Plastische CHIRURGIE

3. Jahrgang • Heft 1
März 2003

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



Aktuelle Nachrichten

Ergebnisprotokolle der Mitgliederversammlungen von VDPC und VDÄPC

Als Medizinstudent oder Plastischer Chirurg in die USA

VDÄPC-Infobroschüren für Patienten

Vom Nutzen und Nachteil der Schönheit

Molekulardiagnostik bei Schwerbrandverletzten

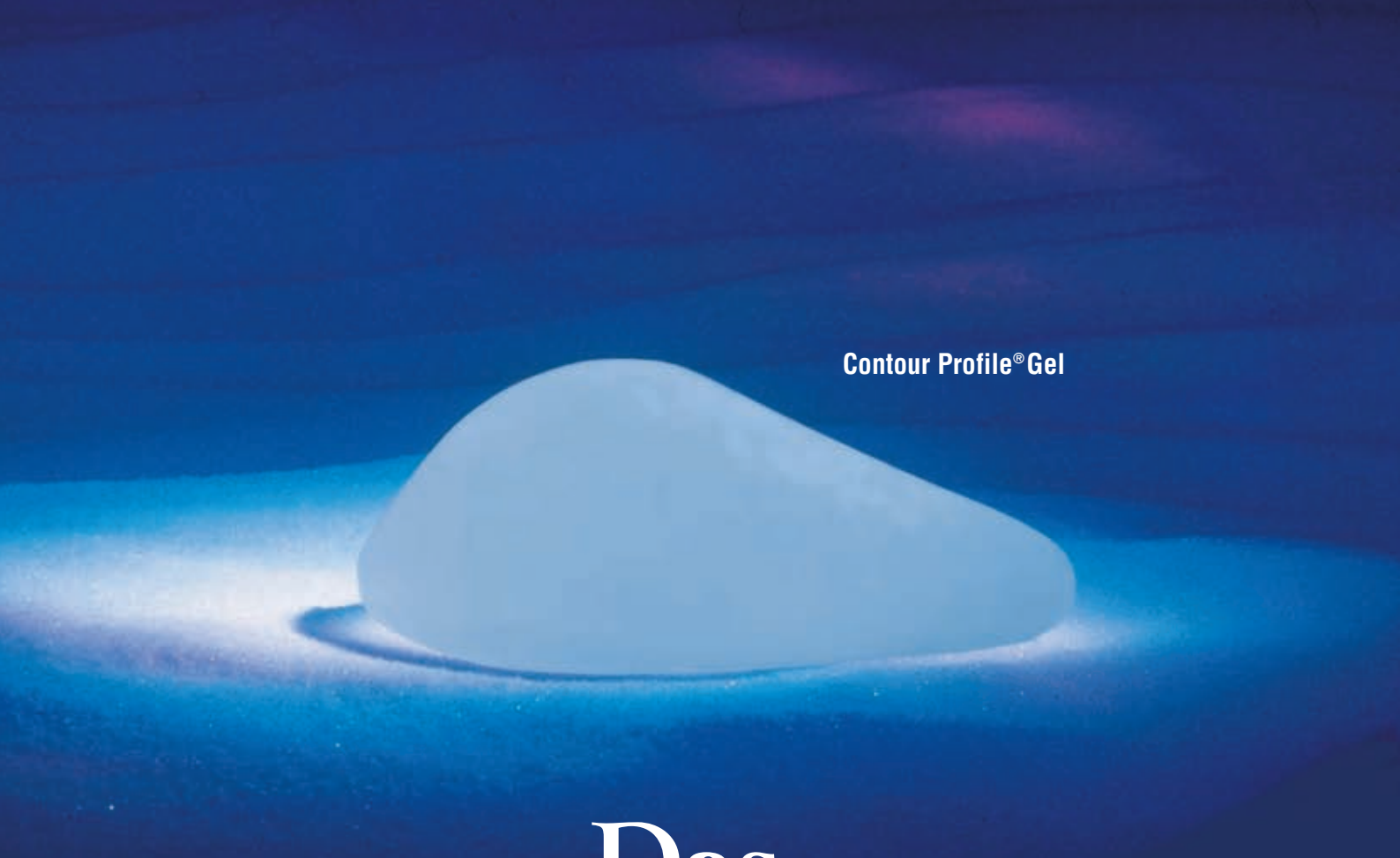
EEG-Narkosesteuerung

Brustvergrößerungen: Die größten Legenden

Tagungsberichte

Eine Publikation des Kaden Verlags
KADEN

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



Das anatomische kohäsive Gelimplantat

MENTOR
Deutschland GmbH

Ihr Partner in der Plastischen Chirurgie

Ludwigstraße 45 · Haus C · D-85399 Hallbergmoos
Telefon: 08 11 / 6 00 50 - 0 · Telefax: 08 11 / 6 00 50 - 11

Der Plastische Chirurg zwischen „Schönheitschirurgie“ und Versorgungsauftrag

Ein Blick in die Medien dieser Tage öffnet uns die Augen für ein Spannungsfeld, in dem die Berichterstattung über die Möglichkeiten der Schönheitschirurgie ebenso viel Raum einnimmt wie die Bedrohung durch einen erneuten Krieg im Nahen Osten. In diesem Kontext erscheinen die Aktivitäten einiger Plastischer Chirurgen, sich in PR-Kampagnen mit selbsternannten „Schönheitschirurgen“ zu messen oder zu verbünden, in der Tat bedenklich.

Die VDPC ist stolz darauf, inzwischen mehr als 1 000 Mitglieder zu zählen.

Die Mehrheit dieser Ärzte ist während ihres Berufstages – und häufig auch nachts – damit beschäftigt, das zu erfüllen, was wir als Vertreter eines Fachgebietes unseren Patienten schuldig sind – den medizinischen Versorgungsauftrag. Da unser Gebiet sehr komplex ist, wurde ein anschauliches Säulenmodell geschaffen, in dem die Rekonstruktive Chirurgie, die Handchirurgie, die Verbrennungschirurgie und die Ästhetische Chirurgie das gleiche Gewicht tragen. Diese Inhalte sind es, die den Plastischen Chirurgen als Facharzt deutlich von einem selbstgekürten „Schönheitschirurgen“ unterscheiden. In unserer Weiterbildungsordnung spiegeln sich die Inhalte als quantitative Operationsleistung. Für die Qualität dieser Leistungen steht die VDPC mit ihren vorbildlichen Aktivitäten ein: 71 Fortbildungsseminare waren es im Jahr 2002, in denen die Assistenten in Weiterbildung eine intensive Schulung zur Erfüllung unseres Versorgungsauftrages erhalten haben. Welche Akademie erreicht diese Qualität und Vielfältigkeit? Die Jahrestagungen der VDPC und der VDÄPC zeigen höchstes wissenschaftliches Niveau; ebenso die Seminare, die unter dem Patronat der VDPC und der VDÄPC ausgerichtet werden.

Kein chirurgisches Fach hat in den letzten zehn Jahren eine vergleichbare Entwicklung genommen wie die Plastische Chirurgie. Die Zahl der Weiterbildungsstätten ebenso wie die der Niederlassungen unserer Fachärzte belegt diese Entwicklung. Mag die „Schönheitschirurgie“ in den Medien attraktiv wirken und für manchen auch die essentielle Grundlage persönlicher Lebensqualität sein, die Zukunft des gesamten Gebietes wird davon bestimmt, in welcher Qualität der Versorgungsauftrag durch Plastische Chirurgie erfüllt wird.

Die Ästhetische Chirurgie ist und bleibt nur eine der vier tragenden Säulen – zwischen denen die Übergänge fließend sind. Der als Facharzt qualifizierte Plastische Chirurg beherrscht aufgrund seiner Ausbildung diese Inhalte, die er in mindestens sechsjähriger Weiterbildungszeit erworben hat. Die Plastische Chirurgie ist ein komplexes Gebäude, dessen Zukunft auf der Einheit der vier Säulen steht.

Priv.-Doz. Dr. Klaus Exner
Vizepräsident der VDPC und Herausgeber

»Können Sie sich eine Zukunft *ohne* persönlichen Service vorstellen?«



Unsere Innovationskraft und die Qualität unserer Produkte ist weltweit anerkannt.
Aber nicht das allein hat Ethicon zum Marktführer gemacht.

Es sind die **Menschen**, die hinter dem Namen Ethicon stehen.
Deren tief verwurzeltes Selbstverständnis, der Chirurgie ein hochverantwortlicher Partner zu sein.
Die permanente Bereitschaft, sich persönlich für alle Probleme und Aufgaben,
die seitens unserer Kunden an sie herangetragen werden, einzusetzen.
Lösungsorientiert und fernab jeder Bürokratie.
Kompromisslos zuverlässig und mit der Fachkompetenz, die alle Ethicon Mitarbeiter auszeichnet.

In dem Bewusstsein, dass die Zukunft der Chirurgie unsere eigene Zukunft mitgestaltet,
ist unsere Kontinuität und der außerordentliche Service, den wir jeden Tag leisten,
eine Investition in die Synergien von morgen.

Sie sind herzlich eingeladen, am persönlichen Ethicon Service zu partizipieren.
Schicken Sie uns ein Mail (support@ethde.jnj.com) oder sprechen Sie mit Ihrem Ethicon Berater.

Ethicon Products
WORLDWIDE

Kunden oder Patienten?

Gesundheit als Kaufhausware macht Schlagzeile – Ästhetisch-Plastische, vulgo „Schönheits-Chirurgie“, wird als Konsumgut (Abteilung Verbrauchsgüter) von PR-Agenturen für einschlägige Ärzteorganisationen über die Medien in die öffentliche Meinung transportiert, so intensiv, daß es selbst die Ärzteschaft beeinflusst. – Ist es das unser Wunschziel?

Sehen wir uns als Anbieter einer Ware „operative Wunschleistung“ – oder in der Dienstleistung als gut ausgebildete, technisch begabte Erfüllungsgehilfen für Lifestyle-Träume? Oder doch eher traditionell als Ärzte, die Patienten (patiri = aushalten, dulden, erdulden, ertragen, leiden, erleiden) behandeln und nicht Kunden bedienen.

Ist die ärztliche Ethik der Elfenbeinturm der vergangenen Zeit und daher nicht zeitgemäß?

Ist unser Berufsstand in Definitionsschwierigkeiten? Gelten die hippokratischen Grundsätze nur für spezielle Fachrichtungen, eventuell nur für Notfallmedizin oder für ausgleichende freiwillige Einsätze in der Dritten Welt?

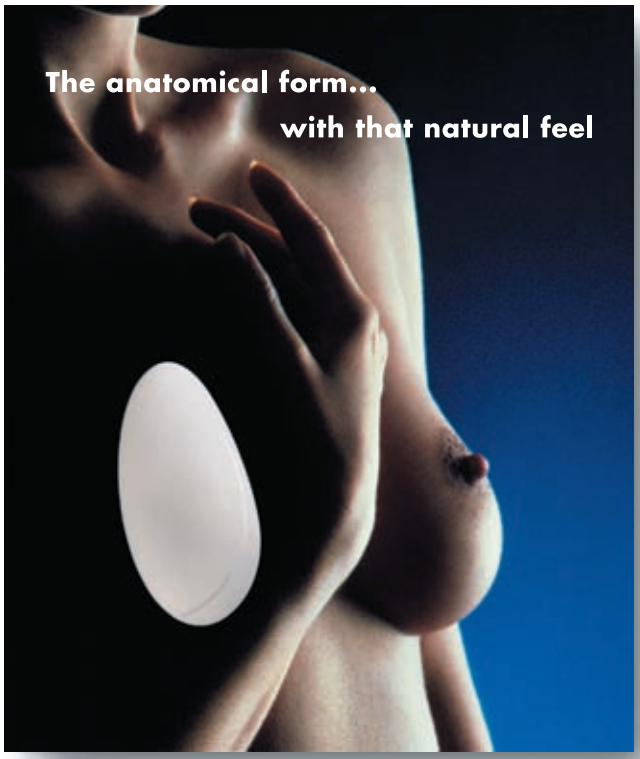
Im Zeitalter der Neuordnung ärztlicher Vergütung – siehe DRG – ist es da nicht nur logisch und notwendig, sich auch als Arzt marktwirtschaftlich zu verhalten. Mit allen daraus folgenden Mechanismen: Wirtschaftliche Abwägung vor der Behandlung mindestens gleichwertig wie therapeutische Überlegungen, Investition von Zeit und finanziellen Mitteln in Werbestrategien gleichwertig mit fachlicher Weiterbildung und wissenschaftlichen Arbeiten.

Sicher ist, daß ein Paradigmenwechsel ansteht – aber wie so oft liegt die Wahrheit wohl in der Mitte: Wirtschaftliche Erwägungen sind innerhalb der Medizin mit ihren immer ausgefeilteren Techniken zunehmend erforderlich. Die Verantwortung für die Patienten mit zu übernehmen und die ärztliche Ethik in den Vordergrund zu stellen steht aber nicht im Gegensatz dazu.

Und wenn das Pegel, wie jetzt zu stark in die eine Richtung schwingt, ist Empörung sicher sinnlos, sondern Standortbestimmung eher hilfreich.

Die Besonderheiten unseres Berufes des Arztes für Plastische Chirurgie, die den Menschen, die sich uns anvertrauen buchstäblich unter die Haut geht, sollten wir nicht aufgeben. Ich bin und war immer mehr Ärztin als Unternehmerin, denn um unternehmerisch erfolgreich zu sein, finde ich es zu mühsam den Umweg über den ärztlichen Beruf zu wählen.

Dr. Constance Neuhann-Lorenz
Präsidentin VDÄPC









- 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:
Priv.-Doz. Dr. med. K. Exner, Frankfurt/Main
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 € 80,– (inkl. 7% MwSt. zzgl. Porto und Versand). Einzelheft außerhalb des Abonnements € 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: Heidelberger Reprographie, 69214 Eppelheim

Inhalt

Editorial

Der Plastische Chirurg zwischen „Schönheitschirurgie“ und Versorgungsauftrag 1
K. Exner

Kunden oder Patienten? 3
C. Neuhann-Lorenz

Nachrichten

Brandblasen durch Laptop 6

Besser tot als vor Gericht 6

Neue Schwierigkeiten mit ehemaliger Skandalklinik 6

Brustimplantate: EU empfiehlt strengere Vorschriften 8

VDPC – Ergebnisprotokoll der Mitgliederversammlung 9

VDÄPC – Ergebnisprotokoll der Mitgliederversammlung 11

Als Medizin-Student oder Plastischer Chirurg in die USA 13

Transplantationen: Neues Gesicht zu vergeben 16

Patienten-Informationsbroschüren – aktueller Stand 17

Organtransplantation: Leben mit zwei neuen Armen 18

Liposuktion statt Hernien-OP 18

Einladung: Deutscher Plastischer Chirurgenkongreß in Freiburg 2003 19

Übersicht



Das Urteil des Paris
oder
Vom Nutzen und Nachteil der Schönheit 21

Fortbildung

Molekulare mRNA-Diagnostik bei Schwerbrandverletzten 29

Präzise Narkosesteuerung anhand des EEG 31



Brustvergrößerungen: Die größten Legenden 35

Tagungsberichte

Internationales Fachsymposium in Köln 44

Der Fibrinkleber in der ästhetischen Chirurgie 45

Pressekonferenz beim VDPC/VDÄPC-Jahreskongreß 2002: Plastische Operationen kein Tätigkeitsgebiet für Autodidakten 49

Rubriken

Vorstandsgremien VDPC/VDÄPC 8

Kongresse 52

Personalia 34, 48

Schönheitschirurgie

Besser tot als vor Gericht



Ein 59jähriger „Schönheitschirurg“ aus Hamburg hat gleich dreimal versucht, sich das Leben zu nehmen. Offenbar wollte er einem anstehenden Prozeß und der befürchteten Verurteilung wegen gefährlicher Körperverletzung entgehen. Der Mediziner ließ sogar seine eigene Todesanzeige drucken – die der mit dem Fall befasste Richter am Erscheinungstag zufällig las und daraufhin Nachforschungen anstellte. Statt „erlöst und eingeschlafen“, wie der Arzt vorab formuliert hatte, fand der Richter den Arzt als Patienten im Universitätskrankenhaus Eppendorf – in psychisch desolatem Zustand doch körperlich unversehrt. In die dortige psychiatrische Abteilung war der Chirurg nach den drei fehlgeschlagenen Selbstmordversuchen schließlich eingeliefert worden. Bereits ein Jahr zuvor hatten die ersten Patientinnen der noblen „Face Aesthetic-Praxisklinik“ Klage eingereicht, weil die dort durchgeführten Liposuktionen mit großflächigen bleibenden Deformationen einhergegangen waren. Einem Bericht des *Hamburger Abendblattes* zufolge verurteilte das Hamburger Landgericht den Angeklagten Anfang März 2003 zu einer Bewährungsstrafe von einem Jahr und neun Monaten und sprach ein vierjähriges Berufsverbot aus. Im Anschluß wurde die Hamburger Gesundheitsbehörde aktiv und entzog dem Arzt die Approbation endgültig. ☐ CM

Schönheitschirurgie

Neue Schwierigkeiten mit ehemaliger Skandalklinik

Trotz diverser Auflagen soll die Arbeit in der skandalträchtigen Dortmunder Privatklinik für plastisch-ästhetische Eingriffe, die im vergangenen Jahr von der Stadt geschlossen worden war, offenbar wie gehabt weitergehen. Darauf deutet zumindest die tatkräftig betriebene Werbung hin. Statt „ChiroClinic“ nennt sich die Einrichtung jetzt zwar „Contures“ – doch sonst ist alles wie gehabt: Identische Texte, dieselben Fotos und ein unverändertes Logo zeugen nicht gerade von einem Neuanfang. Neue Schwierigkeiten stehen allerdings bereits ins Haus: Die Ärztekammer hat ihre Zustimmung zu einem der neuen Operateure verweigert; dieser sei zwar ein erfahrener Handchirurg – für Brusteingriffe jedoch nicht ausreichend qualifiziert. Man werde den neuen Betreiber der Klinik „freundschaftlich davon informieren“, erklärte der Leiter des Düsseldorfer Ordnungsamtes. Gegen die Ex-Betreiber laufen derzeit wegen eines ungeklärten Todesfalls und weiterer Mißstände mehrere Prozesse. ☐ CM



Aktuelle Literatur

Brandblasen durch Laptop

Eine Stunde Arbeit im Lehnstuhl mit dem Laptop auf dem Schoß hatte für einen 50-jährigen Schweden fatale Folgen: Zwei Tage später stellte der zwischenzeitlich konsultierte Arzt starke Hautrötungen und mehrere Brandblasen an den Geschlechtsteilen des Wissenschaftlers fest. Wie der Mediziner Ostenson aus Stockholm in einer Zuschrift an *Lancet* kürzlich berichtete, heilten die Verbrennungen des Patienten innerhalb von etwa zehn Tagen ohne



Komplikationen ab. Offenbar entwickeln die Geräte – in besagtem Fall handelte es sich um ein Dell Latitude Notebook – an ihrer Unterseite stellenweise eine Temperatur von über 50 Grad. Die Hersteller warnen jedoch lediglich davor, die tragbaren Computer direkt auf der Haut zu plazieren; daß selbst in vollständig bekleidetem Zustand Verbrennungsgefahr bestehen kann, war bislang nicht bekannt. ☐

God Bless America

Internet-Seiten, die dem Schutz und der Verbesserung der Gesundheit dienen, werden durch sogenannte Porno-Filter nicht blokkiert. Zu dieser Erkenntnis ist jetzt eine amerikanische Studie gekommen, die untersucht hat, ob solche Filtersysteme – die den Zugriff auf pornographische Seiten anhand bestimmter Schlüsselwörter blockieren – möglicherweise auch auf das Wort „Brust“ reagieren. ☐ CM

Wir setzen den Maßstab im Allergieschutz



Biogel® Skinsense™ N

Latexfreier OP-Handschuh

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

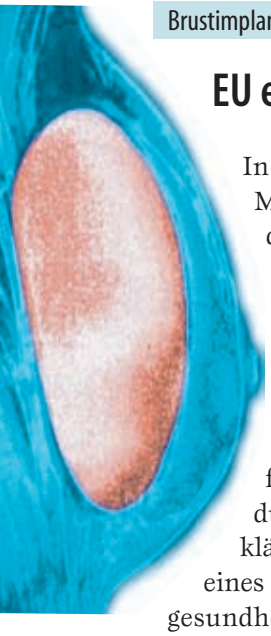
Handel und Vertrieb:
Regent Medical
Eine Division der
London International GmbH
Edisonstraße 5 · D-63477 Maintal

Telefon: 06181 408294
Telefax: 06181 408300
Website: www.regentmedical.com

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

REGENT®

Biogel®



Brustimplantate

EU empfiehlt strengere Vorschriften

In einem Appell an die Mitgliedsstaaten fordert das Europäische Parlament strengere Regeln im Umgang mit Brustimplantaten: Die Mitte Februar 2002 mit großer Mehrheit verabschiedete Empfehlung will Frauen durch verbesserte Aufklärung über die Risiken eines solchen Eingriffs vor gesundheitlichen Problemen nach einem plastisch-ästhetischen Eingriff schützen. Anlass waren, so erklärte eine EU-Abgeordnete „tausende von Hilferufen betroffener Frauen an den Petitionsausschuss des Parlaments. Die meisten von ihnen hätten sich niemals einer Operation unterzogen, wenn sie vorher besser über die Risiken aufgeklärt worden wären“, betonte die Abgeordnete.

Brust-OP: Spezieller europaweit einheitlicher Implantat-Pass soll Eingreifen bei gesundheitlichen Problemen erleichtern

Die Vorschläge des EU-Parlaments gehen zum Teil weit über die bisherigen nationalen Vorschriften hinaus: So soll beispielsweise ein EU-weit gültiger Ausweis für alle Implantatträgerinnen eingeführt werden, in dem Beschaffenheit und Herstellungsnummer des Implantats sowie der Chirurg, der den Eingriff vorgenommen hat, vermerkt sind. Alle Pässe sollen zudem in einer europäischen Kartei registriert werden, so daß bei Problemen schnell reagiert werden kann. Alle Frauen, die ein Implantat tragen, sollen darüber hinaus mindestens einmal pro Jahr untersucht werden. Brustimplantate für Frauen unter 18 Jahren sollen generell verboten sein, sofern sie nicht medizinisch indiziert sind, so die Forderung des Parlaments. Außerdem will man Werbung für eine chirurgische Brustverschönerung drastisch beschränken – Vorher-Nachher-Vergleiche durch Fotos sogar generell verbieten. Alle an Implantaten Interessierten sollen ausführlich schriftlich über die Risiken aufgeklärt werden. Ob und inwieweit die einzelnen Mitgliedsstaaten diese Empfehlungen umsetzen, ist jedoch unklar. Gesetzgebende Kompetenzen besitzt das Europäische Parlament in dieser Frage nämlich nicht. □ CM

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	Dr. med. Constance Neuhann-Lorenz, München
Vizepräsident	Prof. Dr. med. Rolf Rüdiger Olbrisch, Düsseldorf
Sekretär	Dr. med. Detlef Witzel, Berlin
Schatzmeister	Dr. med. Goswin von Mallinckrodt, München

Anzeige

Komplette Jahrgänge der Zeitschrift „Plastic and Reconstructive Surgery (PRS)“ in gebundener Form zu verkaufen.
Vorhanden sind die Jahrgänge 1987 bis einschließlich 1996, sowie aus dem Jahre 1998 Band 101 und 102, Teil 1.
€ 450,– pro Band

Gemeinschaftspraxis Dr. Lampe, Dr. Wolters
Oeder Weg 2–4, 60318 Frankfurt, Telefon (069) 598005, Fax (069) 598007, E-Mail: info@plastische-chirurgie-ffm.de

Ergebnisprotokoll

Die ordentliche Mitgliederversammlung fand am 19. September 2002, 15.45 bis 18.30 Uhr, im Kongreßzentrum Heidelberg statt.

Anwesend waren 168 ordentliche Mitglieder (lt. Unterschriften in der Anwesenheitsliste). Zunächst Begrüßung durch den Präsidenten und einstimmige Genehmigung der Tagungsordnungspunkte: Unter Varia sind hinzugefügt:

- Joint-Meeting der deutsch-brasilianischen Plastischen Chirurgen für das Jahr 2003.
- Jahreskongreß der VDPC 2005
- Weltkongreß 2007 in Berlin
- Fragen zu den Fallpauschalen.

Es folgte die Genehmigung des Ergebnisprotokolles der außerordentlichen Mitgliederversammlung der VDPC in Berlin vom 10. Mai 2002. Im Mitteilungsblatt der VDPC wurde bereits eine Korrektur des Ergebnisprotokolls vorgenommen: Nicht die Herausgabe des Mitteilungsblattes, sondern das Pflichtabonnement der Zeitschrift *Handchirurgie, Mikrochirurgie und Plastische Chirurgie* für das Jahr 2001 hatte Kosten in Höhe von DM 62000,– verursacht. Das Ergebnisprotokoll wurde nun einstimmig angenommen.

Mitglieder

Der Präsident erwähnte, daß mit den Neuanträgen auf Mitgliedschaft die VDPC die „Schallmauer“ von 1000 Mitgliedern durchbrochen hat. Bei den Anträgen auf außerordentliche Mitgliedschaft für die VDPC wurden alle in der versandten Liste genannten Personen, mit Ausnahme von Herrn Wolfgang Funk (München) – bei dem es Einwände gab – einstimmig angenommen. Ebenso wurden verspätete Anträge von Frau Dr. Opitz (Düsseldorf) und Dr. Flügler (Rheine) einstimmig angenommen. Bei den Umwandlungen von außerordentlichem Mitglied zum ordentlichen Mitglied der VDPC wurden die später eingegangenen Anträge von Dr. Möcklinghoff (Bochum), Dr. Alamuti (Bad Kreuznach) und Dr. Fabian (Köln-Merheim) ohne Gegenstimme angenommen. Der Antrag von Dr. Hernandez-Richter (München), vom letzten Jahr wurde nach Vervollständigung der Unterlagen angenommen.

