästhetische Chirurgie. Plastische Chirurgie 1/2: 8–10
28. Mühlbauer W (2001) Editorial: Gedanken zur ästhetischen Chirurgie in Deutschland Plastische Chirurgie 1: 3
29. Lösch GM (2006) Vorschlag des Ehrenrates für Ehren- und Verhaltenskodizes der DGPRÄC. Plastische Chirurgie 6: 130–134
30. Exner K (2003) Editorial: Neue Weiterbildungsordnung verabschiedet. Plastische Chirurgie 3: 53
31. Vogt PM (2004) Herausforderungen und Perspektiven für die Plastische Chirurgie. In: Fortschritte der Plastischen Chirurgie „30 Jahre Plastische, Hand- und Wiederherstellungschirurgie an der Medizinischen Hochschule Hannover und am Klinikum Hannover“, Vereinigung der Deutschen Plastischen Chirurgen (VDPC), S 111–117
32. Germann G (2008) Aus dem Vorstand: Anhörung im Bundestag zum Thema Schönheitswahn. Plastische Chirurgie 8: 55–56

Prof. Dr. med. Günter Maria Lösch, Ratzeburg
 Prof. Dr. med. Wolfgang Mühlbauer, München

Das Gebiet/Monospezialität

Alfred Berger, Peter Eckert, Gottfried Lemperle

Bis zum Jahr 1988 hatte sich in der VDPC das Gefühl verdichtet, auf berufspolitische Entwicklungen stets nur nachträglich reagieren zu können, es war ganz offensichtlich, dass andere Gruppierungen die maßgeblichen Zielrichtungen bestimmten. Die Selbstbestimmung der Plastischen Chirurgen über ihre weitere Entwicklung in Deutschland bekam daher für die VDPC *erste Priorität*, nicht zuletzt auch in Anbetracht steigender Mitgliedszahlen. So wuchs die 1980 mit etwas über 40 Mitgliedern kleine Gruppe zusehends heran (1990 etwa 125 Mitglieder, 1995 bereits über 400 Mitglieder). Zehn Jahre nach der Etablierung des Teilgebiets „Plastische Chirurgie“ und Umsetzung in den Landesärztekammern war deutlich geworden, dass die damit vorgegebene Strukturierung der Berufsordnung nicht zukunftsweisend sein würde. Zu groß waren unverändert die Hindernisse, eigenständige Einrichtungen für Plastische Chirurgie in der Krankenversorgung und an den Hochschulen zu gründen, zu gering blieben die Möglichkeiten, auf breiterer Front die Plastische Chirurgie durch Forschung zu fördern und in der Lehre in die Breite zu tragen und damit auch in der Öffentlichkeit als Begriff zu verankern.

Die Strategiekommission der VDPC

Entsprechend einer Anregung von F.E. Müller wurde unter der Präsidentschaft von G. Lemperle (1985 bis 1988) daher eine Strategiekommission der VDPC gegründet. Beginnend mit einer denkwürdigen Sitzung am 8. April 1988 entwickelten die Teilnehmer Müller, Berger, Bruck, Eckert, Exner, Greulich, Lemperle, Lösch, Mühlbauer, Olbrisch, Reichert und Spitalny nach einem strengen Zeitplan im monatlichen Takt bis zur Jahrestagung im September 1988 ein Arbeitspapier weiter, das Formulie-

rungen zu Entscheidungen durch die Mitgliederversammlung vorbereitete. Neben den Themen: Assistenten-Austausch, Leistungskatalog, Forschung und Lehre, Ausbildungsförderung, Kongressgestaltung, Ehrenmitgliedschaft, Ehrenmedaille, Preis der VDPC, Marketing, Pressestelle, Qualitätskontrolle, Gebührenordnung war das nachfolgend umfangreichste Thema die Weiterbildung in der Plastischen Chirurgie.

Zum Thema Weiterbildung ergab sich bereits frühzeitig, dass mit diesem Komplex viele der für die Plastische Chirurgie ständig zu beklagenden Schwierigkeiten in engem Zusammenhang standen. Darüber hinaus wurde zunehmend deutlicher, dass die Entwicklung zu einem gemeinsamen Europa zur internationalen Anpassung zwingen wird. Der Auftrag der Satzung der VDPC zur Entwicklung der Plastischen Chirurgie in Deutschland als Monospezialität machte es notwendig, auf eine Änderung der Berufsordnung hinzuwirken.

