4. Jahrgang • Heft 4
Dezember 2004

Plastische CHIRURGIE

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



Nun sei bedankt, mein lieber Schwan!
Zieh durch die weite Flut zurück,
dahin, woher mich trug dein Kahn,
kehr wieder nur zu unsrem Glück!
Drum sei getreu dein Dienst getan!
Leb wohl, leb wohl, mein lieber Schwan!

Richard Wagner
„LOHENGRIN"

Aktuelle Nachrichten

Kongreßnachlese zu Jahrestagung 2004

Ergebnisse der Umfrage zur Weiterbildung

Operative Therapie von Plexuslähmungen bei Kindern

Vorschau Jahrestagung 2005

Eine Publikation des Kaden Verlags
KADEN

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



NEU

DERMABOND

PROPEN

TOPISCHER HAUTKLEBER 2-Octyl Cyanoacrylat

Willkommen in der Zukunft des innovativen Hautverschlusses

Dermabond ProPen



Der Hautkleber für den einfachen und sicheren Hautverschluss

- Leichte komfortable Anwendung
- Sehr gut zu dosieren
- Hervorragendes kosmetisches Ergebnis
- Duschbeständig
- Mikrobielle Barriere

www.dermabond.de

Ethicon Products
WORLDWIDE

25 Jahre PRS: Danke Bob!

Man muß schon über ein extrem sonniges Gemüt verfügen, um an diesem tristen Novemberwochenende nicht in Depressionen zu verfallen: Transparency International beherrscht die Schlagzeilen mit der kühnen Behauptung, daß im deutschen Gesundheitswesen Gelder in Höhe von zehn Prozent des Gesamtumsatzes, einer Summe von 20 Milliarden Euro entsprechend, veruntreut werden. Dabei ist es keineswegs so, daß Transparency International die Übeltäter dingfest gemacht hätte: Die Organisation beruft sich auf eine in den USA durchgeführte Studie, die angeblich, trotz unterschiedlichster Systeme, auf die BRD übertragbar sein soll. Eine weitere willkommene Gelegenheit, Mißtrauen gegen die Ärzte zu säen, – nachdem der Versuch unserer Frau Bundesgesundheitsministerin, durch die Veröffentlichung ihres Schwarzbuchs, ärztliche Verfehlungen anzuprangern, sich als Fehlzündung erwies.

Lichtblick am Horizont: Die Allianz aus Bundesärztekammer, Politik und VDPC/VDÄPC

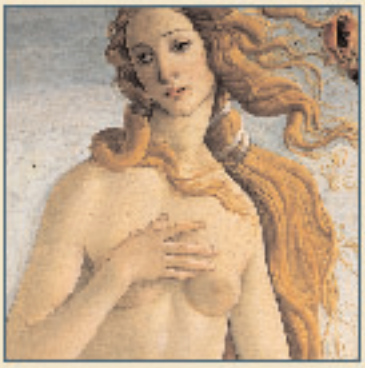
Weitere Unbill droht durch die Gesetzesregelung über Mindestmengen, – das trojanische Pferd, mit dessen Hilfe die Schließung von Krankenhäusern beschleunigt werden soll. Mindestmengen in der plastischen Chirurgie als Qualitätskriterium? Wir sollen und werden uns an der Diskussion darüber gerne beteiligen. Aber sollte nicht erst gewährleistet sein, daß die eindeutig unserem Fachgebiet zugehörigen Operationen nicht von Heilpraktikern, selbsternannten Schönheitspäpsten, Gynäkologen, HNO-Fachärzten, Mund-Kiefer-Gesichtschirurgen, Traumatologen oder Dermatologen durchgeführt werden?
Lohnen würde sich auch ein Blick auf die Strukturqualität der plastischen Chirurgie in Deutschland: Hier hat sich seit 1990 praktisch nichts verändert. Nach wie vor gibt es nur 13 Universitätsabteilungen, fünf Abteilungen an BG-Krankenhäusern und ganze 18 Abteilungen unter kommunaler Trägerschaft. Die Sicherstellung der Versorgung in Deutschland erfolgt durch die konfessionellen Häuser (33 Abteilungen), die unter DRG-Bedingungen ganz besonders von der Schließung bedroht sind, weil keine öffentlichen Zuschüsse zur Verfügung stehen.
Kein Wunder, daß viele junge Fachärzte in die Niederlassung flüchten, mit der Folge, daß mehr und mehr Praxispleiten vorprogrammiert sind. Gegen die aggressiven Vermarktungsstrategien der Schönheitsinstitute und die dafür bereit gestellten Budgets ist ein einzelner plastischer Chirurg ohnehin machtlos. Lichtblick am Horizont: Die Allianz aus Bundesärztekammer, Politik und VDPC/VDÄPC! Das Vertrauen das wir in dieser Allianz genießen, kann schnell verspielt sein. Lassen Sie uns alle sorgsam damit umgehen.
Bei aufkommender Tristesse zu empfehlen: Die Editorials von Bob Goldwyn in *Plastic and Reconstructive Surgery*. Auch diesmal bin ich fündig geworden: „Bitterkeit ist nicht der richtige Weg. Lassen sie uns unsere Energie bewahren für das, was wir aus unserem Leben machen wollen, für das, was unser Leben als Ärzte reicher macht, für das was wir allen Nicht-Ärzten voraus haben. Mit jedem neuen Patienten entwickeln wir uns weiter. Wir können helfen. Um es mit Thoreau zu sagen: jeder Tautropfen am Morgen verspricht einen neuen Tag. Der Tag wird so, wie wir ihn gestalten, – heller und heller. Die Sonne ist nichts anderes als der Morgenstern.“ Wie sehr werden wir Deine Editorials – immer voller Weisheit und subtilem Humor – vermissen, wenn Du zum Jahresende gehst! Danke Bob!



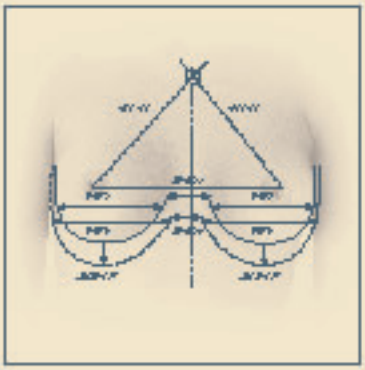
Ihre
Dr. med. Marita Eisenmann-Klein
Vizepräsidentin der VDPC

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.ip.de

Keine Statisten in rosa Seifenopern

Kardinal Lehmann zwischen Bundesgesundheitsministerin Schmidt und der Bundestagsabgeordneten Connemann, daneben die beiden Präsidenten von der VDPC und VDÄPC, eingeladen vom Bundesärztekammerpräsidenten Hoppe mit zehn weiteren „öffentlichen“ Persönlichkeiten diskutierten kürzlich in Berlin die unglückliche Situation, daß die plastische Chirurgie in der jüngsten Vergangenheit plötzlich eine Öffentlichkeit erlangte, die ihr – bescheidenerweise sollten wir das bestätigen – eigentlich nicht zukommen kann. Wir könnten uns darüber freuen, ist doch dieses junge Fach den meisten als eigene Spezialität noch völlig unbekannt, – was übrigens bedauerlicherweise aus den Ausführungen der Ministerin erkennbar wurde – während der Kardinal beeindruckend eindeutig die Notwendigkeit der plastischen Chirurgie beschrieb. Und doch, wie unerfreulich ist das Bild, das in den Medien aufscheint: Die plastische Chirurgie ist zurückgestutzt auf unsere ästhetisch-chirurgische Säule. Und diese wird in ein Licht getaucht, welches sie peinlich rosa aufleuchten läßt. Wie kümmerlich sind die meisten der Darstellungen und wie unglücklich die meisten der ärztlichen Auftritte. Natürlich kann man sagen, daß wir, wenn wir schon rosa Seifenopern um ein ernsthaft bemühtes Fach herum nicht verhindern können, zufrieden sein sollten, wenn die beteiligten Ärzte wenigstens Fachärzte sind. Aber, das müssen wir doch fast ausnahmslos in allen Sendungen erkennen, wir werden dabei zu Statisten gemacht und sind dann noch schlechte Schauspieler obendrein in einem Stück, in dem immer die anderen gewinnen, während wir drohen, viel zu verlieren.

Appell an alle: Informationen geben so viele wie möglich, Theaterspielen so selten wie notwendig

Alle Medien zeigen Interesse an unserem Fach, zu unserer Freude, und haben in der Überzahl verstanden, daß es ehrliche Reiter und schamlose Cowboys gibt und wie man die beiden unterscheiden und erkennen und wo man sie finden kann. Dazu hat insbesondere unsere immer besser werdende Pressearbeit beigetragen, deren Erfolg wir nicht gefährden dürfen.
Mit einer eventuellen Präsidentschaft von Steinau bei den Deutschen Chirurgen im Jahre 2007 in München und dem gleichzeitigen Weltkongreß der Internationalen Plastischen Chirurgen in Berlin wird uns die Möglichkeit gegeben werden, auf guten Bühnen unsere Kompetenz und unser Verantwortungsbewußtsein zu demonstrieren in einer Öffentlichkeit, die wir bis dahin nicht unseres Faches überdrüssig machen dürfen, das augenblicklich durch eine falsche Publizität bedroht wird. Deswegen Appell an uns alle: Informationen geben so viele wie möglich, Theaterspielen so selten wie notwendig.

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



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 ħ 80,– (inkl. 7% MwSt. zzgl. Porto und Versand). Einzelheft außerhalb des Abonnements ħ 23,– (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

25 Jahre PRS: Danke Bob! 165
M. Eisenmann-Klein

Keine Statisten in rosa Seifenopern
R. R. Olbrisch 167

Nachrichten

Recht: Mangelhafte Aufklärung 170

Heilmittelwerbegesetz: Bayern beantragt Änderung 170

Schadenersatz in Millionenhöhe 170

Brust-OP: Nur bei wesentlicher Funktionsbeeinträchtigung zu Lasten der Kasse 171

Keine Praxisgebühr bei Arbeitsunfällen 172

Ex-Manager der Chiro-Clinic vor Gericht 172

Nachruf: Joseph Schrudde 174

Fachkonferenz „Dermal-Filler“: Kritische Bestandsaufnahme 175

Plastisch-ästhetische Eingriffe:
Umsatzsteuer – was nun? 176
Auskunft des bayerischen Finanzministeriums 178

Silikonimplantat-Register online 179

Pitzer Preis für K. Exner und Interplast Germany 180

Neue Anforderungen beim Erstellen von Rechnungen 180

Kongreßnachlese

Wahlen und Preisverleihungen 182

Feierliche Eröffnungsrede 183

Laudatio für Professor Dr. med. Ursula Schmidt-Tintemann
R. R. Olbrisch 185

Wie es anfing und wo es hinführt in der plastischen Chirurgie
Ursula Schmidt-Tintemann 190

Umfrage zur Weiterbildung

Weiterbildung zum Facharzt für Plastische Chirurgie
R. Giunta 199

Fortbildung



Operative Therapie von Plexuslähmungen bei Kindern
J. Bahm 205
Kommentar: *G. Ingianni* 209

Jahrestagung 2005

Fachübergreifendes Thema Bionik
J. Graf von Finckenstein 211

Wühlen in der Schatztruhe der Schöpfung
K. G. Büchel 211

Reisebericht



Perforator-Lappenplastik zur Brustrekonstruktion: Erfahrungen aus Gent
S. Langer, M. Hamdi, P. N. Blondeel, K. Van Landuyt, N. Roche, S. Monstrey 214

Rubriken

Leserbrief 172
Personalia 182
Kongresse 189
Impressum 169
Vorstandsgremien VDPC/VDÄPC 180
Fortbildungsseminare 2005, Kursanmeldungen 2005 und Adressänderungen nach Seite 192
Wer bietet Was? 216

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

Recht

Mangelhafte Aufklärung

Klärt ein Arzt eine Patientin vor einem plastisch-ästhetischen Eingriff nicht ausreichend über die Risiken der Operation auf, ist er zur Zahlung von Schmerzensgeld verpflichtet, wenn es zu Komplikationen kommt. Dies zeigt ein Fall, der kürzlich vor dem Oberlandesgericht Köln verhandelt wurde. Bei der betreffenden Patientin, die eine Brustvergrößerung mit Silikonimplantaten hatte vornehmen lassen, trat in der Folgezeit eine Kapselfibrose auf. Die Implantate mußten daraufhin wieder entfernt werden. Die Patientin, die von diesem Risiko nichts geahnt hatte, ging vor Gericht.

Aushändigung eines Formblattes mit möglichen Risiken ist nach Ansicht des Gerichts „völlig ungenügend"

Das Gericht stellte nun fest, daß der Chirurg es versäumt hatte, die Frau vor der operativen Brustvergrößerung auf die Risiken der Implantate hinzuweisen. Daß er der Patientin zwei Jahre vor dem Eingriff einmal ein Formblatt über mögliche Komplikationen ausgehändigt hatte, stuften die Richter als „völlig ungenügend und damit unerheblich" ein. Der Mediziner wurde zur Zahlung von rund 2500 Euro Schmerzensgeld verurteilt. ■ CM

INFO

Der Anwalt-Suchservice benennt spezialisierte Rechtsanwälte in Ihrer Nähe. Service-Rufnummer: 0180/ 5254555 (12 Cent/Min.)

Heilmittelwerbegesetz

Bayern beantragt Änderung

Der Freistaat Bayern strebt an, daß plastisch-ästhetische Eingriffe zukünftig unter die Bestimmungen des Gesetzes über die Werbung auf dem Gebiet des Heilwesens (HWG) fallen. Aus diesem Grund hat die Staatssekretarin Emilia Mueller, Bayerisches Staatsministerium für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz, vor kurzem einen Antrag an den Bundesrat eingebracht; diesem Antrag zufolge soll Artikel 1 Nr. 1 des HWG um folgenden Passus ergänzt werden: „sowie operative Verfahren, soweit sich die Werbeaussage auf die Veränderung des menschlichen Körpers ohne medizinische Notwendigkeit bezieht." Als Begründung soll weiter angefügt werden: „Durch die Ergänzung sollen sogenannte Schönheitsoperationen in den Anwendungsbereich des Heilmittelwerbegesetzes einbezogen werden. Schönheitschirurgische Eingriffe ohne medizinische Notwendigkeit, wie zum Beispiel Brustvergrößerungen durch Implantate oder Fettabsaugungen zur Verbesserung der Körperformen, sind – wie jeder operative Eingriff – mit Risiken verbunden, die zu erheblichen Gesundheitsschäden führen können. Angesichts der rapide steigenden Zahlen von schönheitschirurgischen Eingriffen ist es daher – wie im Fall von krankheitsbezogenen Eingriffen – notwendig, die Werbung für diese Verfahren dem Heilmittelwerbegesetz zu unterwerfen. Insbesondere bestimmte Formen der suggestiven Werbung, wie sie inzwischen weit verbreitet sind, werden damit verboten. Durch die Beschränkung auf operative Verfahren wird klar gestellt, daß andere Verfahren mit Auswirkungen auf den Körper, wie zum Beispiel Ohrlochstechen, Piercen und Tätowieren, nicht in den Anwendungsbereich des HWG fallen". ■

Frankreich

Schadenersatz in Millionenhöhe

Die Angehörigen einer Frau, die seit 18 Jahren im Koma liegt, haben jetzt vom Landgericht Metz Schadenersatz in Höhe von 2,5 Millionen Euro zugesprochen bekommen. Die Richter befanden, daß der behandelnde Chirurg und der Anästhesist die zivilrechtliche Verantwortung für den Unfall tragen, den die Frau vor 18 Jahren bei einem vergleichsweise einfachen plastisch-ästhetischen Eingriff



erlitten hat. Eine strafrechtliche Verantwortung der Mediziner war allerdings bereits 1995 vom Berufungsgericht verneint worden. Nun sollen die Versicherungen der beiden Ärzte die Schadenersatzsumme begleichen.

Die damals 22jährige wollte sich kurz vor ihrer geplanten Hochzeit lediglich die Ohren anlegen lassen; während des Eingriffs, der an einer Metzer Privatklinik durchgeführt wurde, erlitt die zuvor völlig gesunde Frau einen Herzstillstand und hat bis heute das Bewußtsein nicht wiedererlangt. ■ CM



Glücklicher mit Körbchengröße C?

Brust-OP

Nur bei wesentlicher Funktionsbeeinträchtigung zu Lasten der Kasse

Brustverkleinerungen oder -vergrößerungen müssen nicht von der gesetzlichen Krankenkasse übernommen werden – auch wenn die betroffenen Frauen wegen ihres Äußeren unter einer *behandlungsbedürftigen psychischen Erkrankung leiden*. Das hat vor kurzem das Bundessozialgericht (BSG) in einem Grundsatzurteil entschieden und bestätigt damit die bisherige Rechtsprechung. Eine Leistungspflicht der Krankenkassen trete erst dann ein, wenn durch den „regelwidrigen körperlichen Zustand" eine „entstellende Wirkung oder wesentliche Funktionsbeeinträchtigung" zustande gekommen sei. Nicht jede Abweichung vom gesellschaftlich als erstrebenswert betrachteten Aussehen sei hingegen eine behandlungsbedürftige Krankheit, so die Richter. Dies gelte insbesondere für die weibliche Brust, für die es keine Normgröße gebe, sondern „vielfältige Ausprägungen" typisch seien.

Bei den Klägerinnen hatte – auch nach Ansicht der Erstinstanzen – kein krankhafter körperlicher Befund vorgelegen; alle Frauen hatten auf die psychischen Belastungen durch die zu große oder zu kleine Brust verwiesen.

Tritt ob des äußeren Erscheinungsbildes eine behandlungsbedürftige psychische Erkrankung auf, werden die Kosten von der Krankenkasse getragen

Eine der Betroffenen, die einen operativen Brustaufbau anstrebt, hatte vor dem Sozialgericht Dresden zunächst Recht bekommen; das Landessozialgericht stellte sich, wie nun auch das BSG, auf die Seite der beklagten Kasse. Solange die Brust intakt sei und keine körperlichen Schäden hervorrufe, handele es sich bei einer Brustvergrößerung um einen kosmetischen Eingriff, für den die Kasse nicht aufkommen müsse, so die Argumentation. Trete ob des äußeren Erscheinungsbildes eine behandlungsbedürftige psychische Erkrankung auf, werden die Kosten hingegen von der Krankenkasse getragen.

Ehemann und Freunde habe sie wegen ihrer geringen Oberweite bereits verloren, auch im Beruf leide sie, führte die Klägerin vor dem BSG aus. Nach der Verhandlung von Journalisten befragt, ob sie jetzt eine Therapie machen wolle, denn die werde ja bezahlt – antwortete die Frau, wie im *Spiegel* zu lesen war: „Nein, warum soll ich über meine Probleme reden?" Sie wolle vielmehr vor dem Bundesverfassungsgericht weiterklagen – es gebe ja noch Artikel 2 des Grundgesetzes. Bei offenbar gleich hohen Kosten für die Solidargemeinschaft müsse es in Anbetracht des Grundrechts auf Entfaltung der Persönlichkeit ihr überlassen bleiben, ob sie sich für einen operativen Brustaufbau oder eine psychiatrische Behandlung entscheide. ■ CM

Zum Beitrag „Klartext: Kritische Gedanken eines ehemaligen Präsidenten und Mitbegründers der VDPC“ von F.E. Müller in Plastische Chirurgie Heft 3/2004

Ich teile die pessimistische Beurteilung des Autors bezüglich des derzeitigen Zustandes und Erscheinungsbildes der deutschen plastischen Chirurgie. Einige Anmerkungen möchte ich mir dennoch erlauben.

■ So wie der derzeitige Zustand der Bundesrepublik nicht allein der jetzigen Bundesregierung zuzuschreiben ist – sondern vielmehr auf den politischen Fehlern der vergangenen 40 Jahre beruht – so haben grundlegende Fehler „ehemaliger Leitungsträger“ und ehemaliger Verantwortlicher in der VDPC zu der Misere beigetragen.

■ Es wird ständig über den „Verlust der Mammachirurgie“ berichtet. Was ist eigentlich mit der kraniofazialen Chirurgie, die in vielen nicht-deutschsprachigen Ländern von plastischen Chirurgen betrieben wird? Die fünfte Säule der plastischen Chirurgie wurde, mit wenigen Ausnahmen, offenbar schon lange kampflos aufgegeben (siehe Homepage der VDPC).

■ Ein „Standard of Excellence“ hat in Deutschland noch nie existiert – und war auch in der Vergangenheit nicht gewünscht. Warum wird erst danach gefragt, nachdem die Ausbildung schon kaum mehr schlechter sein kann?

■ Das *European Journal of Plastic Surgery* als „offizielles Organ der Gesellschaft“ ist nicht einmal in Medline zu finden. Vielleicht ist das schon fast symbolisch, aber wer mag es dem wissenschaftlich Engagierten verdenken, in einem Journal mit Impact Faktor zu publizieren.

Unsere Generation hat leider mit den derzeitigen Zuständen zu leben – mehr schlecht als recht. Mit wenigen Ausnahmen ist Deutschland von Ländern wie den USA oder Australien meilenweit entfernt. Es bleibt zu hoffen, daß wir es in Zukunft besser machen werden.

Detlev Erdmann, M.D. Ph.D.
Assistant Professor, Division of Plastic, Reconstructive, Maxillofacial and Oral Surgery
Duke University Medical Center
Durham, USA

Keine Praxisgebühr bei Arbeitsunfällen

Patienten, die wegen eines Arbeitsunfalls oder einer Berufskrankheit einen Arzt aufsuchen, müssen keine Praxisgebühr zahlen. Wurde die Gebühr bereits berechnet, ist eine Rückerstattung möglich: Behandelt der Arzt von Anfang an auf Kosten der Berufsgenossenschaft und verlangt trotzdem die Gebühr, muß er sie dem Patienten erstatten. Behandelt er dagegen zunächst auf Kosten der Krankenkasse und es stellt sich dann heraus, daß ein Arbeitsunfall oder eine Berufskrankheit vorliegt, erhalten Versicherte die Gebühr von ihrer Berufsgenossenschaft zurück.



Betroffene sind außerdem von der Zuzahlung zu Arznei- und Heilmitteln befreit – sofern diese zur Behandlung nach einem Arbeitsunfall oder einer Berufskrankheit verordnet wurden. ■

Ex-Manager der ChiroClinic vor Gericht

Der ehemalige Manager der ChiroClinic in Düsseldorf, die vor einiger Zeit wegen eines Todesfalls nach einer Liposuktion in die Schlagzeilen geriet und schließlich geschlossen worden war, ist nun wegen Betrugs angeklagt. Als Geschäftsführer von Medikos – eine Klinik für plastisch-ästhetische Eingriffe, die er vor der ChiroClinic leitete – soll Hans-Jürgen W. über ein halbes Jahr lang bei einer nahegelegenen Apotheke Medikamente und OP-Materialien im Wert von 12 500 DM geordert haben, ohne je einen Pfennig zu zahlen. Von Anfang an, so lautet nun der Vorwurf habe der Geschäftsführer gewußt, daß die Rechnungen nicht beglichen werden könnten – denn bereits wenige Wochen nach dem Ende der Bestellungen ging Medikos in Konkurs. ■

Schönheit erleben

sanofi aventis
Das Wichtigste für die Gesundheit

47-jährige Frau

Vorher



Nachher



Falten in der unteren Gesichtshälfte
Tiefe Nasolabialfalten werden weitestgehend beseitigt.

Ihr Gesicht

Es ist das Erste, das an Ihnen auffällt … das „Ich", das Sie der Welt zeigen. Wenn aber Ihre äußere Erscheinung nicht mehr widerspiegelt, wie Sie sich innerlich fühlen, dann ist es vielleicht Zeit für eine Veränderung.

Im Laufe der Zeit verliert Ihre Haut ihr straffes und jugendliches Aussehen, wird schlaff und bildet Falten. Möglicherweise sehen Sie dadurch älter aus als Sie sind? Glücklicherweise kann die Unterspritzung mit Sculptra™ dazu beitragen Falten zu glätten und das Hautvolumen wiederherzustellen, dass Sie auf natürliche Weise verloren haben.



Schönheit
Sicherheit
Selbstbewusstsein

Sculptra™

Info-Coupon

Informieren Sie sich im Internet unter
www.sculptra.de
oder auf dem Postweg

Aventis Pharma Deutschland GmbH
Abteilung Ästhetische Medizin
Königsteiner Straße 10
D-65812 Bad Soden am Taunus

Nachruf

Joseph Schrudde

12. Mai 1920 bis 9. Oktober 2004



Einer unserer Großen ist von uns gegangen. Das erste Ehrenmitglied der VDPC und der erste Direktor einer Deutschen Universitätsklinik für Plastische und Rekonstruktive Chirurgie wurde am 15. Oktober 2004 im kleinen Familien- und Freundeskreis zu Grabe getragen, als schließlich doch der überwunden geglaubte Krebs den früher so starken Mann zum Abschied gezwungen hatte. Er wollte auf seinem letzten Weg alleine sein, obwohl es viele Freunde und Schüler gab, die ihn begleiten wollten.

1938 machte Schrudde im Sauerland das Abitur und studierte bis 1944 Zahnmedizin an den Universitäten in Münster, München und Würzburg. Unterbrochen durch Krieg und Gefangenschaft studierte er bis 1948 Medizin und begann als Chirurgischer Assistent wiederum im Sauerland, um 1952 an die renommierte Westdeutsche Kieferklinik der Düsseldorfer Medizinischen Akademie zu gehen. Dort promovierte er nach seinem Dr. med. dent. auch zum Dr. med. mit einer Arbeit über eine „neue Methode der Lippen-Spalten-Operation“, die ihm die baldige Habilitation ermöglichte.

1959 kam Schrudde an die Universitätsklinik Köln, zunächst in die Dermatologie, um dort relativ unabhängig die Plastische Chirurgie aufzubauen. Ein Ordinarienwechsel ermöglichte ihm die Selbständigkeit als erster Direktor einer Universitätsklinik für Plastische und Rekonstruktive Chirurgie in Köln. Diese 1970 gegründete Klinik in einem Altbau der sogenannten Lindenburg zog 1983 in einen Neubau der Städtischen Krankenanstalten Köln-Merheim, erweitert um ein Zentrum für Schwerbrandverletzte. 1987 wurde Schrudde emeritiert.

Seine für den plastischen Chirurgen typische rege Phantasie, sein Einfallsreichtum und begeisterte wissenschaftliche Tätigkeit machten ihn zu einem begehrten Lehrer und Vortragenden mit mehr als 100 Originalarbeiten und Buchbeiträgen.

Die von Schrudde entwickelte primäre Osteoplastik des Kieferbogens bei Lippen-Kiefer-Gaumenspalten hat ihn weltweit berühmt gemacht, wie auch seine 1963 publizierte Methode der Verschiebe-Schwenk-Plastik, die seine Schüler die „Schrudde-Plastik“ nannten: Beide Methoden sind Standard geworden. Insbesondere die Verschiebe-Schwenklappen-Plastiken werden nahezu täglich von allen plastischen Chirurgen benutzt bei jeder Form von Hautdefekten und komplizierten Wunden.

Ende der 60er Jahre kam Schrudde auf die Idee, übermäßige und deformierende Fettpolster über kleine Hautinzisionen mit einer Kürette auszukratzen, – eine Methode, die er Lipexhairese nannte. Sie wurde Basis in der Weiterentwicklung für die Liposuktion, die inzwischen weltweit häufig benutzte Behandlungsmethode in der plastischen Chirurgie. Zwei Jahre nach seiner Emeritierung trat Schrudde das letzte Mal anläßlich einer Jahrestagung der Vereinigung der Deutschen Plastischen Chirurgen mit einem Bericht über die Entwicklung dieser neuen Technik auf.

Als Höhler, Müller und Zellner beschlossen mit Frau Schmidt-Tintemann und Buck-Gramcko die Vereinigung der Deutschen Plastischen Chirurgen zu gründen, holten sie sich als einen der Ersten Schrudde dazu. 1972 organisierte er die dritte Jahrestagung der VDPC und von 1977 bis 1979 war er deren Präsident. Mit der Ehrenmitgliedschaft ehrte die VDPC ihn mit seinem umfangreichen Werk welches insbesondere mit seinen grundlegenden Entwicklungen für die Lippen-Kiefer-Gaumenspaltchirurgie, die Defektchirurgie und die Chirurgie des Fettgewebes bleibend zum Basishandwerk eines jeden plastischen Chirurgen gehören wird. ■

Rolf Rüdiger Olbrisch

Fachkonferenz „Dermal Filler“

Kritische Bestandsaufnahme

Rund 70 plastische Chirurgen aus Deutschland, der Schweiz und Dänemark waren der Einladung von J. Reinmüller, H. Lampe und M. Wolters nach Wiesbaden gefolgt, wo am 6. November 2004 die Konsensuskonferenz „Dermal Filler“ stattfand. Da in der Vergangenheit immer wieder Klagen von Patientenseite über Komplikationen nach Faltenunterspritzungen aufgetreten waren, hatten sich die Initiatoren der Veranstaltung zum Ziel gesetzt, in der Diskussion mit Kollegen die Vielzahl der derzeit erhältlichen Produkte zusammenzustellen sowie deren Sicherheit und Wirksamkeit nach dem momentanen Kenntnisstand zu bewerten.

