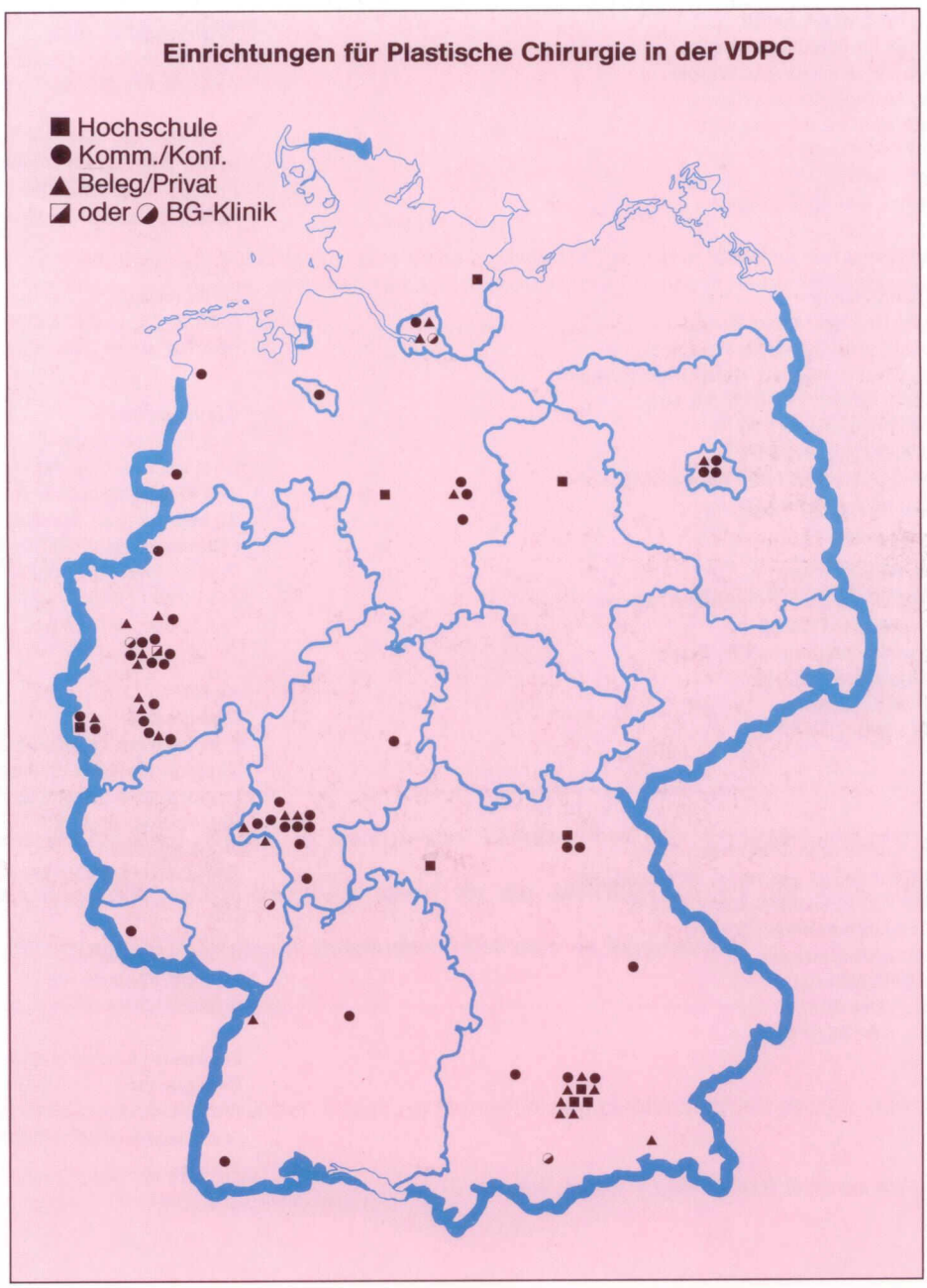
Mitteilungsblatt

VEREINIGUNG DER DEUTSCHEN PLASTISCHEN CHIRURGEN

Nummer 10

LEITTHEMA: GRUNDSÄTZE ZUR QUALITÄTSSICHERUNG IN DER PLASTISCHEN CHRIRUGIE

März 1992



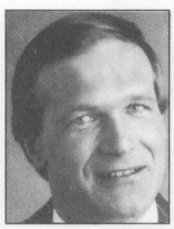
DER VORSTAND



Präsident
Prof. Dr. med. Neven Olivari
Leiter der Abt. für Plastische Chirurgie
Dreifaltigkeits-Krankenhaus
Bonner Straße 84
D-5047 Wesseling
Tel. 0 22 36 / 7 73 87
Fax. 0 22 36 / 8 23 80



Sekretär
Prof. Dr. med. Peter Eckert
Leiter der Plastischen Chirurgie
Chirurgische Universitätsklinik
Josef-Schneider-Straße 2
D-8700 Würzburg
Tel.: 09 31 / 2 01 33 18
Fax.: 09 31 / 2 01 22 41



Schatzmeister
Dr. med. Klaus Exner
Klinik für Plastische und
Wiederherstellungschirurgie
St.-Markus Krankenhaus
Wilhelm-Epstein-Straße 2
D-6000 Frankfurt 50
Tel.: 0 69 / 79 12 24 59
Fax.: 0 69 / 79 12 24 46

Beirat



Altpräsident
Prof. Dr. med. Alfred Berger
Direktor der Klinik für Plastische,
Hand- und Wiederherstellungschirurgie
Krankenhaus Oststadt der MHH
Podbielskistraße 380
D-3000 Hannover 51
Tel.: 05 11 / 6 46 14 23 oder 6 46 15 32
Fax: 05 11 / 6 47 90 42



Vertreter im BDC
Prof. Dr. Dr. med. Fritz-Eduard Müller
Plastischer Chirurg
Operationszentrum City Point
Kortumstraße 87-89
D-4630 Bochum
Tel.: 02 34 / 68 42 42



Dr. med. Marita Eisenmann-Klein
Chefärztin der Abteilung für Plastische
und Wiederherstellungschirurgie
Kreiskrankenhaus Nittenau
Krankenhausstraße 12
D-8415 Nittenau
Tel.: 0 94 36 / 5 51
Fax: 0 94 36 / 7 16

Beirat



Dr. med. Goswin von Mallinckrodt
Plastischer Chirurg
Hubertusstraße 22
D-8000 München 19
Tel. 0 89 / 17 50 48 oder 17 50 49
Fax. 0 89 / 178 55 57



Prof. Dr. sc. med. Gertrud Pohl
Abteilung Plastische und
Wiederherstellende Chirurgie
Klinik und Poliklinik für Chirurgie
Medizinische Akademie Magdeburg
Leipziger Straße 44
D-O-3090 Magdeburg
Tel.: 00 37 91 / 67 25 41
Fax.: 00 37 91 / 67 25 70

