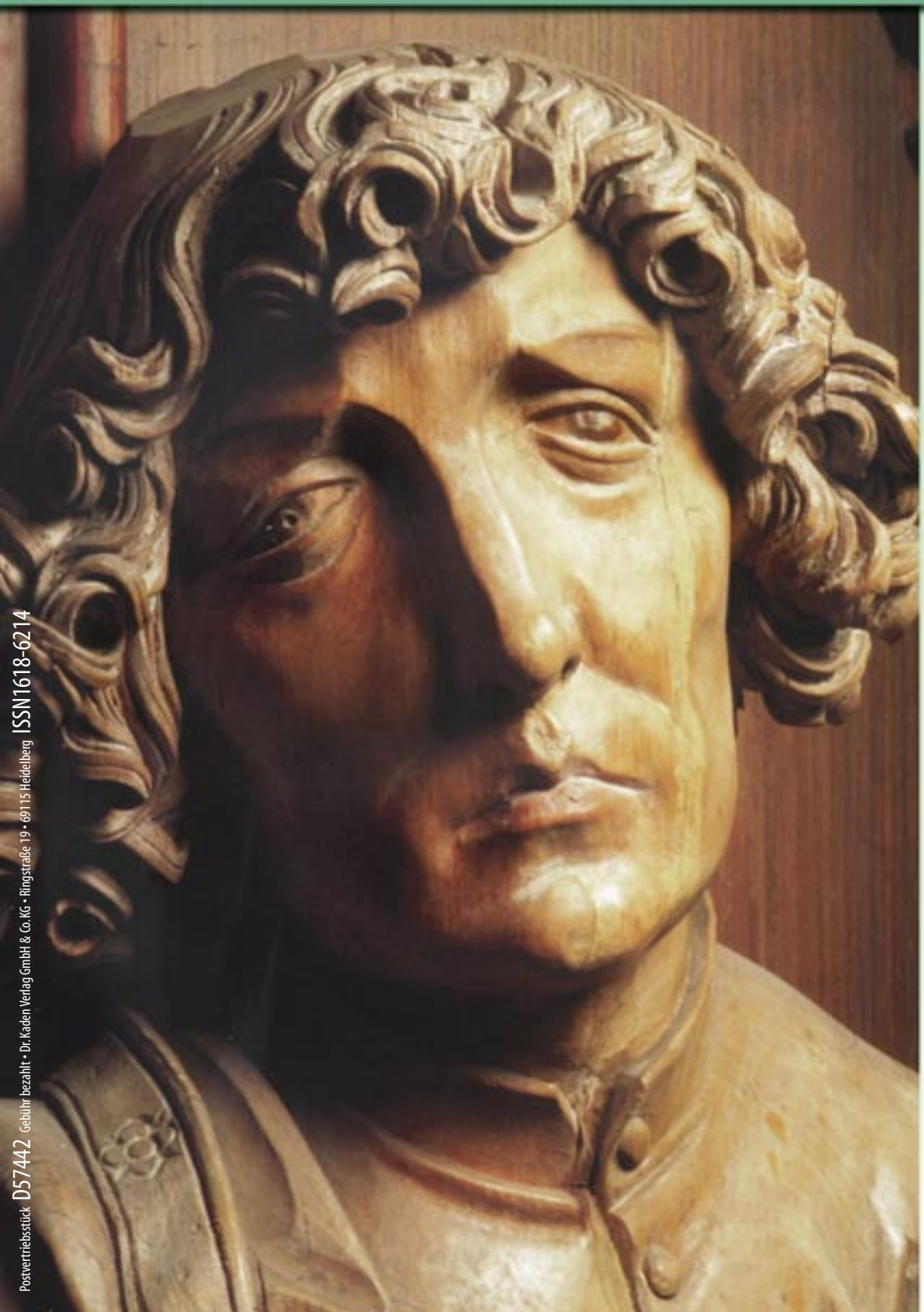
Plastische CHIRURGIE

5. Jahrgang • Heft 1
März 2005

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



Aktuelle Nachrichten

Makromastie: Indikation zur Rekonstruktionsplastik

GOÄ-Abrechnung bei Mammareduktionsplastik

Operative Migränetherapie

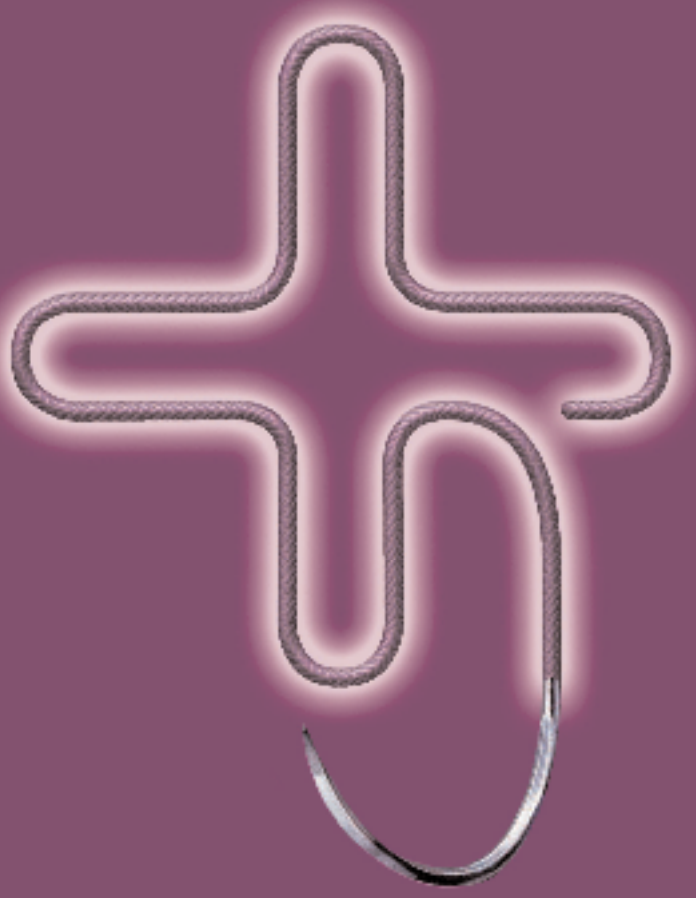
Kongreßnachlese zur Jahrestagung 2004:
- Panel Gutachten
- Über die Schönheit

Eine Publikation des Kaden Verlags
KADEN

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

VICRYL® Plus Antibakteriell

(Polyglactin 910)-Nahtmaterial



Von dem **Besten**
kann man sich nur trennen,
wenn es etwas noch
Besseres gibt.

VICRYL Plus schützt vor bakterieller Besiedelung des Nahtmaterials. Speziell gegen den Angriff von Staphylococcus aureus, Staphylococcus epidermidis und deren methicillinresistenten Ablegern.

VICRYL Plus beruhigt durch Sicherheit. Den Arzt, das Team, die Station, die Klinik, die Praxis. Und vor allem die Patienten.

VICRYL Plus hat die gleichen hervorragenden Eigenschaften von VICRYL bei gleicher Handhabung und zusätzlich den aktiven Schutz vor bakterieller Besiedelung des Nahtmaterials.

www.ethicon.de/vicrylplus

Ethicon Products
WORLDWIDE
ETHICON

Den Gehenden schiebt sich der Weg von selbst unter die Füße