Wahllose Kombination verfügbarer Substanzen macht Komplikationen kaum beherrschbar

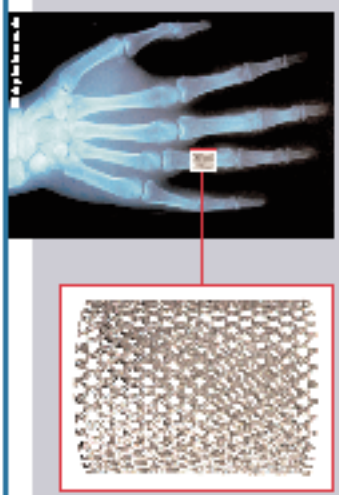


Zwar gelang es nicht, am Ende der Veranstaltung das geplante einstimmige Kommunique zur Einschätzung der verschiedenen Füllmaterialen zu verabschieden – doch immerhin erreichte man eine Bestandsaufnahme, die Probleme und Defizite beim Umgang mit den Füllmaterialien deutlich machte. Problematisch sei beispielsweise, daß es für die meisten verwendeten „Dermal Filler“ keine Langzeituntersuchungen gebe, sagte J. Reinmüller. Auch die Verheißungen der Hersteller auf ewige Schönheit und Jugend seien kritisch zu betrachten – „nur der Einbalsamierer kann auf Dauer faltenfrei machen“. Da Füllmaterialien unter die Rubrik Medizinprodukte fielen, gelten hier weniger strenge Vorschriften als zum Beispiel für die Zulassung von Arzneimitteln. Aufgrund fehlender Vorschriften würden zudem viele eingesetzte Substanzen „wahllos miteinander kombiniert“ – was Komplikationen kaum beherrschbar mache, kritisierte H. Lampe. Der menschliche Organismus reagiere auf injizierte Implantatmaterialien grundsätzlich mit Entzündungen. Der Verlauf hänge dann von der Art der gespritzten Substanz ab: Resorbierbare Stoffe würden zwar mit der Zeit abgebaut, doch bis dahin habe das Immunsystem mit ihnen zu kämpfen, sagte Reinmüller in seinem Vortrag. Nichtabbaubare Füllstoffe lösten hingegen chronische Entzündungen aus; ein weiteres Problem sei die bislang kaum erforschte Migration permanenter Füllstoffe im Körper.

Die Teilnehmer kamen zu dem Schluß, daß eine Selbstverpflichtung zur Meldung von Komplikationen sowie ein einheitlicher Patientenpaß, in dem die verwendeten Stoffe detailliert aufgelistet werden, dabei helfen könnten, mehr Transparenz zu schaffen und zukünftig Komplikationen zu vermeiden. Generell sollte man körpereigene und resorbierbare Füllmaterialien den nicht abbaubaren Substanzen vorziehen, so die Empfehlung. ■ CM

In nur 2 Stunden bis zum Titan Implantat

- hohe Festigkeit
- ultraleicht
- schnell
- präzise
- kostengünstig



Mit dem MCP Realizer II™ werden weltweit zum ersten Mal komplexe zylindrische Gitterstrukturen aus Titan gefertigt.
Und das in nur 2 bis 3 Stunden aus CT-, MRI- oder einfachen CAD-Datensätzen.

Mehr Informationen:
www.mcp-group.de

MCP
MCP-HEK TOOLING

Plastisch-ästhetische Eingriffe

Umsatzsteuer – was nun?

Auch nach dem Bundesfinanzhof (BFH)-Urteil vom 15. Juli 2004 zu ästhetischen Eingriffen bleibt die Rechtsunsicherheit hinsichtlich der Umsatzsteuer bei ästhetischen Operationen bestehen. Dies begründet sich aus der Tatsache, daß sich das Urteil des Europäischen Gerichtshofs (EuGH) ausschließlich und ausnahmslos auf „medizinisch nicht indizierte Gutachten- oder Gutachtenähnliche Tätigkeiten“ des Arztes bezog. Deutschland ist das einzige EU-Mitglied, das die fehlende medizinische Indikation ästhetischer Eingriffe auch dann sieht, wenn ein Behandlungsverhältnis zwischen Arzt und Patient besteht.



©bilderbox

In anderen europäischen Ländern wird keine Umsatzsteuer auf plastisch-ästhetische Eingriffe erhoben

Wird ein seriöser plastischer Chirurg ein Face Lift oder eine Fettabsaugung vornehmen, wenn keine medizinische Indikation vorliegt? Aus meiner Sicht definiert sich die medizinische Indikation zu einem Eingriff aus dem Leidensdruck des Patienten und einem therapeutischen Ziel, das diesen Leidensdruck lindert oder beseitigt, und sei es „nur“ durch eine Botulinumtoxin-Spritze. Eingangs zitiertes BFH-Urteil verkündet, daß „medizinisch nicht indizierte“ Operationen prinzipiell der Umsatzsteuer unterliegen. Was darunter zu verstehen ist, wurde erwartungsgemäß nicht geklärt; die Finanzbehörden werden dieses Urteil jedoch zum Anlaß nehmen, die Umsatzsteuer von medizinisch-ästhetisch tätigen Kollegen mit Nachdruck einzufordern.

Es wird schließlich darauf ankommen, ob der EuGH sich der „deutschen“ Deutung der medizinischen Indikation anschließt oder den Weg empfiehlt, der in allen anderen europäischen Ländern eingeschlagen wird: Dort wird keine Umsatzsteuer auf medizinisch-ästhetische Behandlungen erhoben.

In einem weit fortgeschrittenen Prozeß eines VDPC-Mitglieds, gibt es eine Vorab-Vorlage, den EuGH während des Prozesses zu befragen. Es liegt allerdings im Ermessen der Richter, ob sie zur Urteilsverkündung die EU-Rechtsempfehlung mit einschließen wollen. Der EuGH würde in diesem Fall wie folgt befragt: Bezieht der EuGH die Umsatzsteuerpflicht nur auf „nicht medizinisch indizierte“ Tätigkeiten als ärztlicher Gutachter – worauf sich bislang alle Beispiele bezogen, oder auch auf therapeutische Verhältnisse zwischen Arzt und Patienten? Wird der EuGH nicht befragt, wird die nächst höhere Instanz diese Frage dem EuGH vorlegen. Abhängig davon wird auch die Zeitspanne zur Klärung dieser Rechtsunsicherheit sein.

Dürfen Finanzbehörden auf dem Verfügungswege Steuern einfordern, für die eine neue gesetzliche Grundlage erforderlich ist?

Eine weitere – allerdings verfassungsrechtliche – Streitfrage ist, ob Finanzbehörden nach der EuGH-Rechtssprechung auf dem Verfügungswege Steuern einfordern können, für die eine neue gesetzliche Grundlage erforderlich ist – welche bis dato noch gar nicht besteht. (*Arztrecht* Heft 7/2004). Inwieweit also eine parallele Klage beim Verfassungsgericht Erfolg haben könnte, müssen Juristen entscheiden.

Auch das Problem des Vertrauensschutzes fand – obwohl diese Frage nicht rechtlich zu klären war – bemerkenswerterweise im BFH-Urteil Beachtung und wurde folgendfermaßen kommentiert:

„Das FG hat in der Sache lediglich über die Anfechtungsklage gegen die Umsatzsteuerbescheide für 1996 bis 1998 vom 15. Januar 2002 entschieden. Soweit der Kläger bereits beim FG die Berücksichtigung von Billigkeitserwägungen begehrte, hat es die Klage als unzulässig angesehen, da weder ein Ablehnungsbescheid vorgelegen habe noch das nach § 44 der Finanzgerichtsordnung (FGO) erforderliche Vorverfahren durchgeführt worden sei (S. 5 der Vorentscheidung). Einen Verfahrensmangel hat der Kläger insoweit nicht gerügt (zur Rüge eines Verfahrensmangels vgl. §120 Abs. 3 Nr. 2 Buchst. B FGO).

Es ist dem Senat deshalb aus verfahrensrechtlichen Gründen nicht möglich, über den Billigkeitsantrag des Klägers in der Sache zu entscheiden. Bei der Entscheidung über diesen Billigkeitsantrag kann auch die frühere Behandlung der Schönheitsoperationen durch die Finanzverwaltung eine Rolle spielen."

Dieser Kommentar ist ein Hinweis darauf, daß das BFH einen Erlaßantrag befürworten würde, hätte es darüber zu urteilen. Als Nichtjurist deute ich den Sachverhalt so: Das BFH ist der Ansicht, daß die Finanzämter ihre Rechtsgrundlage von 1996 bis 2001 nicht aufgrund eines im Jahr 2001 zur Anwendung kommenden EU-Urteils plötzlich „umkippen" können. Die Rechtsgrundlage von 1996 für eben dieses Jahr kann nicht später der Rechtsauffassung von 2001 weichen.

Ähnlich der Initiative vom Frühjahr 2004 erhielten die Landesfinanzministerien (außer Bayern und Baden-Württemberg, die Vertrauensschutz gewähren werden) von sieben Arztverbänden (VD(Ä)PC, DGÄPC, MKG, GÄCD, HNO, Dermatologie, Gynäkologie) identische Schreiben, in denen auf den Vertrauensschutzpassus des BFH aufmerksam gemacht wurde. Es wurde darum gebeten, diese klare richterliche Aussage zu berücksichtigen. Eine Antwort steht bislang noch aus.

Solange keine endgültige Rechtssicherheit besteht, ist eine sorgfältige Dokumentation der Diagnosen und Nebendiagnosen anzuraten

Es ist sehr wahrscheinlich, daß der EuGH sein Urteil zur Umsatzsteuer deutlich eingrenzen wird: Bezieht sich die „medizinisch nicht indizierte" Arzttätigkeit wie bisher nur auf Gutachten ohne Behandlungsziel, oder auch auf Arzt-Patientenverhältnisse mit einem therapeutischen Ziel? Erst wenn hier eine Antwort des EuGH vorliegt, wird es Rechtssicherheit geben – wann das sein wird, ist völlig offen. Wie verhält man sich nun als medizinisch-ästhetisch tätiger Arzt dem Finanzamt gegenüber? Da seitens der VDPC/VDÄPC bis jetzt noch kein Experte um eine Stellungnahme gebeten wurde, können die folgenden Zeilen als gedankliche Grundlage ohne Gewähr in Bezug auf den jeweiligen Einzelfall dienen:

- Wer die Umsatzsteuer ausweist, muß sie auch den Finanzämtern abführen, er verliert sie aber auch für den Fall, daß der EuGH die Ansicht vertritt, ästhetische Eingriffe seien nicht umsatzsteuerpflichtig.
- Wer die Umsatzsteuer mit Null ausweist und bis jetzt nicht zahlen mußte, sollte Geld beiseite legen; denn für den Fall, daß der EuGH sich der deutschen Auffassung anpaßt, und ästhetische Operationen für umsatzsteuerpflichtig hält, sollte eine Nachzahlung verfügbar sein.
- Wer von den Finanzbehörden gezwungen wird, Umsatzsteuer für ästhetische Operationen zu zahlen, oder wer sie ohne sie auszuweisen an das Finanzamt abführt, sollte dieses unter dem Vorbehalt bis zur endgültigen rechtlichen Klärung vornehmen, sofern eine Aussetzung der Vollziehung nicht gewährt wird oder nicht in Frage kommt.

Wie verhält man sich in der täglichen Praxis?

- Es empfiehlt sich, eine sorgfältige Anamneseerhebung mit Aufnahme sämtlicher Diagnosen und Nebendiagnosen zu dokumentieren, damit der Finanzbehörde im Zweifelsfall die medizinische Indikation schlüssig erläutert werden kann.
- Die Krankheitsangaben sollten auf der korrekten wissenschaftlichen lateinisch oder angelsächsisch formulierten Diagnose beruhen; ICDs empfehlen sich nicht unbedingt, da sie oft zu ungenau sind (z.B. E66 als Adipositas). Nebenbefunde wie Intertriginalekzeme, Rektusdiastasen, epigastrische Hernien etc. dokumentieren beispielhaft den Krankheitswert.
- Hinsichtlich des Vertrauensschutz sollte den Finanzämtern der oben zitierte Absatz des BFH-Urteils vorgelegt werden. Rückwirkende Zahlungen über 2001 hinaus sollten bis zur endgültigen Rechtsklärung ausgesetzt werden. ■

Dr. med. Joachim Graf von Finckenstein
Arzt für plastische Chirurgie
Wittelsbacherstraße 2a/Seearkaden
82319 Starnberg

Umsatzsteuer auf ästhetisch-plastische Leistungen

Auskunft des bayerischen Finanzministeriums

Die nachfolgend im Original zitierte Auskunft des bayerischen Finanzministers Kurt Faltlhauser vom 22. Oktober 2004 hat VDPC-Vorstandsmitglied Dr. med. Constance Neuhann-Lorenz auf ihre Anfrage hin erhalten.

Die Finanzverwaltung hat sich bereits wiederholt mit der Auslegung des EuGH-Urteils zur Umsatzsteuerfreiheit von ärztlichen Leistungen befaßt und dabei auch die von Ihnen vorgetragenen Gesichtspunkte berücksichtigt. Ich darf dazu auf die Ausführungen in der Anlage zu meinem Schreiben hinweisen.

Die Auffassung der Finanzverwaltung hat der Bundesfinanzhof unlängst in seiner Entscheidung vom 15. Juli 2004 – V R 27/03 bestätigt, wonach es von den Umständen des Einzelfalls abhängt, ob eine „Schönheitsoperation" der medizinischen Betreuung eines Menschen durch das Diagnostizieren und Behandeln von Krankheiten oder anderen Gesundheitsstörungen dient sowie ein therapeutisches Ziel im Vordergrund steht und die Leistung somit steuerfrei ist.

Soll eine „Schönheitsoperation" als steuerfreie ärztliche Leistung nach § 4 Nr. 14 UStG behandelt werden, muß der steuerpflichtige Arzt die Gründe für die Steuerbefreiung in jedem Einzelfall feststellen und nachvollziehbar für die Finanzverwaltung dokumentieren. Dies gilt für die Besteuerungszeiträume nach Ergehen der EuGH-Rechtsprechung und Veröffentlichung der Haltung der Finanzverwaltung in Bayern ab 1. Januar 2003.

Mit freundlichen Grüßen gez. Kurt Faltlhauser

Anlage: Umsatzsteuerbefreiung nach § 4 Nr. 14 Umsatzsteuergesetz für Leistungen von ästhetisch-plastischen Chirurgen

Nach der im Bezugsschreiben genannten Entscheidung des Europäischen Gerichtshofs vom 14. September 2000 (Rs. C-384/98) sind Leistungen eines Arztes nur dann nach Art. 13 Teil A Abs. 1 Buchst. c der 6. EG-Richtlinie (den § 4 Nr. 14 des Umsatzsteuergesetzes in nationales Recht umsetzt) umsatzsteuerfrei, wenn sie der medizinischen Betreuung von Personen durch das Diagnostizieren und Behandeln von Krankheiten oder anderen Gesundheitsstörungen dienen.

Diese Auslegung der 6. EG-Richtlinie durch den Europäischen Gerichtshof gilt für die umsatzsteuerliche Beurteilung aller ärztlichen Leistungen und nicht nur – wie im Bezugsschreiben angeführt – für Sachverständigengutachten und nicht patientenbezogene Untersuchungen. Diese Auffassung der Finanzverwaltung hat aktuell der Bundesfinanzhof in einer Entscheidung vom 15. Juli 2004 - V R 27/03 - bestätigt.

Ärztliche Leistungen, bei denen nicht das Diagnostizieren und Behandeln von Krankheiten oder anderen Gesundheitsstörungen – also ein therapeutisches Ziel – im Vordergrund steht, sind unter Berücksichtigung des EuGH-Urteils spätestens seit dem Tag nach der Veröffentlichung des dazu ergangenen BMF-Schreibens vom 13. Februar 2001 (IV D 1 - S 7170 - 4/01, BStBl. I 2001 S. 157), am 9. März 2001 bzw. nach dem ergänzenden BMF-Schreiben vom 8. November 2001 (IV D 1 - S 7170 - 2001/01, BStBl. 1 2001 S. 826) seit dem 1. Januar 2002 umsatzsteuerpflichtig.

Da ungeachtet dieser Rechtslage von einigen Oberfinanzdirektionen bzw. Finanzämtern unterschiedliche Verfügungen zur umsatzsteuerlichen Behandlung von sog. Schönheitsoperationen – insbesondere auch was den Zeitpunkt der Anwendung der o. g. Grundsätze betrifft – ergangen bzw. Auskünfte erteilt worden sind, wird es einem Beschluß der obersten Finanzbehörden des Bundes und der Länder zufolge im Sinne einer gleichmäßigen Rechtsanwendung abweichend von den allgemeinen Grundsätzen nicht beanstandet, wenn vor dem 1. Januar 2003 erbrachte Leistungen auf dem Gebiet der Schönheitschirurgie als steuerfrei behandelt werden, soweit durch Erlasse oder Verfügungen oder einzelne Auskünfte in den Ländern entsprechende Vertrauenstatbestände geschaffen wurden. Auf dieser Grundlage gilt in Bayern die Steuerpflicht für die genannten Leistungen grundsätzlich erst ab dem 1. Januar 2003.

Ob Leistungen eines ästhetisch-plastischen Chirurgen der medizinischen Betreuung eines Menschen durch das Diagnostizieren und Behandeln einer Krankheit oder einer anderen Gesundheitsstörung dienen, hängt von den Umständen des jeweiligen Einzelfalls ab. Indiz hierfür kann die regelmäßige Übernahme der Kosten durch die Krankenversicherung sein. Eine abstrakte, generalisierende Beurteilung aller Leistungen unter dem Aspekt, ob ein therapeutisches Ziel im Vordergrund steht, ist nicht möglich.

Inwieweit ärztliche Leistungen nach der GOÄ abzurechnen sind und wie sich die Beträge nach der GOÄ ermitteln, ist für die Frage der Umsatzsteuerpflicht irrelevant.

In dieser Angelegenheit hat das Bundesministerium der Finanzen zugesagt, sich schriftlich an das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung zu wenden. Über das Ergebnis werden die Bundesbehörden die Fachverbände unmittelbar unterrichten.

Österreich

Silikonimplantat-Register jetzt online

Um eine effiziente und einfache Registrierung medizinischer Daten zu ermöglichen und die Implantate besser kontrollieren zu können, sind seit kurzem Silikonimplantate, die in Österreich eingesetzt wurden, online registriert. Bisher wurden rund 7000 Fälle aus 45 Kliniken nach Einlage von Silikonimplantaten anonym erfaßt. Dr. Helmut Hoflehner, der vor acht Jahren das österreichische Silikonimplantat-Register gegründet hat und jetzt online verfügbar machte, sieht die Hauptvorteile der Internetversion in der Möglichkeit zur Kontrolle und Aktualisierung der Daten, beispielsweise bei Komplikationen. ■



Kontakt

Univ.-Doz. Dr. Helmut Hoflehner
Schwarzl-Tagesklinik ■ Hauptstraße 140 ■ A-8301 Lassnitzhöhe
Telefon 0043/03133-6100 ■ E-Mail: hoflehner@schwarzl-tagesklinik.at

OP-Zahlen: Erhebungsbogen der VDPC 2003

Um die Leistungen im Fach Plastische Chirurgie möglichst detailliert darstellen zu können, bittet der Vorstand der VDPC um die Rücksendung der Erhebungsbögen für das Jahr 2003. Diese wurden bereits per Post oder in elektronischer Form versendet; sie stehen zudem zum Download bereit unter *www.kaden-verlag.de ?Downloads*

Der VDPC/VDÄPC Kongress 2006 in Aachen

Die VDPC/VDÄPC-Jahrestagung für das Jahr 2006 wird vom 29. September bis 3. Oktober in Aachen stattfinden. Für die Organisation sind Professor Dr. Norbert Pallua und Dr. Siegfried Grandel zuständig.

Medizintechnik
MAKUMED
Implant Technologies
Zertifiziertes QM-System
mdc
ISO 13485
ISO 9001
PIP

E. Pitzer Preis für Priv.-Doz. Dr. Klaus Exner und Interplast Germany

VDPC-Präsident Priv.-Doz. Dr. Klaus Exner aus Frankfurt am Main erhielt am 8. November 2004 in Bad Nauheim den mit 15 000 Euro dotierten E. Pitzer Preis. Mit diesem Preis werden Personen geehrt, die sich durch hervorragende Leistungen oder durch herausragende wissenschaftliche Arbeiten ausgezeichnet haben. Seit 25 Jahren helfen Dr. Klaus Exner und Mitarbeiter der Organisation „Interplast Germany" unentgeltlich bei Operationen von Schwerstverletzten und Kranken in der Dritten Welt und opfern dafür einen Teil ihres Urlaubs.

Neue Anforderungen beim Erstellen von Rechnungen

Bereits am 1. Januar 2004 sind eine Reihe von Neuerungen in Kraft getreten, die beim Erstellen einer Rechnung beachtet werden müssen. Die für einen Teil der neuen Regelungen gewährte Übergangsfrist ist am 1. Juli 2004 abgelaufen. Die neuen Vorschriften geben u. a. genau vor, welche Angaben in den Rechnungen gemacht werden müssen. Dies sind:

- Name und Anschrift des Unternehmers sowie des Leistungsempfängers;
- Steuernummer oder Umsatzsteuer-Identifikationsnummer des leistenden Unternehmers;
- Menge und handelsübliche Bezeichnung des Liefergegenstandes oder Art und Umfang der sonstigen Leistung;
- Zeitpunkt der Lieferung oder der sonstigen Leistung;
- Entgelt für die Lieferung oder sonstige Leistung;
- der auf das Entgelt entfallende Steuerbetrag, der gesondert auszuweisen ist oder ein Hinweis auf eine evtl. Steuerbefreiung;
- im Fall des § 14 a UStG die jeweils dort bezeichneten Angaben.
- Ausstellungsdatum der Rechnung (Rechnungsdatum);
- fortlaufende Nummer mit einer oder mehreren Zahlenreihen, die zur Identifizierung der Rechnung vom Rechnungsaussteller einmalig vergeben wird (Rechnungsnummer);
- anzuwendender Steuersatz;
- Zeitpunkt, zu dem das Entgelt vereinnahmt wurde falls die Zahlung vor Leistungserbringung erfolgte. Leistung;

Sonderregelungen gelten für Kleinbetragsrechnungen bis 100 Euro.

INFO

Die Bundessteuerberaterkammer hat zu diesem Thema ein Faltblatt mit dem Titel *Neue Rechnungsanforderungen im deutschen Umsatzsteuerrecht* herausgegeben, in dem die wichtigsten Neuerungen festgehalten sind. Das Faltblatt ist als pdf-Dokument auf der Internetseite der Bundessteuerberaterkammer (www.bstbk.de) zu finden.

Vorstandsgremien VDPC / VDÄPC

Vorstand der VDPC

Präsident	Priv.-Doz. Dr. med. Klaus Exner, Frankfurt/Main
Vizepräsident	Dr. med. Marita Eisenmann-Klein, Regensburg
Sekretär	Prof. Dr. med. Giulio Ingianni, Wuppertal
Schatzmeister	Dr. med. Hermann Lampe, Frankfurt/Main

Beirat

Mikrochirurgie	Prof. Dr. med. Wolfgang Stock, München
Handchirurgie	Prof. Dr. med. Margita Flügel, Hannover
Verbrennungschirurgie	Prof. Dr. med. Hans-Eberhard Schaller, Tübingen
Ästhetische Chirurgie	Dr. med. Constance Neuhann-Lorenz, München
Wissenschaft, Weiterbildung, Qualität	Prof. Dr. med. Norbert Pallua, Aachen

Vertreter

Niedergelassene Plastische Chirurgen	Dr. med. Joachim Graf von Finckenstein, München
Assoziierte Mitglieder	Dr. med. Riccardo Giunta, München
Vertreter in der DGCh	Prof. Dr. med. Norbert Pallua, Aachen
Vertreter im BDC	Prof. Dr. med. Günter Germann, Ludwigshafen
Vorstandsmitglied DGCh	Prof. Dr. med. Peter M. Vogt, Hannover

Vorstand der VDÄPC

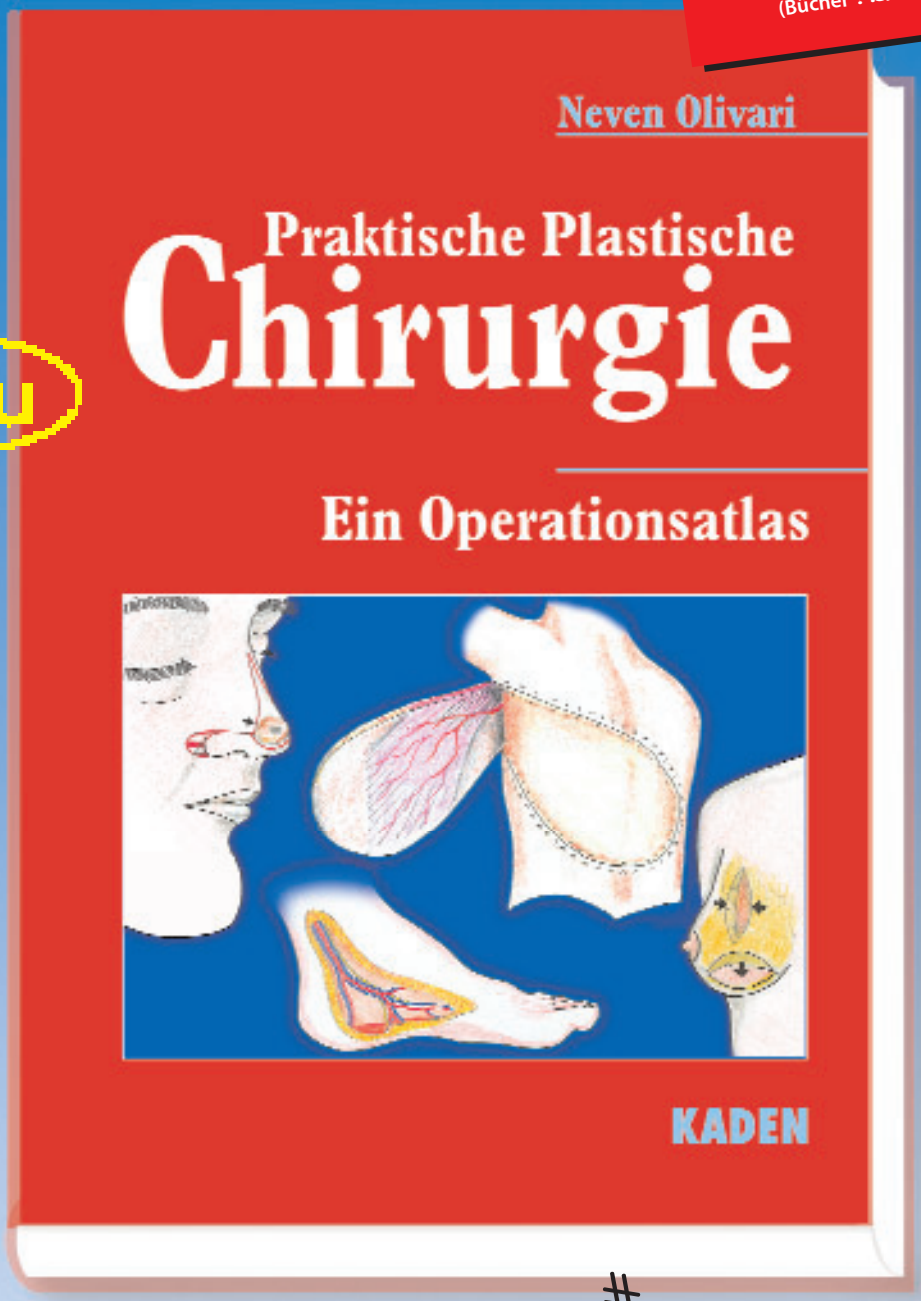
Präsident	Prof. Dr. med. Rolf Rüdiger Olbrisch, Düsseldorf
Vizepräsident	Prof. Dr. med. Axel-Mario Feller, München
Sekretär	Dr. med. Johannes C. Bruck, Berlin
Schatzmeister	Dr. med. Goswin von Mallinckrodt, München
Beirätin VDPC	Dr. med. Constance Neuhann-Lorenz, München

Der günstige Subskriptionspreis gilt nur noch wenige Tage!

