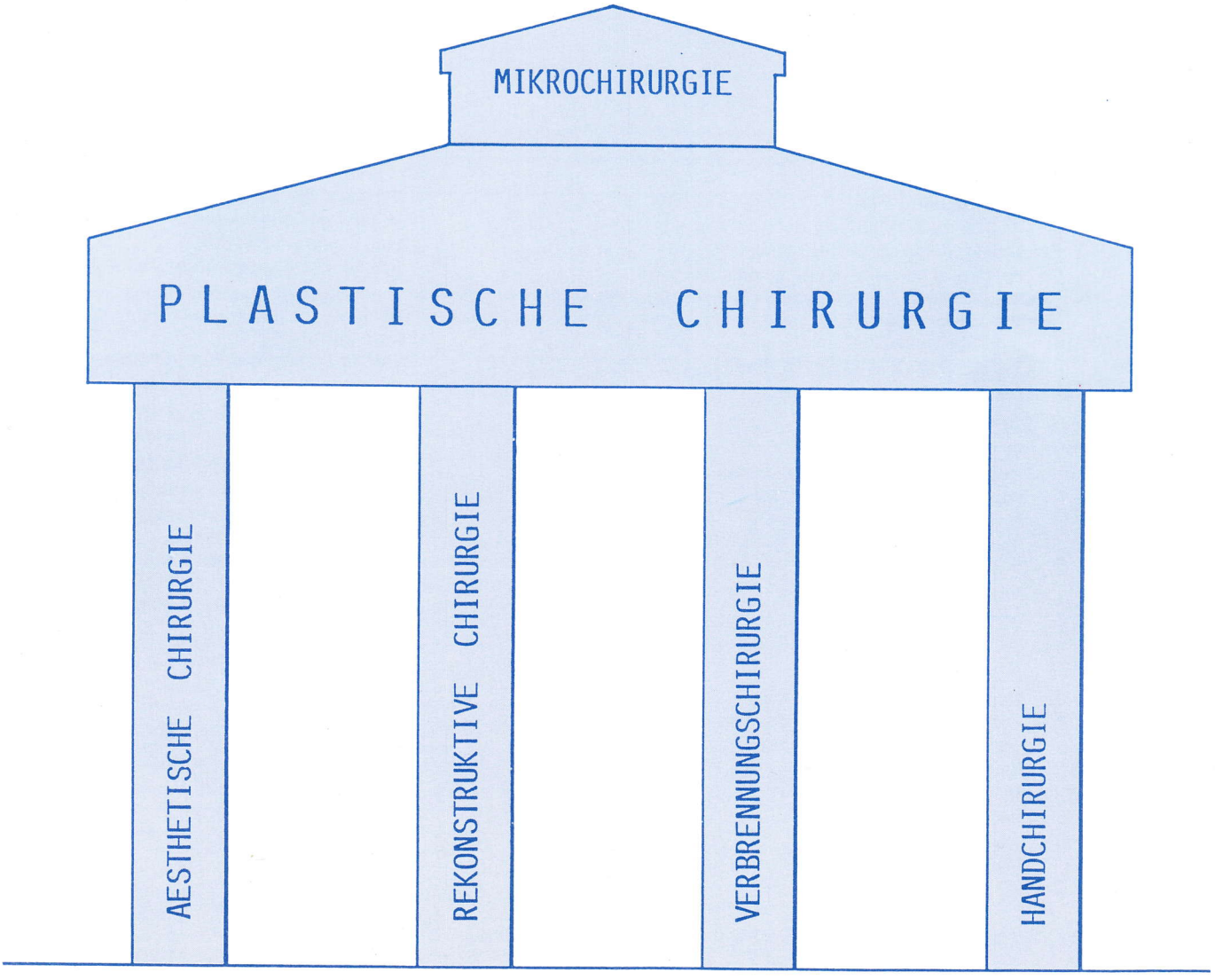
Mitteilungsblatt

VEREINIGUNG DER
DEUTSCHEN PLASTISCHEN
CHIRURGEN

Nummer 11

LEITTHEMEN: STRUKTUR PLASTISCHE CHIRURGIE
Heinrich von Pfalzpaint

September 1992



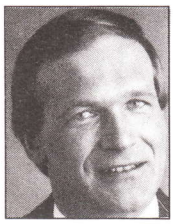
DER VORSTAND



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

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

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. med. Jürgen Geldmacher
Leiter der Abteilung für Handchirurgie und
Plastische Chirurgie
Chirurgische Klinik und Poliklinik der Universität
Krankenhausstraße 12
D-8520 Erlangen
Tel.: 0 91 31 / 85 32 76
Fax: 0 91 31 / 85 46 75

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
Nationaler Delegierter
Prof. Dr. med. Peter Eckert
Adresse siehe unter Rubrik „Vorstand"

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.

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

Zukunft und Vergangenheit
Editorial des Sekretärs der VDPC, Prof. Dr. med. Peter Eckert

Man kann nicht in die Zukunft schauen,
aber man kann den Grund für Zukünftiges legen
– denn die Zukunft kann man bauen.
Antoine de Saint-Exupéry

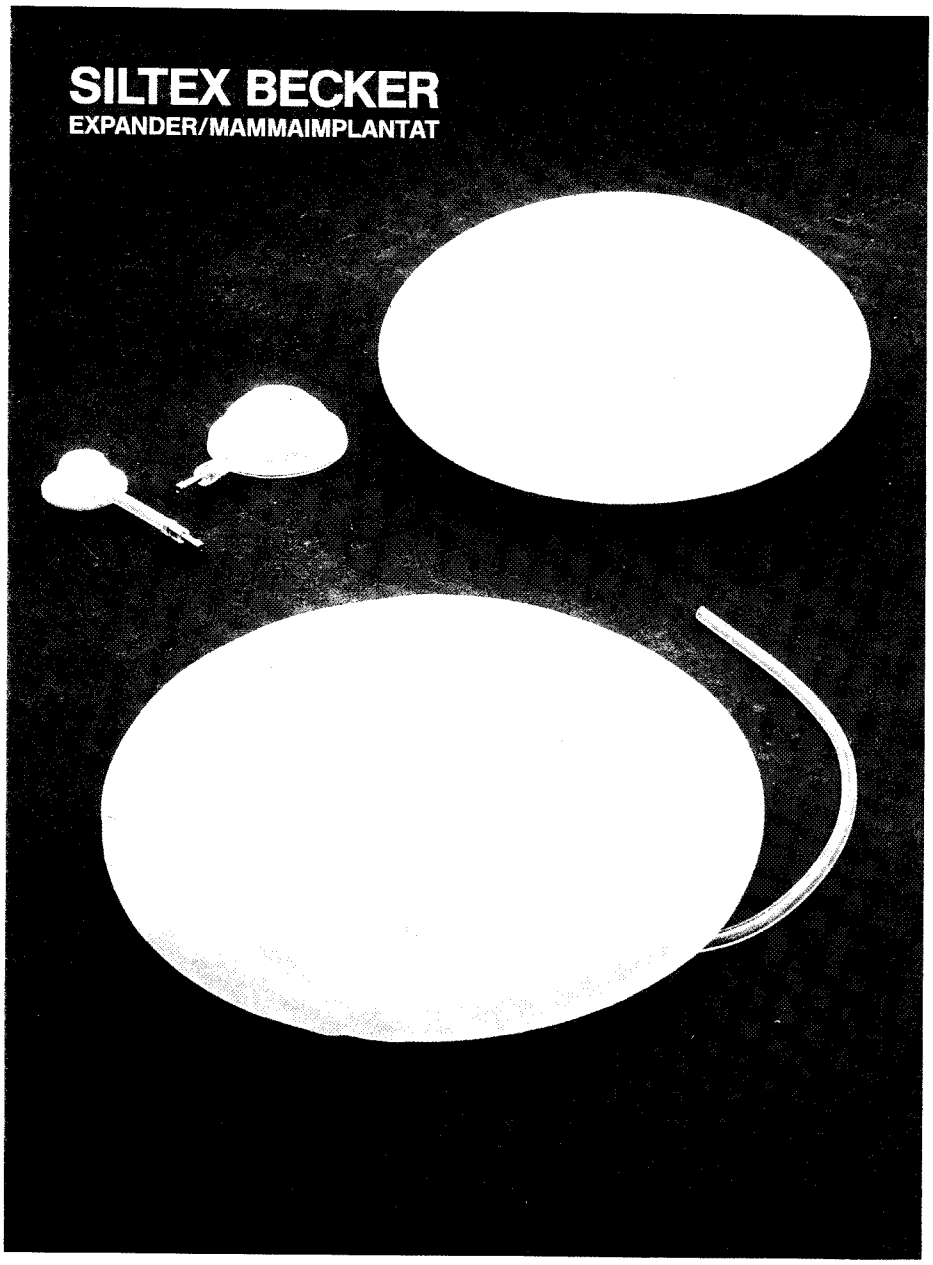
Unser Präsident, Herr Prof. Olivari hat uns allen als Mitgliedern der Vereinigung der Deutschen Plastischen Chirurgen in einem besonderen Brief bereits mitgeteilt: Die Plastische Chirurgie in Deutschland hat jetzt den Status eines Gebietes, einer Monospezialität. Der deutsche Ärztetag hat damit endlich einer jahrzehntelang wiederholten Forderung der VDPC entsprochen. In dem Protokoll der Gründungsversammlung der VDPC von 1968 ist diese Zielsetzung bereits ebenso enthalten, wie in unserer Satzung.

Diese Entscheidung des Deutschen Ärztetages hat damit zunächst lediglich eine neue **Struktur** für die Weiterbildung festgelegt. Aber natürlich sind damit auch weitere Änderungen und Entwicklungen vorgebahnt. Was sind die weiteren Schritte? In diesem Jahr werden die **Inhalte** der Weiterbildungsordnung unter dem Blickwinkel der neuen strukturellen Ordnung abgestimmt. Die Plastischen Chirurgen haben hierzu ihre Vorstellungen schon vor Jahren definiert. Im Verlauf der Verhandlungen bei der Bundesärztekammer, die Herr Prof. Berger und ich derzeit für unsere berufsständische Vertretung führen, hat sich gezeigt, daß diese unsere Definitionen gute Beschreibungen unserer Weiterbildungs-Erfordernisse darstellen. Manch einer wird einwenden, daß in der Weiterbildungsordnung gar nicht so explizit unsere Tätigkeitsinhalte im Detail zu finden sind. Ein Beitrag in diesem Mitgliedsblatt befaßt sich mit diesen Inhalten. Tatsächlich ist es nicht die Aufgabe einer Weiterbildungsordnung, jede Absicht und Tätigkeit in letzter Finesse festzulegen. Vielmehr geht es um die Abgrenzung eines großen Rahmens, der auch für weitere inhaltliche Entwicklungen genügend Spielraum läßt. Man denke nur zurück, welche immense Entwicklung allein unser Fachgebiet in den letzten 2 Jahrzehnten durchgemacht hat. Wer will jetzt so sicher prognostizieren, wie die weitere Entwicklung in den nächsten 20 Jahren sein wird?

Genau dieses absehbare Entwicklungspotential dürfen wir uns aber durch falsch verstandene, vordergründig motivierte Festlegungen in kleinlichem Blickwinkel nun nicht verbauen. Vielmehr gilt unser Augenmerk bei den weiteren Verhandlungen um die Weiterbildungsordnung, daß andere Gebiete sich ebenso wie wir in einem definitorischen Rahmen halten, der den ureigensten Gebietsinhalten entspricht. Kleinere Überschneidungen sind dabei vollkommen bedeutungslos. Es kann und muß uns um Transparenz der Zuständigkeiten der Gebiete generell gehen. Schließlich können wir nur die Erfordernisse unseres Fachgebietes Plastische Chirurgie verdeutlichen, indem wir aus den inhaltlichen Zwängen auch die institutionellen Notwendigkeiten quantifizieren. Für diese komplexen Zusammenhänge, die immerhin auch die Komponenten der Verantwortbarkeit, der Haftung, der Fürsorgepflicht und der sozialversicherungsrechtlichen Vertretbarkeit enthalten, haben wir den Gebietsstatus gefordert und erhalten.

Für unsere berufsständische Vertretung, die Vereinigung der Deutschen Plastischen Chirurgen, ergeben sich daraus neue Größenordnungen, denen wir auch in der inneren Einteilung unserer Vertretung entsprechen müssen. Eine kleine Übersicht über die augenblickliche Struktur der VDPC soll Grundlage sein für weitere Überlegungen betreffend der Anpassung unserer Satzung und einer möglichen Geschäftsordnung. Diese Diskussionen sind für unsere Mitgliederversammlungen geplant.

