Mitteilungen



Vereinigung der Deutschen Plastischen Chirurgen

6

4. Jahrgang
September 1997

DEMETER VERLAG
72336 BALINGEN



Vereinigung der Deutschen Plastischen Chirurgen

4. Jahrgang, Heft 6
September 1997

Schriftleitung:
Prof. Dr. med. M. Greulich

DEMETER VERLAG
im Spitta Verlag
72336 Balingen

INHALTSVERZEICHNIS

Vorstand der VDPC 3
Internationale Vereinigungen 5
Editorial 6
Ehrung für Prof. Schmidt-Tintemann . . . 8
U. Schmidt-Tintemann:
Frauen in der Chirurgie 9
Dieffenbach-Vorlesung 1996:
Ch. E. Horton:
Genital Plastic Surgery 13
G. Neubauer:
Aufgaben und Anforderungen an
medizinsiche Leitlinien 17
W. Lorenz:
Leitlinien in der Chirurgie:
Aus Sicht der klinischen Forschung . . . 21
AWMF – Leitlinien der Deutschen
Gesellschaft für Handchirurgie 27
Reisestipendium 35
Einladung nach Würzburg 36
EURAPS Young Plastic Surgeons
Scholarships 40
Interplast – Germany e.V. 41
Kontinuierliche Fortbildung
für Fachärzte 42
Fortbildungsseminare für Assistenten in
der Weiterbildung zum Facharzt 43
Nachruf:
Prof. Dr. med. H. Reichert 44
Nachruf:
Frau Dr. med. E. Kerky 46
Aus dem Versicherungsreferat 47
Ärzte- und Landesärztekammern 48
Veranstaltungskalender 1997 51
Vorankündigung 1998/99 53

Impressum

Vereinigung der Deutschen Plastischen Chirurgen – Mitteilungen

Herausgeber:
Prof. Dr. med. R. R. Olbrisch
im Auftrag der Vereinigung der
Deutschen Plastischen Chirurgen

Verantwortliche Schriftleitung:
Prof. Dr. med. M. Greulich
Vizepräsident der Vereinigung der
Deutschen Plastischen Chirurgen
Klinik für Plastische Chirurgie am
Marienhospital Stuttgart, Böheimstr. 37,
70199 Stuttgart, Fax: 0711/6489-2529

Manuskripte:
erbeten an die Schriftleitung.

Verlagsrecht:
Für die Zeitschrift werden nur unveröffentlichte und nicht anderweitig angebotene Manuskripte angenommen. Mit der Annahme des Manuskriptes geht das ausschließliche Recht des Nachdrucks, der Vervielfältigung und Übersetzung an den Verlag über. Die veröffentlichten Bei-träge sind urheberrechtlich geschützt.

Alle Rechte, wie Nachdruck auch von Abbildungen, Vervielfältigungen jeder Art, Vortrag, Funk, Tonträger- und Fernsehsendungen sowie Speicherung in Datenverarbeitungsanlagen, auch auszugsweise, behält sich der Herausgeber vor.

Bezugsbedingungen:
Der Bezugspreis für Mitglieder der VDPC ist durch den Beitrag abgegolten.

Jahresabonnement: 2 Hefte zu DM 50,– inkl. 7% MwSt. zuzüglich Versandkosten.

Einzelheft: DM 27,– inkl. 7% MwSt. zuzüglich Versandkosten.

Die Bezugsdauer verlängert sich jeweils um ein Jahr, wenn bis 30. September des Vorjahres keine Abbestellung erfolgt ist.

Postscheckkonto: München,
Konto-Nr. 27 15 15-802, BLZ 700 100 80
Bankkonto: Dresdner Bank Balingen
Konto-Nr.: 365 866 100
BLZ: 640 800 14

Erscheinungsweise: 2x jährlich

Verlag: DEMETER VERLAG im Spitta Verlag
Ammonitenstr. 1, D-72336 Balingen
Telefon: 07433 / 952-0
Telefax: 07433 / 952-439
Geschäftsführer: Volker Maier
Verantwortlich für Anzeigen:
Wolfgang Höfers
Objektleitung: Petra Schaeche und Bernd Rose
Handling: Tanja Bürkle

Satz: layout & satz Demmel, 81475 München
Druck: SV-Verlagsdruckerei GmbH,
72336 Balingen

Druck auf chlorfrei gebleichtem Papier

DEMETER

der medizinische
Kongreßverlag
mit Erfahrung
mit Verbindungen
mit Service

persönliche Beratung,

individuelle Gestaltung,

problemlose Abwicklung
der Kongreßdrucksachen
vom Terminplan
bis zum Versand,

hervorragende Ausstattung,

sachkundiges Fachpersonal,

eigener, aktueller
Adressenbestand.

DEMETER VERLAG
im Spitta Verlag
D-72336 BALINGEN

Vereinigung der Deutschen Plastischen Chirurgen

Vorstand der Vereinigung der Deutschen Plastischen Chirurgen

Präsident:	R.R. OLBRISCH, Düsseldorf
Vizepräsident:	M. GREULICH, Stuttgart
Sekretär:	M. STEEN, Leipzig
Schatzmeister:	K. EXNER, Frankfurt/Main
Berufsverband:	F.E. MÜLLER, Essen
Vertreter der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie	E. BIEMER, München
Beirat	
Mikrochirurgie:	W. SCHNEIDER, Magdeburg
Handchirurgie:	F.E. DIETRICH, Gelsenkirchen
Verbrennungschirurgie:	G. Graf HENCKEL v. DONNERSMARCK, München
Ästhetische Chirurgie:	P. HÄRTEL, München

Geschäftsstelle der VDPC:

Bleibtreustr. 12A
D-10623 Berlin
Telefon: 030/885 10 63
Telefax: 030/885 10 67

Das Büro wird von Frau Ute Rother geleitet.

Vereinigung der Deutschen Plastischen Chirurgen

UEMS:	F.E. MÜLLER, Bochum A.M. FELLER, Vogtareuth A. BERGER, Hannover
AWMF:	K. EXNER, Frankfurt/Main G. INGIANNI, Wuppertal
FOMWF:	E. BIEMER, München R.R. OLBRISCH, Düsseldorf
EQUAM:	M. EISENMANN-KLEIN, Regensburg
EUPRAS:	U. HINDERER, Madrid
Interplast Germany:	H.E. NICK, Eschweiler
Dt. Ges. Senologie	A.M. FELLER, Vogtareuth R.R. OLBRISCH, Düsseldorf
Dt. Ges. Ästhetisch-Plastischer Chirurgen:	E. BIEMER, München
European Section IPRAS:	P. ECKERT, Würzburg
ISAPS:	E. BIEMER, München
EURAPS:	R.R. OLBRISCH, Düsseldorf
EBOPRAS:	A. BERGER, Hannover P. ECKERT, Würzburg G. SPILKER, Köln M. STEEN, Leipzig

Internationale Vereinigungen: Erläuterungen

UEMS:	UNION EUROPÄISCHER MEDIZIN-SPEZIALISTEN (Fachärzte-Vereinigung)
AWMF:	ARBEITSGEMEINSCHAFT DER WISSENSCHAFTLICHEN MEDIZINISCHEN FACHGESELLSCHAFTEN
FOMWF:	FÖDERATION OPERATIVER MEDIZINISCH-WISSENSCHAFTLICHER FACHGESELL-SCHAFTEN
EQUAM:	EUROPEAN COMMITTEE ON QUALITY ASSURANCE AND MEDICAL DEVICES
EUPRAS:	EUROPEAN UNION OF PLASTIC, RECONSTRUCTIVE AND AESTHETIC SURGEONS
ISAPS:	INTERNATIONAL SOCIETY OF AESTHETIC PLASTIC SURGERY
EURAPS:	EUROPEAN ASSOCIATION OF PLASTIC SURGEONS
EBOPRAS:	EUROPEAN BOARD OF PLASTIC, RECONSTRUCTIVE AND AESTHETIC SURGERY

Editorial

Europa und Qualität, Dimension und Anforderung

Längst reicht es nicht mehr, über lokale Erfolge froh zu sein, obwohl diese für unsere tägliche Arbeit in Praxis und Klinik entscheidend wichtig sind. In Europa werden wir erwartet und im europäischen Wettstreit müssen wir bestehen. Unsere nationale Jahrestagung der VDPC – im September werden wir in Würzburg erwartet – gibt uns die Möglichkeit des Vergleichens und der Standortbestimmung im eigenen Land. Hier sollen wir die eigene Position erkennen und Weiterentwicklungen kennenlernen, akzeptieren und voranbringen. Originelle, ganz neue Ideen und Anregungen in großer Zahl aber gibt es dort, wo sich die Besten aus allen unseren benachbarten europäischen Ländern zusammenfinden, wenn EURAPS, die European Association of Plastic Surgeons, sich trifft, wie in diesem Jahr zur 8. Jahrestagung vom 15. bis 17. Mai in Amsterdam. Mit großer Disziplin vorgetragen und intensiv diskutiert gab es 60 Vorträge der Engagiertesten aus allen europäischen Ländern. Nach den nächsten Tagungen in Verona und Madrid werden wir im Jahre 2000 die Ehre haben, Europas Elite in Berlin willkommen zu heißen.

Bunter und sehr viel stärker geprägt vom Charakter des gastgebenden Landes sind die vierjährlichen Kongresse der europäischen Sektion der IPRAS, der Internationalen Conföderation für Plastische und Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie. Dazu hatten die portugiesischen Kollegen vom 22. bis 25. Juni nach Lissabon eingeladen, eine Stadt, die inzwischen erstaunlich profitieren konnte von den Wohltaten der Europäischen Gemeinschaft. Diese bemüht sich in Brüssel unter anderem auch darum, auf dem Gebiet der Gesundheitsfürsorge gemeinsame Normen zu schaffen. Unzählige Kommissionen tagen dazu regelmäßig in Brüssel, in denen wir beteiligt sind, beispielsweise mit dem EQUAM, dem European Committee on Quality Assurance and Medical Divices in Plastic Surgery. Dort konnte in der Juli-Sitzung endlich das leidige Silikon-Kapital abgeschlossen werden wie gleichzeitig übrigens auch das des Amalgams, dem ebenfalls erwartungsgemäß die Ungiftigkeit bescheinigt wurde.

Europa fordert insbesondere unsere nachwachsenden jungen Kollegen heraus mit dem EBOPRAS, dem European Board of Plastic, Reconstructive and Aesthetic Surgery, vor dem sie jährlich die Gelegenheit haben, sich die europäische Facharztreife bestätigen zu lassen. Am letzten Examen im November 1996 in Hannover nahmen 29 Bewerber teil, von denen 21 das Examen bestanden, darunter 4 Kollegen aus Deutschland. Für die nächste Prüfung am 9. und 10. November 1997 in Toulouse nimmt Prof. Vanwijk in Brüssel noch Anmeldungen entgegen.

Alle diese Aktivitäten sollen die Qualität verbessern, mit welcher wir die Betreuung und Behandlung unserer Patienten betreiben. Für ein gleichmäßig hohes Niveau benötigen wir die Vergleiche auf den von uns besuchten Tagungen und Kongressen, aber auch die Leitlinien, die jetzt insbesondere von der AWMF, der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen und Medizinischen Fachgesellschaften, gefordert werden für alle fachmedizinischen Bereiche zur Veröffentlichung u.a. im Internet, in welchem dann auch Laien Vergleiche anstellen und sich Wissen erwerben können, mit welchem sie fordernd vor uns treten werden. Deswegen müssen diese Leitlinien fundiert, klar und nachvollziehbar sein, um akzeptiert werden zu können. Verschiedene Arbeitsgemeinschaften unserer VDPC sind derzeit mit der Aufstellung von Leitlinien beschäftigt. Wie hilfreich diese dann sind, entscheiden wir durch deren Beachtung zum Wohle unserer Patienten. Wieder also ein Aufruf zur Beteiligung an unseren nationalen und den europäischen Prüfungen

und an den Leitlinien, die durch deren Veröffentlichung eine völlig neue Gemeinsamkeit zwischen Ärzten und Patienten schaffen können und werden, weswegen wir sie außerordentlich ernst zu nehmen haben.

Rolf R. Olbrisch

Hohe Ehrung für Frau Prof. Dr. med. Ursula Schmidt-Tintemann

Anläßlich des 114. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie im April d.J. in München wurde unser Ehrenmitglied Frau Professor Dr. med. Ursula Schmidt-Tintemann unter dem großen Beifall aller Anwesenden auch zum Ehrenmitglied dieser altehrwürdigen, im Jahre 1872 in Berlin gegründeten Gesellschaft ernannt. In der Ehrenurkunde, die der Präsident der Gesellschaft Professor Dr. Hartwig Bauer unterschrieben hatte, vorlas und überreichte, heißt es:

„Die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie ehrt damit eine Chirurgin, die sich mit dem systematischen Aufbau der ersten Abteilung für Plastische Chirurgie am Klinikum rechts der Isar internationales Ansehen erwarb. Die standesgemäße Reputation ihres Faches mit strikter Abgrenzung gegenüber interessensgelenkten ärztlichen Dienstleistungen war ihr immer ein besonderes Anliegen. Ihre Persönlichkeit, ihr wissenschaftliches und klinisches Werk und nicht zuletzt ihre brillanten Vorträge sind Vorbild für ein ganze Generation Plastischer Chirurgen geworden."

In dieser kurzen Begründung sind in der Tat alle Eigenschaften unserer hochverehrten Lehrerin genannt, deretwegen wir sie so sehr schätzen. In der Schlußsitzung des Kongresses hatte Frau Schmidt-Tintemann Gelegenheit, sich und uns zu bestätigen, als sie den – nachfolgend abgedruckten – Vortrag über „Frauen in der Chirurgie" hielt, in welchem sie uns männlichen Chirurgen und Männern einen klaren Spiegel vorhielt, in dem wir uns amüsiert und betroffen zugleich wiederfinden konnten.

„Ad multos anos" möchten wir wünschen, denn diese Vorbilder sind selten geworden und werden doch dringend benötigt.

Rolf R. Olbrisch



Frau Professor Schmidt-Tintemann erhält am 1. April 1997 während des 114. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie aus der Hand des Präsidenten Professor Bauer die Urkunde mit der Ernennung zum Ehrenmitglied zugleich mit den Professoren Leffall aus Washington und Chernousov aus Moskau.

Frauen in der Chirurgie

Prof. Dr. Ursula Schmidt-Tintemann

Sehr geehrter Herr Präsident,
verehrtes Präsidium,
liebe Kolleginnen und Kollegen,

der Präsident unserer Gesellschaft war so liebenswürdig, mir das Thema „Frauen in der Chirurgie" nahezulegen. Natürlich ist es mir ein Vergnügen, diesem Wunsch nachzukommen. Erlauben Sie mir daher, bei dieser Tagung, im Gegensatz zu früheren Jahren, einmal nicht aus meiner chirurgischen Arbeit zu berichten, sondern einige begründete Vermutungen zu diesem Thema vorzutragen.

Verehrter Herr Präsident, bis zu Ihrer freundlichen Anregung war mir noch kein geschlechtsspezifischer Aspekt der chirurgischen Arbeit aufgefallen. Das mag mangelndes Problembewußtsein meinerseits gewesen sein. Oder aber auch das Verdienst der männlichen Kollegen, mit denen ich jahrzehntelang gut und erfolgreich zusammenarbeiten durfte.

Welche Probleme, liebe Kolleginnen und Kollegen, könnten denn zu klären sein? Ob die Chirurgie eine andere ist, je nachdem ob sie von Frauen oder von Männern praktiziert wird? Vergleichbar den unterschiedlichen Stimmlagen auf einer Opernbühne? Oder haben wir es mit dem Verdacht zu tun, daß Frauen einen Teil ihrer Weiblichkeit zur Disposition stellen müssen, wenn sie in einer ausgewiesenen Männer-Domäne erfolgreich sein wollten?

In der langen Liste von Eigenschaften und Fähigkeiten, die nach allgemeinem Konsens für die Arbeit in der Chirurgie besonders qualifizieren, ist keine unbedingt geschlechtsspezifisch:

Physische Spannkraft,

seelische Stabilität,

Organisationstalent,

Durchhaltevermögen,

Disziplin,

Selbstkritik,

Entscheidungsfreude,

Stehvermögen gegenüber den trotz aller fachlichen Kompetenz unvermeidlichen Fehlschlägen

und ein ganz besonders hohes Maß an Bereitschaft, Freiheit und Freizeit den Anforderungen eines Berufes unterzuordnen.

(Es soll sogar männliche Aspiranten geben, die an derartig hohen Anforderungen scheitern. Allerdings neigen sie erfahrungsgemäß eher dazu, trotzdem in der Chirurgie zu bleiben. Das mag damit zusammenhängen, daß es die Männer in den letzten fünf- oder sechstausend Jahren des Patriarchats besser gelernt haben als wir Frauen, trotz innerer Zweifel und äußerer Mängel stets eine gute Figur zu machen.)