Nicht einmal meine kreuzbrave Heimatzeitung, die *Mittelbayerische Zeitung*, schreckt davor zurück: Werbung mit Vorher-/Nachher-Bildern von Po und Busen – Frühjahrs-Vorzugspreise in der Hightech-Klinik gehören mittlerweile zum Alltag. Da tut es gut, auf Seite 1 der *Süddeutschen Zeitung* zu lesen, daß wir dem Werbeverbot für ästhetische Operationen greifbar nahe gerückt sind: Die Bundesgesundheitsministerin hat den Entwurf zur Änderung des Heilmittelwerbegesetzes vorgelegt, wonach suggestive und irreführende Werbung für Schönheitsoperationen verboten werden soll. Bei Verstößen muß mit Haftstrafen bis zu einem Jahr gerechnet werden.

Initiiert wurde der Gesetzesantrag von Emilia Müller, Staatssekretärin im Bayerischen Staatsministerium für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz. Sie hat bereits in Brüssel die Weichen gestellt als es darum ging, Brustimplantate sicherer zu machen, damals als Europaabgeordnete. Im letzten Jahr hat sie im engen Schulterschluß mit Gitta Connemann, Mitglied des Bundestags, die dort durch ihre kleine Anfrage zum Verbraucherschutz in der Schönheitschirurgie den Stein ins Rollen gebracht hat, einiges bewegt. Erfreulich, daß im Herbst auch der Präsident der Bundesärztekammer, Jörg-Dietrich Hoppe, Gesundheitsministerin Ulla Schmidt, Kardinal Lehmann, die Patientenbeauftragte des Bundesgesundheitsministeriums Helga Kühne-Mengel, die Präsidentin des Deutschen Ärztinnenbundes Astrid Bühren, Krankenkassen-Chef Eckhardt Fiedler und zahlreiche weitere Vertreter des öffentlichen Lebens und der Medien in der „Koalition gegen den Schönheitswahn“ mit uns zusammen für seriöse Beratung und Indikationsstellung eingetreten sind.