Mit wachsendem Selbstverständnis der Plastischen Chirurgie wird immer mehr die Besinnung und Bewahrung unserer Wurzeln notwendig. In diesem Jahr wurde der 200. Geburtstag von Johann Friedrich Dieffenbach in Berlin gefeiert, der als Vater der Plastischen Chirurgie apostrophiert wurde. Es dürfte aber doch bislang wenig bekannt sein, daß bereits im 15. Jahrhundert ein Plastischer Chirurg in Deutschland seine Tätigkeit ausübte und in Form eines Lehrbuches vermacht hat. Diesem „Großvater" der Deutschen Plastischen Chirurgie sind zwei Beiträge in diesem Mitteilungsblatt gewidmet. Es ist schon ein besonderer, schöner und zufälliger Zusammenhang, daß diese medizinhistorischen Darlegungen über Heinrich von Pfalzpaint einen Plastischen Chirugen betreffen, der im Bereich des Tagungsortes unseres diesjährigen Jahreskongresses gewirkt hat.



MENTOR
DEUTSCHLAND GMBH

Stemplingeranger 22
D-8000 München 83

089/670011-0 Telefon
089/670011-11 Telefax

Gebietsinhalte der Plastischen Chirurgie von Prof. Dr. Peter Eckert

Derzeitiger Verhandlungsstand

Der Deutsche Ärztetag 1992 hat beschlossen, daß die Plastische Chirurgie in Zukunft ein eigenes Gebiet ist. Die strukturellen Veränderungen der Weiterbildungsordnung für Ärzte betreffen in gleicher Weise die Kinderchirurgie und die Herzchirurgie. Die Unfallchirurgie und die Gefäßchirurgie sind dagegen auf ihren eigenen Wunsch Teilgebiete der Allgemeinchirurgie geblieben. Die derzeitigen Verhandlungen mit der Bundesärztekammer beschäftigen sich nun nicht mehr mit diesen grundsätzlichen strukturellen Entscheidungen. Vielmehr werden derzeit die Inhalte der Weiterbildung für Ärzte den neuen Strukturen angepaßt. Die daraus entstehende Muster-Weiterbildungsordnung muß danach von den Landesärztekammern erst übernommen werden, bevor sie in dieser neuen Form wirksam werden kann. Es wurde schon angekündigt und entspricht den bisherigen Vorgehensweisen, daß bis zur vollumfänglichen Wirksamkeit Übergangsregelungen für diejenigen, die sich in Weiterbildung befinden, geschaffen werden. Damit werden für niemand unvorhersehbare Härten entstehen.

Was ist Plastische Chirurgie?

Auch die Verhandlungen um die Novellierung der Weiterbildungsordnung haben es wieder einmal deutlich werden lassen: Das Bild der Plastischen Chirurgie in der Öffentlichkeit wird wesentlich durch die Presse geprägt. Selbst unter Ärzten, unter Nicht-Plastischen Chirurgen besteht eine überwiegend diffuse Vorstellung vom Tätigkeitsinhalt des Plastischen Chirurgen. Vielleicht ist das nicht so besonders verwunderlich, da das Wort „Plastische Chirurgie" nicht einen direkten Rückschluß auf den Tätigkeitsinhalt gestattet, wie das bei anderen chirurgischen Disziplinen der Fall ist. So versteht man zutreffend was der Bauch-Chirurg, der Kinder-, der Gefäß-, der Herz-Chirurg tut oder wozu der Unfall-Chirurg qualifiziert ist. Plastische Chirurgie aber wird fast immer zunächst mit „Schönheitschirurgie" verbunden.

Stellung der Plastischen Chirurgie im Gebiet Chirurgie und zu anderen Gebieten

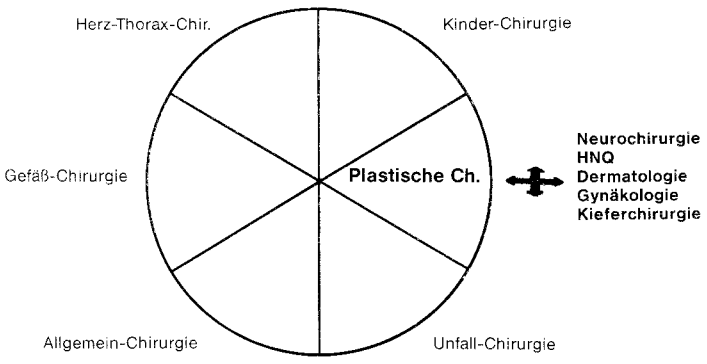


Abb. 1

Plastische Chirugie ist die Chirugie der angeborenen und erworbene Defekte von Form und Funktion. So lautet die Definition im Sinne der Weiterbildungsordnung. Betrachtet man sich einmal die Stellung zu den anderen chirurgischen Disziplinen (Abb. 1), so wird rasch deutlich: der Herz-, der Gefäß- und der Bauch-Chirurg befassen sich mit bestimmten anatomischen Strukturen; der Kinder-Chirurg mit den besonderen chirurgischen Problemen während der Wachstumsphase des Menschen. Die Plastische Chirugie aber ist ein rein methodisch orientiertes Fachgebiet. Sie ist darauf ausgerichtet, operative und konservative Methoden zur Wiederherstellung von Form und Funktion der Körperoberfläche zu entwickeln und anzuwenden. Dementsprechend ergeben sich vielfältige Querverbindungen zu anderen chirurgischen Spezialgebieten und anderen operativen und konservativen medizinischen Disziplinen.

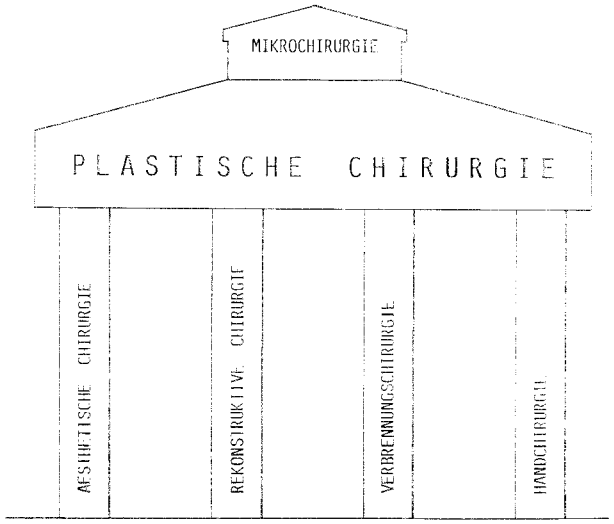


Abb. 2

Abbildung 2 soll die Inhalte der Plastischen Chirurgie im Einzelnen verdeutlichen. 4 Tätigkeitschwerpunkte tragen gewissermaßen die Plastische Chirurgie, so wie die Säulen einen Tempel. Die Mikrochirurgie ist ein besonderes methodisches "highlight", das in allen Säulen eingesetzt wird. Keine der tragenden Säulen ist entbehrlich. Methodisch ergänzen sich die meisten Techniken und bilden mit den besonderen Denkweisen zu allen außerhalb des rein handwerklich liegenden Aspekten das Gesamtgebäude.

Die Aesthetische Chirurgie wird unter dem Begriff kosmetische Chirurgie oder Schönheitschirurgie landläufig synonym mit Plastischer Chirurgie gesetzt. Tatsächlich beträgt der Anteil der aesthetisch-chirurgischen Eingriffe entsprechend einer Erhebung bei den Mitgliedern der Vereinigung der Deutschen Plastischen Chirurgen nicht einmal 15 % der operativen Tätigkeit. Die Begründung ist in erster Linie definitorischer Natur. So versteht man unter Aesthetischer Chirurgie diejenigen Eingriffe, deren Indikation nicht medizinisch, sondern ausschließlich durch den Wunsch des Patienten bestimmt sind. Dabei handelt es sich in der Hauptsache um formverändernde Operationen. Die wesentliche medizinische Aufgabe des Plastischen Chirurgen liegt in der Beratung des Patienten über die Verhältnismäßigkeit der Maßnahme. Bewertet werden die Operabilität, d.h. ob unter Aspekten von Seiten des Patienten, des behandelnden Arztes und den Voraussetzungen der Behandlungseinrichtung eine Operation der gewünschten Art grundsätzlich durchführbar ist. Dazu gehört eine Risikoabschätzung über Komplikationsmöglichkeiten und Erfolgswahrscheinlichkeit. Nicht umsonst wird für diese Kategorie von Operationen ein besonders großer Aufklärungsumfang verlangt. Denn die Entscheidung zur Operation fällt nicht, wie bei lebensbedrohenden Erkrankungen dominiert unter ärztlichen Aspekten. Vielmehr ist der Plastische Chirurg eingehender Berater und Interpreter für den Patienten; er verdeutlicht ihm die Bedeutung der medizinischen Aspekte, die für die Operationsentscheidung begrenzend sein können. Dazu muß natürlich sehr auf die Möglichkeiten des Patienten eingegangen werden, die Entscheidungsparameter für die eigene Entscheidung zu übernehmen. Aus diesem Grunde gibt es immer wieder die Notwendigkeit, von einer Operation abzuraten. Ganz besonders in diesem Punkt sieht die VDPC eine besondere Verpflichtung ihrer Mitglieder und setzt die Qualifikationshürde sehr hoch. Institutionelle Zwänge im Sinne kommerzieller Orientierungen dürfen für die Mitglieder der VDPC bei der ärztlichen Beratung nicht möglich sein.

Gebietsinhalte der Plastischen Chirurgie von Prof. Dr. Peter Eckert

Trotz des zahlenmäßig geringen Anteils der Aesthetischen Chirurgie im Gesamtgebäude der Plastischen Chirurgie wird der aesthetische Aspekt natürlich bei allen plastisch-chirurgischen Operationen stets eine Mitberücksichtigung erhalten. Form und Funktion sind immer zusammengehörig. So stellt die krankhafte extreme Brustvergrößerung eine Erkrankung dar wegen der dadurch bedingten Fehlbelastungen. Die Verkleinerungs-Operation muß natürlich neben dem medizinischen Ziel der Massen-Reduktion auch zu einem formal befriedigenden Resultat führen, also auch einen aesthetischen Aspekt berücksichtigen, der aber wiederum bezüglich der Indikation, zumindest im versicherungsrechtlichen Sinne, nachrangig ist.

Die Rekonstruktive Chirurgie als der zweite Pfeiler der Plastischen Chirurgie befaßt sich mit Operationen zur Wiederherstellung der Körperoberfläche bei medizinischen Indikationen. Defektdeckungen nach Unfällen oder nach Entfernungen von Tumoren verlangen wegen der Vielfältigkeit der Defekt-Größen, -Arten und Lokalisationen eine große Methodenvielfalt. Mikrochirurgische Techniken zur Verpflanzung großer durchbluteter Hautareale, von Gewebekombinationen unter Einschluß von Muskeln und Knochen haben ganz neue Möglichkeiten zur Wiederherstellung eröffnet, z.B. um gelähmte Gesichtsmuskeln zu ersetzen oder große offene Knochendefekte nach Unfällen oder Tumoren zu überbrücken. Dadurch ist umgekehrt natürlich auch eine größere Radikalität beispielweise in der Tumorchirurgie möglich geworden, die die Chancen zur Heilung des Tumorleidens verbessern helfen.

Grundsätzlich werden die gleichen operativen Methoden auch in der Verbrennungschirurgie eingesetzt. Davor aber liegt unmittelbar nach der Verbrennung die Erhaltung des Lebens. Verbrannte, abgestorbene Anteile der Körperoberfläche zu entfernen und durch frühzeitige Defektdeckung die großen Verluste von Flüssigkeit einzudämmen, ist das erste Ziel. Bei großen Verbrennungsflächen müssen besondere Techniken des zeitweiligen Hautersatzes verwendet werden, da eine Hautspende durch den Verbrannten selbst sein Problem nur noch weiter vergrößert. Erst nach Überwindung dieser kritischen Zeit beginnt die meist lange Phase der schrittweise endgültigen Wiederherstellung der Körperfläche. Die Vermeidung oder Beseitigung von Schäden durch ausgedehnte Narbenflächen erfordert langdauernde konservative Behandlungen und immer wieder Operationen. Vebrennungspatienten sind daher häufig jahrelang behandlungsbedürftig, bis ein tragbarer Endzustand von Form und Funktion erreicht wird.

Einer der zahlenmäßig bedeutenden Pfeiler der Plastischen Chirurgie ist die Handchirurgie. Die grundsätzlichen Methoden der Plastischen Chirurgie finden an der Hand besonders komplex und differenziert ihre Anwendung. Meist müssen viele Methoden miteinander kombiniert eingesetzt werden, um den auf engsten Raum zusammenliegenden unterschiedlichen Stukturen gerecht zu werden. Auch hier war die Mikrochirurgie Motor für große Fortschritte. Die Replantation abgetrennter Finger oder ganzer Gliedmaßenanteile sind bekannt spektakulär anmutende Beispiele. Weitere Fortschritte werden durch Muskelverpflanzungen zur Wiederherstellung der Bewegung gelähmter Extremitäten möglich. Kombiniert mit Operationen an den Nerven lassen sich gelegentlich sogar völlig funktionslose Arme wieder für Hilfsfunktionen verfügbar machen.