Tagungsleiter 1992
Prof. Dr. sc. med. Gertrud Pohl
Adresse siehe unter Rubrik „Vorstand"

Vertreter der Sektion Plastische Chirurgie in der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie
Prof. Dr. med. Alfred Berger
Adresse siehe unter Rubrik „Vorstand"

UEMS
Delegierter
Prof. Dr. Dr. med Fritz-Eduard Müller
Adresse siehe unter Rubrik „Vorstand"

Stellvertreter
Prof. Dr. med. Gottfried Lemperle
Chefarzt der Klinik für Plastische
und Wiederherstellungschirurgie
St. Markus Krankenhaus
Wilhelm-Epstein- Straße 2
D-6000 Frankfurt 50
Tel.: 0 69 / 79 12 25 44
Fax.: 0 69 / 79 12 24 46

AWMF
Delegierter
Prof. Dr. med. Günther-M. Lösch
Direktor der Klinik für Plastische Chirurgie
Medizinische Universität
Ratzeburger Allee 160
D-2400 Lübeck
Tel.: 04 51 / 5 00 20 60
Fax.: 04 51 / 5 00 21 90

Stellvertreter
Dr. med. Klaus Exner
Adresse siehe unter Rubrik „Vorstand"

European Section IPRS
Delegierter
Prof. Dr. med. Neven Olivari
Adresse siehe unter Rubrik „Vorstand"

Für den Inhalt verantwortlich zeichnet: Prof. Dr. med. P. Eckert, Sekretär

DER VORSTAND

ISAPS
Nationaler Vertreter
Prof. Dr. med. Rolf Rüdiger Olbrisch
Chefarzt der Klinik für Plastische Chirurgie
Diakonie-Krankenhaus Kaiserswerth
Kreuzbergstraße 79
D-4000 Düsseldorf 31
Tel.: 02 11 / 4 09 25 21 oder 4 09 25 23
Fax.: 02 11 / 4 09 25 84

Kommission „Satzung der VDPC"
Vorsitz: Prof. Dr. Dr. med. F. E. Müller
Adresse siehe unter Rubrik „Vorstand"

Kommission „Qualitätssicherung"
Vorsitz: Dr. med. M. Eisenmann-Klein
Prof. Dr. med. habil. G. Berge
Prof. Dr. med. A. Berger
Prof. Dr. med. Dr. med. habil. E. Biemer
Dr. med. K. H. Eilers
Dr. med. P. Härtel
Prof. Dr. med. W. Mühlbauer
Prof. Dr. Dr. med. F. E. Müller

Kommission „Fortbildung"
Prof. Dr. med. A. Berger
Prof. Dr. med. Dr. med. habil. E. Biemer
Dr. med. L. R. H. Döbler
Prof. Dr. med. G. M. Lösch

Preis der Vereinigung der Deutschen Plastischen Chirurgen

Die Vereinigung der Deutschen Plastischen Chirurgen würdigt eine herausragende wissenschaftliche Arbeit durch den „Preis der Vereinigung der Deutschen Plastischen Chirurgen". Der Preis ist mit 2.000 DM dotiert. Die Arbeit darf bisher nicht veröffentlicht sein. Bewerbungen um den „Preis der VDPC" sind beim Sekretariat unter Beifügung von 3 Exemplaren der Arbeit einzureichen. Die näheren Bestimmungen können dort angefordert werden.

Gutachterkommission „Preis der VDPC"
Prof. Dr. med. A. Berger
Prof. Dr. med. P. Brüser
Prof. Dr. med. H. U. Steinau
Prof. Dr. med. G. Lemperle

Dieffenbach-Medaille
Die Vereinigung der Deutschen Plastischen Chirurgen ehrt mit der Dieffenbach-Medaille Persönlichkeiten, die sich in besonderem Maße um die Belange der Plastischen Chirurgie verdient gemacht haben. Der Vorschlag wird durch das Votum der Mitgliederversammlung wirksam.

Mitgliedsbeiträge 1992
ordentliche Mitglieder
mit Liquidationsrecht 200 DM
ohne Liquidationsrecht 50 DM

assoziierte Mitglieder
mit Liquidationsrecht 100 DM
ohne Liquidationsrecht 50 DM

Beitrag „Gelbe Liste" 100 DM

Zeitschriftenabonnement
„Hand-, Mikro-, Plastische Chirurgie" 220 DM
„European Journal of Plastic Surgery" 195 DM

Für beide Zeitschriften sind für Assistenten in Weiterbildung reduzierte Sonderpreise möglich. Eine entsprechende Bescheinigung ist dafür an den Schatzmeister zu senden.

Wegen der augenblicklichen Wirren in den neuen Ländern hat der Vorstand mit den Tagungsleitern gemeinsam den Beschluß gefaßt, den Tagungsort für die JAHRESTAGUNG der VDPC 1992 zu tauschen. 1992 wird die Jahrestagung in Erlangen stattfinden, 1994 dann in Magdeburg.

INTERPLAST GERMANY
Interessenten für Einsätze von 2 bis 3 Wochen Dauer zur Durchführung plastisch-chirurgischer Versorgungen in Ländern der 3. Welt wenden sich bitte an:

INTERPLAST GERMANY, Sektion Frankfurt
Dr. med. Hermann Lampe / Dr. med. Marianne Wolters
Oederweg 2-4
6000 Frankfurt 1

Editorial des Präsidenten der VDPC, Herr Prof. Dr. med. Neven Olivari

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

nach dem letzten Kongreß in Mainz habe ich die Präsidentenwürde übernommen, natürlich auch die entsprechende Verantwortung.

Meine Vorgänger, Herr Lemperle und Herr Berger, haben eine exzellente Arbeit geleistet und keine Mühe gescheut, das Ansehen der Deutschen Plastischen Chirurgen auf ein hohes Niveau zu bringen und außerdem mit größter Intensität die völlige Selbständigkeit der Plastischen Chirurgie in Deutschland voranzutreiben.

Erfreulicherweise hat sich Herr Berger bereit erklärt, auch weiterhin in Verhandlungen mit der ständigen Konferenz für die Weiterbildung der Bundesärztekammer sowie Vertretern der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie zu bleiben, um auch die persönliche Kontinuität in der entscheidenden Phase zu erhalten.

Leider hat es nach einiger Euphorie auch einen Rückfall gegeben, wie man aus einem Brief des Präsidiums der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie an die Bundesärztekammer vom 21.10.1991 entnehmen kann. Dies sollte uns keinesfalls entmutigen, sondern den Ansporn geben, weiterhin intensiv für unsere Sache zu kämpfen. Mit anderen Worten: wir verlangen die Monospezialität für die Plastische Chirurgie und keinesfalls irgendwelche Surrogate wie z. B. „Chirurgie, Schwerpunkt Plastische Chirurgie", die uns von unserem jetzigen Stand noch zurückwerfen würden.

