Plastische CHIRURGIE

2. Jahrgang • Heft 2
Juli 2002

Mitteilungen Vereinigung der Deutschen Plastischen Chirurgen – VDPC Vereinigung der Deutschen Ästhetisch-Plastischen Chirurgen – VDÄPC



Jahrestagung 2002 Heidelberg

Editorials

Jahrestagung: Themen und Rahmenprogramm

Aktuelle Nachrichten

Das Internet und die schönheitschirurgische Praxis

Fettabsaugung – Möglichkeiten und Risiken des populärsten ästhetischen Eingriffs

Bauchdeckenplastik mit „Champagnerrinne“

Der Thersites-Komplex

Antimikrobielle Peptide

Abrechnungsfragen

Eine Publikation des Kaden Verlags KADEN

Postvertriebsstück D57442 Gebühr bezahlt • Dr. Kaden Verlag GmbH • Ringstraße 19 • 69115 Heidelberg ISSN1618-6214

Innovative Medizinprodukte für die Ästhetische-, Plastische- und Wiederherstellende Chirurgie



Derma live

Injizierbare Mikroimplantate
für Faltenkorrektur

Derma deep

Injizierbare Mikroimplantate
zur Augmentation
von Wangen und Kinn

PEROUSE PLASTIE

Silikongel gefüllte Mammaimplantate

VOE

Kompressionsbandagen
nach Liposuktion

SIL-MED®

Geschlossenes Silikon-
Wunddrainagensystem

SUTURE STRIP™ PLUS

Elastische Wundverschlussstreifen

BIONX IMPLANTS

Resorbierbares Schraubensystem
für Augenbrauen-und Stirnlifting

BRENNEN®

Skin Graft Mesher

MEDISKIN®

Tiefgefrorene sterile Schweinehaut
für die Brandverletztentherapie

NOVAGEL®

Silikongel-Platte für Narben- und
Kelloidtherapie

NOVAMEDICAL

NOVAMEDICAL GmbH

Elisabeth-Selbert-Strasse 5
D - 40764 Langenfeld

Telefon: 02173 / 3 99 55
Telefax: 02173 / 3 99 54 54

Internet: www.novamedical.de
E-mail: info@novamedical.de

Liposuction ohne Probleme?

Die Ereignisse der letzten Monate mit Todesfällen, septisch-toxischen Komplikationen, Thrombosen, Lungenembolien und Fasziitis mit Weichgewebsdefekten zeigen, daß die als problemlos apostrophierte Methode ein operativer Eingriff mit dramatischen Konsequenzen sein kann. Das in den Printmedien und dem Fernsehen fast täglich dargestellte Absaugen von Fettgewebe mit „idealer Körperkonturierung“ oder „feinmodellierender Technik“ zählt zu den ästhetischen Eingriffen mit den höchsten Steigerungsraten nicht nur in der Bundesrepublik. Demgemäß sind die pekuniären Interessen, sich am Eurokuchen zu beteiligen, sehr groß.

Was bedeutet dies für die Vereinigung der Deutschen Plastischen Chirurgen? Wir werden weiterhin klare Prinzipien definieren, die auf fairer Beratung, profunder Ausbildung und „Good clinical practice“ basieren. Die Ausbildungskurse für ästhetische Chirurgie werden schwerpunktmäßig klinisch prodromale Zeichen für einen Risikoverlauf mit einbeziehen.

Sollen Reputation und Profil erhalten bleiben, sind für die Zukunft klare Anforderungen und auch Ausschlußkriterien zu definieren, falls Defizite im Umgang mit Patienten, unethische Bezahlungsmodalitäten, Lücken im klinischen Komplikationsmanagement oder gar in den selbstverständlichen hygienischen Vorschriften offenbar werden.

Als Reaktion auf diese drängenden Probleme wurde im Rahmen einer Promotionsarbeit Kontakt zu sämtlichen Instituten für Pathologie einerseits und den intensivmedizinischen Stationen in Deutschland andererseits aufgenommen, um schwere Komplikationsfälle in der Grauzone zu erfassen und zu analysieren. Nur so lassen sich Risikoprofile definieren, die es für die Zukunft einzubeziehen gilt. In ureigenem Interesse darf ich jedes Mitglied um Kooperation bitten.



Hans-Ulrich Steinau
Präsident der VDPC und Herausgeber



Contour Profile® Gel

Das neue kohäsive Gelimplantat von MENTOR

MENTOR
Deutschland GmbH
Ihr Partner in der Plastischen Chirurgie

Ludwigstraße 45 · Haus C · D-85399 Hallbergmoos
Telefon: 0811/60050-0 · Telefax: 0811/60050-11

33.
Jahrestagung

18.–21. September 2002 im Kongreßhaus Heidelberg



Liebe Kolleginnen und Kollegen,

Heidelberg, die Heimat der ältesten Alma Mater Deutschlands, lädt Sie herzlich zur Jahrestagung der Deutschen Plastischen und der Deutschen Ästhetischen Chirurgen ein. Als Stadt der Wissenschaft und Kultur, bietet Heidelberg mit der Verbindung von Jahrhunderte langer akademischer Tradition und dem kreativen Streben nach Neuem eine einzigartige Atmosphäre, die für den Besucher überall spürbar ist. Die Romantik der Stadt, die Schönheit der Kurpfalz mit ihrer fast südlich anmutenden Lebensweise, modernste Forschungszentren und zukunftsorientierte Wirtschaftsunternehmen machen den Reiz dieser Region aus.

Das perfekt restaurierte Kongreßhaus aus dem Jugendstil, direkt am Neckar gelegen, bildet mit der Kombination aus baulicher Schönheit und modernster Technik das ideale Forum zur Diskussion der Gegenwart und Zukunft unserer Disziplinen.
Das Rhein-Neckar-Dreieck ist eine junge, lebendige Region, geprägt durch die vielen tausend Studenten der Universitäten Heidelbergs, Mannheims und Ludwigshafens. Die wichtige Rolle der Jugend für die Sicherung der Zukunft unserer Spezialität, möchten wir durch die besondere Berücksichtigung ihrer Interessen bei allen Aspekten des Kongresses unterstreichen.

Neben einem umfangreichen wissenschaftlichen Programm, haben wir für Sie auch ein außergewöhnliches Rahmenprogramm vorbereitet, das vor allem am Mittwoch und Freitagabend Grundlage für die Begegnung und den Austausch aller Generationen von Teilnehmern darstellen soll.

Freuen Sie sich auf Heidelberg und die Kurpfalz.
Wir freuen uns auf Sie im September 2002.

Prof. Dr. med. Günter Germann
Dr. med. Hermann Solz

Themen

VDPC

- Rekonstruktive Chirurgie nach Verbrennung – das verbrannte Gesicht
- Tumortherapie / Rekonstruktion / Tumorfolgen
- Nervenersatzoperationen
- Frühfunktionelle Nachbehandlung bei Verletzungen der oberen Extremität
- Die chronische Wunde
- Definitive Weichteilrekonstruktion nach Trauma der oberen Extremität – Wann / Was?
- Mammareduktion - welche Techniken haben sich bewährt?
- Experimentelles Forum
- Varia

VDÄPC

- Rhinoplastik – offen versus geschlossen
- Liposuction UAL versus SAL – Komplikationen und Ergebnisse
- Facelift und ergänzende Maßnahmen
- Faltenbehandlung und Anti-Aging
- Fotografie und Dokumentation in der Ästhetischen Chirurgie
- Panel: Faltenbehandlung – Anti Aging
- Panel: Mamma-Implantate

Dieffenbach-Vorlesung am 19. September 2002
W. A. Morrison, Professor of Surgery
„Expanding the Horizon of Plastic Surgery – From Microsurgery to Tissue Engineering"

Ästhetische Operationskurse (16.–17. September 2002)

16. September 2002

Mammaaugmentation		Priv.-Doz. Dr. med. K. Exner (Frankfurt) Dr. med. H. Solz (Mannheim)
Mammareduktion		Dr. med. S. Eren (Köln) Dr. med. Ute Deubel (Ludwigshafen)

17. September 2002

Liposuction	SAL:	Prof. Dr. med. E. Biemer (München)
	UAL:	Prof. Dr. med. H. Menke (Ludwigshafen)
Facelift		John A. Grossman MD (Denver) Prof. Dr. med. W. Mühlbauer (München)

Laserschutzkurs (16.–17. September 2002)

Kongreßleitung

Prof. Dr. med. Günter Germann, Ludwigshafen/Heidelberg
e-mail: germann@vdpc-2002.de

Dr. med. Hermann Solz, Mannheim
e-mail: solz@vdpc-2002.de

Kongreßorganisation

Dr. med. Simone Brüner
Dr. med. Robin Deb
Dr. med. Michael Pelzer
Dr. med. Christoph Czermak
Dr. med. Markus Küntscher
Dr. med. Michael Sauerbier

Kongreßsekretariat

BG Unfallklinik Ludwigshafen
Ludwig-Guttmann-Straße 13, 67071 Ludwigshafen
Telefon 0621/6810-2017
E-mail: organisation@vdpc-2002.de

Rahmenprogramm

Wir laden Sie herzlich ein, an unserem abwechslungsreichen und interessanten Programm, rund um den Kongreß, teilzunehmen. Das Rahmenprogramm ist natürlich kostenfrei!

Mittwoch, 18. September 2002 — Stadtführung Heidelberg

Den Auftakt macht eine Stadtführung durch Heidelberg - der Name steht für das weltberühmte Schloß und die malerische Altstadt in schönster landschaftlicher Lage. Für Deutschlands älteste Universität und modernste Forschungseinrichtungen. Für geschichtsträchtige Gassen und eine quirlige studentische Szene. Für Entspannung pur bei beschaulichen Spaziergängen, für spannende internationale Kongreße und Festivals, und für eine Einkaufsmeile, die zu den schönsten Fußgängerzonen Europas zählt.

Donnerstag, 19. September 2002 — Doktorenhof

Ein weiterer Höhepunkt ist dieser Ausflug in die Pfalz. Der Besuch des Doktorenhofes wird Sie in das Reich der „Sauren Sinne" entführen. Auf dem idyllisch gelegenen Gut der Wiedemanns wird gezeigt, daß Essig mehr sein kann, als Salatsauce. Hier ist die Essigherstellung Kunst, der Essig das Kunstwerk. Trinkbar wie edle Weine, die die Grundlage eines guten Essigs darstellen. Von der Traubenlese über den Ausbau im Eichenfaß bis zur Abfüllung der edlen Tropfen in die mundgeblasenen Flaschen, werden Sie einen faszinierenden Einblick in die Kunst der Essigherstellung bekommen. Nicht umsonst ersetzen die Produkte von Georg Wiedemann mittlerweile das klassische Sorbet als Zwischengang auf vielen Speisekarten der Spitzengastronomie. Lassen Sie sich diesen Ausflug keinesfalls entgehen.

Freitag, 20. September 2002 — Deutsches Apotheken Museum

In einem der schönsten und bedeutendsten Renaissancebauten Deutschlands ist seit Oktober 1957 das Deutsche Apotheken-Museum angesiedelt. Es wurde schon 1937 gegründet und ein Jahr später in München eröffnet, 1944 jedoch fast gänzlich zerstört. Die Bestände seiner einzigartigen Sammlungen wurden zunächst nach Bamberg und schließlich nach Heidelberg gebracht. Dort ist es gelungen, die aus vier Jahrhunderten stammenden Ausstellungsobjekte in die historischen Räume des Heidelberger Schlosses so einzufügen, daß sich die Entwicklung des Apotheken- und Arzneimittelwesens dem heutigen Besucher eindrucksvoll darstellt.

Edelsteinseminar

Edelsteine faszinieren die Menschen seit Jahrtausenden. Wer wollte nicht schon einmal einen Einblick in die für Liebhaber und Laien gleichermaßen geheimnisvolle Welt von Smaragd, Diamant & Co. erhalten. Unser Edelsteinseminar am Freitag wird diesen Wunsch erfüllen. Ein erfahrener Experte weiht Sie in die Geheimnisse der edlen Steine ein: Welche Steine sind wertvoll – was macht sie wertvoll – woran erkennt man minderwertige Steine – woran Fälschungen – worauf ist bei Verkauf und Beratung zu achten?
Ort und Zeit dieses ungewöhnlichen Seminars werden aus Sicherheitsgründen kurzfristig bekannt gegeben. Wir möchten Sie jetzt schon darauf hinweisen, daß während des Seminars keine Kaufmöglichkeit besteht.

Samstag, 21. September 2002 — Golfturnier in St. Leon-Rot

Auf den Spuren von Tiger Woods, der dieses Jahr an Pfingsten seinen Titel in St. Leon-Rot verteidigt hat, findet am Samstagnachmittag traditionell das Golfturnier der VDPC / VDÄPC statt. Der Platz „Rot" der Golfanlage St. Leon-Rot wurde zum besten Golfplatz Deutschlands gewählt. Unser Tunier findet auf dem Platz St. Leon statt, auf dem in diesem Jahr zum ersten Mal das PGA-Turnier Deutsche Bank SAP Open ausgetragen wurde. Da wir nur begrenzte Kapazitäten haben, empfehlen wir rechtzeitige Anmeldung.

TISSUCOL

Spray Set

Vorankündigung

Besuchen Sie das Baxter Lunch-Symposium zum Thema
„Neues zur OP-Technik beim Facelift –
Erkenntnisse aus USA und Deutschland“

Dr. J. A. Grossman, Rose Medical Center, Denver,
Cedass-Sinai Medical Center, Century City Hospital Beverly Hills
Prof. Dr. A. Hofmann, Klinik Rosengasse, Ulm

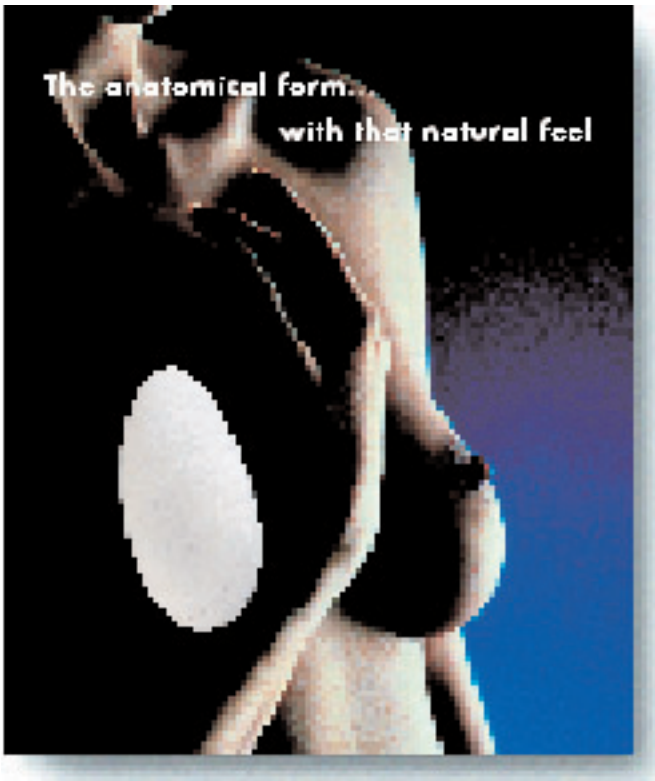
auf der Jahrestagung der VDPC/VDÄPC
am 20. September 2002



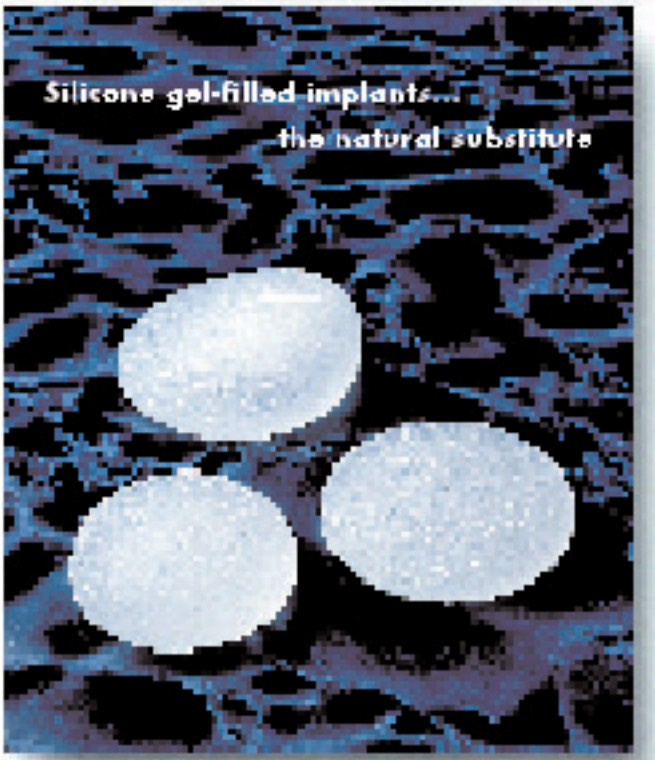
good
to have
a helping
hand

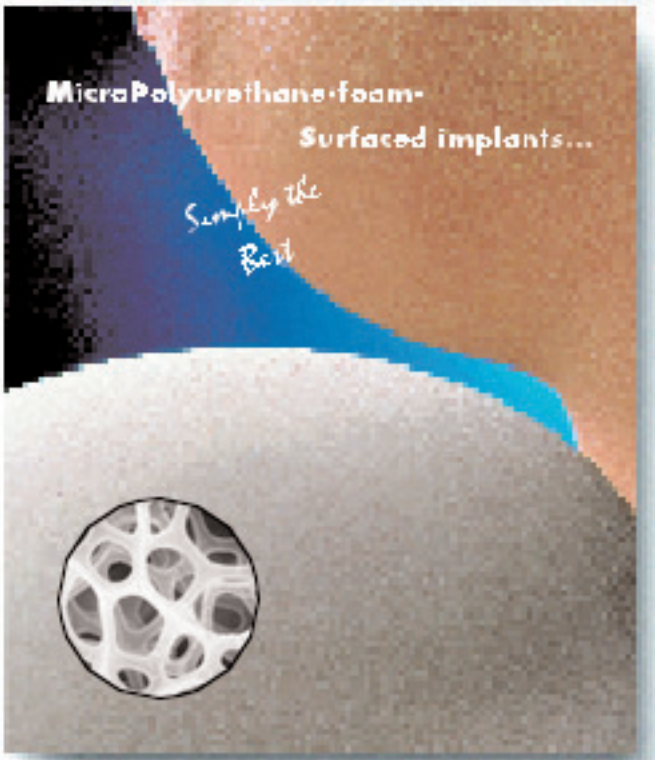
Baxter Deutschland GmbH
BioScience • Im Breitspiel 13 • D-69126 Heidelberg • Tel. (06221) 397-0

Baxter


The anatomical form...
with that natural feel


The new direction...
in breast expansion


Silicone gel-filled implants...
the natural substitute


MicroPolyurethane-foam-
Surfaced implants...
Simply the
Best

- broad variety of products for plastic and reconstructive surgery
- quality made in Germany
- CE 0483
- distribution throughout Europe

POLYTECH
SILIMED
EUROPE GmbH

Altheimer Strasse 32 · D-64807 Dieburg
E-mail: Kundenservice@PolytechSilimed.de
Internet: www.polytechSilimed.de
Tel. +49(0)6071-9863-0 · Fax +49(0)6071-9863-30

Plastische CHIRURGIE

Mitteilungen der
Vereinigung der Deutschen Plastischen Chirurgen – VDPC
Vereinigung der Deutschen Ästhetisch-Plastischen Chirurgen – VDÄPC

Herausgeber:
Prof. Dr. med. H.-U. Steinau, Bochum
Im Auftrag der
Vereinigung der Deutschen Plastischen Chirurgen VDPC
Vereinigung der Deutschen Ästhetisch-Plastischen Chirurgen VDÄPC

Erscheinungsweise: 4 Ausgaben (März, Juni, September, Dezember)

Abonnement: Bestellung beim Verlag oder bei jeder Buchhandlung

Bezugspreis: Jahresabonnement h 40,– (inkl. 7% MwSt. zzgl. Porto und Versand). Einzelheft außerhalb des Abonnements h 20,– (inkl. 7% MwSt., zzgl. Versand).
Bei Bestellung im Laufe des Jahres wird der Bezugspreis anteilig berechnet. Der Abonnent kann seine Bestellung innerhalb von 7 Tagen schriftlich beim Verlag widerrufen. Das Abonnement gilt zunächst bis zum Ende des begonnen Jahres. Es verlängert sich um jeweils ein Jahr, wenn die Kündigung nicht bis zum 31.10. schriftlich im Verlag vorliegt. Kann die Zeitschrift aufgrund Streiks oder höherer Gewalt nicht geliefert werden, so besteht kein Anspruch auf Ersatz.