Nach Erich Fromm findet man in einer patriarchalischen Gesellschaft alle Ideologien und Vorurteile, die in jeder beliebigen herrschenden Gruppe gegenüber einer beherrschten Gruppe vorkommen: die Beherrschten seien ein Spielball ihrer Gefühle, heißt es, sie seien eitler, keine guten Organisatoren und schwach. Fromm merkt an, daß Männer in Wirklichkeit natürlich eitler seien als Frauen, auch wenn sich ihre Eitelkeit weniger auf die äußere Erscheinung beziehe, sondern mehr auf die Angst, es könne ihnen nicht gelingen, anderen Leuten zu imponieren. Jede Krankenschwester, so Fromm weiter, könne bestätigen, daß Männer viel häufiger umfallen, wenn sie Blut sehen und daß Frauen Schmerzen wesentlich besser ertrügen als Männer.

Obwohl das Ende des Matriarchats schon einige Zeit zurückliegt, kämpfen die Männer immer noch um ihr Selbstbewußtsein, das ihnen doch ohnehin niemand mehr streitig macht. Sie haben es nach Meinung der Ethnologen in der Frühzeit des Ich-Bewußtseins als Makel empfunden, daß sie unfähig waren, Menschen auf die Welt zu bringen. Daher seien sie nicht müde geworden, ständig ihre Kreativität auf anderen Gebieten unter Beweis zu stellen. Der heidnische Held, gemessen vor allem an seiner Zerstörungswut, wur-

de nie wirklich durch den christlichen Helden, den Märtyrer ersetzt, der sich für andere aufopfert und der nur in Sonntagsreden eine eher bescheidene Existenz fristen darf.

Die Not des männlichen Selbstverständnisses mag hin und wieder in der Chirurgie zu Formen des Ehrgeizes geführt haben, die in unzulässige Risikobereitschaft auf Kosten anderer umschlägt. Der Grat ist, wie wir alle wissen, sehr schmal. Der Zwang, sich ständig selbst beweisen zu müssen, mag sogar eine gewisse Robustheit in der Chirurgie tradiert haben, die niemals von Selbstzweifeln geplagt wird und es mag mehr Chirurgen geben als andere Ärzte, die immer gut schlafen und nie ins Grübeln kommen. Ich wage zu bezweifeln, ob das immer die besten sind und ich bin dankbar, daß ich viel mehr von den anderen, von den Nachdenklichen, gelernt habe und lernen durfte.

Es ist wahr, daß heute in der Chirurgie wenige Frauen tätig sind. Ich vermute aber stark, daß dies kaum etwas mit den traditionell dem Chirurgen zugeschriebenen Persönlichkeitsmerkmalen zu tun hat.

Von den über 5.000 Mitgliedern der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie waren Ende 1996 nur knapp über 5% Ärztinnen, von diesen wiederum sind 10 Professorinnen, 4 Privatdozentinnen, 10 Chefärztinnen, 64 Oberärztinnen und 10 leitende Ärztinnen. Auf den ersten Blick vermittelt das den Eindruck einer deutlichen Unterrepräsentanz.

Wenn man aber diese Zahlen vor dem Hintergrund einer jahrtausendalten Rollentradition betrachtet, dann kann man gar nicht anders, als von einer revolutionären Entwicklung sprechen. Würde der Anteil von Frauen in der Chirurgie exponentiell weiterwachsen, wie zwischen dem Ende des 1. Weltkriegs und heute, dann ergäbe eine Hochrechnung bis zum nächsten demographischen Status im Jahr 2025, daß die männlichen Kollegen in diesem Auditorium dann nur noch eine schutzbedürftige Minderheit darstellen würden. Da sich derartige Entwicklungen aber bekanntlich immer zur Mitte hin einpendeln, ist eine solche Extrapolation natürlich ebenso unsinnig wie die berufspolitische Schlußfolgerung, die weibliche Gleichberechtigung sei an der Chirurgie vorübergegangen.

Wer allerdings glaubt, daß gesellschaftliche Strukturen, die sich über Jahrtausende hinweg verfestigt haben, mit ein paar Transparenten oder feministischen Parolen oder womöglich gar mit einer Frauenquote innerhalb von wenigen Jahren zu ändern sind, der zeigt eine bestürzende Ahnungslosigkeit, was die Entwicklung menschlicher Organisationsformen anbelangt.

Der Exodus der Frauen aus dem Ghetto des Patriarchats erfordert vor allem eine zähe Bereitschaft der Frauen, sich den Anforderungen zu stellen und nicht bloß die Toleranz und den guten Willen von Männern.

Wem die Entwicklung zu langsam ist, dem sei zum Trost ein Blick zurück nahegelegt:

Nachdem der Staatssekretär des Inneren in der 22. Sitzung des Deutschen Reichstags im Januar 1898 leichtsinnigerweise angedeutet hatte, daß sich die ärztliche Prüfungsordnung nicht nur auf Kandidaten, sondern auch auf Kandidatinnen der Medizin beziehe, kam es im gleichen Jahr beim 26. Deutschen Ärztetag in Wiesbaden zu einer Panikreaktion der Ärzteschaft. Der Geschäftsausschuß warf das Programm um und setzte ein Grundsatzreferat gegen die Öffnung des Medizinstudiums für Frauen auf die Tagesordnung. Der Referent, Prof. Dr. F. Penzoldt aus Erlangen, gab zwar freimütig zu, über keinerlei Erfahrungen mit weiblichen Ärzten zu verfügen, war dafür aber um so entschiedener gegen Frauen in der Medizin, weil ihm – wie er ausführte – das „Wohl der Kranken" und der „Schutz der Gesunden" ebenso am Herzen lagen wie das „Ansehen des ärztlichen Standes". Er wähnte das Niveau der deutschen Medizin in Gefahr, da Frauen zwar bekanntlich in der Lage seien, die Medizin auswendig zu lernen, aber unfähig, in ihr Wesen einzudringen.

Der Kollege äußerte viel Verständnis und Mitgefühl für die Notlage der Frauen, die bedauerlicherweise nicht alle von Männern geheiratet und damit versorgt werden könnten. Trotz seines Mitgefühls kam er aber nicht umhin, den weiblichen Drang nach dem zu rügen, was er das „Höhere" nannte, nämlich ein Medizinstudium. Zumal sich Frauen doch schließlich auch als Dienst- und Pflegepersonal ernähren und dabei unschätzbare Aufgaben erfüllen könnten. Daß es in den USA

und in Rußland längst praktizierende Ärztinnen gab, erschien ihm nicht relevant. Das Studium in den USA sei mit dem unserem nicht zu vergleichen, meinte er, und ließ durchblicken, daß in der verlotterten Gesellschaft der neuen Welt, unsere deutschen und unsere sittlichen Bedenken gegen einen gemeinsamen medizinischen Unterricht ohnehin keine Rolle spielten.

Rußland schließlich sei im Unterschied zu Deutschland dünn besiedelt und ärztlich total unterversorgt. Eine Ärztin, so schien er zu meinen, sei im alleräußersten Notfall immer noch besser, als überhaupt kein Arzt.

Nun, das ist ziemlich genau 100 Jahre her und beweist nicht nur die riesige Strecke, die inzwischen zurückgelegt wurde, sondern auch, daß die Äußerungen von ärztlichen Standespolitikern schon vor hundert Jahren nicht immer der Weisheit letzter Schluß waren.

Immerhin hat selbst Sigmund Freud noch in den Dreißigerjahren gemeint, es sei „ein gar zu lebensunfähiger Gedanke, die Frauen genauso in den Kampf ums Dasein zu schicken wie die Männer."

Obwohl wir das alles längst hinter uns haben, bleibt es eine Tatsache, daß in der Chirurgie weniger Frauen tätig sind als in anderen ärztlichen Fachgebieten.

Über die Gründe gibt es keine exakten Daten. Sicher scheint mir zu sein, daß dies relativ wenig mit Gleichberechtigung von Frauen in der Chirurgie zu tun hat und viel mit einem über Jahrtausende tradierten Rollenverständnis, nicht nur von Frauen, sondern auch von Männern.

Frauen sind willkommen, solange sie nicht dort aktiv werden, wo Entscheidungen zu treffen sind. Gefragt ist mehr ihre Fähigkeit, sich ein- oder unterzuordnen.

Vielleicht sind andere Faktoren aber sogar noch wichtiger. Mehr als jedes andere ärztliche Fach verlangt die Chirurgie einen enormen Einsatz und Zeitaufwand. Beides kollidiert mit den familiären Aufgaben, die traditionell den Frauen zugeordnet werden. Wenn es ihnen heute trotzdem immer häufiger gelingt, berufliche und häusliche Verpflichtungen unter einen Hut zu bringen, dann hat das wenig mit einem veränderten Berufsbild der Chirurgie und viel mit einem neuen weiblichen Organisationstalent zu tun, mit einer sinnvolleren Lebensplanung und mit einer völlig neuen Arbeitsteilung der Familie.

Nach meiner Erfahrung haben viele meiner Kolleginnen ihre Präsenz in der Chirurgie nicht mit einem Verzicht auf ihre Rolle in einer Partnerschaft oder in der Kindererziehung erkaufen müssen. Das ist die gute Nachricht. Die schlechte ist, daß sich in unserem Fach patriarchalische Züge erhalten haben. Wenn auch nicht ganz so kompromißlos wie bei den Wiener Philharmonikern, die bis vor kurzem auch noch stolz darauf waren, daß bei ihnen keine Frauen mitspielen durften.

Erich Fromm hat einmal gesagt: „Viele Männer weisen in ihrem Charakter einen konstitutiv autoritären Zug auf. In ihrem Innersten haben sie den tiefen Wunsch, über eine Person zu verfügen, die schwächer ist, ihnen gehorcht und die sie bewundert ..." Er hätte statt von „Männern" auch von „Chirurgen" reden und so die Chirurgie als eine der letzten Bastionen des Patriarchats denunzieren können, wenn, ja, wenn es nicht immer wieder Chirurgen – auch in den Annalen dieser Gesellschaft – gegeben hätte, die das erkannt und kämpferisch in Frage gestellt hätten.

Vielleicht, liebe Kolleginnen und Kollegen, muß unser Fach, das sich so unmittelbar mit der biologischen Realität befaßt, Widerstand leisten gegenüber einem kardinalen Mißverständnis: Viele, die zu Recht die Gleichberechtigung von Menschen im allgemeinen und der Geschlechter im besonderen fordern, meinen, daß es entweder keine Unterschiede gäbe, oder daß diese, wo sie vernünftigerweise nicht zu leugnen sind, belanglos seien, weil es sich nur um Unterschiede einer kulturellen oder erziehungsmäßigen Prägung handle. Das impliziert als Voraussetzung für Gleichbehandlung, daß einer sein müsse wie jeder andere. Wahre Gleichberechtigung fordert aber gerade das Gegenteil, nämlich, daß trotz aller unbestreitbaren Unterschiede „kein Mensch von einem anderen zum Werkzeug" gemacht werden darf. Daß er ein Anrecht auf die Freiheit hat, seine Individualität als Angehöriger eines Geschlechts oder eines Volks zu entwickeln.

Die Irrlehre, daß Gleichheit gleichbedeutend mit Identität sei, darf auch in der Chirurgie nicht dazu

führen, daß die Unterschiede zwischen den Geschlechtern mit Gewalt zum Verschwinden gebracht, daß sie versteckt und wegargumentiert werden.

Nehmen wir also das Zögern der Chirurgie gegenüber einer geschlechtslosen Gleichmacherei nicht als patriarchalisches Rückzugsgefecht, sondern als Einsicht in die natürlichen Unterschiede und die Chance, diese Unterschiede zum Nutzen unseres Faches zu hegen.

Begreifen wir das Nachdrängen der Frauen in der Chirurgie nicht bloß als den Versuch, den Männern die Macht abzunehmen und sie an ihrer Stelle zu ergreifen, sondern auch als einen Versuch, Machtmißbrauch zu beenden. Egal ob Männer, Frauen oder Patienten die Opfer sind.

Zusammenfassung

Unter den Eigenschaften, die für die Arbeit in der Chirurgie qualifizieren, sind keine geschlechtsspezifischen erkennbar. Die geringe Zahl von chirurgisch tätigen Frauen hängt mit einem tradierten Rollenverständnis zusammen. Das patriarchalische Berufsbild der Chirurgie hat sich nur geringfügig geändert. Ein Wandel im Rollenverhalten von Männern und Frauen allgemein, eine andere Lebensplanung und eine neue Arbeitsteilung in der Familie haben in den letzten Jahrzehnten Frauen den Zugang zur Chirurgie erleichtert.

Schlüsselwörter: Frauen – Chirurgie – Berufsbild

Summary

There seem to be no gender-specific qualifications for surgery. Yet a traditional role model keeps the number of women small. The patriarchal character of surgery has hardly changed while social organisation, planning of life and division of labour inside the family took place. This has opened surgery for women during the last decenials to a certain degree.

Key words: women – surgery – qualifications

Literaturhinweise

Erich Fromm: Deutsche Verlagsanstalt, Gesamtausgabe 1981, B1–S85, B2–S320, B3–S323, B8–S160
Ingrid Hasselblatt-Diedrich: Mitgl. D. Österr. Ges. f. Chirurgie 22, 1990, S7–S12, Thema der Zeit: Frauen in operativen Fächern.
F. Penzoldt: Referat 26. Deutscher Ärztetag, "Das Medizinstudium der Frauen", Verlag Gustav Fischer 1898

Johann Friedrich Dieffenbach-Vorlesung 1996

Genital Plastic Surgery

Charles E. Horton, M.D., F.A.C.S., F.R.C.S. (G) (Hon.) – 9. Oktober 1996 Köln –

It is a great honor for me to address the German Association of Plastic Surgeons and to recognize Johann Friedrich Dieffenbach, one of the great leaders in the world of plastic surgery and to give the Dieffenbach Lecture. I share with all our plastic surgeons our great respect and admiration for your numerous early German pioneers and giants of plastic surgery. This admiration and respect carries on to your present association, its members and the excellent exploring, defining and refining examples of modern plastic surgery that you represent. I thank all of you for inviting me to discuss the subject of genitourinary reconstruction.

Nowhere in the body is there more emotional or psychological stress present than in a patient who feels he or she is not genitally normal and ultimately cannot participate in normal sexual relationships with a potential mate. In all religions the concept of male and female bonding through marriage is encouraged and promoted. As children go through puberty with maturation of their genital apparatus they naturally grow to anticipate sharing normal love and respect in their sexual activities. When they cannot, because of infirmity, a sense of self-depreciation and depression may ensue. Many suffer in silence. Most find it difficult to discuss their problems with family, friends or even physicians. We are conditioned to be embarrassed when discussing sexual problems, particularly with parents, and even with physicians.

Genital abnormalities can be discussed under four categories (Four „C")

1. **C**ancer and degenerative processes
2. **C**atastrophic or traumatic defects
3. **C**ongenital defects
4. **C**osmetic imperfections

Cancer and Degenerative Processes

Cancer of the penis, scrotum, vagina and vulva fortunately do not occur often but are sources of terror for the patient and spouse who suddenly face radically changed lives. With microsurgery, and newer flap sources (gracilis, rectus, tensor, fascialatae, posterior thigh, radial forearm, etc.,) almost any major genital defect can be reconstructed satisfactorily. The cure of the cancer must remain paramount, but the rehabilitation of the patient must also be considered. If the total penis is lost due to cancer or trauma, a sensory aesthetic penis can be built. Short penile shafts from partial amputation can be lengthened with pubic defatting, release of skin tethering and partial diversion of the suspensory ligament combined with full thickness skin grafts. If the vagina has been surgically removed, a new functioning vagina can usually be reconstructed at the time of extirpation or later. Rare cancers such as Bowen's Disease, Padget's Disease, Epithelioid Sarcoma, Erythroplasia of Quarat and Melanoma must be considered in every problem case. Adequate treatment with standard plastic surgery techniques is available.

Degenerative processes such as Peyronie's disease and impotence occur frequently in our practice. The penile prosthesis is an accepted, well tolerated remedy when all else fails in the impotent patient. When Peyronie's Disease causes severe curvature and intercourse is impossible, surgery with dermal graft repair of the diseased tunica has been successful in a high percentage of cases and is our treatment of choice. Severe skin damage from radiation or chronic infection (hidradenitis) and lymphedema of the scrotum and penis should be treated with excision and grafting. While we prefer full thickness grafts for most cases in the repair of skin defects of the genital area, in radiation damage and in lymph-

edema we recommend split thickness grafts. These grafts are particularly valuable in radiated areas. Full thickness grafts used to resurface after lymphedematous penile and scrotal tissue removal contains dermal elements which later will become secondarily lymphedematous, and should not be used to reconstruct the defect.