Eine weitere Aufgabe unserer Vereinigung muß es sein, die ungeklärten und für die Allgemeinheit nicht durchschaubaren Zusatzbezeichnungen Plastische Operationen auf Dauer in Zukunft zu verhindern.

Ich habe mehrere Briefe unserer Mitglieder erhalten, die sich niedergelassen haben oder eine leitende Stelle in einem Krankenhaus bekommen sollen, wo die Ärztekammer behauptet, in diesem Gebiet gäbe es schon mehrere niedergelassene Plastische Chirurgen (z. B. im Saarland).

In Wirklichkeit sind dies nur Kollegen eines anderen Fachs, die die Zusatzbezeichnung Plastische Chirurgie in bekannter Manier ohne die von uns gewohnten strengen Ausbildungskautele erhalten haben.

Eine der wichtigsten Aufgaben unserer Gesellschaft wird in Zukunft die Qualitätssicherung sein.
Hier haben sich Herr Biemer und Frau Eisenmann-Klein schon recht gut bemüht. Es wäre zu bedenken, ob eine Ausbildungsberechtigung in Zukunft nur an der Bettenanzahl hängen sollte, oder bei Besichtigung der Qualitätskommission bei entsprechendem Qualitätsnachweis auch bei kleineren Abteilungen der Ärztekammer vorgeschlagen werden sollte, diese als ausbildungsberechtigt zu akzeptieren.

Das erfreulichste Resultat bei dem Kongreß in Mainz war die enorme Anzahl von qualifizierten neuen Mitgliedern unserer Gesellschaft, sodaß wir uns mit Recht in jedem Jahr qualitätsmäßig und zahlenmäßig verstärken.

Ich hoffe auf eine gute Zusammenarbeit und wünsche allen Mitgliedern viel Erfolg im Neuen Jahr.

Neven Olivari

Dieffenbach-Medaille der Vereinigung der Deutschen Plastischen Chirurgen

Die Vereinigung der Deutschen Plastischen Chirurgen ehrt mit der Dieffenbach-Medaille Persönlichkeiten, die sich in besonderem Maße um die Belange der Plastischen Chirurgie verdient gemacht haben. Entsprechend dem einstimmigen Votum der Mitgliederversammlung wurde die **Dieffenbach-Medaille 1991 Herrn Ian A. McGregor** zuerkannt. Die Überreichung erfolgte im Rahmen der Eröffnungsfeierlichkeiten der 21. Jahrestagung der Vereinigung der Deutschen Plastischen Chirurgen vom 26. bis 28. September 1991 im Kurfürstlichen Schloß zu Mainz. Die Laudatio wurde in Vertretung des Präsidenten der VDPC vom Sekretär gesprochen:

„Wie Sie wissen ist die Dieffenbach-Medaille die höchste Auszeichnung und Ehrung, die die Vereinigung der Deutschen Plastischen Chirurgen vergibt. Nur derjenige, der sich um die Plastische Chirurgie und ihre Belange besonders verdient gemacht hat, kann für diese höchste Ehrung in Betracht kommen.
Grundsätzlich gilt, daß ein Preis eine Person nur dann ehrt, wenn die Preisträger insgesamt den Preis selbst ehren. In Ihrer Person, sehr geehrter Herr Ian McGregor, ist unzweifelhaft der Beitrag zu dieser Wechselwirkung in besonderem Maße verwirklicht. Ihre Leistungen und Verdienste für die Plastische Chirurgie gehören bereits zur jüngeren Medizingeschichte.
Jeder Plastische Chirurg kennt Ihr Lehrbuch über „Fundamental Techniques of Plastic Surgery", das nach seinem Erscheinen im Jahre 1960 jetzt bereits in der 8. Auflage vorliegt und mittlerweile in die spanische, italienische, japanische und deutsche Sprache übersetzt wurde. Weiterhin haben Sie Lehrbücher über Plastische Chirurgie für das Pflegepersonal verfaßt. Ihre Publikationen und Original-Arbeiten befassen sich neben anderen plastischen-chirurgischen Aspekten im besonderen Schwerpunkt mit den Malignomen im Kopf-Hals-Bereich, Ihr Thema der heutigen Dieffenbach-Vorlesung.

Sie haben eine Reihe von akademischen Graden erlangt:

DSc, ChM, FRCS (Eng), FRCS (Glasg), HonFRACS, HonFRCSI, HonFRCSEd, HonFACS.

Diese lassen ebenso die Anerkennung Ihres erfolgreichen Wirkens aufscheinen, wie die vielfältigen akademischen Aktivitäten und die Ihnen zuerkannten Ehrungen:

President des Royal College of Physicians and Surgeons of Glasgow

Director der Plastic and Oral Surgery Unit, Canniesburn Hospital, Glasgow

Honorary Clinical Lecturer in Plastic Surgery, University of Glasgow

President der British Association of Plastic Surgeons

President der Association of Head and Neck Oncologists of Great Britain

Semon Memorial Lecturer, University of London

Sir Benjamin Rank Travelling Professor of Plastic Surgery

Royal Australasian College of Surgeons

Richardson Lecturer, Massachusetts General Hospital, Boston

Hunterian Professor, Royal College of Surgeons of England

Ihre Verbindungen zu den deutschen Plastischen Chirurgen reichen in die Gründerzeit unserer VDPC; Sie haben auf der 1. Jahrestagung der Vereinigung der Deutschen Plastischen Chirurgen bereits einen Vortrag gehalten.

Meine Damen und Herren, mit Stolz und großer Freude überreiche ich jetzt namens der Vereinigung der Deutschen Plastischen Chirurgen die Dieffenbach-Medaille einer höchst ehrenwerten Persönlichkeit, Herrn Ian McGregor."

Nach der Überreichung der Dieffenbach-Medaille hat Herr Ian McGregor der Tradition zu dieser Ehrung folgend eine außerordentlich eindrucksvolle Vorlesung gehalten mit dem Thema:

„The last 21 Years in the Surgery of Oral Cancer".

Projekte der Qualitätssicherungskommission der VDPC 1992 von M. Eisenmann-Klein

Selbmann bezeichnete einmal Qualitätssicherung als „Ausdruck einer weiterentwickelten Professionalität". Betrachtet man diese Einschätzung in der Plastischen Chirurgie nicht geradezu als eine spezifische Herausforderung?

