

CHIRURGIE

Zu dem Beitrag „Die Plastische Chirurgie: Aufgaben und Möglichkeiten“ von Prof. Dr. med. Edgar Biemer in Heft 21/1991:

Kollegiales Nebeneinander

Ein Kompliment zu den von Herrn Kollegen Biemer in Bildern dargestellten Patientenbeispielen. Gestatten Sie mir dennoch einige kritische Anmerkungen.

Aus der „klaren Verankerung der Plastischen Chirurgie in der Chirurgie“ formuliert Herr Biemer den Anspruch auf den gesamten Körper ohne Begrenzung auf irgendeine Region. Dies ist dem Wortlaut der Weiterbildungsordnungen der Ärztekammern gemäß korrekt und soll hier in keiner Weise in Frage gestellt werden.

Die Auswahl an Tätigkeitsbereichen, die er in einer Übersichtstabelle in die ausschließliche „Fachkompetenz“ des plastischen Chirurgen (ich habe diese Gebietsbezeichnung in keiner Weiterbildungsordnung finden können) stellt, muß jedoch in den Augen vieler „Gebietschirurgen“ Kritik hervorrufen. Kein Mensch wird zum Beispiel die Fachkompetenz des HNO-Arzt für Nasen-, Ohr- und Halskorrekturen, die des Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgen für Lippen-, Kiefer-, Gaumenspalten, Unterkiefer- oder Lippenrekonstruktionen, die des Neurochirurgen für Kraniostenosen oder die des Ophthalmologen für Lidkorrekturen in Frage stellen; zumal alle diese Operationen mit wesentlichen funktionellen Auswirkungen auf die entsprechenden regionalen Organsysteme verbunden sind.

Gemäß dieser Auslegung müßte der Chirurg/Plastische Chirurgie auch für die Versorgung eines „Defektes“ nach Magenresektion zuständig sein, da hier zum einen eine primäre Rekonstruktion erforderlich ist, zum anderen diese nur unter Ausnutzung der offensichtlich ausschließ-

lich von Chirurgen/Plastische Chirurgie beherrschten Gefäßanatomie stattfinden kann.

Wenn Herr Biemer sich schließlich gegen „Tendenzen der nur regionär ausgebildeten Kollegen, Teile oder Techniken aus seinem Kompetenzbereich herausbrechen zu wollen“ wehren muß, fragt sich, wer wem Teile seines Gebietes streitig macht.

Da Fragen der Qualitätssicherung der ärztlichen Behandlung eine immer größere Bedeutung auch in forensischer Hinsicht gewinnen, möchte ich noch zu dem im Beitrag von Herrn Biemer oft gebrauchten Begriff der *Kompetenz* Stellung nehmen.

Woher nimmt ein in Deutschland ausgebildeter Chirurg/Plastische Chirurgie das Recht, von *Kompetenz* zum Beispiel in den Bereichen Lippen-, Kiefer-, Gaumenspalten oder Unterkieferrekonstruktionen (nur zu diesem Teil möchte ich hier votieren) zu sprechen? Eine Ausbildung der Chirurgen/Plastische Chirurgie in diesen Disziplinen ist in Deutschland bis auf wenige Ausnahmen nicht möglich. Keine ausschließlich von einem Chirurgen/Plastische Chirurgie geführte Klinik kann dem Gebietsarzt für Chirurgie, in den maximal drei Jahren Weiterbildung zum Teilgebiet Plastische Chirurgie, das im Beitrag von Herrn Biemer in Anspruch genommene Spektrum bieten. Ich halte es daher für eine Irreführung der ärztlichen Öffentlichkeit, in einem Übersichtsreferat diesen Gebietsanspruch zu erwecken. Die vereinzelt Chirurgen/Plastische Chirurgie, die in Deutschland übermäßige Erfahrungen auf dem Gebiet der Spaltchirurgie oder der Unterkieferchirurgie verfügen, haben diese entweder durch „Fremdgehen“ in entsprechenden Fachkliniken, im Ausland oder in den wenigen Kliniken, die unter Leitung eines ehemaligen MKG-Chirurgen stehen/standen, erworben.

Die Tatsache, daß ein Chirurg/Plastische Chirurgie

vier Jahre Eingriffe am und im ganzen Körper durchgeführt hat, bevor er ins Teilgebiet kommt, ersetzt keinesfalls die Erfahrung eines HNO- oder Mund-Kiefer-Gesichtschirurgen, der in seinem Bereich mindestens vier Jahre operiert hat, bevor er mindesten zwei weitere Jahre für die „Plastischen Operationen“ in diesem Bereich weitergebildet wird. Die Gesamtweiterbildungszeit für die Durchführung „plastische Operationen“ im Gebiet beträgt demnach mindestens sechs Jahre. Es stellt sich hier die Frage, ob nicht der „nur regionär ausgebildete“ der *wirkliche Fachmann* auf dem entsprechenden Gebiet ist. Zum Glück gibt es genug Kollegen, die eine Überweisung

zum „Spezialisten“ derjenigen zum „Alleskönner“ vorziehen.