Catastrophic and Traumatic Defects

Thermal and electrical burns are common injuries of the genital area which occasionally cause massive and severe tissue destruction. If the damage is confined to skin loss only, routine skin grafting is necessary. If the damage is deeper, flaps and graft reconstruction can be applied. Cautery burns at circumcision results in frequent penile injury causing total or partial loss of the phallus. Animal bites, farm accidents, automobile accidents, electrical burns, self mutilation, malicious amputations and even torture in modern underdeveloped countries can also be the cause of sub-total or total penile loss. These must be managed according to the amount of penile loss. If the penile shaft is retracted beneath scarred skin, a simple release of scarred skin, plus pubic defatting, and release of the suspensory ligament may allow enough of the shaft of the penis to extrude so that when it is grafted with a full thickness graft, a functional penis can be obtained. If total loss of the phallus occurs in a very young patient, then a decision as to whether the infant is to be raised as a female (with later reconstruction of the vagina) must be made. With new advances in phallic reconstruction we believe this technique has emerged as a viable consideration in the treatment of these cases. If the traumatic loss is later in life, there is no question but that reconstruction of the phallus is indicated. We can now make a forearm flap penis with coaptation of the pudendal nerve to the sensory nerve of the arm flap, so that the new penis has erogenous sensation and the patient can achieve organism.

Congenital Defects

Hypospadias surgery has changed in my lifetime. No more multiple stages, no sub-glandular urethral meatus, no protuberant pouches, no more obvious, abnormal scarring, for the public is aware of newer and better techniques to prevent these problems, and expects their surgeon to provide proper care. Epispadias, while more difficult to treat, is a correctable problem. Persistent exstrophy defects with incontinence and an abnormal escutcheon are not now acceptable. Using available current surgical techniques for both male and female, the usual former poor results can be avoided and/or corrected. Vaginal agenesis has become an easily treated anomaly. Severe congenital penile curvatures are usually adequately treated in one operation, yet many teen aged patients with this problem are seen after becoming a recluse in their room and refusing to mix both with parents and with society. The individuals fear they are „inferior", and are an „object of scorn" that will be maimed and marked for life. Their parents frequently do not know of the problem, and suspect their child is taking drugs or is psychologically abnormal. Simple surgery can change this life. These patients are simply confused and do not have adequate information that their problem can be repaired.

Absence of the penis or microphallus is not common but still presents a challenge in the decision as to whether to change the anatomical sex of the newborn (otherwise a normal male) to a female. Such early sex change surgery is usually successful but now plastic surgeons have perfected such good phallic reconstructive techniques that we must reconsider and challenge this concept by carefully examining both potentials. More rare conditions such as duplicate urethras, duplicate vaginas, intersex, diaphallus and scrotal malpositon problems usually can be salvaged with present techniques.

Cosmetic Imperfections

Even plastic surgeons may be accused of bias when we eagerly accept breast augmentation in the female (which is an improvement in a secondary sexual object) and refuse to treat cosmetic defects of the genital area because of fear that patients may be psychologically unstable. Many reasonable patients seek consultation for genital scars, discolorations, cosmetic or functional curvatures, lack of prepuce, absence of an umbillicus, smaller than desired penis, enlarged labia, the meatus displaced from the tip of the glans, an

abnormally protruding pubic mass, or even lack of or mal-distribution of pubic hair. We recognize in plastic surgery that we should be wary of individuals with unreasonable expectations, however, plastic surgery should try to meet the challenge of these requests when they come form reasonable people. Many of these problems can be treated and improved with standard plastic surgery techniques. Methods to reconstruct the prepuce or enlarge the penis are not now satisfactory in all cases and we must develop new techniques to meet the demand for these operations. We must seek to find new improvements in surgical techniques which are not now presently available. Transsexual surgery is increasingly in demand and presently we have the ability to achieve spectacular functional and cosmetic results for these troubled individuals.

Discussion

Because surgery concerned with sexual performance is so basic in every persons life, there are, of course, individuals who over react to their perceived problem. They may see every little defect as major and can never be satisfied. We often hear these patients say, „when I was a child my parents robbed me of my prepuce without my consent", (by circumcision) and „I want – I must have it built back to be whole". They may want small insignificant scars revised. They may want a normal sized penis made longer and increased in girth (dermal fat grafts and division of suspensory ligament). When we accept a normal sized breast as suitable for enlarging, are we discrimination against the penis if we refuse to operate to make it aesthetically better? There is no question that certain individuals persistently hold and examine their penis trying to demonstrate deformity that is barely visible. It is imperative that plastic surgeons act with care and diligence to get psychological help for these individuals. Oftentimes the patient who is told that their perception of the problem is in error will be so emotional that they will display unreasonable despair and sorrow in the office, frequently breaking into frank sobs and crying.

We insist that all our unusual problem cases see our sex therapist (M.D.) who has worked in a kind and caring manner for twenty years with our troubled cases. Not only can he identify the potential psychotic case and keep us from error, but he sees our patients postoperatively if reinforcement therapy is needed. Oftentimes husbands and wives see him together and solve their problems with frank discussions. With the threat of legal harassment ever present, we feel the separate consultation by our sex therapist (in which he also states in writing that the patient understands the surgery, the complications and the potential benefits) is of great benefit. Years ago, one of the pioneer plastic surgeons of a major university in the United States was shot and killed by an unhappy hypospadias patient. I believe there is an increased potential for great misunderstanding to occur in these cases and we welcome the cooperation and assistance of these consultations.

I cannot detail all of the problems encountered in genital reconstructive surgery because of space limitations. You can recognize that a single topic mentioned above would deserve and individual paper – and that books are published on genital reconstruction. I would emphasize one last point, and that is the plastic surgeon should definitely be involved in work in this area and should not be excluded by other specialists. We have much to contribute. We are innovative and creative, and bring to the operating table techniques not familiar to urologists, paediatric urologists, gynaecologists and paediatric surgeons. These specialists have, because of their anatomical territory, become quite expert in routine reconstructive cases. When problems occur, when flaps, grafts, z-plastic, microsurgery, musculocutaneous flaps and other complex reconstructive manoeuvres are needed, the plastic surgeon is called. If the plastic surgeon is not familiar with the healing potential, the blood supply, the reaction of tissues (because he has done little work in this anatomical area) then the potential of assistance is diminished. We need to work constantly in this area, even in simple cases, to be able to contribute. I believe we should find a urological or surgical colleague who is a compatible co-worker and arrange joint surgeries to take the contribution of plastic surgery and other cooperating specialists to the operating table together. In my opinion, this will decrease the inevitable unusual compli-

cations of routine cases, and will allow maximum contributions for complex cases.

Thank you for inviting me to honor Doctor Dieffenbach. I know that had he the advantages of anaesthesia, blood transfusions, microsurgery, antibiotics, etc. that his name would be connected to even more innovative and pioneering in the genital reconstructive field. We respect him as a surgical giant, and I am proud to have been asked to honor him.

Charles E. Horton,
M.D., F.A.C.S., F.R.C.S., (G) (Hon.)

Professor of Plastic Surgery
Eastern Virginia Medical School
Norfolk, Virginia
Clinical Professor of Plastic Surgery
Medical College of Virginia
Richmond, Virginia

Aufgaben und Anforderungen an medizinische Leitlinien aus Sicht der Gesundheitsökonomie

von Prof. Dr. Günter Neubauer, Mitglied des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen; Universität der Bundeswehr München Werner-Heisenberg-Weg 39, 85577 Neubiberg

1. Aufgabenstellung der Gesundheitsökonomie

Bevor wir auf die Leitlinien selbst eingehen, ist es hilfreich, kurz zu skizzieren, welche Aufgabenstellungen typisch für die Gesundheitsökonomie sind. Generell ist es Aufgabe der Gesundheitsökonomie, den Mitteleinsatz in der Gesundheits- und Krankenversorgung zu optimieren. Hierzu ist es erforderlich, daß für einzelne medizinische Behandlungsmaßnahmen jeweils die Kosten festgestellt werden. Diesen festgestellten Behandlungskosten sind in einem zweiten Schritt dann die Nutzen gegenüberzustellen. Die Feststellung von Kosten-Nutzen-Relation dient dazu, zu beurteilen, inwieweit Maßnahmen sich aus wirtschaftlicher Sicht tragen oder hinten angestellt werden können. Bei gegebenen Budgets sind zugleich die unterschiedlichen Kosten-Nutzen-Relationen ein Hinweis, welche Behandlungsmaßnahmen im Rahmen eines gegebenen Budgets ökonomisch rational vorgenommen werden können und welche ausgegliedert werden müssen.

Vor dem Hintergrund der Feststellung und der Priorisierung von spezifischen Behandlungsmaßnahmen hat die Gesundheitsökonomie weiter die Aufgabe, die jeweiligen Akteure des Gesundheitssystems, also Ärzte, Pflegepersonen, Patienten, Versicherte und auch die Krankenversicherungen dazu anzuhalten, daß sie jeweils den Maßnahmen auch den Vorrang geben, der aus ökonomischer Sicht geboten ist. Weiterhin geht es darum, die Akteure mit entsprechenden Anreizen zu versehen, damit sie jeweils an einer wirtschaftlichen Behandlungsweise interessiert sind. Hierzu sind vor allen Dingen die Vergütungssysteme die Mittel der Wahl.

Schließlich geht es auch darum, in die Entscheidungsprozesse im Gesundheitswesen, Versicherte und Patienten direkt miteinzubinden. Hierzu ist es erforderlich, daß für Versicherte wie Patienten entsprechende Leistungs- und Kosteninformationen zugänglich sind und darüber hinaus auch entsprechende Wahlmöglichkeiten eingeräumt werden. Für Versicherte geht es darum, eine Wahl bezüglich der Krankenversicherung zu haben, um so die Krankenversicherung auswählen zu können, die ihren Vorstellungen von Kosten und Nutzen am ehesten entspricht. Bei den Patienten wiederum ist die Wahl des behandelnden Arztes bzw. des Krankenhauses von elementarer Bedeutung. Freilich gilt auch für den Patienten, daß eine rationale Wahl nur dann möglich ist, wenn dem Patienten entsprechende Kosten- und Leistungsinformationen vorliegen.

Leitlinien in der Medizin sind nun dahingehend abzuprüfen, inwieweit sie dazu beitragen, die genannten gesundheitsökonomischen Zielvorstellungen zu erreichen.

2. Leitlinien als Instrument zur Verbesserung der Nutzen-Kosten-Relation konkreter medizinischer Behandlungsmaßnahmen

Medizinische Leitlinien, die die typischen diagnostischen therapeutischen Maßnahmen eines beschriebenen Behandlungsfalles beinhalten, lassen den Ökonomen den Ressourcenverzehr leichter identifizieren und meßbar machen. Aus ökonomischer Sicht wird damit das Mengengerüst für die Behandlungskosten erkennbar. Dies bedingt freilich, daß die Leitlinien auch so präzise sind, daß über die Beschreibung hinaus auch

die jeweils angemessenen diagnostischen Einzelmaßnahmen, wie auch die jeweiligen therapeutischen Maßnahmen, genügend detailliert beschrieben werden. Das heißt z.B., daß bei einem typischen Behandlungsfall die konkreten Laborleistungen anzugeben sind, damit der Ökonom die entsprechenden GOÄ- bzw. DKG-NT- Punkte zuordnen kann. Bislang erfüllen nur wenige Leitlinien diese konkrete Anforderung.

Leitlinien helfen auch Verschwendung zu vermeiden, sofern sie die Indikationsstellung genügend exakt angeben, so daß unnötige Behandlungen dadurch vermieden werden können. Denn Behandlungen, die nicht indiziert sind, lösen zwar Kosten aus, aber keinen oder keinen genügend sicheren therapeutischen Nutzen. Unter Kosten-Nutzen-Aspekten würden damit also Leistungen vermieden werden, bei denen zwar Kosten anfallen, denen aber kein oder kein angemessener Nutzen gegenübersteht. Bekanntlich geht man in der Bundesrepublik davon aus, daß vor allen Dingen im Rahmen einer gezielten Indikationsstellung die größten Wirtschaftlichkeitsreserven zu vermuten sind (vgl. auch Gutachten des SVR-KAiG 1996). Schließlich helfen Leitlinien auch bei der Feststellung von Nutzen-Kosten-Relationen den Outcome und damit also den Nutzen zu identifizieren. Auch hierzu ist allerdings erforderlich, daß Leitlinien auch über den typischen Erfolg Aussagen machen. So wäre es hilfreich, wenn Leitlinien die Risikowahrscheinlichkeit bzw. die Erfolgswahrscheinlichkeit von therapeutischen Maßnahmen angeben würden. Aber auch die bloße Beschreibung des erwarteten Erfolges hilft dem Ökonomen, den Nutzen von bestimmten Behandlungsmaßnahmen abzugreifen.

Leitlinien können demnach als eine notwendige Voraussetzung verstanden werden, die dazu beitragen, die Nutzen-Kosten-Bewertungen von medizinischen Behandlungsmaßnahmen auszustellen.

3. Leitlinien als Instrumente zur Steuerung der wichtigen Akteure im Gesundheitswesen

Leitlinien können als Handlungsanleitungen verstanden werden, die dem jüngeren unerfahrenen Arzt den Weg zu einer erfolgreichen Patientenbehandlung weisen. Leitlinien können aber auch in der jeweiligen Abteilung bzw. Klinik dazu verwendet werden, die Behandlungen jeweils auf einen bestimmten Standard und Qualitätsniveau festzuschreiben. Fließen nun in die Leitlinien auch ökonomische Überlegungen mit ein, so können sie gleichzeitig dazu dienen, die Effizienz von den Handlungsabläufen sicherzustellen. Es ist also wünschenswert, daß von vornherein bei medizinischen Leitlinien auch ökonomische Gesichtspunkte Berücksichtigung finden.

Es ist ein leichtes, ja geboten, medizinische Leitlinien mit pflegerischen Leitlinien zu koppeln. Dieses ist besonders deutlich im Bereich der Behandlungspflege, die direkt an die medizinische Behandlung angebunden ist. Für die Grundpflege von Patienten hingegen könnten von der Pflege eigene Leitlinien erstellt werden. In vielen Kliniken und Abteilungen bestehen auch bereits solche Pflegeleitlinien. Wünschenswert und notwendig ist es jetzt, diese mit den medizinischen Leitlinien entsprechend abzustimmen.

Für die Krankenversicherungen können Leitlinien wichtig sein, wenn es darum geht, festzulegen, inwieweit erbrachte Leistungen als abrechnungsfähig anzuerkennen sind. Krankenkassen werden auf mittlere Sicht Leitlinien auch dazu verwenden, um Leistungen auszuschließen, sofern sie nicht in den Behandlungsleitlinien jeweils beinhaltet sind und im einzelnen begründet werden können. In jedem Falle werden Leitlinien für die Krankenkassen und das jeweilige Vergütungssystem eine bedeutende Rolle spielen. So ist es denkbar, daß etwa Fallpauschalen und Sonderentgelte in ihrer Erstellung die Empfehlungen der Leitlinien direkt mit berücksichtigen. Es liegt geradezu nahe, daß für die einzelnen Fallpauschalen entsprechende Leitlinien geschaffen werden, die dann zwischen den Krankenversicherungen als den Kostenträgern und den Ärzten als den Leistungserbringern entsprechend abzustimmen sind. Auf diese Weise könnte bereits im Vorfeld eine Angleichung der verschiedenen Gesichtspunkte erfolgen. Ansonsten besteht die Gefahr, daß sich Leitlinien am „golden standard" orientieren, aber nicht zu finanzieren sind.

Für das Arzt-Patienten-Verhältnis können Leitlinien dazu dienen, daß der Arzt dem Patienten

Behandlungsabläufe darstellt, die seinen Entscheidungen zugrunde liegen und von der jeweiligen Fachgesellschaft getragen werden. Dies macht es insbesondere bei unangenehmen Entscheidungen für den Arzt leichter, den Patienten von seinen Entscheidungen zu überzeugen.

Langfristig ist es vorstellbar, daß auch bei staatlichen Entscheidungen, insbesondere wenn es darum geht, finanzielle Prioritäten festzulegen, die medizinischen Leitlinien eine Hilfe sein können. Letzteres könnte insbesondere für die jeweilige Landesgesundheitspolitik zutreffen, wenn sie über Krankenhauspläne oder die Ausstattung von Krankenhäusern im Rahmen von Investitionsplänen entscheidet.

Insgesamt können Leitlinien durch ihr Vorhandensein und ihre Verfügbarkeit das Verhalten der wichtigen Akteure im Gesundheitswesen steuern. In eine gewünschte Richtung folgt eine Steuerung dann, wenn die Leitlinien Anforderungen erfüllen, die sowohl medizinischen als auch ökonomischen Zielen Rechnung tragen.