Ein wesentliches Element und Voraussetzung für die Qualitätssicherung ist die Datenerhebung. Aus den Erfahrungen mit den bisher dreimal in 2-jährigem Abstand durchgeführten Erhebungen aus den Einrichtungen für Plastische Chirurgie in Deutschland sind einige Schwierigkeiten der retrospektiven Datenerhebung erfahren worden. Institutionelle Daten und Daten, die verwaltungsmäßig ohnehin fortlaufend erfaßt werden, bedeuten hier keinen besonderen Aufwand. Dagegen sind Zuordnungen zu den Inhalten der Plastischen Chirurgie nur schwierig auf einen gemeinsamen Nenner zu bringen. Die Definitionen sind häufig nur in subtiler Differenzierung möglich, was jedoch einer überschaubaren Statistik entgegensteht. Umgekehrt ist eine differenzierende Betrachtung von Teilaspekten der primären Zielsetzung der Qualitätssicherung sehr dienlich. Die große Gefahr ist, im Perfektionismus der Erhebung und Differenzierung keine Akzeptanz für die Mitarbeit mehr finden zu können, andererseits immense Datenfriedhöfe zu schaffen. Es bleibt bei allem Bemühen also notwendig, die konkreten Ziele der Qualitätssicherung in ständiger, kritischer Nachführung zu halten und so die dafür notwendigen Basisdaten zu limitieren. Immerhin bedeutet Datenerhebung zusätzliche Arbeitsbelastung, die über ein dem Nutzen angepaßtes Maß nicht hinausgehen darf. In unserem innovativen Fach ist die Einsicht in die Notwendigkeit zur Datenerhebung natürlich groß, auch wenn der Nutzen dann jeweils nur mittelbar erkennbar werden kann.

Es sind in unserer VDPC ja bereits Erfahrungen in verschiedenen Kliniken mit einer differenzierten Datenerfassung gemacht worden. Bei allen derartigen Projekten ist das Spannungsfeld: Aufwand – Datenprüfung (bzw. Redundanz) – Umfang stets an den individuellen Zielsetzungen der jeweiligen Einrichtung, also dem Nutzen in ein spezielles Verhältnis gebracht worden. Das gleiche Problem findet sich bei käuflichen Lösungen, so daß in Anbetracht der sehr unterschiedlichen Anforderungsprofile eine gemeinsame Lösung über diesen Weg nicht gefunden wurde und nicht zu finden sein wird.

Daher ist es eine mehrstufige Aufgabe, die von der Qualitätssicherungskommission gefördert und koordiniert wird, Lösungen für eine den jeweiligen besonderen Bedingungen der Einrichtung für Plastische Chirurgie angepaßte Lösung zur Datenerhebung zu finden. In einer ersten Annäherung wird dieses durch eine differenzierte Datenerhebung bei der nächsten statistischen Erfassung geschehen. Das bedeutet, das nicht für die unterschiedlichen institutionellen Voraussetzungen gleichartige Erhebungsbögen ausgegeben werden, sondern eine Anpassung an die jeweils sinnvolle Fragestellung sich auch in dem Erhebungsbogen widerspiegeln wird. Weiterhin werden punktuell Lösungen mit technischen Hilfsmitteln getestet, die ohnehin vorhandene Dokumente, wie Arztbriefe und OP-Berichte automatisiert auswerten kann. Aus diesen Erfahrungen wird man entscheiden müssen, ob derartige Auswertungen vor Ort oder zentral erfolgen können.

Für die statistische Auswertung wurde die wissenschaftliche Begleitung für die Erarbeitung eines EDV-Programms vom Institut für sozialmedizinische Gesundheitsforschung an der Universität Hannover zugesichert. Eine besondere Arbeitsgruppe der VDPC für die interdisziplinären Erörterungen ist hierfür sicherlich zweckmäßig.

Als weiteres Projekt wird unter der wissenschaftlichen Leitung von Herrn Prof. Selbmann, Institut für Medizinische Informationsverarbeitung an der Universität Tübingen, für die Tracer-Diagnose „Brustrekonstruktion" ein Fragebogen erarbeitet. Der Begriff Tracer-Diagnose bezeichnet einen klar definierten medizinischen Bereich, der über einen Zeitraum von üblicherweise 2-3 Jahren näher untersucht wird. Die beteiligten Kliniken liefern dazu Informationen, Entscheidungsparameter wie zur Patientenauswahl, Wahl des Operationsverfahrens aber auch über die Verweildauer, Komplikationen etc.. Diese Informationen werden anonymisiert, zu einer Gesamtstatistik zusammengefaßt und den Teilnehmern an der Untersuchung als Maßstab zur Verfügung gestellt. Ergänzt werden diese Ergebnisdarstellungen durch ein korrespondierendes Profil für die jeweilige Klinik, das natürlich nur dieser Klinik und niemand sonst bekannt ist.

Wichtige Informationen über den Bereich „Brustrekonstruktion" werden weiterhin aus einer Studie in Zusammenarbeit mit dem Institut für Medizinische Psychologie der Ludwig-Maximilians-Universität München erwartet. Hier wird derzeit eine Health-Outcome-Studie bei Patientinnen mit Brustrekonstruktion vorbereitet. Mit Hilfe von international standardisierten Befindlichkeits-Skalen können verläßliche Daten über die prä- und postoperative Lebensqualität gewonnen werden. Da uns hier ein größeres Patientenkollektiv (geplant sind n = 300) zur Verfügung steht, kann diese Untersuchung als Längsschnitt-Untersuchung prospektiv vorgenommen werden. Diese Form liefert wesentlich zuverlässigere Informationen als die häufiger durchgeführten Querschnitts-Untersuchungen, bei denen retrospektive Fragebögen an Patienten versandt werden.

Weiterhin soll hier noch einmal auf die Möglichkeit der kontinuierlichen Patientenbefragung verwiesen werden. Damit steht uns ein einfaches, aber wirksames Hilfsmittel der Qualitätsüberprüfung zur Verfügung. Die Ausarbeitung eines individuell auf die betreffende Klinik abgestimmten Fragebogens sollte allerdings im Einvernehmen mit der Verwaltung, Pflegedienstleitung und eventuell der Anästhesie erfolgen. Ein Muster kann gerne zur Verfügung gestellt werden. Die Patientenbefragung liefert nicht nur ein Stimmungsbarometer, sie stellt auch ein wichtiges Hilfsmittel als Grundlage für Verbesserungen gemeinsam mit dem Träger und der Verwaltung dar. Kritische Anmerkungen der Patienten gelangen manchmal nur auf diesem Weg zur Kenntnis, schützen vor Betriebsblindheit und können zu einfachen Problemlösungen Anlaß geben. Außerdem mildert sich für den Patienten das Gefühl des „Ausgeliefertsein" und gibt ihm die Möglichkeit einer Beurteilung, ein Umstand, der auch sehr kritische Patienten in erstaunlich milde Stimmung versetzt. Von Seiten der im Krankenhaus Tätigen fördert die Patientenbefragung das Bewußtsein, in einem Dienstleistungsunternehmen zu arbeiten. Diese psychodynamischen Effekte, die so synergistisch wirken, erleichtern das Leben und Arbeiten im Krankenhaus maßgeblich.