Wie aber paßt es in dieses Bild, daß die ständige Weiterbildungskommission der Bundesärztekammer erwägt, die Anträge der Fachvertretungen von Gynäkologie, Dermatologie und Augenheilkunde auf Einführung einer Zusatzbezeichnung „Plastische und Ästhetische Operationen“ zu unterstützen? Woher sollen in diesen Fachgebieten die Infrastrukturen für eine qualifizierte Weiterbildung in Ästhetik kommen? Learning by doing? Es ist nicht anzunehmen, daß sich die von uns allen geschätzten Spitzenvertreter dieser Fachgebiete auf ästhetische Operationen stürzen würden, – sie haben genug zu tun. Die mittelmäßigen und weniger qualifizierten Fachärzte dagegen würden sich die Chance nicht entgehen lassen …

Mit welcher Berechtigung wird von anderen Fachgebieten Anspruch auf die Operationen unseres Fachgebietes erhoben?

Plastische Chirurgie ist seit nunmehr 12 Jahren ein eigenes Fachgebiet. Die Zustimmung zur gemeinsamen Weiterbildung mit anderen chirurgischen Fächern im „Common Trunk“ bedeutet nicht, wie vielfach vermutet, daß wir wieder chirurgisches Teilgebiet geworden sind. Die ästhetische Chirurgie ist in unserem Weiterbildungskatalog verankert, – in Bayern und demnächst auch in Nordrhein-Westfalen und hoffentlich bald bundesweit auch im Facharzttitel erkennbar. Mit welcher Berechtigung wird von anderen Fachgebieten Anspruch auf die Operationen unseres Fachgebietes erhoben? Kämen wir denn auf die Idee, Strumaresektion, Hysterektomie oder Tonsillektomie als Bestandteil unseres Faches zu fordern? Die Entscheidung fällt Anfang Mai beim Deutschen Ärztetag in Berlin. Auch über die Änderung unserer Facharztbezeichnung wird dort entschieden. Der Weg zum europakompatiblen Titel „Plastischer, Rekonstruktiver und Ästhetischer Chirurg“ scheint nun doch offen, – den Gehenden schiebt sich der Weg von selbst unter die Füße!

Ihre

Dr. med. Marita Eisenmann-Klein

Herausgeberin im Auftrag der VDPC/VDÄPC

Aesthetic Medicals

Effektive Faltenbehandlung

Unsere Produkte ermöglichen Ihnen eine ganzheitliche Behandlung aller Falten- und Volumenproblematiken. Das bedeutet aufeinander abgestimmte, professionelle Produkte aus einer Hand.

BIO-ALCAMID:
BIO-ALCAMID, mehr als ein Filler, eine **Endoprothese**. Bioalcamid ist die sichere Alternative für den dauerhaften Aufbau von Volumendefekten



Indikationen:

Ästhetisch:	Aufbau von Wangen, Jochbein, Kinn und Nasenkorrekturen, tiefe Falten
HIV:	HIV Haart induzierte Lipodystrophie
Rekonstruktiv:	Volumenaufbau bei Gewebemangel z.B. bei Poland Syndrom, Pectus Excavatum, Korrektur von Gewebemangel nach Fettabsaugung und Posttraumatischer Narben

Bioinblue:
Bioinblue - 100% biologisch resorbierbarer Filler mit sichtbar lang anhaltendem Effekt.

2 Versionen stehen zu Ihrer Verfügung:

Deep Blue:	Volumenaufbau für tiefe Falten, Wangen, Jochbein, Nadel G 25
Lips:	Konturierung und optimaler Aufbau des Lippenrot, Nadel G 27



Mesotherapie:
Mesotherapie in der Ästhetik - Kennenlernen der sog. Methoden "Mesolift" und "Mesopeel"

Ziel ist eine punktgenaue Injektionstechnik per Hand oder mit Mesotherapiepistole mit wenig Wirkstoff, in richtiger Mischung, am richtigen Ort, mit optimaler Wirkung. Einsatz und Wirkung der Nährstoffkomplexe **NCTF 135** und **NCTF 135 HA25** in der ausgewogenen Mischung mit **AcHyal** zur Strukturverbesserung der Haut im Gesicht, Hals und Dekolleté.