In der nachfolgenden Präsidentschaft der VDPC unter A. Berger 1988 bis 1991 waren bis 1989 die Überlegungen zur Strukturänderung der Berufsordnung durchdacht und mündeten in ein Positionspapier. Der wesentliche und zusammenfassende Gedanken darin war: Gleichwertige Stellung aller Chirurgen in ihrer jeweiligen Spezialisierung mit einer gemeinsamen Basisweiterbildung. Unter Verzicht auf völlig eigenständige und voneinander unabhängige chirurgische Fachgebiete sollte eine breite Akzeptanz unter Beibehaltung der Vorteile der Gemeinsamkeiten erreicht werden.

Die Verhandlungen der Teilgebietsvertreter

Durch G. Lemperle wurde eine Teilgebietsvertreterkonferenz ins Leben gerufen, die dann von A. Berger weitergeführt wurde. In Sondierungsgesprächen mit den

Vertretern der anderen Teilgebiete wurde dieses Positionspapier vorgetragen. Die Konzeption wirkte offensichtlich auf die anderen Teilgebiete überzeugend. Jedenfalls fanden sich *Verhandlungspartner* aus jedem der Teilgebiete im Folgenden zu wiederholten Abstimmungsverhandlungen über das weitere Vorgehen mit zentralem Treffpunkt am Frankfurter Flughafen zusammen. Dabei zeigte sich, dass auch die anderen Teilgebiete der Chirurgie mit weitgehend gleichen Schwierigkeiten gegenüber dem Mutterfach Chirurgie konfrontiert waren. Die Ergebnisse dieser Gespräche wurden vom Vertreter der VDPC, zu dieser Zeit A. Berger, im Vorstand der DGCH immer wieder vorgetragen. Es war ein hartes Stück Arbeit bei den Vorstandstagungen in Einzelgesprächen Verständnis für unser Anliegen zu finden, da die BÄK ohne Zustimmung der DGCH kein Verfahren zur Umwandlung des Teilgebietes in einen Facharzt eröffnen wollte.

Die Verhandlungen in der Weiterbildungskommission der Bundesärztekammer

Die ersten Sondierungsgespräche mit der Weiterbildungskommission der Bundesärztekammer fanden in München unter Mitwirkung von W. Mühlbauer und dem damaligen Präsidenten A. Berger mit dem Vorsitzenden Prof. Sewering statt, der nicht ablehnend reagierte aber auch nicht begeistert war. Bei der Vorstandssitzung der DGCH 1990 in München wurde hart diskutiert und zusätzlich eine außerordentliche Vorstandssitzung unter dem Präsidenten Prof. Gall und Generalsekretär Prof. Ungeheuer am Ende des Kongresses einberufen. Der einzige Verhandlungspunkt war die Zustimmung des Vorstandes zum Antrag der Teilgebiete an die Bundesärztekammer. Nach neuerlich harter Diskussion konnte Prof. Ungeheuer überzeugt werden, der auch die anderen Mitglieder des Vorstandes überzeugte und gegen die Zusage, dass wir nicht aus der DGCH ausscheiden wurde für unseren Antrag grünes Licht gegeben.

Dementsprechend wurde ein gemeinsamer Vorstoß der Teilgebiete der Chirurgie bei der Weiterbildungskommission der Bundesärztekammer unter ihrem Vorsitzenden Prof. Hoppe mit offensichtlichem Wohlwollen begrüßt und mündete anschließend in regelmäßige Verhandlungen über die Ausgestaltung des Anliegens. Auch hier war die Notwendigkeit zur europäischen

Harmonisierung ein wesentlicher Ansporn zur Weiterentwicklung der Berufsordnung. Die weitere Diskussion um die Struktur der chirurgischen Fachgebiete führte zunächst zu einem interessanten Pokerspiel geprägt von überkommenen Ansprüchen und zukünftigen Abgrenzungen. Erschwerend war dabei die ursprüngliche Idee der Weiterbildungskommission, dass anders wie bisher die Berufsordnung klar abgrenzenden Charakter mit strikter Beschränkung auf das eigene Fachgebiet entwickeln sollte.