In diesem Sinne möchte ich dem Autor empfehlen, den „Alleinvertretungsanspruch“ zu Gunsten eines „kollegialen Nebeneinanders“ zu verlassen und damit Voraussetzungen für die im Übersichtsreferat beschworenen Kooperationsmöglichkeiten nicht nur mit der Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie, sondern auch mit anderen operativen Disziplinen zu finden.

Prof. Dr. Dr. med. Ernst-Dieter Voy, Abteilung Mund-, Kiefer- und Plastische Gesichtschirurgie, Ev. Krankenhaus Hattingen, Bredenscheider Straße 54, W-4620 Hattingen

Kein Eigentum bestimmter Berufsgruppen

Es ist eine Tatsache, daß unter anderem aufgrund der Organisation des Vorsorgeprogramms und der Kliniken ein Großteil der Mammakarzinom-Patientinnen in gynäkologischen Abteilungen behandelt werden. Ferner haben sich besonders auf dem Gebiete der Behandlung des Mammakarzinoms in den letzten Jahren Änderungen in den Behandlungsstrategien ergeben, nicht zuletzt auf Initiative und Einsatz gynäkologischer Onkologen. Aufgrund organisatorischer und klinischer struktureller Gegebenheiten ist es in der Regel nicht möglich, einen plastischen Chirurgen in die Primärbehandlung des Mammakarzinoms miteinzubeziehen, auch wenn dies wünschenswert wäre. Dies bedeutet, daß der Gynäkologe in der Lage sein muß, die notwendigen Maßnahmen, zum Beispiel im Rahmen einer Sofortrekonstruktion, zu beherrschen, um nicht die Patientin in eine nachteilige Situation zu bringen. Formveränderndes Operieren wie zum Beispiel bei der Brusterhaltung und wiederherstellende Maßnahmen wie bei der Sofortrekonstruk-

tion sind unabdingbare Voraussetzungen für eine operative Therapie des Mammakarzinoms und können deshalb nicht Eigentum einer bestimmten Berufsgruppe sein unter Ausschluß anderer mit dem Mammakarzinom sich beschäftigenden operierenden Disziplinen.

Dr. K. Brunnert, AWO, Frauenklinik Marienhospital, Johannisfreiheit 2-4, W-4500 Osnabrück

Schlußwort des Autors:

Die Diskussion um die sogenannten regionalen plastischen Operationen und dem Teilgebiet plastische Chirurgie ist ein sehr altes Thema. Es verdeutlicht sich, seit in Deutschland eine „Vereinigung der deutschen Plastischen Chirurgen“ gegründet wurde, die nach internationalen Richtlinien, mit der Grundlage einer gemeinschaftlichen Ausbildung, den ganzen Körper ohne regionale Begrenzung beansprucht. Diese Problematik wurde durch die Weiterbildungsordnung geregelt, indem ein chirurgisches Teilgebiet „Plastische Chirurgie“ und eine Zusatzbezeichnung für die regional tätigen Diszi-

plinen als „plastische Operationen“ eingeführt wurde. Demnach gibt es, wie Herr Voy auch zustimmt, nur ein Gebiet „Plastische Chirurgie“ und keine regionale plastische Chirurgie, sondern nur regionale plastische Operationen. Die in meinem Artikel in der Tabelle dargestellte Übersicht über die Gebiete der plastischen Chirurgie entspricht internationalen Definitionen. Das Gebiet mit eigenem Facharzt gibt es in allen westlichen Ländern.

Richtig ist, daß entsprechend dieser Grundlage die plastische Chirurgie in Deutschland strukturell, und damit auch fachlich, nicht adäquat repräsentiert ist, ein Umstand, den aber nicht die plastischen Chirurgen zu verantworten haben. Da, wie ich in meinem Artikel ausgeführt habe, in vielen Bereichen die plastische Chirurgie Techniken der Rekonstruktion – insbesondere der Defektdeckung – anzubieten hat, strebt

jeder plastische Chirurg naturgemäß zur kollegialen Zusammenarbeit mit allen anderen Fachgebieten. Bedauerlicherweise muß aber festgestellt werden, daß in vielen anderen operativen Fächern – dies gilt nicht nur für die Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie – durch entsprechende Fortbildungsveranstaltungen und Gründung von Arbeitskreisen Techniken der plastischen Chirurgie in die Weiterbildung eingeführt werden. Als ein Zeichen dieser Tendenz darf ich auf die Bezeichnung der Abteilung von Herrn Prof. Dr. Voy hinweisen: „Mund-, Kiefer- und Plastische Gesichtschirurgie“, eine Bezeichnung, die in keiner Weiterbildungsordnung oder Gebietsbezeichnung vorkommt.