Anzeigenannahme: Gordana Bauer (0 62 21/ 13 77-6 20). Zur Zeit gilt Anzeigenpreisliste Nr. 2/2002.
Copyright: Mit der Annahme eines Manuskriptes erwirbt der Verlag für die Dauer der gesetzlichen Schutzfrist (§ 64 UrhRG) die Verwertungsrechte im Sinne der §§ 15 ff. des Urheberrechtsgesetzes. Übersetzung, Nachdruck, Vervielfältigung auf fotomechanischem oder ähnlichen Wege, Vortrag, Funk- und Fernsehsendung sowie Speicherung in Datenverarbeitungsanlagen – auch auszugsweise – sind nur mit schriftlicher Genehmigung des Verlages gestattet. Die Verantwortlichkeit für die Patientenaufnahmen liegt beim jeweiligen Autor.
Verlagsredaktion: Carola Marx (CM)
N. Krämer, Heidelberg

Dr. R. Kaden Verlag GmbH
Ringstraße 19, 69115 Heidelberg
Tel. 0 62 21 / 13 77-6 10, Fax 0 62 21 / 6 59 95 90
Email: info@kaden-verlag.de

Herstellung: Ch. Molter, Kaden Verlag
Druck und Verarbeitung: Wesel Druckerei, 76534 Baden-Baden

Inhalt

Editorial

Liposuction ohne Probleme? 45
H.-U.Steinau

Markenzeichen VDÄPC 91
C. Neuhann-Lorenz

Nachrichten

Vorschau auf die 32. Jahrestagung der VDPC und die 6. Jahrestagung der VDÄPC 47

FDA läßt Botox für kosmetische Zwecke zu 52

Fachausbildung für ästhetische OPs gefordert 52

Mitspracherechte für Kinder – World of Children 52

Trends in der kosmetischen und rekonstruktiven Chirurgie in den USA 54

Besseres Englisch durch OP? 58

Schutz vor Computer-Viren 58

Anträge zur Jahresversammlung in Heidelberg 60
Kommentar des Vorstandes 61

Paulinchen e.V. – Elterninitiative brandverletzter Kinder 63

Neue OP-Videos zur Plastischen Chirurgie 64

Carl Zeiss Meditec AG 77

Cerabone Granulat erhielt CE-Zulassung 90

Fortbildung

Das Internet und die schönheitschirurgische Praxis 66

Fettabsaugung – Möglichkeiten und Risiken des populärsten ästhetischen Eingriffs 69

Bauchdeckenplastik mit Bildung einer „Champagnerrinne“ 75

Aktuelle Forschung

Der Thersites-Komplex 79

Antimikrobielle Peptide 81

Abrechnungsfragen

Rechtsprobleme im Zusammenhang mit privatärztlichen Liquidationen 85

Leitlinie Karpaltunnelsyndrom 89

Rubriken

Personalia 90

Nachruf 62

Kongresse 92

Neue Indikation in den USA

FDA läßt Botox für kosmetische Zwecke zu

Die US-Gesundheitsbehörde FDA hat jetzt das Präparat Botox zu kosmetischen Zwecken zugelassen. Die Geschäfte des kalifornischen Unternehmens Allergan (Deutschland: Pharm-Allergan) mit dem Botulinum Toxin Typ A laufen bereits seit einiger Zeit bestens. Analysten zufolge lag der weltweite Umsatz mit Botox im vergangenen Jahr bei rund 300 Millionen Dollar – die Hälfte davon entfiel auf die kosmetische Anwendung. Die FDA genehmigte den Einsatz des Toxins, das vom Bakterium Clostridium botulinum produziert wird, für die zeitweilige Verbesserung moderat bis stark ausgeprägter Falten zwischen den Augenbrauen. Schon im Dezember 1989 war die Substanz für die Behandlung von zwei Defekten des Augenmuskels zugelassen worden. Im Dezember 2000 erfolgte dann die Genehmigung für die Behandlung eines fehlerhaften Spannungszustandes der Halswirbelsäule. Die FDA hält fest, daß sich die Faltenbildung durch den Botox-Einsatz im Versuch über einen Zeitraum von drei Monaten besserte. Es wird empfohlen, die Substanz nicht mehr als einmal in drei Monaten zu injizieren und die geringste wirksame Dosis einzusetzen: Denn Nebenwirkungen wie Kopfschmerzen, Grippe-Symptome und Übelkeit können unter Umständen mehrere Monate andauern. Da das Präparat rezeptpflichtig ist, muß die Anwendung unter sorgfältiger medizinischer Überwachung erfolgen. Die hauptsächlich weiblichen Patienten im mittleren Alter müssen mit Behandlungskosten von 400 Dollar pro Anwendung rechnen. In Deutschland ist das Medikament unter dem Namen Botox laut Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte lediglich zu medizinischen Zwecken zugelassen und ist verschreibungspflichtig. □

Fachausbildung für ästhetische OPs gefordert

Die Deutsche Gesellschaft für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie hat bei ihrer Jahrestagung Ende Mai 2002 eine umfassende Ausbildung für schönheitschirurgische Eingriffe gefordert. Geplant sei etwa eine spezielle Zertifizierung von Fachärzten nach einer eigenständigen Ausbildung. Niemand könne einen Mediziner daran hindern, sich mit „Titel-Lyrik" wie ‚kosmetische Operationen' oder ‚Schönheitschirurg' zu „schmücken", erklärte der Leiter des Referats für Ästhetische Gesichtschirurgie, Prof. Heinz Gerhard Bull. Nun sollten sich die Ärztekammern verstärkt um diesen Bereich kümmern, in dem zunehmend „Wildwuchs" herrsche, so Bull. □

Gemeinnützige Organisation

Mitspracherechte für Kinder – World of Children

World of Children, Inc. ist eine gemeinnützige Organisation, die sich dafür einsetzt, daß Kinder als die weltweit größte Minderheit ohne Mitspracherecht und als kostbarstes Gut der Erde anerkannt werden. Die Organisation möchte die Probleme von Kindern zu einem zentralen Anliegen für die Zukunft aller Gesellschaften der Welt machen. Seit 1998 wurden durch das Award-Programm „Hannah Neil World of Children Award" 24 Menschen aus 12 verschiedenen Ländern geehrt und mehr als 400 000 US-Dollar an Preisgeldern vergeben. Zu den früheren Preisträgern gehörten etwa: William T. Sargent für seinen 30-jährigen Kampf gegen Kinderlähmung, bei dem mehr als eine Milliarde Kinder geimpft wurden, und Dr. Sharadkumar Dicksheet für seine Hilfe bei der Behandlung von Gesichtsdeformationen bei mehr als 56 000 Kindern in einem Camp für plastische Chirurgie, das er vor 34 Jahren in seinem Heimatland Indien gegründet hatte. □



Infos unter: www.worldofchildren.org www.kelloggs.com www.cardinal.com

Wir setzen den Maßstab im Allergieschutz

Biogel® Skinsense™ N

Latexfreier OP-Handschuh



Muster anfordern unter E-Mail:
SkinsenseN.Muster@SSL-International.com

Handel und Vertrieb:
Regent Medical
Eine Division der
London International GmbH
Edisonstraße 5 · D-63477 Maintal

Telefon: 06181 406294
Telefax: 06181 406300
Website: www.regentmedical.com

Regent, Regent-Logo, Biogel und Skinsense sind Warenzeichen der SSL International plc

REGENT

Biogel®

ASPS-Statistik 2001 erschienen

Trends in der kosmetischen und rekonstruktiven Chirurgie in den USA

Im Jahr 2001 erlebten die USA die erste Rezession seit einem Jahrzehnt, die höchste Arbeitslosenrate seit sieben Jahren, den niedrigsten Stand des Verbrauchervertrauens innerhalb derselben Zeitspanne sowie eine vom Terror ausgelöste Welle der Furcht und der Zerstörung. Und trotz alledem: Die Zahl der kosmetisch-plastischen Operationen blieb mit 7,5 Millionen stabil, wie die jetzt veröffentlichte ausführliche Patientenstatistik der ASPS für das Jahr 2001 belegt. „Die Zahlen beweisen, daß die kosmetische Chirurgie nicht länger als ein Privileg der Reichen und Berühmten gelten kann“, erklärt der Präsident der ASPS, Dr. Edward Luce aus Cleveland. Selbst in wirtschaftlich schwierigen Zeiten mit einer durch die schrecklichen Ereignisse des 11. September noch verschärften Rezession sehen die Menschen in der plastischen Chirurgie eine vernünftige Option um sich wohler zu fühlen, ihr Erscheinungsbild zu verbessern und die Zeichen des Alters in Grenzen zu halten. Die große ASPS 2001-Statistik beruht auf den Daten jener Patienten, die sich einer Operation durch einen vom American Board of Plastic Surgery (ABPS) oder einem vom American Board of Medical Specialties zertifizierten Arzt unterzogen haben.



Ein Drittel der Patienten unterzieht sich mehreren verschiedenen Interventionen während eines Eingriffs

87 Prozent der Patienten sind Frauen. Abermals entstammt die größte Gruppe der Patienten – 43 Prozent – dem Alterssegment von 35 bis 50 Jahren. Menschen zwischen dem 19. und dem 34. Lebensjahr stellen 24 Prozent, jene von 51 bis 65 Jahren 22 Prozent der Patienten. Der Anteil ethnischen Minderheiten am plastisch-chirurgischen Patientengut bleibt mit fünf Prozent für Afro-Amerikaner bzw. Asiaten und mit sieben Prozent für Hispano-Amerikaner recht konstant. Ein Drittel der Patienten unterzieht sich mehreren unterschiedlichen Interventionen in einer Sitzung. 56 Prozent der Patienten in der kosmetischen Chirurgie kommen zum wiederholten Male. Mehr als die Hälfte der Eingriffe finden in Praxen, jeweils rund ein Viertel im Krankenhaus oder in ambulanten chirurgischen Einrichtungen statt. Die fünf am häufigsten durchgeführten Operationen waren die Nasenrekonstruktion, die Fettabsaugung, Eingriffe an den Augenlidern, Brustvergrößerung und Facelifting – sie machen zusammen 76 Prozent aller kosmetischen Interventionen aus.

Immer mehr jüngere Menschen konsultieren plastische Chirurgen um einen Langzeitplan aufzustellen

Fast 5,9 Millionen Menschen nahmen nicht-chirurgische kosmetische Maßnahmen in Anspruch. Die fünf populärsten waren chemische Peelings, Mikro-Dermabrasionen, Botox-Injektionen, Kollagen-Injektionen und die Haarentfernung mit dem Laser. Die Zahl der Patienten, die einen plastischen Chirurgen für eine nicht-chirurgische Maßnahme aufsuchten, stieg in den Jahren 2000 und 2001 für sechs untersuchte Indikationen um 44 Prozent. „Die Patienten streben danach, ein Programm zur Pflege und eventuell zur Modulation ihrer Haut zu entwikkeln, das für die Dauer des Lebens Bestand haben soll. Am Anfang dieses Vorhabens steht der Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung zu einem qualifizierten Mitglied der ASPS, der die individuellen Besonderheiten des Gesichts und des ganzen Körpers versteht“, so Dr. Luce. „Immer mehr und immer jüngere Menschen konsultieren einen ASPS-Spezialisten, um einen Langzeitplan aufzustellen, zu dem die Mikrodermabrasion und die Botox-Injektion gehören kann, um sich

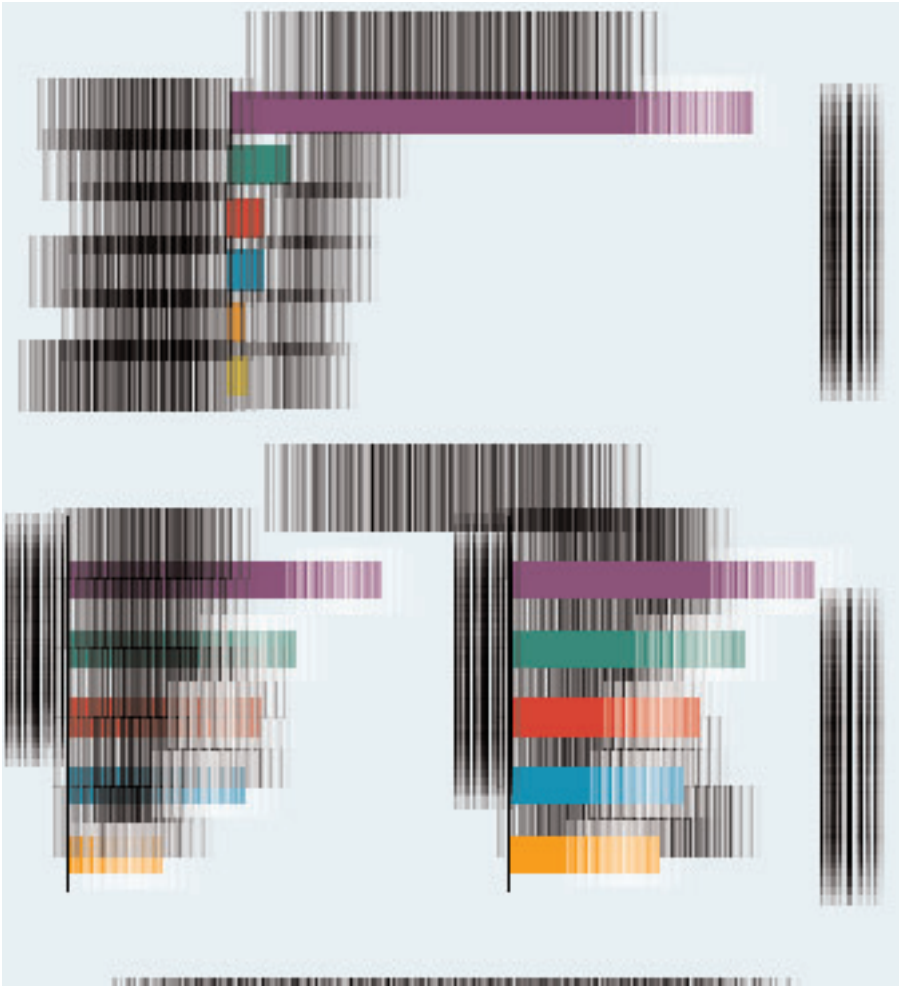
jugendliches Aussehen für die Gegenwart zu erhalten und um eingreifendere Maßnahmen für spätere Jahre als Option zur Verfügung zu haben“.

Nasen-OP knapp vor Liposuktion und damit zum ersten Mal häufigster Eingriff bei Frauen

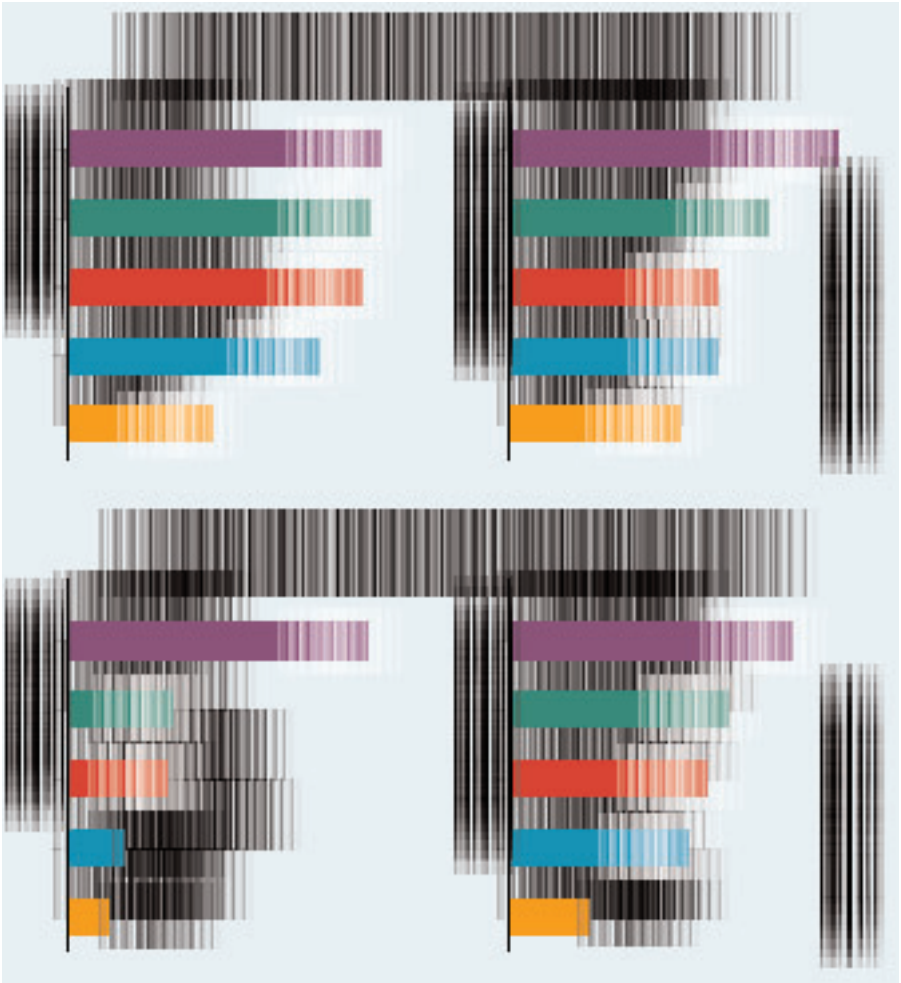
Zum ersten Mal ist die Umgestaltung der Nase bei Frauen der beliebteste Eingriff geworden und hat damit die Fettabsaugung knapp hinter sich gelassen. Zehn Prozent der Patienten für Haartransplantationen sind Frauen. Chemisches Peeling war früher die beliebteste nicht-invasive Maßnahme und wurde von mehr als einer Million Frauen jährlich in Anspruch genommen. Die immer populärer werdende Botox-Injektion wurde von fast 750 000 Frauen gewählt. Zwar hat Botox dank der jüngst erfolgten FDA-Zulassung eine höhere Medienaufmerksamkeit erzielt, doch werden Kollagen-Injektionen bei Frauen fast genau so häufig vorgenommen. Die Modulation der Nase machte fast ein Drittel aller von Männern gewünschten Eingriffe aus und war damit der populärste Eingriff. 53 Prozent aller Eingriffe am Ohr wurden an Männern vollzogen. Wie bei Frauen, so war auch für Männer das chemische Peeling die beliebteste nicht-invasive Maßnahme.

Bei 70 Prozent der rekonstruktiven chirurgischen Eingriffe handelte es sich um Tumorentfernungen

Mehr als 5,7 Millionen Menschen unterzogen sich rekonstruktiven plastisch-chirurgischen Maßnahmen. 44



Prozent dieser Eingriffe wurden in Kliniken durchgeführt, 35 Prozent in Praxen oder praxisnahen Einrichtungen und 21 Prozent in davon unabhängigen ambulanten operativen Zentren. Bei 70 Prozent aller rekonstruktiven Eingriffe ging es um eine Tumorentfernung. Eine Rekordzahl: 55 Prozent aller Brustrekonstruktionen wurden sofort nach der Mastektomie durchgeführt. „Der leichte Rückgang an rekonstruktiven plastisch-chirurgischen Eingriffen ist ein Indiz dafür, daß die Versicherungen diese weiterhin ausschließen und den Patienten die Kostenübernahme medizinisch notwendiger Eingriffe versagen“ erklärt Dr. Luce. „Auf dem heutigen, unter dem Gebot der Kostenreduzierung agierenden Versicherungsmarkt bauen die Gesellschaften weiterhin unmögliche Anforderungen und diverse Einschränkungen auf, um die Kostenübernahme zu verweigern. Obwohl die ASPS eindeutig dokumentiert hat, daß eine Brustverkleinerung viele physische und psychologische Vorteile für Frauen mit überdurchschnittlich großen Brüsten hat, verweigern nach wie vor Gesellschaften die Erstattung. Manche Versicherer verlangen inzwischen Fotos, andere etablieren ein präoperatives Genehmigungsverfahren und verzögern so die Exzision.“



Seit 1992 hat sich Anzahl der Patienten beim plastischen Chirurgen verdreifacht

Neben der 2001-Statistik ist die ASPS eine Quelle, die den Verlauf der kosmetischen und der rekonstruktiven plastischen Chirurgie über eine Dekade an Hand der Daten von ASPS-Mitgliedern dokumentiert. Der 10-Jahres-Bericht belegt: Die Zahl der Patienten, die sich einer Maßnahme unterziehen, hat stetig zugenommen und sich seit 1992 verdreifacht. ASPS-Mitglieder haben 533 Prozent mehr Brustvergrößerungen durchgeführt, ein Anstieg von 32 607 auf 205 354 Operationen. Von ASPS-Chirurgen durchgeführte „Tummy tucks" stiegen um 231 Prozent an, von 16 810 auf 55 578. Andere bemerkenswerte Steigerungen sind beim Lifting im Stirnbereich zu verzeichnen sowie bei den Eingriffen an den Augenlidern, die von 59 461 auf 140 850 (plus 137 Prozent) anstiegen. Die Brustverkleinerung bei Männern nahm von 4 997 auf 12 092 (142 Prozent) OPs zu. Die Gesamtzahl der Menschen, die sich einem kosmetischen Eingriff durch einen ASPS-Chirurgen unterzogen, stieg von 2000 auf 2001 um sieben Prozent. „Diese Zahlen belegen, daß die Öffentlichkeit den Rat, das Wissen und die ganze Bandbreite der therapeutischen Optionen nutzen möchte, die von ASPS-Mitgliedern angeboten werden", betont Dr. Luce.

Um aussagekräftige Ergebnisse zu erhalten wurden mehr als 14 000 Fragebögen an qualifizierte Spezialisten versandt

Um aussagekräftige Ergebnisse zu erhalten, wurden mehr als 14 000 Fragebögen nach dem Zufallsprinzip an diese qualifizierten Spezialisten verschickt. Die Antworten wurden auf die gesamte Berufsgruppe der 23 000 Chirurgen hochgerechnet, die kosmetische und rekonstruktive plastische Eingriffe durchführen. Die Auswertungen basieren auf einer Verläßlichkeitsrate von 95 Prozent und einer maximalen Abweichung von ± 3,9 Prozent. Die Abteilung für Öffentlichkeitsarbeit der ASPS versorgt nationale wie lokale Printmedien sowie TV- und Radiosender kontinuierlich mit umfassenden statistischen Trends. Diese werden häufig zitiert, da sie die rapiden Wachstumsraten in der kosmetischen wie der rekonstruktiven Plastischen Chirurgie von 1992 bis 2000 und die natürliche Stabilisierung dieses Wachstums im Jahr 2001 deutlich machen. Das 1997 gegründete National Clearinghouse of Plastic Statistics kann bequem auf der ASPS-Website abgerufen werden unter: www.plasticsurgery.org/mediactr/stats_ncs.htm. Der gesamte Bericht für 2001 ist im PDF-Format zum Download erhältlich und enthält einen Überblick über die „Top Five" der invasiven wie nicht-invasiven Maßnahmen, die Alters- und Geschlechtsverteilung sowie die durchschnittlichen Honorare der Chirurgen. □ RDG

Sicher ist sicher



GENTA-COLL *resorb*®

Der erste Kollagen-Gentamicin-Schwamm
mit equinem Kollagen.

RESORBA®
WUNDVERSORGUNG

Resorba Wundversorgung GmbH+Co KG · Am Flüssmoor 15 · 90475 Nürnberg · Tel. 09128/91 15-0 · www.resorba.com

Neuer Trend in China

Besseres Englisch durch OP ?



In der Hoffnung auf eine bessere Zungenfertigkeit im Englischen und damit auf größere Karrierechancen wollen sich immer mehr Chinesen unters Messer begeben: Im Osten der Wirtschaftsmetropole Shanghai suchten Unzufriedene neuerdings plastische Chirurgen auf, um sich das kleine Hautsegel unter der Zunge lockern zu lassen, wie der Arzt Chu Jiang vom Renai Krankenhaus berichtet. Das Häutchen werde von den Patienten fälschlicherweise für sämtliche Aussprache-probleme verantwortlich gemacht. Ein Irrtum mit Tradition: Schon im Mittelalter glaubte man, durch einen solchen Eingriff Taubstummheit und Stottern heilen zu können.

