4. Jahrgang • Heft 1
März 2004

Plastische CHIRURGIE

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



Aktuelle Nachrichten

Majorkomplikationen und Todesfälle nach kosmetischer Liposuktion

Ergebnisse der Tracer-diagnose „Makromastie“ 2003

Novellierung der (Muster-) Weiterbildungsordnung

Verbraucherschutz: Kleine Anfrage an die Bundesregierung

Eine Publikation des Kaden Verlags
KADEN

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

PRONTOSAN®

PRONTOSAN® W

Die Lösung für Wunden

NEU bei Johnson & Johnson Wound Management



- gebrauchsfertige polihexanid- und undecylenamidopropyl-betainhaltige Wundspüllösung
- zur Reinigung, Befeuchtung und Feuchthaltung von Wunden und Wundverbänden

PRONTOSAN® ist ein eingetragenes Warenzeichen der PRONTOMED GmbH.

Johnson & Johnson
WOUND MANAGEMENT
WORLDWIDE
A division of ETHICON, GmbH

Bestellinformationen

Größe	6 x 40 ml	1 x 350 ml	4 x 350 ml	10 x 350 ml
Art-Nr.	400407	400400	400401	400402
PZN	2850151	2850062	2850091	2850139

ETHICON GmbH • Oststraße 1 • 22844 Norderstedt • Tel. (040) 52207-0 • Fax (040) 52207-402 • www.medizinfo.de/wundmanagement • www.woundmanagement.de • mservic2@medde.jnj.com
Die Johnson & Johnson Therapie-Beratung für Klinik und Praxis beantwortet Ihre Fragen gern und kostenlos: ☎ 0800/100 13 07

„Schönheitschirurgie“ beschäftigt den Bundestag

Schade, daß erst eine Politikerin bei einem ästhetischen Eingriff in einem Sch önheitsinstitut zu Schaden kommen mußte, um die Aufmerksamkeit des Bundestags auf diese Einrichtungen zu lenk en: Im Dezember 2003 brachte eine Gruppe der CDU/CSU-Fr aktion eine Kleine Anfrage zum „Verbraucherschutz im Bereich der Schönheitschirurgie“ ein. Dabei w erden viele Fr agen aufgeworfen, aber auch Lösungswege aufgezeigt: So wird in der Anfrage mehrfach auf die beispielhaften Beschlüsse des Europaparlaments zur Qualitätssicherung bei Brustimplantaten v erwiesen, die demnächst bei uns auf Länderebene umgesetzt werden müssen.

Noch immer werden Implantate vermarktet, die nicht in Studien getestet wurden

Allerhöchste Zeit dafür: Noch immer w erden Implantate, die nicht in Studien getestet wurden, vermarktet. Mit Spannung w arten wir auch dar auf, ob die Bundesregierung die Frage 7 (siehe Seite 11) doch noch beantworten wird – wie viele Institute, die keiner Überwachung durch die staatlichen Behörden unterliegen, gibt es wirklich in Deutschland? V orerst ist sie die Antw ort schuldig geblieben.

Die Münchner Zahlen stimmen sehr nachdenklich: 24 Plastische Chirurgen in eigener Pr axis stehen mehr als 200 Instituten für k osmetische/ästhetische oder Schönheitschirurgie gegenüber. Einige der Institutsinhaber sind uns sehr wohl bekannt: Schließlich haben wir sie, damals in der Hoffnung, die Leidenschaft für das gesamte Gebiet der plastischen Chirurgie in ihnen zu wecken, unter unsere Fittiche genommen. Irgendwann sind sie dann auf dem steinigen W eg zur F acharztanerkennung ausg estiegen und wir konnten es nicht verhindern.

„Der ehrliche Arzt ist der Dumme!“ betitelt R olf Olbrisch sein Editorial. Und beschwört die Vision des jungen Facharztes, der nicht sofort in die Praxis drängt, sondern „den tr anszendenten Horizont des Heilens“ sucht und findet. Brauchen wir dafür die Elite-Universität?

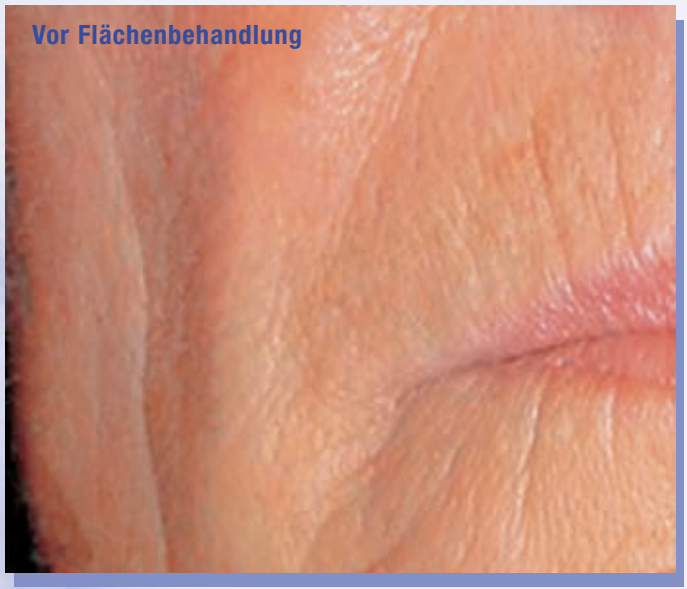
Werfen wir einen Blick auf die Bilanz der Qualitätssicherung in der VDPC und VDÄPC: Dank der aktiv en und engagierten Zuarbeit unser er Mitglieder fällt diese höchst eindrucksvoll aus: Über 80 Kursangebote im Jahr 2003, Erw erb v on Cr edit P oints für F ortbildungen, Leitlinienentwicklung, Erfassung von Operationszahlen, institutionelle Begehungen, freiwillige Zertifizierungen, Beteiligung am Tr acer Mammar eduktion (siehe Seite 27–30) und am International Breast Implant Registry, um nur die wichtigsten Pr ojekte zu nennen. Demnächst werden wir Sie wieder ausführlich über den Stand all dieser Maßnahmen informier en, in der Hoffnung, noch mehr Resonanz, noch mehr Fr eude, noch mehr Leidenschaft dafür bei Ihnen zu wecken. Wir wissen wohl, was wir ihnen dabei abv erlangen, wir wissen aber auch um das enorme P otential an Pr ofessionalität und an Idealismus in unserer Vereinigung!



Ihre
Dr. med. Marita Eisenmann-Klein
Herausgeberin im Auftrag der VDPC

Der natürliche Beginn einer dauerhaften Hautverjüngung

Dr. med. J. W. Hecker, plastischer Chirurg, Langen

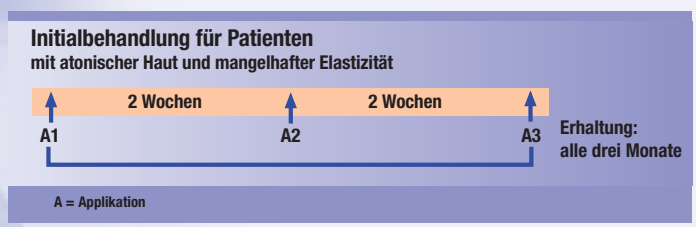


Indikation
Atonische Haut, nachlassende Elastizität und Spannkraft



Ergebnis
Mehr Kompaktheit, natürlich feinporige Hautoberfläche, verminderte Fältchenbildung

Intradermale Hautverjüngung
mit Hyal-System® durch „Long-Acting“ Biorevitalisierung



Hyal-System®

Entfaltet die Haut. Flächig. Intradermal.

Hersteller: Fidia Farmaceutici S.p.A., Italien; Vertrieb: Merz Pharmaceuticals GmbH, Frankfurt am Main
Mehr Informationen unter **www.hyal-system.de** oder senden Sie Ihre Fragen an **hyal-system@merz.de**

fidia farmaceutici

MERZ

Der ehrliche Arzt ist der Dumme

„… denn wer die Leute nach Hause schickt, kann nichts verdienen." Das ist ein Zitat des *Spiegel*-Redakteurs Jörg Blech, der im August des vergangenen Jahres mit seinem Bericht „Die Krankheitserfinder" die *Spiegel*-Auflage fast verdoppelte. Haben wir Ärzte tatsächlich nur noch die berühmten Dollar-Zeichen in den Augen? Von Bob Goldwyn lernte ich: „Deinen guten Ruf erwirbst Du Dir mit jenen Patienten, die Du nicht operierst." Dürfen wir uns diese nicht operierten Patienten heute noch leisten?

Die Gesundheit des Menschen wurde uns von der Industrie und den Medien neu definiert als ein Zustand, den keiner mehr erreichen kann. Also verhalten wir Ärzte uns anders als früher, sagt Prof. Dr. Jörg Dietrich Hoppe, unser Präsident der Bundesärztekammer, und passen uns der Ökonomisierung des Gesundheitswesens in Deutschland an, zumal mehr Menschen als früher bereit sind, für Gesundheit Geld auszugeben, „was dem Zeitgeist entspricht". Hoppe sagt weiter, daß „einzig das Individuum entscheidet, ob es sich krank fühlt oder nicht". Das aber sehen zumindest unsere Finanzämter im Lande anders. Sie erlauben nicht einmal mehr uns als Ärzten zu entscheiden, ob wir einen Eingriff mit medizinischer oder ästhetischer , also Steuerpflichtiger Indikation durchführen. Auf unseren Widerspruch hin kommt die lapidare Antwort, daß der umsatzsteuerverpflichtete Arzt sowieso jeden Eingriff als Heilbehandlung betrachte und rein ästhetische Indikationen nicht mehr kenne. Es ist schon so: Fast alle normalen Prozesse des Lebens – Geburt, Sexualität, Alter, Nicht-Glücklichsein – können wir gegenwärtig als krankhaft darstellen und merken gar nicht, wie wir uns damit von gemachter öffentlicher Meinung manipulieren lassen.

Als Mitglied der Gutachterkommission Nordrhein erfahre ich täglich, mit welchen Ansprüchen und mit wieviel Internet-Wissen unsere Patienten – unsere „Kunden"? – auf uns eindrängen, uns herausfordern und ihre Gesundheit, in welcher Form auch immer verlangen, kaufen und auch bezahlen wollen. Wenn wir dann, in unserem Ehrgeiz getroffen, das Spiel mitspielen und die Medizin den Kräften des Marktes überlassen, dann, ja dann muß es uns nicht erstaunen, wenn der Staat kommt und Spielsteuer, pardon Umsatzsteuer oder passender Mehrwertsteuer – schaffen wir nicht einen mehr-wertigen Menschen? – verlangt. Sind wir Ärzte dann brave und loyale Steuerbürger? Natürlich gibt es da das Problem der Dokumentation, das wir rasch lösen müssen. Denn wir sollten nachweisen können, ob wir mehr Gesundheit oder mehr Wert/Mehrwert schaffen. Ist das letztere der Fall, dann reichen wir die Steuer, die ja sowieso der Patient zu zahlen hat, weiter, wie wir das bereits mit der Praxisgebühr tun, die wir selber nicht zahlen aber weiter befördern.

Gehen wir da von aus, daß unser Staat diese Mehr-Wert-Steuer nutzt für die neuen Elite-Universitäten. Auf diesen bilden wir dann junge Fachärzte für Plastische (und Ästhetische) Chirurgie aus, die nicht mehr unmittelbar nach der Facharztprüfung in die (goldene) Praxis drängen, sondern in ihrer ärztlichen Berufung den „transzendenten Horizont des Heilens" suchen und finden, wie Donovan es im letzten Ärzteblatt des letzten Jahres beschreibt. Was aber , wenn das mit den Elite-Universitäten nicht klappt?

Rolf R. Olbrisch

Prof. Dr. med. Rolf R. Olbrisch
Präsident VDÄPC

Obagi Blue Peel®

Mehr Sicherheit durch ...

- Steuerung der Eindringtiefe
- langsame Penetration der Trichloressigsäure
- Prägnante Endpunkte
- Farbindikator



POLYTECH SILIMED EUROPE GmbH

OBAGI BLUE PEEL®

POLYTECH SILIMED Europe GmbH · Altheimer Str. 32 · 64807 Dieburg · Deutschland
www.PolytechSilimed.de · E-mail: Kundenservice@PolytechSilimed.de
Tel.: +49 (0) 6071-98630 · Fax: +49 (0) 6071-986330

Plastische CHIRURGIE

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

Herausgeber im Auftrag des Geschäftsführenden Präsidiums:
Dr. med. Marita Eisenmann-Klein, Regensburg
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.

Anzeigenmarketing: Gordana Mai (0 62 21/ 13 77-6 20). Zur Zeit gilt Anzeigenpreisliste Nr. 4/2004.
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 & Co. KG
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

„Schönheitschirurgie“ beschäftigt den Bundestag 1
M. Eisenmann-Klein

Der ehrliche Arzt ist der Dumme 3
R. R. Olbrisch

Nachrichten

Verweilzeiten in Belegklinik nicht nach EBM-Ä abrechenbar 6

Liposuktion zum Schnäppchenpreis 6

Kostenaufklärung als Stolperstein 7

Vorerst keine Gesichtstransplantation in Paris 8

Verbraucherschutz im Bereich Schönheitschirurgie:
Kleine Anfrage 10
Antwort der Bundesregierung 12

Umsatzsteuerrechtliche Beurteilung der Tätigkeit von Fachärzten/innen für Plastische Chirurgie 17

Umsatzsteuer auf Erlöse aus ärztlichen Leistungen? 18

Die GOÄ und das Zielleistungsprinzip 20

Selbsternannter Schönheitschirurg muß für drei Jahre ins Gefängnis 26

Steigende Anzahl plastisch-chirurgischer Eingriffe 30

Thema



Majorkomplikationen und Todesfälle nach kosmetischer Liposuktion
M. Lehnhardt, P. Palka, H.H. Homann, D. Druecke, H.U. Steinau 21

Fortbildung

Ergebnisse der Tracerdiagnose „Makromastie“ 2003
H. Menke, M. Eisenmann-Klein, R.R. Olbrisch, K. Exner 27

IPRAS, ISAPS, ASPS, EURAPS, EBOPRAS – Wer soll sich mit all den Abkürzungen auskennen? 31

Novellierung der (Muster-) Weiterbildungsordnung 33

Rubriken

Personalia 36

Kongresse 36

Impressum 5

▶▶▶▶ Wichtiger Termin ◀◀◀◀

Die Mitgliederversammlung der VDPC findet am Mittwoch, den 28. April 2004, von 12.00–14.00 Uhr im ICC Berlin statt.

Wesentlicher Tagesordnungspunkt ist die Neuwahl für das Amt des Vizepräsidenten. Bei der Vorstandswahl in Freiburg standen drei Kandidatinnen für dieses Amt zur Wahl. Dr. Marita Eisenmann-Klein erhielt die meisten Stimmen. Die notwendige Stichwahl blieb jedoch aus, so daß die Wahl zu wiederholen ist.

Verweilzeiten in Belegklinik nicht nach EBM-Ä abrechenbar

Im April dieses Jahres entschied das Bundessozialgericht (BSG), daß Verweilzeiten eines belegärztlich tätigen Arztes in der Belegabteilung nicht gemäß Nr. 40 EBM-Ä abgerechnet werden können. Geklagt hatten in einer Gemeinschaftspraxis tätige HNO-Ärzte aus Niedersachsen, die zugleich im Friederikenstift in Hannover belegärztlich tätig sind. Im Zusammenhang mit stationären Behandlungen in dieser Klinik rechneten sie mehrmals die Leistung Nr. 40 ab. Honoriert wird damit das „Verweilen ohne Erbringung berechnungsfähiger Leistungen", wenn es wegen der Erkrankung des Patienten erforderlich ist. Doch weiter heißt es dann: „Die Leistung nach Nr. 40 ist im Zusammenhang mit der Durchführung von Leistungen in der Praxis nicht berechnungsfähig." Das BSG gab nun der beklagten Kassenärztlichen Vereinigung recht, welche die Abrechnung der Ärzte beanstandet hatte: Bei belegärztlich tätigen Ärzten sei die Berechnungsfähigkeit von Verweilleistungen



auch für das Verweilen bei Patienten auf der Belegstation ausgeschlossen, entschieden die Richter. Typischerweise kann der Arzt dort – ebenso wie in seiner Praxis – neben der Beaufsichtigung des Patienten auch andere Tätigkeiten verrichten. Daher sei eine Gleichstellung von Praxis und Belegstation bei der Anwendung der Ausschlußregelung der Nr. 40 EBM-Ä gerechtfertigt (Az: B 6 6 KA 28/02 R). ■

Internet

INFO

Ein ausführlicher Beitrag folgt in einer der nächsten Ausgaben dieser Zeitschrift.

Liposuktion zum Schnäppchenpreis

Die moderne Technologie bietet tatsächlich ungeahnte Möglichkeiten: Seit kurzem verfügt die Internetbörse Ebay – bei der potientielle Käufer alles vom Rasenmäher über Uhren oder Urlaubsreisen ersteigern können – auch die Rubrik „Beauty und Gesundheit". Hier findet der potentielle Kunde nun ein erstaunliches Angebot vor: Die Fettabsaugung zum Schnäppchenpreis. Mehrere Anbieter offerieren zum Startpreis von einem Euro „schönheitschirurgische Leistungen zu fairen Preisen", die sie nach eigener Aussage „in großen Kontingenten bei namhaften Privatkliniken" einkaufen und den Preisvorteil dann an die Käufer weitergeben.
Nach erfolgreicher Ersteigerung erhält der Käufer einen „Wertgutschein" für eine Liposuktion, ausgestellt von der jeweiligen Klinik oder Praxis, die mit dem Händler kooperiert. Mit im Leistungsumfang enthalten ist, laut Beschreibung, auch ein „ausführliches Beratungsgespräch" mit dem behandelnden Arzt. Um „maximale Sicherheit und Seriosität zu gewährleisten" seien die behandelnden Mediziner Facharzt für Chirurgie oder Plastische Chirurgie mit langjähriger Berufserfahrung, so die Beschreibung.

VDPC/VDÄPC-Vorstand warnt vor Zusammenarbeit mit Anbietern von plastisch-ästhetischen Eingriffen zu Dumping- Preisen

Kommt die Behandlung nach dem Vorgespräch aus medizinischen oder persönlichen Gründen nicht zustande, wird dem Käufer die Rückgabe des Kaufpreises garantiert. Einige der Angebote bieten zudem den direkten Link zur Internetseite der rührigen Operateure, unter denen auch Mitglieder der VDPC/VDÄPC zu finden sind.
Neben den ethischen Bedenken, die gegen eine solche „ersteigerte Therapie" und den Auftritt innerhalb einer Internet-Auktionsplattform sprechen, sind für den Arzt nach Meinung des Vorstandes der VDPC und der VDÄPC auch standesrechtliche und berufsrechtliche Probleme zu erwarten. Vor einer Zusammenarbeit mit Agenturen oder Anbietern von plastisch-ästhetischen Eingriffen zu Dumping-Preisen sei daher zu warnen, heißt es weiter. Bedenklich sei vor allem die Tatsache, daß ein rechtsverbindlicher Behandlungsvertrag mit einem unbekannten Patienten geschlossen werde. ■ CM

Rechtsprechung

Kostenaufklärung als Stolperstein

Neues BGH-Urteil zur Vereinbarung von Wahlleistungen

Patienten, die Wahlleistungen erhalten möchten, müssen ausreichend über die anfallenden Kosten unterrichtet werden. Daß die dabei verwendeten Formulare mit Bedacht formuliert werden müssen und widrigenfalls den Arzt oder Krankenhausträger belasten, zeigt erneut ein Urteil des Bundesgerichtshofes (BGH) vom 27. November 2003 (3. Zivilsenat, Az.: III ZR 37/03). Die Richter hielten den Text der im speziellen Falle benutzten schriftlichen Vereinbarung für „inhaltlich unzutreffend bzw. irreführend", weil zwischen GOÄ und Institutionstarif keine klare Trennungslinie gezogen worden sei.

Leistungen sollten im strittigen Fall „nach der jeweils gültigen GOÄ bzw. nach dem Institutionstarif abgerechnet" werden

Dem Urteil zugrunde liegt die Klage eines Chefarztes gegen einen zahlungssäumigen Patienten. Der Patient hatte bei der stationären Aufnahme in die chirurgische Abteilung eines großen Krankenhauses in Krefeld wegen einer akuten perforierten Appendizitis eine Zusatzvereinbarung über Wahlleistungen unterzeichnet. In dem Formular hatte er neben der Unterbringung in einem Zweibettzimmer auch die gesondert berechenbare Wahlleistung „persönliche Behandlung durch den leitenden Abteilungsarzt und seinen ständigen Vertreter" angekreuzt. Die Zusatzvereinbarung, die auch eine Unterschrift eines Vertreters des Krankenhauses trägt, enthält den Zusatz: „Ich habe zur Kenntnis genommen,

- daß der leitende Abteilungsarzt und andere liquidationsberechtigte Ärzte des Krankenhauses, die an der Behandlung aus medizinischen Gründen beteiligt werden,
- daß Ärzte und ärztlich geleitete Einrichtungen außerhalb des Krankenhauses, soweit diese im Auftrage von liquidationsberechtigten Ärzten Leistungen erbringen, berechtigt sind, nach der jeweils gültigen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) bzw. nach dem Institutionstarif abzurechnen und die Kosten im eigenen Namen einzuziehen. Ein Exemplar dieser GOÄ liegt in der Patientenaufnahme und in den Sekretariaten der liquidationsberechtigten Ärzte aus. Die GOÄ kann von Ihnen eingesehen werden. Hinweis: Die Gebühren der liquidationsberechtigten Krankenhausärzte werden gemäß § 6a GOÄ um 25 Prozent gemindert."

Vereinbarung über Wahlleistungen: Ausreichende Unterrichtung aus Sicht des BGH

Nach der in den Urteilsgründen mitgeteilten Ansicht des BGH (Az.: III ZR 37/03) umfaßt eine „in jedem Fall ausreichende – zweckmäßigerweise schriftlich niedergelegte – Unterrichtung" die im Folgenden genannten Punkte. Dabei weist der Senat auf das von B. Debong (ArztR 2001, 12, 16) erarbeitete Muster einer Patienteninformation hin.