Sie sparen fast 20 Prozent

Leseprobe unter www.kaden-verlag.de

(Bücher ? Chirurgie ? Olivari ? Leseprobe)



Neu

Empfohlen von der
Vereinigung der Deutschen Plastischen Chirurgen (VDPC)

XVI, 944 Seiten, über 2800 Abbildungen
(davon 620 Farbzeichnungen),
Atlasformat, gebunden, ISBN 3-922777-55-4

Subskriptionspreis bis 31.12.2004 t259,–, danach t318,–

KADEN

Zu bestellen bei jeder Buchhandlung oder direkt bei:
Kaden Verlag, Ringstraße 19b, 69115 Heidelberg
Tel. 06221/1377600, Fax 29910, Internet: www.kaden-verlag.de

BESTELLCOUPON

Hiermit bestelle ich

---------- Exemplar/e „Praktische Plastische Chirurgie"
zum Subskriptionspreis von je h 259,–; danach h 318,–

Datum/Unterschrift

Name

Straße

PLZ/Ort

Wahlen und Preisverleihungen 2004

Marita Eisenmann-Klein zur Vizepräsidentin der VDPC gewählt

Dr. Marita Eisenmann-Klein aus Regensburg setzte sich gegen Professor Margita Flügel aus Hannover durch. Eisenmann-Klein ist bereits im Weltverband der Plastischen Chirurgen IPRAS Vize-Generalsekretärin. In der VDPC war sie bisher für die Qualitätssicherung zuständig. In dieser Funktion ist sie auch für die Beratung der EU zu Fragen der Sicherheit bei ästhetisch-plastischen Operationen aktiv.

Johannes C. Bruck neuer VDÄPC-Sekretär

Nach fünfjähriger erfolgreicher Tätigkeit als Sekretär der VDÄPC ist Dr. Detlef Witzel von seinem Amt zurückgetreten. Diese Aufgabe hat sein Berliner Kollege Dr. Johannes C. Bruck übernommen, der 2007 in Berlin den Weltkongreß der Plastischen Chirurgen organisiert.

Norbert Pallua und Peter M. Vogt vertreten die VDPC/VDÄPC in der DGCh

Professor Norbert Pallua aus Aachen wird als Vertreter der VDPC/VDÄPC das Präsidium der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie verstärken. Als DGCh-Vorstandsmitglied wurde Professor Peter M. Vogt aus Hannover bestimmt.

„Goldene Kamera" der VDPC ging an Münchener Team

Dr. Laszlo Kovacs und Professor Edgar Biemer aus München sowie Dr. med. Reinhard Gröner aus Hamburg sind in diesem Jahr mit der „Goldenen Kamera" der VDPC ausgezeichnet worden. Mit dem von der Firma Mentor unterstützten und mit 2000 Euro dotierten Preis wird der beste Wissenschafts-/Operationsfilm prämiert. Thema: Endoskopisch assistiertes Stirnlift, Mittelgesichtslift und Composite Facelift.

Polytech-Reisestipendium geteilt

Dr. Dietmar Ulrich aus Aachen und Dr. Nicolas Stütz aus Nürnberg haben jeweils zur Hälfte das Reisestipendium der VDPC erhalten. Die beiden jungen Ärzte können mit einer Summe von je 1000 Euro Hospitationen in renommierten Krankenhäusern im Ausland planen.

Zwei Teams mit VDPC-Wissenschaftspreis ausgezeichnet

Der Wissenschaftspreis wurde an zwei Arbeitsgruppen vergeben. Dr. Jürgen Kopp und seine Kollegen aus Erlangen wurden für das Thema „Accelerated wound healing by in vivo application of keratinocytes overexpressing KGF" ausgezeichnet. Priv.-Doz. Dr. Nikolaos Papadopoulos und Kollegen aus München wurden für das Thema „Three-dimensional cephalometric evaluation of maxillary growth following intrauterine repair of cleft-like defects with autogenous fetal bone transplantation in the mid-gestational sheep model" prämiert.

Vortragspreis an Miriam Müller

Den Vortragspreis hat die 27 Jahre alte Assistenzärztin Dr. Miriam Müller aus Ludwigshafen gewonnen. Sie stellte eine „Anatomische Studie zur Vergrößerung des Gracilis-Perforator-Flaps und die klinische Bedeutung dieser Lappenplastik" vor, basierend auf ihrer Promotionsarbeit im Markus Krankenhaus Frankfurt (Exner/Peek).

Priv.-Doz. Dr. med. Bert Reichert ist seit Juli 2004 neuer Chefarzt der Plastischen Chirurgie des Klinikums Nürnberg. Er leitet die Klinik im Klinikum Süd, mit wiederherstellender Chirurgie, Hand- sowie Verbrennungschirurgie mit dem Nordbayerischen Zentrum für Schwerstbrandverletzte. Ein Zentrum für ästhetische Chirurgie befindet sich in Zusammenarbeit mit den Kollegen aus MKG und HNO im Aufbau. Der 46jährige Reichert setzte sich gegen 15 Bewerber durch. Er studierte in Hannover und wurde nach zehnjähriger Tätigkeit an der Medizinischen Hochschule Hannover 1996 Leitender Arzt für Plastische Chirurgie im Krankenhaus Maria-Hilf in Stadtlohn. Zwei Jahre später ging er an das Universitätsklinikum Lübeck, wo er bis zu seinem Wechsel nach Nürnberg als stellvertretender Leiter der Klinik für Plastische Chirurgie, Handchirurgie, Intensiveinheit für Schwerbrandverletzte tätig und ein Mammazentrum mit aufbaute. Nach der Habilitation wurde er im Sommer 2003 zum Privatdozenten an der Universität zu Lübeck ernannt. Als neuer Chefarzt will Reichert die Klinik am Klinikum Süd auf künftige Entwicklungen vorbereiten und die Mikrochirurgie, komplexe Wiederherstellungsoperationen von Weichteilen sowie die ästhetisch-plastische Chirurgie ausbauen.

Chefärztin Dr. Renate Przybilski-Roch verließ nach 21 Jahren am Bürgerhospital in Frankfurt am Main auf eigenen Wunsch die Klinik für Plastische und Wiederherstellungschirurgie. Seit dem 1. Oktober 2004 setzt sie in der Privatklinik Adickesallee unter Beibehaltung des gesamten Behandlungsspektrums ihre Aktivitäten fort.

Feierliche Eröffnungsrede

Giulio Ingianni

Herzlich willkommen in Düsseldorf zur 35. Jahrestagung der Vereinigung der Deutschen Plastischen Chirurgen und zur neunten Jahrestagung der Vereinigung der Deutschen Ästhetisch-Plastischen Chirurgen. Ein besonderes Willkommen, auch im Namen der Vorstände der VDPC und der VDÄPC gelten: Der Medizinischen Fakultät der Universität Düsseldorf, vertreten durch Herrn Professor Knoefel, Direktor der Chirurgischen Klinik, unseren hochgeschätzten Ehrenmitgliedern, den inländischen und den ausländischen Gästen. Herr Olbrisch und ich haben bewußt hier in Düsseldorf die wissenschaftlichen Programme der VDPC und der VDÄPC nicht getrennt, sondern während des gesamten Kongresses beisammengehalten. Die vier Säulen der plastischen Chirurgie werden bei dieser Jahrestagung gleichmäßig, gleichwertig und gleichberechtigt an jedem Tag vertreten sein. Die ästhetische Chirurgie soll dabei nicht 'trendy' und glamourös in Erscheinung treten, sondern wissenschaftlich fundiert und evidenzbasiert sein. Die vier Säulen der plastischen Chirurgie – die rekonstruktive, die ästhetische Chirurgie, die Handchirurgie und die Verbrennungsmedizin – verdienen gleiche Beachtung in der Lehre, in der Forschung, in der Weiterbildung und in der fachärztlichen Qualitätssicherung.

Die plastischen Chirurgen behaupteten sich durch bessere Kenntnisse, bessere Ergebnisse und durch eine bessere Qualität – nicht durch eine höhere Einschaltquote

Nun im Jahr 35 nach der Etablierung der Monospezialität Plastische Chirurgie, erst als Schwerpunkt, dann als Gebiet und jetzt als Facharzt im Gebiet Chirurgie, stehen wir gerade wegen der ästhetischen Chirurgie im Focus des öffentlichen Interesses und der Medien. Von uns wird Professionalität und die Übernahme einer Führungsrolle erwartet, die heute von der Öffentlichkeit auf dem weiten Feld der ästhetischen Medizin vermißt wird. Wenn wir um die Weiterentwicklung und die Zukunft des Faches besorgt sind, sollten wir zunächst einen Blick zurück zu den Wurzeln richten: Als die plastische Chirurgie in Deutschland aus einer inhomogenen Fachgesell-



schaft von regionalen, rekonstruktiven plastischen Chirurgen heraustrat, um eine eigenständige Fachgesellschaft, die VDPC zu gründen, stand nicht Glamour, sondern harte Arbeit im Vordergrund. Dadurch konnte unsere Fachgesellschaft bei der International Confederation for Plastic, Reconstructive and Aesthetic Surgery akkreditiert werden und vertritt weltweit seitdem die deutsche plastische, rekonstruktive und ästhetische Chirurgie.

Heute müssen die plastischen Chirurgen – wie früher – ihre Leistungsfähigkeit und ihre innovative Kraft beweisen

Die plastische Chirurgie hat sich in den nachfolgenden Jahrzehnten Respekt und Achtung verschafft, hat sich etabliert und konsolidiert, durch die Entwicklung von immer besseren Operationstechniken in der Lappenplastik, durch die Optimierung der Handchirurgie und der Therapie von Schwerverbrannten, durch die Replantationschirurgie, die freie Gewebetransplantation, die präfabrizierten Lappen, das Tissue Engineering sowie durch die Verfeinerung ästhetisch-chirurgischer Techniken. Gegenüber anderen auf diesem Feld Tätigen hatten sich die plastischen Chirurgen durch bessere Kenntnisse, bessere Ergebnisse und durch eine bessere Qualität – und nicht durch eine höhere Einschaltquote in den Medien – behaupten können.

Zu viele junge Chirurgen lassen sich heute unmittelbar nach Abschluß ihrer Facharztausbildung nieder und begeben sich auf das schwierige Parkett der ästhetischen Chirurgie, oft mit Originalitäten aber leider häufig ohne Professionalität. Wir, verantwortlich für die Weiterbildung, sind in zweierlei Hinsicht gefordert: Zum Einen sollen wir uns dafür einsetzen, daß intelligente PR nicht mit öffentlichem Klamauk verwechselt wird und daß Erfolg nur mit harter Arbeit und viel Erfahrung, im Laufe der Jahre gesammelt und erreicht werden kann. Zum Anderen sollen wir attraktive Perspektiven bieten: Drittmittelanwerbung, Forschung, internationale Netzwerke, eine akademische Laufbahn sowie die Schaffung von Wertvorstellungen und Selbstwertvorstellungen.

Zurück zu den Wurzeln, bedeutet auch, sich zu besinnen auf das Durchsetzungsvermögen und die Beharrlichkeit der VDPC der vergangenen Jahre. Es bedeutet, sich zu besinnen, daß interne Diskussionen hart durchgeführt werden dürfen – so wie früher. Innere Zerreißung? – Nein danke!

Lassen Sie mich bitte zum Schluß auf einer hohen Welle hinweisen, die wie ein Tsunami auf uns zurollt: Die rasche Ökonomisierung des Gesundheitssystems in Deutschland führt zu einer Rationalisierung, bald zu einer Rationierung des medizinischen Angebotes in den Krankenhäusern. Großkonzerne kaufen in rascher Folge öffentliche Häuser auf und bereinigen defizitäre Haushalte mit dem Abbau von Betten und Personal. Dies mag vernünftig sein, wenn das Pendel nicht zu sehr in die andere Richtung ausschlägt. Die Dynamik ist auf alle Fälle atemberaubend! Dabei geht es um die Bilanzen und nicht um die Erhaltung einer differenzierten, medizinischen Versorgung. Im Gegenteil, es werden Verschmelzungen, Zentralisierungen bis zur Anonymisierung von Spezialitäten in Zentral-Ambulanzen, in zentralen OP-Einheiten, in zentralen Schreibdiensten, in zentralen Telefon-Diensten, in zentralen Geschäfts-Zimmern, interdisziplinären Diensten und interdisziplinären Stationen betrieben. Die Gefahr ist groß, daß einige Teilbereiche der plastischen Chirurgie dabei durch andere Fächer annektiert werden, die sich ebenfalls in einem darwinistischen Überlebenskampf befinden. Darwin sagte allerdings *survival of the fittest*, nicht *of the biggest* oder of the strongest! Heute müssen wir daher unsere Leistungsfähigkeit, unsere innovative Kraft so wie früher beweisen. Denn ein Nachlassen der Qualität kann sich für unser Fach fatal auswirken. Wir bleiben nur dann unentbehrlich, wenn wir unwidersprochen die Hände am besten operieren, die Brüste am schönsten rekonstruieren und formen, die chronischen Wunden am effektivsten behandeln und die ästhetischen Operationen am feinsten durchführen. Dies bedeutet auch, Universitätskliniken und Abteilungen von größeren Institutionen in öffentlichen und privaten Häusern, an denen mehr geforscht, mehr ausgebildet und weitergebildet wird, zu stärken – und in den Medien mehr sachliche Aufklärung und weniger sensationelle Live-Operationen zu gestalten. Wir sind in der Tat keine Trapez-Künstler ohne Netz und unsere Vereinigung ist kein Zirkus! Gewiß, wenn das Kind bereits in den Brunnen gefallen ist, dann müssen wir es retten und verhindern, daß es wieder hinein fällt. ■



Laudatio für Frau Prof. Dr. med. Ursula Schmidt-Tintemann

Rolf Rüdiger Olbrisch

„Es ist mir keine saure Arbeit, sondern eine freudige Beschäftigung gewesen, und diesen Stempel wünschte ich ihm aufgedrückt zu haben." Dieser Satz stammt aus Dieffenbachs eigenem Vorwort zu seinem großen Lebenswerk, das er „Operative Chirurgie" nannte und nach seinem Tod in zwei Bänden bei Brockhaus in Leipzig – 1845 im ersten Band und 1848 im zweiten Band – durch seinen Neffen Johann Böhring veröffentlichen ließ. Johann Friedrich Dieffenbach war am 1. Februar 1792 in Königsberg geboren worden, und starb 1847 mit nur 55 Jahren während einer Vorlesung in der Charité an einer foudroyanten Apoplexie. In seiner Ausbildungszeit zum Chirurgen hatte er sich Anregungen insbesondere in Frankreich geholt, bevor er in Berlin an der Charité 1840 Nachfolger von Karl Ferdinand von Graefe wurde. Sein Vorgänger war 1810 mit 23 Jahren als Professor für Chirurgie an die neu gegründete Berliner Universität berufen worden. Er entwickelte die ersten chirurgischen Techniken, die Zeis in Dresden 1833 mit „Plastischer Chirurgie" umschrieb, die daran anschließend Dieffenbach mit unendlicher Phantasie in allen Zonen der Körperoberfläche so originell entwickelte, daß ihm zu fast allen Fehlbildungen, Fehlentwicklungen, Funktionsstörungen und Deformierungen Behandlungsschritte einfielen, die wir nach 160 Jahren immer noch als Basis unseres Faches betrachten und wiederum unsere Schüler lehren.

Mit Recht dürfen wir Dieffenbach als den Urvater der plastischen Chirurgie in Deutschland betrachten

Mit Recht dürfen wir Dieffenbach als den Urvater der plastischen Chirurgie in Deutschland betrachten – ein Fach, das in unserem Lande über dunklen Tälern des Vergessens und des Versagens am plastisch-chirurgischen Himmel einzelne Sterne aufstrahlen ließ, deren Namen wir noch heute mit Ehrfurcht nennen. Allerdings müssen wir bekennen, daß es in unserem Land keine durchgängige plastisch-chirurgische Milchstraße gab, sondern nur einzeln aufleuchtende Eruptionen und dann wieder viel Dunkel. Lexer vor 100 Jahren und Joseph nach dem ersten Weltkrieg waren die letzten Fixsterne, bevor die selbstbestimmte Isolation unseres Landes zu einer Unterbrechung der fachlichen Entwicklung führte, die erst nach dem zweiten Weltkrieg und 40 Jahre später von einer mutigen Gruppe neuanfangswilliger, änderungsdrängender und festentschlossener Jungchirurgen beendet wurde – im Grunde Menschen wie Dieffenbach aus Königsberg. Dessen Loblied sang eben hier in Düsseldorf vor 15 Jahren der Medizinhistoriker unserer Heinrich-Heine-Universität, Professor Hans Schadewaldt, als wir ihn anläßlich der 19. Jahrestagung unserer VDPC gebeten hatten, das Grundsteinlied zu diesem damals von uns neu geschaffenen Ehrenpreis unserer Vereinigung zu singen. Hans Schadewaldt ahnte damals nicht, daß gänzlich unerwartet am Ende seines spannenden Vortrages ein junger amerikanischer plastischer Chirurg aus der ersten Reihe des Hörsaals auf- und ihm in die Arme springen sollte, dessen Name John Dieffenbach war. Er war als Nachfolger unseres legendären Urvaters gekommen und wollte ein Beispiel sein dafür, daß es mit diesem lebensvollen wunderschönen Sondergebiet der Chirurgie ungebrochen weiter gehen kann.

Beginn des Medizinstudiums in der Heimatstadt Königsberg, 1944 folgte der Wechsel nach Prag

Es formt sich ein plastisch-chirurgischer Kreis, wenn Sie erfahren, daß unsere diesjährige Preisträgerin ebenfalls aus Königsberg stammt. Sie

Gehalten, anläßlich der Verleihung der Dieffenbach-Medaille auf der 35. Jahrestagung der Vereinigung der Deutschen Plastischen Chirurgen am 23. September 2004 in Düsseldorf

mußte wie Dieffenbach mit chirurgisch und jugendlich unbändigem Willen etwas Neues aufbauen, was skeptisch beäugt und als überflüssig verdrängt, nur von einem starken Mentor gestützt in Geduld geschaffen und etabliert werden konnte. So wie Graefe in Berlin der Mentor für Dieffenbach war, so war es Georg Maurer in München für Ursula Schmidt-Tintemann. Angefangen hatte Ursula Tintemann ihr Medizinstudium in der Heimatstadt in Königsberg. Von dort ging sie 1944 zur Fortsetzung des Studiums nach Prag. Dort wurde sie nach dem Physikum als Lazarettschwester zwangsverpflichtet, und die Russen nahmen sie 1945 als Wehrmachtsangehörige in Kriegsgefangenschaft. Es gelang ihr mit einigen Leidensgenossinnen zu fliehen und sich in nächtlichen Märschen nach Pilsen zu den Amerikanern durchzuschlagen. Dort gab ihr ein deutscher Militärarzt im Verwundeten-Lazarett seine Heimatadresse in Haar bei München. Mit dieser Adresse in der Tasche kam Ursula Tintemann als 21jährige Medizinstudentin im Mai 1946 in einem Güterwaggon in München an und verbrachte, wie viele Andere, die ersten Nächte in den Trümmern des zerbombten Hauptbahnhofs. Das Medizinstudium an der Ludwig-Maximilians-Universität durfte sie erst wieder aufnehmen, nachdem sie als Trümmerfrau Schutt geschaufelt und den Trümmerschein erworben hatte. Verheiratet und als Mutter einer Tochter macht Ursula Schmidt-Tintemann das Staatsexamen, und es gelingt ihr, als Pflichtassistentin in die Chirurgie zu Professor Georg Maurer ins Perlacher Krankenhaus zu kommen. Sie begeisterte sich rasch. „Die Chirurgie hatte mich gepackt“ sagte sie von einem Fach, welches zumindest damals ungewöhnlich war für eine Frau. Aber sie erhielt wunderbare und zuverlässige Unterstützung durch ihren Mann und insbesondere den Sohn, der sie immer wieder anspornte, wenn sie meinte, nicht weiter zu können. Ein Verkehrsunfall nahm ihr beide Männer.

Ursula Schmidt-Tintemann hospitierte an den Universitätskliniken in Hamburg, in Düsseldorf und in Basel bei Koryphäen wie Rudolf Nissen, Ernst Derra und Ludwig Zukschwerdt. Hier fand sie ihre Vorbilder, mußte jedoch erkennen, daß in damaliger Zeit die Frau in der Chirurgie gegen die unendlich stark erscheinenden Halbgötter in weiß „keinen Fuß auf den Boden bekommen würde“, wie sie sagte, wenn sie sich nicht eine Spezialisierung suchte.

Anders als die angelsächsischen und skandinavischen Chirurgen pflegten die Deutschen und ihre Chirurgen die heroische Einstellung, daß Narben Ehrenzeichen seien

Dann auf einem Chirurgenkongreß in München hörte Ursula Schmidt-Tintemann einen Vortrag über plastische Chirurgie bei Gesichtslähmungen. Die vortragende Elisabeth Winkler aus Wien hatte in Schweden bei dem berühmten plastischen Chirurgen Ragnell Operationstechniken gelernt, die in Deutschland unbekannt waren. Die schrecklichen Kriegsverletzungen des ersten Weltkrieges hatten zwar in ganz Europa eine Blüte der „Wiederherstellungschirurgie“ provoziert, was wir voller Bewunderung insbesondere in den Werken von Joseph verfolgen können.

Anders aber als die angelsächsischen und skandinavischen Chirurgen pflegten die Deutschen und ihre Chirurgen die heroische Einstellung, daß Narben Ehrenzeichen seien. Das Empfinden für die ästhetisch-psychologische Dimension der plastischen Chirurgie war nicht vorhanden. Dazu gehört Herbert Höhlers Erlebnis auf einem der deutschen Chirurgenkongresse in den 60er Jahren: Nach seinem Vortrag über die Möglichkeiten des Brustwiederaufbaues nach Amputation wegen Krebses erlebte er Schmähruf e und mußte hören: „Die Frau soll froh sein, daß sie lebt!“ Die plastisch-chirurgische Welt draußen erkannte sein Genie und ehrt ihn als den ersten, der sich Gedanken darüber machte, die Folgen der verstümmelnden Brust-Chirurgie zu korrigieren. Ursula Schmidt-Tintemann erkannte dieses Defizit im Denken und Handeln in der deutschen Chirurgie und trat eine große Bildungsreise an, die sie als Gastärztin zu Elisabeth Winkler nach Wien, zu MacIndo in East Grinstead, zu Aufricht, Pears, McDowell und Blocker in die USA führte. Georg Maurer zu Hause in München ließ sie gewähren und eine Abteilung aufbauen, die Ursula Schmidt-Tintemann mit Handzetteln im Klinikum bekannt machte, auf denen sie ihr Angebot notierte: Aufgelegene Druckgeschwüre, Krallenhände, abstehende Ohren und offene Beine zu behandeln und Brustrekonstruktionen und Hauttransplantationen nach Verbrennungen durchzuführen. Sie wußte, daß eben diese Problem-



Repithel® – Wunden schneller besser heilen

Repithel®: optimierte Wundheilung durch „Advanced Healing System" mit 3-fach-Ansatz

- Feuchte Wundheilung und Débridement dank Hydrogel
- Durchdringen der gesamten Wunde mit Hydrosomen plus Infektionsprophylaxe
- Zellheilung und Gewebeaufbau durch körperidentische Phospholipide

Repithel® – für empfindliche und schlecht heilende Wunden

Repithel®

FEUCHTE WUNDHEILUNG MIT SYSTEM

Medizinprodukte der Klasse III

fälle gern von den anderen Kollegen abgegeben wurden und betrachtete sich, so wie sie es ihren Schülern beizubringen pflegte, als Dienstleister an den – zumindest damals – unpopulären Grenzen der Chirurgie.

Mit der Etablierung des neuen Faches im eigenen Haus begann auch ihr Bemühen um die Etablierung des Faches im großen Gebiet der allumfassenden allgemeinen Chirurgie

Mit der Etablierung des neuen Faches im eigenen Haus begann auch ihr Bemühen um die Etablierung des Faches im großen Gebiet der allumfassenden allgemeinen Chirurgie. Sie erlebte, daß sich in der nach dem Krieg gegründeten Deutschen Gesellschaft für Plastische und Wiederherstellungschirurgie die Ophthalmologen, die Urologen, die Orthopäden und Traumatologen – Ärzte aller schneidenden Fachgebiete versammelten, die jeweils nur ihre bestimmte Körperregion formend behandelten: Das lag nicht in der Idee der plastischen Chirurgie, die sich mit der gesamten Körperoberfläche mit ihren angeborenen Fehlbildungen, Fehlentwicklungen oder Krankheits-, Unfall- oder altersbedingten Veränderungen beschäftigt. 1968 trat Ursula Schmidt-Tintemann deswegen aus dieser Gesellschaft aus und gründete zusammen mit Buck-Gramcko aus Hamburg, Müller aus Bochum und Zellner aus Ludwigshafen die Vereinigung der Deutschen Plastischen Chirurgen. Mitglieder durften darin nur die Ärzte werden, die ausschließlich in der plastischen Chirurgie tätig waren. 1970 organisierte Ursula Schmidt-Tintemann die erste Jahrestagung der VDPC in München. Inzwischen hatte Ursula Schmidt-Tintemann als Präsidentin der Vereinigung in der Bundesärztekammer erfolgreich für die Anerkennung der plastischen Chirurgie als eigenes Teilgebiet der Chirurgie gekämpft, womit sie die Basis gelegt hatte für den endgültigen Durchbruch 15 Jahre später, als die sechsjährige Facharztausbildung verankert wurde im aufgewühlten Meer der großen Chirurgie. Ursula Schmidt Tintemann darf stolz sein auf das, was sie mit qualitätsvoller Arbeit und überzeugenden Worten in 35 Jahren für uns alle geschaffen hat. Sie weiß wie wir, daß wir noch nicht am Ziel sind. In der letzten Woche fand sich im *Deutschen Ärzteblatt* die Annonce der Heinrich-Heine-Universität, daß ein C4-Professor für Virologie gesucht würde. Man stelle sich die Größe oder Winzigkeit dieser kleinen Biester vor, für die es einen C4-Professor braucht. Es ist diesem Kollegen zu gönnen. Aber andererseits gibt es an eben dieser selben Heinrich-Heine-Universität in Düsseldorf bis heute keine Klinik für dieses große Fach der plastischen Chirurgie, keine Abteilung, keinen Oberarzt, nicht einmal einen neuaufbauwilligen und durchsetzungsfähigen jungen Assistenten, wie vor 50 Jahren mit Ursula Schmidt-Tintemann bei Georg Maurer am Klinikum rechts der Isar in München.