Fragen Sie uns nach den richtigen Produkten für Ihre Patienten und überzeugen Sie sich bei einem unserer Workshops von den umfangreichen, lukrativen Behandlungsmöglichkeiten.

Kongresse und Workshops:

- 16. April	Augsburg, Workshop	- 18. Juni	Berlin, Workshop
- 16-17.April	Berlin, Kongress, Workshop	- 25. Juni	Stuttgart, Workshop
- 30. April	Stuttgart, Workshop	- 26. Juni	Düsseldorf, Workshop
- 7., 8. Mai	Herne, Kongress, Workshop	- 16-17. Juli	Tegernsee, Kongress, Workshop
- 21. Mai,	Hamburg, ästhetisches Symposium	- 31. Juli	München, Workshop
- 28. Mai	Frankfurt, Workshop	- 8-10. Sept.	Teilnahme GÄC Jahrestagung
- 4., 5. Juni	München, Kongress, Workshop	- 28.Sept-01.Okt.	Teilnahme VDPC, VDÄPC Jahrestagung
- 11. Juni	München, Workshop	- 13.-15.Okt.	DGPW Jahrestagung, Workshop

Alle Informationen auch unter: **www.aesthetic-medicals.de**

Aesthetic Medicals GmbH
Jüdenstrasse 50 D-10178 Berlin
Fon +49 (0)30 76 76 60-0 Fax +49 (0)30 76 76 60-29

Übergriffe aus anderen Fächern

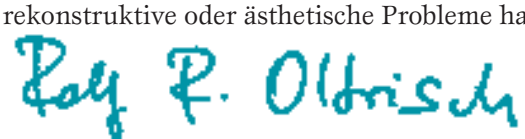
Ich aber auch“ heißt das Verlangen seitens gynäkologischer, ophthalmologischer und dermatologischer Kollegen, die neben den Mund-Kiefer-Gesichtschirurgen und den Hals-Nasen-Ohren-Ärzten die Bezeichnung „Ästhetische Chirurgie“ an ihren Facharzttitel anhängen möchten, obwohl es in deren Fachgebieten keinerlei Weiterbildungsstrukturen für ästhetische Operationen gibt. Dagegen haben wir aus und in den Reihen der Mitglieder der VDPC die Vereinigung der Ästhetisch-Plastischen Chirurgen (VDÄPC) gegründet, um uns verantwortungsbewußt um diese eine der vier Säulen – die in der Öffentlichkeit zugegebenermaßen unverhältnismäßig popularisiert wird – zu kümmern. In gleicher Form haben sich diejenigen, die sich der Handchirurgie oder der Verbrennungsmedizin verschrieben haben, organisiert, mit Workshops und Tagungen ihre Spezialisierung zu pflegen und sich gegenseitig durch ständige Fortbildung in der Kompetenz zu stärken. Dazu zählen auch die Kurse, die wir in den VDPC-Kliniken für unsere jüngeren Mitglieder während ihres Weiterbildungsweges anbieten. Nur sehr wenige Abteilungen in unserem Land können und wollen eine Vier-Säulen-Ausbildung mit rekonstruktiver, Hand-, Verbrennungs- und ästhetischer Chirurgie anbieten. Es wird also Mobilität gefordert, wenn in der Weiterbildungszeit beispielsweise die Verbrennungs- oder die ästhetische Chirurgie fehlt. Immerhin zählt die VDÄPC über 100 Mitglieder, die alle und jederzeit Hospitationen oder Ausbildung anbieten. Wer sich also zur ästhetischen Chirurgie hingezogen fühlt, muß sich genauso gezielt um seinen Weiterbildungsplatz kümmern wie derjenige, der lieber handchirurgisch tätig ist.

Der besonders schonende Umgang mit dem Gewebe mit den dazu besonders geeigneten Instrumenten ist fachimmanent und typisch für den Handwerksstil des plastischen Chirurgen, den wir unseren jungen Kollegen vom ersten Tag an mitgeben. Unsere Art der Versorgung von Tumoren, Verletzungen oder Deformierungen von Hand, Gesicht oder Brust ist immer auch ästhetisch-chirurgisches Handwerk. Deswegen gehen die Anwürfe aus anderen Fächern, daß wir uns nur um das Rekonstruieren – was selbstverständlich unser aller Basis ist – kümmern würden, ins Leere und stellen eine durchschaubare und unfreundliche Desinformation dar.