- Kurze Charakterisierung des Inhalts wahlärztlicher Leistungen, wobei zum Ausdruck kommt, daß hierdurch ohne Rücksicht auf Art und Schwere der Erkrankung die persönliche Behandlung durch die liquidationsberechtigten Ärzte sichergestellt werden soll;
- Hinweis darauf, daß der Patient auch ohne Abschluß einer Wahlleistungsvereinbarung die medizinisch notwendige Versorgung durch hinreichend qualifizierte Ärzte erhält;
- kurze Erläuterung der Preisermittlung für ärztliche Leistungen nach der Gebührenordnung für Ärzte bzw. für Zahnärzte (Leistungsbeschreibung anhand der Nummern des Gebührenverzeichnisses; Bedeutung von Punktzahl und Punktwert; Möglichkeit, den Gebührensatz je nach Schwierigkeit und Zeitaufwand zu erhöhen); Hinweis auf Gebührenminderung nach § 6a GOÄ;
- Hinweis darauf, daß die Vereinbarung wahlärztlicher Leistungen eine erhebliche finanzielle Mehrbelastung zur Folge haben kann;
- Hinweis darauf, daß sich bei der Inanspruchnahme wahlärztlicher Leistungen die Vereinbarung zwingend auf alle an der Behandlung des Patienten beteiligten liquidationsberechtigten Ärzte erstreckt (vgl. § 22 Abs. 3 Satz 1 BPflV);
- Hinweis darauf, daß GOÄ auf Wunsch eingesehen werden kann; die ungefragte Vorlage dieser Gesetzestexte erscheint entbehrlich, da diesen für sich genommen kein besonderer Informationswert zukommt (...).

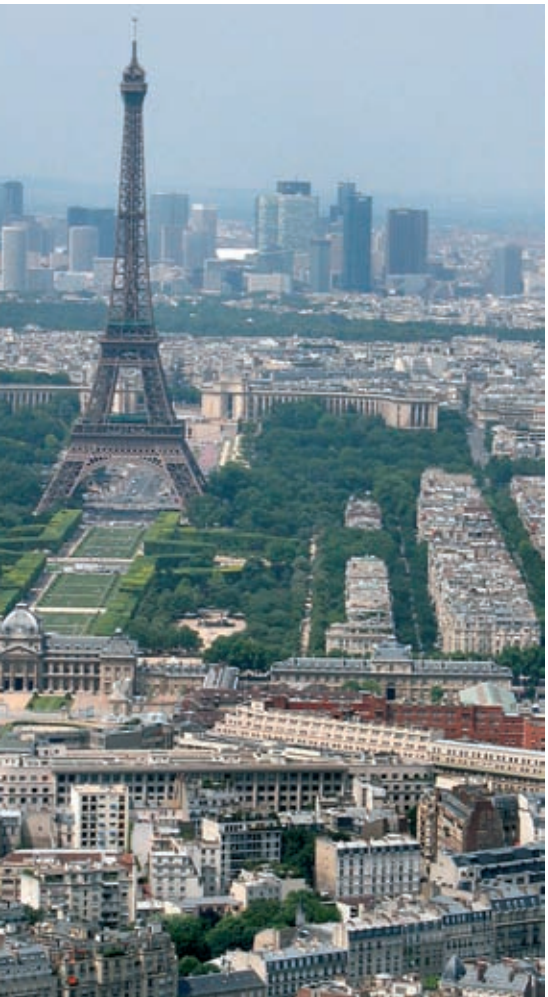
Nachdem die v om Chefarzt der Abteilung, Priv.-Doz. Krieg, erbrachten und dem Patienten in Rechnung gestellten Leistungen aber nicht gezahlt wur den, ging der Arzt v or Gericht und forderte die Zahlung ein. Sowohl im Urteil des Amtsgerichts als auch im Berufungsv erfahren bek am er Recht, nicht jedoch im R evisionsverfahren beim Bundesgerichtshof.

Patient ist vor Abschluß der Vereinbarung über die Entgelte der Wahlleistungen und deren Inhalt im einzelnen zu unterrichten

Der BGH stellte vielmehr fest, daß zwischen dem Krankenhaus und dem Beklagten k eine wirksame V ereinbarung über w ahlärztliche Leistungen zustande gekommen sei und der klagende Chirurg Krieg deshalb auch keinen Anspruch auf V ergütung der von ihm erbrachten stationären Leistungen habe.

Das Urteil wir d damit begründet, daß der Patient über die entstehenden Kosten nicht ausr eichend unterrichtet worden sei. Der BGH bezieht sich dabei auf § 22 (W ahlleistungen) der Bundespflegesatzverordnung (BPfV). Hier heißt es: „W ahlleistungen sind vor der Erbringung schriftlich zu vereinbaren; der Patient ist vor Abschluß der V ereinbarung über die Entgelte der Wahlleistungen und deren Inhalt im einzelnen zu unterrichten".

Was unter einer dem § 22 BPfV genügenden Unterrichtung zu verstehen ist, wollten der vorsitzende Richter Dr. Rinne und seine vier Kollegen nicht abschließend kläre n, immerhin nahmen sie aber in den „Urteilsgründen" dazu Stellung (siehe Kasten). Im aktuellen Urteil k onzentrierten sich die Richter auf die im speziellen F alle zu beurteilende Unterrichtung und k amen zu dem Schluß, daß diese „inhaltlich unzutr effend bzw. irr eführend" sei. Stein des Anstoßes war die Formulierung, daß die liqudationsberechtigten Ärzte berechtigt seien, „nach der je weils gültigen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) bzw. nach dem Institutionstarif" abzurechnen. „W as Gegenstand des 'Institutionstarifs' ist oder sein soll" – so die Richter –, „in welchem Verhältnis dieser Tarif zur Gebührenordnung für Ärzte steht, ob und gegebenenfalls welche Ab weichungen sich bei der Anwendung dieses T arifs gegenüber der Gebührenordnung für Ärzte ergeben könnten, bleibt dunk el." Schon dies bedeute, daß dem Beklagten nicht die nach § 22 Abs. 2 Satz 1 Halbsatz 2 BPflV geschuldete Unterric htung zuteil worden sei. ■ R. Kaden



Vorerst keine Gesichtstransplantation in Paris

Auch in Fr ankreich sind Chirur gen nun offenbar bereit, ein durch Unfall oder Kr ankheit zerstörtes Gesicht komplett zu ersetzen: Dazu will man das Gesicht eines Verstorbenen transplantieren. Nachdem im v ergangenen Jahr bereits der britische Chirurg Peter Butler angekündigt hatte , eine Gesichtsverpflanzung dur chführen zu wollen – dieses Unterfangen aufgrund ungeklärter ethischer Fr agen dann aber vorerst zurückstellte (siehe Plastische Chirurgie 1/2003) – w agten sich kürzlich P ariser Operateure nach v orne: Die nicht namentlich benannten Chirurgen beantragten bei der zuständigen Ethik-K ommission die Genehmigung einer solchen Gesichtsverpflanzung – die nach Auskunft v on Experten technisch durchaus machbar wäre. Zudem stehen neuer dings Medik amente zur Verfügung, die eine Abstoßung des fremden Ge webes noch besser v erhindern können. Doch der Ethik-Rat stoppte die geplante Transplantation und f orderte „ weitere U ntersuchungen".

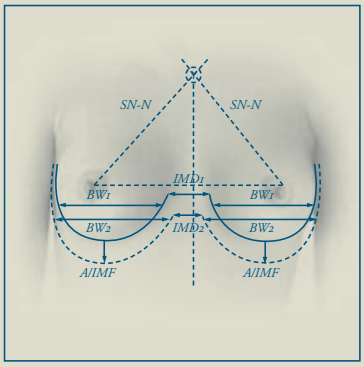
Scheitern könnte ein solches Projekt – zumindest bislang – auch an der mangelnden Spendeber eitschaft: Zwar hatten mehr ere P atienten aus verschiedenen Ländern ihr Interesse an einer Gesichtstr ansplantation angemeldet; doch einer Umfr age zufolge war kein einziger Teilnehmer bereit, im T odesfall das eigene Gesicht als Spende zur V erfügung zu stellen. ■ CM

Immer ein individuelles Kunstwerk.

McGhan Serie: Style 410, Style 410 Soft Touch™ und Style 410 XP





Für jede Frau ist die Brust ein sehr persönliches Merkmal ihrer Weiblichkeit.
Soll ein Implantat eingesetzt werden, muss diese Individualität unbedingt gewahrt bleiben.

Inamed bietet mit der McGhan Style 410 Matrix eine Vielfalt an Möglichkeiten zur Brust-Augmentation und -Rekonstruktion.

Wir schicken Ihnen gerne ausführliche Informationen.
Oder besuchen Sie uns im Internet.

INAMED Aesthetics GmbH
Hansaallee 201 · 40549 Düsseldorf
Tel.: 0211.16895.0 · Fax: 0211.16895.16
www.inamed.com · info@inamed-aesthetics.de

INAMED AESTHETICS

www.lup.de

Verbraucherschutz im Bereich der Schönheitschirurgie

Kleine Anfrage

der Abgeordneten Gitta Connemann, Gerda Hasselfeldt, Ursula Heinen, Peter H. Carstensen (Nordstrand), Albert Deß, Peter Bleser, Jochen Borchert, Cajus Caesar, Leo Dautzenberg, Hubert Deittert, Helmut Heiderich, Uda Carmen Freia Heller, Dr. Peter Jahr, Julia Klöckner, Marlene Mortler, Heinrich-Wilhelm Ronsöhr, Norbert Schindler, Georg Schirmbeck, Bernhard Schulte-Drüggelte, Kurt Segner, Annette Widmann-Mauz und der Fraktion der CDU/CSU

– Deutscher Bundestag, 15. Wahlperiode, Drucksache 15/2154, 9. 12. 2003 –

Die Begriffe „Schönheitschirurgie", „kosmetische Chirurgie" oder „ästhetische Chirurgie" sind in Deutschland nicht eindeutig definiert. In den folgenden Ausführungen wird der Begriff Schönheitschirurgie verwandt. Dem liegt die Annahme zugrunde, daß sich die Schönheitschirurgie mit der Verbesserung oder Veränderung von Körperformen durch operative Eingriffe ohne medizinische Notwendigkeit im Sinne des Krankenversicherungsrechts befaßt. In der Regel handelt es sich um Maßnahmen, die auf dem Wunsch des Patienten nach einer Verbesserung seines äußeren Erscheinungsbildes beruhen, ohne daß erlittene Verletzungen oder angeborene Fehlbildungen im medizinischen Sinn vorliegen. Die Kosten für diese Eingriffe werden in diesen Fällen deshalb nicht von Kostenträgern übernommen, sondern sind von dem Patienten selbst zu tragen.

2001 ließen ca. 400000 Menschen in Deutschland eine „Schönheitsoperation" an sich durchführen, 2002 mehr als 800 000, für 2003 wird die Zahl auf über eine Million geschätzt. Das Altersspektrum der Patienten reicht von 12 bis 84 Jahre. Schätzungen zufolge ist jeder fünfte Patient männlich. Die medizinischen Risiken sind durchaus erheblich.

Angesichts der steigenden Zahl an „Schönheitsoperationen" erscheint zunehmend problematisch, daß die „Schönheitschirurgie" ein Bereich ist, der sich außerhalb des gesetzlich geregelten Weiterbildungsrechts der Ärzteschaft entwickelt hat. Es gibt keine öffentlich-rechtliche Qualifikation durch die Ärztekammer. Demzufolge gibt es auch keinen Facharzt für „Schönheitschirurgie".

Demgegenüber gibt es im Bereich der medizinischen Indikationen wie z. B. bei Wiederherstellungen nach Unfällen, Verletzungen und schweren Erkrankungen seitens der Bundesärztekammer bereits umfängliche fachärztliche Weiterbildungen. Dazu gehören u. a. die Weiterbildungen „Facharzt für plastische Chirurgie" und „Facharzt für Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie". Diese Titel können erst durch eine entsprechende mindestens 6-jährige Aus- und Weiterbildung, den Nachweis ausreichender praktischer Erfahrung und nach einer entsprechenden Prüfung bei der Ärztekammer erworben werden. Zudem besteht für den Bereich der medizinischen Indikation darüber hinaus die Möglichkeit, die Zusatz-Weiterbildung „Plastische Operationen" zu absolvieren, die in Ergänzung zu einer Facharztkompetenz im Bereich Hals-Nasen-Ohr enheilkunde oder Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie die konstruktiven und rekonstruktiven plastischen operativen Eingriffe zur Wiederherstellung und Verbesserung der Form, Funktion und Ästhetik in der Kopf-Hals-Region umfaßt.

Obwohl auch kosmetische Eingriffe Bestandteil der Facharztausbildung für plastische Chirurgie sind, gehört aber beispielsweise das in der „Schönheitschirurgie" häufig praktizierte Fettabsaugen nicht zum Ausbildungsstoff. Jeder approbierte Arzt kann die Bezeichnung kosmetischer, ästhetischer Schönheitschirurg u. a. führen und kosmetische Operationen durchführen. Die genannten Berufsbezeichnungen lassen die Patienten auf eine Facharztausbildung schließen.

Die Bewerbung erfolgt vielfältig und ist häufig unübersichtlich. Sie wird häufig von Verbrauchern als potentielle Patienten nicht hinterfragt, da Ärzte per se ein hohes Vertrauen genießen. Angesichts der Vielfalt von Organisationen und Verbänden auf Bundesebene fehlt die Möglichkeit einer eindeutigen Vorinformation durch Verbraucher als Patienten. Für die Patienten besteht die Gefahr, an einen für diese Eingriffe nicht ausreichend qualifizierten und/oder nicht erfahrenen Arzt zu geraten. Nicht nur enttäuschte Erwartungen über das erhoffte „neue Aussehen", sondern auch Komplikationen mit erheblichen medizinischen

Risiken bis hin zum Tod der Patienten können die Folge sein.

Problematisch sind zudem Aufklärungsdefizite. Im Vergleich zu den aus Krankheitsgründen gebotenen medizinischen Eingriffen sind an die Aufklärung für diesen Bereich der Chirurgie besonders hohe Anforderungen zu stellen. Dieser Aufklärungspflicht kommen die Schönheitschirurgen auswieslich der bisher gemachten Erfahrungen nicht im rechtlich gebotenen Maße nach.

Eine weitere Entwicklung erschwert den Patienten zusätzlich die Auswahl eines qualifizierten Operateurs: Zunehmend treten gewerbliche Einrichtungen auf, die sich als „Institut/Klinik für kosmetische/plastische/Schönheitschirurgie“ o. ä. bezeichnen, ohne ein Institut im wissenschaftlichen Sinne oder eine Krankenanstalt zu sein. Problematisch ist hierbei, daß diese Gewerbebetriebe weder einer Zulassung bedürfen noch einer Kontrolle durch staatliche Behörden unterliegen. Hinzu kommt, daß für Gewerbetreibende das ärztliche Berufsrecht nicht gilt und daher die Regeln für werbendes und informierendes Handeln des ärztlichen Berufsstands für gewerbliche Unternehmen keine Anwendung finden. Zum Teil wird deshalb diese Rechtsform genutzt, um das weitergehende Werbeverbot für niedergelassene Ärzte zu umgehen. Die Patienten sind daher einer Fülle von Werbebotschaften und -versprechungen ausgesetzt, die suggerieren, daß verändernde Eingriffe risikolos machbar seien.

Wegen der möglichen weitreichenden gesundheitlichen Folgen und Risiken einer nicht fachgemäß ausgeführten „Schönheitsoperation“ sehen wir erhebliche Defizite im Patientenschutz. Gerade in diesem für die Betroffenen mit großen Hoffnungen und Erwartungen verbundenen Bereich der Medizin müssen die Patienten vor falschen Versprechungen und unseriösen Angeboten geschützt werden.

Wir fragen die Bundesregierung:

1. Gibt es Erkenntnisse darüber, wie viele Ärzte in Deutschland die Bezeichnung „Schönheitschirurg“, „kosmetischer Chirurg“ oder „ästhetischer Chirurg“ führen bzw. wie viele Ärzte auch ohne diese Bezeichnung kosmetische Operationen anbieten und durchführen?

2. Wie viele praktizierende „Fachärzte für Plastische Chirurgie“ gibt es in Deutschland, und welche Eingriffe führen diese in welchem Umfang durch?

3. Gibt es Erkenntnisse darüber, wie viele Schönheitsoperationen in den letzten 5 Jahren in Deutschland durchgeführt wurden – bitte Differenzierung nach den einzelnen Jahren – und wie viele davon von „Fachärzten für Plastische Chirurgie“ durchgeführt worden sind?

4. Gibt es Erkenntnisse über die Ergebnisqualität – Erfolgsquote, Nebenwirkungen, Folgeerscheinungen, Komplikationen – der in Deutschland in den letzten fünf Jahren durchgeführten Schönheitsoperationen, und wenn ja, gibt es solche Erkenntnisse auch differenziert nach der Ausbildung des Operateurs?

5. Gibt es Erkenntnisse über die Anzahl der arzthaftungsrechtlichen Klagen in Deutschland in den letzten fünf Jahren wegen Behandlungsfehlern bei Schönheitsoperationen, und wenn ja, welche Qualifikation hatten die verklagten Operateure und wie sind diese Verfahren ausgegangen?

6. Welche Erkenntnisse hat die Bundesregierung darüber, ob bzw. in welcher Zahl es sich bei diesen Klagen nach Frage 5 um Kunstfehlerklagen wegen medizinisch fehlerhafter Eingriffe und/oder um Klagen wegen Verletzung von Aufklärungspflichten handelt?

7. Wie viele gewerbliche Einrichtungen gibt es in Deutschland, die sich als „Institut für kosmetische/plastische/Schönheitschirurgie“ oder „Klinik für kosmetische/plastische/Schönheitschirurgie“ oder ähnlich bezeichnen, ohne ein Institut im wissenschaftlichen Sinne oder eine Krankenanstalt zu sein?

8. Wie viele „Schönheitsoperationen“ wurden von Ärzten in den unter Frage 7 genannten Instituten durchgeführt?

9. Wie beurteilt die Bundesregierung den fehlenden Schutz durch eine Berufsbezeichnung im Bereich der „Schönheitschirurgie“ und die Tatsache, daß es im Bereich der „Schönheitschirurgie“ keine öffentlich-rechtliche Qualifikation durch die Ärztekammer gibt?

10. Sind der Bundesregierung Bestrebungen bekannt, bzw. verfolgt sie selbst das Ziel, die ästhetisch-plastische Chirurgie als eigenständige Weiterbildungsdisziplin zu etablieren?

11. Welche Möglichkeiten sieht die Bundesregierung andernfalls, Maßnahmen der typischen Schönheitschirurgie als Teil der Ausbildung für plastische Chirurgen einzuführen, und wie beurteilt sie diese?

12. Wie beurteilt die Bundesregierung die steigende Anzahl der gewerblichen Einrichtungen, die sich als „Institut für kosmetische/plastische/Schönheitschirurgie“ oder „Klinik für kosmetische/plastische/Schönheitschirurgie“ oder ähnlich

bezeichnen und weder der Zulassung bedürfen, noch einer Kontrolle durch staatliche Behörden unterliegen und für die das ärztliche Berufsrecht nicht gilt?

13. Sind der Bundesregierung Bestrebungen bekannt, bzw. verfolgt sie selbst das Ziel, für die unter Frage 12 genannten Einrichtungen eine Zulassungspflicht einzuführen bzw. sie staatlicher Kontrolle zu unterwerfen oder aber das ärztliche Berufsrecht in seiner Anwendung – insbesondere im Bereich der Werbung und Information – auf diese Institute auszudehnen?

14. Wie beurteilt die Bundesregierung die Entschließung des Europäischen Parlaments zu der Mitteilung der Kommission über Maßnahmen der Gemeinschaft und der Mitgliedstaaten im Zusammenhang mit Brustimplantaten (KOM (2001) 666 - C5 - 0327/2002 - 2002/2 171 (COS)) in Bezug auf die Empfehlung, Implantationen bei Frauen unter 18 Jahren nur aus medizinischen Gründen zu erlauben, und wie beurteilt die Bundesregierung in diesem Zusammenhang ein grundsätzliches Verbot von Schönheitsoperationen bei Patienten unter 18 Jahren?

15. Wie beurteilt die Bundesregierung die Entschließung des Europäischen Parlaments zu der Mitteilung der Kommission über Maßnahmen der Gemeinschaft und der Mitgliedstaaten im Zusammenhang mit Brustimplantaten (KOM (2001) 666 - C5 - 0327/2002 - 2002/2 171 (COS)) in Bezug auf die Forderung, ein geeignetes Zertifizierungsverfahren für Ärzte zur Reduzierung gesundheitlicher Schäden durch unsachgemäße Operationen einzuführen, und wie beurteilt die Bundesregierung ein solches Zertifzierungsverfahren generell für im Bereich der Schönheitschirurgie tätige Ärzte?

16. Wie beurteilt die Bundesregierung die Entschließung des Europäischen Parlaments zu der Mitteilung der Kommission über Maßnahmen der Gemeinschaft und der Mitgliedstaaten im Zusammenhang mit Brustimplantaten (KOM (2001) 666 - C5 - 0327/2002 - 2002/2 171 (COS)) in Bezug auf die Forderung, umfassende internationale Verzeichnisse von Fachärzten für Plastische Chirurgie einzuführen?

17. Wie beurteilt die Bundesregierung die Entschließung des Europäischen Parlaments zu der Mitteilung der Kommission über Maßnahmen der Gemeinschaft und der Mitgliedstaaten im Zusammenhang mit Brustimplantaten (KOM (2001) 666 - C5 - 0327/2002 - 2002/2 171 (COS)) in Bezug auf die Forderung, analog zu Frankreich direkt an die breite Bevölkerung gerichtete Werbung für Brustimplantate bzw. Brustimplantationen als solche zu verbieten, und wie beurteilt die Bundesregierung ein generelles Werbeverbot für Schönheitsoperationen?