Natürlich hatten auch andere Fachgebiete von diesen Gesprächen erfahren und versuchten, in dieser Strömung Vorteile für ihr Fachgebiet herauszuschlagen. So kam bei den Dermatologen wieder einmal der Antrag auf Einrichtung einer dort sogenannten Dermatochirurgie in die Verhandlungsrunde. Prägnant war der knappe Konter des Vorsitzenden der Weiterbildungskommission Hoppe, eine Chirurgie der Körperoberfläche existiere bereits mit der Plastischen Chirurgie und könne daher nicht doppelt eingerichtet werden. Auch andere Fachgebiete reklamierten Anteile aus der Plastischen Chirurgie als ihrem Fach zugehörig. Hier war insbesondere die feinfühligste Diplomatie österreichischer Prägung von Alfred Berger wohlthuend entschärfend, so dass ohne Vergiftung der Verhandlungsatmosphäre der Erhalt unseres strukturellen Anliegens und Besetzung plastisch-chirurgischer Inhalte gewährleistet werden konnte.

Naturgemäß war besonders von den Vertretern der Allgemeinchirurgie Widerstand zu erwarten, der auch prompt formuliert wurde. Der Vorsitzende der Weiterbildungskommissionen bei der Bundesärztekammer Hoppe machte jedoch deutlich, dass die einfache Ablehnung des Vorgehens nicht akzeptabel ist und konstruktive Gedanken in denen Abwägungen dafür und dagegen formuliert werden müssten. Nachdem die Teilgebiets-Vertreter ein sehr klares Konzept entwickelt hatten und in ständigem weitergeführten Konferenzen auch die nach geschaltete Struktur der Inhalte der zukünftigen Weiterbildungsordnung bereits formulierten gerieten die Allgemeinchirurgen, die lediglich auf Wahrung ihres vermeintlichen Besitzstandes pochten sehr rasch ins Hintertreffen. Letztendlich konnte in den weiteren Verhandlungen Einigkeit erzielt werden über eine einheitliche Struktur, die abweichend von unserem ursprünglichen Vorschlag mit einer gemeinsamen Basischirurgie dann allerdings zu sechs eigenständigen chirurgischen Gebieten geführt hätte. Gegenseitige Anerkennung von

Teilen der Weiterbildungszeit in einem anderen chirurgischen Gebiet sollte den Weiterbildungsassistenten den Wechsel noch während der Weiterbildung zwischen den verschiedenen chirurgischen Gebieten ermöglichen.

Kurz vor Ende der endgültigen Entscheidungen entschieden sich allerdings die Vertreter der Unfallchirurgie und der Gefäßchirurgie zum weiteren Verbleib im Teilgebiets-Status (nachfolgend Schwerpunkt genannt). Die Überlegung dabei war wohl für die Unfallchirurgen, dass man auf diese Weise besser einen Chefarzt-Status mit breitem Spektrum erreichen könnte, also die Führung als Krankenhausarzt. Umgekehrt hatten die zahlenmäßig kleine Gruppe der Gefäßchirurgen Sorge um ihr Überleben. Das war für uns insofern eine glückliche Fügung, da zuvor die Unfallchirurgen einen Weiterbildungskatalog entworfen hatten, der Anspruch auf umfangreiche Eingriffe aus den anderen Gebieten der Chirurgie anmeldete, so auch aus der Plastischen Chirurgie z.B. die gesamte Verbrennungsbehandlung. Dieser neuerliche Konflikt konnte wiederum durch persönliche Verhandlungen in den sitzungsfreien Zeiten entschärft werden.

Die Entscheidung durch den Ärztetag 1992

Daher endeten die berufspolitischen Entscheidungen mit der Etablierung von vier chirurgischen Fachgebieten: Allgemeinchirurgie, Herz-Thoraxchirurgie Plastische Chirurgie und Kinderchirurgie, unter Beibehaltung von zwei Teilgebieten, die ab da als Schwerpunkte bezeichnete Unfallchirurgie und Gefäßchirurgie. Für das Fachgebiet Plastische Chirurgie wurden als Zusatzbezeichnungen die