Alle aufgelisteten Anträge auf ordentliche Mitgliedschaft wurden einstimmig angenommen. Die Anträge von Dr. Kremer (München) und Frau Dr. Pohl (Hannover) wurden wegen Klärungsbedarf mit drei Stimmenthaltungen zurückgestellt.Unser Vertreter im Vorstand des Berufsverbandes der Deutschen Chirurgen, Prof. Germann (Ludwigshafen), berichtete über die Entscheidung der ständigen Weiterbildungs-Kommission der Bundesärztekammer, keine Schwerpunkte in den chirurgischen Fächern (z. B. bei der Handchirurgie) zuzulassen. Ferner ist vorgesehen, nach der neuen Weiterbildungsordnung die Weiterbildungsermächtigungen erneut zu überprüfen.

Verbindungen zu anderen Fachgesellschaften, Kommissionen und Verbänden

Priv.-Doz. Dr. Exner (Frankfurt) berichtet, daß mit dem neuen Präsidenten Prof. Dr. Encke die Chirurgie besser vertreten ist, sodaß geplant wird, die FomwF in Zukunft als Arbeitskreis in die AWMF zu integrieren. Dr. Peek (Frankfurt) ist inzwischen Chefarztnachfolger von Prof. Feller in Vogtareuth. Für ihn wird Prof. Menke (Ludwigshafen) als Vertreter der VDPC bei der FomwF mit einer Stimmenthaltung gewählt. Die Vertreter der UEMS (Prof. Eckert, Prof. Berger) fehlen entschuldigt. Vertreterin bei der EQUAM ist Frau Dr. Eisenmann-Klein (Regensburg) – nicht Prof. Olbrisch. Sie berichtete, daß die Brustimplantate und Sizer inzwischen keine Zulassung zur Resterilisierung mehr haben. Bei dieser Gelegenheit wird auf die steigende Zahl von Brust-Kompetenz-Zentren – Vorreiter ist das Land Nordrhein-Westfalen – hingewiesen, wo die Präsenz der plastischen Chirurgen unbedingt erwirkt werden muß: Hierzu Erfahrungen von Prof. H.-U. Steinau, von Frau Dr. M. Eisenmann-Klein usw.

Nun der Bericht des Präsidenten: Es kommt zu einer lebhaften Diskussion über die Präsenz von Prof. Steinau als VDPC-Präsident, bei der kommenden Veranstaltung der „Ausbildungsakademie Aesthetische Chirurgie“, unter Beteiligung von Prof. Mang. Er beabsichtigt bei der Einführungsveranstaltung einen Vortrag zum Thema Kompetenz und juristische Aspekte in der ästhetischen Chirurgie zu halten und sich an der paritätischen Besetzung des wissenschaftlichen Beirates zu beteiligen. Die Vertreter der wissenschaftlichen Fachgesellschaft der HNO-Heilkunde und der Mund-, Kiefer- und Gesichts-Chirurgie werden ebenfalls einen Einführungsvortrag halten. An der sehr lebhaften Diskussion beteiligen sich unter anderem Prof. Stark

(Freiburg), Frau Dr. M. Eisenmann-Klein und Frau Dr. C. Neuhann-Lorenz (München), die sich gegen eine Teilnahme aussprechen – Prof. Biemer (München) und andere votieren dafür. Prof. Steinau hält es für notwendig, unserer Vereinigung gegenüber anderen Gesellschaften zu öffnen, um nicht den Anschluß an die schnelle Entwicklung zur Ästhetischen Chirurgie zu verpassen. Der Antrag, daß kein Vorstandsmitglied der VDPC an solchen Veranstaltungen beteiligt sein sollte, findet keine Mehrheit (38 dafür, 13 Enthaltungen, über 80 dagegen). Prof. Steinau wird demnach an der Veranstaltung teilnehmen. Die VDPC wird gegenüber der Presse eine Stellungname zum Thema abgeben.

Mitgliedsbeiträge

Der Schatzmeister, Dr. Lampe (Frankfurt) bittet um Zustimmung für eine Erhöhung der Mitgliedsbeiträge wegen der gestiegenen Kosten. Es sollten in Zukunft Euro 100,– für ordentliche Mitglieder und Euro 50,– mehr für assoziierte Mitglieder veranschlagt werden. Sein Antrag wird mit sechs Gegenstimmen und 17 Enthaltungen angenommen.

Zusätzliche Beiräte

Der nächste Tagungsordnungspunkt betrifft die Berufung eines sechsten Beirats für Wissenschaft, Weiterbildung und Qualität. Dafür ist eine Satzungsänderung notwendig. Die Satzungsänderung wird von mehr als dreiviertel der Anwesenden angenommen (6 Nein-Stimmen und 10 Enthaltungen). Die Satzungsänderung wird vom Sekretär der VDPC notariell beim Amtsgericht Ludwigshafen eingetragen. Als sechster Beirat kandidieren Frau Dr. Eisenmann-Klein und Prof. Menke. Frau Dr. Eisenmann-Klein wird mit 110 Stimmen gegen 44 Stimmen für Prof. Menke für zwei Jahre gewählt.

Ehrenkodex

Aufgrund verschiedener Vorgänge sieht sich der Vorstand dazu veranlasst, den Ehrenrat zu bitten, nach § 14 unserer Satzung einen Entwurf für einen Ehrenkodex zur Vorlage bei der nächsten Mitgliederversammlung zu verfassen. Die anwesenden Mitglieder des Ehrenrates stimmen zu. Der Präsident beglückwünscht danach Dr. Borges (Freiburg) und Dr. Felmerer (Wuppertal) zum VDPC-Reisestipendium.

Varia

Kongreß der VDPC 2005: Hannover (Frau Prof. Flügel und Prof. Vogt) und München (Dr. Graf von Finckenstein und Priv.-Doz. Dr. Gabka) bewerben sich jeweils mit einer kurzen Präsentation. München erhält mit 81 Stimmen gegen 53 den Zuschlag. Dr. Giunta (München) beantragt die Berufung eines siebten Beirats als Vertreter der assoziierten Mitglieder. Es wird darauf verwiesen, daß dies eine weitere Satzungsänderung erfordert, die in der Tagungsordnung angekündigt sein muß. Es kommt trotzdem zu einer Abstimmung mit 81 Für-Stimmen und 25 Gegen-Stimmen. Anschließend werden Kandidaten für den siebten Beirat genannt: Dr. von Heimburg (Aachen), Dr. Heitmann (Ludwigshafen), Priv.-Doz. Dr. Fansa (Magdeburg), Dr. Allert (Hameln). – Dr. von Heimburg wird mit 34 Stimmen gegen jeweils 20 für Dr. Heitmann, und 16 Stimmen für Dr. Fansa gewählt. Diese Satzungsänderung wurde nicht satzungskonform getroffen (keine schriftliche Bekanntgabe in der zugesandten Tagungsordnung, keine Aufnahme in der Tagungsordnung bei Beginn der Mitgliederversammlung) sondern als Ad-hoc-Entscheidung unter Varia. Bedingt durch die fortgeschrittene Zeit konnte keine Klarheit über die Zahl der noch anwesenden Mitglieder und somit über das Erreichen der notwendigen dreiviertel Mehrheit erzielt werden. Bedarf deshalb der Ratifizierung bei der nächsten Mitgliederversammlung. Es wurde schließlich über den IPRAS-Welt-Kongreß 2007 in Berlin diskutiert. Prof. Olbrisch (Düsseldorf) und Dr. Bruck (Berlin) hatten bei der Mitgliederversammlung 2001 in Frankfurt, den Auftrag erhalten, den Kongreß vorzubereiten. Der nun anwesende Prof. Olbrisch schlug vor, den Kongreß vom 24. bis 29. Juni 2007 am Alexanderplatz zu veranstalten. Dr. Bruck war verhindert. Ein Veranstaltungsplan wurde bereits entworfen und dem Generalsekretär kurz vor der Jahrestagung der VDPC in Heidelberg unvollständig zugeleitet. Da sich verschiedene Unklarheiten ergeben – insbesondere keine Alternativangebote zur Preiskalkulation des Kongresses vorliegen, wird einstimmig beschlossen, daß Dr. Bruck und Prof. Olbrisch dem Vorstand entsprechende Unterlagen mit weiteren Angeboten kurzfristig nach der jetzigen Jahrestagung der VDPC zuleiten. Der Präsident schließt die Mitgliederversammlung mit Dank an alle für die aktive Zusammenarbeit, trotz der fortgeschrittenen Stunde.

Prof. Dr. Giulio Ingianni, Wuppertal
Sekretär der VDPC

Ergebnisprotokoll

Die ordentliche Mitgliederversammlung fand am 20. September 2002, 15.45 bis 18.30 Uhr, im Kongreßzentrum Heidelberg statt.
Anwesend waren 49 ordentliche Mitglieder. Die Themen werden entsprechend der vorliegenden Tagesordnung abgehandelt.

1. Nach Eröffnung und Begrüßung durch die Präsidentin (7. ordentliche MG-Versammlung) um 15.45 Uhr erfolgt die Genehmigung der Tagesordnung ohne Änderung oder Ergänzung.

2. Das Protokoll der vorhergehenden MG-Versammlung wird einstimmig genehmigt und verabschiedet.

3. Bericht der Präsidentin
3.1 Namensänderung FA: Im Gegensatz zur BÄK haben die LÄK Bedenken bezüglich der Umgestaltung der FA-Bezeichnung, so daß im Moment die Durchsetzung eines Antrages zur Einführung des FA für plastische, rekonstruktive und ästhetische Chirurgie (gesamteuropäische Angleichung) unrealistisch erscheint.
3.2 Vorstellung der Medienberatung (A. Müller)
Durch mehrheitlichen Beschluß (außerordentliche MG-Versammlung vom 9.5.2002) erfolgt ein 1-Jahresvertrag (ca. 15 500 Euro + MwSt. und Auslagen) mit 1/4 jährlicher Teilzahlung zur Probe
- Ziel: Bekanntmachung des Namens der VDÄPC durch Pressearbeit (individueller Verteiler, ≈ 550 Redaktionen)
- Ankurbelung von Veröffentlichungen regelmäßiger Newsletter (monatlich) an die Pressestelle
- Exklusivvertrag der VDÄPC (durch Konkurrenzausschluß)
- Kontrolle über externen Ausschnittdienst
- Bisher: 2 Newsletter, Kongreß Heidelberg – Pressekonferenz (Auftrag Prof. Germann für VDPC/VDÄPC: 21 Journalisten, 230 Pressemappen verschickt)
- nächste Themen: Wie finde ich den adäquaten Plastischen Chirurgen, Liposuktion, Lidstraffung, Brustvergrößerung etc.

Themenbetreuung durch Mitglieder.
Bisher: o. Kosten; erste Zahlung Okt./Nov. 2002

3.3 Ausbildung, Fortbildung (Eisenmann-Klein)
1. Strategisches Coaching (Weiterentwicklung von OP-Techniken, Verfeinerung von Kommunikationstechniken, Strategien zur Qualitätsoptimierung)
2. Akkreditierungssystem von Praxen und ambulanten Operationseinrichtungen
3. Datenerfassung für Brustimplantate (EQUAM)
Als Beilage werden verteilt (Eisenmann-Klein):
- Tätigkeitsbericht der Qualitätssicherungskommission
- Voraussetzung für eine Akkreditierung durch VDPC/VDÄPC
- Checkliste zur Beurteilung der Abteilung / Praxen durch die Besucherkommission
- Erhebungsbogen der VDPC

Von diesen Vorstellungen ist bisher noch zu wenig realisiert worden (Biemer/Lampe).
Bis zur nächsten MG-Versammlung soll ein Bericht vorgelegt werden, über die dann bereits geprüften Einrichtungen. Die Überprüfung soll bei laufendem Praxisbetrieb erfolgen. Eine ISO-Zertifizierung würde 15000 Euro pro Praxis kosten und ist deshalb kaum zu realisieren.

3.4 Modell Freiburg (Stark)
- Kooperationsverträge mit ehemaligen Oberärzten
- Teilzeitverträge (associate professor)
- dadurch erhöhte Anzahl u. a. an ästhetisch-plastischen Eingriffen auch an Universitätskliniken

3.5 Ehrenkodex
In der Ethikkommission (VDPC) sollte ein MG der VDÄPC vertreten sein (jeweiliger Präsident/Präsidentin).
Der Ehrenrat besteht aus MG der VDPC.
Vorschlag Exner: VDÄPC kann sich mit Zustimmung des Ehrenrates der VDPC bedienen.

3.6 Konkurrierende Gesellschaften: DGÄPC – Die Deutsche Gesellschaft für Ästhetisch-Plastische Chirurgie hat zur Zeit 29 MG, von denen nur noch 4 nicht Plastische Chirurgen sind (HNO/Mund-Kieferchirurgie). Neue MG in dieser Gesellschaft müssen in Zukunft den FA für Plastische Chirurgie nachweisen. Deshalb wird bei einer Vereinigung später leichter ein Konsens zu realisieren sein. Eine erneute Vereinigungsverhandlung steht zur Zeit nicht an.

3.7 Infobroschüren für Patienten: Mit der Abstimmung (22 ja/2 Enthaltungen) auf der außerordentlichen MG-Versammlung der VDÄPC am 4.5.2001 (München) wurde der Vorstand er-

mächtigt, von den MG die Summe für die Vorfinanzierung zu erheben.
Dieser Mehrheitsbeschluß der MG konnte bisher wegen der mangelnden Zahlungsmoral nicht umgesetzt werden. Um nicht vertragsbrüchig gegenüber der Druckgesellschaft Gedon u. Reuss zu werden, wird um Fairness der säumigen MG und Bezahlung der zugesagten Finanzierung (jeweils 1.250 Euro) gebeten.

3.8 Vorstellung des Finanzierungsmodells durch Geschäftsführer von Gedon & Reuss, Herrn Dellschau

4. Bericht des Sekretärs (siehe 10. Tagesordnung)
1. Neuaufnahme: Bedingung für die Aufnahme als ordentliches Mitglied
- Erfüllung des geforderten OP-Kataloges
- Zweijährige Berufserfahrung nach deutscher Facharztanerkennung
- FA für Plastische Chirurgie
- Mitglied in der VDÄPC

Ordentliche Mitglieder sind stimmberechtigt und beitragspflichtig.
Assoziierte Mitglieder können werden:
- Ärzte, die sich in der Weiterbildung zum FA für Plastische Chirurgie befinden
- FA für Plastische Chirurgie, die die Bedingungen für eine ordentliche MG nicht erfüllen

Assoziierte MG haben gleiche Pflichten, nicht alle Rechte (nicht stimmberechtigt).
Der Mitgliedsbeitrag beträgt z. Zt. 250 Euro (halber MG-Satz der ordentlichen MG).
Für das Jahr 2002 wurde der Aufnahmeantrag gestellt als:
- Assoziiertes Mitglied: 1 (Westphal)
- Ordentliches Mitglied: 12

Die Bedingungen als ordentliches Mitglied erfüllen 7 Antragsteller (Brunner, Etscheit, Galla, Gröner, Yassine, Pult, Leisen). 5 Antragsteller (König, Menke, Tacke, Vogel-Hermann, Tribull) erfüllen die Bedingungen nicht. Diesen wird die assoziierte Mitgliedschaft angeboten.
Bisherige Mitgliederzahl: ordentliche = 87, assoziierte = 1. Vorläufige MG-Zahl = 101 (Entscheidung auf ordentlicher MG-Versammlung): ordentlich = 94, assoziiert = 7

5. Bericht des Schatzmeisters/Entlastung für das Jahr 2001 (1.1.2001 bis 31.12.2001).
Kassenprüfer sind Exner und Lampe.
Die Entlastung erfolgt einstimmig.
MG die trotz Mahnung innerhalb von 2 Jahren ihren Beitrag nicht bezahlen, werden nach Mahnung und Ankündigung aus der VDÄPC ausgeschlossen, jedoch nach Zahlung der säumigen Beiträge formlos wieder aufgenommen.
MG-Beitrag: ordentliche MG: 500 Euro
assoziierte MG: 250 Euro

6. Bericht des Beirates der VDPC:
Ausbildungsstätte für Ästhetisch-Plastische Chirurgie (Biemer GmbH – Bad Säckingen)
Gegengewicht zu anderen Akademieplänen
Patronat: VDPC/ VDÄPC und ISAPS
Eröffnung: 1.1.2003

7. Bericht Qualitätssicherung: (s. 3.3.) Eisenmann-Klein

8. Bericht ISAPS (Spitalny)
MG der VDÄPC sollten automatisch MG in der ISAPS werden. Dies ist eine Empfehlung des Vorstandes, kein Zwang. Die MG werden entsprechend von dem nationalen ISAPS-Sekretär (Spitalny) angeschrieben. Nächster ISAPS-Kurs (Bewerbung): Berlin 2004 (Bruck)

9. Vorbereitung Tagung 2003 (Freiburg/Stark)
Erste Oktoberwoche. Zeitablauf: OP-Kurse, VDPC/ VDÄPC wie bekannt.
Themen: u.a. Botox, Gewebeaugmentation, Face-/Stirnlifting, Anti-Aging

10. Varia
1. Russische Plastisch-chirurgische Gesellschaft. Einladung zur Kongressteilnahme in Jaroslaw (Wolga) Pfingsten 2003
2. VDÄPC-Kurs: 7.–8. März 2003
Begleitende Maßnahmen beim Facelift (eine Veranstaltung der VDÄPC)
Tagungsort München, Hilton City Hotel, Symposiumsleitung Dr. Neuhann-Lorenz
Hauptthemen: Falteninjektion, Lasertechniken, Implantate, Dermabrasionsmethode, Aspirationslipektomie, Blepharoplastiktechniken, Endoskopische Techniken, Patientenmanagement, Haarverpflanzungen u.a.
Referenten werden sein: Der Vorstand der VDÄPC sowie Gäste.
Das Symposium wird nur für Fachärzte für Plastische Chirurgie zugelassen sein (begrenzte Teilnehmerzahl).

Die Versammlung wird durch die Präsidentin um 18.00 Uhr geschlossen.

Dr. med. Constance Neuhann-Lorenz
Präsidentin/Sitzungsleiterin

Dr. med. Detlef Witzel
Sekretär/Protokollführer

Ausbildung

Als Medizin-Student oder Plastischer Chirurg in die USA



Prof. Dr. Gottfried Lemperle, Dr. Stefan Lemperle (UCSD San Diego, CA), **Dr. Bianca Knoll** (Yale University, New Haven, CT)

„Das Maß aller Dinge sind die USA" – das denken zumindest die Amerikaner. Diese Grundeinstellung hat ihnen nicht nur Freunde in aller Welt eingebracht. Sie hat aber besonders im Bereich der Facharztausbildung Gültigkeit – und das nicht ganz zu Unrecht. Um zum Medizin-Studium in den USA zugelassen zu werden, muß ein deutscher Abiturient ein Jahr Englisch, Mathematik und amerikanische Geschichte an einem US-College nachweisen und den MCAT-Test erfolgreich absolvieren. Strebt ein europäischer Arzt eine klinische Weiterbildung in den USA an, so muß er die „United States Medical Licensure Examination" (USMLE) Teil I und II (inklusive des Clinical Skill Assessment Test (CSA)) und den TOEFL-Test (Test of English as a Foreign Language) bestanden haben. Ausführliche Information hierzu finden Sie unter **www.usmle.org** und **www.toefl.org**

Integrierte Ausbildungsprogramme: Allgemeinchirurgie mit anschließender Rotation durch angrenzende Fachgebiete

Zum Erhalt einer „Medical License" ist mindestens ein Jahr Weiterbildung an einer anerkannten Klinik notwendig und das Bestehen des III. Teils des USMLE. In der plastischen Chirurgie gibt es einige Universitäten, die sogenannte „integrated programs" anbieten – bestehend aus drei Jahren Allgemeinchirurgie mit Rotationen durch angrenzende Fachbereiche wie Orthopädie (Unfallchirurgie), Urologie, usw., und anschließenden drei Jahren plastischer Chirurgie. Integrierte Programme werden sich in den USA zunehmend etablieren, obwohl die Mehrzahl aller Universitäten noch ein Minimum von vier Jahren Allgemeinchirurgie verlangt um für eine anschließende zweijährige Ausbildung in plastischer Chirurgie in Frage zu kommen. Überall in den USA beginnen die Facharztausbildungen am 1. Juli eines Jahres. Das „National Residency Matching Program" (NRMP) verteilt als Zentralstelle alle Kandidaten basierend auf deren persönlichen Präferenzen und den Kandidats-Präferenzen der einzelnen Ausbildungsstätten, nach den obligatorischen Interviews, durch ein sogenanntes „matching" auf die verfügbaren freien Ausbildungsstellen.

Nach Abschluß der Facharztausbildung lassen sich die meisten Plastischen Chirurgen in den USA in einer Privatpraxis nieder

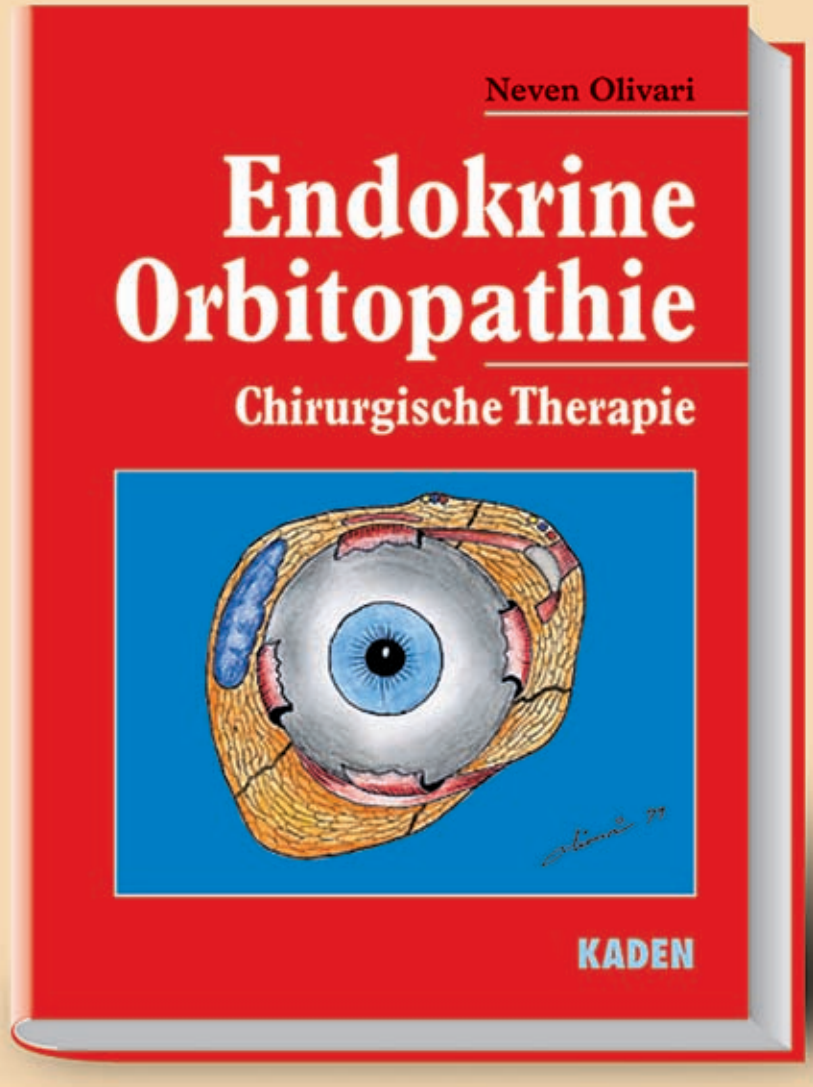
Nach Abschluß der Facharzt-Ausbildung müssen die Kandidaten dann die sogenannten „boards" ablegen, um die „Board Certification" zu erhalten. Dies entspricht der deutschen Facharztprüfung und ist nicht obligatorisch um als Plastischer Chirurg in den USA praktizieren zu dürfen. Die Prüfung besteht aus einer Kombination von Multiple-Choice-Fragen und einer mündlichen Prüfung. Nach Abschluß der Facharztausbildung lassen sich die meisten plastischen Chirurgen in einer Privatpraxis nieder. Nur wenige Kandidaten bewerben sich für eine Anstellung als „assistant professor" und später als „associate professor" an den Universitätskliniken. Außer dem Klinikchef (head of department) oder der Abteilung („Division") – an den meisten US-Universitäten untersteht die plastische Chirurgie noch der Allgemeinchirurgie – sind üblicherweise mehrere niedergelassene Plastische Chirurgen aus dem Einzugsgebiet der Klinik (community surgeons) als kostenlose „consultants" außeror-

INFO

Die Educational Foundation der American Society of Plastic Surgeons (PSEF) erreicht man über: **memserv@plasticsurgery.org**

Das Research Fellowship Committee erreicht man über: **car@plasticsurgery.org**

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 experience in all aspects of plastic surgery but particularly in the orbit, demonstrating a technique which he has pioneered and developed over many years. …

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



Inklusive 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
- € 168,–/SFr 325,–

dentliche Mitglieder der Fakultät und in die Ausbildung der Residents mit eingebunden.

Ein deutscher Gastarzt darf in den USA keine Patienten behandeln oder im OP assistieren

Ausländische Studenten können sich in der Regel nicht um ein Krankenpflege-Praktikum oder eine Famulatur (Clerkship) in den USA beweiben, da sie als solche nicht versicherbar sind! Dagegen werden deutsche PJler und AiPler als „students“ gern gesehen, da sie von Anfang an am Patienten und im Operationssaal eine große Hilfe sind. Sie müssen vorher einen achtwöchigen Aufenthalt an einem englisch sprechenden Krankenhaus nachweisen – etwa eine Famulatur in England oder Australien – und zusätzlich an vielen Universitäten eine Gebühr von 350 Dollar pro Monat zahlen. Außerdem müssen sie den TOEFL-Sprachtest bestanden haben und in Deutschland eine Berufshaftpflicht über zwei Millionen US-Dollar abgeschlossen haben. Unter der Aufsicht ihres „resident“ sollen sie dann Anamnesen erheben, Verbände wechseln und bei Operationen assistieren. Im Gegensatz dazu darf ein Gastarzt – und das ist der einzige Weg für einen deutschen plastischen Chirurgen an einem Universitäts-Hospital zu hospitieren – keine Patienten behandeln oder in einem OP assistieren. Als Clinical Professor (ohne amerikanische Lizenz) darf ich selbst beispielsweise nur in den OPs der hiesigen Universitäts-Hospitäler dabeistehen, jedoch nicht assistieren.



