

# 40 Jahre



# DGPRÄC

## VDPC

Plastische Chirurgie 8: Supplement 2 (2008)

1968

2008



# Plastische CHIRURGIE

ISSN1618-6214

**Herausgeber**

*im Auftrag des Geschäftsführenden Präsidiums:*

Prof. Dr. med. Günter Germann, Ludwigshafen

Im Auftrag der

Deutschen Gesellschaft der Plastischen, Rekonstruktiven und  
Ästhetischen Chirurgen

Vereinigung der Deutschen Ästhetisch-Plastischen Chirurgen  
VDÄPC

**Verlagsredaktion:** N. Krämer, Heidelberg

**Dr. R. Kaden Verlag GmbH & Co. KG**

Ringstraße 19, 69115 Heidelberg

Tel. 06221/13 776 10, Fax 06221/6 59 95 90

Email: [info@kaden-verlag.de](mailto:info@kaden-verlag.de)

**Herstellung:** Ch. Molter, Kaden Verlag

**Druck und Verarbeitung:** Grosch Druckzentrum, 69214 Eppelheim



Eine Publikation des Kaden Verlags

# Plastische CHIRURGIE



Supplement 2  
8. Jahrgang  
September 2008

## Festschrift 40 Jahre DGPRÄC (1968–2008)

Herausgegeben von Günter Maria Lösch, Günter Germann und Kerstin van Ark

### Prolog/Standortbestimmung:

<i>U. Schmidt Tintemann</i> Emanzipation vom Zeitgeist .....	1
<i>G. Germann</i> Grußwort .....	3
<b>Zur Genese der Festschrift</b> .....	4

### 1. Geschichte und politisches Umfeld

<b>1.1.</b> <i>F. E. Müller</i> Die Gründung der VDPC .....	6
<b>1.2</b> Die Entwicklung des Faches und der Weiterbildung: Teilgebiet, Facharzt für Plastische (und Ästhetische) Chirurgie	
1.2.1. <i>G.M. Lösch, W. Mühlbauer</i> Entwicklung zum Teilgebiet .....	10
1.2.2. <i>A. Berger, P. Eckert, G. Lemperle</i> Das Gebiet/Monospezialität .....	20
1.2.3. <i>G. Germann</i> Die neue Weiterbildungsordnung .....	23
1.2.4. <i>H.-U. Steinau</i> VDPC/DGPRÄC und die DGCH .....	25
1.2.5. <i>A.-M. Feller</i> Die Entwicklung der Weiterbildungsseminare .....	27

<b>1.3</b> <i>E. Biemer</i> Die Gründung der VDÄPC .....	29
<b>1.4</b> <i>M. Eisenmann-Klein</i> Plastische Chirurgie und allgemeine Politik .....	32
<b>1.5</b> <i>H.-E. Schaller</i> Vergütung – DRG, § 115b, GOÄ .....	34
<b>1.6. Internationale Beziehungen: Deutschland und die Welt</b>	
1.6.1. <i>F. E. Müller</i> Der lange Weg zur internationalen Anerkennung .....	36
1.6.2. <i>W. Mühlbauer</i> EURAPS .....	39
Europäischer Kongress 1993 .....	41
<i>R. R. Olbrisch</i> IPRAS 2007 in Berlin .....	43
1.6.3. <i>G. Lemperle, A. Borsche</i> INTERPLAST-Germany .....	46
1.6.4. <i>M. Eisenmann-Klein</i> Die IPRAS aktuell .....	52

## 1.7. Persönlichkeiten/Preise und Auszeichnungen/Bibliothek

- 1.7.1. *R. R. Olbrisch*  
Dieffenbach-Medaille .....54
- 1.7.2. *G. M. Lösch*  
Die Hinderer-Bibliothek .....58
- 1.7.3. Vitae der Gründungsmitglieder .....61

## 2. Die wissenschaftliche Entwicklung in Forschung, Klinik und Lehre ...71

### 2.1. Rekonstruktion/Konstruktion

- 2.1.1. *G. M. Lösch, M. Greulich, P. Mailänder*  
Angeborene Fehlbildungen .....72
- 2.1.2. *H. Bohmert*  
Entwicklung und Fortschritte der rekonstruktiven Brustchirurgie .....80
- A.-M. Feller*  
Brustchirurgie –  
Mikrochirurgische Verfahren .....82
- 2.1.3. *N. Olivari*  
Transpalpebrale Dekompression bei endokriner Orbitopathie .....84

### 2.2. Handchirurgie/Extremitäten

- 2.2.1. *K. Megerle, G. Germann*  
40 Jahre Handchirurgie in der DGPRÄC ...91
- 2.2.2. *E. Biemer, H.-U. Steinau*  
Plastische und Rekonstruktive Mikrochirurgie in Deutschland .....94
- 2.2.3. *A. Berger*  
Plexus-brachialis-Chirurgie – ein integratives Therapiekonzept .....96

### 2.3. Verbrennungen

- 2.3.1. *P. M. Vogt, P. Mailänder, F. Jostkleigrew, B. Reichert, B. Hartmann*  
Zentren für Schwerbrandverletzte in der Bundesrepublik Deutschland .....100
- 2.3.2. *N. Pallua, E. Demir*  
Fortschritte der Verbrennungsrekonstruktion .....105

- 2.4. *G. Lemperle, K. Exner, Ch. J. Gabka*  
**40 Jahre Ästhetische Chirurgie in Deutschland** .....108

3. **Ausblick** .....113  
*G. Germann*

### Anhang

- Entwicklung der Plastischen Chirurgie an den deutschen Hochschulen und Universitäten .....115
- Dieffenbach-Medaille .....120
- Herbert-Höhler-Nadel .....121
- Präsidenten .....122
- Ehrenmitglieder .....122
- Frühere Kongresse .....123
- Gemeinsame Kongresse .....123

# Emanzipation vom Zeitgeist

## Anmerkung zur Lage der Plastischen Chirurgie

Ursula Schmidt-Tintemann

**E**manzipation ist die Befreiung von Abhängigkeiten. Es geht dabei aber nicht immer nur um die Befreiung der Frau. Diese Emanzipation ist in der Plastischen Chirurgie längst Geschichte und nicht nur ein Verdienst der Chirurginnen, sondern auch der Chirurgen, mit denen sie seit vielen Jahrzehnten gut zusammengearbeitet haben.

Jetzt, so meine ich, geht es um eine andere Emanzipation. Wenn auch um eine, die um nichts leichter einzufordern und durchzusetzen ist. Es geht um die Emanzipation der Plastischen Chirurgie von der Despotie eines Zeitgeistes, der einen Teil unseres Metiers zum chirurgischen Kundendienst degradieren will. Ideologischer Druck, Bevormundungen durch Mode oder durch das, was man „*lifestyle*“ nennt, sind nichts Neues in der langen Geschichte unseres Fachs. Oft konnte die Plastische Chirurgie dem widerstehen. So im 19. Jahrhundert, als sich Chirurgen wie Johann Friedrich Dieffenbach oder Eduard Zeis über das Vorurteil hinwegsetzten, angeborene oder erworbene Entstellungen seien, weil von der Vorsehung verfügt, geduldig zu ertragen. In anderen Zeiten wurde die Plastische Chirurgie in ideologische Fesseln gelegt. Die Operationen, die der Bologneser Tagliacozzi 1597 beschrieb, wurden bekanntlich von einem theokratischen Zeitgeist jahrhundertlang in den Bereich bloßer Aufschneiderei verbannt. Bis dann der Plastische Chirurg Ferdinand von Graefe 1811, also mehr als zweihundert Jahre später, nach Tagliacozzis Anweisungen erfolgreich operierte.

Heute sind es ein gnadenloser Jugendwahn und eine groteske Überbewertung des Äußeren, die unser Fach besonders dann gefährden, wenn manche unserer Protagonisten diesem Zeitgeist auch noch hinterher laufen. Wo hört das auf, was die ärztlichen Pioniere unseres Fachs

als Plastische Chirurgie verstanden, und wo beginnt der bloße Kundendienst mit dem Skalpell? Dieser Frage sollten wir uns stellen. Die Grenze scheint zwischen dem großen und imponierenden Bereich der ärztlich indizierten plastisch-chirurgischen Eingriffe und dem kleinen Bereich der nicht indizierten zu liegen. Also dort, wo oft zweitrangig wird, ob das Risiko das Resultat aufwiegt, ob erreicht werden kann, was der Patient (nennen wir ihn zunächst noch so!) sich erträumt und ob der Eingriff nicht nur machbar ist, sondern auch in dessen bestem Interesse liegt. Vor allem also in jenem Teil der Plastischen Chirurgie, der sich „ästhetisch“ nennt, und mit diesem *misnomer* versucht, den inflationären Reklamebegriff „Schönheitschirurgie“ zu umgehen.

Die junge Vereinigung der Deutschen Plastischen Chirurgen hatte bei ihrer ersten wissenschaftlichen Tagung, die ich 1970 in München ausrichten durfte, als Hauptthema die psychologischen und soziologischen Implikationen der Plastischen Chirurgie. Neben anderen Wissenschaftlern waren zu diesem Thema Frederick Hacker aus Los Angeles und Julien Reich aus Melbourne gekommen und der Frankfurter Psychiater Alexander Mitscherlich fragte: „Welcher Arzt, der seine Patienten nicht nur als Anlässe für medizinisch-technische Erwägungen kennengelernt hat, sondern als ihm verwandte, konflikthafte Wesen, mag sich noch mit Plattheiten wie der Eitelkeitsdiagnose abgeben?“



U. Schmidt-Tintemann

Es war der plastische Chirurg Milton T. Edgerton, der ungefähr zur selben Zeit die von ihm so genannte *function of appearance* in ihrer Bedeutung für die Indikation eines anaplastischen Eingriffs, also eines Eingriffs, der nach Eduard Zeis allein auf das Äußere zielt, wissenschaftlich untersucht und geklärt hat. Er hat die ersten Check-Listen zur Indikationsstellung formuliert. Sie sind heute gültiger denn je und sie ergeben, dass auch jener Teil der Plastischen Chirurgie, der sich um eine Korrektur oder Verbesserung der Funktion der äußeren Erscheinung bemüht, sehr wohl ärztlich indiziert sein kann. Die Einordnung allerdings, ist nicht immer ganz einfach, weil die Grenzen durch unärztliche Maßstäbe verwischt werden. Hier nicht nur semantisch, sondern auch berufspolitisch eine Klarheit zu schaffen, die auch unsere Patienten verstehen, ist eine wichtige Aufgabe der Plastischen Chirurgie, wenn sie sich vom Diktat des Zeitgeistes emanzipieren will. □

Prof. Dr. med. Ursula Schmidt-Tintemann  
München

# Vorwort

**L**iebe Kollegen, Mitglieder und Freunde der DGPRÄC,

vor ziemlich genau 40 Jahren fand die Gründungsversammlung der VDPC statt, damals ein mutiger Akt der „11 Aufrechten“, der von vielen der etablierten Chirurgen mit Argusaugen betrachtet und von einigen auch als Revolution eingestuft wurde. Der Plan, über die Gründung einer wissenschaftlichen Fachgesellschaft die Plastische Chirurgie als eigenständiges Fach zu etablieren, ging letztlich gegen viele Widerstände, vor allem der Vertreter der sogenannten regionalen Plastischen Chirurgie, in Erfüllung. Der Plastischen Chirurgie gelang es, aus der Nische hervorzutreten und zu einer der größeren chirurgischen Fachgesellschaften in unserem Lande zu werden. Damit einher ging die internationale Anerkennung, die in den letzten Jahren immer mehr gewachsen ist und in dieser Form auch das exzellente wissenschaftliche und chirurgische Niveau der Plastischen Chirurgie in unserem Lande widerspiegelt. Die Entwicklung der VDPC/DGPRÄC lässt sich sicher exemplarisch an einigen herausragenden Personen festmachen. Der Erfolg basiert aber auch auf dem unermüdlichen Einsatz vieler engagierter Mitglieder, die nicht so im Rampenlicht stehen wie andere, dennoch aber einen ungemein wichtigen Beitrag zum Erfolg unseres Faches durch ihre tägliche Arbeit beisteuern.

Zum 40jährigen Jubiläum haben wir versucht, in einer kleinen Festschrift die wichtigsten Daten, Ereignisse, Persönlichkeiten und fachlichen Entwicklungen unseres Faches zusammenzufassen, um vor allem auch den jüngeren Mitgliedern Gelegenheit zu geben, sich mit der Geschichte der DGPRÄC und ihren prominenten Figuren vertraut zu machen. Alle Artikel sind bewusst kurz gehalten, um so viele interessante Themen wie möglich behandeln zu können. Das machte im Vorfeld für die Herausgeber die Lektüre sowohl interessant als auch vergnüglich.

Ich hoffe, dass es Ihnen genauso geht und wünsche Ihnen viel Spaß und interessante Einblicke beim Lesen.



G. Germann

Günter Germann

# Zur Genese der Festschrift

Die Geschichte der Plastischen Chirurgie erweist seit ihren frühesten Zeiten eine enge Verflechtung mit politisch-religiösen und sozialen Faktoren, aber auch subjektiver und objektiver Gestaltwahrnehmung. Wissen und Auffassung des Arztberufes bestimmten von Anfang an das Wesen, die Entwicklung und das Fortbestehen dieses Gebietes der Medizin.

Nachdem Fritz-E. Müller das Präsidium der DGPRÄC auf das anstehende Jubiläum unserer Vereinigung hingewiesen hat, sind wir gerne der Bitte des Vorstandes gefolgt und haben als „Redaktionsteam“ den Auftrag zur Erstellung der Festschrift mit Freude und im Bewusstsein der großen Verantwortung angenommen. Wir danken allen beteiligten Autoren für ihre tatkräftige Unterstützung. Die Festschrift kann nicht alle Aspekte der 40jährigen Geschichte der VDPC/DGPRÄC berücksich-

tigen. Schon der geringe zeitliche Abstand der vergangenen Ereignisse von der Gegenwart begrenzt die geschichtliche Aussage der Darstellungen. Der Prolog von Ursula Schmidt-Tintemann und das von Fritz-E. Müller dem ersten Beitrag zu dieser Festschrift vorangestellte Zitat Alexander von Humboldts konkretisieren die hauptsächlichen Intentionen dieser Schrift.

Die Festschrift 40 Jahre VDPC/DGPRÄC ist in zwei übergeordnete Abschnitte gegliedert worden. So setzt sich der erste mit der Geschichte und dem politischen Umfeld, der zweite mit der Entwicklung in Klinik, Lehre und Forschung auseinander. Die Abschnitte sowie umfassende Kapitel werden von uns zusammenfassend eingeleitet.

*Günter M. Lösch*  
Archivar/Historian

*Kerstin van Ark*  
Pressesprecherin



# Geschichte und politisches Umfeld

Die Thematik dieser Festschrift spannt einen Bogen, der beginnend im Jahr der Gründung der Vereinigung der Deutschen Plastischen Chirurgen einen Zeitraum von 40 Jahren umfasst. Ausgehend von der Etablierung des Faches, dominiert durch die Pionierleistung der elf Gründer, bis hin zur Entwicklung der Fort- und Weiterbildung bis dato, wird der Rahmen unserer Arbeit dargestellt (1.2.).

Über den Beitrag von Edgar Biemer, der aus seinen Erfahrungen und seiner persönlichen Sicht, die mit der Gründung der VDÄPC einhergehenden Probleme darstellt (1.3), gelangen wir zu den berufspolitischen Rahmenbedingungen. Hier erfolgen durch Marita Eisenmann-Klein Mitteilungen über die Werbung für sog. „Schönheitschirurgie“, die das Ansehen des Arztberufes schädigt, über die Beteiligung der DGPRÄC an der von der Bundesärztekammer initiierten „Koalition gegen den Schönheitswahn“ sowie über Aktivitäten zum Ver-

braucherschutz und Schutz von Kindern und Jugendlichen (1.4). Hans-Eberhard Schaller und Hermann Lampe geben uns einen Einblick in die ökonomischen Entwicklungen und Aspekte (1.5.) Die vier Beiträge des Abschnitts „Internationale Beziehungen: Deutschland und die Welt“ informieren über: „Entwicklung und Einbeziehung der VDPC/DGPRÄC in die internationalen Organisationen“, die Kongresse von EURAPS sowie IPRAS in Berlin, Strukturen und ethische Werte der Aktivitäten von INTERPLAST. Dr. Marita Eisenmann-Klein, amtierende Generalsekretärin der IPRAS, berichtet über die gegenwärtigen Aktivitäten dieser Organisation (1.6.). Im siebten und letzten Teil des Abschnitts 1. dienen vier Beiträge der Darstellung der Verdienste besonders wichtiger Persönlichkeiten mit Vergabe von Preisen sowie Verleihung von Auszeichnungen und schließlich des Erbes der Hinderer-Bibliothek (1.7.). □

# Die Vereinigung der Deutschen Plastischen Chirurgen: Die Gründung

F. E. Müller

Wenn wir auf die 40-jährige Geschichte unserer Vereinigung zurückblicken, so ist mit der fachlichen Autonomie der Plastischen Chirurgie eine Vision ihrer Begründer Wirklichkeit geworden.

Die unendlichen Anstrengungen um die Etablierung unseres Faches und auch die damit verbundenen wissenschaftlichen Leistungen berechtigen, an Einzelheiten der Entstehungsgeschichte der Vereinigung zu erinnern.

Die einst mit dem Namen von Dieffenbach, von Graefe oder von Langenbeck verknüpfte Tradition der Plastischen Chirurgie in Deutschland endete mit Jacques Joseph, dem Vater der Rhinoplastik. Die Versorgung der zahllosen schweren Gesichtsverletzungen des letzten Krieges ebnete dann Kiefer-Gesichtschirurgen den Weg in die Plastische Chirurgie. Zugleich war damit die Entwicklung der sogenannten Regionalen Plastischen Chirurgie verbunden, mit der wir uns bis heute auseinandersetzen.

Eine Ausbildung in der Plastischen Chirurgie – wie sie heute bei uns und international verstanden wird – war nach dem Krieg nur im Ausland möglich. So war mir selbst das Glück beschieden, in England – dem damaligen Mekka der Plastischen Chirurgie – einige Jahre alle Sparten unseres Faches u.a. unter so großen Lehrmeistern wie Sir Harold Gillies zu erlernen. Ähnliche Wege der Ausbildung beschränkten weitere Begründer unserer späteren Vereinigung.

Bei meiner Rückkehr nach Deutschland 1964 und dem Beginn meiner Aufbauarbeit in Bochum traf ich Rudolf Zellner, der – ebenfalls aus England kommend – ein Arbeitsfeld suchte. Die damaligen Perspektiven waren eher düster: noch hatte die Plastische Chirurgie einen geringen Stellenwert und die Chancen der Einrichtung selbständiger Abteilungen waren minimal.

*Nur wer die Vergangenheit kennt, hat eine Zukunft.*

Alexander von Humboldt



Die seit 1963 bestehende Deutsche Gesellschaft für Plastische und Wiederherstellungschirurgie, in der sich verschiedenste Fachgebiete wiederfanden, wurden von der Regionalen Plastischen Chirurgie, insbesondere von den Kiefer-Gesichtschirurgen beherrscht, die inzwischen einen fast uneinholbaren Vorsprung gewonnen hatten. Von daher war keine Unterstützung für ein selbstständiges Fachgebiet „Plastische Chirurgie“ zu erwarten, wie es bereits seit Jahren im übrigen Europa und den USA bestand.



Vorläufiges Programm 1970 München



## VEREINIGUNG DER DEUTSCHEN PLASTISCHEN CHIRURGEN

### Gründungsmitglieder

16 Oktober 1968



Fritz Müller



Peter Rudolf Zellner



Dieter Buck-Gramcko



Ursula Schmidt-Tintenmann



Joseph Schrudde



Heinz Bohmert



Herbert Höhler



Neven Olivari



Heinz Edzard Köhnlein



Günter Lösch



Martin Trauner



Schrudde, Höhler, Müller, Bohmert, Fr. Hoymann, Zellner, Köhnlein, Olivari, Lösch, Härtel, Mühlbauer

In vielen Gesprächen zwischen Rudolf Zellner und mir wurde klar, dass wir unsere Sache nur durch eine selbstständige berufspolitische Organisierung voranbringen würden, da ohne eine solche die wenigen Plastischen Chirurgen in Deutschland chancenlos waren. Dafür galt es nun Mitstreiter zu suchen.

Diese fanden wir bald in Ursula Schmidt-Tintemann und Dieter Buck-Gramcko, die damals noch führende Funktionen in der „Deutschen Gesellschaft für Plastische und Wiederherstellungschirurgie“ hatten. Das älteste von mir auffindbare Dokument zur Entstehungsgeschichte der Vereinigung ist ein von mir an Ursula Schmidt-Tintemann gerichteter Brief vom 5. Januar 1968. Darin heißt es u. a.

„Herr Zellner und ich beabsichtigen, eine Arbeits- und Interessengemeinschaft ins Leben zu rufen, denen jene Chirurgen angehören sollen, die sich ausschließlich mit der Plastischen Chirurgie befassen. Wir möchten mit Ihnen persönlich bald darüber sprechen und Sie deswegen noch im Monat Januar aufsuchen.“

Dieses und noch weitere Treffen fanden dann in München im Hause von Frau Schmidt-Tintemann unter Beteiligung der Herren Zellner, Buck-Gramcko und mir statt. Hier konnten wir vier schließlich das Konzept für die zukünftige Vereinigung und eine Satzung erarbeiten und die Strategie bis zur Gründung derselben festlegen. Es war aber auch klar, dass wir nur zusammen mit jedem einzelnen der wenigen Plastischen Chirurgen in Deutschland Erfolg haben konnten.

Meine Erinnerung an jenen 16. Oktober 1968 ist mit einem sonnigen, verheißungsvollen Herbsttag verbunden, an dem sich um 13 Uhr im damaligen Park-Hotel von Bochum unsere Vereinigung konstituieren sollte.

Versammelt hatten sich elf Plastische Chirurgen, neben Frau Schmidt-Tintemann die Herren Bohmert, Buck-Gramcko, Höhler, Köhnlein, Lösch, Müller, Olivari, Schrudde, Trauner und Zellner. Sie alle zusammen waren das gesamte Aufgebot, über das die Plastische Chirurgie damals in Deutschland verfügte.

Ein von mir zu diesem Zeitpunkt veranstaltetes internationales Symposium für Verbrennungen bot Gelegenheit, alle diese Persönlichkeiten zu einem Vortrag und zugleich zu der geplanten Gründungsversammlung einzuladen. Als Berater waren unsere Freunde aus Österreich, Prof. Paul Wilfingseder und Prof. Hanno Millesi dabei.

Das Protokoll der ersten Sitzung der Vereinigung vermerkt nicht alle Kontroversen jenes Tages. Erkennbar ist aber jene klare und kompromisslose Linie, die uns schließlich zu den in unserer Satzung verankerten Zielen führen sollte. Nach einstündiger Diskussion waren bei der anschließenden Abstimmung alle Anwesenden bereit, sich der Vereinigung als Mitglieder anzuschließen.

Bei der Wahl des Namens standen die *British und die American Association of Plastic Surgeons* als Elitegruppen der Plastischen Chirurgie Pate. Wichtigster Inhalt der Satzung war die Definition der Plastischen Chirurgie als eigenständiges Gebiet und als Ziel eines entsprechenden Facharztes.

Damit waren die Würfel gefallen und der „Marsch durch die Institutionen“ konnte beginnen. Niemand von uns konnte ahnen, wie dornenreich tatsächlich dieser Weg werden sollte. Im Rückblick muss das damals in der Gründungssatzung verankerte Ziel – der Facharzt für Plastische Chirurgie – als Konzept kühner Schlichtheit gelten. Die elf Gründungsmitglieder hatten sich damit auf einen offenen Kollisionskurs mit allen an der Plastischen Chirurgie irgendwie beteiligten Fachgesellschaften und Berufsverbänden begeben, die jede für sich jeweils einige tausend Mitglieder repräsentierte. Die nachfolgenden Konflikte wurden letztlich erst 1992 durch die neue Weiterbildungsordnung gelöst, also nach 24 Jahren! Die sehr schwierigen Anfangsjahre wurden nur deswegen erfolgreich gemeistert, da diese kleine Gruppe sehr homogen und durch die gemeinsamen Probleme zusammengeschweißt war. Wir hatten ein klares Ziel und kämpften

mit einer überzeugenden Strategie. Nicht zuletzt bestand auch ein gewisses elitäres Sendungsbewusstsein.

Die berufspolitischen Fortschritte waren besonders hart umkämpft. Bereits 1969 – ein Jahr nach Gründung unserer Gesellschaft – wurden Verhandlungen in den Gremien der Bundesärztekammer über die Schaffung eines Facharztes für Plastische Chirurgie geführt. Dort saßen damals gemeinsam Herr Zellner und ich, als delegierte Verhandlungsführer unserer Sache, dem gesamten Establishment zahlreicher Fachgesellschaften gegenüber, die alles daran setzten, unsere Entwicklung zur selbständigen Monospezialität zu verhindern. Es taten sich scheinbar unüberwindliche Widerstände auf, die sich bereits an der Frage nach der Definition der Plastischen Chirurgie entzündeten. Nach langen Jahren äußerst schwieriger und wechsellvoller Verhandlungen entstand dann 1977 als Kompromisslösung das sogenannte „Teilgebiet Plastische Chirurgie“. Mit diesem strategisch wichtigen Erfolg war erstmals eine geordnete Weiterbildung in der Plastischen Chirurgie gesichert.

Der erste von Frau Schmidt-Tintemann ausgerichtet wissenschaftliche Kongress unserer Vereinigung fand 1970 in München mit einer hochkarätigen internationalen Besetzung statt. Es war ein Ausdruck weltweiter Sympathie und freundschaftlicher Verbundenheit mit unserer jungen Vereinigung. Tord Skoog hielt eine Festrede im Namen aller ausländischen Gesellschaften. Das Programm war in englischer Sprache ausgedruckt, es wurde – wie auch auf späteren Kongressen – simultan übersetzt. □

Prof. Dr. Dr. F. E. Müller  
Brucker Holt 81  
45133 Essen

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

Günter Maria Lösch, Wolfgang Mühlbauer

## Das Erbe Dieffenbachs

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

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

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

**Tabelle 1** Chronologie der Lebensläufe bis 1978 der in den Jahren 1919 bis 1929 geborenen Gründungsmitglieder.

Zu 8. Bohmert 1977\* Chirurgie, Teilgebiet Plastische Chirurgie. Zeichenerklärung siehe Tabelle 2

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

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

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

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

### Besonderheiten in der Entwicklung der Plastischen Chirurgie in Deutschland

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

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

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



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

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

### **Tätigkeit in Krankenhäusern und Universitätskliniken, Habilitationen**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### **Richtlinien über den Inhalt der Weiterbildung (1988)**

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

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

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

### Das Teilgebiet „Plastische Chirurgie“ als erstes Ziel der VDPC

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

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

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

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

## Literatur

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

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

# Das Gebiet/Monospezialität

Alfred Berger, Peter Eckert, Gottfried Lemperle

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

## Die Strategiekommission der VDPC

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

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

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

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

## Die Verhandlungen der Teilgebietsvertreter

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



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

### Die Verhandlungen in der Weiterbildungskommission der Bundesärztekammer

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

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

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

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

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

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

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

### Die Entscheidung durch den Ärztetag 1992

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

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

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

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

# Neue Weiterbildungsordnung

Günter Germann

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

# 40 Jahre VDPC/DGPRÄC und die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie

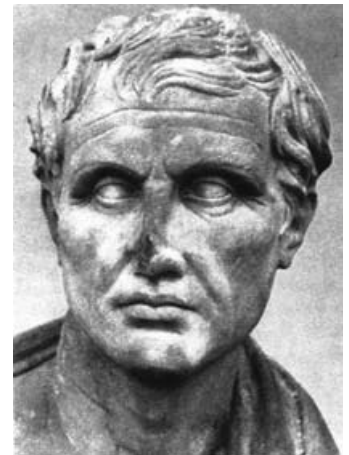
Hans-Ulrich Steinau

**E**in runder Geburtstag motiviert eine kurze Rückschau und lädt ein, Zukunftsaspekte darzustellen.

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

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

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



„CARPENT TUA POMA NEPOTES“

Vergil IXI / 50

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

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

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

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

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

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

Sollte die Selbständigkeit für fragwürdige Vorteile aufgegeben werden?

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

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

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

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

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

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

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

# Die Entwicklung der Weiterbildungsseminare

Axel-Mario Feller

1996 mit 53 Seminaren erstmals aufgelegt, haben sich die VDPC-/DGPRÄC-Fortbildungsseminare für Assistenten in der Weiterbildung zum Facharzt für Plastische Chirurgie zu einer festen Konstante im beruflichen Leben der Assoziierten aber auch der Ordentlichen DGPRÄC Mitglieder und damit auch der Plastischen Chirurgie in Deutschland entwickelt.

Seinerzeit wurde die Notwendigkeit erkannt und auch von der Mitgliederversammlung bestätigt, mehr Transparenz über die Lage und Ausrichtung der deutschen Plastischen Chirurgie zu fördern und dem Nachwuchs einen Zugang zu unterschiedlichen Häusern zu ermöglichen. Der so geübte Blick über den Tellerrand machte und macht es den Assistenten nicht nur möglich, in ihrer Weiterbildung neue Verfahren und Techniken zu erlernen, er ermöglicht es auch, frühzeitig eigene Vorlieben sowie Schwerpunkte zu eruieren und späteren „Wunscharbeitgebern“ über die Schulter zu schauen. Den Ausrichtern eröffnete sich neben der Option, spätere Bewerber frühzeitig kennen zu lernen über die Berichte der eigenen Assistenten einen passiven Blick in andere Häuser zu gewinnen und neue oder andere Verfahren zu übernehmen. So etablierte sich ein nationaler Wissenstransfer, der erheblich zur Entwicklung der Plastischen Chirurgie in Deutschland beigetragen hat.

Der Erfolg des bis heute in dieser Form für eine Fachgesellschaft einmaligen, den Nachwuchs fördernden Wissensaustausches macht nicht zuletzt die Steigerung des Kursangebotes deutlich. Waren es 1996 noch 53 Kurse, so konnten im Jahr 2007 schon 110 Kurse ange-

boten werden. Dabei wurde die Ausrichtung eines Kurses nach und nach zum angestrebten Ziel vieler Ordentlicher DGPRÄC-Mitglieder, schließlich hatten sie schon in ihrer eigenen Ausbildung von dem Angebot profitiert.

Im Jahr 2007 wurden die Seminare erstmals mit der Österreichischen Gesellschaft für Plastische, Ästhetische und Rekonstruktive Chirurgie (ÖGPÄRC), so profitierten österreichische Assistenten von dem etablierten, umfangreichen Angebot der DGPRÄC und dieses wurde durch Kurse in Österreich erweitert. Ein schöner Beleg für den Erfolg des Modells und die grenzübergreifende Solidarität unseres immer noch vergleichsweise kleinen Faches. Nach dieser Innovation folgte im Jahr 2008 eine weit reichende Umgestaltung des Kurssystems. Das Angebot war fortan nicht mehr nach Körperregionen, sondern entsprechend den Säulen des Faches gegliedert. Die ursprüngliche Empfehlung 18 Seminare in sechs Jahren wahrzunehmen wurde zu der Verpflichtung vier Kurse je Säule während der Weiterbildung zu absolvieren, wobei per anno lediglich vier Kurse besucht werden können. So wird verhindert, dass lediglich die Kurse zu ästhetischen Eingriffen Zulauf finden. Im Sinne einer qualitätsgesicherten Weiterbildung wird die Kursteilnahme seit diesem Jahr bei den Assoziierten DGPRÄC-Mitglieder vermerkt. Am Ende der Weiterbildung steht dann das „DGPRÄC Weiterbildungszertifikat“ und wird den ersten Absolventen dieses Turnus sicher den Berufseinstieg erleichtern.

Die seit jeher einbehaltene Versäumnisgebühr von zunächst 100 DM und heute 100 Euro für zu kurzfristig abgesagte Kurse wird nach einem Vorstandsbeschluss seit

diesem Jahr nicht mehr an die Ausrichter weitergegeben, sondern für einen Preis zur Förderung des Nachwuchses gesammelt. So fördert der Nachwuchs, wenn auch ungewollt, sich selbst.

Mit der vom aktuellen DGPRÄC-Vorstand initiierten Rotationsbörse betritt die DGPRÄC wiederum Neuland und entwickelt den ursprünglichen Ansatz der Kurse weiter. Wird den Assistenten in Zeiten, in denen kaum eine Klinik mehr das ganze Spektrum der Plastische Chirurgie

anbieten und entsprechend weiterbilden kann, so doch die Möglichkeit gegeben, nicht nur ein oder zwei Tage, sondern tiefer gehende Einblicke in andere Kliniken und Praxen zu gewinnen. Unserem Nachwuchs und der Plastischen Chirurgie insgesamt kann diese Entwicklung nur zu Gute reichen. □

Prof. Dr. med. Axel-Mario Feller  
Maximilianstraße 38/40  
80539 München



# Die Gründung der VDÄPC

Edgar Biemer

## Vorgeschichte

Als ich 1984 unerwartet als kommissarischer Vorstand die Abteilung für Plastische und Wiederherstellungschirurgie am Klinikum rechts der Isar übernahm, war aus meiner Sicht die Ausbildung der deutschen Plastischen Chirurgen im Gebiet Ästhetischer Plastischer Chirurgie sehr lückenhaft. So hatten weder meine Kollegen noch ich – obwohl wir seit langem Träger der Zusatzbezeichnung „Plastische Chirurgie“ waren, je selbständig ein Facelift oder eine rein ästhetische Brustaugmentation durchgeführt. Ich hatte assistiert oder ein halbes Facelift bei Facialisparesen gemacht. Aber die Patienten kamen und ich musste mich damit auseinandersetzen. Nachdem ich 1986 offiziell die Nachfolge von Prof. Dr. Ursula Schmidt-Tintemann antreten durfte, war mir klar, dass sich die Ausbildung bzw. Weiterbildung in diesem Teilgebiet der Plastischen Chirurgie in Deutschland verbessern musste. Sogar auf Kongressen oder Tagungen unserer Gesellschaft war dieses Thema tabu und wurde praktisch nicht behandelt. Andererseits nahm die Zahl der Plastischen Chirurgen stark zu, die sich niederließen und aus rein ökonomischen Gründen von der Ästhetischen Chirurgie lebten. Ferner sah ich die zunehmenden starken Bemühungen anderer Fachrichtungen, sich dieses Teilgebietes zu bemächtigen. Viele waren gar nicht so schlecht, wie ich aus meiner Gutachtertätigkeit sah. So setzte ich mich zunächst dafür ein, dass auch an einer Universitätsklinik dieses wichtige Gebiet offiziell vertreten wird und es reifte der Gedanke, eine Arbeitsgemeinschaft innerhalb der VDPC zu etablieren, wie ich es schon mit der AG für Mikrochirurgie gemacht hatte. Es sollte wie dort eine AG sein, in der auch Vertreter anderer Fachrichtungen –

besonders die Träger der Zusatzbezeichnungen „Plastische Operationen“ regional vertreten waren.

Es dauerte sehr lange, bis ich diesen Gedanken in der VDPC verbreiten konnte. Der Widerstand war sehr groß und wurde teilweise persönlich. Eigentlich dachte ich als bisher rein rekonstruktiv tätiger Kollege hinsichtlich finanzieller Aspekte eher unverdächtig zu sein – was aber so nicht allgemein gesehen wurde.

Argumentativ kam ich erst weiter, als ich 1993 die Präsidentschaft der VDPC antreten durfte. Hinzu kamen viele junge niedergelassene Kollegen, die diese Gedanken unterstützten. Verstärkt verfolgte ich die Planung einer Arbeitsgemeinschaft und nahm Kontakt mit Vertretern der Mund-, Kiefer und Gesichtschirurgie sowie mit Vertretern der Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Prof. Bull und Prof. Mang auf. So kam es zu einem Treffen im Oktober 1994 in Stuttgart mit Bull, Mang, Greulich, Gubisch, Olbrisch und mir, indem wir uns auf folgende Punkte einigten:

1. Nach Etablierung der AG werden keine weiteren Bemühungen zur Gründung ästhetischer Gruppierungen von den MKG- und den HNO-Kollegen, die die Zusatzbezeichnung „Plastische Operationen“ tragen unternommen.
2. MKG-Chirurgen und HNO-Chirurgen verpflichten sich als Mitglieder der AG ästhetische Operationen nur in den Grenzen ihres Fachgebietes zu betreiben.
3. Die Aufnahme dieser Kollegen mit Zusatzbezeichnung wird im Rahmen von Sektionen innerhalb der AG erfolgen. Die Aufnahmebedingungen in die AG werden von den jeweiligen Sektionen festgelegt. (Diese Bedingungen waren so streng, da man dort offensichtlich die Zahl sehr klein halten wollte.)

## Gründung der Vereinigung der Ästhetisch Plastischen Chirurgen

Für diese Vorstellungen erhielt ich aber keine Mehrheit. Mit einer Stimme wurde der Vorschlag der AG abgelehnt. Stattdessen wurde in der VDPC der Gedanken einer eigenen Gesellschaft geboren, was sich dann bei dem Chirurgenkongress 1995 in der Charité vollzog. Dies wurde den Mitgliedern der VDPC offiziell bei der Mitgliederversammlung unserer Tagung in Leipzig am 20. September 1995 mitgeteilt. Als Namen wurde „Deutsche Gesellschaft Ästhetisch Plastischer Chirurgen“ geplant. (Dieser wurde später zurückgezogen, wegen der bereits bestehenden Gesellschaft ähnlichen Namens. Es wurde dann die „Vereinigung der Deutschen Ästhetisch-Plastischen Chirurgen“ (VDÄPC).

Präsident: Biemer

Vize-Präsident: Witzel

Sekretär: Steen

Schatzmeister: Exner

Insgesamt hatten wir 30 Gründungsmitglieder

Ich war über diese Lösung nicht sehr glücklich, da ich Gefahren in der Gründung einer eigenen Gesellschaft sah. International gibt es zwar eigene Gesellschaften für Ästhetisch Plastische Chirurgie aber die Zusammenarbeit mit den Muttergesellschaften ist nicht immer die beste.

Es wurde vereinbart, einen engen Kontakt mit der VDPC zu halten, was sich in gemeinsamen Tagungen, gemeinsamen Büro etc. ausdrückte. Es wurde auch mehrheitlich beschlossen, dass die Mitgliedschaft in der „Vereinigung der Deutschen Ästhetisch-Plastischen Chirurgen“ eine Mitgliedschaft in der VDPC voraussetzt. Aber immerhin wurde die Ästhetische Chirurgie damit aus dem Dornröschen-Schlaf herausgeholt. Es gab eine Basis für Weiterbildung und schwerpunktmäßiger Darstellung auf den Tagungen. Entsprechende Veranstaltungen organisierte ich in Kloster Banz und Wildbad Kreuth. Aus diesen entwickelte sich die so genannte Akademie mit jährlichen Fortbildungen. Als Reaktion auf die Gründung der VDÄPC wurde in der VDPC ein neuer Beirat für Ästhetische Chirurgie installiert mit Peter Härtel.

Da die Mehrheit der VDPC-Mitglieder diese Entwicklung beschlossen hatte, welche ich eigentlich nicht wollte, war es dennoch ich, der furchtbare Briefe erhielt,

in denen ich als Zerstörer der Plastischen Chirurgie in Deutschland dargestellt wurde. Die Diskussion über den Sinn und die Ausrichtung dieser neuen Gesellschaft verstummt auf beiden Seiten bis heute nicht. So gab es auf der Vorstandssitzung am 6. September 1998 in Würzburg den Vorschlag, doch eine eigene Sektion innerhalb der VDPC für Ästhetische Chirurgie zu gründen. Andererseits wurden Stimmen in der VDÄPC laut, die Aufnahmebedingungen zu vereinfachen, eine eigene Mitgliederliste in das Internet zu stellen und eine eigene Gelbe Liste zu drucken, da sonst der Sinn der Mitgliedschaft, besonders von den jungen Niedergelassenen, nicht gesehen würde. 1996 erhielt ich in Köln Unterstützung von der IPRAS, indem Hinderer die VDÄPC für sehr sinnvoll hielt und ich als Vertreter in die IPRAS gewählt wurde. Auch hier nahm jetzt die Präsenz deutscher Kollegen zu. Es kamen auch erstmals IPRAS-Kurse nach Deutschland.

Am Ende meiner Präsidentschaft unternahm ich nochmals den Versuch, wenigstens die alte aber kleine „Deutsche Gesellschaft für Ästhetisch Plastische Chirurgie“ unter Bergmann zu integrieren – auch wegen des Namens. Hier wurde ich ebenfalls überstimmt. Der Vorschlag wurde wegen sieben Nichtplastikern in der Gesellschaft abgelehnt. Dies kostete uns einen guten Namen und Gerichtskosten. Danach waren sämtliche Bemühungen einer Zusammenführung der verschiedenen, auf diesem Gebiet arbeitenden Kollegen, bzw. Gruppierungen endgültig gescheitert. Die Folgen sieht man täglich.

## Heutige Situation

Der Erfolg der VDÄPC ist, dass die Ästhetische Chirurgie nun einen wichtigen Platz in der Diskussion bei uns eingenommen hat und damit auch eine entsprechende Darstellung in der Öffentlichkeit erfolgte. Sie war schließlich auch Auslöser für die Ergänzung der Facharztbezeichnung „Ästhetische Chirurgie“. Es trat aber automatisch ein gewisser Wettstreit zwischen den beiden Gesellschaften VDPC (DGPRÄC) und VDÄPC ein. Besonders deutlich zu sehen bei unseren Tagungen: Welche Gesellschaft besetzt nun die Ästhetische Chirurgie mehr?

Das Programm wurde teilweise kopflastig. Rekonstruktive und vor allem handchirurgische Themen wurden vernachlässigt. Es schien sich plötzlich alles nur um Ästhetische Chirurgie zu drehen.

Das Problem welches ich sehe, auch verdeutlicht an dem Austritt von Mitgliedern der VDÄPC und der geringen Zahl von Neuzugängen, liegt in der Zwittersituation der VDÄPC. Sie ist keine selbstständige Gesellschaft – alleine schon in der Voraussetzung der vorherigen Mitgliedschaft in der DGPRÄC, in der es heute eine deutliche Darstellung der Ästhetischen Chirurgie gibt. Andererseits ist sie mehr als eine AG oder Sektion. Sie kann aber durch die Anbindung nicht in dem nötigen Maße die Interessen der jungen niedergelassenen Kollegen vertreten. Ferner hat sie durch den strikten Kurs der Ablehnung jeglicher Zusammenarbeit mit anderen Gruppierungen eine massive Verselbstständigung und Neugründung anderer Gruppierungen verstärkt. Gerade die „Deutsche Gesellschaft für Ästhetisch Plastische Chirurgie“ bietet heute Aufnahme für ausgeschiedene Mitglieder der VDÄPC.

Zusammenfassend hat es den Schub für die Ästhetische Chirurgie in unseren Reihen bedurft. Er ist gelungen. In einer Zeit aber, in der unsere Facharztbezeichnung schon die Ästhetische Komponente umfasst und unsere Muttergesellschaft ebenfalls den Zusatz Ästhetische Chirurgie trägt, ist es fraglich, ob wir eine andere Gesellschaft mit fester Anbindung an die DGPRÄC benötigen. Meiner Meinung nach ist jetzt eine Sektion sinnvoller. Für eine, wie geplant, offene Arbeitsgemeinschaft ist es leider zu spät. Die Integration ist verspielt. Die VDÄPC kann meiner Meinung nach nur bestehen, wenn sie sich völlig von der DGPRÄC löst. Damit würde sie aber zu einem echten Gegenspieler. □

Prof. Dr. med. Edgar Biemer  
Praxisklinik „CASPARI“  
Maximilianstraße 54, 80538 München  
eMail: plast.chir@profbiemer.de

# Plastische Chirurgie und allgemeine Politik

Marita Eisenmann-Klein

Wer von uns rieb sich nicht schon verwundert die Augen, wenn in geschickt als redaktionell getarnten PR-Beiträgen der noch vor kurzem als talentlos eingestufte Jungassistent plötzlich als führender Schönheitschirurg Deutschlands angepriesen wurde! Auch die Hospitanten aus den Nachbarstaaten, die nicht genug staunen konnten darüber, was es alles so gibt in der ästhetischen Chirurgie, mutierten auf ihren Websites innerhalb weniger Wochen zu Topspezialisten von internationalem Rang.

Als auch noch 2004 US-Serien wie „The Swan“ oder „I want to have a famous face“ bei uns anliefen, standen wir vor dem Scheideweg: Sollten wir als Gesellschaft uns beteiligen, um Schlimmeres zu verhindern oder eher Stellung dagegen beziehen? Wir entschieden uns für letzteres und beteiligten uns aktiv an der von der Bundesärztekammer initiierten „Koalition gegen den Schönheitswahn“. Die Koalition hatte sich die Förderung einer kritischen Auseinandersetzung mit ästhetischen Operationen zum Ziel gesetzt.

Neben dem Präsidenten der Bundesärztekammer beteiligten sich die Bundesgesundheitsministerin, Kardinal Lehmann, der Präsident des Lehrerverbandes, Verbraucherschutzverbände und Ethiker, aber auch Politikerinnen und Politiker. Gemeinsam entwickelten wir die DVD „Wa(h)re Schönheit“ zusammen mit der FWU für den Unterricht an Schulen. Darin werden alle Aspekte der Schönheit kritisch beleuchtet.

Tatkräftige Unterstützung kam insbesondere von zwei Politikerinnen:

Die derzeitige Bayerische Staatsministerin für Wirtschaft, Infrastruktur, Verkehr und Technologie Emilia Müller konnte bereits im Jahre 2003, damals als Mitglied des Europaparlaments, unsere Vorstellungen zum Verbraucherschutz bei Brustimplantaten in die Empfehlungen des Europaparlaments einbringen: Danach sollten Brustimplantate bei Jugendlichen unter 18 nicht für ästhetische Zwecke eingebracht werden. Des Weiteren wurde eine „Cool-Off“ Periode zwischen Erstberatung und Operation von mindestens zwei Wochen empfohlen.

2005 stellte Emilia Müller erfolgreich einen Antrag auf Änderungen des Heilmittelwerbegesetzes: Der Anwendungsbereich des Heilmittelwerbegesetzes sollte auch ästhetische Operationen einschließen. Diese Änderung trat am 1. April 2006 in Kraft.

Eine der wichtigsten Regelungen: „Außerhalb der Fachkreise darf für Arzneimittel, Verfahren, Behandlungen, Gegenstände oder andere Mittel nicht geworben werden:

„...mit der bildlichen Darstellung“

„...der Wirkung eines Arzneimittels, eines Verfahrens, einer Behandlung, eines Gegenstandes oder eines anderen Mittels zur vergleichenden Darstellung des Körperzustandes oder des Aussehens vor und nach der Anwendung.“ (§11, Abs. 1, Nr. 5 Lit. b)

Des Weiteren verbietet das Gesetz irreführende Werbung mit objektiv falschen Darstellungen und sicheren Erfolgsversprechungen, unsachliche Werbung, getarnete Werbung, gekaufte Werbung, Werbung mit Krankengeschichten und auch Werbung mit schematischen Darstellungen.“

Dies bedeutet, dass seit 1. April 2006 Werbung mit Vorher/Nachher-Fotos verboten ist.

Nahezu zeitgleich hatte die Bundestagsabgeordnete Gitta Connemann, CDU, eine Anfrage an die Bundesregierung gerichtet, in der es um Verbraucherschutz bei Schönheitsoperationen ging. Gitta Connemann fand sich nicht mit den blanden Antworten der Bundesregierung ab und startete eine erneute Initiative, die zur Anhörung im Bundestag im April 2008 führte. Bei dieser Expertenbefragung war die DGPRÄC durch den Präsidenten und vier weitere Mitglieder vertreten.

Thematisiert wurde dabei wiederum der Schutz von Kindern und Jugendlichen, jedoch wurde im Laufe der Anhörung deutlich, dass das Problem der Durchführung von ästhetischen Operationen durch Ärzte außerhalb des Fachgebietes weitaus dringlicher Handlungsbedarf erfordert. Die von uns eingebrachten Vorschläge, die Erlaubnis

zur Berufsausübung von einer bestehenden Haftpflichtversicherung abhängig zu machen, fanden durchaus Beifall. Nach unseren Vorschlägen sollte auch auf die Versicherungsträger eingewirkt werden, damit diese nur Fachärzte für Operationen in ihrem Fachgebiet versichern. Derzeit werden die Erkenntnisse aus der Anhörung ausgewertet.

Die Entwicklung der letzten zehn Jahre hat gezeigt, dass standesrechtliche Regelungen wie Werbeverbot und Einhaltung von Gebietsgrenzen immer weniger beachtet werden.

Wir sollten deshalb dankbar sein, für die Initiativen aus der Politik, selbst wenn diese zu gesetzlichen Regelungen führen, die unsere Freiheiten beschränken könnten.

Und wir müssen achtsam umgehen mit dem Vertrauen, das den Mitgliedern unserer Gesellschaft in besonderem Maße entgegengebracht wird. □

Dr. med. Marita Eisenmann-Klein  
Klinik für Plastische und Ästhetische, Hand- und Wiederherstellungschirurgie  
Caritas-Krankenhaus St. Josef  
Landshuter Str. 65, 93053 Regensburg  
[www.caritasstjosef.de](http://www.caritasstjosef.de)

# Vergütung – DRG, § 115 b, GOÄ

Hans-Eberhard Schaller

**G**emeinsame Arbeitsgruppe der DGPRÄC und der DGH für die DRG-Problematik innerhalb unserer Fachgebiete sowie der Problematik § 115 b.