Unverhältnismäßig hohes öffentliches Interesse für die ästhetisch-plastische Chirurgie fördert Neid

Wahrscheinlich wäre die Abschaffung der GOÄ der einfachste Weg, um profitorientiertes Arzttum zu steuern. Dann müßte kein Gynäkologe die Brust oder den Bauch formen und kein Dermatologe sich mit dem Messer in schwierige Schichten wagen und wir plastischen Chirurgen wären vom Zwang befreit, mit Spritzen und Lasern an der Oberfläche hängen zu bleiben. Leider ist die Front derjenigen ständig größer geworden, die durch Herausbrechen wichtiger ureigenster Teile unser Fach zerstören und uns die Berechtigung nehmen wollen, das Dach unseres Hauses von vier Säulen tragen zu lassen.

Wir plastischen Chirurgen stellen im Vergleich zu den anderen Fächern eine relativ kleine Gruppierung dar, die merkwürdigerweise unverhältnismäßig häufig zu Wort kommt. Auch das kann den Neid fördern, der uns Gegner schafft, die wir nicht haben wollen. Denn wir werden nicht müde zu betonen, daß wir uns als Dienstleister für alle Kollegen aller Fächer sehen, wenn diese plastische, rekonstruktive oder ästhetische Probleme haben.



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


Auf die Natürlichkeit kommt es an ...
spürbare Vorteile!
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 h 80,– (inkl. 7% MwSt. zzgl. Porto und Versand). Einzelheft außerhalb des Abonnements h 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. 5/2005.
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 / 13 776 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

Den Gehenden schiebt sich der Weg von selbst unter die Füße 1
M. Eisenmann-Klein

Übergriffe aus anderen Fächern 3
R. R. Olbrisch

Nachrichten

Workshop für Steuerberater: Umsatzsteuer für plastisch-ästhetische Eingriffe 6

„Eitelkeitssteuer“ für Schönheitsoperationen 6

Verbot für irreführende und suggestive Werbung 7

Fettverlust und Sonne lassen das Gesicht altern 8

Fortbildung

Makromastie: Indikation zur Rekonstruktionsplastik aus plastisch-chirurgischer Sicht 11
R.R. Olbrisch

Operative Migräne-Therapie durch Resektion des Musculus corrugator supercilii 25
F. Dirnberger

Abrechnungsfragen

GOÄ-Abrechnung bei Mammareduktionsplastik 22
P. Eckert

Panel Gutachten

Warum Patienten klagen 30
M. Flügel, M.V. Meyer-Marcotty

Das Schlichtungsverfahren 32
S. Allert

Die ärztliche Begutachtung in Arzthaftpflichtsachen 35
J. Neu

Viele Streitfälle werden ohne Gericht erledigt 37
H. D. Laum

Kongreßnachlese

Über die Schönheit 42
M. Lüpertz

Kongreßbericht

Geburtstagssymposium für A. Berger 48

Jahrestagung 2005

Photo-Bionale in München 50

Einladung der Präsidenten zur gemeinsamen Jahrestagung von VDPC/VDÄPC 51

Rubriken

Personalia 8, 9, 10
Industrienachricht 9, 10
Kongresse 40
Impressum 5
Vorstandsgremien VDPC/VDÄPC 47
Wer bietet Was? 52

Titelbild: „Trauernder Johannes unter dem Kreuz“ eines unbekannten Holzschnitzers in der Riemenschneidernachfolge. Teil des Flügelaltars der St. Peter und Paul Kirche Wettringen bei Rothenburg. Mit freundlicher Genehmigung von Fotograf und Verlag entnommen aus dem Buch von E. Soder und W. Berberich: „Tilman Riemenschneider: Gesichter der Spätgotik und sein Erbe im Taubertal“, 350 S., geb., 98 Euro, ISBN 3-934223-15-X, Kunstschätzeverlag, Gerchsheim, E-Mail:info@fzb-ateliers.de

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

Workshop für Steuerberater

Umsatzsteuer für plastisch-ästhetische Eingriffe

Bekanntermaßen hat die Finanzverwaltung in der Vergangenheit im Rahmen von Umsatzsteuer-Sonderprüfungen die Umsätze der plastisch-ästhetisch tätigen Chirurgen aufgegriffen und nachträglich der Umsatzsteuer unterworfen. Zugrundegelegt wird hier vor allem ein EuGH-Urteil, wonach ärztliche Leistungen, die nicht der Heilbehandlung von Krankheiten und anderen Gesundheitsstörungen dienen, nicht der Umsatzsteuerbefreiung unterliegen. Nach Ansicht der Finanzverwaltung sind diejenigen Leistungen in der Regel als steuerpflichtig anzusehen, welche nicht im Weg der Kostenerstattung durch die Krankenkassen beglichen werden. Diese Rechtsauffassung ist jedoch bei genauer Analyse äußerst zweifelhaft. Ungeachtet dessen dürften zwischenzeitlich bundesweit Umsatzsteuer-Sonderprüfungen bei VDÄPC-Mitgliedern durchgeführt worden sein, so daß das Problem eine große Anzahl von Chirurgen betrifft.