Die Gruppe der Plastischen Chirurgen ist in Deutschland im Vergleich zur gesamten chirurgischen Ärzteschaft zahlenmäßig klein und entspricht etwa der Zahl der Kinder-Chirurgen. Wie sich aber aus den Zahlen an großen Kliniken ergibt, in denen alle chirurgischen Disziplinen vertreten sind, ist die Plastische Chirurgie mit einem hohen Anteil von bis zu 25 % und mehr am gesamten chirurgischen Operationsaufkommen zahlenmäßig stark vertreten. Die Gesamttendenz zeigt erhebliche Zuwachsraten. Der Bedarf an qualifizierter Plastischer Chirurgie wird in Deutschland erheblich unterschätzt und ist sehr hoch. Vergleiche mit dem Ausland und die regionsbezogenen Analysen der Vereinigung der Deutschen Plastischen Chirurgen lassen diese Tatsache nur zu deutlich werden. Überall dort, wo eine Plastische Chirurgie neu eingerichtet wurde, war innerhalb kurzer Zeit die zahlenmäßige Erwartung bezüglich des Bedarfs innerhalb weniger Jahre weit übertroffen worden.

Die Inhalte des Fachgebietes Plastische Chirurgie sind allerdings nicht in jeder Einrichtung für Plastische Chirurgie gleichermaßen verwirklicht. Bezüglich der Verbrennungsmedizin zeigen sich besonders deutlich die erheblichen institutionellen und personellen Notwendigkeiten zur Vorhaltung. Weiterhin ist ein organisatorischer Aufwand einer der Schlüssel zum Erfolg. Aber gerade hier zeigt sich, daß der Erfolg und die wirklichen methodischen Verbesserungen sich der unmittelbaren Beurteilung durch andere entziehen. Hier wird nur zu oft kleinlich aus Teilperspektiven anderer Fachgebiete argumentiert, wo ausschließlich ein großzügiger Blickwinkel des globalen Gesamten sinnvoll und wirksam sein kann. Nicht umsonst entwickeln sich daher spezielle Untergruppierungen, die durch zunächst rein wissenschaftliche Zusammenkünfte die besonderen Inhalte diskutieren, daraus einen Maßstab für das allgemein institutionell und materiell Erforderliche (Struktur) ableiten und dann diese Erfordernisse als Forderung berufspolitisch formulieren. Auf diese Weise ist aus einigen, zunächst rein wissenschaftlichen Arbeitsgemeinschaften später eine berufspolitische Vertretung erwachsen, so beispielsweise Verbrennungsmedizin.

Den gleichen Werdegang durchläuft berufspolitisch auch die Handchirurgie. Hier kommt besonders eine interdisziplinäre Komponente zum Tragen, da auch aus orthopädischer Provenienz Handchirurgie betrieben wird. In der neuen Weiterbildungsordnung ist diesen Gegebenheiten und der besonderen Bedeutung der Handchirurgie durch Einrichtung einer Zusatzbezeichnung Handchirurgie entsprochen worden. Auch hier sind sicher weitergehende Anpassungen für die Zukunft zu erwarten.

Die Mikrochirurgie hat im "Tempel der Plastischen Chirurgie" nicht umsonst einen Ehrenplatz ganz oben im Bild. Durch die Mikrochirurgie sind in der Plastischen Chirurgie einige der bedeutendsten Fortschritte und Erkenntnisse erst möglich geworden. Aber man darf bei allem Enthusiasmus nicht vergessen, daß es sich dabei um eine methodische Bereicherung handelt. Keinesfalls ist die Mikrochirurgie ein inhaltliche Besonderheit der Plastischen Chirurgie alleine. Viele andere Fachgebiete profitieren ebenso von dieser methodischen Erweiterung. In der Plastischen Chirurgie findet diese Methode Anwendung in jedem inhaltlichen Pfeiler, am meisten sicher in der Handchirurgie und in der Rekonstruktiven Chirurgie, aber auch, wenn auch seltener, in der Verbrennungschirurgie.

Die Aesthetische Chirurgie als ein eigener inhaltlicher Pfeiler der Plastischen Chirurgie ist zwar in erster Linie durch die besondere Indikation bedingt, nämlich durch den Wunsch des Patienten und nicht durch medizinische Gesichtspunkte, aber auch hier hat sich methodisch eine lebhafte Eigendynamik entwickelt. Dennoch bleibt die Feststellung richtig, daß die verwendeten Methoden grundsätzlich in der gesamten Plastischen Chirurgie Anwendung finden und umgekehrt die Methode aus den anderen Pfeilern zu neuen Lösungsmöglichkeiten auch für aesthetische Indikationen beitragen. Daraus ergibt sich auch die besondere Zuständigkeit des Plastischen Chirurgen für die Aesthetische Chirurgie. Genauso umstritten ist allerdings auch, daß Beiträge zur Aesthetischen Chirurgie auch in anderen Fachgebieten zu suchen sind.

Diese Überlegung zu den Inhalten des Fachgebietes Plastische Chirurgie vermeiden bewußt, einzelne Operationen oder Vorgehensweisen in den Vordergrund zu stellen. Die Plastische Chirurgie als methodisches Fach lebt von der Anwendung bewährter Methoden und von neuen Entwicklungen gleichermaßen. Es ist eigentlich sogar eine integrale Besonderheit, daß nahezu niemals wirklich bei jedem Patienten absolut gleichartig vorgegangen werden kann. Die Komplexität der Probleme erfordet fast immer kleine, gelegentlich sogar grundsätzliche Abweichungen vom ursprünglichen Operationsplan. Diese Eigentümlichkeit unseres Faches schlägt sich daher auch in der Beschreibung der Weiterbildungsinhalte nieder. Das allgemeine Prinzip bedarf der Vermittlung in der Weiterbildung und dies in einer erheblichen Breite und gehörigen methodischen Tiefe. Diese Erkenntnis muß ihren Niederschlag in der Weiterbildungsordnung behalten. Man ist schon erstaunt, mit welchem Weitblick bereits vor 20 Jahren Formulierungen für die Weiterbildungsordnung gefunden wurden, die uns den erforderlichen Freiraum nicht genommen haben.

Anmerkungen zur Satzung der Vereinigung der Deutschen Plastischen Chirurgen von Prof. Peter Eckert

Auf mehreren Mitgliederversammlungen der VDPC ist bereits eine Kommission unter Leitung von Herrn Prof. F. E. Müller in Arbeit. Die Mitglieder waren aufgerufen, Ihre Überlegungen der Kommission zur Kenntnis zu bringen. Weiterhin hat die letzte außerordentliche Mitgliederversammlung eine Darstellung der Diskussionsgrundlagen hierzu in diesem Mitteilungsblatt beschlossen.

Der Text der augenblicklich gültigen Fassung der Satzung soll zunächst hier noch einmal abgedruck werden, da offenbar ein Teil unserer Mitglieder die Satzung nicht mehr haben bzw. in den letzten Jahren im Hinblick auf die Satzungsänderungen ein Druck nicht mehr neu aufgelegt wurde. Hier also der

Text der aktuell gültigen Satzung des VDPC:

§ 1 Name und Sitz der Vereinigung

1. Die Vereinigung der Deutschen Plastischen Chirurgen wurde am 16. Oktober 1968 in Bochum gegründet.
2. Die Vereinigung der Deutschen Plastischen Chirurgen hat ihren Sitz in Ludwigshafen/Rhein und ist dort unter der Nummer 1316 im Vereinsregister eingetragen.
3. Die Vereinigung ist uneigennützig, d. h. kein Mitglied kann geldliche Zuwendungen oder wirtschaftliche Vorteile erhalten, auch nicht bei Auflösung der Vereinigung.
4. Die Vereinigung ist ein gemeinnütziger Verein.

§ 2 Zweck und Aufgaben der Vereinigung

1. Die Vereinigung setzt es sich zum Ziel, die plastische Chirurgie in der Bundesrepublik Deutschland als selbständige chirurgische Monospezialität, Arzt für Plastische Chirurgie, zu entwickeln und zu erhalten. Grundlage der plastischen Chirurgie ist eine allgemein-chirurgische Ausbildung.
2. Zur plastischen Chirurgie gehören Eingriffe, die sich mit der Wiederherstellung und Verbesserung der Körperform und sichtbar gestörten Körperfunktion befassen. Sie sucht die Folgen von Krankheit, Trauma und angeborenen Anomalien sowie Veränderungen, die durch regressive Vorgänge des äußeren Erscheinungsbildes entstanden sind, zu korrigieren
3. Die Aufgaben der Vereinigung erstrecken sich ferner auf die Förderung der plastischen Chirurgie in wissenschaftlicher und praktischer Hinsicht. Dazu gehört auch die Pflege des Gedanken- und Erfahrungsaustausches mit ausländischen Fachgesellschaften der plastischen Chirurgie und Kliniken dieses Fachgebietes.
4. Eine weitere Aufgabe ist die Förderung und Qualitätskontrolle der Weiterbildung in praktischer und theoretischer Hinsicht.
5. Ziele und Aufgaben der Vereinigung entsprechen den Richtlinien der International Confederation for Plastic and Reconstructive Surgery.
6. Die Vereinigung ist offizieller Vertreter der deutschen Plastischen Chirurgie und Mitglied im international Conferderation for Plastic and Reconstructive Surgery.
7. Die Vereinigung vertritt – gemeinsam mit der „Sektion Plastische Chirurgie" im Berufsverband der Deutschen Chirurgen – die allgemeinen und berufspolitischen Interessen der plastischen Chirurgie innerhalb der deutschen Ärzteschaft und ihren gewählten Vertretern.

§ 3 Rechte und Pflichten der Mitglieder

1. **Ordentliche Mitglieder** können werden, die eine mindestens 4-jährige Weiterbildung in der allgemeinen Chirurgie und eine 3-jährige Weiterbildung in einer dafür anerkannten Abteilung für Plastische Chirurgie nachweisen können. Sie müssen ständig und ausschließlich auf dem Gebiet der plastischen Chirurgie tätig sein.

   Ein ordentliches Mitglied soll im Besitz der Anerkennung der Teilgebietsbezeichnung „Plastische Chirurgie" oder aber „Arzt für Plastische Chirurgie" sein, sofern diese Gebietsbezeichnung neu geschaffen wird.

   Ordentliche Mitglieder sind stimmberechtigt und beitragspflichtig.
2. **Assoziierte Mitglieder** können Ärzte werden, die durch ihre berufspolitische Tätigkeit und Leistung ein besonderes Interesse an der plastischen Chirurgie erkennen lassen.
3. **Korrespondierte Mitglieder** können ausländische Ärzte für Plastische Chirurgie ausgezeichnet haben. Der Vorschlag kann von jedem ordentlichen Mitglied eingebracht werden. Korrespondierende Mitglieder haben kein Stimmrecht und sind nicht beitragspflichtig.
4. **Ausländer,** die nach ihrer Weiterbildung und längerem Aufenthalt in der Bundesrepublik Deutschland ihren endgültigen Wohnsitz hier nehmen und die sonstigen Aufnahmebedingungen erfüllen, können ausnahmsweise auf Vorschlag ordentliche Mitglieder werden, sofern es den Interessen der Vereinigung entspricht.

   Ausländer, die vorübergehend die plastische Chirurgie in einer anerkannten Fachabteilung in der Bundesrepublik Deutschland ausüben, können assoziierte Mitglieder werden.

   Mitglieder einer ausländischen Fachgesellschaft, die der internationalen Confederation for Plastic and Recontructive Surgery angehört, können als assoziierte Mitglieder aufgenommen werden.
5. **Ehrenmitglieder** können Persönlichkeiten werden, die die deutsche plastische Chirurgie hervorragend gefördert haben. Über den Antrag zu ihrer Aufnahme, die jedes ordentliche Mitglied einreichen kann, entscheidet der Vorstand. Nur diejenigen Ehrenmitglieder, die früher ordentliche Mitglieder waren, haben Stimmrecht und sind wählbar. Ihre Zahl soll drei nicht überschreiten. Ehrenmitglieder sind nicht beitragspflichtig.

§ 4 Beiträge der Mitglieder

Der Jahresbeitrag wird von der Hauptversammlung festgesetzt. Die Einziehung der Mitgliedsbeiträge erfolgt durch den Schatzmeister.

Das Geschäftsjahr entspricht dem Kalenderjahr.

§ 5 Aufnahme, Austritt und Ausschluß

1. Zur Aufnahme bedarf es der Ausfüllung eines beim Präsidenten anzufordernden Formblattes sowie Benennung von drei Bürgen, die ordentliche Mitglieder der Vereinigung sind. Die Anträge müssen bis zum 31. Mai beim Präsidenten eingegangen sein. Die Namen der Antragsteller werden Anfang Juni unter Nennung der Bürgen allen ordentlichen Mitgliedern bekanntgegeben. Einsprüche gegen die Aufnahme eines Antragstellers müssen mit eingehender Begründung bis zum 30. Juni beim Präsidenten erhoben werden.

   Die Entscheidung über einen Einspruch wird vom Vorstand bis zum 31. Juli getroffen.
2. Der Austritt kann jederzeit zum Jahresende erklärt werden. Der Beitrag ist noch für das laufende Kalenderjahr zu bezahlen.