*Die Gruppe setzt sich aus folgenden Mitgliedern zusammen:*

Dr. Kalb, Handchirurgische Klinik, Bad Neustadt/Saale  
Prof. Krimmer, Elisabethenkrankenhaus, Ravensburg  
Dr. Möcklinghoff, BG-Unfallklinik Bergmannsheil, Bochum  
Dr. Nyszkiewicz, Krankenhaus Elim, Hamburg  
Dr. Bratani, BG-Unfallklinik Tübingen  
Dr. Rahmanian-Schwarz, BG Unfallklinik Tübingen  
Dr. Winterholer, BG-Unfallklinik Tübingen  
Dr. Schadt, Praxisklinik, Düsseldorf

*Leitung und Koordination:*

Prof. Dr. H.-E. Schaller, BG-Unfallklinik und Eberhard-Karls-Universität, Tübingen

Durch Diskussionen mit dem Bundesgesundheitsministerium, dem InEK und DIMDI sowie durch zielgerichtete und koordinierte Änderungsvorschläge ist es immerhin im Jahr 2006 und 27 mit dieser Arbeitsgruppe gelungen, im Bereich der Handchirurgie einen neuen Code (8-988) für die spezielle Komplexbehandlung der Hand zu generieren. Auch die periphere Nerven Chirurgie wird mittlerweile spezieller codiert und bei ausgedehnten Nervenverletzungen auch höher bewertet, jedoch noch nicht ausreichend vergütet (höchstes Relativgewicht von 2,66 bei Plexus-brachialis-Läsionen). Freie mikrovaskuläre Lappen zur Hand werden nunmehr genauso vergütet, wie Lappen zur unteren Extremität mit einem

Relativgewicht von 4,824. Weiterhin problematisch bleiben die komplexe Handverletzung, die Revaskularisation und die suffiziente Abbildung der Verletzungen der peripheren Nerven. Über die generelle Problematik der DRG-Generierung im Bereich der Fachgebiete Plastische Chirurgie und Handchirurgie ist ein Gespräch im Bundesgesundheitsministerium mit Vertretern des Ministeriums, dem DIMDI und InEK sowie der Arbeitsgruppe für den wurden mehrere Termine wahrgenommen, durch die teilweise Änderungen erwirkt werden konnten. Teilweise wurden aber auch durch Interventionen unter anderem aus anderen Fachgebieten Herabstufungen von aufwändigen Lappenplastiken erwirkt (DIEP-flap).

Für den § 115 b wurde eine Liste im Jahr 2005 mit Kritikpunkten an stationersetzenden Maßnahmen eingereicht sowie zahlreiche Vorschläge zur Streichung unsinniger Codes. Von der Deutschen Krankenhausgesellschaft wurde bis zum heutigen Tag dazu keine Stellung bezogen.

Es drängt sich in vielen Gesprächen und Einspruchsschreiben mit den an den Fallpauschalen beteiligten Institutionen aus Politik und dafür verantwortlichen Instituten der Eindruck auf, dass diese für Änderungsvorschläge aus ärztlicher Sicht und besonders aus Sicht der Spezialisten weder offen noch dazu bereit sind, erforderliche Änderungen vorzunehmen. Insbesondere ist kritisch anzumerken, dass nur ein kleiner Anteil der Kalkulationsdaten für die Kostenkalkulation der Fallpauschalen öffentlich bekannt gegeben wird. Dieses führt zur Verschleierung von falsch angesetzten Kalkulationen, die ganz offensichtlich jeglicher Kalkulationsgrundlage

entbehren und mit Nichtwissen von den jeweiligen Institutionen einfach festgesetzt werden. Insbesondere ist zu erwähnen, dass das InEK sich ganz strikt an die Vorgaben seiner Auftraggeber, nämlich der Deutschen Krankenhausgesellschaft, der Bundesärztekammer und der Kassenverbände hält und daher Fehlsteuerungen in häufig nicht nachzuvollziehender Weise durch diese Auftraggeber verursacht werden. Gerade die Handchirurgie ist hier nach Meinung vieler Vertreter der Spitzenverbände ein ambulantes Fachgebiet. Nicht auszuschließen ist die Möglichkeit, dass die DRG-Abbildungen in der Handchirurgie deswegen gezielt „heruntergesteuert“ werden. Inwieweit andere Fachgesellschaften und die Deutsche Krankenhausgesellschaft an derartigen Regulierungsmaßnahmen mitwirken, lässt sich nur erahnen.

Negativ ist auch anzumerken, dass sich an den Kostenkalkulationsverfahren insbesondere BG-Kliniken und spezielle rekonstruktiv tätige Zentren viel zu wenig beteiligen und dadurch eine systematische Unterbewertung unserer Fachgebiete erfolgt, weil nicht genügend Daten für die Institute vorliegen. Durch die Teilnahme an den Kostenkalkulationsverfahren kann dafür Sorge getragen werden, dass die speziellen plastisch-chirurgischen und handchirurgischen Leistungen auch objektiv dargestellt werden und unsere Fachgebiete erhalten bleiben. Ansonsten ist eine Ausgliederung aus den Krankenhäusern bzw. Übernahme in andere Fachbereiche von unseren Fächern zu befürchten, was durchaus von einzelnen großen Fächern angestrebt wird.

Hervorzuheben ist, dass die Koordination und bessere zielgerichtete Vorschlagsweise, die in dieser Arbeitsgruppe erarbeitet wurde, schon zu wesentlichen Teilerfolgen geführt hat und sich im Aufspüren von Fehlerquellen und Problemerkennnissen intern für die Gesellschaften als sehr erfolgreich herausstellt. Auf handchirurgischer Seite muss hier besonders Herr Dr. Nyszkiewicz für seine hervorragenden Ideen und Vorschläge, die aus diesen zahlreichen Diskussionen und Treffen entstanden sind, hervorgehoben werden. Neben arbeitsintensiven zahlreichen Änderungsvorschlägen im DRG-System ist es allein ihm zu verdanken, dass der Kritikcatalog für den § 115 b in dieser Weise erstellt worden ist. Nicht unerwähnt darf aber bleiben, dass ebenso Herr Dr. Möcklinghoff auf pla-

stisch-chirurgischer Seite schon seit mehreren Jahren, genauso wie Herr Dr. Nyszkiewicz, sehr erfolgreich und mit sehr viel Arbeitsaufwand Änderungsvorschläge und Neustrukturierungsvorschläge an die Institute des DIMDI und InEK leitet. Es hat sich aber in den letzten Jahren gezeigt, dass die Bündelung der Einzelkräfte hier sehr wichtig ist.

### GOÄ-Kommission

Auf Veranlassung der Bundesärztekammer ist im Juni 2005 die Novellierung der GOÄ initiiert worden. Sowohl für die DGPRÄC, wie für die DGH, wurde eine gemeinsame GOÄ-Kommission zusammengestellt, bestehend aus den Mitgliedern

Frau Dr. Borisch, Herr Prof. Feller, Frau Prof. Flügel, Herr Dr. Frank, Herr Prof. Germann, Herr Dr. Habenicht, Herr Prof. Horch, Herr Prof. Krimmer, Herr Dr. Lampe, Herr Prof. Pallua, Herr Prof. Schaller

Glücklicherweise konnte auf eine Systematik und bereits erstellte GOÄ-Daten aus dem Jahr 2000, die durch die Arbeitsgruppe der ehemaligen VDPC unter Leitung von Prof. Schaller erstellt worden waren, zurückgegriffen werden.

Neben den alten GOÄ-Ziffern mussten auch neue GOÄ-Ziffern mit Leistungslegende und Leistungsinhalt generiert werden. Hinzu kamen die Abbildung von Schwierigkeitsgrad, Voraussetzungen der Strukturqualität, der prozentualen Angabe der Delegationsfähigkeit, der Abstufung des Risikos, der Benennung von Risiken zu der einzelnen Operation, der Nennung der Schnitt-Naht-Zeit sowie der entsprechenden Definition aus dem OPS-Katalog. In sehr zeitintensiver Beschäftigung gelang es der Arbeitsgruppe 258 neue Vorschläge zu generieren. Die weiteren Verfahren sind noch nicht abgeschlossen.

Prof. Dr. med. Hans-Eberhard Schaller  
 BG-Unfallklinik  
 Klinik für Plastische Chirurgie, Hand-, Rekonstruktive- und  
 Verbrennungschirurgie an der Eberhard-Karls-Universität  
 Schnarrenbergstraße 95, 72076 Tübingen  
 eMail: schaller@bgu-tuebingen.de  
 oder hans-eberhard.schaller@uni-tuebingen.de

# Der lange Weg zur internationalen Anerkennung

Fritz Eduard Müller



Unsere internationalen Freundschaften und Beziehungen waren in mehrfacher Hinsicht von großer Bedeutung. So war und ist jede Teilnahme an einer internationalen Tagung an die Mitgliedschaft in der nationalen Gesellschaft gebunden, die als offiziell akkreditiert in der *International Confederations for Plastic and Reconstructive Surgery* gilt. Diese Position war aber vor uns von der Deutschen Gesellschaft für Plastische und Wiederherstellungschirurgie besetzt.

Hier galt es nun – auf einer anderen Ebene – den Kampf um den damit verbundenen Alleinanspruch der Vertretung der deutschen Plastischen Chirurgie im internationalen Raum aufzunehmen. Während die Vertreter der alten Gesellschaft auf ihre legitimierte Akkreditierung pochten und ihren deutschen Sonderweg einer Regionalen Plastischen Chirurgie postulierten, konnten wir auf die Satzung der International Confederations verweisen, die für ihre Mitgliedschaft ausdrücklich nationale Vertretungen Plastischer Chirurgie – also in unserem Sinne – vorsah.

Auf dem ersten Europäischen Kongress der International Confederations 1969 in Brighton konnte sich deswegen unsere Vereinigung durch Rudolf Zellner erstmalig Gehör verschaffen und die IPRS musste sich nun mit dem innerdeutschen Konflikt befassen. Das Protokoll der Sitzung vermerkt eine offene verbale Auseinandersetzung der beiden gegnerischen Parteien.

Auf dem nachfolgenden Weltkongress 1971 in Melbourne wurde die deutsche Plastische Chirurgie offiziell durch einen Orthopäden als Präsident der alten Gesellschaft vertreten. Auch diesmal gelang es Rudolf Zellner,

## INTERNATIONAL PLASTIC & RECONSTRUCTIVE SURGERY

THE SIXTH INTERNATIONAL CONGRESS:  
PARIS  
August 1975



unsere legitimen Ansprüche auf die Agenda zu bringen. Es kam zu einem Votum der Vollversammlung: Falls die beiden deutschen Gesellschaften nicht bis zum nächsten Weltkongress 1975 in Paris ihr nationales Problem lösen





würden, sei die alte Deutsche Gesellschaft aufgrund ihrer nicht satzungskonformen Zusammensetzung auszuschließen und unsere Vereinigung offiziell als Repräsentantin der deutschen Plastischen Chirurgie anzuerkennen.

Nach zwischenzeitlichen Versuchen, vielleicht doch eine innerdeutsche Lösung zu finden, wurde die Möglichkeit einer gemeinsamen neuen Gesellschaft erwogen, in der aus unserer Sicht allerdings nur Plastische Chirurgen und Regional-Plastische Chirurgen mit eindeutiger Schwerpunkttätigkeit ordentliche Mitglieder sein sollten. Eine solche Lösung fand in der anderen Gesellschaft keine Mehrheit.

Auf dem Pariser Weltkongress 1975 wurde dann durch die Generalversammlung eine wichtige Entscheidung getroffen: Der alten Gesellschaft wurde eine Frist gesetzt, sich freiwillig aufzulösen und sich an einer neu zu bildenden Gesellschaft mit international satzungskonformer Mitgliedschaft zu beteiligen. Da dieses nicht geschah, erfolgte schließlich 1976 der Ausschluss der alten Gesellschaft. Nun war Deutschland zunächst überhaupt nicht mehr in der International Confederation vertreten.

Erst auf dem nächsten Weltkongress 1979 in Rio de Janeiro konnten neue Entscheidungen getroffen werden. 1977 wurde uns aber auf unseren Antrag zunächst eine wenigstens provisorische Mitgliedschaft in der IPRS gewährt.

1977 wurde auch das Jahr, in dem wir offizielles Mitglied der Sektion Plastische Chirurgie der UEMS wurden. Diese Mitgliedschaft in der UEMS wurde erst durch unsere im gleichen Jahr erfolgte Anerkennung als „Teilgebiet“ möglich. Bis dahin bestand auch hier eine gemeinsame deutsche Vertretung aus einem Allgemeinchirurgen, einem Kieferchirurgen und einem HNO-Arzt! Der Gewinn der UEMS-Mitgliedschaft bestand vor allem auch darin, dass hier über offizielle europäische Gremien in Brüssel im Rahmen der Harmonisierung europäischer Weiterbildungskriterien erheblicher Druck auf deutsche Institutionen, wie etwa die Bundesärztekammer, erfolgen konnte.



F. E. Müller als Botschafter der VDPC in Rio de Janeiro: Vor dem Forum der Generalversammlung. Einbringen des Antrags auf Aufnahme der VDPC als alleinige Vertretung der deutschen Plastischen Chirurgie in die IPRS.



„Die Abstimmung“



Vor dem Weltkongress in Rio de Janeiro suchten Kommissionen beider Gesellschaften nochmals nach einer Kompromissformel – vergeblich. Alte Seilschaften und Unbeweglichkeit seitens der Mitglieder der alten Gesellschaft ließen keine sinnvolle Lösung zu. Über Jahre hinweg hatte ich selbst für die Vereinigung

die vielen internationalen Verhandlungen geführt, insbesondere in London und Paris mit den jeweiligen Generalsekretären der Confederations – John Watson und Roger Mouly.

So erhielt ich nun von der Vereinigung den Auftrag, in Rio de Janeiro unsere Sache zu vertreten und uns endgültig in die Mitgliedschaft der International Confederations zu führen. Am 20. Mai 1979 machte ich mich in dieser Mission auf den Weg und flog mit der „Concorde“ in sechs Stunden von Paris nach Rio.

Am nächsten Tag stand ich vor der Vollversammlung und erläuterte unseren Antrag. Auch die alte Gesellschaft hatte nochmals eine Gelegenheit erhalten, ihre Vorstellungen zu erläutern und gab sich vorher recht siegesicher. Das von meinem Kontrahenten Prof. Schmid aus



„Nach erfolgreicher Mission“: Ehrung im Namen der VDPC durch ihren Präsidenten, Prof. Schrudde.

Stuttgart vorgetragene alte Konzept der Regionalen Plastischen Chirurgie fand jedoch kein Echo. Die anschließende Abstimmung ergab eine überwältigende Mehrheit für uns. Nach zehn Jahren größter Anstrengungen hatten wir es geschafft und die internationale Anerkennung gewonnen. Sie sollte nun für die Zukunft den ungehinderten Weg für unsere Mitglieder zu allen internationalen Kongressen eröffnen, uns Sitz und Stimme in internationalen Gremien geben und die Mitgestaltung der Plastischen Chirurgie auf internationaler Ebene erlauben.

Prof. Dr. Dr. F.E. Müller  
Brucker Holt 81  
45133 Essen

# EURAPS

Wolfgang Mühlbauer



## Vorgeschichte

The European Association of Plastic Surgeons (EURAPS) ist das Kind des Alpine Workshops for Plastic and Reconstructive Surgery. Letzterer wurde 1972 von Hans Anderl, Innsbruck, und Wolfgang Mühlbauer, München, ins Leben gerufen, um junge wissenschaftlich aktive Plastische Chirurgen aus ganz Europa zum intensiven Erfahrungsaustausch in den winterlichen Bergen zusammenzuführen. 1988 blieb in den italienischen Dolomiten der Schnee aus. Wir hatten Extrazeit für die Wissenschaft, aber auch für die Diskussion über den Zustand und die zukünftige Entwicklung der Plastischen Chirurgie in Europa. Wie wir aus dem Alpine Workshop wussten gab es in Europa ein enormes Potential an Ideen und neuen Entwicklungen, die auf den Nationalen Kongressen vorgestellt wurden, aber erst mit Verzögerung und spärlich im Rahmen von bi-nationalen Tagungen oder den Europäischen Kongressen im 4-Jahresrhythmus im übrigen Europa bekannt wurden. Verglichen mit den USA hatte Europa eine ähnliche Zahl an Plastischen Chirurgen mit vergleichbaren wissenschaftlichen Aktivitäten. Wegen der nationalen Zersplitterung konnte die Bedeutung der Europäischen Plastischen Chirurgie international nicht entsprechend gewürdigt werden. Besonders schmerzlich wurde dieser Tatbestand angesichts unserer großartigen Traditionen empfunden.

Am Ende dieser „historischen“ Woche regte Daniel Marchac, Paris, an eine „European Association of Plastic Surgeons“ zu gründen. Als Vorbild diente uns die „American Association of Plastic Surgeons“, die in den 30er Jahren des vorigen Jahrhunderts von ausgewanderten europäischen Plastischen Chirurgen wie Maliniac, Aufrecht, May u.a. in New York gegründet worden war noch vor der American Society of Plastic Surgery und heute die Elite der akademisch orientierten Plastiker in den USA umfasst.

## Gründung

Die „European Association of Plastic Surgeons“ wurde im Jahr darauf (1989) in Paris gegründet. Als Executive Committee wurden folgende Gründungsmitglieder gewählt:

President 1989-1990: Prof. Dr. Hans Anderl, Innsbruck; Vice President: Michael Hackett, London; Secretary General: Dr. Daniel Marchac, Paris; Treasurer: Prof. Dr. Wolfgang Mühlbauer, München; Historian: Prof. David Tolhurst, Leyden

Als Ziele wurden unter anderen festgelegt

*To promote excellence in Plastic Surgery in Europe*

*To furnish an annual forum for a selection of the best scientific works presented at National Societies*

*To stimulate research and investigation at the European level as well as coordinate various forms of teaching*

*To preserve the unity of Plastic Surgery by illustrating its various aspects*

*To afford recognition to those who have contributed to excellence in Plastic Surgery by extending to them membership of the Association*

## Mitgliedschaft

Die Mitgliedschaft wird auf Vorschlag und Einladung verliehen. Voraussetzungen sind Facharztqualifikation, Mitgliedschaft in der offiziellen Nationalen Gesellschaft, eine mindest 5-jährige Tätigkeit als Plastischer Chirurg und die Publikation signifikanter Beiträge auf dem Gebiet der Plastischen Chirurgie. Neue Mitglieder müssen sich zudem vorher durch einen Vortrag während des Jahreskongresses qualifiziert haben. EURAPS sieht sich als Vereinigung der Elite akademisch orientierter Plastischer Chirurgen Europas. Sie ist eine rein wissenschaftlich orientierte Gesellschaft ohne berufspolitische Ambitionen. Sie ist assoziiertes Mitglied der IPRAS



Präsidium des 1. EURAPS Meetings, 8.-9. Juni 1990 in Straßburg: Mr. Mike Hackett, London = Vice President; Prof. Dr. Hans Anderl, Innsbruck = President; Dr. Daniel Marchac, Paris = General Secretary; Prof. Dr. Wolfgang Mühlbauer, München = Treasurer; Prof. David Tolhurst, Leyden = Historian (v.l.n.r.)

### Jahreskongresse

Die ersten beiden Jahreskongresse 1990 und 1991 wurden symbolträchtig nach dem Fall des eisernen Vorhangs in Straßburg, dem Sitz des Europäischen Parlaments unter dem Patronat des Council of Europe ausgerichtet. Seither tagt der Jahreskongress jeweils Ende Mai in einer anderen europäischen Stadt, die sich hierfür erfolgreich beworben hat. Vom 29.–31. Mai 2008 fand das 19th Annual Meeting in Funchal, Madeira, Portugal statt. Das Programm beginnt jeweils mit einem vorge-schalteten Refresher Course, dem ein 2-tägiges intensives Kongressprogramm folgt mit 8 und 4-minütigen Vorträgen und Diskussion aus allen Bereichen der Plastischen Chirurgie sowie ein Panel zu einer aktuellen ästhetisch-chirurgischen Problematik.

Die eingesandten Abstracts werden von einem 12-köpfigen Auswahlgremium anonym bewertet. Auch Assistenten in Ausbildung zum Plastischen Chirurgen können Ihre Arbeiten einreichen, wenn sie von einem aktiven Mitglied befürwortet werden. Das hohe wissenschaftliche Niveau wird unter anderem durch die Tatsache dokumentiert, dass über die Jahre hinweg nur durchschnittlich 25–30 % der eingereichten Abstracts zum mündlichen Vortrag ausgewählt wurden.

Die besten Vorträge werden prämiert. Zur zusätzlichen Anregung junger Forscher in der Plastischen Chirurgie werden jährlich Travel Fellowships und der Hans Anderl Award für herausragende Leistungen im Fachgebiet verliehen.

Die Teilnahme an den Jahreskongressen ist den Mitgliedern vorbehalten. Jedes aktive oder Ehrenmitglied kann ein Nichtmitglied zur Teilnahme einladen.

### Partnerschaften

Während des EURAPS Kongresses 1997 in Amsterdam wurde die Idee geboren Wissenschaftler und wissenschaftlich interessierten Plastischen Chirurgen näher zusammenzuführen. Prof. Dr. Alfred Berger, Hannover, Prof. Willy Boeckx, Leuven, und Prof. Roy Sanders, London, gründeten hierzu den „European Congress of Scientists and Plastic Surgeons“ (ECSAPS). Die erste Tagung fand im Oktober 1997 in Hannover statt mit Prof. Berger als Präsident unter der Ägide von EURAPS. 1998 wurde die Partnerschaft mit ECSAPS offiziell bestätigt. Seither wird ein Preis für den besten Vortrag ausgelobt und dieser dann beim nächsten EURAPS-Kongress nochmals präsentiert.

Ebenfalls im Jahr 1997 wurde unter dem General Secretary Prof. Riccardo Mazzola, Mailand, eine Partnerschaft mit der American Association of Plastic Surgeons (AAPS) vereinbart, das den gegenseitigen wissenschaftlichen und personellen Austausch fördern soll. So können die Mitglieder beider Associations beide Jahrestagungen besuchen und gegebenenfalls Abstract einreichen, bzw. Vorträge halten. Die besten Vorträge werden jedes Jahr ausgetauscht mit finanzieller Unterstützung der prämierten, meist jungen Kollegen.

### Zukunft

In den nun fast 20 Jahren ihrer Existenz hat EURAPS maßgeblich dazu beigetragen die nationalen Grenzen unseres Fachgebietes in Europa zu überwinden sogar über den Bereich der politischen Europäischen Union hinaus. Kollegen und Kolleginnen aller europäischen Länder und Regionen haben sich näher kennen- und schätzen gelernt. Vielfach entstanden persönliche Freundschaften mit regem Austausch. Wir Europäer haben an Selbstbewusstsein gewonnen. Wir werden wieder weltweit als Vorbilder in der fachärztlichen Aus- und Weiterbildung, hinsichtlich des Qualitätsniveaus der plastisch-chirurgischen Behandlung und des wissenschaftlichen Fortschritts anerkannt.

Betrüblich bleibt die Tatsache, dass über 3000 Plastische Chirurgen mit einer Vielzahl akademischer Institute nicht in der Lage sind eine Europäische Zeitschrift für Plastische Chirurgie vom Rang eines PRS-Journals zu etablieren und mit hochwertigen Beiträgen zu füllen. □

Prof. Dr. med. Wolfgang Mühlbauer, München

# Europäischer Kongress 1993

The 7th Congress of the European Section of IPRAS, Berlin, 2.–5. Juni 1993

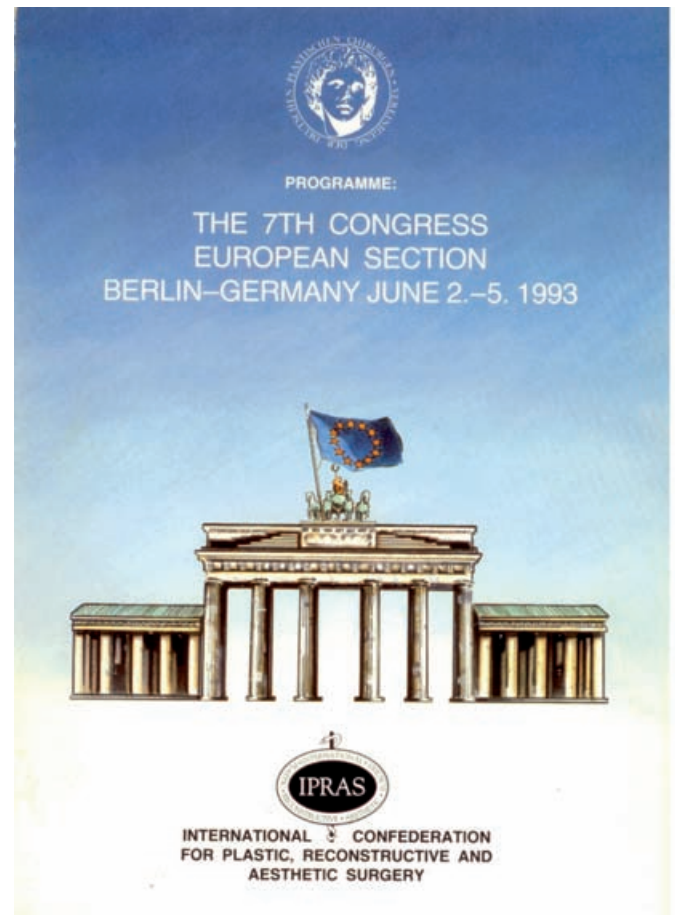
Wolfgang Mühlbauer

## Vorgeschichte

Die VDPC hatte 1978 mit der Einführung des Teilgebietes Plastische Chirurgie unter der Bezeichnung „Chirurg – Plastische Chirurgie“ durch die Bundesärztekammer ein wichtiges Etappenziel in Richtung Monospezialität erreicht. Noch vertrat jedoch die Deutsche Gesellschaft für Plastische und Wiederherstellende Chirurgie die nationalen Interessen innerhalb des internationalen Dachverbandes der International Confederation of Plastic and Reconstructive Surgery (IPRS). Die Lage spitzte sich auf dem 7. Internationalen Congress der IPRS im Mai 1979 in Rio de Janeiro, Brasilien, zu. Vorbereitet durch hervorragende Lobbyarbeit und nach einer fulminanten Rede von Prof. Dr. Dr. F. E. Müller stimmte die Mehrheit der Delegierten für die VDPC als neue und alleinige Vertreterin Deutschlands in der IPRS. Damit hatte die VDPC ein Jahrzehnt nach ihrer Gründung auch die offizielle internationale Anerkennung erhalten.

Alternierend zur IPRS fand ebenfalls im Vierjahresrhythmus der Kongress der Europäischen Sektion der IPRS statt. Die VDPC bewarb sich beim 6th Congress of the ES-IPRS vom 3.–6. 9. 1989 in Istanbul um die Ausrichtung des nächsten Europäischen Kongresses in Berlin. Mit einer gelungenen Bewerbungspräsentation durch Prof. Mühlbauer und Dr. Bruck erhielten wir den Zuschlag gegenüber anderen Bewerberinnen wie Helsinki, Rom und Lissabon. Für Berlin sprach unter anderem die mögliche Mittlerrolle zwischen West und Ost nach dem Ende des kalten Krieges und das Versprechen, den osteuropäischen Kolleginnen und Kollegen die Teilnahme zu besonders günstigen Bedingungen zu ermöglichen.

Völlig überraschend fielen sechs Wochen später die Berliner Mauer und der gesamte Eisernen Vorhang, die auch die Plastischen Chirurgen in Ost und West so lange voneinander fern gehalten hatten.



<b>Organizing Committee</b>	Honorary President:	Prof. Dr. Dr. Friedrich E. Müller
	President:	Prof. Dr. Wolfgang Mühlbauer
	General Secretary:	Prof. Dr. Alfred Berger
	Local Organizing Committee:	Dr. J. C. Bruck
<b>Scientific Committee</b>	Treasurer:	Prof. Dr. P. Eckert Dr. Klaus Exner
		Prof. Dr. Gottfried Lemperle Prof. Dr. Buck-Gramcko
		Prof. Dr. Baumeister    Prof. Dr. Lösch Prof. Dr. Biemer        Prof. Dr. Olivari Prof. Dr. Bohmert      Prof. Dr. Reichert Prof. Dr. Geldmacher   Prof. Dr. Spilker Prof. Dr. Lanz            Prof. Dr. Zellner
	Transactions:	PD Dr. Wolfgang Schneider Prof. Dr. Ulrich Steinau

Eine außerordentliche Anstrengung aller Mitglieder der VDPC ließ nach intensiven Vorbereitungen den 7. Europäischen Kongress der European Section of the IPRAS in Berlin vom 2. bis 5. Juni 1993 wissenschaftlich, berufspolitisch wie gesellschaftlich zu einem herausragenden Ereignis werden.

Eine beispiellose Spendenaktion ermöglichte über 80 Kolleginnen und Kollegen aus Osteuropa die Teilnahme am Kongress. Daraus entwickelten sich persönliche Bekannt- und Freundschaften, die maßgeblich zum Aufbau und der Entwicklung einer Plastischen Chirurgie nach westlichem Muster in diesen Regionen beitrugen.



Prof. Dr. Dr. med. F. Müller-Honorary President, Prof. Dr. W. Mühlbauer-President und General Secretary ES-IPRAS - Dr. J. P. Lalandrie - Former General Secretary ES-IPRAS

## Wissenschaftliches Programm

Als Tagungsort wurde das Interkonti Hotel in Berlin gewählt, ein ansprechender und funktioneller Rahmen für die über 1000 Teilnehmer.

In den drei Kongresstagen wurde das gesamte Spektrum der Plastischen Chirurgie abgehandelt. Als neue Kongress-Strukturen wurden „State of the Art Lectures“, Panels zu Spezialthemen, Video Sessions, Lunch Courses und „Summaries of the Day“ eingeführt.

Im Abstract Book, herausgegeben von W. Schneider und H.-U. Steinau, kann man interessante Beiträge nachlesen.

Im Rahmen der General Assembly am 3. Juni 1993 wurde Prof. Mühlbauer für die nächsten vier Jahre zum General Secretary der ES-IPRAS gewählt. Die Amtsmedaille wurde ihm vom Vorgänger Dr. Lalandrie aus Frankreich überreicht.

## Rahmenprogramm

Zur Eröffnungszeremonie am Mittwoch, den 2. Juni, waren wir ins Rote Rathaus geladen, der neuen Residenz des Regierenden Bürgermeisters des wiedervereinten Berlin. An den Empfang durch den Senat schloss sich eine herrliche Bootsfahrt auf den Kanälen Berlins an begleitet von Dixieland-Musik.

Am Donnerstag, den 3. Juni, konnte man einen schönen Ballettabend in der Deutschen Staatsoper verbringen. Beim gesellschaftlichen Abschluss, dem Gala Dinner, blühte nochmals die glorreiche Cabaret-Vergangenheit Berlins aus den wilden 20er und 30er Jahren auf.

Die Teilnehmer aus über 30 Ländern waren beeindruckt vom Leistungsstand der Deutschen Plastischen Chirurgen. Das traf auch auf die nationalen Medien zu, die in ihrer Berichterstattung u.a. die Bedeutung der Facharztqualifikation hervorhoben.

Der 7. Europäische Kongress für Plastische Chirurgie in Berlin stellte nicht nur einen Höhepunkt in der Entwicklung der VDPC dar, sondern auch einen würdigen Auftakt für das 25jährige Jubiläum ihrer Gründung.

Die jahrelangen Vorbereitungen des Organisationskomitees mit großem persönlichem Einsatz hatten sich gelohnt. □

Prof. Dr. med. Wolfgang Mühlbauer, München

# IPRAS 2007 in Berlin

Rolf Rüdiger Olbrisch

**F**ast 40 Jahre nach Gründung der DGPRÄC 1968 und 14 Jahre nach dem 1993 in Berlin durchgeführten Europäischen Kongress der *International Confederation for Plastic and Reconstructive Surgery* bot sich die Möglichkeit, den alle vier Jahre stattfindenden Weltkongress der inzwischen *International Society of Plastic, Reconstructive and Aesthetic Surgeons* nach Deutschland zu holen, nachdem die Bemühungen um München in San Francisco 1999 fehlgeschlagen waren und Sydney für 2003 als der Austragungsort bestimmt worden war. Auch wenn die Mitgliederversammlung der DGPRÄC wegen der möglichen finanziellen Belastung unserer kleinen Gesellschaft zögerlich blieb, so konnten die Berliner Kollegen mit einer zuverlässig erscheinenden Kongressorganisation die Mehrheit überzeugen und wurden, wenn auch mit skeptischen Zweifeln, auf den Weg geschickt. Keiner konnte ahnen, dass am Ende ein sechsstelliger Euro-Überschuss daraus werden sollte.

Marita Eisenmann-Klein hatte die Idee, unseren plastisch-chirurgischen Urvater Johann Friedrich Dieffenbach als Promotor wieder auferstehen zu lassen. Ein alter Hamburger Schauspielerfreund in Dieffenbachs Kleidern wanderte vor laufender Kamera an einem schönen Sommertag des Jahres 2006 mit ihr und Johannes Bruck als Kongress-Sekretär und Rolf Rüdiger Olbrisch als Tagungspräsidenten durch Charité, Alt-Berlin und das Brandenburger



Tor und war dann in Sydney bei den Bewerbungsveranstaltungen originelle Sensation und wieder einmal für die deutschen Plastischen Chirurgen von größter Bedeutung. Die Mehrzahl der 91 National Delegates stimmte in Sydney für Berlin 2007. Noch in der gleichen Nacht ging in der 20köpfigen deutschen Delegation – unter sehr viel Champagner – das Planen los.

Rasch war das wissenschaftliche Komitee benannt und rasch die vielen Mitglieder der notwendigen Kommissionen. Wir nahmen uns vor, die Tagungsteilnehmerzahl von 750 in Sydney in Berlin auf das Doppelte zu steigern. Bruck und Olbrisch teilten sich die linke und die rechte Hemisphäre und reisten zu allen erreichbaren Kongressen, um für Berlin zu werben. Gleichzeitig wurde Marita Eisenmann-Kleins Stellung im Präsidium der IPRAS immer einflussreicher, so dass ihr größter Erfolg in den Kongressvorbereitungen wurde, die aus innenpolitischen Gründen ausgetretenen Amerikaner wieder in die Gesellschaft zurück zu holen. Als stärkste Gästegruppe erschien dann in Berlin auch alles, was amerikanischen Rang und Namen hatte.

Große Überraschung brachte die Deadline der Vortragsanmeldung: 1032 Abstracts waren eingegangen und mehr als 40 Keynote-Speaker hatten zugesagt. Jetzt zeigte sich, dass mit der Kongressorganisationsgesellschaft KIT eine der besten und effektivsten beauftragt worden war: Die in Berlin versammelten Mitglieder der wissenschaftlichen Kommission schafften es innerhalb eines Tages nach entsprechender Vorauswahl von mehr als 580 Vorträgen und fast 450 ausgesuchten Postern mit der angebotenen per-



fekten Software daraus ein attraktives und harmonisches 5-Tages-Kongressprogramm zu gestalten. Fast aus allen Ländern der IPRAS-Mitglieder wurden interessante Neuigkeiten angeboten, so dass wir beispielsweise aus chinesischem Mund hören konnten, wie die schräge Lidachse gemildert werden kann und anschließend aus französischem Mund, wie man eine Lidachse ästhetisch schräg stellen kann.

*Das Programm und Berlin gemeinsam waren offensichtlich sehr attraktiv:* Eine fast vierfache Teilnehmerzahl gegenüber Sydney reiste an. Das renovierte Berliner Congress Centrum am Alexanderplatz, das alte „Haus des Lehrers“ der DDR erwies sich als optimal nutzbar. Die Räumlichkeiten der Begegnung verschafften den mehr als 70 Ausstellern einen nie da gewesenen Umsatz und jeder Kollege traf jeden aus aller Welt, weil es in den Pause rechtzeitig und passender Weise regnete, während im übrigen Sonnenschein über der Veranstaltung lag.

Von den mehr als 2800 Teilnehmern aus 98 Ländern kamen erfreulicherweise 632 aus unserer DGPRÄC, aus den USA 203 Teilnehmer, aus England 150, 139 aus Australien, 126 aus Russland, 102 aus Japan. Und es waren auch Kollegen dabei aus Ländern wie Saint Kitts, Albanien, Nord-Korea, Tansania und Yemen. Ca. 52 % waren Europäer, 12 % kamen aus Ost-Europa, 9 % aus Nord-Amerika, 7 % jeweils aus Südamerika und Asien, 6 % aus Asien, 4 % vom mittleren Osten, 2 % aus Zentral-Amerika und 1 % aus Afrika.

Die Sitzungstage begannen und endeten mit Master Classes. Dazwischen wurden parallel in 5 Sälen je 4 wissenschaftliche Sitzungen mit je 6–10 Vorträgen abgehalten, die von ein bis zwei Keynote-Sprechern eingeleitet wurden. Mittags gab es Firmenkurse: keiner konnte der Wissenschaft entkommen! Die meisten der Vortragenden beschäftigten sich mit rekonstruktiven Themen (171), gefolgt von ästhetisch-chirurgischen (130), mammachirurgischen (107), Themen zu Forschung und Experimenten (44), kraniofazialer Chirurgie (40), Verbrennungen (34) und schließlich zu Tumortherapien mit 29 Vorträgen. 1269 Buchungen gab es für die 36 Master Classes, wobei Bryan Mendelson/Australien am attrak-

tivsten war, gefolgt von Glenn Jelks/New York und Patrick Tonnard/Gent.

Die traditionelle Poster-Ausstellung und die Postersitzungen waren – sehr erfolgreich – ersetzt durch eine „E-Poster-Ausstellung“. Alle angenommenen Poster wurden per Computer angeboten, d.h. die Kongressteilnehmer konnten sich an zahlreichen Computer Terminals einloggen und sich alle gewünschten Poster anschauen. Die Poster-Autoren hatten einen Zugang zu ihrem eigenen Posteraccount und konnten die Kommentare lesen. Das Poster-Terminal hatte außerdem eine Chatfunktion, mit deren Hilfe Betrachter und Autoren miteinander kommunizieren konnten. 3 Poster-Preise wurden vergeben für die am häufigsten angeklickten und diskutierten Poster: den 1. Preis gewann die Gruppe um Raymund Horch/Erlangen für ihre Posterpräsentation mit dem Titel „The Anterolateral Thigh Perforator Flap“. Den 2. Preis erhielt Michele Zocchi/Turin mit seinen Mitarbeitern für „Biocompartmental Breast Lipostructuring“. Und der 3. Preis ging an Keramidis/U.K. für das Poster „Composit Plane Breast Augmentation: A new concept“. Die in Berlin in dieser Form erstmalig angebotene Form der Poster-Ausstellung als E-Poster erwies sich als sehr populär und wurde engagiert angenommen: Eine Technik, die bei der großen Poster-Zahl kaum moderner sein konnte.

Gleichermaßen positiv war die Reaktion vieler Teilnehmer auf das umfassende und offensichtlich jedem etwas bietende Vortragsprogramm: Alle Hörsäle waren der Planung entsprechend ausgelastet und für die Qualität der ausgewählten Vorträge gab es viel Lob. Der internationale Austausch von Wissenschaft und Wissen konnte als gelungen bezeichnet werden.

Die beiden jährlichen Ehrungen seitens der DGPRÄC und der VDÄPC wurden in der akademischen Eröffnungssitzung am ersten Kongresstag durchgeführt: Neven Olivari hielt die „Dieffenbach-Vorlesung“ zu seinem Erfolgsthema der plastisch-chirurgischen Korrektur des Exophthalmus und bekam nach der von Axel-Mario Feller gehaltenen Laudatio die Dieffenbach-Medaille aus der Hand des am Vortag gewählten DGPRÄC-Präsidenten Günter Germann. Carlos Uebel wurde nach der Laudatio



durch Rolf Rüdiger Olbrisch von VDÄPC-Präsident Axel-Mario Feller mit der Höhler-Nadel geehrt. Zuvor waren die Teilnehmer durch den Tagungspräsidenten begrüßt worden sowie vom Präsidenten des Berliner Abgeordnetenhauses Walter Momper und dem früheren Dekan der medizinischen Fakultät der Humboldt-Universität Prof. J.W. Dudenhausen von der Charité, der uns bereits zur Bewerbung in Sydney eine stimulierende Adresse an die wählenden Delegates mitgegeben hatte.

Die erste und von Marita Eisenmann-Klein inaugurierte „Ulrich Hinderer Memorial Lecture“ wurde auf diesem 14. Weltkongress der IPRAS in Berlin nach der Laudatio durch sie selbst von Robert M. Goldwyn aus Boston/USA gehalten. Er sprach sehr eindrucksvoll in seiner bescheidenen Art und weise zu dem Thema „Being a Plastic Surgeon but remaining a physician“. Am Ende seiner vielen klugen Bemerkungen drückte er den Wunsch aus, dass ein jeder am Ende seines Lebens über sich sagen kann, dass er seine in ihm steckenden Potentiale mit seinem besten Können genutzt habe, um schließlich – wie sicherlich auch Ulrich Hinderer – sagen zu können: „Ich war ein guter Mensch“ – von Bob Goldwyn auf Deutsch zitiert.

Marita Eisenmann-Klein war inzwischen nach äußerst erfolgreicher diplomatischer Vorarbeit durch die National Delegates in Berlin zum General Secretary IPRAS gewählt worden. Unter ihrer Führung plant sie drei neue Programme, die sie in ihrer Eröffnungsrede vorstellte: „Woman for Woman“ soll eine weltweite Aktion weiblicher Chirurgen sein, die ihre Zeit und ihr Können den rekonstruktiven Bedürfnissen von Frauen und Kindern aus Ländern der Dritten Welt widmen wollen. Irakische Chirurgen sollen bei einem bereits laufenden Trainingsprogramm unterstützt werden. Die dritte Initiative ist ein Katastrophen-Reaktionsprogramm, mit welchem Opfern von Naturkatastrophen wie einem Tsunami oder Erdbeben rekonstruktive Chirurgie angeboten werden soll.

Das mannigfaltige wissenschaftliche Programm des Kongresses wurde ergänzt durch unzählige berufspolitische Sitzungen vieler nationaler Gesellschaften, vor allem aber durch die beiden Hauptveranstaltungen des Social programme: Das Eröffnungskonzert im Berliner Dom mit sich anschließender Begrüßungsparty im Kongresshotel und der Gala-Abend im alten Tempelhofer Flughafen. Der Berliner Dom als die größte protestantische Kirche der Stadt war glänzender Ort und bis auf den letzten Platz gefüllt, als die Dompredigerin Petra Zimmermann,

Johannes Bruck und Ehrenpräsident Alfred Berger die fast 2000 Gäste ansprachen und Marita Eisenmann-Klein eine Grußadresse des Papstes verlas. Die riesige Orgel und Trompete ließen mit Johann Sebastian Bach Zuhörer und Dom erzittern und der Knabenchor des Doms präsentierte deutsche Kirchenmusikkultur in ihrer schönsten Form. Nach dem Konzert empfing Michael Greulich aus Stuttgart mit seiner FESSH-Band vor dem Dom den Strom der vielen Gäste, um sie über die Spree hinüber ins Kongresshotel zur Begrüßungsparty zu begleiten.

Eine der riesigen Hallen des Tempelhofer Flughafens war Schauplatz der festlich-vergnügten Abschiedsgala, zu der die Gäste von Johannes Bruck und Rolf Rüdiger Olbrisch in blauer Kommandantenuniform mit Schirmmütze begrüßt wurden zusammen mit bildhübschen Stewardessen der PanAm, Aeroflot, British Airways und Air France. Diese Damen symbolisierten die vier Besatzungsmächte der Stadt aus der Zeit der Luftbrücke von 1948. Die vier Besatzungssektoren der Stadt von damals waren in den vier Ecken der Halle durch riesige Flaggen markiert, unter welchen die entsprechenden Buffets angeboten wurden. Die Andrew Sisters und Marlene Dietrich sangen und des Tanzens im Feuerwerk der Lichter wollte kein Ende werden.

Das Ende dieses größten aller bisherigen Weltkongresse der IPRAS war dann die Einladung Indiens zum nächsten Treffen in New Delhi. 40 Jahre nach Gründung unserer DGPRÄC ging eine Veranstaltung zu Ende, auf die alle Mitglieder stolz sein können, denn „A time to make friends“ war es in der Tat gewesen. □

Prof. Dr. med. Rolf Rüdiger Olbrisch  
Witzlebenplatz 4  
14057 Berlin



# INTERPLAST-Germany e.V.

Gottfried Lemperle, André Borsche

**E**s ist nicht unser Verdienst, in eine Welt des Wohlstandes und der optimalen medizinischen Versorgung geboren worden zu sein. Es ist nicht deren Schuld, mit einer Fehlbildung oder Verbrennungsfolgen in einem Entwicklungsland aufzuwachsen, in dem es für die Armen keine Plastische Chirurgie gibt. Lasst uns versuchen, diese Ungerechtigkeit auszugleichen – soweit es in unserer Macht steht. Dies ist die Motivation für viele humanitäre Organisationen in Entwicklungsländern aktiv zu werden. Neben anderen medizinischen Fächern ist die Plastische Chirurgie aufgrund ihres geringen diagnostischen Aufwandes besonders geeignet, auch unter minimalen technischen Voraussetzungen optimale Operationsergebnisse zu erzielen. In vielen Nationen haben sich deshalb Plastische Chirurgen organisiert um Hilfe denen zu bringen, die in ihren Ländern selbst keinen Zugang zur Plastischen Chirurgie haben.

## INTERPLAST-Germany e. V.

Auf einer Studienreise 1972 durch die USA lernte Gottfried Lemperle den Chef der Plastischen Chirurgie an der Stanford University, Donald Laub, kennen. Dieser hatte dort 1965 Interplast gegründet, um mithilfe seiner Privateinnahmen bedürftige Kinder in Mexiko zu operieren. In einer umgebauten DC-3 flogen die beiden nach Tijuana und operierten dort Lippen- und Gaumenspalten in einer Schulbaracke neben dem Flughafen.

Beeindruckt von dieser Idee der unkomplizierten Nächstenhilfe gründete Gottfried Lemperle 1980 in

Frankfurt Interplast-Germany und war selbst erstaunt, wie schnell der Funke auf seine Oberärzte übersprang. Viele Kollegen in Deutschland und bald auch in Europa organisierten selbst Teams und machten so die Interplast-Idee zu einem Selbstläufer. In den ersten zehn Jahren wurden von fast 50 Teams über 3200 Patienten in Entwicklungsländern operiert.

Nach zehn Jahren engagierter Arbeit für Interplast gab Gottfried Lemperle den Vorsitz an Werner Niermann und Robert Festge nach Bergisch-Gladbach ab. Dank guter Kontakte zum Auswärtigen Amt, Malteser-Hilfsdienst und zur Katholischen Kirche kamen immer mehr Einsatzorte hinzu. Werner Niermann setzte sich für eine systematische Erfassung der von Interplast operierten Lippenspalten ein und Robert Festge organisierte den Druck der Interplast-Jahresberichte. Als Tagungsort für die Jahreshauptversammlungen wählten sie das Kolping-Haus in Köln. Viele Einsätze nach Peshawar/Pakistan wurden organisiert und immer neue Ziele wie in Vietnam und Indonesien erschlossen.

Ab 1994 übernahm dann Hans-Elmar Nick aus Eschweiler den Vereinsvorsitz. Ihm verdanken wir die Weiterentwicklung der Vereinsstruktur mit Aufbau von eigenständigen Sektionen, Einsatzregistrierung und einer



Gottfried Lemperle



Werner Niermann und Robert Festge

neuen Vereinssatzung, die sich an den Bedürfnissen des wachsenden Vereins orientierte. 1997 fand das erste weltweite Interplast-Treffen auf Mallorca statt, organisiert von Juri Toomes. Der Erfahrungsaustausch offenbarte die deutlichen Unterschiede zwischen der amerika-

nischen Interplast-Organisation und den Strukturen in Europa. In Frankfurt wurde das erste Noma-Symposium organisiert.

Mit Wahl eines neuen Vorstands 1999 ist seither die Interplast-Geschäftsstelle in Bad Kreuznach. Durch André Borsche, Dietmar Scholz und Nuri Alamuti wurden weitere wichtige Akzente gesetzt. Der Versicherungsschutz wurde für die Einsätze ausgebaut, eine Homepage [www.interplast-germany.de](http://www.interplast-germany.de) erstellt und die Zusammenarbeit mit anderen Hilfsorganisationen intensiviert. Dank der rasanten Entwicklung des Internets ist die Kommunikation mit unseren Kooperationspartnern in den Entwicklungsländern leichter geworden und hat rapide zugenommen. Hubertus Tilkorn hat mit seiner Aufnahme in den Vorstand nun auch bei Interplast eine Qualitätssicherung etabliert, da es ja gilt nicht nur eine hohe Anzahl an Patienten zu operieren, sondern auch qualitativ beste Arbeit zu leisten.

### Interplast-Symposium

Seit 2001 findet jedes Jahr am ersten Wochenende im März ein Interplast-Symposium in Bad Kreuznach statt, das sich mittlerweile zu einem beliebten Treffpunkt für international agierende Aktivisten entwickelt hat. Hier gewinnt der Kooperationsgedanke zunehmend an Bedeutung und das Symposium bietet eine ideale Plattform, die Integration von Ärzten verschiedener Fachgebiete sowie Pfleger und Schwestern zum Wohle der Hilfsprojekte zu realisieren. Nur so können wir auf eine längerfristige



André Borsche

Zusammenarbeit bauen und die Nachhaltigkeit unseres Wirkens fördern.

Und so freut sich André Borsche über 180 Kongress-Teilnehmer, die engagiert diskutieren und bekunden, wie wichtig ihnen der vertrauensvolle Erfahrungsaustausch in freundschaftlicher Atmosphäre ist, da wir alle nur von einander lernen können.

### Interplast-Akademie

Auf Initiative von Dietmar Scholz werden erfahrene Interplast-Mitglieder eine interne Fortbildung und Vorbereitung für Einsatzinteressierte anbieten. Diese Akademie fand erstmals 2008 in Wiesbaden zum Thema „Verbrennungen“ statt und soll auf Grund der großen Nachfrage regelmäßig fortgeführt werden. Mit Druck eines kleinen engl. Taschenbuchs „Camelbook“ der holländischen OP-Schwester Greta Hesseling zu Techniken der plastischen Chirurgie, geben wir auch interessiertem Pflegepersonal, Studenten und lernenden Ärzten in den Einsatzländern etwas in die Hand, um sich erstmals näher mit unserem Fachgebiet zu beschäftigen.

### Interplast-Struktur

Im Gegensatz zu Interplast-USA, wo eine strikte Zentralisierung alle Einsätze von der Team-Zusammensetzung bis zum letzten Tupfer bestimmt und organisiert, war in Deutschland von je her jeder Teamleiter persönlich aufgerufen, seinen Einsatzort zu bestimmen, sein Team zu organisieren, um Nahtmaterial und Medikamente zu betteln, und nach erfolgter Mission Vorträge für weitere Spendeneingänge zu halten. Diese Eigenverantwortlichkeit steigert fraglos die Motivation zur Optimierung der eigenen Einsätze, während Interplast-Germany e.V. im Hintergrund für Versicherung, zusätzliche Finanzierung und das Einhalten der Rahmenbedingungen sorgt.