Die Finanzverwaltung stimmt sich bundesweit ab. Warum sollte sich Ihr Steuerberater also nicht auch im Rahmen eines Workshops mit Kollegen austauschen? Entbinden Sie Ihren Steuerberater von seiner gesetzlichen Schweigepflicht und regen Sie ihn zum Austausch an:

- **Welche Praxislösungen konnten im Rahmen einer Betriebsprüfung vereinbart werden?**
- **Welche Argumentationsstrategien wurden erarbeitet?**
- **Gegenüber welchen Behörden konnte man sich erfolgreich auf einen Vertrauensschutz berufen?**
- **Welche Verfahren sind zur Zeit vor den Finanzgerichten anhängig?**

Der Workshop findet am 8. April 2005 in Köln statt.

Dauer: 9.30 Uhr bis zirka 16.30 Uhr.
Veranstaltungsort: Rotonda Business Club e.V., Sallering 32, 50677 Köln
Kosten: 20 Euro inkl. Seminargetränk, zusätzliches Business-Menü 15 Euro.

Anmeldungen: SRP Rogalli, Rybka GmbH
Steuerberatungsgesellschaft
Andrea Wilhelm
Bonner Straße 172-176, 50968 Köln
Telefon: 0221-34906-0, Fax: 0221-34906-70

USA

„Eitelkeitssteuer" für Schönheitsoperationen

Wer sich vom Chirurgen verschönern läßt, soll dafür bezahlen. Und zwar nicht nur den Operateur, sondern auch den amerikanischen Staat – dieser Meinung sind in den USA zumindest einige Politiker: „Man zahlt schließlich auch Steuern auf Lippenstift", sagt die demokratische Politikerin Karen Keiser aus Washington. Eine „Eitelkeitssteuer" von 6,5 Prozent auf Schönheitsoperationen ist Keisers Ansicht nach gerechtfertigt und soll für die Krankenversicherung armer Kinder verwendet werden. Denn wer sich Eingriffe aus kosmetischen Gründen leisten könne, der werde sich von einer kleinen Steuer nicht abschrecken lassen, glaubt die Politikerin. Daß die 57-Jährige damit nicht unrecht haben könnte, zeigt jedenfalls der US-Bundesstaat New Jersey: Dessen Regierung führte kürzlich als erster Bundesstaat eine sechsprozentige Steuer auf Schönheitsoperationen ein. Das bemerkenswerte Ergebnis dieser Neuerung: Einnahmen von angeblich 25 Millionen Dollar jährlich. Auch Illinois prüft nun die Einführung einer solchen Steuer. Dort will man mit den zusätzlichen Steuergeldern ein Zentrum zur Stammzellenforschung schaffen. Im Stammland der Reichen und operativ Verschönerten – in Kalifornien – existieren solche Abgaben allerdings bislang nicht. Keine Steuern soll bezahlen, wer sich nach Unfällen oder schweren Krankheiten unters Messer legt. ■ CM



Plastisch-ästhetische Eingriffe

Verbot für irreführende und suggestive Werbung


©bilderbox

Sogenannte schönheitschirurgische Eingriffe, die medizinisch nicht notwendig sind, sollen in Zukunft in den Anwendungsbereich des Heilmittelwerbegesetzes (HWG) fallen –das sieht der Entwurf für die 14. Arzneimittelgesetz-Novelle vor. Durch die geplante Änderung wird die Werbung für Eingriffe, wie beispielsweise Brustvergrößerungen oder Fettabsaugungen, deutlich eingeschränkt: Insbesondere „bestimmte Formen der suggestiven oder irreführenden Werbung“ – wenn einer Behandlung etwa eine therapeutische Wirkung zugeschrieben wird, die sie nicht besitzt oder wenn fälschlich der Eindruck erweckt wird, daß ein Erfolg mit Sicherheit erwartet werden kann – werden mit der Gesetzesänderung verboten. So sollen auch die häufig zu Werbezwecken eingesetzten Vorher-Nachher-Fotos nicht mehr erlaubt sein. Verstöße gegen das HWG gelten bei vorsätzlichem Handeln als Straftat (Geldstrafe oder Freiheitsstrafe bis zu einem Jahr) und bei fahrlässigem Handeln als Ordnungswidrigkeit (Geldstrafe bis zu 20 000 Euro). Der Änderungsantrag geht auf eine Initiative der bayerischen Staatssekretärin des Ministeriums für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz, Emilia Mueller, zurück, die das Anliegen im Bundesrat eingebracht hat (siehe Plastische Chirurgie 4/2004). Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt erklärte, sie verurteile nicht, daß Menschen gut aussehen wollten – das wolle fast jeder. „Aber wir dürfen nicht zulassen, daß Schönheitsoperationen mit all ihren Risiken so selbstverständlich werden wie der Gang zum Friseur.“ ■