Mißgebildetes Zungensegel kann die Aussprache behindern – allerdings nicht nur in einer einzigen Sprache

Alle Patienten hätten jedoch perfekt Chinesisch gesprochen und eine gesunde Zunge gehabt. Deshalb sei ihre Bitte um eine Operation für „makelloses Englisch“ abgewiesen worden, sagte Chu. Ein tatsächlich mißgebildetes Zungensegel könne dagegen durchaus die Aussprache behindern – doch dies mache sich dann nicht nur in einer Sprache bemerkbar. Als besonders kurios beschrieb Chung den Fall eines 27jährigen: Der Mann wollte nach zwei vergeblichen Bewerbungen um ein US-Visum vor einem dritten Sprachtest seine Chancen auf dem Operationstisch vergrößern lassen. Auch die Mutter einer 15jährigen habe ihre Tochter vor einem Sprachkurs vorsorglich operieren lassen wollen, weil diese Schwierigkeiten mit dem Buchstaben „r“ hatte. Vor allem junge Chinesen setzen laut Experten bei ihrer Karriereplanung auf englische Sprachkenntnisse. Ein regelrechter Schub habe nach der Aufnahme Chinas in die Welthandelsorganisation (WTO) im vergangenen Jahr eingesetzt. □

Computer

Schutz vor Viren, Verschlüsselung von E-Mails und Web-Filter

Eine neue Sicherheits-CD bietet Schutz vor Viren, Verschlüsselung von E-Mails und Filter für das Web. Die CD wurde von Bundesinnenminister Otto Schily beim Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik (BSI) in Auftrag gegebenen. Sie kann kostenlos gegen Einsendung eines frankierten Rückumschlags (DIN C5 frankiert mit 1,53 Euro) angefordert werden beim: Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik, Referat III 2.1, Postfach 200363, 53133 Bonn.

Die Task Force „Sicheres Internet“ des Bundesinnenministeriums und das BSI haben die CD entwickelt. Neben den Tools enthält sie auch Hinweise zum Schutz vor möglichen Gefahren und gibt Tipps, wie sich mögliche Sicherheitslücken schließen lassen.

Die Sicherheits-CD enthält Programme und Informationen zu folgenden Themen:

- den IT-Grundschutz eines Internet-PC,
- Maßnahmen zur Datensicherung,
- Notwendigkeit zur Verschlüsselung von persönlichen Informationen,
- Schutz vor Viren,
- Schutz vor „Würmern“ und „Trojanern“,
- sichere Konfiguration von Browsern und Anwenderschutz durch Webfilter und Firewalls.

Die Homepage des Bundesamtes für Sicherheit in der Informationstechnik (www.bsi.bund.de) bietet weitere Hilfestellungen in Fragen der IT-Sicherheit. Ergänzend bietet die BSI-Schriftenreihe Informationen über Computerviren, Sicherheitsaspekte beim Handel im Internet und den sicheren Einsatz von digitalen Telekommunikationsanlagen an. Außerdem informiert ein regelmäßig erscheinender Newsletter über aktuelle Entwicklungen im Bereich der IT-Sicherheit. □

Schönheit

...Vielfalt

in der Ästhetik

mittels modernster Laser- und IPL-Technologie

















Nicht vergessen!!!

„Hautnah"-Workshop-Termine:

Mi.,	03.07.	München
Sa.,	06.07.	Dortmund
Mi.,	10.07.	Hamburg
Sa.,	13.07.	Leipzig
Mi.,	17.07.	Stuttgart
Sa.,	20.07.	Kassel
Sa.,	03.08	Darmstadt

LUMENIS
Enhancing Life. Advancing Technology.

Lumenis (Germany) GmbH
Dieselstr. 5c
D - 64807 Dieburg
Tel. 0800 LUMENIS
(0800 5863647)
Tel. +49 (0) 60 71 / 922-0
Fax +49 (0) 60 71 / 922-400
e-mail: info@lumenis.de
www.lumenis.de

Bessere Einbindung der jüngeren Mitglieder der VDPC

Anträge zur Jahresversammlung in Heidelberg, September 2002

Derzeit erhalten assoziierte Mitglieder, die sich in der Weiterbildung zum Facharzt für Plastische Chirurgie befinden keine konkreten Informationen über die Entscheidungen ihres Verbandes, der Vereinigung Deutscher Plastischer Chirurgen (VDPC). Im Gegensatz zur früheren Ausbildungslage bedeutet dies derzeit für die Dauer der Weiterbildungszeit von sechs Jahren einen Ausschluß von der Information und Meinungsbildung der Gesellschaft.

Ausgehend von der positiven Resonanz der Umfrage im August 2001 zu diesem Thema (Tabelle 1) werden hiermit folgende Anträge zur Jahresversammlung der VDPC in Heidelberg im September 2002 gestellt:

1. Assoziierte Mitglieder sollten künftig ohne Stimmrecht an der Vollversammlung teilnehmen können.
2. Ein zusätzliches Vorstandsmitglied soll als Interessensvertreter des plastisch chirurgischen Nachwuchses gewählt werden.

Tabelle 1 Ergebnis der Umfrage vom August 2001: 255 Rückantworten von 551 ausgesandten Fragebogen (= 52 % Rücklauf). Assoziierte Mitglieder n = 126, ordentliche Mitglieder n = 124; n = 5 ohne Angabe

Assoziierte Mitglieder sollten ohne Stimmrecht an der Vollversammlung teilnehmen können

	„Ja“	„Nein“
Assoziierte	118 (94 %)	8 (6 %)
Ordentliche	57 (46 %)	67 (54 %)
Gesamt	178 (70 %)	77 (30 %)

Die Einrichtung eines zusätzlichen Vorstandsmitglieds als Vertreter der Interessen des plastisch chirurgischen Nachwuchses wäre sinnvoll

	„Ja“	„Nein“
Assoziierte	119 (94 %)	7 (6 %)
Ordentliche	80 (65 %)	44 (35 %)
Gesamt	201 (79 %)	54 (21 %)



Zu 1.) Zur eindeutigen Identifizierung von stimmberechtigten ordentlichen Mitgliedern könnten bei der Versammlung Farbtafeln ausgegeben werden.

Zu 2.) Um die Interessenvertretung des Nachwuchses sicherzustellen, sollte das neu gewählte Vorstandsmitglied die Facharztprüfung vor nicht länger als fünf Jahren absolviert haben und an einer Klinik tätig sein. Die Amtsdauer soll zwei Jahre betragen. Sollte es bei der Jahresvollversammlung zu einem positiven Beschluß kommen, sollte in gleicher Sitzung die Wahl stattfinden. □

Im Auftrag des regelmäßigen Treffens der Assistenz- und Oberärzte aus dem Großraum München:

Dr. med. Riccardo Giunta
Abteilung für Plastische und Rekonstruktive Chirurgie
Klinikum rechts der Isar der
Technischen Universität München
Ismaninger Straße 22
81679 München

Kommentar des Vorstandes

1. Der Vorstand der VDPC begrüßt es ausdrücklich, daß sich assoziierte Mitglieder verstärkt in die Arbeit der VDPC einbringen wollen.
2. Die Aussage „Der in der Weiterbildung zum Facharzt befindliche plastische Chirurg erhält keine konkreten Informationen über die Entscheidungen des Verbandes“ kann nicht unwidersprochen bleiben, da zum einen die Tagungsprotokolle in unserem Mitteilungsblatt regelmäßig publiziert werden. Darüber hinaus hoffen wir, daß die Abteilungsleiter und Vollmitglieder nicht nur fachliche Gespräche führen, sondern ihre Mitarbeiter auch über ihre Vorstellungen informieren und mit ihnen die zukünftigen Entwicklungen der VDPC diskutieren.
3. Der Vorstand begrüßt daher ausdrücklich eine Einbindung der assoziierten Mitglieder. Es wird dazu eine Satzungsänderung notwendig sein. Hinsichtlich der Vertretung der assoziierten Mitglieder erwarten wir eine lebhafte Diskussion.
4. Wir hoffen, daß die jüngeren Kollegen auch zeitraubende Tätigkeiten für die VDPC auf Dauer übernehmen werden.

Für den Vorstand
Prof. Dr. med. Hans-Ulrich Steinau, Bochum

Neue Perspektiven mit B. Braun-Dexon GmbH:
Für jede Indikation das passende Nahtmaterial.



Die Resorbierbaren im BBD-Programm

Ob kurz-, mittel- oder längerfristig resorbierbar ...

die BBD bietet alle Möglichkeiten im Programm der synthetischen, resorbierbaren Fäden.

Passend für nahezu jede Indikation:

- SAFIL® Quick
- MONOSYN®
- POLYSORB®
- DEXON® II
- DEXON® S
- BIOSYN®
- MAXON®

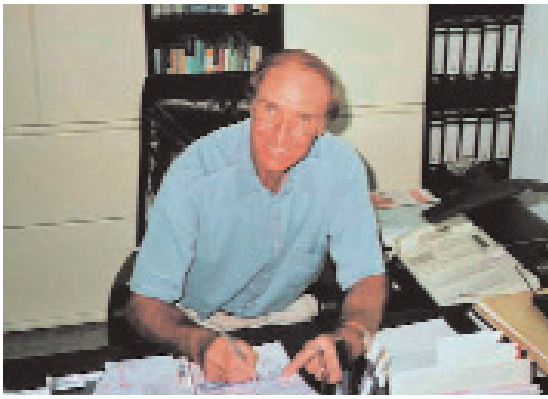
BBD
B. Braun-Dexon GmbH
Postfach 31
D-72601 Tübingen
Weimarstraße 32
D-72532 Tübingen
Tel. (07461) 9115-5
Fax (07461) 9115-452

BBD

All it takes to operate

Ein Unternehmen der Tyco Healthcare und der B. Braun-Gruppe

Trauer um Ante Radeljic



Die VDPC trauert um ihr Mitglied Dr. med. Ante Radeljic, der am 10. Januar 2002 nach schwerer Krankheit verstarb. Geboren am 18. Oktober 1933, wuchs Ante Radeljic in Kroatien auf und absolvierte sein Medizinstudium in Zagreb. 1962 kam er nach Deutschland, wo er am St.-Katharinen-Krankenhaus in Frankfurt bei Chefarzt Dr. Alfred Lutz seine Ausbildung zum Facharzt für Chirurgie machte. Nach Beendigung der Facharzt-Ausbildung ging er 1970 zurück nach Kroatien. Hier wollte er mit seiner Frau Dubravka, einer Juristin, leben und arbeiten. Nach einem Jahr in Split zog es beide zurück nach Deutschland; hier wurden die beiden Kinder Ariana und Josip geboren. Ante Radeljic war ab 1971 als erster Oberarzt bei Professor Reiter in Fulda tätig, bis er dann 1973 zu Dr. Herbert Höhler ans Markus-Krankenhaus in Frankfurt ging, um die plastische Chirurgie zu erlernen. Hier begann er nochmals als Assistenzarzt, nachdem er zwei Jahre lang die Verantwortung in einer großen chirurgischen Klinik mit getragen hatte.

Lange schon hatte er sich für die plastische Chirurgie interessiert und war glücklich, bei Herbert Höhler ein großes operatives Spektrum kennenzulernen. Als er seine Ausbildung in der plastischen Chirurgie beendet hatte, kehrte er dann 1976 in die Chirurgische Klinik des St.-Katharinen-Krankenhauses Frankfurt unter der Leitung von Dr. Alfred Lutz, zurück, wo er als erster Oberarzt der Abteilung mit Schwerpunkt Plastische Chirurgie tätig war. Als Dr. Lutz 1982 in den Ruhestand trat, erhielt Ante Radeljic eine eigene 20-Betten-Abteilung für plastische Chirurgie im St.-Katharinen-Krankenhaus. Hier führte er alle Eingriffe der plastischen, wiederherstellenden und ästhetischen Chirurgie durch. Einige unserer Mitglieder in der VDPC lernten bei ihm als Famulanten, Medizinalassistenten und AIPs die plastische Chirurgie kennen und lieben und machten ihre ersten Intrakutannähte unter seiner Anleitung. Nach unermüdlichem Einsatz für seine Patienten trat er Ende 1998 in den Ruhestand. Die Abteilung für Plastische Chirurgie am St.-Katharinen-Krankenhaus wurde danach geschlossen.

Viele seiner ehemaligen Patienten betreute Ante Radeljic weiter in einer Privatklinik und schon bald hatte er wieder ein ähnliches Arbeitspensum wie zuvor. Genau das wollte er eigentlich nicht; stattdessen hatte er vor, einen Großteil seines Lebens in seiner geliebten Heimat Kroatien zu verbringen. Im September 2000, nachdem er sich bereits mehrere Monate abgespannt und überarbeitet gefühlt hatte, wurde bei ihm ein Bronchialkarzinom diagnostiziert. Natürlich wußte er genau, was das für ihn bedeutete, kämpfte jedoch um sein Leben. Nach drei Zyklen Chemotherapie wurde er im Januar 2001 bei Professor Dienemann in Heidelberg operiert. Es war ein Palliativeingriff, das wußte er. Nach der Operation erholte er sich kurz, ab Mai 2001 wurde dann eine Radiatio durchgeführt, unter der es zu einer Remission kam. Diese Zeit nutzte er für einen Aufenthalt in Kroatien. Von Juli 2001 bis Ende August genoß er noch einmal die Zeit in seinem Ferienhaus in Baska Voda, zirka 50 km von Split entfernt. Es sollte sein letzter Besuch dort werden. Nach seiner Rückkehr nach Frankfurt trat im September 2001 eine rapide Verschlechterung seiner Verfassung ein. Er wurde zunehmend schwächer und mußte stationär behandelt werden. Auf seinen Wunsch hin wurde er nach Hause gebracht, wo er von seiner Familie und seinen engsten Freunden und Kollegen betreut und gepflegt wurde, bis zu seinem Tod, den er in dieser Umgebung in Frieden erwartete.

Am 17. Januar 2002 gaben ihm zahllose Freunde, Kollegen, ehemalige Mitarbeiter und Patienten das letzte Geleit. Ante Radeljic war ein vorbildlicher Arzt und hervorragender plastischer Chirurg; wir sind traurig, daß er nicht mehr bei uns ist.

Marianne Wolters
Frankfurt/Main

Bei Ausübung ihrer beruflichen Tätigkeit stoßen Chirurgen auf zahlreiche Institutionen – viele von ihnen kennen sie möglicherweise nur vom Hörensagen. Die *Plastische Chirurgie* veröffentlicht in loser Folge Portraits dieser Institutionen um Hintergründe zu beleuchten und die Grundlage für Verbindungen zu schaffen. Berichtet wird über Institutionen der ärztlichen Selbstverwaltung, der Standesvertretung, aber auch über wissenschaftliche Vereinigungen, Krankenkassen, Ministerien, Selbsthilfeorganisationen und karitative Einrichtungen.

Institutionen

Paulinchen e. V.

Elterninitiative brandverletzte Kinder

Jedes Jahr werden rund 7 000 Kinder durch Verbrennungs- und Verbrühungsunfälle so schwer verletzt, daß sie stationär im Krankenhaus behandelt und operiert werden müssen. Die Ursachen sind bei Kleinkindern in 80 Prozent der Fälle heiße Flüssigkeiten oder das Berühren heißer Gegenstände. Bei älteren Kindern sind die Ursachen häufiger Flammen, Brände, Strom und Säuren. Die Behandlung solcher Verletzungen ist extrem schmerzhaft und langwierig, der Heilungsprozeß von anstrengenden Therapien geprägt. Rehabilitationsmaßnahmen und Korrekturoperationen erstrecken sich in der Regel über viele Jahre.



Ziele und Aufgaben der Vereinigung

- Unterstützung von Familien mit brandverletzten Kindern.
- Beratung bei Problemen in der Rehabilitationszeit und bei fachspezifischen Fragen.
- Information über neue Entwicklungen in der Verbrennungsbehandlung.
- Präventive, unfallverhütende Informationsvermittlung durch die Präventionsbroschüre „Aktion Paulinchen: So schützen Sie Ihr Kind vor Verbrennungen“ sowie durch Plakate und Anzeigen.

Blick in die Geschichte

Paulinchen e. V. wurde 1993 von betroffenen Eltern gegründet, um Familien nach Verbrennungs- und Verbrühungsunfällen ihrer Kinder zu beraten. Der Name „Paulinchen“ bezieht sich auf die gleichnamige Geschichte im Kinderbuch „Der Struwwelpeter“.

Der Verein arbeitet bundesweit, ist als gemeinnützig anerkannt und finanziert sich ausschließlich aus Mitgliedsbeiträgen und Spenden. Paulinchen e.V. wurde 1998 mit dem Hanse-Merkur-Preis für Kinderschutz und dem Preis „Beispielhafte Hilfe für kranke Kinder“ der Kroschke-Stiftung ausgezeichnet.

Seit 1999 ist der Verein Kooperationspartner der Bundesarbeitsgemeinschaft Kindersicherheit.

Zugangskriterien

Aufgenommen werden kann man als betroffenes Mitglied oder als Fördermitglied.

Mitgliedsbeitrag

Der Mitgliedsbeitrag beträgt momentan 26,– Euro pro Jahr.

Zusammenkünfte

Es treffen sich kleinere, regionale Gruppen betroffener Eltern in Hannover, Hamburg, Duisburg und München.

Während der Wochenendseminare, die einmal jährlich bei Nürnberg veranstaltet werden, gibt es für Eltern und Kinder die Möglichkeit andere brandverletzte Kinder und Betroffene kennenzulernen. Referenten halten Vorträge zum Thema Brandverletzungen und die Familien haben hier die Möglichkeit mit einem plastischen Chirurgen und mit einem Psychologen zu sprechen.

Publikationsorgan

Als öffentliches Medium erscheint die Zeitschrift „Paulinchen“, in der Erfahrungsberichte betroffener Familien, Tipps und Fragen ihren Platz haben. Fachartikel helfen, das Thema „Brandverletzungen“ besser zu verstehen und beschreiben beispielsweise neue Korrekturmöglichkeiten und Therapien. Die Zeitschrift kann über den Verein bezogen werden.

Kontakt

Paulinchen e.V.
Laufer Straße 30a
90571 Schwaig
Tel./Fax 0911/ 5075718
E-Mail: scheler@paulinchen.de
Internet: www.paulinchen.de

Internet

Auf der Homepage www.paulinchen.de findet man ausführliche, in verschiedene Bereiche gegliederte Informationen über den Verein und das Thema „Brandverletzungen“, aber auch Infos für Sponsoren, über Mitgliedschaft, Seminare, regionale Gruppen sowie eine Trostseite und vieles mehr.

Weiterführende Informationen

Folgende Materialien sind bei Paulinchen e. V. kostenlos zu erhalten:
Die Präventionsbroschüre „Aktion Paulinchen: So schützen Sie Ihr Kind vor Verbrennungen“, ein Informationsblatt über die Elterninitiative brandverletzte Kinder – Paulinchen e.V. und diverse Poster zur Prävention.

Struktur/Vorstand/Beirat

Gabriela Scheler, 1. Vorsitzende
Adelheid Gottwald, 2. Vorsitzende
Dr. Caroline Pallua, 3. Vorsitzende

Der Wissenschaftliche Beirat setzt sich zusammen aus allen interdisziplinären Gruppen, die mit brandverletzten Kindern zu tun haben. Schirmherrin der Organisation ist Renate Schmidt (SPD).

Sponsoren

Der Verein sucht ständig Sponsoren, um die Vielzahl seiner Aufgaben verwirklichen zu können. Es kann gespendet werden bei:
Sparkasse Nürnberg
BLZ: 760 501 01, Konto: 380 001 750
Hamburger Sparkasse
BLZ: 200 505 50, Konto: 122 0127 870

Videokurs Chirurgie

Neue OP-Videos zur Plastischen Chirurgie

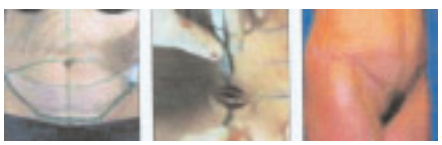
Bei dem Live OP-Kurs der VDPC und VDÄPC, der im Rahmen des Kongresses in Frankfurt am 25. und 26. September 2001 unter der Leitung von Dr. Marianne Wolters im Bethanien-Krankenhaus Frankfurt stattfand, wurden vier OP-Videos angefertigt. Die vier durchgeführten Eingriffe wurden in ihren wichtigsten Schritten festgehalten. Die Firma Novartis hat diese Operationsvideos zum ersten Mal auf dem Chirurgen-Kongreß im Mai 2002 in Berlin präsentiert. Die Nachfrage nach den hervorragenden Videos war verblüffend. Aus diesem Grund möchten wir nochmals allen Mitgliedern der VDPC und VDÄPC diese Videos empfehlen.
Insgesamt gibt es nun sieben Videos aus dem Gebiet der Plastischen Chirurgie. Auf dem Brust-OP-Kurs mit Professor Madeleine Lejour im Mai 1998 unter der Leitung von Priv.-Doz. Dr. L. von Rauffer am Klinikum Nürnberg wurden ebenfalls drei Videos gedreht. Novartis fertigte diese im Rahmen der Reihe „Videokurs Chirurgie“ an, die in Zusammenarbeit mit der DGCh herausgegeben wird. Weitere Informationen zu den Videos sind unter folgender Adresse erhältlich:
Novartis Pharma GmbH
Vertrieb Videokurs Chirurgie
Roonstraße 25
90429 Nürnberg
Fax 0911/27312160



High-tension buttock/thighlift with circumferential incision – bodylift. Operateur: D. Richter



Ober- und Unterlidplastik bds. mit Fettgewebsresektion an den Oberlidern. Operateur: N. Olivari



Bauchstraffung mit Bauchdeckenmobilisierung und Neuimplantation des Nabels – Champagnerrrinne. Operateur: E. Biemer



Ober- und Unterlidblepharoplastik in Verbindung mit „infraorbital release“ und Muskellappenaufhängung. Operateur: S. Eren

Faltenbehandlung
mit Unterspritzmaterialien
von

ROFILMEDRO



ARTECOLL®

Reviderm intra

RESOPLAST™

Rofilan® hylan gel

Von temporär über semi-permanent
bis lang anhaltend -
Sie haben die Wahl!

ROFILMEDRO GmbH

Waagenstr. 32 • 40229 Düsseldorf
Tel.: 02 11 / 22 18 56 • Fax : 02 11 / 22 18 57
e-mail: medro_byron@t-online.de

looking good, feeling good

Umgang mit den neuen Medien

Das Internet und die schönheitschirurgische Praxis

Rod J. Rohrich

Über 85 Prozent der Internetanwender suchen im Internet nach Informationen über Gesundheit und Medizin. Der Gesundheitssektor ist mit mehr als einer Billion US-Dollar jährlich, oder 14 Prozent des Bruttosozialprodukts, der größte Einzelsektor der US-Wirtschaft. Angesichts der rapide zunehmenden Diskussion über Fragen der elektronischen Anwendungen innerhalb des Gesundheitssektors sowie des Datenaustausches zwischen Arzt und Patient ist die Bedeutung des Internet-Marketings offenkundig.

Durch verstärkte Internetnutzung muß immer öfter zwischen „guten und schlechten Daten" unterschieden werden

Der Großteil unserer schönheitschirurgischen Verbände und Gesellschaften stellt auf den jeweiligen Websites grundlegende Informationen für potentielle Patienten zur Verfügung. Da der Patient immer öfter nach Informationen via Internet verlangt, stellt sich mehr und mehr das Problem der Unterscheidung zwischen „guten und schlechten Daten". Die Lücke, die zwischen der Nachfrage nach Online-Informationen bzw. Dienstleistungen und der auf den Websites anzutreffenden Inkonsequenzen klafft, stellt sowohl ein Problem als auch eine Herausforderung dar.