Liebe hochverehrte Lehrerin!
Schillers Idealismus ist immer auch der Ihre gewesen. Schiller sagte uns: Es kommt darauf an, etwas aus dem zu machen, wozu man gemacht wurde. Sie fühlten sich wie er von keiner gnädigen Natur getragen, wie Goethe das von sich sagen konnte. Sie wollten nicht ein ruhiges und gelassenes Weltvertrauen wie dieser besitzen, Sie waren der Meinung, alles selber machen zu müssen. In seinem schwachen Körper wurde Schiller zu einem Athleten des Willens, im Leben und im Werk. In der in den Augen der Chirurgen schwachen Figur einer schwachen Frau wurden Sie für uns eine Athletin des Willens zu einem neuen Weg in der Chirurgie, dem plastisch-chirurgischen Weg von Dieffenbach. Ihre immense Stärke als Lehrerin lag darin, uns, Ihren Schülern, große Freiheit zu lassen bei der Durchsetzung unserer eigenen Fantasien und Willen. So entstand in München am Klinikum rechts der Isar um Sie herum durchaus ein brodelnder Vulkan, den Sie über das ganze Land ausspeien ließen, um bunt verteilt neue plastisch-chirurgische Feuer zu setzen und um Dieffenbachs Ideen auf- und weiterleben zu lassen. Eines dieser Flämmchen zündelt in Wuppertal und eines in Köln. Ein anderes zündelt in Bochum und das nächste in Düsseldorf. Alle diese Feuer sind stolz, von Ihrer Olympischen Flamme in München abzustammen und alle Mitglieder der Vereinigung der Deutschen Plastischen Chirurgen sind stolz, in Ihnen zusammen mit Buck-Gramko, Müller und Zellner die Mutterflamme zu wissen. ■

Januar 2005

11.–14.1.2005 Flims/Laax/Falera – Schweiz
23. Jahrestagung der deutschsprachigen Arbeitsgemeinschaft für Verbrennungsbehandlung (DAV) 2005
Informationen und Anmeldung unter www.dav2005.ch
Anfragen: Dr. med. Volker Wedler, Klinik für Wiederherstellungschirurgie, Universitätsspital Zürich, Rämistr. 100, CH-8091 Zürich, Tel. 0041-1/2552707, Fax 2558948, email: dav2005@hotfeet.ch

Februar 2005

11.–12.2.2005 Berlin UKB
2. Fortbildungsseminar der Deutschen Gesellschaft für Handchirurgie
In Zusammenarbeit mit der Chirurgischen Arbeitsgemeinschaft Handchirurgie der DGCH (CAH), der Sektion Hand- und Mikrochirurgie der DGOOC, der Sektion Handchirurgie der DGU sowie der VDPC
Themen: Nervenverletzungen, Kompressionssyndrome / Reflexdystrophie / Schmerztherapie
Wissenschaftliche Leitung:
Prof. Dr. P. Brüser, Bonn /
Tagungsleiter: Priv.-Doz. Dr. A. Eisenschenk, Unfallkrankenhaus Berlin
Anfragen: Berufsverband der Deutschen Chirurgen, Seminarabteilung, Luisenstr. 58/59, 10117 Berlin, Tel. 030/28004-120

26.2.2005 Nürnberg
1. Nürnberger Frühjahrssymposium „Plastische Chirurgie“
Themen: Fortschritte in der plastisch-chirurgischen Behandlung Schwerbrandverletzter / Handchirurgie / Rekonstruktive Plastische Chirurgie
Wissenschaftliche Leitung/Anfragen: Priv.-Doz. Dr. B. Reichert, Klinik für Plastische, Wiederherstellende und Handchirurgie, Zentrum für Schwerbrandverletzte, Klinikum Nürnberg-Süd, Breslauer Str. 201, 90471 Nürnberg, Tel. 0911/398-2367 o. -2370, Fax 3985373, email: reichert@klinikum-nuernberg.de

März 2005

5.3.2005 Wien
Frühjahrsklausurtagung der Österreichischen Gesellschaft für Handchirurgie
Thema: Kompressionssyndrome des Nervus ulnaris
Informationen unter www.handchirurgie-ges.at
Anfragen: Priv.-Doz. Dr. med. B. D. Krapohl, Klinik für Plastische Chirurgie und Wiederherstellungschirurgie, Krankenhaus der Stadt Wien-Lainz, Wolkersbergenstr. 1, A-1130 Wien, Tel. 0043-1/80110-2649, Fax 80110-2719, email: bjoern-dirk.krapohl@wienkav.at

9.–11.3.2005 Stuttgart
Stuttgart International Course for Functional & Aesthetic Rhinoplasty
Wissenschaftliche Leitung: Prof. Dr. W. Gubisch
Faculty: Gilbert Aiach, Paris / Michael Bromba, Essen / Helmut Fischer, Stuttgart / Gunter Mlynski, Greifswald / Kay Sauckel, Wolfratshausen
Anfragen: Frau Karin Godinez, Klinik für Plastische Gesichtschirurgie, Marienhospital Stuttgart, Böheimstr. 37, 70199 Stuttgart, Tel. 0711/6489-8241, Fax 64898242, email: plg@vinzenz.de (schriftliche Anmeldung erbeten).

September 2005

28.9.–1.10.2005 München und Starnberg
Gemeinsame Jahrestagung der VDPC, VDÄPC und ÖGPÄRCH 2005
36. Jahrestagung der Vereinigung der Deutschen Plastischen Chirurgen – VDPC
10. Jahrestagung der Vereinigung der Deutschen Ästhetisch-Plastischen Chirurgen – VDÄPC
43. Jahrestagung der Österreichischen Gesellschaft für Plastische, Ästhetische und Rekonstruktive Chirurgie – ÖGPÄRCH
Tagungspräsidenten: Dr. Joachim Graf von Finckenstein, Starnberg / Priv.-Doz. Dr. Christian J. Gabka, München / Prof. Dr. med. Hildegunde Piza-Katzer, Innsbruck
Weitere Informationen, Programm und Anmeldung siehe unter www.vdpc2005.de

Internationale Kongreßtermine

19.–23.3.2005 Mumbai, Indien
Asian-Pacific Section der International Confederation of Plastic, Reconstructive and Aesthetic Surgery

28.8.–3.9.2005 Wien, Österreich
European Section der International Confederation of Plastic, Reconstructive and Aesthetic Surgery

7.–10.9.2006 Buenos Aires, Argentinien
International Society of Aesthetic Plastic Surgery

24.–29.6.2007 Berlin
International Confederation of Plastic, Reconstructive and Aesthetic Surgery

Fachärzteverzeichnis der plastisch-ästhetischen Chirurgie Online

Im unabhängigen Online Internetportal www.beauty-operation.de können Sie Ihre Praxis/Klinik eintragen lassen. Die Besucher des Verzeichnis nutzen dieses zur anonymen Information.

Präsentieren Sie sich in der breiten Öffentlichkeit und steigern Sie Ihre Bekanntheit durch einen Eintrag in das Internetportal www.beauty-operation.de.

MediaService HB Tulpenstr. 2 92690 Pressath info@beauty-operation.de

WWW.BEAUTY-OPERATION.DE

Faxantwort 09644/918575

Bitte senden Sie uns weitere Informationen:

Praxis/Klinik: _____

Name: _____

Tel: _____

Fax: _____

E-Mail: _____

Ihre Nachricht: _____

Jetzt 15% Rabatt auf alle Einträge!*

*Für alle eingehende Anmeldungen bis zum 28.02.05. Gültig für das erste Eintragsjahr.

Dieffenbach-Vorlesung am 23. September 2004 in Düsseldorf

Wie es anfing und wo es hinführt in der plastischen Chirurgie

Ursula Schmidt-Tintemann

Bevor ich Ihnen von der Renaissance der plastischen Chirurgie nach dem zweiten Weltkrieg aus meinem ganz subjektiven Blickwinkel erzähle, möchte ich Sie bitten, sich auszumalen, was Johann Friedrich Dieffenbach wohl sagen würde, wenn er sich heute in der plastischen Chirurgie umschauen könnte. Er wäre begeistert von den Verfahren, die Sie praktizieren und die Sie entwickelt oder weiterentwickelt haben. Er wäre glücklich über die neuen Möglichkeiten der Heilung und er wäre beeindruckt von den Fortschritten in unserem Fach – mit den sich daraus ergebenden operativen Möglichkeiten und psychologischen Einsichten. Letztere würden ihn allerdings kaum überraschen. Was immer wir heute darüber wissen, scheint er zumindest geahnt zu haben. Überraschen würde ihn aber, daß Patienten und Ärzte die Risiken einer Operation selbst dann auf sich nehmen, wenn der Eingriff gar nicht notwendig ist, sondern nur dem Wunsch eines Kunden entspricht, weil zum Beispiel dem jeweiligen Partner die Nase nicht paßt. Irgendwann würde ihm vielleicht auch das Operationsprogramm einiger – glücklicherweise weniger – plastischer Chirurgen merkwürdig vorkommen, denn, abgesehen von den Operationen, die ihm, Dieffenbach, überflüssig erschienen, würde er notwendige vermissen und er würde sich fragen, warum manche Eingriffe so oft – und nur dürftig indiziert – ausgeführt werden, und andere, wiewohl indiziert, so selten. Zumal doch jetzt die Voraussetzungen der Schmerzstillung, der Sterilität oder des Instrumentariums vorhanden wären, die er sich immer erträumt hatte.



Johann Friedrich Dieffenbach, 1792–1847

„Schönheitschirurgie“ oder „kosmetische Chirurgie“ – mit Etikettenschwindel wird der kommerziellen Scharlatanerie Tür und Tor geöffnet

Mit dem Begriff „Schönheitschirurgie“ oder „kosmetische Chirurgie“ – gemeint ist wahrscheinlich viel eher „chirurgische Kosmetik“ – könnte er ebensowenig anfangen wie ich damit anfangen kann, seit diese Begriffe aus dem Service-Marketing im Schwang sind. Ich gebe zu, daß ich sogar Probleme mit der Bezeichnung „ästhetische Chirurgie“ habe. Im Gegensatz wozu? Im Gegensatz zu einer „unästhetischen“ Chirurgie? Dieffenbach konnte nicht ahnen, daß mit derartigem Etikettenschwindel eines Tages der kommerziellen Scharlatanerie Tür und Tor geöffnet werden würde. Ihm hätte der von Eduard Zeis 1838 in seinem Handbuch eingeführte Begriff „plastische Chirurgie“ vollauf genügt. Im Text von Zeis gibt es eine Passage, mit der er vor knapp 170 Jahren die Be-

zeichnung plastische Chirurgie zum ersten Mal bestimmt und gerechtfertigt hat, um „dem vorliegenden Gegenstand den Namen ‘plastische Chirurgie’ zu geben.“ Plastisch, natürlich im Sinne von formend. Dieffenbach sprach und schrieb von „Wiederherstellung“. Aber die Begriffsbestimmung von Zeis hat ihm eingeleuchtet und er führte sie ebenfalls ein. Wenn sich Dieffenbach in unseren Fachjournalen über die heutige plastische Chirurgie informieren würde, dann könnte er denken, daß sie sich vor allem in Standespolitik – vulgo: Vereinsmeierei – erschöpft. Am Abend schließlich würde er sich vor dem Fernsehgerät fragen, warum die plastische Chirurgie in dieser merkwürdigen Veranstaltung auf das Absaugen von Fett und auf Eingriffe an der weiblichen Brust reduziert bleibt, während von der Behandlung schwerer Verbrennungen, der Korrektur von Lippen-Kiefer-Gaumenspalten oder der mikrochirurgischen Replantation total amputierter Gliedmaßen so gut wie nie die Rede ist. Er wüßte nicht, ob sich da Schauspieler als Ärzte ausgeben oder ob Ärzte sich als Schauspieler zur Verfügung stellen. Die ausgezeichnete Darstellung, die wir kürzlich von Herrn Steinau sehen durften, ist leider nur ein seltenes Beispiel für gelungene und notwendige Aufklärung in einer Wüste von Operations-Kitsch.

Bäuche beseitigt man nicht durch Diät – man läßt sie durch einen Chirurgen entsorgen und kauft sich damit die eher schädliche Illusion von Gesundheit

Aber, so wie ich Dieffenbach einschätze, würde er schnell durchschauen, daß es bei solchen Sendungen nicht um Aufklärung, geschweige denn um plastische Chirurgie geht, die er bekanntlich für die „höchste Blüte der ganzen Chirurgie“ hielt. Dennoch würde ihn die Unverfrorenheit überraschen, mit der einem Millionenpublikum als Aufklärung angedreht wird, was zur bloßen Unterhaltung gedacht ist – nämlich weibliche Brüste, pralle Kehrseiten und Operateure, die hinter ihren maskenartigen Mundtüchern und mit ihren bunten Kopfbedeckungen ein wenig an den Karneval von Venedig erinnern. (Gemeint ist nicht nur diese unsägliche Klinik am Bodensee.) Der Unterschied zwischen den Zuschauern eines Massenmediums und den sogenannten Schaulustigen am Straßenrand die nach einem schweren Unfall Blut sehen wollen, käme Dieffenbach nicht besonders groß vor. Er würde vermutlich recht schnell das eigentliche Anliegen erkennen, nämlich daß es, was die Körperform, den physischen Ausdruck oder die Wirkung auf andere angeht, weniger um eigene Anstrengung geht, etwas aus sich zu machen, etwa durch gesunde Ernährung oder ein ansprechendes Wesen, sondern darum, etwas aus sich machen zu lassen, und zwar von einem, den man dafür bezahlt. Bäuche beseitigt man nicht durch Diät; man läßt sie durch einen Chirurgen entsorgen und kauft sich damit die eher schädliche Illusion von Gesundheit, wie eine kürzlich im *New England Journal of Medicine* (17.6.2004) veröffentlichte Studie feststellt. Dieffenbach würde seinen Augen nicht trauen, wenn er sähe, daß der amerikanische Kollege Dr. Greenberg – Mitglied renommierter Fachgesellschaften – seine Patientinnen nach Brustaugmentationen zur Reklame auf einen Laufsteg schickt. Natürlich mit züchtigen BHs, damit man die Operationsergebnisse nicht allzu genau sieht; und daß der Operateur dabei sogar als Conferencier auftritt, um Kunden anzulocken. Er würde es kaum glauben, daß in China plastisch-chirurgische Kliniken aus dem Boden schießen wie Pilze und daß gerade jetzt dort ein Schönheitswettbewerb organisiert wird, an dem nur Konkurrenten teilnehmen dürfen, die ihre Schönheit plastisch-chirurgischen Eingriffen verdanken. In einem Interview mit der *International Herald Tribune* vom Juli 2004 schwärmt eine junge Chinesin von einer Gesellschaft, in der künftig alle gleich schön sein werden. Definiert wird diese schöne neue Gleichheit dann vermutlich nicht mehr von Bildhauern oder von Malern, sondern von Schönheitschirurgen – besungen wird sie nicht mehr von Dichtern, sondern von den Werbetextern chirurgischer Behandlungszentren. Ein Paradigmenwechsel kündigt sich an, der recht bald die unverwechselbaren Menschengesichter, die wir auf den Gemälden der alten Meister bewundern, durch verwechselbare ersetzen könnte.

Die US-Streitkräfte locken Freiwillige an – wie dem *New Yorker* (26.7.2004, S. 29) und Heft 3 der *Plastischen Chirurgie* zu entnehmen ist – mit kostenlosen Brustvergrößerungen, Nasenkorrekturen oder Fettabsaugungen für jeden Uniformträger und dessen Angehörige. Einwände, daß eine Armee kein Wellness-Verein auf Kosten der Steuerzahler sei, beantwortet der Chef der Plastischen Chirurgie im Brooks Army Medical Center, Dr. Bob Lyons: „Wenn am Ende ein glücklicher Soldat oder Matrose dabei herauskommt, dann ist das eine schöne Dreingabe. Aber deswegen machen wir es nicht. Wir machen es, um unsere Fertigkeit zu trainieren, Ver-

wundeten mit rekonstruktiven Eingriffen zu helfen.“ Der plastische Chirurg Dr. Parson denunziert das als billige Ausrede: „Wenn die Brustvergrößerungen machen, dann üben sie Brustvergrößerungen und sonst gar nichts.“ Chirurgische Kosmetik und rekonstruktive Chirurgie seien zwei Paar Stiefel.

Mit der Beseitigung des Schmerzes und der Verhinderung der Wundinfektion wurden die Grundlagen für die heutige Chirurgie geschaffen

Wie erklärt sich nun die Blüte der plastischen Chirurgie bis zur Mitte des 19. Jahrhunderts, die durch Namen wie Dieffenbach, Ferdinand von Graefe und Zeis geprägt ist, und wie erklärt sich die darauf folgende Pause? Bis zur Mitte des 19. Jahrhunderts stand den Chirurgen keine kontrollierbare Narkose zur Verfügung. Wie der ehemalige Würzburger Ordinarius Ernst Kern einmal gesagt hat (6. Juni 1993, Duisburg), mußten Helfer einen schreienden und um sich schlagenden Patienten festhalten, damit der Chirurg operieren konnte. Asepsis war unbekannt. Während der Zeit Billroths in Zürich starben 86 Prozent der Oberschenkelamputierten und 58 Prozent der Unterschenkelamputierten an Infektionen. Ernst Kern zitiert Nepomuk Nussbaum: „Man sah gesunde junge Leute mit groschengroßen frisch aussehenden Wunden in das Spital kommen und sterben … Ihre Wunden wurden anstatt kleiner, alle Tage größer, tiefer, grün und blau belegt, stinkend und waren gezackt an den Rändern, als ob ein wildes Tier daran genagt hätte.“ Es blieb den operierenden Ärzten damals also gar nichts anderes übrig, als sich, wenn irgend möglich, auf die Körperoberfläche zu beschränken. Das führte dazu, daß fast alle bedeutenden Operateure entweder auch oder vor allem „plastische Chirurgen“ waren. Die entscheidende Wende trat ein durch die Entwicklung der Narkose und der Antisepsis. Hatte sich Dieffenbach anfangs noch gegen die Anwendung von Äther ausgesprochen, weil jetzt auch Stümper Zugang zur Chirurgie finden würden, da ein präziser, sachkundiger und vor allem schneller Eingriff nun nicht mehr gefordert war, so korrigierte er sich bereits ein halbes Jahr später. In seiner eindruckvollen Schrift „Der Äther gegen den Schmerz“, sagt er 1847: „Der Schmerz, das höchste Bewußtsein unserer irdischen Existenz, diese deutlichste Empfindung von der Unvollkommenheit unseres Körpers hat sich beugen müssen … vor der Macht des Ätherdunstes.“ Und doch fügt Dieffenbach hinzu: „Der Kranke fragt jetzt weniger danach, wer ihn operiert, ob gut oder minder gut, er ist gleichsam abwesend … Der Betäubte weiß bei der Operation nichts von seinem Arzt, der Arzt nichts von seinem Kranken. Das Band der wechselseitigen Mitteilung ist zerrissen, selbst der ihn heilende milde Zuspruch wird nicht vernommen, die Frage nicht beantwortet … In beängstigender Einsamkeit vollendet der Arzt sein Werk.“ Mit der Beseitigung des Schmerzes und der Verhinderung der Wundinfektion wurden die Grundlagen für die heutige Chirurgie geschaffen. Die überzeugenden Erfolge der Bauch- und Thoraxchirurgie drängten die plastische Chirurgie in den Hintergrund.

Der von Lexer geprägte Begriff „Wiederherstellungschirurgie“ stiftete Verwirrung, denn im weitesten Sinn hatte fast jede Operation die Wiederherstellung des Patienten zum Ziel

Dann aber stellten die Verletzungen des Krieges 1870 bis 1871 und vor allem die des ersten Weltkriegs die Chirurgen vor völlig neue Aufgaben. Vor Aufgaben, die „aus der chirurgischen Arbeit der Kriegszeit geboren“ wurden, wie Erich Lexer sagte. Lexer, einer der bedeutendsten Vertreter der allgemeinen Chirurgie, sowohl in der Forschung als auch in der Therapie, hatte sich schon als junger Assistenzarzt mit Wundinfektionen, Aseptik, autologen, homologen und heterologen Knochenimplantaten beschäftigt. Er nannte das „Wiederherstellungschirurgie“ und schrieb darüber in der Einleitung zu seinem zweibändigen Werk: „Weil hiermit ein bedeutender Teil der Chirurgie begrenzt werden kann, dessen Eigenart bisher kaum bewußt geworden ist. Denn das Heilbestreben der Chirurgie erfüllt sich … auf verschiedene Weise: den verstümmelnden Operationsverfahren stehen die der Wiederherstellung gegenüber.“ Um den Stoff zu gliedern, wählte er eine Dreiteilung: Gewebslücken, angeboren oder erworben. Verunstaltungen, angeboren oder erworben. Fehlfunktionen, also Störungen der Bewegungsorgane. Lexer starb 1937. Der von ihm gewählte Begriff „Wiederherstellungschirurgie“ blieb erhalten und stiftete Verwirrung, denn im weitesten Sinn hatte fast jede Operation die Wiederherstellung des Patienten zum Ziel. Die Orthopädie, die Otolaryngologie oder die Kieferchirurgie übernahmen plastisch-chirurgische

Eingriffe mit der schwer zu widerlegenden Begründung, es handle sich um „wiederherstellende“ Operationen. Der seit Beginn des 19. Jahrhunderts eingeführte Begriff „plastische Chirurgie“ wurde verdrängt. In den Dreißiger Jahren des 20. Jahrhunderts verlor die deutsche Chirurgie dann durch die politische Isolation ihre internationale Geltung. Der Sauerbruch-Schüler und spätere Lehrstuhlinhaber in Basel, Rudolf Nissen, schreibt dazu in seinen Erinnerungen: „Nazistische Autarkie, Arroganz und Selbstgefälligkeit haben die deutsche Chirurgie aus ihrer Spitzenstellung entfernt.“ In Deutschland sollte eine von allem Fremdländischen gesäuberte Medizin eingeführt werden. Wichtigster Förderer war bekanntlich der Reichsführer-SS Heinrich Himmler, der eine Medizin auf der Basis der germanischen Kräuterheilkunde und der Homöopathie aufbauen wollte.

„You sell better, if you are a good looking person“ hat der Philosoph Theodor Adorno einmal über die plastische Chirurgie gesagt

Die Waffen des zweiten Weltkriegs verursachten noch grauenvollere Verletzungen als die des ersten Weltkriegs. Fachabteilungen, wie ich sie später in England für Brandopfer oder Gesichtsverletzte kennenlernte, wurden hierzulande dennoch nicht eingerichtet. Das aber war nicht nur eine Folge der politischen Isolation, sondern hatte auch mit dem Argwohn unserer Chirurgen gegenüber einer Indikationsstellung zu tun, die sich nicht allein auf das körperliche, sondern auch auf das psychische Leiden bezog. Während bei uns „die Wunden des Schmerzes zu Narben des Stolzes“ (Joseph Goebbels) werden sollten, war in den angelsächsischen Ländern die später von Edgerton so genannte „Funktion der äußeren Erscheinung“ längst erforscht, beschrieben und in ihrer Bedeutung erkannt. Damit wurden auch die Folgen ausgedehnter Kriegsverletzungen als eine Herausforderung verstanden, selbst wenn es „nur“ um die Beseitigung äußerlich sichtbarer Entstellungen ging. Es entstanden dort gut ausgestattete plastisch-chirurgische Behandlungszentren mit eigenen Etats für Klinik und Forschung und damit der Möglichkeit, neue Techniken zu entwickeln.

„You sell better, if you are a good looking person,“ hat der Philosoph Theodor Adorno einmal über die plastische Chirurgie gesagt. Die Zwänge der Gesellschaft sind, wie Sie alle wissen, übermächtig. Auf Kosten des Patienten



Gaspare Tagliacozzi

Widerstand zu leisten, ist uns plastischen Chirurgen kaum erlaubt. Nicht nur bei der Arbeitssuche, in persönlichen Beziehungen, sondern sogar vor Gericht kommt ein ansehnlicher Mensch besser weg als ein entstellter. Auch die Justiz ist bekanntlich alles, nur nicht blind. Zu Tagliacozzis Zeiten, also Ende des 16. Jahrhunderts, war es noch ketzerischer Frevel gewesen, die sichtbaren Folgen des Zweikampfs mit der blanken Waffe – und damit die Folgen eines Gottesurteils – zu beseitigen. Auch die Folgen von venerischen Krankheiten, die zum Verlust der Nase führen konnten, waren eine Strafe, mit der der Allerhöchste die Betroffenen dem Spott ihrer Umwelt aussetzen wollte. Entstellungen waren mit frommer Geduld hinzunehmen. Alles andere war sündhafte Eitelkeit. Ferdinand von Graefe schrieb 1818 in seiner Vorrede zur Rhinoplastik: „Wir sehen Menschen an Krücken mitleiderregend einhergehen. Dieser Eindruck hindert sie aber nicht, heiter und froh im geselligen Kreis zu erscheinen, wo sich jeder für verpflichtet hält, ihnen umso zuvorkommendere Aufmerksamkeit zu bezeigen. Der Gesichtsverstümmelte hingegen, der mit theilweiser Maske das Fehlende unnatürlich deckt, erregt umso grausendere Vorstellungen, als die Einbildungskraft immer da am geschäftigsten wird, wo ihrem Treiben durch keine geoffenbarte Wahrheit ein begränzendes Ziel gesetzt ist …“ Schon lange vor ihm, nämlich im Jahr 1597, hatte der Bologneser Gaspare Tagliacozzi die Indikationsstellung der plastischen Chirurgie erweitert: „Nicht nur zur Freude des Auges, sondern um den Geist aufzurichten und der Seele des Betroffenen zu helfen“ operiere er entstellte Gesichter. Dafür wurde er nach seinem Tod in ungeweihter Erde verscharrt.



Nasenamputation, Bildung eines zweistieligen Armlappens. Aus: G. Tagliacozzi, De curtorum chirurgia per insitionem. Venedig 1597 (Paris, Bibliothek der Alten Medizinischen Fakultät)

Paradoxe Situation: Nach dem zweiten Weltkrieg pilgerten deutsche Chirurgen in die Vereinigten Staaten, um plastische Chirurgie zu lernen

Nach dem zweiten Weltkrieg gab es unter den wenigen Chirurgen, die sich dieser damals immer noch etwas verdächtigen Beschäftigung widmeten, so gut wie keine Kommunikation. Unsere wichtigsten Anregungen kamen aus den USA, aus dem United Kingdom und aus Skandinavien. Lernen konnte man diese Chirurgie aber nur, wenn man sich etwas Geld zusammensparte und zu denen reiste, die sie tagtäglich praktizierten. Nachdem ich 1956 den Facharzt für Chirurgie gemacht hatte, ging ich zu Gustave Aufricht nach New York, zu James B. Brown in St. Louis, Truman Blocker in Galveston und Jerome P. Webster in New York. Ihnen allen gilt mein Dank.

Der Chef der plastisch-chirurgischen Einheit im St. Francis Hospital in San Francisco, George W. Pierce, zeigte mir damals schon seine 16 Operationssäle, die um eine zentral gelegene Instrumenten- und Sterilisationseinheit herum angeordnet waren. Ein für unsere Verhältnisse gigantisches Organisationsmuster. Als er mir die Rekonstruktion einer Ohrmuschel, die wir gerade gesehen hatten, mit Bleistift und Papier erklärte, kam uns das Paradoxe der Situation zu Bewußtsein. Nach dem ersten Weltkrieg waren amerikanische Chirurgen nach Deutschland gepilgert, um Lexer in München bei Operationen zuzusehen. Jetzt pilgerten deutsche Chirurgen in die Vereinigten Staaten, um plastische Chirurgie zu lernen. Auf dem Heimflug sah ich beim Durchblättern der Zeitschrift *Time*, daß es neben den redaktionellen Rubriken für Innenpolitik, Literatur oder Wirtschaft auch eine für plastische Chirurgie gab. Der Begriff war offenbar jedem Leser geläufig. Niemand vermutete im amerikanischen Sprachraum dahinter eine Chirurgie mit Hilfe von Kunststoffen. In den USA gab es nicht nur neue Instrumente, Methoden und Organisationsmuster, sondern auch neues und besseres Verbandsmaterial, das man hier nicht kannte: Steri Strips, antiallergische Pflaster, Fettgaze und neuartige Bandagen. Als ich der Firma Hartmann Muster zeigte und sie fragte, ob sie etwas Ähnliches machen könnten, erklärten sie sich gerne dazu bereit, sofern ich die Produktionskosten übernähme – was ich nicht konnte.

In den 50er Jahren standen weder die Methoden der Mikrochirurgie zur Verfügung noch die heutigen Naht- und Klebeverfahren

Dann kam die Arbeit in München am Haidhauser Vorstadtkrankenhaus, später Universitätsklinik der Technischen Universität München. Zusammen mit einem jungen Kollegen sammelten wir Fälle, von denen weder die Chirurgen noch die Internisten begeistert waren: Dekubitalgeschwüre von Langliegefällen, offene Beine, Röntgenulzera, Facialisparesen, Narbenkontrakturen, frische Verbrennungen, Weichteildefekte nach radikalen Tumoroperationen. Wir putzten bei den Chefs der diversen Abteilungen Klinken und hausierten mit einer Liste, auf der stand, was wir an Operationen anzubieten hatten: Verschiebelappenplastiken, Cross-leg-flaps, Rundstiellappen und freie Haut-, Sehnen- und Nerventransplantate. Damals standen uns weder die Methoden der Mikrochirurgie zur Verfügung noch die heutigen Naht- und Klebeverfahren und das Instrumentarium war beschränkt. Da es sich bei der üblichen konservativen Therapie vorwiegend um aussichtslose Fälle handelte, war nach einer gelungenen Operation das Erfolgserlebnis für die Patienten und für uns nur umso größer. Wir begannen zu ahnen, was der Inhaber des Lehrstuhls für Psychiatrie an der Universität Frankfurt, Alexander Mitscherlich, später bei unserer ersten Tagung 1970 in München formulieren sollte: „Soll (der Arzt), kann er, darf er überhaupt Entscheidungen von der Größenordung der Organtransplantation bis hin zur Gesichtsspannung allein treffen? Allein soll nun nicht heißen im Hinblick auf die

technische Machbarkeit, darüber wird er allein entscheiden müssen. Allein soll heißen im Hinblick auf die alleinige Verantwortung, die kann, soll und darf er nicht allein übernehmen, geschweige denn für sich usurpieren. Vielmehr muß er den Patienten in die Verantwortung aufnehmen, und zwar in einem geschichtlich bisher beispiellosen Sinn … Wo dieses Gespräch in Gang kommt, bahnt sich eine definitiv humanere Medizin an … Welcher Arzt, der seine Patienten nicht nur als Anlässe für medizinisch-technische Erwägungen kennengelernt hat, sondern als ihm verwandte, konflikthafte Wesen, mag sich noch mit Plattheiten wie der Eitelskeitsdiagnose abgeben."