Niedergelassenen plastische Chirurgen suchen oft händeringend nach erfahrenen ausländischen OP-Assistenten

Anders ist dies an privaten Krankenhäusern, Kliniken, und natürlich in Privatpraxen. Dort suchen die plastischen Chirurgen oft händeringend erfahrene ausländische Chirurgen als OP-Assistenten, weil sich die amerikanischen plastischen Chirurgen gleich nach der Residence – d. h. viel zu früh – niederlassen. An den Universitäten mußten sie Unfälle versorgen, Hand-, Mikro- und vorwiegend rekonstruktive Chirurgie praktizieren, sehen aber nur relativ wenig ästhetische Chirurgie, mit der sie dann ihr Geld verdienen wollen. Deshalb ist der einfachste Weg, in den USA sechs bis 12 Monate praktische Erfahrungen zu sammeln, bei einem bekannten plastischen Chirurgen mit zu operieren und sich um ein privates – meist mager bezahltes Fellowship, das meistens von Juli bis Juni ausgeschrieben wird, zu bewerben. Sie finden diese Angebote auf den letzten Seiten der „Plastic Surgery News“, die jedem Mitglied der ASPS – auch den 20 deutschen! – monatlich zugeschickt wird. Voraussetzung für einen solchen Einsatz am Patienten ist das USMLE Part 1 + 2. Den 1. Teil macht man am besten nach dem ersten Deutschen Staatsexamen, den 2. Teil inklusive des CSA nach dem zweiten Staatsexamen.

Wer in die Forschung möchte, muß sich direkt bei den Instituten bewerben – Verzeichnis aller Einrichtungen hilft weiter

Weiterhin gibt es eine ganze Reihe von besser bezahlten Fellowships direkt bei der Educational Foundation der American Society of Plastic Surgeons (PSEF) in Arlington Heights, IL (International Scholar Committee, Rod J. Rohrich, MD). Will man ein oder mehrere Jahre in die Forschung, so bedarf dies am besten einer direkten Bewerbung bei den entsprechenden Instituten. Demjenigen, der noch nicht weiß, wohin er sich am besten wendet, schickt die ASPS/PSEF ein „Plastic Surgery Research Directory“ über alle Forschungsstätten in den USA mit allen Einzelheiten. Der auf eine Bewerbung hin einsetzende Bürokratismus darf einen nicht entmutigen. Wir denken, die Preußen seien Bürokraten: Die amerikanischen Behörden sind jedoch noch viel schlimmer! Da die Gesetze von Staat zu Staat jedoch unterschiedlich strikt gehandhabt werden, gibt es durchaus Ausnahmen von den oben beschriebenen Regeln. Am besten läßt man sich einen amerikanischen Kollegen empfehlen, dessen Office Manager die Sache dann in die Hand nimmt und den entsprechenden Stoß an Fragebögen zuschickt.

Good luck!

Prof. Dr. med. Gottfried Lemperle
302 Prospect Street
La Jolla, CA 92037, USA
glemperle@aol.com

CARITAS-KRANKENHAUS LEBACH

Krankenhaus der Grund- und Regelversorgung

Die caritas trägergesellschaft trier e.V. ist ein kirchlicher Träger von Krankenhäusern, Fachkliniken und Altenhilfeeinrichtungen.

caritas trägergesellschaft trier e.V.

Für die **Abteilung Plastische Chirurgie** des Caritas-Krankenhauses Lebach suchen wir zum nächstmöglichen Termin

eine/n Oberärztin/Oberarzt

mit der Gebietsbezeichnung Plastische Chirurgie.

Als Krankenhaus der Grund- und Regelversorgung mit jährlich insgesamt 8.000 stationären Patienten führen wir die Abteilungen Chirurgie, Unfallchirurgie, Innere Medizin, Hämatologie, Plastische Chirurgie und Intensivmedizin. Die Abteilung für Anästhesie sowie die Radiologische Abteilung mit CT ergänzen unser Leistungsangebot.

Als einzige, mit 23 Betten im Landeskrankenhausplan des Saarlandes ausgewiesene Hauptfachabteilung, umfasst die Versorgung das gesamte Spektrum der plastischen Chirurgie, insbesondere rekonstruktive und ästhetische Mammachirurgie, Behandlung von Verbrennungsfolgen und Handchirurgie.

Die Bereitschaft, für Spezialbereiche Selbständigkeit einzuräumen, ist vorhanden (Stellenplan 1/1/4, Weiterbildungsermächtigung 4½ Jahre und 1½ Jahre Handchirurgie).

Wir suchen eine fachlich und menschlich geeignete Persönlichkeit mit Teamgeist.

Unser Haus ist eine Einrichtung der caritas trägergesellschaft trier e.V. und liegt am Rande der Stadt Lebach in reizvoller Landschaft zwischen Saarbrücken und Trier.

Vergütung und soziale Leistungen erfolgen nach den Arbeitsvertragsrichtlinien in den Einrichtungen des Deutschen Caritasverbandes (AVR). Darüber hinaus erfolgt die leistungsgerechte Beteiligung am Nebentätigkeitsbereich.

Bitte richten Sie Ihre Bewerbung mit Lebenslauf sowie Tätigkeitsnachweisen an

Caritas Krankenhaus Lebach
Herrn Chefarzt Dr. med. Karl-Heinz Kostka
Heeresstraße 49 · 66822 Lebach
Telefon: 06881/501345



Neues Gesicht zu vergeben

Die Meldung sorgte für Schlagzeilen: Britische Ärzte wollen angeblich in Bälde ein vollständiges Gesicht auf einen entstellten Patienten übertragen. Technisch sei eine solche Operation bereits jetzt möglich, erklärte der plastische Chirurg Peter Butler vom Royal Free Hospital in London in der Times. Nun müßte die Gesellschaft entscheiden, ob Eingriffe dieser Art ethisch vertretbar seien, erkärte Butler jetzt bei einem Treffen der British Association of Plastic Surgeons.

Nach Unfällen oder Krebserkrankungen entstellte Patienten könnten ein neues Gesicht erhalten

In Frage für eine solche Transplantation kämen, so Butler, etwa Menschen, die durch Brandwunden, Unfälle oder Krebs schwer entstellt seien. Diese sähen nach der Übertragung allerdings nicht genaus wie der Spender aus, da sich Haut, Muskeln, Blutgefäße und Nerven den jeweiligen Knochenstrukturen des Empfängers anpassen würden. Christine Piff, von der Selbsthilfegruppe „Let's Face it", die selbst durch eine seltene Krebsform entstellt ist und eine Gesichtsprothese trägt, steht Butlers Plänen zwiespältig gegenüber: „Ich selbst hätte Vorbehalte, das Gesicht eines anderen zu tragen", sagte sie. Chirurg P. Butler will nun um die Genehmigung ersuchen, die erste Gesichtstransplantation durchführen zu dürfen, rechnet allerdings damit, daß das Unterfangen gestoppt wird.

Keiner von 120 Befragten war bereit, sein eigenes Gesicht zur Verfügung zu stellen

Butler ist dennoch zuversichtlich, daß er den spektakulären Eingriff früher oder später wagen kann: Auch gegen die ersten Herz- oder Nierenübetragungen habe es zunächst große Widerstände gegeben, erklärte der Mediziner. Bis jetzt würde eine solche OP – unabhängig von medzinischer Machbarkeit und ethischen Vorbehalten – an der mangelnden Spendewilligkeit scheitern. Von 120 Befragten konnten sich zwar einige vorstellen, ein fremdes Gesicht zu tragen. Kein einziger war jedoch bereit, sein eigenes Gesicht – wenn auch nur hypothetisch – zur Verfügung zu stellen.

☐ CM

Patienten-Informationsbroschüren – aktueller Stand

Die Information von Patienten über Methoden und Techniken in der plastischen Chirurgie sind ein wichtiger Bestandteil der täglichen Arbeit des Plastischen Chirurgen. Im Gespräch mit dem behandelnden Arzt und dem Patienten wird zwar Klarheit über die Umstände und das mögliche Ergebnis einer geplanten Operation geschaffen, aber was bleibt davon übrig, wenn der Patient nachhause kommt? Und wie häufig sind schriftliche Anfragen von Patienten zu operativen Eingriffen immer mehr oder weniger ähnlich zu beantworten? Einige Kollegen haben daher unter großem zeitlichen, finanziellen und persönlichem Aufwand Aufklärungsmaterial für ihre eigenen Institutionen entwickelt.

Seit 1999 hat die Mitgliederversammlung der VDÄPC nun der Entwicklung von gemeinsamen Patienten-Informationsbroschüren zugestimmt. Nachdem die Vorfinanzierung für die Entwicklung der Broschüren durch den Verlag Gedon & Reuss zunächst nur zögernd anlief und im ersten Jahr nur zwei Themen entwickelt werden konnten, liegen nunmehr die ersten acht Exemplare unter der Mitwirkung der wissenschaftlichen Beiräte der VDÄPC vor. Diese Broschüren sind mittlerweile in der entsprechenden Anzahl auch an die vorfinanzierenden Mitglieder ausgeliefert worden. Damit stehen von den bisher geplanten 12 Themen bereits die folgend aufgeführten zur Verfügung und können jederzeit von den Mitgliedern beider Vereinigungen zu den u.a. Konditionen angefordert werden:

- Lidstraffung
- Aspirationslipektomie
- Brustvergrößerung



- Faltentherapie/Lippenvergrößerung
- Facelift
- Ohrkorrektur
- Brustverkleinerung
- Bruststraffung

mit Displayständer für jeweils vier Broschürensets

… in Vorbereitung bzw. in Arbeit und demnächst lieferbar sind die Themen:

- Rhinoplastik
- Bauchdeckenstraffung
- Stirnlift
- Narbenkorrekur
- Gynäkomastie

Zu beziehen sind die Patienten-Informationsbroschüren wie auch Displayständer bei dem Verlag Gedon & Reuss, Pütrichstraße 8, 85293 Reichertshausen, Tel.: 08441/760184, Fax: 08441/760183, E-Mail: wolfram.dellschau@mwg.ccn.de (zu sehen unter www.vdaepc.de oder als Ansichtsmuster zu erhalten beim Verlag Gedon & Reuss).

Die Finanzierung dieser anspruchsvollen Informationsreihe für Patienten – verbunden mit Bereitstellung je eines Basiskontingents aller zwölf Broschürenthemen – wurde durch den initialen Beitrag von € 1250,– ermöglicht, den die Mehrheit der VDÄPC-Mitglieder geleistet hat. Die VDÄPC-Mitglieder können die Broschüren, unabhängig von der Bestellmenge zum Vorzugs-Stückpreis von € 0,60 beziehen (alle Preise incl. ges. MwSt., zuzüglich Versandkosten). Auch der Displayständer für jeweils vier Broschürensets ist zum Vorzugspreis von € 9,70 (im Handel für € 13,–) erhältlich.

VDÄPC-Mitglieder, die an der Start-Finanzierung bisher nicht teilgenommen haben, können durch Leistung des initialen Beitrags von € 1278,23 (DM 2500,–) auch nachträglich in den Genuß der Basiskontingente sowie zu dem nachträglich ermäßigten Bezugspreis kommen. Die Mitglieder der VDPC erhalten die Broschüren der Informationsreihe zu nachfolgenden Konditionen:

- 20, 30 und 40er Package Stückpreis : € 0,90
- ab 50 Exemplare je Thema Stückpreis : € 0,75
- sowie Displayständer für jeweils 4 Broschürensets zum Stückpreis von € 9,70

Alle Preise inclusive ges. MwSt., zuzüglich Versandkosten.

Anregungen über weitere Broschürenthemen sind bei der VDÄPC jederzeit willkommen. □



»Heidelberger Schloss II«

Das ideale Ambiente für eine private Klinik im pulsierenden Rhein-Neckar-Dreieck nur kurze 80 Autobahn-km vom Flughafen Frankfurt entfernt. Das in exponierter Lage, im Zentrum Heidelbergs befindliche Ensemble mit dem unter Denkmalschutz stehenden neu-gotischen Gebäude vermittelt einen herrschaftlichen Eindruck, was durch den mit einem Schlosspark zu vergleichenden Barock-/ Renaissance-Garten noch unterstrichen wird.

Bj. 1899/1900; 1992-1994 aufwändige Totalsanierung und Um-/Ausbau. Insgesamt ca. 850 m² Bürofläche (4 Etagen); 150 m² Maisonette-Wohnung; Glasaufzug; 130 m² Nutzfläche plus 90 m² Lager (Lastenaufzug); 29 Tiefgaragenplätze; Grundstück 3.123 m².

Preis: VHS – Exposé unter

www.heidelberger-schloss-2.de
Tel.: 01 77/89 11 3 62

Verwechslung

Liposuktion statt Hernien-OP

Chirurgen im ostfriesischen Leer haben einer Patientin Fett abgesaugt statt wie vorgesehen ihren Leistenbruch zu operieren. Offenbar hat man bei der Vorbereitung des Eingriffs die Unterlagen der Patientinnen verwechselt – die unglücklicherweise den gleichen Namen trugen und sich nach Auskunft des Chefarztes auch noch „ähnlich sahen". Glücklicherweise habe der Eingriff keine gesundheitlichen Folgen für die Patientin gehabt, „schlimmer wäre es, wenn wir ein falsches Bein operiert hätten", erklärte der bestürzte Operateur. Um solche Verwechslungen künftig zu vermeiden, will man nun mit jedem Patienten vor der Narkose kurz über den anstehenden Eingriff sprechen. Zwischenzeitlich hat die versehentlich „verschlankte" Frau jedenfalls auch ihre Hernienoperation gut überstanden; wie sie den ungeplanten plastisch-ästhetischen Eingriff beurteilt, wird allerdings nicht berichtet. □ CM

Organtransplantation

Leben mit zwei neuen Armen

Weltweit zum ersten Mal wurden jetzt an der Innsbrucker Universitätsklinik zwei Hände samt Unterarmen transplantiert. In dem 14-stündigen Eingriff mußten sogar die Oberarmmuskeln des Spenders mittransplantiert werden. Der 41-jährige Empfänger hatte beide Arme durch einen Arbeitsunfall verloren – die Muskulatur seiner Oberarme war dabei ebenfalls schwer geschädigt worden. Dem Patienten geht es nach Auskunft der Transplantationschirurgen bislang gut – man habe bereits mit der Bewegungstherapie begonnen. Die Rehabilitation werde in diesem Fall sicher Monate in Anspruch nehmen. Noch habe der Patient die kritische Phase nicht überwunden, erklärte der Plastische Chirurg M. Ninkovic. □

Deutscher Plastischer Chirurgen-kongreß in Freiburg 2003

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

der hervorragend organisierte Jahreskongreß der VDPC/VDÄPC in Heidelberg in diesem Jahr und die Mitteilung, daß unsere Mitgliederzahl die 1000er Grenze überschritten hat, demonstrieren uns Älteren den gewaltigen Wandel der Plastischen Chirurgie in den letzten 10 Jahren. Die Breite des Faches und die schiere Dimension unserer Vereinigung veranlassen uns in Anknüpfung an Heidelberg für den Kongreß in Freiburg 2003 weitere Überlegungen über eine strukturelle Anpassung nachzudenken. Das Angebot von Parallelsitzungen hat sich sehr bewährt. Neben der Diskussion von Schwerpunktthemen sollte der Jahreskongreß Anlaß sein, einen Überblick über die verschiedenen Bereiche der Plastischen Chirurgie einschließlich der Ästhetischen Chirurgie zu geben. So wird der Operationskurs mit Direktübertragungen aus mehreren OP-Sälen angeboten. Neben den Hauptsitzungen zu den Schwerpunktthemen planen wir Parallelsitzungen zu interessanten Themen mit Übersichtsreferaten im Sinne von „Instructive Courses". Diese werden als Parallelsitzungen wie auch als Frühstücks- und Lunchsymposien stattfinden. Hierbei werden wir versuchen darauf zu achten, möglichst keine allzu großen Interessensüberschneidungen zu haben. Für diese Übersichtssitzungen werden wir uns bemühen, deutsche und internationale Experten für Übersichtsreferate zu gewinnen. Auch etwas vernachlässigte Themen sollen hier angeboten werden und den in Weiterbildung befindlichen Kollegen wie auch denen, die sich nicht schwerpunktmäßig mit diesen Themen befassen, einen guten Überblick zu geben. Bei allem Interesse an der Ästhetik dürfen wir Plastische Chirurgen unsere Rolle in der Rekonstruktion, Hand- und Verbrennungschirurgie nicht vernachlässigen! Diese Faszination der komplexen Möglichkeiten unseres Faches muß weitergetragen werden, damit wir nicht in die Ecke einer Konsummedizin geraten.

UNIVERSITÄTS FREIBURG KLINIKUM

Die räumlichen Voraussetzungen für Parallelveranstaltungen im Freiburger Kongreßhaus sind exzellent. Die Übersichtssitzungen werden sich über den gesamten Zeitraum sowohl bei der VDPC- wie auch der VDÄPC-Tagung hinziehen. Neben den OP-Kursen, den klinischen und experimentellen Sitzungen bieten wir auch erstmals einen Laborkurs zum Erlernen von Grundtechniken des Tissue Engineering an, das ja in der Plastischen Chirurgie zunehmend an Bedeutung gewinnt.

Wir hoffen also, allen Interessierten aus Deutschland, aber auch aus dem für uns so nahen benachbarten Ausland, eine interessante plastisch-chirurgische Woche anzubieten, für die es sich lohnt, die ganze Zeit nach Freiburg zu kommen. Die Freiburger Atmosphäre und das attraktive Umland werden dazu beitragen, eine kommunikative Atmosphäre zu schaffen.

Mein Team und ich freuen sich auf Ihr Kommen!



Professor Dr. med. G. Björn Stark

Academisch Ziekenhuis Groningen

plastischer chirurg



Im Bereich Plastische Chirurgie der Universitätsklinik Groningen (Niederlande) ist die Stelle eines plastischen Chirurgen zu besetzen. Die Vollzeitstelle bietet Ihnen als plastischem Chirurgen die Möglichkeit, Ihre spezialisierten medizinischen Fachkenntnisse in die Behandlung und Versorgung unserer Patienten einzubringen. Sie interessieren sich ganz besonders für Rekonstruktionen im Bereich Kopf und Hals nach onkologischen Resektionen sowie für Handchirurgie, insbesondere Rheumachirurgie. Wissenschaftliche Forschung auf dem Gebiet der plastischen Chirurgie, u.a. bei Nerven und Bewegungsapparat, kongenitalen Fehlbildungen, Biomaterialien und der Wundheilung sind wesentlicher Bestandteil Ihres Fachgebiets und demnach für Sie von großer Bedeutung. Sie vermitteln Ihre Kenntnisse und Fertigkeiten gerne Ihren zukünftigen Kollegen: Assistenzärzten und Studenten. Selbstverständlich entsprechen Ihre eigenen medizinischen Kenntnisse und Fertigkeiten den hohen akademischen Anforderungen und Sie halten sich hinsichtlich der neuesten Entwicklungen in Ihrem Fachgebiet ständig auf dem Laufenden.



Weitere Informationen finden Sie unter **www.werkeninhetazg.nl**
Sie können auch Weitere Informationen über folgende E-mail-Adresse anfordern: j.p.a.nicolai@chir.azg.nl

Ein günstiges Arbeitsfeld für eine erfolgreiche und interessante Karriere

azg

Das Urteil des Paris *oder* Vom Nutzen und Nachteil der Schönheit

Friedmar Apel

Im Jahr 1751, also etwa zu dem Zeitpunkt, an dem die Historiker die Epochenschwelle zur Moderne ansetzen, schrieb der Hallenser Mediziner Johann Christian Bolten: „Die Ästhetik, nach der Erklärung welche der berühmte Herr Prof. Meier in seinen Anfangsgründen aller schönen Wissenschaften davon gegeben, ist eine Wissenschaft von der sinnlichen Erkenntnis und der Bezeichnung derselben überhaupt. Etwas nach den unteren Erkenntniskräften einsehen ist einerlei mit dem, etwas sinnlich erkennen. Die Ästhetik wird uns die Gesetze und Regeln der unteren oder sinnlichen Erkenntniskräfte weitläuftiger anführen und erklären." Der besagte Herr Meier hatte – angeregt von seinem Lehrer Baumgarten – 1844 erstmals eine Vorlesung über Ästhetik als Lehre vom Schönen gehalten. Was den Arzt an diesem neuen Zweig der Philosophie faszinierte und zur Erwartung einer Ästhetisierung der Kuren verführte, war die Einführung des Körpers und seiner Affekte, der Sinnlichkeit, aber auch der Endlichkeit und Verwundbarkeit des leiblichen Menschen in die Erkenntnis, mit der jener Dualismus von Geist und Körper durchbrochen wurde, der seit Descartes die neuzeitliche Philosophie beherrscht hatte – wie auch virtuell der christliche Dualismus von Leib und Seele.



Apoll vom Belvedere im Vatikan

Aufklärer wie Gottsched und Kant wehren sich vehement gegen die Ästhetik

Im Zenit des in Deutschland von protestantischer Bürgertugend getragenen Rationalismus war solch eine Thematisierung der Schönheit als Sinnlichkeit eine Provokation. Der einflußreichste Vertreter des logischen Rationalismus Christian Wolff dekretierte sogleich entsetzt, die Ästhetik sei „elendes Zeug und verderbe die Jugend", am Ende gehe es mit den ästhetischen Sachen noch so weit, „sogar die Bibel ästhetisch erklären zu wollen". So weit kam es dann kurze Zeit später bei Johann Georg Hamann tasächlich, der mit der Bibel in der Hand gegen die Abstraktheit der aufklärerischen Kunsttheorie die Einheit von „Geist, Seele und Sinnlichkeit" propagierte. Umso mehr wetterte auch der Kritikerpapst der deutschen Aufklärung, Johann Christoph Gottsched gegen den Begriff des Ästhetischen, „womit man den schwülstigen, oder wie die Liebhaber der hochtrabenden Schreibart reden, den sinnlichen Ausdruck anzeigen will". Er hielt sich aber hartnäckig, so daß der angesehenste aller Aufklärer, Immanuel Kant sich Anfang der achtziger Jahre noch einmal zu einem Machtwort bemüßigt fühlte. In der

Festvortrag bei der Jahrestagung der VDPC/VDÄPC im September 2002 in Heidelberg.

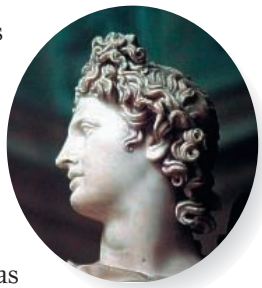
Ästhetik liegt die verfehlte Hoffnung vor, „die kritische Beurteilung des Schönen unter Vernunftprinzipien zu bringen und die Regeln derselben zur Wissenschaft zu erheben. Allein diese Bemühung ist vergeblich.“ Denn gedachte Regeln und Kriterien sind“ an Geschmacksurteile gebunden und können daher niemals zu Gesetzen führen“.

Kein allgemein anerkannter Begriff von Schönheit – Ästhetik ist heute pluralistischer denn je

Tatsächlich hat es die Ästhetik, die strengen Denkern in Kants Nachfolge seither als halbseiden galt, niemals vermocht, einen allgemein anerkannten Begriff der Schönheit zu explizieren. Sie hat schon in der Vorphase ihrer Entstehung mit dem Begriff des Neuen die Wandelbarkeit der Vorstellung von Schönheit in den Blick genommen. Bereits 1740 kam der Schweizer Poetiker Johann Jakob Breitinger zu der Ansicht: „Was zu einer Zeit vor schön, anständig und verwundersam gehalten worden, das kann bei geänderten Sitten in Vergleichung mit neuen Begriffen von dem Schönen einen ganz widrigen Eindruck machen.“ Im Verlauf der Moderne hat die Ästhetik daher nach Kräften daran mitgewirkt, die aus der Antike überkommenen Vorstellungen von Harmonie, Ebenmaß, Stimmigkeit und Sinnfülle in Frage zu stellen, und den Gegenstand der Lehre vom Schönen bis hin zum Häßlichen, Abseitigen und Ekelhaften zu überschreiten. Heute, da die Ästhetisierung aller Lebensbereiche einschließlich der Wissenschaft im Trend liegt, gibt sich Ästhetik mehr denn je pluralistisch und relativistisch oder „dekonstruktiv“ und macht die Offenheit des Begriffs vom Schönen und die Infragestellung von Sinn zum Programm gegen standardisierte Schönheitsbegriffe und Sinnangebote in den Medien wie gegen Geschmacksdiktate von Kritikerpäpsten.

Pathologisierung der Kunst – Goethe hielt das Klassische für „gesund“, das Romantische für „krank“

Gleichzeitig aber wird in den Feuilleton regelmäßig der Verfall des Geschmacks und des Stils beklagt; im allgemeinen Bewußtsein hält sich ein auf Harmonie und allgemeingültige Sinnhaftigkeit gegründeter festlicher Schönheitsbegriff, der bis in die Redewendungen hinein



in der Tradition Goethes und Schillers das Schöne mit dem Guten, Wahren und Gesunden in eins setzt und die moderne Kunst als zersetzend oder gar krankhaft beargwöhnt. Es kann sich dabei auf Herders körperliche Bestimmung berufen, schön sei all das, was sich in der Wahrnehmung gut auf das Ganze des menschlichen Organismus auswirke; Herde glaubte zum Beispiel, daß der Anblick einer schönen Frau oder einen schönen Landschaft gut für die Gesundheit besonders der Augen ist – man hatte ihm im übrigen in einer im 18. Jahrhundert noch riskanten Operation eine Augenfistel entfernt. Auch Goethe kann als Gewährsmann einer ästhetischen Pathologie dienen. Er vermutete in den ästhetischen Tendenzen des 19. Jahrhunderts eine Degeneration der Sinne und diktierte seinem Eckermann in die Feder, das Klassische sei das Gesunde, das Romantische aber das Kranke. Hätte der liberale Geist, der die romantische Kunst in ihren einzelnen Werken durchaus respektierte, geahnt, welche Folgen die Pathologisierung der Kunst in den diktatorischen Regimes des 20. Jahrhunderts zeitigen sollte, hätte er diese Sentenz vermutlich unterlassen.