Alle personellen Aktivitäten erfolgen ehrenamtlich ohne jegliche Aufwandsentschädigungen. Lediglich die Interplast-Sekretärin erhält ein kleines Gehalt, wobei sie ein Vielfaches an Zeit aus persönlicher Begeisterung für die „gute Sache“ zusätzlich investiert. Wir fühlen uns unseren vielen kleinen und großen Spendern verpflichtet und halten den Verwaltungskostenaufwand auf unter fünf Prozent. Darin enthalten ist der Druck des Jahresheftes mit einer Auflage von nahezu 5000 Exemplaren, das als

Forum und offizielles Aushängeschild unseres Vereins fungiert. Wir wehren uns gegen jede Kommerzialisierung und betreiben unsere Spendenrekrutierung durch individuelle Aktionen und persönliche Spenderpflege. Im Zeitalter von „Spendenmailings“ wird gerade das „Unprofessionelle“ unserer Spendenphilosophie häufig als sympathisch empfunden und von vielen treuen Spendern honoriert.

### Interplast-Sektionen

Die dezentrale Vereinsstruktur von Interplast in Deutschland spiegelt sich in der Etablierung von 12 Sektionen wieder, die alle ihre eigenen Projekte betreuen, für die sie selbst verantwortlich sind. Sie kümmern sich um die Spendeneinnahmen und werden bei Bedarf vom Interplast-Hauptkonto unterstützt. So wurden aus begeisterten Einsatz-Teamleitern engagierte Sektionsleiter, die in ihrem persönlichen Umfeld die Interplast-Sympathisanten um sich herum gruppieren. So entstanden 1988 nach der Sektion Stuttgart unter Werner Widmaier, die Sektion München unter Heinz Schoeneich, die Sektion Duisburg unter Peter Preissler und Jürgen Toennissen, die Sektion Frankfurt unter Hermann Lampe, Marianne Wolters und Ortwin Joch, die Sektion Eschweiler unter Hans-Elmar Nick, Wolfgang Buntenbroich und Matthias



Elmar Nick und Heinz Schoeneich

Gensior, das Nepal-Projekt in Hennef unter Hein Stahl und Gottfried Lemperle, die Sektion Bad Kreuznach unter André Borsche, die Sektion Südbaden unter Günter Zabel aus Schopfheim und Martin Schwarz aus Freiburg, die Sektion Vreden unter Arnulf Lehmköster, die Sektion Siebengebirge unter Michael Schidelko aus Bad Honnef, die Sektion Südbayern unter Andreas Schmidt aus Murnau, die Sektion Baden-Baden/Rastatt unter Jürgen Herr sowie Dieter Voy aus Hattingen, der einen eigenen Förderverein „pro-interplast Ruhrgebiet“ gründete.

### Interplast Aktivitäten

Interplast-Germany organisiert pro Jahr etwa 60 Einsätze in denen über 4000 Patienten durch plastisch-

rekonstruktive Operationen unentgeltlich geholfen wird. Die Einsatzorte erstrecken sich über Afrika, Asien, Süd- und Zentral-Amerika und sind unabhängig von Rasse, Religion oder politischer Gesinnung gewählt. Einziges Ziel ist die unmittelbare Hilfe für sozial benachteiligte Patienten und die Unterstützung der medizinischen Mitarbeiter vor Ort im Sinne einer Hilfe zur Selbsthilfe. Die durchschnittlichen Behandlungskosten pro Patient liegen zur Zeit bei 150 Euro.

Während Interplast-USA vorab Organisatoren für den Einsatz, und dann Kinderärzte, Sozialarbeiter, Psychologen, Sprach-Therapeuten und Kieferorthopäden, Nachsorge-Assistenten, etc., d. h. Teams von 16 bis 20 Leuten, entsendet, begnügen wir uns bewusst mit wesentlich weniger. Als Gäste wollen wir die Gastgeber nicht durch unsere Anwesenheit erschlagen, sondern uns mit Respekt in das einladende Krankenhaus integrieren. So bestehen unsere Teams aus vier bis maximal zehn Teilnehmern, wobei meist zwei erfahrene Chirurgen, zwei Assistenten, zwei Anästhesisten, zwei bis drei Schwestern und ein Student zum Einsatz kommen. In jedem Fall freuen wir uns, das örtliche Personal mit zu beteiligen und es auch in die Verantwortung der Nachsorge unserer gemeinsamen Patienten mit ein zu binden. Dies gelingt aber nur, wenn man dies bewusst anstrebt und die Kollegen ermuntert am Erfolg des Einsatzes zu partizipieren.

In der Regel umfasst ein Interplast-Einsatz von zwei Wochen zehn Operationstage, an denen an zwei Tischen bis zu 12 Stunden operiert wird. Gegen Ende des Einsatzes müssen Zeiten für Verbandswechsel und evtl. Revisionen mit eingeplant werden.

### Operationen in Deutschland

Patienten, die komplexe Rekonstruktionen oder mehrzeitige Operationen erfordern, werden in Ausnahmefällen auch in Deutschland versorgt, vorausgesetzt die Kostenfrage, Einreise-Logistik und Verantwortlichkeit sind geklärt. Dank der Fortschritte in der Mikrochirurgie, den intensivmedizinischen Möglichkeiten und der abgesicherten Nachbetreuung, konnte Patienten mit großen Defekten, schweren Verbrennungsfolgen, Noma oder Neurofibromatose eine optimale Behandlung ermöglicht werden.

Manchmal gelingt es auch in Entwicklungsländer selbst eine hochspezialisierte Versorgung zu vermitteln, wie es Wolfgang Mühlbauer in Myanmar mit der kraniofazialen Chirurgie der Meningozelen schaffte.

Im Bewusstsein der vergleichsweise extrem hohen Behandlungskosten in Deutschland gilt es auch den sozio-psychologische Aspekt eines nur vorübergehenden Aufenthaltes bei uns zu berücksichtigen. Patienten aus den ärmsten Regionen der Welt sind dann urplötzlich mit unserem Wohlstand, Fürsorge und Kultur konfrontiert. Zurück in der Heimat müssen sie die Reintegration verkraften und sich wieder mit den beschränkten Möglichkeiten zurechtfinden. Auch mag eine zu hohe Erwartungshaltung an den erhofften Behandlungserfolg gerade bei den schweren Verbrennungen enttäuscht werden.

### Hilfe zur Selbsthilfe

„Gib einem Menschen einen Fisch – und er hat heute zu essen. Lehre ihn zu fischen – und er kann seine Familie selbst ernähren“. Diesen chinesischen Spruch hatte Donald Laub auf seine Fahne geschrieben; er musste jedoch bald erkennen, dass die Ausbildung von Chirurgen in Entwicklungsländern äußerst mühsam ist. Bei vielen Einsätzen schauen die Kollegen am ersten Tag interessiert zu, danach werden sie aber nicht mehr gesehen. Dennoch gibt es aber immer wieder hoffnungsvolle Beispiele, die ein Training der lokalen Ärzte als äußerst sinnvollen Bestandteil des Einsatzes praktizieren. So trafen wir in Sikkim, Myanmar (dem ehemaligen Burma) und Vietnam sehr lernwillige Kollegen, die sich bemühten, Lippen- und Gaumen-Operationen bis zum nächsten Besuch des Teams selbst operieren zu können und uns ihre Fortschritte stolz demonstrierten.

Hochspezialisierte Weiterbildung wird dann dankbar angenommen, wenn motivierte Spezialisten vor Ort ein echtes Interesse bekunden. So hat 1989 ein „Klumpfuß-Programm“ von Ortwin Joch in Thailand große Resonanz gefunden – ebenso ein „Hüftprothesen-Programm“ der Heidelberger Orthopäden in Cochin/Südindien, sowie das „Meningozelen-Programm“ der Münchner Sektion in Burma. Als erstes Land haben die Plastischen Chirurgen in Ecuador nach 25 Jahren und fast 100 Missionen von Interplast-Teams aus Stanford die unentgeltliche Versorgung ihrer armen Landsleute selbst in die Hand genommen.

Plastisch-chirurgische Entwicklungshilfe in drei Stufen

1. Piloteinsätze zur Einsatzortfindung (Mission)
2. Aufbau von partnerschaftlichen Strukturen (Surgical Camp)
3. Überlassung des Projektes dem Team vor Ort (Independence)

### Gastärzte aus Entwicklungsländern

Bei den Einsätzen treffen wir immer wieder auf meist junge, interessierte und hilfsbereite Assistenten, die unseren Idealismus und unser Engagement teilen. Wir laden sie deshalb an unsere Abteilungen in Deutschland für einige Monate zu einer Kurzausbildung in Plastischer Chirurgie ein – und oftmals wundern wir uns dann später, wo sie abgeblieben sind.

Von den mehr als 15 chirurgischen Kollegen aus Indien und Afrika, die wir für drei bis sechs Monate nach Frankfurt eingeladen hatten, blieben nur wenige bei der Stange: z. B. Prakash Chaijlani aus Indore/Indien, der mehrere Interplast-Teams begleitete und in Indore seit 20 Jahren nebenher eine Spalten-Klinik betreibt, die auch mittellosen Patienten Operationen ermöglicht. Viele andere Ärzte blieben aber für gutes Gehalt in arabischen Ländern hängen oder eröffneten zuhause eine Privatpraxis. Dies ist keineswegs eine Verurteilung, aber eine Erklärung für die schleppende Entwicklung der humanitären Hilfe in ihren eigenen Ländern. Es ist nur allzu menschlich, dass die Erfüllung des eigenen Lebensstandards vor der Hinwendung zum kranken Nachbarn rangiert.

### Pro-Interplast Seligenstadt

Der Interplast-Funke sprang auch auf eine frühere Patientin des Markus-Krankenhauses Frankfurt, Frau Waltraud Huck, über. Sie gründete 1989 mit ihren Freundinnen in Seligenstadt den Förderverein „pro-Interplast“. Auf Weihnachtsmärkten, Geburtstagen, Hochzeiten und Betriebsfeiern sowie bei Richtern und Staatsanwälten sammelten sie in 28 Jahren über vier Millionen Euro an Spenden, finanzierten über 300 Teams und zusätzlich 145 Einsätze im Nepal-Hospital, sowie die Operationen von 65 Kindern in Deutschland – bei einem Verwaltungsaufwand von 0,8 %! Hut ab vor dieser Frau! In Buxarah bei Kalkutta entsteht zur Zeit das erste pro-Interplast-Haus für 100 behinderte Kinder.

### Ebersberger Förderverein Interplast

Auch Hajo Schneck, leidenschaftlicher Interplast-Anästhesist aus Ebersberg, gründete 2002 einen Förderverein in Bayern, der seither regelmäßig Einsätze finanzieren hilft. Ihm verdanken wir auch die starke

Repräsentanz des Fachgebietes Anästhesie bei Interplast und als Fachbeirat gehört er dem erweiterten Vorstand an. Gerade wenn es um Sicherheit unserer Operationen unter manchmal sehr improvisierten Bedingungen geht, trägt die Anästhesie ja eine große Verantwortung. Nur im engen kollegialen Miteinander gelingt es schwierige Situationen zu meistern.

### Interplast-Hospitäler

Das erste Interplast-Hospital wurde von Werner Widmaier und seiner ganzen Familie aus Stuttgart 1992 in Coroatà im Bundesstaat Maranhao, dem Armenviertel im Nordosten Brasiliens, auf Bitten des dortigen Bischofs errichtet. Getragen von der christlichen Idee sich für ein zufriedenes Leben zu bedanken, organisierten Werner und Gretel Widmaier insgesamt 35 medizinische Hilfseinsätze in Tansania, Kamerun und Brasilien. Ihr Hospital wird auch heute noch regelmäßig von deutsch-brasilianischen Einsatzteams besucht und mit Leben erfüllt.

Das zweite Interplast Hospital wurde von Ortwin Joch, Unfallchirurg aus Frankfurt, 1995 in Jalalabad/Afghanistan gegründet, nachdem er seit 1989 zusammen mit 18 Interplast-Teams afghanische Flüchtlinge in zwei Hospitälern in Peshawar/Pakistan behandelt hatte. Die Einstellung der finanziellen Hilfe durch die EU – und Übernahme des Hospitals durch die Taliban setzten diesem überaus effektiven Einsatz jedoch 1999 ein jähes Ende.

Nach Vorarbeiten von Hermann Lampe und Marianne Wolters aus Frankfurt entstand 1997 das dritte Interplast-Hospital aus einer verlassenen kleinen holländischen Lepra-Station in Sankhu, 18 km östlich von Kathmandu/Nepal. Es führt den Namen Sushma-Koirala Memorial Hospital im Andenken an die Frau des ehemaligen und derzeitigen Ministerpräsidenten, die in ihrem Sari verbrannte. Ein gleichnamiger Trust ist Partner von Interplast vor Ort. Der erste ärztliche Direktor und emeritierte MKG-Chirurg der Universität Köln, Dieter Pape, brachte es zu nepalweiter Anerkennung. Er wurde 1999 von Andreas Settje abgelöst, der mit bewundernswertem Mut die Stellung während der politischen Unruhen durch die Maoisten hielt. Sein Nachfolger wird jetzt 2008 die Ärzte im Hospital in plastischer rekonstruktiver Chirurgie weiter trainieren, so dass die medizinische Leitung langfristig in nepalesische Hände gelegt werden kann. Dank der Unterstützung auch durch andere Organisationen ist

das Hospital heute bestens ausgestattet und mit fünf Chirurgen sowie über 2000 Operationen pro Jahr eines der aktivsten Krankenhäuser Nepals und ein entwicklungspolitisches Vorzeige-Projekt.

Interplast-Germany war weiterhin an der Gründung von Noma-Hospitälern in der Sahel-Zone beteiligt. Die AWD-Stiftung Kinderhilfe in Hannover errichtete 1995 in Sokoto/Nigeria, das Noma Children Hospital – und die Hilfsaktion „noma“ in Regensburg ein Hospital in Niamey/Niger. Beide wurden seither in regelmäßigen Abständen von Interplast-Teams besucht. Außerdem unterstützte die Sektion München von 1999 bis 2005 die Abteilung für Plastische Chirurgie an der Universität Mbarara/Uganda und dessen Leiter Ralf Sautter, der 2005 zum Noma Children Hospital nach Sokoto wechselte. Auch half die Sektion München beim Ausbau des Provinz-Krankenhauses in Kentung/Myanmar, in dem heute von einheimischen Spezialisten Spalten und Verbrennungskontrakturen erfolgreich operiert werden.

### Interplast-Europa

Angeregt durch das amerikanische Vorbild und die Einbindung ausländischer Kollegen in unsere deutschen Teams, entstanden weitere nationale Interplast-Organisationen. So folgten unserem Beispiel Leo Rozner, der 1984 Interplast-Australia, und Charles Viva, der 1986 Interplast-UK gründete. Gottfried Lemperle und Donald Laub flogen 1987 nach Adana in die Türkei, wo ein alter Freund und Mitstreiter, Sabri Acartuerk, Interplast-Turkey gründete. Die deutsch-französische Freundschaft wurde mit der Gründung von Interplast-France 1989 durch Remy Zilliox in Lyon unterstrichen, der einen Teil seiner plastisch-chirurgischen Ausbildung in Frankfurt erlebte. 1990 konnten dann Interplast-Holland mit B. De Jong und Rein J. Zeeman sowie Interplast-Italy mit Paolo Morselli in Bologna die europäische Interplast-Gemeinschaft erweitern – und in diesem Jahr wird noch Interplast-Belgium folgen.

### Interplast-Stiftung

Zur Förderung langfristiger Projekte, so auch das Nepal-Hospital und Heinz Schoeneichs Initiative in Myanmar, wurde 2004 die Interplast-Stiftung gegründet. Während ein gemeinnütziger Verein gesetzlich gehalten ist, Spenden zeitnah zu verwenden, d.h. innerhalb von

zwei Jahren in Aktionen umzusetzen, kann dagegen bei einer Stiftung durch steuerfreie „Zustiftungen“ ein Stiftungskapital angesammelt werden, aus dessen Zinsen regelmäßig auch über viele Jahre Projekte unterstützt werden.

### Interplast-Mitglieder

Immer wieder ist es verblüffend wie viele Ärzte, Schwestern, Pfleger und Helfer die Faszination und Herausforderung lockt, unter einfachsten Bedingungen wirklich effektiv zu helfen. Sie opfern Ihren Urlaub oder nutzen die Zeit nach der Pensionierung, um ihre praktischen Erfahrungen weiterzuvermitteln, sie wieder aufleben zu lassen und zum Wohle der Menschen in den Entwicklungsländern einzusetzen. Für einen Mitgliedsbeitrag von nur 30 Euro im Jahr sind sie bei Interplast mit dabei und auf ihrem Einsatz versichert. Und so zählt unser Verein inzwischen über 1250 Mitglieder, die entweder selber aktiv agieren möchten oder als Fördermitglied uns finanziell unterstützen.

#### *Motivation der Teammitglieder*

- Operative Selbstverwirklichung
- Flucht aus deutschen Verwaltungszwängen
- Sinnvolles und unmittelbares Handeln
- Sozialpolitische Verantwortung für die Dritte Welt
- Dankbarkeit für ein erfülltes Leben
- Christliche Menschenliebe

### Und wie geht es weiter?

Wo soll das einmal hinführen? Seit 28 Jahren hat Interplast-Germany in mehr als 650 Einsätzen über 60000 Patienten durch plastisch-rekonstruktive Operationen helfen können. Dabei sind für die Teammitglieder neben der Hilfsbereitschaft Improvisationstalent und fachliches Können unbedingte Voraussetzung. Während wir früher schon mit einfachen plastisch-chirurgischen Maßnahmen vieles bewirken konnten, haben sich auch in den Entwicklungsländern die medizinischen Möglichkeiten erweitert. Mit wachsendem Ausbildungsniveau und zunehmenden Selbstbewusstsein der Gastgeberländer werden die Erwartungen an die Einsatzteams größer und differenzierter. Neben dem Wunsch möglichst vielen Menschen in der kurzen Zeitspanne des Einsatzes zu helfen, darf die Qualität der Hilfe nicht leiden. Die Kollegen vor Ort wissen dies meist selber recht gut einzuschätzen. Zunehmend werden auch vertragliche Absprachen als Voraussetzung für unsere ehrenamtliche Arbeit in den Ländern wie z. B. Namibia erwartet.

So hoffen wir, dass trotz der Größe unseres Vereines und der damit notwendigen stärkeren Strukturierung, die Individualität unserer Hilfe und Einsatzfreude nicht leiden möge. Allen Mitgliedern der DGPRÄC, die sich bei Interplast verwirklicht haben, ein herzliches Dankeschön! Wir bauen auch weiterhin auf Ihr Engagement, Ideenreichtum und fachliche Spezialität. Mit Interplast kann die Plastische Chirurgie in Deutschland auch international ein Zeichen setzen! □

Dr. med. André Borsche  
 INTERPLAST-Germany e.V.  
 Abteilung für Plastische und Rekonstruktive Chirurgie  
 Diakonie-Krankenhaus  
 Ringstraße 64  
 55543 Bad Kreuznach

# Die International Confederation for Plastic, Reconstructive and Aesthetic Surgery (IPRAS)

Marita Eisenmann-Klein

Die International Confederation for Plastic, Reconstructive and Aesthetic Surgery wurde im Jahr 1955 nach dem Vorbild der UNO gegründet. Diesem Vorbild entsprechend hat der Generalsekretär die Leitung der IPRAS inne. Da es keinen Präsidenten gibt, werden Repräsentationsaufgaben ebenfalls vom Generalsekretär übernommen.

Eine angemessene Vertretung in allen Erdteilen wird von den vier stellvertretenden Generalsekretären sichergestellt.

Zusammen mit dem Parliamentarian, dem Treasurer und dem Chairman des Council of National Delegates bilden der Generalsekretär und die Vize-Generalsekretäre das Board of Directors. Dieses ist für das Tagesgeschäft zuständig. Entscheidungen wie Neuaufnahmen nationaler Fachgesellschaften oder Satzungsänderungen werden vom Council of National Delegates getroffen. Hierfür entsendet jedes der 97 Mitgliedsländer einen Vertreter. Der Council of National Delegates trifft sich während des Weltkongresses (der bislang nur alle vier Jahre stattfand und ab 2007 alle zwei Jahre abgehalten wird).

Derzeit sind in der IPRAS etwa 32000 Plastische Chirurgen vertreten, ca. 36000 Handchirurgen, ca. 1000 Mikrochirurgen, ca. 1000 Vertreter von Zentren für Schwerbrandverletzte und ca. 33000 Assistenzärzte in der Weiterbildung. Weltweit hat die Zahl unserer Mitglieder somit die 100000 überschritten.

Wie gerade am Beispiel Deutschlands ersichtlich ist, kann es für den Vorstand der IPRAS manchmal schwierig sein, zu entscheiden, welche Gesellschaft die Plastischen Chirurgen eines Landes im Weltverband ver-

treten soll. Laut Satzung muss es die Gesellschaft sein, die die Mehrzahl der Plastischen Chirurgen eines Landes vertritt.

Neben den nationalen Fachgesellschaften, – wohlge-merkt, es gibt keine Einzelmitgliedschaft! – sind in der IPRAS als Co-opted Societies die Fachgesellschaften von Subspezialitäten oder interdisziplinären Gesellschaften vertreten: Die International Federation of Societies of Surgery of the Hand (IFSSH), die International Society of Craniofacial Surgeons (ISCS), die World Society of Microsurgeons (WSM), die International Society of Aesthetic Plastic Surgery (ISAPS) und die International Society of Burn Injuries (ISBI).

Die Sections gewährleisten die regionale Vertretung: Asian-Pacific Section, European Section, Ibero-Latin-american Section, Pan-African Section, Pan-Arab Section.

Wichtigste Aufgabe der IPRAS ist die Weiterentwicklung des Fachgebietes und die Versorgung aller Patienten unseres Fachgebiets weltweit.

Hand in Hand mit dieser Entwicklung geht die Förderung der Qualität, – maßgeblich getragen von IQAM, dem International Committee on Quality Assurance of Medical Technologies and Devices in Plastic Surgery, das künftig nicht nur für die Evaluation neuer Techniken und Medizinprodukte zuständig ist, sondern auch eine Clearinghouse Funktion ausfüllen soll.

Bereits seit vielen Jahren haben nationale Gruppierungen von Interplast unzählige Operationen weltweit ehrenamtlich durchgeführt. Die besonders aktive deutsche Interplast-Gruppe hat unter Leitung von Gottfried Lemperle sogar in Nepal eine eigene Klinik eingerichtet.



In den letzten Jahren hat IPRAS weitere Hilfsprojekte initiiert: „Support for Iraq“ mit dem Ziel, die irakischen Kollegen zu unterstützen und die Versorgung der Patienten bei limitierten Ressourcen sicher zu stellen.

„IPRAS Women for Women“ ist eine Hilfsorganisation, die sich um Opfer von Gewalt (Säureattentate, Brandanschläge) wie auch von Beschneidungen kümmert.

IPRAS hat es sich in den letzten Jahren auch zur Aufgabe gemacht, Maßnahmen zum Schutze des Fachgebietes zu initiieren und den internationalen Erfahrungsaustausch hierzu zu fördern. So haben insbesondere die europäischen Länder Pionierarbeit geleistet: In Spanien gibt es ein Urteil des Obersten Gerichtshofes, wonach nur Plastische Chirurgen ästhetische Operationen durchführen dürfen. In Dänemark wurde ebenfalls eine Auflistung von Operationen vorgenommen, die nur von Plastischen Chirurgen ausgeführt werden können. Frankreich hat die Bestimmungen für die Praxisvoraussetzungen maßgeblich verschärft und damit ein hohes Maß an Patientenschutz erreicht.

In Deutschland kam es zur Änderung des Heilmittelwerbegesetzes mit dem Verbot von Vorher-/Nachher-Bildern. Weitere Maßnahmen zum Verbraucherschutz sind als Gesetzesvorlage in Vorbereitung.

Auch auf europäischer Ebene konnte IPRAS mit seinem Subkomitee IQUAM, vormals EQUAM, zunächst das European Medical Device Law maßgeblich mit erarbeiten. In den folgenden Jahren gelang es, Vorstellungen zum Verbraucherschutz bei Brustimplantaten in die Empfehlungen des Europäischen Parlaments einzubringen. Eine neue Herausforderung stellt der Patiententourismus dar. Ein internationales Schnelleinsatzkommando in Katastrophenfällen ist im Aufbau.

## Längst sind noch nicht alle Möglichkeiten ausgeschöpft

Eine der vordringlichsten Aufgaben für die laufende Amtsperiode ist die Entwicklung der Plastischen Chirurgie in den Afrikanischen Ländern. Um diese zu fördern, hat IPRAS einen Vertrag mit Libyen geschlossen. Der libyische Staat übernimmt die Weiterbildung von afrikanischen Ärzten zu Fachärzten für Plastische Chirurgie und nimmt Patienten aus Krisengebieten auf. Vom kuwaitischen Staat erfährt die IPRAS maßgeblich Unterstützung in der Versorgung von Patienten aus dem Irak. Außerdem fördert Kuwait die Fortbildung von Plastischen Chirurgen aus dem Irak.

Eine weitere wichtige Aufgabe des General Secretary der IPRAS ist es, Kontakte mit der UNO zu pflegen. So hat IPRAS als erste internationale Fachgesellschaft das Projekt „Safe Surgery Saves Lives“ der WHO angenommen und umgesetzt. Mithilfe dieses Programms sollen Patientenverwechslungen verhindert werden und Maßnahmen zur Patientensicherheit gefördert werden. Die Besonderheit dieses Programms ist darin begründet, dass es auch in Entwicklungsländern angewendet werden kann.

Die IPRAS ist besonders dankbar für die Unterstützung, die sie von der DGPRÄC erfährt. Wir sind stolz darauf, dass so viele unserer Mitglieder in so hoher Zahl Fortbildungen in Drittländern übernehmen und ihre Urlaube opfern, um Patienten in Entwicklungsländern unentgeltlich zu operieren. Die Deutschen haben das neue Image der IPRAS maßgeblich mitgeformt: mehr Kompetenz, mehr Menschlichkeit.

Danke und herzlichen Glückwunsch zum 40jährigen Jubiläum! □

Dr. med. Marita Eisenmann-Klein  
Klinik für Plastische und Ästhetische, Hand- und Wiederherstellungschirurgie  
Caritas-Krankenhaus St. Josef  
Landshuter Str. 65, 93053 Regensburg  
[www.caritasstjosef.de](http://www.caritasstjosef.de)

# Die Dieffenbach-Medaille

Rolf Rüdiger Olbrisch



Die Dieffenbach-Medaille der Deutschen Gesellschaft der Plastischen, Rekonstruktiven und Ästhetischen Chirurgen wurde 1989 von dem Künstler Fritz Becker geschaffen. Mit der Dieffenbach-Medaille ehrt die DGPRÄC Persönlichkeiten, die sich um dieses Fach besonders verdient gemacht haben. Die Medaille wurde erstmalig anlässlich der 20. Jahrestagung 1989 in Düsseldorf verliehen ...“, so heißt es lapidar in den jährlichen Tagungsverzeichnissen unserer Gesellschaft. Die Geschichte dazu ist die folgende:

1987 kam von der Mitgliederversammlung der VDPC der Auftrag, die Jahrestagung 1989 in Düsseldorf durchzuführen. Ich nahm mir vor, diese neben dem durch die Jahre gewohnt geregelten wissenschaftlichen Teil etwas origineller zu gestalten.

Dazu sollte der Kongress, um den wissenschaftlichen Anspruch unserer Gesellschaft zum Ausdruck zu bringen, ausschließlich in den Räumen der Düsseldorfer Heinrich-Heine-Universität stattfinden unter dem Patronat des Rektors und Präsidenten Prof. Dr. Gert Kaiser, welcher gerne und in jeder Weise unterstützend



Johann Friedrich Dieffenbach (1792–1847)

mitwirkte. Außerdem sollte der Ordinarius für die Geschichte der Medizin, Prof. Dr. Hans Schadewaldt, mit einem Festvortrag mit einbezogen werden, um die bedeutende und bereits lange Geschichte der Plastischen Chirurgie in Deutschland zu dokumentieren. Ich schlug ihm vor, mit Johann Friedrich Dieffenbach zu beginnen und damit eine Vorlesungsreihe zu eröffnen, mit welcher fortan als neue Ehrungsmöglichkeit seitens der VDPC große Persönlichkeiten ausgezeichnet werden sollten, die sich um die Plastische Chirurgie verdient gemacht hatten. Sie sollte „Dieffenbach-Vorlesung“ heißen, um mit ihr regelmäßig an einen unserer Plastisch-Chirurgischen Urväter zu erinnern. Hans Schadewaldt bereitete die erste Vorlesung mit großer Begeisterung vor, weil er zu diesem Thema viel wusste, aber wie sich zu meiner Freude später herausstellen sollte, auch nicht alles.

Schließlich sollte als weitere Neuigkeit eingeführt werden die Auslobung eines „Vortragspreises des Tagungsleiters für den sorgfältigsten vorbereiteten und wissenschaftlich und didaktisch klarsten Vortrag aus den Reihen der jüngeren (assoziierten) Mitglieder der Vereinigung, die noch keine leitende oder Oberarztstelle inne haben: Zur Förderung der Qualität und als Anerkennung für erfolgreiche Anstrengungen“. Meine Mitarbeiterin Marianne Passmann dachte sich für diesen Geldpreis zur freudigen Irritierung des ersten Empfängers die Übergabe in Form eines Geldsäckchens aus, gefüllt mit hundert von Münzen. Die Ironie des Schicksals ließ sie selbst zur ersten Preisträgerin werden.

1988 fuhr ich nach Berlin, um am Wirkort von Dieffenbach seinen Spuren nachzugehen und besprach mit Ekkehard Vaubel, der mit Johannes Bruck die nächste Jahrestagung der VDPC in Berlin durchführen sollte, die Idee einer regelmäßigen „Dieffenbach-Vorlesung“. Er ließ sich unmittelbar begeistern und schlug vor, dazu eine Erinnerungsmedaille schaffen zu lassen, die dem Ehrenvortragenden als Zeichen der Auszeichnung übergeben werden sollte. Vaubel war damals befreundet mit dem in Berlin lebenden und dort am 26. 12. 1922 geborenen Bildhauer Fritz Becker. Dieser entwarf und schuf die sehr schöne, mit dem Profil von Johann Friedrich Dieffenbach und dessen Daten gezielte 15 cm durchmessende Bronzemedaille, die aus der Hand des jeweiligen Präsidenten unserer Gesellschaft zu erhalten als höchste Ehrung von Seiten der Deutschen Plastischen Chirurgen gelten sollte. Die Namensliste der in den vergangenen 20 Jahren mit ihr Geehrten liest sich inzwischen als Dokumentation der besten der Besten.

Zur Einführung der ersten Dieffenbach-Vorlesung fotografierte ich in Ost-Berlin unter den damaligen schwierigen Umständen bei und in der Charité die Wirkorte, wollte jedoch auch Dieffenbachs Grab aufsuchen, falls dieses 140 Jahre nach seinem Tod noch vorhanden sein sollte. Ich fragte dazu Bruck, der zu jener Zeit die Plastisch Chirurgische Klinik am Urban Krankenhaus in Berlin-Kreuzberg in der Dieffenbachstraße leitete. Er kannte das Grab nicht und, wie er, zu unserer Überraschung auch jener nicht, den wir im Medizinhistorischen Institut der Freien Universität Berlin anriefen. Dieser meldete sich allerdings nach kürzerer Bedenkzeit und riet mir, der ersten Straße nach links bis zu deren Ende zu folgen, wo diese auf den Friedhof der Friedrichwerderschen Kirche stoße. Dort fand ich mit Hilfe des alten Friedhofswärters ein bescheidenes, im Schinkel-Stil errichtetes und etwas heruntergekommenes Mausoleum mit seinem Namen über der Tür und einer von Kriegsgeschossen gezeichneten Gedenktafel



Der Künstler Fritz Becker

der Deutschen Chirurgen aus den 30er Jahren an seiner Seite. Vaubel, betroffen wie ich von der beschämenden Situation, überzeugte den Berliner Bausenator und spendenfreudige Berliner, daraus ein von der Stadt gepflegtes

Ehrengrab zu machen, welches schließlich am 1. Februar 1992 anlässlich der von Joachim Gabka und Ekkehard Vaubel organisierten 200. Geburtstagsfeier von Dieffenbach in Anwesenheit vieler hervorragender Plastischer Chirurgen aus aller Welt als wunderschön renoviert vorgestellt werden konnte. Bei dieser Gelegenheit erhielten in der Charité 41 Plastische Chirurgen mit den bekanntesten Namen die dazu

ebenfalls von Fritz Becker geschaffene, unserer Medaille nachempfundene Dieffenbach-Plakette aus Keramik.

14 Tage vor Beginn der Jahrestagung in Düsseldorf im September 1989 hatte ich Besuch von Bob Ersek, einem Plastischen Chirurgen aus Texas/USA, dem ich beiläufig von der ersten geplanten Dieffenbach-Vorlesung sprach. Er erzählte mir darauf hin von einem Plastischen Chirurgen gleichen Namens in Louisiana, den ich unmittelbar telefonisch zu erreichen suchte. Dieser stellte sich als direkter Nachfahre des in die USA ausgewanderten Sohnes von Johann Friedrich Dieffenbach und als Mitglied der von diesem ausgegangenen amerikanischen Orgelbauer-Familie vor. Er hatte, von der Familientradition abweichend, nachdem sein Großvater ihm von seinem berühmten Vorfahren in Deutschland erzählt hatte, beschlossen, Plastischer Chirurg zu werden. Kenneth Dieffenbach, Clinical Professor of Surgery, Division of

Plastic and Reconstructive Surgery, School of Medicine at New Orleans, hat seine Praxis ausgerechnet in der Napoleon Avenue, benannt nach demjenigen, der für Dieffenbach Anlass gewesen war, nach seiner Teilnahme an den Befreiungskriegen gegen Napoleon das Theologiestudium gegen das Medizinstudium auszutauschen. Kenneth Dieffenbach sagte enthusiastisch zu, als Überraschungsgast 14 Tage später auf unserer Tagung zu erscheinen. Als dann dort Schadewaldt die erste „Dieffenbach-Vorlesung“ mit der Bemerkung



Ehrengrab von Johann Friedrich Dieffenbach auf dem Friedhof der Friedrichwerderschen Kirche in Berlin

schloss, dass mit Dieffenbachs nach Amerika ausgewandertem und verschollenen Sohn die Geschichte ende, sprang Kenneth Dieffenbach aus der ersten Reihe des Hörsaals auf und korrigierte unter großem Jubel der Tagungsteilnehmer mit launigen Worten Schadewaldts und unser Nicht-Wissen. Hans Schadewaldt wurde mit seinen grundlegenden Ausführungen zu Dieffenbach derjenige, der aus der Hand des Präsidenten der VDPC, damals Alfred Berger, die mit seinem Namen gravierte erste Dieffenbach-Medaille unserer Gesellschaft erhielt.

Nach der Wende und der Wiedervereinigung Deutschlands und des geteilten Berlins gab es aus den Reihen unserer Mitglieder ein großes Bemühen, an der Charité, dem wichtigstem Wirkort Johann Friedrich Dieffenbachs, einen Lehrstuhl für Plastische Chirurgie mit seinem Namen einzurichten. Es gab sogar bereits eine Tafel dazu im Hauptgebäude der Klinik, nachdem der Dekan der Medizinischen Fakultät der Humboldt-Universität anlässlich der 200. Geburtstagsfeier 1992 die Einrichtung eines Dieffenbach-Lehrstuhls angekündigt hatte, in der Hoffnung, eine alte Tradition wieder herzustellen. Die medizinisch-politischen Umstände aber haben dieses bislang verhindert.

Zur 200. Geburtstagsfeier von Johann Friedrich Dieffenbach am 1. und 2. Februar 1992 hatten Gabka und Vaubel eine repräsentative Gruppe Plastischer Chirurgen aus aller Welt eingeladen, von denen ein jeder einen hervorragenden Beitrag zur Entwicklung der Plastischen Chirurgie geleistet hatte. Zum Beginn der Tagung trafen sich die Teilnehmer in bitterer Kälte auf dem Friedrichwerderschen Friedhof an Dieffenbachs inzwischen restauriertem Mausoleum. Es sprach der Berliner Bausenator, und ein in Frack und Zylinder gekleideter Männerchor sang das zu seiner Zeit von den Berliner Gassengören (Straßenkindern) als Gassenhauer (Schlager) gegrölte (gerappte) Lied: „Das ist der Doktor Dieffenbach, der Doktor der Doktoren, er schneidet Arm und Beine ab, macht neue Nas und Ohren“. Im folgenden Symposium präsentierten Mitglieder unserer Vereinigung einige der vielen von Dieffenbach entwickelten Techniken, was ergänzt wurde durch Vorträge aus den Reihen der angereisten internationalen Gäste zum jeweils dazu gehörenden heutigem *State of the Art*. Alle Ehrengäste erhielten zusammen mit Ursula Schmidt-Tintemann in Sauerbruchs berühmtem chirurgischen Hörsaal in der Charité die dazu von Fritz Becker in Ton geschaffene Dieffenbach-Plakette. Abschließend wurde die ebenfalls

von Becker geformte Dieffenbach-Büste enthüllt und als Geschenk der Charité übergeben zur Aufstellung in dem Ehrensaal zwischen den Büsten der vielen ärztlichen Heroen aus der Geschichte der Charité. Eine Kopie dieser Büste wurde gleichzeitig an der Seite des Dieffenbach-Mausoleums aufgestellt.

Mit einer ähnlich gestalteten Johann-Friedrich-Dieffenbach-Büste ehrt die Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie Persönlichkeiten, „die sich durch hervorragende wissenschaftliche Leistungen um die Unfallheilkunde besonders verdient gemacht haben“. Zu diesen Preisträgern zählen u.a. Wilhelm Schink, Ulrich Lanz und Hans-Ulrich Steinau.

Aus unserer Medizinliteratur können wir erlesen, dass – zumindest die deutsche – Geschichte der Plastischen Chirurgie in Berlin begann. Ihre Wurzeln liegen bei Ferdinand von Graefe, dem Vorgänger Dieffenbachs an der Charité, der bei den Befreiungskriegen gegen Napoleon der Generalarzt der Preußischen Armee war, nachdem er 1810 mit 23 Jahren (!) der erste Ordinarius für Chirurgie der Berliner Universität geworden war und die als die „deutsche Methode“ bekannt gewordene Nasenrekonstruktion über einen in mehreren Sitzungen auf dem Unterarm vorgeformten Lappen entwickelte. Ihm folgte für 11 Jahre Dieffenbach mit seinen faszinierend vielen Ideen, die er in seinem Buch „Die operative Chirurgie“, herausgegeben von Brockhaus in Leipzig 1845–1848, zusammenfasste, nachdem er sie den Berliner Medizinstudenten in seinem Hör- und Operationssaal gezeigt hatte. In eben diesem seinem Hörsaal hatte er am 9. Februar 1847 die erste Operation in Äthernarkose in Deutschland durchgeführt und starb eben dort im gleichen Jahr am 11. November nach Beendigung einer Operation, nach welcher er sich in der vorderen Reihe neben einen amerikanischen Gastchirurgen gesetzt hatte, an dessen Schulter zusammensackend. Sein Nachfolger Bernhard von Langenbeck entwickelte die von Graefe und Dieffenbach begonnene Spaltchirurgie nach Einführung der Äthernarkose weiter mit feinsten Instrumenten, die wir noch heute benutzen. Er gründete 1872 in Berlin die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie, deren Mitglied die VDPC 120 Jahre später wurde. 1901 hatte Eugen Holländer (1867–1932) in Berlin die erste beschriebene Gesichtstraffung durchgeführt, dementsprechend unpassend heute „Facelift“ genannt. Jacques Joseph (1868–1934), von 1916 bis 1919 erster Leiter der neu gegründeten Abteilung für Plastische Gesichtschirurgie an der

Charité, ist mit seinen vielen außergewöhnlichen Ideen zur Gesichtsrekonstruktion und der Ästhetischen Chirurgie, insbesondere der Nase, ein, wie die anderen, Dieffenbach ebenbürtiger Nachfahre in der Geschichte der deutschen Plastischen Chirurgie in Berlin, die einen Dieffenbach-Lehrstuhl wert wäre.

Die Reihe der 1989 in Düsseldorf eingeführten Dieffenbach-Vorlesungen und der mit der Dieffenbach-Medaille Geehrten sollte nicht nur Erinnerung an die jeweils besten Momente der Plastischen Chirurgie sein, sondern vor allem Ansporn und Forderung an die Zukunft des schönsten aller chirurgischen Fächer. □

Prof. Dr. med. Rolf Rüdiger Olbrisch  
Witzlebenplatz 4  
14057 Berlin

# Die „Hinderer-Bibliothek“

Zweite Stiftung durch Mitglieder europäischer Gesellschaften für  
Plastische Rekonstruktive Ästhetische Chirurgie

Günter M. Lösch

## Der Weggefährte Hinderer

Ulrich Hinderer 1924 in Madrid geboren, ist nach dem zweiten Weltkrieg, an dem er als Offizier der deutschen Wehrmacht teilgenommen hatte, zu einer der herausragenden Persönlichkeiten in der Geschichte der Plastischen Chirurgie, geworden [1]. Vielen Mitgliedern der DGPRÄC wird er, mit den Worten von Ursula Schmidt-Tintemann sprechend [2], als Gefährte „auf dem steinigen Weg“ zur nationalen und weltweiten Anerkennung der Plastischen Chirurgie als eigenständiges Fachgebiet der Medizin im Gedächtnis bleiben.

Die Erinnerung an früheste Begegnungen führt in die Lehr- und Wanderjahre an Universitäten in Italien, Österreich, Deutschland, und zurück. In Mailand bei Gustavo Sanvenero Rosselli (Chirurgia Plastica, 1956–1959), in Hamburg bei Karl Schuchardt (Nordwestdeutsche Kieferklinik), Ernst Horstmann (Anatomisches Institut) Dieter Buck-Gramcko (Handchirurgie, BG Unfallklinik) und Ludwig Zukschwerdt (Allgemeine u. Plastische Chirurgie, 1959–1968). Während Hinderers überwiegend in Spanien erfolgter Ausbildung zum Plastischen Chirurgen besuchte er Sanvenero Rosselli. Ich selbst war Assistent in dem 1934 gegründeten und von Sanvenero Rosselli geleiteten „*Padiglione Mutilati del Viso*“ es bedeutet „*Pavillon der Gesichtsgeschädigten*“. Dort erlebten wir noch Phasen der sich über Jahrzehnte erstreckenden plastisch-chirurgischen Behandlung einiger Patienten mit Gesichtsverletzungen aus dem ersten Weltkrieg. Zwischen diesen physisch und psychisch in jungen Jahren schwer



Die „Hinderer-Bibliothek“ im Langenbeck-Virchow-Haus

Traumatisierten und ihrem Arzt Sanvenero Rosselli war eine bis in das hohe Alter reichende heilsame Beziehung entstanden. Es waren dies die Zeiten des von dem Russen Wladimir P. Filatow (1916) erfundenen und von Harold D. Gillies (1936), Sanvenero Rosselli, Schuchardt und vielen anderen Autoren systematisierten und propagierten „*Rundstiellappens*“ [3].

Sanvenero Rosselli, erlaubte Hinderer und mir, dank der Deutschkenntnisse, den Zutritt in seine sonst kaum jemandem zugängliche Bibliothek, dieses zum Studium des mehrbändigen Werkes „*Die Morphologie der Missbildungen der Menschen und der Tiere*“ des Pathologen Schwalbe (1906–1960). Es sei hier angemerkt, dass nach dem Tod von Sanvenero-Rosselli (1974) seine Bibliothek als Erste in Europa vorbildhaft in die „*Fondazione G.*



Peter Härtel, Ulrich Hinderer, Ursula Schmidt-Tintemann, Günter-M. Lösch (v.l.n.r.)

*Sanvenero Rosselli per lo studio e lo sviluppo della Chirurgia Plastica*“ (Stiftung G.S.R. für das Studium und die Entwicklung der Plastischen Chirurgie) übergegangen ist.

In den darauf folgenden Jahrzehnten führte der Einsatz für unser Fachgebiet zu vielen interessanten Begegnungen und Gesprächen mit Hinderer. Sehr wertvoll war seine Unterstützung in den internationalen Gremien. Im Mai 1979 trafen wir uns anlässlich des VII. „*International Congress of Plastic Surgery*“ in Rio de Janeiro. Von unserem damaligen Präsidenten Fritz E. Müller [4] wurde in einer dramatisch verlaufenen Sitzung der Antrag der „*Vereinigung der Deutschen Plastischen Chirurgen*“ zur Aufnahme in die „*International Confederation of Plastic and Reconstructive Surgery*“ als *offizielle Vertreter der Deutschen Plastischen Chirurgie* vorgestellt.

### Letzte Begegnungen und Gespräche, Erbe und Vermächtnis

Im Juli 2006 erfuhr ich durch die ihm freundschaftlich verbundene Marita Eisenmann-Klein und ihn selbst vom Fortschreiten seiner Erkrankung und seinen leidvollen Anstrengungen für die Fertigstellung seiner Memoiren und von seinem Wunsch nach Fortbestehen seiner Bibliothek und seiner Systematisierung der plastisch-chirurgischen Literatur. Dieses Bild ist in seiner Praxis anlässlich des letzten Zusammentreffens im Dezember 2006 aufgenommen worden. Während der wiederholten intensiven Gespräche entstanden tiefes Vertrauen und Freundschaft im Austausch von Wissen, Erfahrungen und dem Entdecken gemeinsamer Interessen an Geschichte und Weitergabe unserer kulturellen Tradition

an die uns nachfolgenden Generationen. Dieses besonders im Rückblick auf einen über Jahrzehnte beschrittenen hippokratischen Weg [5]. Es erwuchs daraus das Erbe für die DGPRÄC und des mir anvertrauten Wiederaufbaus der Bibliothek in der Geschäftsstelle unserer Gesellschaft in Berlin mit Weiterführung seines Interesses an Geschichte, Ethik und Systematisierung der Literatur [5, 6]. Das Spektrum der in der Bibliothek und Literatursammlung Hinderers erfassten Themen entspricht weitestgehend der Breite der Aufgaben des Fachgebietes Plastische Chirurgie, das heute als Plastische Rekonstruktive, Ästhetische Chirurgie bezeichnet wird. Dem Wort „*Rekonstruktiv*“ sollte, wie schon von Frau Schmidt-Tintemann gefordert worden ist, die Definition „*Konstruktiv*“ vorangestellt werden [7].

### Zukunft braucht Herkunft

Nach dem von Müller zu dieser Festschrift gewählten Leitspruch Alexander von Humboldts ist dank der Präsenz-Bibliothek im „*Langenbeck-Virchow-Haus*“ in Berlin den Mitgliedern unserer Gesellschaft eine weit in die Kulturgeschichte unseres Faches zurückführende Stätte für Studium, Bewusstwerden und auf die Zukunft gerichtete Fantasie geschaffen. Die Einrichtung einer Bibliothek verpflichtet nicht nur zur Erhaltung, sie muss auch durch den Zugewinn von Büchern weiterentwickelt werden. Von Anfang an äußerte sich Hinderer gequält im Bewusstsein der notwendigen Überarbeitung der 1968 entworfenen „*Clasificación de trabajos*“ und dem Fehlen daran interessierter Mitarbeiter. Dieses Thema wurde im Zusammenhang mit meinem Vorschlag der Weitergabe der Bibliothek und der Literatursammlung an die DGPRÄC eingehend besprochen. Die positive Entscheidung ist Hinderer durch mein Versprechen, die Überarbeitung und Aktualisierung der Klassifikation selbst zu übernehmen, erleichtert worden. Im Bewusstsein des „*Generationenauftrages*“ dachten wir schon an eine Zusammenarbeit mit interessierten und kompetenten Kolleginnen und Kollegen und an die Möglichkeit der Unterstützung durch unseren Plastisch Chirurgischen Nachwuchs.

So wie seit 1974 in Mailand die „*Fondazione G. Sanvenero Rosselli*“ soll die „*Hinderer-Bibliothek*“ in Berlin dem „*Studium und der Entwicklung der Plastischen Chirurgie dienen*“. Die Bibliothek bietet einschlägige auf die Vergangenheit zurückführende und aktuelle Literatur.

Darüber hinaus könnten die/der zukünftig für diese Einrichtungen Verantwortlichen, so gewählt werden, dass sie als Hochschullehrer/in zur Anleitung von Doktoranden/innen qualifiziert und bereit sind. Das Ansehen der „Plastischen Konstruktiven/Rekonstruktiven Ästhetischen Chirurgie“ bedarf heute und in der Zukunft der Fundierung durch Wissenschaft und Forschung. Gedacht wird in diesem Zusammenhang an die Bearbeitung interdisziplinär zu klärender Fragen und besonders an die Förderung von Dissertationen in Zusammenarbeit mit Instituten anderer Fachgebiete der Medizin, Medizintechnik, Biologie und Geisteswissenschaften.

### Danksagung

Besonderer Dank richtet sich:

An *Dr. Marita Eisenmann-Klein*. Durch ihr Mitwirken und die Unterstützung der damaligen und aktuellen Mitglieder des Vorstandes der DGPRÄC konnte die Übernahme des Vermächtnisses von Ulrich Hinderer realisiert werden,

An *Barbara Haindle Owen* in Madrid, langjährige erste Sekretärin im „*Centro Dr. Hinderer Mirasierra*“ für die Anordnung der 1154 Titel der „*Biblioteca Privada Dr. Ulrich Hinderer*“ in gemischter Form: Systematisch, alphabetisch, chronologisch, nominal/Autor/Verlag/Sprache, CDU „classification“, ISBN.

An unsere Geschäftsführerin und Pressereferentin *Kerstin van Ark* für ihre unermüdliche Hilfe bei der Wiedereinrichtung der „*Hinderer Bibliothek*“ im „*Langenbeck-Virchow-Haus*“ in Berlin.

An *Monika Hinderer* richtet sich der besondere Dank des Vorstandes des „Historian/Archivar“ und der Mitglieder der DGPRÄC, für ihre einfühlsame Unterstützung unserer mit Ulrich Hinderer übereinstimmenden Gedanken und Wünsche für die Zukunft seiner Stiftung.

Zu Anerkennung und Dank verpflichtet fühlen wir uns gegenüber dem Nachlasspfleger und langjährigen Freund Hinderers, Rechtsanwalt *Eduard Winkels*, für sein hilfreiches Engagement.

Nach Gründung der „*Fondazione G. Sanvenero Rosselli*“ 1974 in Mailand, hat die DGPRÄC mit dem „*Vermächtnis Ulrich Hinderers*“ als zweite europäische Gesellschaft 2007 in Berlin einen soliden Ort für das „*Studium von Geschichte und Ethik der Plastischen Chirurgie*“ erhalten.