Standesblättchen empörten sich darüber, daß eine Chirurgin aufgetreten war, die schamlos und in aller Öffentlichkeit eine Dupuytrensche Kontraktur operiert hatte

Das hieß, wir plastischen Chirurgen mußten uns der Neugierde und dem Interesse von Laien öffnen, die man bis dahin über das im Unklaren gelassen hatte, was im Operationssaal mit ihnen gemacht wurde. Dabei ging es zunächst gar nicht um plastische Chirurgie, sondern vor allem darum, potentielle Patienten mit der Realität ihres Körpers anzufreunden und sie die Intervention des Chirurgen nicht als Bedrohung, sondern als Hilfe erkennen zu lassen. Mittelalterliche Vorurteile gegen ärztliche Eingriffe im sichtbaren Bereich des Körpers waren längst überwunden, aber das sozialspsychologische Klima, in dem wir anfingen, war alles andere als aufgeklärt.

Die BBC hatte Anfang der Sechziger Jahre unter Mitwirkung bedeutender Vertreter der britischen Ärzteschaft unter dem etwas pompösen Titel „Your Life in Their Hands" eine medizinische Sendereihe ins Programm genommen. Es war Aufklärung pur. Der Erfolg war groß. Die ARD wollte etwas Ähnliches machen. Die erste Sendung 1965 hatte den Titel „Die Hand und ihre Funktion". Sie schilderte am Beispiel der chirurgischen Behandlung einer Dupuytrenschen Kontraktur, wie die menschliche Hand gebaut ist und wie sie funktioniert. Dann kam 1966 „Die Haut und ihre Verbrennung". Die Sendung beschrieb am Beispiel einer Verbrennung die Haut als Organ des Körpers. Nach der ersten Ausstrahlung brach die Hölle los. Die Bundesärztekammer spuckte Gift und Galle. Eine medizinische Sendung – und man hatte sie nicht gefragt! Ein „Filmbeauftragter" der Bundesärztekammer legte mit dem kaum nachvollziehbaren Argument offiziellen Protest ein, daß womöglich sogar „Mütter" mit derartigen Sendungen konfrontiert werden könnten. Mütter waren offenbar eine Gattung Mensch, der man so etwas unter gar keinen Umständen zumuten durfte. Standesblättchen empörten sich darüber, daß eine Chirurgin aufgetreten war, die schamlos und in aller Öffentlichkeit eine Dupuytrensche Kontraktur operiert hatte. „Wer könnte noch einen anderen Menschen lieben, wenn man ihm die übelriechenden Säfte in dessen Inneren zeigt?" Das fragte die *Süddeutsche Zeitung* in einem Leitartikel. Ignoranz in Bezug auf die Verdauung war offenbar die Voraussetzung menschlicher Zuneigung. Die Angriffe waren so diffamierend, daß die ARD nicht länger bereit war, deutsche Ärzte dem auszusetzen. Der Sender drehte daher in ausländischen Kliniken und holte sich Filmmaterial und medizinische Koryphäen aus dem Ausland. Jetzt wurde aus dem Sturm der Proteste ein Orkan. Ordinarien und Chefärzte intervenierten bei den Landesregierungen, den Landesärztekammern und bei den Aufsichtsgremien der Sender, um die eigene Mitwirkung durchzusetzen. Der Sender stellte sich taub und war nicht bereit, seine Programmentscheidungen den Interessen von Berufsverbänden oder Lobbyisten unterzuordnen. Eine hochkarätige Kommission mit dem Chirurgen Heinz Bürkle de la Camp, dem Soziologen und Philosophen Max Horkheimer und dem Frankfurter Ordinarius für Psychiatrie, Alexander Mitscherlich, hatte der ARD dringend nahegelegt, sich nicht irre machen zu lassen und den aufklärerischen Kurs zu halten. Das war das Klima, in dem plastische Chirurgie in Deutschland wieder begann.

Ausbildung und Qualität können in einer chirurgischen Disziplin nur gesichert werden, wenn sich deren Vertreter ausschließlich darauf konzentrieren

In der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie hatten die ersten Kongresse nach dem zweiten Weltkrieg in ihrem wissenschaftlichen Programm nur ganz wenige plastisch-chirurgische Beiträge. Und die kamen fast immer von ausländischen Kollegen. Das spiegelte die klinische Situation wider. Es waren namhafte HNO-Ärzte und Kieferchirurgen, die bereits während des Krieges wiederherstellende Chirurgie in ihrem Fachgebiet praktiziert hatten. Sie drängten jetzt mit dem Anspruch auf eine sogenannte regionale plastische Chirurgie in das Vakuum, das bei den Chirurgen entstanden war. Dabei beanspruchten sie

die gesamte Körperöberfläche. In Hamburg zeigte mir der Ordinarius für Chirurgie Ulcera-cruris-Patienten, die vom Kieferchirurgen mit Hauttransplantaten versorgt worden waren. Bei einem wachsenden Interesse an wissenschaftlichem Austausch beschloß die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie unter der Präsidentschaft des Lexer-Schülers Bürkle de la Camp 1955 eine „Arbeitsgemeinschaft für plastische und Wiederherstellungschirurgie". Aus ihr ging später 1962 die Deutsche Gesellschaft für Plastische und Wiederherstellungs-Chirurgie hervor. Im Überschwang der neuen Autonomie nahm sich nach den Worten von Bürkle de la Camp diese neue Gesellschaft nichts Geringeres vor, als alle Zweige der operativen Fachgebiete, wie Gynäkologie, Kiefer- und Gesichtschirurgie, HNO, Ophthalmologie, Orthopädie und Urologie wieder miteinander ins Gespräch zu bringen. Dadurch fühlten sich auch Ärzte angesprochen, die von der plastischen Chirurgie weit entfernt waren. Zumal es in der Satzung hieß, daß bloßes „Interesse an (diesem) Teilgebiet der Chirurgie" für die Mitgliedschaft ausreiche. Die deutschen Chirurgen wollten noch immer nicht zur Kenntnis nehmen, was in skandinavischen und angelsächsischen Ländern schon lange nicht mehr zur Debatte stand, nämlich, daß Ausbildung und Qualität in einer chirurgischen Disziplin nur gesichert werden können, wenn sich deren Vertreter ausschließlich darauf konzentrieren.

Wir sollten 24 lange Jahre brauchen, bis wir den Kammern, Berufsverbänden und Fachgesellschaften eine selbstständige chirurgische Monospezialität abgerungen hatten

Die Kollegen, die ins Ausland gegangen waren, um sich dort plastische Chirurgie anzusehen, erlebten nach ihrer Rückkehr wie verdienstvolle Ordinarien der Kieferchirurgie (Schuchardt) oder der Hals-Nasen-Ohrenheilkunde (Wullstein) die deutsche plastische Chirurgie in internationalen Gremien vertraten und wie ein Orthopäde (Friedebold) als wissenschaftlicher Repräsentant der Bundesrepublik Deutschland zum 5. Weltkongreß der internationalen Dachorganisation für plastische Chirurgie 1971 nach Melbourne reiste. Das Fell der Plastischen Chirurgie war an alle operierenden Fachgebiete verteilt worden.

Die Wenigen, die ausschließlich plastische Chirurgie betrieben, standen also vor einer schwierigen Situation. Einerseits wollten sie ihre Tätigkeit als ein Teilgebiet der Chirurgie betrachten, andererseits wollten sie aus dem Status des Gehilfen der Chirurgie heraus, um endlich zu einem Partner zu werden, dessen Erfahrung am Operationstisch Stimme hatte. Aber die Chirurgie versuchte immer noch unter Kuratel zu halten was nicht mehr zu halten war. Chirurgische Chefärzte hielten sich nach wie vor ihre plastischen Chirurgen wie mittelalterliche Fürsten sich ihre Hofnarren gehalten hatten. Wir alle waren ja der Meinung, daß unser Fach eng mit der Chirurgie verbunden bleiben sollte, weil das Prinzip der Indikationsstellung das gleiche ist, nämlich die Frage, ob die Risiken eines Eingriffs – von der Gefährdung des Patienten bis hin zum Mißlingen – durch den Nutzen für den Patienten aufgewogen wird. Es ist eine Ironie der Standespolitik, daß führende Chirurgen so taten, als würden sie mit der plastischen Chirurgie eine Schlange an ihrem Busen nähren. Ein namhafter deutscher Chirurg war mutig genug, das eigentliche Motiv dieser Beharrlichkeit beim Namen zu nennen. Er sprach „von der Fiktion des allumfassenden Fachgebiets Chirurgie" und denunzierte diese Fiktion damit als den bloßen Versuch, die traditionelle Klinik-Hierarchie zu verteidigen. Das war die Gefährdung von innen. Hinzu kam eine von außen. Ärzte ohne jede chirurgische Ausbildung, Nichtärzte, Heilpraktiker, Gäste aus Brasilien oder sonstwoher absolvierten bei uns Eingriffe am laufenden Band. Ihre Operationen waren durch entsprechende Einwilligungserklärungen der Patienten abgesichert. Die zum Teil recht kümmerlichen Ergebnisse konnten wir dann übernehmen. Zum Schutz der Patienten und zum Schutz unseres Fachs beschlossen vier ausschließlich als plastische Chirurgen tätige Kollegen 1968 die Gründung einer neuen wissenschaftlichen Arbeitsgemeinschaft: Dieter Buck-Gramcko in Hamburg, Fritz-Eduard Müller in Bochum, Rudolf Zellner in Ludwigshafen und ich in München. Wir hatten uns in den Kopf gesetzt, die plastische Chirurgie auch in der Bundesrepublik Deutschland als selbstständige chirurgische Monospezialität zu etablieren, die sie in anderen Ländern längst war. Wir sollten 24 lange Jahre brauchen, bis wir das den Kammern, Berufsverbänden und Fachgesellschaften in vielen harten Auseinandersetzungen abgerungen hatten. Erst 1992 haben wir das Ziel durch eine neue Weiterbildungsordnung erreicht. Wir hatten eine vierjährige Weiterbildung in Allgemeinchirurgie und eine mindestens dreijährige Weiterbildung in einer dafür anerkannten Abteilung für Plastische Chirurgie zur Facharztaner-

Durch und durch digital.

IMAGE 1™ – Das neue Kamerasystem von KARL STORZ



STORZ
KARL STORZ—ENDOSKOPE

THE DIAMOND STANDARD

KARL STORZ GmbH & Co. KG, Mittelstraße 8, D-78532 Tuttlingen/Deutschland, Telefon: +49 / 7461 / 70 80, Fax: +49 / 7461 / 70 81 05, E-Mail: info@karlstorz.de
KARL STORZ Endoskop Austria GmbH, Landstraßer-Hauptstraße 146/11/18, A-1030 Wien/Österreich, Tel.: +43/1/ 71 56 04 70, Fax: +43/1/ 71 56 04 79, E-Mail: storz-austria@karlstorz.at
www.karlstorz.de

kennung verlangt. Mitglied konnte nur werden, wer sich ausschließlich mit plastischen Operationen befaßte. Ein internationales Symposium für Verbrennungen in Bochum, von Herrn Müller organisiert und geleitet, war eine Gelegenheit, plastisch-chirurgisch tätige Kollegen anzusprechen und sie zu einer Gründungsversammlung einzuladen. Am 16. Oktober 1968 wurde mit elf Mitgliedern die Vereinigung der Deutschen Plastischen Chirurgen gegründet.

Die Kommunikation zwischen einem Massenmedium und den Zuschauern funktioniert anders als bei einem wissenschaftlichen Symposium oder im Hörsaal

Die erste Jahrestagung richtete ich 1970 in München aus. Dazu durfte ich immerhin schon 13 Mitglieder begrüßen. Hinzu kamen 120 ausländische Fachkollegen aus zehn verschiedenen Ländern, mit denen wir in regem Erfahrungsaustausch standen. Außerdem kamen unsere Nachbarn aus Wien und Innsbruck, wo schon damals eine Lehrkanzel für plastische Chirurgie bestand. Diese erste Generation der deutschen plastischen Chirurgen verschaffte sich mit ihren Mitarbeitern zunehmend Anerkennung und rechtfertigte mit ihren Erfolgen in der Verbrennungschirurgie, der Handchirurgie, der ästhetischen und der Mikrochirurgie ihren Anspruch auf Anerkennung als Monospezialität. Es dauerte nicht lange, bis starke zentrifugale Kräfte wirksam wurden. Jüngere Kollegen sahen einen berufspolitischen Handlungsbedarf, der darauf hinauslief, die plastische Chirurgie aufzuteilen. Ich will nicht unterstellen, daß dabei nur Profilierung und ökonomische Interessen eine Rolle gespielt haben, aber das Ziel scheint nicht einmal den Wortführern ganz klar gewesen zu sein. Ein Präsident, der gerade eine Parallelgliederung etabliert hatte, stellte in seinem Grußwort fest, daß jetzt „aber noch ein klarer Kurs für die politische Richtung“ gefunden werden müsse. Offenbar gab es diesen Kurs bis dahin nicht.

Wir haben nach dem Krieg den Karren der plastischen Chirurgie ein wenig angeschoben, der so gründlich stecken geblieben war. Sie, die Jüngeren, müssen jetzt dafür sorgen, daß er nicht vom Weg abkommt.

Ich habe mir bei diesem Bericht, Ihre Nachsicht voraussetzend, einige kritische Anmerkungen erlaubt. Michel Montaigne hat einmal gesagt: „Wer hat jemals einen Greis gesehen, der nicht die vergangene Zeit gelobt, die gegenwärtige hingegen getadelt hat.“ Auch wenn Montaigne damit sicher Recht hat, muß das nicht unbedingt heißen, daß Tadel schon allein deshalb unberechtigt ist, weil er von jemandem kommt, der schon ein paar Jahre dabei ist. Ich hoffe sehr, daß neben den sicher legitimen ökonomischen Interessen der plastischen Chirurgen auch die Frage akut bleibt, wann Ihre Arbeit zur bloßen Dienstleistung einer Wellness-Industrie verkommt. Nach der Frage also, wo genau die Grenze liegt, ab der plastische Chirurgie nicht mehr ärztliches Handeln ist. Diese Grenze werden Sie bestimmen müssen.

Schließlich will ich mich nicht drücken und noch ein paar Worte zur ersten, am 14. September 2004, im Fernsehen live übertragenen Brustaugmentation sagen. Das Ereignis wurde, wie von der Kommission für Jugendmedienschutz ausdrücklich für Unterhaltungssendungen vorgeschrieben, erst nach 23 Uhr ausgestrahlt. Relativ unproblematisch finde ich, daß damit auch Zahnpasta und Spaghetti angepriesen wurden. Das scheint mir eine Stilfrage zu sein. Unüberseh- und unüberhörbar war, daß die Kollegen im OP keine Mühe gescheut haben, ein Massenpublikum über unser Fach so gründlich wie nur möglich aufzuklären. Offensichtlich war, mit welcher Verantwortung sie Moderator und Redaktion eingewiesen haben. Leider funktioniert aber die Kommunikation zwischen einem Massenmedium und Zuschauermassen anders als die Kommunikation bei einem wissenschaftlichen Symposium oder in einem Hörsaal. Zwei Millionen Fernsehzuschauer, also Laien, haben an diesem Abend gelernt, daß das Wesen der plastischen Chirurgie vor allem Brustvergrößerungen mit Hilfe von Kunststoffprothesen besteht. Und daß somit der Ausdruck „Schönheitschirurgie“, anstelle von plastischer Chirurgie, den Nagel genau auf den Kopf trifft. Ich weiß nicht, wieviele Psychopathen unter knapp zwei Millionen Zuschauern mit einem atypisch hohen Anteil von Voyeuren sein könnten. Einer pro Zehntausend? Einer pro Fünftausend? Nur ein Psychiater könnte darüber Vermutungen anstellen, was es bei emotional instabilen Menschen anrichtet, wenn sie eine in ihren Augen wehrlose junge Frau sehen, an deren sekundären Geschlechtsmerkmalen mit scheinbarer Brutalität manipuliert wird. Aber ganz wohl ist mir – offengestanden – dabei nicht. ■

Prof. Dr. med. Ursula Schmidt-Tintemann
Möschenfelder Straße 66, 85591 Vaterstetten

Ergebnisse der Fragebogenaktion unter den assoziierten Mitgliedern der VDPC

Weiterbildung zum Facharzt für Plastische Chirurgie

Riccardo Giunta

Bereits vor einigen Jahren wurde von den assoziierten und jüngeren ordentlichen Mitgliedern der Vereinigung der Deutschen Plastischen Chirurgen (VDPC) eine Unzufriedenheit über die sehr heterogene und oft sehr einseitige Weiterbildung zum Facharzt für Plastische Chirurgie bemängelt. So wird in vielen großen Kliniken überwiegend handchirurgische und rekonstruktive plastische Chirurgie betrieben, in anderen wiederum hauptsächlich Brustchirurgie. Gelegenheit ästhetische Chirurgie zu erlernen, wird nur wenigen Ärzten in Weiterbildung tatsächlich gegeben. Auch mikrochirurgische Eingriffe wie Replantationen oder freie Lappenplastiken sind davon betroffen, die heutzutage zum Standardrepertoire der plastischen Chirurgie gehören. Die von den Ärzten in Weiterbildung vermutete Diskrepanz zwischen den Weiterbildungsinhalten und der tatsächlichen Weiterbildungssituation konnte bisher nicht evaluiert werden. Ein wesentlicher Baustein, dies zu ermöglichen war die Initiative des Münchner Interessenverbandes der „jüngeren Plastischen Chirurgen“, eine Beiratsposition für die VDPC zu schaffen. Durch dieses neue Mitglied des erweiterten Vorstands der VDPC sollen die Interessen der assoziierten Mitglieder und insbesondere natürlich der Ärzte in Weiterbildung zum Facharzt für Plastische Chirurgie stärker vertreten werden. Die Position wurde bei der ordentlichen Mitgliederversammlung der VDPC in Heidelberg im Herbst 2002 geschaffen. Im September 2003 in Freiburg wurde der Verfasser dieses Artikels in dieses Amt gewählt. Anfang des Jahres 2004 hat sich nach einer Fragebogenaktion der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie unter den Ärzten in Weiterbildung zum Facharzt für Chirurgie auch ein Interesse innerhalb des Vorstandes der VDPC entwickelt, so daß letztlich die vorliegende Evaluation der Weiterbildungssituation zum Facharzt für Plastische Chirurgie aus der Sicht der in Weiterbildung befindlichen Ärzten durchgeführt werden konnte. Ziel war es, objektive Daten zur derzeitigen Weiterbildungssituation zu erhalten, um die Weiterbildung zum Facharzt damit weiter zu verbessern.

Allgemeine Daten

Im Frühjahr des Jahres wurde an alle damals 490 assoziierten Mitglieder der VDPC entweder per Email oder per Post für diejenigen Mitglieder, die weiterhin keine Email Adresse (28 %) angegeben hatten, ausgesandt. In den Mitteilungen der VDPC (4. Jahrgang, Heft 2, Seite 91–92) vom Juni 2004 wurde der Fragebogen nochmals veröffentlicht und erneut allen Mitgliedern zugänglich gemacht. Insgesamt 91 Fragebögen gingen bis Anfang Oktober 2004 bei der Geschäftsstelle der VDPC in Berlin ein. 74 Ärzte (81 %) befanden sich in Weiterbildung, wovon 63 bisher keine Facharztbezeichnung und 11 meist gerade die Facharztbezeichnung erlangt hatten, aber noch keine ordentliche Mitgliedschaft in der VDPC hatten. Für die vorliegende Evaluation wurden alle Fragebögen inkludiert, da auch die jüngeren Fachärzte offensichtlich ein Bedürfnis hatten, Ihre Ausbildungssituation zu dokumentieren. Die Auswertung erfolgte bewußt anonym. Das Durchschnittsalter der Teilnehmer lag bei 34 Jahren. Etwa ein Drittel war weiblich. Die Teilnehmer waren durchschnittlich im vierten Weiterbildungsjahr und kamen aus allen Bundesländern, wobei die größte Beteiligung aus Bayern (21 %), Westfalen Lippe und Sachsen-Anhalt (je 11 %) zu verzeichnen war. 57 Prozent der Teilnehmer waren an einer Weiterbildungsstätte mit voller Weiterbildung, 28 Prozent mit einer Weiterbildungsermächtigung von drei bis fünf Jahren und sechs Prozent an einer Abteilung mit einem oder zwei Jahren Weiterbildung tätig (Abb.1).

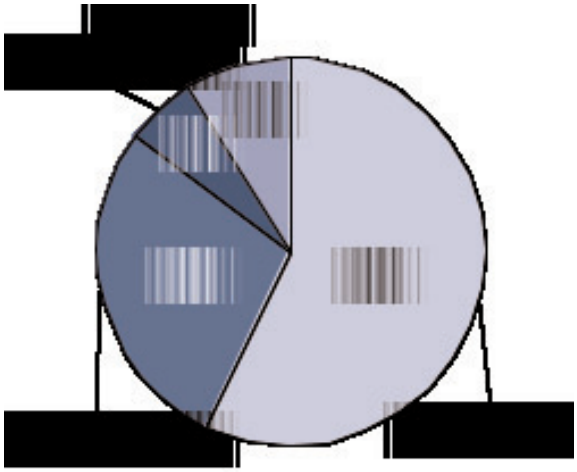


Abb. 1 Angaben über die Weiterbildungszeit der ermächtigten Ärzte

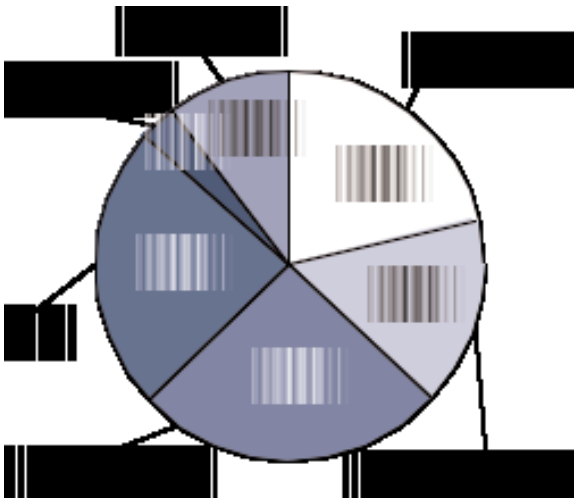


Abb. 2 Art des Versorgungstyps der jeweiligen Weiterbildungsstätte

Träger und Weiterbildung

26 Prozent der Teilnehmer waren an einer Klinik der Maximalversorgung, 24 Prozent an einer Universitätsklinik, 16 Prozent an einem Haus der Schwerpunktversorgung und 21 Prozent an einem Haus der Grundversorgung beschäftigt. Drei Prozent wurden von einem niedergelassenen plastischen Chirurgen weitergebildet (Abb. 2). Jeder Teilnehmer war zuvor durchschnittlich an 1,4 Weiterbildungsstätten tätig. Die Weiterbildungsstätten wurden in je 31 Prozent von einem öffentlichen oder gemeinnützigen Träger betrieben, in 21 Prozent von einer Berufsgenossenschaft und in 11Prozent von einem privaten Träger. Ein Interesse an der Weiterbildungsqualität von Seiten des Trägers wurde in 70 Prozent der Fälle verneint und in 25 Prozent bejaht. Überstunden wurden vom Arbeitgeber in 56 Prozent der Fälle nicht berücksichtigt, in 21 Prozent erfolgte ein Freizeitausgleich und in 18 Prozent eine Vergütung (Abb. 3). Die Poolbeteiligung war in 32 Prozent klar geregelt, erfolgte in 23 Prozent mit unklarer Regelung. 39 Prozent der Teilnehmer erhielten keinerlei Poolbeteiligung (Abb. 4).

Inhalte der Weiterbildung und durchgeführte Operationen

Am häufigsten, mit einer durchschnittlichen Fallzahl von 42 in den letzten 12 Monaten, wurden Eingriffe am Stütz- und Bewegungsapparat durchgeführt. Im Bereich ästhetische Chirurgie wurden mit sieben per annum die

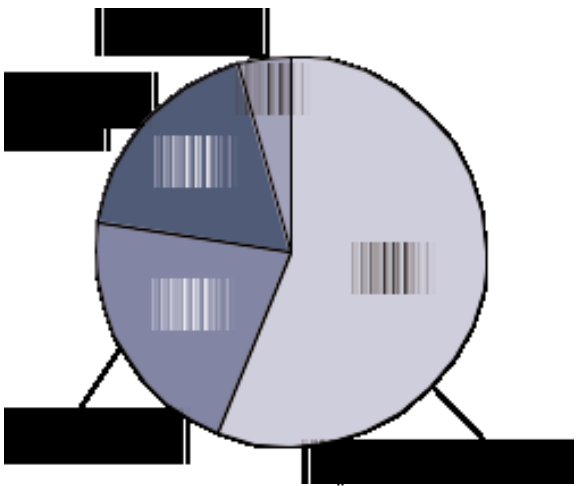


Abb. 3 Angaben über die Abgeltung von Überstunden an den jeweiligen Abteilungen

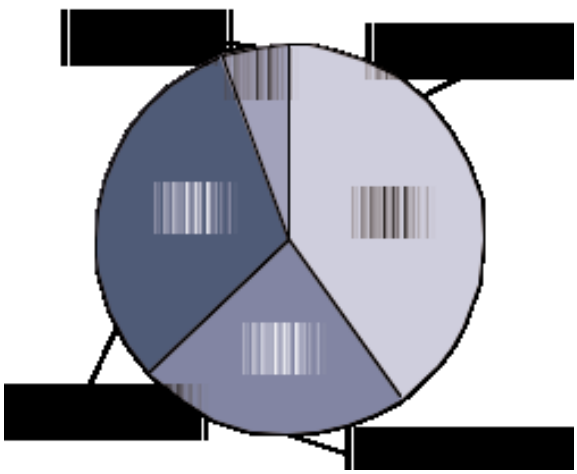


Abb. 4 Angaben über die Beteiligung am Pool der jeweiligen Abteilung

wenigsten Operationen durchgeführt (Abb. 5a). Etwa zehn bis 15 Prozent hatten jeweils in einem der Bereiche Kopf und Hals, Brustwand, Bewegungsapparat, Gefäße und Nerven sowie Verbrennungen keine Eingriffe durchgeführt. Dies beruht wohl vorwiegend auf Rotationen in einzelne Teilbereiche. 36 Prozent der Kollegen in Weiterbildung hatten keinen Eingriff im Bereich der ästhetischen Chirurgie durchgeführt (Abb. 5b). Betrachtet man die Häufigkeit bestimmter Operationen, so sind Hauttransplantate (durchschnittlich 22) und lokale Lappenplastiken (15) die häufigsten Operationen. Mittlere und schwierigere Eingriffe des Fachgebiets liegen mit 0,7 für Replantationen (n = 16), 1,5 für Kahnbeinoperationen und 1,0 für freie Lappen (n = 12) deutlich darunter. Im ästhetischen Bereich lagen die Zahlen mit 2,5 für Brustaugmentationen, 0,5 für Nasenoperationen (n = 7) und 0,1 für Faceliftoperationen (n = 2) ebenfalls sehr niedrig (Abb. 6a). Bei schwierigeren Operationen im rekonstruktiven und ästhetischen Bereich lag der Anteil derer, die diese in den letzten 12 Monaten nicht durchgeführt hatten, zwischen 60 und 80 Prozent (Abb. 6b). Wenn man lediglich die Teilnehmer herausgreift, die im fünften oder höheren Ausbildungsjahr sind (n = 26), so geben sieben an, zumindest eine Replantation (27 %),

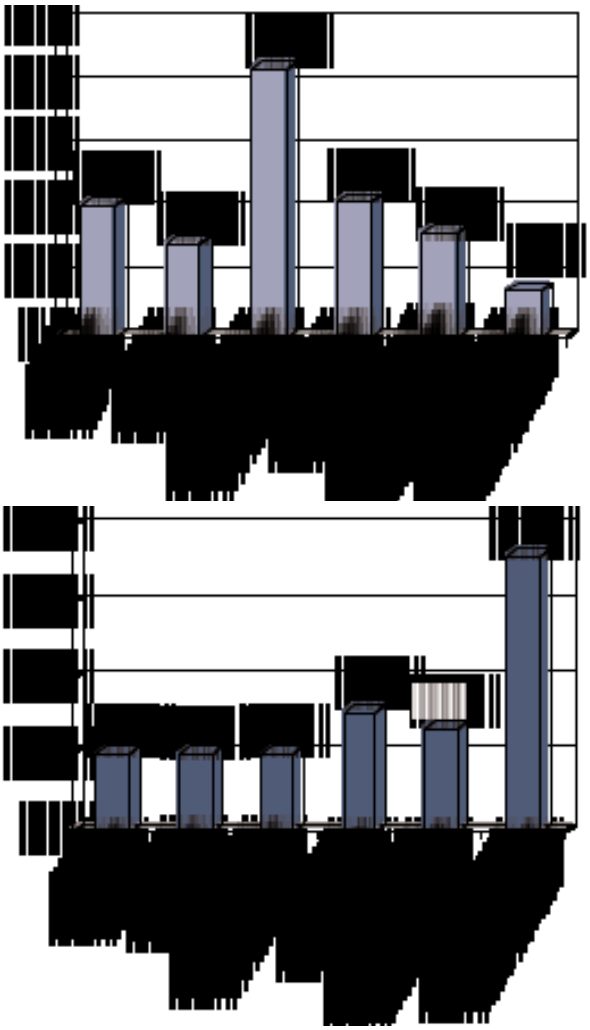


Abb. 5a,b Operationen des Fachgebiets nach Körperregionen bzw. Teilen des Fachgebiets. **a** Durchschnittliche Häufigkeit des jeweiligen Eingriffs der Ärzte in Weiterbildung in den letzten 12 Monaten. **b** Anteil der Ärzte in Weiterbildung, die die jeweilige Operation in den letzten 12 Monaten nicht durchgeführt haben.