Eine neulich vorgenommene Umfrage durch die American Society of Plastic Surgeons hat folgendes ans Tageslicht gefördert:

- Sechzig Prozent unserer Kollegen benutzen zu Hause oder in der Praxis einen Rechner.
- Über einen Zeitraum von sechs Monaten stieg die tägliche Rechnerbenutzung in der Praxis von 66 Prozent auf über 80 Prozent.
- Der Internetgebrauch in fast 80 Prozent der befragten Praxen ist gegenüber dem Gebrauch vor sechs Monaten um sechs Prozent gestiegen.
- Von den Ärzten, die einen Rechner verwenden, benutzt ein Fünftel den Rechner, um mit Patienten über E-Mail zu kommunizieren.

Die Anzahl der schönheitschirurgischen Websites wächst rasant; innerhalb anderer medizinischen Fachrichtungen ist der Austausch zwischen Arzt und Patient mehr als verdoppelt worden. Der Gebrauch von Internet und E-Mail ist in den meisten Praxen jetzt gängig. Meine Kollegen und ich haben uns ausschließlich auf E-Mailing und das Internet verlassen, um zahlreiche nationale Symposien und jährliche wissenschaftliche Kongresse zu planen und zu koordinieren. Der traditionelle Postweg – die „Schneckenpost" – wird bereits jetzt durch das E-Mail-Äquivalent ersetzt.

Internet-Nutzer verlangen anwenderfreundliche, aktuelle, klare und genaue Informationen

Die Zeitschrift *Plastic and Reconstructive Surgery* ist seit kurzem online. Während des allerersten Monats der online-Verfügbarkeit betrachteten 6 394 Anwender 38 566 Seiten für durchschnittlich 15 Minuten. Die weitere Entwicklung dieser Zahlen darf man gespannt abwarten. Was macht eine Arzt-Website nun zum Erfolg? Das Scheitern zahlreicher Gesundheits-Websites haben wir beobachtet; die Gründe dafür reichen von schlechter Finanzplanung über mangelhafte Informationen und Updates bis hin zu einer chaotischen Organisation und – am wichtigsten – der schwierigen Zugänglichkeit der Site. Der durch das Internet motivierte Konsument ist wan-

> *Wird der Verstand des Menschen um eine neue Idee erweitert, wird er sich nie wieder auf die ursprünglichen Dimensionen verringern.*
>
> Oliver Wendell Holmes, Jr.

kelmütig. Er verlangt anwenderfreundliche, aktuelle und genaue Informationen. Eine erfolgreiche Website muß diese bereitstellen. Der Schlüssel zum Marketing einer Arztpraxis und zur Vermehrung der persönlichen Konsultationen mit Hilfe des Internet besteht darin, potentielle Patienten mit den erwünschten Informationen zu versorgen – auf einfache, klare und knappe Weise. Nach einer kürzlich durchgeführten Studie würden 60 Prozent der Patienten, die einen Internetzugang besitzen, den Arzt nach seinen jeweiligen Fähigkeiten auswählen, über das Internet mit ihnen zu kommunizieren. Die einzige Sorge, die zum Ausdruck kam, betraf den Schutz sensibler persönlicher Daten.

Fragen der Sicherheit und Haftung bei Online-Kommunikation zwischen Arzt und Patient derzeit in der Diskussion

Die Frage nach der Sicherheit der Kommunikation zwischen Patienten und Ärzten bei der Online-Konsultation ist schwierig zu beantworten: Bedeutsame medizinische, ethische und juristische Fragen sind hier implizit. Die Möglichkeit einer Haftbarkeit bei der Online-Kommunikation ist größer geworden, da das Kommunizierte Teil der Patientenakte ist. Bisher hat die zuständige Versicherungsbranche noch keine klare Richtlinien angeboten. Die Probleme der Sicherheit und der Haftung werden jedoch derzeit von Rechtsanwälten, Ärzten, Verbänden und Politikern diskutiert. Zweifelsohne wird die Lösung in der Form eines Kompromisses gefunden werden. Der Internetzugang wird immer mehr zu einer wichtigen Methode der weltweiten Kommunikation mit Patienten. Ich selbst erhalte zum Beispiel vielfache Bitten um Online-Konsultationen, die Fotografien enthalten. Viele stammen von unzufriedenen Rhinoplastik-Patienten, deren kosmetische Operationen anderweitig durchgeführt wurden. Wie ist mit solchen Situationen umzugehen? Wie oben schon angedeutet, ist diese Frage bislang ungeklärt.

Chirurgische Zeugnisse und Zertifizierungen sollen Flut an Desinformation im Internet entgegenwirken

Wie viele meiner Kollegen verwende ich meinen Rechner und das Internet täglich für E-Mails und Vorträge. Ich verwende ihn auch, um meine klinische Praxis zu pflegen, zu verbessern und um meinen derzeitigen Patienten hochwertige Informationen bezüglich präoperativer und postoperativer Pflege auf ethische und ehrliche Weise zukommen zu lassen. Erhöht die Internet-Technologie die Zeit- und Aufwandseffizienz? Ist eine E-Mail an einem Patienten effizienter als ein Telefonanruf? Ganz sicher. Die Ausdehnung der elektronischen Gesundheitsanwendungen stellt eine attraktive Gelegenheit für die Ärzte dar, die bereit sind, auf diese heranwachsenden Konsumentennachfrage zu reagieren. Die Zunahme der Websites, die spezifisch mit der Schönheitschirurgie und, genauer, mit der kosmetischen Chirurgie in Verbindung stehen, macht dies deutlich. Während wir die Gelegenheit wahrnehmen, unsere Präsenz online zu vergrößern und das Internet als Werkzeug zur Verbesserung der Verhältnisse zwischen Patient und Arzt einzusetzen, müssen wir den Konsumenten auch detaillierte Informationen über die Schönheitschirurgie zur Verfügung stellen. Die Flut der Desinformation über unsere Branche und unsere Methoden, die im Netz anzutreffen ist, erweist allen Patienten einen schlechten Dienst. Es ist enorm wichtig, unsere Zeugnisse und offizielle Zertifizierungen zusammen mit unserem Interesse und unseren Fachkenntnissen ehrlich und aufrichtig darzustellen und zu übermitteln.

> *Eines ist stärker als alle Armeen der Welt – eine Idee, deren Zeit gekommen ist.*
>
> Victor Hugo

Virtuelle Kommunikation kann das Arzt-Patient-Verhältnis nicht ersetzen, lediglich verbessern

Meine Patienten können mit sämtlichem Praxispersonal über E-Mail kommunizieren. Die E-Mail ist eine praktische, einfache Methode, Patientenanfragen und -probleme schnell und effizient zu erhalten, zu besprechen und zu beantworten. Patienten sagen mir, daß ihnen unsere somit erleichterte Erreichbarkeit für Fragen wie auch nach Operationen sehr gut gefällt. Ich bin fest davon über-

zeugt, daß unsere E-Mail-Erreichbarkeit die Anbindung unserer Patienten gebessert hat. Was lernen wir also? Patienten wollen eine sichere Website, wo sie schnell knappe, klare Informationen finden, wo es gute präoperative und postoperative Patientenfotografien, wo es Informationen über den Arzt gibt und wo sie vor allem mit dem Arzt in Kontakt treten können und eine Konsultation oder Nachbehandlung ausmachen können. Allerdings dürfen wir nicht vor lauter E-Mail-Herausforderungen das Verhältnis zwischen Arzt und Patient aus den Augen verlieren. Wir dürfen nicht zulassen, daß unsere Websites oder E-Mail-Kommunikation zwischen uns und unseren Patienten treten. Das Arzt-Patient-Verhältnis ist für eine gute Behandlung unerläßlich. Die neuen Kommunikationsmethoden sollten lediglich dazu dienen, dieses Verhältnis zu verbessern. Wir sind davon überzeugt, daß sie es bisher getan haben und dies weiterhin tun werden.

Wir wünschen Ihnen beim Websurfen viel Vergnügen und laden Sie herzlich ein, dabei die Web-Site unserer Zeitschrift zu besuchen: **www.plasreconsurg.org**

Deutsche Bearbeitung des Artikels aus:
Plastic and Reconstructive Surgery 2001; 107:1253–1254

UAL Ultraschall-Assistierte Liposuktion *Combined Procedure*

Die Firma Söring – seit über 15 Jahren spezialisiert mit dem Leistungsultraschall im Bereich der Neuro-Chirurgie – bietet diese Technik auch für den Bereich der plastischen Chirurgie.

Die Vorteile der UAL liegen auf der Hand:

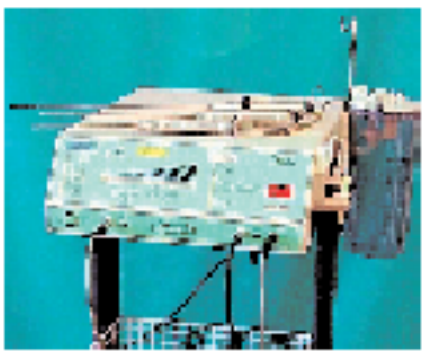
- schonende, selektive Herauslösung der Fettzellen
- geringe Traumatisierung
- leichte Handhabung, ohne Krafteinsatz
- Absaugung in lokaler Anästhesie
- Verstärkte Hautschrumpfung

vorher



nachher





Vollintegriertes Ultraschall-Gerät mit Infiltrations- und Absaugpumpe

Söring
Made in Germany

Söring GmbH · Justus-von-Liebig-Ring 10 · 25451 Quickborn
http://www.soering.de info@soering.de

Fettabsaugung – Möglichkeiten und Risiken des populärsten ästhetischen Eingriffs

Peter M. Vogt, Jacqueline Eichhorn-Sens





Ästhetische Indikation.





Fettabsaugung bei funktioneller Behinderung im Rahmen einer Lipomatose.

„Die Liposuction ist kein trivialer Eingriff, denn sie besitzt das Potential, anderenfalls gesunde Menschen zu töten. Medikamentenabsorption, Interaktionen, Flüssigkeitsmanagement und das Absaugvolumen dieses populären ästhetischen Eingriffes sollten re-evaluiert werden. Todesfälle nach kosmetischen Eingriffen sind ein Grund für öffentliche Besorgnis."

Rao, New England Journal of Medicine 1999

Die Anzahl formverbessernder Operationen hat mittlerweile auch in Deutschland ein nie dagewesenes Ausmaß erreicht. Immer mehr und immer jüngere Menschen huldigen einem Schönheits- und Körperkult, der durch die Medien tagtäglich geschürt wird und längst über „einfache" Fitness hinausgeht. So hat sich die Anzahl der Deutschen, die sich einer sogenannten „Schönheitsoperation" unterzogen haben, in den letzten fünf Jahren um 30 Prozent erhöht (Der Spiegel Nr. 12 v. 20. März 2000) – bei weiter steigender Tendenz.

In der letzten Ausgabe dieser Zeitschrift hat der Präsident der VDPC, H.-U. Steinau, die medizinisch-ethische Problematik aufgezeigt, die sich ergibt, wenn sich zunehmend Ärzte fachfremder Gebiete im „Geschäft mit der Schönheit" versuchen und dabei eine teilweise erschreckende Geschäftstüchtigkeit an den Tag gelegt wird.

Trotz boomendem Körperkult – Fettabsaugen ist ein operativer Eingriff, der nicht für jeden Patienten geeignet ist

Die derzeit am meisten gefragte Operation, die Fettabsaugung, ist entgegen mancher heftig werbender Anzeige in Frauenmagazinen und Lifestyle-Journalen nicht für jeden Patienten geeignet und sollte, wie jede andere ästhetische Operation auch, nur von Chirurgen, die eine entsprechende Ausbildung in der plastischen und ästhetischen Chirurgie erhalten haben, durchgeführt werden.

Die Liposuktion ist ein schonendes Verfahren, mit dem bei nur minimaler Narbenbildung, lokale Fettdepots gut entfernt werden können. Sie ist aber keinesfalls – wie von manchen Patienten erhofft – zur Behandlung von Übergewicht geeignet. Bei einem Body Mass-Index (BMI) von über 30 sollte eine Fettabsaugung generell nicht durchgeführt werden, ebensowenig bei Patienten mit signifikanten medizinischen Problemen. In speziellen Einzelfällen kann jedoch eine medizinische Indikation, wie etwa bei extremen Lipodystrophien, gestellt werden.

Durch den Einsatz dünner Kanülen und neuer Techniken reduzierte sich der Blutverlust auf ein Prozent des Aspirats

Die Liposuktion wurde 1982 in den USA eingeführt. Damals wurden große Kanülen verwendet, der Blutverlust entsprach zirka 30 bis 50 Prozent des gesamten abgesaugten Volumens. Eine Entfernung von mehr als 1500 ml wurde generell nicht empfohlen und Aspirationen von mehr als 2500 ml erforderten Transfusionen. Die weitere Entwicklung reduzierte das chirurgische Trauma durch die Verwendung dünnerer Kanülen und die Infiltration hypotoner Lösung mit Epinephrin (1983 Illouz) [2]. Die Entwicklung der „Tumeszenz-Technik“ [9–12] und später der „Superwet-Technik“ (Fodor 1997) [16], haben Anteil an der enormen Verbreitung der Fettabsaugung, da der Blutverlust auf ein Prozent des Aspirats reduziert werden konnte [2, 7, 17, 18]. Seit 1997 ist die Lipoplastie häufigster kosmetischer Eingriff in Nord-Amerika [2].

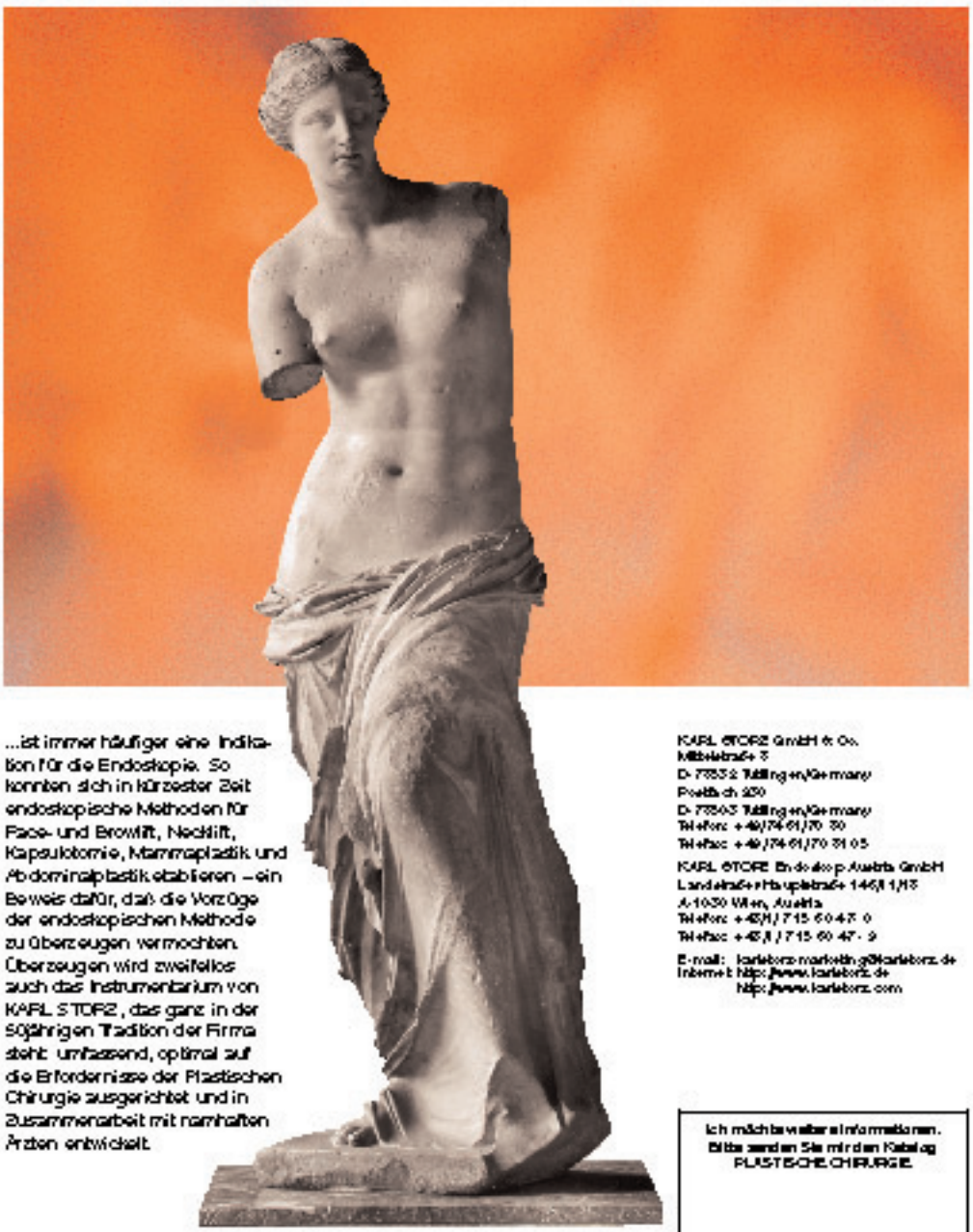
Kontraindikationen sind beispielsweise chronisch-obstruktive Lungenerkrankungen, Herz-Kreislauf-Erkrankungen oder unkontrollierte Hypertension

Klassische Indikationen für die Fettabsaugung sind lokalisierte Fettdepots an Oberschenkelaußenseite – die sogenannten Reithosen – an den Hüften, den Oberschenkelinnenseiten, den Knien, am Abdomen und am Kinn (Leitlinien VDPC). Die großvolumige Fettabsaugung in Tumeszenz-Technik eignet sich zur narbenlosen Reduktion bei Lipomatosen und Lipodystrophien, eventuell in Kombination mit sekundären Exzisionen. Insbesondere bei rezidivträchtigen Varianten wie der Madelungschen Lipodystrophie kann das Ausmaß der Narben damit erheblich reduziert werden. Die Fettabsaugung ist keine Methode zur Gewichtsreduktion bei Übergewicht! Der BMI sollte grundsätzlich nicht mehr als 30 betragen [19]. Weitere Ausschlußkriterien sind ASA > I, Chronisch-obstruktive Lungenerkrankung, Herz-Kreislauf-Erkrankungen und unkontrollierte Hypertension [8, 19].

Tumeszenz- und Superwet-Technik: Infiltrat-Aspirat-Verhältnis muß berücksichtigt werden

Die Aspiration erfolgt über minimale Hautinzisionen. Bei der Tumeszenz-Technik wird die Flüssigkeit in das subkutane Fettgewebe in der Äquivalenzmenge (1:1) des geplanten Aspirates infiltriert, bei der Superwet-Technik wählt man ein Infiltrat-Aspirat-Verhältnis von 2 bis 3:1 [Leitlinien VDPC,18]. Weitere Entwicklungen sind die Ultraschall- und die Niederfrequenz-Vibrations-Liposuktion. Als Infiltrationslösungen sind die Kleinsche Lösung und die Hunstadt-Lösung, teilweise mit individuellen Modifikationen gebräuchlich. Bei der Durchführung des Eingriffs in Allgemeinnarkose kann auf den Zusatz des Lokalanästhetikums verzichtet werden und somit das Risiko toxischer Phänomene verringert werden.

Eine Indikation für die plastische Chirurgie ...



...ist immer häufiger eine Indikation für die Endoskopie. So konnten sich in kürzester Zeit endoskopische Methoden für Face- und Browlift, Necklift, Kapsulotomie, Mammaplastik und Abdominalplastik etablieren – ein Beweis dafür, daß die Vorzüge der endoskopischen Methode zu überzeugen vermochten. Überzeugen wird zweifellos auch das Instrumentarium von KARL STORZ, das ganz in der 50jährigen Tradition der Firma steht: umfassend, optimal auf die Erfordernisse der Plastischen Chirurgie ausgerichtet und in Zusammenarbeit mit namhaften Ärzten entwickelt.

KARL STORZ GmbH & Co.
Mittelstraße 3
D-73532 Tuttlingen/Germany
Postfach 230
D-73503 Tuttlingen/Germany
Telefon: +49/7461/70 30
Telefax: +49/7461/70 31 05

KARL STORZ Endoskop Austria GmbH
Landstraße/Hauptstraße 146/11/13
A-1030 Wien, Austria
Telefon: +43/1/715 60 47 0
Telefax: +43/1/715 60 47 - 9

E-mail: karlstorz-marketing@karlstorz.de
Internet: http://www.karlstorz.de
http://www.karlstorz.com

Ich möchte weitere Informationen.
Bitte senden Sie mir den Katalog
PLASTISCHE CHIRURGIE.

PL-CHR 1.1/D/10/99/A

STORZ
KARL STORZ – ENDOSKOPE

Volumenersatz: Bei Aspiratmengen unter fünf Litern ist die intra- und postoperative Gabe einer Erhaltungsdosis ausreichend

Bei Anwendung der Superwet- und der Tumeszenz-Technik kann der Blutverlust auf ein Prozent reduziert werden [Leitlinien VDPC, 17, 18]. Voraussetzung ist hierbei jedoch eine ausreichende Einwirkzeit bis zur Ischämie des Gewebes sowie der Lyse des Fettgewebes. Bei Aspiratmengen unter fünf Litern reicht die Gabe einer Erhaltungsdosis an Flüssigkeit intra- und postoperativ als Volumenersatz aus. Bei Aspiratmengen über fünf Litern – sogenannten „large-volume"-Aspirationen – wird zusätzlich zur Erhaltungsdosis die i.-v. Gabe von 0,25 ml Kristalloiden pro Milliliter Aspirat (bis 5 l) empfohlen [8, 18]. Hier muß die Ausscheidung und Hämodynamik strikt beachtet werden, um Übertransfusionen mit der fatalen Komplikation eines „fluid overload" und Entstehung eines Lungenödems zu verhindern.

Die Narkoseform wird man abhängig vom Patientenwunsch und vom Ausmaß der Fettabsaugung wählen. Bei lokalisierten kleinen Arealen ist die Tumeszenz-Technik unter Verwendung von Lidocain möglich. Bei größeren Volumina mit Entfernung mehrerer Litern empfiehlt sich die systemische Anästhesie mit einer stationären Überwachung [Leitlinien VDPC].

Tabelle 1 Komplikationen und Todesfälle nach Fettabsaugung (Literaturübersicht 1983–1996) [Aus Talmor et al, 1997].