Anmerkungen zur Satzung der Vereinigung der Deutschen Plastischen Chirurgen von Prof. Peter Eckert

3. Der Ausschluß kann erfolgen.

   a) wenn ein Mitglied nach zweimaliger Mahnung mit seinem Beitrag länger als ein Jahr im Rückstand bleibt. Der Ausschluß wird nach Empfang des Ausschlußschreibens wirksam. Zum Wiedereintritt ist ein erneuter Aufnahmeantrag zu stellen und der rückständige Beitrag nachzuzahlen.

   b) Ein Mitglied, das zum Verlust der bürgerlichen Ehrenrechte rechtskräftig verurteilt worden ist oder dem die Approbation als Arzt entzogen worden ist, verliert seine Mitgliedschaft.

   c) Schädigt ein Mitglied das Ansehen der Vereinigung, so muß die Versammlung der ordentlichen Mitglieder nach Anhören des Betroffenen über den Ausschluß abstimmen. Nur anwesende Mitglieder, deren Zahl mindestens sieben betragen muß, können an der Abstimmung teilnehmen.

§ 6 Zusammensetzung des Vorstandes

1. Der Vorstand besteht aus dem Präsidenten, dem Beirat, dem Schatzmeister und dem Sekretär.
2. Dem Vorstand gehört auch der Leiter der „Sektion Plastische Chirurgie" im Berufsverband der Deutschen Chirurgen an. Voraussetzung ist seine ordentliche Mitgliedschaft in der Vereinigung.
3. Der Beirat besteht aus drei ordentlichen Mitgliedern. Der jeweils abgelöste Präsident gehört dem Beirat an.
4. Die Vereinigung wird durch den Präsidenten gemeinsam mit einem Beiratsmitglied oder dem Schatzmeister oder dem Sekretär vertreten.
5. Der Vorstand wird auf der Hauptversammlung von den Mitgliedern mit absoluter Stimmenmehrheit gewählt.

   Seine Amtszeit dauert:

Präsident	2 Jahre (Wiederwahl für 1 Jahr möglich)
Beirat (2 Mitglieder)	2 Jahre
(1 Mitglied)	1 Jahr
Schatzmeister	unbestimmte Zeit
Sekretär	5 Jahre (Wiederwahl möglich)
Leiter der „Sektion „Plastische Chirurgie" im Berufsverband der Deutschen Chirurgen	unbestimmte Zeit

6. Die laufenden Geschäfte der Vereinigung werden durch den Vorstand geführt.
7. Das Vermögen der Vereinigung wird vom Schatzmeister unter Aufsicht des Beirates verwaltet.
8. Bei allen wichtigen standespolitischen Problemen und Fragen der Aufnahme von Mitgliedern entscheidet der Vorstand. Die Einladung zu einer Sitzung erfolgt in der Regel spätestens 4 Wochen vor der Sitzung mit eingeschriebenem Brief durch den Präsidenten.
   Gleichzeitig ist die Tagungsordnung anzugeben.

§ 7 Hauptversammlung

1. Die Mitgliedergemeinschaft wird durch den Präsidenten zu einer Hauptversammlung, die regelmäßig im Zeitraum der Jahrestagung stattfindet, einberufen. Die Einladung hierzu erfolgt schriftlich. In der Regel mindestens 4 Wochen vorher – unter Angabe der Tagungsordnung.
2. In der Hauptversammlung gibt der Präsident einen Überblick über die wichtigsten Vorkommnisse des abgelaufenen Geschäftsjahres.
3. In der Hauptversammlung wird der Vorschlag für die Wahl des nächsten Präsidenten und Beirates und evtl. des Schatzmeisters bekanntgegeben. An der Wahl, die durch Stimmzettel erfolgt, dürfen nur ordentliche Mitglieder teilnehmen. Gewählt sind die Mitglieder mit absoluter Stimmenmehrheit. Wird die absolute Stimmenmehrheit in der erstgenannten Wahl nicht erreicht, so findet eine Stichwahl zwischen den beiden Mitgliedern mit den meisten Stimmen statt. Bei Stimmengleichheit entscheidet das vom Präsidenten zu ziehende Los.
4. Die Beschlüsse der Hauptversammlung sind in einem Protokoll aufzunehmen und vom Präsidenten zu unterzeichnen.

§ 8 Veranstaltungen

Die wissenschaftlichen Zusammenkünfte können in zwei verschiedenen Formen stattfinden:

1. Die Jahrestagung findet in Form eines Symposiums oder Kongresses statt, wobei mit mehreren Themen Probleme der plastischen Chirurgie behandelt werden. Hierzu können in- und ausländische Gäste als Referenten und Teilnehmer geladen werden. Die Jahrestagung kann auch gemeinsam mit einer ausländischen Gesellschaft für Plastische Chirurgie veranstaltet werden.
2. Darüberhinaus können noch weitere wissenschaftliche Sitzungen abgehalten werden.
3. Die Festlegung der wissenschaftlichen Sitzungen erfolgt durch den Vorstand.
4. Themenvorschläge können von den ordentlichen Mitgliedern eingereicht werden; über die Auswahl entscheidet der Vorstand.

Anmerkungen zur Satzung der Vereinigung der Deutschen Plastischen Chirurgen von Prof. Peter Eckert

Aus formaljuristischen Gründen sind einige Passagen zu ergänzen bzw. neu zu formulieren, die sich im Vereinsrecht begründen. So ist beispielsweise ein Passus erforderlich, wie für den Fall einer Auflösung vorzugehen ist. Das haben wir zwar nicht vor, ist jedoch eben formal erforderlich. Auf diese Dinge, die uns in der Praxis nicht berühren, soll hier aber nicht weiter eingegangen werden; dazu bedarf es ohnehin des juristischen Sachverstandes und hat für die inhaltliche Ausgestaltung keine weitere Bedeutung.

Einige Inhalte müssen jetzt den neuen berufspolitischen Gegebenheiten nachgeführt werden. Das betrifft einige kleine Änderungen im § 2, nämlich bezüglich der Grundlagen der Plastischen Chirurgie sowie die Bezeichnung der International Confederation for Plastic and Reconstructive and Aesthetic Surgery, die ihren Namen jetzt in International Confederation for Plastic, Reconstructive and Aesthetic Surgery geändert hat.

Weiterhin ist natürlich der § 3 bezüglich der Voraussetzungen zur ordentlichen Mitgliedschaft an die neue Weiterbildungsordnung anzupassen.

§ 5, Absatz 1 wurde seit Jahren so nicht mehr gehandhabt, hinsichtlich der zeitigen Vorabnennung der Namen von Antragstellern zur Aufnahme in die VDPC. Praktischer ist es, die Listen, wie in den letzten Jahren gehandhabt, mit der Einladung zur ordentlichen Mitgliederversammlung zu versenden. Das spart Porto und ist zeitlich deswegen ausreichend, weil Einwände aktuell übermittelt werden können. Außerdem ist ja bereits durch Beschluß der Mitgliederversammlung die Verantwortung der Bürgen für die Gültigkeit der Voraussetzungen beschlossen worden.

Ein wichtiges praktisches Problem hat sich aus den Formulierungen des § 6 ergeben. So hat das Amtsgericht Ludwigshafen als zuständiges Vereinsregister die augenblickliche Zusammensetzung des Vorstandes bemängelt. Tatsächlich sind die Formulierungen des § 6 hinsichtlich des Beirates nicht ganz schlüssig. So ist die Zahl der Beiräte im Absatz 5 zwar beziffert, durch die Formulierung des Absatz 3 haben wir aber derzeit ein Beiratsmitglied zuviel. Nicht geklärt ist dabei weiterhin, für welche Zeit der Ex-Präsident automatisch im Beirat ist. Immer ergibt sich eine zahlenmäßige Kollision, wenn beispielsweise der Präsident für ein Jahr wiedergewählt wird. In der Praxis hat diese Zahlenspielerei natürlich keine Bedeutung gehabt und außer der jetzigen Feststellung des Vereinsregisters ergeben sich daraus auch keine weiteren praktischen Konsequenzen. Es beleuchtet aber eine mögliche logische Lücke.

Bisher hat sich die Zusammensetzung des Vorstands in der satzungsmäßigen Form als funktional ohne Einwände erwiesen. Im Wesentlichen sind aber Problemsituationen stets durch Kompensationen beherrscht worden, die das Gefühl hinterlassen, hier kann eine etwas andere Struktur hilfreich sein. Insbesondere unter dem Eindruck, daß die Mitgliederzahl erheblich wächst sind hier auch für die Zukunft Anpassungen zu überdenken.

Die Satzung stellt ja klar und eindeutig fest, daß der Präsident die VDPC vertritt. Jedoch tut er dieses nicht allein, sondern mit einem Vorstandsmitglied zusammen. Was aber passiert im Falle der Verhinderung des Präsidenten? Zwar hilft auch hier der Absatz 6, kollidiert aber gleichzeitig mit Absatz 3.. Es sollte in der Satzung schon der offizielle Vertreter des Präsidenten im Falle der Verhinderung genannt werden.

Dazu sollte, was ja bereits von anderer Seite geäußert wurde, ein Vize-Präsident eingeführt werden, der dann zum Präsidenten wird. Die Vorteile der Einführung des Vize-Präsidenten in die Aktivitäten des zukünftigen Präsidenten wurden ja bereits genannt. Dadurch wird die gesamte Präsidentperiode, Vize-Präsident plus Präsident, 4 Jahre sein. Dazu kommt die Zeit als Ex-Präsident im Beirat. Von der Möglichkeit der Verlängerung der Präsidenten-Amtszeit würde so seltener Gebrauch gemacht. Ebenso kann der Vize-Präsident bei Ausfall des Präsidenten sofort ohne weitere Formalitäten und damit ohne Einbrüche die Amtsgeschäfte des Präsidenten übernehmen. Weiterhin ist so Kontinuität in den Amtsgeschäften per Struktur.

Vom Grundsatz her sollte man allerdings die Satzung nicht zur Regelung aller Eventualitäten verstehen. Sie soll nur ein Grundgerüst für die Funktion der VDPC sicherstellen. Daher ist zu erwägen, ob manche Festschreibungen aus der Satzung in der bisherigen Form herausgenommen und zur flexibleren Disposition einer Geschäftsordnung überantwortet werden. Beispielsweise ist die Funktion der Beiräte im Vorstand nie so recht definiert worden. Man könnte daher in einer Geschäftsordnung diese „Positionen" mit mehr Leben erfüllen.

Unter diesen Aspekten in Verbund mit der zunehmend deutlicher aufscheinenden Problematik durch Schwerpunktbildungen in der Plastischen Chirurgie (Hand-, Verbrennungs-, Aesthetische Chirurgie, Rekonstruktive Chirurgie) sollten die jeweiligen Interessen dieser Schwerpunkte innerhalb der VDPC auch entsprechend politisch vertreten werden. Eine Möglichkeit ist, per Geschäftsordnung entsprechende Sektionen einzurichten, also eine Sektion für Verbrennungsmedizin, eine Sektion für Handchirurgie, eine Sektion für Aesthetische Chirurgie. Diese sollten dann gesondert die jeweiligen besonderen berufspolitischen Aspekte beraten und dann in die Berufspolitik der VDPC einbringen. Parallel bleibt die Verstärkung der so dann gut abgestimmten Initiativen durch die jeweiligen Fachgesellschaften, also Deutsche Gesellschaft für Verbrennungsmedizin. Deutsche Gesellschaft für Handchirurgie, die aber ja auch andere Provenienzen vertreten. Die notwendigen Diskussionen und Abstimmungen werden besser durch Interessen-Gruppierungen, eben Sektionen im Vorfeld vorbereitet. Ganz praktisch denke ich an Sitzungen der Sektionen vor der eigentlichen Mitgliederversammlung; der jeweilige Sektionsvorsitzende sollte dann die Beratungsergebnisse der Mitgliederversammlung präsentieren. Letztlich geht es doch darum, daß die im wesentlichen Betroffenen kompetent eine Vorentscheidung herbeiführen, die dann von der ganzen VDPC getragen wird.

Diese Sektionen sollten einen Vorsitzenden haben, der Mitglied im Vorstand, nämlich als Beirat ist und damit eine ganz definierte Interessenrichtung vertritt, weiterhin aber auch eine direkte Brücke zu anderen Fachgesellschaften darstellt, in denen er dann im Regelfall ja auch Mitglied ist.

Überhaupt scheint eine **Geschäftsordnung** ganz generell eine Lösung, flexibel durch Votum der Mitgliederversammlung Regularien der VDPC den aktuellen Notwendigkeiten anzupassen. Allerdings sollte man diese Geschäftsordnung auch schriftlich führen und damit nachlesbare Handlungsanweisungen zur Verfügung haben. So sehr das mancher verabscheut, so notwendig werden derartige Regularien parallel zur Satzung in Anbetracht des Wachstums unserer berufsständischen Vertretung.