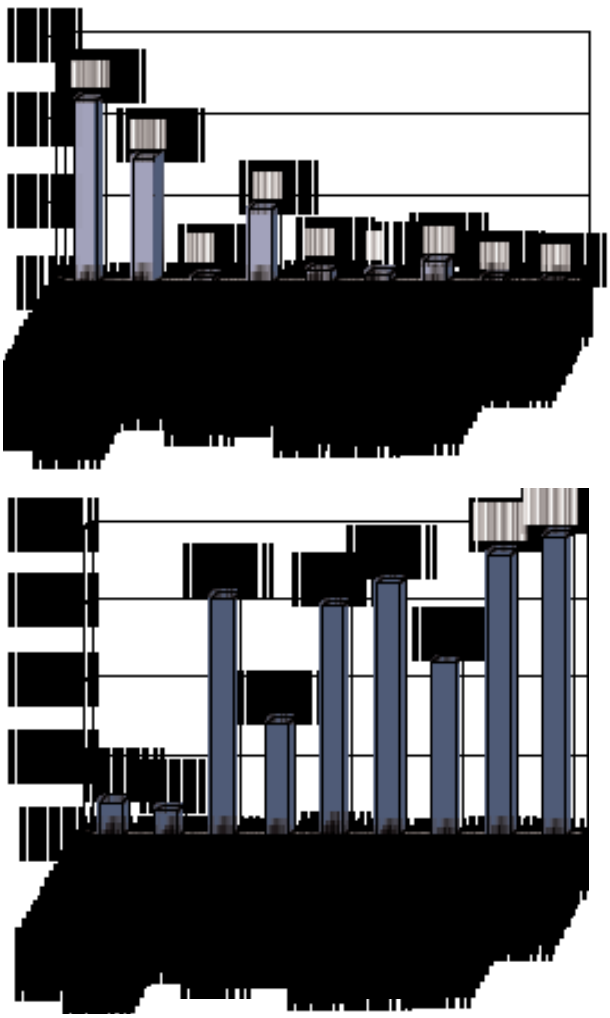


Abb. 6a,b Typische Operationen des Fachgebiets. **a** Durchschnittliche Häufigkeit des jeweiligen Eingriffs der Ärzte in Weiterbildung in den letzten 12 Monaten. **b** Anteil der Ärzte in Weiterbildung, die die jeweilige Operation in den letzten 12 Monaten nicht durchgeführt haben.

sechs an zumindest eine freie Lappenplastik (23 %), vier eine Nasenoperation (14 %) und zwei eine Faceliftoperation (8 %) im vergangenen Jahr durchgeführt zu haben.

Struktur der Weiterbildung

Von den Teilnehmern der Fragebogenaktion geben 47 Prozent an eine strukturierte Weiterbildung zu erhalten, 42 Prozent verneinen dies. In 26 Prozent gibt es andere Weiterbildungsregelungen. Die Weiterbildung wird in 75 Prozent durch den Weiterbilder überprüft. Besprechungen von einzelnen Operationen finden bei 61 Prozent der Befragten statt, eine tägliche Indikationsbesprechung bei 60 Prozent. 40 Prozent der Teilnehmer geben an, mit der Häufigkeit von Lehrassistenzen zufrieden zu sein. In 53 Prozent der Fälle führt der Chef selbst Lehrassistenzen durch. Bei 68 Prozent der Teilnehmer gibt es Operationen, die nur von den Oberärzten oder vom Chef der Abteilung durchgeführt werden. Eine explizite Weiterbildung in ästhetischer Chirurgie erhalten 32 Prozent der Teilnehmer.

Fortbildungsveranstaltungen und Kongresse

Jeweils mehr als 80 Prozent der Befragten geben an, zumindest einmal pro Jahr eine externe Weiterbildungsveranstaltung oder einen Kongreß zu besuchen. Die Weiterbildungsseminare der VDPC können nur von 55 Prozent regelmäßig genutzt werden. Die Kosten für Weiterbildungsveranstaltungen werden für OP-Kurse (85 %) und Kongresse (80 %) überwiegend als teuer oder sogar unerschwinglich eingestuft. 45 Prozent der Teilnehmer müssen für externe Weiterbildungsveranstaltungen Urlaubstage in Anspruch nehmen. Eine finanzielle Unterstützung durch den Weiterbilder oder Arbeitgeber erfolgt in sechs Prozent voll, teilweise in 45 und gar nicht in 44 Prozent der Fälle.

Perspektiven und Ziele

Nach Abschluß der Weiterbildung und Erlangung der Facharztbezeichnung Plastische Chirurgie streben 35 Prozent eine Zusatzbezeichnung wie beispielsweise Handchirurgie an. 35 Prozent würden sich gerne auf ein Teilgebiet der plastischen Chirurgie spezialisieren. Eine Habilitation ist für 16 Prozent der Teilnehmer ein Ziel, 30 Prozent streben einen Aufstieg in der Klinik an, wobei nur 23 Prozent Aussicht auf Weiterbeschäftigung haben. 24 Prozent der Teilnehmer planen nach Beendigung der Weiterbildung einen Krankenhauswechsel. Für 18 Prozent ist die Niederlassung als plastischer Chirurg Ziel der Weiterbildung zum Facharzt für Plastische Chirurgie, wobei sieben Prozent planen, sich als rein ästhetischer Chirurg niederzulassen (Abb. 7).

Beurteilung der neuen Weiterbildungsordnung

Die Teilnehmer wurden zusätzlich zur mittlerweile in Kraft getretenen neuen Weiterbildungsordnung befragt: 77 Prozent hatten sich mit dieser bereits auseinander gesetzt. Eine Verkürzung der Weiterbildung versprechen sich 19 Prozent, eine Vereinfachung 26 Prozent. Einen höheren Anspruch an die Mobilität des in Weiterbildung befindlichen Arztes wird von 50 Prozent erwartet. 63 Prozent halten das Erreichen des Facharztes weiterhin für möglich.

Fazit

Die vorliegenden Ergebnisse erlauben erstmals eine Beurteilung der Weiterbildung zum Facharzt für Plastische Chirurgie aus Sicht der betroffenen Ärztinnen und Ärzte. 91 Prozent der Teilnehmer halten eine solche Evaluation für sinnvoll. Dies und der große Zuspruch zeigen, daß ein Bedarf und aber auch die Notwendigkeit

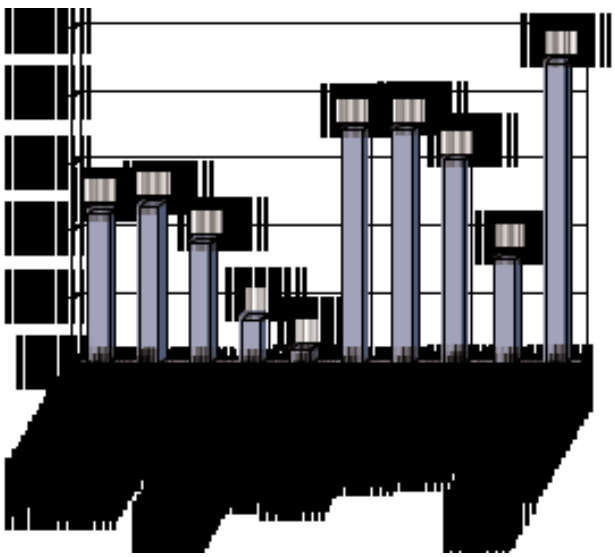


Abb. 7 Ziele der in Weiterbildung befindlichen Ärzte nach Erreichen des Facharztes für Plastische Chirurgie.

einer weiteren Verbesserung der Weiterbildungsstrukturen bestehen. Gerade die Zahlen im Hinblick auf schwierigere rekonstruktive und auch ästhetische Eingriffe verdeutlichen, daß eine Diskrepanz zwischen den Vorgaben der Weiterbildungsordnung und den tatsächlichen Weiterbildungsinhalten besteht. Durch die Inhomogenität der Weiterbildungsstätten im Hinblick auf das Operationsspektrum ist ein Einblick in das gesamte Fachgebiet der plastischen Chirurgie nur an sehr wenigen Abteilungen möglich. Dies betrifft die rekonstruktiven Anteile des Fachgebiets wie Mikrochirurgie oder Verbrennungschirurgie genauso wie die ästhetische Chirurgie. Ein Wechsel der Abteilung während der Weiterbildungszeit, um eine umfassende Weiterbildung zu erhalten, ist daher meist notwendig und wird von den meisten auch praktiziert. Die Ergebnisse zeigen auch, daß nur Wenige eine Weiterbildung in ästhetischer Chirurgie erhalten. Dies liegt mit Sicherheit auch daran, daß die Weiterbildung zu 97 Prozent an Kliniken erfolgt, deren Hauptaufgabe im Bereich der medizinischen Patientenversorgung liegt und lediglich in drei Prozent von Niedergelassenen übernommen wird. Dem Anspruch als plastischer Chirurg auch eine umfassende Weiterbildung in ästhetischer Chirurgie zu haben, können daher tatsächlich nur wenige junge Fachärzte gerecht werden. Dennoch muß betont werden, daß sich das Fachgebiet vor allem durch die rekonstruktive plastische Chirurgie charakterisiert und dadurch überhaupt erst etabliert hat. Auch in diesem Bereich haben bei Weitem nicht alle jungen Fachärzte etwa eine freie Lappenplastik durchgeführt. Daher muß zuerst eine suffiziente Weiterbildung in diesem Bereich gewährleistet sein.

Die vorliegenden Ergebnisse sollen der fruchtbaren Diskussion aller Mitglieder der VDPC zur Verbesserung der Weiterbildung dienen. Insbesondere die an den jeweiligen Kliniken Verantwortlichen für die Art, Inhalt und Struktur der Weiterbildung sollten dies als Ansporn auffassen, die Weiterbildung an ihrer individuellen Abteilung zur weiteren Verbesserung der allgemeinen Qualität in unserem Fachgebiet zu optimieren und die aufgedeckten Schwierigkeiten möglichst auszubessern.

Im Anschluß werden außerdem zwei ausführlichere anonyme Stellungnahmen veröffentlicht, die den zurück gesandten Fragebögen angefügt waren. Dem Leser soll so ein zusätzliches, subjektives Bild der Weiterbildungssituation vermittelt werden. ■

Priv.-Doz. Dr. med. Riccardo Giunta
Abteilung für Plastische und Wiederherstellungschirurgie
Klinikum rechts der Isar, Technische Universität München
Ismaninger Straße 22
81675 München

Kommentare

Die Bitte um Rücksendung der Fragebögen zur Frage der Qualität der Weiterbildung hat mich dazu bewogen, zu diesem Komplex aus Sicht eines Betroffenen einmal Stellung zu beziehen:

Ich habe erst spät mit der plastischen Chirurgie begonnen, nachdem ich eine breit gefächerte Weiterbildung zum Facharzt für Chirurgie in den Jahren 1988–1996 absolviert habe. (...) 1997 begann an dem Krankenhaus, in dem ich tätig war, ein Plastischer- und Handchirurg. Da mich dieser Bereich sehr interessierte, habe ich gerne das Angebot des Kollegen angenommen und die ersten zwei Jahre dort mit ihm zusammengearbeitet und mich von der allgemeinchirurgischen Tätigkeit völlig gelöst. Die Abteilung bestand damit in diesen zwei Jahren nur aus uns beiden, was meiner Ausbildung insbesondere in der Handchirurgie zugute kam. Trotz reichlich operativer (Vor-)Erfahrungen hielt sich die Anzahl insbesondere komplexer Eingriffe in Grenzen, da der Kollege diese einfach selber machen wollte. Ich denke, das lag in der Persönlichkeit des Kollegen begründet, inzwischen habe ich zahlreiche dort erlernte Operationsverfahren mit Erfolg selbst durchgeführt. Zeit für Fortbildungen gab es in dieser Aufbauphase nicht, auch die versprochene Vermittlung einer Stelle zur Fortführung der Weiterbildung blieb aus.

Ich habe es dann geschafft, nach zwischenzeitlicher Tätigkeit in einer unfallchirurgischen Klinik der Maximalversorgung incl. Verbrennungszentrum eine Weiterbildungsstelle in der plastischen Chirurgie in NRW in einer Fachklinik zu bekommen, die ich 2001 angetreten habe. Ich war dort in der Assistentenschaft der einzige Facharzt für Chirurgie bei einer Vielzahl junger, sehr motivierter Kolleginnen und Kollegen, von denen aber keiner eine anderweitige Vorbildung in Allgemein-/Unfallchirurgie oder auch Plastischer Chirurgie besaß. Bei dem speziellen Spektrum der Klinik sah es dann so aus, daß eine Vielzahl von Eingriffen mit Bezug zur Allgemeinchirurgie oder auch zur Handchirurgie mit übertragen wurden, was mir selbst aber für die Erweiterung im plastisch-chirurgischem Spektrum überhaupt nichts gebracht hat. Sämtliche anderen

Assistentenkolleginnen und -kollegen haben in dieser Klinik direkt nach dem Studium mit der plastischen Chirurgie angefangen, waren sehr motiviert und wurden auch oft mit Eingriffen der plastischen Chirurgie betraut, ohne daß in klassischer Weise eine echte strukturierte Ausbildung vorangegangen war.

Selbstbewußtsein und sicher auch ehrliches Engagement waren der Schlüssel dazu. Inzwischen habe ich selbst erfolgreich die Facharztprüfung absolviert und bin niedergelassen tätig. Für die Weiterbildung nützlich waren sicher die angebotenen Kurse der VDPC, von denen ich gerne noch mehr besucht hätte. Oft scheiterte dies an klinikinterner Unterbesetzung. Nach vielen Jahren in der Medizin bin ich über den Anspruch, den die plastische Chirurgie nach außen vertritt und auch vertreten muß und der Wirklichkeit in den Kliniken sehr ernüchtert. Für meine jüngeren Kollegen gab und gibt es erhebliche Defizite. Dies liegt sicher an den vorhandenen Strukturen in der Klinik, die ich jetzt verlassen habe, aber auch an den schwierigen Strukturen in der plastischen Chirurgie allgemein. Ich habe leider wenig strukturierte Ausbildung erfahren und mußte mich um mein Weiterkommen selbst kümmern. Es kann doch nicht sein, daß nur persönliche Sympathie dafür ausschlaggebend ist, wie oft man bei komplexen Eingriffen oder ästhetischen Eingriffen des Chefs dabei sein kann oder sie von ihm/ihr assistiert bekommt.

Als Inhaber einer Fluglizenz für Motorflugzeuge habe ich eine weitaus professionellere Ausbildung erfahren, selbst in einem Verein. Die Vermittlung der operativen Fähigkeiten in der plastischen Chirurgie ist davon leider weit entfernt. Die Etablierung der VDPC-Kurse halte ich derzeit noch für den besten Ansatz. Gefördert werden muß auch der Austausch zwischen den Kliniken. Gerade in der plastischen Chirurgie weicht das Spektrum von Klinik zu Klinik oft erheblich ab. In den Kliniken muß eine offene Kommunikation zwischen den Ärzten herrschen. Leider wird der Alltag viel zu sehr von anderen Dingen, DRG, Dokumentation, unnützen Besprechungen u. a. beherrscht. Im Vordergrund muß der einzelne Patient stehen, dem ein bestmögliches Behandlungskonzept erarbeitet werden muß. Ganz egal, ob es sich um rekonstruktive plastische Chirurgie oder ästhetische plastische Chirurgie handelt. Gerade hinsichtlich der ästhetischen Chirurgie müßten klare Möglichkeiten geschaffen werden, auch für Assistenten in der Weiterbildung operative Erfahrungen unter der Hand des Erfahrenen zu sammeln.

Erst wenn uns wieder gelingt, den Patienten wieder ganz in den Vordergrund zu stellen – und nicht die eigene Eitelkeit und Reputation oder was da noch alles eine Rolle spielt, wird sich dies faszinierende Gebiet der Medizin zum Positiven weiterentwickeln. Ich denke, daß angelsächsische Länder uns, was die professionelle Ausbildung plastischer Chirurgen angeht, dabei voraus sind. In einer ehrlichen und offenen Atmosphäre sollten die Probleme in der VDPC angegangen werden. An die Klinikträger kann man nur appellieren, daß man auch in wirtschaftlich schwierigen Zeiten etwas für seine Mitarbeiter tut, es ist eine Investition in die Zukunft.

Facharzt für Plastische Chirurgie (2004)

Mein Eindruck – und mir scheint, er wird von fast allen Assistenten in Deutschland geteilt – ist, daß es zwei Hauptprobleme in den plastischen Abteilungen gibt:

1. Selbst an sehr großen Abteilungen wird im Prinzip nie das gesamte Spektrum des Faches operiert – und ich meine damit die Operationen des Facharztkataloges, so daß die Assistenten selbst für den Facharztkatalog wesentliche OPs nicht gelehrt werden. Kliniken haben häufig im hand- und unfallchirurgischen Patientengut, oder eher „viel Brust" und Anderes (Verbrennung, Rekonstruktion) fehlt, so daß Assistenten nie das Gefühl haben, als bereits ausgebildete Fachärzte die Weiterbildung abgeschlossen zu haben.

2. Das, was unser Fachgebiet in der Öffentlichkeit ausmacht – die ästhetische Chirurgie – wird im Prinzip überhaupt nicht aktiv und zielgerichtet weitergegeben. Kein Assistent, kaum ein Oberarzt, operiert irgendein Facelift, eine ästhetische Nase oder eine Fettabsaugung oder eine Augmentation. Die Regel ist, daß man als Arzt über Jahre in einer plastischen Abteilung ist, ohne jemals eine ästhetische OP selber auszuführen.

So empfinden wir Assistenten in der Weiterbildung es eher als Farce, daß von seitens der Wortführer in der VDPC/VDÄPC in öffentlichkeitswirksamen Blättern stets darauf hingewiesen wird, daß nur der „Facharzt für Plastische Chirurgie" für Patienten ein Qualitätskriterium für gute Ausbildung für diese Eingriffe sei. Hier klaffen Anspruch und Wirklichkeit weit auseinander. Als Konsequenz fängt die Ausbildung für ästhetisch-plastische Chirurgie erst nach der Facharztprüfung statt und dies in Eigenregie. Insofern halte ich diese Umfrage für sehr wichtig und hoffe, daß sie genau diese Aspekte herausarbeiten kann.

Arzt im sechsten Weiterbildungsjahr zum Facharzt für Plastische Chirurgie

Kommentare

Plastisch-rekonstruktive Verfahren

Operative Therapie von Plexuslähmungen bei Kindern

Jörg Bahm

Die periphere Nervenchirurgie ist hierzulande sowohl bei den Neurochirurgen, den Orthopäden, Handchirurgen als auch den plastischen Chirurgen angesiedelt – diese Tatsache führt mitunter zu engagierten Diskussionen, wer welche Art von Verletzung am besten versorgen kann und wer demzufolge operieren sollte. Der plastische Chirurg erwirbt im Rahmen seiner Ausbildung die Grundzüge hand- und mikrochirurgischer Techniken und erlernt allgemein eine gewebeschonende Präparation; im Gegensatz zum Neurochirurgen ist es ihm daher möglich nicht nur Nervenverletzungen zu reparieren, sondern auch mögliche Sekundäreingriffe, wie etwa Kontrakturlösungen an den großen Gelenken oder Muskel-/Sehnenverlagerungen, von Anfang an in sein Behandlungskonzept einzuplanen.

Häufigste Ursache für die Plexuslähmung bei Kindern ist ein Traktionsschaden der supraklavikulären Plexusanteile

Insbesondere proximale Verletzungen der motorischen und sensiblen Nerven im Geflecht des Plexus brachialis und lumbosacralis, welche die Extremitäten versorgen, sind interessante Schwerpunkte einer wiederherstellungschirurgischen Strategie: Im Zentrum stehen dabei die genaue Indikationsstellung, die Auswahl und Durchführung von direkt nervenwiederherstellenden, nervenverlagernden oder sekundär korrigierenden Operationen. Als Ergänzung zu den in den Medien derzeit besonders exponierten plastisch-ästhetischen Eingriffen sollen daher als Beispiel der plastisch-chirurgischen Säule „Rekonstruktion“ die aktuellen plastisch-chirurgischen Operationsverfahren vorgestellt werden, die derzeit bei Armlähmungen im Kindesalter zum Einsatz kommen. Die häufigste Ursache für eine solche Plexuslähmung ist ein Traktionsschaden der supraklavikulären Plexusanteile im Rahmen einer schwierigen Kindsentwicklung (Schulterdystokie, Makrosomie mit einem Geburtsgewicht über vier Kilo, Steißlage). In Einzelfällen ist von einer präpartalen Schädigung auszugehen, beispielsweise einer intrauterinen Lageanomalie durch Septen oder Myome.

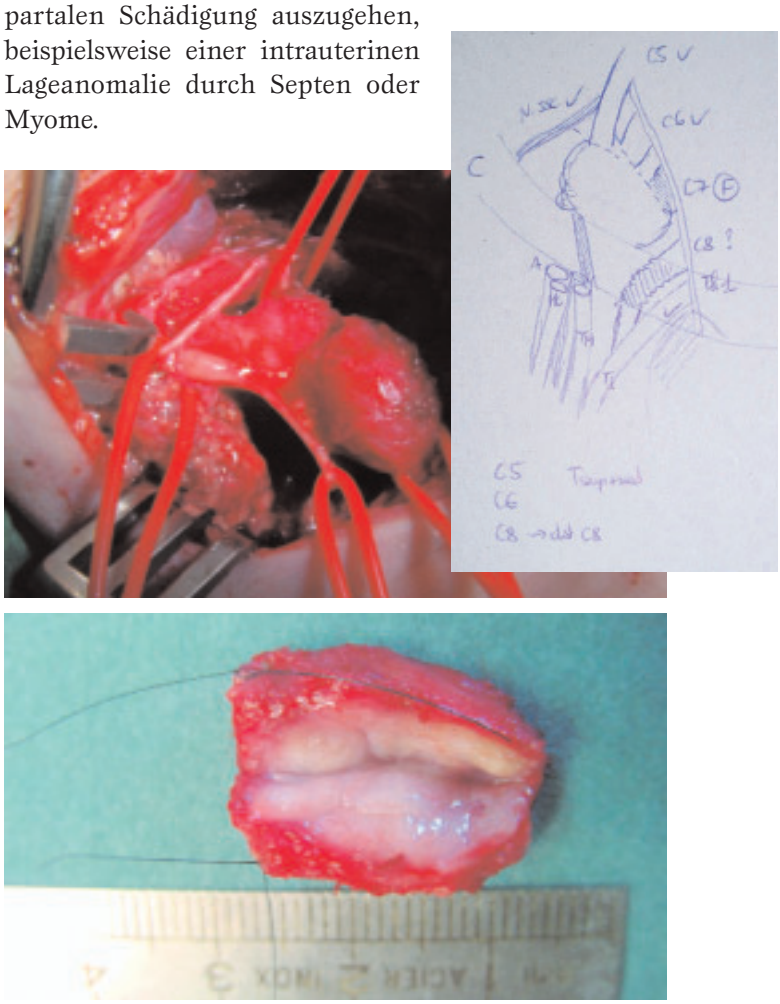


Abb. 1 Intraoperativer Situs der Plexusverletzung mit Neurombildung

Klinisch fällt nach der Geburt sofort der (teil-)gelähmte Arm und mitunter ein die schweren vollständigen Lähmungen begleitendes Horner-Syndrom auf: Eine Trias aus Oberlidptose, Myose und Enophtalmus. Man unterscheidet die obere Erb'sche Läsion (betroffen sind die Wurzeln C5 und C6 ggf. auch C7) mit innenrotierter Schulter und gestrecktem Arm bei normaler Handfunktion und die vollständigen Läsionen mit global schlaff gelähmter Extremität inklusive der Hand.

Bei schweren Lähmungen ohne ausreichende klinische Remission sollte der Plexus im Alter von drei bis neun Monaten exploriert werden

Bei schweren Lähmungen ohne ausreichende klinische Remission sollte der Plexus im Alter von drei Monaten (bei komletter Lähmung) bis neun Monaten (bei oberer Erb'scher Läsion) exploriert werden. Die operative Revision erfolgt über einen transversalen supraklavikulären Zugang, eine schrittweise subtile Präparation des Nervengeflechtes und Neurolyse nach den Prinzipien von Millesi – danach eine Läsionsbilanz mit Anzahl der gerissenen und/oder ausgerissenen Wurzeln. Eine histologische Qualitätsprüfung der Anschlußschnittkanten proximal und distal ist obligat. Als Spendernerven für die Interponate werden an einem oder beiden Unterschenkel(n) die Suralisnerven entnommen und dann unter mikroskopischer Vergrößerung die vorwiegend intra- und auch extraplexische mikrochirurgische Rekonstruktion mit den Prioritäten Hand, Bizeps, Schulter ausgeführt.

Grundsätzlich ist die prä- und postoperative regelmäßige Krankengymnastik nach Vojta oder Bobath durch erfahrene und motivierte Physiotherapeuten sowie das tägliche Üben mit den Eltern von sehr hoher Bedeutung.

Gelenkkontrakturen sind vor allem an der Schulter häufig

Die später wegen ausbleibender oder zu schwacher Zielfunktionen oftmals erforderlichen Sekundäreingriffe – die idealerweise im Alter zwischen zwei und acht Jahren stattfinden – sollten innerhalb des Ärzteteams der Erst-OP besprochen und später durchgeführt werden, um auf diese Weise einen Überblick über sämtliche therapeutischen Möglichkeiten zu gewährleisten. So gelingt es, bereits bei der primären Nervenrekonstruktion etwaige spätere Muskelverlagerungen mit ins Kalkül einzubeziehen.

Die Besonderheiten bei der Indikationsstellung liegen in der enormen kortikalen Plastizität und motorischen Lernfähigkeit und im kontinuierlichen Extremitätenwachstum bei Kindern, welches durch ungleichmäßige Muskelkräfte als Folge unterschiedlicher Reinnervationsqualität am betroffenen Arm oft deutlich seitendifferent verläuft.