Prof. Dr. med. Edgar Biemer, Chirurgische Klinik und Poliklinik der Technischen Universität München, Ismaninger Straße 22, W-8000 München 80

KRANKENHÄUSER

Zu dem „seite eins“-Beitrag „Marktwirtschaft?“ in Heft 23/1991:

Menschlichkeit im Krankenhaus kostet etwas

Wie schon bei zig anderen Veröffentlichungen zu diesem Thema fällt mir in Ihrem Editorial über Krankenhäuser und Marktwirtschaft das völlige Fehlen des Wortes „Patient/in“ auf. Im „medizinisch-industriellen Komplex“ unseres Landes ist es ganz üblich geworden, nur noch darüber nachzudenken, wovon man lebt, und nicht, wofür.

Tatsächlich herrscht in den Krankenhäusern eine immer größere menschliche Not. Würde die uralte Ärzteregel „Salus aegroti suprema lex“ oder auch nur das Menschenwürdegebot des Grundgesetzes ernstgenommen, so würde man endlich nach den im System liegenden Ursachen dieser Not fragen. Aber diese Frage wird

nicht einmal gestellt. Die Menschlichkeit eines Krankenhauses wird immer noch als etwas angesehen, das die Krankenhausbeschäftigten, vor allem das Pflegepersonal, aus unerschöpflicher Hingabebereitschaft herschenken müssen. Auch dann, wenn sie selber buchstäblich physisch und psychisch ausgebeutet werden.

Dies ist nicht nur maßlos zynisch, sondern widerspricht auch schlichter Logik: Keiner kann endlos Menschlichkeit herschenken, wenn er nicht selbst menschlich behandelt wird. Ich finde einfach erschreckend, welch geringen Raum das Nachdenken über die Not der Patienten, verglichen mit dem über die Not der Finanzen in der Gesundheitspolitik, gerade auch unter Ärzten, einnimmt. Im Gegenteil sollte es kein Tabu sein, daß Menschlichkeit im Krankenhaus auch etwas kostet. . . .

Dr. med. C. F. Classen,
Gathe 1 a, W-5600 Wuppertal 1

LOPIRIN®

Zusammensetzung: 1 Tablette LOPIRIN® 25 (50) enthält: 25 (50) mg Captopril.

Anwendungsgebiete: Hypertonie. – Herzinsuffizienz, falls mit Digitalis und/oder Diuretika allein kein ausreichender Behandlungserfolg zu erzielen ist.

Gegenanzeigen: Überempfindlichkeit gegen Captopril. Beidseitige Nierenarterienstenose oder Nierenarterienstenose bei einer Einzelniere; Zustand nach Nierentransplantation. Aortenklappenstenose oder andere Ausflußbehinderungen. Schwere Autoimmun- bzw. Kollagenkrankungen, z. B. Lupus erythematoses, Sklerodermie, besonders bei gleichzeitig bestehender eingeschränkter Nierenfunktion und bei gleichzeitiger Einnahme von Immunsuppressiva, systemischen Corticoiden und Antimetaboliten. In diesen Fällen ist LOPIRIN® nur nach besonders kritischer Nutzen / Risiko-Abwägung anzuwenden. Das weiße Blutbild bzw. der Urinbefund (Proteinurie) sind sorgfältig zu überwachen. Schwangerschaft, Stillperiode. Primärer Hyperaldosteronismus.

Warnhinweise: Bei vorangegangener intensiver Behandlung mit Diuretika, bei ausgeprägten Salz- und Flüssigkeitsverlusten, bei renovaskulärem Hochdruck oder bei Herzinsuffizienz unter den oben zitierten Umständen kann es bei Therapiebeginn mit LOPIRIN® zu einem starken Blutdruckabfall kommen. Bei diesen Patienten Blutdruckkontrolle über 60 Min. nach der ersten LOPIRIN®-Gabe. Bei diesen Patienten sollten vor Beginn der LOPIRIN®-Therapie die Diuretika abgesetzt oder deren Dosis stark reduziert und auch die LOPIRIN®-Dosis reduziert werden, um dadurch das Risiko dieses Blutdruckabfalles zu mindern. Bei jedem Patienten mit Hypertonie oder Herzinsuffizienz muß vor Behandlungsbeginn die Nierenfunktion untersucht werden. Die Häufigkeit des Auftretens der meisten Nebenwirkungen unter LOPIRIN® ist prinzipiell mit der Nierenfunktion verknüpft, da das Medikament renal ausgeschieden wird. Die Dosis sollte nicht über das absolut nötige Minimum hinausgehen und sollte bei Nierenkranken reduziert werden. Bei Patienten mit Nierenkrankungen müssen daher regelmäßig die entsprechenden Laborkontrollen durchgeführt werden.