### Literatur

1. Olivari N (2007) Visionäre gibt es wenige – er war einer. *Plast Chir Mitteilungen* 7: 4–5
2. Schmidt-Tintemann U (1994) *Plastische Chirurgie – der lange und steinige Weg eines Handwerks*. Vereinigung der Deutschen Plastischen Chirurgen, *Mitteilungen* 1/1: 10–14
3. Lösch GM (2003) *Geschichte*. In: Berger A, Hierner R (Hrsg) *Plastische Chirurgie*, Bd I. Springer, Berlin, S 30–34
4. Müller FE (1999) Festvortrag, Jahrestagung der VDPC 1998 in Bochum. Vereinigung der Deutschen Plastischen Chirurgen, *Mitteilungen* 6/11: 9–15
5. Hinderer UT (1984) Indikation und Bedeutung der ästhetisch-plastischen Chirurgie. *Handchir Mikrochir Plast Chir* 16: 145–150
6. Lösch GM (1989, 1997) *Systematik und Ethik der Plastischen Chirurgie*. In: Engelhardt D v (Hrsg) *Ethik im Alltag der Medizin*. Springer, Berlin, S 163–183
7. Schmidt-Tintemann U (1972) Zur Lage der Plastischen Chirurgie. *Hefte zur Unfallheilkunde* 109: 5–8

Prof. Dr. med. Günter-M. Lösch, Ratzeburg



# Vitae der Gründungsmitglieder

## Herbert Höhler\*



Geboren 1919 in Güstrow/Mecklenburg begann Herbert Höhler 1939 das Medizinstudium in Rostock und an den Universitäten Innsbruck und Graz, wurde zwischenzeitlich zum Kriegsdienst eingezogen, und beendete es nach Rückkehr aus russischer Gefangenschaft 1950 mit dem Staatsexamen in Frankfurt am Main.

Die Ausbildung zum Facharzt für Chirurgie erhielt er am Marienkrankenhaus in Frankfurt bis 1957, als er – damals schon bestimmt, plastischer Chirurg zu werden! – zu den derzeit besten unseres Faches, zu Herbert Conway an die New Yorker Cornell University und dann zu Leonard Rubin ans Kings County Hospital in Brooklyn ging.

Nach seiner Rückkehr 1959 eröffnete er in Frankfurt eine Praxis und brachte seine plastisch-chirurgischen Erfahrungen zunächst als Belegarzt am St.-Markus-Krankenhaus ein, das ihm 1962 eine eigene Abteilung anbot. Mit Hilfe der Berufsgenossenschaften errichtete er 1970 die damals größte Klinik für Plastische Chirurgie mit zwei Oberärzten und sechs Assistenten, drei Operationssälen und drei Stationen mit insgesamt 50 Betten. Neben der rekonstruktiven Chirurgie in der Sonderabteilung der Berufsgenossenschaften legte er von

Anfang größten Wert auf die Eingliederung der ästhetischen Chirurgie in den Klinikbetrieb, die ihn und diese Abteilung über Deutschlands Grenzen hinaus bekannt machte.

Herbert Höhler war Gründungsmitglied der Vereinigung der Deutschen Plastischen Chirurgen 1969 (Abb. 2) [1], war Präsident ihrer Jahrestagung 1973 [2] und bis 1978 Mitglied des Vorstandes. Sein wissenschaftliches Interesse schlug sich in 108 Vorträgen und Veröffentlichungen nieder, von denen einige heute noch zitiert werden. So veränderte er erstmalig 1964 das Gesicht eines Kindes mit Down Syndrom [3], für das er mit der Heinrich-Bechthold-Medaille ausgezeichnet wurde, schuf 1969 den axillären Zugang für die Brustaugmentation [4], rekonstruierte 1971 die erste amputierte Brust mithilfe eines gestielten Unterbauchlappens [5], vereinfachte und verminderte das Risiko der Reduktionsmammoplastik mit cranialen Stiel [6] und arbeitete an unzähligen kleinen Tricks, die die ästhetische Chirurgie effektiver und sicherer machten. Vor der Einrichtung einer Klinik für MKG-Chirurgie an der Frankfurter Universität wurden die meisten Lippen-Kiefer-Gaumenspalten Hessens in seiner Klinik am St.-Markus-Krankenhaus operiert.

Da er als „Schönheitschirurg“ unter den chirurgischen Kollegen Frankfurts keinen leichten Stand hatte, wurde er zum unbeugsamen Kämpfer für eine seriöse und fundierte ästhetische Chirurgie. Wer immer auf diesem Gebiet etwas Neues brachte, wurde in seine Frankfurter Klinik zum „Voroperieren“ eingeladen. Viele Assistenten deutscher plastisch-chirurgischer Kliniken mit vorwiegend rekonstruktivem Spektrum erlernten die ästhetischen Operationen in Frankfurt. Sein Ruf ist bei seinen unzähligen Patienten in ganz Deutschland wie bei seinen früheren Kollegen ungebrochen.

\*Modifizierter Nachdruck des Beitrages: „Herbert Höhler – ein Pionier der ästhetischen Chirurgie in Deutschland“ von Gottfried Lemperle aus: Handchirurgie, Mikrochirurgie, Plastische Chirurgie (2006) 38: 141–143

Seine bewundernswerte Frau Hildegard Höhler, die von 1961 an seine Privatpraxis organisierte, wohnt heute wieder in Frankfurt; einer seiner Söhne ist Chirurg und will in die Fußstapfen seines berühmten Vaters treten. Sein bester Freund, Fritz E. Müller, der Gründer und Motor der früheren VdPC, ist heute noch in den Geschicken seiner kürzlich in Deutsche Gesellschaft der Plastischen, Rekonstruktiven und Ästhetischen Chirurgen (DGPRÄC) umbenannten Vereinigung engagiert.

Herbert Höhler selbst war ein hervorragender und minutiöser Operateur, der selten mit seinen/unseren Ergebnissen zufrieden war. Oft zog er am Ende einer Operation seinen/unseren Intrakutanfaden wieder heraus, weil ihn eine kleine Unebenheit störte. Das hatte fraglos einen guten erzieherischen Effekt auf alle Assistenten, die solche „Kleinigkeiten“ in unserem Fach auf die leichte Schulter nahmen. Die Op-Schwester liebten ihn wegen seiner durchorganisierten und immer gleich ablaufenden Operationen, bei denen jeder Schritt bekannt und vorhersehbar war. Die daraus resultierende automatische Wiederholbarkeit seiner Operationen war das Geheimnis der „Höhler-Schule“, der wir, seine vielen Assistenten, unsere plastisch-chirurgischen Grundkenntnisse verdanken.

Im Frühjahr 1977, auf dem Höhepunkt seiner Karriere, wurde er plötzlich mit der Diagnose eines Pankreas-karzinoms überrascht. In Boston laparotomierten sie und legten einen Leber-Shunt. Der Erfolg der Chemotherapie sei fraglich, er habe noch drei bis vier Monate zu leben. – Er lehnte ab, war ab diesem „Todesurteil“ zu keiner Freude mehr fähig, suchte Verdrängen im Operieren und schaute dabei durch uns hindurch wie bereits gegangen. Der September kam, er lebte immer noch relativ beschwerdefrei, zweifelte plötzlich an der Diagnose, die Hoffnung erwachte, Er wurde wieder der alte Kämpfer, suchte nach Therapien, fuhr ins Krebszentrum Heidelberg, lebte wieder, und klammerte sich an jeden Strohhalm, bis ihn im Februar 1978 das unausweichliche Schicksal ereilte.

Die Hoffnung nehmen kommt Töten gleich. Ich habe seither jeden Krebspatienten belogen, d.h. seine/ihre Hoffnung gestärkt, oft bis zum bitteren Ende. Niemand will, wenn es darauf ankommt, die Wahrheit hören. Vor allem, niemand weiß mit dieser Wahrheit etwas anzufangen. Diese Erfahrung war das größte ärztliche Vermächtnis, das Herbert Höhler mir mit auf den Weg gegeben hat. Er hätte sich bestimmt gefreut, dass 2005 sein langjähriger Oberarzt und Nachfolger Gottfried

Lemperle als zweiter Träger seiner Nadel ausgesucht wurde.

1. Müller FE (1978) Nachruf auf Herbert Höhler. Z Plast Chir 2: 65–67
2. Höhler H (1975) Plastische und Wiederherstellungs-chirurgie. Schattauer, Stuttgart
3. Höhler H (1977) Änderung des Gesichtsausdruckes durch plastische Operationen am mongoloiden Kind. Umschau 77: 35–36
4. Höhler H (1973) Breast augmentation: the axillary approach. Br J Plast Surg 26: 373–376
5. Höhler H (1977) Reconstruction of the female breast after radical mastectomy. In: Converse JM (Hrsg) Reconstructive plastic surgery. Saunders, Philadelphia, S 3710–3726
6. Höhler H (1978) Die Reduktionsplastik der weiblichen Brust. Z Plast Chir 2: 68–91

Prof. Dr. med. Gottfried Lemperle

Division of Plastic Surgery, University of California, San Diego  
302 Prospect Street, La Jolla, CA 92037, USA

## Joseph Schrudde



Bedeutender Mitbegründer der Vereinigung der Deutschen Plastischen Chirurgen, 1977–1979 ihr Präsident und späteres Ehrenmitglied.

1920 in Meschede geboren, studierte er Medizin und Zahnmedizin in Münster, München und Würzburg – unterbrochen durch Krieg und Gefangenschaft beendete er sein Medizinstudium 1948 und begann eine chirurgische Ausbildung. 1952 wechselte er an die renommierte Westdeutsche Kieferklinik in Düsseldorf. Mit einer Dissertation „Neue Methode der Lippenspaltenoperation“ promovierte er dort zum Doktor der Medizin und habilitierte sich dort auch kurz darauf. 1959 wechselte er an die Universität Köln mit dem Auftrag des Aufbaus einer Abteilung für Plastische Chirurgie, die 1970 als erste selbständige Universitätsklinik für Plastische Chirurgie in Deutschland mit einer planmäßigen Professur besetzt wurde. 1983 wurde diese Klinik in die Krankenanstalten Köln-Merheim verlegt und um ein Zentrum für Schwer- verbrannte erweitert.

Mehr als 100 Originalarbeiten und Buchbeiträge entstammen seiner vielseitigen wissenschaftlichen Tätigkeit. Internationale Anerkennung fand seine Methode der Kunststoffschienung von Kieferfrakturen und insbesondere die von ihm 1955 inaugurierte primäre Osteoplastik des Kieferbogens bei Lippen-Kiefer-Gaumenspalten. 1963 publizierte er die Methode der Verschiebe-Schwenkplastik. Schrudde wird mit der von ihm 1972 eingeführten „Lipexhairese“ international als „Urvater“ der Liposuktion zitiert. Mit seiner operativen Originalität, insbesondere auch in der Beherrschung der Spaltchirurgie war er eine unersetzliche Bereicherung unseres damals jungen Faches.

Seinen Schülern war er ein großherziger Mentor und Lehrer. Eine große Zahl von ihnen haben mit dem so erworbenen Wissen später eigene wertvolle Beiträge für unsere Disziplin erbracht: u.a. Olivari, Frau Petrovici, Trauner, Toenissen, Pless.

In seiner Persönlichkeit fanden sich Eigenschaften seiner sauerländischen Heimat wieder: Geradlinigkeit, natürliches Selbstbewusstsein, Herzlichkeit und spontane Hilfsbereitschaft. Sein späteres langes Wirken im Rheinland vervollständigte dieses Bild durch ungezwungene Fröhlichkeit und einen geselligen Umgang. Unserer Gesellschaft diente er selbstlos in vielen berufspolitischen Funktionen, die ihn auch dafür mit der Ehrenmitgliedschaft auszeichnete. Zu seinen vielen Auszeichnungen gehörte auch die Verleihung des Martin-Wasmuth-Preises für seine Beiträge zur Spaltchirurgie. Josef Schrudde starb am 9. Oktober 2004.

Fritz E. Müller/Veronica Petrovici

## Ursula Schmidt-Tintemann



Präsidentin VDPC 1974–1977  
Ehrenmitglied VDPC 1989  
Ehrenmitglied DGCH 1996

Geboren 1924 in Goldap (Ostpreußen), Medizinstudium in Königsberg, Prag und München. 1950 Staatsexamen, 1951 Promotion, 1956 Facharzt für Chirurgie. Dann Weiterbildung an plastisch-chirurgischen

Ausbildungszentren in den USA, in England und in Österreich.

Ab 1958 Aufbau einer Abteilung für Plastische Chirurgie im Krankenhaus Rechts der Isar, München, und Etablierung des Teilgebiets der Chirurgie als selbstständiges Fach (104 wissenschaftliche Veröffentlichungen und Vorträge).

Mit Hilfe von hochqualifizierten Mitarbeitern wurde aus der Abteilung ein international renommiertes Zentrum für Klinik, Forschung und Lehre. Praktiziert wurde das gesamte Spektrum plastisch-chirurgischer Eingriffe (7 Habilitationsarbeiten).

Ab 1975 Einführung der Mikrochirurgie mit einem 24-stündigen Replantationsdienst und regem internationalem Austausch von Praxis und Lehre.

1969 Habilitation. 1975 Apl. Professur. 1984 Emeritierung und Ende der klinischen Arbeit. Berufspolitisch vertrat Schmidt-Tintemann von 1984 bis 1987 die Belange ihres Faches als Vorsitzende in der Sektion Plastische Chirurgie der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie.

1968 als eines der vier Gründungsmitglieder (Müller, Bochum; Zellner, Ludwigshafen; Buck-Gramcko, Hamburg) und von 1974 bis 1977 als Präsidentin der VDPC engagierte sich Schmidt-Tintemann für die Reputation des Faches und forderte eine deutliche Abgrenzung gegenüber nicht indizierten chirurgischen Dienstleistungen. Ihre programmatischen, auf die psychologischen Implikationen hinweisenden Texte beeinflussten das Selbstverständnis der Plastischen Chirurgie in Deutschland.

## Friedrich E. Müller

Pionier und Promoter der modernen Plastischen Chirurgie in Deutschland. Maßgeblicher Mitbegründer der „Vereinigung der Deutschen Plastischen Chirurgen“, ihr Präsident 1971–1974.



Geprägt im Fronteinsatz als Fahnenjunker im Sanitätsdienst einer Fallschirmdivision bei der Versorgung Schwerverwundeter. Tätigkeit 1945–1948 in einem britischen Militärhospital in Ägypten.

Ab 1949 Studium der Medizin und Zahnmedizin an der Universität Bonn. Doppel-Approbation und Promotionen 1954 und 1955. Von 1955–1960 Ausbildung in der Allgemeinen- und Maxillofazialen Chirurgie, Gastarzt in der Anästhesiologie und Ophthalmologie, mit frühzeitiger Ausrichtung auf die Plastische Chirurgie. Deswegen 1960–1964 – u.a. als Stipendiat des DAAD und der NATO – in London zur umfassenden Ausbildung im Gesamtspektrum der Plastischen Chirurgie, der Handchirurgie, der pädiatrischen plastischen Chirurgie und der Verbrennungschirurgie am Queen Mary's Hospital, dem Childrens Hospital Great Ormond Street und am Queen Victoria Hospital East Grinstead – u.a. durch Sir Harold Gillies, dem „Vater der modernen Plastischen Chirurgie“, Evans, Battle, Clarkson und Matthews.

1964 Rückkehr nach Deutschland und Aufbau des ersten deutschen Zentrums für Schwerverbrannte und einer Abteilung für Plastische Chirurgie in Bochum. Schwerpunkte eigener klinischer Arbeit: Plastische Chirurgie des Traumas, Chirurgie der verletzten Hand, Therapie der Brandverletzten. Wissenschaftliche, insbesondere interdisziplinäre Forschungsprojekte: Immunologie und Mikrobiologie der Infektionen Verbrennkrankter und Hauttransplantationen. Mehr als 150 wissenschaftliche Publikationen.

1977 Venia legendi und 1981 Professor für Plastische Chirurgie an der Ruhruniversität Bochum.

1976 Entsendung als erstmaliger Leiter in die neue „Sektion für Plastische Chirurgie“ im Berufsverband der Deutschen Chirurgie und 1977 als erster deutscher Delegierter für die Plastische Chirurgie in der Europäischen Vereinigung der Fachärzte (UEMS) mit berufspolitischem Engagement für die Harmonisierung der Ausbildung Plastischer Chirurgen Europas.

Zeitweise Vorstandsmitglied der IPRAS und der „International Society for Burn Injuries“. Mitglied der Schutzkommission der Bundesregierung für den Katastrophenschutz.

1992 Ernennung zum Ehrenmitglied der Vereinigung und 1993 Ehrenpräsident des europäischen Kongresses in Berlin.

1998 Verleihung des „G. Whitaker International Burns Price“ für Lebensleistungen in der Verbrennungsmedizin.

2000 Verleihung des Bundesverdienstkreuzes 1. Klasse für „Pionierleistungen auf dem Gebiet der Plastischen Chirurgie und der Behandlung Schwerverbrannter“.

## Peter Rudolf Zellner



Ein großer Pionier der Deutschen Plastischen Chirurgie und Mann der ersten Stunde ihrer Moderne.

Aufgewachsen in seiner Geburtsstadt Berlin nimmt er unmittelbar an deren Geschichte teil, als Flakhelfer der Luftverteidigung Berlins im letzten Kriegsjahr und der nachfolgenden Teilung der Stadt. Für sein Berufsziel eines Kiefer-Gesichtschirurgen studiert er Human- und Zahnmedizin und promoviert, nach den Approbationen, erfolgreich in beiden Fächern an der Humboldt Universität Berlin.

1951–1960 erhält er eine umfassende Ausbildung in der Kiefer-Gesichtschirurgie als Assistent in der Charité bei Professor Rosenthal. Die Jahre 1961 bis 1963 führen ihn dann nach Großbritannien, dem damaligen Mekka der Plastischen Chirurgie. Im Londoner Mount Vernon Hospital werden ihm von seinen Lehrern und Mentoren Mowlem und Muir seine zukunftsweisenden Kenntnisse der Plastischen Chirurgie und zugleich prägende Eindrücke britischer Lebensart vermittelt. Anschließende Studienaufenthalte führen in die USA, nach Kanada und Skandinavien.

Nach seiner Rückkehr nach Deutschland vertieft er seine chirurgischen Kenntnisse: 1964–1968 in Bochum und Hamburg, davon ein Jahr in der Handchirurgie bei Buck-Gramko. 1968 wird er in der neu entstehenden BG-Unfallklinik Ludwigshafen zum Chefarzt der Abteilung für Brandverletzte, der Plastischen- und Handchirurgie gewählt, die er dann 25 Jahre leiten wird, Unter seiner Führung wird diese Klinik eine der bedeutendsten Einrichtungen der deutschen plastischen Chirurgie und erlangt internationalen Ruf, mit seinen Schwerpunkten des akuten Traumas, der Rekonstruktiven- und Handchirurgie. Zentrales Anliegen war und blieb die Versorgung schwerer Verbrennungen mit dem gesamten Spektrum ihrer Probleme – von der Akutversorgung, den chirurgischen Interventionen zum Hautersatz, bis zur operativen Rekonstruktion und Rehabilitation. Eine Vielzahl wissenschaftlicher Publikationen sind Grundlage für seine Habilitation 1975 an der Universität Heidelberg und seine Professur 1981.

Insbesondere seine Verdienste um die Verbrennungschirurgie finden ihre Würdigung durch die Verleihung des „Everett Evan Award“ der American Burn Association. Im mitteleuropäischen Raum wird er Begründer der erfolgreichen „Deutschsprachigen Arbeitsgemeinschaft für Verbrennungsbehandlung“.

Die deutsche Plastische Chirurgie verdankt Rudolf Zellner Außerordentliches: Er ist einer der Hauptinitiatoren der Gründung der „Vereinigung der Deutschen Plastischen Chirurgen“. Sein ungeheurer Einsatz und jahrelange Anstrengungen ebnen den Weg zur Anerkennung und Selbständigkeit unseres Faches in Deutschland und im internationalen Raum.

Die Vereinigung wählt ihn deswegen zweimal zu ihrem Präsidenten und zu ihrem Ehrenmitglied. Rudolf Zellner verstirbt am 3. Oktober 1998 an den Spätfolgen einer beruflich erworbenen Virushepatitis.

Fritz E. Müller

## Dieter Buck-Gramcko



Dieter Buck-Gramcko wurde am 28. Oktober 1927 in Hamburg geboren, wo er auch aufwuchs. Nach Kriegsdienst und Kriegsgefangenschaft studierte er ab 1947 Medizin an den Universitäten Hamburg und Düsseldorf. Die beiden Medizinalassistenten-Jahre wurden in den Fächern Pathologie, Innere Medizin

und Orthopädie abgeleistet.

Zu Beginn seiner Weiterbildung erhielt er in seiner neunmonatigen Tätigkeit am Unfallkrankenhaus Graz unter Prof. Walter Ehalt die Prägung für seine weiteren Interessen, insbesondere der Handchirurgie. Die Spezialisierung konnte auch während der chirurgischen Weiterbildung am Allgemeinen Krankenhaus St. Georg in Hamburg unter Prof. Dr. Buchholz fortgesetzt und durch einen dreimonatigen Aufenthalt in Göteborg, Schweden, bei Prof. Dr. Erik Moberg verstärkt werden. Im Laufe der weiteren Jahre folgten zahlreiche Studienaufenthalte an Zentren für Handchirurgie und Plastische Chirurgie in Großbritannien, den USA, Japan und Australien. Seit 1959 am Berufsgenossenschaftlichen Unfallkrankenhaus Hamburg tätig, gründete er hier die erste selbständige

Abteilung für Handchirurgie in Deutschland im Januar 1963. Wegen der verspäteten Ableistung des damals geforderten „inneren Jahres“ erfolgte die Facharztanerkennung für Chirurgie erst 1961.

Die Habilitation an der Universität Hamburg 1971 erfolgte bereits über ein Gebiet, dem er sich frühzeitig zuwandte und später international Anerkennung fand, nämlich der Chirurgie der angeborenen Fehlbildungen der Extremitäten. Die Ernennung zum Professor folgte 1976; die Teilgebietsbezeichnung für Plastische Chirurgie erlangte er 1982. Seine Hauptarbeitsgebiete sind neben den angeborenen Fehlbildungen, für deren Behandlung er zahlreich neue Methoden entwickelte, die Behandlung von Verletzungen der Hand und insbesondere des Handgelenkes sowie die rekonstruktive plastische Chirurgie im Bereich der Extremitäten.

Schon frühzeitig wandte er sich der Mikrochirurgie zu und gründete eines der ersten Replantationszentren in Mitteleuropa.

Auf wissenschaftlichem Gebiet ist Dieter Buck-Gramcko sehr aktiv gewesen und hat über 200 Publikationen in Zeitschriften und Büchern veröffentlicht. Darüber hinaus hat er sich als Mitherausgeber der Zeitschrift „Handchirurgie – Mikrochirurgie – Plastische Chirurgie“ sowie der Buchreihe „Bibliothek für Handchirurgie“ engagiert.

Dieter Buck-Gramcko ist nicht nur Gründungsmitglied der VDPC, sondern auch der Deutschsprachigen Arbeitsgemeinschaft für Handchirurgie, der Deutschsprachigen Arbeitsgemeinschaft für Mikrochirurgie und der Deutschen Gesellschaft für Handchirurgie, deren Gründungspräsident er wurde. Die DAH wurde von ihm als ständiger Sekretär 33 Jahre geleitet. Auch außerhalb Deutschlands hat er durch zahlreiche Vortragsreisen und Operationsdemonstrationen zur Verbreitung der Erfahrungen auf seinen Spezialgebieten beigetragen. Er ist Ehrenmitglied der amerikanischen, australischen, britischen, französischen, italienischen, japanischen und skandinavischen Gesellschaft für Handchirurgie.

Nach der altersbedingten Abgabe der Position im Unfallkrankenhaus Hamburg arbeitet er noch bis 1997 im Kinderkrankenhaus Wilhelmstift in Hamburg an seiner Lieblingsbeschäftigung, den angeborenen Fehlbildungen weiter.

2007 veröffentlichte er ein Buch mit Biographien über Handchirurgen, Plastische Chirurgen und Anatomen, die sich besonders mit der Handchirurgie beschäftigt haben.

## Heinz-Edzard Köhnlein



Geboren am 26. 5. 1929 in Wünschelberg (Schlesien), als Sohn eines Arztes. Abitur nach Kriegsdienst 1946, Gesellenprüfung als Schreiner 1948.

Studium 1948–1953: TH Stuttgart und an den Universitäten München und Innsbruck: Chemie und Medizin; Medizinisches Examen und

Promotion 1953. Assistenzarzt: Kinder, Innere, Pathologie in München Universitätsklinikum und Stuttgart, Intern USA bis 1956.

Chirurgische Universitätsklinik Freiburg (Prof. Krauss) ab 1956, Facharzt für Chirurgie 1962. Stipendiat des International College of Surgeons, State University of New York, Dept. of Plastic Surgery 1962–1963, Habilitation für Plastische Chirurgie in Freiburg 1964. DFG Stipendiat am Sahlgrenska Sjukhuset in Göteborg 1965. Fullbright Stipendium State University of New York 1967–1968.

Instructor in Plastic Surgery und US-Facharztexamen für Plastische Chirurgie 1968. Wiss. Rat und a.o. Prof. für Plastische Chirurgie, Freiburg 1970.

Direktor der Klinik für Plastische Chirurgie der Medizinischen Hochschule Hannover und Extraordinarius 1974–1979.

Chefarzt für Plastische- und Handchirurgie in Bad Wörishofen und München (in Privatkliniken); apl. Professor für Plastische Chirurgie, TU München 1979–1995.

Rufe auf Lehrstühle:

1985 Witwatersrand, University of Johannesburg

1985 University of Libya

1986 King Fahd University of Riadh

1995 Pensionierung

1995–2006 Obergutachter der LVA Oberbayern und wissenschaftlicher Berater des Ecomed Verlages Landsberg/Lech

## Heinz Bohmert



Am 1. Dezember 1929 in Wetrtingen/Westfalen geboren. Er studierte Medizin an den Universitäten Münster und München, 1957 erhielt er dort die Approbation und Promotion.

Die Ausbildung zum Chirurgen erhielt er ab 1960 an der Chirurgischen Klinik der Ludwig-Maximilians-Universität

München unter Professor Dr. Rudolf Zenker und 1965 die Facharztanerkennung für Chirurgie.

1963 heiratete er Elke Bodtländer, 1965 wurde seine Tochter Birgit geboren.

1966 wechselte er für ein Jahr im Auftrag der Universität München an die Universität Edinburgh, um seine Spezialausbildung in der plastischen Chirurgie unter A. B. Wallace zu erhalten. 1967 wurde er Mitglied der British Association of Plastic Surgeons.

Nach Rückkehr an die Ludwig-Maximilians-Universität München bekam er den Auftrag zum Aufbau einer Abteilung für Plastische Chirurgie und wurde zum Abteilungsleiter ernannt. Seine besondere Zuwendung galt hier der Versorgung Schwerverbrannter, der Tumor- und Wiederherstellungschirurgie des Gesichts sowie plastischen und rekonstruktiven Operationen an der weiblichen Brust. 1968 war er Gründungsmitglied der Vereinigung der Deutschen Plastischen Chirurgen.

Sein wissenschaftliches Interesse galt der Forschung von immunologischen Problemen bei Brandverletzten, wie dies seine Habilitation von 1972 mit dem Thema: „Hautersatz bei Verbrennungen mit Spalthautnetztransplantaten und Xenotransplantaten“ dokumentiert.

Als er 1972 mit dem Problem einer Brustrekonstruktion bei einer jugendlichen Patientin konfrontiert wurde und damals noch keine Wiederherstellungsoperationen existierten, gelang ihm die Neuentwicklung einer geeigneten Methode, die weltweit unter dem Begriff des „medial gestielten Bauchhautlappens“ oder „thoraco-epigastic flap“ über mehrere Jahre bis zur Entdeckung des Latissimus-Lappen angewendet wurde.

1974 leitete er als Kongresspräsident die 5. Tagung der Vereinigung der Deutschen Plastischen Chirurgen. 1975 veröffentlichte er das Buch mit dem Titel „Plastische

Chirurgie des Kopf- und Halsbereichs und der weiblichen Brust“.

1978 wurde auch in Bayern die Teilgebietsbezeichnung für plastische Chirurgie eingeführt und ihm diese zuerkannt. 1980 wurde er zum apl. Professor für Chirurgie an der Ludwig-Maximilians-Universität München ernannt. Von 1982 bis 1985 war er Präsident der Vereinigung der Deutschen Plastischen Chirurgen.

Sein wissenschaftlicher Schwerpunkt war seit Jahren die Brustchirurgie, wo er selbstkritisch nach immer neuen Wegen und Maßstäben suchte, vor allem im Hinblick auf eingeschränkte und brusterhaltende Operationen beim Mammakarzinom. Die zunehmende Konzentration auf onkologische und plastisch-chirurgische Problemstellungen wird durch seine 1980 und 1989 erschienenen Bücher „Brustkrebs und Rekonstruktion“ und „Brustkrebs: Organerhaltung und Rekonstruktion“ verdeutlicht.

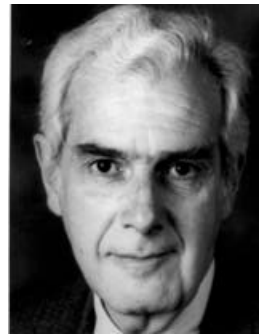
1980 und 1986 hatte er international bekannte Experten der Brustkrebsbehandlung zu Kongressveranstaltungen nach München eingeladen. Seine innovativen Arbeiten auf diesem Gebiet wurden 1977 und 1980 durch Preise von der „Deutschen Gesellschaft für Chirurgie“ ausgezeichnet und erhielten 1992 durch die Verleihung des „Dieffenbach-Ehrenreliefs“ Anerkennung.

Seine nationale und internationale Reputation wird durch die Leitung und Beteiligung von zahlreichen Kongressveranstaltungen, Fortbildungs- und Weiterbildungskursen im In- und Ausland verdeutlicht. Nach der Gründung der European School of Oncology 1980 in London wurde er Mitglied in einem interdisziplinären Experten-Komitee für den mehrmals jährlich stattfindenden Course of Breast Cancer. Um die Plastische Chirurgie umfassend darstellen zu können, verfasste er ein Atlas-Lehrbuch mit dem Titel: „Plastische und Rekonstruktive Chirurgie der Brust“. Dieses Werk wurde in der zweiten Auflage von Ch. Gabka erweitert und wird nach Erscheinen der zweiten englischsprachigen Ausgabe auch als spanische, portugiesische und italienische Ausgabe veröffentlicht. Somit wird mit diesem Spezialgebiet ein wichtiger Beitrag zum Ansehen der Plastischen Chirurgie geleistet.

1994 wurde die Facharztbezeichnung für Plastische Chirurgie eingeführt und ihm der Titel „Facharzt für Plastische Chirurgie“ übertragen. 1996 ist Prof. Dr. Heinz Bohmert, Leiter der Abteilung für Plastische Chirurgie an der Ludwig-Maximilians-Universität München in den Ruhestand getreten.

2005 erhielt Professor Bohmert die Ehrenmitgliedschaft der Deutschen Gesellschaft Plastischer, Rekonstruktiver und Ästhetischer Chirurgen.

## Günter Maria Lösch



1931 in Meran/Südtirol geboren. 1941 Übersiedlung der elterlichen Familie nach Rom. Dort Abitur, Medizinstudium, Approbation und Promotion 1956. 1956–1959 Assistent von Prof. Sanvenero-Rosselli. „Università di Milano“. 1959 Facharzt für „Chirurgia Plastica Ricostruttiva“, 1959 Stipendium der Republik Österreich an der Kieferstation der I. Chirurgischen Universitätsklinik in Wien.

1963 Facharzt für Zahnheilkunde in Rom. 1967 Verleihung des Grades des „Cavaliere“ in Anerkennung der Unterstützung italienischer Gastarbeiter in Hamburg, Niedersachsen und Westberlin.

1960–1965 Hamburg: Stipendiat von DAAD, Alexander von Humboldt-Stiftung und Wiss. Ass. an der Kieferklinik der Universität, Direktor: Prof. Dr. Dr. Dr. h.c. Karl Schuchardt. 1965 Facharzt für Mund- und Kieferkrankheiten. 1965 Habilitation für „Chirurgia Plastica ricostruttiva“ apl. Professur am Lehrstuhl für Plastische Chirurgie „Università la Sapienza“ (Direktor: Prof. Dr. N. Scuderi) Rom.

Universität Hamburg 1965–1966. Wissenschaftlicher Assistent am Anatomischen Institut. 1966–1967. Abteilung für Handchirurgie und Plastische Chirurgie am BG-Unfallkrankenhaus um als Assistent von Dr. Dieter Buck-Gramcko die Kenntnisse in der rekonstruktiven Handchirurgie zu vertiefen. 1968 Universität Hamburg, Chirurgische Klinik (Direktor: Prof. Dr. L. Zukschwerdt) Aufbau der Plastischen Chirurgie. Nach dessen Emeritierung Fortsetzung des Projektes in der von Prof. Dr. H. Remé geleiteten Klinik für Chirurgie an der Medizinischen Akademie Lübeck (1969–1974), Einrichtung des „Labors für spezielle Anatomie der Fehlbildungen“. 1968 Habilitation für Plastische und Wiederherstellende Chirurgie. 1969 Facharzt für Chirurgie durch die Ärztekammer Schleswig-Holstein.

1974 Lübeck. Ernennung zum Professor und Direktor der neu gebildeten Klinik und Poliklinik für Plastische

Chirurgie. Seit 1974 ist der hier skizzierte Lebenslauf untrennbar mit dem Gedeihen der Klinik in Lübeck und der Mitarbeiter/innen, die mit großer Empathie in Krankenversorgung, Lehre und Forschung die gemeinsam erzielten segensreichen Entwicklungen mitgestalteten.

Beginnend 1974 Ermächtigung zur vollen Weiterbildung für das Teilgebiet Plastische Chirurgie und zwei Jahre Chirurgie, danach für den Facharzt für Plastische Chirurgie, und die Zusatzbezeichnungen „Handchirurgie“ sowie „Plastisch chirurgische Intensivmedizin“. 1979 Anerkennung als Arzt für Chirurgie, Teilgebiet Plastische Chirurgie. Weitergebildet zum Teilgebiet und/oder Facharzt wurden 52 Assistenten/innen. 1984 Errichtung der Intensiveinheit für Schwerbrandverletzte mit Stellenanhebung. „Rund-um-die-Uhr-Replantationsdienst abgetrennter Körperteile“ ab 1974. Intensive Praxis der mikrochirurgischen freien Transplantationen.

DGCH und VDPC 1975 wird Lösch durch den Präsidenten der DGCH Prof. Carstensen in den „Arbeitskreis Ärzte und Juristen“ als Vertreter des künftigen „Teilgebietes Plastische Chirurgie“ ernannt. Berufung in das Präsidium der DGCH als Vertreter der „Sektion Plastische Chirurgie“ 1980. Bestätigung durch Wahl für die erste Amtszeit (1982–1985). 1992: Gründungsmitglied der AWMF. In Lübeck Gründung des „Konvents der Hochschullehrer/innen für Plastische Chirurgie der VDPC als Vertretung des Gebietes an den deutschen Universitäten“ (Sprecher: 1993–1996 Lösch und Berger). Verschiedene Funktionen im Vorstand/Kommissionen der DGPRÄC.

Auszeichnungen: Korrespondierendes Mitglied der „Soc. Ital. Chirurgia Plastica Ricostr. Estet.“, 1979 Ehrenurkunde „Universitate Carolina“ Prag, 1992 „EURAPS Diploma“, 1992 „Dieffenbach-Ehrenurkunde“, 2000 „Silberne Ehrennadel“ des BDC, 2002 „Silberne Ehrennadel“ des DRK, Im Namen des Landes Schleswig-Holstein, durch den Kultusminister 1981, durch die Ministerin für Wissenschaft, Forschung und Kultur“ 1996 „Dank und Anerkennung des Staates für die dem deutschen Volke geleistete treuen Dienste“. 2008 „Ernennung zum Ehrenmitglied der DGPRÄC“. Ehrenamtliche Aufgaben: Gutachten/Obergutachten bei Habilitationen, Vergabe von Professuren und Leitenden Stellen an Universitäten der BRD. 2006/2007 Einrichtung der „Hinderer Bibliothek“ in Berlin, 2007 Ernennung zum „Historian/Archivar“ der DGPRÄC.

Schwerpunkte der anatomischen und klinischen Forschung: 1. Angeborene Fehlbildungen des Kopfes und

der Extremitäten. Seit 1956 mit Beiträgen zur Entwicklungsgeschichte, Klassifikation und Plastisch Chirurgischen Behandlung. Eigene Habilitationsschrift: „Ein Beitrag zur speziellen Anatomie der Syndaktylien mit Bemerkungen zu ihrer Entwicklung und Therapie“ und weitere drei Habilitationsschriften und Dissertationen (Otto Roth-Preis Universität Lübeck). 2. Qualitätssicherung In einer 10-jährigen Studie mit Dokumentation von 10.152 operativ Behandelten Entwicklung „eines Systems der Datenerfassung, und Dokumentation als Beitrag zur Qualitätssicherung in der Plastischen Chirurgie“ 3. Verbrennungen. 1993–1996 Forschungsvorhaben. Reflektionsoptische Bestimmung der Tiefe von Verbrennungen der Haut. (Sponsor: Fraunhofer Gesellschaft), 1998 Kameraerstellung mit Auszeichnung: „Thüringer Preis für Produktdesign.“

Lehre, Fortbildung, Stipendien und Gastprofessuren: Ab 1974 konnte der Studentenunterricht in Plastischer Chirurgie wesentlich erweitert werden. Vorlesungen und Kurse im Studienjahr 1965/1966 mit Scheinpflichtigen Vorlesungen ein Mal wöchentlich. Woche zur Vorbereitung der praktischen Kurse, der Klinischen Untersuchungen und Praktika nach Gruppenplan. Zusätzlich zweistündliche Visiten auf den Stationen und Intensivstation, Anleitung zur Indikation, Anatomie und Mikrochirurgie, Nahtkurs. 1996 Berufung als Vorsitzender und Wahlfachprüfer in die Kommission für die Ärztliche Abschlussprüfung an der Universität zu Lübeck. Von Anbeginn Teilnahme an den Fortbildungsprogrammen der DGPRÄC und der Ärztekammer Schleswig-Holstein. 1994–1996 Weiterbildungs- und Forschungsstipendiaten der DAAD, Alexander von Humboldt Stiftung und ERASMUS/SOKRATES aus Russland, China und Italien Gastprofessuren: 1968 Karls Universität Prag, 1984 „Università di Chieti“, 1985 Universität Ulm, 1988 Universität Witten/Herdecke, 1996 „Facoltà di Medicina Catania“, 1996 „China Coalmining Medical College of Tangshan“, „Università di Roma“ und ab 2008 „Università Republica di San Marino“.

Entwicklung der Klinik für Plastische Chirurgie der Universität zu Lübeck 1974–1996:

1974 Gründung. Beginn mit: 15 Plan-Betten-Stellen, Direktor, 2 Assistentenstellen, 1 Schreibkraft, Pflegepersonal.

1996 Jahr der Emeritierung des Direktors: Plan-Betten 40, davon 4 auf der Intensivstation für Schwerbrandverletzte. Vorzimmer des Direktors: 1 Sekretärin, dazu 2



Schreibkräfte, Leitende Oberärztin, 2 Funktionsoberärzte, 10 Wissenschaftliche Assistenten/innen und 2 Ärzte/innen im Praktikum. 1984 Stiftung für die Intensivstation einer Operationskabine (Modumed durch die Firma Dräger, Lübeck).

Forschungsbereich Verbrennungsmedizin 2 Stellen: 1. Dr. rer. nat., 2. Dipl. Ing. (Drittmittelfinanziert durch die Fraunhofer Stiftung).

Veranstaltung von Kongressen: VDPC 7. Tagung 1976, Jubiläumskongress 25 Jahre VDPC 1994, 2. Jahrestagung der Deutschsprachigen Arbeitsgemeinschaft für Handchirurgie 1981.

Mitgliedschaft in nationalen und internationalen Gesellschaften für Plastische Chirurgie sowie medizinischer und nicht medizinischer Gebiete.

Prof. Dr. G.M. Lösch ist seit 1964 mit Juliane Lösch geb. Grün verheiratet, drei Söhne Hans Julius Ahlmann, Hans Michael Jebesen, Hans Martin Lösch.

## Neven Olivari



Neven Olivari ist 1932 in Gradac, Dalmatien (Kroatien) geboren. Nach dem Abitur studierte er an der Universität Zagreb, wo er 1958 promovierte.

1960 trat er seinen Dienst als Assistenzarzt in der Chirurgischen Abteilung des Dreifaltigkeits-Krankenhauses in Lippstadt (Chefarzt Dr. Schröder) an, wo er bis 1964 blieb. Im Mai

1964 erfüllte sich sein Wunsch und er wechselte an den II. Chirurgischen Lehrstuhl der Universität Köln (Prof. Schink), wo er gleichzeitig in der Abteilung für Plastische Chirurgie (Prof. Schrudde) tätig wurde.

1967 wurde er Facharzt für Chirurgie und 1970 Oberarzt, jetzt in der selbständigen Klinik für Plastische Chirurgie der Universität Köln bei Prof. Dr. J. Schrudde, wo er als leitender Oberarzt bis 1982 blieb. Hier entwickelte er umfangreiche wissenschaftliche und klinische Tätigkeiten. In dieser Zeit veröffentlichte N. Olivari über 30 wissenschaftliche Arbeiten. Die wichtigste war wohl die Wiederentdeckung des Latissimus Lappen. 1977 folgte die Habilitation für das Fach Plastische Chirurgie, 1982 wurde er apl. Professor für Plastische Chirurgie.

Von 1982 bis 1997 war Neven Olivari Chefarzt der Abteilung für Plastische Chirurgie am Dreifaltigkeits-Krankenhaus in Wesseling. Hier, wo es bis dahin keine Plastische Chirurgie gab, baute er in kürzester Zeit eine leistungsfähige Abteilung mit über 30 Betten auf. Er legte besonderen Wert auf ein breites plastisch-chirurgisches Spektrum und eine systematische Ausbildung junger Kolleginnen und Kollegen. 1985 wurde in Wesseling auch eine neue operative Methode zur Korrektur der Endokrinen Orbitopathie entwickelt. In diesem Zeitraum wurden zahlreiche wissenschaftliche Abhandlungen und Buchbeiträge veröffentlicht.

1982 wurde Neven Olivari der wissenschaftliche Preis der Vereinigung der Deutschen Plastischen Chirurgen für die Entwicklung des Latissimus-dorsi-Lappens verliehen. Zahlreiche, vom ihm ausgebildete Kollegen haben erfolgreich ihre Karriere in Deutschland, Österreich, Schweiz, Schweden, Spanien, Griechenland, Kroatien fortgesetzt. Dabei wurden sie immer intensiv von ihrem ehemaligen Chef unterstützt. Olivari ist besonders stolz auf seinen Schüler und Nachfolger in Wesseling, Dirk F. Richter.

1990–1993 war Neven Olivari Präsident der Vereinigung der Deutschen Plastischen Chirurgen (in der er von 1978–1997 mehrere Funktionen im Vorstand innehatte). Während seiner Präsidentschaft hat er sich intensiv bemüht, den Namen der Vereinigung der Deutschen Plastischen Chirurgen so umzubeneden, dass diese in Zukunft den Namen Vereinigung der Deutschen Plastischen und Ästhetischen Chirurgen tragen sollte. Zwei solche Vorschläge sind leider mit minimaler Mehrheit abgelehnt worden. Später zeigte sich, dass dies falsch war.

1991 Verleihung des Award for the best clinical paper in „Plastic and Reconstructive Surgery“, für den Beitrag „Transpalpebral Decompression of Endocrine Ophthalmopathy (Grave's disease) by Removal of Intraorbital Fat: Experience with 147 Operations in 5 Years“.

1998 Verleihung des Bundesverdienstkreuzes 1. Klasse für die Verdienste auf dem Gebiet der Plastischen Chirurgie (Bundespräsident Roman Herzog).

1999 veröffentlichte Olivari das Buch: Endokrine Orbitopathie – Chirurgische Therapie und 2004 das Buch: Praktische Plastische Chirurgie – Ein Operationsatlas. (2006 in kroatischer Sprache und 2008 in englischer Sprache erschienen).

2007 Verleihung der Dieffenbach-Medaille von der DGPRÄC.

Neven Olivari ist Ehrenmitglied der DGPRÄC, der kroatischen Akademie der medizinischen Wissenschaften und Honorary Member der British Association of Plastic Surgeons.

Neven Olivari ist ein gern gesehener Redner auf nationalen und internationalen Kongressen und ein respektloser Kritiker, wenn es um das Fach Plastische Chirurgie geht. Er respektiert Autoritäten, die auf fundiertem Wissen begründet sind. Blender, die nur schöne Resultate zeigen und keine Komplikationen diskutieren, sind ihm ein Greuel. Diese Meinung vertritt er laut und deutlich. Seine Hobbies sind Tennis, Klavierspielen, Malen und Navigieren im dalmatinischen Archipelago.

Neven Olivari ist verheiratet mit Anna-Maria, hat zwei Söhne (Alexander und Nicolas) sowie drei Enkelkinder (Lina Maria, Ella Brigitte und Karlo).

## Martin Trauner



Martin Trauner geboren am 26. 12. 1933 in Wien. Nach Absolvierung der Volksschule in Wien, Besuch der Mittelschule in Wien und Graz und Ablegung der Reifeprüfung daselbst am 19. 6. 1951. Studium der Medizin an der Universität Graz und Promotion zum Dr. med. Univ. am 11. 5. 1951. Nach

einem Semester Zahnheilkunde, Allgemeine Chirurgie an der Chirurgischen Klinik Tübingen und der Chirurgischen Klinik Graz. Es folgte nun die Ausbildung in Plastischer Chirurgie, Handchirurgie und der Behandlung von Brandverletzten am Odstock Hospital Salisbury/Wilts. England. Zu dieser Zeit war eine solche Ausbildung in Österreich oder Deutschland nicht möglich.

Zurückgekehrt nach Österreich Fortsetzung der Ausbildung in Chirurgie und Handchirurgie an der 1. Chirurgischen Klinik in Wien. Daselbst am 9. 11. 1962

Teilnahme an der Gründungsversammlung der Österreichischen Gesellschaft für Plastische Chirurgie.

In Graz Abschluss der zahnärztlichen Ausbildung und Facharztprüfung am 29. 6. 1963. Beginn der Ausbildung in Kieferchirurgie in Graz und Fortsetzung an der Kieferchirurgischen Abteilung der Z.M.K.-Klinik Würzburg. Ernennung zum Facharzt für Kieferchirurgie am 21. 9. 1966 durch die Bayerische Landesärztekammer.

Fortsetzung der Ausbildung in Chirurgie und Plastischer Chirurgie im Krankenhaus Köln-Merheim am 2. Chirurgischen Lehrstuhl der Universität Köln und der Arbeitsgruppe für Plastische Chirurgie. Am 16. 10. 1968 Teilnahme an der Gründungsversammlung der Vereinigung der Deutschen Plastischen Chirurgen in Bochum. Am 21. 4. 1967 Ernennung zum Facharzt für Chirurgie durch die Ärztekammer Nordrhein. Dann weitere Tätigkeit an der Abteilung für Plastische Chirurgie in Köln-Lindenthal. Anschließend Chefarzt der Klinik für Plastische und Wiederherstellungschirurgie Staffelsberg Bad Kissingen. Wegen Konkurs des Krankenhausträgers war eine weitere Arbeit nicht möglich. Nach einem längeren arbeitslosen Intervall ergab sich die Möglichkeit zum Aufbau einer Abteilung für Plastische Chirurgie und Handchirurgie an der BG-Unfallklinik Murnau.

Am 1. 11. 1975 Beginn der Tätigkeit an der BG-Unfallklinik, zuerst als Oberarzt, dann als Leitender Arzt der Abteilung für Plastische, Hand- und Kieferchirurgie.

Vom 26.–29. 9. 1985 fand die 15. Jahrestagung der Vereinigung der Deutschen Plastischen Chirurgen in Murnau statt.

Ab 1. 9. 1990 nach wesentlicher Erweiterung Chefarzt der Abteilung für Plastische, Hand-, Kiefer- und Mikrochirurgie.

Am 20. 10. 1990 Teilnahme an der Gründungsversammlung der Deutschen Gesellschaft für Handchirurgie in Innsbruck, und am 2. 11. 1993 Anerkennung als Facharzt für Plastische Chirurgie und Zusatzbezeichnung Handchirurgie durch die Bayerische Landesärztekammer.

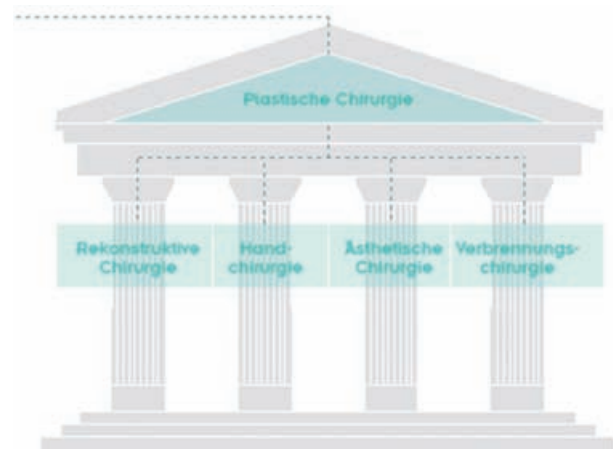
Am 31. 12. 1998 Beendigung der Tätigkeit an der BG-Unfallklinik Murnau.

# Die Entwicklung in Klinik, Lehre und Forschung

Die Vereinigung der Deutschen Plastischen Chirurgen (VDPC/DGPRÄC) hat das Fachgebiet als einen Tempel strukturiert dargestellt. Fundament des Gebäudes in Praxis und Wissenschaft sind die Behandlung der Patienten, die Lehre der Studierenden sowie die Forschung, visualisiert über die drei Stufen des Tempels.

Im Pflichtfach Chirurgie, sowie später in der Basischirurgie („common trunk“) erwerben Studierende durch Dozenten und Professoren für Plastische Chirurgie an den Universitäten sowie in Lehrkrankenhäusern/Praxen erste Kenntnisse des Fachgebietes.

Entsprechend orientiert beginnt der approbierte Arzt seine Weiterbildung in der Plastischen (und Ästhetischen) Chirurgie. Dabei lernt er die vier, als Säulen dargestellten, Bereiche des Faches kennen. Dem Leser soll dieses, ebenfalls analog der Säulen gegliederte Kapitel als Übersicht zu der vielfältigen und umfassenden Entwicklung des Faches dienen. Dabei kann das gesamte Spektrum nur mit einer Auswahl von Themen dargestellt werden.