„Spezielle plastisch-chirurgische Intensivmedizin“ (insbesondere Verbrennungsmedizin) mit einer Mindestweiterbildungszeit von zwei Jahren und die „Handchirurgie“ mit einer Weiterbildungszeit von drei Jahren eingerichtet, wobei ein Teil während der Weiterbildung zum Gebiet „Plastische Chirurgie“ anerkannt werden konnte. Die ausgehandelte Weiterbildungsordnung für das Fach Plastische Chirurgie beinhaltete eine Definition, die nur teilweise unserem Vorschlag folgte. Allerdings konnten wir durch diese Beschreibung einen Leistungskatalog unterbringen, der von Prof. Hoppe ausdrücklich unterstützt wurde und daher alle Eingriffe der Plastischen Chirurgie im Kopf-Halsbereich (auch Geburtsanomalien), im Brustbereich (auch Tumore der Brust) und neben allen klassischen Eingriffe auch die im Handbereich beinhaltete. In dieser Form wurde die veränderte Muster-Weiterbildung für Ärzte 1991 dem Ärztetag vorgelegt, aus Zeitmangel dort jedoch noch nicht behandelt. 1992 auf dem Ärztetag wurde der Antrag als Muster-Weiterbildungsordnung verabschiedet und nachfolgend in einem mehrere Jahre dauernden Entscheidungsprozess bei den Landesärztekammern nach und nach in gültiges Berufsrecht umgesetzt.

Bei den Neuverhandlungen um 2000 konnte ein neuerlicher Versuch der Rückführung der Fachgebiete verhindert werden und der Inhalt unseres Leistungskataloges wurde verändert. Ob zum Vor- oder Nachteil wird die Zukunft zeigen. □

Prof. Dr. A. Berger, Hannover
Prof. Dr. P. Eckert, Würzburg
Prof. Dr. G. Lemperle, San Diego

Neue Weiterbildungsordnung

Günter Germann

Das Thema Weiterbildungsordnung beschäftigt die Interessierten seit vielen Jahren und kaum ein Thema hat immer wieder für Unruhe und Aufregung in der Form gesorgt, wie es die Weiterbildung vermochte. Dies liegt aber auch daran, dass das Thema komplex ist und nicht alle, die mit Leidenschaft darüber diskutiert haben, von allen Fakten Kenntnis hatten, um die Entwicklungen nachvollziehen zu können. Grundsätzlich war das Ziel der Weiterbildungsordnung, eine europäische Harmonisierung voranzutreiben, d. h. die Spezialdisziplinen als eigenständige Fächer in großen Gebieten zusammenzufassen. So entstand aus der Zersplitterung der Inneren Medizin mit all ihren Subspezialitäten wieder das Gebiet Innere Medizin, in dem alle Spezialdisziplinen ihre Heimat fanden.

Ähnlich ist es in der Chirurgie. Hier wurden Monospezialitäten oder auch Fächer, die auf Zusatzbezeichnungen beruhten, z. B. die Unfallchirurgie, als eigenständige Säulen in das Gebiet Chirurgie reintegriert. Für einige Fächer, wie z. B. die Plastische Chirurgie, die gerade einige Jahre zuvor ihren Status als selbständige Monospezialität endgültig erkämpft hatte, bedeutete dies einen großen Schritt, vor allem, weil anfänglich befürchtet wurde, dass wieder alte hegemoniale Strukturen aufgebaut werden sollten, in denen die Allgemeinchirurgie über allen anderen Disziplinen schwebt und Spezialfächer nur nachgeordnet sind. In vielen zähen, aber zumeist konstruktiven Verhandlungen gelang es, das Säulenmodell mit paritätischen Fachdisziplinen zu entwickeln und auch so

zu verankern, dass es von allen Beteiligten aus Überzeugung getragen wurde. Das erreichte Ergebnis spiegelt sich unter anderem auch darin wieder, dass es aufgrund dieser Konstellation möglich war, dass ein Plastischer Chirurg erstmals Präsident der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie wurde und es nicht unwahrscheinlich ist, dass dem in den nächsten Jahren und Jahrzehnten weitere folgen werden.

Neben der gleichberechtigten Stellung der Fächer hat die neue Weiterbildungsordnung vor allem zum Ziel, die Durchlässigkeit zwischen den chirurgischen Fächern zu erhöhen und den jüngeren Mitarbeitern eine längere Möglichkeit der Orientierung zu geben, bevor sie sich für ein Gebiet entscheiden.