Nebenwirkungen: Gelegentlich allergischer Hautausschlag mit Jucken und Rötung, zum Teil mit Fieber, gelegentlich Eosinophilie, in Einzelfällen mit positivem ANA-Titer, kutaner Vaskulitis (gewöhnlich in den ersten 4 Wochen); Photosensibilität; angioneurotisches Ödem (Zungen-, Glottisödem). Gelegentlich Abnahme, Veränderung oder vorübergehender Verlust der Geschmacksempfindung; gelegentlich vorübergehende Übelkeit, Oberbauchbeschwerden. Sehr selten Hustenreiz mit oder ohne trockenen Husten. In Ausnahmefällen Leberfunktionsstörungen mit sekundärer Cholestase. Bei Patienten, wie im Kapitel „Gegenanzeigen“ beschrieben, können sehr selten eine – bei rechzeitigem Absetzen reversible – Leukozytopenie, in Extremfällen Panzytopenie, auftreten. Besonders bei nierenkranken Patienten kann es gelegentlich zu einer Proteinurie, Anstieg des Serumkreatinins und des Blutharnstoffes sowie geringfügigem Anstieg des Serum-Kaliums kommen. Daher soll während der ersten 8 Monate der LOPIRIN®-Behandlung bei diesen Patienten der Urin in monatlichen Abständen auf Eiweißgehalt kontrolliert werden (cave >1 g/Tag). Serum-Kalium-Kontrolle, insbesondere auch bei gleichzeitiger Gabe von Kalium-sparenden Diuretika. Bei Überdosierung oder initial zu starker Blutdrucksenkung ist Infusion physiologischer Kochsalzlösung das Mittel der Wahl. In Einzelfällen kann insbesondere bei vorbestehender koronarer Herzkrankheit oder Durchblutungsstörungen des Gehirns ein starker Blutdruckabfall zum Auftreten von Herz-Kreislauf-Komplikationen führen (z. B. Brustschmerz, Herzklopfen, Herzinfarkt, Schlaganfall). In Einzelfällen wurde eine Raynaud-Symptomatik verschlechtert. Begleiterscheinungen ohne gesicherten ursächlichen Zusammenhang: Kopfschmerzen, Schlafstörungen, depressive Symptomatik, Atemnot, Parästhesien, Haarausfall, Impotenz, Muskelschmerz, verschwommenes Sehen.

Laborwerte: Anämie, Leukopenie, Thrombozytopenie sowie Anstiege von Leberenzymen s. o.

Hinweis: Durch individuell auftretende unterschiedliche Reaktionen kann die Fähigkeit zur aktiven Teilnahme am Straßenverkehr oder zum Bedienen von Maschinen beeinträchtigt werden. Dies gilt in verstärktem Maße bei Behandlungsbeginn und Präparatwechsel sowie im Zusammenwirken mit Alkohol.

Wechselwirkungen: Die Kombination von LOPIRIN® mit anderen blutdrucksenkenden Mitteln, besonders Diuretika, kann die hypotensive Wirkung verstärken. Die Kombination mit Kalium-sparenden Diuretika kann zu einer Zunahme der Serum-Kalium-Konzentration führen.

Dosierung sowie weitere Einzelheiten: Siehe Gebrauchsinformation.

Handelsformen und Preise: LOPIRIN® 25 (Tabletten mit je 25 mg Captopril):

Packungen mit 20 Tabletten (N1) = DM 34,25; 50 Tabletten (N2) = DM 73,40;

100 Tabletten (N3) = DM 135,50. LOPIRIN® 50 (Tabletten mit je 50 mg Captopril):

Packungen mit 20 Tabletten (N1) = DM 53,90; 50 Tabletten (N2) = DM 118,95;

100 Tabletten (N3) = DM 224,60. Stand: Juni 1991.

Squibb Pharma GmbH, 8000 München 19,
von Heyden Pharma GmbH, 8000 München 19



SQUIBB - HEYDEN