4. Leitlinien als Hilfestellung für Patienten und Versicherte

Wenn wir davon ausgehen, daß das Gesundheitssystem vor allen Dingen der Patientenversorgung dient und von daher auch Patienteninteressen in den Mittelpunkt zu stellen hat, so ist auch darüber nachzudenken, inwieweit Leitlinien diese Zielsetzung mit unterstützen können.

Eine erste Anforderung in dieser Hinsicht kann dahin formuliert werden, daß Leitlinien für medizinische Laien, die ja in der Regel Patienten sind, verfügbar und verstehbar sind. Das muß nicht bedeuten, daß sich Leitlinien nur in einer laienhaften Darstellung erschöpfen müssen. Gleichwohl kann eine Abfassung von Leitlinien so erfolgen, daß zumindestens in Grundzügen auch ein Laie die Aussagen verstehen kann. Eine Hilfestellung könnte sein, daß Leitlinien extra in einer abgewandelten Form auch für Laien erstellt werden.

Leitlinien können, soweit sie auch auf die erwarteten Behandlungsergebnisse hinweisen, dazu dienen, daß für die Versicherten und potentiellen Patienten das Leistungsgeschehen im medizinischen Bereich transparenter wird. Wünschenswert wäre es sogar, daß mit Hilfe von Leitlinien auch die verschiedenen Leistungsergebnisse verschiedener Einrichtungen für Laien vergleichbar gemacht werden können. Geben z.B. Leitlinien die durchschnittliche Erfolgswahrscheinlichkeit für bestimmte Behandlungen an, so könnte der Patient seinen Arzt oder auch sein jeweiliges Krankenhaus nach den jeweiligen eigenen Erfolgen fragen und so einen Vergleich für sich durchführen. Natürlich muß man sich darüber im klaren sein, daß ein jedweder Vergleich von Ergebnissen mit vielen, vielen Einschränkungen zu interpretieren ist. Gleichwohl kann dies keine Entschuldigung sein, daß derzeit in Deutschland dem potentiellen Patienten so gut wie keine Ergebnisgrößen für die Beurteilung der Leistungsqualität und Leistungsfähigkeit von verschiedenen alternativen Behandlungseinrichtungen zur Verfügung stehen. Für eine Informationsgesellschaft, für die Information zunehmend an Wert gewinnt, ist es schlichthin eine „Unterentwicklung", daß das für die Mehrzahl der Bevölkerung wichtige Leistungsgeschehen in medizinischen Einrichtungen nahezu völlig intransparent bleibt. Beweis für eine Nachfrage nach entsprechenden Informationen, sind die vielfältigen Serien in den verschiedensten Zeitschriften und Magazinen, die sich diesem Thema mit großem Erfolg widmen. Wäre es hier nicht an der Zeit, daß der Patient auch einen Zugang zu seriösen Informationsquellen angeboten erhält?

Für die Gesundheitsökonomie sind Leitlinien, welche die Wahlmöglichkeiten für Versicherte und Patienten erhöhen, ein Schritt zu mehr Rationalität im Gesundheitswesen. Aus der Sicht der liberalen Gesundheitsökonomie soll nämlich bei der Entscheidung letztlich der Nachfrager und Nutzer von Leistungen den Ausschlag geben, welche Leistungen in welchem Umfang erbracht werden. Wenn auch diese Maxime im Gesundheitssektor aus vielerlei Gründen nicht oder nur unvollkommen verwirklicht werden kann, so ist der Verfasser doch überzeugt, daß Versicherte und Patienten in einem ungleich größeren Maße Wahlmöglichkeiten angeboten erhalten könnten. Dies setzt allerdings voraus, daß entsprechende Informationen über Leistungen und über Kosten als Grundlage für die Wahlmöglichkeit verfügbar

sind. Zugleich würde sich dabei zeigen, in welchem Umfange die Bevölkerung, unter Wissen von Kosten und Nutzen der Medizin für diesen Bereich bereit ist, Mittel aufzustellen. Alle Erfahrungen im internationalen Vergleich zeigen, daß die Bevölkerung bereit ist, für Gesundheitsversorgung mehr Mittel bereitzustellen, als dies von Verbänden oder gar vom Staat zu erwarten ist. Voraussetzung für eine solche Entscheidung allerdings muß eine entsprechende Leistungs- und Kostentransparenz sein, wozu die Leitlinien beitragen könnten.

Leitlinien in der Chirurgie: Aus der Sicht der klinischen Forschung

W. Lorenz, Institut für Theoretische Chirurgie, Klinikum Lahnberge, Philipps Universität Marburg

Zusammenfassung

Das Konzept der klinischen Leitlinien ist mit gesellschaftlichen Bedingungen gespickt, die eine Übertragung von einem Land zum anderen nicht ohne lokalen Zuschnitt erlauben: Die Qualität der Gesundheitsversorgung betont Einzelne und Gruppen zugleich, definiert die Wahrscheinlichkeit von gewünschten Gesundheitsergebnissen und erfordert den Einklang mit dem gegenwärtigen beruflichen Wissen. Dabei wird das erfahrungsbasierte intuitive Urteil im Ausland unterschätzt. Klinische Leitlinien sind systematisch entwickelte Statements in der Medizin, die Arzt und Patienten in ihrem Urteil über eine angemessene Gesundheitsversorgung unterstützen. Sie sind nicht diktatorisch. In Deutschland wird bei Leitlinien ein Dreistufenmodell verwendet, mit Checklisten, systematischen Konsensusprozessen und Best-evidence Synthesis. Dies erscheint praktikabel und wird unserem Gesundheitssystem gerecht.

Einleitung

Ernst Peter Fischer, Professor für Geschichte der Naturwissenschaften in Konstanz und Schüler von Max Delbrück, ist in seinem Buch über Aristoteles, Einstein und Co (1) die Auseinandersetzung mit Francis Bacon zu verdanken. Man nennt ihn, gelebt von 1561–1626, den Philosophen der Industrialisierung. Sein ihn kennzeichnendes Zitat „von der Wissenschaft im Dienst der Wohlfahrt" wurde in der Medizin nie mehr bedeutend als gegenwärtig bei der Diskussion um Konzept und klinische Methodologie von Leitlinien in der Medizin (2).

Wie immer, wenn Neues den geplagten Zeitgenossen konfrontiert, reagiert er mit Abwehr: Das haben wir schon immer gemacht! Das brauchen wir doch gar nicht! Das schadet ja nur der individuellen Entscheidung! Das hemmt doch jede Innovation! – und: das wollen die da oben ja nur wegen der Kosten!

In der Tat sind Leitlinien gespickt mit **gesellschaftlichen Bedingungen**, wie die zwei Definitionen zu Gesundheitsversorgung und Leitlinien belegen sollen (Abb. 1). Wie immer, stammen sie aus den USA und, wie immer, folgen die Zeitgenossen ihnen süchtig, d.h. unter Aufgabe der eigenen Identität.

Definition von Gesundheitsversorgung

In der ersten Definition (Abb. 1) geht es um die Qualität der Gesundheitsversorgung in einer menschlichen Gesellschaft. Speziell wird sie für die chirurgische Versorgung in Deutschland ausformuliert:

Die Qualität der Gesundheitsversorgung wird meßbar – so sagt diese Definition – durch das Ausmaß, indem die Chirurgie

- für Einzelne, aber auch für Gruppen die Wahrscheinlichkeit von gewünschten Gesundheitsergebnissen erhöht,
- und in dem sie in Einklang steht mit dem gegenwärtigen beruflichen Wissen.

Hinter dieser Definition steckt für die deutsche Gesellschaft viel Sprengstoff, nicht nur in dem, was zu lesen ist, sondern auch in dem, was fehlt:

1. Betonung von Einzelnen und von Gruppen: In seinem Beitrag 1996 im Lancet über die klinische Forschung in Deutschland (3) spricht Rainer Flöhl vom Kult des Individuums in der Bundesrepublik und zitiert Rudolf Pichlmayr. Am Jahresende – in der Qualitätssicherung – zählt aber nicht nur der spektakuläre Einzel-

Tabelle 1: Neue Richtungen in der Ermittlung von Gesundheitsergebnissen (Outcomes). Aus Lorenz (7).

• Früher:	Mortalitätsrate Wiedereinlieferungsrate Komplikationen
• Heute zusätzlich:	Funktioneller Status Ausmaß an Behinderung Emotionale Gesundheit Gedankliche Funktionen Soziale Interaktionen

erfolg, sondern auch die Rate der Versager in der Gesamtzahl der zugewiesenen Patienten. Das Individuum ist eben nur ein Teil, und die Chirurgie muß es beiden recht machen: dem Einzelnen und der ganzen Bevölkerung.

2. **Wahrscheinlichkeit** von **gewünschten Gesundheitsergebnissen** erhöhen (Abb. 1): drei Begriffe beinhalten darin drei Konzepte. Hinter „Wahrscheinlichkeit" steht das ganze, systematische Entscheidungsfinden mit seinen „Entscheidungsbäumchen" und einem mächtigen, logischen Instrument: dem Bayes' Theorem (4, 5). Die jungen Wissenschaftler, die vor nahezu 20 Jahren Gesellschaft und Zeitschrift für Medical Decision Making gründeten (6), sind heute Herausgeber von New England Journal of Medicine und Journal of American Medical Association (JAMA). Schon damals war die Politik im Spiel: das Dinner für die kleine Gruppe fand im Cosmos Club des Senats in Washington statt und Henry Kissinger war der Gastgeber. Der deutsche Teilnehmer und Mitherausgeber der Zeitschrift hatte das damals nicht verstanden.
3. **Gewünschte** Gesundheitsergebnisse: die gesellschaftliche und politische Bedeutung dieses Adjektivs ist so offensichtlich, daß sie gar nicht kommentiert werden muß.
4. Gesundheits**ergebnisse**: Hinter diesem Begriff steht das ganze Gebiet der Ergebnisforschung, von Outcome Research (7). Relman, im New England Journal of Medicine (8), nennt es 1988 die dritte Revolution der Gesundheitsversorgung. Sie wird am besten durch eine neue Liste von Gesundheitsergebnissen dokumentiert (Tab. 1): **Früher** waren die Ergebnisse Mortalitätsrate, Komplikationsrate und andere traditionelle Maße für ein klinisches Wiederherstellungsergebnis gültig: jedes für sich **allein** und **nicht gewichtet. Heute** kommen zusätzlich funktioneller Status, emotionale Gesundheit, soziale Interaktionen, kognitive Funktionen, Ausmaß an körperlicher Behinderung und andere, geprüfte Maße für Gesundheit dazu. Alle diese konzeptionellen Einheiten stehen miteinander in Verbindung und werden gegeneinander **gewichtet**.

Die Rolle der Sozialpsychologie für das Verständnis von Gesundheitsversorgung

Wissenschaftlich zugänglich durch Konzepte und Methoden wird diese Ermittlung von Gesundheitsergebnissen, von Outcomes, durch eine für die heutige Medizin neue Grundlagenwissenschaft: die **Sozialpsychologie** (9). Ihr Ursprung war – wie so oft – in Deutschland, und ihr Vater der Physiologe Wilhelm Wundt (9), der 1920 in Leipzig verstarb. Im Gegensatz zu Freud und anderen verfolgte er in der Psychologie einen **streng experimentellen Ansatz**, fiel aber auch unserer jüngsten Vergangenheit zum Opfer. Seine Entdeckungen führten in der USA in der Nachkriegszeit zum Ausgangspunkt einer stürmischen Entwicklung, die in dem Buch von Philipchalk „Einladung in die Sozialpsychologie" zusammengefaßt wurde (9).

Das Buch eröffnet eine neue Welt: Sozialpsychologie ist klinisch-wissenschaftlich der Hintergrund für die Qualität von Gesundheitsversorgung und Leitlinien, umfaßt Konzepte wie Gesundheitsstatus und Lebensqualität, beschreibt aber auch Problemlösung, Entscheidungsfindung und Intuition und liefert Ansätze für typische Probleme unserer Zeit: Konsensus, Vertrauen und Patientenerwartung.

Schließlich gehören hierzu auch die markanten Unterschiede in Konzepten und Definitionen zwischen Gesellschaften und Kulturen. Zwischenkulturelle Unterschiede sind das neue Thema Nr. 1 für das 21. Jahrhundert.

Das kognitive Kontinuum: Evidence-based Medicine und die unterschiedliche Rolle der Intuition

Auch der letzte Teil des Satzes über Gesundheitsversorgung (Abb. 1) „in Einklang stehen mit dem **gegenwärtigen beruflichen Wissen**" hat seine gewaltigen gesellschaftlichen Tücken.

Welches berufliche Wissen kann eingesetzt werden, um das Problem Diagnose, Behandlung und Management beim Patienten zu lösen? Berufliches Wissen ist äußerst komplex: Hinter der amerikanischen Definition von Gesundheitsversorgung (Abb. 1) steht das Modell des kognitiven Kontinuums für die Qualität des gegenwärtigen beruflichen Wissens (Abb. 2). Es stammt zuerst von Hammond et al. (10) und wird im Buch von Hammond 1983 (11) breit erläutert – einem Klassiker der amerikanischen Wissenschaftstheorie. Neue Ergebnisse der Intuitionsforschung verarbeiten diese Theorie (12, 13). Am höchsten bewertet wird im kognitiven Kontinuum zur Lösung eines klinischen Problems die kontrollierte klinische Studie und ihre Zusammenfassung in der sog. Metaanalyse. Dies ist die erstrebenswerte Evidenz für medizinisches Problemlösen, dies steht hinter dem Konzept **Evidence-based Medicine** (14). Alle anderen Formen von beruflichem Wissen sind schlechter: aus vergleichenden Studien der Epidemiologie, aus systematischer, computerunterstützter Entscheidungsfindung, aus dem Urteil von Expertengruppen oder vor allem aus der klinischen Erfahrung wird zunehmend unsicheres Wissen gewonnen, wenn auch mit geringerem Zeitaufwand.

- **Qualität von Gesundheitsversorgung**

  ... Ausmaß, in dem Gesundheitsdienste für Einzelne und Gruppen die Wahrscheinlichkeit von gewünschten Gesundheitsergebnissen erhöhen und im Einklang stehen mit dem gegenwärtigen beruflichen Wissen ...

- **Klinische Leitlinien**

  ... systematisch entwickelte Feststellungen, um die Entscheidungen von Klinikern und Patienten über angemessene Gesundheitsversorgung für spezifische klinische Umstände zu unterstützen ...

Abbildung 1: Definition von Qualität der Gesundheitsversorgung und von Klinischen Leitlinien nach dem Amerikanischen Institut für Medizin, Washington. Nach K. Lohr, WHO Treffen für Leitlinien in der Medizin, Schloss Velen, Deutschland (1997). Die Definition wurde aus den bisherigen Angaben des Instituts für Medizin, Washington, präzisiert (37).

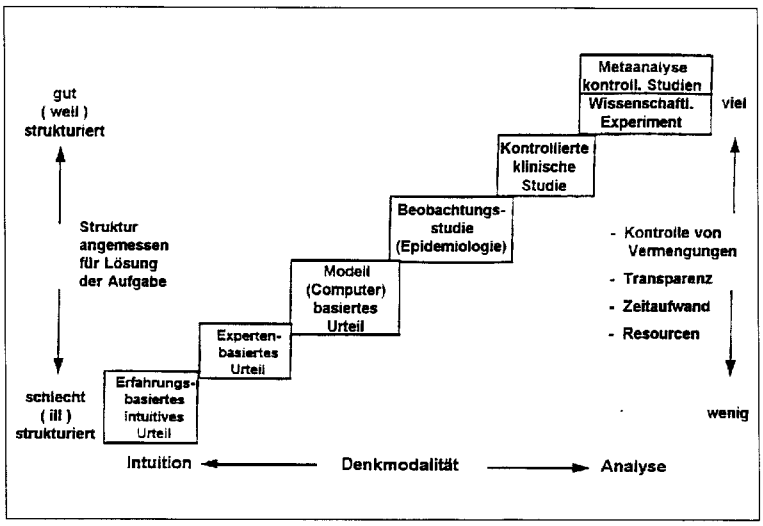


Abbildung 2: Kognitives Kontinuum zur Lösung eines klinischen Problems. Modifiziert und übersetzt nach Hammond (10), Hamm (11) und Dowie (13).

Am linken unteren Ende des Schemas (Abb. 2), neben dem so mies eingeschätzten **Erfahrungsbasierten intuitiven Urteil** steht die Beurteilung „schlecht strukturiert". Hier wird im Englischen nicht „bad" verwendet, nicht „wrong", sondern „ill" = „krank". Ein Zufall? Nein, keinesfalls! Die gesundheitspolitische Szene sieht weltweit (WHO), in Europa (besonders Niederlande und England) und – mit Fragen? – auch in Teilen unserer Gesellschaft folgendermaßen aus: Der intuitive ärztliche Entscheidungsprozeß selbst ist pathologisch (12), höhere Formen des kognitiven Kontinuums müssen ihn retten und damit den Kliniker belehren.