Das Modell ist dem englischen Modell nachempfunden und besteht aus einem sogenannten „Common trunk“, der über zwei Jahre die Basiskenntnisse in der Chirurgie vermittelt. Hierzu gehören die Arbeit auf einer Intensivstation, die Arbeit im OP, die Arbeit auf einer Station und ein freies Jahr, das z. B. in der Ambulanz einer Klinik oder auch in einer zugelassenen Praxis absolviert werden kann. Diese Basiskenntnisse können von allen chirurgischen Fächern angeboten werden, die über die nötigen infrastrukturellen Voraussetzungen verfügen. Hier bestehen aber noch riesige Missverständnisse, auch seitens der Landesärztekammern, die immer noch in Teilen davon ausgehen, dass der sogenannte „Common trunk“ nur in allgemeinchirurgischen Kliniken komplett angeboten werden kann. Dies trifft nicht zu, da Kenntnisse der all-

gemeinen Chirurgie nicht auf allgemeinchirurgische Kliniken beschränkt sind. Daher können auch größere plastisch-chirurgische Einheiten mit eigener Intensivstation oder mit Rotationen auf Intensivstationen den „Common trunk“ komplett anbieten.

Nach dem Common trunk erfolgt die Spezialisierung, wobei diese formal in einem freien Jahr und drei Jahren Facharztweiterbildung besteht. Das freie Jahr kann in anerkannten Fächern abgeleistet und so für die Weiterbildung zum Facharzt anerkannt werden. Häufig wird es aber auch in die Weiterbildung integriert. Alle Fächer erwerben so den Facharzt in sechs Jahren, was dann wiederum für die Assistenzen die Option für weitere Qualifikationen, z. B. im Bereich Handchirurgie, öffnet.

Diese sicherlich sinnvolle Grundstruktur der Weiterbildung wird in einem kontinuierlichen Prozess optimiert. So entstanden Logbücher, mit denen die Assistenten Operationen und selbst durchgeführte Prozeduren dokumentieren. Parallel zur Weiterbildungsordnung entstand, wegweisend gerade in der Plastischen Chirurgie, ein Kurssystem, das die Teilnehmer mit speziellen Inhalten vertraut macht. Der nächste Schritt wird

sein, dass die durchgeführten Operationen im Laufe der Weiterbildung besser und strukturierter an den Ausbildungsstand der Assistenten angepasst werden, um so eine transparente und prognostizierbare Weiterbildung zu schaffen.

Klar wurde aber bei der Entwicklung der Weiterbildung auch, dass hochgesteckte inhaltliche Ziele nur noch mit Rotation zu erreichen sind. Die Rotation verlangt zwar eine gewisse Flexibilität seitens der Assistenten, ermöglicht aber auch „Blicke über den Zaun“ und Austausch von Informationen, die dann die gesamte Szene in Deutschland deutlich transparenter machen als sie bisher war. Die Angst vor der Weitergabe von Insider-Wissen ist hier sicher zu einem geringen Teil berechtigt, aber dies gilt ja immer auch vice versa.

Ich denke, dass wir heute eine im Grundsatz gute und vernünftige Weiterbildungsordnung haben, die sicher weiterentwickelt werden kann, wozu es aber auch den Einsatz engagierter Kollegen braucht, die bereit sind Zeit und auch Geld für die Optimierung der Weiterbildung der Nachwuchsgeneration zu opfern. □

40 Jahre VDPC/DGPRÄC und die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie

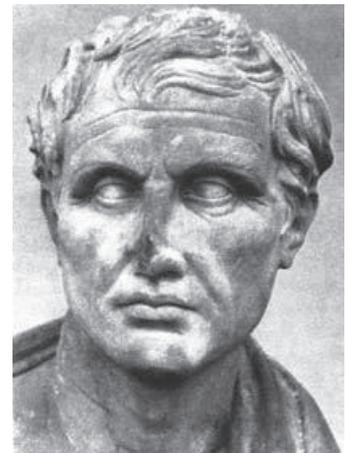
Hans-Ulrich Steinau

Ein runder Geburtstag motiviert eine kurze Rückschau und lädt ein, Zukunftsaspekte darzustellen.

Mit der Gründung der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie verbanden die Vorväter ursprünglich das Prinzip, „Freie und Gleichberechtigte Mitglieder“ in einer wissenschaftlichen Fachgesellschaft zu vereinen. Damals galt, dass plastische Eingriffe zum Alltagsgeschäft einer chirurgischen Klinik zählten. Vergewähnen wir uns, dass Bernhard von Langenbeck schwerpunktmäßig auch Lippenspalten, Resektionsarthroplastiken und Hautplastiken durchführte, so wird verständlich, dass mit zunehmender Spezialisierung und Diversifizierung das expandierende Feld der Chirurgie nicht mehr von einem einzigen, selbstbewussten General-Chirurgen auf hohem Niveau bestellt werden konnte.