Gelenkkontrakturen sind vor allem an der Schulter, am Ellenbogen sowie an den Fingergrundgelenken häufig. Gerade das komplexe Wachstum des gleno-humeralen Gelenkes und die hier erforderlichen Muskelgleichgewichte führen entweder durch direkte peripartale Schädigung der Schulterregion oder durch eine unterschiedliche Erholung der Innen- und Außenrotatoren der Schulter zu vielfältigen Band- und Sehnenverkürzungen bis hin zur gleno-humeralen Dysplasie, häufig in Verbindung mit einer Coracoidhypertrophie.

Kontrakturen des Kapsel-Band-Apparates müssen frühzeitig erkannt, krankengymnastisch behandelt und ggf. chirurgisch gelöst werden

Vordere, untere und hintere Anteile des Kapsel-Band-Apparates können demnach schrumpfen und das Gelenkgefüge verziehen. Diese Kontrakturen müssen daher frühzeitig erkannt, krankengymnastisch behandelt und ggf. chirurgisch gelöst werden. Erst dann können Muskelverlagerungen die Abduktion und/oder die Außenrotation der Schulter verbessern.

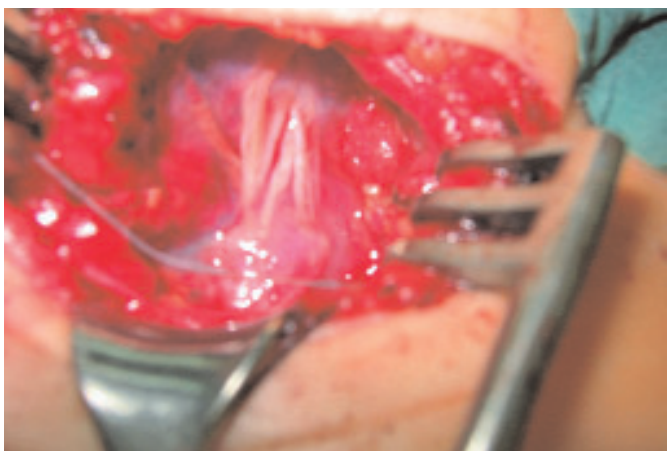


Abb. 2 Die eingebrachten Nerveninterponate



Abb. 3 Postoperatives Resultat einer extraplexischen Rekonstruktion nach Avulsion C5 C6.

Bei der Indikationswahl dieser proximal funktionsverbessernden „Sekundäreingriffe" muß zum einen die bestmögliche Normierung des Gelenkwachstums im Vordergrund stehen. Zum anderen sollte eine Muskelverlagerung nur dann diskutiert und durchgeführt werden, wenn sich dadurch die im alltäglichen Leben erforderliche Bewegungsfähigkeit der Schulter unmittelbar oder später für das beruflich-soziale Leben deutlich steigert. An der Schulter können durch Muskeltranspositionen sowohl die aktive Abduktion (Verlagerung des kranialen M. trapezius, ggf. unter Mitnahme des M. levator scapulae) und die Außenrotation (Verlagerung des kranialen Ansatzes von M. latissimus dorsi und teres major) verbessert werden. Der Bizepsersatz erfolgt meist durch einen gestielten Latissimus-dorsi-Muskeltransfer – nur in Ausnahmen bei therapieresistenten Kokontraktionen zwischen Bizeps und Trizeps eventuell durch eine Trizeps-auf-Bizeps-Verlagerung. Die Supinationsfehlstellung des Unterarmes kann durch ein Bizepssehnen-Rerouting oder durch eine Derotationsosteotomie des Radius korrigiert werden. Die relative Fallhand mit Verlust der aktiven Handgelenksstreckung wird meist durch einen lokalen Sehnentransfer – FCU auf ECRB – verbessert; Korrektureingriffe an der Hand sind eher selten: Möglich sind hier die Operation nach Zancolli zur Korrektur der Krallenhand in intrinsisch-minus-Stellung oder ein freier neurovaskulärer Gracilis-Transfer zur Reanimation der globalen Fingerbeugung bei ansonsten schutzsensibler Hand und stabilisiertem Handgelenk.

Ein funktionsverbessernder Folgeeingriff sollte zwar eher früh, jedoch nur bei Compliance des kleinen Patienten durchgeführt werden

Alle Sekundäroperationen benötigen eine gute, regelmäßige und langdauernde krankengymnastische Nachbehandlung: Aus diesem Grund sollte der funktionsverbessernde Folgeeingriff zwar eher früh (wegen der besseren Relation zwischen der Masse des Spendermuskels und dem Gewicht der zu bewegenden Extremität), jedoch nur unter Berücksichtigung der notwendigen Compliance des kleinen Patienten durchgeführt werden. Ideal ist ein Alter von vier bis neun Jahren. Jedes dieser Kinder ist als Mensch und in Bezug auf Art und Umfang seiner

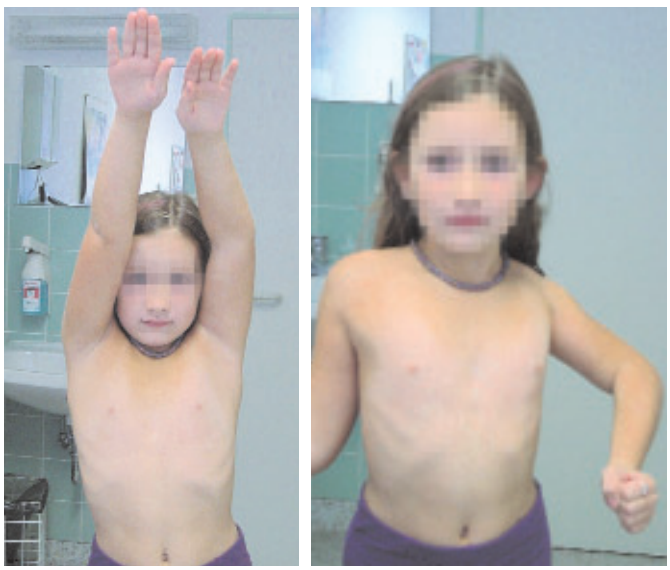


Abb. 4 Problematik der Schulterkontraktur, präoperativ.

Plexusläsion einmalig – Gespräch und Untersuchung sowie die Operationstechnik müssen den individuellen Besonderheiten Rechnung tragen. Die Resultate werden individuell nach der ROM (Neutral 0 Methode) Messung erhoben, fotografiert und heutzutage vorzugsweise gefilmt. Verschiedene Scoring-Systeme (Mallet, Gilbert, Raimondi) arbeiten auf eine einheitliche Einschätzung hin – ersetzen allerdings nicht die individuelle Evaluation anhand der prä- und intraoperativen Daten nach Mikroneurochirurgie oder eine Evaluation der postoperativen Funktionsverbesserungen im Alltag bei den größer werdenden Kindern. Das Resultat der direkten Nervenwiederherstellung korreliert mit dem Ausmaß der Verletzung, der Anzahl rupturierter und/oder ausgerissenen Wurzeln, der Defektstrecke, der histologischen Schnittkantenqualität, der Redundanz und Qualität der Interponate und deren Anschlußauswahl sowie der Koaptationspräzision.

Nervale End-zu-Seit-Anschlüsse und freie neurovaskulären Muskellappen zur gezielten Funktionsreanimation werden an Bedeutung gewinnen

Bei Durchführung von Sekundärverfahren sollten die Ursachen der Gelenkkontraktur umfassend analysiert und konsequent beseitigt werden. Dann sind die Resultate entsprechend gut und langanhaltend – auch wenn das muskuläre Gleichgewicht öfter durch einen gleichzeitigen oder anschließenden Muskeltransfer wieder zurecht gerückt werden kann oder muß. In Zukunft werden nervale End-zu-Seit-Anschlüsse und die vermehrte Nutzung von freien neurovaskulären Muskellappen zur gezielten Funktionsreanimation (Fingerbeugung, Schulterflexion und Ellenbogenstreckung) an Bedeutung gewinnen. Das Arsenal rekonstruktiver Methoden ist groß und die Resultate sind durchaus erfolgversprechend. Leider blieb bislang trotz verbesserter Information über die Pathogenese und die Therapieoptionen (durch Veröffentlichungen und nicht zuletzt über das Internet) sowie schonenderem Umgang mit der peripartalen Schulterdystokie die Inzidenz von Plexuslähmungen bei Säuglingen annähernd gleich: Diese liegt derzeit bei 1 von 2000 Geburten, davon rund zehn Prozent ohne ausreichende Rückbildung. Die Plastische Chirurgie wird sich daher auch in kommenden Jahren weiter engagiert mit dieser wichtigen Funktionseinschränkung beschäftigen, die erhebliche

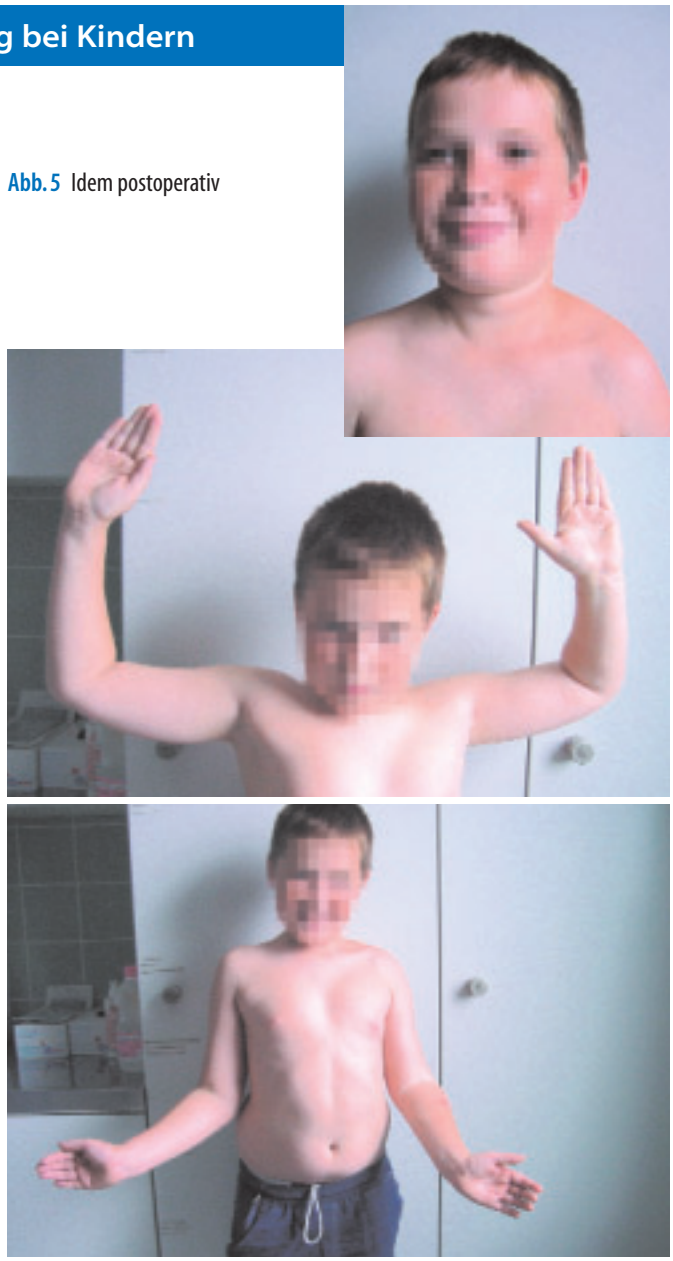


Abb. 5 Idem postoperativ

Auswirkung auf das Extremitätenwachstum und die kortikale Integra des Armes hat.

Literatur

Bahm J (2003) Die kindliche Armplexusparese – Übersicht zur Klinik, Pathophysiologie und chirurgischen Behandlungsstrategie. Handchirurgie Mikrochirurgie Plastische Chirurgie 35: 83–97

Bahm J (2004) Die kindliche Armplexusparese – eine Übersicht sekundärer Behandlungsverfahren. Handchirurgie Mikrochirurgie Plastische Chirurgie 36: 37–46

Dr. med. Jörg Bahm
Ltd. Arzt des Bereiches Plastische Wiederherstellungsschirurgie
St. Franziskus Krankenhaus
Morillenhang 27, 52074 Aachen

Kommentar

Dem Autor ist es gelungen, in den vier knappen Seiten seines Beitrages einen Überblick über dieses zwar seltene, aber folgenreiche Krankheitsbild zu verschaffen. In der Tat sind nicht nur die Kinder, sondern die gesamte Familie betroffen – besonders wenn man bedenkt, daß physiotherapeutische Maßnahmen, sekundäre Eingriffe usw. sich über viele Jahre der Kindheit und Adoleszenz erstrecken. In Deutschland sind davon zirka 300 bis 400 Kinder jährlich betroffen.

Die Plexusparesen von Kindern sind nicht zu vergleichen mit denen der Erwachsenen. Zum einen, weil beim Kind die Dynamik des Wachstums außerordentlich relevant ist (die betroffene Extremität wächst langsamer und ist kürzer, als die gesunde) zum anderen, weil Kinder Umstellungs- und Anpassungskünstler sind, sie lernen ohne die gelähmte Extremität zurecht zu kommen; selbst dann, wenn die Extremität zu einem späteren Zeitpunkt wieder funktionieren könnte.

Der Autor hat auf die engagierte Diskussion zwischen Neurochirurgen, Orthopäden, Handchirurgen und plastischen Chirurgen hingewiesen. Dabei spielen die Pädiater die wichtigste Rolle für die zeitgerechte und zielgerechte Einleitung der Maßnahmen, darunter die frühe operative Rekonstruktion der verletzten Nerven, in der Zeit zwischen dem dritten und dem sechsten, spätestens achten bis neunten Lebensmonat. Die Vertiefung der interdisziplinarischen Beziehung zwischen dem Pädiater/Neuropädiater und uns ist von weit größerer Bedeutung, als die bloße Abgrenzung, etwa gegenüber den Neurochirurgen oder den Orthopäden. Aus dem gleichen Grund ist der Wissensaustausch zu den Physiotherapeuten die Basis auf der die therapeutischen Ziele gebündelt werden können.

Der Autor hat in seiner Übersichtsarbeit kurz auf die Problematik der unterschiedlichen Evalutionsmethoden, bezogen auf die funktionellen Behandlungsergebnisse, hingewiesen. Auch hier sind in Zukunft weitere Bemühungen erforderlich, um die gleichen Beurteilungsparameter zu verwenden und um zu wissen, daß ein gutes Ergebnis in der Beurteilung eines Plexusspezialisten auch von den anderen Plexus-Spezialisten als gut beurteilt wird.

Aufgrund der relativ geringen Zahl der Kinder mit einer Armplexus-Parese und den komplexen Entscheidungsprozessen zur Einleitung einer adäquaten Therapie dieser Erkrankung, ist es zweckmäßig, die Betreuung der kleinen Patienten an wenigen Zentren – zwei bis drei in Deutschland – zu konzentrieren. Die hohe Frequenz der Operationen, die Bündelung der Befunderhebung und der Ergebnisse, erhöhen die Qualität der Behandlung. Hierzu wurden Leitlinien von der VDPC entworfen. Neben meinen Glückwünschen an Herrn Bahm, für den sehr informativen Beitrag, möchte ich auf weitere Literaturstellen, die wesentlich für die Entwicklung von Therapiekonzepten beigetragen haben, hinweisen.

Literatur

Antoniadis G, Mohr K, Braun V, Richter HP (1997) Operative Behandlung von geburtstraumatischen Läsionen des Plexus brachialis. Monatsschr Kinderheilkd 145: 1080-1085

Berger AC, Hierner R, Becker MHJ (1997) Die frühzeitige mikrochirurgische Revision des Plexus brachialis bei geburtstraumatischen Läsionen. Orthopäde 26: 710–718

Birch R, Chen L (1996) The medial rotation contracture of the shoulder in obstretric brachial plexus palsy. J Bone Joint Surg [Br] 73 (Suppl): 68

Chen L, Gu YD, Hu SN (2002) Applying transfer of trapezius and/or latissimus dorsi with teres major for reconstruction of abduction and external rotation of the shoulder in obstetrical brachial plexus palsy. J Reconstr Microsurg 18: 275–280

Chuang DC, Hattori Y, Ma HS, et al (2002) The reconstructive strategy for improving elbow function in late obstetric brachial plexus palsy. Plast Reconstr Surg 109: 116–126, discussion 127-129

Clarke HM, Curtis CG (1995) An approach to obstretrical brachial plexus injuries. Hand Clin 11: 563–581

Gilbert A (1991) Surgical treatment of brachial plexus birth palsy. Clin 264: 39–49

Gilbert A (2001) Results of repair to the obstretrical plexus. In: Gilbert A (ed) Brachial plexus injuries. Dunitz, London, S 211-216

Mallet J (1972) Paralysie obstretricale du plexus brachial. Traitement des sequelles. Chir. Orthop. 58: 166–175

Terzis JK, Papakonstantinou KC (2002) Outcomes of scapula stabilisation in obstretrical brachial plexus palsy: a novel dynamic procedure for correction of the winged scapula. Plast Reconstr Surg 109: 548–561

Prof. Dr. med. G. Ingianni
Direktor der Klinik für Plastische und Handchirurgie, Ästhetische und Rekonstruktive Chirurgie
Helios Klinikum Wuppertal der Universität Witten-Herdecke
Heusnerstraße 40
42283 Wuppertal

Klassiker der Plastischen Chirurgie neu erschienen

Jacques Joseph:
Nasenplastik und sonstige Gesichtsplastik, nebst einem Anhang über Mammaplastik



Limitierte, numerierte Neuauflage der Luxusausgabe im Kaden Verlag

Jacques Joseph (1865–1934) gehört zu den Pionieren und Wegbereitern der plastisch-rekonstruktiven Chirurgie.
Sein Buch „Nasenplastik und sonstige Gesichtsplastik, nebst einem Anhang über Mammaplastik und einige weitere Operationen aus dem Gebiete der äußeren Körperplastik.
Ein Atlas und Lehrbuch“ wurde jetzt in einem aufwendigen Verfahren als reprografischer Nachdruck im Kaden Verlag Heidelberg neu aufgelegt. Diese bibliophile Ausgabe hält den Vergleich mit dem Original mühelos stand.

Leseprobe unter www.kaden-verlag.de
(Bücher > Chirurgie > Joseph > Leseprobe)

BESTELLCOUPON

Hiermit bestelle ich

----- Exemplar/e „Joseph: Nasenplastik und sonstige Gesichtsplastik“ zum Preis von je h 295,–

Datum/Unterschrift

Name

Straße

PLZ/Ort

Joseph, Jacques: Nasenplastik und sonstige Gesichtsplastik, nebst einem Anhang über Mammaplastik. Mit 1717 teils farbigen Abbildungen.
XXXI, 842 Seiten, erweitert durch 4 Seiten Anhang mit einem Kurzporträt des Autors. Halbleder mit Rückentitel und Rückenvergoldung.
Verlag von C. Kabitzsch, Leipzig, 1931
Limitierter, numerierter reprographischer Nachdruck der Luxusausgabe.
295,00 Euro, ISBN: 3-922777-69-4
Kaden Verlag, Heidelberg 2004

KADEN

Zu bestellen bei jeder Buchhandlung oder direkt bei:
Kaden Verlag, Ringstraße 19b, 69115 Heidelberg, Tel. 06221/ 1377600, Fax 29910,
E-Mail: zimmer@kaden-verlag.de, Internet: www.kaden-verlag.de

Jahrestagung 2005 Fachübergreifendes Thema Bionik

Anläßlich unseres VDPC/VDÄPC Kongresses 2005 wollen wir neue Kräfte und Partner an uns binden, die nicht primär mit der Medizin oder gar der plastischen Chirurgie in Zusammenhang stehen. Dazu soll ein fachübergreifendes Thema dienen, die sogenannte Bionik. Was ist Bionik? „Aerodynamik", „der Lotosblüteneffekt" oder „Recycling" sind typische von der Natur umgesetzte „bionische" Phänomene, Bionik umfaßt jedoch weitaus mehr als die genannten Schlagwörter – so in der plastischen Chirurgie beispielsweise das Tissue Engineering. Ein Beitrag von Kurt G. Blüchel, einem in der Thematik bewanderten Journalisten, soll einen Einblick in das breite Spektrum der Bionik vermitteln und Anregung zu weiterer Beschäftigung damit bieten. Kurt G. Blüchel wird maßgeblich an der Umsetzung der Thematik im Rahmen der Jahrestagung 2005 beteiligt sein. Darüber hinaus wird ein Bionik-Fotowettbewerb ausgeschrieben; die besten Bilder werden anläßlich des VDPC/VDÄPC-Kongresses ausgestellt und prämiert. Die Teilnahmebedingungen für den Wettbewerb werden in Kürze medienweit veröffentlicht.

Aus zwei Gründen bestehen hierzu vorteilhafte, „weltweite" Symbiosen: Zum einen lautet das Motto der Weltausstellung in Japan 2005 „wisdom of nature" (die Weisheit der Natur) und zum anderen wird 2005 möglicherweise das Jahr des Bildes werden. Wir hoffen, damit der plastischen Chirurgie eine zukunftsträchtige Plattform zu bieten.

Joachim Graf von Finckenstein
Tagungspräsident 2005

Wühlen in der Schatztruhe der Schöpfung

Wissenschaftler und Ingenieure entdecken biologische Systeme als intelligente Prototypen für künftige Technologien

Kurt G. Blüchel

Die Natur ist kein himmlischer Zaubergarten. Im Gegenteil – sie geht knallhart mit ihren Kreationen um. Was nicht funktioniert wird rücksichtslos ausrangiert. Sie hat Erfindung auf Erfindung getürmt, in einem gigantischen Trial-and-Error-Verfahren unendlich viele Versuchsreihen, Experimente und Testläufe absolviert. Und nach mehr als drei Milliarden Jahren ist sie vor allem eines geworden; beinahe perfekt. In der Einschränkung, „beinahe" liegt auch ihre Überlegenheit. Denn, die List der Natur besteht darin, eben keine absolut perfekten Systeme zu entwickeln. Perfekt ist sie eher darin, mit Fehlern umzugehen. Der Trick: Sie setzt nicht auf fix und fertige Konstruktionen, das macht ihre Schöpfungen wesentlich unanfälliger – im Gegensatz zur „perfekten" Technik des Menschen.

Es mag zwar manchen Naturfreund erschrecken, aber Technik hat ihren Ursprung in Lebensvorgängen

Inzwischen stoßen bionische Ansätze in Wirtschaft und Wissenschaft, bei Politikern und Investoren weltweit auf wachsendes Interesse. Wird sich die alte Vision des Menschen, die Natur auf breiter Front in ihrem unbeschreiblichen Erfindungsreichtum nachzuahmen, am Ende doch noch realisieren lassen? Werden wir morgen schon statt unsere eigene Technik die unglaublich genialen Prototypen biologischer Systeme bewundern? Es mag zwar manchen Naturfreund erschrecken, aber Technik hat ihren Ursprung in Lebensvorgängen – und nur dort. Technik ist deshalb auch keineswegs etwas Unnatürliches. Wer das glaubt, hat die lebende Natur nicht genügend beobachtet, weiß vermutlich nicht, was sich beispielsweise im Inneren von Zellen, bei der Energieumwandlung, der Informationsverarbeitung im Reich der Pflanzen und Tiere wirklich abspielt. So verfügt der im nördlichen Teil Amerikas heimische Waldfrosch „Rana sylvatica" über eine Anpassungsfähigkeit, die



Waldfrosch „Rana sylvatica

manchen Klimatechniker zu interessanten Experimenten inspirieren könnte. Wenn im Winter das Thermometer weit unter den Gefrierpunkt fällt und seine Umwelt im Kälteschock erstarrt, versucht er erst gar nicht, einen warmen Unterschlupf zu finden – er läßt sich, wo er gerade hockt, kurzerhand einfrieren. Blut, Lymphe und sämtliche anderen Körperflüssigkeiten außerhalb der Zellen verwandeln sich zu winzigen Eiskristallen. Dadurch wird der kleine Frosch bei mehr als zehn Grad unter Null hart wie ein tiefgekühlter Hühnchenschenkel – lebt aber trotzdem weiter. Denn das Innere seiner Zellen bleibt trotz der klirrenden Umgebungskälte flüssig, weil bestimmte Eiweiße und eine hohe Salzkonzentration den Gefrierpunkt herabsetzen.

Für Bioniker liegt der Schluß nahe, daß eines Tages mit lebenden Solarzellen die photovoltaische Technik revolutioniert werden könnte

Ein anderes Beispiel: Israelische Forscher von der Universität in Tel Aviv fanden im Außenskelett der orientalischen Hornisse organische Halbleiterkristalle eingelagert, die wie Solarzellen funktionieren. Den Solarstrom nutzen die wehrhaften Insekten, um einerseits Wärme zu produzieren und andererseits ihren Bewegungsapparat und ihre Stoffwechselprozesse mit Energie zu versorgen. Erstaunlich dabei ist, daß dieses biologische System elektrische Energie nicht nur erzeugen, sondern auch speichern kann. Für Bioniker liegt der Schluß nahe, daß eines Tages mit lebenden Solarzellen die photovoltaische Technik revolutioniert werden könnte. Das Vorgehen der israelischen Forschergruppe ist ein typisch bionischer Ansatz. Niemand hat bisher der Hornisse oder dem kleinen kanadischen Waldfrosch – wie auch vielen anderen vermeintlich „primitiven“ Tieren und Pflanzen – eine derart ausgeklügelte Technik zugetraut. Zwar ist es noch gar nicht so sicher, daß die Effekte, die man beobachtet hat, in allen Details wirklich in der vermuteten und hier dargestellten Weise ablaufen. Doch zweifellos kann das Studium solcher „biologischen Halbleiter“ einen Beitrag dazu liefern, die Solarenergie künftig weitaus besser zu nutzen, als es zum gegenwärtigen Zeitpunkt möglich erscheint.

Bionik – eine Melange aus Biologie und Technik – ist auch spannendes Kreativitätstraining

Bionisches Arbeiten und Forschen muß nicht gleich zu verwertbaren Lösungen führen. Auch wenn es in dem einen oder anderen Fall nur „anregende Spielerei“ ist, beeinflußt es zunächst viele junge Ingenieure und Mediziner, Designer und Architekten. Vermutlich fasziniert es auch viele Schüler und Lehrer, Studenten und Professoren. Bionik – eine Melange aus Biologie und Technik – ist vor allem auch spannendes Kreativitätstraining. Denn die Natur bietet ein fantastisches Ideenpotential, das man zumindest einmal zur Kenntnis nehmen sollte. Man kann natürlich von den biologischen Systemen, ihren technischen Konstruktionen und Verfahrensweisen keine Blaupausen erwarten – das wäre ziemlich naiv und letzten Endes nicht viel mehr als Scharlatanerie, mit einem Wort – unweise. Aber ebenso unweise wäre es, die unermeßliche Fülle der lebenden Vorbilder für eigenständiges Entwickeln nicht zur Kenntnis zu nehmen. Jeder kennt heutzutage den Wintergarteneffekt. In der Übergangszeit von Herbst und Winter heizt sich das gläserne Bauwerk angenehm auf, weil einfallende Sonnenstrahlen ihre Wärme abgeben und diese wegen Doppel- und Dreifachverglasung – und vielen anderen raffinierten Dingen, wie zum Beispiel Stickstofffüllung und Spezialbeschichtungen – nicht mehr so leicht entweichen kann. Im Sommer allerdings wird es ohne Beschattung unerträglich heiß, und man muß Zwangslüftungen vorsehen. Ein Berliner Physiko-Chemiker und Bioniker, Professor Helmut Tributsch, hat anschaulich beschrieben, wohin ihn das Nachdenken über Wintergärten geführt hat: „Da Schnecken typischerweise Häuser mit sich herumtragen, dachte ich mir, daß es einen Unterschied machen müßte, ob eine Schnecke im milden Tiefland oder im kalten Hochgebirge lebt. Ich konzentrierte mich auf die Hochgebirgsfauna und versuchte herauszufinden, wie die Häuser der Schnecken beschaffen sind, die im Reich der Gletscher leben“.