CM

excognito

Agentur für Public Relations

Was sind eigentlich Public Relations (PR)?

Ärzte unterliegen eingeschränkten Werbemöglichkeiten. Anders verhält es sich mit PR. Seriöse redaktionelle Beiträge in Radio, TV, Print und Internet informieren sachlich und besitzen eine hohe Glaubwürdigkeit.





Das können wir für Sie tun!

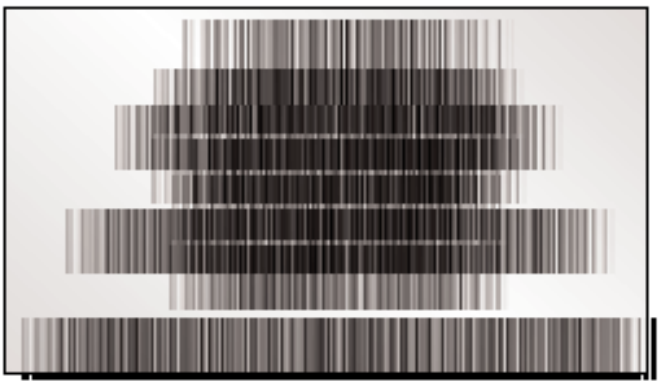
- Imageaufbau und -pflege
- Erhöhung der Bekanntheit durch seriöse Pressearbeit (TV, Radio, Print, Internet)

Wer sind wir?

Wir(*) sind spezialisiert auf PR-Arbeit im Bereich HealthCare - mit langjähriger Erfahrung in der plastisch-ästhetischen Chirurgie.

(*) ausgebildet an der DAPR (Deutsche Akademie für Public Relations) und dem DIPR (Deutschen Institut für Public Relations e.V.)

excognito, Geschäftsführer: Marc Däumler, Tel: 030/887102-0, www.excognito.de, Email: kontakt@excognito.de





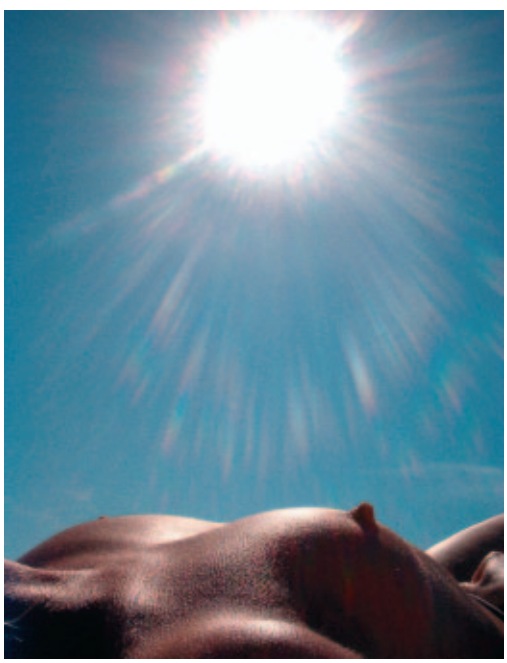
Peter M. Vogt bleibt doch in Hannover



P.M. Vogt

Der Direktor der Abteilung Plastische, Hand- und Wiederherstellungschirurgie der Medizinischen Hochschule Hannover und Chefarzt am Oststadtkrankenhaus, Prof. Dr. med. Peter M. Vogt, bleibt doch in Hannover. Der renommierte plastische Chirurg hatte Anfang Februar 2005 seinen Wechsel an das Universitätsklinikum in Zürich angekündigt. In Nachverhandlungen ist es dem MHH-Präsidium nun doch gelungen, Vogt mit deutlich verbesserten Angeboten zum Bleiben zu bewegen. Wie jetzt bekannt wurde, soll die Abteilung für Plastische, Hand- und Wiederherstellungschirurgie vom Klinikum Hannover in die MHH verlagert werden. Dort soll dann ein hochmodernes Schwerbrandverletztenzentrum entstehen. Für den Umbau habe das Land Niedersachsen bereits fünf Millionen Euro zur Verfügung gestellt. Vogt hatte seit Jahren den Aufbau einer solchen Spezialabteilung gefordert und den veralteten Standard des Verbrennungszentrums im Oststadtkrankenhaus beklagt. Darüber hinaus wird Vogts Abteilung eine Schwerpunktprofessur (W2) für Verbrennungsmedizin und Hautregeneration erhalten – die bislang erste in Deutschland. Die MHH habe sich zur plastischen Chirurgie bekannt wie sonst keine Hochschulklinik hierzulande, sagte P. M. Vogt dazu.