Bernhard von Langenbeck führt dazu bereits 1876 aus, dass „er das gesamte Gebiet wohl nicht mehr vollständig überblicke – das habe aber sein Lehrer Graefe auch schon gesagt“.

Statt in den folgenden Jahren eine den modernen chirurgischen Fächern adaptierte Strukturpolitik vorzunehmen, wurden harte Auseinandersetzungen um die „Einheit der Chirurgie“ geführt. Hier seien nur die Zitate von Ferdinand Sauerbruch angeführt, der 1928 die aufkeimende qualitätsgesicherte Arbeit der Neurochirurgen „notfalls gegen ihren Willen verteidigen wollte“. Selbst Heinrich Bürkle de la Camp meinte noch in den Fünfziger Jahren, es bedürfe keiner spezialisierten Unfallchirurgie.



„CARPENT TUA POMA NEPOTES“

Vergil IXI / 50

Mit der Abgrenzung der Neurochirurgie, Orthopädie und Herzchirurgie wurden Vorstellungen assoziiert, „es seien Zweige vom Baum der Mutter Chirurgie abgebrochen worden.“

Im Gegensatz zu den Chirurgischen Kliniken in England und den USA entstanden in Deutschland wiederholt heftige Konflikte um selbständige Arbeitsmöglichkeiten für die prosperierenden Spezialgebiete – und nicht selten wurden richtungweisende Innovationen verzögert. Erst spät entstanden Lehrstühle für die „kleinen Fächer“ der „Bindestrich-Chirurgen“.

Positive Anstöße gaben wiederholt die Berufsgenossenschaften mit der Gründung von Spezialabteilungen für Schwerbrandverletzte, Handchirurgie und Plastische Chirurgie.

Mit der Trennung von der Deutschen Gesellschaft für Plastische und Wiederherstellungschirurgie vollzogen die Begründer der VDPC schließlich eine notwendige Identitätsfindung und erhielten damit die offizielle internationale Repräsentanz.

Weitere Auseinandersetzungen führten zunächst zum Austritt der Fachverbände von Kinder-, Herz- und Plastischen Chirurgen aus der DGCH.

Mit der Neustrukturierung der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie und der gemeinsamen Weiterbildungsordnung entstand ab 1998 die Notwendigkeit der kritischen Überprüfung. Jahrzehntelange Alltagserfahrungen hatten fraglos berechtigtes Misstrauen und alte Wunden hinterlassen, die richtungbestimmenden Diskussionen blieben in der VDPC nicht ohne persönliche Angriffe.

Sollte die Selbständigkeit für fragwürdige Vorteile aufgegeben werden?

Eine kritische Analyse ergab Notwendigkeiten ohne Alternativen: Durch jahrelange Arbeit in den Gremien der DGCH und des Berufsverbandes gelang es Beziehungen und Strukturen des Vertrauens und des gegenseitigen Respekts wieder aufzubauen

Auch an den Universitäten wäre eine Repräsentanz der Plastischen Chirurgen in der Lehre ohne ein gemeinsames Konzept nicht mehr möglich gewesen. Die gesundheitspolitische Lage in Deutschland brachte schließlich einen weiteren Motivationsschub, da nur bei solidarischem Vorgehen Aussicht auf Gehör und Einfluss besteht.

Die Plastische Chirurgie integrierte sich schließlich nach einem überwältigenden Mitglieder – Votum als gleichberechtigter Partner im Säulenmodell der DGCH mit stimmberechtigtem Sitz in Vorstand und Präsidium. Dass die Egalität der Mitglieder gelebt wird, zeigt die Wahl eines Plastischen Chirurgen, eines Orthopäden und eines Herzchirurgen zum Präsidenten der DGCH.

Die Entsendung eines Beobachters durch die Deutsche Gesellschaft für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie und der Wiedereintritt der Neurochirurgen und Orthopäden bestätigten den eingeschlagenen Kurs.

Die demokratische Funktionsweise einer Dachgesellschaft mit über 12000 Mitgliedern erfordert für die Alltagsarbeit in den Gremien immer Engagement, Willen zur Integration, Respekt, Investition von Freizeit und beständiges miteinander Ringen um tragfähige Kompromisse.

Nur auf diese Weise kann jedoch die VDPC/DGPRÄC als Fachgesellschaft ihren zukünftigen Bestand sichern, um in Klinik, Lehre und Forschung zu prosperieren. □

Prof. Dr. med. Hans-Ulrich Steinau, Bochum