Die Ineinssetzung von schön und gut geht auf die griechische Vorstellung und Wortbildung der Kaloagathie, also der Schöngutheit zurück, der wichtigstem Leitvorstellung des gebildeten Bürgers der attisches Polis. Diese Vorstellung wurde im Griechenkult der Goethezeit seit Johann Joachim Winckelmanns Formel der „edlen Einfalt und stillen Größe“ zur in sich ruhenden Heiterkeit des Sinnengenusses verklärt. Erst Friedrich Nietzsche und Jacob Burchhardt konfrontierten dieser hellen Oberfläche des Griechentums im Apollinischen die dunkle Tiefenschicht des Dionysischen, das Rauschhafte, aber auch das Traurige, Furchtbare und Barbarische des Griechentums. Demnach erwies sich der hohe Begriff vom Schönen als gottähnlicher Vollkommenheit bereits bei den Griechen als Reaktion auf die Erfahrung des Todes, des Schmerzes und der Gewalt.

Nicht erst die wundersamen Gedichte der Sappho von Lesbos um 600 vor Christus verknüpften den Gedanken der Schönheit mit dem Schmerz und der Trauer um die Vergänglichkeit. Die schönste der Geliebten erregt – besonders wenn sie auch noch mit einem Mann spricht – die größte Angst vor Betrug und Verlust. Da ist dann kein heiteres Genießen des schönen Anblicks mehr, sondern



Die exzellente Wahl
für Ästhetische und
Rekonstruktive Chirurgie

PERTHESE

Mammaimplantate mit kohäsiver Silikongelfüllung

Texturierte Oberfläche

AX Anatomisch
TX Low profile
MX Moderate profile
540 T3 High profile

Glatte Oberfläche

700T Low profile
510T High profile

Derma live
Injizierbare Mikroimplantate
zur Faltenkorrektur

Derma deep
Injizierbare Mikroimplantate zur
Augmentation von Wangen und Kinn

PEROUSE PLASTIE
Silikongel gefüllte Mammaimplantate

VOE®
Kompressionsbandagen
nach Liposuktion

SUTURE STRIP PLUS
Elastische Wundverschlussstreifen

SIL-MED
Geschlossenes Silikon-
Wunddrainagensystem

BIONIX IMPLANTS
Resorbierbares Schraubensystem
für das Augenbrauen- und Stirnlifting

BRENNEN®
Skin Graft Mesher

MEDISKIN®
Tiefgefrorene, sterile Schweinehaut
für die Brandverletztentherapie

NOVAGEL®
Silikongel-Folie zur Narben- und
Keloidtherapie

NOVAMEDICAL

NOVAMEDICAL GmbH
Elisabeth-Selbert-Strasse 5
D - 40764 Langenfeld
Telefon: +49 (0) 2173 / 3 99 55
Telefax: +49 (0) 2173 / 3 99 54 54
Internet: www.novamedical.de
E-mail: info@novamedical.de

Verwirrung des Herzens, der Sinne, des Körpers und der Sprache: „Denn, dich angesehn, in dem Hals laut mir nichts mehr geraten, | Sondern stickt die Zunge zerbrochen, stechend | Feuer im Nu kommt über die Haut gelaufen, Vorm Gesichte nimmer nichts seh ich, drein bei gellen die Ohren …“. Schon die ältesten Mythen und Märchen wußten um die fundamentale Ambivalenz der Schönheit. Der Klang der Sirenen symbolisiert dem sterblichen Menschen den höchsten Wohllaut und höchste Lust und zugleich das ultimative Verderben. So warnen schon die Mythen davor, zu begehren, was die Schönheit verspricht. Odysseus darf den Klang vernehmen, aber dem Ruf kann er nicht folgen, denn er hat sich vorher schon an den Mastbaum der Vernunft und der Disziplin gefesselt.

Der sterbliche Paris soll entscheiden, welche der olympischen Göttinnen die schönste ist

Am deutlichsten warnt die Geschichte vom Urteil des Paris vor der Verabsolutierung der Schönheit. Nach ihr entbrannte auf dem Olymp ein Streit zwischen Hera, Athene und Aphrodite, welcher ein goldener Apfel mit der Aufschrift „der Schönsten“ gebühre. Zeus weigerte sich um des olympischen Friedens willen, die Sache zu entscheiden und verwies die göttlichen Damen an einen Sterblichen: Paris, den Sohn des trojanischen Königs Priamos, der geeignet erschien, weil er selbst ein schöner Mann war, und in dem Ruf stand, an weiblichen Vorzügen besonders interessiert zu sein. Der Anblick der Göttinnen aber verwirrte ihn, bald schien ihm eine schöner als die andere, bald alle drei gleichermaßen schön. So verfiel er auf den reizvollen Gedanken, daß sie einzeln und nackt vor ihm auftreten sollten. Verschiedene Überlieferungen vermerken allerdings ausdrücklich, daß keine ihre Kleidung vollständig ablegte. Der völlig unverhüllte Anblick göttlicher Schönheit wäre vermutlich nicht zu ertragen gewesen. Das Urteil fiel dann halb und halb durch Bestechung. Die Preisträgerin Aphrodite, fortan die Göttin der Liebe, hatte ihm nämlich die schöne Helena von Troja, Frau des Sparterkönig Menelaos versprochen, jene Sterbliche also, die in allen sinnlichen Reizen mit ihr wetteiferte und die noch Goethe als Urbild weiblicher Schönheit vor Augen stand. Der Preisrichter hatte allerdings über dem göttlichen Anblick vergessen, daß er selbst ebenfalls verheiratet war. So entstand aus der Schönheitskonkurrenz nichts als Unheil: Paris ging mit Helena nach Troja, Onone, seine verlassene Ehefrau brachte sich um. Um das Menelaos zugefügte Unrecht zu rächen, griffen die Griechen Troja an und legten es in Schutt und Asche. Paris kam ums Leben; später wurde auch die vielbewunderte und vielgehasste Schönheit auf Veranlassung einer eifersüchtigen Freundin ermordet.



Laokoongruppe im Vatikan

Winckelmann stellte 1755 Apollo vom Belvedere als höchstes Ideal menschlicher Schönheit vor

Auch die Märchen der Völker tradieren das Ideal des Guten und Schönen als ästhetische Weltsicht und Verheißung mangellosen Seins. Die Schöne ist allemal die Gute, ihr fällt das Glück des Lebens kraft Erscheinung zu. Aber sie darf es nicht wissen, es nicht sein wollen, und sie soll nicht vergleichen. So warnen die Märchen wie die Mythen vor dem hoffärtigen Blick in den Spiegel, in dem gern der Teufel sitzt und den Neid auf die Schönheit der anderen anfacht. Wer nicht nur hier, sondern auch hinter den sieben Bergen die Schönste sein will, vergiftet sich und die sozialen Beziehungen. Nur der unbewußten und unschuldigen Schönheit gebührt das Glück. In den volkstümlichen Wendungen verbirgt sich überhaupt ein tief sitzendes Ressentiment gegen die Schönheit der menschlichen Gestalt. Jeder kennt seine Tante Trude, die wissend sagt, wer schön sein will, muß leiden. Aber dabei seufzt sie und lächelt ein wenig als erinnerte sie sich an etwas, das sie nicht verraten möchte. Schönheit nämlich ist immer auch Anspruch und Herausforderung der Vitalität des Menschen. Als solche brachte sie der Erfinder des modernen Griechen- und Schönheitskults Johann Joachim Winckelmann 1755 in seinen „Gedanken über die Nachahmung der griechischen Werke in der Malerei

und Bildhauerkunst“ zur Geltung. Als höchstes Ideal menschlicher Schönheit und Proportion stellte er seinen in Bratenröcke, Kalkeimer, Reifröcke und Schnürbrüste eingezwängten Zeitgenossen das Bildnis eines nackten Jünglings vor Augen, den Apollo vom Belvedere, die Marmorkopie einer Bronzeplastik des Leochares aus dem vierten Jahrhundert vor Christus, aufgestellt im Belvedere-Hof des Vatikans. Die Proportionen des Gesichts in der Linienführung von Stirn und Nase, dem Gleichmaß der Kopfpartien wie das Verhältnis von Ober- und Unterkörper, die mittlere, nicht übertriebene Muskelbildung, schließlich die Stellung als Prinzip der abgewandelten Symmetrie sollten zu Maßregeln des frühen Klassizismus werden.

Winckelmann spielte seinen Heros gegen protestantische Prüderie, Körperfeindlichkeit und rationalistische Kunsttheorie seiner Zeit aus

Entgegen dem gelehrten Titel ging es dem Ästheten Winckelmann jedoch keineswegs nur um die Kunst. Vielmehr spielte er seinen Heros wie das Bild frühen mediterranen Lebens unübersehbar gegen die Enge des Gesellschaftlichen in Deutschland, die protestantische Prüderie, Körperfeindlichkeit und Naturvergessenheit wie gegen die Abstraktheit der rationalistischen Kunsttheorie aus. Seine Abhandlung ist daher auch ein zeitkritisches Programm der Körperbildung. „Der Einfluß eines sanften und reinen Himmels wirkte bei der ersten Bildung der Griechen, die frühzeitigen Leibesübungen aber gaben dieser Bildung die edle Form. Man nehme einen jungen Spartaner, den ein Held mit einer Heldin erzeugt, der in der Kindheit niemals in Windeln eingeschränkt gewesen, der von dem siebenten Jahre an auf der Erde geschlafen und im Ringen und Schwimmen von Kindesbeinen an war geübt worden. Man stelle ihn neben einen [jungen Zögling] unserer Zeit: und alsdann urteile man, welchen von beiden der Künstler zu einem Urbild nehmen würde.“ Kaum verhohlen fordert Winckelmann die Zeitgenossen auf, ihre Körperlichkeit kritisch zu betrachten. Die Aufforderung wirkte noch bei Goethe, der 1771 in Mannheim einen Abdruck sah, und wie er seinem Freund Herder mitteilte, davon in seinem „ganzen Ich erschüttert“ wurde: „Apollo vom Belvedere, warum zeigst du dich uns in deiner Nacktheit, daß wir uns der unsrigen schämen müssen.“ Von da an galt Goethe die menschliche Gestalt als edelster Gegenstand der künstlerischen Darstellung und der schöne Leib als verehrungswürdig. Vielleicht liegt hier auch der Ursprung von Goethes lebenslanger sportlicher Betätigung, wie Reiten, Eislaufen, Bergwandern, Schwimmen bei eiskaltem Wasser, und Diätetik, die dafür sorgte, daß Eckermann 1832 noch den aufgebahrten Leib des 82 Jahre alt gewordenen Dichters ergriffen als den durchgebildeten eines griechischen Heros beschreiben konnte.

Klassizistisches Schönheitsideal spart den Schmerz als Ausdruck der Empfindung nicht aus

Winckelmanns Schönheitsideal war eines der Vitalität und des Eros, der Schmerz war daraus jedoch keineswegs verdrängt. Das illustrierte er seinen Zeitgenossen an der Laokoon-Gruppe, dem Marmorwerk der rhodischen Bildhauer Hagesandros, Polydoros und Athenodoros aus dem ersten Jahrhundert vor Christi. Sie stellt nicht zufällig einen prägnanten Moment in jener Unglücksgeschichte der Schönheitskonkurrenz dar. Der Streit zwischen Griechen und Trojanern hatte sich nämlich in der Götterwelt fortgesetzt, so sandte die Göttin Athene dem Priester Laokoon, der vor dem trickreichen Pferd der Griechen gewarnt hatte, die Giftschlangen, die auch ihn mittelbar zum Opfer des Wettstreits um die Schönheit machte. Goethe wolle allerdings später die alte Geschichte darin nicht mehr erkennen, sondern schlug vor, darin einfach die Selbstbehauptung des Menschen gegen die Natur zu sehen. Winckelmann jedenfalls ergänzte in seiner Beschreibung die frühklassizistische Schönheitskonzeption um die körperliche Vorstellung des gemäßigten und gebändigten Audrucks der Empfindung und der Seele. „Der Schmerz, welcher sich in allen Muskeln und Sehnen des Körpers entdeckt und den man ganz allein, ohne das Gesicht und andere Teile zu betrachten, an dem schmerzlich eingezogenen Unterleibe beinahe selbst zu empfinden glaubt, dieser Schmerz äußert sich dennoch mit keiner Wut in dem Gesichte und in der ganzen Stellung.“ In dieser Gestaltung hätten die Griechen die Sterblichkeit und Verwundbarkeit des Menschen als körperlich empfundene Schönheit gebannt und erträglich gemacht, und wir Neueren könnten uns nur wünschen, unser Schicksal in solchem Maß zu bewältigen.

Hegel klammert das „Naturschöne“ und den „menschlichen Leib“ aus der ästhetischen Reflexion aus

Bei Winckelmann und auch bei Goethe bleibt der Begriff der sichtlichen Schönheit als Einheit des Guten, Wahren und Schönen noch in der Idealisierung und Überhöhung der Darstellung im distanzierenden klassizistischen Stil an die lebensweltliche körperliche Erscheinung des Menschen und an die erscheinende Natur gebunden. Im Abschluß und Höhepunkt der klassizistischen Ästhetik in den Vorlesungen des preußischen Staatsphilosophen Hegel aber erfolgt eine neuerliche Trennung in der Ausklammerung des Naturschönen und des menschlichen Leibes aus der ästhetischen Reflexion. Zwar ist der Anblick des beseelten Körpers des Menschen in Winckelmanns Tradition als „lebendige Individualität“ der Ursprung allen Strebens nach Schönheit, jedoch gebietet es die Humanität, den einzelnen Menschen in seinem Sorgen und Altern nicht dem ästhetischen Urteil zu unterwerfen, Sonst, so argumentiert Hegel, müßte man Kinder schöner finden als Erwachsene, weil in ihnen noch alle Besonderheiten „wie in einem still verschlossenen Keime schlummern, indem noch keine beschränkte Leidenschaft ihre Brust durchwühlt und keines der mannigfaltigen menschlichen Interessen sich mit dem Ausdruck seiner Not den wandelnden Zügen fest eingegraben hat.“ Zwar bleibt auch bei Hegel die griechische Vorstellung der Schöngutheit anwesend, sie wird jedoch ganz in die Sphäre des Ideals gerückt. Schönheit ist für Hegel nur da gegeben, wo eine Idee verkörpert wird, und das ist rein nur im Kunstwerk der Fall. Daher lautet seine allgemeine Bestimmung: Schönheit ist das sinnliche Scheinen der Idee. Diese Idee aber hat die Vorstellung und das Versprechen eines mangellosen Seins, eines Lebens ohne Not, zu ihrem tiefsten Grund, und sie gibt dem Schein eine Würde, die er in einer langen platonischen und christlichen Tradition nicht hatte.



Charles Baudelaire

Die Romantiker entdecken die Ästhetik der Wunde, der Dekadenz und des Schrecklichen

Bei den Romantikern wird die Sichtbarkeit und Präsenz des Körpers neuchristlich – oder neudeutsch-religiös patriotisch wie Goethe spöttelte – überschritten. Friedrich Schlegel will nichts als schön gelten lassen, was nicht die Verweisungszeichen auf die Unendlichkeit an sich trägt. Tendenziell wird dabei das Sichtbare zur bloßen Außenseite des Unsichtbaren, die Präsenz des Schönen zum Durchgangsstadium eines Kommenden. Das Schöne ist daher im Gegensatz zur klassizistischen Vorstellung selbst vergänglich und der Zeit verfallen. So entdeckt die europäische Romantik die Schönheit des Alters und des Ruinösen, ja in der Darstellung des Leibes Christi oder des heiligen Sebastian die Faszination der Wunde, schließlich auf ihrer schwarzen Seite die Ästhetik der Ausschweifung, der Dekadenz und des Schrecklichen. In Charles Baudelaires Beschreibung eines schönen Frauenkopfes zeigt sich die ganze Ambivalenz des Schönheitsbegriffs im Übergang von der Romantik zum Ästhetizismus des späteren 19. Jahrhunderts: „Ein bezauberndes und schönes Haupt, das gleichzeitig von Wollust und Trauer träumen läßt; das Vorstellungen von Melancholie, Mattigkeit, selbst von Übersättigung erlaubt – oder auch entgegengesetzte Vorstellungen von heißer Lebensgier, vermischt mit einem Gram – der aus Entbehrung oder Verzweiflung fließt.“ So exponiert die Ästhetik als Provokation und Widerstand gegen eine verdrängende bürgerliche Gesellschaft gerade die Hinfälligkeit des menschlichen Körpers bis hin zur Darstellung der Schönheit der Leiche.

Oscar Wilde proklamierte Schönheit als Selbstzweck – gegen bürgerliche Zweckrationalität

In scharfen Kontrasten erscheint das Verhältnis der Schönheit des Körpers zum Abbild als Verhältnis von Kunst und Moral in dem skandalumwitterten Roman des brillantesten ästhetischen Provokateurs der Literaturgeschichte, der nicht zufällig Altphilologe war, in Oscar Wildes „Das Bildnis des Dorian Gray“. Er proklamierte

www.kaden-verlag.de

jetzt.

KADEN online

die Schönheit im Widerstand gegen die bürgerliche Zweckrationalität noch einmal als reinen Selbstzweck. „Das sind die Auserwählten, für die schöne Dinge nichts als Schönheit bedeuten." Sein zynischer Ästhet und Dandy Lord Henry Wotton kehrt auf ironische Weise zu Winckelmanns Schönheitsideal der Proportion und der edlen Einfalt zurück, will dabei aber die menschliche Schönheit ganz getrennt von Geist und Moral sehen: Die wahre Schönheit hört da auf, wo die Moral oder noch schlimmer, „ein intellektueller Gesichtsausdruck anfängt. Der Intellekt an sich ist eine Form der Übertreibung. Sobald man sich hinsetzt, um nachzudenken, wird man ganz Nase oder ganz Stirn oder sonst etwas Abscheuliches. Sehen Sie sich doch die erfolgreichen Männer in den geistigen Berufen an. Wie ungemein häßlich sind sie allesamt." Der Maler aber, der soeben das Portrait des deutlich mit den Zügen des Apoll vom Belvedere geschilderten anmutigen, etwas femininen Knaben Dorian Gray, der nach der Vermutung Wottons niemals denkt, fertiggestellt hat, nimmt dagegen einen sowohl mythischen wie puritanischen Standpunkt ein. „Es liegt ein Verhängnis über allen körperlichen und geistigen Vorzügen. Es ist besser, man unterscheidet sich nicht von seinen Mitmenschen. Die Häßlichen und die Dummen sind in dieser Welt am besten dran. – meine Kunst, Dorian Grays Wohlgestalt – wir alle müssen leiden für das, was die Götter uns geschenkt haben, entsetzlich leiden."



Oscar Wilde

Wilde wagte es, öffentlich die Trennung von Schönheit und Moral zu propagieren

In einer märchenhaften Konstruktion treibt der Roman die Widersprüche des Schönheitsbegriffs zwischen Ästhetizismus und bürgerlich-puritanischem Vorurteil auf die Spitze. Auf geheimnisvolle Weise bleibt Dorian Gray trotz seiner Ausschweifungen immer schön, begehrenswert und trotz allen gesellschaftlichen Getuschels über ihn Vorbild gelungenen Lebens, denn an seiner Stelle altert das Bild, das der amoralische Lebemann in einem geheimen Zimmer seiner erlesen ausgestatteten Villa aufbewahrt. Das Ende aber scheint dem puritanischen Groll gegen den Schönen Zucker geben zu wollen. Als seine Diener „eintraten, sahen sie an der Wand ein herrliches Porträt ihres Herrn hängen, so wie sie ihn zuletzt gesehen hatten, in all der Pracht seiner erlesenen Jugend und Schönheit. Auf dem Boden lag ein Toter, im Abendanzug, mit einem Messer im Herzen. Er war welk, runzlig und widerwärtig von Angesicht. Erst als sie die Ringe untersucht hatten, erkannten sie, wer es war." Es half jedoch nichts, der Roman wurde im viktorianischen England dennoch als unmoralisch verurteilt. Oscar Wilde hat es gewagt, seine Trennung von Moral und Schönheit ins Leben zu übertragen und sie öffentlich zu propagieren, und er hat damit die Gesellschaft seiner Zeit heftig provoziert. Dabei vertrat er nur das – vielleicht ja zu stolze – Diktum der modernen Anthropologie, der Mensch sei nur, zu was er sich mache. Wilde wußte freilich früh, daß man ein derart radikales Konzept der Autonomie des Ästhetischen wie des Individuums nur auf eigene Gefahr und Rechnung vertreten kann. Die puritanische Gesellschaft präsentierte ihm die Quittung in einem beispiellos ungerechten Prozeß wegen Homosexualität, in dem der Ästhet zu zwei Jahren Zuchthaus unter gelinde gesagt extrem unästhetischen Bedingungen verurteilt wurde. So mußte der ehemals erlesen parfümierte Dandy am Badetag der Zuchthäusler als letzter in die schwarze Brühe steigen. Gebrochen hat man ihn dennoch nicht. Noch in seinem langen Brief aus dem Gefängnis „de profundis" hat er sich zur sichtbaren Schönheit als dem höchsten Ausdruck des Lebendigen wie der Kunst bekannt. Noch kurz bevor er 1900 in einer schäbigen Pariser Pension an einer verschleppten Mittelohrentzündung starb – nicht an Syphilis, wie behauptet wurde –, demonstrierte er seinen berühmten „sense of style", der sich in der Kritik des Häßlichen und dem Lob der schönen Oberfläche zum Hiersein bekennt, zugleich aber den Skandal der Sterblichkeit des Menschen ironisch akzeptiert. Angeblich waren seine letzten – oder vorletzten – Worte: „Entweder diese Tapete muß weg – oder ich."

Prof. Dr. Friedmar Apel
Universität Bielefeld, Fakultät für Linguistik und Literaturwissenschaft
Postfach 100131, 33501 Bielefeld

Molekulare mRNA-Diagnostik bei Schwerbrandverletzten

Stefan Langer, Hans Ulrich Steinau, M. Lehnhardt, Jürgen Landes, Peter Biberthaler

Die Prognose von Brandverletzten ist auch für erfahrene Intensivmediziner und Verbrennungschirurgen nur schwierig abzuschätzen. Etablierte Prognose-Scores, die auf klinischen und labortechnischen Daten beruhen, können die Tendenz eines Patienten bezüglich eines drohenden infausten Verlaufs nur tendenziell erfassen. Die Möglichkeit bei der Einweisung eines Brandverletzten in die Klinik frühzeitig denjenigen Patienten „herauszufiltern", dem ein komplikationsreicher Verlauf bevorsteht, wäre von dringendem klinischen Interesse. Eine derartige Methode könnte die Analyse intrazellulärer mRNA-Expressionsmuster mit dem PAXgene Blood RNA System (PreAnalytiX GmbH, Hombrechtikon, Schweiz) sein (Abb. 1).

Ursächlich für die schweren Organstörungen ist posttraumatische Streßreaktion des Körpers

Bekannt ist, daß der Organismus von Patienten mit schweren Brandverletzungen mit der Ausbildung einer posttraumatischen systemischen inflammatorischen Gegenreaktion reagiert, dem sogenannten Systemic Inflammatory Response Syndrome (SIRS) [7, 8]. Diese primäre Entzündungsreaktion induziert schließlich die schweren Organ-Funktionsstörungen, das Multiple Organ Dysfunction Syndrome (MODS) bis hin zum kompletten Versagen – Multiple Organ Failure (MOF) [10, 13]. Als ursächlich für die Induktion und Aufrechterhaltung der Organstörungen wurde die initiale Ausbildung einer posttraumatischen Streßreaktion des Organismus identifiziert. Dabei reagiert der Körper nach einem Unfall in Abhängigkeit von der Verletzungsschwere zunächst mit der Ausbildung einer generalisierten Entzündungsreaktion, die als SIRS beschrieben wurde [3, 4].

Verbesserungen der Therapie nur noch durch neue Behandlungskonzepte zu erwarten

Obwohl in der jüngeren Vergangenheit die Morbidität wie auch Mortalität des MOF durch die Optimierung des Patientenmanagements und Ausschöpfung der intensivmedizinischen Möglichkeiten deutlich reduziert werden konnte, sind derartige Erfolge ausschließlich symptomatischen Therapiekonzepten zuzuschreiben, deren Grenzen inzwischen aber offensichtlich erreicht sind [1, 2]. Weitere Verbesserungen sind daher nur noch von der Entwicklung kausaler therapeutischer Konzepte zu erwarten, die jedoch eine detaillierte Kenntnis der pathophysiologischen Abläufe posttraumatischer Organ-Funktionsstörungen voraussetzen.



Abb. 1 Das PAXgene Blood RNA System erlaubt die mRNA Diagnostik mittels Abnahme von Vollblut. Handelsübliche Blutabnahmesysteme können verwendet werden.

Initiale posttraumatische Phase aktiviert vor allem das unspezifische zelluläre Immunsystem

Wie bisherige Untersuchungen gezeigt haben, geht das posttraumatische SIRS mit einer erhöhten Produktion und Ausschüttung sowohl von pro- als auch von antiinflammatorischen Mediatoren, wie beispielsweise Zytokinen, Proteasen und Inhibitoren, einher [9, 14]. In der initialen posttraumatischen Phase scheint vor allem die Aktivierung des unspezifischen zellulären Immunsystems – der Granulozyten, Monozyten und Makrophagen – als

Vermittler und Verstärker der immunologischen Antwort eine zentrale Rolle zu spielen [5, 11]. Neuere Veröffentlichungen geben Hinweise darauf, daß der Bildung von immunmodulatorisch wirksamen Effektor-Proteinen, etwa Zytokine/Chemokine, Zell-Oberflächenmoleküle, Proteasen oder Inhibitoren, eine intrazelluläre Steuerung durch Induktion spezieller Signaltransduktionskaskaden vorangeht. Diese führt oftmals zu einer veränderten Aktivität von Transkriptionsfaktoren (z. B. NF-kappaB, AP-1, AP-2) wodurch das mRNA-Expressionsprofil zahlreicher Gene nachhaltig beeinflußt werden kann [6].