Heinrich von Pfalzpaint und die plastische Chirurgie der Haut

von Grundolf Keil

Herr Prof. Dr. Dr. Gundolf Keil ist Vorstand des Instituts für Geschichte der Medizin, Koellikerstraße 8, 8700 Würzburg

Herr Dr. Christoph Weißer ist Akademischer Rat an der Chirurgischen Universitätsklinik, Josef-Schneider-Str. 2, 8700 Würzburg, und ist seit vielen Jahren in ständiger Mitarbeit mit dem Institut für Geschichte der Medizin verbunden.

Beiden Herren sei an dieser Stelle für ihre nachfolgenden Publikationen zu einer interessanten Persönlichkeit aus der Geschichte der Plastischen Chirurgie herzlich gedankt. Im Zuge der berufspolitischen Internationalisierung der Plastischen Chirurgie erhält die Besinnung auf unsere nationalen Vorväter einen besonderen Stellenwert, damit unsere Wurzeln hier nicht in Vergessenheit geraten. Dieser medizinhistorische „Fund" verdient sicherlich auch in der VDPC einen besonderen Ehrenplatz.

πλαδδειν bedeutet „formen", „gestalten" πλαστης „der Bildhauer", setzt an der **Außen**fläche seiner Werkstoffe an, ganz gleich, ob er sie mit dem Meißel oder dem Schnitzmesser bearbeitet: die **Außen**fläche des Holzstocks präpariert der Formschneider, die **Außen**fläche von Wachs, Teig oder Ton gestalten die Modeln, und letztlich ist es die Außenfläche, die die Gußform vermittelt und die beim Metallguß zählt. Kunststoffe sind bezeichnenderweise nach ihrer oberflächengestaltenden Formbarkeit benannt worden und laufen unter dem Sammelbegriff „Plastik".

Oberflächenbezogen versucht auch die plastische Chirurgie vorzugehen, die – im Gegensatz zur Orthopädie – nicht von Tiefenstrukturen ausgeht und nicht die Morphogenese von Wachstumsprozessen nutzt, sondern an der Außenfläche des Leibes ansetzt und von der Haut aus zu gestalten sucht.

Die „orthopédie" ist heuer 250 Jahre alt geworden, und die „plastische Chirurgie" blickt heuer auf ein Alter von 530 Jahren zurück. Aber ebenso, wie vor Nicolas Andry und seinem genialen Konzept orthopädische Maßnahmen durchaus bekannt und in Anwendung waren, lassen sich plastisch-chirurgische Eingriffe schon vor dem Pfalzpainter und seiner berühmten „Wundarznei" greifen.

Die plastische Chirurgie ist im späten Mittelalter entwickelt worden: sie erfuhr ihre methodische Ausformung in einer Periode, die sich als ausgesprochen innovativ auf medizinischem Sektor erweist und mit zahlreichen heilkundlichen Erfindungen aufwartet: Das Spektrum der mittelalterlichen Erfindungen fächert von der Brille bis zur Vollnarkose auf, greift Nervennaht, Hirnoperation sowie Armprothesen ein und stellt erstmals Herzglykoside, Antibiotika und Zeilgifte in den Dienst therapeutischen Vorgehens. In einer Zeit, wo der Buchdruck erfunden, das Geschütz entwickelt und die erste Drei-Stufen-Rakete erprobt wurde, ist auch das Konzept der plastischen Chirurgie entworfen worden.

Bücher sind lange vor Gutenberg gedruckt worden, und plastisch-chirurgische Eingriffe lassen sich Jahrhunderte vor dem Pfalzpainter nachweisen. Trotzdem kann niemand Gutenberg-Gensfleisch die Erfindung des Buchdrucks streitig machen, wie es auch schwerfällt, das Konzept plastischen Operierens in die Jahre vor 1460, das heißt auf die Zeit vor Heinrich von Pfalzpaint zurückzudatieren.

Das Konzept plastisch-operativen Gestaltens ist der Chirurgie lange Zeit fremd geblieben. Noch 1363 – hundert Jahre vor Pfalzpaints „Wündärznei" – hat Guy de Chauliac, berühmtester Chirurg des 14. Jhs. und bestgehaßter Arzt der Renaissance – sein Fach folgendermaßen definiert: „Die Chirurgie" (so sagt er im führenden operativen Lehrbuch), „die Chirurgie ist auf dreierlei Weise tätig: solvit continuum = sie löst Zusammenhängendes, jungit separatum = sie verbindet Getrenntes, et exstirpat superfluum = sie entfernt, was überflüssig ist". Kein Wort vom Neubilden und Gestalten: Daß die Chirurgie auch in der Lage sein könnte, Verlorenes nachzubilden und aus der Oberfläche heraus zu formen, lag dem medizinischen Denken des 14. Jhs. noch fern. Und die drei Vorgehensweisen, wie Guy de Chauliac sie für den Wundarzt fordert, entstammen antiker Sichtweise und sind bis an die Schwelle der Neuzeit nicht in Zweifel gezogen worden.

Der Beitrag der Antike zur plastischen Chirurgie fällt bescheiden aus; er ist so geringfügig, daß er als eigenständig rekonstruktives Verfahren gar nicht in Erscheinung trat und entprechend nicht erkannt wurde: Bei Celsus und Antyllos begegnet eine schlichte Vorgehensweise, die auf das Decken von Substanzverlust zielt: Der Defekt wird quadratisch ausgeschnitten, und durch paralleles Wegführen der Schnitte zweier gegenüberliegenden Seiten des Vierecks gewinnt der Operateur zwei Lappen, die er oberflächlich mobilisiert, gegeneinander zieht und über der Stelle des Defektes durch Nähte vereint. Im ersten nachchristlichen Jahrhundert beschrieben, wurde die Methode zur Lippen-, Ohr- und Lidplastik benutzt und war noch byzantinischen Autoren bekannt. Die kargen Hinweise bei Galen und Paulos von Ägina machen indessen wahrscheinlich, daß das Verfahren kaum zur Anwendung kam; jedenfalls wurde es während des Mittelalters fast vergessen. Beherrscht hat es im 13. Jh. lediglich der sogenannte Chirurg von der Weser: Dieser Mann, dessen Haus und Instrumente wir zwar aus archäologischen Grabungen kennen und dessen Lehrbücher wir besitzen, dessen Name uns indessen unbekannt ist –: dieser Chirurg aus Westfalen hatte in Bologna Medizin studiert, war zu Montpellier durch Wilhelm Burgensis in die Chirurgie eingeführt worden und hatte in Paris praktiziert, bevor er sich um 1250 im heimatlichen Höxter niederließ. Auf Lidplastik spezialisiert, hatte er ein eigenes Instrumentar entwickelt, und wenn es auch nicht sicher ist, ob er über das Aufrichten entropionierter Unterlider weit hinauskam, so zeigt er doch mit einer energischen, von einem Augenwinkel zum anderen reichenden Schnittführung, daß er willens war, durch seine decurtatio dem erschlafften Lid eine neue Gestalt zu geben.

Spätestens im 8. nachchristlichen Jahrhundert hatte auch die indische Medizin ein Verfahren entwickelt, das mit der Mobilisierung und Stieldrehung von Hautlappen arbeitet und auf den Ersatz der abgeschnittenen Nase zielt, sich aber auch zur Cheiloplastik eignete. Die älteste Beschreibung im Susruta-Samhita empfiehlt den Nasenersatz durch einen Hautlappen aus der Wange, während jüngere indische Operateure den Defekt der Stirnhaut deckten. In dieser Gestalt wird das Verfahren nach 1400 in Süditalien greifbar: Branca der Ältere, Wundarzt zu Catania auf Sizilien, formt den Nasenersatz aus der Wangenhaut; sein Sohn Antonio Branca benutzt statt dessen einen Lappen aus dem Oberarm. Die Operation ist nach 1450 von mehreren italienischen Autoren erwähnt, aber nicht beschrieben worden und wurde bis ins 16. Jh. von der kalabresischen Ärztefamilie Vianeo (bzw. Bojani) ausgeführt. Umso mehr überrascht es, daß wir die Erstbeschreibung dieser Ferntransplantation bei einem preußischen Wundarzt des Spätmittelalters finden.

Heinrich von Pfalzpaint, Deutschordensritter und zugehörig zum preußischen Ordenszweig, ist als Erstbeschreiber gestielter Ferntransplantationen zum bekanntesten Wundarzt des deutschen Mittelalters geworden. Nachdem die Breslauer Kliniker Heinrich Häser und Albrecht Middendorpf 1868 sein Lehrbuch der „Wundärznei" herausgebracht hatten, gibt es keine Chirurgie-Geschichte, die nicht auf seine operativen Leistungen einginge. Sein Ruhm ist indessen der biographischen Erforschung vorausgeeilt: Erst eine Durchsicht des Ordensbriefarchivs am Staatsarchiv zu Königsberg gab Aufschluß über sein Wirken und gestattet uns seit 1966, Genaueres über sein Leben auszusagen.

Heinrich von Pfalzpaint oder „Herr Pfalzpainter", wie er auch genannt wurde, entstammte einem ritterbürtigem Ministerialengeschlecht, das zu Pfalzpaint an der Altmühl seinen Sitz hatte, in landesherrlich-bayrischen Diensten stand und sich bis ins 12. Jh. zurückverfolgen läßt. Sein Vater war vermutlich Heinrich Pfalzpeunter, dem das Niedergericht in Pfalzpaint durch den Bayernherzog verliehen worden war und der dementsprechend 1449 und 1451 in Landshut urkundete. Die Schwester des Chirurgen wäre dann Margareta von Pfalzpaint gewesen, die der Eichstätter Patrizier Michael Muckentaler geheiratet hatte, Rechte und Besitz ihrer Familie übernahm, mit Zustimmung ihres Gatten das väterliche Erbe jedoch 1465 verkaufte. Heinrich von Pfalzpaint dürfte bald nach 1400 geboren sein. Die wundärztliche Lehre durchlief er in Süddeutschland, und bei bayerischen Meistern war er in Eichstätt, Weißenburg, München und am Tegernsee tätig; doch führte ihn seine Wanderschaft auch zu fränkischen Wundärzten nach Bamberg und Bayreuth sowie westwärts ins reichsstädtische Basel.

Heinrich von Pfalzpaint und die plastische Chirurgie der Haut

von Grundolf Keil

Entscheidend ist er in Lothringen durch den moselfränkischen Wundarzt Hans Beris geprägt worden, der im Raum von Metz praktizierte und dem wir einen deutschsprachigen Leitfaden der Chirurgie verdanken.

In den Deutschen Orden ist der Pfalzpainter vor 1450 eingetreten; er wurde wahrscheinlich in der Landkommende Ellingen aufgenommen und anschließend von der Ballei Franken an den preußischen Ordenszweig abgestellt. Im nordostdeutschen Ordensland tritt er als der "her Pfaleßpointer" in Erscheinung; er selbst unterschreibt als "hainrich von pfolspeunt" und gibt durch den Zusatz "brüder deucz ordens im konfent zur mergenburg" zu erkennen, daß er dem Konvent Marienburg angehörte und in unmittelbarer Umgebung des Hochmeisters tätig war.

Der Deutsche Orden hatte ab 1226 begonnen, in Preußen und Livland den modernsten Staat Europas aufzubauen. Die Verwaltung wird vom Hochmeister, von Landmeistern und Großgebietigen getragen und durch das Generalkapitel moderiert. Als Heinrich der Ritterbruder nach Norddeutschland kam, hatte sich der Preußische Bund aus Städten und Edelleuten als innere Opposition bereits gebildet, und den polnischen Vorstößen war es gelungen, nicht unerhebliche Gebiete dem Orden zu entreißen bzw. in den Friedensschlüssen von Thorn und Melnosee den preußischen Ordenszweig empfindlich zu schwächen. Die entscheidende Auseinandersetzung zwischen dem Ordensstaat und dem polnischen Expansionsdrang stand indessen noch aus.

So nimmt es nicht wunder, daß der Chirurg Pfalzpainter in den ersten Jahren seines Wirkens im Deutschen Orden vor allem als Verteidigungs-Sachverständiger und als Militärberater der Ordensleitung tätig war: Im Auftrage Ludwigs von Erlichhausen, des Hochmeisters, unternahm er Visitationsreisen, die der Wehrfähigkeit der Ordensfestungen galten. Mit seinem alten knecht Steffan bereiste er das besonders kriegsgefährdete Kulmerland; mit dem Söldner Niklas Queis visitierte er im Sommer 1453 die Ordensfestung Rheden, die nach der polnischen Eroberung des Nessauer Landes unversehens in Grenznähe geraten war. Sein Visitationsbericht vom 11. August an den Hochmeister - als Depesche durch Eilboten auf den Weg gebracht - beweist seinen politischen Scharfblick: Mit nüchternen Worten zeichnet der Chirurg den Zustand einer Burgbesatzung, die trotz Massierung feindlicher Truppen auf dem jenseitigen Weichselufer sich in ihrem gewaltigen Viereckbau relativ sicher dünkt und nicht im entferntesten daran denkt, den Rüstungsrückstand in Zeug oder Mannschaft auszugleichen. Im Gegenteil: als es wenig später wegen gekürzter Bierrationen zu Unmutsbezeugungen und Auseinandersetzungen kommt, sieht sich der Chirurg zu einem Niederschlagungs-Antrag veranlaßt und greift im Interesse des Burgfriedens beschwichtigend in die Zwistigkeiten ein.