Für die Zukunft wird man sich auch auf die Notwendigkeit des Qualitätssicherungs-Beauftragten einrichten müssen. Seine Aufgabe wird es sein, Projekte der Qualitätssicherung zu betreuen, abteilungsinterne Empfehlungen zur Qualitätssicherung auszuarbeiten, Mitarbeiter für die besonderen Belange der Dokumentation zu betreuen und zu motivieren und Berichte zu erstellen. Der Qualitätssicherungs-Beauftragte wird für die Öffentlichkeitsarbeit sicherlich ebenfalls eine wichtige Funktion erfüllen. Denn auch hier kann man noch einmal Selbmann zitieren:

„In Zukunft wird es nicht mehr genügen, Qualität zu produzieren – man muß es auch beweisen können!"

Erhebung 1990 zur Situation der Plastischen Chirurgie in Deutschland Stand: 1. 1. 1990
von M. Eisenmann-Klein

Die 3. Erhebung zur Situation der Plastischen Chirurgie in Deutschland wurde 1990 durchgeführt. Insgesamt wurden 72 Mitglieder gebeten, Informationen über Ihre Abteilungen bzw. Praxen zu übermitteln.
59 Mitglieder erteilten die gewünschte Auskunft. Dieses entspricht einer Rücklaufquote von 82%. Daß bei der Erhebung 1990 eine niedrigere Rücklaufquote als in früheren Jahren (1985: 95,5%, 1987: 90%) zu verzeichnen war, darf nicht als mangelnde Kooperationsbereitschaft der Mitglieder ausgelegt werden: dies lag vielmehr daran, daß etwa 10% der Praxen/Abteilungen 1989/90 neu gegründet worden waren und deshalb keine Aussagen über den Vorjahreszeitraum gemacht werden konnten. Um das Ergebnis der Erhebung nicht zu verfälschen, wurde sowohl für diese Mitglieder, wie auch für diejenigen die nicht geantwortet hatten, eine Einschätzung vorgenommen (n = 13).

Zum Stichtag 1. 1. 1990 waren in der Bundesrepublik Deutschland insgesamt 1.608 Betten für Plastische und Wiederherstellungschirurgie, Verbrennungschirurgie, Hand- und Mikrochirurgie vorhanden. Die Zahl der Intensivbetten für Schwerbrandverletzte wurde mit 77 für Erwachsene und mit 15 für Kinder angegeben. Hinzu kommen 68 Nachsorgebetten für Schwerbrandverletzte. Die Gesamtbettenzahl verteilt sich auf 72 Abteilungen mit folgender Zusammensetzung:

9 Universitätsabteilungen
6 BG-Kliniken
36 öffentliche Krankenhäuser
22 Belegabteilungen

Der Status des Abteilungsleiters wurde in 2 Fällen mit C4 Professur angegeben (3%).

In 7 Fällen handelte es sich um C3 Professuren (10%).

Der Status der Abteilungsleiter an den außeruniversitären Einrichtungen wird folgendermaßen angegeben:

Direktor in 6% der Fälle, Chefarzt in 25%, leitender Arzt in 32% und Oberarzt in 3%.

90% aller Abteilungsleiter besitzen ein eigenes Liquidationsrecht, in 10% der Fälle liegt das Liquidationsrecht beim Leiter der Chirurgischen Abteilung.

Die volle Weiterbildungsermächtigung über 2 Jahre besitzen 40% der Mitglieder, weitere 6% sind zur Weiterbildung über 1 Jahr berechtigt.

Die Zahl der nachgeordneten Ärzte wird mit insgesamt 241 angegeben. Davon haben 27% die Weiterbildung im Teilgebiet bereits abgeschlossen. 37% besitzen die Gebietsanerkennung Chirurg ohne Teilgebiet.
Unter den nachgeordneten Ärzten führen den Titel apl-Professor (1,25%), 10 den Titel Priv.-Doz. (4,1%) und 16 den Titel Dr. med. habil. (7%).

Die Zahl der Forschungsstellen liegt mit 6 für die gesamte Bundesrepublik sehr niedrig.

Im Jahr 1990 wurden in der Plastischen Chirurgie in Deutschland 109.332 Operationen durchgeführt. Dabei lag der Anteil der Langzeitoperationen bei 8,5% (OP-Dauer über 4 Stunden).

Das Fachspektrum verteilt sich auf die verschiedenen Schwerpunkte der Plastischen Chirurgie folgendermaßen:
Handchirurgie 31,1%, Ästhetik 18,4%, Mikrochirurgie 6,4%, Replantationen 2,7%, Mammachirurgie 18,6%, Tumorchirurgie 19,5%, Therapie von Fehlbildungen 3,5%.

Eine weitere Aufschlüsselung wurde noch im Ästhetikbereich vorgenommen, hierbei entfällt auf die formverändernde Mammachirurgie ein Anteil von 30%, auf Blepharoplastik ein Anteil von 15%, auf Rhytidektomien ein Anteil von 10%, auf Rhinoplastiken ein Anteil von 13%, auf Otopexien ein Anteil von 9%, auf Liposuction ein Anteil von 13% und auf Abdominoplastiken ein Anteil von 10%.

Die Zahl der Verbrennungsbehandlungen wird mit 2.354 Behandlungsfällen pro Jahr angegeben. 778 Patienten wurden der Intensivbehandlung unterzogen.

Die Gesamtzahl der in der Plastischen Chirurgie in Deutschland behandelten Patienten beträgt 236.347. Davon entfallen 70.409 Patienten auf die stationäre Behandlung (30%), 183.103 Patienten auf die ambulante Behandlung (70%).

Somit behandelt ein Teilgebietsarzt in der Plastischen Chirurgie jährlich 510 Patienten stationär und 1.326 Patienten ambulant.

55% der Befragten besitzen die Kassenzulassung. Wird der Anteil der Plastischen Chirurgen in freier Praxis abgezogen, ergibt sich für die Abteilungen ein Durchschnittswert von 36% mit Ermächtigung zur Teilnahme an der kassenärztlichen Versorgung.

Die Durchschnittsbelegung für das vorausgegangene Jahr wurde mit 90,5% angegeben.

Die Wartezeiten auf einen Sprechstundentermin lagen bei 4,1 Wochen, die Wartezeiten für die stationäre Behandlung bei 12,9 Wochen.

Die Verweildauer betrug 1990 8,8 Tage.

Als Durchschnittswert für die Pflegesätze konnte ein Betrag von 319,80 DM ermittelt werden.

Die Durchschnittswerte an den Universitäten betrugen 391,80 DM, an den BG-Kliniken 264,90 DM, im Bereich der öffentlichen Krankenhäuser 278,00 DM und an den Belegabteilungen 172,80 DM.

Für die Intensivpflege wurden Tagessätze von durchschnittlich 1.961,50 DM angegeben. Der Durchschnittswert bei den Universitäten lag bei 2.478,30 DM, an den BG-Kliniken bei 1.542,30 DM, an den öffentlichen Krankenhäusern bei 1.115,60 DM.