Hier hat die deutsche Medizin – in Erkennung großer interkultureller Unterschiede – ein anderes Konzept. Der Internist Rudolf Gross und der Autor dieses Artikels mußten dies zuerst leidvoll erfahren, als ihre Studie über den Wert der Intuition beim ärztlichen Urteil so sehr zerrissen wurde (15). L.J. Cohen, ein führender Sozialpsychologe Englands (16), schmetterte die positive Stellungnahme von Gross und Lorenz (15) zum Wert der erfahrungsbasierten, intuitiven richtigen Diagnose und Indikationsstellung des erfahrenen Arztes (Chefarzt, Experten) zunächst ab (Abb. 3). Nach kritischer Auseinandersetzung beharrten aber die Deutschen auf ihrem, auf der erkenntnistheoretischen Tradition fußenden Standpunkt. Sie sahen das erfahrungsbasierte, intuitive Urteil des chirurgischen Experten (21) als ein mächtiges Werkzeug zur Lösung klinischer Probleme an.

> ... Die gegenwärtig interessanten Fragen über Intuition betreffen alle das Ausmaß, in dem sie systematisch die Wirklichkeit verzerrt – oder nicht ... die vorliegende Arbeit zeigt nicht genügend Beachtung für diese Literatur ... das ganze Problem ist noch immer hoch kontrovers
>
> Siehe: Nisbett und Ross; Kahneman, Slovic und Tversky; Bastik; Cohen, ...

Abbildung 3: Gutachten von L.J. Cohen zur Arbeit von Gross, Lorenz: Intuition in surgery as a strategy of medical decision making, erste Version (15). Die Literatur von Nisbett und Ross, Kahneman et al., Bastik und Cohen ist im Literaturverzeichnis zu finden (17–20) L.J. Cohen, Februar 1988, Oxford.

Die Antwort der Amerikaner auf diese Auseinandersetzung waren recht klassisch: Sie haben sofort ein dickes Buch geschrieben, das 1995 herauskam: Chirurgische Intuition: was ist sie und wie kann man sie kriegen (22)? Derselbe Autor, nämlich Hamm, der erfahrungsbasiertes Urteil im kognitiven Kontinuum (Abb. 2) so niedrig bewertete, revidierte darin wichtige Positionen (23). Der **interkulturelle Unterschied** wurde gesehen.

Definition von klinischen Leitlinien

Der Ausflug in die „chirurgische Sozialpsychologie" erlaubt nun, die Definition von klinischen Leitlinien besser zu verstehen (Abb. 1): Klinische Leitlinien sind systematisch entwickelte Feststellungen (im Englischen steht „statements"), um die diagnostischen, therapeutischen und Managemententscheidungen von Klinikern und Patienten über angemessene Gesundheitsversorgung für spezifische klinische Umstände zu unterstützen.

Es wird verständlich, warum der Hintergrund der Qualität von **Gesundheitsversorgung** so aufgehellt wurde. Sie ist ein zentraler Teil dieser Definition:

1. Hinter dem **„systematisch entwickelt"** in Abbildung 1 stehen die sozialpsychologisch begründeten und methodologisch so durchgeführten Konsensusprozesse (24, 25), aber auch die Bewegung von **Evidence-based Medicine** (14).
2. Hinter den Entscheidungen von Klinikern **und Patienten** steht Lebensqualität (26) und Patientenzufriedenheit (27).
3. Hinter **angemessener** Gesundheitsversorgung versteckt sich viel mehr als die Kosten (28), die im übrigen nirgends genannt werden. Aber dies ist nur zum Schein.
4. Schließlich heißt **„unterstützen"** nicht juristisch einklagbare Richtlinien, sondern Bildung von Korridoren der Sicherheit, in denen sich vor allem der Noch-nicht Experte sicher bewegen kann (21, 29).

Schlußfolgerungen

Als Konsequenz aus interkulturellen Unterschieden in der Beurteilung des kognitiven Kontinuums wird in Deutschland ein Dreistufenmodell der Leitlinien verwendet (30):

1. Checklisten durch Expertengruppen der Fachgesellschaften werden zuerst produziert. Sie werden anders, positiver gesehen als bei den Angloamerikanern. Sie sind rascher zu erstellen als dicke Bücher und können somit besser disseminiert und implementiert werden (31).
2. Systematische Konsensusprozesse werden auch benötigt, aber sie dauern länger und müssen vor allem mit sozialpsychologischer Methodik untermauert sein (32). Beim Nominalen Gruppenprozeß wurde dies im Januar 1997 für die Leitlinien zur Sepsis erfahren (33).
3. Auch die dicken Bücher der Amerikaner werden benötigt, aber sie sind zeitaufwendig und teuer und sollten in Europa nicht national, sondern übernational, gesamteuropäisch erarbeitet werden (33). Aus dem deutschen Verständnis von Erfahrung und Wissen sollte dem Konzept Evidence-based Medicine (14) das Konzept Best-evidence synthesis (34, 35) gegenübergestellt werden. Es ist eine Synthese von verschiedenem, fundiertem Wissen und nicht ein Verdikt der kontrollierten klinischen Studien allein. Das hier vorgestellte Drei-Phasen-Modell wird unserem hochentwickelten Gesundheitssystem gerecht (36).

Summary

The concept of clinical practice guide-lines is full of sociological conditions which do not allow transferral from one country to another without local tailoring. The quality of health care emphasises both individuals and groups, defines the probability of desired health outcomes and demands agreement with contemporary professional knowledge. In this context, the experience-based, intuitive judgement of experts is heavily underestimated in the Angloamerican literature. Clinical guidelines are systematically developed statements which assist doctors and patients in finding appropriate health care. They are not dictatory in nature. In Germany, a three-phase model is preferred: check lists immediately, consensus-processes for intermediate time periods and finally consensus with best-evidence synthesis.

Literatur

1 Bacon F oder Von der Wissenschaft im Dienst der Wohlfahrt. (1995) In: Fischer EP (Ed) Aristoteles, Einstein & Co. Piper, München, Zürich, pp 86–100
2 Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung, Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Fachgesellschaften (1996) Curriculum Qualitätssicherung, Teil 1: Ärztliches Qualitätsmanagement. Texte und Materialien der Bundesärztekammer zur Fortbildung und Weiterbildung. Band 10, ISSN 09451951, pp 1–306
3 Flöhl R (1996). The cult of the individual. Lancet 348: 1632–1633
4 Lorenz W, Rothmund M (1989). Entscheidungsfindung in der Chirurgie. In: Bünte H, Junginger Th (Eds) Jahrbuch der Chirurgie, vol 2, Dr. Hans Biermann Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mbH, pp 13–24
5 Thon K, Stöltzing H, Ohmann C, Lorenz W, Röher HD (1988). Decisionmaking and clinical problem solving in upper gastrointestinal bleeding. Theor Surg 2: 185–198
6 Lusted LB (1981). Editorial, A Society and a Journal. Med Decision Making 1: 7–9
7 Lorenz W (1997). Outcome: definition and methods of evalutation. In: Troidl et al. (Eds) Surgical Research. Basic Principles and Clinical Practice, 3rd edition. Springer (in press)
8 Relman S (1988). Assessment and accountability. The third revolution in medical care. New Engl J Med 319: 1220–1222
9 Philipchalk RP (1995). Invitation to Social Psychology. Fort Worth Philadelphia San Diego: Harbourt Brace College Publishers, 1–566
10 Hammond KR, Hamm RM, Fisch HU, Joyce CRB (1982). Differential contributions of two forms of cognitive science to medical decision making. Med Decision Making 2: 358
11 Harnmond KR (1983). Teaching the new biology: Potential contributions from research in cognition. In: Friedman CP, Purcell EF (Eds) The New Biology and Medical Education: Merging the Biological, Information, and Cognitive Sciences. New York, Joshia Macy, Jr. Foundation, pp 53–64
12 Hamm RM (1988). Clinical intuition and clinical analysis: expertise and the cognitive continuum. In: Dowie J, Elstein A (Eds) Professional Judgment. A Reader in Clinical Decision Making. Cambridge University Press, Cambridge, pp 78–105

13 Dowie J (1997). The „pathology" of decision making in clinical practice and a framework for evaluations of knowledge and actions and decision analysis in guideline development and clinical practice: the „Clinical Guidance Tree". In: Selbmann HK (Ed) WHO Meeting on Guidelines in Health Care Practice (in press)
14 Sackett DL, Richardson WS, Rosenberg W, Haynes RB (1997). Evidence-based Medicine: how to practice and teach EBM. Edinburgh, Churchill Livingstone
15 Gross R, Lorenz W (1990). Intuition in surgery as a stragegy of medical decision making: ist potency and limitations. Theor Surg 5: 54–59
16 Cohen LJ (1981). Can human irrationality be experimentally demonstrated? Behav Brain Sci 4: 317–330
17 Nisbett R, Ross L (1980). Human interference: strategies and shortcomings of social judgement. Prentice-Hall, Englewood Cliffs, NJ, pp 1–334
18 Kahneman D, Slovic P, Tversky A (1986). Judgement under uncertainty: heuristic and biases. Cambridge University Press, Cambridge, pp 3–551
19 Bastick T (1982). Intuition, How we think and act. Wiley, Chichester, pp 1–493
20 Cohen LJ (1979). On the psychology of prediction: whose is the fallacy? Cognition 7: 385–407
21 Hilden J (1991). Intuition and other soft modes of thought in surgery. Theor Surg 6: 89–94
22 Abernathy CM, Hamm RM (1995). Surgical Intuition. What it is and how to get it. Philadelphia. Hanley & Belfus Inc. pp 1–436
23 Abernathy CM, Hamm RM (1995). Intuition as a Mode of Thought in Surgery. In: Abernathy CM, Hamm RM (Eds) Surgical Intuition. What it is and how to get it. Philadelphia. Hanley & Belfus Inc. pp 19–68
24 Fink AF, Kosecoff J, Chassin M, Brook R (1984). Consensus methods: characteristics and guidelines for use. Am J Public Health 74: 979–983
25 Lorenz W, Troidl H, Fingerhut A, Rothmund M (1996). Introduction – the different ways to reach consensus. Eur J Surg 162: Suppl. 576, 5–8
26 Koller M, Kußmann J, Lorenz W, Jenkins M, Voss M, Arens E, Richter M, Rothmund M (1996). Symptoming reporting in cancer patients. The role of negative affect and experienced social stigma. Cancer 77: 983–995
27 Fitzpatrick R, Hopins A (1993). Measurement of patient's satisfaction with their care. RCP Publications, London
28 Phelps CE (1993). The methodologic foundations of studies of the appropriateness of medical care. N Engl J Med 329: 1241–1245
29 Lorenz W, Koller M, Rothmund M (1994). Entscheidung beim individuellen Patienten – Erfolg und Niederlage der Intuition. Chirurg 65: 258–262
30 Lorenz W, Sitter H, Hartel W (1996). Entwicklungs- und Evaluierungsinstrumente für Leitlinien – Bedingungen für ihren Einsatz. Dokumentation der dritten gemeinsamen Konferenz zur Qualitätssicherung ärztlicher Berufsausübung von BÄK und AWMF, pp 53–57
31 Deutsche Gesellschaft für Chirurgie (1996). Leitlinien zur Therapie des exokrinen Pankreaskarzinoms. Beilage zu den Mitteilungen der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie, 5: 1–6
32 Holzinger F, Beger HG, Lorenz W, Bockhorn H, Ohmann C, Büchler MW (1995). Decision making in patients with gallstones: development of a clinical algorithm using the instrument of a consensus development conference. Dig Surg 12: 176–183
33 Schein M, Wittmann DH, Lorenz W (1996). Duration of antibiotic treatment in surgical infections of the abdomen. Discussion forum for attaining consensus. Eur J Surg 162: Suppl. 576, 5–75
34 Lorenz W (1996). Worse, or just different? Lancet 348: 1638–1639
35 Slavin RE (1995). Best Evidence Synthesis: an intelligent alternative to meta-analysis. J Clin Epidemiol 48: 9–18
36 Selbmann HK (1996). Health care. Lancet 348: 1631–1632
37 Field MJ, Lohr KN (1992). Guidelines for Clinical Practice. From Development to use. National Academy Press, Washington, pp 1–426

Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften

AWMF

A W M F online

Leitlinien der Dt. Ges. f. Handchirurgie

Leitlinie: Skapholunäre Bandläsion

Definition:
Partielle oder komplette Ruptur der skapholunären Bandverbindung, evtl. kombiniert mit Läsion der extrinsichen Handgelenksbänder.

Einteilung:
Grad I: Teilruptur im mittleren, membranösen Anteil ohne Achsenfehlstellung von Skaphoid und Lunatum.
Grad II: Komplette Ruptur mit dynamischer Rotationsinstabilität des Skaphoids.
Grad III: Komplette Ruptur mit statischer Instabilität entsprechend dem Vollbild der SL-Dissoziation mit flektiertem Skaphoid und extendiertem Lunatum (DISI-Position).

Grad III-Schaden führt unbehandelt zum fortgeschrittenen karpalen Kollaps (SLAC-Wrist) mit radioskaphoidaler Arthrose, Höhenverlust des Karpus, Verschiebung des Kapitatum nach proximal und radial, schließlich auch Arthrose zwischen Kapitatium und Lunatum.

Untersuchungen:
Notwendig:
Anamnese: Frische oder veraltete Verletzung.
Klinik: Schmerzpunkt, Skaphoidverschiebetest nach WATSON, Beweglichkeit, Kraft.
Röntgen: Handgelenk bds. in 2 Ebenen, Funktionsaufnahmen, Kinematographie (Video).
Athroskopie: In allen Fällen außer bei radiologisch nachgewiesener SL-Dissoziation (Grad III).

Im Einzelfall nützlich:
Drei-Phasen-Arthrographie: beginnend Mediokarpalgelenk, dann distales Radioulnargelenk, zuletzt Radiokarpalgelenk.
CT zur Abklärung sekundärarthrotischer Veränderungen.
Konventionelle Schichtaufnahmen.

Überflüssig:
MRT

Skapholunäre Bandverletzung Diagnose			
	Grad I	**Grad II**	**Grad III**
Watson-Test	pos.	pos.	pos.
Rö-nativ	neg.	neg.	pos.
Rö-Stress	neg.	pos.	–
Rö-Kinematographie	neg.	pos.	–
Arthrographie	(pos.)	pos.	pos.
Arthroskopie	pos.	pos.	pos.

Therapie:

Konservativ: (nur bei frischer Verletzung)

Grad I: Gipsimmobilisation ca. 4 Wochen
Grad II: Gipsimmobilisation mindestens 8 Wochen
Kriterium: keinerlei Fehlstellung (Verlaufskontrollen)

Operativ:

Prinzipien: Wo immer möglich, Rekonstruktion des SL-Bandes. Bandplastiken bis heute nicht sicher. Falls SL-Band irreparabel, sind Teilversteifungen vorzuziehen.

Operationsindikationen:

Frische Verletzung:

Grad II: Perkutane K-Drahtfixation oder wie Grad III.
Grad III: Offene exakte Reposition und Fixation durch K-Drähte ggf. mit intraossärer Bandnaht.

Veraltete Verletzung:

Grad I: Arthroskopie mit Shaving.
Grad II: Transossäre Bandnaht, falls noch ausreichend Material vorhanden.
Grad III: Bandplastik (Ergebnisse sehr unterschiedlich).
Karpale Teilarthrodesen: STT-, LC-, SC-, SL-Arthrodese (wirkt u. U. nur durch Ausbildung einer straffen Pseudarthrose, knöcherne Durchbauung eher die Ausnahme).

Karpaler Kollaps mit Arthrose (SLAC-WRIST):

Mediokarpale Teilarthrodese mit Exzision des Skaphoids.
Alternativ: Handgelenksarthrodese.
Resektion der proximalen Handwurzelreihe (Proximal Row Carpectomy): Stellenwert noch ungeklärt.

Skapholunäre Bandverletzung Therapie			
	Frisch	**Alt**	**Arthrose**
Grad I	Immobilisation K-Draht	Shaving Kapsulodese Bandnaht	–
Grad II	Bandnaht K-Draht	Kapsulodese STT-Arthod.	Mediokarpale
Grad III		LC-Arthord. Bandplastik	Teilarthrodese

Ambulant / stationär:
Bandrekonstruktionen sowie knöcherne Stabilisierungen im Bereich des Handgelenkes sollten in der Regel stationär durchgeführt werden.

Nachbehandlung:
6 bis 8 Wochen Ruhigstellung im Hand-Unterarmgips.