Autor	Studie	Jahr	Patienten Anzahl	Komplikationen Anzahl [%]	Todesfälle Anzahl
Alexander	Fallbericht	1988	1	0	1
Christman	Fallbericht	1986	1	0	1
Laub und Laub	Fallbericht	1990	1	1	0
Mantz et al.	Fallbericht	1991	1	0	1
Ross und Johnson	Fallbericht	1988	1	1	0
Dillerud	Retrosp. Studie	1990	487	41 (8,4 %)	0
Hetter	Retrosp. Studie	1988	1078	6 (<1 %)	0
Illouz	Retrosp. Studie	1983	1326	N/A	0
Teimourian et al.	Retrosp. Studie	1 983	200	3 (1,5 %)	0
Bernstein und Hanke	Übersicht	1988	9478	131 (0,89 %)	0
Hanke et al.	Übersicht	1995	15336	325 (2,1 %)[a]	0
Fredericks	Übersicht	1987	100000	13 (<1 %)	11
Pitman und Teimourian	Übersicht	1985	1249	116 (9,3 %)[a]	0
Teimourian und Rogers	Übersicht	1989	75591	76 (0,1 %)	2
Dillerud	Prosp. Studie	1991	2009	24 (1,2 %)	0
Total			206759	683 (0,3 %)	18

[a] keine Majorkomplikationen N/A not applicable

Tabelle 2 Abdominelle Perforationen nach Fettabsaugung (1983–1996) [Aus Talmor et al. 1997].

Autor	Studie	Jahr	Patienten Anzahl	Perforationen Anzahl [%]	Todesfälle Anzahl
Teimourian und Rogers	Übersicht	1989	75591	2	0
Dillerud	Retrosp. Studie	1990	487	1	0
Grazer und Mathews	Anekdotisch	1990	N/A	4	4
Total				7	4

N/A not applicable

„Hang-over" durch Sedativa oder Anästhetika kann zu Beeinträchtigung des Laryngeal-Reflexes und respiratorischer Depression führen

Risiken unter einer systemischen Anästhesie und dem sogenannten Dämmerschlaf mit einem „Hang-over" von Sedativa und Anästhetika sind die dosisabhängige Beeinträchtigung des Laryngeal-Reflexes und respiratorische Depression. Der Operateur sollte nicht der Verführung erliegen, „zu-viel-Liposuktion" an einem Tag durchzuführen. Ebenso verbieten sich multiple unabhängige Prozeduren am gleichen Tag. Thrombosen und Embolien sind nicht selten mit einem exzessiven Operationstrauma assoziiert. Ein iatrogenes Lungenödem kann nach „zu gut gemeinter" unnötiger i.v.-Volumengabe auftreten [7, 13]. Weitere Risiken bestehen in der Gabe massiver Lidocain-Dosen mit der Gefahr kardialer Störungen (Dosisempfehlungen der American Academy of Dermatologists für Lidocain in der Tumeszenzliposuction 1997: 55 mg Lidocain pro kg) und bei Hoch-Dosis-Epinephrin in der Gefahr der Beeinträchtigung von Herz- und Kreislauffunktionen [7]. Weiterhin wurden gehäuft Todesfälle in der ersten postoperativen Nacht in häuslicher Umgebung ohne Aufsicht verzeichnet. Die postoperative Überwachung im Krankenhaus ist daher bei ausgedehnteren Eingriffen und Vollnarkose obligatorisch [Grazer und de Jong 2000].

Lokale Komplikationen: Taubheitsgefühle, Serome, Ödeme, Schmerzen, Hämatome und Konturunregelmäßigkeiten

Die Komplikationsrate von Fettabsaugungen wird in der Literatur mit 0,1 bis 9,3 Prozent angegeben [6, 17, 21, 22]. Dazu zählen lokale Komplikationen wie Taubheitsgefühl, Serome, Ödeme, Schmerz, Hämatome, Konturunregelmäßigkeiten [17, 21]. Berichtet wurde außerdem von Infektionen, kardialen Arrhythmien, kardiorespiratorischem Versagen, etwa durch Lidocain oder einen „fluid overload", Lidocain-Toxizität (Met-Hb-Bildung), hypovolämem Schock, Thrombembolien [7, 18, 21]. In Einzelfällen kam es weiterhin zu abdominellen und Organperforationen [21, 22], ischämischen Optikusneuropathien [15], nekrotisierender Fasziitis und Toxic Shock Syndrom [4, 23], Lungenödemen und ARDS nach Fettembolien [1, 5, 20]. Darüber hinaus sind Fälle mit postoperativ akut aufgetretenen Karpaltunnelsyndromen nach Gabe großer Tumeszenz-Lösungs-Mengen bekannt [14].

Die Ultraschall-Aspirationslipektomie weist zwischenzeitlich – nach anfänglicher euphorischer Verwendung – ebenfalls ihr spezielles Komplikationsspektrum in Form von Seromen und insbesondere Verbrennungen, Neuralgien sowie Pigmentstörungen auf.

Liposuktion ist kein trivialer Eingriff und gehört ausschließlich in die Hände eines speziell ausgebildeten, erfahrenen Chirurgen

In neuerer Zeit wurde mit der weiteren weltweiten Verbreitung der Fettabsaugungen klar, daß der vermeintlich harmlose Eingriff das Potential für tödliche Komplikationen besitzt. So wird die Letalitätsrate in der Literatur mit 0,02 Prozent – also zwei von 10 000 Eingriffen – angegeben [7, 17]. Zusammenfassend läßt sich sagen, daß bei der Durchführung einer verantwortungsbewußten Liposuktion besonderes Augenmerk auf die Patientenselektion und Indikationsstellung sowie die exakte präoperative Befunderhebung zu legen ist. Der verantwortungsvolle Chirurg verzichtet auf „Mega"-Suktionen. Die empfohlenen Grenzdosen bei der

Komplikationen bei Fettabsaugungen

Lokale Komplikationen: Taubheitsgefühl, Serome, Ödeme, Schmerz, Hämatome, Konturunregelmäßigkeiten.

Allgemeine Komplikationen: Infektionen, kardiale Arrhythmien, kardiorespiratorisches Versagen (Lidocain, fluid overload), Lidocain-Toxizität (Met-Hb-Bildung), hypovolämer Schock, Thrombembolien. Abdominelle und Organperforationen, ischämische Optikusneuropathie, nekrotisierende Fasziitis und Toxic Shock-Syndrom, Lungenödeme und ARDS nach Fettembolien. Ferner postoperativ akut aufgetretene Karpaltunnelsyndrome nach Gabe großer Tumeszenz-Lösungs-Mengen.

Spezielles Komplikationsspektrum der Ultraschall-Aspirationslipektomie: Serome, Verbrennungen, Neuralgien und Pigmentstörungen.

Verwendung von Lokalanästhetika sind zu beachten. Wichtig ist die postoperative Überwachung, um Komplikationen durch Beeinträchtigung des kardiorespiratorischen Systems rechtzeitig erkennen zu können. Die Liposuktion ist kein trivialer Eingriff und gehört somit ausschließlich in die Hände eines auf diesem Gebiet ausgebildeten und erfahrenen Chirurgen. Eine strukturierte Ausbildung, wie sie in der Weiterbildungsordnung für plastische Chirurgie verankert ist und Beachtung von Leitlinien wie sie die Vereinigung der Deutschen Plastischen Chirurgen formuliert hat, gewährleisten für den Patienten sichere Indikations- und Behandlungsstandards.

Literatur

1. Boezaart AP, Clinton CW, Braun S, Oettle C, Lee NP (1990) Fulminant adult respiratory distress syndrome after suction lipectomy. A case report. S Afr Med J 78: 693–695
2. Bruner JG, de Jong RH (2001) Lipoplasty claims experience of U.S. insurance companies. Plast Reconstr Surg 107: 1285–1291
3. Gatterburg A (2000) Verschrumpelte Mickymäuse. Der Spiegel Nr. 12, 20. März 2000, http://www.spiegel.de/spiegel/0,1518,69499,00.html
4. Gibbons MD, Lim RB, Carter PL (1998) Necrotizing fasciitis after tumescent liposuction. Am Surg 64: 458–460
5. Gilliland MD, Coates N (1997) Tumescent liposuction complicated by pulmonary edema. Plast Reconstr Surg 99: 215–219
6. Gorney M (1998) Suction-assisted lipoplasty: complications and fatal outcomes. Presented at the Annual Meeting of the American Society of Plastic and Reconstructive Surgeons, Boston, Mass.
7. Grazer FM, de Jong RH (2000) Fatal outcomes from liposuction: census survey of cosmetic surgeons. Plast Reconstr Surg 105: 436–446
8. de Jong RH (2001) Body mass index: risk predictor for cometic day surgery. Plast Reconstr Surg 108: 562–563
9. Klein JA (1987) The tumescent technique for liposuction surgery. Am J Cosmetic Surg 4: 263
10. Klein JA (1990) The tumescent technique: anesthesia and modified liposuction technique. Dermatol Clin 8: 425
11. Klein JA (1990) Tumescent technique for regional anesthesia permits lidocaine doses of 35 mg/kg for liposuction. Dermatol Surg Oncol 16: 248
12. Klein JA (1993) Tumescent technique for local anesthesia improves safety in large-volume liposuction. Plast Reconstr Surg 92: 1085
13. Klein JA (1999) Discussion: Lidocaine is not necessary in liposuction. Plast Reconstr Surg 104: 1903–1906
14. Lombardi AS, Quirke TE, Rauscher G (1998) Acute median nerve compression associated with tumescent fluid administration. Plast Reconstr Surg 102: 235–237
15. Minagar A, Schatz NJ, Glaser JS (2000) Liposuction and ischemic optic neuropathy. Case report and literature. J Neurol Sci 181: 132–136

15b Pitman G (2000) http://www.chiropracticresearch.org/NEWSliposuctiondeadly.htm

16. Rohrich RJ, Beran SJ, Fodor PB (1997) The role of subcutaneous infiltration in suction-assisted lipoplasty: a review. Plast Reconstr Surg 99: 514
17. Rohrich RJ, Beran SJ (1999) Is liposuction safe? Plast Reconstr Surg 104: 819–822
18. Rohrich RJ, Muzaffar AR (2000) Discussion: Fatal outcomes from liposuction: census survey of cosmetic surgeons. Plast Reconstr. Surg 105: 447–448
19. Rohrich RJ, Muzaffar AR (2000) Discussion: Large-volume liposuction complicated by retroperitoneal hemorrhage: management principles and implications for the quality improvement process. Plast Reconstr Surg 105: 447–448
20. Ross RM, Johnson GW (1988) Fat embolism after liposuction. Chest 93: 1294–1295
21. Talmor M, Hoffmann LA, Liebermann M (1997) Intestinal perforation after suction lipoplasty: a case report and review of the literature. Ann Plast Surg 38: 169–172
22. Teimourian B, Rogers WB (1989) A national survey of complications associated with suction lipectomy: A comparative study. Plast Reconstr Surg 84: 628
23. Umeda T, Ohara H, Hayashi O, Ueki M, Hata Y (2000) Toxic shock syndrom after suction lipectomy. Plast Reconstr Surg 106: 204–207
24. Rao RB, Ely FE, Hoffman RS (1999) Deaths related to liposuction. N Engl J Med 340: 1471–1475

Prof. Dr. Peter M. Vogt
Klinik für Plastische, Hand- und Wiederherstellungschirurgie
der Medizinischen Hochschule, Krankenhaus Oststadt
Podbielskistraße 380
30659 Hannover

Bauchdeckenplastik mit Bildung einer „Champagnerrinne“

Edgar Biemer

Abdominoplastiken haben – wie die gesamte Fettgewebschirurgie – im letzten Jahrzehnt erheblich zugenommen; einerseits durch die Erweiterung des Behandlungsangebots bedingt, andererseits verstärken Freizeitaktivitäten verschiedenster Art das subjektive Körpergefühl und der gesellschaftliche wie berufliche Druck hinsichtlich des Body Images nimmt zu. Die Bauchdeckenplastik hat neben der reinen Behandlung lokaler Adipositas besonders in der Hüft-Pertrochantärregion durch Fettabsaugung eine zunehmende Bedeutung. Weist diese Region doch in vielen Fällen neben der lokalen Fettansammlung außerdem eine schlaffe Bauchdecke bzw. einen deutlichen Überschuß in Verbindung mit Relaxation der musculofaszialen Strukturen auf.

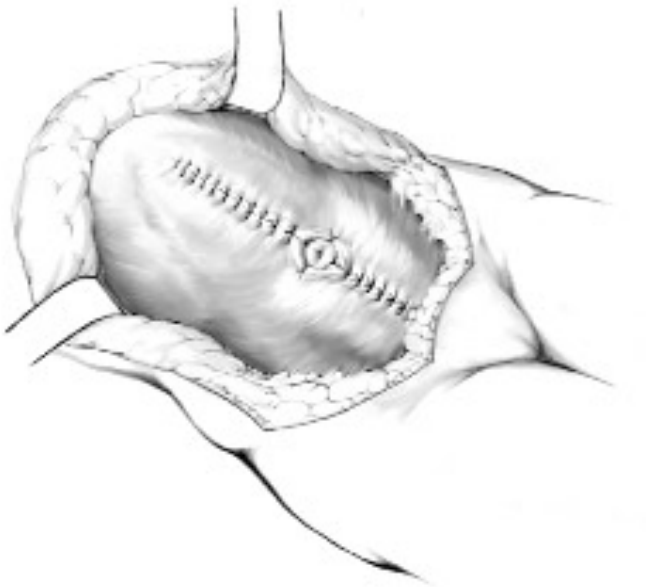


Abb. 1 Faszienraffung.

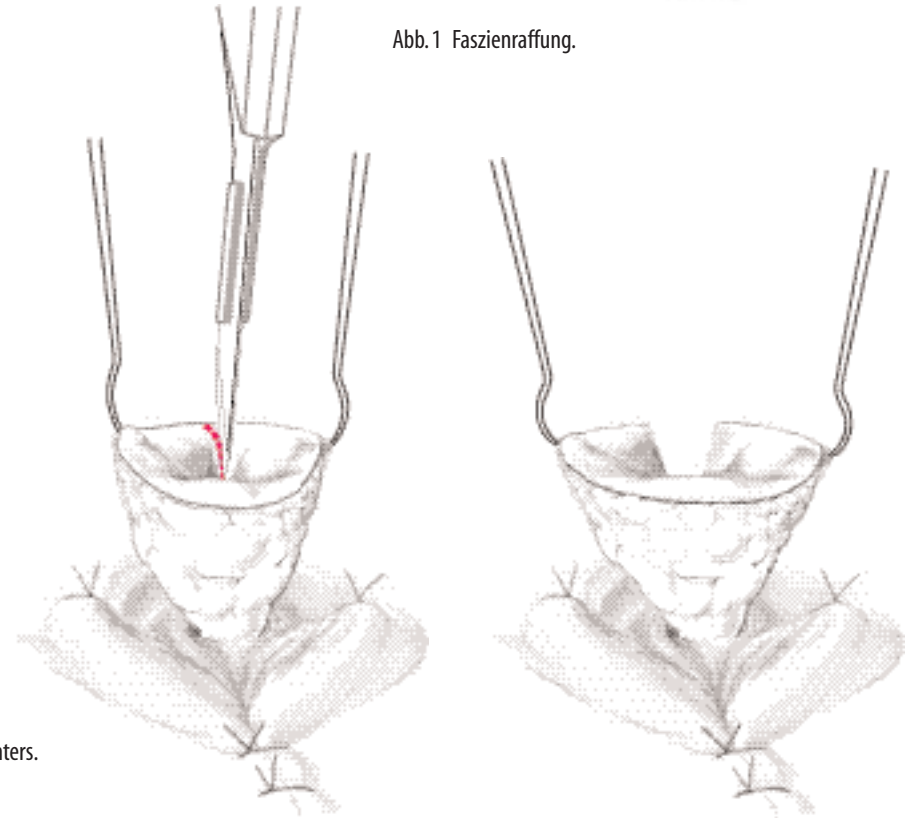


Abb. 2a,b Kraniale Inzision des Nabeltrichters.

Die Grundprinzipien der Methode beruhen auf:

- Einer tiefen Querinzision mit kaudal konkaver Ausrichtung über den Mons pubis und seitlich ansteigender Schnitttführung – je nach Dessousgewohnheiten (früher eher unterhalb, heute eher auf oder oberhalb der Spina iliaca anterior).
- Fettabsaugung im oberen Abdominalbereich sowie beidseits der Flank- und Hüftregion, da hierdurch besonders die seitliche Ausdehnung der Narben deutlich verringert werden kann.
- Mobilisierung der Bauchdecke unter kreisförmigem Ausschneiden des Nabels domartig bis zum Sternum bzw. Rippenbogen. Die Präparation geschieht im Unterbauch zunächst im subkutanen Fettgewebe, um so eine später eingezogene Narbe zu vermeiden und dann streng präfaszial.
- Duplikation der Bauchdeckenfaszie oberhalb und unterhalb des Nabels.
- In halbsitzender Position: Festlegung der Resektionsmenge im Unterbauchbereich einschließlich des Nabelausschnittes.
- Festlegen der neuen Nabelposition und rinnenförmige Ausdünnung des subkutanen Pannus nach kranial im Sinne einer Rinnenbildung („Champagnerrinne“).
- Einnähen des Nabels durch eine V-förmige Inzision mit nach kranial gestieltem dreieckigen Läppchen an der Bauchhaut und kranialer Inzision des Nabelbechers bis zum Nabelgrund. Die Spitze des Hautläppchens wird dann mit der Spitze des Einschnittes am Nabelbecher fest auf der Bauchdecke in der Tiefe fixiert (Trichterbildung).
- Einlegen von zwei Redon-Drainagen sowie einer Tamponade des Nabels und der Champagnerrinne, außerdem ein Miederhosenverband.
- Die Patienten werden mit leicht angezogenen Knien in halbsitzender Position im Bett gelagert.



Abb. 3 Die subkutane Ausdünnung der Champagnerrinne.

Indiziert bei leichter bis mittelgradiger abdomineller Adipositas mit Hautüberschuß und schlaffer Bauchdecke oder einer Rektusdiastase

Die im folgenden vorgestellte Abdominoplastik hat sich in den vergangenen zehn Jahren an unserer Abteilung als Standardverfahren bewährt: Ergebnis, Komplikationsrate, Sicherheit und Schnelligkeit der Durchführung können als sehr gut bewertet werden. Die Abdominalplastik mit Bildung einer sogenannten Champagnerrinne ist indiziert bei leichter bis mittelgradiger abdomineller Adipositas mit Hautüberschuß im Ober- und Unterbauch sowie bei leichter bis mittelgradiger Schlaffheit der muskulofaszialen Bauchdecke bzw. einer Rektusdiastase. Dies entspricht den Typen 3 und 4 der Einteilung nach Matarosso.

Postoperativ erhalten die Patienten eine Thromboseprophylaxe, ab dem zweiten Tag aufbauende Kost bis zur Volldiät am dritten Tag. Die vorgestellte Routine-Abdominoplastik hat sich unserer Erfahrung nach exzellent bewährt und kann weitgehend standardisiert in kurzer Operationszeit durchgeführt werden. Sie entspricht allen modernen Anforderungen an ein solches Vorgehen,

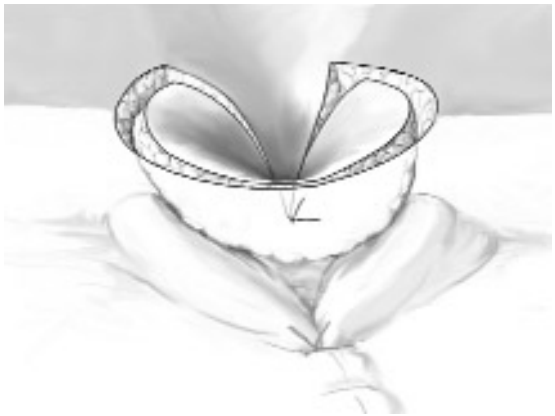


Abb. 4 Naht auf Faszie.

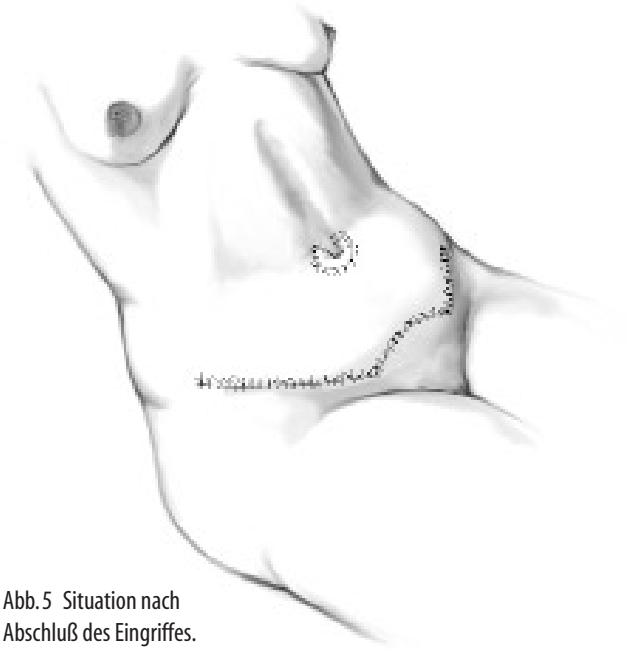


Abb. 5 Situation nach Abschluß des Eingriffes.

wie beispielsweise eine unauffällige, auch in modernen Dessous gut versteckte Narbenbildung, Vermeidung einer Narbeneinziehung, physiologisch-ästhetisch sehr schöne Nabelbildung mit guter Modellierung der vorderen Bauchdecke. Die sonst bei der Abdominoplastik meist auftretende tonnenförmige Rundwölbung im Oberbauch wird vermieden; stattdessen kommt es zu einer ästhetisch guten Modellierung, die von den Patienten sehr positiv bewertet wird.

Literatur

Biemer E (2002) Bauchstraffung mit Bauchdeckenmobilisierung und Neuimplantation des Nabels – Champagnerrinne. Video vom Live-OP-Kurs, September 2001 in Frankfurt (Leitung: Dr. Marianne Wolters), Jahreskongress der VDPC/VDÄPC. „Videokurs Chirurgie", Mediathek der DGCh. Novartis, Nürnberg

Prof. Dr. med. Edgar Biemer
Abteilung für Plastische und Wiederherstellungschirurgie
Klinikum rechts der Isar der Technischen Universität
Ismaninger Straße 22
81675 München

Industrie

Jetzt eingetragen: Carl Zeiss Meditec AG

Anfang Juli wurde die Verschmelzung der Carl Zeiss Ophthalmic Systems AG auf die Asclepion-Meditec AG zur Carl Zeiss Meditec AG durch die Eintragung im Handelsregister formal vollzogen. Zur Produktpalette der Carl Zeiss Meditec AG gehören neben Systemen für die vier Hauptkrankheitsbilder der Augenheilkunde (Refraktion, Katarakt, Glaukom und Retina-Erkrankungen) auch innovative Lasersysteme für die ästhetische Lasermedizin. In den USA ist Carl Zeiss Meditec mit einer eigenen Tochtergesellschaft, der Carl Zeiss Meditec, Inc. (früher Zeiss Humphrey Systems, Inc.) vertreten.