Um die Anteile der einzelnen Kostenträger zu ermitteln, wurde eine Stichtaganalyse vorgenommen. Demnach sind die Kostenträger wie folgt beteiligt:
- Gesetzliche Krankenkasse 65,7%
- Private Krankenkassen 18,4%
- Berufsgenossenschaften 15,6%

Die Zuweisung der Patienten erfolgt hauptsächlich über Allgemeinärzte (Anteil 40,2%), es folgen die Fachärzte (mit 30,8%). Der Anteil an Zuweisungen durch andere Chefärzte beträgt 11,9%. 21.2% aller Patienten kommen direkt.

Über ein eigenes Forschungslabor verfügen 8 Abteilungen. Die Zahl der aus den von Mitgliedern geführten Abteilungen hervorgegangenen Publikationen wird mit 277 angegeben, die Zahl der Vorträge mit 635 im Jahr 1990. Im gleichen Jahr wurden 131 Fortbildungsveranstaltungen durchgeführt, abteilungsinterne Fortbildungen gab es 221 mal.

15 Abteilungen (21%) führten eine EDV-Dokumentation durch. 10 Abteilungen (14%) nutzten die Möglichkeit der kontinuierlichen Patientenbefragung als interne Qualitätssicherungsmaßnahme.

Erhebung 1990 zur Situation der Plastischen Chirurgie in Deutschland von M. Eisenmann-Klein

Stand: 1. 1. 1990

Auch für die externe Qualitätssicherung wurde ein klares Votum erteilt: 80,4% aller Mitglieder gaben an, daß die Begehung durch eine Besucherkommission erwünscht wäre.

Sogar 83% erklärten, daß sie an einem gemeinsamen EDV-Programm interessiert seien.

Übersicht über die Gesamtentwicklung seit 1.1.1985

Parameter	1985	1990	Änderung in %
Praxen	46	72	+ 63
Betten für Plastische Chirurgie	1.274	1.608	+ 26
behandelte Patienten/Jahr	141.240	236.347	+ 67
stationäre Behandlungen/Jahr	36.480	70.409	+ 93
ambulante Zahl Behandlungen/Jahr	104.760	183.103	+ 75
Operationen/Jahr	53.496	109.332	+ 104
durchschnittliche Verweildauer (Tage)	9,12	8,8	

European Section der IRPS von W. Mühlbauer

Das Executive Committee der European Section of the International IRPS, dessen Mitglied ich als Präsident des Berliner Kongresses 93 bin, traf sich auf Einladung des Koordinators J. P. Lalardrie am 6. 12. 91 in London zu einer 1-tägigen Sitzung. Herr Berger war ebenfalls vertreten als General Secretary des Berliner Kongresses. Wir mußten über den Stand der Vorbereitungen berichten und haben dabei volle Zustimmung und Lob geerntet. TOP 2 befaßte sich mit den Beziehungen der European Section zu den osteuropäischen Ländern. Leider waren die eingeladenen Vertreter nicht erschienen. Es gibt auch große organisatorische Probleme, da in den meisten Ländern keine organisierte Plastische Chirurgie existiert, so daß wir eigentlich nur auf persönliche Bekannte zurückgreifen können. Vorläufig ist man dabei, nun durch Austausch von prospektiven Plastischen Chirurgen ggf. Stipendien und Vortragsreisen in Osteuropa Verbindungen zu knüpfen und das Interesse an der Plastischen Chirurgie, wie wir sie kennen, zu fördern.

Der TOP „Beiträge" wurde etwas kontrovers diskutiert. Der Generalsekretär J. P. Bossé der IRPS sieht sich außerstande, der European Section aus seiner Beitragssumme Geld zu überlassen, sodaß Lalardrie um eine direkte Zuwendung aus den nationalen Gesellschaften Europas bittet. Seine Aufwendungen sind in der Tat sehr gering. Sie sollten sich direkt mit ihm deswegen in Verbindung setzen.

Im Rahmen der Executive Meetings bzw. Business Meetings beim Kongreß in Berlin sollen neue Kandidaten für das Executive Committee vorgeschlagen werden, die dann der Vollversammlung zur Billigung vorgelegt werden. Wir haben hierzu eine gute Ausgangslage und sollten uns schon jetzt überlegen, wen wir nominieren wollen. Ingesamt sind es 6 Positionen. Eine 7. soll für die Länder Osteuropas geschaffen werden.

Der TOP „Harmonisierung der Weiterbildungsordnung für Europa" war hoch interessant. Verantwortlich hierfür in der europäischen Sektion ist Herr Joañovich aus Athen. Er berichtete, daß tags zuvor ebenfalls in London der „European Board of Plastic Surgery" gegründet wurde. Dieser gehört nicht zur UEMS. Soweit ich verstanden habe, sind je 2 Vertreter der 12 EG-Länder in dieser Kommission. Von uns müßten dies Herr Berger und Herr Lemperle sein. Das erste gesamteuropäische Examen für Plastische Chirurgen ist für 1994 vorgesehen. Vorläufig ist es freiwillig. Die Anästhesisten haben bereits ein derartiges Examen 1991 mit Erfolg durchgeführt. Die Urologen stehen schon jetzt im Winter oder Frühjahr davor. Es soll in Genua stattfinden, jeweils in der Landessprache der Kandidaten. Angeblich haben sich schon 600 Kandidaten gemeldet. Weitere Fachgruppen wie Neurochirurgie und Dermatologie ziehen nach.
Dieses europäische Examen kann offensichtlich erst nach dem nationalen Examen abgelegt werden.

Stellungnahme der Vereinigung der Deutschen Plastischen Chirurgen zur Sicherheit von Silikon-Brustimplantaten

5.2.1992

Seit Januar 1992 ist durch Pressemitteilungen eine emotionell geführte Diskussion über die Sicherheit von Silikon-Brustimplantaten entstanden. Diese Diskussion wurde dadurch ausgelöst, daß die Gesundheitsbehörde der USA (Food and Drug Administration) am 6. 1. 1992 ein Moratorium veröffentlichte, in dem die amerikanischen Hersteller von Silikon-Implantaten aufgefordert wurden, auf den Vertrieb Silikongel-gefüllter Implantate vorübergehend zu verzichten. Den amerikanischen Operateuren wurde gleichzeitig empfohlen, für einen Zeitraum von 45-60 Tagen nur mit physiologischer Kochsalzlösung gefüllte Silikonimplantate zu verwenden. Während dieser Zeit sollen eventuelle Zusammenhänge zwischen Bindegewebserkrankungen und Silikongel-Brustimplantaten weiter abgeklärt werden.