Als im Februar 1454 die gegnerischen Haufen die gefrorene Weichsel queren und die Ordenshäuser berennen, kann sich die Burg Rheden trotz "standhafter Gegenwehr" nur kurze Zeit gegen die feindliche Übermacht behaupten. Heinrich von Pfalzpaint - gerade noch rechtzeitig in seinen Heimatkonvent zurückgekehrt - wird auf der Marienburg mit dem Hochmeister eingeschlossen und hier ist er nun in der Lage, seine ärztlichen Fähigkeiten unter Beweis zu stellen: Zusammen mit dem hochmeisterlichen Leibarzt Jakob Schillingholz hat er jenes vorbildliche Heeressanitätswesen organisiert, das es der deutschen Verteidigung gestattete, über dreieinhalb Jahre sich gegen die Angriffe der polnischen und bündnischen Belagerer zu halten. Seine operative Arbeitsleistung grenzt ans Unvorstellbare: Täglich hat er bis zu zehn Verwundete zu versorgen, die schwerre grosse ... schaden davongetragen hatten, die also keineswegs nur leichtverwundet waren, sondern zum Teil schwerlich mit schysen vndt sthichen, auch schlegen gewundt gewest sind. Insgesamt hat er in den dreieinhalb Jahren über 4000 Ritter und Söldner behandelt und neben den sanitätsdienstlichen auch zivile Fälle geheilt, wobei die Therapie der Ulcera cruris - wie bei Rittern nicht anders zu erwarten - im Vordergrund stand.

Heinrich von Pfalzpaint gehörte zu jenen überlebenden Ritterbrüdern, die an Pfingsten 1457 von ihren eigenen Knechten wegen Zahlungsunfähigkeit aus der Marienburg vertrieben wurden. In der Umgebung des Hochmeisters, der nach Königsberg auswich, läßt sich der Pfalzpainter dann aber nicht mehr nachweisen; es wäre denkbar, daß er wie viele seiner Ordensbrüder das land czw preußen verlassen und fern dem Kriegsgeschehen sich auf eine der Balleien zurückgezogen hat. Als er 1460 seine 'Wündärznei' in Angriff nahm, berichtete er von dem grosßen krige zcwishen denn deuczenn vnd dem koninge czu polenn wie einer, der sich nicht mehr auf dem Kriegsschauplatz befand. Auf jeden Fall hat er das schicksalhafte Ende des Dreizehnjährigen Krieges nicht mehr erlebt; Als Margarete Muckentalerin seine Schwester, 1465 das Pfalzpainter Erbe veräußerte, wurde in der Verkaufsurkunde neben ihr kein Glied der väterlichen Familie mehr genannt.

Heinrich von Pfalzpaint hat keineswegs das erste chirurgische Lehrbuch in deutscher Sprache verfaßt. Die Tradition wundärztlicher Lehrtexte geht in Deutschland bis 1280 zurück und beginnt im Ortolf von Baierland, der seinen medizinischen Leitfaden, den meistgelesenen Text mittelhochdeutscher Literatur, im bischöflichen Würzburg als Nachschlagewerk für Wundärzte zusammenstellte.

Die sich anschließende chirurgische Fachliteratur, die traditionellerweise den dermatologischen Sektor mit einbezieht, läßt zwei regionale Schwerpunkte erkennen, von denen der eine in der Oberrheinebene liegt und der andere mit dem Oderland zusammenfällt. Während die südwestdeutsche Fachliteratur die chirurgische Materia medica und die Ulcus-cruris-Behandlung akzentuiert, haben die ostdeutschen Wundärzte Schlesiens im 14. und 15. Jh. mehr auf operative Verfahren abgehoben und die feldärztliche Versorgung Verwunderter in den Vordergrund gestellt.

Heinrich von Pfalzpaint nimmt mit seiner 'Wündärznei' eine Zwischenstellung ein, was sich schon an seiner Sprache zeigt, die bairische Elemente in den fürs Ordensland verbindlichen schlesischen Schreibdialekt mengt. In Süd- und Südwestdeutschland ausgebildet, bietet er reichlich Rezepte für traumatologisch-dermatologische Indikationsstellungen und erweist sich erwartungsgemäß als Spezialist für Stauungsdermatosen. In Nordostdeutschland ist er dann aber mit der feldärztlichen Tradition Schlesiens in Berührung gekommen, was ihn zur Berücksichtigung auch operativer Methoden veranlaßte und den thematischen Mischcharakter seines Werkes bestimmt.

Heinrich von Pfalzpaint hat im Deutschen Orden hohes Ansehen genossen, das er als Verwaltungsfachmann und militärischer Berater des Hochmeisters erwarb, das ihm aber auch als Feldarzt und Chirurg zuteil wurde. Es entspricht der hohen Einschätzung der Medizin im Deutschen Orden, daß Pfalzpaint auch als feldärztlicher Ausbilder zum Einsatz kam und mehrere Deutschherren - darunter den Schweizer (?) Heinrich von Waldenstetten und den späteren Hochmeister Hans von Tiefen - in die Kriegschirurgie einführte sowie zu fähigen Operateuren heranbildete. Waldenstetten hat ihm in seiner Textredaktion denn auch ein anerkennendes Denkmal gesetzt, indem er behauptete, daß das segensreiche feldärztliche Wirken des Pfalzpainter noch manchem guten man wol wissentlich sein müsse, der auff diezeit jn dem lande zu preussen gewest ist. Als Schüler des berühmten Meisters rechnet er sich zu diesen Zeitzeugen; als Operationszögling macht er aber deutlich, wie schwer es im 15. Jh. war, innovatives mittelalterliches Wissen durch Demonstration weiterzugeben und textgestützt zu vermitteln. Denn obwohl Waldenstetten zugeben muß, daß der Pfalzpainter gentzlich vil nutz mit seinem artzneyen gestiftet habe, gesteht er doch ein, daß er die quellenorientierte Darstellungsweise seines Lehrers nicht durchschaut und die Vielfalt des Gebotenen nicht begriffen habe, wan er macht «e m» ich dar mit jrre. Verwirrt durch die Komplexität der 'Wündärznei', hat Heinrich von Waldenstetten versucht, den Leitfaden seines Lehrers zu bearbeiten und auf ein für ihn überschaubares Ausmaß zusammenzustauchen, wobei er praxisgerecht vorzugehen verspricht und

Heinrich von Pfalzpaint und die plastische Chirurgie der Haut von Grundolf Keil

eklektisch auß den bestenvnd nutzen stucken nur diejenigen herauszugreifen vorgibt, die sich als die aller treffenlichsten erwiesen hätten. Was er mit seiner kürzenden Redaktion dann aber bietet, "ist ein Bruchstück" und kann nicht einmal als dürftiger Auszug bezeichnet werden: "völlig ... fehlen ... die interessanten Kapitel über Einrenkungen und Schienenverbände, über das Nähen der Wunden, Wiederbrechen schlecht geheilter Glieder usw., während die Nasenplastik allerdings" beibehalten ist.

Auf das Abschreiben der Rhinoplastik-Passagen hat Heinrich von Waldenstetten nicht verzichtet: einmal deswegen, weil sein Lehrer sich viel Mühe geben mußte, ihn sulche kunst ... ßo reyniglich «zu» leren; zum andern darum, weil Waldenstetten die Nasenplastik als meysterkunst erahnte und als eigentlichen Kern des Lehrbuchs begriffen hatte.

Den Terminus meysterkunst verwendet Heinrich von Waldenstetten selbst, und das rhinoplastische Verfahren hat er in der 'Wündärznei' unter besonderen Kautelen vorgetragen. Er beschreibt das rekonstruktive Vorgehen wie folgt: Die zu bildende Nase wird über dem Defekt aus einem Pergamentblatt vorgeformt, das als Modell für das auszuschneidende Hautstück dient. Die Stelle der Entnahme des Transplantats bestimmt der Wundarzt auf dem Bizepswulst, und zwar dort, wo die Vorderfläche des Oberarmes den Nasenstumpf berührt. Er legt zum Bestimmen dieser Stelle probeweise dem Patienten dessen Arm auf dem Kopf. Anschließend überträgt er mit Tinte die Form des Pergamentmodells auf den Oberarm und umschneidet die Konturen mit dem Messer, wobei er nach distal eine Gewebsbrücke stehen läßt. Der so gewonnene Hautlappen wird zusammen mit dem Unterhautgewebe mobilisiert - nimm des vleisches ouch ein wênec mit, sagt Heinrich von Pfalzpaint -, und noch im selben Operationsgang heftet der Pfalzpaint das proximale Lappenende auf den angefrischten Nasenstumpf. Der Arm wird mit Lederbandagen und Polstern am Kopf fixiert und bleibt in dieser Stellung zwischen acht und zehn Tagen, bis das freie Lappenende am Nasenstumpf eingeheilt ist und von dort aus vaskularsiert wird -: Heinrich von Pfalzpaint spricht von "heil" und "gestôzen". In einem zweiten Operationsgang durchtrennt er die Gewebsstücke auf dem Oberarm, formt aus dem ehemals fixierten Lappenende die Nasenspitze und vereint durch Nähte Nasenflügel und Septum mit der angefrischten Oberlippe, wobei er sich durchaus im klaren ist, daß er mit seinem mittleren Hautstreifen nur eine äußere Septumattrappe und kein eigentliches septum gewinnt: sô wirt diu nase ûzen wider zwiveltiv oder zwislehtic, aber innen niht.

Zusätzliche Maßnahmen fördern die Heilung und versuchen die Formung des Transplantats: Heinrich von Pfalzpaint schiebt in jedes Nasenloch eine Charpie aus Hanfwerg, die er mit einem eingelegten Federkiel für die Atemluft durchgängig macht, und er sucht die Gestalt der neuen Nase durch Verbände zu beeinflussen. Ist sie beispielsweise zu breit, versucht er durch beiderseits angebrachte Wergpolster, ihr eine hohe und schmale Form zu geben.

Heinrich von Pfalzpaint ist nicht Erfinder des rhinoplastischen Verfahrens - einWâlach hat mich daz gelêrt, sagt er lapidar -, aber wenn er auch das operative Vorgehen über einen italienischen Gewährsmann von Antonio Branca übernommen hat, so ist er doch der Erstbeschreiber. Und mehr als das: Heinrich von Pfalzpaint hat sich um Wissensvermittlung und berufsinterne Weitergabe des plastisch-chirurgischen Könnens bemüht; er wies seine Schüler an, sulche Kunst fürbaß andere leutte zu lehren, so wie er sie gelehrt und an sulchen beyspilln praktisch unterrichtet habe. Und wie sieben erhaltene Abschriften seiner "Wündärznei" erkennen lassen, hatte er mit seiner Wissensweitergabe durchaus Erfolg: Das rhinoplastische Verfahren breitet sich aus; um 1500 hatte die rekonstruktive Methode aufgehört, allein in esoterischen Kreisen angewandt zu werden; 1561 berichtete Pierre Franco von seiner Verschiebeplastik mit Wangenhaut und seinem Abpräparieren der Lippe von spannender Schleimhaut, und 1597 verhalf Gaspare Tagliacozzi mit seiner 'chirurgia curtorum' der rekonstruktiven Chirurgie zu einem ersten Höhepunkt, der um 1600 mit dem Transplantieren von Fingern erreicht wurde. Zugleich zeigten sich aber auch gegenläufige Bewegungen: Tagliacozzi bleibt im operativen Können deutlich hinter seinem preußisch-bayerischen Vorläufer zurück, dessen rekonstruktives Vorgehen erst 1816 durch Carl Ferdinand Graefe in Berlin wieder eingeholt wird.

Der Innovationsschub des Mittelalters war so gewaltig, daß er mit seinen klinischen Entwicklungen der theoretischen Medizin weit vorauseilte und von Grundlagenwissenschaften erst im 19. (wenn nicht 20.) Jh. eingeholt wurde. Von vielen Errungenschaften mittelalterlicher Kliniker hat die frühmoderne Medizin sich getrennt, und wie die Nervennaht und die Vollnarkose wurde auch die plastische Chirurgie in der frühen Neuzeit aufgegeben: Die Medizin der Aufklärung hielt rekonstruktive Verfahren grundsätzlich für "bisshero unmöglich". Aber wenn Pfalzpaints Nasenersatz im 17. Jh. auch vergessen wurde, ist es doch richtig, den preußisch-bayerischen Feldarzt als Begründer der plastischen Chirurgie vorzustellen. Denn was er mit seinem Beschreiben der Nasenplastik geleistet hat, ist nicht etwa bloß die Erstbeschreibung einer operativen Methode, sondern die Präsentation eines operativen Prinzips: Durch seine Erkenntnis, mit der lebenden Haut ein plastisch formbares Material in der Hand zu haben, ist Pfalzpaint zum Initiator der plastisch-rekonstuktiven Chirurgie geworden. Und er hat dieses gestaltend-operative Vorgehen keineswegs auf den Nasenersatz beschränkt.