Leitlinie: Tendovaginosis stenosans

Definition:
Degenerative Veränderungen des Sehnengleitgewebes und der Sehnenscheidewand mit nachfolgender Abnahme der Gleitfähigkeit der Sehnen,schmerzhafte Bewegungseinschränkung mit Sehnenreiben an präformierten physiologischen Engstellen im Hand- und Fingerbereich. Prästenotische Sehnenverdickung, sog. Sehnenknoten. Häufigste Lokalisationen: 1. Streckerfach (Tendovaginosis stenosans de Quervain), am Eingang der osteofibrösen Kanäle der Fingerbeuger I–V.

Untersuchungen:

Notwendig:
Inspektion: Lokale Weichteilschwellung.
Tastbefund: Sehnenreiben, Sehnenspringen (trigger finger), lokaler Druckschmerz.
Provokationstest nach Finkelstein (bei Tendovaginosis stenosans de Quervain): Dehungstest des 1. Strahles.

Im Einzelfall nützlich:
Röntgen.
Bei Verdacht auf Karpaltunnelsyndrom: Neurologische Untersuchung.
Labordiagnostik (Rheumafaktoren, Harnsäure im Serum).

Überflüssig:
CT, MRT

Therapie:

Konservativ:
Im Initialstadium lokale Eisanwendung, lokale antiphlogistische Medikation.
Zusätzlich:
1. Streckensehnenfach: Ruhigstellung auf Gipsschiene.
Fingerbeuger: streng extratendinöse Kortikoidinjektion.

Operativ:
Operationsindikation:
1. Streckenfach: Anhaltende Beschwerdesymptomatik, schmerzhafte Funktionsstörung
Flexor-pollicis-longus-Sehne: Länger dauernde, therapieresistente Beschwerdesymptomatik
Fingerbeuger II–V: Schmerzhaftes Schnapphänomen.

Operationsprinzipien:

Beseitigung der Stenose (Ringbandspaltung), Eröffnung des 1. Strecksehnenfaches und der akzessorischen Strecksehnenfächer, Entfernung des degenerativ veränderten Sehnengleitgewebes (lokale Synovialektomie).

Ambulant / stationär:

Alle operativen Eingriffe können ambulant durchgeführt werden.
Ausnahme: Stationäre Behandlung bei zu erwartender postoperativer starker Schwellung und/oder Bewegungsstörung.

Nachbehandlung:

Selbständige Bewegungsübungen (vor allem Fingerstreckung), Eisanwendungen.

Leitlinie: Daumensattelgelenksarthrose (Rhizarthrose)

Definition:

Häufige, im Verlauf zunehmende, meist beidseitige Verformung des ersten Karpometakarpalgelenks mit Knorpelabrieb, Osteophytenbildung und Subluxation des Mittelhandknochens I infolge Insuffizienz der intermetakarpalen Bandverbindungen. Oft kombiniert mit Arthrose des Skapho-trapezo-trapezoidal-Gelenkes (Peritrapezialarthrose) und Arthrose der Fingermittel- und -endgelenke (Polyarthrose). Meist idiopathisch, selten posttraumatisch, einseitig nach Bennett-Luxationsfraktur oder Bandläsion.

Anamnese:

Ruhe- und/oder Belastungsschmerzen, Trauma, Überbeanspruchung, Beschwerden in anderen Gelenken, Sensibilitätsstörungen, Vorbehandlung.

Untersuchungen:

Notwendig:

Inspektion (Rötung, Schwellung, Deformierung, Daumenstellung)
Palpation (Konsistenz, Druckschmerz, Gelenkstabilität, Subluxation, Gelenkreiben, Nervenklopfschmerz, Muskeltonus)
Funktionsprüfungen (Beweglichkeit im Sattelgelenk und im Grund- und Endgelenk des Daumens in allen Richtungen, Kraftmessung (Faustschluß, Spitzgriff))
Röntgen: Daumensattelgelenk in 2 Ebenen

Im Einzelfall nützlich:

Neurologische Zusatzuntersuchung mit EMG und ENG (Frage: KTS?)
Rheumatologische Zusatzuntersuchung (Frage: entzündlich-rheumatische Erkrankung?)
Röntgenaufnahme unter Belastung

Überflüssig:

Sonographie
Szintigraphie
CT
MRT

Therapie:

Konservativ:

Schonung, befristete Immobilisierung
Extension (manualtherapeutisch)
lokal antiphlogistisch, physikalisch und medikamentös
NSAR oral
Orthese (maßgefertigte Mittelhand-Daumenhülse), Abduktionsschiene
Ultraschall
intraartikuläre Injektion

Operationsindikation:

Anhaltende oder zunehmende, therapieresistente, schmerzbedingte weitgehende Gebrauchsbeeinträchtigung oder Gebrauchsunfähigkeit des Daumens.

Operationsprinzipien:

Im Frühstadium Aufhalten der Arthrose durch Bandplastik oder Umstellungsosteotomie bei etablierter Arthrose Beseitigung des schmerzhaften Gelenkreibens und der Fehlstellung sowie Verbesserung der Gelenkstabilität durch Trapezektomie mit Bandrekonstruktion und/oder Sehneninterposition, Gelenkprothese (Stellenwert ungeklärt), Arthrodese (vor allem bei posttraumatischer Arthrose).

Ambulant / stationär:

Konservative Behandlung: ambulant
Operation: in der Regel stationär

Nachbehandlung: (nach Trapezektomie)

Ruhigstellung in der Regel 2–4 Wochen
Bewegungsübungen (Krankengymnastik und/oder Ergotherapie)
Orthese, bis schmerzfreie Belastung möglich.

Leitlinie: Kahnbeinpseudarthrose

Definition:

Ausbleibende knöcherne Heilung einer Kahnbeinfraktur mit Abdeckelung der Fragmente, evtl. mit Verformung des Kahnbeines und karpaler Gefügestörung (DISI). Symptome sind radialbetonte Schmerzen mit Weichteilschwellung, Funktionsbehinderung und Kraftminderung des Handgelenkes.

Anamnese:

Vorangegangenes Trauma, Zeitpunkt (Abgrenzung zur veralteten Fraktur), Belastungsschmerz/Ruheschmerz, Vorbehandlung, Voroperationen.

Untersuchungen:

Notwendig:

Klinische Untersuchung Handgelenk und Hand: Inspektion (Weichteilsituation), Palpation (Schmerzpunkt Tabatiere), Funktionsprüfung.

(Handfunktion, Handgelenksbeweglichkeit im Seitenvergleich, Kraftmessung)
Röntgen: Kahnbeinserie, evtl. ergänzend Handgelenk in 2 Eb.

Im Einzelfall nützlich:
Röntgen: Handgelenk in 2 Eb. der anderen Seite, Schichtaufnahmen
CT (Frankturverlauf/-abgrenzung)
MRT (Vitalität der Fragmente)

Therapie:

Konservativ:
Symptomatisch (Stützbandage, Analgetika) bei fortgeschrittener Radiokarpalarthrose, wenn operative Eingriffe nicht in Frage kommen.
Bei älteren Patienten ohne gravierende Beschwerden: keine Therapie.

Operationsindikationen:
a) stabilisierende Operationen am Kahnbein:
Pseudarthrosen, die Beschwerden verursachen und noch keine wesentliche Radiokarpalarthrose aufweisen.
Asymptomatische Pseudoarthrosen zur Verhinderung der Arthrose (wird unterschiedlich beurteilt).
sonstige Operationen:
Fortgeschrittene Radiokarpalarthrose, Avitalität eines Fragmentes, Handwurzelgefügestörung.

Operationsprinzipien:
a) Stabilisierung und Wiederherstellung der Form des Kahnbeines durch:
Resektion der Pseudarthrose, Einbringen von Spongiosa/Span (z. B. OP nach Matti-Russe), ggf. zusätzlich Osteosynthese (z. B. Spaninterposition mit Herbert-Schraube), evtl. Kombination mit Styloidektomie.
Bei eingeschränkter Vitalität der Fragmente: vaskularisiertes Knochentransplantat.
b) Denervation, Styloidektomie, Fragmententfernung und ggf. Interposition eines Platzhalters, autologer Kahnbeinteilersatz (z. B. Russe II), karpale Teilarthrodese, Resektion der proximalen Handwurzelreihe, Handgelenksarthrodese.

Ambulant / stationär:
stationär: Bei Eingriffen mit Knochenentnahme vom Beckenkamm.
Handgelenksdenervation und Styloidektomie sind ambulant und stationär möglich.

Nachbehandlung:
Ruhigstellung entsprechend der intraoperativ erreichten Stabilität für 2 bis 16 Wochen.

Leitlinie: Karpaltunnelsyndrom

Definition:
Kompression des N. medianus im Karpalkanal durch rezidivierende Schwellungszustände des Sehnengleitgewebes infolge von degenerativen oder hormonellen Veränderungen, Entzündungen, Tumoren, posttraumatische Veränderungen, Beugesehnenrupturen, karpale Arthrosen, Stoffwechsel-

störungen (auch mit Ablagerungen), anatomische Varianten. Die Kompression kann unterschiedlich stark ausgeprägt und im ganzen Verlauf des Nervs im Karpalkanal lokalisiert sein, vom Ligamentum carpi palmare bis zum distalen Rand des Retinaculum flexorum.

Symptome:

Brachialgie nocturna. Intermittierende bis persistierende Hyp- und Parästhesien, Beginn häufig im Mittelfingerendglied, später vom Daumen bis zur Radialseite des RIngfingers einschließlich der entsprechenden Dorsalregionen (subungualer Schmerz) reichend. Thenarschwäche bis laterale Thenaratropie.

Untersuchungen:

Notwendig:

Anamnese: Dauer der Beschwerden, Voroperationen, andere Erkrankungen und Verletzungen der Hand, Morgensteifigkeit.
Befund: Sensibilitätsprüfung (Hyperalgesie, Dysästhesie), Hoffmann-Tinel'sches Zeichen, Phalentest, Finger- und Handgelenkbeweglichkeit, Thenarmuskulatur (Kontur, Tonus, Kraft).
Neurologische Untersuchung: Sensible Nervenleitgeschwindigkeit und motorische distale Latenz, erforderlichenfalls im Seitenvergleich und im Vergleich mit dem N. ulnaris. Differentialdiagnostischer Ausschluß (sh. dort).

Im Einzelfall nützlich:

Befund: 2-Punkte-Diskrimination; Tourniquet-Test.
Röntgen: Beide Handgelenke in 2 Eb., Karpalkanal.
MRT: Nur bei dringendem Tumorverdacht, sonst überflüssig.

Überflüssig:

Szintigraphie, CT

Differentialdiagnose:

Weiter zentral gelegene Kompression oder Zweitkompression: Pronator-Syndrom, Thoracic-outlet-Syndrom, Skalenus-Syndrom, Zervikalsyndrom, Halsrippe. Syringomyelie, myatrophe Lateralsklerose, Muskeldystrophien.

Therapie:

Konservativ:

Lokal und allgemein antiphlogistisch, nachts Handgelenkschiene in Neutralstellung, Paravertebralmassagen Schulter/Nacken, Ausschaltung einer zur Schwellung führenden Erkrankung, Injektionen von Kortikoiden unter Vorbehalt (Gefahr der Läsion des Nervs oder von Sehnen).

Operationsindikation:

Therapieresistenz bei konservativer Behandlung
Pathologische elektrophysiologische Werte mit entsprechender klinischer Symptomatik
nachgewiesener Tumor im Karpalkanal

Operatives Vorgehen:

Offene oder unter entsprechenden Voraussetzungen endoskopische Karpaltunnelspaltung.

Relative Indikation:

- Vollständige laterale Thenaratrophie bei Beschwerdefreiheit und elektrophysiologisch nicht mehr meßbaren motorischen und sensiblen Werten.

Kontraindikationen:

- Fehlende Voraussetzungen zur mikrochirurgischen Versorgung von Nerven- und Gefäßverletzungen, sowie von Sehnenverletzungen nach handchirurgischen Prinzipien.

Zusätzliche Kontraindikationen bei endoskopischer Karpaltunnelspaltung:

- fehlende Beherrrschung der offenen Technik
- fehlendes Training an anatomischen Präparaten
- Thenaratrophie
- hypertrophe oder rheumatische Synovialitis
- Rezidive
- lokale Voroperationen
- Z.n. Weichteilverletzungen mit Vernarbungen
- in Fehlstellung verheilte Radiusfrakturen
- Arthrosen im Handgelenkbereich
- Bewegungseinschränkung des Handgelenkes
- Tumore

Ambulant / stationär:

Beides unter Erfüllung der unabdingbaren Hygiene-, Ausstattungs- und Ausbildungsvoraussetzungen möglich. Bei vollständiger Synovialektomie, Rezidivoperationen oder bei Auftreten von Komplikationen stationäre Behandlung.

Nachbehandlung:

ruhigstellender Stützverband des Handgelenkes für 5 bis 10 Tage
bei Bedarf antiphlogistsiche Maßnahmen (auch NSAR) und Physiotherapie
Überwachung des Patienten bis zur Arbeitsfähigkeit durch den handchirurgisch erfahrenen Arzt
Kontrolle klinisch und elektrophysiologisch nach 3 bis 6 Monaten

---

Konsensfindung in der Dt. Ges. f. Handchirurgie, Koordinator: Prof. Dr. P. Haußmann, Baden-Baden

Die „Leitlinien" der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften sind Empfehlungen für ärztliches Handeln in charakteristischen Situationen. Sie schildern ausschließlich ärztlich-wissenschaftliche und keine wirtschaftlichen Aspekte. Die „Leitlinien" sind für Ärzte unverbindlich und haben weder haftungsbegründende noch haftungsbefreiende Wirkung.

Stand der letzten Aktualisierung: 03. Dezember 1996

©: Dt. Ges. f. Handchirurgie

Autorisiert für elektronische Publikation: AWMF online, awmf@uni-duesseldorf.de

Reisestipendium

Die VDPC hat nunmehr die Möglichkeit, jährlich zwei Reisestipendien für nichtselbständige Mitglieder als Beihilfe zu einer Forschungsreise zwecks Fortbildung in der Plastischen Chirurgie oder in einem ihrer Sondergebiete zu vergeben. Dazu stiftet die Firma Polytech jährlich 5.000,– DM. Die Anträge für diese Stipendien werden jeweils bis zum 1. August d.J. erwartet, damit die Namen der Stipendiaten während des nachfolgenden Jahreskongresses bekannt gegeben werden können. In diesem Jahr sollten die Anträge ausnahmsweise bis zum **23. September 1997** eingereicht werden.

Rolf R. Olbrisch

Bestimmungen über die Vergabe eines Stipendiums als Fortbildungshilfe durch die Vereinigung der Deutschen Plastischen Chirurgen „POLYTECH-Reisestipendium der VDPC"

1. Die Vereinigung der Deutschen Plastischen Chirurgen vergibt alljährlich ein Stipendium von 5.000,– DM (in Worten: Fünftausend Deutsche Mark) als Fortbildungshilfe für nicht selbständige Mitglieder der Vereinigung. Der Betrag soll bis zu zwei Stipendiaten in Höhe von je 2.500,– (in Worten: Zweitausendfünfhundert Deutsche Mark) zugeteilt werden.

2. Das Stipendium wird als Beihilfe zu einer Forschungsreise zwecks Fortbildung in der Plastischen Chirurgie oder in einem seiner Sondergebiete gewährt. Ziel und Durchführung der Fortbildungsreise schlägt der Stipendiat bei der Einreichung seines Gesuches vor. Eine wiederholte Gewährung oder Erhöhung einer gewährten Beihilfe über 2.500,– DM hinaus ist ausgeschlossen.

2.1 Der Bewerbung, die an den Präsidenten der Vereinigung der Deutschen Plastischen Chirurgen zu richten ist, sind Lebenslauf, Verzeichnis der veröffentlichten wissenschaftlichen Arbeiten, der gehaltenen Vorträge, der besuchten Fortbildungskurse der VDPC, der Kongreßteilnahmen, ein Plan zur Verwendung des Stipendiums und eine Beurteilung des Bewerbers durch den Klinikdirektor oder Chefarzt beizulegen.

2.2 Der letzte Tag zur Einreichung des Antrags ist der 1. August jeden Jahres.

3. Die Prüfung der Bewerbung erfolgt durch den Vorstand der VDPC.

3.1 Befindet sich unter den Bewerbern ein Mitarbeiter oder Verwandter eines Vorstandsmitgliedes, so scheidet dieses aus. An seine Stelle tritt der letzte Expräsident.

4. Über die Zuteilung der Stipendien entscheidet der Vorstand endgültig.

4.1 Vorstand mit Beirat und Mitgliederversammlung sind von der Entscheidung zu unterrichten.

5. Die Fortbildungsreise muß innerhalb von 9 Monaten nach der Bewilligung der Beihilfe angetreten werden, andernfalls verfällt der Beitrag.