Weiter Informationen:
Carl Zeiss Meditec AG, Jens Brajer/Investor Relations
Göschwitzer Straße 51–52, 07745 Jena
Telefon: 03641/220105, Fax: 03641/220102

Gestörte Körperwahrnehmung

Der Thersites-Komplex

Obwohl das Konzept der Dysmorphophobie – eine psychische Erkrankung, bei der die Patienten von der wahnhaften Vorstellung geplagt werden, unter einem bestimmten körperlichen Defekt zu leiden – bereits im ausgehenden 19. Jahrhundert entwickelt wurde, fand das Krankheitsbild erst hundert Jahre später offiziell Aufnahme in den Katalog psychischer Störungen. Als typisches Kennzeichen für Dysmorphophobie gilt heute laut DSM-IV-Manual die übermäßige Beschäftigung mit dem eingebildeten körperlichen Makel, die eine Beeinträchtigung wichtiger Lebensbereiche nach sich zieht.

Viele plastische Chirurgen treffen in ihrem beruflichen Alltag auf Menschen, die unter einer gestörten Körperwahrnehmung leiden und sich durch operative Eingriffe eine Besserung ihres Zustandes erhoffen: Die Häufigkeit liegt nach Angaben in der Literatur bei etwa sieben Prozent aller Patienten, die eine schönheitschirurgische Operation planen.

Dem überwiegenden Anteil der Dysmorphophobie-Kranken ist ein chirurgischer Eingriff zu verweigern

Dem überwiegenden Anteil dieser psychisch Erkrankten sollte ein chirurgischer Eingriff verweigert werden – so lautet die einhellige Meinung von Experten. Stattdessen gilt es, eine Psychotherapie, gegebenenfalls in Kombination mit einer medikamentösen Behandlung, in die Wege zu leiten. Bisherige Erfahrungen mit dieser Patientengruppe sind allerdings ernüchternd: In vielen Fällen wird eine solche Therapie bereits im Vorfeld strikt abgelehnt oder verläuft ohne Erfolg. Eine ganz spezielle Untergruppe von Dysmorphophobie-Erkrankten kann hingegen durchaus von einem ästhetisch-plastischen Eingriff profitieren, wie der plastische Chirurg Wolfgang Mühlbauer kürzlich in *Plastic and Reconstructive Surgery* ausführte: Leidet ein Patient unverhältnismäßig stark unter einem – wenn auch geringen – so doch tatsächlich vorhandenem körperlichen Makel, spricht man in Anlehnung an die homerische Figur von einem Thersites-Komplex.

Abb. 1 Die 18jährige Frau war mit der Größe ihrer Nase unzufrieden. Nach der durchgeführten Reduktions-Rhinoplastik bat sie um eine weitere Verkleinerung, die aufgrund unrealistischer Erwartungen abgelehnt wurde. Das Vorhandensein eines Thersites-Komplexes wurde erst Jahre nach dem Eingriff vermutet.





Abb. 2 Links: 18jährige Frau mit einer hypertrophischen Hakennase. Rechts: Im Alter von 38 Jahren nach 12 Reduktions-Rhinoplastiken und zahlreichen anderen Gesichts-Operationen – von unterschiedlichen Chirurgen durchgeführt. Bei ihrem ersten Gespräch bat die Patientin den Autor um eine dreizehnte Verkleinerung ihrer Nase, die ihr noch immer zu groß erschien. Jeder weitere Eingriff wurde abgelehnt, da das Gesicht der Frau offensichtlich durch die vorangegangenen chirurgischen Interventionen bereits völlig zerstört war.

Thersites-Komplex: Realer körperlicher Makel steht in keiner Relation zum Ausmaß der Beschäftigung damit

Den Kranken dieser Subgruppe nun zu erkennen und nach strenger Indikationsstellung gegebenenfalls einem chirurgischen Eingriff zu unterziehen, ist die eigentliche Schwierigkeit für den plastischen Chirurgen; eine Reihe der charakteristischen Symptome tritt bei echten Dysmorphophobie-Kranken ebenso auf wie bei Patrienten mit einem Thersites-Komplex: Zu nennen sind hier beispielsweise eine gestörte Selbstwahrnehmung, ein subjektives Gefühl besonders häßlich zu sein, der Versuch, den Defekt durch Hilfsmittel wie Make-Up oder Kleidung zu verstecken. Meist kontrollieren die Patienten zudem ihr Erscheinungsbild zwanghaft im Spiegel. Auch die Abgrenzung der Thersites-Fälle vom „konventionellen" Patienten fällt häufig nicht leicht: Denn auch bei diesem Klientel steht der tatsächlich vorhandene körperliche Makel oftmals in keinem Verhältnis zum jeweiligen Ausmaß der Beschäftigung damit. Ein schwaches Selbstbewußtsein oder eine labile psychische Konstitution von schweren neurotischen Störungen oder Psychosen am anderen Ende der Skala zu unterscheiden, ist daher eine Herausforderung für den Chirurgen – zumal die Übergänge fließend sein können.

Vor dem Eingriff ist die Erwartungshaltung des Patienten genau zu prüfen – diese muß an der Realität orientiert sein

Von entscheidender Bedeutung ist es, zu unterscheiden, bei welchen Patienten die Klagen über das Äußere von einer möglichen psychischen Störung unabhängig sind und bei welchen im Gegensatz dazu die Beschäftigung mit dem körperlichen Makel ein zentraler Bestandteil der Persönlichkeitsstörung ist – letztere leiden unter einem Thersites-Komplex. Hilfreich bei der ersten Einordnung ist die sogenannte *Modified Pisa Body Dysmorphic Symptoms Scale*, eine einfache Bewertungsskala, die das Selbstgefühl und die Selbstwahrnehmung des Patienten abfragt. Ist eine Person nun höchstwahrscheinlich der Thersites-Gruppe zuzuordnen, so sollte vor einer Operation in jedem Fall ein psychologisches Beratungsgespräch vorgeschlagen werden. Ratsam ist weiterhin ein erneutes ausführliches Gespräch mit dem Chirurgen, um zu prüfen, inwieweit die Erwartungen des Patienten hinsichtlich des OP-Ergebnisses realistisch sind.

„Therapie mit dem Skalpell" hilft den Patienten, stabiles Selbstwertgefühl aufzubauen

Zu beachten ist, daß diese spezielle Patientengruppe extrem kritisch gegenüber dem eigenen Äußeren ist und eine mögliche Verschlechterung nach dem Eingriff verheerende Konsequenzen haben kann: So wurden insbesondere bei männlichen Patienten mit Thersites-Komplex Selbstmorde oder Angriffe auf das Leben des Arztes beobachtet, der in den Augen des Kranken die „mißglückte OP" zu verantworten hat. Gelingt es hingegen, für einen chirurgischen Eingriff geeignete Thersites-Patienten auszuwählen, so kann „eine Therapie mit dem Skalpell" gute Erfolge erzielen – vor allem, wenn eine Psychotherapie vehement abgelehnt wird. Solche Patienten können nach einer schönheitschirurgischen Operation ein „normales" Selbstwertgefühl aufbauen und ihre Lebensqualität dadurch enorm steigern. CM

Literatur

Mühlbauer W (2001) The Thersites complex in plastic surgical patients. Plast Reconstr Surg 107: 319–326

Antibiotika der Zukunft?

Antimikrobielle Peptide

Lars Steinsträßer, Hans-Ulrich Steinau



Wundinfektionen und anschließende Sepsis waren vor dem 20. Jahrhundert häufig. Eiter wurde als normaler Bestandteil der Wundheilung bereits von Galen (2. Jahrhundert v. Chr.) dargestellt. Erst mit der Einführung der Antiseptik durch Pasteur und Lister verringerte sich die postoperative Infektionsrate bei chirurgischen Wunden. Dies machte chirurgische Eingriffe möglich, die zuvor mit einem hohen Infektionsrisiko behaftet waren. Mit der Entdeckung der Bakterien und deren Ausbreitungsmechanismen aus der Antiseptik entwickelte sich die Aseptik in der Chirurgie. Die spätere Entdeckung der Antibiotika durch Alexander Flemming erlaubte dann die Behandlung von Infektionen und auch den präventiven Einsatz dieser Medikamente zur Verhütung von Infektionen.

Mit der Einführung der Antibiotika galten Infektionskrankheiten zunächst als kontrollierbar. Dieser Optimismus führte zu einer fatalen Gleichgültigkeit im Umgang mit Antibiotika, so daß sich Krankheitserreger, die massive Multiresistenzen gegen eine Vielzahl von klassischen Antibiotika entwickelt haben, rasant ausbreiten konnten (vgl. Tabelle 1). In jüngster Zeit sind Infektionen mit multiresistenten Keimen in zunehmendem Maße an den hohen Morbiditäts- und Mortalitätsraten von Patienten mit ausgedehnten posttraumatischen Haut-Weichteildefekten und Verbrennungsopfern beteiligt [1]. Darüber hinaus stellen septische Komplikationen bei Implantation von prothetischen Materialien ein zunehmendes Risiko für den chirurgischen Patienten dar [2].

Diese persistierende Problematik impliziert, dass neben der kritischen Prüfung zur Verabreichung bzw. Indikation von Chemotherapeutika neue Therapiestrategien benötigt werden, die eine effektivere Prävention und Eradikation multi-resistenter Mikroben ermöglichen. Ansonsten ist zu befürchten, dass es neben den bereits bestehenden multiresistenten Keimen zunehmend resistente Bakterien gegen klinisch angewandte Antibiotika geben wird.

Laufende Forschungsprojekte beschäftigen sich mit „endogenen Antibiotika“, die im Gegensatz zu den von Bakterien und Pilzen produzierten Antibiotika von phy-

Tabelle 1 Rasante Enwicklung von multi-resistenten Bakterien auf Intensivstationen.

Pathogen	Antibiotika	Resistenz (N) innerhalb von 5 Jahren		Resistenzsteigerung Jan–Mai 1999
Staphylococcus aureus	Methicillin	54,5 %	(865)	43 %
Coagulase-negative Staphylococci	Methicillin	86,7 %	(789)	2 %
Enterococcus spp.	Vancomycin	25,9 %	(58)	47 %
Escherichia coli	3rd Ceph	3,2 %	(316)	23 %
Pseudomonas aeruginosa	Imipenem	18,5 %	(298)	35 %
	Chinolone	23,0 %	(480)	49 %
	3rd Ceph	20,0 %	(490)	< 1 %

NNIS System Report (USA), June 1999

logenetisch höher entwickelten Zellen produziert werden [3]. Diese endogenen Antibiotika sind in der Natur weit verbreitet und werden unter dem Begriff der antimikrobiellen Peptide zusammengefaßt. Antimikrobielle Peptide sind Effektormoleküle des angeborenen, unspezifischen Immunsystems, dem sog. „innate immune system". Bei Amphibien und Insekten stellen sie sogar den Hauptschutz gegen eindringende Bakterien, Pilze, Protozoen und Viren dar. Aber auch bei Säugetieren spielen sie als Teil des angeborenen Immunsystems neben anderen nicht-adaptiven Abwehrmechanismen (wie etwa das Komplementsystem) eine wichtige Rolle beim Immunschutz. Im Gegensatz zum „lernenden" (adaptiven) Zweig des Immunsystems werden antimikrobielle Peptide bei einer Infektion sehr schnell aktiviert und bilden eine erste Schutzbarriere gegen eine Vielzahl von Eindringlingen. Dieses „innate immune system" stellt nicht nur einen ersten Schutz gegen Kolonisierung und Infektion dar, sondern aktiviert auch das adaptive Immunsystem und reguliert dessen Aktivität in qualitativer Hinsicht. Die Oberflächen höherer Organismen – etwa von Pflanzen, Wirbellosen und Wirbeltieren einschließlich des Menschen – sind normalerweise mit Mikroorganismen übersät, aber nicht von ihnen infiziert [4]. Ursächlich sind u.a. Oberfächenstrukturen, die eine mehr oder weniger undurchdringliche Barriere darstellen, sowie die Produktion genetisch kodierter antimikrobieller Substanzen durch die Zellen der Grenzschicht sicherstellen.

Noch sind die Wirkungsmechanismen der meisten antimikrobiellen Peptide nur unzureichend aufgeklärt. Es gibt Hinweise, daß sie sich binnen weniger Minuten aufgrund ihrer biochemischen Eigenschaften (amphipathischer kationischer Charakter) an Membranstrukturen von infektiösen Erregern anlagern (vgl. Abb. 1), diese durchlässig machen und letztlich zerstören [5]. Zum Teil können diese antimikrobiellen Peptide zwischen körpereigenen („humanen") Zellen und bakteriellen Zellen unterscheiden. Da es dabei zu keiner Bindung an spezifische Rezeptoren kommt, ist die Bildung resistenter Keime unwahrscheinlich jedoch nicht ausgeschlossen.

Beim Menschen finden sich antimikrobielle Peptide, die sowohl im Knochenmark als auch von Epithelzellen produziert werden. Die Tatsache, daß antimikrobielle Peptide in den Epithelien verschiedener Organe gefunden wurden, führte zu der Annahme, daß das Peptid auch in der Haut eine Schutzfunktion habe. Dies könnte erklären,

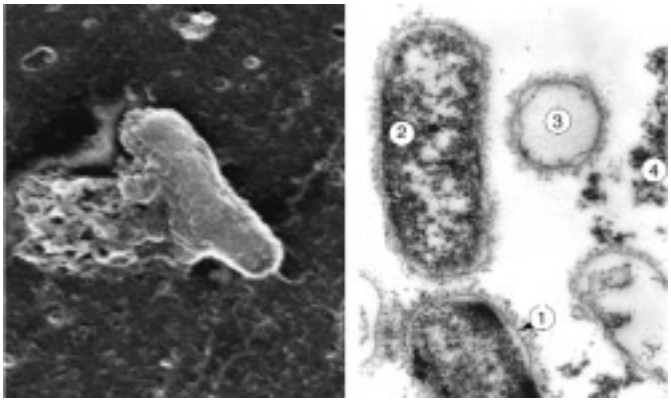


Abb. 1 Wirkmechanismus: In der linken elektronenmikroskopischen Aufnahme ist ein *E. coli* ML35p dargestellt, daß 5 Minuten zuvor mit einem antimikrobiellen Peptid (50 µg/ml Protegrin-1) exponiert war. Deutlich zeigt sich eine Ruptur der Zellwand mit extrazellulärer Protrusion von Zytotoplasma. Der bakterizide Mechanismus von PG-1 ist in der rechten Abb. dargestellt. PG-1 agiert direkt an der prokaryotischen Zellmembran, was eine Separation der Inner- und Außenmembran hervorruft (1), Dysorganisation des Zytoplasmas (2) und schließlich zum Zelltod des Bakteriums mit leeren Membrangerüsten (3) und extrazellulären Debris (4) führt.

warum Infektionen der Haut – insbesondere mit Gramnegativen Bakterien – relativ selten sind. Werden z.B. Keratinozyten mit hitzeinaktivierten Pseudomonas-aeruginosa-Bakterien behandelt, so wird die Bildung von humanen Beta Defensinen-2 (HBD-2) stimuliert, ebenso durch das Gram-positive Bakterium Staphylococcus aureus oder durch Candida albicans [6]. Auch entzündungsfördernde Zytokine, wie Tumornekrosefaktor alpha, regen die Herstellung von bestimmten antimikrobiellen Peptiden in Keratinozyten an. Desweiteren konnte gezeigt werden, daß eine die reduzierte lokale Expression antimikrobieller Peptide ursächlich an der supprimierten Immunantwort und damit an der verbundenden höheren Infektionsraten bei Schwerbrandverletzten beteiligt ist [7, 8].

Der Gedanke liegt deshalb nahe, sie therapeutisch bei lokalen Wundinfektionen einzusetzen [9, 10]. Um diese Abwehrpeptide als neue Antibiotika einsetzen zu können, braucht man ein fundiertes Verständnis über die Verschiedenartigkeit der Zellmembranen. Das Hauptaugenmerk des Einsatzgebietes und potentieller Zytotoxizität der antimikrobiellen Peptide für den Wirtsorganismus erfordert die Aufklärung der Abläufe auf molekularer Ebene [11]. Mittels verschiedener biophysikalischer Methoden (z. B. Mikrokalorimetrie, Röntgenmethoden)

wird die Interaktion der antimikrobiellen Peptide mit Lipidmodellsystemen untersucht. Damit wird es möglich antimikrobielle Peptide gezielt zu verändern, um die gewünschte Spezifität und Wirkung zu erzielen [12]. Des weiteren wird die wichtige Fragestellung erforscht, in welcher Form antimikrobielle Peptide als Arzneimittel gegeben werden könnten. Denkbar sind z. B. Beschichtungen von Implantaten, kontinuierliche Freisetzung aus Biopolymeren, sowie die topische synthetische Applikation bzw. transienter Gentransfer [13] zur Prophylaxe und Therapie von Wundinfektionen. Firmen wie Micrologix, Intrabiotics und Xoma befinden sich derzeit mit natürlich vorkommenden antikmikrobielle Peptiden in klinischen Phase-III Studien in den USA und Canada.

Literatur

1. Allgöwer M, Schoenenberger GA, Sparkes BG (1995) Burning the largest immune organ. Burns 21 (Suppl 1): S7–47
2. Kuipers T (2000) Prophylactic antibiotics in plastic and reconstructive surgery. Plast Reconstr Surg 105: 815-8166.
3. Schonwetter BS, Stolzenberg ED, Zasloff MA (1995) Epithelial antibiotics induced at sites of inflammation. Science 267: 1645–1648
4. Nizet V, Ohtake T, Lauth X, Trowbridge J, et al (2001) Innate antimicrobial peptide protects the skin from invasive bacterial infection. Nature 414: 454–457
5. Zasloff, M. 2002. Antimicrobial peptides of multicellular organisms. Nature 415: 389–395
6. Schutte BC, Mitros JP, Bartlett JA, Walters JD, et al (2002) Discovery of five conserved beta-defensin gene clusters using a computational search strategy. Proc Natl Acad Sci USA 99: 2129–2133.
7. Milner SM, Ortega MR (1999) Reduced antimicrobial peptide expression in human burn wounds. Burns 25: 411–413
8. Ortega MR, Ganz T, Milner SM (2000) Human beta defensin is absent in burn blister fluid. Burns 26: 724–726
9. Steinstraesser L, Klein RD, Aminlari A, Fan MH, et al (2001) Protegrin-1 enhances bacterial killing in thermally injured skin. Crit Care Med 29: 1431–1437
10. Chalekson CP, Neumeister MW, Jaynes J (2002) Improvement in burn wound infection and survival with antimicrobial peptide D2A21 (Demegel). Plast Reconstr Surg 109: 1338–1343
11. Steinstraesser L, Burkhard O, Nemzek J, Fan MH, et al (2002) Protegrin-1 increases bacterial clearance in sepsis but decreases survival. Crit Care (im Druck)
12. Steinstraesser L, Tack BF, Waring AJ, Hong T, et al (2002) Activity of Novispirin G10 against Pseudomonas aeruginosa in vitro and in infected burns. Antimicrob Agents Chemother 46: 1837–1844
13. Steinstraesser L, Fohn M, Klein RD, Aminlari A, et al (2001) Feasibility of biolistic gene therapy in burns. Shock 15: 272–277

Dr. med. Lars Steinsträßer
Universitätsklinik für Plastische Chirurgie und Schwerbrandverletzte,
Handchirurgiezentrum, Operatives Referenzzentrum für Gliedmaßentumore
Berufgenossenschaftliche Universitätskliniken Bergmannsheil
Bürkle-de-la-Camp Platz 1, 44789 Bochum

Vorstandsgremien VDPC / VDÄPC

Vorstand der VDPC

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

Vizepräsident
Priv.-Doz. Dr. med. Klaus Exner, Frankfurt/Main

Sekretär
Prof. Dr. med. Giulio Ingianni, Wuppertal

Schatzmeister
Dr. med. Hermann Lampe, Frankfurt/Main

Vertreter im BDC
Prof. Dr. med. Günter Germann, Ludwigshafen

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

Beirat

Mikrochirurgie
Prof. Dr. med. Peter Mailänder, Lübeck

Handchirurgie
Prof. Dr. med. Margita Flügel, Hannover

Verbrennungschirurgie
Prof. Dr. med. Peter Vogt, Hannover

Ästhetische Chirurgie
Prof. Dr. med. Edgar Biemer, München

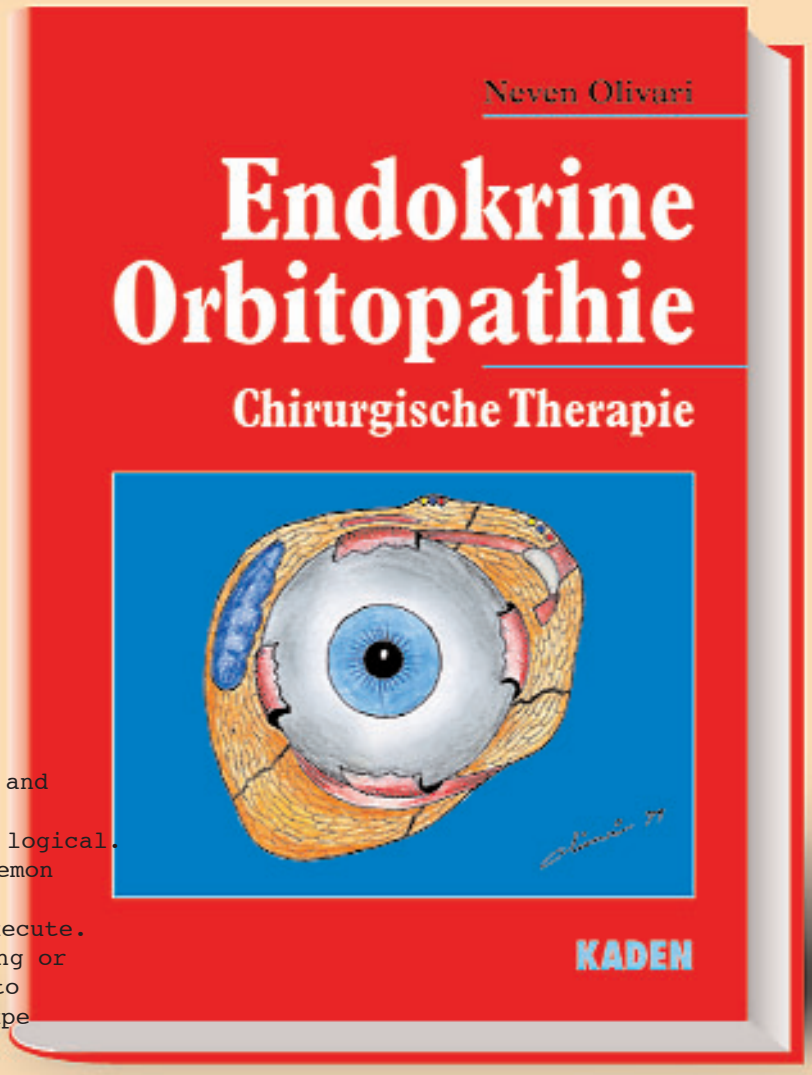
Niedergelassene Plastische Chirurgen
Dr. med. Goswin von Mallinckrodt, München