Paxgene ermöglicht genaue Abbildung der mRNA-Expression zum Zeitpunkt der Blutentnahme

Seit kurzem steht nun erstmals ein System zur Verfügung (PAXgene Blood RNA), welches die mRNA Expression in Vollblut zum Zeitpunkt der Blutentnahme stabilisiert und somit eine „Snap-shot"-Abbildung dieser mRNA-Expression ohne Artefakte der Isolation etc. erlaubt. Das Neue ist: PAXgene stabilisiert die mRNA zum Zeitpunkt der Blutentnahme. Artefakte, die durch Aufarbeitung und Zellseparation – wie in früheren Untersuchungen geschehen – werden durch dieses System eliminiert. Desweiteren erlaubt PAXgene durch einfache Blutentnahme eine dynamische Erfassung der mRNA-Expression zu wiederholten Zeitpunkten. Unklar ist jedoch, ob sich bei Patienten nach schweren Brandverletzungen signifikante mRNA-Expressionsmuster in Vollblutproben nachweisen lassen. Die Kenntnis solcher spezifischer mRNA-Muster wäre klinisch von Bedeutung für:

- die zukünftige Entwicklung innovativer therapeutischer Ansätze zur Behandlung von Brandverletzten/ Sepsispatienten.
- die Behandlungsoptimierung durch frühzeitige Erfassung derjeniger Patienten, die wirklich einer intensivmedizinischen Behandlung bedürfen.
- die Entwicklung eines Diagnose-/Prognosescores, der die Einweisung in ein Brandverletztenzentrum erwirkt.
- Kostenreduktion durch die Vermeidung von Komplikationen.

Literatur

1. Baue AE (2000) Multiple organ failure – the discrepancy between our scientific knowledge and understanding and the management of our patients. Langenbecks Arch Surg 385: 441–453
2. Baue AE, Durham R, Faist E (1998) Systemic inflammatory response syndrome (SIRS), multiple organ dysfunction syndrome (MODS), multiple organ failure (MOF): are we winning the battle? Shock 10: 79–89
3. Bone RC (1996) Immunologic dissonance: a continuing evolution in our understanding of the systemic inflammatory response syndrome (SIRS) and the multiple organ dysfunction syndrome (MODS). Ann Intern Med 125: 680–687
4. Davies MG, Hagen PO (1997) Systemic inflammatory response syndrome. Br J Surg 84: 920–935
5. Faist, E, Schinkel C, Zimmer S (1996) Update on the mechanisms of immune suppression of injury and immune modulation. World J Surg 20: 454–459
6. Hauser CJ, Lagoo S, Lagoo A, et al (1995) Tumor necrosis factor alpha gene expression in human peritoneal macrophages is suppressed by extra-abdominal trauma. Arch Surg. 130: 1186–1191
7. Huang YS, Yang ZC, Liu XS, et al (1998) Serial experimental and clinical studies on the pathogenesis of multiple organ dysfunction syndrome (MODS) in severe burns. Burns 24: 706–716
8. Kell MR, Kavanaugh EG, Goebel A, et al (1999) Injury primes the immune system for an enhanced and lethal T-cell response against bacterial superantigen. Shock 12: 139–144
9. Keel M, Ecknauer E, Stocker R, et al (1996) Different pattern of local and systemic release of proinflammatory and anti-inflammatory mediators in severely injured patients with chest trauma. J Trauma 40: 907–912
10. Meakins JL (1990) Etiology of multiple organ failure. J Trauma 30: S165–168
11. Schinkel C, Licht K, Zedler S (2001) Interferon-gamma modifies cytokine release in vitro by monocytes from surgical patients. J Trauma 50: 321–327
12. Schinkel C, Sendtner R, Zimmer S, Faist E (1998) Functional analysis of monocyte subsets in surgical sepsis. J Trauma 44: 743–748
13. Smail N, Messiah A, Edouard A, et al (1995) Role of systemic inflammatory response syndrome and infection in the occurrence of early multiple organ dysfunction syndrome following severe trauma. Intensive Care Med 21: 813–816
14. Wick M, Kollig E, Walz M, et al (2000) Does liberation of interleukin-12 correlate with the clinical course of polytraumatized patients? Chirurg 71:1126–31

Dr. med. Stefan Langer
Klinik für Plastische Chirurgie und Schwerbrandverletzte – Handchirurgiezentrum
Operatives Referenzzentrum für Extremitätentumore
BG-Kliniken Bergmannsheil, Ruhr-Universität Bochum
Bürkle-de-la-Camp-Platz 1, 44789 Bochum

Präzise Narkosesteuerung anhand des EEG

Barbara Schultz, Ulrich Grouven, Arthur Schultz

Hypnotisch wirkende Substanzen führen dosisabhängig zu typischen Veränderungen im Elektroenzephalogramm (EEG). Schon 1937 schrieben Gibbs et al.: „A practical application of these observations might be the use of the electroencephalogram as a measure of the depth of anesthesia during surgical operations. The anesthetist and surgeon could have before them on tape or screen a continuous record of the electrical activity of both heart and brain." Erst in den letzten Jahren haben aber Verfahren zur automatischen Interpretation des EEG es ermöglicht, ein aussagefähiges routinemäßiges EEG-Monitoring mit sehr geringem Aufwand durchzuführen. Heute ist die Steuerung der Narkose oder der Sedierung eine der Hauptindikationen für das EEG-Monitoring im Rahmen der Anästhesie und Intensivmedizin.

EEG-Veränderungen durch Anästhetika und Sedativa sind über allen Regionen des Kopfes sehr ähnlich

Abbildung 1 zeigt typische EEG-Abschnitte vom Wachzustand (Kurve A) bis zur sehr tiefen Narkose (Kurve F). Sowohl unter der Wirkung von Inhalationsanästhetika wie Desfluran, Enfluran, Halothan, Isofluran und Sevofluran als auch bei Gabe von i.v.-Anästhetika wie Barbituraten, Etomidat und Propofol kommt es mit zunehmender Hypnosetiefe zu einer Frequenzverlangsamung im EEG. EEG-Veränderungen durch Anästhetika und Sedativa stellen sich in allen Regionen des Kopfes vom Frontal- bis zum Occipitalbereich sehr ähnlich dar. Daher reicht zur Beurteilung des Hypnosegrades eine einzige EEG-Ableitung aus, für die drei Elektroden zu plazieren sind. Besonders einfach ist die Befestigung der Elektroden im Stirnbereich oder hinter den Ohren. Mit Nadelelektroden oder speziellen Klebeelektroden kann auch im Haarbereich abgeleitet werden. Für die praktische Anwendung des EEG-Monitorings ist es von großem Vorteil, wenn das EEG automatisch interpretiert wird. Voraussetzung hierbei ist eine leistungsfähige Artefakterkennung zur Vermeidung von Fehlklassifikationen. Abbildung 2 zeigt einen automatisch interpretierten Narkose-EEG-Verlauf. Das Beispiel wurde mit dem EEG-Monitor Narcotrend aufgezeichnet [13].

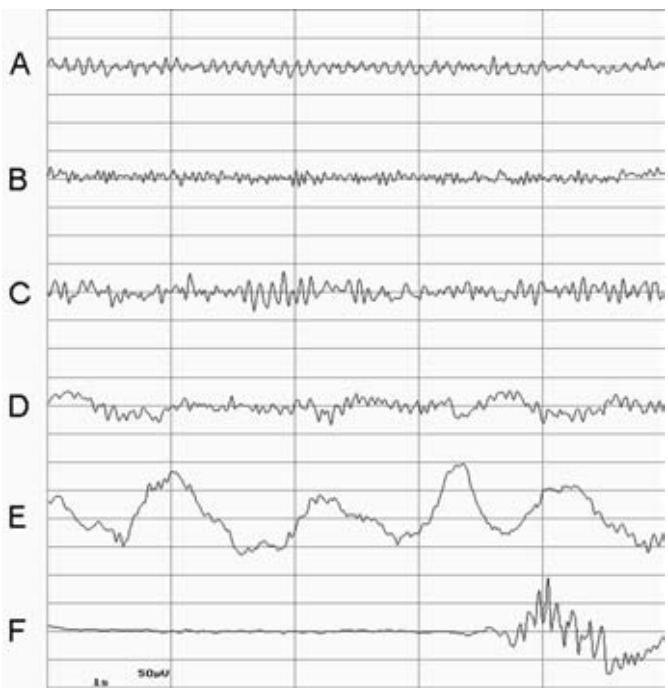


Abb. 1 Typische EEG-Bilder vom Wachzustand (Kurve A) bis zur sehr tiefen Narkose (Kurve F).

Der Narcotrend-Monitor unterscheidet 15 Unterstadien der Narkose oder der Sedierung

Bei der Entwicklung der automatischen EEG-Klassifikation dieses Monitors wurde von Kriterien zur visuellen Bewertung des EEG-Bildes ausgegangen [7]. Vom Wachzustand (Stadium A) bis zur sehr tiefen Narkose/Sedierung (Stadium F) unterscheidet der Narcotrend in der aktuellen Version insgesamt 15 Unterstadien. Außerdem wird ein 100-stufiger Index (100 = wach bis 0 = sehr tiefe Narkose) ausgegeben, der die Bewertung innerhalb der Unterstadien weiter verfeinert [3]. In Validierungsstudien wurde eine hohe Übereinstimmung zwischen visueller Bewertung und automatischer Klassifikation des Narcotrend gefunden [6, 13]. Unverzichtbar für das EEG-Monitoring ist eine kontinuierliche Überprüfung des korrekten Elektrodensitzes durch eine Impedanz- oder Elektrodenpotentialmessung, um eine optimale Signalqualität zu gewährleisten. Marker, Filter und die Möglichkeit zur Druckausgabe des Narkoseverlaufs sind weitere sinnvolle Programmelemente.

Dosisbedarf an hypnotisch wirksamen Substanzen zur Aufrechterhaltung der Narkose variiert interindividuell stark

Der Dosisbedarf an hypnotisch wirksamen Substanzen zur Aufrechterhaltung einer Narkose variiert interindividuell stark. Dies wurde in einer Studie bei plastisch-chirurgischen Patienten deutlich, die während des Steady states von Propofol/Remifentanil-Narkosen eine Standarddosis von 4 mg/kg KG/h Propofol erhielten. Bei 60,4 Prozent der Patienten war diese Dosierung angemessen (EEG-Stadium D/E), bei 19 Prozent jedoch war die Narkose zu flach und bei 20,6 Prozent unnötig tief [11]. Bei zu flacher Narkoseführung besteht die Gefahr, daß die Patienten intraoperative Wahrnehmungen haben [9]. Bei zu tiefer Narkoseführung können die Aufwachzeiten verlängert und das postoperative Befinden beeinträchtigt sein, beispielsweise durch Übelkeit und Erbrechen. Mit einer individuell adäquaten Dosierung hypnotisch wirksamer Substanzen anhand des EEG lassen sich derartige unerwünschte Effekte reduzieren [4].

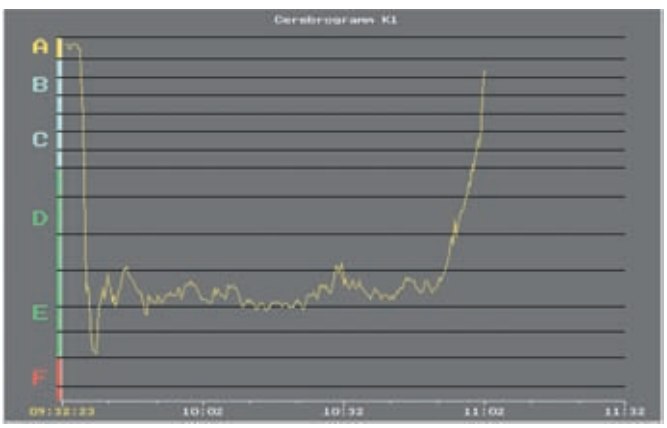


Abb. 2 Automatisch klassifizierter EEG-Index-Verlauf einer Narkose (Cerebrogramm). Ca. 9.32 bis 9.40 Uhr: Narkoseeinleitung vom Wachzustand (Stadium A) bis in ein tiefes EEG-Stadium (Stadium E). Ca. 9.40 bis 10.50 Uhr: Narkoseaufrechterhaltung im Stadienbereich (D)/E. Ca. 10.50 bis 11.00 Uhr: Narkoseausleitung.

Intravenöse Narkosen mit Propofol sind ohne EEG-Monitoring schwierig zu steuern

Die Narkosesteuerung durch das EEG läßt sich sowohl bei Inhalations- als auch bei i.v.-Anästhesien einsetzen. Die totale intravenöse Anästhesie (TIVA) mit Propofol und Remifentanil zeichnet sich durch eine besonders gute Patientenverträglichkeit aus. Während unter Inhalationsanästhetika häufiger Blutungen im Operationsfeld zu beobachten sind, erweist sich der Einsatz von Propofol als vergleichsweise vorteilhaft, etwa bei chirurgischen Eingriffen in der Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde [1]. Allerdings sind i.v.-Narkosen ohne EEG-Monitoring schwierig zu steuern, denn hämodynamische Parameter wie Blutdruck und Herzfrequenz, die herkömmlicherweise in der Anästhesie zur Abschätzung der Schlaftiefe während der Narkose verwendet werden, bieten unter Propofol keinen zuverlässigen Anhalt.

Studie zeigt: Ohne EEG ist die Narkose-Dosierung nur bei 60 Prozent der Patienten optimal

Dies zeigte auch eine deutschlandweite Anwendungsbeobachtungsstudie des EEG-Monitors Narcotrend [14]. Aus dieser Untersuchung, die in 46 Kliniken und anästhesiologischen Praxen durchgeführt wurde, kamen zunächst 4768 Narkoseverläufe in eine erste Auswertung. Es wurden lachgasfreie TIVAs mit Propofol und unterschiedlichen Opioiden durchgeführt, wobei ein Teil der Narkosen nach klinischer Einschätzung bei verblindeter EEG-Registrierung und ein anderer Teil mit Hilfe des

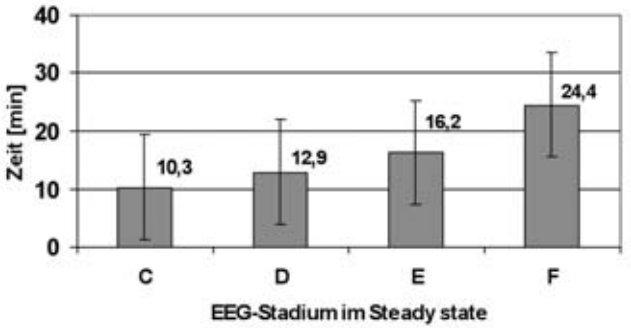


Abb. 3 Abhängigkeit des Aufwachverhaltens vom EEG-Stadium im Steady state der Narkose. Zeit von Beendigung der Propofolzufuhr bis zur Orientiertheit des Patienten (Mittelwert Standardabweichung, ANOVA: $p < 0{,}001$, $n = 3825$) (Teilergebnis aus einer deutschlandweiten TIVA-Anwendungsbeobachtung mit Propofol).

Narcotrend gesteuert wurde. Bei den EEG-gesteuerten Narkosen sollte im Steady state ein EEG-Stadienbereich D/E aufrechterhalten werden, der nach bisher vorliegenden Ergebnissen geeignet ist, sowohl Unter- als auch Überdosierungssymptome zu vermeiden. Die wichtigsten Ergebnisse der Anwendungsbeobachtungsstudie waren: Bei Patienten ohne EEG-Steuerung wurde lediglich in 61,5 Prozent der Fälle der angestrebte EEG-Stadienbereich zwischen D_1 und E_0 erreicht, bei 14,4 Prozent der Patienten war die Narkoseführung zu flach (Stadium D_0 oder flacher), bei 16,8 Prozent zu tief (tiefer als Stadium E_1) und bei 7,3 Prozent vom Stadienverlauf her sehr unruhig.

Vor allem ältere Patienten erhalten ohne EEG-Überwachung häufig unnötig hohe Dosierungen

Das EEG-Monitoring erlaubt eine altersgerechte Dosierung von Propofol bei Vermeidung von Über- und Unterdosierungen. Ohne EEG-Steuerung erhielten insbesondere Patienten in höherem Lebensalter häufig zu hohe Dosierungen. Bei den EEG-gesteuerten Narkosen waren signifikant mehr Patienten nach dem chirurgischen Eingriff bereits im OP orientiert als bei den nicht-EEG-gesteuerten Narkosen. Die Zeit bis zur Orientiertheit war um so kürzer, je flacher die Narkose-EEG-Stadien im Steady state waren. Diese Zusammenhänge sind in Abbildung 3 dargestellt. Die Verlegungsfähigkeit aus dem Aufwachraum wurde bei zu tiefer Narkoseführung im Stadium F signifikant später erreicht als bei flacherer Narkoseführung. Systolischer und diastolischer Bludruck sowie die Herzfrequenz geben bei der TIVA keinen Aufschluß über die Schlaftiefe während der Narkose. Das kurz wirksame Opioid Remifentanil ließ sich im Sinne eines Lachgasersatzes sehr gut steuern und trug im Vergleich zu länger wirksamen Opioiden zu kurzen Aufwachzeiten bei. Die bedarfs- und altersgerechte Dosierung anhand des EEG führte zu einer deutlichen Reduktion des durchschnittlichen Propofolverbrauchs. Die Narkosen mit Narcotrend-Monitoring wurden von den durchführenden Anästhesisten in über 95 Prozent der Fälle als gut oder sehr gut bewertet.

Kürzere Aufwachzeiten nützen dem Patienten und sorgen zudem für bessere OP-Auslastung

Die Ergebnisse der Anwendungsbeobachtungsstudie belegen, daß mit Hilfe des EEG-Monitorings ein Beitrag zur Qualitätsverbesserung der Narkose geleistet wird und ein solches zusätzliches Monitoring aus gesundheitsökonomischer Sicht sinnvoll ist. Auch in mehreren anderen Untersuchungen konnte gezeigt werden, daß Aufwachzeiten nach EEG-gesteuerten Narkosen kürzer waren als nach nicht EEG-gesteuerten Narkosen [5, 8]. Hieraus ergeben sich Vorteile für die OP-Organisation und OP-Auslastung. Neben der Nutzung zur Narkosesteuerung kommt beim intraoperativen EEG-Monitoring auch der Aspekt des Sicherheitsmonitorings zum Tragen, da das EEG auf cerebrale Hypoxien sehr schnell reagiert. Mehrkanalableitungen zur Untersuchung auf Hypoxiesituationen werden etwa bei Carotis-Operationen durchgeführt. Ähnlich wie zur Narkosesteuerung läßt sich das EEG-Monitoring auch zur Sedierungssteuerung bei Intensivpatienten einsetzen. Daneben existieren in der Intensivmedizin weitere eigenständige Indikationen, wie das Koma-Screening und Anwendungen im Rahmen von Epilepsiediagnostik und -therapie [12].

Literatur

1. Blackwell KE, Ross DA, Kapur P, Calcaterra TC (1993) Propofol for maintenance of general anesthesia: a technique to limit blood loss during endoscopic sinus surgery. Am J Otolaryngol 14: 262–266
2. Gibbs FA, Gibbs EL, Lennox WG (1937) Effect on the electro-encephalogram of certain drugs which influence nervous activity. Arch Intern Med 60: 154–166

3. Grouven U, Schultz B, Bokelmann B, Schultz A (2002) EEG-adaptierter Index zur automatischen Bewertung der Hypnosetiefe. Abstract-Band DAK: 200
4. Hufendiek A, Meister T, Harms K, et al (2000) Intraoperatives EEG-Monitoring. Auswirkungen auf postoperative Vigilanz und Inzidenz von Nebenwirkungen. Anästhesiol Intensivmed 41: 459
5. Kraus G, Mogendorf F, Bartlog M, et al (2000) Propofoldosierungen und Aufwachzeiten bei Carotis-OPs ohne und mit EEG-Monitoring (Narcotrend®). Anästhesiol Intensivmed 41: 390
6. Kreuer S, Wilhelm W, Biedler A, et al (2001) Validierung der automatisierten EEG-Analyse nach Kugler (Narcotrend) durch visuelle Nachbefundung. Anästhesiol Intensivmed 42: 508
7. Kugler J (1981) Elektroenzephalographie in Klinik und Praxis. Thieme, Stuttgart
8. Meiser A, Adolf M, Angerer H, et al (2002) Depth of anesthesia monitoring with Narcotrend shortens emergence times after total intravenous anesthesia. J Neurosurg Anesthesiol (im Druck)
9. Münte S, Grotkamp J, Münte TF, et al (2001) Abhängigkeit des impliziten Gedächtnisses von den Narcotend®-EEG-Stadien während Propofol-Remifentanil-Anästhesie. Anästhesiol Intensivmed 42: 530
10. Raymondos K, Münte S, Kraus T, et al (2002) Hypnotic depth as assessed by Narcotrend, in relation to tracheal intubation at different stages of hypnosis and reflex control. Eur J Anaesthesiol 19: 1–8
11. Schultz A, Rohde U, Grouven U, et al (2000) Narkose-EEG-Stadien bei Einleitung mit 4 mg Propofol/kg KG und Aufrechterhaltung mit 4 mg Propofol/kg KG/h. Anästhesiol Intensivmed 41: 390
12. Schultz B, Schultz A, Grouven U, et al (2001) EEG-Monitoring bei Intensivpatienten in der Plastischen Chirurgie – Indikationen und Erfahrungen. Handchir Mikrochir Plast Chir 33: 129–132
13. Schultz B, Grouven U, Schultz A (2002) Automatic classification algorithms of the EEG monitor Narcotrend for routinely recorded EEG data from general anaesthesia: a validation study. Biomed Tech Biomed Eng 47: 9–13
14. Wilhelm W, Kreuer S, Larsen R, und die Narcotrend-Studiengruppe (2002) Narcotrend-EEG-Monitoring bei total intravenöser Anästhesie: Klinische Erfahrungen bei 4630 Patienten. Anaesthesist 51: 980–988
15. www.narcotrend.de

Priv.-Doz. Dr. med. Barbara Schultz
Medizinische Hochschule Hannover, Arbeitsgruppe Informatik/Biometrie der Anästhesie im Klinikum Hannover Oststadt
Podbielskistraße 380, 30659 Hannover

Personalia

Raymund E. Horch leitet die Plastische und Handchirurgie in Erlangen

Prof. Dr. med. Raymund E. Horch, bislang leitender Oberarzt an der Plastischen Chirurgie am Universitätsklinikum Freiburg, hat einen Ruf auf die Professur für Plastische und Handchirurgie/Extraordinariat an der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg, verbunden mit der Leitung der Abteilung Plastische und Handchirurgie am Klinikum der FAU in Erlangen, erhalten und angenommen. Horch leitet die Klinik seit 1.1.2003. Zuvor hatte er hat einen Ruf auf eine C3-Professur für Plastische und Handchirurgie an der Universität Leipzig, verbunden mit der Leitung der Klinik für Plastische Chirurgie und Handchirurgie am Universitätsklinikum Leipzig AöR, erhalten und abgelehnt.

Zwei Auszeichnungen für Christoph Heitmann

Dr. med. Christoph Heitmann, Assistent an der Klinik für Verbrennungen, Plastische und Handchirurgie (Chefarzt: Prof. Dr. G. Germann) – Plastische und Handchirurgie der Universität Heidelberg – BG-Unfallklinik Ludwigshafen, wurde im Oktober 2002 mit dem „Video Theater Award“ für das beste Video beim 57th Annual Meeting der American Society for Surgery of the Hand in Phoenix, Arizona, ausgezeichnet. Titel des Videos: Intrinsic Flaps in Hand Surgery – Anatomical Studies and Clinical Application. Im Januar 2003 erhielt er ferner ein dreimonatiges Stipendium der EURAPS „Young Plastic Surgeon Scholarship 2003“ für einen Studienaufenthalt bei David Soutar am Canniesburn in Glasgow, Schottland.

Brustvergrößerungen

Die größten Legenden

J.B. Tebbetts

1. Je größer, desto besser

Betrachtet man die Auswirkungen auf das Gewebe – ohne die sozialen Implikationen zur Debatte zu stellen – muß man feststellen, daß größere Brüste nicht besser sind. Wenn die Brusthülle das Gewicht der Brust problemlos tragen könnte, gäbe es die Mastopexie nicht. Wenn der Büstenhalter die Auswirkungen der Genetik, der Schwerkraft, der Schwangerschaft und des Alterns abschaffen könnte, wäre der Preis für größere Brüste nicht so hoch. Die Hülle der durchschnittlichen menschlichen Brust hat sich so entwickelt, daß eine bestimmte Gewichtsvariation getragen werden kann. Wenn infolge der genetischen Veranlagung, hormoneller Auswirkungen, einer Gewichtszunahme, einer Schwangerschaft, des Stillens oder von Brustimplantaten der tragbare Gewichtsbereich überschritten wird, sind negative Auswirkungen die vorhersehbare Konsequenz.



„Zu große Implantate" existieren für manche Patientinnen und Chirurgen offenbar nicht

Die möglichen Folgen von übergroßen Brustimplantaten umfassen die Ptosis, Gewebedehnung, Gewebeverdünnung, ungenügende Gewebeüberdeckung für das Implantat, sichtbare Implantatränder, sichtbare Streckfalten, Atrophie des Parenchym- und Subkutangewebes, eine mögliche Freilegung oder Expulsion des Implantats und, nicht zuletzt, die Wahrscheinlichkeit, daß zukünftig weitere Eingriffe mit zusätzlichen Kosten und Risiken nötig werden. Diese Probleme könnten fast alle prospektiv verhindert werden, indem die Implantatgröße von vorneherein begrenzt wird. Was heißt „zu groß"? Für einige Patienten und Chirurgen gibt es den Begriff gar nicht. Stets wird in solchen Fällen nach einem rationalen Argument für den Eingriff gesucht, etwa „so will es die Patientin" oder irgendwelcher Gründe psychologischer, physiologischer oder finanzieller Art.

Bei einem Implantatvolumen über 350 cm^3 werden negative Folgen für das Brustgewebe mit der Zeit ganz sicher eintreten, auch wenn das Volumen zur Ausfüllung bereits gedehnter Brusthüllen benötigt wird. Diese Vorhersage ergibt sich aus den physikalischen Auswirkungen des Implantatgewichts und -volumens auf das weiche Gewebe der Brust. Wenn Patienten um Implantate dieser Größenordnung bitten oder gar danach verlangen, auch bei einer Rekonstruktion, sollten sie gründlich über sämtliche Risiken aufgeklärt werden und müssen ihre Akzeptanz in schriftlicher Form zum Ausdruck bringen. Die Erfüllung von kurzzeitigen Patientenwünschen kann nicht Vorrang vor der Minimierung potentieller negativer Folgen für die Patientin beanspruchen.