5.1 Die Beihilfe kann 6 Wochen vor der Reise beim Schatzmeister der VDPC angefordert werden.

6. Nach Abschluß der Reise hat der Stipendiat einen druckreifen Bericht (höchstens 8 Schreibmaschinenseiten) über die Verwendung des Stipendium, über Art der Fortbildung (z.B. Aufenthalt und Tätigkeit in Kliniken und Instituten, Teilnahme an Tagungen usw.) sowie Bescheinigungen der Leiter der besuchten Kliniken bzw. Institute an den Präsidenten der VDPC einzusenden. Ein Lichtbild ist beizufügen.

6.1 Die Berichte werden in den Mitteilungen der VDPC veröffentlicht.

Einladung nach Würzburg

Programmplan

Ästhetisch-chirurgischer Kurs vom 22. bis 23. September 1997 im Rahmen des 28. Jahreskongresses der VDPC und des 2. Jahreskongresses der DGÄPC

Augmentation der weiblichen Brust

Montag, 22. September 1997	Kurs für Mitglieder der VDPC und DGÄPC Teil I: Theoretischer Teil
Dienstag, 23. September 1997	Kurs für Mitglieder der VDPC und DGÄPC Teil II: Praktischer Teil

Wissenschaftliches Programm VDPC vom 24. bis 25. September 1997

Mittwoch, 24. September 1997	Beginn der Tagung der VDPC
7.30 Uhr	Registrierung
9.00 Uhr	Eröffnung
	Dieffenbach-Vorlesung und Verleihung der Dieffenbach-Medaille
	Wissenschaftliches Programm
20.00 Uhr	Begrüßungsabend in der fürstbischöflichen Residenz Würzburg (gemeinsame Veranstaltung der VDPC und der DGÄPC)
Donnerstag, 25. September 1997	
7.30 Uhr	Registrierung
9.00 Uhr	Wissenschaftliches Programm
16.00 Uhr	Preisverleihung Vortrags- und Posterpreis der VDPC
16.30 Uhr	Ende der Tagung
17.00 Uhr	Mitgliederversammlung der VDPC
	Abend zur freien Verfügung

Themenbereich für die 28. Jahrestagung der VDPC

Rekonstruktive und konstruktive Chirurgie:

- Kopf- und Halsbereich, kraniofaziale Chirurgie
- Thoraxwand und Brustregion
- Glutealregion und untere Extremitäten
- Haut und Hautanhanggebilde
- Fettgewebe und Körperkontur

Handchirurgie, obere Extremitäten:

- Fehlbildungen und anatomische Besonderheiten

Zur freien Gestaltung bleiben die Themen für **Verbrennungschirurgie und Verbrennungsmedizin** und die **Experimentelle Plastische Chirurgie**

Spezialsitzung:

Möglichkeiten von Online-Diensten (Internet, Compuserve, u.a.), Standards der audiovisuellen und Multimedia-Präsentation in der Plastischen Chirurgie.

Posterausstellung

Videodemonstration

Wissenschaftliches Programm DGÄPC vom 26. bis 27. September 1997

Freitag, 26. September 1997	Beginn der Tagung der DGÄPC
7.30 Uhr	Registrierung
9.00 Uhr	Eröffnung Wissenschaftliches Programm
12.30 Uhr	Mitgliederversammlung der DGÄPC anschließend Fortführung des wissenschaftlichen Programms
20.00 Uhr	Festabend in der Kelterhalle des mainfränkischen Museums der Festung Marienberg (gemeinsame Veranstaltung der VDPC und DGÄPC)
Samstag, 27. September 1997	
7.30 Uhr	Registrierung
9.00 Uhr	Wissenschaftliches Programm
13.30 Uhr	Preisverleihung Vortrags- und Posterpreis der DGÄPC
14.00 Uhr	Ende der Tagung

Themenbereich für die 2. Jahrestagung der DGÄPC

Spezielle zusätzliche Schwerpunkte werden gesetzt für die

Ästhetische Chirurgie:

- Lidchirurgie
- Behandlung von Faltenbildungen

Mittagsforum:

- Spezielle Anästhesie in der Ästhetischen Chirurgie
- Laserchirurgie

Posterausstellung

Videodemonstration

Vortrags- und Posterpreise

Zur Förderung der Qualität und als Anerkennung für erfolgreiche Anstrengungen, stiftet der Kongreßpräsident 1997 für beide Kongresse jeweils einen **Vortragspreis** von 500,– DM für den sorgfältigst vorbereiteten, wissenschaftlich und didaktisch klarsten Vortrag aus den Reihen der jüngeren (assoziierten) Mitglieder der VDPC und der DGÄPC, die noch keine leitende oder Oberarztstelle inne haben.

Der Kongreßpräsident stiftet weiterhin für beide Kongresse jeweils einen **Posterpreis** von 500,– DM für die Darstellung und Präsentation des besten Posters.

Die Preise werden am Ende des jeweiligen Kongresses, am Donnerstag, dem 25. September 1997 sowie am Samstag, dem 27. September 1997 verliehen. Die Preise können nur persönlich in Empfang genommen werden.



EURAPS

EURAPS YOUNG PLASTIC SURGEON SCHOLARSHIPS

SCOPE OF THE SCHOLARSHIP

To foster and encourage the training in Plastic Surgery in Europe, through a 90 days fellowship in European Centres of Plastic Surgery.

ELEGIBILITY

Candidates must be European citizens (Eastern block Countries included) and have obtained the speciality in Plastic Surgery (or Board).

The maximum age is 37 years. Evidence that the candidate has not had his/her 38th birthday must be submitted (Birth certificate).

APPLICATION

4 copies of the following documents should he sent to the EURAPS Secretariat by the **30th September** of each year:

1. Letter written by the candidate indicating the purpose of the visit and the Centres where he/she wishes to spend the 90 days scholarship.
2. C.V.
3. Letter of recommendation from the Sponsor (Euraps Full Member) emphasizing the reason of his choice for this particular candidate.

SELECTION

A four Members Euraps Committee, appointed by the General Assembly, will consider and select the most worthy applications.

CONDITIONS

The three month scholarship must be exploded before the end of the following year.

2 scholarships will be available each year. The amount available for each recipient will be determined by the Treasurer. The amount for the year 1997 will be SF 5.000 for each scholarship. The Scholarship will be paid in two distinct phases: SF 2.500 before the commencement of the fellowship and SF 2.500 at day 45, upon receipt of a report (2.000 words approximately) written by the host of the Institution to the EURAPS Secretary General and considered satisfactory. In the case of a negative report, the second part of the scholarship will not be paid.

Notification of the winners will be sent to the sponsor and the candidate before December 31st of the same year, as the request.

The EURAPS Secretary General will write to the head of the Institution(s) to be visited, recommending the successful applicant(s).

SUPERVISION

Recipient(s) of the EURAPS Scholarship will be supervised by the head of the Institution who will prepare two confidential reports about the candidates attendance and interest on the Institution's activity, to be sent to the Secretary General of EURAPS and to the Sponsor, the first one at day 45 and a second one at the completion of the fellowship.

INTERPLAST – GERMANY e.V.

Geplante Einsätze:

Afghanistan	7/97	Dr. Taufig
Brasilien	7/97	Prof. Widmaier / Dr. Borsche
Nigeria	10/97	Prof. Lemperle / Dr. Bruijn / Dr. Meixner
Indonesien	10/97	Dr. Wolff / Dr. Fischer
Kamerun	11/97	Dr. Zabel / Dr. Thönnissen
Sri-Lanka	11/97	Dr. Nick / Dr. Heckelei
Sri-Lanka	12/97	Dr. Wymer / Dr. Kortes

Für nachfolgende Einsätze werden noch erfahrene Interessenten gesucht:

Jalalabad/Afghanistan	18.09. – 04.10.97
Jalalabad/Afghanistan	13.11. – 29.11.97
Jalalabad/Afghanistan	05.02. – 21.02.98
Jalalabad/Afghanistan	16.04. – 02.05.98
Masar e Sharif/Afghanistan	z.B. Herbst/Winter 97
Inguschien/Gus	dto.
Angola	dto.
Mochin/Indien	dto.
Sri Lanka	z.B. Winter/Frühjahr 97/98
Ecuador	dto.
Niger (Noma)	dto.
Eritrea	dto.
Indien	dto.
Guinea	dto.

Das „Interplast-Hospital" in Nepal nimmt Formen an.

Benötigt wird ein Plastischer Chirurg, der für ca. 1 Jahr dort vor Ort die Klinik koordiniert und mit anreisenden Teams zusammenarbeitet.

Die Finanzierung ist gesichert – 8.000,– DM monatlich.
Sicher eine interessante Abwechslung

Bitte melden !

Kontinuierliche Fortbildung für Fachärzte ("credit point" System)

Wie schon im Heft 2 der Mitteilungen im Jahr 1995 angekündigt, hier der Vorschlag von Prof. Feller für die Erfassung der „Credit-Points"

„credit point" System
für ordentliche Mitglieder der Vereinigung der Deutschen Plastischen Chirurgen

Titel: _____ Abteilung: _____

Name: _____ _____

Vorname: _____ Straße: _____

Klinik: _____ PLZ / Ort: _____

Besuchte Kongresse / Veranstaltungen / Kurse:

Datum (von – bis)	Name der Veranstaltung	Ort / Land	credit points

Die besuchten Veranstaltungen bitte in dieser Tabelle eintragen, sie werden nach folgenden Punktesystem bewertet:

Internationale Kongresse	–	25 Punkte	Nationale Kogresse	–	15 Punkte
Nationale Kongresse mit internationaler Beteiligung	–	20 Punkte	Regionale Veranstaltungen	–	10 Punkte
Kurse	–	30 Punkte			

Ende des Jahres bitte dieses Formular an die Geschäftsstelle der VDPC, Bleibtreustr. 12A, 10623 Berlin einsenden, damit dort die credit-points gutgeschrieben werden.

Fortbildungsseminare für Assistenten in der Weiterbildung zum Facharzt für Plastische Chirurgie – 1997 –

Kopf und Hals	Veranstalter/Termine
1. Laser-Skin-Resurfacing Ultragepulste CO2-Laser Blepharoplastik	Witzel / 07./08.11.1997
2. Funktionelle und ästhetische Nasenchirurgie	Gubisch / 13./14.11.1997
Brustwand	
3. Rekonstruktive Mammachirurgie	Feller / 20./21.10.1997
4. Mammareduktion mit narbenarmen Techniken	Eisenmann-Klein / 17./18.11.1997
Bauchwand	
5. Chirurgie des Fettgewebes	Spilker / 27./28.11.1997
Stütz- und Bewegungssystem	
6. Angeborene Handfehlbildungen und ihre Behandlung	Benatar / 25./26.09.1997
7. Replantationschirurgie und mikrochirurgischer Gewebetransfer	Biemer / 13./14.10.1997
8. Carpus	Lanz / 13.–15.11.1997
9. Rekonstruktionsverfahren bei Extremitätentumoren	Steinau / 14./15.11.1997
10. On the Shoulders of Giants – Pioniere und Größen der Handchirurgie	Kanavel/Bunnell/Hilgenfeldt/Buck-Gramcko/ 28.11.1997
11. Systematik der Weichteildefekte an der Hand	Berger / 05.–06.12.1997
Gefäß-, Nerven- und Lymphsystem	
12. Primäre und sekundäre Operationsverfahren bei Plexus brachialis Läsionen im Kindes- und Erwachsenenalter	Berger / 21./22.11.1997
13. Systematik der Weichteildeckung an der Hand	Berger / 05./06.12.1997
Intensivmedizin	
14. Intensivmedizin und Behandlung von Brandverletzten	Henckel v. Donnersmarck / 17./18.09.1997
15. Primärversorgung und intensiv-medizinische Betreuung von Schwerstbrandverletzten	Germann / 13./14.10.1997
Spezielle Eingriffe des Gebietes	
16. Techniken der Liposuction	Exner / 12.09.1997
17. Decubituschirurgie	Schmidt / 11./12.11.1997
18. Techniken der Fettabsaugung	Bromba / 21.11.1997

Nachruf

Prof. Dr. med. Dr. med. dent. habil. Heinz REICHERT



Am 26. März 1997 ist Prof. Dr. med. Dr. med. dent. habil. Heinz Reichert plötzlich und völlig unerwartet verstorben.

1926 in Altenburg/Thüringen geboren, begann er kurz nach dem Krieg sein Zahnmedizinstudium und anschließend sein Medizinstudium in Kiel. Dazwischen war er als „dental medical officer" 1½ Jahre auf den Falkland-Inseln gewesen, eine Zeit, die ihn in vielfältiger Weise geprägt hat und die ihn durch seine dort gewonnenen Sprachkenntnisse und Erfahrungen später auch dazu befähigte, seine zahlreichen internationalen Freundschaften aufzubauen und zu pflegen.

Sein Lebenswerk war die Plastische Chirurgie, für die er all seine Kraft einsetzte.

Nach einer kurzen anästhesiologischen Weiterbildung in Salzburg begann er am 1. Januar 1946 im Marienhospital Stuttgart seine Ausbildung bei Eduard Schmid, um 1960 noch für ein Jahr an die Chirurgie nach Ludwigsburg zu wechseln. Anschließend kehrte er ans Marienhospital zurück, wo er 1965 Oberarzt und 1970 Chefarzt wurde.

Zusammen mit Prof. Schmid und Prof. Widmaier bildete er das Stuttgarter Team, das die Klinik für Plastische Chirurgie zu einer der größten dieses Faches in Europa führte und sie im In- und Ausland bekannt machte. Prof. Reichert hat dabei vor allem zur internationalen Bekanntheit und Beachtung entscheidend beigetragen. Mit großer internationaler Beteiligung fanden auch die beiden Kongresse satt, die er 1975 und zusammen mit Prof. Schmid und mit Prof. Widmaier 1988 durchführte.

Teamarbeit war damals etwas völlig Neues, eröffnete aber die Möglichkeit, das große Feld der Plastischen Chirurgie allseits kompetent abzudecken. Diese Grundüberzeugung hat ihn auch bei seinen weiteren Entscheidungen geleitet, und so bot er seinen Mitarbeitern die Möglichkeit, je nach Fähigkeit und Neigung eigene Schwerpunkte aufzubauen. Seine persönlichen Arbeitsgebiete waren vor allem die formende und rekonstruktive Brustchirurgie sowie neue Techniken bei der Behandlung von Lippen-Kiefer-Gaumenspaltpatienten.

1978 habilitierte er sich an der Universität Ulm. Insgesamt verfaßte er 86 wissenschaftliche Arbeiten und Buchbeiträge auf dem Gebiet der Plastischen Chirurgie.

Er war Mitherausgeber mehrerer Zeitschriften und Mitglied in zahlreichen in- und ausländischen wissenschaftlichen Gesellschaften.

Neben seiner chirurgischen Tätigkeit versuchte er im berufspolitischen Bereich immer wieder zwischen den konkurrierenden Gesellschaften zu vermitteln – Brücken zu bauen –, wie er es nannte und nahm es auch dafür in Kauf, angefeindet zu werden und sich zwischen die Stühle zu setzen.

Prof. Reichert war nicht nur als Wissenschaftler und Arzt hoch geschätzt, sondern er hatte infolge seiner Offenheit, seiner Freundlichkeit und seiner lebensfrohen Art einen sehr großen Freundeskreis.

Sein Studium hatte sich Heinz Reichert als Werkstudent u.a. auch durch mikrofotografische Arbeiten verdient. Die Fotografie und das Filmen waren zeitlebens sein großes Hobby geblieben. Seinen Freunden konnte er durch seine Bilder und Filme Vieles erzählen und vermitteln, was er bei zahlreichen Reisen in alle Erdteile erlebt hatte. Es bleiben unvergeßliche Erinnerungen, die er uns über und unter Wasser gezeigt hat.

Ich persönlich hatte das Glück über 20 Jahre mit Heinz Reichert zusammenarbeiten zu können, und er hat mich in dieser Zeit immer gefördert und unterstützt. Mit ihm habe ich einen Freund und Lehrer verloren, der sich in seinem Handeln immer höchsten ärztlichen Idealen verpflichtet sah.

Schon früh hatte sich Heinz Reichert um das Fortbestehen der Klinik, in der er 35 Jahre gewirkt hatte, gesorgt und alles unternommen, um die Nachfolge in seinem Sinne zu regeln, nämlich Voraussetzungen zu schaffen, daß die Plastische Chirurgie als Einheit im Team auf möglichst hohem Niveau und auf möglichst breiter Basis betrieben werden kann. Dieses Vermächtnis ist uns – seinen Nachfolgern – Verpflichtung.

Heinz Reichert hinterläßt seine Frau Gisela und zwei erwachsene Töchter.