Vorstand der VDÄPC

Präsident 2002/2004 Dr. med. Constance Neuhann-Lorenz, München

Sekretär Dr. med. Detlef Witzel, Berlin

English Edition also available



From the Preface by Ian T. Jackson

"The method described by Neven Olivari, and so beautifully presented in this book, is logical. Unfortunately, when it is presented or demonstrated by Neven Olivari, it seems simple to execute. However, at that point we are watching or listening to a master surgeon with a huge amount of expe-

Coupon ausfüllen und absenden an:
Dr. Reinhard Kaden Verlag GmbH · Ringstraße 19
69115 Heidelberg · Tel. (06221) 1377610 · Fax 29910

Bestellcoupon

Hiermit bestelle ich

☐ Exemplare der deutschen Ausgabe
„Endokrine Orbitopathie – Chirurgische Therapie" von Neven Olivari
ISBN 3-922777-30-9

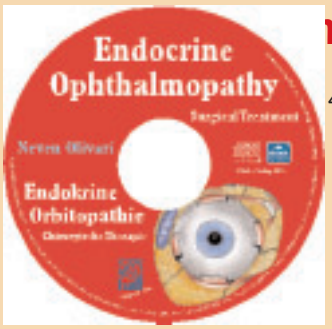
☐ Copies of the English Edition
"Endocrine Ophthalmopathy – Surgical Treatment" by Neven Olivari
ISBN 3-922777-35-X

Datum Unterschrift

Name

Straße

PLZ/Ort



nklusive Video-CD

41 Minuten Live-OP!
Von Prof. Olivari, mit der im Buch beschriebenen Technik.

- Atlasformat 21 x 29,7 cm ▶ Gebunden ▶XVI, 144 Seiten
- 31 Tabellen ▶ 250 Abbildungen (davon 162 in Farbe)
- ISBN 3-922777-30-9 (Deutsche Ausgabe), 2001
- ISBN 3-922777-35-X (English Edition), 2001
- h 168,–/SFr 325,–

Als neu bestallter Chefarzt oder gerade in eigener Praxis niedergelassen, muß man sich in die privatärztliche Abrechnung zunächst einarbeiten. Die zuletzt im Dezember 1995 geänderte ärztliche Gebührenordnung regelt in 14 Paragraphen und mehreren hundert einzelnen Gebührenpositionen die Abrechnung ärztlicher Leistungen für Privatpatienten und Selbstzahler.
Probleme bereitet immer wieder, daß in der Gebührenordnung dem ärztlichen Fortschritt und der Entwicklung neuerer Methoden nicht Rechnung getragen wird. Auch ist es leider gang und gäbe geworden, daß Privatversicherungen in teilweise sehr überzeugtem Ton vortragen, warum sie nicht alle berechneten Leistungen erstatten wollen. Dabei gibt es hinsichtlich der medizinischen Einsichtsfähigkeit erhebliche qualitative Unterschiede bei den einzelnen privaten Kostenträgern.
Um der mittlerweile allgemeinen Verunsicherung zu begegnen und vor allem neu mit Privatabrechnungen befaßten Kollegen einige Hinweise zu geben, starten wir neben den Ratschlägen eines erfahrenen Medizinjuristen hier mit beispielhaften Abrechnungsmöglichkeiten einzelner, häufig vorkommender Operationen.

Prof. Dr. med. Margita Flügel, Hannover

Rechtsprobleme im Zusammenhang mit privatärztlichen Liquidationen

Tilman Clausen

I. Probleme im Vorfeld der Liquidation

1. Der Operationsbericht

Nach den Grundsätzen des Zivilprozeßrechts muß der in einem Honorarprozeß seinen Patienten als alleinigen Schuldner der privatärztlichen Honorarforderung aufgrund des Behandlungsvertrages verklagende Arzt darlegen und beweisen, daß er die von ihm abgerechneten ärztlichen Leistungen nach dem Gebührenverzeichnis zur GOÄ auch erbracht hat, wenn dies von Seiten des Patienten bestritten wird, was in der Praxis häufig der Fall ist. In fast jedem Honorarprozeß wird zudem ein ärztliches Sachverständigengutachten über die in dem Verfahren mit zu entscheidenden medizinischen Fragen eingeholt. In diesem Zusammenhang kommt dem von Seiten des Arztes erstellten Operationsbericht eine entscheidende Bedeutung zu. Er ist das einzig denkbare Beweismittel, daß dem Arzt zur Verfügung steht, um die Erbringung der von ihm abgerechneten ärztlichen Leistungen auch zu beweisen, da Zeugen regelmäßig nicht zur Verfügung stehen. Ein vom Gericht eingesetzter Sachverständiger kann nur anhand des Operationsberichtes die ihm gestellten Fragen überprüfen. Der abrechnende Arzt sollte deshalb beim Schreiben des Operationsberichtes die von ihm erbrachten ärztlichen Leistungen auch unter Berücksichtigung der GOÄ vollständig dokumentieren. Unterlassungen an dieser Stelle führen ansonsten regelmäßig zu einem zumindest teilweisen Prozeßverlust, mit den daraus resultierenden nachteiligen finanziellen Konsequenzen (LG Landau, Urteil v. 22.01.1991, AZ: 1 S 156/90; LG Düsseldorf, Urteil v. 18.02.1999, AZ: 3 O 125/96, und KG Berlin, Urteil v. 21.09.1999, AZ: 6 U 261/98).

2. Die Wahlleistungsvereinbarung zwischen Krankenhausträger und Patient

Zu den Voraussetzungen für die Abrechnung privatärztlicher Leistungen, die stationär im Krankenhaus erbracht werden, gehört regelmäßig der Abschluß einer wirksamen Wahlleistungsvereinbarung zwischen Krankenhausträger und Patient, es sei denn, daß der liquidierende Arzt Belegarzt ist oder der Patient bei Aufnahme in das Krankenhaus einen sogenannten gespaltenen Krankenhausaufnahmevertrag unterschrieben hat, bei dem der Krankenhausträger nur für die nichtärztlichen Krankenhausleistungen zuständig ist. Letzteres ist eher die Ausnahme.

Die von Seiten der Krankenhausträger für den Abschluß von Wahlleistungsvereinbarungen benutzten Formulare sind bundesweit nicht einheitlich. Viele dieser

Formulare enthalten teilweise gravierende Fehler, die zum völligen oder zumindest teilweisen Verlust der Honoraransprüche der an diesem Krankenhaus tätigen leitenden Krankenhausärzten führen können, wenn sie in einem Honorarprozeß festgestellt werden. Einige wichtige Fehlerquellen sollen nachstehend angesprochen werden:

a) Vertragspartner bei der Wahlleistungsvereinbarung, die in § 22 BPflV geregelt ist, sind Krankenhausträger und Patient. Der leitende Krankenhausarzt selbst hat mit dem Abschluß der Wahlleistungsvereinbarung nichts zu tun. Er kann den Krankenhausträger bei Vertragsabschluß höchstens vertreten, wenn dies zuvor so vereinbart worden ist.

b) Die Wahlleistungsvereinbarung bedarf der Schriftform. Dies bedeutet, daß sowohl die ärztlichen als auch die nichtärztlichen Wahlleistungen in ein Schriftstück aufgenommen werden müssen, das anschließend von den Vertragsparteien der Vereinbarung unterschrieben wird. Die Unterschrift nur des Patienten reicht für eine wirksame Wahlleistungsvereinbarung nicht aus. Ebenfalls unwirksam sind Formulare, die zwar die Unterschriften des Krankenhausträgers und des Patienten enthalten, wo sich diese Unterschriften aber nicht unter den von Seiten des Patienten gewählten Wahlleistungen befinden. Dies ist seit mehreren Jahren ständige Rechtsprechung (BGH Urteil v. 19.02.1998, NJW 1998, S. 1778 ff).

c) Die Wahlleistungsvereinbarung muß vor Behandlungsbeginn abgeschlossen werden. Ärztliche Leistungen, die der Wahlarzt vor Abschluß der Wahlleistungsvereinbarung erbracht hat, sind nicht abrechenbar. Dies gilt auch für Notfälle bzw. wenn der eingelieferte Patient bewußtlos ist. Hier besteht grundsätzlich die Möglichkeit, daß anstelle des Patienten dessen gesetzlicher Vertreter unterschreibt.

d) Unterrichtungspflicht. Der Krankenhausträger hat den Patienten vor Abschluß der Wahlleistungsvereinbarung über die Entgelte der Wahlleistungen und ihren Inhalt im einzelnen zu unterrichten. In der Rechtsprechung ist bis heute umstritten, was darunter bezogen auf die ärztlichen Wahlleistungen zu verstehen ist. Teilweise wird die Auffassung vertreten, daß der Patient vor Abschluß der Wahlleistungsvereinbarung sowohl über die Systematik der GOÄ zu informieren ist, als auch Anspruch auf einen Kostenvoranschlag hat (LG Duisburg, Urteil v. 22.11.2000, AZ: 21 S 92/00; AG Winsen/Luhe, Urteil v. 22.03.2002, AZ: 16 C 254/02). In zwei Entscheidungen des Amtsgerichts und des Landgerichts Kiel heißt es, daß zumindest über die Systematik der GOÄ zu unterrichten ist. Ein Kostenvoranschlag wird nicht gefordert (AG Kiel, Urteil v. 25.08.2000, AZ: 106 C 174/00, LG Kiel, Urteil v. 15.02.01, AZ: 1 S 206/00). Nach einer Entscheidung des Landgericht Hamburg reicht es weiterhin aus, wenn der Patient in der Wahlleistungsvereinbarung darauf hingewiesen wird, daß nach der GOÄ in der jeweils geltenden Fassung abgerechnet wird (LG Hamburg, Urteil v. 28.04.2000, AZ: 313 S 19/00). Die Entscheidungen des LG Duisburg und des AG Winsen/Luhe verkennen, daß ein Kostenvoranschlag bereits deshalb nicht verlangt werden kann, da die Höhe des Steigerungssatzes nach dem Gesetzeswortlaut der GOÄ von Umfang, Schwierigkeit und Zeitdauer der einzelnen ärztlichen Leistung abhängt. Hierüber lassen sich Aussagen nicht vor sondern erst nach Abschluß der ärztlichen Behandlung treffen. Die Erstellung eines Kostenvoranschlages vor Behandlungsbeginn ist deshalb mit der Systematik der GOÄ nicht vereinbar. Das Urteil des LG Hamburg läßt die Tatsache unberücksichtigt, daß die Anforderungen an die Unterrichtung des Patienten über die Entgelte der Wahlleistungen in der Bundespflegesatzverordnung in den 90er Jahren durch den Verordnungsgeber verschärft worden sind. Nachdem früher nur über die Entgelte der Wahlleistungen zu unterrichten war, verlangt die Verordnung jetzt, daß der Patient über die Entgelte der Wahlleistungen und deren Inhalt im einzelnen zu unterrichten ist. Mit dieser erweiterten Unterrichtungspflicht ist ein bloßer Hinweis darauf, daß die Abrechnung nach der GOÄ erfolgt, wohl nicht vereinbar.

Die dem Verfasser in der letzten Zeit bekannt gewordenen Wahlleistungsvereinbarungen sind an dieser Stelle regelmäßig ergänzungsbedürftig, wobei verschiedene Möglichkeiten bestehen, wie dies praktisch realisiert werden kann.

e) Vertreterregelung in der Wahlleistungsvereinbarung.

Die Vertretung des leitenden Krankenhausarztes, wobei dieser sein Liquidationsrecht behält, kann in Wahlleistungsvereinbarungen wirksam nur für die Fälle vereinbart werden, in denen die Verhinderung des Wahlarztes bei Abschluß der Wahlleistungsvereinbarung noch nicht absehbar war, nicht aber für jeden Vertretungsfall. Dies ist seit Jahren ständige Rechtsprechung (LG Fulda, NJW 1988, 1519, OLG Köln, VersR 1997, 115, etc.). Nach einer Entscheidung des LG München kann der Wahlarzt für diesen Fall auch mehrere Stellvertreter benennen (Urteil v. 20.02.2002, AZ 9 S 15647/01).

3. Stellvertretungsvereinbarungen zwischen Wahlarzt und Patient

In den Fällen, in denen bereits vor, spätestens aber bei Abschluß der Wahlleistungsvereinbarung bekannt ist, daß der leitende Krankenhausarzt insbesondere die operativen Hauptleistungen infolge von Abwesenheit nicht persönlich erbringen kann, bleibt nur ein Weg, sich das Liquidationsrecht zu erhalten. Der Arzt muß mit dem Patienten möglichst frühzeitig eine Individualvereinbarung des Inhaltes treffen, daß dieser sich mit der Durchführung der Leistungen durch dessen ständigen ärztlichen Vertreter bei gleichzeitiger Aufrechterhaltung des Liquidationsrechts des abwesenden Chefarztes einverstanden erklärt. Eine solche Vereinbarung ist nach der Rechtsprechung zulässig, wenn sie individuellen Charakter hat (vgl. nur LG München, Urteil v. 20.02.2002, AZ: 9 S 15647/01). Wegen des Inhaltes und der Umsetzung einer solchen Vereinbarung sollte anwaltlicher Rat gesucht werden, zumal es hierüber noch keine gefestigte Rechtsprechung gibt.

II. Die Auseinandersetzung um die privatärztliche Liquidation

1. § 4 Abs. 2a GOÄ

Die Zentralvorschrift, um deren Auslegung in Honorarprozessen immer wieder gestritten wird, die die Frage der Abrechenbarkeit einzelner Leistungen aus dem Gebührenverzeichnis zur GOÄ zum Gegenstand hat, ist der § 4 Abs. 2a GOÄ, der von der Bundesärztekammer, den einzelnen Landesärztekammern, leitenden Krankenhausärzten, Krankenversicherungen und Gerichten unterschiedlich ausgelegt wird.

Die Vorschrift ist von Seiten des Gesetzgebers offensichtlich als Generalklausel gewollt, die eine Vorgabe dafür liefern sollte, welche Leistungen aus dem Gebührenverzeichnis im Einzelfall konkret abrechenbar sind. Konkretisierungen der Generalklausel finden sich teilweise in den Allgemeinen Bestimmungen, die der Gesetzgeber den einzelnen Abschnitten des Gebührenverzeichnisses vorangestellt hat und teilweise in den Leistungslegenden der einzelnen Gebührenziffern selbst. Überall dort, wo diese Konkretisierungen fehlen, besteht Streit, wie die Vorschrift richtig auszulegen ist.

2. Die Zielleistung und das sogenannte Zielleistungsprinzip

Besonders von Seiten des Verbandes der privaten Krankenversicherungen e.V. und deren Mitgliedsgesellschaften wird bei Streitigkeiten über die Abrechenbarkeit einzelner Leistungsziffern aus dem Gebührenverzeichnis zur GOÄ eine Auslegung der Vorschrift unter Berücksichtigung des Kriteriums der Zielleistung bzw. des sogenannten Zielleistungsprinzips gefordert. Der Begriff der Zielleistung findet sich in der Gebührenordnung für Ärzte nur in den Allgemeinen Bestimmungen, die dem Abschnitt L des Gebührenverzeichnisses vorangestellt sind. Den Begriff des Zielleistungsprinzips taucht in der Gebührenordnung und im Gebührenverzeichnis nicht auf.

Selbständige und damit abrechenbare Leistungen sind danach nur Zielleistungen, d.h. diejenigen Leistungen, die das Leistungsziel und nicht nur einen Teilschritt auf dem Wege zum Leistungsziel darstellen. Von der Zielleistung seien Vorbereitungs-, Hilfs- und Begleitleistungen zu unterscheiden, die keinen selbständigen Leistungscharakter haben und daher nicht gesondert neben der Gebühr für die Zielleistung abgerechnet werden könnten. Das Zielleistungsprinzip sei eine Grundregel der GOÄ und bedeute, daß jede Leistung, die keinen selbständigen Charakter habe, weil sie nur erbracht wird, um eine Maßnahme, die das Leistungsziel darstellt, zu erbringen, ohne die die Zielleistung also nicht erbracht worden wäre, nicht gesondert neben dieser Zielleistung berechnet werden kann.

Die während einer Operation erbrachten ärztlichen Leistungen werden danach als sogenannte Komplexleistungen unter einer, höchstens zwei oder drei Zielleistungen zusammengefaßt, die allein abrechenbar sein sollen.

3. Kritik der Begriffe der Zielleistung und des Zielleistungsprinzips

In den Allgemeinen Bestimmungen zum Abschnitt L des Gebührenverzeichnisses wird von der Zielleistung im Zusammenhang mit den typischen operativen Leistungen gesprochen und somit auf den Plural abgestellt. Dies spricht dafür, daß bei einer Operation grundsätzlich immer mehrere Zielleistungen denkbar sind. Für diese Überlegung sprechen auch medizinische Argumente. Ziel einer jeden Operation ist zwangsläufig die Beseitigung der Beschwerden des Patienten. Sofern ein Patient verschiedene Beschwerden mit unterschiedlichen Ursachen hat,

muß die Operation zwangsläufig mehrere Ziele haben. Der Begriff der Zielleistung soll nach Auffassung seiner Befürworter dazu dienen, selbständige und damit abrechenbare ärztliche Leistungen zu bestimmen. Diesen Zweck erfüllt der Begriff jedoch nicht. Die Gebührenordnung für Ärzte und das dazugehörige Gebührenverzeichnis ist eine Rechtsverordnung, die somit juristisch ausgelegt werden muß. Die Begriffe der Zielleistung und des Zielleistungsprinzips sind in diesem Zusammenhang keine brauchbaren Kriterien. § 4 Abs. 2a GOÄ verweist vielmehr für die Beantwortung der Frage, ob eine selbständige Leistung vorliegt, auf Leistungen nach dem Gebührenverzeichnis und somit auf die einzelnen Gebührentatbestände, die jeweils durch die Leistungslegende und den Punktwert für die einzelnen Leistungen bestimmt werden. Mit dem Punktwert hat der Verordnungsgeber eine Aussage über Qualität und Schwierigkeit der betreffenden ärztlichen Leistungen getroffen. Damit kann eine ärztliche Leistung, die mit einem höherem Punktwert bewertet worden ist als eine andere Leistung, grundsätzlich nicht Bestandteil dieser zweiten, anderen Leistung sein. Dies wird von Teilen der Rechtsprechung mit dem Argument bestritten, daß überall dort, wo sich das Gebührenverzeichnis der GOÄ mit dem sogenannten Zielleistungsprinzip nicht vereinbaren läßt, Ungereimtheiten vorliegen, die der Verordnungsgeber beseitigen müsse. Dieser Auffassung läßt sich jedoch mit dem Argument entgegentreten, daß diese sogenannten Ungereimtheiten zum Zeitpunkt der Einführung des § 4 Abs. 2a GOÄ zum 01.01.1996 dem Verordnungsgeber bereits bekannt waren. Es hätte somit Gelegenheit bestanden, hier Änderungen vorzunehmen. Aus der Tatsache, daß dies unterblieben ist, kann deshalb nur der Schluß gezogen werden, daß die Argumente der Befürworter des Begriffes der Zielleistung und des sogenannten Zielleistungsprinzipes an dieser Stelle nicht richtig sein können.

Neben dem Verweis in § 4 Abs. 2a S. 1 GOÄ auf das Gebührenverzeichnis spricht auch der Wortlaut von § 4 Abs. 2a S. 2 GOÄ gegen die Auffassung der Befürworter des Zielleistungsprinzips bzw. der Einteilung der GOÄ in sogenannte Zielleistungen. Dort heißt es, daß nur die methodisch notwendigen operativen Einzelschritte bei einer operativen Hauptleistung nicht selbständig abrechenbar sind. Methodisch notwendige operative Einzelschritte können begrifflich nur diejenigen ärztlichen Leistungen sein, die bei einer operativen Hauptleistung immer erbracht werden, denn nur sie gehören zur Methode dieser Leistungen. Alle anderen operativen Einzelschritte, die aufgrund einer besonderen Indikation im Rahmen der Operation miterbracht werden, bleiben damit abrechenbar.

III. Fazit

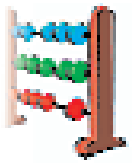
Der ärztliche Honorarprozeß über die richtige Abrechnung nach der GOÄ beinhaltet eine Fülle von Problemen, von denen nur einige hier kurz besprochen werden konnten. Eine endgültige Lösung dieser Probleme wird nur über den Gesetzgeber erfolgen können. Bis dahin sollte die Ärzteschaft dem Beispiel der privaten Krankenversicherungen folgen und ihre Zusammenarbeit gerade auch im Bereich der Auslegung der GOÄ verstärken.

Dr. Tilman Clausen
Roscherstraße 7
30161 Hannover

Der Verfasser ist als Rechtsanwalt im Büro Wronna und Partner GbR Roscherstraße 7 (Schweizerhof), 30161 Hannover, tätig.

GOÄ Leitlinien der DGH

Leitlinie Karpaltunnelsyndrom



Stand vom 28.1.2002

Unter dem Begriff Karpaltunnelsyndrom versteht man ein Drucksymptom des Nervus medianus. Diese Drucksymptomatik kann durch unterschiedliche Erkrankungen oder Verletzungen hervorgerufen werden. Am häufigsten liegt dem Karpaltunnelsyndrom eine Verdickung des Retinaculum flexorum oder eine Synovialitis der Beugesehnen unterschiedlicher Genese im Handgelenksbereich zugrunde. Ursachen für die Drucksymptomatik können aber auch Tumore, Ganglien oder verletzungsbedingte Einengungen des Karpaltunnels sein. Aufgrund des Umstandes, daß das Karpaltunnelsyndrom verschiedene Ursachen haben kann, können mehrere eigenständige operative Maßnahmen erforderlich werden, um die Krankheitssymptomatik und ihre Ursache zu behandeln.

Für die einfache Dekompression des Nervus medianus mit Durchtrennen des verdickten Retinaculum flexorum kann die Ziffer 2070 GOÄ abgerechnet werden. Diese Leistung wird regelmäßig bei endoskopischen Operationen erbracht. Durch das Endoskop kann lediglich das Retinaculum flexorum gespalten und keine Synovektomie, Tumorentfernung oder Bandnähte durchgeführt werden.