# Angeborene Fehlbildungen

Entwicklung der Konstruktiven Plastischen Chirurgie und ihrer anatomischen entwicklungsgeschichtlichen Grundlagen im Spiegel der Jahrestagungen der VDPC/DGPRÄC (1970–2001) und DAH (1981)

Günter M. Lösch, Michael Greulich, Peter Mailänder

Die von dem Heidelberger Pathologen Ernst Schwalbe definierte „Missbildungslehre“ (Teratologie) und in ihr die spezielle Anatomie und Entwicklungsgeschichte der angeborenen Fehlbildungen bildeten das wissenschaftliche Fundament der Konstruktiven Plastischen Chirurgie [1]. Im Jahr 1906 ist von Schwalbe der erste Band der „*Morphologie der Missbildungen der Menschen und der Tiere*“ herausgegeben worden [2]. Als Herausgeber folgte Georg B. Gruber, Professor für Pathologie an der Universität Göttingen. Bis 1960 sind 20 Bände erschienen. In dem von Alan Rubin herausgegebenen „*Handbook of Congenital Malformations*“ sind mehr als 700 Einzeldiagnosen angeborener Fehlbildungen in Gruppen klassifiziert und beschrieben worden [3]. Die Fehlbildungen werden, nach dem betroffenen Organ bzw. Organsystem, Gruppen zugeordnet.

Nach dieser Klassifikation werden unter Berücksichtigung der Literatur und einer eigenen Klassifikation der Fehlbildungen der Hand die Beiträge der Tagungen der VDPC/DGPRÄC in den Jahren 1970 bis 2001 nachfolgend dargestellt [4-10, 13, 14]. Bei den klassifikatorisch erfassten Diagnosen muss berücksichtigt werden, dass aus plastisch-chirurgischer Sicht mit dem Terminus „Angeborene Fehlbildung“ auch Formfehler erfasst werden, deren genetische Ursache nicht erwiesen ist [3, 4]. Die Autoren dieses Beitrages zur Festschrift sind sich der Knappheit ihrer Darstellungen bewusst und bitten um Nachsicht. Die überwiegende Anzahl der Beiträge während der Jahre 1970 bis 2001 entstand in den neu gegründeten Abteilungen/Kliniken für Plastische Chirurgie in Krankenhäusern und Universitäten/Hochschulen. Diese Einrichtungen sind von den Gründungsmitgliedern der

VDPC aufgebaut und nachfolgend von Mitgliedern der VDPC/DGPRÄC weiterentwickelt und geleitet worden.

## Jahrestagungen der VDPC/DGPRÄC und Beiträge in der Zeit von 1970 bis 2001

**Gruppe 1:** Die Klassifikation von Rubin [3] beginnt mit dem „*Ernährungssystem*“ (*Atresia of Esophagus, Associated Anomalies of Anus, or Rectum, Small Intestine and Urinary Tract ...*). Bei in dieser Gruppe fehlenden Beiträgen sei aber auf den Beitrag von Hildegunde Piza-Katzer hingewiesen: „Zur rekonstruktiv plastischen freien mikrovaskulären Transplantation von Dünndarmsegmenten nach tumorbedingter Laryngektomie um eine möglichst rasche funktionsgerechte Wiederherstellung (Schluckfunktion und Sprache) zu sichern“. Die seit 1984 bis 1991 in interdisziplinärer Zusammenarbeit mit 98 Transplantationen versorgten 95 Patienten stammen aus HNO-Kliniken, der Klinik für Gesichts- und Kieferchirurgie und der Abteilung für Plastische und Wiederherstellungschirurgie der I. Chirurgischen Universitätsklinik in Wien [18]. Gleiches gilt auch für den von H. Anderl und dem Team der Innsbrucker Universitätskliniken für Chirurgie I und II an der 26. *Tagung 1995 in Leipzig* (Vorsitzender: M. Steen) gezeigten Poster „Cervikale Ösophagusrekonstruktion mit freiem (mikrochirurgischem) Gewebetransfer“.

**Gruppe 2. Mammae:** Den Kriterien der Rubin-Klassifikation [3] entspricht die Zuordnung der Mammae. Es wird hierzu auch auf Strömbeck hingewiesen der anlässlich der 7. *Jahrestagung der VDPC in Lübeck* (1976) in seiner Dieffen-

bach-Vorlesung, unter vernehmlichem Murren der Zuhörenden, die Brüste dem Ernährungssystem zuordnete [6]. Klinisch-wissenschaftliche Entwicklungen und Erfahrungen bei der Behandlung angeborener Fehlbildungen der Mammae beider Geschlechter wurden mit Beiträgen aus Österreich, Deutschland und von Gästen aus Europa, den USA und Kanada während des Zeitraums von 1970 bis 2001 geleistet. Die Beiträge schildern Operationstechniken zur Normalisierung der Brustform und deren Ergebnisse. Nur in einem der Beiträge (Tabelle 1, B.4) wird die Thematik, über die operative Korrektur hinausgehend, auf die Embryologie und Ätiologie erweitert. Zahl und Vielseitigkeit der Beiträge erlaubt nicht das Eingehen auf Einzelheiten. Es wird deshalb auf die notwendig begrenzte Zusammenfassung von Fakten auf der Tabelle 1 hingewiesen.

**Gruppe 3. Vaskuläre Fehlbildungen von Gesicht, Hals und Hand:** Kardiovaskuläres System nach Mulliken [4]. Ob und in welchen Beiträgen eine Unterscheidung nach dem Geschlecht der Betroffenen erfolgt ist, müsste noch überprüft werden. Bekannt ist eine größere Häufigkeit der Haemangiome bei

dem weiblichen Geschlecht (Verhältnis weiblich/männlich: 3:1). Der Häufigkeit des Vorkommens angeborener Fehlbildungen dieses Systems, postnatal und im Kindesalter, bei 0,6 % aller Lebendgeborenen [4] entspricht die Anzahl der Berichte (Tabelle 2). Zu bemerken ist, dass der Sitzung „Haemangiome“ an der *ersten Jahrestagung 1970 in München* (Vorsitzender: P.R. Zellner, Organisation: Ursula Schmidt-Tintemann) das Hauptreferat „Angiome und Angiomatosen“ des Pathologen der Universität Innsbruck, Prof. Probst, vorangestellt worden ist [7].

**Gruppe 4. Endokrines System/Endokrine Ophthalmopathie:** „Es handelt sich um ein Krankheitsbild, das fast immer mit Schilddrüsenstörungen einhergeht“. Auffallend ist das mehr oder weniger schnelle Auftreten eines ein- oder beidseitigen *Exophthalmus*, bedingt durch Volumenzunahme des retrobulbären Gewebes. In vielen Fällen (Morbus Basedow, Graves' disease) besteht gleichzeitig eine Hyperthyreose, vergesellschaftet mit einer Struma. An den nachfolgend zitierten Jahrestagungen der VDPC/DGPRÄC wurden von Olivari neue Beiträge zur plastisch-chirurgischen Behandlung des endokrinen

**Tabelle 1** Gruppe 2: Mammae

Tagung, Jahr, Ort	Vorsitz	Beiträge =	B. 1-9
1970 München	Schmidt.Tintemann	Bruck HG, Wien	B.1
	Zellner	Freilinger G, Mandl H, Wien	B.2
1978 Köln	Schrudde	Mühlbauer W, et al, München	B.3
1994 Lübeck	Lösch	von Heimburg D, et al, Frankfurt/M.	B.4
		Wolff W, et al, Würzburg	B.5
1997 Würzburg	Eckert	Stöcker H, et al, Stuttgart	B.6
		Liebau Jutta, Pallua N, Hannover	B.7
		von Heimburg D, Pallua N, Aachen	B.8
2001 Frankfurt/Main	Exner/Lampe	Klöcker R, et al, Köln	B.9

#### Titel der Beiträge

B.1	Halbsubpektorale Prothese bei extremer Mammahypoplasie
B.2.	Zur chirurgischen Behandlung der persistierenden Pubertätsgynäkomastie
B.3	Die kindlich-juvenile Gigantomastie
B.4	Die tubuläre Brustform Embryologie, Ätiologie und operative Korrektur
B.5	Operative u. postoperative Probleme und deren Lösungsmöglichkeit bei Gynäkomastie
B.6	Therapie der Gynäkomastie
B.7	Techniken und Ergebnisse zur Korrektur der Gynäkomastie
B.8	Die operative Korrektur der Brustfehlbildungen mit minimaler Narbenlänge
B.9	Therapie der tubulären Brustdeformität und des Poland-Syndroms mit Expanderprothese

Exophthalmus geleistet [20]: 17. *Tagung 1987 Gelsenkirchen* (Vorsitzender: F.E. Dietrich), Beitrag Olivari N., Wesseling „Dekompression bei Exophthalmus bei Morbus Basedow“, 25. *Tagung 1994 Lübeck* (Vorsitzender: G.M. Lösch) Beitrag Eder E., Olivari N. „Die Ober- und Unterlidretraktion bei der endokrinen Orbitopathie - unsere Therapieerfahrungen, 32. *Tagung Frankfurt am Main* (Vorsitzende: Exner, Lampe) Beitrag Olivari N., Bornheim „Endokrine Ophthalmopathie. Transpalpebrale Dekompression durch Entfernung des retrobulbären Fettes“.

**Gruppe 5. Muskuloskeletales System Obere Extremität unterschieden aus anatomischer, entwicklungsgeschichtlicher und plastisch-chirurgischer Sicht:** Es sind von weit über 40 Autoren und Koautoren Beiträge zur Anatomie, Entwicklungsgeschichte und „Konstruktiven Plastischen Chirurgie“ der angeborenen Fehlbildungen der oberen Extremität und besonders der Hand, an den Jahrestagungen der VDPC/DGPRÄC geleistet worden. Beiträge erfolgten an nachfolgenden Jahrestagungen: 7. *in Lübeck (1976)*, 8. *in Erlangen (1977)*, 10. *in Düsseldorf (1979)*, 13. *in Hannover (1983)*,

**Tabelle 2** Gruppe 3. Kardiovaskuläres System Gesicht Hals Hand – Jahrestagungen 1. 4. 7. 8. 9, und 32. Beiträge = B. 10-28

Beiträge	Autor/in	Diagnose/Behandlung
<b>1. Tagung, 1970 München, Vorsitz: Ursula Schmidt-Tintemann, P.R. Zellner</b>		
B.10	Probst A., Innsbruck	Haemangiome und *Angiomatosen
B.11	Wilflingseder P., Innsbruck	*Haemangiome, Instillation, Erfahrungen
B.12	Wulle Christhild, Innsbruck	*Haemangiome, Cortison
B.13	Pierer H., Graz	*Haemangiome, Verödung und Op.
B.14	Ohlsen Grete, Kopenhagen	*Kavernöse Haemangiome Behandlung
B.15	Strömbeck J.O., Stockholm	*Haemangiome chirurgische Behandlung
B.16	Schmidt E. Stuttgart	*Haemangiome op.-technische Möglichkeiten
B.17	Wunderer S., Ullik R., Wien	*Haemangiome im Gesichts- Kieferbereich
B.18	Schrudde J., Köln	*Naevi flammei Behandlung
B.19	Petrovici Veronika, Köln	Zur *Systematik bei Haemangiomen
<b>4. Tagung, 1973 Frankfurt am Main, Vorsitz: H. Höhler H</b>		
B.20	Haußmann P., Freiburg,	Ausgedehntes *Haemangio-Lymphangiom bei einem zweijährigen Kind
<b>7. Tagung, 1976 Lübeck, Vorsitz: G.M. Lösch</b>		
B.21	Mühlbauer W. et al., München	*Kapilläre Haemangiome und *Naevi flammei Lichtbehandlung
B.22	Petrovici Veronika et al.; Köln	Schwerste Schädigung des Gesichtsausdrucks durch *Haemangiome und Chirurgische Behandlung
<b>8. Tagung, 1977 Erlangen, Vorsitz: J. Geldmacher</b>		
B.23	Brüser P., Köln	Die Behandlung angeborener *Angio-venöser Fisteln der Hand mit arterio-venösen Anastomosen
<b>9. Tagung, 1978 Köln, Vorsitz: J. Schrudde</b>		
B.24	Vossmann H., Zellner P.R., Ludwigshafen	Zur op. Technik der *Gesichtshaemangiome
<b>32. Tagung, 2001 Frankfurt am Main, Vorsitz: K. Exner</b>		
B.25	Petrovici Veronika, Köln	*Haemangiome im Kindesalter
B.26	Grantzow R. et al., München	*Haemangiome YAG Laser Therapie, Wirkung
B.27	Arlt A. et al., Stuttgart	Rezidiv einer ausgedehnten *Malformation der Wange, der Glandula parotis und der Concha
B.28	Schuster F., Grantzow R., München	*Lymphangioma colli Ergebnisse nach Korrektur unter Berücksichtigung einer Klassifikation

B.= Beitrag. \* Bezüglich der Diagnosen siehe Literatur Ziffern: 3,4,7 u.15

25. in Lübeck (1976), 28. in Würzburg (1997), 30. in Bochum (1998), 32. in Frankfurt am Main (2001) und an der 22. Tagung der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Handchirurgie (DAH) in Lübeck (1981). Vorsitzende der Tagungen waren bzw. sind die Leitenden Plastischen Chirurgen der neu gegründeten Abteilungen/Kliniken des Ortes, es handelt sich um nachfolgende Mitglieder der VDPC/DGPRÄC:

In Frankfurt/Main: Höhler (1970–1977), Lemperle (1978–1994), danach Exner.

In Hannover: Köhnlein (1974–1979), Berger (1980–1999), Vogt ab 2000.

In Köln: Schrudde (1970–1987), ab 1988 Spilker.

In Lübeck Lösch (1974–1996) danach Mailänder.

In München, Klinikum rechts der Isar: Schmidt-Tintemann (1969–1989), Biemer (1990–2008) und Machens ab 2008.

In München-Bogenhausen: Mühlbauer (1984–2003), gefolgt von Ninkovic.

In Stuttgart: Ab 1948 Schmidt, nach ihm Reichert bis 1991. Nachfolger sind Greulich, Wangerin und Gubisch.

In Würzburg: Eckert (1980–1989) es folgten Keller, Kuhfuß und Schmidt.

Die Themen der Beiträge werden auf den Tabellen 3 und 3.1. klassifikatorisch zusammengefasst [5, 8, 9, 10]. Die Klassifikation ist in dem Referat „Versuch einer entwicklungsgeschichtlich fundierten Klassifikation der Fehlbildungen der Hand“ an der 22. Tagung der DAH 1981 vorgestellt worden. Sie ist in interdisziplinärer Zusammenarbeit mit dem weltweit renommierten Prager Anatomen und Embryologen Prof. Radomir Cihák und Anatomen H.R. Duncker (Univ. Hamburg/Giessen) und der aus der Literatur [5] ersichtlichen deutsch-tschechischen Arbeitsgruppe entstanden [8, 9, 10, 11, 12].

**Thorax:** Genannt werden muss die 28. Jahresagung der DGPRÄC in Würzburg 1997: An ihr erfolgte der Beitrag von Langer M., Grunert J., Erlangen: „Fehlbildungen und Formabweichungen der vorderen Brustwand, anatomische Besonderheiten, Embryologie und Differentialdiagnose“.

**Füße:** Gleiches gilt für die 32. Jahrestagung in Frankfurt am Main 2001 mit den Beiträgen von: Marianne Schrader M., Reichert B., et al. (Lübeck) „Indikation, operatives Vorgehen und Spätergebnisse bei Fehlbildungen der Füße“ und von Mazur et al. „Die Syndaktylie der Zehen“ an der 18. Jahrestagung in Stuttgart 1988.

**Gruppe 6. Nervensystem:** Es werden nachfolgend Jahrestagungen der VDPC/DGPRÄC und die geleisteten Beiträge zur konstruktiven chirurgischen Behandlung aufgezeigt: 4. Jahrestagung, Frankfurt am Main (1973) Biemer E., Mühlbauer W., München „Ein Fall einer lokalisierten Neurofibromatosis der rechten Gesichtshälfte“, 8. Jahrestagung der VDPC Erlangen (1977) Martin R., Anderl H., Innsbruck „Zur Therapie der fibrolipomatösen Hypertrophie des N. medianus“, 32. Jahrestagung, Frankfurt am Main (2001), Horch R., et al., Freiburg „Meningomyelocelverschluss mit four compound Technik“.

**Gruppe 7. Kraniofaziale Strukturen:** An 10 der insgesamt betrachteten 31 Jahrestagungen (1970–2001) sind über 60 Beiträge zur Konstruktiven Plastischen Chirurgie der Kopf/Gesicht-Hals-Region geleistet worden. Berücksichtigt worden sind die interdisziplinären anatomisch-entwicklungsgeschichtlichen und klinischen Aspekte. Dieses überfordert den für unseren Beitrag verfügbaren Raum und benötigt eine Zusammenfassung der wesentlichen Entwicklungen. Bereits mit der ersten Tagung 1970 in München wurde im Geist der „örtlichen Organisatorin“ Ursula Schmidt-Tintemann, des Tagungsleiters Peter R. Zellner, der Gründungsmitglieder und eingeladenen Gäste aus Europa und Kanada die Wichtigkeit der Konstruktiven Plastischen Chirurgie verdeutlicht. Als erstes genannt wird der Beitrag von Tord Skoog aus Uppsala: „Lippenspalten ein plastisch-chirurgisches Problem“ [13], An der 3. Tagung in Köln 1973 (Vorsitzender: J. Schrudde). gab es zu dem Thema: „Lippen-Kiefer-Gaumenspalten“ 8 Beiträge. Die 7. Jahrestagung in Lübeck 1976 (Vorsitzender: G.M. Lösch) begann mit den Referaten: „Gesichtsmuskeln, Mienenspiel und Gesichtsausdruck“ des Tagungsvorsitzenden. Es folgte der Vortrag: „Die Bedeutung des eigenen Gesichtes für das Selbstbild und Selbstwertgefühl der Person“ des Humanethnologen der Universität Bern, M. Cranach. An der 10. Tagung in Düsseldorf 1979 (Vorsitzender: F.E. Müller) wurde die Sitzung „Angeborene Fehlbildungen des Gesichtes“ von J. Schrudde, H. Anderl und G. Lemperle geleitet. Beiträge zu diesem Thema leisteten: H. Anderl, G. Herrmann, G. Freiling, J. Holle, G. Lemperle, R.R. Olbrisch, N. Olivari, R. Przybilski, D. Radu und J. Schrudde. An der 14. Tagung in München 1984 (Vorsitzender: W. Mühlbauer) war eines der Themen „die primäre und sekundäre Rhinoplastik bei LKG, anderen Gesichtsspalten und Aplasie der Nase“ Mit Beiträgen

**Tabelle 3** Die Numerierung erfolgt entsprechend der Klassifikationen nach Rubin \* [3] und Lösch et al. \*\* [5] sowie nach der Reihenfolge der Jahrestagungen der VDPC/DGPRÄC 1970 bis 2001 einschließlich der DGH 1981. Die von einem bis zu sechs an den Jahrestagungen geleisteten Beiträge werden mit den Zahlen 1 bis 6 beziffert.

### Gruppe 5 Skelett- Muskel-System \*

#### I. Fehler in der Differenzierung von Teilen \*\*

##### *Schulter, Oberarm, Unterarm, Hand*

7. \*\*\*Tagung Lübeck (1976) – zwei Beiträge: 1) W. Mühlbauer: Das Poland-Syndrom. 2) P. Hippe: Die angeborene Ulnafehlbildung

##### *Kopf, Hand, Synostosen\*\**

10. Tagung Düsseldorf (1979) Beitrag: W.E. Berlin: Apert-Syndrom

28. Tagung Würzburg (1997) Beitrag: R. Habenicht, D. Buck-Gramcko: Apert-Syndrom

22. Tagung DAH Lübeck (1981) Beitrag: Margita Flügel, L. von Rauffer et al.: Apert-Syndrom

##### *Hand: Karpalia, Metakarpalia, Finger Syndaktylie \*\**

##### *ektodermale Strukturen: Haut, Nagel*

##### *Mesenchymale Strukturen: Corium/Subkutis/Ligamente/Sehnen/Skelett, Brachysyndaktylie, Kamptodaktylie*

7. Tagung Lübeck(1976), 2 Beiträge: 1) A. Berger/H. Millesi, 2) G.M. Lösch, 3) Marianne Schrader

8. Tagung Erlangen (1979), 2 Beiträge: 1) W. Schneider, 2) E. Brug

13. Tagung Hannover (1983), Beitrag: T. Wymer, D. Buck-Gramcko

28. Tagung Würzburg (1997), Beitrag: M. Langer, J. Grünert

22. DGH-Tagung Lübeck (1981), 6 Beiträge: 1) G.M. Lösch, 2) G. Neff, 3) A. Rolle et al., 4) B. Helbig et al.,

5) Marianne Schrader, G.M. Lösch, 6) P. Hippe, B. Helbig

**Tabelle 3.1** Hinsichtlich der Zeichen \*\* und \*\*\* sowie Anwendung von Zahlen siehe Legende der Tabelle 3. Die auf den Tabellen 3 und 3.1. nicht angegebenen Titel/Themen von Beiträgen können auf Nachfrage vom Erstautor dieses Beitrages (Archivar) über die Geschäftsstelle der DGPRÄC bezogen werden

#### II. Hemmung der Entwicklung \*\*

##### *Distale quere Defekte (Amputationen, Aplasien, die von der Aphalangie bis zur Amelie reichen, nicht)*

7. Tagung Lübeck (1976), 5 Beiträge: 1) H. Millesi et al., 2) D. Buck-Gramcko, 3) E. Marquardt, 4) F.E. Dietrich, D. Buck-Gramcko, 5) G. Neff

8. Tagung Erlangen (1977), 3 Beiträge: 1) P. Brüser, 2) K. Kartschnikow et al., 3) B. Helmke

28. Tagung Würzburg (1997), 6 Beiträge: 1) und 2) R. Khorram Sefat et al., 3) P. Hahn, U. Lanz et al., 4) R. Habenicht, D. Buck-Gramcko et al.,

5) N.A. Papadopoulos, E. Biemer et al., 6) R. Hierner, A. Berger

30. Tagung Bochum (2001): Dieffenbach-Vorlesung – D. Buck-Gramcko „Entwicklung der Pollizisationstechnik“

#### III Fokale Defekte\*\* (Fehlbildungssyndrom mit Schnürfurchen, Pseudoligamenten, akralen Defekten und Syndaktylien intrauterine Amputationen)

##### *„Congenital constriction band syndrome“ [10]*

7. Tagung Lübeck (1976), 4 Beiträge: 1) H. Rehder, 2) L. Ruffing, 3) Hertel et al., 4) G.M. Lösch, Marianne Schrader

#### IV Doppelbildungen\*\*

##### *Polydaktylie, Polysyndaktylie:*

28. Tagung Würzburg (1997), Beitrag: Marianne Schrader/Silke Meyer

30. Tagung Bochum (1998), Beitrag: P. Hahn/U. Lanz



von H. Anderl (Innsbruck), S. Krupp (Lausanne) W. Mühlbauer (München), G. Lemperle und K. Exner (Frankfurt). Es folgte der Beitrag: „Die Profiloplastik bei Kraniofazialen Anomalien“ (D. Marchac). In der Posterausstellung stellte sich erstmals die Gruppe in der „Kraniofazialen Chirurgie“ vor: W. Mühlbauer, München, H. Anderl, Innsbruck, D. Marchac, Paris, später auch mit J.M.D. Farley, München. Weitere Beiträge zu Fehlbildungen der Gruppe 7 wurden an der 18. *Tagung in Stuttgart 1988* (Vorsitzender: H. Reichert) und an der 26. *Tagung in Leipzig 1995* (Vorsitzender: M. Steen) erbracht. An der 28. *Tagung in Würzburg, 1997* (Vorsitzender: P. Eckert). konnten nach klinisch-wissenschaftlicher interdisziplinärer Arbeit die nachfolgend genannten Beiträge der „Arbeitsgruppe Mühlbauer München“ geleistet werden: 1. „Variable Expressivität von Kraniosynostosen in zwei großen Familien mit einem gemeinsamen Genort auf Chromosom 4p“; 2. „Die operative Frühintervention bei kraniofazialen Fehlbildungen“; 3. „Weichteilrekonstruktion des Mittelgesichtes durch freien Gewebeersatz bei Mittelgesichtshypoplasie nach doppelseitiger Gesichtspaltenbildung“; 4. „Dynamische Miniplattenfixation im Vergleich zu einer starren Fixation bei syndromischen Kraniosynostosen“; 5. „Mittelgesichtsdistraktion – Auswertung unserer Erfahrungen nach den ersten vier Jahren – Verfeinerungen und neue Techniken“. Im Rahmen der Beiträge zur Kraniofazialen Chirurgie darf die Nennung nachfolgender Beiträge nicht unterlassen werden: H. Collmann et al., Würzburg „Kraniosynostosen – welche Probleme verbergen sich hinter dem klinischen Aspekt?“ A. Schmidt, Gaby Fromberg, Murnau: „Die frühzeitige Rekonstruktion der Gesichteweichteile mit mikrochirurgisch revascularisiertem Dermis-Fettgewebslappen bei der progressiven hemifazialen Atrophie (Morbus Romberg)“. An der Posterausstellung der 30. *Tagung in Bochum 1998* (Vorsitzender: H. U. Steinau, Ehrenvorsitzender: F.E. Müller), wurden folgende Beiträge geleistet: Von der „Arbeitsgruppe Mühlbauer München“ der „Fall einer vollständigen Nasenkonstruktion bei einem Kind mit Arhinie, von H. G. Bull, Krefeld „Nasenplastik nach LKG-Operation“. An der 32. *Jahrestagung in Frankfurt am Main 2001* (Vorsitzender: K. Exner), erfolgten die Beiträge von K. Exner et al. „Zeitgerechte Rekonstruktion bei LKG-Spalten“ und W Mühlbauer „Nasenrekonstruktion bei Kindern mit kongenitaler Fehlbildung“.

**Gruppe 8. Atmungssystem „Respiratory System“** [3]: An zwei Tagungen wurden zwei Beiträge geleistet: 4. *Tagung Frankfurt am Main 1973* (Vorsitzender: H. Höhler), Beitrag P. Wilflingseder, Innsbruck „Rekonstruktion der Trachea durch ein Segmenttransplantat aus der Nasenspitze“, 25. *Jahrestagung Lübeck 1994* (Vorsitzender: G.M. Lösch), Beitrag K. Wangerin, H. Gropp, Stuttgart „Die endorale Distraktionsosteotomie des mikrogenen Unterkiefers zur Beseitigung einer Atemwegsobstruktion – erste klinische Erfahrungen“.

**Gruppe 9. Orbitae/Augenlider/Augen:** *Siehe Gruppe 4 Endokrines System/endokrine Ophthalmopathie*

**Gruppe 10. Äußere Ohren:** Beiträge wurden an drei Kongressen geleistet: 25. *Jahrestagung Lübeck*, Sitzung „Gesicht“, Vorsitz: Marita Eisenmann-Klein, W. Mühlbauer, Beitrag D.F. Richter, N. Olivari, G. Noever (Wesseling) „Eine schnelle und sichere Behandlungsmethode bei abstehenden Ohren“; 28. *Jahrestagung Frankfurt am Main*, Sitzung Kopf und Hals, Vorsitz: Veronika Petrovici, H. Tilkorn, Beitrag O. Meyer, J. Hoch (Lübeck) „Langzeitresultate der Otoplastik nach Tanzer/Converse bei Apostasis auris“; 32. *Jahrestagung Frankfurt am Main 2001*, Sitzung Plastische Chirurgie bei Kindern und Jugendlichen, Vorsitz: M. Greulich, G. Ingianni, Beiträge C. Höhnke et al. (München rechts d. Isar) „Otoplastik bei Kindern und Jugendlichen“, Gie Meyer et al. (Frankfurt/Göttingen) „Der anteriore Zugang – eine sichere und gute standardisierte Methode“ und H. Fischer, W. Gubisch (Stuttgart) „Rekonstruktion partieller und totaler, traumatischer und angeborener kindlicher Ohrdefekte – Prinzipien für den Gerüstaufbau und die Bedeckung mit Haut“.

**Gruppe 11. Haut und Nägel:** An der 18., 19. und 26. *Jahrestagung: 1988 in Stuttgart* (Vorsitzender: H. Reichert), 1989 *in Düsseldorf* (Vorsitzender: R.R. Olbrisch) und 1995 *in Leipzig* (Vorsitzender: M. Steen), kamen theoretische und klinische vielseitige interdisziplinäre Aspekte zur Sprache. Dieses mit den Beiträgen: 1988 von A. Schmidt W. Mühlbauer (München) „Wiederherstellung der behaarten Kopfhaut bei Aplasia cutis congenita mit Zuhilfenahme von Gewebeexpandern“, 1989 von Adelgunde Florenz, Marianne Schrader (Lübeck) „Psychische und soziale Auswirkungen plastisch-chirurgischer Behandlung des Morbus Pringle-Bourneville (1890)“ [15] und von H. Tilkorn et al. (Münster) „Die angeborenen Riesenzell-Pigmentnaevi im Kopf-Hals-Bereich – Wiederherstellung mittels Gewebeexpander-Technik und

Komplikationen“ und schließlich 1995 mit dem Beitrag von F. Grunert, G. Ingianni (Wuppertal) „Taktische Überlegungen in der Therapie größerer kongenitaler Naevi“ [15].

**Gruppe 12 Subkutanen Fettgewebe:** Beiträge zur Problematik der benignen symmetrischen Lipomatose (Launois-Bensande-Syndrom) und der schmerzhaften Angiolipomatose [15] wurden anlässlich der 26. und 28. Tagungen der Jahre 1995 in Leipzig und 1997 in Würzburg geleistet. Die Namen der Autoren und Titel der Beiträge/Poster waren an der 26. Tagung, aus der Abt. Plastische Wiederherstellende Chirurgie: Klinikum rechts der Isar München, (Leiter E. Biemer), C. Möcklinghoff et al. „Systematisierung, differentialdiagnostische Abgrenzung der ‚benignen symmetrischen Lipomatose‘ Nachuntersuchung von 54 eigenen Fällen“ und an der 28. Tagung, H. Schepler, Ute Deubel, G. Germann (Ludwigshafen) „Plastisch Chirurgische Strategien in der Behandlung seltener symmetrischer Lipomatosen – Frust oder Lust?“ und D. von Heimburg et al. (Aachen) „Schmerzhafte Angiolipomatose, histologische Besonderheiten und Therapiemöglichkeiten“ sowie H. Kaiser, P. Eckert (Würzburg) „Die benigne symmetrische Lipomatose – eine Metaanalyse“. An der 32. Tagung in Frankfurt demonstrierten K. Kantelhardt et al. (Abt. f. Plast. Chir., Klinikum LMU Innenstadt München, Leiter: W. Stock) das Poster: „Vollständige Gesichtsrekonstruktion in Ästhetischen Einheiten bei Xeroderma pigmentosum“ [15].

**Gruppe 13 Urogenitales System/Gruppe 14 Transsexualismus.** Im 6. Band der „Plastic Surgery“ von McCarthy (1990) widmen Horton et al. 92 Seiten den beiden oben genannten Gruppen der angeborenen Fehlbildungen und Funktionsstörungen. Beschrieben werden Embryologie, spezielle Anatomie und plastisch-konstruktive-Chirurgie der Epispadie, Hypospadie, Blasenextrophie und des weiblichen Urogenitalsystems. Nachfolgend genannt werden die Tagungen der VDPC/DGPRÄC mit den dort zur konstruktiv plastischen Chirurgie dieser Fehlbildungen erfolgten Beiträgen: 4. Tagung Frankfurt 1973 (Vorsitz H. Höhler) Beitrag P. Wilflingseder (Innsbruck) „Scheidenbildung durch Mucosa-Muscularis-Transplantation“, 12. Tagung Frankfurt 1982 (Vorsitzender: G. Lemperle) Beitrag S. Kritikas (Athen) „Indikationsstellung sowie Fehler und Gefahren in der operativen Behandlung der Hypospadie“, H. Kus (Warschau) „Plastische Operationen in der Behandlung der Hypospadie“, 18. Jahrestagung Stuttgart 1988 (Vorsitzender: H. Reichert) Wissen-

schaftliche Sitzung Plastisch-Chirurgische Eingriffe im Genitalbereich (Vorsitz E. Biemer), Beiträge: U.T. Hinderer (Madrid) „Die aktuelle Behandlung der Hypospadie“; K.A. Walz, R. H. Ringer (Essen/Göttingen) „Plastisch operative Korrektur des virilisierten weiblichen Genitale bei Kindern“, E. Köhnlein (München) „Plastisch-chirurgische Möglichkeiten bei Missbildungen im Genitalbereich“; A. Berger (Hannover) „Rekonstruktion bei Blasenextrophie“; W. Freilinger, W. Grünberger (Wien) „Die Insellappenplastik ein neues Verfahren zur Kolpoperineoplastik“; H. Schöneich, E. Biemer et al. „Genitalanpassende Operationen bei männlich-weiblichen Transsexuellen“; 32. Jahrestagung Frankfurt 2001 (Vorsitzende: K. Exner, H. Lampe), Beitrag K.A. Walz, Susanne Kriege, B. Hauffa (Essen) „Plastisch-chirurgische Korrektur bei Kindern mit virilisiertem weiblichen Genitale: Bessere Spätergebnisse durch ein- oder zweizeitiges Vorgehen?“. Zu dem Thema des Transsexualismus erfolgte an der 26. Jahrestagung in Leipzig (Vorsitzender: M. Steen) in der Posterausstellung der Beitrag von K. Exner B. Schernitzki, K. von Aften „Feminine zu maskuline Transsexualität – Psychologische und soziale Entwicklung der Patienten nach operativer Geschlechtsumwandlung“.

**Gruppe 15 Verdoppelung:** An der 12. Jahrestagung in Frankfurt 1982, Sitzung „Verschiedenes“ (Vorsitz: F.E. Müller, H.M.A. Talat, Kairo) zeigten H. Borchgrewink, O. Knutrud (Plastic Surgery Department, Rikshospitalet Oslo) ihren Film „Separation of Ischiopagus Tripus Conjoined Twins“. Es handelt sich dabei um eine „zusammenhängende Doppelbildung“, die systematisch aber zu den Einzelmissbildungen gerechnet wird. Doski et al. berichten 15 Jahre danach über die Trennung von Zwillingen mit der gleichen Diagnose und vergleichen anhand der Literatur das von ihnen erreichte Resultat mit den Ergebnissen der publizierten weiteren 17 Fälle [16]. An der 26. Jahrestagung 1995 in Leipzig demonstrierte H. Anderl (Innsbruck) in der Posterausstellung die „Befunde bei einer extremen Form der Zweiteilung des Schädels“, die er in Zusammenarbeit mit dem Team der Universitätsklinik für Neurochirurgie, Radiologie II und ARG München-Innsbruck erheben konnte.

Zum Abschluss dieser gedrängten Übersicht über das weite Feld der Konstruktiven Plastischen Chirurgie der angeborenen Fehlbildungen sei darauf hingewiesen, dass in dem Symposium „Konturen der Plastischen Chirurgie“ der Klinik für Plastische Chirurgie des Marienhospitals

Stuttgart eindrucksvoll deren hoher ärztlich-ethischer Wert bestätigt wurde. Die geleisteten Beiträge sind 1991 in einem Buch veröffentlicht worden [17]. In unserem Beitrag zur Festschrift ist auf eine bildliche Darstellung verzichtet worden. Wiederholt genannte Mitglieder der VDPC/DGPRÄC gehören zu den Mitautoren des Buches. Auch wegen der darin mit Fotografien veranschaulichten klinischen Beispiele sei auf das Werk hingewiesen. Acht der insgesamt fünfundzwanzig Kapitel des Buches befassen sich mit der Therapie angeborener Fehlbildungen [17]. Die Herausgeber und Autoren verfolgen das Ziel der Standortbestimmung der Plastischen Chirurgie. Das erreichte Resultat wird von den Herausgebern in dem Vorwort dargestellt. Es sollte wegweisend für die Plastischen Chirurgen und Chirurgeninnen von heute sein. 1993 fand in Berlin der siebte Kongress der „European Section, International Confederation for Plastic, Reconstructive and Aesthetic Surgery (IPRAS) statt. Der Ehrenpräsident der Tagung, Friedrich E. Müller dankte den Mitgliedern und zeigte sich erfreut und stolz über die Wahl Berlins für den Kongress. Berlin, als beliebter Ort der Begegnung, begünstigte das Entstehen von Gesprächen für das Fortschreiten einer einheitlichen Plastischen Chirurgie im frei gewordenen Europa. Der Kongresspräsident Wolfgang Mühlbauer wies darauf hin, dass die Deutschen Plastischen Chirurgen in Kürze das 25jährige Bestehen ihrer Gesellschaft begehen werden. Sie empfinden es als große Ehre und beginnen mit Freude bereits jetzt das Jubiläum mit der Organisation und Aufnahme eines Paneuropäischen Kongresses für Plastische Rekonstruktive Chirurgie [19]. Es seien die Tagung gestaltenden Mitglieder der VDPC/DGPRÄC genannt: N. Olivari, Präsident der VDPC und Gastgeber, A. Berger General Secretary, J.C. Bruck Local Organizer, P. Eckert, K. Exner, Treasurer. Mitglieder des Scientific Committee waren: G. Lemperle, D. Buck-Gramcko, R. Baumeister, E. Biemer, H. Bohmert, J. Geldmacher, U. Lanz, G.M. Lösch, N. Olivari, H. Reichert, G. Spilker, P.R. Zellner. Zuständige für das Abstract Book waren W. Schneider und H.U. Steinau. Social Committee R.R. Olbrisch, Veronika Petrovici. Der Plastisch Konstruktiven Chirurgie angeborener Fehlbildung zugeordnet wurden sieben Sitzungen: *Vascular Malformations, Craniofacial Malformations, Cleft Lip-Cleft Palate Repair, Hand Malformations, Hypospadias, Urogenital Malformations, Craniofacial Surgery*. Schließlich haben alle, die mit dem Erfüllen der vielen wichtigen Aufgaben am Gelingen des Kongresses mitwirkten, für das Ansehen der VDPC/ DGPRÄC einen großen Dienst geleistet.

## Literatur

- Schalwe E (1906–1960) Die Morphologie der Missbildungen der Menschen und der Tiere. Fischer, Jena
- Lösch GM (2008) Die Hinderer Bibliothek Festschrift 40 Jahre VDPC/DGPRÄC. In dieser Ausgabe
- Rubin A (1967) Handbook of congenital malformations. Saunders, Philadelphia
- Mulliken JB (1990) Cutaneous vascular anomalies. In: McCarthy plastic surgery, vol 5, 66: 3191–3274. Saunders, Philadelphia
- Lösch GM, Buck-Gramcko D, Cihák R, Schrader M, Seichert U (1984) An attempt to classify the malformations of the hand based on morphogenetic criteria. Chir Plastica 8: 1–18
- Strömbeck JO (1994) Dieffenbach-Vorlesung: Reduktionsplastik der weiblichen Brust. Historische Aspekte und Spätergebnisse. 25. Jahrestagung der VDPC, Lübeck\*
- Probst A (1970) Angiome und Angiomatosen. Hauptreferat, 1. Tagung der Vereinigung der Deutschen Plastischen Chirurgen München\*
- Cihák R (1976) Entwicklungsprozesse der oberen Extremität und ihre Bedeutung für die Beurteilung von Fehlbildungen. Referat, 7. Jahrestagung der VDPC Lübeck-Travemünde\*
- Lösch GM, Schrader M (1982) Fehlbildungen der Hand. In: Spezielle Chirurgie für die Praxis. Hrsg: Kremer K, Schreiber HW: Band III, Teil 3: Haltungs- und Bewegungsapparat – Erkrankungen. Thieme, Stuttgart, S 163–272
- Swanson AB (1976) A classification for congenital hand malformations. J. Hand Surg. 1, 8
- Lösch GM (1970) Syndaktylien Anatomie, Entwicklung, Therapeutische Aspekte (Normale und Pathologische Anatomie). Monografien in zwangloser Folge – Heft 23. Hrsg: W. Bargmann, W. Doerr. Thieme, Stuttgart
- Lösch GM (1980) Formal genesis of syndactyly. In: Teratology of the limbs. 4th Symposium on prenatal development. Hrsg: J Merker, H Nau, D Neubert. de Gruyter, Berlin
- Schmidt-Tintemann U (1970) 1. Tagung der Vereinigung der Deutschen Plastischen Chirurgen mit Beteiligung der Österreichischen Gesellschaft für Plastische Chirurgie in München\*
- Schrudde J (1972) 3. Jahrestagung der VDPC in Köln\*
- Braun-Falco O, Plewig G, Wolff HH (1984) Dermatologie und Venerologie. Springer, Berlin
- Doski JJ, Heiman HS, Solenberger RI, et al (1997) Successful separation of ischiopagus tripus conjoined twins with comparative analysis of methods for abdominal wall closure and use of the tripus limb. J Pediatr Surg 32: 1761–1766
- Greulich M, Wangerin K, Gubisch M; Hrsg (1991) Konturen der Plastischen Chirurgie Marseille Verlag, München
- Piza-Katzer H, Ehrenberger K, Roka R (1991) Das freie Dünndarmtransplantat. In [17]
- IPRAS European Section Congress Berlin (1993)\*
- Olivari N (2008) Exophthalmus. Festschrift 40 Jahre VDPC/DGPRÄC. In dieser Ausgabe

Prof. Dr. med. Günter M. Lösch, Ratzeburg  
eMail: guenter.loesch@gmx.de

\*Weiteres zu den Inhalten kann auf Nachfrage vom Erstautor (Archivarian/Historian) über die Geschäftsstelle der DGPRÄC im Langenbeck-Virchow-Haus, Luisenstraße 58-59, 10117 Berlin, erhalten werden.

# Entwicklung und Fortschritte der rekonstruktiven Brustchirurgie

Heinz Bohmert

**A**nfang der 1970er Jahre wurde durch die Entwicklung plastisch-chirurgischer Operationsverfahren zur Rekonstruktion der Brust nach Mastektomie eine neue Ära in der Brustchirurgie eingeleitet. In dieser Zeit war eine Neuorientierung in der Therapie des Mammakarzinoms erfolgt, und zwar von der radikalen Mastektomie hin zu eingeschränkten Operationsverfahren. Der Wandel in der Therapie war der Anstoß zu Ideen über rekonstruktive Maßnahmen. Diese Herausforderung hat ein breites Behandlungsspektrum auf dem Gebiet der plastischen Chirurgie eröffnet. Ziel dabei war es, eine Verminderung des psychischen Traumas und eine Verbesserung der Lebensqualität bei den betroffenen Brustkrebspatientinnen zu erreichen.

Im Jahre 1971 haben Herbert Höhler und Gottfried Lemperle die ersten brauchbaren Methoden der Brustrekonstruktion entwickelt. Mit der Rundstiellappenplastik konnten sie eine zufriedenstellende Brustform bilden, das Verfahren konnte sich jedoch wegen des technischen Aufwands und vieler Narben nicht allgemein durchsetzen. Ihrer Initiative ist es aber zu verdanken, dass die Möglichkeiten einer Brustrekonstruktion überhaupt bekannt wurden. Früher beschriebene Methoden gingen davon aus, dass die noch verbliebene Brust durch Teilung für den Wiederaufbau verwendet werden kann. Derartige Vorschläge haben keine Resonanz gefunden.

Im Jahre 1972 wurde Heinz Bohmert mit der Problematik einer Brustrekonstruktion konfrontiert, als ihm eine 20jährige Patientin zugewiesen wurde, die wegen eines invasiven Mammakarzinoms, eine modifi-

ziert radikale Mastektomie erlitten hatte. Er entwickelte eine relativ einfache Methode, bestehend aus einem medial gestielten Bauchhautlappen, der vom Epigastrium entlang der unteren Brustfalte bis zur Flankenregion verlaufend abgehoben und dann zwischen die gespreizte, schräg an der Thoraxwand verlaufende Amputationsnarbe eingesetzt wurde. Auf diese Weise wurde ein ausreichend großer Hautweichteilmantel für das Einsetzen einer Silikonprothese geschaffen, so dass eine Symmetrie zur Gegenseite erreicht werden konnte. Diese Methode wurde nach Bohmerts Veröffentlichung 1972 rasch aufgegriffen und unter dem Begriff des Bohmert-Lappen verbreitet. Als besonderer Vorteil dieser Lappenplastik wurde seine eigenständige Blutversorgung durch die Aa. perforantes der A. epigastrica superior bewertet; denn als „axial pattern flap“ kann der Lappen in einem günstigen Längen-Breiten-Verhältnis gewählt werden. Nach Vorstellung dieser Methode auf der 5. Jahrestagung der Vereinigung der Deutschen Plastischen Chirurgen im Jahr 1974 hat Thomas Dillon Cronin diese Methode übernommen und das Verfahren unter dem Begriff des „thoraco-epigastric flap“ international bekannt gemacht. Die Methode hatte mehrere Jahre weltweit große Verbreitung gefunden, obwohl die Nachteile der mangelhaften Ptosebildung und der unzureichenden Weichteilabdeckung der Implantate nicht beseitigt werden konnten.

1974 hat Gottfried Lemperle die Methode der abdominalen Verschiebelappenplastik eingeführt, die sich bei Patienten mit quer verlaufender Amputationsnarbe bewährt hat.

1976 gelang Neven Olivari der entscheidende Durchbruch zur Verbesserung der Ergebnisse der Brustrekonstruktion. Durch seine Entdeckung und Verwendung des M. latissimus dorsi Lappen wurden die Nachteile der früheren Methode behoben und in allen Situationen gute Ergebnisse ermöglicht. Publikationen von Wolfgang Mühlbauer und Rolf Rüdiger Olbrisch (1977) haben zur raschen Verbreitung und Verfeinerung dieser Methode beigetragen.

Die Veröffentlichungen von John Bostwick (1978) über alle Details zur Optimierung der Ergebnisse waren zudem sehr hilfreich.

Die Brustrekonstruktion gewann durch diese Fortschritte ständig an Bedeutung; dennoch bestanden gegen dieses Vorgehen über lange Zeit Vorbehalte aus onkologischer Sicht. Deshalb hat Bohmert 1980 ein internationales Symposium mit namhaften Experten aus aller Welt einberufen, um diese Vorbehalte zu diskutieren; denn der Leitspruch sollte immer sein: „Die plastische Chirurgie muss immer im Dienste des Patienten stehen ...“

In diesem Sinne wurden klare Konzepte für die Therapie des Mammakarzinoms unter besonderer Berücksichtigung plastisch-chirurgischer Operationsverfahren erarbeitet und 1982 in einem Buch im Thieme Verlag dokumentiert.

1980 wurde die European School of Oncology in London gegründet. Dort wurde beschlossen, Lehre und Forschung über diverse Krebserkrankungen zu intensivieren und verschiedene Universitätskliniken damit zu beauftragen. Die Universität Mailand wurde unter der Leitung von Umberto Veronesi mit der Abhandlung des Mammakarzinoms beauftragt, wobei mir die Aufgabe zufiel, die Möglichkeiten der plastischen Chirurgie in Kongressveranstaltungen und Seminaren vorzutragen. Die jeweils eine Woche dauernden Seminare wurden zweimal jährlich in verschiedenen Universitätsstädten abgehalten, so in Mailand, Rom, Venedig, Athen, Lissabon, Madrid, Paris, Brüssel, Moskau und München. Dadurch wurden die aktuellen Kenntnisse an junge Kollegen vermittelt, die auch an den plastisch-chirurgischen Möglichkeiten ganz besonders interessiert waren. Deshalb habe ich den Entschluss gefasst, als Unterrichtsmaterial ein Buch über diese Operationsverfahren abzufassen mit dem Titel „Plastic and Reconstructive Surgery of the Breast“ (1997) und in deutscher Auflage mit dem Titel „Plastische und Rekonstruktive Chirurgie der Brust“ (1989).

1980 wurde die Deutsche Gesellschaft für Senologie gegründet. Als Gründungsmitglied konnte Bohmert entscheidenden Einfluss auf die Schwerpunkte nehmen, so dass die plastische Chirurgie gebührend vertreten wurde. 1986 war Bohmert mit der Kongressleitung der 6. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Senologie mit internationaler Beteiligung beauftragt. 1989 hat er auf der Basis dieser Informationen das Buch mit dem Titel „Brustkrebs: Organerhaltung und Rekonstruktion“ herausgegeben – in deutscher, englischer und italienischer Sprache, im Thieme Verlag erschienen. Dies ist ein Nachschlagewerk über die Therapiekonzepte des Mammakarzinoms und die Möglichkeiten der plastischen Brustrekonstruktion.

Die Jahrestagungen der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie waren zugleich auch das Forum für die Darstellung von Themen der Plastischen Chirurgie und dienten somit dem Erfahrungsaustausch. Das besondere Interesse an unserem Fachgebiet wurde auch dadurch dokumentiert, dass Bohmert als plastischer Chirurg 1982 auf dem 100. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie in Berlin der 1. Filmpreis verliehen wurde, für den Film „Brustrekonstruktion mit körpereigenem Gewebe“. □

### Literatur

- Bohmert H (1972) Zur Problematik der Mammaplastik aus der Sicht eigener Erfahrungen. *Fortschr Med* 90: 43
- Bohmert H (1982) Breast cancer and breast reconstruction. Thieme, Stuttgart
- Bohmert H (1989) Plastische und Rekonstruktive Chirurgie der Brust. Thieme, Stuttgart
- Bohmert H, Gabka ChJ (1997) Plastic and reconstructive surgery of the breast Thieme, Stuttgart
- Bostwick J, Vasconez LO, Jurkiewicz MJ (1978) Breast reconstruction after a radical mastectomy. *Plast Reconstr Surg* 61: 682
- Cronin ThD, Upton J, McDonough JM (1977) Reconstruction of the breast after mastectomy. *Plast Reconstr Surg* 59: 1–14
- Lemperle G (1982) Verschiedene Schwenk- und Verschiebepplastiken in der Brustchirurgie. In: *Brustkrebs und Brustrekonstruktion*. Thieme, Stuttgart
- Mühlbauer W, Olbrisch RR (1977) The latissimus dorsi myocutaneous flap for breast reconstruction. *Chir Plastica* 4: 27
- Olivari N (1976) The latissimus dorsi flap. *Br J Plast Surg* 29: 126–128
- Veronesi U, Banfi A, Saccozzi R, et al (1977) Conservative treatment of breast cancer. *Cancer* 39: 2822–2826

Prof. Dr. med. Heinz Bohmert

# Brustchirurgie – Mikrochirurgische Verfahren

Axel-Mario Feller

Neue Impulse erhielt die plastisch rekonstruktive Brustchirurgie mit der Publikation von Carl Hartrampf 1982 im *Journal of Plastic and Reconstructive Surgery*. Mit seiner Methode der Brustrekonstruktion mit körpereigenem Gewebe als transversalem gestieltem Unterbauchlappen (TRAM-Flap) war es erstmals möglich, auch volumenstarke Brüste ausschließlich aus körpereigenem Gewebe zu rekonstruieren. Seine Publikation revolutionierte die Brustrekonstruktion mit autologem Gewebe weltweit. Interessanterweise hatte Hans Holmström 1979 schon über die Möglichkeiten eines freien queren Unterbauchlappens zur autologen Brustrekonstruktion im *Scandinavian Journal of Plastic and Reconstructive Surgery* berichtet. Leider ohne große Resonanz. Erst durch die Publikation von Hartrampf fand die Methode der autologen Brustrekonstruktion weltweite Akzeptanz.