Nachruf

Frau Dr. med. Elke KERKY



Einst war Berlin Zentrum der Plastischen Chirurgie in Deutschland. Zwei Weltkriege haben alles zerstört. In dieser Öde einer dekapitierten und geteilten Hauptstadt war unsere Kollegin Frau Dr. Elke Kerky (*24.04.37) zweifellos eine Pionierin auf dem Gebiet der Plastischen Chirurgie und Handchirurgie. Sie war die Erste, die die Teilgebietsbezeichnung „Plastische Chirurgie" erwarb und im Auguste-Viktoria-Krankenhaus einen Funktionsbereich für Hand- und Plastische Chirurgie ausbauen konnte.

Sie tat dieses unter der umsichtigen Führung ihres allgemeinchirurgischen Chefs, Prof. Specht, der sie zu Studienaufenthalten in die Vereinigten Staaten, zu Zellner in Ludwigshafen, Lösch in Lübeck und zu Wilfingseder in Innsbruck entsandte – wohl wissend, daß die Chirurgie, um weiter kreativ zu bleiben, einige Fachgebiete als Beiboote in die Selbständigkeit entlassen müsse. Frau Kerky galt als exzellente Operateurin, die dem Funktionsbereich bald zu einem über die Grenzen Berlins reichenden Ruf verhalf.

Sie starb nach langem kräftezehrendem Leiden.

Es bleibt zu hoffen, daß der von ihr mit Leben erfüllte Funktionsbereich für Plastische und Handchirurgie erhalten bleiben kann. Die Vereinigung ist mit ihrem Tode ärmer geworden.

E. Vaubel

Aus dem Versicherungsreferat

Die VDPC hat eine Rahmenvereinbarung mit der Winterthur-Versicherung über eine fachgruppenspezifische Versicherung. Die Prämien waren bisher sehr hoch, jedoch war nur so ein erster Einstieg in eine für unser Fachgebiet der Plastischen Chirurgie zutreffende Versicherung zunächst möglich gewesen. Allerdings war mit dem Versicherer auch eine jährliche Überprüfung der Versicherungsprämien vereinbart worden. Die zwischenzeitlichen Verhandlungen haben zu einer ersten erfreulichen Absenkung der Versicherungsprämien geführt, wobei der früher für die ästhetische Chirurgie zunächst vorgesehene Selbstbehalt jetzt vollkommen entfällt.

Mit Wirkung vom April 1997 gelten für die Mitglieder der VDPC folgende Tarifbestimmungen:

Deckungssummen	DM 2 Mill.	Pauschal für Personen und Sachschäden
	DM 100.000,–	für Vermögensschäden
Jahresmaximierung 2-fach		

Hierfür sind folgende Prämien festgelegt:

1. Niedergelassene Ärzte

ambulant/operativ	DM 7.940,–	
ambulant/stationär	DM 11.000,–	bis 5 Betten
6–10 Betten: pro Bett + 10 % des Grundprämie		

Nachlaß bei Gemeinschaftspraxis Bei Versicherung der nur ambulant operativen, nicht stationären Tätigkeit: 10 %.

2. Chefärzte/Leitende Ärzte

Freiberuflich ambulant/operativ	DM 7.940,–	
ambulant/stationär	DM 11.000,–	

Für alle Prämien gilt jeweils zuzüglich Versicherungssteuer. Ein Selbstbehalt besteht nicht.

Die restlichen Bedingungen bleiben wie beim bisherigen Rahmenvertrag.

Von einer anderen Versicherung wurde ein ähnliches Angebot unterbreitet, das in den Prämien teilweise sogar noch etwas unterhalb dieser hier für die Winterthur zutreffenden Prämien liegt, im übrigen aber in etwa gleiche Bedingungen enthält. Wesentlich ist, daß eine für das individuelle Tätigkeitsprofil zutreffende Versicherung gewählt wird. Eine

Beratung hierüber ist durch die den Rahmenvertrag der VDPC mit der Winterthur betreuende Versicherungsagentur möglich:

Baumhauer & Frenzel
Postfach 26 11 25
20501 Hamburg
Tel.: 040 254 2039

In jedem Fall ist darauf zu achten, daß der Einschluß sämtlicher fachgruppenspezifischen Risiken berücksichtigt wird. Deswegen sollte man beim Abschluß eines Versicherungsvertrages schriftlich auf die Inhalte der eigenen Tätigkeit hinweisen, also ausdrücklich darauf hinweisen, daß man im Fachgebiet Plastische Chirurgie tätig ist mit Rekonstruktiver Chirurgie, Verbrennungschirurgie, Handchirurgie, Ästhetischer Chirurgie.

Ärzte- und Landesärztekammern

	1. Vorsitz	2. Vorsitz
Landesärtzekammer Baden-Württemberg, Jahnstr. 40 70597 Stuttgart	Prof. Dr. G.B. Stark, Leiter der Sektion für Plastische und Handchirurgie, Chirurgische Universitätsklinik, Hugstetter Str. 55, 79106 Freiburg	Dr. med. L.R.H. Döbler, Arzt für Chirurgie und Plastische Chirurgie, Römerstr. 1, 69115 Heidelberg
Bayerische Landesärztekammer, Mühlbaurstr. 16 81677 München	Prof. Dr. R. Baumeister, Leiter der Mikro-, Hand- und Wiederherstellenden Chirurgie, Universitätsklinikum Großhadern, Marchioninistr. 15, 81366 München	Dr. med. A. Schmidt Leitender Arzt an der Abteilung für Plastische, Hand-, Kiefer- und Rekonstruktive Mikrochirurgie, Berufsgenossenschaftliche Unfallklinik Murnau, Professor-Küntschner-Str. 8, 82418 Murnau
Landesärztekammer Berlin, Flottenstr. 28–42 13407 Berlin	Dr. med. A. Grabosch, Ärztehaus 1, Mauerstr. 65, 10117 Berlin	Dr. med. A. Stock, Abteilung für Plastische Chirurgie, Zentrum für Bandverletzte, Krankenhaus am Urban, Dieffenbachstr. 1, 10967 Berlin
Landesärztekammer Brandenburg, Postfach 10 14 45 03014 Cottbus	Dr. med. A. Grabosch, Ärztehaus 1, Mauerstr. 65 10117 Berlin	Dr. med. A. Stock, Abteilung für Plastische Chirurgie, Zentrum für Bandverletzte, Krankenhaus am Urban, Dieffenbachstr. 1, 10967 Berlin
Ärztekammer Bremen, Schachhauser Heerstr. 30 28209 Bremen	Dr. med. H. Vossmann, Direktor der Klinik für Plastische und Handchirurgie, Zentralkrankenhaus St.-Jürgen-Straße, St.-Jürgen-Str. 1, 28205 Bremen	Prof. Dr. med. A. Berger, Direktor der Klinik für Plasti- sche, Hand- und Wiederher- stellungschirurgie, Medizini- sche Hochschule Hannover, Podbielskistr. 380, 30659 Hannover

	1. Vorsitz	2. Vorsitz
Ärztekammer Hamburg, Humboldtstr. 56, 22083 Hamburg	Dr. med. H.-J. Bargmann, Chirurg – Plastische Chirurgie, Colonnaden 9, 20354 Hamburg	Dr. med. P. Kuhnert, Leitender Arzt der Abteilung für Plastische Chirurgie, Ev. Krankenhaus Alten Eichen, Jütländer Allee 48, 22501 Hamburg
Landesärztekammer Hessen, im Vogelsgesang 3, 60488 Frankfurt/Main	Priv.-Doz. Dr. med. K. Exner, Klinik für Plastische-, Wiederherstellungs- und Handchirurgie, St. Markus-Krankenhaus, Wilhelm-Epstein-Str. 2, 60431 Frankfurt/Main	Prof. Dr. med. C. Tizian, Chefarzt der Klinik für Plastische-, Hand- und Wiederherstellungschirurgie, Kliniken des Main-Taunus-Kreises, Lindenstr. 10, 65719 Hofheim
Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern, Humboldtstr. 6, 18055 Rostock	Priv.-Doz. Dr. med. M. Belusa, Gemeinschaftspraxis „Chirurgie am Wall“, Am Wall 1, 18273 Güstrow	Prof. Dr. med. G.M. Lösch, Domhof 28, 23909 Ratzeburg
Ärztekammer Niedersachsen, Berliner Allee 20, 30175 Hannover	Prof. Dr. med. A. Berger, Direktor der Klinik für Plastische-, Hand- und Wiederherstellungschirurgie, Medizinische Hochschule Hannover, Podbielskistr. 380, 30659 Hannover	Dr. med. H. Vossmann, Direktor der Klinik für Plastische und Handchirurgie, Zentralkrankenhaus „St.-Jürgen-Straße“, St.-Jürgen-Str. 1, 28205 Bremen
Ärztekammer Nordrhein, Tersteegenstr. 31, 40474 Düsseldorf	Dr. med. Erhard Beglau, Arzt für Chirurgie – Plastische Chirurgie, Fr.-Alfred-Str. 60, 47226 Duisburg	
Landesärztekammer Rheinland-Pfalz, Deutschhausplatz 3, 55116 Mainz	Prof. Dr. med. G. Germann, Chefarzt der Abteilung für Verbrennungen, Plastische und Handchirurgie, BG-Unfallklinik Ludwig-Guttmann-Str. 13, 67071 Ludwigshafen	Dr. med. B. Keller-Lux, Arzt für Chirurgie und Plastische Chirurgie, Gonsenheimer Str. 65a, 55126 Mainz

	1. Vorsitz	2. Vorsitz
Ärztekammer des Saarlandes, Faktoreistr. 4, 66111 Saarbrücken	Dr. med. K.-H. Kostka, Chefarzt der Klinik für Plastische und Handchirurgie, Caritas Krankenhaus, Heeresstr. 49, 66822 Lebach	Dr. Annibale Carlo Rossi, Plastischer Chirurg, Bleichstr. 14, 66111 Saarbrücken
Sächsische Landesärztekammer, Schützenhöhe 16–18, 01099 Dresden	Prof. Dr. med. P. Brenner, Medizinische Fakultät, Universitätsklinikum Carl-Gustav-Carus, Fetscherstr. 74, 01326 Dresden	Dr. med. J. Pollack, Leiter der Abteilung Traumatologie und Handchirurgie, Kreiskrankenhaus Zittau, Görlitzer Str. 10, 02763 Zittau
Ärztekammer Sachsen-Anhalt, Doctor-Eisenbart-Ring 2, 39120 Magdeburg	Prof. Dr. med. W. Schneider Direktor der Klinik für Plastische-, Wiederherstellungs- und Handchirurgie, Otto von Guericke Universität, Leipziger Str. 44, 39120 Magdeburg	
Ärztekammer Schleswig-Holstein, Bismarckallee 8–12, 23795 Bad Segeberg	Prof. Dr. med. G.M. Lösch, Domhof 28, 23909 Ratzeburg	Priv.-Doz. Dr. med. M. Belusa, Gemeinschaftspraxis „Chirurgie am Wall", Am Wall 1, 18273 Güstrow
Ärztekammer Thüringen, Postfach 10 07 40, 07707 Jena	Prof. Dr. Dr. D. Schumann, Direktor der Klinik und Poliklinik für Kiefer-Gesichts-Chirurgie und Plastische Chirurgie, Friedrich-Schiller Universität, Bachstr. 18, 07749 Jena	
Ärztekammer Westfalen-Lippe, Gartenstr. 210–214, 48147 Münster	Priv.-Doz. Dr. Gunther Erbs, Leitender Arzt des Bereichs Plastische-, Hand- und Wiederherstellungschirurgie, St. Johannes-Hospital, Hospitalstr. 6–10, 58099 Hagen-Boele	

Veranstaltungskalender 1997

September

23.09.–27.09.1997
Würzburg

Jahrestagung 1997 der Vereinigung der Deutschen Plastischen Chirurgen und der Deutschen Gesellschaft Aesthetisch-Plastischer Chirurgen
Themen: Fehlbildungen und Formabweichungen der Körperoberfläche / Rekonstruktive und Konstruktive Chirurgie / Handchirurgie, obere Extremitäten / Verbrennungschirurgie und Verbrennungsmedizin / Experimentelle Plastische Chirurgie / Aesthetische Chirurgie / Spezialsitzung
Leitung: Prof. Dr. P. Eckert
Auskunft: P & R Kongresse, Bleibtreustr. 12A, D-10623 Berlin, Tel.: 030/8851008, Fax: –/8851029

26.09.–27.09.1997
Innsbruck

Österreichische Gesellschaft für Plastische Chirurgie
Auskunft: Congress Innsbruck/Igls, Rennweg 3, A-6021 Innsbruck, Tel.: +43/512/59360, Fax: –/59367

29.09.1997
München

CO_2-Laser-Workshop der Deutschen Gesellschaft Aesthetisch-Plastischer Chirurgen
Veranstalter: Prof. Dr. E. Biemer, Klinikum rechts d. Isar, 81675 München

Oktober

13.10.–16.10.1997
München

21. Praktischer Kurs für Mikrochirurgie der Gefäße und Nerven
Leitung: Prof. Dr. E. Biemer, München
Auskunft: Prof. Dr. E. Biemer, Frau G. Maljarik, Abteilung für Plastische und Wiederherstellungschirurgie, Klinikum rechts der Isar der TU München, Ismaninger Str. 22, 81675 München, Tel.: 089/4140-2169 od. -2171, Fax: –/4869

20.10.–21.10.1997
München

4. Weiterbildungskurs für Plastische Chirurgen
Themen: Einsatz des Endoskopes in der – Ästhetischen Chirurgie / – Handchirurgie / – Rekonstruktiven Chirurgie
Veranstaltungsort: Anatomische Anstalt der LMU München, Pettenkoferstr. 11, 80336 München; Klinikum rechts der Isar, Auditorium D, Ismaninger Str. 22, 81675 München
Auskunft: Prof. Dr. med. E. Biemer, Abt. für Plastische und Wiederherstellungschirurgie, Klinikum rechts der Isar der TUM, Ismaninger Str. 22, 81675 München, Tel.: 089/4140-2169 od. –/4140-2171, Fax: 089/4140-4869

November

10.11.–11.11.1997
Hannover

Fortbildungskurs: Endoskopische Methoden in der Plastischen Chirurgie Endoskopische Techniken im Gesicht, am Körperstamm udn an den Extremitäten
Auskunft: Prof. Dr. A. Berger, Klinik für Plastische, Hand- und Wiederherstellungschirurgie der Medizinischen Hochschule Hannover, Podbielskistr. 380, 30659 Hannover, Tel.: 0511/906-3646, Fax: –/6479042

Dezember

04.12.–05.12.1997

1. Stuttgarter Kurs für Handchirurgie
Leitung: Prof. M. Greulich
Auskunft: Sekretariat Plast. Chirurgie, Tel.: 0711/64892530, Fax: –/64892529

06.12.–07.12.1997
München

Facelift-Workshop der Deutschen Gesellschaft Aesthetisch-Plastischer Chirurgen
Veranstalter: Prof. Dr. E. Biemer, Klinikum rechts d. Isar, 81675 München

Vorankündigung 1998

September

02.09.–05.09.1998
Istanbul

Gemeinsamer Kongreß von ESPRAS und der Türkischen Gesellschaft für Plastische Chirurgie
Veranstalter: Onor Erol, Präsident der Türkischen Gesellschaft für Plastische Chirurgie

11.09.–12.09.1998
Düsseldorf

Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Ästhetische Medizin
Veranstalter: Prof. Dr. Dr. H.G. Bull, St. Josefstr. 69, 47829 Krefeld

24.09.–26.09.1998
Düsseldorf

18. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Serologie
Veranstalter: Prof. Dr. R.R. Olbrisch, Diakoniekrankenhaus, Kreuzbergstr. 79, 40489 Düsseldorf

30.09.–03.10.1998
Bochum

Jahrestagung der Vereinigung der Deutschen Plastischen Chirurgen und der Deutschen Gesellschaft Aesthetisch-Plastischer Chirurgen
Veranstalter: Prof. Dr. H.-U. Steinau, BG-Universitätsklinik Bergmannsheil, Bürkle de la Camp Platz 1, 44789 Bochum

Vorankündigung 1999

Juni

27.06.–02.07.1999
San Francisco

12th Congress of the International Confederation for Plastic, Reconstructive and Aesthetic Surgery
Auskunft: IPRAS Congress Administrator, 444 E. Algonquin Road, Arlington Heights, IL 60005 USA

International Workshop Lasersurgery On The Head And Neck

08.–09. November 1997 München Arabella Congress Centre

Wissenschaftliche Leitung:	A. A. Behbehani D. Castro J. Feyh R. Kaufmann B. Konz G. Lichtenberger
Tagungs-sekretariat:	Tel.: 0 89/9 10 36 47 Fax: 0 89/9 10 26 24
Anmeldung:	Prof. Behbehani Prof. Feyh Arabellastraße 5 81925 München