2. Die Patientin hat keine Wahl verdient, denn sie weiß nicht, was das Beste ist. Das weiß nur der Chirurg.

Die Wahl seitens der Patientin wird einzig durch das Engagement des Chirurgen bezüglich seiner eigenen Weiterbildung sowie zur Aufklärung der Patientin begrenzt. Bei der Brustvergrößerung gibt es keine „optimale" Menge an Möglichkeiten. Jede Möglichkeit bietet die ihr eigenen Vor- und Nachteile und stellt eine akzeptable Alternative dar, den Umständen entsprechend, mit gleich guten Ergebnissen. Das Gesetz über die medizinische Aufklärungspflicht verlangt, daß der Chirurg den Patienten über sämtliche verfügbaren Alternativen aufklärt. Wenn der Chirurg durch sein Können und seine Neigungen auf eine Möglichkeit fixiert ist, so ist diese eben die beste Möglichkeit, die er anbieten kann.

3. Bei der Auswahl der Inzisionsstelle, des Implantats und der Taschenstelle gibt es tatsächlich nur eine optimale Möglichkeit.

Diese Aussage stimmt nur dann, wenn der Chirurg nur diese Möglichkeit für die Brustvergrößerung kennt. Wenn eine „optimale" Möglichkeit existierte, wäre anzunehmen, daß wir alle so vorgehen würden – auch wenn plastische Chirurgen stark dazu neigen, die offensichtlichsten Argumente vorzubringen, um den Status quo aufrecht zu erhalten, während weiterreichende Möglichkeiten schlicht ignoriert werden. Der ständigen Fortbildung und Verbesserung des Könnens wird nur durch die Motivation des Einzelnen eine Grenze gesetzt.

Postoperativ betrachtet ist die Stelle der Inzision nicht wichtig, solange der Chirurg eine schöne Brust liefert. Angenommen der Chirurg hat mehr als eine technische Variante zur Verfügung, so sollte die Auswahl gemäß den folgenden Kriterien getroffen werden.

- Welche Inzision ermöglicht die beste Kontrolle für einen spezifischen Brust- und Implantattypus?
- Mit welcher Inzision kann der Zugang so geschaffen werden, daß minimalste Gewebemengen in Mitleidenschaft gezogen werden?
- Welche Inzision stellt das kleinste Risiko für benachbarten wichtigen Strukturen bzw. Nerven und Blutgefäße dar?
- Nachdem die drei genannten Kriterien angewandt worden sind, die Patientin hinreichend informiert worden ist, und unter der Annahme, daß der Chirurg das gleiche Ergebnis mit mehreren Inzisionsarten liefern kann, welche Inzision bevorzugt die gut informierte Patientin?

Die Auswahl des Typus und der Größe des Implantats ist von wesentlicher Bedeutung für die Langzeitergebnisse bei der Brustvergrößerung. Dennoch kommt es vor, daß sich Aufklärungsgespräche auf solche Fragen und Aussagen beschränken, wie z.B. „Stopfen Sie dieses Testimplantat in Ihren BH und sagen Sie mir, welche Größe Sie möchten", „Zeigen Sie mir ein Bild, das zeigt, wie Sie aussehen möchten", „Welche BH-Größe möchten Sie künftig haben?". Eine jede dieser Vorgehensweisen kann zwar nützliche Information verschaffen, keine von ihnen jedoch spricht die wichtigsten Punkte bei der Brustvergrößerung an:

- Wie ist im vorliegenden Fall die Beschaffenheit des Gewebes: Die Größe und Anpassungsfähigkeit der Hülle, die Maße, die Parenchymmenge und -verteilung, die prozentuale Ausfüllung der maximal gedehnten Hülle durch das vorhandene Parenchym?
- Ausgehend von der Gewebebeschaffenheit, was ist das erforderliche Volumen, um die existierende Hülle auszufüllen?
- Wenn die Patientin mehr verlangt, als die für das optimale Ergebnis nötige Menge, ist ihr klar, was die Langzeitfolgen sind, und akzeptiert sie diese?
- Ist der Chirurg bereit, genügend Zeit zu investieren, damit die Patientin versteht, daß es nur verschiedene Kompromisse geben kann, egal, um welche Art und Größe des Implantates es geht, und diese akzeptiert?

Eine der wichtigsten vom Chirurgen durchführbaren Maßnahmen zur Vorbeugung zukünftiger Komplikationen und Eingriffe besteht darin, eine ausreichende Gewebeüberdeckung für jedes Brustimplantat zu sichern, sowohl kurz- als auch langfristig. Die Stelle der Tasche beeinflußt die Überdeckung kurzfristig, während die Implantatgröße so ausgewählt werden sollte, daß die Überdeckung auch langfristig gewährleistet ist.

Manche extrem dünnen Frauen sollten am besten gar keine Brustvergrößerung erhalten

Einige äußerst dünne Patientinnen wären wohl besser bedient, wenn sie überhaupt keine Brustvergrößerung erhielten, trotz ihrer Wünsche und der finanziellen Erwägungen des Chirurgen. Ähnlich strenge Kriterien sind bei erneuten Eingriffen anzuwenden. Unabhängig von der Ätiologie gilt: Wenn das Gewebe postoperativ so dünn wird, daß keine vernünftige Technik eine ausreichende Gewebeüberdeckung des Implantats gewährleisten kann, sollte das Implantat entfernt werden, um medizinische oder ästhetische Folgen zu verhindern, die ja viel schwerwiegender als der durch die Entfernung herbeigeführte ästhetische Kompromiß sind. Wird das Implantat unter mangelnder Gewebeüberdeckung belassen, so besteht das Risiko von weiteren Gewebeschäden, die zu irreparablen Verunstaltungen führen können, unabhängig von der Schwere der Entscheidungsfindung in jedem Fall. Wann ist dünn gleich zu dünn, und ab wann sollten wir dies bei unseren Entscheidungen berücksichtigen? Quantifizierbare Messungen (die ja immer auch subjek-

CAUTION: Investigational device. Limited by federal law to investigational use. These products are only available to physicians participating in the Mentor Adjunct Study or physicians recognized as Clinical Investigators identified in an approved Investigational Device Exemption (IDE) for core augmentation. Please contact your Mentor Sales Representative for more information.

tiv sind) weisen eine größere Genauigkeit auf, als vollkommen subjektive Meinungen. Jede Patientin, die beim Kneifen des Gewebes oberhalb des Brustparenchyms weniger als 2 cm (1 cm Haut sowie subkutanes Gewebe) aufweist, sollte die subpektorale Einführung des Implantats sorgfältig überlegen, ohne Rücksicht auf den Kompromißcharakter einer solchen Stelle. Die medialen Ursprünge des Pectoralis major am Brustbein entlang sollten in den meisten Fällen erhalten bleiben, auch wenn die Patientin eine Verringerung des Intermammarraumes wünscht, damit irreparable Verunstaltungen vermieden werden, wie etwa die Entwicklung von Grübchen durch die erneute Adhäsion von durchtrennten Muskelrändern, ein sichtbarer Implantatrand oder Streckfalten, die ein Ergebnis des Implantatgewichts sind, das an die an dünnem Deckgewebe festgemachten Kapsel zieht. Wenn das Kneifen an der Inframammarfalte weniger als 0,4 cm Gewebedicke zeigt, ist die Erhaltung der Pectoralis-Ursprünge über diese Stelle hinweg zur besseren Abdeckung vorzuziehen, auch wenn man in Kauf nimmt, daß ein Verrutschen des Implantats nach oben eher möglich ist und eine weniger genaue und steuerbare Inframammarfalte machbar ist. Um Komplikationen zu minimieren, sollte in den meisten Fällen die Basisbreite des Implantats nicht größer als jene des vorhandenen Brustparenchyms sein.

4. Der Chirurg sollte eine Technik und ein Implantat auswählen und sich dann ausschließlich daran halten.

Diese Legende beinhaltet dieselbe „Logik“ wie die Annahme, daß sämtliche Patientinnen bezüglich Gewebebeschaffenheit und Wünschen identisch seien. Leider stimmt die „Logik“ dann, wenn der Chirurg nur eine Technik und ein Implantat kennt. Das Brustgewebe, die Hülle und das Parenchym sind bei verschiedenen Patientinnen sehr unterschiedlich. Optimale Ergebnisse unter Nutzung einer Kombination nur eines Implantats, einer Inzisionsart, einer Taschenstelle sind nicht vorhersagbar. Eine alternative Technik oder ein alternatives Implantat können leicht kritisiert werden – dagegen ist es schwer, zuzugeben, daß schlicht die Erfahrung fehlt. Meinungen zum Ausdruck zu bringen, die nicht auf Erfahrung beruhen, ist leichter, als die eigenen Ressourcen zur Vergrößerung des Könnens und zur Erfahrungssammlung zu fokussieren und einzusetzen. Die meisten gut informierten Chirurgen geben zu, daß individualisierte Techniken und Implantatauswahlkriterien nötig sind, um mit drüsenbedingt ptotischen Brüsten und solchen, die einen eingeengten unteren Pol aufweisen, umgehen zu können. Bei diesen Brusttypen verlangen die Gewebeeigenschaften der Hülle und des Parenchyms, daß der Chirurg die Gewebekomponenten berücksichtigt – andernfalls ist mit einem katastrophalen Ergebnis zu rechnen.

5. Kunstfertigkeit ist die hervorstechendste Eigenschaft des besseren plastischen Chirurgen.

Man glaube es nicht – die Kunstfertigkeit bei Brustvergrößerungen ist mehr als bloß ein modisches Stichwort für Zeitschriften- und Fernsehinterviews. Kunstfertigkeit in diesem Zusammenhang bedeutet die vorhersagbare Ausführung einer Vergrößerung, die das Ergebnis exakter Patientenevaluierung, gründlicher chirurgischer Planung und einer Auswahl an Alternativen ist, die auf breitgefächertem chirurgischem Können und Erfahrung basiert. Die Kunstfertigkeit bei der Brustvergrößerung ist nicht nur das sichtbare Ergebnis; vielmehr zählen dazu die gründliche Aufklärung der Patientin, die Auswahl an Optionen, eine schnelle und unkomplizierte Genesung, die Anzahl der künftig notwendigen Eingriffe und die Auswirkungen des Implantats mit der Zeit. Die Fähigkeit, eine schöne Brust zu zeichnen oder den Medien oder einer Patientin auf einem Bildschirm potentielle Ergebnisse vorzustellen, ist noch keine Garantie für stets optimale Vergrößerungsergebnisse oder eine stets problemlose Genesung der Patientin mit keinerlei negativen Langzeitauswirkungen. Künstler sind kreativ, aber nicht immer diszipliniert und nicht immer motiviert, ihre Horizonte zu erweitern. Jeder Chirurg, der ohne Vorurteil und immer bereit ist, Neues zu erlernen – und zur ständigen Selbstkritik fähig ist – hat das Zeug zum kunstfertigen plastischen Chirurgen.

6. Während der vergangenen 20 Jahren sind wirklich große Fortschritte in der Brustvergrößerung gemacht worden.

Das klingt gut – stimmt aber nicht. Wir haben die Endoskopie. Wir können Implantate durch den Bauchnabel einführen. Wir haben eine etwas größere Auswahl an Implantattypen als vor 20 Jahren. Wenn aber der Stand der Technik wirklich anders wäre, warum muß dann manche Patientin zwei Stunden oder mehr im OP verbringen? Weshalb verwendet die Mehrheit der Chirurgen in den USA genau das, was wir bereits vor 20 Jahren benutzten – runde, glatte, nicht komplett ausgefüllte Brustimplantate und stumpfe Taschendissektionen? Weshalb kommt es dazu, daß die FDA eine Studie zuläßt, bei der Chirurgen und Hersteller Silikongelimplantate verwenden, die im wesentlichen mit jenen identisch sind, die 1992 zum Verbot von Brustimplantaten geführt haben? Warum brauchen viele Patientinnen ein bis zwei Wochen Zeit, bis sie wieder ihren normalen Aktivitäten nachgehen können? Warum brauchen die Patientinnen eine postoperative Drainage? Warum müssen sie nach dem Eingriff häufig über Wochen hinweg Verbände, Gürte und sonstige Geräte tragen? Am peinlichsten: Eine große Anzahl von Patientinnen in zwei großen, der FDA vorgelegten Studien, die von einer großen Anzahl von plastischen Chirurgen zwecks Erlangung der Erlaubnis zur Markteinführung ausgeführt wurden, zeigten innerhalb der ersten drei Jahren nach dem Vergrößerungseingriff eine Reoperationsrate zwischen 28 und 44 Prozent.

Vielleicht erbringen wir bei der Brustvergrößerung doch nicht ganz die Leistung, die wir erbringen sollten und könnten

Und wir fragen uns, weshalb das Publikum und die FDA skeptisch sind? Die Antworten sind beunruhigend. Vielleicht erbringen wir doch nicht ganz die Leistung bei der Brustvergrößerung, die wir erbringen sollten und konnten. Obwohl wir den Status quo weiterhin debattieren und verteidigen, teilen wir bei unseren Aus- und Weiterbildungsforen zu wenig Zeit ein, um tiefergehende Details der neuesten Techniken zu erörtern. Die fürs Programm verantwortlichen Organisationskomitees teilen weiterhin sieben Minuten pro Vortrag und 30 bis 40 Minuten für Podiumsdiskussionen ein, die vielleicht einen hohen Unterhaltungswert besitzen, selten aber ausreichende Informationen vermitteln, um Patientenergebnisse wirklich zu beeinflussen. Konflikte und Debatte scheinen oft wichtiger als die praktische Substanz. Politik, Egoismus, Neid und die organisatorischen Einschränkungen der Finanzierung begrenzen den fruchtbaren Ideenaustausch. Solange Organisationen die Anzahl der Chirurgen im Programm für wichtiger halten als die Menge der vermittelten, praktisch brauchbaren Informationen, solange bleiben solche Kongresse eher eine Art von sozialer Unterhaltungsveranstaltung und weniger wissenschaftlich informativ. Wenn die Chirurgen keine tiefergehenden Abhandlungen der relevanten Themen verlangen, werden solche nicht angeboten.

Fortschritt resultiert nur selten aus der Verteidigung des Status quo. Wenn wir nur einen Bruchteil der Energie in die Förderung unserer Sparte investierten, die wir in die Erhaltung des Status quo bei der Brustvergrößerung setzen, würden wir heute sehr wahrscheinlich nicht die gleichen Techniken und Implantate verwenden wie vor 20 Jahren. Die Implantathersteller produzieren natürlich das, was die Chirurgen verlangen. Wenn die Mehrheit der Chirurgen Produkte verlangen und verwenden, die 20 Jahre alt sind, dann werden die Hersteller ihre Investitionen nicht in Forschung und Entwicklung stecken. Die zwischen den Herstellern solcher Implantate – die untereinander keine echten Unterschiede aufweisen – rund und glatt bleibt rund und glatt, auch unter anderen Namen – ausgeführten Preiskriege reduzieren die Gewinnmargen weiter und somit auch das verfügbare Geld für künftige Forschung und die Entwicklung neuer Produkte. Die jährlichen Berichte, die Berichte der Securities and Exchange Commission sowie die Verkaufsdaten der zwei in den USA verbliebenen Hersteller von Brustimplantaten belegen diese historische Progression und listen den Prozentsatz der Nettogewinne auf, der für Forschung und Entwicklung neuer Produkte verwendet wird. Den Chirurgen werden weder neue noch für die Patienten bessere Implantate angeboten. Noch schlimmer – kein einziges neues Implantat ist auch nur in Planung, das in weniger als sieben bis zehn Jahren auf dem Markt sein kann.

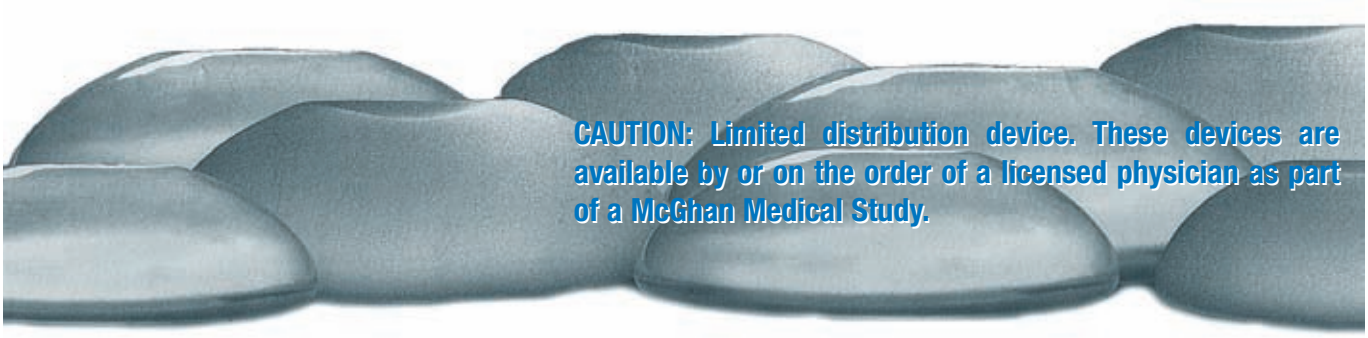
7. Die Implantatform ist gleichgültig.

Viele Diskussionen zum Thema Implantatform lenken von den weitaus wichtigeren Fragen ab: Die bessere Technik beim Eingriff, eine schnellere, unkomplizierte Genesung für jede Patientin, eine Entscheidungsfindung

und Operationstechnik, die das Risiko von Komplikationen und erneuten Eingriffen langfristig minimiert. Wahrscheinlich könnte die Diskussion am einfachsten aufgelöst werden, indem folgende Leitsätze Anwendung fänden:

- Wenn es Ihnen nicht gefällt, verwenden Sie es nicht.
- Wenn Sie nicht lernen wollen, wie es am besten anzuwenden ist, verwenden Sie es nicht.
- Wenn Sie zufrieden sind und keine neue Techniken und Produkte wollen, verbleiben Sie beim Status quo.
- Auch wenn Sie nur beschränkte oder gar keine Erfahrung mit Produkten und Techniken der Brustvergrößerung haben, garantiert dennoch das Grundrecht der Meinungs- und Redefreiheit das Recht, unbewiesen Behauptungen zu äußern.

Jeder geschickte Fachchirurg kann fast jede gewollte Brustform herstellen indem er das richtig ausgewählte runde oder geformte Implantat verwendet. Die Frage ist nicht, ob ein geformtes Implantat ein natürlicheres Ergebnis herbeiführen kann, denn es ist eindeutig möglich, mit runden Implantaten ganz natürliche Ergebnisse zu erzielen. Über einen Zeitraum von zehn Jahren verwendete ich ausschließlich runde Implantate und ich veröffentlichte natürliche Ergebnisse. Mein Interesse an geformten oder anatomischen Implantaten rührte von der Absicht, dem Kollaps bzw. Zusammenklappen der Implantathülle vorzubeugen, die optimale ästhetische Seite aber zu erhalten. Die wichtigsten Fragen lauten: Können geformte Implantate die besseren Ausfüllvolumina ermöglichen, damit die Hülle länger funktionstüchtig bleibt, und bieten sie den Chirurgen und Patienten weitere Optionen an? Die Implantatform ist keine wichtige Angelegenheit für Chirurgen, die wenig Interesse an der längerfristigen Weichteil-Implantat-Dynamik haben, die sich keine Sorgen um die Langlebigkeit der Implantathülle und die potentiellen Auswirkungen der Materialermüdung durch die Hüllenfaltung machen, die nicht bereit sind, Patienten über Füllprobleme aufzuklären oder die meinen, Patienten seien nicht in der Lage zu verstehen und eine aufgeklärte Wahl zu treffen, und die wenig oder keine Erfahrung in der Anwendung von geformten Implantaten bei der primären Vergrößerung haben. Die endgültige Brustform wird von über 50 verschiedenen Faktoren beeinflußt, die mit den Weichteilen und dem Chirurgen zusammenhängen. Versteht und berücksichtigt der Chirurg diese Faktoren nicht bei professionellen Vorträgen oder in Fachpublikationen, wird er wohl auch keine der komplexen Probleme verstehen, die mit der Implantat-Weichteil-Dynamik und Füllungen zusammenhängen und bei runden Brustimplantaten deutlich anders als bei geformten gelagert sind – zumal bei den verschiedenen Brusttypen. Ohne bedeutende klinische Erfahrung mit jeglicher Art von Implantat oder Technik bei der primären Vergrößerung gleicht die Gültigkeit einer Chirurgenmeinung jener eines zerrissenen Stimmzettels.Wenn uns weisgemacht wird, daß die Implantatform egal sei, muß diese Behauptung mit der Tatsache in Einklang gebracht werden, daß Chirurgen bisher weltweit über 500 000 geformte Implantate verwendet haben und eine große Anzahl solcher Implantate noch verwenden.



Es existieren keine gültigen Modelle zur Prüfung von Materialermüdung bei der Hüllenfaltung der unterschiedlichen Implantatformen

Der Anfang ist noch nicht einmal gemacht, beim Entwerfen von Implantatformen modernste Ingenieurtechnologien anzuwenden. Es gibt keine gültigen Modelle zur Prüfung von Materialermüdung bei der Hüllenfaltung

der unterschiedlichen Implantatformen. Wir wissen, daß die Hüllenfaltung (Zusammenklappen) wahrscheinlich eine Hauptursache des vorzeitigen Hüllenversagens ist, dennoch verstehen wir nicht völlig, wie sich die Hüllenform und die Füllung auf das Risiko der Faltung auswirken. Glaube ich, daß runde oder anatomische Implantate zu guten ästhetischen Ergebnissen führen können? Gewiss doch. Habe ich Vorurteile? Ganz sicher. Aber meine Vorurteile entsprechen nicht dem, was viele vielleicht denken. Die vier mich am meisten interessierenden Punkte bei Brustimplantaten sind:

- Wurde das Implantat ausreichend geprüft und ist es aus medizinischer Sicht vorhersagbar sicher?
- Inwieweit ermöglicht mir die Prothese die Kontrolle über die Langzeitform der Brust?
- Was sind die wahrscheinlichen Langzeitauswirkungen der Prothese auf das Gewebe der Patientin?
- Wie langlebig ist die Prothese – denn davon hängt ab, wie oft die Patientin wieder operiert werden muß?
- Bietet mir die Prothese weitere Optionen, verglichen mit anderen Prothesen?

Aus der Sicht meiner über 21-jährigen Erfahrung mit Brustvergrößerungen, bieten ohne Frage die anatomischen und geformten Implantate ein ganzes Spektrum an Optionen für die verschiedensten Brusttypen, die ich mit runden Implantaten nicht optimal versorgen kann. Sieht die Patientin einen Unterschied? Das weiß ich nicht. Können alle Chirurgen den Unterschied sehen? Das weiß ich auch nicht. Aber ich kann den Unterschied in den meisten Fällen sehen, und, was wichtiger ist, ich weiß, daß ich mein Können erweitere, meine Ergebnisse verbessere und die mir und meinen Patienten zur Verfügung stehenden Optionen maximiere. Am allerwichtigsten scheint mir, daß ich alles unternehme, um neben eine optimale Ästhetik auch die größtmögliche Langlebigkeit der Implantate zu erreichen.

8. Der Chirurg benötigt eigentlich keine chirurgische Erfahrung, um beurteilen zu können, welche Implantate oder Techniken schlecht sind.

Die „Logik“ dieser Legende kann so ausgedrückt werden: Sie bitten einen Busfahrer, die nötigen Techniken zu beschreiben, die für die erfolgreiche Raumfahrt verwendet werden, und Sie glauben ihm auch noch. Im Rahmen von professionellen Vorträgen, Zeitschriftenveröffentlichungen sollten die ethischen Regeln der Chirurgie verlangen, daß der Chirurg, der sich positiv oder negativ zu jedweder chirurgischen Technik, Behandlungsmodalität oder Brustimplantat äußert, seine persönliche Erfahrung mit dieser Technik oder dem Produkt ehrlich, genau und überprüfbar angeben muß. Wir haben die ethische Verpflichtung, finanzielle Angelegenheiten offen zu legen; wieso sollten wir nicht auch unsere chirurgische Erfahrung offen darlegen? Bei der wissenschaftlichen Diskussion haben verschiedene Meinungen ihre Berechtigung, so sie auf der Logik, einem in sich schlüssigen System oder gar persönlichen Neigungen basieren. Jede solche Meinung sollte aber eindeutig als das identifiziert werden, was sie ist. Wenn ein Chirurg Äußerungen über das Mögliche bzw. Unmögliche macht – oder über das Nötige bzw. Unnötige – besteht häufig ein Verhältnis zwischen der Gültigkeit seiner Aussage und seiner klinischen Erfahrung. In einer jüngst erschienen wissenschaftlichen Veröffentlichung, suggerierte ein Chirurg etwa, daß ein Endoskop eigentlich nicht nötig oder wünschenswert sei, um eine Axillarbrustimplantierung vorzunehmen, während ein anderer meinte, es sei schwierig oder unmöglich, anatomische Brustimplantate akkurat durch eine Axillarinzision zu platzieren, besonders in einer Paramammartasche. In beiden Fällen gaben hoch begabte und respektierte Chirurgen ungenaue Aussagen ab, die auf ungenügender klinischer Erfahrung in den von ihnen kommentierten Bereichen basierten. Wir könne uns alle in dieser Hinsicht verbessern. Ich erinnere mich klar an einem in Druck erschienen negativen Kommentar von mir, der sich auf den Bauchnabelzugang bei der Brustvergrößerung bezog, als ich eine Erfahrung von ganzen zwei Fällen hatte. Meine theoretische Einwände waren in Ordnung. Daß ich meinen Erfahrungsmangel nicht offen legte, war nicht in Ordnung. Die als „schlecht“ eingestuften Techniken oder Produkte ändern sich scheinbar mit der Zeit auf mysteriöser Art und Weise. 1992 hatten einige Chirurgen etwas pointiert auf die Mißerfolgsraten und sichtbare Verfältelung bei unausgefüllten Silikongelimplantaten hingewiesen. Als aber die FDA aus unerklärlichen Gründen entschied, die alten, unausgefüllten Silikonimplantate im Rahmen eines Antrags zur Marktzulassung noch mal einer Studie zu unterziehen – die gleichen Implantate wie im Jahr 1992 – bewarben sich einige der Chirurgen, die sich damals negativ geäußert hatten, für die Studie und nahmen Patienten an, während die

Hersteller die Gewinne fröhlich überprüften, die aus dem wieder stattfindenden Verkauf dieser Produkte herrührten. Sind Implantate mit Kochsalzlösung besser als jene mit Silikon? Es kommt darauf an, zu welchen Kompromissen Sie bereit sind. Wir können nicht Mißerfolgsraten glaubwürdig kritisieren, um dann dieselben Produkte hochhalten, wenn es uns gerade paßt oder Gewinn bringt.