Der erste freie TRAM-Flap in Deutschland wurde im Herbst 1986 von Feller am Münchner Klinikum rechts der Isar erfolgreich für eine sekundäre Brustrekonstruktion verwendet. Seinerzeit wurde noch die gesamte Breite des Musculus rectus abdominis mitgehoben, um die Durchblutung dieses freien Lappentransplantates zu sichern, was im Hinblick auf die Entnahmestelle keinen wesentlichen Vorteil gegenüber dem gestielten TRAM brachte. Die Verfeinerung der Operationstechnik erlaubte es immer weniger Muskulatur mitzuheben, was die Morbidität der Hebestelle weiter minimierte. Die Entwicklung ging vom gestielten TRAM zum freien TRAM über den „Muscle-sparing free TRAM“ hin zu den sogenannten Perforatorlappen, bei denen nur noch Haut-

und Fettgewebe ohne Muskulatur für die Transplantation gehoben werden.

Zur Verbreitung dieser Operationsmethoden im deutschsprachigen Raum haben wesentlich die von Feller durchgeführten Brustsymposien beigetragen. Im Jahre 1990 wurde erstmals in der Geschichte der Plastischen Chirurgie Deutschlands, ein interaktives Symposium via Satellit transatlantisch, zwischen Atlanta in den USA und München, veranstaltet. Die in den folgenden 17 Jahren regelmäßig veranstalteten Symposien mit Live-Übertragungen rekonstruktiver Mammaeingriffe aus dem OP, haben nicht nur unter den Plastischen Chirurgen, sondern auch bei allen sich mit dem Mammakarzinom beschäftigenden Disziplinen, zur Akzeptanz dieser Art der rekonstruktiven Mammachirurgie beigetragen. Die internationale Beteiligung und die live Demonstration der Operationen durch die jeweiligen Protagonisten, brachten die Entwicklung im deutschsprachigen Raum auf den Weg.

Ähnlich wie die Entwicklung für den Unterbauchlappen, verlief der Fortschritt bei der Verwendung des Gewebes vom Gesäß zur autologen Brustrekonstruktion. William W. Shaw hat als erster 1983 das Gewebe vom Gesäß als freien mikrovaskulären myokutanen Lappen zur Brustrekonstruktion verwendet. 1993 publizierte Isao Koshima aus Japan erstmals die Verwendung dieses Gewebeblockes als Perforatorlappen und Robert „Bob“ Allen aus den USA hatte 1995 diese Methode dann für die Brustrekonstruktion adaptiert. In Deutschland wurde erstmals 1999 von Feller in Vogtareuth ein S-GAP Flap zur autologen Brustrekonstruktion erfolgreich angewendet.

Der von Thomas Schoeller und Georg Wechselberger in Innsbruck propagierte Gracilislapfen, sowie die von Christoph Papp in Salzburg entwickelte fasziokutane infragluteale Lappenplastik (FCI) ergänzen das mikrochirurgische Spektrum zur autologen Brustrekonstruktion.

Der Etablierung von interdisziplinären zertifizierten Brustzentren ist es zu verdanken, dass die Plastische Chirurgie wieder zunehmend in die Behandlung des Mammakarzinoms integriert wurde. Die Zertifizierungsvorgaben – den Patientinnen jegliche Möglichkeit aller operativen Verfahren zur Mammarekonstruktion anzubieten – ermöglicht vielen Plastischen Chirurgen sich als Kooperationspartner in ein interdisziplinäres Brustzentrum einzubringen. Dies führte dazu, dass heute an vielen Brustzentren und nahezu flächendeckend auch mikrochirurgische Rekonstruktionsverfahren von Plastischen Chirurgen sowohl in der Sekundär-, als auch in der Primärrekonstruktion zum Wohle der Patientinnen angeboten werden können. Dies geschieht vor allem, aber nicht nur, zum Benefit der Patientinnen, sondern ermöglicht unserem Fachgebiet, wie auch den jungen Kolleginnen und Kollegen eine hervorragende Zukunftsperspektive. □

Prof. Dr. med. Axel-Mario Feller  
Maximilianstraße 38/40  
80539 München

DESIGN  
**Veronique**<sup>®</sup>  
compression wear

## Kompressions- kleidung zum Wohlfühlen



- ▶ Perfektes Design
- ▶ Höchste Qualität
- ▶ Über 80 verschiedene Modelle
- ▶ verschiedenen Farben
- ▶ Hoher Tragekomfort

Mehr Information unter:  
(0800) 23 78 43 84

TapMed 

# Transpalpebrale Dekompression bei endokriner Orbitopathie (Exophthalmus): Die Olivari-Methode

Erfahrung nach über 3000 Operationen in 20 Jahren

Neven Olivari

Das Schicksal der Patienten mit endokriner Orbitopathie (EO) ist nicht leicht. Die Grunderkrankung, also die Immunhyperthyreose, kann durch einen chirurgischen Eingriff (Strumektomie), thyreostatische Medikation oder Radiojodtherapie in über 95 % zur Heilung gebracht werden. Therapieerfolge bei EO sind bescheiden. Die konservative Therapie bessert in dem akuten Stadium die Veränderungen im Weichteilbereich der Lider, hat aber kaum Einfluss auf die Protrusio bulbi, den Visus und die Augenmotilität. Bei optimistischen Schätzungen bildet sich der Exophthalmus in 10 % spontan zurück. Wahrscheinlich liegt die Remission bei 5 %, aber nur in den ersten 6 bis 12 Monaten. Spätestens nach einem Jahr ist die Protrusio stabil und durch Medikation unbeeinflussbar. Es gibt kaum eine Therapie einer nichtmalignen Erkrankung mit kleinerer Erfolgsquote als bei der EO. In Deutschland leben wahrscheinlich ca. 160000 Patienten mit diesem Problem. Außer durch die oben genannten Symptome sind diese Patienten in erheblichem Grad psychologisch belastet.

## Pathogenese der endokrinen Orbitopathie

Die endokrine Ophthalmopathie ist wie die Immunhyperthyreose nach heutigen Erkenntnissen eine autoimmune Erkrankung. Die Frage ist bis heute nicht beant-

wortet, ob es sich um eine eigenständige Erkrankung handelt oder ob die EO eine Manifestation der Immunhyperthyreose ist. Die Meinung erscheint daher logisch, dass eine gemeinsame Noxe (Antigen) bestehen muss; doch ist diese bisher noch nicht verifiziert worden.

Ein eindeutig auslösender Faktor für die EO wurde noch nicht gefunden. Die These geht davon aus, dass sich zirkulierende T-Zellen an Adhäsionsmoleküle binden und dadurch in den retrobulbären Raum Zugang haben. Dadurch kommt es zur Infiltration der Orbita und selten (1–4 %) der prätibialen Subcutis. Die T-Zellen reagieren mit den Fibroblasten. Dies führt dazu, dass Zytokine in das Gewebe abgegeben werden. Durch die Zytokine wird die Expression von HLA-DR-Molekülen stimuliert und der Autoimmunprozess in Gang gesetzt. Außerdem wird die Produktion von Glykosaminoglykanen in den Fibroblasten angeregt. Die starke Hydrophilie der Glykosaminoglykane bewirkt die Schwellung der befallenen Muskeln sowie des Fettes (muzinöses Ödem). Es kommt zu einer intraorbitalen Volumenvermehrung mit folgendem erhöhten intraorbitalen Druck und Protrusio. Indirekt entsteht eine venöse sowie lymphatische Stasis, welche zusätzlich den intraorbitalen Druck erhöhen.



## Pathohistologische Veränderungen

In der extraokulären Muskulatur sowie dem Fett findet man folgende inflammatorischen Infiltrationen (Bulbus bleibt intakt):

- Antigene
- T-Zellen, B-Zellen
- Makrophagen
- Lymphozytäre Infiltration
- Glykosaminoglykane
- HLA-DR
- Dendrale Zellen und Zytokine
- und viel mehr

## Klassifikation der EO

*Klassifikation nach Werner*

*Grad I* Oberlidretraktion (Dalrymplesches Phänomen), Zurückbleiben des Oberlides bei Blicksenkung (Graefe), Konvergenzschwäche

*Grad II* Bindegewebsbeteiligungen (Lidschwellungen, Konjunktivitis, Chemosis, Tränenträufeln, Photophobie)

*Grad III* Protrusio bulbi sive bulborum (pathol. Hertel-Werte, mit und ohne Lidschwellungen)

*Grad IV* Augenmuskelparesen (Unschärf- und Doppeltsehen)

*Grad V* Hornhautaffektionen (meistens Lagophthalmus mit Trübungen, Ulzerationen)

*Grad VI* Sehausfälle bis Sehverlust (Beteiligung des N. opticus)

## Diagnose

Die Anamnese und klinische Untersuchung sowie die genaue Abklärung der Schilddrüsenfunktion stehen am Anfang der Diagnostik. Alle Patienten, die zu uns in Behandlung kamen, wurden von Endokrinologen, Ophthalmologen und Nuklearmedizinern mehrmals gründlich untersucht und vorbehandelt. Bis auf 2 Patienten waren alle euthyreot. Präoperativ ist ein CT oder MR der Orbita notwendig.

## Epidemiologie der endokrinen Orbitopathie

Schilddrüsenenerkrankungen sind häufig; ca. 20 Millionen Deutsche haben eine behandlungsbedürftige Struma, 120000 werden jährlich operiert (Strumektomie). Eine Immunhyperthyreose tritt bei ca. 0,5 % der deut-

schen Bevölkerung, d.h. bei 400 000 Patienten auf 40 bis 60 % der Patienten mit einer Immunhyperthyreose entwickeln eine endokrine Orbitopathie (160000). Exakte statistische Daten existieren nicht.

## Lokale symptomatische Therapie

Der lokalen Therapie kommt vor allem in der akuten Phase der Erkrankung eine große Bedeutung zu. Eine starke Keratokonjunktivitis und Lagophthalmus müssen entsprechend therapiert werden. Diese Therapie gehört in die Hände eines Ophthalmologen.

*Orale Glukokortikoid-Therapie:* Die Therapie einer EO in der Akutphase mit Kortikosteroiden ist eine sinnvolle Behandlungsmaßnahme. Es wird angenommen, dass die Kortikosteroide neben einer antiinflammatorischen auch eine immunsuppressive Wirkung besitzen. Außerdem ist bekannt, dass sie eine inhibitorische Wirkung auf die Synthese von GAG-Fibroblasten haben.

In der Spätphase der EO, mit schon aufgetretenen fibrotischen Veränderungen, ist die Therapie mit Glukokortikosteroiden wenig wirksam.

*Orbitabestrahlung:* Die pathophysiologische Vorstellung geht davon aus, dass durch die lokale Bestrahlung die infiltrierenden Lymphozyten im retrobulbären Raum geschädigt werden, so dass dadurch lokal eine antiinflammatorische Wirkung erreicht wird. Außerdem soll der Strahleneffekt antiproliferativ auf die Fibroblasten und die Produktion von Glykosaminoglykanen sein. Kurzzeitergebnisse sind in der akuten Phase als gut beschrieben; Langzeitergebnisse sind weniger überzeugend. Gute Resultate in Bezug auf Protrusio, Diplopie und Visus sind fraglich. Langzeitbefunde über eventuelle Strahlenschäden existieren nicht.

Die Orbitabestrahlung bewirkt keine Heilung, verstärkt die Fibrosierung und ist daher nicht indiziert.

## Chirurgische Therapie

Eine Tarsorrhaphie, von vielen Autoren empfohlen, bringt keine Besserung und ist abzulehnen.

### Ossäre Dekompression

*Mediale Dekompression:* Die mediale Dekompression bringt eine Korrektur der Proptosis um ca. 2–3 mm, verursacht jedoch häufig Diplopie bzw. Strabismus convergens. Es handelt sich jedoch um einen guten Zugang für

die Dekompression bei drohendem Visusverlust. Postoperativ zeigen die Patienten eine höhere Diplopierate als vor der Operation.

**Zweiwand-Dekompression:** Die am häufigsten angewandte Methode der ossären Dekompression ist die Zweiwand-Dekompression (in den USA 75 % der ossären Dekompression). Man erreicht gute Werte bei der Korrektur der Proptosis sowie bei bedrohtem Visus. Die Komplikationsrate ist relativ hoch. Postoperativ zeigen die Patienten eine wesentlich höhere Diplopierate als vor der Operation.

**Dreiwand-Dekompression:** Die Dreiwand-Dekompression wird häufig angewandt (20,5 % aller ossären Dekompressionen in den USA). Man erzielt mit dieser Methode eine gute Korrektur des Visus und der Proptosis. Wegen der Resektion von 3 Orbitawänden ist die Komplikationsrate allerdings relativ hoch. Eine zunehmende Anzahl von Diplopie nach der Operation wird von den meisten Autoren beschrieben. Zweiwand- und Dreiwand-Dekompression sind in den USA fast ausschließlich bei drohendem Visusverlust indiziert.

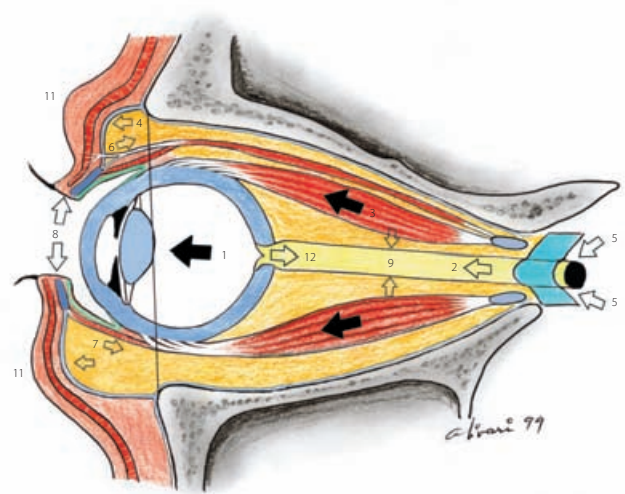
#### *Dekompression durch Fettentfernung (Olivari 1985)*

Die Dekompression der Orbita durch Fettentfernung erzielt eine Druckminderung durch Verkleinerung des Orbitainhaltes und nicht durch Vergrößerung des Orbitavolumens. Der Bulbus bleibt in seiner mittleren Lage. Es handelt sich hierbei um die einzige Methode, bei der sich die Diplopie drastisch bessert. Die Komplikationsrate ist klein; die Operation ist technisch aufwendig; die Lernkurve ist lang.

### Technik der Operation nach Olivari

Präoperativ muss der Patient euthyreot sein. CT oder MR der Orbita ist unbedingt notwendig. Die Operation wird in Vollnarkose durchgeführt. In der Regel wird in einer Sitzung nur eine Orbita operiert, selten beide Orbitae gleichzeitig. Es wird mit einer Operationslupe (2,5fache Vergr.) operiert. Beide Lider werden mit einer nichtresorbierbaren Naht 5-0 temporär verschlossen.

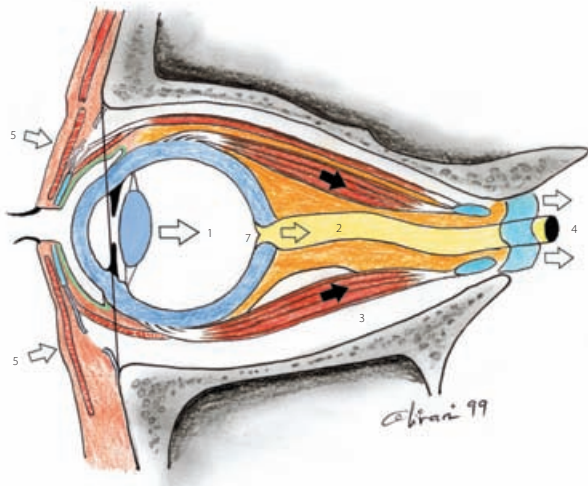
**Transpalpebraler Zugang am Oberlid:** Die Schnittführung am Oberlid wird ähnlich wie bei der Blepharoplastik angelegt. Der M. orbicularis oculi wird quer gespalten. Das Septum orbitale wird ebenfalls quer gespalten. Das vorgewölbte Fett wird mit einem stumpfen Instrument vom Periost der Orbita bis zum Apex mobilisiert. Dabei wird die Glandula lacrimalis dargestellt. Danach wird die Fettmenge aus dem kranialen Teil der Orbita entfernt.



**Abb. 1a** Der Exophthalmus und seine klinischen Folgen

1. Durch das zunehmende Volumen von Muskeln und Fett sowie den Venen- und Lymphstau wird der Bulbus in ventraler Richtung um 5-10 mm disloziert.
2. Der N. opticus wird vom Bulbus in ventraler Richtung gestreckt. Der Nerv hat keine Elastizität und steht somit schon in Primärposition bei EO unter Tension. Bei den Bewegungen des Bulbus erhöht sich diese Spannung auf den N. opticus noch mehr.
3. Die hypertrophen und fibrosierten extraokulären Muskeln haben schon ihre Elastizität eingebüßt. Es kommt zu einer indirekten Verkürzung der Muskeln; die Folgen sind Augenmotilitätsstörungen (Diplopie, Strabismus).
4. Das intraorbitale Fett prolabierte in ventraler Richtung. Dadurch entsteht eine leichte Druckentlastung in der Orbita.
5. Der N. opticus ist von der Dura mater umschlungen. Über den N. opticus erfolgt auch eine starke Traktion an der Dura mater. Dies wiederum verursacht den retrobulbären Druck oder Brennen und den Kopfschmerz.
6. Der hypertrophe und fibrosierte M. levator palpebrae sowie der Müller'sche Muskel verursachen eine Oberlidretraktion.
7. Die Retraktoren am Unterlid sind fibrotisch verändert und verkürzt. Es entsteht die Unterlidptosis.
8. Durch die Retraktion des Ober- und Unterlides entsteht eine Lidspaltenvergrößerung
9. (Lagophthalmus).
10. Es kommt zu einem direkten Druck auf den N. opticus durch die verdickten Muskeln.
11. Häufig besteht ein erhöhter Augennendruck (Glaukom).
12. Es kommt zu einer starken Schwellung der Ober- und Unterlider durch Fettprolaps.
13. Der N. opticus übt eine Traktion auf den Discus opticus aus.

Anschließend wird bei starker Oberlidretraktion die Levatoraponeurose bis auf das mediale Viertel quer durchtrennt. Der Müller'sche Muskel wird komplett querspalten.



**Abb. 1b** Zustand nach der Dekompression (Fettexstirpation)

1. Der Bulbus wird in dorsaler Richtung verlagert.
2. Der N. opticus wird entlastet und nimmt eine entspannte Position ein.
3. Sämtliche Muskeln werden entspannt und dadurch wird die Augenmotilität gebessert.
4. Die Traktion des N. opticus auf die Dura mater ist aufgehoben, so dass auch der retrobulbäre Druck und das „Brennen“ sowie die Kopfschmerzen postoperativ schnell verschwinden.
5. Die Schwellung der Ober- und Unterlider ist nach der Fettentfernung beseitigt.
6. Der erhöhte Augeninnendruck wird normalisiert oder vermindert.
7. Die Spannung auf den Discus opticus ist aufgehoben.

In den M. rectus superior wird 5,0 mg Dexamethason injiziert.

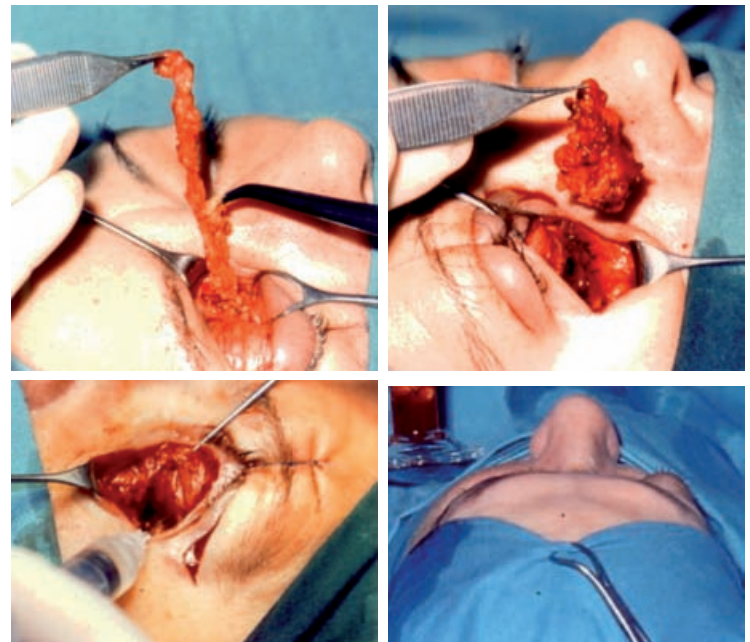
*Transpalpebraler Zugang am Unterlid:* Am Unterlid erfolgt die Schnittführung 3–4 mm parallel zum Lidrand. Die Präparation erfolgt unterhalb des M. orbicularis oculi bis zum Orbitalrand, welcher in ganzer Breite dargestellt wird. Das Septum orbitale ist meistens stark nach außen prolabiert. Auch am Unterlid wird das Fett stets zuerst unten lateral und dann unten medial reseziert.

In die Mm. rectus lateralis und rectus inferior sowie rectus medialis werden jeweils 5,0 mg Dexamethason injiziert. Die Resektion der relativ kleinen Menge von intrakonalem Fett (zwischen 0,5 und 1 ccm) ist wichtig zur Erzielung eines besseren Resultates. Hier ist Sorgfalt ange-sagt. Es ist nicht unbedingt notwendig, das Fett aus dem Konus zu entfernen. Durch Eröffnung der Tenon-Kapsel im kaudalen Bereich prolabiert das intrakonale Fett in den entstandenen Raum der Orbita, der nach der

Fettentfernung entstanden ist. Dadurch wird der intrakonale Druck entlastet. Eine bestehende Unterlidretraktion wird durch die alleinige Dekompression nicht immer beseitigt. Unser Vorgehen besteht in der Durchtrennung der Retraktoren, was in den meisten Fällen auch zu einer deutlichen Besserung geführt hat. Bei einer ausgeprägten Retraktion oder bei erfolgloser Korrektur durch Retraktorendurchtrennung haben wir in der Regel eine Implantation von Ohrmuschelknorpel oder seltener PDS-Folie angewandt.

Die Lider bleiben mit einer Naht für 4–5 Tage verschlossen. Auf diese Weise wird eine postoperative Chemosis verringert und andererseits drückt so der M. orbicularis oculi den Bulbus in den entstandenen retrobulbären Hohlraum.

### Operationstechnik



**Abb. 2a–d** Fettentfernung durch Oberlid. **b** Fettentfernung durch Unterlid. **c** In die Mm. rectus superior, medialis, inferior und lateralis werden jeweils 5 mg Dexamethason injiziert. **d** Zustand am Ende der Operation. Links sieht man deutlich den unmittelbaren Rückgang der Proptosis im Vergleich mit der nicht operierten rechten Seite.

## Resultate

(N = 1635 Patienten (3210 Orbitae) 6–24 Monate postoperativ)

Visusminderung: 180 Patienten (13,1 %) hatten präoperativ eine Visusminderung (0,3–0,1)

Postoperativ:

Normaler Visus (1,0)	63 Pat.	35,2 %
Verbesserter Visus (> 0,5)	104 Pat.	57,4 %
Unveränderter Visus	13 Pat.	7,4 %
Verschlechterter Visus	0 Pat.	0 %
	180 Pat.	100 %

### Diplopie

934 Patienten (68 %) zeigten präoperativ verschiedene Stufen der Diplopie. Sämtliche Patienten waren von Ophthalmologen untersucht worden.

Postoperativ (die Resultate wurden 3–6 Monate postop. erhoben):

710 Patienten (76 %) dieser Gruppe zeigten keine Diplopie, weder in Primärposition noch in horizontaler oder vertikaler Richtung.

149 Patienten (16 %) hatten keine Diplopie in Primärposition, aber doch in horizontaler und vertikaler Richtung.

75 Patienten (8 %) hatten keinen Unterschied im Grad der Diplopie prä- und postoperativ. Insgesamt 934 (68 %) Patienten hatten präoperativ eine Diplopie und nur 224 (16,3 %) postoperativ; ein bisher nie erreichtes Resultat mit anderen Operationsmethoden.

### Protrusio

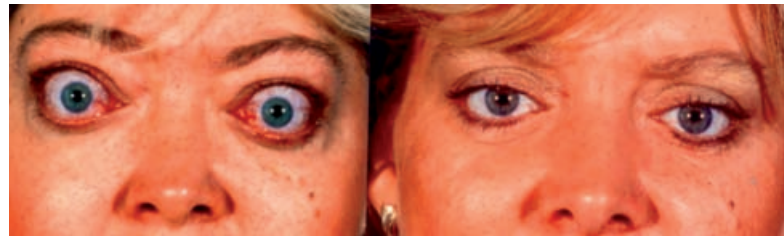
Die durchschnittliche Protrusio betrug präoperativ 24,3 mm (19–33 mm). Die postoperative Messung ergab 3–12 Monate nach der Dekompression 18,4 mm (14–25 mm). Das ergibt eine Korrektur der Protrusion um 5,9 mm.

### Fettresektion

Pro Orbita wurden durchschnittlich 6,3 ccm intraorbitales Fett entfernt (2–12 ccm).

### Symmetrische und asymmetrische Protrusion

746 Patienten (54,3 %) zeigten vor der Dekompression eine asymmetrische Protrusion (> 2 mm Unterschied). Bei 611 Patienten (82 %) von dieser Gruppe war das Resultat postoperativ symmetrisch.



**Abb. 3a,b** E0, Protrusio, Hertel-Werte re. 32, li. 31. Diplopie, Oberlidretraktion, Unterlidretraktion, Lagophthalmus, Keratitis, Kopfschmerzen, schwere Depression. OP: Dekompression durch Fettentfernung, Ober- und Unterlidretraktion wurde korrigiert. **b** Zustand 1 Jahr nach der Operation, Hertel-Werte re. 19, li. 18. Keine Diplopie, normaler Lidschluss, keine Konjunktivitis, keine Kopfschmerzen, erhebliche psychologische Rehabilitation.

### Retrobulbärer Druck und Kopfschmerzen

1085 (79 %) Patienten waren von diesen Symptomen betroffen. 889 Patienten (82 %) waren nach der Dekompression schon einige Tage später symptomfrei.

### Lebensqualität

Die überwiegende Mehrheit der Patienten war sehr zufrieden mit den kosmetischen Resultaten. Sie gaben an, dass sich ihre Lebensqualität nach der Operation erheblich gebessert hat.

76 % der Patienten hatten eine Oberlidretraktion, die wie folgt operiert wurde:

- Durchtrennen von Levatoraponeurose bis zum medialen Viertel (1)
- Komplette Durchtrennung des Müller' schen Muskels (2)

Selten wurde bei der Levatordurchtrennung ein Interponat angewandt; wenn doch, eignete sich Fascia temporalis supp. am besten. 43 % der Patienten zeigten eine Unterlidretraktion, die wie folgt behandelt wurde:

- Durchtrennung der Retraktoren (komplett) (4)
- Oftmals Knorpeltransplantat oder PDS-Folie als Interponat (3)

### Komplikationen

Hämatom	10	0,7 %
Parese N. supraorbitalis	19	1,4 %
Konjunktivitis, Chemosis	46	3,3 %
Infektion (lokal)	12	0,9 %
Postop. Diplopie < 6 Mon.	38	2,8 %
Postop. Diplopie > 6 Mon. mit notwendiger ophthalm. Korrektur	89	6,5 %
	214	15,6 %



**Abb. 4a,b** EO, Protrusio, Hertel-Werte re. 28, li.30. Diplopie, Lagophthalmus, Kopfschmerzen, Konjunktivitis, schwere Depression. **b** Zustand 1 Jahr nach der Operation - Symptomfrei, Hertel-Werte re. 18, li. 21

*Zusammenfassung:* Die EO ist die häufigste extrathyreoidale Manifestation der Basedow'schen Erkrankung. Die meisten Patienten haben eine Hypertrophie der extraokulären Muskeln sowie des intraorbitalen Fettes in verschiedenen Varianten. Patienten unter 40 Jahren haben deutlich mehr Fetthypertrophie, die älteren Patienten, vor allem über 60 Jahre, haben mehr Muskelhypertrophie. Je länger die Anamnese, desto mehr findet man fibrotische Veränderungen. Es zeigte sich klar, dass eine frühzeitige Operation bessere Resultate erzielt als langes Zuwarten. Ein einmal aufgetretener Exophthalmus ist resistent auf eine konservative Therapie, welche nicht länger als ein Jahr dauern sollte. Die begrenzte Indikation zur ossären Dekompression ist durch ihre hohe Komplikationsrate zu erklären. So wird sie nur bei drohendem Visusverlust als klare Indikation gestellt. Dies sind weniger als 5 % der betroffenen Patienten. Die mediale Osteotomie, welche von den HNO-Ärzten in Deutschland popularisiert wird, erzielt postoperativ erheblich mehr Diplopie als präoperativ und reduziert den Exophthalmus nur um 2–3 mm, also ungenügend. Diese Methode ist also klar nicht zu empfehlen.

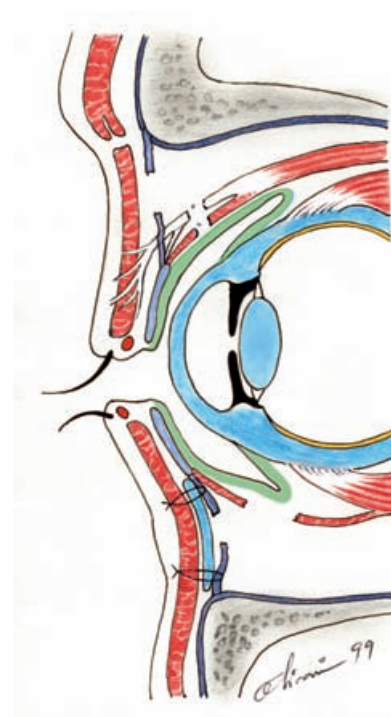
Die transpalpebrale Fettentfernung (Olivari-Methode) ist für alle Patienten mit EO indiziert, auch wenn keine funktionellen Störungen vorliegen (Visusminderung, Diplopie), sondern gerade bei ästhetischen Störungen mit

meist erheblicher psychologischer Belastung. *Mit dieser Methode wurde bei einer EO erstmals ein Teil des erkrankten Gewebes entfernt.*

Wenn ein gemeinsames Antigen von Schilddrüse und Orbitagewebe existiert, dann wird ein großes Quantum des Antigens entfernt. T-Zellen, B-Zellen, Makrophagen, lymphozytäre Infiltration, Glykosaminoglykane, HLA-DR und verschiedene Adhäsionsmoleküle sind in ihrer Menge erheblich reduziert. Es wird ca. 40 % des kranken Gewebes entfernt. Die Infiltration von Dexamethason direkt in die extraokulären Muskeln mindert die inflammatorische Reaktion.

Die knöcherne Orbita bleibt intakt. Der Bulbus bleibt in seiner mittleren Lage. Bei nur 4 Patienten mit sehr langer Anamnese und mehrmals bestrahlt waren die fibrotischen Veränderungen so gravierend, dass nach der Fettentfernung unter Sichtkontrolle zusätzlich eine 3-Wand-Osteotomie vorgenommen wurde, um ein gutes Resultat zu erzielen.

Die Komplikationsrate für diese Art der Orbitadekompression hielt sich in Grenzen. Andererseits ist die Lidsymmetrie nach Retraktionsoperation nicht leicht zu erzielen. 12 % der Patienten mussten zwei Mal operiert werden und 11 % benötigten eine dritte Korrektur. Einige Patienten benötigten vier Korrekturen, um eine gute Symmetrie zu erzielen.



**Abb. 5** Ober- und Unterlidretraktion

*Basierend auf unserer langen Erfahrung und den zahlreichen Operationen empfehlen wir das Wesselinger (Olivari) Konzept für die EO-Therapie.*

1. In der akuten Phase erfolgt die konservative Behandlung mit Steroiden sowie lokalen Maßnahmen. Keine Orbitabestrahlung.
2. Präoperativ muss der Patient euthyreotisch sein. Optimal ist, wenn die Operation 1 Jahr nach Beginn der Erkrankung durchgeführt werden kann.
3. Transpalpebrale Fettentfernung (mindestens 4 ccm Fett), Infiltration von Dexamethason in die extraokulären Muskeln
4. Bei Oberlidretraktion Durchtrennung der Levatoraponeurose sowie des Müller'schen Muskels.
5. Bei Unterlidretraktion Spaltung der Retraktoren und eventuell Knorpelimplantat.
6. In Ausnahmefällen ist zusätzlich eine 3-Wand-Osteotomie indiziert.

Die beschriebene Methode ist den Osteotomie-Methoden aus folgenden Gründen weit überlegen:

1. Augenmotilitätsstörungen (Diplopie) sind drastisch verringert.
2. Visusminderung ist effektiv korrigiert.
3. Die Komplikationsrate ist im Vergleich zur Osteotomie-Methode gering.
4. Der Bulbus bleibt in der mittleren Lage.
5. Subjektive Beschwerden wie Kopfschmerzen, retrobulbärer Druck verschwinden kurz nach der Operation.
6. Das kranke Gewebe wird aus der Orbita entfernt.
7. Die psychologische Situation bessert sich dramatisch.

### Literatur

1. Jacobson DL, Gange SI, Rose NR, Graham NM (1997) Epidemiology and estimated population burden of selected autoimmune diseases in the United States. Clin Immunol Immunopathol 84: 223
2. Wiersinga WM, Bartalena L (2002) Epidemiology and prevention of Graves' ophthalmopathy. Thyroid 12: 855
3. Dyer JA (1976) The oculorotary muscles in Graves' disease. Trans Am Ophthalmol Soc 74: 425
4. Bahn RS (2003) Clinical review 157: Pathophysiology of Graves' ophthalmopathy – the cycle of disease. J Clin Endocrinol Metab 88: 1939
5. Heufelder AE (2000) Pathogenesis of ophthalmopathy in autoimmune thyroid disease. Rev Endocr Metab Disord 1: 87
6. Olivari N (2001) Endocrine orbitopathy. Surgical therapy. Kaden Verlag, Heidelberg
7. Bradley L, Garrity IA (1999) Surgical management of Graves' ophthalmopathy. Endocrinologist 9: 371
8. Olivari N (1991) Transpalpebral decompression of endocrine ophthalmopathy (Graves' disease) by removal of intraorbital fat: Experience with 147 operations over 5 years. Plast Reconstr Surg 87: 627
9. Olivari N (1988) Transpalpebral decompression operation in endocrine orbitopathy (exophthalmos). Wien Med Wochenschr 138: 452
10. Melvil G, Wartofsky A, Wartofsky L (1995) Endocrine ophthalmopathy. In: Becker KL (ed) Principles and practice of endocrinology and metabolism, 2nd ed. Lippincott, Philadelphia, pp 385–399
11. Anderson RL, Tweeten IP, Patrinely IR, et al (1989) Dysthyroid optic neuropathy without extraocular muscle involvement. Ophthalmic Surg 20: 568
12. Garrity JA, Faourech V, Bergstrahl EI, et al (1993) Results of transantral orbital decompression in 428 patients with severe Graves' ophthalmopathy. Am J Ophthalmol 116: 533
13. Adenis JP, Carnezd P, Rober PY (2003) Is incidence of diplopia after fat removal orbital decompression a predictive factor of choice of surgical technique for Graves' ophthalmopathy? Bull Acad Natl Med 187: 1649
14. Eder EF, Richter DF, Olivari N (1999) The technique of the transpalpebral decompression according to Olivari. Oper Tech Oculoplast Orbital Reconstr Surg 2: 95
15. Stark B, Olivari N (1993) Treatment of exophthalmos by orbital fat removal. Clin Plast Surg 20: 285
16. Adenis JP, Rober PY, Lasudry IG, Dalloul Z (1998) Treatment of proptosis with fat removal orbital decompression in Graves' ophthalmopathy. Eur J Ophthalmol 8: 246
17. Ferreira MC, Tuma P Jr, Costa MP, et al (2002) Surgical treatment of endocrine exophthalmos by removal of orbital fat: clinical experience. Rev Hosp Clin Fac Med Sao Paulo 57: 217

Prof. Dr. med. Neven Olivari  
Hauptstraße 269  
51503 Rösrath-Hoffnungsthal

# 40 Jahre Handchirurgie in der DGPRÄC

Kai Megerle, Günter Germann

Mit Sterling Bunnells epochemachendem Werk „*Surgery of the Hand*“ begann die Handchirurgie 1944 sich, anfänglich vornehmlich im anglo-amerikanischen Raum, als eigenständiges Fach zunehmend zu etablieren. Seine Arbeiten waren geprägt von den Pionieren Kanavel, Koch und Mason, den Begründern der „Chicago School of Hand Surgery“ in den 20er Jahren. Durch die zunehmenden internationalen Kontakte inspiriert, fanden sich auch im deutschsprachigen Raum interessierte Chirurgen aus unterschiedlichen Disziplinen zusammen, so im Rahmen des „Basler Zirkels“, ihr Wissen in Stil eines „Journal Clubs“ auszutauschen. Dieser Kreis bildete die Keimzelle der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Handchirurgie (DAH). Treibende Kraft war hier vor allem Dieter Buck-Gramcko. Weitere Pioniere im deutschsprachigen Raum waren damals Otto Hilgenfeldt, Wilhelm Schink, Jörg Böhler, Hanno Millesi, Henry Nigst, Urs Pfeiffer und Peter Rudolf Zellner.

Neben der wachsenden klinischen Aktivität entwickelten sich parallel aus diesem Zirkel die „Handchirurgischen Symposien“, die seit 1960 in jährlichen Abständen an wechselnden Orten in Deutschland, Österreich und der Schweiz abgehalten wurden. Ziel der Gruppe war neben dem wissenschaftlichen Austausch vor allem die Etablierung der Handchirurgie als chirurgische Schwerpunktdisziplin und später als eigenständiges Fach. Diese Zusammenkünfte mündeten schließlich 1965 in der

Gründung der „Deutschsprachigen Arbeitsgemeinschaft für Handchirurgie“, die diese Tradition bis heute fortführt. Da sich die Gründungsmitglieder gegen die Einrichtung eines Präsidenten aussprachen, wurde der Posten eines ständigen Sekretärs geschaffen, den D. Buck-Gramcko bis 1993 innehatte. Nachfolger in diesem Amt wurde U. Lanz, dessen Name untrennbar mit der weiteren Verbreitung der Handchirurgie in Deutschland verbunden ist.

Wissenschaftlich lag der Schwerpunkt zu dieser Zeit vor allem in der Entwicklung der internen Osteosynthesetechniken, der Versorgung der Sehnenverletzungen und der Behandlung kongenitaler Anomalien, ein Gebiet in dem die deutschsprachige Handchirurgie vor allem durch W. Blauth und D. Buck-Gramcko internationale Reputation erwarb.

Im Sog dieser Entwicklung und der damit verbundenen weiteren klinischen Spezialisierung wurde bereits 1963 am Berufsgenossenschaftlichen Unfallkrankenhaus in Hamburg-Boberg die erste selbständige Handchirurgische Abteilung in Deutschland gegründet. Zum ersten Chefarzt wurde D. Buck-Gramcko berufen, dessen Abteilung sich in den ersten Jahrzehnten zum Mekka der deutschen Handchirurgie entwickelte und viele, später renommierte Kollegen verdienten sich dort ihre ersten Sporen.

Nur drei Jahre darauf wurde die „Vereinigung der Deutschen Plastischen Chirurgen“ (VDPC) als Zusammenschluss der plastischen Chirurgen in Deutschland

gegründet, in der auch die Handchirurgie als eine der vier großen Säulen des damals noch jungen Fachgebiets eine wichtige Rolle einnahm. Hier fanden sich mit D. Buck-Gramcko und P.R. Zellner zwei bekannte Handchirurgen unter den Gründungsmitgliedern.

Die Handchirurgie war international, aber auch in Deutschland, immer ein interdisziplinäres Fach mit unterschiedlichen Zugängen. Auch wenn die Diskussion um den „richtigen“ Zugang zur Handchirurgie unvermindert anhält, wurden gerade unter dem Dach der traditionell innovativen plastischen Chirurgie immer wieder neue Entwicklungen der Handchirurgie aufgenommen und weiterentwickelt. Die Geschichte der Handchirurgie ist daher auch eng mit der Geschichte der plastischen Chirurgie verknüpft.

Die besondere Verbindung der plastischen Chirurgie zur Handchirurgie wurde zunächst vor allem in der sich rasant entwickelnden Mikrochirurgie in den 60er Jahre deutlich. Obwohl die wesentlichen experimentellen Grundlagen bereits zu Beginn des 20. Jahrhunderts geschaffen waren, dauert es bis zum Juli 1965, ehe S. Tamai in Japan die erste erfolgreiche Replantation eines vollständig amputierten Daumens durchführte. Die Prinzipien der mikrochirurgischen Chirurgie wurden vor allem durch O'Brien in Australien und Buncke in den USA etabliert und verbreiteten sich rasch in Asien und der gesamten Welt, so dass in den 70er und 80er Jahren zahlreiche mikrochirurgische Zentren entstanden. In Deutschland gründete wiederum D. Buck-Gramcko 1975 das erste Replantationszentrum an der BG-Klinik Hamburg, das bald zum Vorbild für andere Einheiten, vor allem im BG-Bereich, wurde. Bereits 1976 führte E. Biemer die erste Großzehentransplantation zum Daumenersatz durch. Ein halbes Jahr später führte P. Brüser die zweite Großzehentransplantation durch, die zur Grundlage für seine spätere Habilitation wurde. Mit H. Millesi und A. Berger wurden die mikrochirurgischen Techniken in die Chirurgie der peripheren Nerven eingeführt, was zu signifikanten Verbesserungen der Resultate nach Nervenverletzungen führte.

Mikrochirurgische Techniken sind heute in der Versorgung der traumatisierten oberen Extremität nicht mehr weg zu denken. Durch die zunehmende Verfeinerung der Techniken ist der bloße Erhalt einer Extremität nicht mehr das primäre Ziel, sondern heute tritt zunehmend die primäre Wiederherstellung der Funktion der replantierten Gliedmaßen in den Vordergrund.

Die mikrochirurgischen Techniken revolutionierten aber auch andere Bereiche der handchirurgischen Versorgung. So durchliefen die Methoden der Defektdeckung einen radikalen Wandel, weg vom traditionellen Leistenlappen, der durchaus auch heute noch Indikationen hat, oder den extrem unkomfortablen „Cross-Arm“- oder Bauchwand-Lappenplastiken, hin zu mikrochirurgischen Lappentransplantaten, mit denen sehr früh eine funktionelle Nachbehandlung möglich war. Als Pioniere sind hier vor allem E. Biemer und W. Stock zu nennen, die den A.-radialis-Lappen in die klinische Routine einführten.

Auch hier hat sich in den letzten Jahren noch einmal ein enormer Wandel vollzogen. Durch die Transplantation von freien Perforator- und Faszienlappen ist hierbei zunehmend auch die Berücksichtigung nicht nur funktioneller, sondern auch ästhetischer Ansprüche möglich. Durch die Entwicklung sog. chimärer Lappenplastiken, die aus unterschiedlichen anatomischen Komponenten bestehen (Germann, Steinau) gelang es, auch große dreidimensionale Defekte einzeitig zu rekonstruieren und damit auch bei komplexen Traumata der oberen Extremitäten zumindest eine Restfunktion der Extremitäten zu erhalten.

Trotz der neuen mikrochirurgischen Möglichkeiten wurden aber auch die lokalen und regionalen Lappenplastiken immer weiter verfeinert. Basierend auf den frühen Arbeiten von Hilgenfeldt kam es Ende der 70er Jahre zu einer Wiederentdeckung der anatomischen Arbeiten von Carl Manchot aus Leipzig, der sich zum Ausgang des 19. Jahrhunderts intensiv mit dem Gefäßsystem des Menschen und der kutanen Gefäßversorgung beschäftigt hatte und die von Michel Salmon in den 1930er Jahren erneut aufgegriffen wurden. Earley, Milner und Quaba waren neben Paneva-Holeciv und Foucher die Wegbereiter für intrinsische Lappenplastiken der Hand.

Auch die Chirurgie kongenitaler Missbildungen erreichte eine neue Dimension durch die Anwendung mikrochirurgischer Präparationstechniken. Im deutschsprachigen Raum sind diese Entwicklungen wiederum mit den Arbeiten von W. Blauth und D. Buck-Gramcko untrennbar verbunden. Bis heute gilt die damals weiterentwickelte Pollisation als Standardverfahren bei der Behandlung des hypo- bzw. aplastischen Daumens. Daneben traten aber auch Techniken wie der mikrovaskuläre Zehentransfer, der eng mit den Arbeiten von Edgar Biemer verknüpft ist.



Auch in anderen Teilgebieten der Handchirurgie wurde durch theoretische und technische Neuerungen während der 60er Jahre der Grundstein für entscheidende Fortschritte gelegt. Von herausragender Bedeutung ist hierbei die Revolution der Beugeschnenchirurgie durch postoperative dynamische Schienung durch H. Kleinert, der sich bis dahin vor allem durch seine Arbeiten zur Wiederherstellung von Blutgefäßen hervorgetan hatte. Durch dieses revolutionäre Nachbehandlungskonzept, das mit einigen Modifikationen bis heute Anwendung findet, wurden bis dahin nicht für möglich gehaltene Ergebnisse nach primären Beugeschnennähten auch im gefürchteten „Niemandland“ der Beugeschnenscheiden realisierbar. Ergänzend zu diesen praktischen Neuerungen trugen neue Erkenntnisse zu den zellulären Grundlagen der Sehnenheilung in zahlreichen Publikationen während der 60er und 70er Jahre dazu bei, die Ergebnisse dieser bis dahin oft mit schweren Funktionseinschränkungen einhergehenden Verletzungen immer weiter zu verbessern. Auch Verletzungen des Streckapparats werden heute mit aktiven, bzw. dynamischen Nachbehandlungsprotokollen behandelt. Im deutschsprachigen Raum haben sich vor allem P. Reil, J. Geldmacher, und in Österreich Zechner, um die Sehnenchirurgie verdient gemacht.

Die Chirurgie der rheumatischen Hand, aber auch anderer Gelenkerkrankungen war in den letzten Jahrzehnten untrennbar mit dem Wirken von P. Haussmann, G. Stellbrink und L. Mannerfelt verbunden, dessen Beiträge in Wort und Schrift nicht nur inhaltlich, sondern auch hinsichtlich der hervorragenden Photographien allseits geschätzt waren und sind.

Im Bereich des Handgelenks und insbesondere der Handwurzel wurden durch biomechanische Studien in den 70er Jahren die Grundlagen für die bis heute gültigen Behandlungskonzepte gelegt. 1972 diskutierten J. Dobyns und R. Linscheid erstmals das Konzept des „interkaliereten Segments“ der proximalen Handwurzelreihe anhand der Ergebnisse nach skapholunärer Instabilität, 1981 stellte D. Lichtman den unter Spannung stehenden Ring als theoretisches Alternativmodell zu der bis dahin gültigen Säulentheorie von Navarro vor. 1984 prägte K. Watson erstmals den Begriff des SLAC-Wrist für die stadienhaft verlaufende Arthrose des Radiokarpalgelenks bei

skapholunärer Instabilität. Im deutschsprachigen Raum waren es besonders U. Lanz, H. Krimmer und M. Sauerbier, die sich in den vergangenen Jahren um den Karpus verdient gemacht haben. Zahlreiche Operationsverfahren, die wir heute zum Standard rechnen, sind in den letzten zwei Jahrzehnten inauguriiert worden.

Ein Durchbruch bei der Behandlung der Skaphoidfraktur gelang Timothy Herbert 1977 mit der Übertragung des aus dem Fensterbau entliehenen Konzepts einer Schraube mit zwei unterschiedlichen Gewindesteigungen in die Handwurzel, um eine Kompression der Fragmente zu erzielen. Obwohl mittlerweile vielfach modifiziert, stellt die Herbert-Schraube nach wie vor das Standardimplantat bei der Versorgung von Frakturen und Pseudarthrosen des Kahnbeins dar. Auch hier wurden im deutschsprachigen Raum Weiterentwicklungen geleistet, die in deutliche Verbesserungen der Schraubentechnologie und der Implantatsicherheit mündeten.

Ein kurzer geschichtlicher Abriss kann natürlich nie allen prägenden Figuren gerecht werden. So seien die Verdienste von P. Brüser im Bereich Nervenersatzoperation und Klinische Forschung, von U. Lanz im Bereich der Radiuschirurgie, der chirurgischen Anatomie und der bildgebenden Verfahren, von B. Partecke bei der Daumenrekonstruktion, C. Wulle in der Sehnenchirurgie der Vollständigkeit halber erwähnt, wobei den Autoren bewusst ist, dass sie keinen Anspruch auf Vollständigkeit erheben wollen.

Viele Kollegen, die noch aktiv sind, haben dazu beigetragen, diese große Tradition der deutschsprachigen Handchirurgie in ihren Kliniken weiter zu entwickeln. Hier sind als Schwerpunkte vor allem die periphere Nerven Chirurgie und die Weiterentwicklung der funktionelle Weichteilrekonstruktion zu nennen. Diese Schwerpunkte sind vor allem mit den Kliniken in Hamburg, Hannover, Bochum, Tübingen, Ludwigshafen, Neustadt/Saale und München verbunden. Die Plastischen Chirurgen haben viele Pioniere der Handchirurgie in ihren Reihen gehabt. Es gilt, dieses Erbe für die Zukunft zu sichern. □

Dr. med. Kai Megerle  
Prof. Dr. med. Günter Germann  
Ludwigshafen/Heidelberg

# Plastische und Rekonstruktive Mikrochirurgie in Deutschland

Edgar Biemer, Hans-Ulrich Steinau

Seit der Gründung der Fachgesellschaft hat kein anderer Arbeitsbereich vergleichbare Innovationschübe ausgelöst und damit zum Renommee der Plastischen ChirurgInnen beigetragen.