Schrifttum

Buch der Bündth(!)-Ertznei von Heinrich Pfolsprundt (!), hrsg. von Heinrich Haeser und Albrecht Theodor Middeldorpf, Berlin: Georg Reimer 1868

Gundolf Keil, Zur Geschichte der plastischen Chirurgie, Layring. Rhinol. Otol. 57 (1978), S. 581-591

ders., Heinrich von Pfalzpaint, in:
Die deutsche Literatur der Mittelalters. Verfasserlexikon, 2. Aufl. hrsg. von Kurt Ruh zusammen mit Gundolf Keil, Werner Schröder, Burghart Wachinger und Franz Josef Worstbrock, III, Berlin und New York: de Gryter 1981, Sp. 856-862

Christian Probst, Zwei unbekannte Briefe des Chirurgen Heinrich von Pfalzpaint aus dem Jahre 1453,
Sudhoffs Arch. 50 (1966), S. 69-78

Bruno Schumacher, Geschichte Ost- und Westpreußens, 6. Aufl. Würzburg: Holzner 1977,
Neudruck ebd.: Weidlich-Verlag 1987

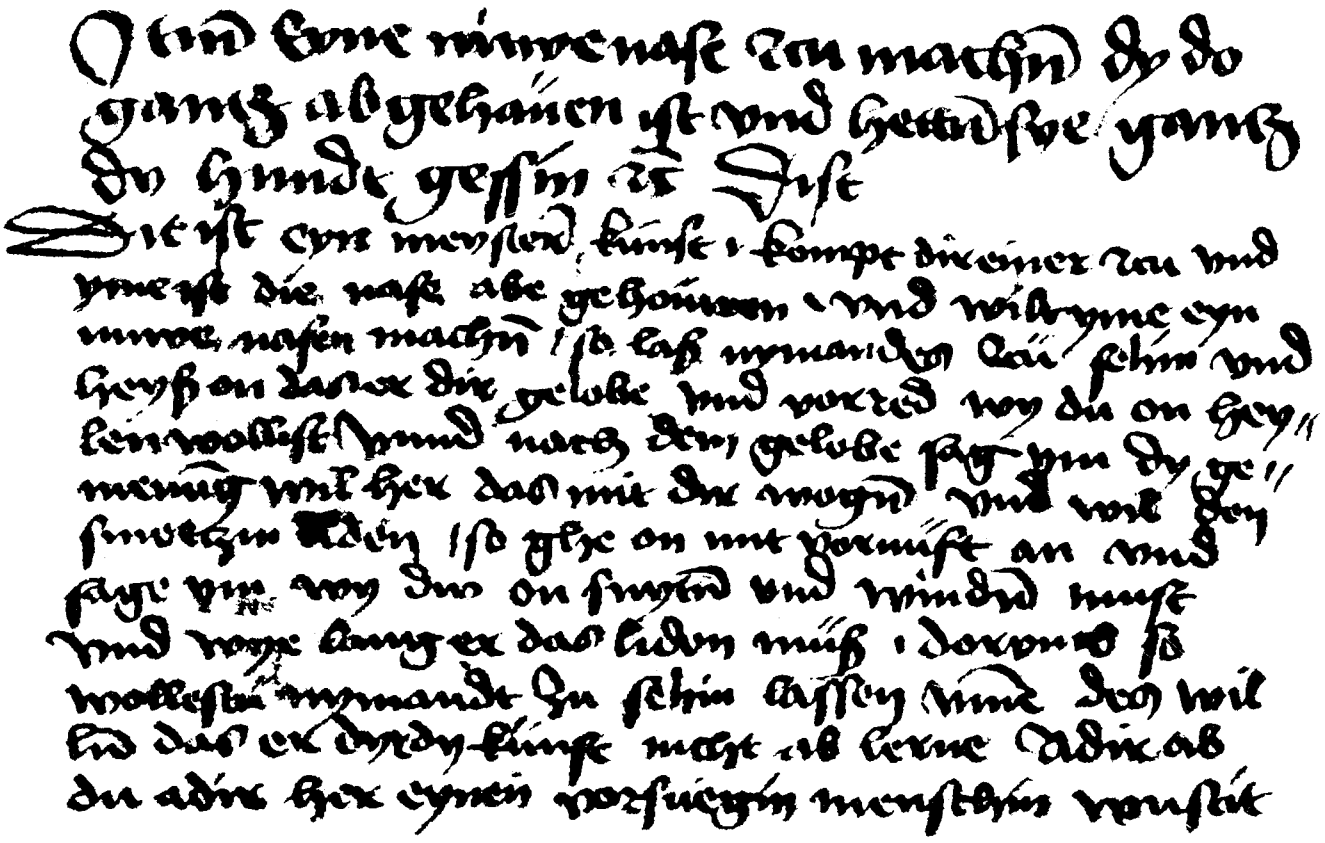
Karl Sudhoff, Beiträge zur Geschichte der Chirurgie im Mittelalter, II, Leipzig: Ambrosius Barth 1918, S. 531-564

Johannes Voigt, Geschichte Preußens von den ältesten Zeiten bis zum Untergang der Herrschaft des deutschen Ordens,
VII, Königsberg: Gebrüder Bornträger 1838, Neudruck Hildesheim: Georg Olms 1968

Die Nasenersatzplastik nach Heinrich von Pfalzpaint von Christoph Weißer

Heinrich von Pfalzpaint, Beschreibung der Nasenersatzplastik als gestielte Fernlappenplastik vom Oberarm (1477):
Item eyne nüwe nase zcu machen dy do gancz abgehaüen ist vnd hetten sye gancz dy hunde gessin . . .

[Bern, Burgerbibliothek, Mss. h. h. VII. 118, Bl. 92[1]]



Originaltext aus dem 15. Jahrhundert in moderner Übertragung mit Kommentar

Die „Wundarznei" des Heinrich von Pfalzpaint, 1460 verfaßt, ist in fünf Handschriften des 15. und 16. Jahrhunderts überliefert. Eine sechste, deren Text 1868 gedruckt erschien, ist im zweiten Weltkrieg verschollen. Alle Texte stellen Abschriften von einem nicht mehr vorhandenen Original dar, sie unterscheiden sich durch typische Abschreib- und Verständnisfehler voneinander. Der Vergleich der einzelnen Varianten ermöglicht es jedoch, die Originalfassung weitgehend zu rekonstruieren. Die folgende Neufassung versteht sich als Versuch einer Rekonstruktion.

Jemandem eine neue Nase zu machen, die vollständig abgehauen wurde; auch wenn (das Amputat) von den Hunden gefressen wurde

Dies ist eine meisterhafte Technik, sie ist bewährt. Kommt einer zu Dir, dem die Nase abgehauen worden ist, und Du ihm eine neue Nase machen willst, so laß niemanden zusehen, und laß Dir geloben, daß er (anderen gegenüber) verschweige, wie Du ihn behandelst. Nach diesem Gelöbnis kläre ihn auf. Will er die Behandlung mit Dir wagen und die damit verbundenen Schmerzen erdulden, so beginne mit Vernunft und erkläre ihm Schnittführung, Verbandsanordnung und Behandlungsdauer. Du sollst deshalb keinen zusehen lassen, damit er Dir die Technik nicht abschaue. Wenn Du oder er jedoch einen verschwiegenen Menschen kennt, der ebenfalls gelobt, den Vorgang für sich zu behalten, dann kannst Du diesen zusehen lassen, damit er Dir und dem Patienten zu Hilfe sei und ihm Essen, Trinken und andere notwendige Dinge bringe. Das Zimmer, in dem sich der Patient aufhält, soll verschlossen sein, und niemand außer Dir und der Hilfsperson soll Zutritt haben.

Die Technik (der Nasenersatzplastik)

Nimm ein Stück Pergament oder dünnes Leder. Das mußt Du nach der Form der verletzten Nase zuschneiden, in Breite und Länge der ursprünglichen Nase entsprechend. Oben (am Nasenrücken) mußt Du es ein wenig biegen, damit die Nase oben nicht breit werde. Leg dann das Pergament oder Leder oberhalb des Ellenbogens auf die Innenseite des Armes, da wo er dick ist, und zeichne dessen Umriß mit Tinte oder sonstiger Farbe genau so breit und so lange wie das Muster (auf der Haut) an. Nimm nun ein scharfes Schneide- oder Rasiermesser und durchtrenne die Haut, nimm aber von dem darunterliegenden Fleisch ein wenig mit. Schneide aber nicht über die angezeichnete Begrenzungslinie hinaus, beginne den Schnitt hinten (= oben, proximal) und schneide nach vorn (= unten, distal). Wenn Du die Maße beim Schneiden korrekt getroffen hast, so verlängere den Schnitt noch um einen Querfinger nach unten. Laß aber den Lappen, den Du umschnitten hast am Arm hängen, und schneide ihn nicht ab. Heb ihm jetzt den Arm hoch, leg ihn auf den Kopf und näh den Lappen in der Weise und Größe auf die Nase, wie sie ursprünglich gewesen ist. Du mußt den Lappen deshalb etwas länger schneiden, damit Du besser nähen und behandeln, aber auch den Arm besser verbinden kannst, denn Du mußt ihm den Arm auf dem Kopf festbinden, auch hinter dem Ellenbogen, und mußt ihn in dieser Stellung mit Binden fixieren, daß er möglichst fest liege und nicht ermüde. Und verwende ausreichend viele Binden und Tücher, denn der Patient muß so lange in dieser Weise verbunden bleiben, bis die Nase mit dem Lappen Kontakt bekommen hat. Die dafür erforderliche Zeit beträgt dafür acht bis zehn Tage oder so lange, bis Du siehst, daß Kontakt (zwischen dem Lappen und dem Defekt) besteht und die Heilung begonnen hat. Dann schneide den Lappen ab, aber nicht zu kurz, so daß er noch ein wenig über die (ursprüngliche) Nase hinausragt. So hat die Nase aber nur ein Loch. Schneide nun den Lappen in Länge und Breite

Die Nasenersatzplastik nach Heinrich von Pfalzpaint von Christoph Weißer

so zu, daß Du ihn unten (als Steg) annähen kannst. Du mußt aber unten (wo der Steg angenäht werden soll) die Haut ein wenig wegschneiden oder sonstwie rohes Fleisch freilegen, und auch der Lappen soll in dem Bereich, der (auf der Unterlage) angenäht wird, rohes Fleisch zeigen. So wird die Nase äußerlich wieder zweifach, innen dagegen nicht. Unterstütze die Heilung mit dem Wundtrank, mit dem Öl und mit der roten Salbe.

Bevor Du jedoch den Schnitt führst, leg dem Patienten den Arm in verschiedener Höhe auf den Kopf, dann siehst Du genau, wo Du schneiden mußt. Und wenn Du die Nähte fertiggestellt hast und den Patienten heilen willst, und während Du ihn heilst, richte ihm die Nase und verbinde sie. Versorge sie mit einem Verband, durch den sie schmal, hoch oder niedrig wird. Ist dem Patienten die Nase zu breit, so binde ihm kleine Wergballen zu beiden Seiten auf die Nase. Du mußt ihm auch mit Flachs umwickelte Federkiele in die Nasenlöcher stecken, damit diese gut ausgefüllt sind, so werden die Nasenlöcher nicht zu eng und bleiben gleich weit. Wird dem Patienten das Liegen unbequem, mußt Du ihm rechtzeitig mit Kissen und Tüchern im Bett helfen. Die mußt Du so binden und legen, daß sie ihn unterstützen, damit er Ruhe haben kann. Und er muß zeitweilig im Bett liegen, das am Kopfende erhöht sein soll. Er muß zeitweilig sitzen und zeitweilig in der Kammer umhergehen, in der er sich aufhält. Und wodurch und wie er die beste Ruheposition findet, dazu verhilf ihm. Und es ist durchaus richtig, geht man mit dem Schneiden recht und mit Vernunft um und schneidet ihm den Lappen lang genug, dann kannst Du ihn um so besser behandeln und machst es ihm bequem, und es schadet ihm nicht.

Ich rate durchaus einem jeden, daß er sich auf diese Weise heilen lasse, denn es entstellt einen Menschen sehr, wenn er keine Nase hat. Ein Welscher hat mich das gelehrt, der gar vielen Leuten damit geholfen hat und viel Geld damit verdient hat.

Kommt aber einer zu Dir, dem die Nase abgehauen ist, und (die Wunde) wäre verheilt, so schneide ihm die Haut weit genug auf bis auf das rohe Fleisch, und gehe vor wie oben beschrieben. Danach heile es auf die gleiche Weise, denn es geht ohne Zweifel. Es hat sich oft bewährt.