9. Patientenmorbidität, Komplikationen und erneute Eingriffe haben ihre Ursache in aller Regel im Implantat und liegen nicht im Kontrollbereich des Chirurgen.

Wahrscheinlich sind den Brustimplantaten mehr Komplikationen zugeschrieben worden, als es überhaupt chirurgeninduzierte Komplikationen gibt. Kein Brustimplantat kann eine suboptimale Evaluierung des Patientengewebes, Operationsplanung oder schlechte chirurgische Ausführung ausgleichen. Kein Brustimplantat löst klinische Probleme nur durch seine Konstruktion. Der Chirurg produziert unvermeidlich etwas Morbidität, indem er einen Eingriff überhaupt vornimmt. Der Grad der Morbidität und die Komplikationsrate reflektieren jedoch in aller Regel die Qualität der Operation. Sogar die Kapsularkontraktion, eine biologische Reaktion auf das Implantat und keine Komplikation, steht in unmittelbarem Zusammenhang mit mehreren chirurgenbezogenen Faktoren, wie der Dissektionstechnik, dem Gewebetrauma, der Blutung und der Taschenkontamination. Der Chirurg bestimmt die Gelegenheiten zur Verbesserung, Gelegenheiten, die oftmals in den grundlegendsten Funktionen zu finden sind, die er bei jeder Brustvergrößerungspatientin durchführt. Kann zum Beispiel irgendeiner Chirurg die Eignung der Brusthülle einschätzen, indem er sie lediglich ansieht? Was wir nicht merken, kann zu suboptimalen Entscheidungen führen. Implantate ähnlicher Größe (z.B. 300 cm^3), in Brüsten ähnlicher Größe, ähnlicher Dimensionen und Parenchymmengen eingepflanzt, können dramatisch unterschiedliche Langzeitauswirkungen zeigen, wenn die Hülleneigenschaften jeweils sehr verschieden sind. Werden die Brusthülleneigenschaften nicht akkurat bewertet und quantifiziert, so können dem Chirurgen dadurch wertvolle Gelegenheiten zur optimalen Entscheidungsfällung entgehen, die einen Einfluß auf die Langzeitresultate haben. Zahlreiche weitere Gelegenheiten zur Verbesserung existieren, aber die Chirurgen müssen ihnen nachgehen, anstatt bloß den Status quo zu rechtfertigen.

Sind stumpfe Dissektionstechniken von vor 30 Jahren wirklich noch akzeptabel?

Der Chirurg kontrolliert das intraoperative Geschehen und seine Auswahl an Techniken kann weitreichende Auswirkungen auf das Endergebnis für die Patientin haben. Sind stumpfe Dissektionstechniken von vor 30 Jahren wirklich noch akzeptabel? Fragen Sie doch zwei Patientinnen, von denen eine nach zwei Tagen zu ihren normalen Aktivitäten zurückkehren konnte, während die andere erst nach zwei Wochen so weit war, wobei der Unterschied eben dem jeweiligen Grad des Gewebetraumas sowie der durch chirurgisches Trauma und in das Gewebe absorbiertes Blut resultierenden Entzündung zuzuschreiben sind. Dennoch verteidigen viele Chirurgen standhaft die stumpfe Dissektion. Macht das chirurgische Instrumentarium etwas aus? Sind die kleinen Details der chirurgischen Technik wichtig? Alle diese Faktoren sind von Bedeutung und verdienen Beachtung und Verbesserung, ausgehend von der Anzahl der Komplikationen und erneuten Eingriffen bei Patienten. Kann der Chirurg durch die intraoperativ verwendete Technik einen Einfluß auf die Notwendigkeit von postoperativen Zusatzmaßnahmen ausüben? Ist die generelle Endotrachealnarkose angesichts der Kosten und Aufwand gerechtfertigt? Kann die geeignete Verabreichung von Muskelrelaxantien das Trauma im Pectoralis bei der Dissektion einer subpektoralen Tasche verringern? Ist die Interkostalblockade tatsächlich nötig, oder könnten der Aufwand, die Kosten und das Risiko der Blockade vermieden werden, indem wir die Operationstechnik verbessern, die Blutung reduzieren



und die stumpfe Dissektion und das begleitende, schmerzverursachende Trauma für das Periost oder Perichondrium abschaffen?

Investiert der Chirurg in sein technisches Know-How, sind viele Zusatzmaßnahmen nach der OP unnötig

Vom Standpunkt einer gesamten Praxiskarriere aus betrachtet, überlege man, wie viel Zeit und Geld investiert wird und wie viele Risiken eingegangen werden, um bei jeder Vergrößerungspatientin Interkostalblockaden (oder sonstige unnötige Prozeduren) durchzuführen, und man vergleiche den konstanten Ertrag, der durch die Verbesserung der chirurgischen Technik erzielt werden kann. Durch eine einmalige Investition in das eigene Können werden Risiken und Verschwendung eliminiert und der Genesung einer jeden Patientin geholfen. Wie steht es mit der Drainage? Wenn keine Blutung oder kein exzessives Trauma vorliegt, muß das sein? Wie steht es mit dem postoperativ verwendeten BH und mit Geräten, die das Implantat positionieren? Existieren dokumentierte Methoden, die eine vorhersagbare Implantatlage versichern, ohne Geräte, welche die Kooperation durch die Patientin verlangen, und die Ergebnisse unter unsachgemäßer Verwendung gefährden? Wenn es Alternativen gibt, die keine Zusatzmaßnahmen benötigen, warum nutzen wir sie nicht aus? Wenn die Drainage, die Bindungen, die speziellen Büstenhalter, die Massagen und zahllose andere Zusatzmaßnahmen wirklich unabdingbar sind, wie kommt es, daß einige Chirurgen exzellente Ergebnisse ohne diese Dinge erzielen? Weitere Beispiele gibt es zuhauf, die allesamt die Fragen stellen: „Warum wollen wir uns nicht ändern?“ „Warum verwenden wir Techniken und Technologie, die zwanzig Jahre alt sind?“ Das sind relevante Fragen; die Antworten sind schwierig. Im Zeitalter der Information lernen Patienten schnell, daß es „nicht so sein muß“.

10. Wenn ein Chirurg einmal seine Präferenzen hinsichtlich auf Technik und Implantat hat, sollte er diese Wahl standhaft seine gesamte Karriere über verteidigen.

Vernünftige Chirurgen werden zustimmen, daß wir das machen sollten, was wir können, daß wir also den Patienten geprüfte, zuverlässige Techniken und Implantate anbieten sollten, die am ehesten vorhersagbare Resultate und minimale Komplikationen versprechen. Die nächst höhere Perspektive erkennt, daß die Verpflichtung des Chirurgen zur Verbesserung seines Könnens ein wesentlicher Faktor bei den Patientenergebnissen ist. Zum Glück gibt es Stimmen, die sich für beide Perspektiven einsetzen, und es ist wohl auch bis zu einem gewissen Grad verdienstvoll, den Status quo zu verteidigen, jedenfalls bis es auch dem Hausmeister im OP klar ist, daß ein besserer Weg existiert. Erinnern Sie sich an dem oben erwähnten Chirurgen, der meinte, ein Endoskop sei für die Axillarvergrößerung überflüssig. Vielleicht könnten wir Vergrößerungen mit einem Zimmermannshammer durchführen – theoretisch – aber heute haben wir das Skalpell und den stumpfen Dissektor. Wie viele technisch kritische Prozeduren werden besser „stumpf und blind“ durchgeführt, während genauere und weniger traumatische Techniken zur Verfügung stehen? Vielleicht ist es nur eine Frage der individuellen Perspektive des Chirurgen. Um die Frage ein für allemal zu beantworten, wie wäre es, wenn man Patienten nebeneinander operieren würde – indem die Tasche für den einen Patienten mit einem stumpfen Dissektor hergestellt wird und die des anderen gänzlich mit den besten Instrumenten zur Elektokoagulation und mit endoskopischer Technik? Danach beobachten wir, welcher Patient weniger Morbidität aufweist und am schnellsten wieder zur normalen Aktivität zurückkehrt. Wer hat mehr Erfolg, und warum? Beantworten wir Fragen zum Wohl des Patienten, nicht zur Erhebung des Chirurgenegos. Unsere Patienten gewinnen, wenn wir die eingefahrene Verhaltensweise erkennen und dieser Verhaltensweise Widerstand leisten, die uns einflüstert: „Das habe ich noch nie probiert, also ist es sicher schlecht. Was ich jetzt mache, tut’s doch auch, warum sollte ich etwas ändern? Warum überhaupt über Änderung nachdenken? Ich weiß es doch am besten, ich bin doch immerhin der Chirurg.“

11. Was am leichtesten von der Hand geht, ist am besten.

Selten ist das, was am leichtesten von der Hand geht, das Beste. Auf dem steilen Hang der Lernkurve für die Brustvergrößerung trifft dies nach meiner Erfahrung niemals zu. Dieser Legende kann zwar ein Kern der Wahrheit zugesprochen werden – jedoch nur dann, wenn

eine bedeutende Zeit- und Arbeitsinvestition zu einem hohen Niveau an Können führt, das auf solider Erfahrung aufgebaut ist. Der Spruch ist selten zutreffend, wenn man von einer schmalen Erfahrungsbasis mit einer engen Perspektive ausgeht, bei der ganz wenige Alternativen untersucht wurden. Der Fortschritt in der Brustvergrößerung wird durch die Patientenzufriedenheit gebremst. Viele geben sich mit unterdurchschnittlichen Ergebnissen zufrieden. Die positiven Auswirkungen auf das Selbstbewusstsein und das Wohlbefinden führen gelegentlich dazu, daß sich Patienten wiederholt operieren lassen, wenn etwa Kapselkontraktionen oder Infektionen auftreten, obwohl die medizinisch sinnvolle Vorgehensweise die ersatzlose Entfernung des Implantats wäre. Es ist keine leichte Aufgabe, die Patientenaufklärung, die individuelle Gewebeevaluierung, die präoperative Entscheidungsfindung, die stetig Verbesserung der eigenen Technik, die Minimierung der Morbidität und die Verkürzung der Genesungsdauer voranzutreiben.

Die Chirurgen müssen auf Ergebnissen bestehen, die weit über der Patientenerwartung liegen

Aus der Patientenperspektive ist die Erfüllung dieser Aufgaben das Beste. Die Chirurgen müssen auf Ergebnissen bestehen, die weit über der Patientenerwartung liegen. Sie müssen den Patienten helfen, besser unter Optionen zu wählen, damit das Risiko eines erneuten Eingriffes und ungünstiger Gewebefolgen verringert wird, während die Langlebigkeit des Implantates gebessert wird. Das Beste zu liefern – oftmals stehen dem finanzielle Erwägungen entgegen, besonders wenn das Beste mehr kostet, dem Patienten das Geld fehlt, und der Chirurg im Vormonat weniger verdient hat. Aus der wirtschaftlichen Perspektive des Chirurgen kann die Behandlung einer Komplikation infolge suboptimaler Entscheidungen oder einer vermeintlichen finanziellen Not zu einem Einkommensverlust führen, der in der Höhe des Gewinns aus drei primären Brustvergrößerungen liegen kann. Wenn es zu einem Rechtsstreit kommt, sind die Verluste für den Chirurgen und für den Patienten erheblich größer.

Die Wahrheit

Wir haben einige Legenden untersucht. Gehen wir nun zur Wahrheit über. Die Brustvergrößerung ist eine der lohnendsten Prozeduren in der plastischen Chirurgie, sowohl für den Patienten als auch für den Chirurgen. Hier können wir Besseres leisten, hier sollten wir besseres leisten und hier müssen wir Besseres leisten. Es ist an der Zeit, vorwärts zu gehen.

Deutsche Bearbeitung des Artikels aus: *Plastic and Reconstructive Surgery* (2001) 107:1895–1903

Aufruf zur Subskription



Empfohlen von der Vereinigung der Deutschen Plastischen Chirurgen (VDPC)

Mit einem Vorwort von H.-U. Steinau

Atlasformat 21 x 29,7 cm, Gebunden,
ca. 800 Seiten, über 2500 Farbabbildungen
(davon ca. 600 Farbzeichnungen),
Vorbestellpreis zirka € 249,–
Danach zirka € 299,–
ISBN 3-922777-55-4

Erscheint im 1. Halbjahr 2003

BESTELLCOUPON

Neven Olivari – „Praktische Plastische Chirurgie"
ca. 800 Seiten, über 2500 Zeichnungen, gebunden,
Vorbestellpreis zirka € 249,–, danach zirka € 299,–

Hiermit bestelle ich ____ Exemplar/e des Buches
„Praktische Plastische Chirurgie"

Datum/Unterschrift

Name

Straße

PLZ/Ort

KADEN
Dr. Reinhard Kaden Verlag GmbH
Ringstraße 19 • 69115 Heidelberg
Tel.: 06221/1377600 • Fax: /29910

Internationales Fachsymposium war ein voller Erfolg



Sie freuten sich über die gelungene Veranstaltung: (von links) G. Deutsch, A. Hortling, J. Güsgen, Neven Olivari, F. Velasco, D. Richter, R. Peinado und E. Breuer. Foto: A. Scholl

Kapazitäten auf dem Gebiet der Plastischen Chirurgie folgten der Einladung von D. F. Richter, Chefarzt der Plastischen Chirurgie am Dreifaltigkeits-Krankenhaus in Wesseling. Mitte November 2002 fand in Köln das Internationale Fachsymposium der Plastischen Chirurgen statt. Zum einen, um den 70sten Geburtstag von Neven Olivari, der die Abteilung für Plastische Chirurgie im Dreifaltigkeits-Krankenhaus in Wesseling gegründet und aufgebaut hat, zu feiern und zum anderen, um das 20-jährige Bestehen der Abteilung für Plastische Chirurgie im Dreifaltigkeits-Krankenhaus gebührend zu begehen.

Die Lesung aus seinem neuen Lehrbuch ließ der Jubilar sich nicht nehmen

Die Tagung wurde durch H. U. Steinau aus Bochum eröffnet. Als Präsident der VDPC ehrte er das Lebenswerk von N. Olivari, der nicht nur Mitbegründer der VDPC ist, sondern sich auch seit Jahrzehnten nachhaltig für deren Weiterentwicklung eingesetzt hat. Die Präsidentin der VDÄPC, C. Neuhann-Lorenz (München) begrüßte im Anschluß alle Anwesenden. R. Olbrisch (Düsseldorf) führte die Laudatio fort. Die Autorenlesung aus seinem neuen Lehrbuch „Praktische Plastische Chirurgie“, das demnächst im Kaden Verlag (Heidelberg) erscheinen wird, ließ sich Olivari nicht nehmen und startete damit den wissenschaftlichen Teil des Symposiums. Die Liste mit den Namen der Referenten liest sich wie das Who is Who der Plastischen Chirurgie: A. Banic, Bern; J. Baudet, Bordeaux; A. Feller, München; G. Germann, Ludwigshafen; W. Gubisch, Stuttgart; J. Holle, Wien; U.K. Kesselring, Lausanne; C. Lassus, Nizza; G. Noever, Zürich; D. Richter, Wesseling; P. Stanec, Zagreb; C. Wolfensberger, Zürich und M. Wolters, Frankfurt.

Nicht alles, was chirurgisch machbar ist, sollte auch durchgeführt werden

Nicht nur die vielfältigen Vortragsthemen von den Nasenspitzendefekten über nichtoperative Faltenbehandlungen im Gesicht, der periorbitalen ästhetischen Chirurgie oder den Gesichtsrekonstruktionen nach Noma über die verschiedensten Arten der Mamma-Rekonstruktion bis hin zur Mikrochirurgie der unteren Extremität und der Body-Lifts – um nur einige zu nennen – luden zu Diskussionen oder Beantwortung besonderer Fragestellungen ein. Die Pausen wurden auch dazu genutzt, neue Kontakte zu knüpfen bzw. alte zu vertiefen. Da die Veranstaltung als Fortbildungsveranstaltung für Ärzte im Praktikum anerkannt war, ließen es sich die Referenten nicht nehmen, immer wieder darauf hinzuweisen, daß nicht alles, was chirurgisch möglich ist, auch umgesetzt werden sollte. Der Mensch steht im Mittelpunkt und man müsse gerade in der Plastischen Chirurgie die Patienten aufklären und auch „nein“ sagen können. Die Wiederherstellungschirurgie hatte ebenfalls in allen Bereichen eine großen Stellenwert und wurde umfassend dargestellt.

Allen Vortragenden, auch den jeweiligen Herren und Damen, die den Vorsitz während des Symposiums innehatten, wie C. Neuhann-Lorenz, München; N. Pallua, Aachen; R. Olbrisch, Düsseldorf; P. Brüser, Bonn, lobten die Erfolge von N. Olivari. „Ihm sei ein großer Anteil der Plastischen Chirurgie in Deutschland zu verdanken“ so Richter. Nach dem Symposium wartete noch ein Gala-Abend. Daß dieser genauso gut besucht war wie die Fachtagung, versteht sich von selbst. □

Neue Aspekte beim Face- und Stirnlifting

Der Fibrinkleber in der ästhetischen Chirurgie

Edgar Biemer (München), John A. Grossman (Denver)



Tagungsort Wildbad Kreuth

Beim Dritten Internationalen Symposium der VDÄPC in Wildbad Kreuth fand ein Round-Table-Gespräch statt, bei dem Spezialisten aus Europa und den USA die Ergebnisse ihrer Studien über Fibrinkleber (Tissucol) vorstellten und ihre Erfahrungen mit diesem Produkt austauschten, das in Europa bereits vor 30 Jahren eingeführt wurde. Im Gegensatz dazu wurde Tissucol in den USA erst 1998 zugelassen. Die amerikanischen ästhetisch-plastischen Chirurgen bauten daher bei ihren ersten Versuchen auf den europäischen Erfahrungen mit Fibrinkleber auf. Sie versuchten, bei allen ästhetischen Gesichtseingriffen sämtliche postoperative Verbände, Drainagen und pharmazeutische Hämostatika durch Tissucol zu ersetzen.

Tissucol Fibrinkleber besteht aus zwei Komponenten und kann in unterschiedlicher Geschwindigkeit befestigen

Tissucol/Tisseel ist ein aus zwei Komponenten bestehender Fibrinkleber: Die erste Komponente beinhaltet das Klebereiweißkonzentrat sowie Aprotinin, einen Fibrinolysehemmstoff. Die zweite Komponente beinhaltet eine Thrombinlösung mit Kalziumchlorid. Die Befestigungsgeschwindigkeit – schnell oder langsam – wird durch die ausgewählte Thrombinkonzentration bestimmt. Bei Standardeingriffen wird die schnelle Befestigung gewählt (Thrombin 500 IE/ml). Zwei Produktformen stehen zur Verfügung: Das Tissucol/Tisseel Kit, das lyophilisierte Produkt, das eine schnelle oder langsame Befestigung erlaubt (Thrombin 500 IE/ml = schnelle Befestigung, 4 IE/ml = langsame Befestigung), sowie das Tissucol/Tisseel Duo, das tiefgefrorene Produkt, das in vorgefüllten Spritzen geliefert wird – allerdings nicht in den USA. Das Kleben mit Tissucol geht mit der letzten Phase der physiologischen Blutkoagulierung konform.

Therapeutische Wirkungen von Tissucol:

→ Kleben des Gewebes
→ Kontrolle über Blutungen
→ Abdichtung gegen Gase und Flüssigkeiten
→ Unterstützung der Wundheilung

Facelifting: Fibrinkleber vermindert Kosten und erhöht die Zufriedenheit der Patienten

John A. Grossman und Kollegen führten eine Studie über eine Gruppe von 174 Patienten durch, bei der insgesamt 208 Gesichtshauteingriffe mit zirka 1000 Anwendungen des Fibrinklebers zu verzeichnen waren. Der Fibrinkleber wurde durchgehend bei kompletten und partiellen Gesichtshautstraffungen, Halsstraffungen, offenen Stirnstraffungen und Blepharoplastiken verwendet. Nach der Durchführung des jeweiligen Eingriffs wurde der Kleber auf das offene Wundbett aufgesprüht – beim ersten Mal mit einer Spritze. Danach kam ein Aerosol mit Gasdruck (Tissomat) zum Einsatz, wodurch ein bedeutend kleineres Volumen benötigt wurde. Das Tissomat ermöglichte eine feinere, gleichmäßigere und daher wirtschaftlichere Verteilung bei der Verwendung. Die Anzahl der Tisseel-Duo-Sets konnte dadurch fast um die Hälfte verringert werden, auch die indirekten Kosten wurden gesenkt. Ohne Tissucol beliefen sich die Kosten einschließlich der Drainagen, Verbandzeug und der Personalkosten auf 812 Dollar. Bei Verwendung von Tissucol betrugen die Kosten lediglich 170 bis 510 Dollar.

Zum Vergleich: 2 ml Tissucol werden für ein komplettes Gesicht benötigt, die 182,20 Euro kosten. Drainagen, Verbände oder Kompressionsverbände wurden nicht angewendet.

Postoperative Komplikationen wie Hämatome, Blutungen, Schwellungen oder verzögerte Wundheilung sind klar verringert

Während der unmittelbar postoperativen Periode wurden nur zwei postoperative Hämatome beobachtet. Da die Literatur für vergleichbare chirurgische Eingriffe das postoperative Auftreten von Hämatomen mit 3,7 Prozent angibt, beträgt die Inzidenz in dieser Studie 0,96 Prozent. Dies bedeutet eine signifikante Verringerung der Hämatomhäufigkeit. J. Grossman schloß daraus, daß der Fibrinkleber als hämostatisches Mittel und chirurgischer Kleber wirksam ist, durch deutlich geringere postoperative Schwellungen und Verfärbungen die Patientenzufriedenheit erhöht und die Kosten minimiert. Der Kleber trägt dazu bei, weitere Kosten zu vermeiden, die bei den herkömmlichen Verfahren durch Verband- und Drainagewechsel oder -entfernung sowie durch Eingriffe aufgrund von Hämatomen entstehen können. Sogar die Transportkosten werden gesenkt. Diese Ergebnisse wurden durch D. Panfilov, Bonn-Bad Godesberg, bestätigt, der zahlreiche Facelifting-Eingriffe durchgeführt hat, einschließlich des sogenannten „Midi-Faceliftings“. Seine Beobachtungen bei etwa 200 Patienten zeigen, daß die Anwendung des Fibrinklebers zu einer klaren Verringerung von Komplikationen wie Blutungen, Schwellungen, Nervenverletzungen, verzögerter Wundheilung und hypertropher Narbenbildung führt.

Mit Tissucol können Stirnstraffungen ohne Schraubbefestigungen durchgeführt werden

In diesem Zusammenhang wurde von den Teilnehmern im Verlauf der Diskussionen außerdem festgestellt, daß der Fibrinkleber das Gewebe nicht so fest klebt, daß dadurch eine Exploration unmittelbar nach dem Eingriff unmöglich wäre. Die Stirnstraffungen können ohne Schraubbefestigung durchgeführt werden, da die Klebefixierung ausreicht. Daß die Verdünnung der Thrombinfraktion von 500 IE auf 40 IE eine Verlangsamung bei der Umwandlung von Fibrinogen zu Fibrin bewirkt – was die optimale Plazierung der Stirnhaut ermöglicht, ehe die Reaktion vollständig abgelaufen ist. Die Verwendung von Tissucol kann größeren Hämatomen nicht vorbeugen, aber bei kleineren, welche die Genesung verzögern könnten, macht der Kleber Verbände und Drainagen überflüssig. A. Krüger, Duisburg, hielt darüber hinaus die Fähigkeit des Fibrinklebers für beeindruckend, „größere durch den Eingriff bedingte Öffnungen zu verschließen …“, und der postoperativen Blutung Einhalt zu gebieten, indem das Verkleben der Hautlappen gefördert wird. Er verwende den Fibrinkleber bei allen Facelifting-Eingriffen, sowohl des oberen als auch des unteren Gesichts und bei Stirnhautstraffungen. Eine Reihe von Teilnehmern sahen in der Stirnhautstraffung eine klare Indikation für die Anwendung eines Fibrinklebers. Dazu wurde zur ausreichenden Stabilisierung für sieben bis zehn Tage ein Verband empfohlen. Die von den Teilnehmern berichteten Ergebnisse waren allerdings uneinheitlich. Viele kehrten zur Schraubfixierung zurück, weil dadurch die Möglichkeit der postoperativen Repositionierung gegeben ist. In den USA bestehe eine klare Tendenz zur endoskopischen Stirnhautstraffung, so Grossman. Die meisten Patienten zögen diese minimalinvasive Methode vor: Bei diesem Verfahren genüge die Stabilisierung ausschließlich durch Fibrinkleber. Die Patienten seien nicht von der Vorstellung begeistert, Metallschrauben am Kopf zu tragen.

Rhinoplastik: Fibrinkleber stabilisiert das Transplantat und beschleunigt die Wundheilung

Die chirurgische Technik kombiniert das geschlossene – endonasale – mit dem offenen Verfahren. Letzteres betrifft die Arbeit an der Nasenspitze. Der Fibrinkleber wird nach dem Eingriff an der Nasenspitze verwendet, um den „toten Raum„ zu eliminieren und den Weichteillappen zu befestigen. Weitere Vorteile des Fibrinklebers bei der Rhinoplastik sind die Stabilisierung des Transplantats, eine beschleunigte Wundheilung und die Reduzierung der Schwellungen und Hämatome. Zudem erreicht man durch die Anwendung von Tissucol eine weitaus glattere Hautoberfläche.