Berlin, den 9. Dezember 2003

Angela Merkel, Michael Glos und Fraktion

Antwort

der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Gitta Connemann, Gerda Hasselfeldt, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der CDU/CSU - Drucksache 15/2154

– Deutscher Bundestag, 15. Wahlperiode, Drucksache 15/2289, 29. 12. 2003 –

Vorbemerkung der Fragesteller

Die Begriffe „Schönheitschirurgie", „kosmetische Chirurgie" oder „ästhetische Chirurgie" sind in Deutschland nicht eindeutig definiert. In den folgenden Ausführungen wird der Begriff Schönheitschirurgie verwandt. Dem liegt die Annahme zugrunde, daß sich die Schönheitschirurgie mit der Verbesserung oder Veränderung von Körperformen durch operative Eingriffe ohne medizinische Notwendigkeit im Sinne des Krankenversicherungsrechts befaßt. In der Regel handelt es sich um Maßnahmen, die auf dem Wunsch des Patienten nach einer Verbesserung seines äußeren Erscheinungsbilds beruhen, ohne daß erlittene Verletzungen oder angeborene Fehlbildungen im medizinischen Sinn vorliegen. Die Kosten für diese Eingriffe werden in diesen Fällen deshalb nicht von Kostenträgern übernommen, sondern sind von dem Patienten selbst zu tragen.

2001 ließen ca. 400000 Menschen in Deutschland eine „Schönheits-

operation“ an sich durchführen, 2002 mehr als 800 000, für 2003 wird die Zahl auf über eine Million geschätzt. Das Altersspektrum der Patienten reicht von 12 bis 84 Jahre. Schätzungen zufolge ist jeder fünfte Patient männlich. Die medizinischen Risiken sind durchaus erheblich.

Angesichts der steigenden Zahl an „Schönheitsoperationen“ erscheint zunehmend problematisch, daß die „Schönheitschirurgie“ ein Bereich ist, der sich außerhalb des gesetzlich geregelten Weiterbildungsrechts der Ärzteschaft entwickelt hat. Es gibt keine öffentlich-rechtliche Qualifikation durch die Ärztekammer. Demzufolge gibt es auch keinen Facharzt für „Schönheitschirurgie“.

Demgegenüber gibt es im Bereich der medizinischen Indikationen wie z. B. bei Wiederherstellungen nach Unfällen, Verletzungen und schweren Erkrankungen seitens der Bundesärztekammer bereits umfängliche fachärztliche Weiterbildungen. Dazu gehören u. a. die Weiterbildungen „Facharzt für Plastische Chirurgie“ und „Facharzt für Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie“. Diese Titel können erst durch eine entsprechende mindestens 6-jährige Aus- und Weiterbildung, den Nachweis ausreichender praktischer Erfahrung und nach einer entsprechenden Prüfung bei der Ärztekammer erworben werden. Zudem besteht für den Bereich der medizinischen Indikation darüber hinaus die Möglichkeit, die Zusatz-Weiterbildung „Plastische Operationen“ zu absolvieren, die in Ergänzung zu einer Facharztkompetenz im Bereich Hals-Nasen-Ohr enheilkunde oder Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie die konstruktiven und rekonstruktiven plastischen operativen Eingriffe zur Wiederherstellung und Verbesserung der Form, Funktion und Ästhetik in der Kopf-Hals-Region umfaßt.

Obwohl auch kosmetische Eingriffe Bestandteil der Facharztausbildung für plastische Chirurgie sind, gehört aber beispielsweise das in der „Schönheitschirurgie“ häufig praktizierte Fettabsaugen nicht zum Ausbildungsstoff. Jeder approbierte Arzt kann die Bezeichnung kosmetischer, ästhetischer Schönheitschirurg u. a. führen und kosmetische Operationen durchführen. Die genannten Berufsbezeichnungen lassen die Patienten auf eine Facharztausbildung schließen. Die Bewerbung erfolgt vielfältig und ist häufig unübersichtlich. Sie wird häufig von Verbrauchern als potentielle Patienten nicht hinterfragt, da Ärzte per se ein hohes Vertrauen genießen. Angesichts der Vielfalt von Organisationen und Verbänden auf Bundesebene fehlt die Möglichkeit einer eindeutigen Vorinformation durch Verbraucher als Patienten. Für die Patienten besteht die Gefahr, an einen für diese Eingriffe nicht ausreichend qualifizierten und/oder nicht erfahrenen Arzt zu geraten. Nicht nur enttäuschte Erwartungen über das erhoffte „neue Aussehen“, sondern auch Komplikationen mit erheblichen medizinischen Risiken bis hin zum Tod der Patienten können die Folge sein.

Problematisch sind zudem Aufklärungsdefizite. Im Vergleich zu den aus Krankheitsgründen gebotenen medizinischen Eingriffen sind an die Aufklärung für diesen Bereich der Chirurgie besonders hohe Anforderungen zu stellen. Dieser Aufklärungspflicht kommen die Schönheitschirurgen ausweislich der bisher gemachten Erfahrungen nicht im rechtlich gebotenen Maße nach.

Eine weitere Entwicklung erschwert den Patienten zusätzlich die Auswahl eines qualifizierten Operateurs: Zunehmend treten gewerbliche Einrichtungen auf, die sich als „Institut/Klinik für kosmetische/plastische/Schönheitschirurgie“ o. ä. bezeichnen, ohne ein Institut im wissenschaftlichen Sinne oder eine Krankenanstalt zu sein. Problematisch ist hierbei, daß diese Gewerbebetriebe weder einer Zulassung bedürfen noch einer Kontrolle durch staatliche Behörden unterliegen. Hinzu kommt, daß für Gewerbetreibende das ärztliche Berufsrecht nicht gilt und daher die Regeln für werbendes und informierendes Handeln des ärztlichen Berufsstands für gewerbliche Unternehmen keine Anwendung finden. Zum Teil wird deshalb diese Rechtsform genutzt, um das weitergehende Werbeverbot für niedergelassene Ärzte zu umgehen. Die Patienten sind daher einer Fülle von Werbebotschaften und -versprechungen ausgesetzt, die suggerieren, daß verändernde Eingriffe risikolos machbar seien.

Wegen der möglichen weitreichenden gesundheitlichen Folgen und Risiken einer nicht fachgemäß ausgeführten „Schönheitsoperation“ sehen wir erhebliche Defizite im Patientenschutz. Gerade in diesem für die Betroffenen mit großen Hoffnungen und Erwartungen verbundenen Bereich der Medizin müssen die Patienten vor falschen Versprechungen und unseriösen Angeboten geschützt werden.

Vorbemerkung der Bundesregierung

Die Zulassung v on ärztlichen Einrichtungen, sei es ambulanter oder stationärer Art, obliegt den Ländern. Genaue A uskünfte zu den in den Fragen aufge worfenen Details können daher nur die Länder erteilen, die im Übrigen auch für die Überw a-chung der Einhaltung des ärztlichen Berufsrechts, die Beachtung medizinischer Standards sowie die stationäre Krankenversorgung zuständig sind. Eine Recherche war in der zur Verfügung stehenden Zeit lediglich bei der Bundesärztekammer und der Vereinigung der deutschen Plastischen Chirur gen möglich. A uch die Frage beruflicher Anforderungen an Ärzte im Zusammenhang mit Schönheitsoperationen unterliegt dem ärztlichen Berufsrecht, das unter die K ompetenz der Länder fällt. In ihren Kammer- und Heilberufsgesetzen haben es die Länder den Ärztekammern überlassen, das Berufsrecht näher auszugestalten.

Zu diesem Zw eck haben die Ärztekammern Berufsor dnungen in Form von Satzungen erlassen.

1. Gibt es Erkenntnisse darüber, wie viele Ärzte in Deutschland die Bezeichnung „Schönheitschirurg", „kosmetischer Chirurg" oder „ästhetischer Chirurg" führen bzw. wie viele Ärzte auch ohne diese Bezeichnung kosmetische Operationen anbieten und durchführen?

Alle dr ei genannten Bezeichnungen dürften gemäß ärzt lichem Berufsrecht nicht geführt werden, da sie irreführen und v erwechselt werden könnten mit den geschützten Bezeichnungen des Weiterbildungsrechts: Plastische Chirurgie als eigenständige F acharztbezeichnung bzw . Plastische Operationen als Zusatz für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde und Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie.

2. Wie viele praktizierende „Fachärzte für plastische Chirurgie" gibt es in Deutschland, und welche Eingriffe führen diese in welchem Umfang durch?

In Deutschland gibt es 501 berufstätige Ärztinnen und Ärzte mit der Facharzt-Bezeichnung „Plastische Chirurgie" und 1 363 mit der Zusatz-Bezeichnung „Plastische Oper a-tionen" (Stand: 31. Dezember 2002).

Detaillierte Leistungsstatistik en liegen nicht v or. Nach Angaben der Geschäftsstelle der V ereinigung der deutschen Plastischen Chirurgen führen Fachärzte für Plastische Chirurgie Eingriffe am gesamten Körper bei beiden Geschlechtern und in jedem Alter beispielsw eise als Wiederherstellungen bei angebor enen oder erworbenen F ehlbildungen, Kr ankheiten, Unfällen usw ., primär e und sekundäre Behandlungen von Verbrennungen sowie alle Korrekturen des äußerlichen Erscheinungsbildes, die allgemein als ästhetische Korrekturen bezeichnet werden, durch.

3. Gibt es Erkenntnisse darüber, wie viele Schönheitsoperationen in den letzten 5 Jahren in Deutschland durchgeführt wurden – bitte Differenzierung nach den einzelnen Jahren – und wie viele davon von „Fachärzten für plastische Chirurgie" durchgeführt worden sind?

Nein. Die Ärztekammern führen keine entsprechenden Statistiken. Die Geschäftsstelle der V ereinigung der deutschen Plastischen Chirurgen geht davon aus, daß ihre Mitglieder etwa 70 000 bis 80 000 ästhetische Eingriffe pro Jahr durchführen.

4. Gibt es Erkenntnisse über die Ergebnisqualität – Erfolgsquote, Nebenwirkungen, Folgeerscheinungen, Komplikationen – der in Deutschland in den letzten 5 Jahren durchgeführten Schönheitsoperationen, und wenn ja, gibt es solche Erkenntnisse auch differenziert nach der Ausbildung des Operateurs?

Nein.

5. Gibt es Erkenntnisse über die Anzahl der arzthaftungsrechtlichen Klagen in Deutschland in den letzten fünf Jahren wegen Behandlungsfehlern bei Schönheitsoperationen, und wenn ja, welche Qualifikation hatten die verklagten Operateure und wie sind diese Verfahren ausgegangen?

6. Welche Erkenntnisse hat die Bundesregierung darüber, ob bzw. in welcher Zahl es sich bei diesen Klagen nach Frage 5 um Kunstfehlerklagen wegen medizinisch fehlerhafter Eingriffe und/oder um Klagen wegen Verletzung von Aufklärungspflichten handelt?

Der Bundesregierung liegen hierzu keine Erk enntnisse v or. Eine bundesweite Statistik zu Behandlungsfehlern im Ber eich der Schönheitschirurgie existiert nicht. In den Justizzählkarten der Länder w erden Arzthaftungssachen – jedoch ohne weitere Spezifik ationen – ab dem 1. Januar 2004 erhoben, so daß insoweit Ende 2005 Zahlen vorliegen werden.

7. Wie viele gewerbliche Einrichtungen gibt es in Deutschland, die sich als „Institut für kosmetische/plastische/Schönheitschirurgie" oder „Klinik für kosmetische/plastische/Schönheitschirurgie" oder ähnlich bezeichnen, ohne ein Institut im wissenschaftlichen Sinne oder eine Krankenanstalt zu sein?

8. Wie viele „Schönheitsoperationen" wurden von Ärzten in den unter Frage 7 genannten Instituten durchgeführt?

Verläßliche Angaben hierzu konnten in der zur V erfügung stehenden Zeit nicht ermittelt w erden (siehe Vorbemerkung der Bundesregierung).

9. Wie beurteilt die Bundesregierung den fehlenden Schutz durch eine Berufsbezeichnung im Bereich der „Schönheitschirurgie" und die Tatsache, dass es im Bereich der „Schönheitschirurgie" keine öffentlich-rechtliche Qualifikation durch die Ärztekammer gibt?

11. Welche Möglichkeiten sieht die Bundesregierung andernfalls, Maßnahmen der typischen Schönheitschirurgie als Teil der Ausbildung für plastische Chirurgen einzuführen, und wie beurteilt sie diese?

Bislang gibt es in Deutschland zwar k eine eigenständige F acharztweiterbildung für Schönheitschirurgie (Ästhetische Chirurgie). Im Weiterbildungsrecht der Landesärztekammern ist jedoch die sechsjährige F acharztqualifikation „Pla-

*Die Antwort wurde namens der Bundesregierung mit Schreiben des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung vom 22. Dezember 2003 übermittelt. Die Drucksache enthält zusätzlich – in kleinerer Schrifttype – den Fragetext.

stische Chirurgie“ erwerbbar; diese Facharztqualifikation umfaßt sämtliche Tätigkeiten, die im Rahmen der „Schönheitschirurgie“ anfallen können. Die im Mai 2003 vom Deutschen Ärztetag verabschiedeten neuen (Muster-)Weiterbildungsordnungen zeigen, daß ästhetische Eingriffe im Rahmen der Facharztqualifikation „Plastische Chirurgie“ einen bedeutenden Stellenwert einnehmen. Als weitere Qualifikation in diesem Zusammenhang ist die Zusatz-Weiterbildung „Plastische Operationen“ zu nennen, welche den Gebieten Hals-Nasen-Ohrenheilkunde und Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie zugeordnet ist.

Weitgehende Maßnahmen sind nicht notwendig, weil die für die „typische Schönheitschirurgie“ notwendigen Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten bereits in der Qualifizierung zum Facharzt für Plastische Chirurgie integriert sind. Die Qualifizierung zum Plastischen Chirurgen geht hierüber sogar weit hinaus und umfaßt sehr viel komplexere Krankheitsbilder.

10. Sind der Bundesregierung Bestrebungen bekannt, bzw. verfolgt sie selbst das Ziel, die ästhetisch-plastische Chirurgie als eigenständige Weiterbildungsdisziplin zu etablieren?

Der Bundesregierung ist bekannt, daß bei der Erarbeitung des neuen Weiterbildungsrechts überlegt worden ist, den Titel „Plastische Chirurgie“ ggf. um die Worte „ästhetisch“ und „rekonstruktiv“ zu ergänzen, so daß der Gesamttitel dann heißen sollte: „Facharzt für Plastische, Ästhetische und Rekonstruktive Chirurgie“, wie dies in verschiedenen Ländern Europas bereits gehandhabt wird (siehe Richtlinie 93/16/EWG). Bislang hat der Deutsche Ärztetag diese Änderung der Bezeichnung allerdings noch nicht vorgenommen.

Nach Auffassung der Bundesärztekammer ist es auch äußerst fraglich, ob man für rein elektive Eingriffe eine gesonderte Qualifikation „Ästhetisch-Plastische Chirurgie“ neben den bereits oben genannten Weiterbildungsbezeichnungen einführen sollte, da sich die diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen nicht wesentlich von den medizinisch indizierten Leistungen unterscheiden. Vor allem aber sollte unter ethischen Aspekten jeglichen ärztlichen Tätigkeiten kein Qualitätsunterschied zu Grunde gelegt werden.

12. Wie beurteilt die Bundesregierung die steigende Anzahl der gewerblichen Einrichtungen, die sich als „Institut für kosmetische/plastische/Schönheitschirurgie“ oder „Klinik für kosmetische/plastische/Schönheitschirurgie“ oder ähnlich bezeichnen und weder der Zulassung bedürfen, noch einer Kontrolle durch staatliche Behörden unterliegen und für die das ärztliche Berufsrecht nicht gilt?

13. Sind der Bundesregierung Bestrebungen bekannt, bzw. verfolgt sie selbst das Ziel, für die unter Frage 12 genannten Einrichtungen eine Zulassungspflicht einzuführen bzw. sie staatlicher Kontrolle zu unterwerfen oder aber das ärztliche Berufsrecht in seiner Anwendung – insbesondere im Bereich der Werbung und Information – auf diese Institute auszudehnen?

Ärztinnen und Ärzte sind Pflichtmitglied einer Ärztekammer und unterliegen den berufsrechtlichen Pflichten; die Kontrolle über die Einhaltung des Berufsrechts obliegt den Ärztekammern, die ihrerseits der Aufsicht der obersten Landesgesundheitsbehörden unterstehen. Dies gilt auch für Ärztinnen und Ärzte in medizinischen Einrichtungen.

14. Wie beurteilt die Bundesregierung die Entschließung des Europäischen Parlaments zu der Mitteilung der Kommission über Maßnahmen der Gemeinschaft und der Mitgliedstaaten im Zusammenhang mit Brustimplantaten (KOM (2001) 666 - C5 - 0327/2002 - 2002/2171 (COS)) in Bezug auf die Empfehlung, Implantationen bei Frauen unter 18 Jahren nur aus medizinischen Gründen zu erlauben, und wie beurteilt die Bundesregierung in diesem Zusammenhang ein grundsätzliches Verbot von Schönheitsoperationen bei Patienten unter 18 Jahren?

Die Abgrenzung zwischen medizinischen und kosmetischen Indikationen im Zusammenhang mit Brustimplantationen ist äußerst schwierig. Als Indikationen zur Implantation sind der Brustwiederaufbau nach operativer Entfernung (Mastektomie) oder Unfällen, der Brustaufbau aufgrund von angeborenen Anomalien und die Brustvergrößerung aus ästhetischen Gründen bekannt. Unstreitig wird der Wiederaufbau der weiblichen Brust nach Entfernung bei zugrundeliegendem Mammakarzinom als medizinische Indikation anerkannt. Bei anderen Indikationen kann die Entscheidung, ob eine Implantation medizinisch notwendig ist, nur im Einzelfall nach einer differenzierten Anamnese und Befunderhebung, bei der zu klären ist, ob ein krankhafter Befund vorliegt und ob es sich dabei um eine körperliche oder psychische Erkrankung handelt, getroffen werden. Sobald Minderjährige betroffen sind, sind die Eltern einzubeziehen. Da eine Einwilligung der Personensorgeberechtigten nur wirksam ist, wenn der Arzt sie vorher aufgeklärt hat, ist es unumgänglich, daß sie über den Behandlungsverlauf genau informiert werden.

Die Abgrenzungsproblematik zwischen medizinischen oder kosmetischen Indikationen gilt in gleicher Weise auch für Schönheitsoperationen. Auch hier kann die Entscheidung nur im Einzelfall getroffen werden. Dabei ist zu beachten, daß bis zum 18. bis 20. Lebensjahr die körperliche Entwicklung noch nicht vollständig abgeschlossen ist und die Indikation für schönheitschirurgische Eingriffe einschließlich der umfas-

senden Betrachtung auch unter Berücksichtigung psychischer Komponenten äußerst eng zu stellen ist.

15. Wie beurteilt die Bundesregierung die Entschließung des Europäischen Parlaments zu der Mitteilung der Kommission über Maßnahmen der Gemeinschaft und der Mitgliedstaaten im Zusammenhang mit Brustimplantaten (KOM (2001) 666 - C5 - 0327/2002 - 2002/2171 (COS)) in Bezug auf die Forderung, ein geeignetes Zertifizierungsverfahren für Ärzte zur Reduzierung gesundheitlicher Schäden durch unsachgemäße Operationen einzuführen, und wie beurteilt die Bundesregierung ein solches Zertifizierungsverfahren generell für im Bereich der Schönheitschirurgie tätige Ärzte?

Qualitätssicherungsmaßnahmen sind zur Vermeidung von Behandlungsfehlern von großer Bedeutung. Nach Angaben der Vereinigung Deutscher Plastischer Chirurgen und der Vereinigung der Deutschen Ästhetischen Plastischen Chirurgen, die Mitglieder und nationale Repräsentanten Deutschlands bei der International Society of Plastic and Reconstructive Surgery und seit Jahren im Bereich der Überwachung der Qualität von Implantaten, besonders im Bereich der ästhetischen Chirurgie engagiert sind, wird ein Zertifizierungsverfahren derzeit von der zuständigen wissenschaftlichen Fachgesellschaft erwogen und in Mitarbeit mit den Ärztekammern entwickelt.

16. Wie beurteilt die Bundesregierung die Entschließung des Europäischen Parlaments zu der Mitteilung der Kommission über Maßnahmen der Gemeinschaft und der Mitgliedstaaten im Zusammenhang mit Brustimplantaten (KOM (2001) 666 - C5 - 0327/2002 - 2002/2171 (COS)) in Bezug auf die Forderung, umfassende internationale Verzeichnisse von Fachärzten für plastische Chirurgie einzuführen?

Eine derartige Erhebung ist durchaus begrüßenswert.

17. Wie beurteilt die Bundesregierung die Entschließung des Europäischen Parlaments zu der Mitteilung der Kommission über Maßnahmen der Gemeinschaft und der Mitgliedstaaten im Zusammenhang mit Brustimplantaten (KOM (2001) 666 - C5 - 0327/2002 - 2002/2171 (COS)) in Bezug auf die Forderung, analog zu Frankreich direkt an die breite Bevölkerung gerichtete Werbung für Brustimplantate bzw. Brustimplantationen als solche zu verbieten, und wie beurteilt die Bundesregierung ein generelles Werbeverbot für Schönheitsoperationen?

Die geforderte Reglementierung von Werbung bezüglich Brustimplantaten wird weitgehend durch das Heilmittelwerbegesetz verwirklicht. Dieses Gesetz gilt für Medizinprodukte und somit auch für Brustimplantate. Mit Regelungen wie dem Verbot irreführender Werbung so wie den vorgeschriebenen Angaben u. a. über Nebenwirkungen und Gegenanzeigen wird eine falsche oder irreführende Information verhindert.