Wenn als weitere Ursache des Karpaltunnelsyndroms neben der Verdickung des Retinaculum flexorum eine Synovitis der Beugesehnen hinzukommt, muß zusätzlich zu der Spaltung des Retinaculum flexorum eine Synovektomie der Beugesehnen erfolgen, um den Tunnelinhalt zu reduzieren und um nach Vernarbung des Retinaculum flexorum ein Rezidiv zu verhindern. Erforderlich ist dann eine Synovektomie aller neun im Karpaltunnel liegenden Beugesehnen. Eine Mehrfachberechnung der Leistungsziffer 2091 dürfte aufgrund der Leistungslegende dieser Ziffer (Sehnenscheidenradikaloperation) ausscheiden. Die Auffassung, daß bei der Operation des Karpaltunnelsyndromes neben der Ziffer 2070 GOÄ noch weitere Leistungsziffern abrechenbar sein sollen, wird dadurch gestützt, daß die Synovektomie eine eigenständige Indikation erfordert und deshalb als selbständige Leistung i.S.v. § 4 Abs. 2 a GOÄ angesehen werden muß. Die Synovektomie gehört auch nicht zu den methodisch notwendigen operativen Einzelschritten bei der Operation des Karpaltunnelsyndroms nach der Ziffer 2070 GOÄ, da nicht regelmäßig anfallend, so daß die Ablehnung dieser Leistungsziffer insbesondere nicht auf § 4 Abs. 2 a S. 2 GOÄ gestützt werden kann (s.a. Neumann/Brüser/Buck-Gramcko, Kommentar Handchirurgischer GOÄ-Ziffern der Deutschen Gesellschaft für Handchirurgie, 1993, zu 2070 GOÄ).

Wenn zusätzlich eine Adhäsion oder Vernarbung des Epineuriums der Nerven vorliegt, kann eine Neurolyse notwendig werden, um die Leitfähigkeit der Nerven wiederherzustellen, wobei je nach intraoperativem Vorgehen entweder die Ziffer 2583 oder die Ziffer 2592 GOÄ abrechenbar sind. Bei der mikrochirurgischen Neurolyse wird das äußere Nervenhüllgewebe, das Epineurium und teilweise auch das innere Nervenhüllgewebe, das Perineurium, entfernt, um die Faszikelbündel zu entlasten. Zusätzlich erfolgt ggf. eine mikrochirurgische Freilegung des motorischen Nervenastes zum Daumenballen. Die Abrechnung der Ziffern 2583 oder 2592 GOÄ für die Neurolyse wird dadurch gestützt, daß die Neurolyse keinen notwendigen Bestandteil der Operation eines Karpaltunnelsyndroms darstellt. Der Hinweis auf die notwendige Dekompression der Nerven in der Leistungslegende der Ziffer 2070 GOÄ kann sich nicht darauf beziehen, daß zum Leistungsinhalt der Ziffer 2070 GOÄ auch eine Neurolyse gehört. Die Formulierung stellt lediglich darauf ab, daß die Muskelkanalbildung oder die Operation zur Druckentlastung des Nerven führen muß, weil sie sonst sinnlos wird (so zutreffend Hoffmann, Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ), 3. Auflage, zu Ziffer 2070 GOÄ). Eine eigene Indikation für die Neurolyse neben der Ziffer 2070 der GOÄ liegt dann vor, wenn der Nervus medianus durch Verwachsungen zusätzlich geschädigt ist, was keineswegs zwangsläufig der Fall sein muß. Die Neurolyse ist damit nicht notwendiger Bestandteil der Karpaltunneloperation und als selbständige Leistung anzusehen, weshalb § 4 Abs. 2 a GOÄ ihrer Abrechnung nicht entgegensteht.

Die Abrechnung der mikrochirurgischen Neurolyse nach der Ziffer 2592 GOÄ neben der Ziffer 2070 GOÄ kann zusätzlich mit den Punktwerten für beide Leistungen begründet werden. Der Punktwert der Ziffer 2592 GOÄ beträgt 1800, der Punktwert für die Ziffer 2070 GOÄ dagegen nur 1660 Punkte. Die mikrochirurgische Neurolyse kann schon deshalb nicht Bestandteil der Ziffer 2070 GOÄ sein. □

Naturlatexallergien: Neue Generation latexfreier OP-Handschuhe von Regent

Eine Allergie vom Sofort-Typ gegen Naturlatex (NRL, natural rubber latex) betrifft vorzugsweise medizinisches Fachpersonal und Kinder mit Mißbildungen, die wiederholter Eingriffe bedürfen. Bisher ging man davon aus, daß das NRL-Allergie-Risiko bei Erwachsenen, die sich mehrfachen invasiven Eingriffen unterziehen, nicht erhöht sei. Eine kürzlich publizierte Studie aus der Münchener Dermatologischen Uniklinik untersuchte insgesamt 325 konsekutive erwachsene stationäre Patienten (54,4 ± 15,6 J., 219 F, 106 C, bei denen operative Eingriffe durchgeführt werden sollten. Mit Hilfe eines Fragebogens wurde die Anamnese erhoben (atopische Erkrankungen, vorausgegangene Routineoperationen und endoskopische Eingriffe sowie Unverträglichkeit gegenüber Kautschuk). Ein bemerkenswerter Anteil der Patienten weist eine Allergie/Sensibilisierung gegenüber NRL auf. Eine wiederholte invasive Behandlung scheint ein absoluter Risikofaktor für das Entstehen einer NRL-Allergie zu sein [Ruëff F, et al (2001) Allergy 56: 889–894]. – Regent Medical bietet mit dem neuen Biogel® Skinsense™ N einen absolut latexfreien OP-Handschuh aus einem synthetischen Elastomer an. Die Firma nennt u.a. höchste Tastsensibilität und die Biogel-Innenbeschichtung als innovative Vorzüge und will damit neue Maßstäbe bei diesem unverzichtbaren Arbeitsmittel des Chirurgen setzen. □

Regent Medical, Edisonstraße 5, 63477 Maintal, Tel. 06181/408-294, Fax 408300, email: regent.medical.de@ssl-international.com

Cerabone Granulat erhielt CE-Zulassung

Coripharm, eine Tochter des Biotechnologie-Unternehmens aap Implantate AG, erhielt die CE-Zulassung für ein Granulat auf Basis der Knochenkeramik Cerabone. Das Produkt eignet sich zur Auffüllung kleiner Hohlräume in der Zahn-Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie und in der plastischen Chirurgie. Cerabone Granulat kann dem körpereigenen Knochenmaterial zugemischt werden und vergrößert die Menge des begrenzt verfügbaren patienteneigenen Materials, um Knochendefekte zu behandeln. Sein Porensystem ist im Aufbau und in der Struktur dem menschlichen Knochen ähnlich. Die aap Implantate AG zählt zu den innovativen Unternehmen auf dem Gebiet der metallischen und biologischen Implantate für das Organsystem Muskel-Skelett. □

aap Implantate AG, Lorenzweg 5, 12099 Berlin
Telefon 030/75019-0, Fax 75019111
email: aap.berlin@aap.de, www.aap.de

Personalia

Priv.-Doz. Dr. med. Jutta Liebau, bisher Oberärztin an der Klinik für Plastische, Hand- und Wiederherstellungschirurgie der Medizinischen Hochschule Hannover, ist seit 1. Juni 2002 Leiterin der Plastischen Chirurgie an der Fachklinik Hornheide in Münster/Westfalen. Der langjährige Chefarzt Dr. med. Hubertus Tilkorn wechselte in den wohlverdienten Ruhestand.



Priv.-Doz. Dr. med. Raymund Horch, leitender Oberarzt der Abteilung für Plastische Chirurgie am Universitätsklinikum Freiburg i. Br., wurde kürzlich zum außerplanmäßigen Professor ernannt.

Markenzeichen VDÄPC

PR = Public Relation = Öffentlichkeitsarbeit ist das Zauberwort für jegliche berufliche und jetzt auch ärztliche Tätigkeit. – Heute wird dieser Terminus so verstanden, daß die Präsenz in den Medien jedweder Couleur die effektivste PR darstellt. Walter Jens beschreibt das Phänomen: „Was nicht in den Medien erscheint – existiert nicht". Auch Ärzte entkommen diesem Trend nicht. Die VDÄPC hat daher – wie bekannt – seit diesem Monat einen Vertrag mit dem Medien-und Kommunikationsbüro A. Müller, das professionell und regelmäßig diesen Kontakt mit den Medien herstellt und hält. Aufgabe und Ziel der Arbeit unserer Pressestelle ist die VDÄPC als Markenzeichen (Brandmark) für die Ästhetisch-Plastische Chirurgie in der öffentlichen Meinung weiterhin einzuführen und zu befestigen.

Jede Woche mindestens liegen mir Angebote unzähliger Print- oder TV-Produkte vor, die sich als unabhängige und freie Publikationen bezeichnen – bei näherer Betrachtung sich aber als bezahlte Werbehefte, -zeitungen oder TV-Beiträge entpuppen. Wegen der miserablen Anzeigenlage der Medienwirtschaft – dort werden z. Zt. deutschlandweit ganze Redaktionen entlassen – werden nun als redaktionell getarnte Beiträge angeboten, deren Produktionskosten aber von uns erhoben werden. Da solche bezahlte Information einzelner Kollegen natürlich auch dem Werbeverbot unterliegen, und auch die Qualität des Werbebeitrages nicht überprüft wird – entgegen oft anders lautenden Beteuerungen – ist für die Öffentlichkeit die Information, daß es eine definierte bundesweite Gruppe von Plastischen Chirurgen gibt, die ästhetische Chirurgie ausgebildet und kompetent als Spezialisten betreiben, zunehmend sinnvoll und notwendig geworden.

Die beste und zuverlässigste Öffentlichkeitsarbeit aber bleibt natürlich nach wie vor der zufriedene Patient – wie seit Beginn der ärztlichen Heilkunde.

Ihre Constance Neuhann-Lorenz
Präsidentin der VDÄPC

September 2002

11.–12.9.2002 London
A Joint Meeting of the British Association of Aesthetic Plastic Surgeons and the International Society of Aesthetic Plastic Surgery
Anfragen: The BAAPS at the Royal College of Surgeons of England, 35-43 Lincoln's Inn Field, London WC2A 3PN, email: secretariat@baaps.org.uk

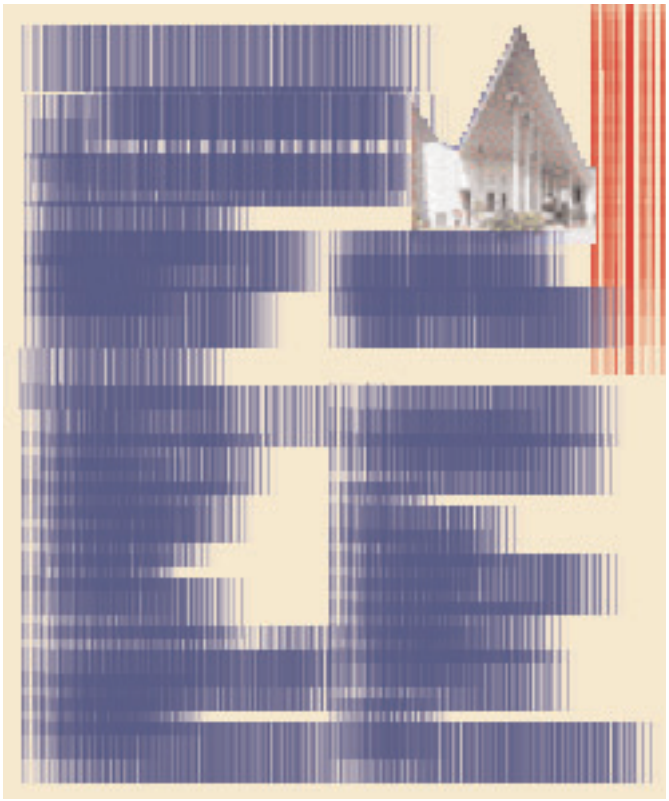
Oktober 2002

18.–19.10.2002 Salzburg
40. Jahreskongreß der Österreichischen Gesellschaft für Plastische, Ästhetische und Rekonstruktive Chirurgie
Anfragen: Prof. Dr. Ch. Papp, Abteilung für Plastische, Ästhetische und Wiederherstellungschirurgie, Krankenhaus der Barmherzigen Brüder, Kajetanerplatz 1, A-5020 Salzburg, Tel. +43-662/8088-252, Fax: 8088381, email: plastchir@chpapp.at

November 2002

16.11.2002 Köln
Internationales Symposium anläßlich des 70. Geburtstages von Professor N. Olivari und des 20jährigen Bestehens der Abteilung für Plastische Chirurgie in Wesseling unter dem Patronat der VDPC und VDÄPC
Anfragen: Dr. D. F. Richter, Abteilung für Plastische Chirurgie, Dreifaltigkeits-Krankenhaus, Bonner Straße 84, 50387 Wesseling, Tel. 02236/77387, Fax 77380, email: Dr.Richter-Koeln@t-online.de





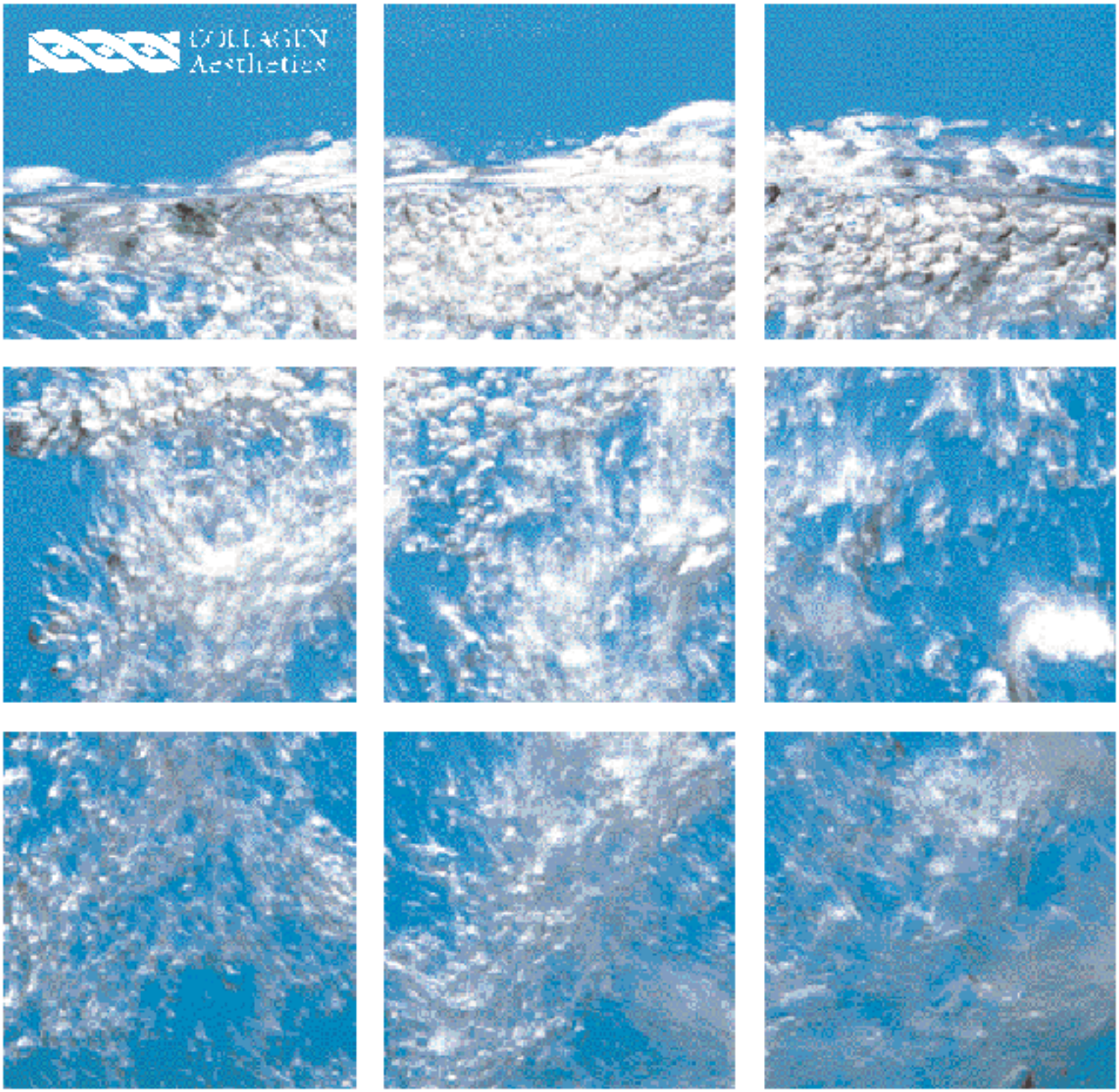
22.–23.11.2002 Frankfurt, Bethanien-Krankenhaus
2. Frankfurter Live-OP-Kurs: Facelifting
Die Teilnehmerzahl ist auf 100 begrenzt!
Anfragen: Gemeinschaftspraxis für Plastische Chirurgie Dr. H. Lampe, Dr. Marianne Wolters, Oeder Weg 2-4, 60318 Frankfurt/Main, Tel. 069/598005, Fax 598007, email: info@plastische-Chirurgie-ffm.de

23.–24.11.2002 Bern
The European Board Examination in Plastic Surgery
Im Vorfeld findet der 11. European Course in Plastic Surgery vom 20.–22.11.2002 in Bern statt.
Detaillierte Auskünfte unter: www.ebopras.org.
Weitere Anfragen: Frau Karin Hostettler, Tel. +41-31/6328014, Fax 3824496, email: karin.hostettler@insel.ch

Juni 2003

19.–21.6.2003 München
23. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Senologie
Anfragen: CTW Congress Organisation, Goßlerstraße 30, 12161 Berlin, Tel. 030/85996216, Fax 85079826, email: senologie@ctw-congress.de, www.ctw-congress.de/seno

COLLAGEN Aesthetics



Jugendliche Frische, die unter die Haut geht.

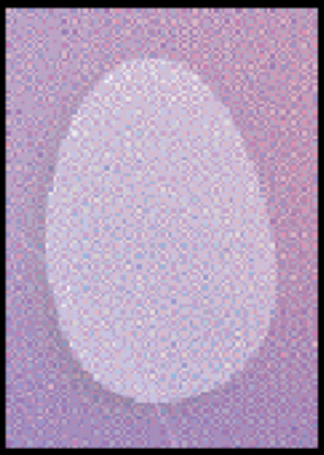


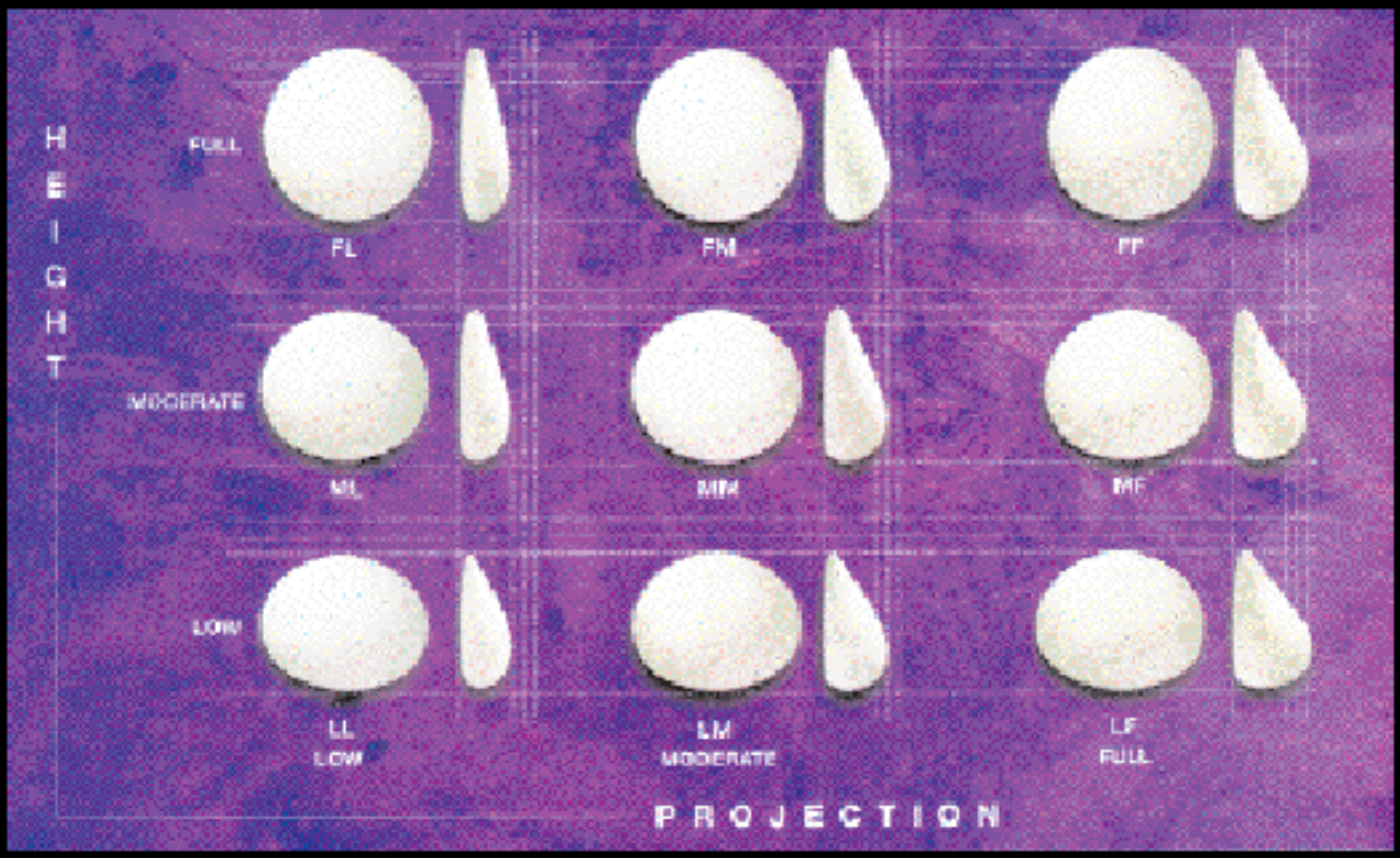
Hylaform, Hylaform Fineline und Hylaform Plus.
Die neue Produktlinie von Collagen Aesthetics für Falten, Lippenverschönerungen und Formkorrekturen.
Sicher, effektiv und schnell und ohne vorherigen Hauttest.

Informationen unter: Tel. 0211.16895-15 oder im Internet: www.hylaform.de

Hylaform®

Only the Style 410 matrix of breast implants from Mc Ghan offers such a range of shape and choice to meet virtually any patient requirement. Style 410 Breast Implants are available in an innovative combination of height, width and projection options. Surgeons can select from nine different shapes in low, moderate and high projections with a variety of base widths. It is this range of selection that affords more planning options to meet a broader range of patient needs, and facilitate desired outcome.





STYLE 410

More Shapes. More Choices.

Hansaallee 201
40549 Düsseldorf
Tel: 0211/16895-0
Fax 0211/16895-16