Die Vereinigung der Deutschen Plastischen Chirurgen hat seit mehr als 20 Jahren in zahlreichen wissenschaftlichen und klinischen Studien die Sicherheit von Silikon-Implantaten überprüft und zur Qualitätsverbesserung gelgefüllter Silikon-Implantate beigetragen. Die Vereinigung der Deutschen Plastischen Chirurgen führt ein zentrales Register für die Meldung von Folgeerkrankungen, die mit Silikon-Implantaten in Zusammenhang gebracht werden. Eine kritische Analyse der gesamten Weltliteratur, der Daten aus eigenen Studien sowie der Überprüfung der im zentralen Register gemeldeten Fälle spricht gegen einen Zusammenhang zwischen Silikongel-Implantaten und rheumatischen Erkrankungen. Rheumatische Erkrankungen kommen bei Patienten mit Brustimplantaten nicht häufiger vor als in der Normalbevölkerung. Gemeldete Einzelfälle lassen sich am ehesten durch chronische Infektionen erklären. Auch zwischen Silikongel-Implantaten und Brustkrebs ist kein Zusammenhang nachweisbar. Die Sicherheit der Krebsvorsorge ist auch bei Brustimplantat-Trägerinnen durch die Anwendung moderner diagnostischer Techniken, wie z. B. Ultraschall, gewährleistet.

Die Diskussion um krebserregende Substanzen bezieht sich nicht auf Silikongel-Implantate, sondern auf Spaltprodukte von Implantatbeschichtungen, die bei höchsten Konzentrationen im Tierversuch zu Sarkomen führen können. Bei Menschen ist kein einziger Zusammenhang zwischen einer bösartigen Neubildung und Brustimplantaten gesehen worden. Die klinische Erfahrung stützt sich auf über 2 Millionen Implantate, die in mehr als 30 Jahren weltweit verwendet wurden. In Deutschland werden jährlich etwa 12.000 Brustimplantate eingesetzt. Mehr als 20.000 Frauen haben nach Brustkrebs durch die Wiederherstellung ihrer Brust mit Hilfe von Silikongel-Brustimplantaten ihre Lebensqualität in für sie bedeutendem Umfang verbessert und sind nach einer verstümmelnden Krebs-Operation durch eine Brustrekonstruktion wieder glücklich geworden.

Eine Reaktion des Körpers um derartige Implantate, die bindegewebige Kapselfibrose, ist ein physiologischer Prozess, der bei starker Schrumpfung der Bindegewebskapsel zu unerwünschten Nebenwirkungen, jedoch niemals zu bedrohlichen Komplikationen führen kann. Ein Zusammenhang der Kapselfibrose mit freiwerdenden Silikonpartikeln konnte durch wissenschaftliche Studien nicht belegt werden. Von namhaften Herstellern werden seit 1979 nur noch besonders sichere Silikonhüllen hergestellt, die auch bei plötzlicher Gewalteinwirkung, z. B. bei einem stumpfen Aufprall, nicht zerplatzen, Zusätzliche Sicherheit bieten doppelwandige Implantate, die die Vorteile eines Silikongel-Kerns mit den Vorteilen einer physiologischen Kochsalzlösung gefüllten Außenhülle verbinden. Implantate, die nur mit physiologischer Kochsalzlösung gefüllt sind, können einem Volumenverlust unterliegen, mit dann erforderlichen Nachoperationen. Silizium, einer der Grundbausteine des Silikons, ist das am häufigsten vorkommende elektropositive Element. In Form von Siliziumoxyd und Silikaten ist es im täglichen Leben allgegenwärtig. Synthetische Silikon-Elastomere haben sich in der Medizin bereits seit 1940 bewährt. Da es für den Menschen keinen noch besser verträglicheren Kunststoff gibt, werden Venenkatheter, Herzklappen, Schrittmachergehäuse, Liquorshunts, Gelenkprothesen und vieles andere daraus hergestellt oder damit beschichtet.

Die Vereinigung der Deutschen Plastischen Chirurgen begrüßt jedes Bemühen um die Qualitätssicherung und Verbesserung medizinischer Produkte und bietet ausdrücklich die wissenschaftliche Zusammenarbeit an. Die Vereinigung der Deutschen Plastischen Chirurgen wendet sich aber mit aller Entschiedenheit gegen undifferenzierte Maßnahmen, die ohne eine wissenschaftliche Begründung getroffen werden. Die daraus entstehende öffentliche Verunsicherung und möglicherweise auch Gefährdung von Patienten muß durch eine objektive Darstellung auf der Grundlage wissenschaftlicher Fakten verhindert werden.

gez.
Prof. Dr. med. N. Olivari

gez.
Prof. Dr. med. P. Eckert

gez.
Dr. med. K. Exner

Aktuelle Eindrücke über die Eskalation des Silikonkriegs in den USA von M. Eisenman-Klein

Das 26. Annual Symposium on Cosmetic Surgery in Miami (6.2.92 - 8.2.92) stand völlig unter dem Eindruck der täglich eskalierenden Hiobsbotschaften aus Washington.
Norman Cole, der derzeitige Präsident der ASPRS, allen als besonnener Taktiker bekannt, zog ein ebenso bitteres wie hartes Resumee über den bisherigen Verlauf der Auseinandersetzung:
Wie bekannt, mußten Anfang Juli die Implantathersteller ihre wissenschaftlich begründeten Anträge auf Zulassung der Silikonimplantate einreichen. Das Verfahren heißt Pre-Market-Approval (PMA).
In der Expertenrunde, die die FDA Anfang Juli für die PMA-Beurteilung einberief, befanden sich drei Chirurgen neben 17 weiteren „Experten", die sich aus Berufsgruppen, wie z.B. Sonderschullehrern, rekrutierten.
Zwischen dem ersten Expertentreffen im Juli und der nächsten Runde bei den Hearings im November wurden die drei Chirurgen ausgetauscht, so daß in der neuen Expertenrunde kein einziger Chirurg mehr vertreten ist. Genauso vergeblich sucht man in der Runde nach Onkologen oder Immunologen!

Die Appelle der amerikanischen Ärztekammer, der amerikanischen Gesellschaft für Chirurgie und der ASPRS, die Expertenrunde mit Wissenschaftlern zu besetzen, blieben unbeachtet.
Daß die Expertenrunde dennoch zu dem Schluß kam, sich für den Verbleib der Implantate auf dem Markt auszusprechen, wird auf die aktive Teilnahme betroffener Patientinnen an den Hearings zurückgeführt.

Befremdend klangen allerdings die von der FDA geäußerten Vorwürfe an die Hersteller, es sei zuwenig wissenschaftlich fundiertes Material vorgelegen. Als Beispiel wird genannt, daß es keine Studien darüber gäbe, wie sich die Büstenhaltergrößen statistisch durch den Einsatz von Silikongelimplantaten verändert hätten.

Während zweier Gerichtsprozesse, die im Dezember in Californien und Michigan stattfanden, wurde dann der Vorwurf erhoben, Dow Corning hätte belastende Informationen zurückgehalten.
Es soll sich dabei um inoffizielle Aufzeichnungen von Dow Corning-Mitarbeitern, Notizen über Telefonate etc. handeln.
Bislang ist es der ASPRS nicht gelungen, Einsicht in dieses angeblich belastende Material zu erhalten.

Die neuen Experten-Hearings sind für den 18./19./20. Februar angesetzt. Angesichts der Zusammensetzung des Expertengremiums, aber auch angesichts der vielfältigen Verbindungen zwischen FDA und der Gruppe der Implantatgegner um Sidney Wolfe, sowie deren Verbindungen zur Presse, besteht kaum Hoffnung auf ein wissenschaftlich-sachliches Verfahren.