Ingenieure treten vehement der Unterstellung entgegen, sie hätten bei der Entwicklung ihrer Konstruktionen Anleihen bei der Natur gemacht

Überraschenderweise fand sich, daß die Schnecken in den Gletscherregionen, also etwa auf 3000 Meter Höhe, „Glashäuser besitzen“. Man

spricht deshalb auch von Glasschnecken. In ihrem Glashaus sammelt sich die Wärme wie in unseren Wintergärten. Dadurch können diese Schnecken noch aktiv sein, wenn es für ihre Verwandten, die keine durchscheinenden Häuser besitzen, längst zu kalt ist. Es erinnert irgendwie an das Märchen vom Wettlauf zwischen Hase und Igel: Jedes Mal, wenn der Hase glaubt, er sei als erster am Ziel, muß er feststellen, daß sein Kontrahent, der Igel, schon da ist. Von der Erfindung des Radars bis zum weltberühmt gewordenen Olympiadach in München – immer stellte sich hinterher heraus, daß es entsprechende Vorbilder in der Natur seit langem gab. Aber weder der Konstrukteur der Radartechnik noch der Architekt der Überdachung des Olympiastadions mochte auf sein Erstgeburtsrecht verzichten. Auch zahlreiche andere Ingenieure sind immer wieder vehement der Unterstellung entgegengetreten, sie hätten bei der Entwicklung ihrer Produkte und Konstruktionen Anleihen bei der Natur gemacht. Einigermaßen verständlich wird diese Haltung, wenn man weiß, daß sowohl das deutsche wie auch das europäische Patentrecht Anträge grundsätzlich zurückweist, wenn der Antragsteller sich auf natürliche Vorbilder beruft. Auch der „Erfinder" des inzwischen berühmt gewordenen Lotos-Effektes, der Botaniker Wilhelm Barthlott von der Universität Bonn, hatte sich bei seiner spektakulären Entdeckung mit dieser seltsamen Gepflogenheit herumzuschlagen. Vorsorglich empfahlen seine Patentanwälte, den Bionikgedanken aus der Patentschrift herauszunehmen. Es könnte sonst noch jemand auf die Idee verfallen, daß die sogenannte Patenthöhe nicht mehr gegeben sei, da die Natur – in diesem Falle die Lotusblume – die Erfindung der porentiefen Reinheit ja schon vor Jahrmillionen gemacht hat …





Olympiadach in München

Natürliche Vorbilder können bestenfalls Anregungen für eigenständiges Gestalten und Entwerfen geben

Wie es scheint, hat sich bislang noch kein Patentrechtler die Mühe gemacht, einen Blick in die technologische Schatztruhe der Natur zu werfen. Sonst hätte er ziemlich rasch festgestellt, daß mit naivem Abkupfern wenig auszurichten ist. Natürliche Vorbilder können bestenfalls Anregungen für eigenständiges Gestalten und Entwerfen geben. Mit seiner rigiden Praxis aber unterbindet das bestehende Patentrecht den forschenden Blick in die Natur und verhindert damit eine systematische Erfassung biologischer Strukturen und ihrer grandiosen Übertragungsmöglichkeiten. Die Natur entwickelt seit Urzeiten Wirkstoffe und Baustrategien, Verfahrenstechniken und Werkstoffe, die den Vergleich mit modernsten Hightech-Produkten nicht zu scheuen brauchen. Weshalb immer wieder die Frage auftaucht: Wie um alles in der Welt schafft die Natur das alles? Wie ist es beispielsweise möglich, Elefantenzähne, Eierschalen und Schmetterlingsseide, Schildkrötenpanzer und Holzwespenbohrer bei Temperaturen von maximal 38 Grad Celsius „umweltneutral" herzustellen? Darüber hinaus sind alle diese Werkzeuge und Werkstoffe vollständig recycelbar und erfordern nur minimalen Rohstoff- und Energieeinsatz. Die menschliche Technik muß allein das Eisen für eine simple Zange bei über 1000 Grad Celsius schmelzen. Zudem muß sie sich mit umweltbelastender Abwärme und giftigen Abgasen herumschlagen. Inzwischen sind jedoch auf der ganzen Welt Wissenschaftler und Techniker – trotz so mancher behördlicher Hindernisse – mit Hochdruck damit beschäftigt, Produktinnovationen und neue Technologien nach dem Vorbild der Natur zu entwickeln. Auch bei dem amerikanischen Flugzeugbauer Boeing hat man nach geeigneten Vorbildern gesucht – und die Hummel gefunden. Eine Blaupause ist natürlich auch sie nicht. Und so prangt im Foyer der Boeing-Zentrale in großen Lettern der Leitspruch: „Berechnungen unserer Ingenieure haben ergeben, daß die Hummeln nicht fliegen können". Da die Hummeln von dieser ingenieurwissenschaftlichen Erkenntnis nichts zu wissen scheinen, fliegen sie einfach weiter. Vermutlich stürzen sie deshalb auch nicht ab … ■

VDPC Reisestipendium

Perforator-Lappenplastiken zur Brustrekonstruktion: Erfahrungen aus Gent

Stefan Langer, M. Hamdi, P. N. Blondeel, K. Van Landuyt, N. Roche, S. Monstrey

Perforator-Lappen werden als „Angiosom“, d.h. als Gewebeblock verstanden, welcher durch ein einziges Blutgefäß komplett versorgt wird [1]. Der Gewebeblock besteht aus Haut mit subkutanem Fettgewebe ohne Muskelanteil. Als Beispiel sei der DIEP (Deep inferior epigastric perforator)-Lappen genannt, ein TRAM-Lappen ohne Rektus-Muskelanteil. Der Vorteil bei der Verwendung von Perforator-Lappen besteht in der geringen Hebedefektmorbidität und fehlendem muskulären Funktionsverlust. So konnten 96 Prozent der Patientinnen, deren Brust mittels DIEP-Lappen rekonstruiert wurde, postoperativ „Situps“ durchführen, Bauchwandbrüche wurden keine festgestellt [2]. Aufgrund dieser Vorteile, sind Perforator-Lappen in den vergangenen Jahren „in Mode“ gekommen. Es ist daher nicht verwunderlich, daß fast monatlich neue Perforator-Lappen neu „erfunden“ werden. Die eindeutige Nomenklatur erlaubt nun die internationale Kommunikation, derer sich auch der Gent-Konsensus widmet [3].

Die Indikation zum bilateralen DIEP wird breit erstellt, da ein solcher Eingriff nur einmal im Leben der Patientin durchgeführt werden kann

An der Abteilung für Plastische Heilkunde der Universitätsklinik in Gent (Direktor Prof. Dr. S. Monstrey) ist der einseitige DIEP-Lappen aber insbesondere die beidseitige Brustrekonstruktion mittels bilateralem DIEP Alltag. Die Indikation zum bilateralen DIEP wird breit gestellt, da die Möglichkeit eines derartigen Eingriffs nur einmal im Leben der Patientin besteht. So wird etwa die mittels Expander vor-versorgte Brust (nach Ablatio) mit DIEP rekonstruiert; die bilaterale tumorfreie Brust – beispielsweise bei erhöhtem Karzinomrisiko oder auf Wunsch der Patientin – subkutan mastektomiert und mit dem zweiten DIEP rekonstruiert. Die postoperativen Ergebnisse sind kosmetisch sehr ansprechend. Pro Woche werden zirka drei bilaterale DIEP und weitere vier einseitige DIEP-Lappen operiert. Die Operationsdauer eines bilateralen DIEP beträgt rund sieben Stunden. Die Patientin geht postoperativ auf Normalstation. Heparin i.v. wird nicht gegeben, ein Temperaturindikator wird auf die Hautinsel des Lappens aufgeklebt.

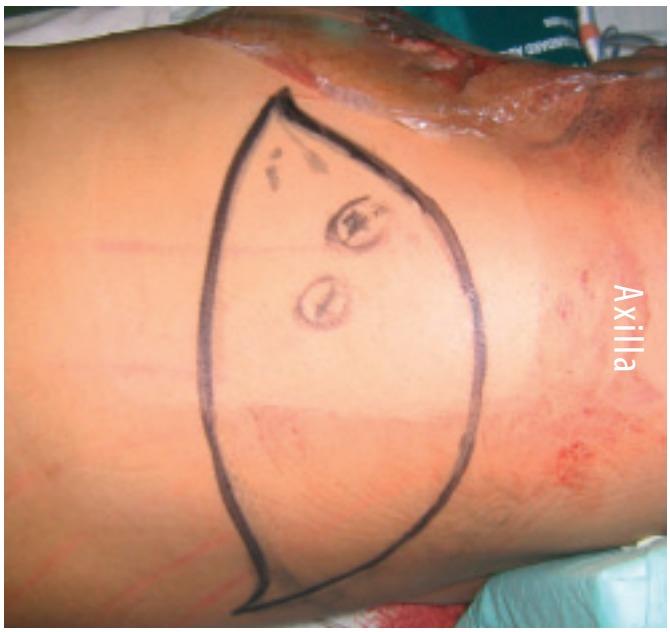


Abb. 1 Nach Tumorresektion (BET mit Schnellschnittdiagnostik) mit En-bloc-Axilladissektion eines gesicherten Mammakarzinoms links im Bereich des oberen äußeren Quadranten wird die Patientin aus der Rücken- in die rechte Seitenlage verbracht. Angezeichnet ist die horizontale Hautinsel eines TDAP-Perforatorlappens. Markiert ist das Dopplersignal des Perforators. (Operateur: M. Hamdi)

Eine geplante adjuvante Radiatio der Thoraxwand sollte allerdings vor einem Wiederaufbau durch einen DIEP-Lappen erfolgen

Die Indikation des Operationsverfahrens (TRAM oder DIEP) wird insbesondere in der US-amerikanischen Literatur bezüglich Outcome und Kosten seit Jahren ausgiebig diskutiert. Der DIEP-Lappen wird für sehr sorgsam ausgesuchte Frauen (Gewicht, Alter, Nikotinabusus) als ideale Methode beschrieben [2]. Eine geplante adjuvante Radiatio der Thoraxwand sollte nach Angaben von Rogers und Allen allerdings vor einem Wiederaufbau mittels DIEP erfolgen, da es hier zu einem signifikant hohen Anteil an Fettnekrosen, Fibrosen und Lappenkontrakturen kam [4]. Steht der Unterbauch der Patientin beispielsweise durch Voroperationen oder bei schlanken Patientinnen nicht als DIEP-Lappen zur Verfügung, dann kann das Gesäß als Gewebespender dienen. Ein SGAP-Perforatorlappen kann hier mit geringer Hebemorbidität und kosmetisch ausgezeichnetem Ergebnis gehoben werden [5]. Die Patientin befindet sich zur Lappenhebung allerdings in Seitenlage, so daß eine intraoperative Umlagerung durchgeführt werden muß. Des weiteren ist die Größe der zu rekonstruierenden Brust auf Körbchengröße A/B limitiert. Seit einigen Jahren werden in Gent zunehmend gestielte Perforator-Lappen in der Brustchirurgie eingesetzt. Dr. Hamdi et al. haben bereits über 40 Patientinnen mittels einem TDAP-Perforator-Lappen rekonstruiert [6] oder augmentiert [7]. Der TDAP entspringt der A. thoracodorsalis und wird als „reiner" Perforator-Lappen oder bei kleinem Perforator als „muscle-sparing" Latissimus-dorsi-Lappen gehoben (Abb. 1–3).

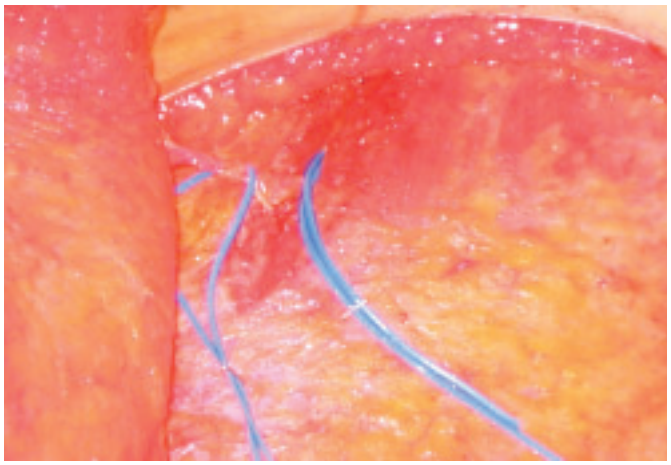


Abb. 2 Mit blauen Loops ist der freipräparierte Perforator angeschlungen. Dieser wurde zirka 3 cm dorsal des Vorderrandes des M. latissimus dorsi gefunden. Der Perforator wird nun durch den Muskel freipräpariert und auf einer Länge von zirka 10 bis 15 cm dargestellt.



Abb. 3 Der Lappen wird in den Defekt gelegt und deepithelisiert. Eine Hautinsel kommt über dem ehemaligen tumortragenden Gewebe zu liegen.

Der Autor besuchte im September 2004 als Stipendiat der VDPC das UZ Gent. Besonderer Dank gilt dem Sponsor des Reisestipendiums, der Firma Polytech, sowie den Mitarbeitern des UZ Gent für ihre freundliche Aufnahme in ihr Team.

Literatur

1. Taylor GI, Pan WR (1998) Angiosomes of the leg: anatomic study and clinical implications. Plast Reconstr Surg 102: 599–616
2. Nahabedian MY, et al (2002) Breast reconstruction with the free TRAM or DIEP flap: patient selection, choice of flap, and outcome. Plast Reconstr Surg 110: 466-475, Discussion 476–477
3. Blondeel PN, et al (2003) The „Gent" consensus on perforator flap terminology: preliminary definitions. Plast Reconstr Surg 112: 1378–1383, Quiz 1383, 1516, Discussion 1384–1387
4. Rogers NE, Allen RJ (2002) Radiation effects on breast reconstruction with the deep inferior epigastric perforator flap. Plast Reconstr Surg 109: 1919–1924, Discussion 1925–1926
5. Blondeel PN, et al (2003) Soft tissue reconstruction with the superior gluteal artery perforator flap. Clin Plast Surg 30: 371–382
6. Hamdi M, et al (2004) Pedicled perforator flaps in breast reconstruction: a new concept. Br J Plast Surg 57: 531–539
7. Van Landuyt K, et al (2004) Autologous breast augmentation by pedicled perforator flaps. Ann Plast Surg 53: 322–327

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

Wer bietet Was?

Brustimplantate
Inamed
Makümed
Mentor
Novamedical
Polytech-Silimed
Rofil Medro

Dokumentation
Richard Wolf

Endoskopie
Richard Wolf

Epithesenversorgung
Medicon

Expander
Inamed
Mentor
Polytech-Silimed
Rofil Medro

Faltenbehandlung
Inamed
Novamedical
Q-Med
Polytech-Silimed
Rofil Medro

asclepios Medizintechnik

asclep
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

ATMOS MedizinTechnik

ATMOS MedizinTechnik GmbH & Co. KG
Ludwig-Kegel-Str. 16, D-79853 Lenzkirch
Telefon: 07653/689-0, Telefax: 07653/689-690
E-Mail: atmos@atmosmed.de
www.atmosmed.de

Seit 100 Jahren entwickelt, produziert und verkauft ATMOS innovative Medizintechnik in rund 60 Ländern. Im Bereich der Liposuktion bieten wir unseren Kunden eine Komplettlösung, die jeglichen medizinischen Herausforderungen gewachsen ist:

ATMOS Liposet: Das Profisystem für die Liposuktion

ATMOS Liposet besteht aus den Komponenten

- Chirurgiesauger ATMOS Record 55 DDS

Selbst bei schwierigen Operationsbedingungen bleibt durch das besonders hohe Vakuum die Liposuktion problemfrei für den Arzt und schonend für den Patienten. Das Direct-Docking-System ermöglicht das schnelle, saubere und fehlerfreie Wechseln der Sekretbehälter.

- Infiltrationspumpe ATMOS S 2001 TI

Um den Patienten durch kompetente und schnellere Behandlung zu entlasten, wurde die Infiltrationspumpe ATMOS S 2001 TI entwickelt, die mit herausragender Förderleistung im erhöhten Druckbereich sogar bei Gewebeverhärtungen einsetzbar ist.

- Zubehör

Sekretbehältersatz □ Fußregler zur stufenlosen Regulierung der Infiltration □ Fußschalter zum Aktivieren und Ausschalten der Vakuumpumpe □ Bakterienfilter □ Lipokanülen mit neuem Hygienekonzept

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.

BBD-AESCULAP
Ein Unternehmen der B. BRAUN-Gruppe

BBD Aesculap GmbH
Am Aesculap-Platz, D-78532 Tuttlingen
Telefon: 0 74 61/91 15-5, Telefax: 0 74 61/91 15-6 58
www.bbraun.de

Als Komplettanbieter für chirurgische Verbrauchsmaterialien führen wir unter anderem

Chirurgisches Nahtmaterial

- Safil® ein mittelfristig resorbierbares Nahtmaterial aus Polyglykolsäure, geflochten oder monofil, erhältlich in den Stärken USP 10/0 bis 2
- Premilene® das nicht resorbierbare Monofilament aus Polypropylen ist in den Stärken USP 10/0 bis 1 erhältlich
- Safil® Quick ein kurzfristig resorbierbares, geflochtenes Nahtmaterial aus Polyglykolsäure für Intrakutannähte, in den Stärken USP 8/0 bis 2 erhältlich

Unser Nahtmaterial ist mit atraumatischen Nadeln aus geprüfter Stahlqualität armiert. Mehr als 100 atraumatische Nadeltypen für alle chirurgischen Disziplinen und individuelle Präferenzen des Operatuers sind verfügbar. Diese Nadeln verfügen über ein Praxis gerechtes Design, gewährleisten ein gutes Durchstichverhalten, gute Gleitfähigkeit, angepaßte Biegesteifigkeit, Bruchfestigkeit und minimales Gewebetrauma.

Nahtsets

- Derma-Set: Dermaset ist ein chirurgisches Spezialnahtset zur Fixierung von Hauttransplantaten. Dermaset besteht aus acht 15 cm langen Polypropylenfäden, die jeweils doppelt armiert sind.
- Ear-Set: Ear Set ist ein Spezialnahtset zur Rekonstruktion der Ohrmuschel unter Verwendung von Rippenknorpel. Ear Set besteht aus fünf 15 cm langen Stahlfäden, die jeweils doppelt armiert sind.

Gewebekleber

Histoacryl® für den nahtlosen Verschluß kleiner Hautwunden

Wer bietet Was?

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
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.

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

Inamed Aesthetics GmbH
Hansaallee 201, D-40549 Düsseldorf
Telefon: 0211/16895-0, Telefax: 0211/16895-16
E-Mail: info@inamed-aesthetics.de
www.inamed.com

Seit über 25 Jahren steht Inamed für innovative Lösungen im plastisch-ästhetischen Bereich. In drei Geschäftsfeldern – Breast Aesthetics, Facial Aesthetics und Health – sichern qualitativ hochwertige, verläßliche und innovative Produkte unsere führende Stellung im Markt.

Auf dem Gebiet Breast Aesthetics genießt Inamed einen hervorragenden Ruf als Anbieter hochwertiger Implantate zur Brustaugmentation und -rekonstruktion. Im Bereich Facial Aesthetics bieten wir ein bewährtes und umfassendes Produktprogramm zur Faltentherapie. Unsere Sparte Health vermarktet hochqualitative Produkte für die langfristig wirkende Behandlung von Übergewicht.

Unsere Vision: Richtungsweisend zu sein in der Entwicklung und Vermarktung innovativer, hochqualitativer und wissenschaftlich fundierter Produkte und Leistungen, die die Lebensqualität verbessern.

Unsere Produkte

■ Breast Aesthetics
McGhan Silikongel Brustimplantate
McGhan Saline Brustimplantate
McGhan Hautexpander zur Rekonstruktion
CUI Silikongel Brustimplantate
CUI Saline Brustimplantate
CUI Hautexpander zur Rekonstruktion
Gewebeexpander
Marena® Kompressionsbekleidung
Epiderm® Silikonfolie und Silikongel
Snowden Pencer chirurgisches Instrumentarium

■ Facial Aesthetics
Zyderm®, Zyplast®, Hylaform®, HydraFill®

■ Health
BIBTM BioEnterics® Intragastric Balloon
Lap-Band® System

Fettabsaugung
Atmos
Medicon
MediEquip
Mentor
Polytech-Silimed
Richard Wolf
Rofil Medro

Gesichtsimplantate
Mentor
Polytech-Silimed

Handchirurgie
Richard Wolf
Zeiss

Hautkleber
BBD-Aesculap

Kompressionswäsche
Asclepios
Inamed
MediEquip
Mentor
Novamedical
Polytech-Silimed
Rofil Medro

Wer bietet Was?

Laser
Wave Light

Lichtquellen
Richard Wolf

Mammaimplantate
Inamed
Makümed
Mentor
Novamedical
Polytech-Silimed
Rofil Medro

Medizinische Kosmetikprodukte
Beautypool
Rofil Medro

Mikrochirurgie
Richard Wolf
Zeiss

Nahtmaterial
Nahtsets
BBD-Aesculap



MAKÜMED Implant Technologies
Maximillianstraße 35, D-80539 München
Telefon: 0800/62583633 oder 089/52036897
Telefax: 089/52036899
E-Mail: info@pip-deutschland.de
www.pip-deutschland.de

MAKÜMED Implant Technologies vertreibt für den weltweit drittgrößten Hersteller von medizinischen Silikonimplantaten Brustimplantate in Deutschland im Generalvertrieb. Silikonimplantate von P.I.P. entsprechen den Klasse III Spezifikationen der EU-Richtlinien 93/42/CEE und 2003/12/CEE und tragen das CE-Zeichen CE0197. Der Herstellungsprozeß entsprechend dem ISO 9001 und 13485 Standard ist vom TÜV-Rheinland zertifiziert. MAKÜMED verfügt über ein umfassendes Qualitätsmanagement-System und ist nach ISO 13485 und 9001 zertifiziert.

Gelgefüllte Mammaimplantate
Hochkohäsives Silikongel
- texturierte Oberfläche, Hochprofil, rund
- texturierte Oberfläche, ultra-hohes Profil, rund
- mikro-texturierte Oberfläche, Hochprofil, rund
- titanisierte, mikro-texturierte Oberfläche, Hochprofil, rund
- texturierte Oberfläche, anatomisch geformt
- texturierte Oberfläche, asymmetrisch geformt

Kochsalzgefüllte Mammaimplantate
Exakt vorgefüllt mit isotoner Kochsalzlösung
- ventillos, glatte Oberfläche, Hochprofil, rund
- ventillos, mikro-texturierte Oberfläche, Hochprofil, rund

Messimplantate
Hochkohäsives Silikongel
- glatte Oberfläche, Hochprofil, rund
- glatte Oberfläche, Hochprofil, anatomisch geformt
- glatte Oberfläche, Hochprofil, asymmetrisch geformt

MEDICON eG
Gänsäcker 15, D-78532 Tuttlingen
Telefon: 07462/2009-0
E-Mail: sales@medicon.de
www.medicon.de

„the art of surgery"
Unser Produktsortiment umfaßt mehr als 24.000 Artikel für den gesamten Bereich der Humanmedizin. Die hochpräzisen Instrumente tragen alle das Gütezeichen „Made in Germany", da sie in unseren Mitgliedsbetrieben in Tuttlingen gefertigt werden. Seit Jahren entsprechen Sie den höchsten Qualitätsansprüchen. Wir haben unsere Kernkompetenzen in der 5-Säulen-Strategie zukunftorientiert definiert. In fünf Disziplinen der Medizin werden wir verstärkt investieren und unser Sortiment weiter optimieren. Innerhalb eines breit gefächerten Komplettprogramms konzentrieren wir uns auf die Fachgebiete der Neurochirurgie, der HNO-Chirurgie, der plastischen Chirurgie, der Cardio-Vascular-Chirurgie sowie der Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie.

Im Bereich der plastischen Chirurgie können wir Ihnen folgende Produkte anbieten:
- **Liposuction**: Infiltrations- und Absaugpumpen, diverse Kanülen
- **Lipofilling**: diverse Kanülen, Dosierhandgriff
- **Facelift**: spezielle, sehr hochwertige Faceliftscheren
- **Mammaplastik**: Brust-Dissektoren n. Solz, Brustheber, Mamillenringe
- **Rhino-Plastik**: diverse Spezialinstrumente, Gubisch-Sieb
- **Rekonstruktion**: Epiplating-Set zur Epithesenversorgung
- **Navel Marker** nach Solz

Die besondere Leistungsfähigkeit unseres Unternehmens liegt in der Verknüpfung von Fachkompetenz, technischem Fortschritt, Zukunftsorientierung und dem ständigen Streben nach Perfektion.

MediEquip International
Heidelberger Landstraße 7, D-64297 Darmstadt
Telefon: 0 61 51/95 39 97, Telefax: 0 61 51/95 39 99
E-Mail: info@mediequip .de
www.mediequip.de

Kompressionsbekleidung nach ästhetisch/komsetischen Eingriffen:
MediEquip Int. bietet ein Sortiment an über 70 verschiedenen hochwertige ETHO-Premium-Kompressionsmiedern für Frau und Mann; Standard und nach Maß, Lieferzeit: 1 Tag (2 bei Maß). 20 Jahre Erfahrung.

Kompressionsbekleidung für Schwerbrandverletzte
Fertigung nach Maß

Kompressionsbekleidung für Stomapatienten
Fertigung nach Maß. Passend für jede Stomaversorgung. 30 verschiedene Grundmodelle.

Einmalslips zur Fotodokumentation

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

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

Wer bietet Was?

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

POLYTECH SILIMED EUROPE GmbH

POLYTECH SILIMED Europe GmbH
Altheimer Straße 32, D-64807 Dieburg
Telefon: 06071/98630, Telefax: 06071/986330
E-Mail: Kundenservice@PolytechSilimed.de
www.PolytechSilimed.de

Produkte – Auswahl – Service

POLYTECH SILIMED Europe GmbH bietet dem Operateur ein einzigartiges Spektrum an Implantaten und Geräte für die Körperkonturkorrektur. Unser Schwerpunkt liegt auf silikongelgefüllten Mammaimplantaten, da diese erwiesenermaßen ein optimaler Weichteilersatz sind. Bezüglich der Oberfläche der Implantate kann der Operateur zwischen MikroPolyurethanSchaum-beschichteten, texturierten und glattwandigen Implantaten wählen. Neben den silikongelgefüllten Implantaten stehen auffüllbare und Doppellumen-Implantate zur Verfügung.

Mamma-, Fazial-, Gluteus-, Testikular- und Wadenimplantate gehören, ebenso wie eine große Auswahl an Expandern, zum Standardprogramm. Patientenspezifische Implantate und Sonderanfertigungen erweitern die Angebotsvielfalt an Implantaten.

Geräte und Instrumente für die Lipoaspiration, Pigmentation und Dermabrasion, sowie Kompressionsbustiers und Produkte für die Narbentherapie komplettieren die Produktpalette für die plastische und rekonstruktive Chirurgie.

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 kristallklaren NASHA-Gel (nicht-animalische stabilisierte Hyaluronsäure). Das NASHA-Gel in RESTYLANE ist maximal 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.

Narbentherapie
Asclepios
Beautypool
Dr. Suwelack
MediEquip
Novamedical
Polytech-Silimed
Rofil Medro

OP-Einrichtungen
Richard Wolf
Zeiss

Operationsmikroskope
Zeiss

OP-Instrumente
Inamed
Medicon
Richard Wolf

Pharmaka
Baxter
Biomet

Stoma
MediEquip

Wer bietet Was?

Verbrennungen
Dr. Suwelack
MediEquip
Novamedical

Wundversorgung
Baxter
BBD-Aesculap
Biomet
Novamedical

■ **MEDIMAGE**: Hiermit ist ein komplettes, digitales Patientenbild- und Dokumentenmanagement möglich sowie Bildakquisition, -verarbeitung und -archivierung. Darüber hinaus die 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
Medizinische Produkte

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
- 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

SKIN & HEALTH CARE
DR. SUWELACK

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.

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

Mit Mentor MemoryGel™ bleiben Sie in Form.





Jedes Mentor Implantat enthält unser weiterentwickeltes Gel®. Mentor Memory Gel® wurde entwickelt um beste ästhetische Resultate zu liefern und ihren Patientinnen die größtmögliche Sicherheit zu bieten

Für weitere Informationen wenden Sie sich an uns.

the power to transform

MENTOR

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

The Siltex® Becker Expander/Implant Family

Mentor Innovation

Siltex® Contour Profile® Becker 35

Der erste und einzige
Becker-Expander
in anatomischer Form



Siltex® Round Becker 25



Siltex® Round Becker 50

NEU!



Siltex® Contour Profile® Becker 35

Kohäsiv
I + II

- Kombination von Expander und Brustimplantat
- Doppel-Lumen-Implantat: postoperativ anpassbar
- Äußeres Lumen mit Mentor Memory-Gel®
- Einzigartiges selbstverschliessendes Ventilsystem

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

the power to transform
MENTOR