Brustimplantate bzw. Brustimplantationen werden nach Kenntnis der Bundesregierung derzeit in Deutschland nicht aggressiv beworben. Andererseits begrenzt die weite Verbreitung des Internets die Möglichkeiten zur effektiven Beschränkung von Werbung. Vor diesem Hintergrund hält die Bundesregierung eine strengere nationale Reglementierung der Werbung für Brustimplantate nicht für erforderlich.

Den besten Schutz gegen überzogene Erwartungen, die durch verlockende Werbeversprechen geschürt werden können, bietet eine umfassende Information und Aufklärung der Frauen, die eine Implantation erwägen. Dies ist grundsätzlich durch die behandelnden Ärztinnen und Ärzte zu leisten, die nach deutschem Recht dazu verpflichtet sind, die Patientinnen so aufzuklären, daß diese in der Lage sind, Art, Umfang und Tragweite der Maßnahme und die damit verbundenen gesundheitlichen Risiken zu ermessen. Darüber hinaus tragen das Patienteninformations- und -beratungsblatt sowie die Informationsbroschüre zu Brustimplantaten des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) dazu bei, daß die betroffenen Frauen eine umfassende Information erhalten.

www.bfarm.de/de/Medizinprodukte/mp_akt/index.php

So berichtete die Presse über dieses Thema:

CDU/CSU-Fraktion will mehr Verbraucherschutz bei Schönheitsoperationen

Berlin. Die CDU/CSU-Fraktion fordert eine einheitliche Ausbildung für Schönheitschirurgen und einen verbesserten Verbraucherschutz. Die CDU-Abgeordnete Gitta Connemann stellte am Mittwoch in Berlin die Antwort der Bundesregierung auf eine parlamentarische Anfrage ihrer Fraktion zu diesem Thema vor. „Der Verbraucher wird in diesem Bereich vollkommen alleine gelassen und gerät dann meist in eine gesundheitliche und finanzielle Katastrophe," kritisierte sie. In Deutschland könne sich jeder approbierte Arzt Schönheitschirurg nennen. Nach einer Studie der Ruhr-Universität Bochum seien in den vergangenen fünf Jahren 40 schwerwiegende Komplikationen nach Fettabsaugungen aufgetreten. 13 Patienten hätten die Operation nicht überlebt, berichtete Connemann.

Die Bundesregierung fühlt sich allerdings für eine Veränderung des Verbraucherschutzes im Bereich der Schönheitschirurgie nicht zuständig. In ihrer Antwort heißt es, daß die Zulassung von ärztlichen Einrichtungen, die Überwachung des ärztlichen Berufsrechts und die Beachtung medizinischer Standards in die Verantwortung der Länder falle. Daß Handlungsbedarf besteht, leitet die CDU/CSU-Fraktion aus der zunehmenden Zahl von Schönheitsoperationen ab, die im Jahr 2003 wahrscheinlich bereits über einer Million lag. „Es gehört heute zum Trend, immer schöner, jünger und schlanker zu sein", sagte die Verbraucherschutzbeauftragte der Unionsfraktion, Ursula Heinen. Inzwischen ist es schon üblich, daß zum Abitur eine Brustvergrößerung geschenkt wird", weiß auch Connemann. Die CDU/CSU-Fraktion will sich weiterhin mit dem Thema intensiv beschäftigen und damit auch für eine Enttabuisierung sorgen. Sie will zudem erreichen, daß Implantationen bei Frauen unter 18 Jahren nur aus medizinischen Gründen erlaubt sind und Werbemaßnahmen für Schönheitsoperationen verboten werden.

Das Europäische Parlament hat sich bereits mit dem Thema Schönheitsoperationen beschäftigt und die nationalen Regierungen unter anderem aufgefordert, geeignete Zertifizierungsverfahren für plastische Chirurgen zu entwickeln. [18.2.2004 AP - The Associated Press]

Umsatzsteuerrechtliche Beurteilung der Tätigkeit von Fachärzten/innen für Plastische Chirurgie

Der Präsident der VDPC hat zusammen mit einem Fachanwalt für Steuerr echt den folgenden Kommentar er arbeitet. Der Begriff „Schönheitschirur gie“ entspricht dabei nicht unserer fachärztlichen Tätigkeit. Er entstammt vielmehr einer fr eien Interpretation von Nicht-Fachärzten. Ästhetische Operationen gehören zu den Aufgaben des plastischen Chirurgen. Sie sind deshalb gerade in diesem Fachgebiet nicht aus dem ärztlichen Auftrag herauszulösen.

Klaus Exner
Präsident der VDPC

Nach dem Urteil des EuGH vom 14. September 2000 so wie dem jüngst ergangenen Urteil des FG Berlin vom 12. No vember 2002 wir d deutlich, daß sich an der bisherigen Rechtslage – gemeint ist die Definition der ärztlichen Tä tigkeit – n ichts w esentlich geändert hat. Dies war nicht zu erwarten und ist auch nicht notw endig. Seit jeher w ar die Umsatzsteuerbefreiung an di e T ätigkeit a ls A rzt gebunden. D iese T ätigkeit u mfaßte schon i mmer die Diagnose u nd Heilung oder Linderung von Krankheiten oder K örperschäden. N un s tellt s ich die Frage, ob die sogenannte „Schönheitschirurgie“ e ine ä rztliche T ätigkeit ist, die von der Umsatzsteuer befreit i st. Na ch d er n euesten R echtsprechung wird dies verneint, da sie – die ärztliche Tätigkeit – nicht aus Interesse an einer V erbesserung des gesundheitlichen Zustandes des Leistungsempfängers – Patienten –, sondern a usschließlich a us ä sthetischen Gründen dur chgeführt wir d. Somit müßte der A rzt bei s einer T ätigkeit, spätestens jedoch bei R echnungsstellung an den Patienten, immer entscheiden, ob es sich hierbei u m eine anerkannte ä rztliche T ätigkeit i .S.d. Rechtsprechung handelt oder ob hier eine nichtärztliche Tätigk eit als „Schönheitschirurg“ vorliegt.

Kann das denn sein? Wir meinen Nein!

Der Staat – hier die Dritte Gewalt (Justiz) – k ann und darf nicht einzelne ärztliche Tätigk eiten aus dem seit jeher bestehenden und so v erstandenen Berufsfeld bzw . -bild wie ein plastischer Chirur g her ausschneiden und damit den Arzt faktisch in seinem Tätigkeitsfeld i.S.d. ärztlichen Berufsor dnung nach freiem Belieben beschneiden. F olgt man dieser R echtsprechung, ist der „Schönheitschirurg“ kein Arzt i.S.d. Berufsordnung mehr, da er eben nicht den standesr echtlichen V or- bzw . Aufgaben des § 1 Abs. 2 der Berufsordnung gerecht wird. Dort heißt es nämlich: „Aufgabe des Arztes ist es, das Leben zu erhalten, die Gesundheit zu schützen und wiederherzustellen sowie Leiden zu lindern“. Somit wird der „Schönheitschirurg“ außerhalb der Berufsordnung gestellt. Hieraus können sich ganz erhebliche tatsächliche und rechtliche Konsequenzen ergeben:

1. Sein Handeln ist nicht mehr durch die Berufshaftpflichtv ersicherung gedeckt
2. Die notw endige str afbefreiende Patienten-Einwilligung ist nicht mehr möglich
3. Die Tätigkeit ist sodann gewerbesteuerpflichtig, obwohl § 1 Abs. 1 der Berufsordnung dies gerade ausschließt
4. Verstoß gegen die e inschlägigen Heilberufsgesetze
5. Schadensersatzansprüche dur ch die Patienten

Ist das ge wollt? Nein; vielmehr unterlagen die Richter beim EuGH und FG Berlin einem Irrtum. Denn sie haben die Konsequenzen, die sich aus ihr em R echtsverständnis er geben, möglicherweise nicht bedacht. Es gibt nur eine ärztliche Tätigkeit, sie ist nicht nach Belieben zu definieren, je nach dem w elche Interessen v erfolgt w erden sollen. A uch unter v olkswirtschaftlichen Erwägungen ist diese R echtsauffassung systemwidrig: Denn sie führt zu einer enormen finanziellen Belastung der Sozialversicherungsträger. Abschliessend bleibt nur zu hoffen, daß der Bundesfinanzhof die Entscheidung der Berliner Richter aufheben wir d. Es wär e der Sache und der Ärzteschaft mehr als dienlich, w enn sich die Richter der ber eits v om Reichsfinanzhof v or m ehr al s 7 0 J ahren ausgesprochenen Definition anschließen wür den: „Eine ärztliche Tätigkeit muß sich auf bestimmte Personen beziehen und ein Ergebnis der ärztlichen Heilkunde sein.“ Unbestritten ist, daß die „Schönheitschirurgie“ ein Ergebnis der ärztlichen Heilkunde ist! ■

Guntram Knop
Fachanwalt für Steuerrecht, 60489 Frankfurt/M.

Umsatzsteuer auf Erlöse aus ärztlichen Leistungen?

Bislang w aren wir als Ärzte der Meinung, daß unsere Tätigkeit des Behandelns und des Heilens umsatzsteuerbefreit sei. Im September 2000 fällte der Eur opäische Gerichtshof dazu jedoch ein Urteil, in dessen Folge unsere Patienten, sobald sie mit Wünschen zur ästhetisch-plastischen Chirurgie k amen, zu K unden wurden, nur w eil der en Behandlungskosten nicht von den Versicherungsträgern übernommen wurden.

Daß dieses vermeintliche Indiz keines ist, wissen wir alle, die wir vieles medizinisch Begründete inzwischen nicht mehr zu Lasten der Kassen tun dürfen, gerechterweise aber tun müßten. Und dazu melden sich nun, regional sehr unterschiedlich, bei uns plastischen Chirurgen die Finanzämter und fordern eine Umsatzsteuer nach, die wir nie erhalten haben und deswegen auch nicht w eiterleiten können, weil es sie in dieser Form für den Arzt nie gab. Betroffen sind natürlich nicht nur wir, sondern u.a. auch der Anästhesist, der uns hilft, und viele andere Berufsgruppen unter unseren Kollegen, die nicht zu Lasten der Kassen behandeln und heilen. Mit Diesen haben wir uns dur ch ein gemeinsam v erfaßtes Schr eiben zusammengetan und uns an den Bundesfinanzminister und an seine Länderkollegen ge wandt, mit der Bitte, uns die Rechtsgrundlage zu dieser neuen Steuer für Ärzte zu erklären. Diesen Brief drucken wir im folgenden zu Ihrer Information ab.

Rolf R. Olbrisch
Präsident der VDÄPC

An alle Finanzministerien der Länder

Umsatzsteuer auf Erlöse aus ärztlichen Leistungen 1.3.2004

Sehr geehrte Damen und Herren,

die Mitglieder unserer Verbände sind verunsichert seit der Entscheidung des Europäischen Gerichtshofes vom 4.9.2000 u nd d urch d as s ich h ieraus r egional u nterschiedlich entwickelnde Verhalten der Finanzämter.

Bis zur Entscheidung des EuGH wurde flächendekkend k eine Umsatzsteuer auf ärztliche ästhetische Leistungen erhoben. Nunmehr sind nicht nur die Fachärzte für plastische Chirurgie, sondern auch Augenärzte, Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgen, HNO-Ärzte, Dermatologen, Fr auenärzte, Chirur gen und Zahnärzte s owie a lle I geL-Leistungen a ller a nderen Facharztgruppen betroffen. Betroffen wären nicht nur die niedergelassenen Ärzte, sondern auch Kliniken und von Chefärzten in den Kliniken erbrachte Wahlleistungen.

Von den Finanzv erwaltungen wir d für die Besteuerung zwischen indizierten und nicht indizierten Eingriffen unterschieden. Der EuGH hat jedoch in Übereinstimmung mit dem Schr eiben des Bundesministeriums der Finanzen vom 13.2.2001 (IV D 1-S 7170-4/01) von der Umsatzsteuerbefr eiung lediglich ausgenommen Gutachten, Blutgruppenuntersuchungen im Rahmen der Vaterschaftsfeststellung, anthropologisch-erbbiologische Gutachten, psy chologische Tauglichkeitstests, die sich auf die Berufsfindung erstrecken und die dermatologische Untersuchung von kosmetischen Stoffen.

Hierbei handelt sich nicht um amtliche Leistungen, die nach der Gebühr enordnung für Ärzte (GOÄ) abzurechnen sind, sondern um Leistungen die entsprechend dem Leistungsaufw and in Eur o v ergütet werden und mit Mehrw ertsteuer belegt w erden können. Im übrigen ist nach der GOÄ, nach der alle ärztlichen Leistungen abzurechnen sind, die Berechnung von Mehrw ertsteuer nicht v orgesehen. W orauf sich daher die Meinung der Finanzverwaltung gründet, ist für die Mitglieder unser er Berufsv erbände nicht ersichtlich. Wir vertreten die Auffassung, daß mit der Umsatzsteuerbefreiung nach § 4 Nr. 14 UStG alle Umsätze aus der Tätigkeit als Arzt steuerfrei sind, es sei denn, es handele sich – wie vom EuGH entschieden – um Sachv erständigengutachten oder nicht patientenbezogene Untersuchungen, ein Standpunkt, den sogar einige Oberfinanzdir ektionen bis v or kurzem vertraten. Wie sollte sonst eine Abgr enzung v orgenommen werden? Unstreitig nicht der Umsatzsteuer unterworfen sind Eingriffe der Wiederherstellungschirurgie, z. B . nach V erkehrsunfällen. W o soll die

Grenze zu steuerbaren Umsätzen gezogen werden? Ist es nur der die Körperfunktion wiederherstellende Eingriff oder eine der Verbesserung des Aussehens dienende Nachoperation? Ist nur die Erstoperation nach Verbrennung nicht steuerbar oder auch die später e Narbenkorrektur?

Das Indiz der Kostenübernahme durch die Krankenkassen ist nicht v orhanden, da in der ästhetischen Chirurgie in überwiegender Zahl Selbstzahler behandelt werden, so daß dieses Kriterium ungeeignet ist. Im übrigen w erden r egelmäßig F ettabsaugungen, Brustverkleinerungen, Nasenkorrekturen und Hautverjüngungen durchgeführt, die Krankheitswert haben. Nur sind sich bei ein und demselben P atientenfall die Krankenkassen oft uneinig, ob eine Erstattungspflicht vorliegt oder nicht. (Beispiele könnten zugenüge belegt werden.)

Nach unser er A uffassung sind alle ärztlichen Leistungen bis auf Gutachten und nicht patientenbezogene Untersuchungen nach dem EuGH-Urteil als umsatzsteuerfrei zu betrachten. Die Mitglieder unserer V erbände bitten Sie daher , unmißv erständliche Rechtsgrundlagen v orzugeben, wie sie Ihr e F orderungsausweitung bei sog. ästhetischen Eingriffen umsetzen sollen.

Aus unserer Sicht müßten wir – Finanzbehörden und Sachverständige – geeignete Kriterien dazu erst gemeinsam schaffen. Wir wür den uns fr euen, wenn wir mit Ihnen hierzu ins Gespräch kommen könnten.

Mit freundlichen Grüßen

KREISKRANKENHAUS HAMELN

Das Kreiskrankenhaus Hameln ist mit ca. 20.000 stationären Patienten als akademisches Lehrkrankenhaus der Medizinischen Hochschule Hannover - **www.kreiskrankenhaus-hameln.de** - das große medizinische Zentrum der Region mit zur Zeit 461 Planbetten in den Abteilungen Abdominal- und Allgemeinchirurgie, Unfall- und Wiederherstellungschirurgie, Plastische Chirurgie, Gynäkologie, Urologie und Kinderheilkunde sowie dem Zentrum für Innere Medizin mit den Kliniken Kardiologie, Stoffwechsel- und Alterserkrankungen, Hämatologie/Onkologie und Hepato/Gastroenterologie; darüber hinaus besteht eine bettenführende Abteilung Anästhesie und Intensivmedizin sowie Institute für Strahlendiagnostik und für Pathologie am Haus. Zusätzlich bestehen Belegabteilungen für Augenheilkunde, Hals-, Nasen- Ohrenheilkunde, Zahn-, Mund und Kieferchirurgie sowie Kinderchirurgie.

Für die Klinik für Plastische Chirurgie suchen wir zum nächstmöglichen Zeitpunkt eine/einen

Fachärztin/Facharzt für Plastische Chirurgie

Die Klinik für Plastische Chirurgie besteht seit dem 1. Oktober 1998 als dritte Chirurgische Klinik am Kreiskrankenhaus Hameln mit 20 Planbetten neben den Kliniken für Abdominalchirurgie und der Unfallchirurgie. Es werden stationäre und ambulante Patienten operativ betreut. Das gesamte Spektrum der Plastischen Chirurgie kommt zur Anwendung: Hand- und Verbrennungschirurgie, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie einschließlich Laseranwendung. Neben der elektiven Handchirurgie stellt die Brustchirurgie einen besonderen Schwerpunkt der Klinik dar. Gemeinsam mit der Klinik für Frauenheilkunde, dem Institut für Pathologie und dem Strahleninstitut bildet die Klinik für Plastische Chirurgie ein Brustzentrum. In all den aufgeführten Bereichen werden mikrochirurgische Operationsverfahren routinemäßig eingesetzt.

Die Kreisstadt Hameln mit rund 60.000 Einwohnern liegt im Zentrum des Weserberglandes mit hohem Freizeit- und Erholungswert ca. 50 km südwestlich von Hannover. Alle weiterführenden Schulen sind am Ort vorhanden.

Für telefonische Auskunft steht Ihnen Chefarzt Dr. Krause-Bergmann (Tel.: 05151/97-1246) zur Verfügung. Weitere Informationen finden Sie unter www.plastische-chirurgie-hameln.de

Ihre Bewerbung mit den üblichen Unterlagen richten Sie bitte an **Herrn Chefarzt Dr. Krause-Bergmann, Kreiskrankenhaus Hameln, Saint-Maur-Platz 1, 31785 Hameln.**

Praxen am HerzogsPark

Sie suchen Synergien mit Kollegen und sind gerne als Facharzt in freier Praxis tätig.

In Anbindung an eine bereits etablierte Praxis-Klinik für Chirurgie und das Wellness- und Tagungshotel HerzogsPark in Herzogenaurach bei Erlangen entsteht ein ambulantes Therapie-Zentrum mit selbstständigen Praxiseinheiten.

Sie sind niederlassungsberechtigt, bieten zusätzl. med. Leistungen und sind an fachübergreifender Zusammenarbeit interessiert. Dann sollten wir uns kennenlernen! Auch Praxisverlegungen sind möglich!

Interessenten wenden sich an unseren Partner:

Sie sind Facharzt für:

Ästhetisch-Plastische-Chirurgie

PRAXISERFOLG GMBH
Walter-Engelmann-Platz 1
67434 Neustadt a.d.W.
Tel. 06321/ 39 50 70
Fax 06321/ 39 50 80
e-mail: ursulaweber@praxiserfolg.com

Die GOÄ und das Zielleistungsprinzip

Hans-Henning Spitalny

Die privaten Versicherungsträger beanstanden immer häufiger die Gebührenrechnungen der plastischen Chirurgen. Das führt häufig zu zeitaufwendigen Diskussionen und Nachbesserungen. Einer der möglichen Streitpunkte ist die Argumentation, einzelne abgerechnete Leistungen seien Bestandteil einer anderen komplexeren Leistung. In der Vergangenheit konnten wir nicht selten bei neueren, von der Routine abweichenden Verfahren einzelne Gebührenziffern addieren und somit auch die neuen Entwicklungen durch genauere Leistungsinhalte in unsere Gebühren einfließen lassen.

Tatsächlich heißt es jetzt in § 4 (2a) der Gebührenordnung für Ärzte:

„Für eine Leistung, die Bestandteil oder eine besondere Ausführung einer anderen Leistung nach dem Gebührenverzeichnis ist, kann der Arzt eine Gebühr nicht berechnen, wenn er für die andere Leistung eine Gebühr berechnet. Dies gilt auch für die zur Erbringung der im Gebührenverzeichnis aufgeführten operativen Leistungen methodisch notwendigen operativen Einzelschritte ….“ Hinzu kommt noch eine weitere Einschränkung bei solchen Gebührenpositionen, bei denen der Zusatz „als selbstständige Leistung“ (wie z.B. 2420) oder „einschließlich Verschiebeplastik“ (z.B. 2415, 2452).

Sind Einzelschritte einer OP methodisch notwendige Bestandteile der Zielleistung, so sind sie nicht gesondert berechenbar

Die Verfasser der jetzt gültigen GOÄ waren der Auffassung, daß zur Erbringung einer Operation in der Regel mehrere Einzelschritte erforderlich sind. Sind diese Einzelschritte methodisch notwendige Bestandteile der sogenannten Zielleistung, so sind sie nicht gesondert berechenbar. Handelt es sich hingegen um methodisch verzichtbare, nur bei besonderen Indikationen durchgeführte Zusatzeingriffe, die als fakultative Maßnahmen nicht bereits in der Leistungsbeschreibung mit berücksichtigt sind, so müssen diese als selbstständige Leistungen anerkannt werden – auch wenn diese nicht als alleinige Leistung sondern in Zusammenhang mit einem Haupteingriff durchgeführt werden“ (Dtsch Ärztebl, Heft 31–32, Aug. 2002, S. A 2 131). Als Beispiel wäre in diesem Zusammenhang die retromammilläre Tumorentfernung (2410) zusätzlich zur Mammareduktion zu erwähnen. Die erste Zielleistung ist in diesem Fall die Brustreduktion und die zweite Zielleistung die Tumorentfernung. Ein anderes Beispiel ist die Blepharoplastik als eine Zielleistung und die Fettpfropfenentfernung (2404 oder 1282) als zweite Zielleistung.