Heute zählen schwergradige Traumen, ausgedehnte Tumor-Resektionsdefekte, Bestrahlungsschäden und mutilierende Infektionen zum therapeutischen Alltag. Mikrochirurgische Techniken haben dabei die Indikationen im Kopf-Halsbereich, der Rumpfregion, am Urogenitaltrakt und an den Extremitäten kontinuierlich erweitert und belastende, mehrzeitige Verfahren abgelöst. Der Begriff „Inoperabilität“ erfährt völlig neue Grenzen. In enger Kooperation mit den Anatomen wurden die Landkarten der Spendenregionen durch Identifikation von dominanten Gefäßstielen auf den gesamten Körper ausgedehnt und verfeinert.

Mit über 95 % Einheilungschancen werden Zehen zum Fingerersatz, Weichgewebe zur Brustformung und Gewebeblöcke mit Knochenanteilen zum Gliedmaßen-erhalt autogen verpflanzt. Die Replantation von Fingern und Handabschnitten sowie Segmenttransplantationen zur Stumpfverlängerung gelten inzwischen als Routineeingriffe. Innovative Autoplastiken mit Gewebezüchtung um einen Gefäßstiel, präformierte Körperteile (Nasen, Ohren) und die homologe Transplantation von Extremitätenabschnitten und Gesichtsanteilen gelten als zukünftige Herausforderungen.

Weltweit begannen Arbeitsgruppen bereits Anfang der 60er Jahre mit der Entwicklung mikrochirurgischer Nahttechniken und der Konstruktion von Nahtmaterial und Instrumenten. Erste Tierversuche und klinische Einzelfallbeschreibungen wurden seit 1963 aus Japan, China, Australien und den USA publiziert.

Auch in Deutschland hätte diese Entwicklung Anfang der 60er Jahre beginnen können. Prof. K. Seiffert am Universitätsklinikum Frankfurt (Doktorvater von E. Biemer) hatte zu diesem Zeitpunkt bereits eigene Instrumente und einen Approximator für Mikrogefäße konstruiert, ferner Nervennähte unter dem OP-Mikroskop (einem Kolposkop) vorgenommen. Durch Strukturmängel und den tragischen Tod von Karl Seiffert wurde diese Entwicklung beendet, die Instrumente befinden sich im Besitz seines Doktoranden.

Weitere Initiativen sind eng mit der Abteilung für plastische Chirurgie am Klinikum rechts der Isar (Vorstand: Frau Prof. U. Schmidt-Tintemann) verbunden. Nach einem Gastaufenthalt am Canniesburn Hospital 1972, bei dem E. Biemer auf R. Acland traf, der experimentell mikrochirurgische Eingriffe an Rattengefäßen und -nerven durchführte, war das Interesse geweckt. Darüber hinaus konnte er McGregor bei der Präparation von Axial Pattern Flaps assistieren. Parallel zu dieser Arbeitsgruppe hatte B. McO'Brien in Melbourne experimentelle Grundlagen geschaffen, die 1973 in seiner Abwesenheit zur ersten Leistenlappentransplantation führten. Nach der Rückkehr von E. Biemer wurden am Institut für experimentelle Chirurgie in München diese Techniken übernommen und in Zusammenarbeit mit W. Duspiva im März 1975 der erste Leistenlappen transplantiert. Im September 1975 erfolgte die erste Wiederanpflanzung eines Daumens. Nach 8-stündiger Operation überlebte dieser mit guter Funktion.

In der Zwischenzeit präsentierte Earl Owen aus Sydney beim Chirurgenkongress 1975 die Ergebnisse bei 145 geglückten Fingerreplantationen eine sensationelle Nachricht, die die Initiativen beschleunigte.

Mit dem Ziel, einen 24stündigen Replantationsdienst aufzubauen, war zunächst nach dem Vorbild in Wien versucht worden, die Kooperation der beiden Münchener Universitätsklinik zu organisieren. Dies scheiterte leider an Alleingängen, so dass ein Zentrum im Rechts der Isar etabliert wurde, wo bis September 1977 insgesamt 307 Replantationen an der Hand durchgeführt wurden – eine weltweit einzigartige Serie.

An mehreren Abteilungen und Kliniken für Hand- und plastische Chirurgie wurden nun flächendeckend ebenfalls Replantationsdienste eingerichtet. Regelmäßige Kurse mit Operationen am Versuchstier sorgten für die rasche Verbreitung der Techniken. Besonders erfolgreich waren hierbei das Klinikum rechts der Isar der TUM mit zwischenzeitlich über 25 Kursen und auch die Klinik für Plastische Chirurgie an der MH Hannover, nachdem dort A. Berger mit seinen Erfahrungen aus Wien die Leitung übernommen hatte, ferner seit 1975 die handchirurgische Abteilung an der BG-Klinik in Hamburg unter D. Buck-Gramcko. Zu nennen sind an weiteren Aktivitäten die Transplantation einer Großzehe zum Daumenersatz 1976 durch E. Biemer und 1977 durch P. Brüser, ferner die Deckung von Stumpf- und Tumorresektionsdefekten durch freie Leistenlappen 1978 sowie experimentelle und klinische Dünndarmtransplantationen interdisziplinär ab 1979 an der Frankfurter Universitätsklinik (H.U. Steinau, J. Reuther).

Als Spenderstellen wurden neben dem Leistenlappen, der Temporalislappen und Deltoideopectoralappen beschrieben und verwendet, 1975 fügte McCraw den Dorsalis-pedis-Lappen hinzu. Bereits 1976 empfahl N. Olivari den von Tansini um die Jahrhundertwende eingesetzten Latissimus dorsi zur Deckung von Thoraxwanddefekten. Mit diesem konstanten Gefäßsystem entstand ein mikrovaskuläres Spendergebiet, das bis heute die Amputation bei ausgedehnten Unterschenkelfrakturen oder Tumorresektionsdefekten verhindern hilft. Als weitere wichtige Transplantate konnten Rippen, die Fibulae, Beckenkamm, Omentum, Rectus abdominis und der aus China stammende Unterarmklappen eingesetzt werden.

Neben der Mikrogefäß- und Mikroneurochirurgie entwickelten sich Techniken zur Lymphgefäßrekonstruktion, die in Deutschland insbesondere von R. G. Baumeister und G. Ingiani weiterentwickelt und eingesetzt wurden.

1980 zeichnete die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie die Ergebnisse der Münchener Arbeitsgruppe mit dem „Erich Lexer-Preis“ für E. Biemer und W. Duspiva aus.

Einen orientierenden Leistungskatalog, der die Veränderung des klinischen Leistungsspektrums einer Abteilung für Plastische Chirurgie aufzeigt, ergibt die Aufstellung der mikrochirurgischen Replantationen und Transplantationen am Klinikum rechts der Isar 1975 bis 1991:

Replantationen	N = >2500
Leistenlappen	N = 62
Deltoideuslappen	N = 4
Laterale Oberarmklappen	N = 6
Filetlappen obere Extremität	N = 3
Modif. freie Borggreve	N = 9
Osteocutane Lappen (Rippe, Fibula, Becken)	N = 15
Pulpa, Wrap around	N = 39
Zehen, Doppelzehentransplantate, Fussrücken	N = 81
MP II Gelenk	N = 6
Musculocutane (Latissimus, Gracilis, Rectus, Glutaeus)	N = 665
Parascapulare Lappen	N = 41
Unterarmklappen (auch osteokutan)	N = 71
Dünndarmtransplantate	N = 52

Zum Gedankenaustausch, der kritischen Evaluation und zur Fortbildung wurden national die „Deutschsprachige AG für Mikrochirurgie der peripheren Nerven und Gefäße“, 1977 in Erlangen bei dem VDPC-Jahreskongress etabliert. Gemeinsame Tagungen mit den anderen europäischen Kollegen und Fachgesellschaften förderten eine intensive Diskussion. Überregional formierte sich 1977 in San Francisco die „International Society of Reconstructive Microsurgery“ die aus den Tagungen bei Hanno Millesi in Wien 1972/1973 hervorgegangen war. Die Anerkennung der Leistungen deutscher Plastischer Chirurgen wurde durch die Wahl Edgar Biemers als Sekretär, Schatzmeister und schließlich Präsident zum Ausdruck gebracht.

Heute gilt die rekonstruktive Mikrochirurgie als wesentlicher Bestandteil der plastisch-chirurgischen Weiterbildung. Darüber hinaus besteht ein ausgedehntes Internationales Netzwerk, das für junge plastische ChirurgInnen sowohl klinische als auch experimentelle Fellowships mit mikrochirurgischen Inhalten anbietet. Der rege Austausch sorgt dafür, dass neue Entwicklungen auf hohem Niveau wechselseitig übernommen werden. Nur durch diese kontinuierlichen experimentellen und klinischen Aktivitäten werden wir die Reputation beibehalten, die im Alltag die Zuweisung von Patienten mit komplexen rekonstruktiven Problemen sichert und unsere Position in der interdisziplinären Konkurrenz stärkt. □

Edgar Biemer, München  
Hans-Ulrich Steinau, Bochum

# Plexus-brachialis-Chirurgie – ein integratives Therapiekonzept

Alfred Berger

In den Jahren nach 1960 wurde die operative Behandlung von Schädigungen des Plexus brachialis, durch die guten Ergebnisse der neu entwickelten Techniken (Millesi, Berger) zur Wiederherstellung peripherer Nervenverletzungen wieder aufgegriffen. Die Ergebnisse vor dieser Zeit waren nach Direkteingriffen an den Nerven nicht erfolgversprechend. In einigen Zentren wurde intensiv begonnen sich mit der Anatomie und den intraneuralen Verteilungen der Fasern aufs Neue zu beschäftigen. Es wurden Konzepte entwickelt, die sich auf die Rekonstruktion der einzelnen Abschnitte des Plexus brachialis bezogen. Vor allem entwickelten wir in Wien und kurz darauf auch in Lausanne Programme die im Zusammenhang mit den Späteingriffen, Muskel- und Sehnentransfers ein funktionell brauchbares Ergebnis für den Patienten erwarten ließen. Es entstand dann gleich ein größeres Interesse auch bei anderen Gruppen in Frankreich, Italien, England, Amerika und Deutschland. Das wichtigste war der enge Kontakt unter den Plastischen Chirurgen, Orthopäden, Neurochirurgen, Neurologen und Physiotherapeuten, so dass das Wissen über die Behandlung der Plexusläsionen sowohl im Erwachsenen- als auch im Kindesalter sich rasch zum Wohle der Patienten vermehren konnte. Wir entwickelten das Programm eines so genannten integrativen Therapiekonzeptes, welche ich in Hannover weiter vervollkommen konnte.

Dieses Konzept beinhaltet von der Erstdiagnose, der Entscheidung ob operative oder konservative Behandlung für den speziellen Patienten angewandt werden soll auch die krankengymnastische und ergotherapeutische Nachbehandlung, die psychiatrische Betreuung und die möglichen sekundären Eingriffe zur Verbesserung der durch die Nervenregeneration erreichten Bewegungsausmaße (Sehnen-, Muskeltransfers, evtl. Arthrodesen, Orthesen, etc.).

Das Wissen um die Funktion und Anatomie des Plexus brachialis auch Plexus lumbalis und um die Variationen der verschiedenen Innervationsmuster ließ Techniken und Programme entwickeln, die immer funktionell bessere Ergebnisse für die Patienten bringen.

Eine exakte Diagnose, vor allem welcher Teil der Nervenstränge und wie schwer betroffen, ist auf Grund der Schädigungsursachen und der Anatomie schwierig. Als Ursachen sind vor allem Zweirad-Unfälle (ca. 80 %) sowie Sportunfälle zu nennen. Bestrahlungsschäden wurden in den letzten Jahren weniger. Tumore findet man in etwa zwei Prozent. Sie können primär oder sekundär sein. Geburtstraumatische Läsionen, die einen operativen Eingriff bedürfen treten in etwa 0,5 bis 3 pro Tausend Geburten auf.

Für die Diagnostik ist die Erstuntersuchung nach der Verletzung, sowie die kurzfristigen Untersuchungen die Basis. EMG/NLG-Untersuchungen haben erst drei bis

vier Wochen nach dem Trauma Aussagekraft. Für die Unterscheidung von Ab- und Ausriß im Wurzelbereich ist heute ein Myelo-CT und MRT von großer Hilfe. Diese beiden Untersuchungen können in geübten Händen bis zu 93 Prozent verlässliche Ergebnisse bringen.

### Klassifikation

Plexusläsionen können klassifiziert werden nach:

- 1) Lokalisation (unilateral, bilateral)
- 2) Ausprägung (obere Armplexusläsion, erweiterte obere Armplexusläsion, annähernd komplette Lähmung, komplette Lähmung),
- 3) Schwere der Nervenschädigung (Nervenschädigung Grad I–V nach Sunderland bzw. I–VI nach Dellon).

### Therapie

Die Entscheidung ob operative oder konservative Therapie, muss in den ersten drei bis sechs Monaten nach dem Trauma gefällt werden. Aus unserer Erfahrung, sowie den Erfahrungen der anderen Spezialisten geht dies eindeutig hervor (Millesi, Berger, Gilbert, Raimondi, Gu). Je früher operiert – umso besser sind die Ergebnisse vor allem durch die frühmöglichste Re-Neurotisation der Muskel.

*Als Therapieplan gilt heute:*

- 1) *Allgemeine funktionelle Therapieziele*
  - Verringerung der Deafferenzierungsschmerzen
  - Vermeidung von sekundären Kontrakturen
  - Wiederherstellung der Funktion der oberen Extremität
- 2) *Spezielle funktionelle operative Therapieziele*
  - Schulteradduktion (thorakohumerale Zange)
  - Ellenbogenbeugung
  - (protektive) Sensibilität im Handbereich
  - Schulterabduktion/Flexion
  - Handgelenk- und Fingerbeugung
  - Handgelenk- und Fingerstreckung
  - Schulteraußenrotation
  - Ellenbogenstreckung
  - Daumenopposition
  - Pronation/Supination
  - Intrinsische Langfingerfunktion

### 3) *Psychologische Therapieziele*

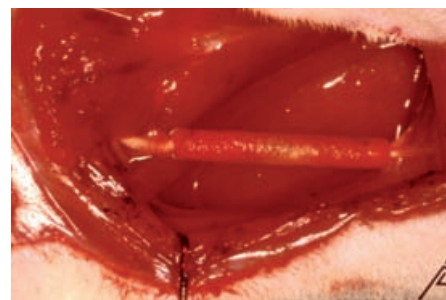
- Verminderung einer prothetischen Versorgung

### 4) *Ästhetische Therapieziele*

Die chirurgische Exploration des Plexus brachialis ist weitgehend standatisiert. Die Zugänge sind je nach Operateur verschieden, die Präparation ist und bleibt eine sehr verantwortungsvolle und schwierige. Die Eingriffe benötigen viel Geduld und Zeit. Die Technik der Nervenreplantation und der Koaptation ist in der Literatur ausführlich dargestellt (Berger, Millesi). Das alte Problem, dass man mehr Transplantate benötigen würde als man zur Verfügung hat ist noch immer nicht gelöst auch wenn hier von vielen Gruppen an sogenannten Nervenersatz, „Bioartificial Nerve Graft“ (Berger, Lohmeyer) oder Nerve Tubes (Archibald) geforscht wird (Abb. 1).

Der wesentlichste Teil der Operation ist der Plan, welche Wurzel und Nervenstränge nach Darstellung des Schadens sollen rekonstruiert werden. Man geht nach der Anzahl der vorhandenen brauchbaren Wurzeln aus und re-neurotisiert die Muskelgruppen, die für wichtige Funktionen der Schulter, des Ellenbogens und der Hand von Bedeutung sind. Die Unterschiede zwischen Erwachsenen und Kindern, Komplet- und Teilfunktionen sowie der Zeitpunkt der Eingriffe nach der Verletzung müssen miteinfließen (Berger, Millesi, Gilbert, Raimondi). Die dazu entwickelten Therapiepläne findet man in Band 4 von Berger Plastische Chirurgie, Kapitel 6.

Wenn die intraplexuelle Neurotisation nicht ausreicht haben wir extraplexuelle Wege zur Verfügung. Es ist der N. suprascapularis, Plexus cervicalis, N. accesorius für die Schulter sowie der N. phrenicus, die Nn. intercostales für den N. musculocutaneus. Neuerdings wird auch empfohlen den Ast des N. radialis zum langen Tricepskopf für



**Abb. 1** Bioartificial Nerve Graft. Kollagen-Röhrchen interne Matrix, Schwann-Zellen

den N. axillaris zu verwenden. Ein Schritt nach vorne, den wir sofort gefolgt sind ist die Verwendung C7 von der gesunden Seite (nach Gu) zur Innervierung über ein langes eventuell vaskularisiertes Transplantat zum Bizeps, eventuell Medianus. Weitere extraplexuelle Neurotisationen, die bei partiellen Läsionen gute Ergebnisse zeigen ist die Methode nach Oberlin, wobei Faszikeln vom N. ulnaris für den N. musculocutaneus verwendet werden. Diese Methode wird derzeit auch weiter distal für bestimmte Funktionen besonders im Unterarm- und Handbereich angewandt. In Einzelfällen haben wir diese Methoden auch erprobt und als empfehlenswert gefunden.

Die ersten Patienten konnte ich mit und bei Millesi seit 1964 in Wien sammeln und habe dann ab 1981 in Hannover die Forschung und Arbeit fortgesetzt. Über das Krankengut in Wien finden sie die Ergebnisse bei Millesi.

Das eigene Patientengut von 1981 bis 2006 in der Klinik für Plastische, Hand- und Wiederherstellungschirurgie, Schwerverbranntenzentrum der Medizinischen Hochschule Hannover und am INI Hannover ist folgend:

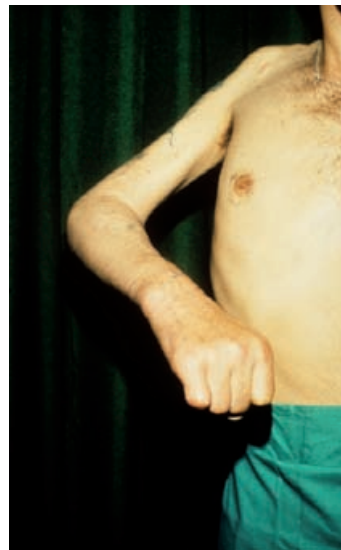
Ätiologie	Patienten	(frühz.) Mikrochir. Exploration/ Revision	Sekun- däre Ersatz operationen	Tertiäre Eingriffe
Posttraumatisch	1218	689	347	38
Geburtstraumatisch	420	212	184	11
Radiogen	56	22	9	0
Thoracic-outlet	24	11	4	1
Sonstiges	4	4	2	2
Total	1722	938	546	52

Für die Beurteilung der Ergebnisse, was auf Grund der Vielfalt der Schädigungen nicht einfach ist haben wir (Berger, Hierner) und andere Gruppen wie Millesi, Gilbert, Allieu, Hentz, Raimondi eigene Systeme entwickelt.

In etwa 40 Prozent sind Sekundäreingriffe wie Sehnen- und Muskeltranspositionen und auch freine mikrovaskuläre Muskelverpflanzungen (Berger, Doi) notwendig um ein funktionell brauchbares Ergebnis für den Patienten zu erreichen. Mit diesen zusätzlichen operativen Eingriffen ist es immerhin möglich die Erfolgsrate von 60 auf 77 Prozent zu steigern. Dies wird aber nur von Zentren (Millesi, Gu, Berger et al.) erreicht. Lange



**Abb. 2** 30jähriger Patient. Kompletter Ausriss C5–Th1. Schulterrekonstruktion mit N. accessorius, M. cutaneus und N. medianus mit Intercostalis-Transfer. 5 Jahre postoperativ.



**Abb. 3** Partielle Plexusläsion. C5–C6 Nerventransplantation. Sekundärer Latissimus-dorsi-Transfer.



**Abb. 4** Geburtstraumatische obere Plexusläsion. Nerventransplantation im 4. Monat, Ergebnis nach zwei Jahren.

Erfahrung und eine gute Zusammenarbeit aller mit Nervenläsionen und Plexusläsionen sich beschäftigenden Fachgruppen ist dazu notwendig. Zur Demonstration drei Fälle (Abb. 2–4).

### Zukunft

Um die derzeitigen möglichen Ergebnisse zu verbessern besteht ein intensiver Wissensaustausch zwischen den Spezialisten (Aachen, Hannover, Paris, Shanghai, Venedig, Wien). Der Weg zu einer besseren präoperativen Diagnostik geht über Myelo-CT, MRT und vor allem den funktionellen NMR. Daraus ergeben sich auch neuere Programme zur Verbesserung der Nervenregeneration und der Nutzung der Plastizität des Gehirnes, wie durch die Kontrolle der Ergebnisse des C7-Transfers möglich, erscheint. Die Techniken der Muskeltransfers und freien Muskeltransplantationen werden verfeinert. Der Einsatz von Chips für Muskelbewegungen und Verstärkung von Muskelbewegungen ist erfolgversprechend. Zentral gesteuerte Orthesen und Prothesen eröffnen ein neues Feld für Verbesserungen der funktionellen Ergebnisse. Nicht zu vergessen sind die Stammzellforschung und die Forschung am ZNS. □

### Literatur

1. Allieu Y, Triki F, de Godebout J (1987) Les paralysies totales du plexus brachial. Valeur de la conservation du membre et de la restauration de la flexion du coude. *Rev Chir Orthop* 73: 665–673
2. Berger A (2008) Plexus brachialis. In: Berger *Plastische Chirurgie* (Band 4/Kapitel 6) Springer, Berlin
3. Brunelli G, Monini L (1984) Neurotization of avulsed roots of brachial plexus by means of anterior nerves of cervical plexus. *Clin Plast Surg* 11: 149–152
4. Doi K, Muramatsu K, Hattori Y, et al (2000) Restoration of prehension with the double free muscle technique following complete avulsion of the brachial plexus. Indications and long-term results. *J Bone Joint Surg [Am]* 82: 652–666
5. Gilbert A (1995) Paralysie obstétricale du plexus brachial. In: Alno J-Y, Narakas A: *Les paralysies du plexus brachial*. 2. Aufl. Expansion Scientifique Française, Paris, S 270–281
6. Gu YD, Chen DS, Zhang GM (1998) Long term functional results of contralateral C7 transfer. *J Reconstr Microsurg* 14: 57–59
7. Millesi H (1992) *Chirurgie der peripheren Nerven*. Urban & Schwarzenberg, München
8. Oberlin C (2003) Les paralyses du plexus brachial de l'adulte par lésions radiculaires. *Chir Main* 22: 272–284
9. Raimondi P.L., Muset i Lara A., Saporiti E (2001) Palliative surgery: shoulder paralysis. In: *Brachial plexus injuries*. Dunitz, London

Prof. Dr. med. Alfred Berger, Hannover

# Zentren für Schwerbrandverletzte in der Bundesrepublik Deutschland

Peter M. Vogt, Peter Mailänder, Franz Jostkleigrew, Bert Reichert, Bernd Hartmann

**B**randverletzungen zählen zu den schwersten und mit ihren Folgen auch zu den nachhaltigsten Traumen. Mit einer vom Tiefegrad und der Fläche, Inhalationstrauma, Lebensalter und Begleitverletzungen abhängigen Überlebens-Prognose ergeben sich hohe Anforderungen an die Versorgungsqualität. Bei Kindern determinieren die Folgen der Brand- und Verbrühungsverletzungen in besonderer Weise das Auftreten von Wachstumsverzögerungen oder Behinderungen durch Narbenkontrakturen und können damit die weitere psychische, schulische und körperliche Entwicklung sowie soziale Langzeitprognose negativ beeinflussen.

Daher muß heute allen schwerbrandverletzten Patienten eine qualifizierte und modernen Standards entsprechende komplexe plastisch-chirurgische Behandlung gewährt werden. Entsprechende Behandlungskriterien für Schwerbrandverletzte wurden von nationalen und internationalen Fachgesellschaften für Verbrennungsbehandlung eindeutig definiert (Tabelle 1).

Hinsichtlich der Unfallursachen findet sich in über 60 % der Fälle eine im privaten Umfeld auftretende Unfallursache. Thermische Verletzungen im Rahmen von Arbeitsunfällen sind in etwa ein Viertel aller in den Verbrennungszentren behandelten Fälle ursächlich. Mit einer konstanten Inzidenz von 10–15 % sind Suizide zu verzeichnen.

## Versorgungsgrad bei der Behandlung von Schwerbrandverletzten

In der Bundesrepublik Deutschland kann man hinsichtlich der Anzahl von ausgewiesenen Betten für Schwerbrandverletzte und der in den Zentren gewährten Behandlungsqualität von einem adäquaten Versorgungsstandard ausgehen. So ergibt sich in Anlehnung an eine Empfehlung der European Burns Association (ein Intensivbett pro 1 Mio Einwohner) für die Bundesrepublik Deutschland die notwendige Vorhaltung von 80 Intensivbetten für Schwerbrandverletzte oder für 16 bis 20 Zentren à 4–5 Betten [4]. Verglichen mit den USA (20 Betten pro Zentrum) sind derartige Einheiten klein. Allerdings verfügt die Bundesrepublik Deutschland über eine höhere Bevölkerungsdichte, vergleichsweise kurze Transportwege sowie kürzere verkehrstechnischer Anbindung und flächendeckenden Rettungsmitteln.

Die baulich neuesten Zentren in Deutschland befinden sich derzeit an den BG-Kliniken Berlin, Ludwigshafen, Tübingen und der Medizinische Hochschule Hannover mit einer Bettenkapazität zwischen 4 und 12.

## Leitlinienbasierte Behandlungsqualität

Die Deutsche Gesellschaft für Verbrennungsmedizin e.V. (DGV) wurde als interdisziplinäre wissenschaftliche Gesellschaft von Plastischen Chirurgen gegründet. Mit der Deutschsprachigen Arbeitsgemeinschaft für Verbren-



nungsbehandlung (DAV) sichert und entwickelt sie den Standard ständig weiter. So hat die DGV strukturelle, personelle und medizinische Leitlinien erarbeitet, die zusätzlich durch ein internes Qualitätssicherungssystem aller beteiligten Zentren begleitet werden. Dieses System beruht auf einer umfangreichen Datensammlung, die in Form eines jährlichen von der Arbeitsgemeinschaft der Verbrennungszentren intern veröffentlichten Berichtes Angaben zur Patientenzahl, Unfallursache, Art des Traumas, Tiefe und Ausdehnung, demographische Daten der Patienten, Begleiterkrankungen und die dabei erzielte Überlebensrate enthält. Weltweit existiert keine vergleichbare Datensammlung von Verbrennungszentren.

### Indikationen für die Behandlung im Zentrum für Schwerbrandverletzte

Die Indikation für die Verlegung in ein Zentrum für Schwerbrandverletzte ergibt sich aus Parametern, die von der DGV formuliert wurden und vom Verbrennungsausmaß, patientenspezifischen Parametern, Lokalisationen und Begleitverletzungen abhängen (s. Tabelle 1: „Einweisungskriterien“). Eine Direkteinweisung in ein Brandverletzentrum vom Unfallort ist nur in Einzelfällen sinnvoll, wenn sich das Unfallereignis ohne größere räumliche Distanz zum Zentrum ereignet hat. In den meisten Fällen erfolgt die Koordination über die zentrale Bettenvermittlung in Hamburg. Nur so können bei feh-

lenden Aufnahmekapazitäten unnötige Wege und damit Zeitverluste und Schaden für den Patienten abgewendet werden.

### Brandverletzentren – Versorgungsstruktur

1964 wurde erstmals in Deutschland eine Abteilung für Schwerbrandverletzte und Plastische Chirurgie an den Berufsgenossenschaftlichen Krankenanstalten Bergmannsheil in Bochum von Prof. Dr. Dr. Fritz Eduard Müller aufgebaut. Später folgten Ludwigshafen und weitere BG-Kliniken, das Klinikum Bogenhausen, das Klinikum der RWTH Aachen und weitere Universitätskliniken.

Nach den Vorbildern englischer und US-amerikanischer Zentren konnte hier das Prinzip der Einheit von Intensivmedizin, aseptischer Wundpflege, Hautersatz und vor allem Plastischer Chirurgie umgesetzt werden, die auch heute noch die Basis der modernen Verbrennungsbehandlung darstellt. Nahezu alle Zentren für die Behand-

**Tabelle 1** Einweisungskriterien in ein Brandverletzten-Zentrum (Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Verbrennungsmedizin e.V., [www.verbrennungsmedizin.de](http://www.verbrennungsmedizin.de))

- Alle Patienten mit Verbrennungen an Gesicht/Hals, Händen, Füßen, Ano-Genitalregion, Achselhöhlen, Bereiche über großen Gelenken oder sonstiger komplizierter Lokalisation
- Patienten mit mehr als 15 % zweitgradig verbrannter Körperoberfläche
- Patienten mit mehr als 10 % drittgradig verbrannter Körperoberfläche
- Patienten mit mechanischen Begleitverletzungen
- Alle Patienten mit Inhalationsschaden
- Patienten mit Vorerkrankungen oder Alter unter 8 Jahren bzw. über 60 Jahren
- Alle Patienten mit elektrischen Verletzungen

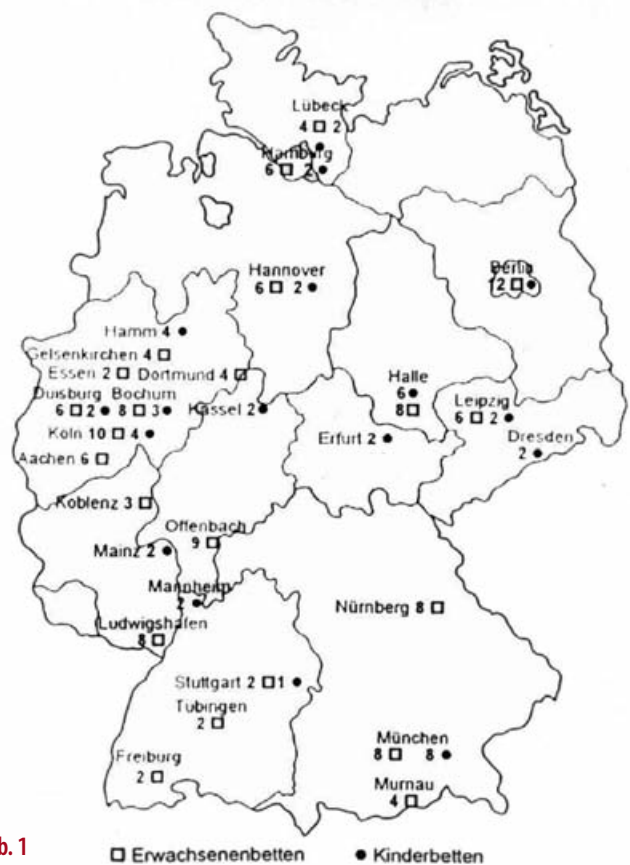


Abb. 1

□ Erwachsenenbetten ● Kinderbetten

lung von brandverletzten Erwachsenen werden von Plastischen Chirurgen geleitet. Die Therapie von Kindern mit thermischen Schädigungen erfolgt an vielen Standorten durch Kliniken für Plastische Chirurgie (Berlin, Bochum, Duisburg, Hamburg, Lübeck, Nürnberg, Offenbach) in Kooperation mit den jeweiligen pädiatrischen Kliniken. Die zentrale Bettenvermittlung in Hamburg führt insgesamt 38 Kliniken, die am Vermittlungsverfahren ZA-Schwerbrandverletzte teilnehmen. Jeweils 18 Kliniken halten entweder Betten für schwerbrandverletzte Erwachsene oder Kinder vor, zwei Zentren weisen eine kombinierte Erwachsenen- und Kinderbehandlung aus (Abb. 1).

Insgesamt stehen damit in der Bundesrepublik 183 Betten für Schwerbrandverletzte zur Verfügung, von denen primär ausschließlich 46 Betten für Kinder ausgewiesen sind, 116 Betten stehen primär Erwachsenen und 21 Betten sowohl Erwachsene als auch Kindern zur Verfügung.

Neben neun Universitätskliniken sind die Betten für Schwerbrandverletzte in neun Berufsgenossenschaftliche Kliniken (darunter eine Universitätsklinik, Bergmannsheil Bochum), neun städtischen Krankenhäusern, acht Kinderkliniken anderer Träger, ein Bundeswehrkrankenhaus und eine Kinderklinik sowie Erwachseneneneinheit in primär privater Trägerschaft untergebracht (Tabelle 2).

### Ausstattungsmerkmale der Zentren – baulich und personell

Von Beginn an haben die Berufsgenossenschaften zur Sicherstellung einer optimalen Frühtherapie und Rehabilitation von Schwerbrandverletzten die Einrichtung von Brandverletzten-Zentren auf höchstem Behandlungsniveau gefördert. In einer Denkschrift für die Rehabilitation Brandverletzter fordert der Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften neben der suffizienten Erstbehandlung eine bauliche und apparative Ausstattung, die über Personenschleusen, Material- und Bettenschleusen, heizbare Aufnahmen und Schockraum mit Vorhalten aller Geräte für Reanimation und sofortige Intensivtherapie und eine direkt angegliederte Intensiv- und Überwachungseinheit, mindestens vier Betten, klimatisierte Einzelzimmer und die Möglichkeit maximaler Intensivtherapie beinhaltet. Der ärztliche Leiter einer Intensiveinheit für Schwerbrandverletzte sollte nach

**Tabelle 2** Verteilung der Brandverletztenbetten in der Bundesrepublik Deutschland: Trägerschaften und vorgehaltene Betten.

Krankenhaus-Träger	Betten Erwachsene	Betten Kinder	Anzahl Zentren
BG-Klinik	62 *	0	9
Universitätsklinik	18***	21	9
Städtische Klinik	43 **	25	17
Kinderklinik			
Private Trägerschaft	1		
Bundeswehr	4	0	1
Summe	128	46	36

\*davon 12 Erwachsene und Kinder \*\*davon 9 Erwachsene und Kinder \*\*\*Schwerpunktprofessur für Verbrennungsmedizin an der Medizinischen Hochschule Hannover

Vorgabe der Berufsgenossenschaften neben einer umfassenden plastisch-chirurgischen Ausbildung umfassende Kenntnisse in der speziellen plastisch-chirurgischen Intensivtherapie besitzen. Der ärztliche Dienst sieht einen Arzt pro zwei Patienten vor, der Pflegedienst eine Pflegekraft pro Patient und Schicht. Zu gewährleisten sind nach den Forderungen der Berufsgenossenschaften ferner Physiotherapie und Ergotherapie, kontinuierliche bakteriologische Überwachung, Verfügbarkeit von Kulturhaut, d. h. biotechnologisch hergestellte Hautzüchtung, eine psychologische Betreuung und eine Betreuung durch den Sozialdienst.

Die wissenschaftliche Anerkennung hat die Verbrennungsbehandlung nun auch durch die Einrichtung einer W2-Schwerpunktprofessur für Verbrennungsmedizin und Hautregeneration (Prof. Dr. H.O. Rennekampff) an der Medizinischen Hochschule erfahren. Hiermit wird die Forschung, Lehre und Krankenversorgung auf diesem Gebiet zweifelsohne erheblich gefördert.

### Verbrennungszentren und Überlebensprognose

Statistiken aus den USA zeigen, dass sich aufgrund der Behandlung in spezialisierten Zentren innerhalb der vergangenen 40 Jahren die Überlebensprognose bei Brandverletzungen betreffend mehr als 50 % der Körperoberfläche (KOF) in nahezu allen Altersgruppen verdoppelt hat. Bei Kindern war eine Steigerung von 49 auf 98 %, für die Gruppe der über 65jährigen von 10 auf 25 % zu verzeichnen.

Neuere Untersuchungen belegen aber auch, dass trotz aller Fortschritte die Häufung bestimmter Risikofaktoren die Überlebensprognose verschlechtert; so beträgt die Überlebenschance nur noch unter 1 %, wenn gleichzeitig ein Alter von über 65 Jahre, ein Inhalationstrauma und eine verbrannte Körperoberfläche von mehr als 40 % vorliegen.

Das Primat der Behandlung besteht nicht im alleinigen Erreichen des Überlebens schwerer Brandverletzungen, sondern vor allem in einer qualifizierten Gesamtbehandlung, die eine stadiengerechte Wundbeurteilung, Nekrosenabtragung und den geeigneten am aktuellen Stand der Wissenschaften angelehnten Hautersatz einschließt. Ein vorrangiges Ziel ist das Erreichen eines optimalen funktionellen wie ästhetischen Ergebnisses durch plastisch-rekonstruktive Maßnahmen sowie die soziale und berufliche Rehabilitation der Verletzten mit Reintegration in das soziale und berufliche Umfeld.

Die Sicherstellung der hohen Qualifikation des ärztlichen und Pflegepersonals sowie die Finanzierung der Verbrennungsmedizin sind große Herausforderungen, die auch unsere Fachgesellschaft fordern.

Mit etwa 1400 erwachsenen Patienten, die mit schweren Brandverletzungen in Spezialkliniken eingeliefert werden, machen ausgedehnte Verbrennungen und Verbrühungen nur einen kleinen Anteil aus. Jedoch sind die Kosten immens hoch und erreichen nicht selten eine Summe von mehreren hunderttausend Euro.

Mit einem in Industrieländern zu verzeichnenden Rückgang schwerer thermischer Verletzungen wird derzeit angesichts begrenzter finanzieller Ressourcen eine intensive Diskussion um Struktur, Größe, Organisationsform bezüglich der Finanzierung der Verbrennungsmedizin geführt.

Weltweit erfolgt in der Regel mit den Kostenträgern keine Abrechnung der Behandlung brandverletzter Patienten in den entsprechenden Zentren mittels Fallpauschalen. In der Bundesrepublik Deutschland würde eine ausschließlich – basierte Vergütung zu einer drastischen Unterfinanzierung führen, wie eine Arbeitsgruppe des Verbrennungszentrums Ludwigshafen festgestellt hat. Insbesondere könnte die Einführung innovativer Hautersatzverfahren behindert werden, da diese zwar derzeit im DRG System erfasst aber nicht adäquat vergütet werden [1].

Analysen und Prognosen aus den angelsächsischen Ländern gehen ebenfalls von drastischen Auswirkungen

aus, sollten Abrechnungssysteme wie das DRG-System als alleiniges Abrechnungsinstrument zum Einsatz kommen. 40 % aller Patienten überschreiten die Grenzverweildauern mit unterfinanzierter Folgetherapie. Ein möglichst nur bedingt die notwendigen Finanzierungsressourcen bereitstellen. In den USA sind bereits die ersten Zentren für Brandverletzte geschlossen worden. Wie in anderen medizinischen Versorgungsbereichen droht also die Schließung kleinerer Zentren, wie am pädiatrischen Verbrennungszentrum Hannover in der Kinderklinik Bult erfolgt und Konzentrierung auf große Verbrennungseinheiten.

Vor dem Hintergrund des Rückzuges der Kostenträger aus der Finanzierung der Infrastruktur medizinischer Einrichtungen ist vor allem für Brandverletztzentren die Daseinsvorsorge auf Länderebene ernsthaft zu diskutieren.

Neben der eigentlichen Aufgabe der Versorgung von Schwerstbrandverletzten kann aber die Expertise in kritischer Wundbehandlung in Verbrennungszentren ein wertvoller Baustein für die Behandlung von anderen Großwunden sein. Dazu zählen großflächige exfoliative Hauterkrankungen, ausgedehnte Infektwunden und Dekubiti aber auch amputationsgefährdete ulzerierte Extremitäten [2].

Die dabei erzielten Kosteneinsparungen in anderen Gebieten könnten der Finanzierung der Verbrennungseinheit zugute kommen.

Eine weitergehende Nutzung als Wund-Einheit verbunden mit dem gezielten und damit kostengünstigen Einsatz innovativer Technologien wie z.B. Hautersatz [3] und chirurgischer Medizintechnik ermöglicht effiziente Wundtherapie, Aus- und Weiterbildung aller medizinischen Berufsgruppen in Wundtherapie und besitzt das Potential Krankenhauserlöse zu stabilisieren.

Grundsätzlich erscheint es aber unerlässlich, die Behandlung von ausgedehnten thermischen Verletzungen an Spezialzentren mit ihren kaum eine DRG-Gruppierung rechtfertigenden Fallzahlen aus der Fallpauschalenvergütung herauszunehmen.

Mit dem damit gewonnen Potential und der vorgehaltenen hohen Expertise in umfassender Versorgungsmöglichkeit auch komplexester Wunden eröffnet sich in jeder Hinsicht ein bedeutsames medizinisches Einsparpotential für die erwähnten angrenzenden Bereiche.

Die Plastische, rekonstruktive und ästhetische Chirurgie optimiert dabei federführend den Ressourceneinsatz

aufgrund der vorhandenen Expertise in Rekonstruktion, Hautersatz und Rekonstruktion. □

### Literatur

1. Oestreich K, Jester A, Ohlbauer M, et al (2006) Survival strategy of burn centers in the context of the German DRG system: reimbursement. *Unfallchirurg* 109: 505
2. Spies M, Vogt PM, Herndon DN (2003) Toxic epidermal necrolysis. A case for the burn intensive care unit. *Chirurg* 74: 452
3. Wood FM, Kolybaba ML, Allen P (2006) The use of cultured epithelial autograft in the treatment of major burn wounds: eleven years of clinical experience. *Burns* 32:538
4. Brychta P (2007) Vortrag, Jahrestagung der Deutschsprachigen Arbeitsgemeinschaft für Verbrennungsbehandlung, St. Anton

Prof. Dr. med. Peter M. Vogt  
Klinik und Poliklinik für Plastische, Hand- und Wiederherstellungschirurgie  
Zentrum für Schwerbrandverletzte  
Medizinische Hochschule Hannover

# Rekonstruktive Chirurgie nach Verbrennungstrauma

Norbert Pallua, Erhan Demir

Die Behandlung von Verbrennungen und deren Folgen stellt traditionell eine der vier Säulen unseres Fachgebietes dar. Vor allem während der letzten Jahre kam es zu einem Paradigmenwechsel in der Verbrennungsbehandlung. Die so genannte fünfte Säule der Plastischen Chirurgie, die Forschung, konnte durch zahlreiche Fortschritte und Innovationen ganz neue Aspekte und Möglichkeiten hervorbringen. In der Plastischen- und Rekonstruktiven Chirurgie gelang es in kurzer Zeit und sehr effizient diese Fortentwicklungen, beispielsweise aus dem Gebiet des Tissue Engineering als neue Hautersatzmaterialien, in die Therapiekonzepte mit einzubeziehen. Daneben konnten Erkenntnisse aus anatomischen Studien in Form neuer Lappenplastiken für die Rekonstruktion von Verbrennungsnarben angewendet werden. In der letzten Zeit wurden auch Ergebnisse aus der molekularbiologischen Fettforschung zur Korrektur von Verbrennungsnarben mittels Lipofilling therapeutisch genutzt.

Im Folgenden soll eine Zusammenstellung der aus unserer Sicht wichtigsten Veränderungen der letzten Jahrzehnte in der Behandlung von Verbrennungspatienten dargestellt werden.

## Erstellung eines Behandlungsplanes

Nach der Befunderhebung ist das Erstellen eines therapeutischen Zeitplanes der rekonstruktiven Schritte von entscheidender Bedeutung. Dabei sollte generell die Technik gewählt werden, die am einfachsten zum gewünschten Ziel führt. Dieses Prinzip entspricht der

rekonstruktiven Leiter nach Gillies. Diese beginnt mit dem Primärverschluss als einfachste Technik und führt über Hauttransplantationen, lokale- und regionale Lappenplastiken zu komplexen mikrochirurgischen Operationsmethoden (Quelle: Gillies).

Einer akuten rekonstruktiven Intervention muss die Wiederherstellung aktiver Funktionen wie z.B. von Narbensträngen über Gelenken oder im Halsbereich zugeführt werden. Diese Regionen sollten mit größter Priorität behandelt werden, um bleibende Organschäden und Deformitäten sowie aktive Funktionsdefizite zu vermeiden.

Bereiche, welche einer verzögerten chirurgischen Intervention zugeführt werden können, sind Narbenareale ohne funktionelle Einschränkung wie z.B. Thoraxnarben. Diese Areale können zunächst unter einer gezielten konservativen Narbentherapie eine Verbesserung des Ausgangsbefundes erfahren, ohne dass die Gefahr einer dauerhaften Organ- bzw. Funktionsschädigung besteht.

Im Allgemeinen darf eine chirurgisch rekonstruktive Maßnahme nur bei ausgereiftem Narbenstatus erfolgen. Ausnahmen hierbei bilden aktive Narben, welche zu einer funktionelle Beeinträchtigung führen.

Der zu erwartende Defekt muss präoperativ genau evaluiert werden und zwar ob ein reiner Weichteildefekt oder ein zusätzlicher knöcherner Defekt wiederherzustellen ist. Ein allschichtiger Defekt im Gesichtsbereich unter Beteiligung der Schleimhäute erfordert eine zusätzliche Planung der Schleimhautrekonstruktion des sogenannten Mucosal Linings.

### Expandertherapie

Die Einführung der Expandertherapie erfolgte durch Neumann (1957). Besonders durch die Arbeiten von Radovan (1982, 1984) und Austad (1986, 1988) und Becker (1984, 1987) wurde das Prinzip der Gewebexpansion ein fester Bestandteil der rekonstruktiven Plastischen Chirurgie.

Eine Indikation zur Expandertherapie ist bei ausgedehnten kontrakten Narbenflächen gegeben. Grundvoraussetzung hierfür ist allerdings, dass unmittelbar angrenzende Nachbarzonen unverletzt und narbenfrei sind. Die Präexpansion eines benachbarten Hautareals vergrößert die Fläche an Weichteilgewebe, welches die Charakteristika der Empfängerregion in Farbe, Textur, Gewebestärke und gegebenenfalls Behaarung aufweist.

Eine Sonderform hierbei ist die Präexpansion von definierten Lappenplastiken. So können nicht nur dünne und modellierfähige Lappen vorbereitet, sondern auch die Hebemorbidity deutlich reduziert werden. Das expandierte Weichteilgewebe wird im Anschluss an die Expansionsphase entsprechend den Prinzipien lokoregionaler oder freier Lappenplastiken in das zu rekonstruierende Gesichtsareal transferiert (Pallua und O'Dey 2006).

### Lappenplastiken

Die Indikation für eine Lappenplastik ist gegeben, wenn funktionelle Strukturen exponiert sind. In Abhängigkeit der Gewebzusammensetzung stehen kutane, fasciokutane, myokutane oder osteokutane Lappenplastiken zur Auswahl.

Rekonstruktionen im Gesichtsbereich sollten wann immer möglich durch lokale und regionale Lappenplastiken erfolgen. Durch diese Lappenplastiken werden neben der Farb- und Texturübereinstimmung meist auch das Hautniveau ideal wiederhergestellt. Im Gegensatz zu Hauttransplantaten zeigen Lappenplastiken keine Schrumpfungstendenz, wodurch sich die Anzahl der Revisionseingriffe vermindert und so die Lebensqualität des Patienten verbessert.

Regionale Lappenplastiken stellen eine ideale Indikation zur Rekonstruktion großer Areale des Gesichtes und des Halses dar (Ninkovic et al. 2004, Pallua und von Heimburg 2005). Die Schulterregion eignet sich als Spenderzone zur Hals- und Gesichtsrekonstruktion. Besonders bewährt hat sich hierbei der supraclaviculäre

Insellappen (SIF), mit dem selbst ganze Gesichtshälften wiederhergestellt werden können (Pallua et al. 1997, Pallua und Noah 2000, Pallua und von Heimburg 2005). Kontraindikationen für regionale Lappenplastiken sind vernarbte Hebestellen oder eine durch Voroperation beeinträchtigte Gefäßversorgung (Hallock 1992, Rose 1995).

### Freie Lappenplastiken

Stehen keine lokalen und regionalen Optionen zur Verfügung, so ist bei lappenpflichtigen Defekten ein freier Gewebstransfer indiziert. Trotz fehlender Farb- und Texturübereinstimmung kann mit dünnen fasziokutanen Lappen ein durchaus befriedigendes Ergebnis erzielt werden. Zur Verfügung stehen beispielsweise der Oberarm-lappen, der Radialislappen oder alternativ der Skapula- oder Paraskapularlappen (Angrigianni 1994, Abramson et al. 1996).

In der letzten Dekade geht der Trend aufgrund der dünnen Gewebetextur mit geringer Hebestellenmorbidity zum Einsatz von Perforatorlappenplastiken wie z.B. dem ALTP-Lappen (anterior-lateral thigh perforator) oder dem TD-Flap (thoraco-dorsal artery perforator) (Tsai et al. 2006).

### Hautersatzverfahren

Die Indikation zum Einsatz von Dermisersatzverfahren ist als Alternative bei großflächigen Narben im Bereich der Spenderareale im Einzelfall gegeben. Hierfür stehen aus dem Tissue Engineering zahlreiche Neuentwicklungen in Form permanenter Dermisersatzverfahren wie Integra® (Integra Lifescience Corp.), Matriderm® (Dr. Suwelack Skin & Health Care AG) oder Alloderm® (LifeCell Corp.) zur Verfügung.

Integra® ist ein Composite aus einer azellulären Matrix aus vernetztem Rinderkollagen-Typ-I und Chondroitin-6-Sulfat mit einer Silikonschicht. Integra® wird auf die zu rekonstruierende Fläche aufgelegt. Nach Kapillareinsprossung entsteht eine Neodermis. Die Matrix wird innerhalb von 4 bis 6 Wochen zu Kollagen umgewandelt. Am Anschluss kann eine dünne Spalthaut aufgelegt werden. Eine qualitativ bessere Narbenstruktur mit erhöhter Viskoelastizität wird ermöglicht (Burke 1981 et al., Kolythas und Vogt 2006).

Matriderm®, eine Matrix aus nichtvernetztem bovinem Kollagen Typ I, III und V sowie Elastin, wird in den

Stärken von 1 mm bis 2 mm angeboten. Die Indikation decken sich mit den Einsatzmöglichkeiten von Integra®.

Alloderm® besteht aus humaner azellulärer Dermis von Spenderhäuten unter Erhalt der dermalen Matrix und Basalmembranelementen.

Alle Verfahren können sinnvoll mit dem VAC®-System (Vacuum assisted closure, Fa. KCI) kombiniert werden um die Anheilungsraten der Spalthaut zu erhöhen.

Die Ergebnisse dieser Dermisersatzmaterialien hängen sehr von einer korrekten Indikationsstellung und peniblen Verbandstechnik ab und können aufwändigere Rekonstruktionen mit Lappenplastiken durchaus ersetzen.