Tissucol wird auch bei der oberen und der unteren Blepharoplastik verwendet. Hier besteht allgemein Übereinstimmung, daß nur eine geringe Menge Fibrinkleber

TISSUCOL

Spray Set



good
to have
a helping
hand

Baxter Deutschland GmbH · BioScience · Im Breitspiel 13 · 69126 Heidelberg · Tel. (0 62 21) 397-0

Baxter

notwendig ist. So betrachtet, ist das operative Verfahren kosteneffektiv. Kein Teilnehmer hat von einer Narbenbildung berichtet. Tissucol scheint besonders bei der oberen Blepharoplastik nützlich zu sein, wenn zusätzlich noch andere Verfahren durchgeführt werden. Der Fibrinkleber kann die Schwellung und die Hämatome in dieser Körperregion ebenfalls verringern. In vielen Fällen konnten zusätzliche Nähte vermieden werden.

Tissucol erfüllt die gesellschaftliche Anforderung nach schnellstmöglicher Normalisierung des Äußeren

Auch bei chirurgisch-plastischen Eingriffen an der Brust und am Körper kann der Fibrinkleber offensichtlich die Verwendung von Drainagen und Verbände überflüssig machen. Es konnte gezeigt werden, daß bei 124 Brustrekonstruktionen durch Latissimuslappen keine Serome im Entnahmegebiet auftraten. Bei einer Abdominoplastik kann man auf die Drainage verzichten. Bei allen Fällen wird die Seromrate verringert. Zusammenfassend ist zu sagen, daß Fibrinkleber in der ästhetisch-plastischen Chirurgie einen hohen Stellenwert einnimmt. Das Produkt erfüllt die Anforderungen unserer Gesellschaft nach schnellstmöglicher Normalisierung des Aussehens und des sozialen Lebens nach einer (ästhetisch-plastischen) Operation. Die Anwendung des Fibrinklebers ist exklusiver als die Standardverfahren. Da Drainagen und Verbände unnötig sind, erhöht der Kleber das Wohlbefinden der Patienten. Die Genesungszeit wird verkürzt und der Kleber ist kosteneffektiver als die Standardverfahren. Da die Anwendung des Produktes den Bestimmungen des deutschen Transfusionsgesetzes unterliegt, muß vom Patient eine schriftliche Zustimmungserklärung eingeholt werden. E. Biemer und Kollegen haben daher vorgeschlagen, daß der Hersteller ein Informationsblatt herausgeben sollte, das allen Ärzten zur Verfügung gestellt wird, die den Fibrinkleber verwenden. Dieses Informationsblatt soll die Patienten über die potentiellen Risiken und mögliche Folgen des Eingriffs aufklären. Das Zustimmungsformular könnte darüber hinaus in standardisierter Form für die Dokumentation der Patientenaufklärung zur Verfügung gestellt werden.

Die Tendenz, Fibrinkleber vermehrt bei Faceliftings, endoskopischen Stirnhautstraffungen, Brustoperationen und Abdominaleingriffen zu verwenden, wurde bei mehreren Tagungen verschiedener Fachverbände in Deutschland bestätigt. Insbesondere haben die VDPC und die VDÄPC die Vorteile des Fibrinklebers während der Tagung in Heidelberg im September 2002 hervorgehoben. □

Personalia

Vortragspreis der DGV an Claudia Choi

Dr. med. Claudia Choi, Medizinische Hochschule Hannover, erhielt auf der Jahrestagung der Deutschsprachigen Arbeitsgemeinschaft für Verbrennungsmedizin in Kitzbühel am 9.1.2003 den mit 500,– € dotierten Vortragspreis. Der Preis wird von der Deutschen Gesellschaft für Verbrennungsmedizin für besondere wissenschaftliche Leistungen und Präsentation auf der jeweiligen Jahrestagung verliehen. Sie erhielt diesen Preis für ihre Arbeit „Expression, Apoptose regulatorischer Proteine in kultivierten Keratinozyten durch non-viralen Gentransfer – ein neues Konzept zur Toleranzinduktion“. Sie konnte mit Hilfe von Gentransfer verschiedener apoptosehemmender DNA zeigen, daß die so genmodifizierten Keratinozyten im Vergleich zu einer Kontrollgruppe ein modifiziertes Apoptose- und Proliferationsverhalten aufwiesen. Mit diesem Verfahren könnte es in der Zukunft möglich sein auch Fremdhaut so zu verändern, daß sie primär toleriert wird. Die Arbeitsgruppe der Abteilung für Experimentelle Plastische Chirurgie besteht neben Frau Choi aus den Co-Autoren Reimers, Allmeling, Kall, Mala und Vogt.

Neuer Vorstand bei der DGV

Der Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Verbrennungsmedizin mit Sitz in Berlin wurde wie folgt neu gewählt. Präsident: Prof. Dr. Eberhard Schaller, Tübingen; Vizepräsident: Prof. Dr. Peter Mailänder, Lübeck; Sekretär: Prof. Dr. P. M. Vogt, Hannover; Schatzmeister: Dr. Franz Jostkleigrewe, Duisburg. Beirat: Prof. Dr. Norbert Pallua, Aachen; Prof. Dr. Günter Germann, Ludwigshafen-Heidelberg; Prof. Dr. Klose, Ludwigshafen; Dr. Hoffmann, Hannover.

Der Presse vorgetragen

Plastische Operationen kein Tätigkeitsgebiet für Autodidakten

Vom 18. bis 21. September 2002 fand in Heidelberg der gemeinsame Jahreskongreß der VDPC und der VDÄPC statt. Für die VDPC war es bereits der 33. Jahreskongreß, die VDÄPC ist seit sieben Jahren dabei. Die Tagung wurde organisiert und geleitet von Prof. Günter Germann und seinen Mitarbeitern von der BG-Unfallklinik in Ludwigshafen. Der Kongreß war mit über 600 Teilnehmern in diesem Jahr einer der größten seiner Art in Europa: Den Veranstaltern lagen über 325 Vortragsanmeldungen vor, daraus wurden 122 Vorträge für die VDPC-Tagung und 54 Vorträge für die VDÄPC-Tagung ausgewählt. Zusätzlich wurden 54 Poster zugelassen. In einer Pressekonferenz am 18. September gaben der Tagungspräsident, VDPC-Präsident Prof. Hans-Ulrich Steinau, Bochum, VDÄPC-Präsidentin Dr. Constance Neuhann-Lorenz, München, und die Vorsitzende der Qualitätssicherungskommission der VDPC/VCÄPC, Dr. Marita Eisenmann-Klein, Regensburg, den Journalisten Auskunft über die wichtigsten Themen des Kongresses.



H. U. Steinau, C. Neuhann-Lorenz, G. Germann, A. Müller, M. Eisenmann-Klein

Weichteiltumoren: Rekonstruktion statt Amputation

Im Falle bösartiger Weichteiltumoren, aber auch bei der Entfernung rein auf die Haut beschränkter Tumore wie Plattenepithelkarzinome oder Narbenkarzinome in chronischen Wunden, hinterläßt eine radikale Resektion oft sehr große Defekte. Deren Deckung war früher nicht möglich. Bei Tumoren der Extremitäten – so Professor Steinau – blieb dann meist nur die Möglichkeit der Amputation. Durch neue Techniken und durch Kooperation unterschiedlicher Disziplinen ist heute eine Amputation in vielen Fällen vermeidbar, was sich ganz erheblich auf die Lebensqualität des Patienten auswirkt. An die Stelle der extremen Operationen sind heute multimodale Therapiekonzepte getreten, die individuell an den Tumortyp, das Erkrankungsstadium und den Zustand des Patienten angepaßt werden. Wie umfangreiche Studien in den letzten zehn Jahren gezeigt haben, führen schonende, extremitätenerhaltende Operationen im Vergleich zur Amputation nicht zu einer Verringerung der Lebenserwartung.

Um bei einer ausreichenden onkologischen Radikalität die Funktion des Organs bzw. der Extremitäten möglichst vollständig zu erhalten und gleichzeitig eine zufriedenstellende ästhetische Wiederherstellung erreichen zu können, werden verschiedene Techniken der plastisch-rekonstruktiven Chirurgie eingesetzt. Ganz wichtig sind dabei mikrochirurgische OP-Techniken. So können heute beispielsweise auch bei Eingriffen, die eine Entfernung großer Knochenanteile verlangen, durch Einsatz gefäßgestielter, mikrochirurgisch übertragener körpereigener Knochentransplantationen in vielen Fällen Amputationen vermieden werden. Selbst in Fällen, in denen eine Amputation unvermeidlich ist, ermöglicht es die plastische Chirurgie häufig, einen Teil der Extremität zu erhalten.

Faltenbehandlung mit Botox: „Fastfood-Zweig der Schönheitsindustrie“

Im Trend sind derzeit Faltenbehandlungen mit Botulinumtoxin, das unter den Markennamen Botox® oder Dysport® vertrieben wird. Leider – so VDÄPC-Präsidentin Dr. Neuhann-Lorenz während der Heidelberger Pressekonferenz – befinden sich unter den Anbietern auch immer wieder schwarze Schafe, die mit unlauterer Werbung versuchen, ihren Profit aus dem Boom zu schlagen. Den Patienten empfiehlt C. Neuhann-Lorenz, auf jeden Fall den Rat eines ästhetisch-plastischen Chirurgen einzuholen, denn die notwendigen Kenntnisse seien bei Ärzten anderer Fachrichtungen, wie Haut- oder HNO-Ärzten, nur teilweise vorhanden. Schwerwiegende Nebenwirkungen durch Botox-Injektionen seien bisher nicht aufgetreten, jedoch wisse man noch wenig über die Immunreaktion des Körpers auf die Substanz. Falsch injiziert kann das Botulinumtoxin zu Lähmungen der Gesichtsmuskulatur führen.



C. Neuhann-Lorenz

Fettabsaugung: Kein Mittel zur Gewichtsreduktion, sondern ein ernstzunehmender Eingriff

Viele Menschen sehen in einer Fettabsaugung eine Chance, ihr Übergewicht loszuwerden. Doch damit wird diese Methode gründlich mißverstanden. Die Liposuktion ist kein Mittel zur Gewichtsreduktion, so Prof. Germann. Es handle sich vielmehr um eine Möglichkeit zur Beseitigung „örtlicher Fettgewebsfehlverteilungen“, also ein Verfahren zur Körperformung. Als typisches Anwendungsbeispiel nannte er das Mißverhältnis zwischen der Menge des Fettgewebes an Hüften und Oberschenkeln einerseits und dem restlichen Körper andererseits, auch als „Reithosen“ bezeichnet.

Zwar treten bei der Fettabsaugung insgesamt nur wenige schwere Komplikationen auf, doch sei das Verfahren nicht zu unterschätzen. Bei der Absaugung entstehe eine großflächige Wunde unter der Haut – diese Wundfläche führt überhaupt erst zum gewünschten Effekt. Der Eingriff sei daher sehr sorgfältig durchzuführen. Insbesondere sei eine Thromboseprophylaxe wichtig. Daneben gelte es zu beachten, daß die Höchstmengen von Infiltration der Tumeszenzlösung und des insgesamt gewonnenen Aspirats nicht überschritten werden. Die gesamte Komplikationsrate liegt, laut G. Germann, bei etwa neun Prozent – darunter auch Todesfälle. Patienten sollen sich daher nur in die Hände eines Routiniers begeben. Außerdem müßten die Ursachen für das Auftreten der Komplikationen noch genauer erforscht werden.



G. Germann

Nach medizinischen Indikationen für eine Liposuktion gefragt, nannte G. Germann den Morbus Madelung, chronische Infektionen bei überhängenden Schürzen und Lymphödeme. Außerdem kann als Vorbereitung für eine prothetische Versorgung eine Fettabsaugung angezeigt sein. In zunehmendem Maße tauchen in den Praxen der Plastischen Chirurgen auch Patienten auf, die von einem nicht als Plastischer Chirurg ausgebildeten Arzt Fett absaugen ließen und nun mit dem Resultat nicht zufrieden sind. Angesichts des immer größeren Interesses an der Fettabsaugung sehen es die plastisch-ästhetischen Chirurgen als eine der vordringlichsten Aufgaben an, den Patienten eine optimale Beratung zu bieten, ihnen mögliche Alternativen aufzuzeigen und schließlich erst nach ausreichender Bedenkzeit einen Eingriff vorzunehmen. Nur durch diese Einbindung des Patienten in den Entscheidungsprozeß werden seine individuellen Bedürfnisse und Wünsche berücksichtigt, unrealistische Vorstellungen über das Endergebnis vermieden und die Zufriedenheit insgesamt gesteigert.

Chronische Wunden: Ein unterschätztes und teures Problem

Auf rund eine Milliarde Euro im Jahr schätzen Experten die Kosten chronischer, nicht heilender Wunden. Dieser gewaltige Betrag setzt sich aus Behandlungskosten sowie Produktivitätsausfällen zusam-

men. Den größten Anteil der Patienten stellen Menschen mit den Risikofaktoren Durchblutungsstörung, Diabetes oder Venenfunktionsstörung. Ein Drittel der Kosten, die für Diabetiker aufgebracht werden müssen, gehen auf das Konto nicht heilender Wunden. Aber auch bei sonst völlig gesunden Patienten kann es zum Beispiel nach Unfällen zur Ausbildung chronischer Wunden kommen. Bei der Behandlung haben naturgemäß konservative Behandlungsmethoden Vorrang, doch die Versuche, die Wunden mit diesen Methoden zu schließen werden oft zu lange ausgedehnt. In einer Studie der Klinik für Verbrennungen, Plastische und Handchirurgie der BG-Unfallklinik Ludwigshafen – Plastische und Handchirurgie der Universität Heidelberg – wurde ermittelt, daß die Behandlungszeiten chronischer Wunden, bevor eine operative Deckung der Defekte angestrebt wurde, zwischen vier Monaten und 24 Jahren lagen. Die operativen Verfahren umfassen alle Methoden der plastisch-rekonstruktiven Chirurgie von der einfachen Spalthauttransplantation bis zur mikrochirurgischen Übertragung von Haut- oder Muskellappen. Das operative Behandlungskonzept muß dabei individuell auf die Bedürfnisse des einzelnen Patienten abgestimmt werden. Daneben sollte – soweit dies möglich ist – eine Sanierung der Grunderkrankung stattfinden.

Coaching System zur Sicherung der Qualität

Über die Qualitätssicherung bei der VDÄPC berichtete M. Eisenmann-Klein, Vorsitzende der Qualitätssicherungskommission des VDÄPC und Chairperson des Committee on Quality Assurance der International Confederation of Plastic Reconstructive and Aesthetic Surgery. Das neueste Projekt der Kommission ist die Einführung eines Coaching Systems. Im Rahmen des Strategischen Coaching Programmes werden gemeinsam Operationstechniken weiterentwikkelt, Kommunikationstechniken verfeinert und Strategien zur Qualitätsoptimierung erarbeitet. Ein weiterer Schwerpunkt ist der Bereich der Begehungen. Bereits seit 1992 gibt es Klinik- und Praxisbegehungen, jetzt wurde das bisherige System in Anlehnung an das System der American Association for Accreditation of Ambulatory Surgery Facilities (AAAASF) erweitert. Im Jahr 2002 hat sich die Qualitätssicherungskommission darüber hinaus intensiv mit der Einführung einer Registrierung von Brustimplantationen (International Breast Implant Registry) befaßt. Während der im Juli 2002 stattfindenden Konsensus Konferenz des European Committee on Quality Assurance and Medical Devices (EQUAM) wurden die dafür vorgesehenen Dokumentationsbögen noch einmal überarbeitet. Um die Praktikabilität des neuen Bogens zu überprüfen, werden derzeit in Deutschland in einer Pilotphase die Daten von 50 Patientinnen erfaßt. Bei den Public Hearings über Brustkrebs vor dem Europaparlament ist Frau Eisenmann-Klein als Expertin für Fragen der Qualitätssicherung bei Eingriffen mit Brustimplantaten geladen. □ R. Karcher



M. Eisenmann-Klein


H. U. Steinau

Pressearbeit für VDÄPC. Seit dem 1. Juli 2002 ist die Presseagentur *Angelika M. Müller Medien- und Kommunikationsberatung* in Neu-Isenburg tätig. Angelika Müller leitet seit 12 Jahren die Presseagentur mit den Schwerpunkten Sport und Medizin. Sie bietet Full Service zu Funk und Fernsehen, Printmedien, neue Medien und Organisation. Frau Müller verfügt über eine langjährige journalistische Erfahrung, unter anderem als Redakteurin bei der *Frankfurter Allgemeinen Zeitung*. Zu den Kunden der Agentur zählt auch die Gesellschaft für Orthopädisch-Traumatologische Sportmedizin (GOTS).
Die VDÄPC-Pressearbeit enthält im wesentlichen folgende Punkte: Erstellung eines individuellen Presse-Verteilers mit über 300 Redaktionsadressen in Deutschland, telefonische Vorstellung der VDÄPC in den Redaktionen und Kennenlernen der zuständigen Personen, zwölf Fax-Newsletter/Jahr, Unterstützung zum alljährlichen Kongreß, Informationsservice für Journalisten, Servicetelefon. Die Autoren der Newsletter kommen aus den Reihen der VDÄPC, zu einem wesentlichen Teil von VDÄPC-Präsidentin Dr. Constance Neuhann-Lorenz. Die Newsletter werden auch den VDÄPC-Mitgliedern per Fax und Mail übersendet.

April 2003

9.4.–11.4.2003 Stuttgart
11. Stuttgarter Kurs für Funktionell-Ästhetische Nasenchirurgie
Leitung: Prof. Dr. W. Gubisch, Marienhospital Stuttgart
Anfragen: Frau Karin Godinez, Klinik für Plastische Gesichtschirurgie, Zentrum Plastische Chirurgie, Marienhospital, Böheimstr. 37, 70199 Stuttgart, Tel. 0711/6489-8241, Fax 64898242, E-Mail: plg@vinzenz.de

Mai 2003

15.–21.5.2003 Boston MA, USA
Annual Meeting of ASAPS & ASERF
Anfragen: ASAPS, Tel. + + 800-364-2147 oder + + 562-799-2356, E-Mail: asaps@surgery.org
www.surgery.org/meeting2003/

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

August 2003

10.–15.8.2003 Sydney, Australien
IPRAS World Congress 2003
Anfragen: IPRAS 2003 Congress Secretariat, GPO Box 2609, Sydney NSW 2001, Australia, Tel. + 61-292411478, Fax: + 61-292513552, E-Mail: ipras2003@icmsaust.com.au

November 2003

28.–29.11.2003, Frankfurt
3. Frankfurter Live Operationskurs: Ästhetische Brustchirurgie ohne Implantate
(bereits zugesagt als Operateure haben Foad Nahai, USA und Claude Lassus, Frankreich)
Leitung: Dr. Marianne Wolters, Dr. H. Lampe, Gemeinschaftspraxis für Plastische Chirurgie, Oeder Weg 2-4, 60318 Frankfurt/Main, Tel. 069/598005, Fax: 598007, E-Mail: info@plastische-chirurgie-ffm.de
Anfragen: Frau Ute Rother, P & R Kongresse GmbH, Bleibtreustr. 12A, 10623 Berlin, Tel. 030/8851008, Fax: 8851029, E-Mail: ute.rother@pr-kongresse.de

June 11–14, 2003 Heidelberg

2nd Congress

of the World Society
for Reconstructive Microsurgery

www.wsrm-2003.org



Günter Germann, MD, PhD
Dep. for Hand, Plastic, and Reconstructive Surgery – Burn Center, BG-Trauma Center
Plastic and Hand Surgery of Heidelberg University
Ludwig-Guttmann-Str. 13
67071 Ludwigshafen, Germany

Hans-Ulrich Steinau, MD, PhD
Dep. of Plastic and Hand Surgery – Burn Center
University Hospital "Bergmannsheil"
Ruhr University
Bürkle-de-la-Camp-Platz 1
44789 Bochum, Germany

August 2004

28.–31.8.2004 Houston TX, USA
17th ISAPS Congress
Anfragen: ISAPS 17th Congress Secretariat, 4550 Post Oak Place, Suite 342, Houston, TX 77027, USA, Tel. + + 1-713-965-0566, Fax + + 1-713-960-0488, E-Mail: imm@meetingmanagers.com, www.isaps.org/Members/CongressHouston2.asp

30. September–5. Oktober 2003 in Freiburg

Vereinigung der Deutschen Plastischen Chirurgen
34.
8. **Jahrestagung**
Vereinigung der Deutschen Ästhetisch-Plastischen Chirurgen



www.vdpc-2003.de

Prof. Dr. med. G. Björn Stark
Abteilung für Plastische und Handchirurgie
Universitätsklinikum
Hugstetter Str. 55, D-79106 Freiburg
Telefon +49 (0) 7 61 2 70-23 83
Telefax +49 (0) 7 61 2 70-25 01
email: biswurm@ch11.ukl.uni-freiburg.de

Themenschwerpunkte

- Komplexe Rekonstruktionen im Gesicht **VDPC**
- Thoraxwandrekonstruktion
- Fazialisparese
- Lappenplastiken an der oberen Extremität
- Ohrmuschel
- Handwurzel
- Experimentelles Forum
- Sekundäre Rhinoplastik **VDÄPC**
- Konturkorrekturen des Gesichtsschädels
- Facelift / Stirnlift
- Otoplastik
- Endoskopie in der ästhetischen Chirurgie
- Gewebeaugmentation im Gesicht
- Mammaaugmentation
- Anti-Aging Konzepte / Therapien

OP Kurse
- Mammareduktion
- Gynäkomastie
- Rhinoplastik: offen – geschlossen
- Otoplastik
- Forehead / Endoforehead
- Genitoplastik
- Botulinumtoxin Therapien

Laborkurs
Hands-on Workshop in Tissue Engineering

COLLAGEN Aesthetics

Jugendliche Frische, die unter die Haut geht.



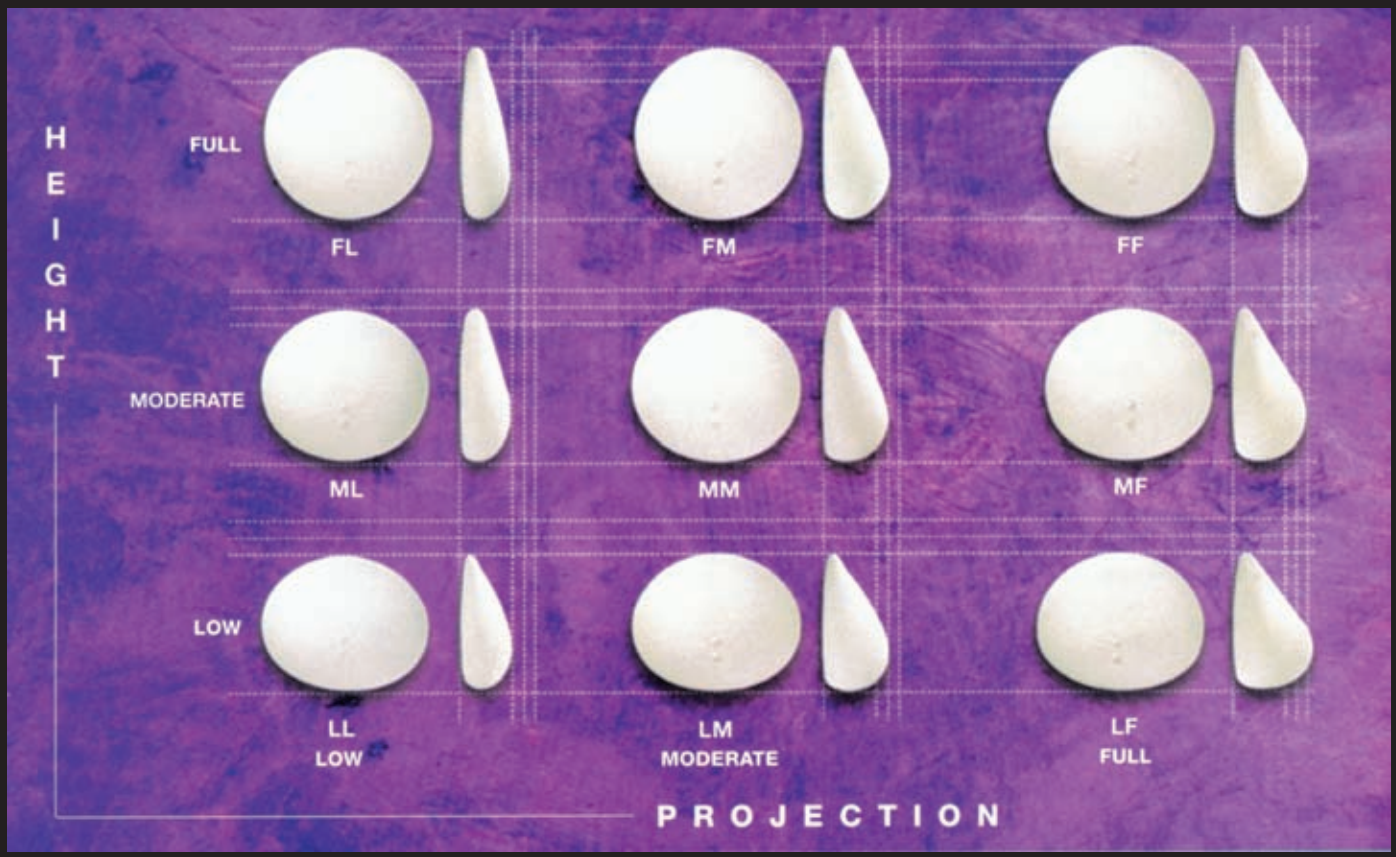
Hylaform, Hylaform Fineline und Hylaform Plus.
Die neue Produktlinie von Collagen Aesthetics für Falten, Lippenverschönerungen und Formkorrekturen.
Sicher, effektiv und schnell und ohne vorherigen Hauttest.

Informationen unter: Tel. 02 11 . 1 68 95 -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.

mcghan
An INAMED Company
Hansaallee 201
40549 Düsseldorf
Tel.: 02 11/1 68 95-0
Fax: 02 11/1 68 95-16