Zielleistungsprinzip beachten und ungenügende Honorierungen über eine schriftliche Honorarvereinbarung abdingen

Schwierig wird es bei denjenigen Operationen, bei denen sich im Vergleich zu dem veralteten Leistungsverzeichnis der Operationsstandard dahingehend verändert hat, daß methodisch verzichtbare, aber inzwischen fachlich empfohlene Begleitmaßnahmen und Varianten routinemäßig durchgeführt werden, mit anderen Worten: Wenn der Fortschritt schneller ist als die Aktualisierung der GOÄ. In diesen Fällen ist entweder eine detaillierte Erläuterung durch den Arzt gefordert – oder man weicht auf einen höheren Steigerungsfaktor mit der Begründung der „besonderen Ausführung“ aus. Die plastischen Chirurgen sind gut beraten, wenn sie – im Gegensatz zu vergangenen Zeiten – das Zielleistungsprinzip beachten und ungenügende Honorierungen über eine schriftliche Honorarvereinbarung abdingen. Die Privatkassen sind in vielen Fällen zu höheren Erstattungen bereit, wenn „eine für den Zahlungspflichtigen verständliche und nachvollziehbare Begründung“ (Allianz) vorliegt. ■

Jahrestagung

www.vdpc2004.de

Majorkomplikationen und Todesfälle nach kosmetischer Liposuktion

Erste Ergebnisse einer retrospektiven Analyse

Marcus Lehnhardt, Patricia Palka, Heinz Herbert Homann, Daniel Druecke, Hans Ulrich Steinau

Die Liposuktion ist in den USA mit rund 500 000 Eingriffen pro Jahr der am häufigsten durchgeführte kosmetische Eingriff. In der Bundesrepublik Deutschland werden Schätzungen der VDPC/VDÄPC zufolge pro Jahr 150 000 bis 250 000 Fettabsaugungen von Ärzten unterschiedlichster Fachrichtungen vorgenommen. Genaue Zahlen sind allerdings nicht bekannt. Die lange Liste möglicher Komplikationen, die bei Fettabsaugungen beobachtet wurden, ist von den Kollegen Vogt und Eichhorn-Sens bereits eindrücklich aufgezeigt worden und allen Mitgliedern der VDPC/VDÄPC aus publizierten Kasuistiken bekannt. Besagter Beitrag unterstreicht einmal mehr, daß es sich bei der Fettabsaugung um keine Wohlfühlchirurgie (Abb.1) sondern eine fachspezifische Operation handelt, die ausschließlich in die Hände eines erfahrenen Chirurgen gehört, der über eine entsprechende Ausbildung und vor allem über Kenntnisse zum Management möglicher Komplikationen verfügt.

Retrospektive Analyse ergab in den USA eine sehr hohe Letalitätsrate von 0,02 Prozent

In den USA sind in diesem Zusammenhang Analysen durchgeführt worden, um Komplikationsraten und Morbidität beziffern zu können. So berichtete Rao 1999 im New England Journal of Medicine über eine Serie von fünf Todesfällen allein in New York. Die bedeutendste Analyse wurde im Jahr 2000 in der Zeitschrift Plastic and Reconstructive Surgery publiziert: In einer retrospektiven Befragung konnten die Autoren unter 500 000 Liposuktionen insgesamt 95 Todesfälle erfassen. Diese Analyse stellt die Grundlage der in der gängigen Literatur verwendeten Letalitätsrate von 0,02 Prozent (1/5000) dar. Zum Vergleich: Die Letalitätsrate bei der elektiven Leistenhernienchirurgie liegt bei 3/100 000. Die berichteten Komplikationen scheinen auf mannigfaltige Ursachen zurückführbar: So ist bekannt, das Liposuktionen von Ärzten verschiedenster Fachrichtungen überwiegend ambulant durchgeführt werden. Neben falschen Indikationen (z.B. BMI > 30), werden wiederholt mangelnde Hygiene, Megaliposuktionen (> 6 Liter), multiple Eingriffe in einer Sitzung, fehlendes postoperatives Monitoring sowie die Fehleinschätzung sich anbahnender Komplikationen und insbesondere fehlendes Komplika-



Abb.1 Darstelung der „Wohlfühloperation" Liposukton in den Medien. Der Eingriff erfolgt unter nicht sterilen Kautelen, die Patientin ißt während der Operation, die Indikation ist falsch und kann nicht zum gewünschten Ergebnis führen.

tionsmanagement als Ursachen für diesen eklatanten Mißstand angeführt. Auch die durch den Dermatologen Klein eingeführte Tumeszenzlokalanästhesie (TLA) birgt Risiken, die hinlänglich bek annt sind und w eiterhin diskutiert werden. Der Arbeitskr eis Regionalanästhesie der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin weist in diesem Zusammenhang insbesondere auf die Gefahr der K ombination von TLA und Sedativa hin, da bei der TLA teilw eise sehr hohe Dosen von Lok alanästethika v erwendet w erden und mögliche Interaktionen nicht untersucht sind.

Bei einem Rücklauf von bislang 20 Prozent wurden bereits 53 schwere Komplikationen erfaßt

Da in Deutschland keinerlei Zahlen zu Komplikationen und Todesfällen bek annt sind, erfolgt seit Januar 2002 unter der F ederführung unser er Klinik in Zusammenarbeit mit der Deutschen Gesellschaft für Pathologie, der Deutschen Gesellschaft für R echtsmedizin so wie der Deutschen G esellschaft f ür A nästhesie u nd I ntensivmedizin im R ahmen einer r etrospektiven Analyse eine Erfassung schwerer Komplikationen und Todesfälle nach Liposuktionen.

Bisher wurden 2483 Anfragen verschickt und im positiven Fall eine anonymisierte Datenerhebung vor Ort vorgenommen. Als Grundlage für die Untersuchung wurden Anfragen an intensivmedizinische Abteilungen, P athologien un d r echtsmedizinische I nstitute d er B undesrepublik Deutschland, Österr eich und der Schw eiz verschickt. Die Rücklaufquote betrug bis zum 30. September 2003 20 Prozent (507 Antworten). In einem Erfassungszeitraum von 1998 bis 2002 konnten bisher insgesamt 53 Fälle schw erer K omplikationen analysiert w erden. Darunter befinden sich 12 Todesfälle (Tabelle 2).

Sämtliche dieser Eingriffe erfolgten im Zeitraum zwischen 1998 und 2001 (4 Jahre). 50 Fälle ereigneten sich in der BRD, ein F all in der Schw eiz und zw ei Fälle in Österreich.

Insgesamt erfolgte in 47 der Komplikations-Fälle eine ambulante Behandlung, sechs P atienten wurde unter stationären Bedingungen operiert. Es handelte sich um 40 Frauen (→ 44,3 Jahre) und 13 Männer (→ 48,2 Jahre). Die abgesaugte Menge v ariierte zwischen 0,5 und 24 Liter (Tabelle 1).

Tabelle 1 Basisstatistik der bisher erfassten Komplikationen

Anzahl	53
Todesfälle	12
Zeitraum	1998–2001
BRD	50
Österreich	2
Schweiz	1
Ambulante Liposuktion	47
Stationäre Liposuktion	6
Frauen	40 (Ø 44,3 Jahre)
Männer	13 (Ø 48,2 Jahre)
Abgesaugte Menge	0,5–24 Liter

Nekrotisierende Fasziitiden und Gasbrandinfektionen – eklatante Fehler im postoperativen Managment

Insgesamt wur den bisher 19 Fälle v on Infektionen erfaßt. Die größte Gruppe stellten nekr otisierende Fasziitiden dar (7 Patienten). Obwohl es sich hier um eine nicht gänzlich vermeidbare Komplikation handelt und die jeweiligen Sterilitätskriterien im einzelnen nicht eruiert werden konnten, zeigte die Analyse der Kr ankenblätter doch eklatante F ehler im postoper ativen Management: Fallbeispiel Nr. 1 (Abb . 2) zeigt den A ufnahmebefund



Abb. 2 Entwicklung einer nekrotisierenden Fasziitis nach ambulanter Liposuktion im Bereich der Oberschenkel.

einer Patientin (BMI 37) nach ambulanter Liposuktion im Bereich der Oberschenkel beidseits. Als sich die Patientin auf Eigeninitiativ e am ersten postoper ativen T ag bei ihrem Operateur vorstellte, klagte sie über Fieber (40 °C), Übelkeit und Erbrechen. Es erfolgte die Verordnung von Tramaltropfen sowie eine Vereinbarung zur Wiedervorstellung nach zwei bis drei Tagen.

Zur Gruppe der Infektionen zählen auch zw ei Gasbrandfälle. Diese seltene, jedoch ebenfalls nicht gänzlich vermeidbare Erkrankung, zeigte bei einer P atientin einen so fulminaten Verlauf, daß bereits 20 Stunden nach der Liposuktion der Tod eintrat (Abb. 3, 4). Es handelte sich in dem abgebildeten Fall um eine 42jährige Kollegin, der ambulant zirka drei Liter im Ber eich des Abdomen, der Flanken und am Rücken abgesaugt worden waren. Da in beiden Fällen v on Gasbr andinfektionen Gerichtsverfahren anhängig sind, kann über mögliche Infektionswege zur Zeit keine weitere Angabe gemacht werden.

Bei ersten Nekrosen verordnete der Operateur Rauchverbot, Lymphdrainage und Silikonhandschuhe

Eine w eitere Gruppe stellt die der postoper ativen Perfusionsstörungen mit nachfolgenden Nekrotisierungen dar. Insgesamt k onnten bisher acht Fälle v on Bauchwandnekrosen ermittelt werden. Hier handelt es sich um eine prinzipiell vermeidbare Komplikation, die auf insuffiziente T echnik und T aktik oder zu gr oße Absaugvolumina zurückzuführ en ist. Das F allbeispiel demonstriert die Nekrotisierungen im Bereich der Bauchwand nach einer Suktion von insgesamt 5,6 Litern (Abb 5). Bei Auftreten erster Nekrosen am dritten postoperativen Tag verordnete der Oper ateur Lymphdrainage, Rauchverbot sowie Silikonhandschuhe, die der P atient anziehen und im W eiteren die entstehenden Abszedierungen selbst exprimieren sollte.

Tabelle 2 Übersicht der erfassten Komplikationen nach Fettabsaugung

nekrotisierende Fasziitiden	**n = 7**
Hohlorganperforationen	**n = 8**
Dünndarmperforation	n = 5
Gallenblasenperforation	n = 1
Perforation der A.epigastica sup./inf.	n = 2
Sepsis/septischer Schock/SMOV	**n = 12**
Streptokokkensepsis	n = 4
Toxisches Schock Syndrom	n = 6
Gasbrandsepsis	n = 2
Intra-/postoperativer Herzkreislaufstillstand: CPR	**n = 4**
Hautnekrosen (Bauchwandnekrostisierungen)	**n = 8**
Embolien (Thrombosen exklusive!)	**n = 4**
Lungenembolien	n = 2
Hirninfarkt	n = 1
arterielle Embolien (Vorfußgangrän)	n = 1
Nachblutungen – hämorrhagischer Schock	**n = 5**
Hyperhydration: Lungenödem	**n = 3**
Hypohydration: Schock, Epilepsie	**n = 2**



Abb.3 Gasbrandinfektion mit Todesfolge 20h nach ambulanter Liposuktion im Bereich des Rumpfes.



Abb. 4 Ausgeprägte kutane und subkutane Nekrotisierungen bei fulminantem Verlauf einer Gasbrandinfektion (siehe Abb. 3, Erläuterungen im Text).



Abb. 5 Bauchwandnekrosen nach Liposuktion.

Darüberhinaus wurden bis dato acht Fälle von Hohlorganperforationen erfaßt, darunter eine Gallenblasenperforation (Suction unterhalb des Rippenbogen). Von den fünf erhobenen Dünndarmperforationen wurde nur eine Patientin in ITN operiert, jedoch erfolgte bei den übrigen vier Patientinnen eine Kombination aus TLA und i.v.-Sedierung. In keinem Fall zeigte sich die Perforation des Dünndarms aufgrund einer übersehenen Hernierung der Bauchwand oder des Nabels. Es muß dennoch immer wieder auf den präoperativen Ausschluß einer Hernie hingewiesen werden.

Massive Nachblutungen nach dem Absaugen von 24 Litern Fett in einer Sitzung

In sieben Fällen kam es zu Hb-relevanten Nachblutungen – hier sei exemplarisch ein Fall angeführt, bei dem unter stationären Bedingungen in einer Sitzung bei einem BMI von 35 im Bereich des Abdomen, Hüften, Gesäß, Oberschenkel beidseits zirkulär sowie der Knieinnenseiten nach Infiltration von insgesamt 27 Liter 24 Liter Fett abgesaugt wurden. Im Anschluß kam es zu massiven Nachblutungen, Entwicklung einer DIC, Hypokaliämie, einem hämorrhagischen Schock und später zu massiver Serombildung. Hyperhydrationen mit nachfolgender Entwicklung eines Lungenödems konnten in drei Fällen festgestellt werden, weiterhin wurden zwei Fälle mit ungenügendem Flüssigkeitsersatz (Hypohydrationen) erfaßt, in einem Fall kam es als Folge zu mehreren Grandmal-Anfällen. In sieben Fällen wurden Embolien festgestellt, davon waren vier Lungenembolien, zu verzeichnen war ein Fall einer arteriellen Embolie mit nachfolgender Vorfußgangrän. Insgesamt traten 44 der 53 erfaßten Komplikationen innerhalb der ersten 24 Stunden auf.

In einigen Fällen geht die Seriosität des Chirurgen bereits im Briefkopf verloren

Bei der Untersuchung der Komplikations- und Letalitätsraten nach Liposuktionen ist die Qualifikation des jeweiligen Operateurs von großem Interesse. Neben Allgemeinchirurgen, Viszeral-, Gefäß- und Unfallchirurgen wurden die Eingriffe von Dermatologen, Orthopäden, MKG-Chirurgen, Hals-Nasen-Ohr enärzten, Allgemeinmedizinern, Gynäkologen und Plastischen Chirurgen durchgeführt. Die Analyse zeigt, daß in einigen Fällen die Seriosität des Operateurs bereits im Briefkopf verloren geht. So gibt es beispielsweise vermeintliche „Schönheitschirurgen“, die durch Mitgliedschaften in obskuren Gesellschaften mit unbekannten Mitgliederzahlen ihren Patienten bewußt einen falschen Eindruck vermitteln.

Ein entscheidender Faktor ist zudem die Indikationsstellung: Hier ließ sich in 25 der erfaßten Fälle ein BMI über 30 eruieren (insgesamt konnte der BMI nur in 40 Fällen ermittelt werden). Darüberhinaus lassen Lokalisationen und Mengen des abgesaugten Fettes in Einzelfällen auf eine eher wirtschaftlich ausgerichtete Indikationsstellung schließen. In 75 Prozent der behandelten Fälle bekam die intensivmedizinische Abteilung, die die Komplikation behandelte, keine suffizienten Angaben über den zuvor erfolgten Eingriff. In keinem Fall war die Komplikation bisher als direkte Folge der TLA (z.B. Überdosierung, Met-Hb-Bildung) zu werten. Eklatante Mängel wies in annähernd allen Fällen das postoperative Procedere und insbesondere das insuffiziente bis komplett fehlende Komplikationsmangement auf. Daher muß aus den dargestellten Fällen als vorläufige Konsequenz insbesondere eine engmaschige postoperative Visite (< 24h) gefordert werden.

Zu empfehlen ist eine Mengen-Obergrenze für ambulante Fettabsaugungen

Weiterhin empfiehlt sich bei Fettabsaugungen eine Obergrenze für ambulante Behandlungen, über die hinaus Eingriffe nur unter stationären Bedingungen mit entsprechenden postoperativen Monitoring-Möglichkeiten vorgenommen werden sollten. In der eigenen Klinik wird die

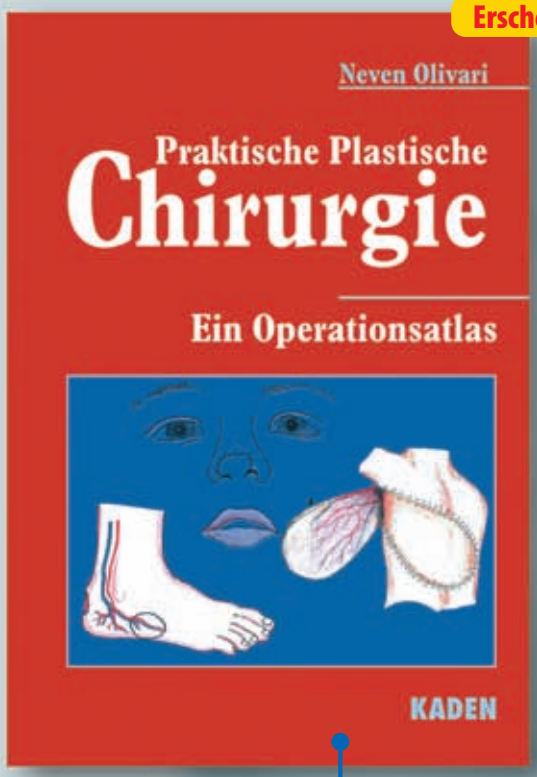
Grenze für ambulante Behandlungen bei einer Fettsuktionsmenge von 2 000 ml angesetzt. Die vorliegende Analyse soll neben einer Verbesserung des Komplikationsmanagement dazu beitragen, daß zukünftig clinical pathways für die Fettabsaugung entwickelt werden. Denn die Liposuktion ist keinesfalls eine – einfach durchführbare, für den ambulanten Bereich prädestinierte Operation in Wohlfühltechnik – wie oftmals suggeriert wird. Dabei sei noch einmal deutlich herausgestellt, daß nicht die Indizierung einzelner Personen angestrebt wird, sondern insgesamt mehr Sicherheit für diesen ästhetisch-korrektiven Eingriff erreicht werden soll. Weitere Datenerhebungen in Zusammenarbeit mit der deutschen Krankenhausgesellschaft, den Haftpflichtversicherern so wie der Vereinigung der Deutschen Plastischen Chirurgen (VDPC) und der Vereinung der Deutschen Ästhetisch Plastischen Chirurgen (VDÄPC) sind in Vorbereitung. ■

Literatur

1. Barillo J, Cancio LC, Kim SH, et al (1998) Fatal and near fatal complications of liposuction. South Med J 91: 487–492
2. Beck-Schimmer B, Pasch T (2002) Tumeszenz-Lokalanästhesie. AINS 37: 84–88
3. Berroth R, Speichermann N, Liebau G (2003) Komplikationen nach Liposuktion. Intensivmedizin 40: 1–4
4. Coleman WP, et al (2001) Guidelines of care for liposuction. J Am Acad Dermatol 45: 438–447
5. De Jong RH, Grazer FM (1999) Tumescent liposuction alert: deaths from lidocain cardiotoxicity. Am J Forensic Pathol 20: 101
6. De Jong RH (2001) Body Mass Index: Risk predictor for cosmetic day surgery. Plast Reconstr Surg 108: 562–563
7. Dillerud E (1991) Suction lipoplasty: a report on complications, undesired results, and patient satisfaction based on 3511 procedures. Plast Reconstr Surg 88: 239–246 (discussion 247–249)
8. Gibbons MD, Lim RB, Carter PL (1998) Necrotizing fasciitis after tumescent liposuction. Am Surg 64: 458–460
9. Gilliland MD, Coates N (1997) Tumescent liposuction complicated by pulmonary edema. Plast Reconstr Surg 99: 215
10. Grazer FM (1983) Suction-assisted lipectomy, suction lipectomy, lipolysis and lipexeresis (Discussion). Plast Reconstr Surg 72: 620–623
11. Grazer FM, De Jong RH (2000) Fatal outcomes from liposuction:census survey of cosmetic surgeons. Plast Reconstr Surg 105: 436–446
12. Hanke CW, Bernstein G, Bullock S (1995) Safety of tumescent liposuction in 15,336 patients. National survey results. Dermatol Surg 21: 459–462
13. Hanke CW, Coleman WP III (1999) Morbidity and mortality related to liposuction. Questions and answers. Dermatol Clin 17: 899–902
14. Jackson RF, Dolsky RL, Alexander RW (1999) Liposucton and patient safety. Am J Cosmet Surg 16: 13–23
15. Klein JA (1987) The tumescent technique for liposuction surgery. Am J Cosmet Surg 4: 263–267
16. Klein JA (1995) Tumescent technique chronicles. Local anesthesia, liposuction and beyond. Dermatol Surg 21: 449–457
17. Klein JA (1999) Discussion: Lidocaine is not necessary in liposuction. Plast Reconstr Surg 104: 1903–1906
18. Lehnhardt M, Homann HH, Drueck e D, et al (2003): Liposuktion - kein Problem? Chirurg 74: 808–814
19. Narins RS (2001) Liposuction. Dermatol Clin 19(3): 483–489
20. Platt MS, Kohler LJ, Ruiz R, et al (2002) Deaths associated with liposuction: Case reports and review of the literature. J Forensic Sci 47: 205–207
21. Priellip RC, Morell RC (1999) Liposuction in the United States: beauty and the beast. Anesth Pat Safety Found Newslett 14: 25–27
22. Rao RB, Ely SF, Hoffman RS (1999) Death related to liposuction. N Engl J Med 340: 1471–1475
23. Rohrich RJ, Beran SJ (1999) Is liposuction safe? Plast Reconstr Surg 104: 819–822
24. Rohrich RJ, Muzaffar AR (2000) Discussion: Fatal outcomes from liposuction: Census survey of cosmetic surgeons. Plast Reconstr Surg 105: 447–448
25. Rohrich RJ, Muzaffar AR (2000) Discussion: Large volume liposuction complicated by retroperitoneal hemorrhage: management principles and implications for the quality improvement process. Plast Reconstr Surg 105: 447–448
26. Ross RM, Johnson GW (1988) Fat embolism after liposuction. Chest 93(6): 1294–1295
27. Schwarz M (2001) Fallstricke bei der Liposuktion. Kongressbd DGCh 118: 669–670
28. Talmor M, Hoffmann LA, Liebermann M (1997) Intestinal perforation after suction lipoplasty: a case report and review of the literature. Ann Plast Surg 38: 169–172
29. Teimourian B, Rogers WB (1989) A national survey of complications associated with suction lipectomy: a comparative study. Plast Reconstr Surg 84: 628
30. Umeda T, Ohara H, Hayashi O, et al (2000) Toxic shock syndrome after suction lipectomy. Plast Reconstr Surg 106: 204–207
31. Van Aken H, et al (2000) Tumeszenz-Lokalanästhesie. Stellungnahme des Wissenschaftlichen Arbeitskreises Regionalanästhesie der DGAI. Anästh Intensivmed 42: 39
32. Vogt PM, Eichhorn-Sens J (2002) Fettabsaugung-Möglichkeiten und Risiken des populärsten ästhetischen Eingriffs. Plast Chir 2: 69–74

Dr. med. Marcus Lehnhardt
Universitätsklinik für Plastische Chirurgie und Schwerbrandverletzte,
Handchirurgiezentrum, Operatives Referenzzentrum für Gliedmaßentumoren
BG-Kliniken Bergmannsheil, Ruhr-Univeristät-Bochum
Bürkle-de-la-Camp-Platz 1, 44789 Bochum

Erscheint in Kürze



XX, ca. 976 Seiten
Gebunden, über 2800 Abbildungen (davon 620 Farbzeichnungen), Format: 21 x 29,7 cm
€ 259,– (Subskriptionspreis), danach € 318,–
ISBN 3-922777-55-4



VIII, 88 Seiten (2001)
Kartoniert, mit Abbildungen und Tabellen,
Format: 17 x 24 cm, € 20,–
ISBN 3-922777-40-6



VIII, 80 Seiten (2002)
Kartoniert, mit Abbildungen und Tabellen,
Format: 17 x 24 cm, € 20,–
ISBN 3-922777-53-8



VIII, 102 Seiten (2003)
Kartoniert, mit Abbildungen und Tabellen,
Format: 17 x 24 cm, € 20,–
ISBN 3-922777-60-0

KADEN
Dr. R. Kaden Verlag GmbH & Co. KG
Ringstraße 19, 69115 Heidelberg, Telefon (0 62 21) 1377610, Telefax (0 62 21) 6 59 95 90
E-Mail: info@kaden-verlag.de, www.kaden-verlag.de

Selbsternannter Schönheitschirurg muß drei Jahre ins Gefängnis

Rund vier Jahre nach dem Tod einer seiner Patientinnen ist ein selbsternannter Schönheitschirurg jetzt zu dr ei Jahren Gefängnis verurteilt w orden. Gegen den 50-jährigen Arzt, der in der Berufungsv erhandlung vor dem Landgericht Magdeburg ein umfassendes Geständnis ablegte, wurde einem Bericht der Nachrichtenagentur AFP zufolge, außerdem ein fünfjähriges Berufsverbot verhängt. Der Mediziner hatte der Patientin in seiner Praxis im sachsen-anhaltinischen Blank enburg im No vember 1999 Fett an den Oberschenkeln und am Bauch abgesaugt. In der Folge bildeten sich am Bauch jedoch Wulste und Narben. Bei einem weiteren Korrektur-Eingriff im April 2000 verabreichte der Arzt der Patientin auf unsachgemäße Weise eine Narkose-Spritze in den Bauch, die zu Würgereizen und schließlich zu Krämpfen und zum Tod der Frau führte.