Kurzkommentar

Heinrichs von Pfalzpaint Beschreibung der Nasenplastik macht deutlich, daß hier nicht überkommenes theoretisches Wissen wiedergegeben wird, wie dies im Mittelalter häufig begegnet, sondern aus der praktischen Anwendung erwachsene Kenntnisse mitgeteilt werden, daß Heinrich die Nasenersatzplastik also wirklich selbst ausgeführt hat: *es ist vfft bewerth.* Wie sonst wären die praktischen Anweisungen zu erklären, die den gesamten Text durchsetzen, und die nur aus der eigenen Beschäftigung mit dieser Operation resultieren können, beispielsweise das Anpassen der Armposition zur Wahl eines geeigneten Hebeortes, das Anfrischen der Wunde vor der endgültigen Wiederherstellung des Nasensteges, die Mitnahme von Subkutangewebe bei der Lappenhebung, die innere Schienung der Nasenlöcher mit den gepolsterten Federkielen zur Erleichterung der Nasenatmung oder die detaillierten Hinweise zur Nachbehandlung
Daß trotz der exakten Beschreibung des Operationsablaufes beim Umschneiden des Lappens nicht erwähnt ist, in welche Richtung die Pergamentschablone auf den Oberarm gelegt werden soll, wiegt dagegen nicht allzu schwer, geht doch aus dem weiteren Ablauf eindeutig hervor, daß die Lappenbasis, aus der später die Nasenlöcher geformt werden, distal zu liegen kommt. In diesem Zusammenhang darf nicht unerwähnt bleiben, daß der Umriß des Lappens mit breiter Basis, der sich dann der Form der Nase entsprechend nach proximaL verjüngt, dem Idealbild eines Lappens entspricht. Heinrich von Pfalzpaint verschweigt uns lediglich die Versorgung des Hebedefektes. Sie mag bei dem Bemühen um das Kernproblem, die Wiederherstellung der Nase, vom Autor übersehen worden sein, denkbar ist jedenfalls die sekundäre Epithelisierung des Defektes.

Heinrich weist auch auf die Grenzen der Technik hin. Die Nase ist nur äußerlich mit zwei Öffnungen versehen, sie verfügt im Inneren nur über eine Höhle. Die äußere Formung der Nase dagegen ist nach vollständigem Einnähen des Lappens nach Stieldurchtrennung durch entsprechende Verbandanordnung gut möglich.

Überraschend ist auch die Tatsache, daß Heinrich bereits den heute gängigen Begriff Lappen (neben fleck) für das zu übertragende Gewebe verwendet.

All das läßt uns einen erfahrenen Chirugen vor Augen treten, der aus moderner Sicht über eine große praktische Erfahrung, sprachliche und terminologische Gewandtheit sowie über erstaunliche Kenntnisse der Wundheilung verfügte.

Christoph Weißer, geb. 4.4.1952 in Hof/Saale.
Wehrdienst 1971-1973.
Medizinstudium in München und Würzburg 1973-1979.
Staatsexamen und Approbation 1979, Promotion 1982.
1979-1981 Assistent am Institut für Geschichte der Medizin (Prof. Dr. G. Keil),
1981-1982 am Institut für Anaesthesie der Universität Würzburg (Prof. K. H. Weis).
Seit 1982 an der Chirurgischen Universitätsklinik Würzburg (Prof. U. E. Ken, Prof. Dr. A. Thiede),
1984-1985 handchirurgische Ausbildung (Prof. U. Lanz).
Chirurg 199O.

TISSUE EXPANDERS



MENTOR – THE FIRST IN THE DEVELOPMENT OF TISSUE EXPANSION

1977 Dr. Chedomir Radovan developed expanders in conjunction with Heyer-Schulte (Mentor).

1983 Expander applications were popularized. Mentor Heyer-Schulte consultants participated in the first major tissue expansion meeting to discuss applications and results of tissue expansion.

1985 Mentor introduces the Becker Expander/Mammary Prothesis as the first combination mammary expander.

1988 Mentor introduces the ISLE (Intraoperative Sustained Limited Expansion) expander system.

Stemplingeranger 22
D-8000 München 83

089/670011-0 Telefon
089/670011-11 Telefax

Kongreßinformationen

1. Tagung der Förderation der Europäischen Mikrochirurgischen Gesellschaften
26.-29. 9. 1992 in Rom
Leitung: Prof. Brunneli

Aesthetic Surgery and Styling for Beauty and Success
2.-4. 10. 1992 in Aachen
weitere Informationen:
Frau Dr. med. G. Ginsbach
Franzstraße 42
D-5100 Aachen

Multidisciplinary Summit Symposium for Rhinoplasty
14.-17. 10. 1992 in Lausanne
weitere Informationen:
Lausanne Convention Bureau
P.O.Box 248
CH-1000 Lausanne 6

International Symposium on Plastic Surgery
18.-21. 10. 1992 in Prag
weitere Informationen:
(wird offenbar über die Plastic Surgery Educational Fondation mit Sitz in Chicago organisiert!)
beim Sekretär der VDPC sind einige Anmeldeformulare erhältlich

Mikrochirurgischer Operationskurs –
Grundlagen, Übungen, Anwendungen
19.-23. 10. 1992 in Würzburg
weitere Informationen:
Dr. med. W. Timmermann
Josef-Schneider-Straße 2
D-8700 Würzburg

14. Schlitzer Symposium für Plastische Chirurgie
24. 10. 1992 in Schlitz
weitere Informationen:
Dr. med. H. Pless
Günthergasse 21
D-6407 Schlitz

Advances in Breast Reconstruction –
Satellite Symposium USA-Europe
21.-23. 1. 1993 in München
weitere Informationen:
Prof. Dr. med. A.-M. Feller
Ismaninger Straße 22
D-8000 München 80

110. Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie
13.-17. 4. 1993 in München
u. a. Plastische Chirurgie:
- Rekonstruktive Eingriffe im Gesichtsbereich nach Tumoren und Traumen
- Langzeitergebnisse nach Replantation

weiterhin:
- Die kritische Extremitätenischämie: eine interdisziplinäre Herausforderung

weitere Informationen:
Geschäftsstelle DGC
Elektrastraße 5
D-8000 München 81

4. Jahrestagung der European Association of Plastic Surgeons
30. 4. - 1. 5. 1993 in Straßburg
weitere Informationen:
Dr. Daniel Marchac
130, rue de la Pompe
F-75116 Paris

7th Congress of the European Section, International Confederation for Plastic and Reconstructive Surgery vom
2. - 6. 6. 1993 in Berlin
weitere Informationen:
Prof. Dr. med. A. Berger
Podbielskistraße 380
D-3000 Hannover 51

XIIth International Congress der International Society of Aesthetic Plastic Surgery
7. - 11. 9. 1993 in Paris
weitere Informationen:
Blair, O. Rogers, M. D.
875 Fifth Avenue
USA - 10021 New York

XXIIIth Argentine Congress of Plastic Surgery
24. - 30. 10. 1993 in Buenos Aires
weitere Informationen:
Osvaldo D. Orduna, M. D.
Avda. Santa Fé 3711 10 "b"
Buenos Aires - Argentinien

5. Jahrestagung der European Association of Plastic Surgeons
13. 5. - 14. 5. 1994 in Genf
weitere Informationen:
Dr. Daniel Marchac
130, rue de la Pompe
F-75116 Paris

11th Congress of the International Confederation for Plastic and Reconstructive Surgery
16. - 21. 4. 1995 in Yokohama
weitere Informationen:
PMSI Japan
Royal Bldg., 12-8 Nibancho
Chiyoda-ku, Tokyo 102 Japan

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

MENTOR
DEUTSCHLAND GMBH

Stemplingeranger 22 *089/670011-0 Telefon*
D-8000 München 83 *089/670011-11 Telefax*

European Device Board

Frau Dr. M. Eisenmann-Klein (Adresse s. unter Vorstand) ist im Rahmen des Xth Congress of the international Confederation for Plastic and Reconstructive Surgery im Juni/Juli 1992 in Madrid zum nationalen Vertreter im European Device Board ernannt worden. Dieses Gremium befaßt sich übernational mit den Fragen um die Hilfsmittel für die Plastische Chirurgie.

Speziell für Silikon-Brustimplantate ist von dort mit Stand von Juli 1992 mitgeteilt worden, daß sich in Folge der Diskussionen Anfang 1992 folgende Länder für Restriktionen bei Silikon-Brustimplantaten ausgesprochen haben:

Austria: only allowed in a controlled study according to a protocol which is not yet decided upon; the protocol is expected in the summer of 1992; up to then: no breast augmentations with gel-filled implants.

Italy: on recommendation by commission instituted by the Ministry of Health: only double lumen or salinefilled implants; committee of 9 members, three of whom are plastic surgeons (Scurderi, Teich-Alasia, Donati).

Spain: no restrictions for use in breast reconstruction, but denied for aesthetic purposes; ban probably going to be lifted in the middle of Juli 1992.

In Dänemark wird die Registrierung angestrebt. In Frankreich, Griechenland und Irland gibt es keine Einschränkungen, jedoch verwenden die Plastischen Chirurgen überwiegend Kochsalzlösung-gefüllte Implantate. In Deutschland gelten die Empfehlungen des Bundesgesundheitsamtes.

In Finnland, Luxemburg, den Niederlanden, Portugal, Schweden, Türkei, United Kingdom und Ungarn gibt es keine Einschränkungen.

PATENSCHAFT für osteuropäische Kollegen zur Teilnahme am Europäischen Kongreß in Berlin

Verschiedene Kollegen, die als Redner aus Polen, der Tschechoslowakei, Ungarn und Rumänien eingeladen wurden, können ihr Teilnahme nur zusagen, wenn ihnen Reise- und Hotelkosten erstattet werden. Die Kongreßgebühren wird der Veranstalter diesen älteren und erfahrenen Kollegen nachsehen. Es bleiben praktisch die Hotel- und Reisekosten von ca. DM 3.000 pro Teilnehmer zu erstatten.

Wer von den besser verdienenden Mitgliedern unserer Vereinigung erklärt sich bereit, eine Patenschaft für einen osteuropäischen Kollegen zu übernehmen?
Sie bekommen selbstverständlich eine Namenliste und Spendenquittung.

Herzlichen Dank für Ihre Großzügigkeit.

Christhild Wulle

Gottfried Lemperle

☐ Ja, ich erkäre mich bereit, eine Partnerschaft für einen osteuropäischen Kollegen zur Teilnahme am Kongreß in Berlin 1993 zu übernehmen.

☐ die Unkosten von 3.000 DM

☐ einen Teilbetrag von DM 1.000 DM

Ort, Datum

Unterschrift

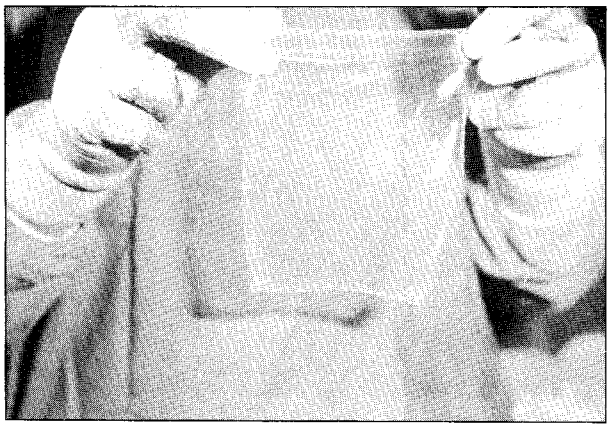
omiderm™

... der Hautersatz, der echter Haut am ähnlichsten ist

... solange bis die eigene Haut wieder wächst

Omiderm für:

- Verbrennungen
- Hautentnahmestellen
- Hauttransplantate
- Ulzera
- Dekubiti
- Hautkrankheiten
- nach chemischem Peeling



Eigenschaften von Omiderm

- **Omiderm** ist ein synthetischer Wundverband auf Polyurethanbasis
- **Omiderm** haftet ohne jeden Klebstoff
- **Omiderm** stellt eine sichere Barriere gegen Mikroorganismen dar
- **Omiderm** ist durchlässig für Gas und Wasser
- **Omiderm** ist durchlässig für viele topische Arzneimittel
- **Omiderm** ist klar, durchsichtig und flexibel
- **Omiderm** ist biokompatibel und hypoallergen
- **Omiderm** ist auch geschlitzt als „meshed" Omiderm bei stark nässenden Wunden erhältlich

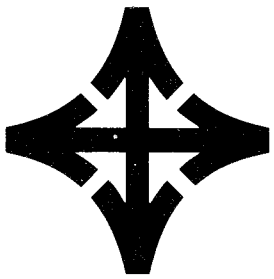
MENTOR
DEUTSCHLAND GMBH

Stemplingeranger 22
D-8000 München 83

089/670011-0 Telefon
089/670011-11 Telefax

IMPLANTATE FÜR DIE

– PLASTISCHE CHIRURGIE
– ALLGEMEIN CHIRURGIE
– UROLOGIE



MENTOR

DEUTSCHLAND GMBH

Stemplingeranger 22
D-8000 München 83
089/670011-0 Telefon
089/670011-11 Telefax