### Lipofilling

Da sowohl die Fettzellen als auch im Besonderen deren Vorläuferzellen vermehrt angiogenetisch wirksame Wachstumsfaktoren freisetzen, kann durch die Injektion von Fettzellen (Lipofilling) die Qualität der Hautnarben Dank der Induktion der Angiogenese verbessert werden. Zusätzlich führt eine vermehrte Freisetzung von Metalloproteinasen zu einer deutlichen Verbesserung der Gewebselastizität.

### Ausblick

Die fünfte Säule der Plastischen Chirurgie, die klinische und grundlagenorientierte Forschung, wird weiterhin das leistungsfähigste Instrument zur Weiterentwicklung unseres eigenständigen Fachgebietes bleiben. Es gibt noch ungeahnte Möglichkeiten in der Entwicklung von Gewebeersatzmaterialien und deren Einsatz in der Praxis. Die Renaissance von bekannten Techniken nach deren Modifikation wie z.B. das Lipofilling zur Auffüllung von Gewebedefekten oder die Präfabrikation von Lappenplastiken führt uns wieder vor Augen, dass unser innovatives Fach nicht nur eine lange Tradition in der Medizin besitzt sondern auch in Zukunft den Verbrennungspatienten durch revolutionisierende Erkenntnisse eine große Perspektive eröffnet. □

Prof. Prof. h.c. (RC) Dr. med. Norbert Pallua  
Klinik für Plastische Chirurgie, Hand- und Verbrennungschirurgie  
Universitätsklinikum RWTH Aachen

# Vierzig Jahre Ästhetische Chirurgie in Deutschland

Gottfried Lemperle, Klaus Exner, Christian J. Gabka

Die ästhetische Chirurgie in Deutschland blickt auf eine große Vergangenheit zurück: Als „Vater der Ästhetischen Chirurgie“ wird allgemein Jacques Joseph (1865-1934) angesehen. Er legte 1896 erstmals abstehende Ohren an und verkleinerte „Eselsohren“ durch eine horizontale Keilexzision. Wegen unärztlichem Verhalten wurde er daraufhin von der Berliner Universität verwiesen, erhielt aber aufgrund seiner rekonstruktiven Gesichtsplastiken während und nach dem 1. Weltkrieg 1918 eine Titular-Professur an der Charité. Die erste kosmetische Rhinoplastik in Europa führte er 1898 durch, wurde aber später von amerikanischen Kollegen auf die von J.O. Roe bereits 1891 in New York erfolgte erste Rhinoplastik hingewiesen. Die erste „Hängewangenplastik“ operierte er 1908, beschrieb sie aber erst 1921; die erste Mammastraffung mit Verkleinerung (Mastomyopexie) erfolgte 1922.

Erich Lexer führte bereits 1906 in Königsberg die erste Gesichtshaut-Straffung an einer Schauspielerin durch, die sich jede Nacht ihre Haut selbst mit Pflaster und Gummizügel über den Hinterkopf straffte, bis sich oberhalb beider Jochbeine starke Querfalten bildeten. Seine 1919 entwickelte und von seinem Assistenten Kraske 1923 beschriebene funktionserhaltende Reduktionsmammoplastik ist heute noch die Basis aller Methoden.

Nach dem Krieg war es Ursula Schmidt-Tintemann in München, die in den 60er und 70er Jahren mit vielen Vorträgen und als Delegierte in der Gesellschaft für Chirurgie die Ästhetische Chirurgie wieder salonfähig machte. Sie legte harte Maßstäbe an die Indikationen dieses Spezialgebietes und distanzierte sich von allen damit

verbundenen kommerziellen Hintergedanken. Ein erster Artikel von ihr über das Facelift erschien 1965 in Langenbecks Archiv. Neben vereinzelt „kosmetischen Chirurgen“ in München, Düsseldorf und Frankfurt, war es besonders Herbert Höhler, der das damalige Spektrum der ästhetischen Operationen aus den USA nach Frankfurt und dort zur Blüte brachte.

Zu seinem Andenken wurde die Herbert-Höhler-Nadel der Vereinigung der Deutschen Ästhetisch-Plastischen Chirurgen (VdÄPC) für herausragende Verdienste im Bereich der Ästhetischen Chirurgie durch deren Präsident Rolf Rüdiger Olbrisch in Düsseldorf geschaffen und erstmalig 2004 an Herbert Höhlers alten Freund und früheren Generalsekretär der IPRAS, Ulrich T. Hinderer aus Madrid verliehen.

## Liposuktion und Lipofilling

Am Beginn dieses heute zweithäufigsten Verfahrens in der Ästhetischen Chirurgie stand die „Lipexhairese“, das Herausziehen des Fettes mithilfe einer gynäkologischen Kürette, das Josef Schrudde Anfang der 70er Jahre in Köln inaugurierte. Seine originelle Methode, die er vorwiegend an Reithosen und unförmigen Unterschenkeln testete, veröffentlichte er 1977 in *Langenbecks Archiv für Chirurgie*. Ulrich Kesselring und Rudi Meyer in Lausanne entwarfen 1976 eine Saug-Kürette und Yves-Gerard Illouz in Paris schaffte ab 1977 den Durchbruch mit seiner „Schweizerkäse-Technik“ und stumpfen runden Kanülen verschiedenen Kalibers.





H. Höhler



W. Mühlbauer



N. Olivari



D. F. Richter



W. Gubisch

Die klinische Transplantation von freiem Fett wurde wesentlich von Sidney Coleman in New York beeinflusst. Ihre wissenschaftliche Aufarbeitung wurde vorwiegend von Dennis von Heimburg vorangetrieben.

### Rhinoplastik

Herbert Höhler erlernte die Rhinoplastik in New York von Gustav Aufricht, der wiederum ein Schüler von Jacques Joseph in Berlin war. Von Wolfgang Mühlbauer wurde sie in den 70er Jahren den vielen verschiedenen Nasenformen angepasst, um dann unter Wolfgang Gubisch in Stuttgart ihre Vollendung zu erfahren. Insbesondere bei sekundären Rhinoplastiken schufen diese beiden Vorreiter der Nasenchirurgie Meisterwerke.

### Exophthalmus

Mit dem ihm eigenen Mut und großer Akribie entwickelte Neven Olivari in Wesseling 1987 die transpalpebrale Fettentfernung bei der endokrinen Orbitopathie (Basedow). Zusammen mit seinem Nachfolger Dirk F. Richter überblicken sie inzwischen mehr als 3000 Operationen mit überzeugenden Resultaten dieser ästhetisch sehr störenden Komplikation an den Augen.

### Faltenmittel

Nachdem Kollagen-Injektionen nicht hielten, was sie versprochen, entwickelte Gottfried Lemperle 1989 in Frankfurt ein permanentes Faltenmittel, das anfangs mit einigen Komplikationen verbunden war. Die erste Klassifizierung der Gesichtsfalten und dementsprechende Behandlungsanleitung erfolgte ebenfalls durch Lemperle 2002.

**Table 1** Meilensteine der Ästhetischen Chirurgie in Deutschland

1896 Jacques Joseph:	1. Ästhetische Otoplastik
1898 Jacques Joseph:	1. Ästhetische Rhinoplastik
1906 Erich Lexer:	1. Gesichtshaut-Straffung
1919 Erich Lexer:	1. Reduktionsmammoplastik
1964 Josef Schrudde:	1. Fett-Curettage (Lipexhairese)
1967 Herbert Höhler:	1. Op. eines Kindes mit Down-Syndrom
1969 Herbert Höhler:	Brustvergrößerung durch axillären Zugang
1971 Herbert Höhler:	Brustwiederaufbau (BWA) mit Unterbauch-Wanderlappen
1972 Ursula Schmidt-Tintemann:	Die Ästhetische Chirurgie wird anerkannt
1973 Heinz Bohmert:	Brustwiederaufbau mit vertikalem Schwenklappen
1973 Gottfried Lemperle:	BWA mit horizontaler Oberbauch-Verschiebeplastik
1974 Neven Olivari:	Neuentdeckung des Latissimus-Lappen
1976 Wolfgang Mühlbauer:	Das Amazonas-Syndrom
1977 Wolfgang Mühlbauer:	BWA mit Latissimus-Lappen
1978 Gottfried Lemperle, Dorin Radu:	Multiple Korrekturen beim Down-Syndrom
1979 Rolf-Rüdiger Olbrisch:	Zungenresektion beim Down-Syndrom
1979 Klaus Exner, G. Lemperle:	Konstruktion eines Penoids aus Leisten- und Rektus-Lappen
1982 Edgar Biemer:	Penoid-Konstruktion aus freiem Unterarmlappen
1986 Neven Olivari:	Transkonjunktivale Fettresektion beim Exophthalmus
1989 Gottfried Lemperle:	Permanentes Faltenmittel Arteplast, 1994 Artecoll, 2006 ArteFill
1998 Axel-Mario Feller, Alberto Peek:	Freier Perforator-Lappen (DIEP) für BWA



H. Lampe



M. Wolters

Marianne Wolters und Hermann Lampe in Frankfurt nahmen sich intensiv der Lösung von Nebenwirkungen aller Faltenmitteln an.

### Down-Syndrom

Unter etwa 1000 Geburten findet sich heute ein Kind mit Down Syndrom von unterschiedlich entwickelter Intelligenz. Auf Drängen einer Mutter operierte Herbert Höhler 1968 ihr Kind mit Mosaik-Syndrom indem er die typische Sattelnase und das fliehende Kinn mit Polyäthylen-Spänen augmentierte. Die gute weitere Entwicklung des Mädchens wurde diesem operativen Eingriff zugerechnet. Nach Herbert Höhlers Tod 1978 fand sein Nachfolger Gottfried Lemperle eine Liste von Kindern vor, für die er weitere Operationsmöglichkeiten entwickelte, wie die keilförmige Zungen- und Unterlippen-Reduktion, ein W-förmiges Verstreichen der Mongolenfalte, das Heruntersetzen der äußeren Augenwinkel, die Liposuktion der Wangen und des Halses, etc., alles kleine Eingriffe in einer einzigen Narkose. Bis 1988 wurden von

ihm und Dorin Radu die Gesichter von mehr als 600 Kindern und Erwachsenen mit Down Syndrom etwas unauffälliger gestaltet und vor allem das Sabbern behoben, der zwischenmenschliche Kontakt wurde so erleichtert, Mitmenschen konnten leichter auf sie zu gehen. Besonders in Israel und Brasilien fanden diese kleinen Eingriffe weite Verbreitung. Rolf-Rüdiger Olbrisch, erst in München, dann in Düsseldorf, verfeinerte besonders die Zungenreduktion und operierte ebenfalls hunderte dieser anhänglichen Kinder.

### Brustanomalien

Die erste Beschreibung der axillären Augmentation bei der hypoplastischen Brust stammt von Herbert Höhler 1973 in Frankfurt. Sie hat seither weltweite Verbreitung gefunden und hinterlässt immer noch die am wenigsten sichtbaren Narbe.

Für die einseitige Brust-Agenesie führte Wolfgang Mühlbauer 1977 den Begriff des Amazonen-Syndroms ein, eine Variante des Poland-Syndroms, das neben der begleitenden Brachysyndaktylie auch eine Dysplasie des dazugehörigen Schultergürtels und der Thoraxseite beinhaltet. Dennis von Heimburg und Klaus Exner stellten 1996 eine Klassifizierung der tuberösen Brust mit entsprechenden Operationsmethoden vor, die u.a. Dermisfett-Schwenklappen aus der Unterbrustfalte beinhalten.

### Brustaufbau

Die erste Brustrekonstruktion wird Vincenz Czerny 1893 in Heidelberg zugeschrieben, der ein Lipom vom Rücken in eine durch Tumorentfernung zu klein gewordene Brust transplantierte. Wir ahnen heute, dass daraus



R.-R. Olbrisch



D. von Heimburg



K. Exner



Ch. Gabka



A.-M. Feller



A. Peek



G. Lemperle



D. Radu



E. Biemer

im Laufe der Monate und Jahre eine große verkalkte Ölzyste resultieren musste. Die ersten Brustaufbauten mit lebendem Gewebetransfer führte Herbert Höhler Anfang der 70er Jahre mit dem „pancake-flap“ von Sir Harold Gillies an 18 Patientinnen durch. Was heute der freie oder am Rektusmuskel gestielte TRAM-Lappen ist, war damals ein in der Taille gestielter Wanderlappen mit dem gleichen Volumen an Unterbauch-Haut, die in drei bis fünf Sitzungen an die Stelle der fehlenden Brust gebracht wurde.

Heinz Bohmert in München entwickelte 1974 den thoraco-epigastrischen Lappen für den Brustaufbau nach vertikaler Halsted-Amputation und Gottfried Lemperle in Frankfurt gleichzeitig die Oberbauch-Veschiebeplastik für Patientinnen nach Amputation der Brust in horizontaler Richtung. Inzwischen hatte Neven Olivari 1976 in Köln und später in Wesseling den Latissimus-Lappen für die Deckung von thorakalen Strahlenulzera neu entdeckt und zur Vollendung entwickelt. Wolfgang Mühlbauer und Rolf-Rüdiger Olbrisch führten ihn ab 1977 zum Brustaufbau erfolgreich ein. Ab 1980 wurde an der Frankfurter Klinik unter Gottfried Lemperle und Klaus Exner beim primären Mamakarzinom die subkutane Mastektomie favorisiert, wann immer diese kosmetisch beste Methode als sicher gelte durfte, ebenso wurde Christian J. Gabka in München zum Verfechter des sofortigen Brustwiederaufbaus nach modifizierter Mastektomie. Axel-Mario Feller und Alberto Peek, beide nacheinander in Vogtareuth, verfeinerten den freien Perforator-Lappen aus dem Unterbauch (DIEP-flap) für den Brustaufbau aus eigenem Gewebe und schufen so die natürlichsten rekonstruierten Brüste.

### Bodylift

Während die Bauchdeckenplastik in den 60er Jahren vorwiegend in Brasilien von Ivo Pitanguy und Ricardo Baroudi entwickelt wurde, hat sich Ted Lockwood in den USA in den 90er Jahren bei der Entwicklung des Rundum-Bodylifts große Verdienste erworben. Dirk F. Richter in Wesseling verfeinerte und erweiterte seine Technik auch für Patienten nach extremer Gewichtsabnahme, die nach dieser heroischen Operation ihr jugendliches Lebensgefühl wieder fanden.

### Transgender-Operationen

Mitte der 70er Jahre wurde in Frankfurt die Vereinigung „Transidentitas e.V.“ gegründet. Während die männlichen transsexuellen Patienten meistens von Gynäkologen operiert wurden, war die Konstruktion eines „Penoids“ eine echte plastische-chirurgische Herausforderung. Klaus Exner und Gottfried Lemperle konstruierten die ersten großen Penoide mithilfe von 2 langen Leistenlappen, die einen biegbaren Silikonstab in einem herunter geschlagenen Rektus-Muskel umhüllten.

Edgar Biemer etablierte in München Mitte der 80er Jahre ein Zentrum, in dem weiblichen Transsexuellen ein Penoid mithilfe des freien Unterarm-Lappens rekonstruiert wurde, der die Urethra bereits mit einschloss. Auch auf diesem Spezialgebiet waren die beiden deutschen Kliniken derzeit führend.

Die obige Auflistung stützt sich vorwiegend auf Publikationen aus deutschen Kliniken im Internet-Portal „pubmed“, die internationale Bedeutung bekamen. Viele Kollegen, die wertvolle Steine zum interessanten Mosaik der Ästhetischen Chirurgie beitrugen, wurden nicht

genannt. Wir bitten um ihr Verständnis, ebenso wie bei den Kollegen der MKG-Chirurgie und HNO-Heilkunde, die mitunter bahnbrechende Beiträge in unserem Fachgebiet leisteten. Fast alle der oben genannten Kollegen haben ein Kapitel ihres Spezialgebietes in „Ästhetische Chirurgie“, herausgegeben von Gottfried Lemperle und Dennis von Heimbürg im Ecomed-Verlag Landsberg 1995–2008 geschrieben.

Eine ganze Reihe von Monographien zu den obigen Themen wurden in den 40 Jahren des Bestehens der Vereinigung der Deutschen Plastischen Chirurgen (VdPC) – und seit 2006 der Deutschen Gesellschaft für Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie (DGPRÄC) – von ihren Mitgliedern veröffentlicht:

### Literatur

- Berger A, Hierner H (2007) *Moderne Plastische Chirurgie 4, Mamma. Stamm. Genitale*. Springer, Berlin
- Bohmert HH (1982) *Brustkrebs und Brustrekonstruktion*. Thieme Stuttgart 1982
- Bohmert HH (1989) *Brustkrebs: Organerhaltung und Rekonstruktion*. Thieme, Stuttgart
- Bohmert HH (1995) *Plastische und rekonstruktive Chirurgie der Brust*. Thieme, Stuttgart
- Buck-Gramcko D, Schneider W (1998) *Dreißig Jahre Vereinigung der Deutschen Plastischen Chirurgen*. *Handchir Mikrochir Plast Chir* 30: 289–290
- Eisemann-Klein M, Neuhann-Lorenz C (2008) *Innovations in plastic and aesthetic surgery*. Springer, Berlin
- Exner K, Olbrisch RR, Biemer E (2006) *Medführer Plastische und Ästhetische Chirurgie – Deutschland, Österreich, Schweiz*. Medführer, Heidelberg
- Feller AM, von Homburg D, Menke H, Exner K (2005) *Lernmodul Ästhetisch-plastische Mammachirurgie*. Medical Tribune, Wiesbaden
- Gabka CJ, Bohmert HH, Blondeel P (2006) *Plastische und rekonstruktive Chirurgie der Brust*. Thieme, Stuttgart 2006
- Greulich M, Wangerin K, Gubisch W (1991) *Konturen der Plastischen Chirurgie*. Marseille, München
- Höhler H, Lemperle G (1975) *Plastische und Wiederherstellungs-Chirurgie*. Aus Klinik und Forschung. Schattauer, Stuttgart
- Lemperle G, Nievergelt J (1989) *Plastische Mammachirurgie*. Springer, Heidelberg
- Lemperle G, von Heimbürg D (1998–2008) *Ästhetische Chirurgie*. Ecomed, Landsberg
- Lemperle G (2006) *Herbert Höhler – ein Pionier der ästhetischen Chirurgie in Deutschland*. *Handchir Mikrochir Plast Chir*. 38:141–143
- Münker R (1991) *Schönheitschirurgie*. Trias, Stuttgart
- Olivari N (2001) *Endokrine Orbitopathie*. Kaden Verlag, Heidelberg
- Olivari N (2004) unter Mitarbeit von Richter DF, Eder E u.a.: *Praktische Plastische Chirurgie*. Kaden Verlag, Heidelberg
- Panfilov D (2001) *Schönheitschirurgie. Fakten und Faszination. Möglichkeiten und Grenzen*. Verlag Gesundheit
- Panfilov D (2005) *Cosmetic surgery today*. Thieme, Stuttgart
- Panfilov D (2007) *Aesthetic surgery of the facial mosaic*. Springer, Berlin
- Pohl P (1992) *Entwicklung der plastischen Chirurgie in Deutschland*. In: Naumann H-J (Hrsg.) *Möglichkeit und Grenzen der ästhetisch-plastischen Gesichtschirurgie*. Einhorn-Press, Reinbek, S 65 ff
- Schmidt-Tintemann U (1972) *Zur Lage der plastischen Chirurgie*. Hefte zur Unfallheilkde 109: 1ff
- Schmidt-Tintemann U (1983) *Plastische Chirurgie. Entwicklung in Deutschland*. *Münch Med Wochenschr* 125: 566–568
- Schmidt-Tintemann U (1999) *Ethik in der Ästhetischen Chirurgie*. In: Lemperle G (Hrsg.) *Ästhetische Chirurgie*. Ecomed, Landsberg, Kapitel I-2: 1–5
- Schnell B (1995) *Geschichte der Plastischen Chirurgie*. In : Krupp S (Hrsg) *Plastische Chirurgie, Klinik und Praxis*. Ecomed, Landsberg, Kap.I-1, 1–33
- Vaubel E (1991) *German pioneers and teachers of plastic and reconstructive surgery: a selection*. *Ann Plast Surg* 26: 4–17
- Vogt PM (2008) *Praxis der Plastischen Chirurgie: Plastisch-rekonstruktive Operationen – Plastisch-ästhetische Operationen – Handchirurgie – Verbrennungschirurgie*. Springer, Berlin
- von Mallinckrodt G (1987) *Plastische Chirurgie*. Heyne
- von Mallinckrodt G (1988) *Moderne Schönheitschirurgie. Möglichkeiten und Grenzen*. Heyne

Prof. Dr. med. Gottfried Lemperle  
Division of Plastic Surgery, University of California, San Diego  
302 Prospect Street, La Jolla, CA 92037, USA

# Ausblick

Günter Germann

Die Sorge um die Zukunft, wie gestaltet sich das Morgen und wie kann ich mich darauf einstellen, gehören zu den Fragen, mit denen sich Menschen schon immer beschäftigen und die nicht selten zu lähmender Zukunftsangst führen.

Die DGPRÄC und die Plastische Chirurgie haben in den letzten 40 Jahren bewiesen, dass sie ausgesprochen lebensfähig sind und sowohl Gegenwart als auch Zukunft aktiv gestalten wollen und können. Verharren im Status quo und Beschränken der Aktivität auf das Sichern des Jetzt wären allerdings die falschen Weichenstellungen für die Zukunft. Die Frage kann nicht sein, wie muss ich reagieren auf Veränderungen, sondern wie müssen wir agieren, um Veränderungen zu schaffen. Diese Themen reichen von der Knüpfung interdisziplinärer Kooperationen bis zur Einführung neuer Operationstechniken, die uns wieder einen technologischen Vorsprung geben. Hier seien nur cursorisch als Beispiele erwähnt die mikrochirurgischen vaskularisierten Knochentransplantate, die immer verfeinerten Methoden der Rekonstruktion nach Tumorerkrankungen, die Kooperation mit Viszeralchirurgen bei der chirurgischen Therapie der Adipositas etc.

Unsere Tradition kann nur die Innovation sein, die uns immer wieder einen Vorsprung vor den Nachbardisziplinen gibt, die ja gerne unsere Errungenschaften kopieren und in Einzelfällen sogar als Eigenleistung ausgeben. Betrachtet man die Zahl unserer jüngeren Mitarbeiter, die an renommierten Forschungsinstitutionen im Ausland Erfahrungen sammeln können, so ist Deutschland hier sicher besser aufgestellt als andere europäische Länder. Grundsätzlich steht hier ein Nachwuchspotenzial zur Verfügung auf das wir stolz sein können. Wir müssen allerdings im politischen Bereich versuchen, die Bedingungen für unseren Nachwuchs so zu gestalten, dass es auch attraktiv ist im Heimatland zu

arbeiten und nicht mit einer überdurchschnittlich guten Weiterbildung dann vom Ausland abgeworben zu werden. Aber grundsätzlich muss uns um die wissenschaftlichen Leistungen, die ja letztlich die Grundlage für die klinischen Innovationen bilden, nicht bange sein.

Natürlich steht die Plastische Chirurgie im Konkurrenzkampf zu einigen Fächern und es ist auch einsehbar, dass „Re-Aktion“ unsere Position nicht stärken wird. Das Primat des Agierens müssen wir in unseren Händen behalten und von daher sind Initiativen wie z. B. die Zertifizierung rekonstruktiver Brustzentren, oder die Schaffung eines Systems zur Absicherung medizinischer Qualität in der Ästhetik, basierend auf dem Wunsch seitens der Versicherer, dies exklusiv mit den Plastischen Chirurgen zu tun, sehr gute Beispiele, um uns hier auch in der Öffentlichkeitsarbeit gebührend darzustellen. Aber wir müssen auch bereit sein, das zu tun, was unsere Konkurrenten seit langem tun, nämlich uns mit speziellen Segmenten aus Nachbardisziplinen zu beschäftigen und diese in unser Leistungsspektrum zu inkorporieren. Als Beispiel möchte ich hier nur die Chirurgie des Venensystems nennen, das bei einer immer älter werdenden Bevölkerung mit einem steigenden Anspruch an das ästhetische Erscheinungsbild ein chirurgisches Feld ist, was nicht zwangsläufig in dermatologische Hände gehört.

Berücksichtigt man noch die steigende Zahl von Abteilungen und Kliniken für Plastische Chirurgie in der Bundesrepublik, so denke ich, dass das Gesamtbild derzeit keinen Grund liefert, uns vor der Zukunft zu fürchten, ohne dass wir die Risiken und Gefahren unterschätzen. Aber mit der uns eigenen Schaffens- und Innovationskraft werden wir erfolgreich die Zukunft der Plastischen Chirurgie sichern und ausbauen.

# Entwicklung der Plastischen Chirurgie an den deutschen Hochschulen und Universitäten

Universität	Abteilung/Klinik Plastische Chirurgie		Wenn ja, durch wen, war sie wann leitend besetzt?	
	ja	Nein/Anmerkungen	durch wen?	wann?
	<b>Abteilung</b>	<b>Klinik</b>		
RWTH Aachen		Klinik für Plastische Chirurgie, Hand- und Verbrennungschirurgie Universitätsklinikum – RWTH Aachen	Prof. Dr. med. Rolf Hettich	1985 – 1994
Charité Universitätsmedizin Berlin		Bereich Plastische und Ästhetische Chirurgie, Handchirurgie in der Klinik für Allgemein-, Visceral-, Gefäß- und Thoraxchirurgie	Prof. Dr. med. Rolf Büttemeyer	1996–dato
Ruhr-Universität Bochum	Abteilung für Verbrennungs-krankheiten und Plastische Chirurgie (Abteilung 1966 gegründet) Im Bergmannsheil Bochum		Prof. Dr. Dr. Fritz-E. Müller	1977–1990
		Klinik für Plastische Chirurgie und Schwerebrandverletzte, Handchirurgie-Zentrum Im UK Bergmannsheil Bochum	Prof. Dr. med. Hans-Ulrich Steinau	1990–dato
Universität Bonn		X		
Technische Universität Dresden		Aktuell nicht	Prof. Dr. med. Peter Brenner	1996–1999
Universität Düsseldorf		X		
Universität Erlangen-Nürnberg	Von Prof. Geldmacher als Bereich für Handchirurgie in der Chirurgischen Universitätsklinik unter seiner Leitung begonnen (später Abteilung für Hand- und Plastische Chirurgie)		Prof. Dr. med. Jürgen Geldmacher Kommissarische Leitung Priv.-Doz. Dr. med. Ludwig von Rauffer	1969–1994 1995–1996
			Prof. Dr. med. Jörg Grünert	1996–2002
	Plastisch- und Handchirurgische Klinik, Universitätsklinikum Erlangen		Prof. Dr. med. Raymund Horch	vom 1.1.2003 bis 30.6.2007
			Prof. Dr. med. Raymund Horch	seit 1.7.2007

Universität	Abteilung/Klinik Plastische Chirurgie		Wenn ja, durch wen, war sie wann leitend besetzt?	
	ja Abteilung	Klinik	durch wen?	wann?
Universität Essen			Plastische Chirurgie wird in diesem Jahr als W2-Stelle innerhalb der Klinik für Unfallchirurgie besetzt	
Universität Frankfurt/Main			X	
Universität Freiburg			Apl. Professur für Plastische Chirurgie	Prof. Dr. med. G. Björn Stark 1993
			Sektion für Plastische- und Handchirurgie in der Allgemeinen chirurgischen Abteilung	Prof. Dr. med. G. Björn Stark 1994
	Eigenständige Abteilung für Plastische Chirurgie			Prof. Dr. med. G. Björn Stark 1997
		Klinik für Plastische Chirurgie		Prof. Dr. med. G. Björn Stark 2002
Universität Göttingen			X	
Universitäten Gießen und Marburg			X	
Universität Greifswald			X	
Universität Halle/Saale			X	
Universität Hamburg			X	
Medizinische Hochschule Hannover		Klinik für Plastische-, Hand- und Wiederherstellungschirurgie, Schwerbrandverletztenzentrum der MHH im Oststadtkrankenhaus (seit 2006 am Standort der MHH mit Schwerpunkt- professor zu Verbrennungsmedizin)		Prof. Dr. med. Heinz Edzard Köhlein 1974 bis 1981 Prof. Dr. med. Alfred Berger 1983–2000 Prof. Dr. med. Peter M. Vogt 2001–dato



Universität	Abteilung/Klinik Plastische Chirurgie		Nein/Anmerkungen	Wenn ja, durch wen, war sie wann leitend besetzt?	
	ja Abteilung	Klinik		durch wen?	wann?
Universität Heidelberg		Klinik für Hand-, Plastische und Rekonstruktive Chirurgie / Schwerbrandverletzententrum, BG-Unfallklinik Ludwigshafen, an der Universität Heidelberg		Prof. Dr. med. Günter Germann	1999–dato
Universität des Saarlandes, Homburg			X		
Universität Jena			X		
Universität Kiel			X		
Universität Köln, Klinikum Merheim		Prof. Schrudde war Leiter der Arbeitsgruppe für Plastische Chirurgie an der Chirurgischen Universitätsklinik zu Köln 1955–1970. 1970 Arbeitsgruppe wurde zur Abteilung		Prof. Dr. Dr. Josef Schrudde	1955–1986
Universität Leipzig					
Medizinische Universität Lübeck		Klinik für Plastische Chirurgie, Operatives Zentrum I  Sektion für Plastische Chirurgie, Handchirurgie und Intensivereinheit für Schwerbrandverletzte		Prof. Dr. med. Günter-Maria Lösch  Kommissarische Leitung Prof. Dr. med. Marianne Schrader  Prof. Dr. med. Peter Mailänder	1974–1996  1.4.1996–1.12.1997  1.12.1997–dato
Universität Magdeburg		Klinik für Plastische, Ästhetische- und Handchirurgie, Seit 1.1.2008 umbenannt in Plastische, Ästhetische und Handchirurgie an der Medizinischen Fakultät Magdeburg		Prof. Dr. med. Wolfgang Schneider	1994–dato

Universität	Abteilung/Klinik Plastische Chirurgie		Nein/Anmerkungen	Wenn ja, durch wen, war sie wann leitend besetzt?	
	ja	Klinik		durch wen?	wann?
Universität Mainz			X		
Medizinische Fakultät Mannheim der Universität Heidelberg			X		
Maximilians-Universität München	Bereich Plastische Chirurgie in der Chirurgischen Klinik der LMU München-Großhadern Später: Bereich Plastische, Hand- und Mikrochirurgie (seit 1967 Leiter: Prof. Bohmert)			Prof. Dr. med. Heinz Bohmert (habilitiert 1972, 1978 Professor)	1972–1996
	Plastische Chirurgie in der Chirurgischen Klinik und Poliklinik der LMU – Campus Innenstadt 1998 ergänzt um die Handchirurgie			Prof. Dr. med. Rüdiger G.H. Baumeister	1996–dato
				Prof. Dr. med. Wolfgang Stock	9/1994–2008
				Neuausschreibung WZ geplant	2008
Technische Universität München	Plastische und Wiederherstellungschirurgie im Klinikum Rechts der Isar			Prof. Dr. med. Ursula Schmidt-Tintemann Prof. Dr. med. Edgar Biemer	1.10.1970–30.9.1984 2.6.1986–30.11.2007
Universität Münster	Klinik für Plastische und Handchirurgie		X	Prof. Dr. med. Hans-Günther Machens	Seit 1.12.2007
Universität Regensburg	Funktionsbereich Plastische und Wiederherstellungschirurgie in der Abteilung für Unfallchirurgie			Priv.-Doz. Dr. med. Lukas Prantl	1.3.2005–dato
Universität Rostock			X		

Universität	Abteilung/Klinik Plastische Chirurgie		Wenn ja, durch wen, war sie wann leitend besetzt?	
	ja	Nein/Anmerkungen	durch wen?	wann?
	<b>Abteilung</b>	<b>Klinik</b>		
Universität Tübingen	BGU – Klinik für Hand-, Plastische, Rekonstruktive und Verbrennungschirurgie		Prof. Dr. med. Hans-Eberhard Schaller	1998–dato
Universität Ulm		Sektion Hand-, Plastische und Mikrochirurgie in der Klinik für Unfallchirurgie	Priv.-Doz. Dr. med. Martin Mentzel	Aktuell
Universität Würzburg	Plastische Chirurgie der Chirurgischen Universitätsklinik, ab 1992 Plastische Chirurgie und Handchirurgie der Chirurgischen Universitätsklinik Sektion Plastische Chirurgie, Klinik und Poliklinik für Unfall-, Hand-, Plastische und Wiederherstellungs-chirurgie		Prof. Dr. med. Peter Eckert Prof. Dr. med. Hans-Peter Keller Dr. med. Ingo Kuhfuß	1980–1998 1998–2004 2004–2008
Private Universität Witten-Herdecke	Klinik für Plastische, Wiederherstellungs- und Handchirurgie – Schwerstverbranntenzentrum. Lehrstuhl der Universität Witten/Herdecke, Campus Köln-Merheim, Kliniken der Stadt Köln		Dr. med. K. Schmidt (Leitung Plastische Chirurgie)	Seit 2008
			Prof. Dr. med. Gerald Spilker	2007–dato

Diese Übersicht basiert auf den Rückmeldungen der Dekane aller 38 medizinischen Fakultäten in Deutschland sowie Rückfragen bei einzelnen Mitgliedern. Die Listung umfasst universitäre Einrichtungen, in denen die Plastische Chirurgie vertreten war/ist und/oder als Fach von einem hierfür in eine entsprechende Position berufenen Kollegen vertreten wird. Sollten sich hier Lücken zeigen, bitten wir um Rückmeldung an die Geschäftsstelle, dies gilt selbstverständlich auch, falls Sie auf andere Fehler in der Darstellung stoßen. Die Herausgeber.

## Dieffenbach-Medaille

Die Dieffenbach-Medaille der Vereinigung der Deutschen Plastischen Chirurgen wurde 1989 von dem Künstler Fritz Becker geschaffen. Mit der Dieffenbach-Medaille ehrt die Deutsche Gesellschaft der Plastischen, Rekonstruktiven und Ästhetischen Chirurgen Persönlichkeiten, die sich um dieses Fach verdient gemacht haben. Die Medaille wurde erstmalig anlässlich der 20. Jahrestagung 1989 in Düsseldorf verliehen.



### Dieffenbach-Vorlesungen

1989	H. Schadewaldt, Düsseldorf	Dieffenbach und die Plastische Chirurgie
1990	L. Clodius, Zürich, Schweiz	Die schwierige Narbe
1991	J. McGregor, Glasgow, UK	The Last 21 Years in Surgery of Oral Cancer
1992	H. Millesi, Wien, Österreich	Änderung des Elastizitätsverhaltes als pathogenetischer Faktor
1994	J.O. Strömbeck, Stockholm, Schweden	Reduktionsplastik der weiblichen Brust – historische Aspekte und Spätergebnisse
1995	G. Zellweger, Zürich, Schweiz	Behandlung von Verbrennungen – Vergnügen und Fortschritt
1996	Charles E. Horton, Norfolk, Virginia/USA	Urogenital Plastic Surgery
1997	Paul Tessier, Boulogne, Frankreich	Kraniofaziale Chirurgie
1998	D. Buck-Gramcko, Hamburg	Entwicklung der Pollizisationstechnik
1999	J.C. Mustardé, Glasgow, UK	Plastic Surgery of the Periorbital Region
2000	M. Webster, Glasgow, UK	The Clinical Importance of Microvascular Surgery
2001	J. Baudet, Bordeaux, Frankreich	Complex Reconstructive Procedures in Plastic Surgery
2002	W. A. Morrison, Melbourne, Australien	Expanding the Horizon of Plastic Surgery – From Microsurgery to Tissue Engineering
2003	Daniel A. Marchac, Paris	Aesthetic Facial Surgery – From Rejuvenation to Frontofacial Remodelling
2004	Ursula Schmidt-Tintemann, Vaterstetten	Wie es anfang und wo es hinführt in der Plastischen Chirurgie
2005	Carl R. Hartrampf, Atlanta, USA	
2006	Alfred Berger, Hannover	Mikrochirurgie ein Meilenstein in der Geschichte der Plastischen Chirurgie
2007	Neven Olivari, Rösrath	Endocrine Ophthalmopathy, Transpalpebral Decompression By Removal Of Intraorbital Fat. Experience after 3138 Operations in 1616 Patients Over 20 Years
2008	Wolfgang Mühlbauer, München	Ästhetische Rekonstruktion in der Plastischen Chirurgie

## Herbert-Höhler-Nadel

Mit der Herbert-Höhler-Nadel ehrt die Vereinigung der Deutschen Ästhetisch-Plastischen Chirurgen Persönlichkeiten, die sich im Bereich der Ästhetischen Chirurgie herausragende Verdienste erworben haben. Die Höhler-Nadel wurde erstmalig anlässlich der 9. Jahrestagung 2004 verliehen.

- 2004 Ulrich T. Hinderer, Madrid (Spanien)
- 2005 Gottfried Lemperle, San Diego (USA)
- 2007 Carlos Uebel, Porto Alegre (Brasilien)

## Präsidenten der DGPRÄC (vormals VDPC)

1968–1971	Prof. Dr. med. Peter R. Zellner, Ludwigshafen
1971–1974	Prof. Dr. med. Fritz E. Müller, Bochum
1974–1977	Prof. Dr. med. Ursula Schmidt-Tintemann, München
1977–1979	Prof. Dr. med. Josef Schrudde, Köln
1979–1982	Prof. Dr. med. Peter R. Zellner, Ludwigshafen
1982–1985	Prof. Dr. med. Heinz Bohmert, München
1985–1988	Prof. Dr. med. Gottfried Lemperle, Frankfurt
1988–1991	Prof. Dr. med. Alfred Berger, Hannover
1991–1993	Prof. Dr. med. Neven Olivari, Wesseling
1993–1995	Prof. Dr. med. Edgar Biemer, München
1995–1997	Prof. Dr. med. Rolf Rüdiger Olbrisch, Düsseldorf
1997–1999	Prof. Dr. med. Michael Greulich, Stuttgart
1999–2001	Prof. Dr. med. Peter Eckert, Würzburg
2001–2003	Prof. Dr. med. Hans-Ulrich Steinau, Bochum
2003–2005	Priv.-Doz. Dr. med. Klaus Exner, Frankfurt/Main
2005–2007	Dr. med. Marita Eisenmann-Klein, Regensburg
2007–	Prof. Dr. med. Günter Germann, Ludwigshafen

## Ehrenmitglieder der DGPRÄC (vormals VDPC)

Prof. Dr. med. Heinz Bohmert, München
Prof. Dr. med. Dieter Buck-Gramcko, Hamburg
Prof. Dr. Heinz Edzard Köhnlein, Landsberg
Prof. Dr. Günter-M. Lösch, Ratzeburg
Prof. Dr. Wolfgang Mühlbauer, München
Prof. Dr. med. Fritz E. Müller, Bochum
Prof. Dr. med. Neven Olivari, Rös Rath
Prof. Dr. med. Ursula Schmidt-Tintemann, München
Prof. Dr. med. Josef Schrudde, Köln
Dr. med. Martin Trauner, Murnau

## Frühere Kongresse

## Kongresse der DGPRÄC (vormals VDPC)

1968 Bochum (Gründungstag)	Müller
1970 München	Schmidt-Tintemann, Zellner
1971 Ludwigshafen	Zellner
1972 Köln	Schrudde
1973 Frankfurt/Main	Höhler
1974 München	Bohmert
1975 Hamburg	Buck-Gramcko
1976 Lübeck-Travemünde	Lösch
1977 Erlangen	Geldmacher
1978 Köln	Schrudde
1979 Düsseldorf	Müller
1980 Ludwigshafen	Zellner
1981 Innsbruck	Wilflingseder
1982 Frankfurt/Main	Lemperle
1983 Hannover	Berger
1984 München	Mühlbauer
1985 Murnau	Trauner
1986 Bonn	Olivari
1987 Gelsenkirchen	Dietrich
1988 Stuttgart	Reichert
1989 Düsseldorf	Olbrisch
1990 Berlin	Vaubel, Bruck
1991 Mainz	Keller-Lux
1992 Erlangen	Geldmacher
1993 Berlin	Mühlbauer, Müller, Berger, Bruck, Lemperle
1994 Lübeck	Lösch
1995 Leipzig	Steen

## Gemeinsame Kongresse

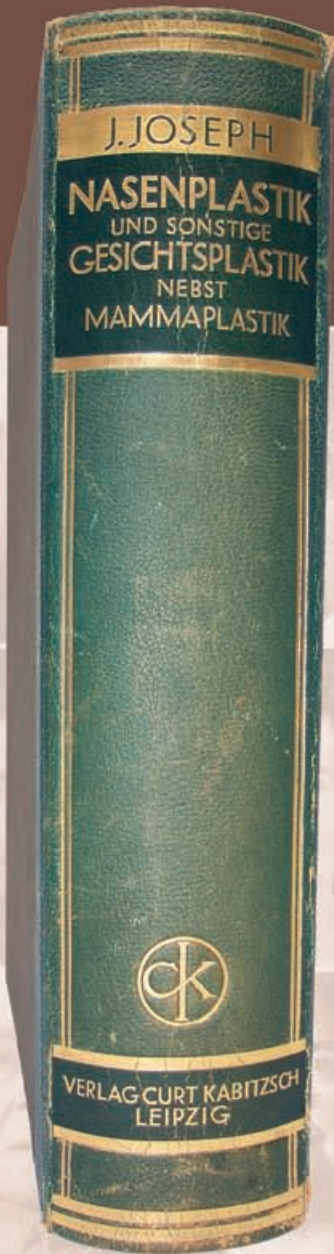
## DGPRÄC und VDÄPC

1996 Köln	Spilker
1997 Würzburg	Eckert
1998 Bochum	Steinau
1999 Seeon	Spitalny
2000 Magdeburg	Schneider
2001 Frankfurt/Main	Exner/Lampe
2002 Heidelberg	Germann/Solz
2003 Freiburg	Stark
2004 Düsseldorf	Ingianni/Olbrisch
2005 München	Gabka/von Finckenstein
2006 Aachen	Pallua/Grandel
2007 Berlin	Bruck/Olbrisch
2008 Stuttgart	Deutinger/Greulich/Gubisch

Klassiker der plastischen Chirurgie neu erschienen

# Jacques Joseph: Nasenplastik und sonstige Gesichtsplastik, nebst einem Anhang über Mammoplastik

Limitierte, nummerierte Neuauflage der Luxusausgabe



Jacques Joseph (1865–1934) gehört zu den Pionieren und Wegbereitern der plastisch-rekonstruktiven Chirurgie. Sein Buch „Nasenplastik und sonstige Gesichtsplastik, nebst einem Anhang über Mammoplastik und einige weitere Operationen aus dem Gebiete der äußeren Körperplastik. Ein Atlas und Lehrbuch“ wurde jetzt in einem aufwendigen Verfahren als reprographischer Nachdruck im Kaden Verlag Heidelberg neu aufgelegt. Diese bibliophile Ausgabe hält dem Vergleich mit dem Original mühelos stand.



## BESTELLCOUPON

Hiermit bestelle ich

.....Exemplar/e „Joseph: Nasenplastik und sonstige Gesichtsplastik“  
zum Preis von je € 295,-

Datum/Unterschrift

Name

Straße

PLZ/Ort

Zu bestellen bei jeder  
**Buchhandlung**  
oder **direkt bei:**

Kaden Verlag GmbH & Co. KG  
Ringstraße 19b,  
69115 Heidelberg  
Tel. 06221/ 1377600  
Fax 06221/ 29910  
E-Mail:  
bauer@kaden-verlag.de  
Internet:  
www.kaden-verlag.de

Joseph, Jacques:  
Nasenplastik und sonstige Gesichtsplastik,  
nebst einem Anhang über Mammoplastik.  
Mit 1717 teils farbigen Abbildungen.  
XXXI, 842 Seiten, erweitert durch 4 Seiten  
Anhang mit einem Kurzporträt des Autors.  
Halbleder mit Rückentitel und Rücken-  
vergoldung.

Verlag von C. Kabitzsch, Leipzig, 1931  
Limitierter, numerierter reprographischer  
Nachdruck der Luxusausgabe.  
295,00 Euro, ISBN: 978-3-922777-69-4  
Kaden Verlag, Heidelberg 2004



**KADEN**





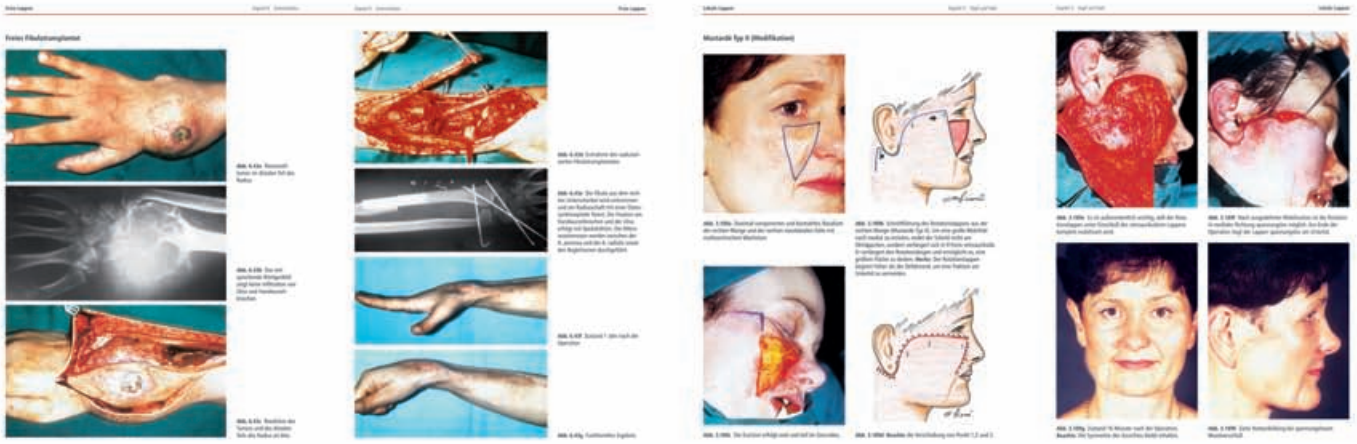


Tagliacozzi – De Curtorum Chirurgia per Insitionem

1968

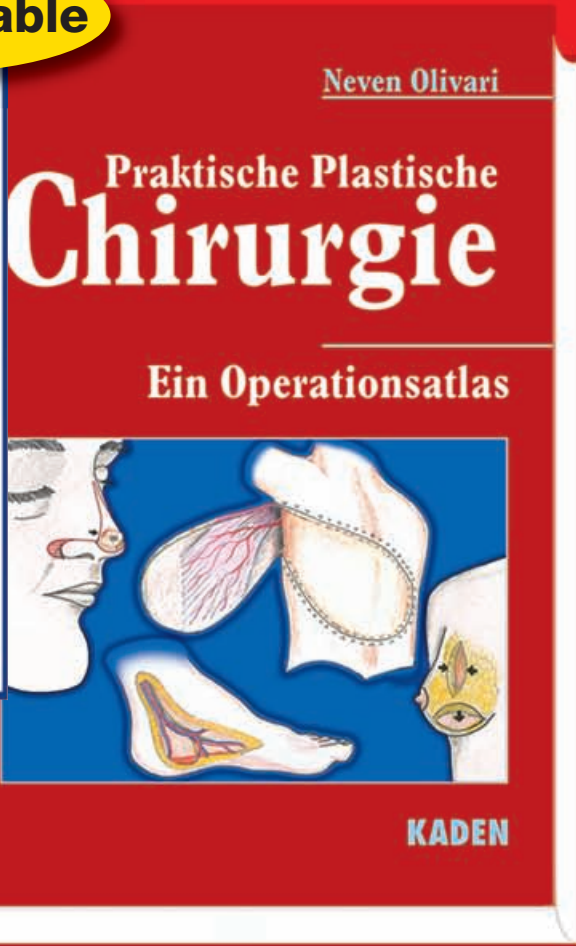
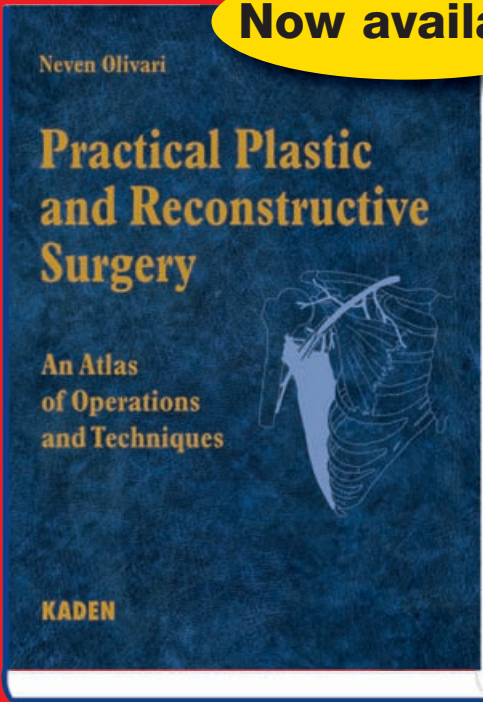


2008



# Das Standardwerk

**Now available**



Neven Olivari  
**Praktische Plastische Chirurgie**  
 Ein Operationsatlas

2004. Atlasformat  
 21 x 29,7 mm. Gebunden.  
 XVI, 944 Seiten.  
 Über 2800 Abbildungen  
 (davon 620 Farbzeichnungen),  
 ISBN 978-3-922777-55-7  
 € 189,-

Empfohlen von der  
 Deutschen Gesellschaft  
 der Plastischen, Rekon-  
 struktiven und Ästhetischen  
 Chirurgen (DGPRÄC)

Zu bestellen bei  
 jeder Buchhandlung  
 oder direkt bei:

Kaden Verlag,  
 Ringstraße 19b  
 69115 Heidelberg  
 Tel. 06221/1377600  
 Fax 29910  
 Internet:  
[www.kaden-verlag.de](http://www.kaden-verlag.de)



# Unsere Produkte. Unsere Qualität. Ihr Können!

## Kompetenz bedeutet...

- Schönheit
- Technologie
- Forschung
- Qualität

## Investieren Sie in Kompetenz



*Setzen Sie sich für weitere Informationen bitte mit uns in Verbindung  
oder besuchen Sie uns unter [www.mentorcorp.com](http://www.mentorcorp.com).*

Mentor Deutschland GmbH  
Ludwigstraße 45 · D-85399 Hallbergmoos  
Telefon: 0811/60050-0 · Telefax: 0811/60050-11  
[www.mentorcorp.com](http://www.mentorcorp.com) · [info@mentor-deutschland.de](mailto:info@mentor-deutschland.de)



**MENTOR**  
Deutschland GmbH