Der Operateur mißachtete das Berufsverbot und eröffnete eine private Praxis für Schönheitsoperationen

Wegen fahrlässiger Tötung wur de der Arzt zu zw eieinhalb Jahr en Haft v erurteilt. Weitere eineinviertel Jahre kommen hinzu, weil er nach seiner ersten V erurteilung das vom Amtsgericht ausgespr ochene Berufsverbot mißachtet und eine neue Pr axis für Schönheitschirurgie in Nürnberg eröffnet hatte. Die Str afen wurden zu der dr eijährigen Haftstr afe zusammengefaßt. Der Arzt für Allgemeinmedizin w ar zunächst jahr elang als K assenarzt in Blank enburg tätig gewesen, be vor er eine priv ate Pr axis für Schönheitsoperationen eröffnete. Der Mediziner hatte keinerlei spezielle Ausbildung für diese Tätigkeit. ■ CM

Aktenzeichen: LG Magdeburg 26 NS 310/03

Qualitätssicherung in der Vereinigung der Deutschen Plastischen Chirurgen (VDPC)

Ergebnisse der Tracerdiagnose „Makromastie“ 2003

Henrik Menke, Marita Eisenmann-Klein, Rolf Rüdiger Olbrisch, Klaus Exner

Die Tracerdiagnose „Makromastie“ wurde 2003 zum fünften Mal als freiwilliges Instrument einer internen Qualitätssicherung in der VDPC durchgeführt. Sie ist Ausdruck des Bemühens die Qualität unserer Arbeit zu erfassen, weiterzuentwickeln und damit auch gesetzliche geforderte Maßnahmen zur Qualitätssicherung umzusetzen. Im Folgenden werden die Ergebnisse der Erhebung 2003 zusammengefaßt, die auf dem Jahreskongreß der VDPC in Freiburg vorgestellt wurden sowie die Grundzüge der Erhebung beschrieben [1].

Die interne Qualitätssicherung erfolgt mit Hilfe eines standardisierten Fragebogens

Die vorgestellte Art der internen Qualitätssicherung erfolgt in Form einer Befragung der ordentlichen Mitglieder der VDPC anhand eines standardisierten Erhebungsbogens (Abb. 1). Die Teilnahme erfolgt freiwillig. Die teilnehmenden Institutionen verschlüsseln ihre Teilnehmerbögen mit einer persönlichen konstanten Code-Nummer. Es wird zwischen Kliniken, Belegabteilungen und Praxen unterschieden. Unter Berücksichtigung der individuellen Angaben der Patientin werden zwei Gruppen („medizinisch indiziert“ vs. „kosmetisch“) gebildet. Erstere umfaßt Patientinnen mit subjektiven Beschwerden, wie Rücken-, Nacken-, Brustschmerzen, Einschneiden der BH-Träger, Einschränkungen im täglichen Leben, z.B. beim Sport. Die zweite Gruppe umfaßt Frauen mit vorwiegend kosmetischer Motivation. Neben dieser Einschätzung wird der Kostenträger (Krankenkasse vs. Selbstzahler) erfragt. Weitere Angaben beschreiben demographische Daten, wie Alter, Größe, Gewicht sowie Ausmaß der Ptosis und vorhandene Asymmetrie. Bei der Wahl des operativen Verfahrens wird zwischen narbensparenden Techniken („i-Technik“) mit vertikaler Schnittführung und klassischem T-Schnitt, periareolärem Zugang und Verfahren mit freier Transplantation des Nippel-Areolenkomplexes unterschieden. Das Resektionsgewicht wird seitengetrennt erfaßt. Der Begriff Komplikation bezieht sich auf einen perioperativen Zeitraum von vier Wochen und berücksichtigt folgende Ereignisse: Wunddehiszenz (> 1 cm), Hautnekrose, ein mit einer Revision verbundenes Serom oder Hämatom, partielle oder komplette Nekrose des Nippelareolenkomplexes, eine Wundinfektion. Weiter werden Bluttransfusionen aufgelistet. Die Datenerfassung und Auswertung als deskriptive Statistik erfolgt computergestützt mit dem SAS-Programm (Version 6.12).

Bei rund 75 Prozent der Patientinnen wurden die Kosten des Eingriffs von der Krankenkasse getragen

Insgesamt wurden im Jahr 2003 171 Patientinnen in die aktuelle Erhebung eingebracht, darunter 86 Prozent aus Kliniken und 13 Prozent aus Belegabteilungen. Ein Prozent der Patientinnen wurden ambulant behandelt. Das Durchschnittsalter der Frauen betrug 38 Jahre (Altersbreite 16–78 Jahre). 32 Prozent waren jünger als 31 Jahre, 31 Prozent zwischen 31 und 40 Jahre, 21 Prozent zwischen 41 und 50 Jahre alt, und 17 Prozent über 50 Jahre. Gegenüber dem Vorjahr 2002 zeigt sich ein abnehmender Anteil an Patientinnen, bei denen der Eingriff als medizinisch indiziert beschrieben bzw. die Kosten des Eingriffes von Krankenkassen getragen wurden. Bei 77 Prozent wurde eine medizinische Indikation gesehen, bei 75 Prozent wurden die Behandlungskosten von der Krankenkasse getragen.

Aktuell

Der aktuelle Erfassungsbogen kann per Email angefordert werden:

plastische-chirurgie@klinikum-offenbach.de

Abb. 1 Erhebungsbogen der Vereinigung der Deutschen Plastischen Chirurgen

Vereinigung der Deutschen Plastischen Chirurgen – Qualitätssicherungskomission

Erhebungsbogen Mammareduktionsplastik

Institution: ☐ Krankenhaus ☐ Belegklinik ☐ Praxis

Code- Nummer: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

Patient: Initialien _ _ _ _ _ _ _ _ Alter in Jahren _ _ _ _ _ _ _ _

OP-Indikation: ☐ medizinisch ☐ ästhetisch
Kostenübernahme durch Krankenkasse ☐ ja ☐ nein

Ausgangsbefund: Patient Gewicht (kg) _ _ _ _ _ _ _ _ Größe (cm) _ _ _ _ _ _ _ _
Mamillen-Jugulum-Abstand (cm) rechts _ _ _ _ _ _ _ _ links _ _ _ _ _ _ _ _
Ptosis-Grad Asymmetrie ☐ größer rechts ☐ größer links

Operationsverfahren: ☐ Vertikale Narbe ☐ T-Schnitt ☐ periareolär
Andere Technik nach _
Operationszeit (Schnitt-Naht-Zeit min) _ _ _ _ _ _ _ _
Datum (Monat/Jahr) _ _ _ _ _ _ _ _
Resektionsgewicht (g) rechts _ _ _ _ _ _ _ _ links _ _ _ _ _ _ _ _

Verlauf: Komplikationen (Beobachtungszeit 4 Wochen postoperativ) ☐ keine
☐ Wunddehiszenz > 1 cm
☐ Hautnekrose
☐ Serombildung (therapiebedürftig)
☐ Hämatombildung (therapiebedürftig)
☐ Mamillen-Teilnekrose
☐ M.-Vollnekrose
☐ Infektion (therapiebedürftig)
☐ Behandlungsbedürftige Asymmetrie
☐ Bluttransfusion (Anzahl EK)
☐ Eigenblutspende (Anzahl EK)
Sonstige (Art) _

Krankheitsdauer: Stationärer Aufenthalt (Aufnahme/Entlassungstag= 1 Tag) in Tagen _ _ _ _ _ _ _ _
Arbeitsunfähigkeit in Tagen _ _ _ _ _ _ _ _
Operation ambulant _ _ _ _ _ _ _ _

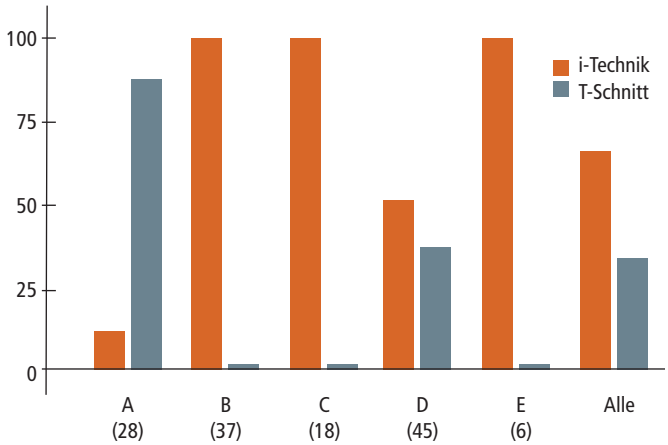


Abb. 2 VDPC Erhebung 2003 Makromastie. Häufigkeit verschiedener OP-Techniken (%) in fünf zufällig ausgewählten einzelnen Institutionen A–E (Anzahl durchgeführter Eingriffe) sowie im gesamten Erhebungszeitraum 2003

Tabelle 1 VDPC Erhebung 2003 Makromastie: Reduktionsgewicht (RG), Anzahl der Reduktionen (n) und Komplikationsrate in fünf zufällig ausgewählten Institutionen (A–E) sowie im gesamten Erhebungszeitraum 2003

	Teilnehmer (Anzahl der Eingriffe)					
	A (28)	B (37)	C (18)	D (45)	E (6)	Insgesamt
RG (g)	927	1285	900	709	1120	932
– RG (gr) i-Technik	536	1285	900	655	–	913
– RG (gr) T-Schnitt	991	–	–	832	1120	973
Komplikation (%)	32	8	16	16	17	17,3
– Kompl. i-Technik (%)	25	9	19	19	–	14,7
– Kompl. T-Schnitt (%)	33	–	–	16	25	26,9

Tabelle 2 VDPC-Erhebung 2003 Makromastie: Art und Inzidenz verschiedener Komplikationen bei 171 Mammareduktionsplastiken (mehrfache Nennungen möglich)

Art	%	i-Technik (%)	T-Schnitt (%)
Wunddehiszenz	7,3	6,4	9,1
Hautnekrose	4,9	3,7	7,3
Hämatom	3,6	2,8	5,5
Mamillennekrose	3,6	2,7	5,4
Serom	2,4	0,9	5,4
Infektion	0,6	0,9	0
Insgesamt	17,8	14,7	26,9

Das durchschnittliche Reduktionsgewicht betrug 932 Gramm. 66 Prozent der Patientinnen wurden in narbensparender Technik („i-Schnitt"), 33 Prozent mit dem invertierten T-Schnitt reduziert. Andere Verfahren waren nur in Einzelfällen vertreten. In der narbensparenden Technik wurden im Mittel 913 Gramm, mit klassischem T-Schnitt im Mittel 973 Gramm reduziert ($p > 0{,}05$). In Belegabteilungen wurden 934 Gramm, in Kliniken 937 Gramm reduziert.

Die Verfahrenswahl war in den Institutionen sehr unterschiedlich (Abb. 2) und zeigte dabei keinen direkten Bezug zur Anzahl der Eingriffe oder dem Reduktionsgewicht (Tabelle 1). Die Komplikationsrate betrug 17,8 % (Tabelle 2). Häufigstes Ereignis war dabei eine Wunddehiszenz (7,3 %) vor einer Hautnekrose (4,9 %). Die Inzidenz der Komplikationsrate in verschiedenen Institutionen war häufig vergleichbar. In Einzelfällen fanden sich auffallende Abweichungen (8–32 %, Tabelle 1). Die Komplikationsrate unterschied sich zwischen der narbensparenden Technik und dem T-Schnitt nicht wesentlich ($p > 0{,}05$), auch bei Betrachtung einzelner Komplikationsformen. Die stationäre Behandlungsdauer betrug 7,8 Tage, die Dauer einer Arbeitsunfähigkeit 24,3 Tage.

Die Wahl des Verfahrens ist oftmals von der Institution geprägt

Die Durchführung einer Mammareduktionsplastik zählt zu den Standardeingriffen in der plastischen Chirurgie. Aus diesem Grunde wurde die Diagnose „Makromastie" als Tracerdiagnose in der VDPC ausgewählt [2]. Nachdem über viele Jahre der inverse T-Schnitt den klassischen Zugang zu einer Reduktionsplastik darstellte, wurde ab Mitte der neunziger Jahre narbensparende Techniken mit großer Begeisterung aufgenommen und eingeführt. Zwischen 1998 und 2000, den ersten beiden Jahren dieser Qualitätssicherung, wurden beide Zugangswege annähernd gleich häufig benutzt, 2001 bereits in 86 Prozent eine narbensparende Technik eingesetzt [3]. Zwischenzeitlich ist der Begeisterung über weniger Narbe einer gewissen Ernüchterung gefolgt und dieser Anteil auf 66 Prozent gesunken. Allerdings ist die Wahl des Verfahrens offensichtlich eher institutionsabhängig als durch Parameter wie Reduktionsgewicht oder Operationsfrequenz geprägt (Abb. 2, Tabelle 1). So wenden einzelne Institutionen ausschließlich ein Verfahren an. Höhere

Komplikationsrate, beispielsw eise in der Inzidenz an Hautnekrosen bei der narbenspar enden T echnik, sind möglicherweise auch oper ationstechnisch bedingt. Sie geben Anlaß zu kritischer Selbstreflektion, wie es Theodor Billroth, der als Begründer qualitätssichernder Maßnahmen gelten kann, lehrte [4].

Die stationäre Behandlungsdauer ist im V ergleich zu den Vorjahresergebnissen auf 7,8 T age gesunk en. Dies liegt einen Tag über der mittler en Verweildauer von 6,2 Tagen der DRG J15Z, die eine Mammar eduktionsplastik abbildet. Die Teilnehmerquote an der aktuellen Erhebung ist unzw eifelhaft steigerungsfähig. Dies sollte auch v or dem Hintergrund der gesetzlichen Verpflichtung zu qualitätssichernden Maßnahmen gesehen w erden. Um den Anreiz für eine T eilnahme zu steigern, spricht sich der Erstautor für die Möglichkeit einer Zertifizierung durch die VDPC für eine regelmäßige Teilnahme als Ausdruck einer k ontinuierlichen Qualitätssicherung aus. Kritisch anzumerken ist, daß die v orliegende Erhebung lediglich auf einer möglichst objektiv en Selbstr eflektion der Teilnehmer beruht. Die weitgehend anonyme Angabe der eigenen Ergebnisse soll dies erleichtern. Um den Aufwand für die T eilnehmer in v ertretbarem Rahmen zu halten, wurde auf die Erfassung umfangr eicherer Daten v erzichtet. Wünschenswert ist selbstverständlich auch eine Beurteilung der Langzeitergebnisse. Deren Erfassung ist leider unter den gegen wärtigen Umständen nicht allgemein realisierbar. ■

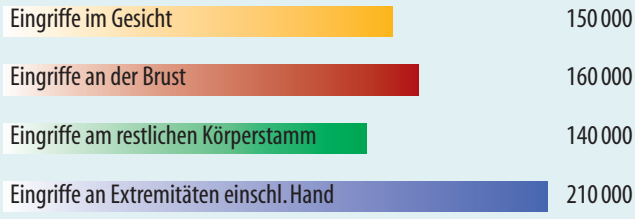
Literatur

1. Menke H, Eisenmann-Klein M, Olbrisch RR, Exner K (2003) Qualitätssicherung in der VDPC. Ergebnisse der Tracerdiagnose Makromastie 2003. Vortrag, Jahreskongreß der VDPC, Freiburg 1.–4.10.2003
2. Kessner DM, Kalik CE, Singers J (1973) Assessing health quality – the case for tracers. N Engl J Med 288: 189–194
3. Menke H, Eisenmann-Klein M, Olbrisch RR, Exner K (2001) Continuous quality management of br east hypertrophy by the German Association of Plastic Sur geons: a preliminary report. Ann Plast Surg 46: 594–598
4. Billroth Th (1869) Chirurgische Erfahrungen. Langenbecks Arch Klin Chir 10

Prof. Dr. med. H. Menke
Klinik für Plastische, Ästhetische und Handchirurgie
– Zentrum für Schwerbrandverletzte –
Klinikum Offenbach
Starkenburgring 66
63069 Offenbach

Steigende Anzahl plastisch-chirurgischer Eingriffe

Von den Mitgliedern der V ereinigung der Deutschen Plastischen Chirurgen (VDPC) und der V ereinigung der Deutschen Ästhetisch-Plastischen Chirur gen (VDÄPC) wurden im Jahr 2002 rund 660 000 Eingriffe vorgenommen. Die Zahlen im Einzelnen:



Trend – Vergleich mit den Zahlen der Vorjahre

	1990	1994	2000	2002
▶ Gesamtzahl der Eingriffe VDPC/VDÄPC	109 000	147 000	380 000	660 000

Knapp zw ei Drittel dieser Oper ationen sind in öffentlichen Krankenhäusern erbracht worden, etwas mehr als ein Drittel der Eingriffe in Belegkliniken und Praxen. Des Weiteren ist zu bemerken, daß die VDPC nicht weiß, wie viele Eingriffe außerhalb der eigenen Or ganisation, der Vereinigung der Deutschen Plastischen Chirurgen, durchgeführt w erden. Die Ber echnungen der VDPC-Zahlen basieren auf den Antw orten von 20 bis 30 Pr ozent der Mitglieder u nd w urden an H and d er S trukturen d er Kliniken und Pr axen hochger echnet, analog zur Zahlenerfassung in den USA. ■ Dr. Marita Eisenmann-Klein

Institutionen

IPRAS, ISAPS, ASPS, EURAPS, EBOPRAS – Wer soll sich mit all den Abkürzungen auskennen?

Hand aufs Herz, wer von uns ist noch nie in Erklärungsnotstand gekommen, wenn er einem wissbegierigen Mitarbeiter oder einem besonders gründlich recherchierenden Journalisten erklären sollte, wofür die Abkürzung ISCFS oder WSSH steht? Wir wollen deshalb zukünftig in jeder Ausgabe unserer Mitteilungen eine der Organisationen vorstellen, mit denen die VDPC/VDÄPC in Verbindung stehen. Beginnen wir mit IPRAS, der International Confederation of Plastic, Reconstructive and Aesthetic Surgery.

Die IPRAS wurde 1955 gegründet – zu einer Zeit, als es in Deutschland noch keine ausgebildeten plastischen Chirurgen gab

Als Mitglied der VDPC ist jeder von uns automatisch Mitglied der IPRAS, in der die nationalen Gesellschaften aus 92 Nationen vertreten sind. Die Mitgliedsbeiträge werden von den Gesellschaften an die IPRAS bezahlt, nicht etwa von den einzelnen Mitgliedern. Die IPRAS wurde 1955 gegründet, also zu einer Zeit, als es in Deutschland noch keine ausgebildeten plastischen Chirurgen gab. Die Vertretung der deutschen Plastischen Chirurgie in der IPRAS erfolgte zunächst durch die Deutsche Gesellschaft für Plastische- und Wiederherstellungschirurgie. Nach Gründung der VDPC mußte die Deutsche Gesellschaft für Plastische und Wiederherstellungschirurgie den legitimen Vertretern der plastischen Chirurgie in Deutschland, in der VDPC zusammengeschlossen, weichen. Dieser Wechsel ging nicht kampflos vonstatten, woran sich die Älteren unter uns noch sehr lebhaft erinnern. Mittlerweile vertritt die IPRAS 14 000 Chirurgen weltweit. Voraussetzung für die Gründung einer nationalen Gesellschaft ist, daß eine Nation über mindestens sechs plastische Chirurgen verfügt. Die Anerkennung einzelner Nationen erfolgt in Übereinstimmung mit der UNO. Auch der Aufbau der IPRAS wurde der UNO nachempfunden. Aus diesem Grund hat die IPRAS keinen Präsidenten sondern wird durch den General Secretary (James G. Hoehn, USA) vertreten, der gleichzeitig Repräsentant und Geschäftsführer der IPRAS ist. Als sein Vertreter fungiert der Deputy General Secretary (Marita Eisenmann-Klein, Regensburg). Dem Vorstand gehört außerdem der Past General Secretary (Ulrich Hinderer, Spanien) an, der gleichzeitig Chairman der IPRAF (International Plastic, Reconstructive and Aesthetic Surgery Foundation) ist, Die IPRAF definiert sich als der „Humanitarian Arm" der IPRAS.