Darüberhinaus wird immer deutlicher, daß das bisher auf Silikongel begrenzte Problem zu einem Silikonproblem werden wird.

Angesichts dieser desolaten Aussichten haben sich einige unserer Kollegen (Jack Fisher, Pat Maxwell, John Tabbetts, John Woods u.v.a.) zusammen mit betroffenen Patientinnen zu einer Bürgerinitiative zusammengeschlossen, die sich am 6.2.92 in einer Pressekonferenz in Washington vorgestellt hat. Von dieser Pressekonferenz erhalte ich demnächst ein Video, das interessierte Kollegen gerne bei mir anfordern können.

Die Gruppe kündigt darin an, wegen „irregular, irresponsible and illegal actions" gegen die FDA prozessieren zu wollen.

Nachdem ich diese Aktion zunächst eher als typisch amerikanische Showeinlage eingestuft hatte, glaube ich nach den Eindrücken der letzten Woche in Miami, daß dies vielleicht der letzte verbliebene Hoffnungsschimmer sein könnte.

Die ASPRS hat ebenso wie die Educational Foundation einen Spendenaufruf für die Bürgerinitiative, die sich „Citizien's Coalition for Truth in Science" nennt, erlassen.
Alle Plastischen Chirurgen der Welt werden gebeten, die Einkünfte aus einer Operation für diese Initiative zu spenden. Das Geld wird sowohl für die Prozeßführung wie auch für große Anzeigenkampagnen in der Presse und Fernsehspots benötigt.

Hiermit gebe ich diesen Aufruf an die Mitglieder der Vereinigung weiter.

Kontaktadresse:

CITIZIEN'S COALATION FOR
TRUTH IN SCIENCE
923 15TH STREET, N.W.
WASHINGTON D.C. 20005 USA

Zum 200. Geburtstag von Johann Friedrich Dieffenbach

geboren am 1. 2. 1792 in Königsberg — gestorben am 11. 11. 1847 in Berlin

Im Februar 1992 jährte sich zum 200. Male der Geburtstag eines der elegantesten und ideenreichsten Chirurgen des vergangenen Jahrhunderts, Johann Friedrich Dieffenbach, der zu Recht als der Vater der Plastischen Chirurgie bezeichnet wird.

Seine wunderschönen, mit zum Teil kolorierten Abbildungen illustrierten Bücher zeigen Operationsmethoden aus fast allen Gebieten der Plastischen Chirurgie, die heute noch geübt werden oder Ausgang für fruchtbare Weiterentwicklungen waren.

Aber dies war nicht allein sein Tätigkeitsbereich. Er wurde bekannt auch durch die von ihm entwickelte Schieloperation, führte im großen Stil Tenotomien durch und hat – dies ist eine überraschende Entdeckung der letzten Zeit – auch als Erster, hundert Jahre vor Forschmann, den Links-Herzkatheterismus am Patienten vorgenommen.

Die unglücklichen Weltkriege haben dafür gesorgt, daß weder sein 100. Todestag noch bedeutende Geburtsjubiläen in angemessener Weise begangen wurden. Lediglich eine Bronzetafel an dem inzwischen sehr verwahrlosten Mausoleum kündet von der Anteilnahme der deutschen Chirurgen. Andererseits war es mit dem 200. Geburtstag zu erwarten, daß die verschiedenen Fachgesellschaften und natürlich auch die inzwischen fast 1000 Mitglieder zählende Berliner Chirurgische Gesellschaft für Chirurgie sich dieses Jubiläums annehmen würden.

Dies ist der Grund, warum man sich entschloß, die Feierlichkeiten unter dem Patronat von Institutionen und Gesellschaften durchzuführen, die sich aus der Zeit Dieffenbachs selbst herleiten.



Die neu geschaffene Büste des Johann Friedrich Dieffenbach mit dem Künstler.

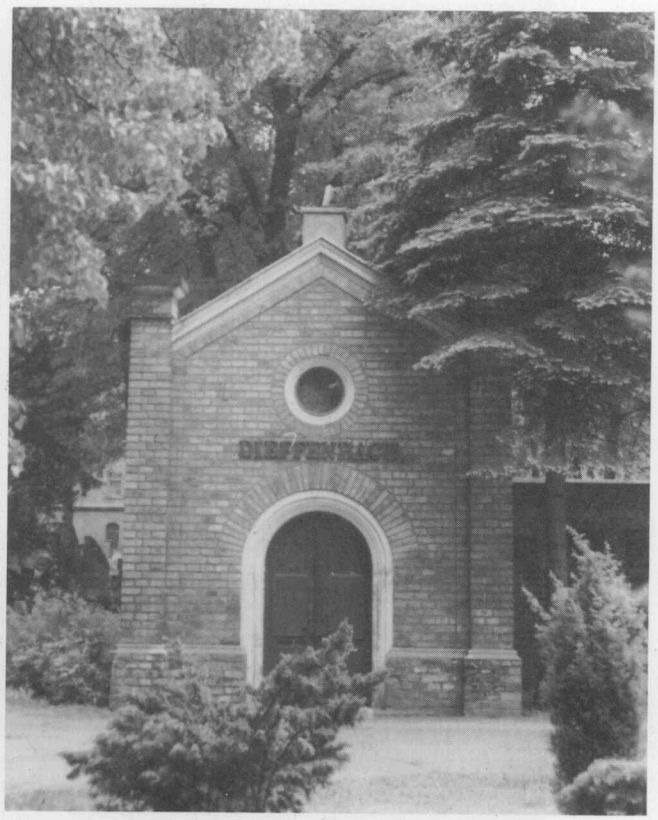
Dies ist selbstverständlich die Humboldt-Universität, aber auch die 1810 gerundete Gesellschaft für Natur- und Heilkunde, deren Mitglied Dieffenbach war und die Gesellschaft für die Geschichte Berlins.

Ganz bewußt wird in der Phase einer ungezügelten Diskussion ein Teil der Feierlichkeiten in der Charité stattfinden.

Es ist gelungen, einen Sponsor zu finden, der das Mausoleum auf eigene Kosten restauriert und es wird auch eine Büste im Ehrensaal der Charité ihre Aufstellung finden.

Daß das Organisationskomitee aus Plastischen Chirurgen in unabhängiger Position besteht, ist eine Garantie dafür, daß unser Fachgebiet sicher sehr gut vertreten sein wird.

Prof. Dr. Vaubel



Das restaurierte Mausoleum.

Die Herausgabe dieses Mitteilungsblattes der VDPCh erfolgte mit der freundlichen Unterstützung der Firma

MENTOR
DEUTSCHLAND GMBH

Stemplingeranger 22
8000 München 83

Telefon (0 89) 67 00 11-0
Telefax (0 89) 67 00 11 11