Sections sind historisch gewachsene Zusammenschlüsse von geographischen Regionen oder sprachlich-kulturellen Gemeinschaften

Der weitere Vorstand der IPRAS setzt sich zusammen aus Vertretern der geographischen Regionen: Africa (zwei Vertreter), Asian-Pasific (2 Vertreter), Eastern Mediterranean (1 Vertreter), Europe (3 Vertreter, darunter Norbert Pallua, Aachen), Far East (2 Vertreter), North und Central America (2 Vertreter), South America (2 Vertreter) und Western Asia (1 Vertreter). Hinzu kommen die Vertreter der Sections (European Section, Ibero-Latin American Section, Asian-Pacific Section, African Section, Pan-Arab Section). Sections sind historisch gewachsene Zusammenschlüsse von geographischen Regionen oder sprachlich-kulturellen Gemeinschaften, die deshalb nicht wie die geographischen Regionen flächendeckend über den Globus verteilt sind. So hat beispielsweise Nordamerika keine Vertretung in einer Section. Ebenfalls zum Vorstand gehörig sind die Vertreter der Co-Opted Societies: International Society of Aesthetic Plastic

Surgery (ISAPS), International Society of Craniofacial Surgery (ISCFS), World Society of Reconstructive Microsurgeons (WRMS) und die International Federation of Societies for Surgery of the Hand (IFSSH) (Alfred Berger, Hannover) In der Regel werden die Co-Opted Societies durch den jeweiligen Präsidenten im Vorstand der IPRAS vertreten. Als Appointed Members kommen zum Vorstand des weiteren hinzu: Ein Parliamentarian, ein Historian, der Herausgeber von Globalplast und die zukünftigen Kongreßpräsidenten (Rolf Rüdiger Olbrisch, Düsseldorf und Alfred Berger, Hannover) sowie der Chairman des nächsten IPRAS-Kongresses (Johannes Bruck, Berlin).

Ziele der IPRAS: Weltweit flächendeckende Versorgung in der plastischen Chirurgie, Weiterbildung auf hohem Niveau und Kooperation zwischen den nationalen Gesellschaften

Zielsetzung der IPRAS ist es, weltweit eine flächendeckende Versorgung in der plastischen Chirurgie zu gewährleisten und eine Weiterbildung auf hohem Niveau sicherzustellen sowie die Kooperation zwischen den nationalen Gesellschaften zu fördern. Der in einer zweiten Amtszeit bestätigte derzeitige Generalsekretär James G. Hoehn, M.D (USA) hat angekündigt, die nächsten vier Jahre schwerpunktmäßig der Förderung der Öffentlichkeitsarbeit zu widmen – mit dem Ziel, die Zugehörigkeit der ästhetischen Chirurgie zur plastischen Chirurgie darzustellen. Ein weiterer Schwerpunkt der Vorstandsarbeit soll die Unterstützung der plastischen Chirurgen in Nationen sein, die nicht demokratisch regiert werden, oder in Ländern, die sich in Übergangsphasen befinden. Darüber hinaus gilt es zu verhindern, daß sich politische Auseinandersetzungen auf die Arbeit der einzelnen nationalen Gesellschaften in der IPRAS auswirken. Bis zum IPRAS-Weltkongreß in Berlin 2007 werden über 100 Nationen in der IPRAS vertreten sein, die fast vollzählig durch einen National Delegate beim Kongreß vertreten sein werden. Der Council of National Delegates ist das oberste Entscheidungsgremium der IPRAS: Er wählt den Vorstand und entscheidet über den nächsten Kongreßort. Vertreter Deutschlands im Council of National Delegates ist Hermann Lampe (Frankfurt). ■ E-K

Executive Committee

General Secretary
James G. Hoehn, MD – USA
jamesmd@hoehn.us

Deputy General Secretary
Marita Eisenmann-Klein, MD – Germany; eisklein@ipras.org

Past General Secretary
Ulrich T. Hinderer, MD, PhD – Spain
hinderer@ipraf.org

Geographic Representatives

Africa – North
Mohammed Zaki, MD – Egypt
msobhi@mednet2.camed.eun.eg

Africa – South
Russell J. Walton, MD – S. Africa
drwalton@iafrica.com

Asia-Pacific
Baman M. Daver, MD – India
bmdaver@vsnl.com

Norman Olbourne, MD – Australia
nolbourne@plasticsurgery.org.au

Eastern Mediterranean
Moris Topaz, MD – Israel
topazmd@netvision.net.il

Europe – North
Krzysztof T. Drzewiecki, MD – Denmark
rh02156@rh.dk

Europe – Central
Nobert Pallua, MD – Germany
npallua@ukaachen.de

Europe – Southern
Riccardo Mazzola, MD – Italy
mazzola@fastwebnet.it

Far East
Kiyonori Harii, MD – Japan
harii@kyorin-u.ac.jp

Yoon-Ho Lee, MD – Korea
lyh2374@snu.ac.kr

North America
Ronald E. Iverson, MD – USA
reiversonmd@sbcglobal.net

Manuel Garcia-Velasco, MD – Mexico
mgvelasco@mexis.com

South America
Julio Daniel Kirschbaum, MD – Peru
kirschbaum@terra.com.pe

Aldo Mottura, MD – Argentina
amott@esteticamottura.com

Western Asia
Abdul-Reda Lari, MD – Kuwait
drlari@hotmail.com

IPRAS Sections

European Section
Jean-Philippe Nicolai, MD, PhD – The Netherlands
j.p.a.nicolai@chir.azg.nl

Iberolatinoamerican Section
Manuela Berrocal, MD – Colombia
manebe@red.net.co

Asian-Pacific Section
Yu-Ray Chen, MD – Taiwan
uraychen@adm.cgmh.org.tw

Pan-African Section
Alastair Lamont, MD – S. Africa
lamonta@iafrica.com

Pan-Arab Section
Ali Al-Numairy, MD – United Arab Emirates
numairy@emirates.net.ae

Appointed Members

Parliamentarian
O. Onor Erol, MD – Turkey
onep@onep.com.tr

Historian
Ulrich T. Hinderer, MD, PhD – Spain
hinderer@ipraf.org

Editor, GLOBALPLAST
Mutaz Habal, MD – USA
mbhabal@gte.net

Ex Officio Members

Chairman of 2007 Organizing Committee
Johannes C. Bruck, MD – Germany
bruck.pc@t-online.de

Co-Presidents of the 2007 Berlin Congress
Rolf Olbrisch, MD – Germany
olbrisch@kaiserwerther-diakonie.de

Alfred Berger, MD, PhD – Germany
berger@ini-hannover.de

Executive Secretary
Catherine B. Foss
ipras@sover.net

Novellierung der (Muster-) Weiterbildungsordnung

Die aktuell gültige Weiterbildungsordnung für Plastische Chirurgie, die in den Landesärztek ammern jetzt umgesetzt werden muß, ist mit einer Ergänzung (Sitzung des Vorstands der Bundesärztek ammer v om 5.3.2004) zur Handchirurgie in Kraft gesetzt. Beteiligt an der Erstellung von seiten der VDPC waren Prof. Dr. Günter Germann, Ludwigshafen; Pr of. Dr . Giulio Ingianni, W uppertal; Prof. Dr. Hans Ulrich Steinau, Bochum.

Nach einer Reihe von Diskussionen und Änderungswünschen dur ch die Bundesärztek ammer liegen jetzt die gültigen Richtlinien, vom Deutschen Ärztetag verabschiedet, vor.

Die Basisweiterbildung Chirurgie kann auch in einer Abteilung oder Klinik für Plastische Chirur gie erfolgen, in denen die entsprechenden Ausbildungsinhalte vorgehalten werden.

6.8 Facharzt / Fachärztin für Plastische Chirurgie (Plastischer Chirurg / Plastische Chirurgin)

Weiterbildungsziel:

Ziel der W eiterbildung ist aufbauend auf der Basisweiterbildung d ie E rlangung d er F acharztkompetenz Plastische Chirurgie nach Ableistung der vorgeschriebenen Weiterbildungszeiten und Weiterbildungsinhalte.

Weiterbildungszeit:

24 Monate Basisweiterbildung im Gebiet Chirurgie und 48 Monate W eiterbildung zum F acharzt für Plastische Chirurgie bei einem W eiterbildungsbefugten an einer Weiterbildungsstätte gemäß § 5 Abs. 1 Satz 1, davon können bis zu

- 12 Monate in einer der ander en F acharztweiterbildungen des Gebietes Chirur gie, in Hals-Nasen-Ohr enheilkunde und/oder Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie oder
- 6 Monate in Anästhesiologie , Fr auenheilkunde und Geburtshilfe oder Pathologie angerechnet werden
- 12 Monate im ambulanten Bereich abgeleistet werden

Weiterbildungsinhalt:

Erwerb von Kenntnissen, Erfahrungen und Fertigkeiten in

- der Vorbeugung, Erkennung, operativen und konservativen Wiederherstellung und Verbesserung angeborener oder durch Krankheit, Degeneration, Tumor, Unfall oder Alter verursachter sichtbar gestörter Körperfunktionen und der Körperform
- der Behandlung Brandverletzter in der Akut- und sekundären Rekonstruktionsphase
- der Differentialtherapie bei postoperativen Komplikationen, Großwunden und Wundheilungsstörungen
- Rekonstruktionsmaßnahmen bei Fehlbildungen
- therapeutischen V erfahren bei akuten V erletzungen der Haut und Weichteile einschließlich Rekonstruktion
- der ästhetisch-plastischen Chirurgie in allen Körperregionen einschließlich k osmetische Oper ationen unter Berücksichtigung der psychologischen Exploration und Elektionskriterien und der spezifischen A ufklärung bei elektiven Operationsindikationen
- funktions- und strukturwiederherstellende Eingriffe bei akuten Verletzungen und chronischen Wunden und Infektionen der Haut, der W eichteile und des muskulo-sk elettalen Apparates sowie deren Folgeschäden auch in interdisziplinärer Kooperation
- der Erkennung und Behandlung von Verletzungen, Erkrankungen und Funktionsstörungen der Hand
- der Mitwirkung bei Replantationen und Revaskularisationen abgetrennter Körperteile einschließlich der Behandlung v on Verletzungen und Erkrankungen des peripheren Nervensystems
- der Transplantation isogener, allogener oder synthetischer Ersatzstrukturen
- psychogenen Symptomen, somatopsychischen Reaktionen und psychosozialen Zusammenhängen bei angeborenen Fehlbildungen, erw orbenen Defekten und ästhetisch-k osmetischen Eingriffen
- der Nachbehandlung ästhetisch-plastischer Eingriffe einschließlich Verbände, Ruhigstellung, Stabilisierung auch bei Schuhversorgungen, Orthesen und Pr othesen sowie bei Transplantationen
- der Erhebung einer intraoperativen radiologischen Befundkontrolle unter Berücksichtigung des Strahlenschutzes
- der Bewertung bildgebender, endoskopischer und neurologischer/neurophysiologischer Befunde
- der Verordnung von Krankengymnastik, Ergotherapie und weiterer Rehabilitationsmaßnahmen

Definierte Untersuchungs- und Behandlungsverfahren:

- konstruktive, rekonstruktive und ästhetisch-plastisch-chirurgische Eingriffe einschließlich mikr ochirurgischer, Laser- und Ultraschall-Techniken sowie Nah- und Fernlappenplastiken mit und ohne Gefäßanschluß
  - □ im Kopf-Hals-Bereich
  - □ im Brustbereich
  - □ an Rumpf und Extremitäten
  - □ an Haut- und subkutanen Weichteilen
  - □ an peripheren Nerven
- Mitwirkung bei Eingriffen im Rahmen der Erstversorgung von Verbrennungen und zur Behandlung von Verbrennungsfolgen

Übergangsbestimmungen:

Kammerangehörige, die bei Inkr afttreten dieser W eiterbildungsordnung die Weiterbildung im Gebiet Plastische Chirurgie begonnen haben, können diese nach den Bestimmungen der bisher gültigen Weiterbildungsordnung abschließen. Über weitere Regelungen muß noch bundeseinheitlich ein Konsens erzielt werden.

Weiterbildungsinhalte Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten in	Bemerkungen des/der Weiterbildungsbefugten*	Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten erworben Datum/Unterschrift des WB-Befugten
den Inhalten der Weiterbildung gemäß den Allgemeinen Bestimmungen der MWB (s. S. 6)		
Erkennung, Klassifizierung, Behandlung und Nachsorge chirurgischer Erkrankungen und Verletzungen		
der Indikationsstellung zur konservativen und operativen Behandlung chirurgischer Erkrankungen und Verletzungen		
der Risikoeinschätzung, der Aufklärung und der Dokumentation		
den Prinzipien der perioperativen Diagnostik und Behandlung		
operativen Eingriffen und Operationsschritten		
der Wundversorgung, Wundbehandlung und Verbandslehre einschließlich Impfprophylaxe		
den Grundlagen der gebietsbezogenen Tumortherapie		
der Erkennung und Behandlung von Infektionen einschließlich epidemiologischer Grundlagen, den Hygienemaßnahmen		
der Indikationsstellung, sachgerechten Probengewinnung und -behandlung für Laboruntersuchungen und Einordnung der Ergebnisse in das jeweilige Krankheitsbild		
Analgesierungs- und Sedierungsmaßnahmen einschl. der Behandlung akuter Schmerzzustände		
der Betreuung palliativmedizinisch zu versorgender Patienten		
der gebietsbezogenen Arzneimitteltherapie		
der Erkennung und Behandlung akuter Notfälle einschl. lebensrettender Maßnahmen zur Aufrechterhaltung der Vitalfunktionen und Wiederbelebung einschl. der Grundlagen der Beatmungstechnik und intensivmedizinischer Basismaßnahmen		
der Indikationsstellung und Überwachung physikalischer Therapiemaßnahmen		
der medikamentösen Thromboseprophylaxe		

Untersuchungs- und Behandlungsmethoden	Richtzahl	Jährliche Dokumentation gemäß § 8 (M-) WBO*						Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten erworben Datum/Unterschrift des WB-Befugten
		Datum	Datum	Datum	Datum	Datum	Datum	
Ultraschalluntersuchungen bei chirurgischen Erkrankungen und Verletzungen	50							
Punktions- und Katheterisierungstechniken einschl. der Gewinnung von Untersuchungsmaterial davon								
■ Legen von Drainagen	10							
■ zentralvenöse Zugänge	25							
Infusions-, Transfusions- und Blutersatztherapie, enterale und parenterale Ernährung einschließlich Sondentechnik	BK (25)	Diskussion in der SKO						
Lokal- und Regionalanästhesien	50							
Eingriffe aus dem Bereich der ambulanten Chirurgie	50							
Erste Assistenzen bei Operationen und angeleitete Operationen	50							
Indikationsstellung und Überwachung physikalischer Therapiemaßnahmen	BK	(übernommen aus verschiedenen FA-Weiterbildungen in die Basis-WB)						

*ggf. weitere Bemerkungen des/der Weiterbildungsbefugten:

Weiterbildungsinhalte Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten in	Bemerkungen des/der Weiterbildungsbefugten*	Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten erworben Datum/Unterschrift des WB-Befugten
der Vorbeugung, Erkennung, operativen und konservativen Wiederherstellung und Verbesserung angeborener oder durch Krankheit, Degeneration, Tumor, Unfall oder Alter verursachter sichtbar gestörter Körperfunktionen und der Körperform		
der Behandlung Brandverletzter in der Akut- und sekundären Rekonstruktionsphase		
der Differentialtherapie bei postoperativen Komplikationen, Großwunden und Wundheilungsstörungen		
Rekonstruktionsmaßnahmen bei Fehlbildungen therapeutischen Verfahren bei akuten Verletzungen der Haut und Weichteile einschließlich Rekonstruktion		
der ästhetisch-plastischen Chirurgie in allen Körperregionen einschließlich kosmetische Operationen unter Berücksichtigung der psychologischen Exploration und Elektionskriterien und der spezifischen Aufklärung bei elektiven Operationsindikationen		
funktions- und strukturwiederherstellende Eingriffe bei akuten Verletzungen und chronischen Wunden und Infektionen der Haut, der Weichteile und des muskulo-skelettalen Apparates sowie deren Folgeschäden auch in interdisziplinärer Kooperation		
der Mitwirkung bei Replantationen und Revaskularisationen abgetrennter Körperteile einschließlich der Behandlung von Verletzungen und Erkrankungen des peripheren Nervensystems		
der Transplantation isogener, allogener oder synthetischer Ersatzstrukturen		
psychogenen Symptomen, somatopsychischen Reaktionen und psychosozialen Zusammenhängen bei angeborenen Fehlbildungen, erworbenen Defekten und ästhetisch-kosmetischen Eingriffen		
der Nachbehandlung ästhetisch-plastischer Eingriffe einschließlich Verbände, Ruhigstellung, Stabilisierung auch bei Schuhversorgungen, Orthesen und Prothesen sowie bei Transplantationen		
der Erhebung einer intraoperativen radiologischen Befundkontrolle unter Berücksichtigung des Strahlenschutzes		
der Bewertung bildgebender, endoskopischer und neurologischer/ neurophysiologischer Befunde		
der Verordnung von Krankengymnastik, Ergotherapie und weiterer Rehabilitationsmaßnahmen		

Untersuchungs- und Behandlungsmethoden	Richtzahl	Jährliche Dokumentation gemäß § 8 (M-) WBO* Datum	Datum	Datum	Datum	Datum	Datum	Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten erworben Datum/Unterschrift des WB-Befugten
konstruktive, rekonstruktive und ästhetisch-plastisch-chirurgische Eingriffe einschließlich mikrochirurgischer, Laser- und Ultraschall-Techniken sowie Nah- und Fernlappenplastiken mit und ohne Gefäßanschluß, davon								
■ im Kopf-Hals-Bereich, davon	50							
□ ästhetische Eingriffe an Nase, Ohren, Haut und Lidern	10							
■ im Rumpf- und Brustbereich, davon	100							
□ ästhetische Eingriffe zur Veränderung der Brustform	25							
■ an Rumpf und Extremitäten, davon	100							
□ ästhetische Eingriffe wie Aspirationslipektomien, Abdominoplastiken	50							
■ an der Hand	100							
■ im Band- und Skelettsystem, an Sehnen	25							
■ an Haut- und subkutanen Weichteilen, einschl. am Gefäßsystem	50							
■ an peripheren Nerven	25							
Eingriffe im Rahmen der Erstversorgung von Verbrennungen und zur Behandlung von Verbrennungsfolgen, davon								
■ Erstversorgungen	25							
■ Intensivmaßnahmen	25							
■ Wiederherstellung des Hautmantels	25							
■ zur Korrektur von Verbrennungsfolgen	25							
fachbezogene Begutachtungen für Berufsgenossenschaften, Unfallversicherungen und Gerichte	25							

* ggf. weitere Bemerkungen des/der Weiterbildungsbefugten:

Priv.-Doz. Dr. med. Christoph Andree, Leitender Ober arzt der Abteilung Plastische und Handchirurgie am Univ ersitätsklinikum Fr eiburg, wur de zum Chefarzt der Abteilung P l a s t i s c h e Chirurgie der Kliniken der Landeshauptstadt Düsseldorf – Kr ankenhaus Gerr esheim – berufen. Er tritt seine neue Stelle zum 1.7.2004 an.


Ch. Andree

Dr. med. Detlev Erdmann, seit 1.8.2003 Assistant Pr ofessor an der Division Plastic, Reconstructive, Maxillofacial and Oral Surgery, Duke University Medical Center , Durham, North Car olina, US A und Chief Section Plastic Surgery, Durham VA Medical Center , Durham; habilitierte sich im Dezember 2003 für das F ach Plastische Chirur gie an der Medizinischen F akultät der Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg und wur de im Januar 2004 zum Priv atdozenten ernannt.

Dr. med. Christoph Heitmann, Oberarzt der Klinik für Hand-, Plastische und R ekonstruktive Chirurgie – Schwerbrandverletzt enzentrum der Berufsgenossenschaftlichen Unfallklinik Ludwigshafen, Plastische und Handchirurgie der Universität Heidelberg hat sich an der Medizinischen Fakultät der R uprecht-Karls-Universität Heidelber g im Januar 2004 für das F ach Plastische Chirurgie habilitiert und ist damit Privatdozent.


Ch. Heitmann

Priv.-Doz. Dr. med. Jürgen Hußmann, zuletzt leitender Arzt für Plastische- und Handchirurgie der Parkklinik Weißensee, ist seit Dezember 2003 Chefarzt der neu eingerichteten Abteilung für Plastische Chirurgie/Handchirurgie an der Z entralklinik E mil v on Behring in Berlin.

Priv.-Doz. Dr. med. Frank W. Peter erhielt v on der R uhr-Universität Bochum die Professur für das F ach Plastische Chirurgie. Nach der A usbildung am Klinikum Benjamin Franklin der FU Berlin (Häring) wechselte er für die Plastische Chirurgie erst nach Lübeck, dann 1993 an die Universitätskliniken Ber gmannsheil Bochum (Steinau). Von dort aus ging er zw ei Jahre in die USA. Nach seiner R ü c k k e h r baute er das Forschungslabor auf und war bis 200 1 Oberarzt der Klinik. Seither ist er in Berlin und leitet die Plastische Chirur gie in der neugegründeten Klinik am Wittenber gplatz. Zudem ist er der Initiator des Hilfsprojekts „placet“, das zum Ziel hat, schw er v erstümmelte Menschen aus Krisengebieten, die in ihrer Heimat nicht angemessen versorgt werden können, nach Berlin zu holen und mit einer Gruppe v on Plastischen Chirur gen zu r ekonstruieren.


F.W. Peter

Prof. Dr. med. Milomir Ninkovic, Chefarzt der Abteilung für Plastische, R ekonstruktive und Handchirur gie, Zentrum für Schw erbrandverletzte am Städtischen Kr ankenhaus München-Bogenhausen, hat kürzlich den „Godina Award“ der Amerik anischen Gesellschaft für R ekonstruktive Mikrochirurgie erhalten.

Vorschau: Deutscher Chirurgenkongreß Berlin 2004

Die Mitglieder von VDPC/VDÄPC werden um rege Teilnahme an der feierlichen Eröffnungssitzung des Chirurgenkongresses in Berlin – Dienstag, 27. April 2004, 16.15 Uhr – gebeten, da ein VDPC-Mitglied eine hohe Ehrung erhält.

Themen für die Plastisch-chirurgischen Sitzungen

Wundheilungsstörungen in der Ästhetischen Chirurgie – Rehabilitation der brandverletzten Hand – Plastisch-chirurgische Stumpfformung und Korrektur – Plastisch-chirurgisches Forum

Postgraduate-Kurse

Weichteilchirurgie bei Bestrahlungsfolgen (K. Exner, Frankfurt/G.B. Stark, Freiburg)

Motorische Ersatzoperationen an der unteren Extremität (H.U.Steinau, Bochum/Gradinger, München)

Die auffällige Narbe (H. Lampe, Frankfurt/P.M. Vogt, Hannover)

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

September 2004

2.–4.9.2004 Freiburg
24. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Senologie
Tagungspräsident: Prof. Dr. G.B. Stark, Freiburg
Anfragen: CTW Congress Organisation, Goßlerstr. 30, 1261 Berlin, Tel. 030/85996216, Fax 85079826, email: senologie@ctw-congress.de, www.ctw-congress.de/seno04

22.–25.9.2004 Düsseldorf
35. Jahrestagung der VDPC • 9. Jahrestagung der VDÄPC
Tagungspräsidenten: Prof. Dr. med. R.R. Olbrisch, Prof. Dr. med. G. Ingianni

Schwerpunktthemen: Chirurgie des Fettgewebes – Handchirurgie – Mammachirurgie – Profilplastik und ästhetische Gesichtschirurgie – Benigne und maligne Hauttumoren – Varia

Tagungsort: Congress Center Düsseldorf CCD
Stockumer Kirchstraße 61, D-40474 Düsseldorf
Weitere Informationen: www.vdpc2004.de
Anfragen: P & R Kongresse GmbH, Frau Ute Rother, Bleibtreustr. 12A, 10623 Berlin, Tel. 030/8851027, Fax 8851029, email: ute.rother@pr-kongresse.de

Wer bietet Was?

asclepios Medizintechnik

asclepios Medizintechnik
Elzacher Straße 6, D-79261 Gutach
Telefon: 07685/90 93 33, Telefax: 07685/90 93 34
E-Mail: info@asclepios.de
www.asclepios.de

Ihr kompetenter Partner für Medizintechnik und medizinische Hilfsmittel für die plastische Chirurgie und angrenzende Disziplinen. Unsere Schwerpunkte:

Kompressionsbekleidung nach ästhetisch/kosmetischen Eingriffen

Lipopantys
- Linie Standard: Die hexagonale Gewebestruktur aus Lycra-Mischgewebe garantiert kontrollierte Kompression in alle Richtungen
- Linie Elegance Coolmax: Durch die neuartige „weiche" Gewebemischung bieten diese Produkte bei kontrollierter Kompression ein sehr angenehmes Tragegefühl

Büstenhalter
- Innovative Technologie und Ästhetik für höchste Ansprüche

Kompressionsbekleidung für Schwerbrandverletzte (Fertigung nach Maß)

Hilfsmittel für das Narbenmanagement (Folien und Silikongel)
- Medigel (Folie zur Narbenprophylaxe bzw. Narbentherapie)
- Medipatch (selbstklebende Folie zur Narbenprophylaxe bzw. Narbentherapie)
- Spectragel (Silikongel zur Narbenprophylaxe bzw. Narbentherapie)

Instrumente für Hauttransplantation (Meek-Technik) und Dermatome

Zubehör
- Sterile Markierstifte
- Einmalslips zur Fotodokumentation

Baxter

BAXTER Deutschland GmbH
BioScience – Geschäftsbereich BioSurgery
Im Breitspiel 13, D-69126 Heidelberg
Telefon: 06221/397-0, Telefax: 06221/397-166
www.baxter.de
www.tissuesealing.com

Baxter BioSurgery ist auf die intraoperative Wundversorgung mit biologischen und biokompatiblen Präparaten spezialisiert.

TISSUCOL, ein humaner 2-Komponenten-Fibrinkleber generiert eine physiologische, 3-dimensionale Fibrin-Matrix, die die Wundheilung fördert.

FLOSEAL ist ein hoch viskoses Gel zur Hämostase und besteht aus einer Gelatine-Thrombin-Matrix.

Kollagen-Vliese (TissuFleece E) und **Kollagen-Folien** (TissuFoil E) zur Deckung von Defekten und Hautentnahmestellen sind ebenso verfügbar wie COSEAL, ein synthetischer chirurgischer Versiegeler auf der Basis von Polyethylenglykol.

Ein Produktkatalog ist unter www.baxter.de (Fachkreise/Biochirurgie) verfügbar.

beautypool

beautypool GmbH
Steinsbüscherhof, D-53604 Bad Honnef
Telefon: 0 22 24/98 67 80 / 90 21 61, Telefax: 0 22 24/90 21 62
E-Mail: info@beautypool-online.de
www.beautypool-online.de

ANTI-AGING * ANTI-AKNE * ANTI-HYPERPIGMENTIERUNG

SKIN TECH PEELINGS
EASY PHYTIC
EASY PEEL 15 % TCA
UNIDEEP 23 % TCA
ONLY TOUCH 40 % TCA
SET SANDBRASION
PRE PEEL CLEANSER (Reinigungsschaum)

SKIN TECH CREMES
Vitamin E Feuchtigkeitscreme antioxidant
Purifyingcreme (Aknecreme)
Blending Bleaching (Anti-Hyperpigmentierungscreme)
DHEA Phyto
A+C+E Antiaging-Vitamincreme mit Liponsäure

PRO-MEDIC Medizinisches Cremeprogramm
Juvenesse (Kapseln mit Omega 3, Omega 6 und Vitaminen)
Kinederm-C Creme (Vitamin C Creme)
Kinederm-C Ampullen (Vitamin C)
Retiderm K (Vitamin A Creme)
Mediclean (Anti-Hyperpigmentierungscreme)
Medi-Block color und colorless (Sunblocker)
KelaGel (gegen Hämatome und Schwellungen)
Hylactive (Feuchtigkeitsemulsion)
Cikaderm (Narbenreduktionscreme)

Biomet Europe

Biomet Europe
BioMaterials GmbH
Frankfurter Straße 129, D-64293 Darmstadt
Telefon: 06151/72 72 00
www.biomaterials.com

Septocoll® E
Equines Kollagenvlies mit lang anhaltendem Antibiotikumschutz für die septische und aseptische Chirurgie.

Septopal®
Gentamicinhaltige PMMA-Kugelkette – hohe lokale Antibiotikumkonzentration mit lang anhaltender Wirkung ohne systemische Nebeneffekte.

Targobone®
Teicoplaninhaltiges osteoproduktives, resorbierbares Kollagenlyophilisat zur Auffüllung von Knochendefekten – initiiert die natürliche Knochenheilung.

Mesofol®
Transparente, resorbierbare Folie zum Schutz vor postoperativen Adhäsionen.

Dokumentation
Richard Wolf

Endoskopie
Richard Wolf

Expander
Mentor
Rofil Medro

Faltenbehandlung
Novamedical
Q-Med
Rofil Medro

Fettabsaugung
Mentor
Richard Wolf
Rofil Medro

Gesichtsimplantate
Mentor

Handchirurgie
Leica
Richard Wolf
Zeiss

Wer bietet Was?

Kompressionswäsche
Asclepios
Mentor
Novamedical
Rofil Medro

Laser
Wave Light

Lichtquellen
Richard Wolf

Mammaimplantate
Mentor
Novamedical
Rofil Medro

Medizinische Kosmetikprodukte
Beautypool
Rofil Medro

Mikrochirurgie
Leica
Richard Wolf
Zeiss

Topkin®
Degradierbare, transparente Wundabdeckung für nicht infizierte Wunden, die den Heilungsprozess unterstützt und den Patientenkomfort durch Reduktion des Wundschmerzes steigert.

GPS™-System
System zur Separierung von PRP (Plättchenreichem Plasma) zur Beschleunigung der natürlichen Heilungsprozesse des Körpers.

Calcibon®
Synthetisches, biodegradierbares, osteokonduktives Knochenersatzmaterial auf Kalziumphosphatbasis mit hoher Kompressionsfestigkeit.

Endobon®
Natürliche Hydroxylapatitkeramik mit interkonnektierendem Porensystem – besonders gut als Knochenersatzmaterial geeignet.

Collapat® II
Kollagenvlies mit synthetischem Hydroxylapatitgranulat für die multizentrische Knochenregeneration.

Colloss®
Osteoproduktives, resorbierbares Kollagenlyophilisat zur Auffüllung von Knochendefekten – initiiert die natürliche Knochenheilung

Leica Mikrosysteme Vertrieb GmbH
Lilienthalstraße 39–45, D-64625 Bensheim
Telefon: 06251/136-164
www.leica-microsystems.com

Leica bietet das optimierte Mikroskopprogramm für mikrochirurgische Eingriffe!

Das hervorstechende Merkmal, das alle Leica Mikroskope auszeichnet ist die extreme **Tiefenschärfe**. Diese ist für den Mikrochirurgen in der Praxis von Bedeutung, weil das ständige Weglegen der Instrumente oder das Bedienen eines Fußpedals entfällt. Der abgedeckte Schärfebereich ist so breit, dass er meist die gesamte Wundtiefe einschließt und so den Operateur den Gedanken an das Fokussieren häufig vergessen lässt. Das kristallklare Bild, die helle auf unendlich eingestellte Optik lassen den Operateur über viele Stunden entspannt arbeiten.

Diese Qualitätsoptik weisen alle Geräte auf, weil Leica keine Kompromisse eingehen will. Die Mikroskoptypen unterscheiden sich je nach Anwendungsgebiet.

Als Topline-Gerät für große plastische Operationen empfiehlt sich das **Leica MS2**. Durch elektromagnetische Bremsen und die automatische Balancierung lässt es sich sehr leicht manövrieren und ist mit Einblicken für bis zu drei Personen optimal ausgestattet.
Als einziges Gerät am Markt bietet das **Leica M680** zwei Mikroskope in einem. Zwei Operateure können sich unterschiedliche Vergrößerung, Fokus und Bildausschnitt einstellen.

Außerdem bieten wir:
- Einfache Geräte für den solo arbeitenden Handchirurgen sowie kleine Eingriffe
- Geräte zur Deckenmontage
- OP-Liegen und -Stühle

Wir freuen uns auf Ihren Anruf!

Wer bietet was?
Fehlt Ihre Firma?
06221 / 13 77 620

Mentor Deutschland GmbH
Ludwigstraße 45, D-85399 Hallbergmoos
Telefon: 0811/60050-0, Telefax: 0811/60050-11
E-Mail: info@mentor-deutschland.de
www.mentor-deutschland.de

Mammaimplantate
- Gelgefüllte Implantate
- Saline Implantate
- Becker® Implantate/
- Permanentexpander
- Messimplantate

Expander
- Brust-Expander
- Gewebe-Expander

Produkte für die Fettabsaugung
- Systeme
- Kanülen Instrumentarium
- Microinfiltrationskanülen
- Coleman-System
- Caromed® Kompressionswäsche

Gesichtsimplantate
- Wange
- Kinn
- Nase

Novamedical GmbH
Elisabeth-Selbert-Straße 5, D-40764 Langenfeld
Telefon: +49 (0) 2173/39955, Telefax: +49 (0) 2173/3995454
E-Mail: info@novamedical.de
www.novamedical.de

Dermalive
Injizierbare Mikroimplantate für Faltenkorrektur

Dermadeep
Injizierbare Mikroimplantate zur Augmentation von Wangen und Kinn

Perouse Plastie
Silikongel gefüllte Mammimplantate

Voe
Kompressionsbandagen nach Liposuktion

Suture Strip Plus
Elastische Wundverschlussstreifen

Sil-Med
Geschlossenes Silikon - Wunddrainagensystem

Brennen
Skin Graft Mesher

Mediskin
Tiefgefrorene, sterile Schweinehaut für die Brandverletztentherapie

Novagel
Silikongel – Platte für Narben- und Keloidtherapie

Wer bietet Was?

Q-Med GmbH
Berliner Ring 89, D-64625 Bensheim
Telefon: 06251/77079-13
E-Mail: info.germany@q-med.com
www.restylane.de

RESTYLANE – NATURAL BEAUTY MADE IN SCHWEDEN

Q-Med bietet Ihnen ein vollständiges Produktsortiment zur Augmentation von Falten und Lippen und zur Gesichtskonturierung an. Das maßgeschneiderte Konzept stellt die Lösung für sehr viele Patientenbedürfnisse dar. Für eine optimale Wirkung ist die Größe der Gelpartikel in jedem Produkt so gewählt, dass sie zur Gewebedichte in der empfohlenen Gewebetiefe passt. Jedes RESTYLANE-Produkt besteht zu 90% aus dem kristallklarem NASHA-Gel (nicht-animalische stabilisierte Hyaluronsäure). Das NASHA-Gel in RESTYLANE ist maximal nur zu 1% stabilisiert. Dies ist die Grundlage für Produkte mit der hervorragenden Biokompatibilität der Hyaluronsäure kombiniert mit einer längeren therapeutischen Wirkung.

RESTYLANE ist seit 1996 in Europa für den Vertrieb zugelassen. Im Dezember 2003 wurde RESTYLANE von der US-amerikanischen Arzneimittelaufsichtbehörde FDA die Zulassung für den Vertrieb in den USA erteilt.

- **RESTYLANE Touch**, ein homogenes Gel mit sehr feinen NASHA-Partikeln, glättet feine oberflächliche Linien und Fältchen.
- **RESTYLANE** enthält mittelgroße NASHA-Gelpartikel und wird zur Unterspritzung von Falten sowie zum Formen der Lippen eingesetzt.
- **RESTYLANE Perlane** gibt viel Volumen durch die größeren Gel-Partikel; besonders für den Lippenbereich geeignet, glättet tiefere Falten und modelliert die Gesichtskonturen.

Richard Wolf GmbH
Pforzheimer Straße 32, D-75438 Knittlingen
Telefon: 07043/35-0, Telefax: 07043/35-462
E-Mail: benjamin.seidenspinner@richard-wolf.com
www.richard-wolf.com

Als einer der führenden Hersteller in der Endoskopie können wir im Fachbereich Plastische Chirurgie folgende Instrumentensets für das endoskopisch unterstützte Operieren anbieten:

- **Stirnlift**
- **Blepharoplastik**
- **Rhinoplastik**
- **Brustrekonstruktion**
- **Abdominalplastik**
- **Endo-Dokumentation**
- **HF-Geräte**
- **Systemlösung für die Fettabsaugung**

Neben den oben angeführten Instrumentensets für die Plastische Chirurgie können wir ergänzend folgende Visualisierungs- und Dokumentationssysteme bieten:

- **Endo-Kamera-Systeme** mit digitaler Bildverarbeitung in 1 und 3 Chip Ausführung.
- **MEDIMAGE**: Hiermit ist ein komplettes, digitales Patientenbild- und Dokumentenmanagement möglich sowie Bildakquisition, -verarbeitung und -archivierung. Aufnahme von Einzelbildern und Filmsequenzen, sowie die direkte Erstellung von Operationsberichten. Weiterhin bietet MEDIMAGE die Möglichkeit zur intraoperativen Darstellung von präoperativen Röntgen-Bilddaten oder andere präoperativen, operationsrevelvanten Daten wie z. B. Ultraschall, CT, etc.
- **L-CAP MOTION**: Der medizinische CD-Recorder zur einfachen Dokumentation von endoskopisch erzieltem Bildmaterial
- **Halogen und Xenon Lichtquellen** in verschiedenen Ausführungen um allen Anforderungen gerecht zu werden

ROFIL MEDRO GmbH
Medizinische Produkte
Waagenstrasse 32, D-40229 Düsseldorf
Telefon: +49 (211) 22 18 66, Telefax: +49 (211) 22 18 67
E-Mail: info@rofilmedro.de
www.rofilmedro.de

Unsere Produktpalette umfaßt folgende Themen:

- Runde und tropfenförmige Implantate und Expander für die Mammachirurgie
- Asymmetrische anatomisch geformte Naturformimplantate
- Injizierbare Implantate zur Faltentherapie: Rofilan, Reviderm intra und Artecoll
- Produkte zur Narbentherapie, z.B. Zeraderm Scar Gel
- Komplettversorgung für die Liposuktion: Kanülen, Geräte zur Infiltration und Absaugung, Vibrationslipektomie, postoperative Kompressionsversorgung
- Medizinische Kosmetik: Philoderm professional

Dr. Suwelack Skin & Health Care AG
Josef-Suwelack-Strasse, D-48727 Billerbeck
Telefon: 02543/72443, Telefax: 02543/72360
E-Mail: info@matriderm.de
www.matriderm.de
www.skin-healthcare.de

Wir bieten Ihnen Produktkonzepte auf der Basis natürlicher, gefriergetrockneter Biomatrices

MATRIDERM – Collagen-Elastin-Matrix zur dermalen Regeneration

Die Wiederherstellung von Vollhautdefekten nach Verbrennungen und Narbenexzisionen kann nur dann optimal verlaufen, wenn sowohl Epidermis als auch Dermis adäquat regenerieren. MATRIDERM® einzeitig in Kombination mit Spalthaut eingesetzt verbessert die Wiederherstellung der Dermis signifikant.

MATRIDERM® ist eine nativ strukturierte Matrix aus Collagen und Elastin. Die natürlichen Strukturproteine dienen als Baugerüst beim Wiederaufbau der Haut und modulieren die Ausprägung von Narbengewebe.

Narbentherapie
Asclepios
Beautypool
Dr. Suwelack
Novamedical
Rofil Medro

OP-Einrichtungen
Leica
Richard Wolf
Zeiss

Operationsmikroskope
Leica
Zeiss

OP-Instrumente
Richard Wolf

Pharmaka
Baxter
Biomet

Wer bietet Was?

Verbrennungen
Dr. Suwelack
Novamedical

Wundversorgung
Baxter
Biomet
Novamedical

WaveLight

WaveLight Laser Technologie AG
Am Wolfsmantel 5, D-91058 Erlangen
Telefon: 0 91 31/61 86-140, Telefax: 0 91 31/61 86-202
E-Mail: kanzler@wavelight-laser.com
www.wavelight-laser.com

Lasersysteme für Ästhetik & Dermatologie

ARION: Entfernung unerwünschter Körperbehaarung
Effektives Alexandrit Lasersystem für die rasche Entfernung unerwünschter Körperbehaarung. Daneben können oberflächliche vaskuläre Veränderungen ebenso schonend beseitigt werden.

BURANE: Skin Resurfacing, Skin Rejuvenation, Narbenglättung, benigne Hautveränderungen
Universelles Erbium:YAG Lasersystem für die dermatologische Praxis. Die XL Version des Gerätes bietet mit der „Triple-Mode-Technologie", die auf dem Markt einzigartige Möglichkeit, das klassische Ablationsverfahren (Skin Resurfacing) mit einer Thermischen Funktion (non-ablativ) zu kombinieren.

MYDON: Behandlung vaskulärer Hautveränderungen
Vielseitiges Neodym:YAG Lasersystem für die schonende Behandlung vaskulärer Hautveränderungen, unabhängig von Färbung der Gefäße (bläulich und rötlich) und von der Lage (oberflächlich als auch tiefer gelegen). Zusätzlich effektiver Epilationsmodus für alle Hauttypen (I bis VI).

SINON: Entfernung von pigmentierten Hautveränderungen und Tätowierungen
Bewährtes Q-switched Rubin Lasersystem zur narbenfreien Entfernung von Tätowierungen, pigmentierten Hautveränderungen und Haarentfernung bei hellen Hauttypen.

TALOS: Therapierung von Psoriasis, Vitiligo und Atopischer Dermatitis
Wirkungsvolles Excimer Lasersystem für die effektive und erfolgversprechende Behandlung von Psoriasis, Vitiligo und Atopischer Dermatitis.

ZEISS

We make it visible.

Carl Zeiss – Chirurgische Geräte
D-73446 Oberkochen
E-Mail: OPMI@zeiss.de
www.zeiss.de/p+r

Operationsmikroskope und Prismenlupen für die plastische und rekonstruktive Mikrochirurgie:

Operationsmikroskope:
- OPMI® Vario/S88 System

Prismenlupen:
- Prismenlupe KS
- Prismenlupe KF

Wer bietet was?
www.kaden-verlag.de
jetzt.

The Contour Profile® Expander Family.

Neue Dimensionen für Ihren Erfolg in der Plastischen Chirurgie



Success has a shape.
Three actually.

MENTOR

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

Elite™ gels

The Round Gel Implant Family

kohäsiv · sicher · ästhetisch

Qualität ist eine Notwendigkeit, kein Luxus

NEU

Round Moderate Profile

Round Moderate *Plus* Profile

Round High Profile

More styles. More choices.

MENTOR

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