Fettverlust und Sonne lassen das Gesicht altern



Das Gesicht altert vor allem aufgrund von Fettverlust und Sonneneinwirkung. Der ständige vorhandene Zug der Schwerkraft spielt bei diesem Alterungsprozess dagegen eine eher untergeordnete Rolle. Zu diesem Ergebnis kommt ein amerikanischer Schönheitschirurg nach der Analyse einer Reihe von Fotografien. Seine Untersuchung präsentierte Val Lambros auf der Tagung der Amerikanischen Gesellschaft der Plastischen Chirurgen in Philadelphia. Durch den Fettverlust wird die Haut mit der Zeit immer dünner, stellte der Mediziner bei seinen Forschungen fest. Das ist besonders rund um die Augenlider zu bemerken. Diese Hautveränderungen werden durch viel Sonne häufig noch beschleunigt, da die Strahlung die Haut zusätzlich schädigt. «Plastische Chirurgen verjüngen das alternde Gesicht zwar, indem sie das Gewebe straffen und nach oben ziehen», sagte Lambros. «Tatsächlich trägt der Zug der Schwerkraft auf das Gewebe im Gesicht aber nicht signifikant zum Altern des Gesichts bei.» Eine Behandlung erfordere daher, zusätzlich zu einer Hautstraffung auch das verlorene Fettgewebe zu ersetzen. Wichtig sei, ein Gleichgewicht zwischen diesen beiden Mitteln zu finden, erklärte der Schönheitschirurg.

Personalia

D. Panfilov erhält Sushruta-Medaille

Dem plastischen Chirurgen Dr. Dimitrije Panfilov (59), der in Bonn die Nofretete Privatklinik leitet, ist kürzlich im Rahmen des 39. Nationalkongresses der Indischen Gesellschaft für Plastische Chirurgie (APSI) die Sushruta-Medaille verliehen worden. Panfilov wurde damit für sein internationales Engagement für die plastisch-ästhetische Chirurgie ausgezeichnet.

Ex-Manager der Chiro-Klinik freigesprochen

Johannes Jürgen W., der wegen Betrugs angeklagte ehemalige Manager der ChiroClinic in Dortmund – die wegen eines Todesfalls nach einer Liposuktion in die Schlagzeilen geraten war und schließlich geschlossen wurde - ist vom Amtsgericht Dortmund ohne Einschränkungen freigesprochen worden.

Carl Zeiss AG
Jetzt eigenständig: Surgical und Augenoptik

Im Rahmen der Umstrukturierung bei der Carl Zeiss AG ist aus dem Geschäftsbereich Chirurgische Geräte zum 1. März 2005 die Carl Zeiss Surgical GmbH hervorgegangen. Geschäftsführer sind Dr. Ludwin Monz und Karl-Heinz Raffin. Als rechtlich eigenständige Gesellschaft könne die Carl Zeiss Surgical GmbH leichter Partnerschaften und Allianzen eingehen, teilt das Unternehmen mit. Die GmbH sei der weltweit führende Anbieter von optischen und digitalen Visualisierungstechnologien in der Chirurgie. Dazu gehören Operationsmikroskope, etwa für die Neurochirurgie, Ophthalmologie und die HNO-Heilkunde. Auch der Geschäftsbereich Augenoptik der Carl Zeiss AG wird voraussichtlich ab 1. April 2005 als eigenständige GmbH agieren; sie will sich im Laufe des ersten Quartals 2005 mit dem amerikanischen Brillenglashersteller SOLA zusammenschließen. Bei den Umwandlungen der Geschäftsbereiche in rechtlich eigenständige Einheiten sei für die Mitarbeiter gemeinsam mit Betriebsrat und IG Metall Kontinuität vereinbart worden – auch für die Tarifbindung. Auf die bereits seit 2002 rechtlich selbständige und börsennotierte Carl Zeiss Meditec AG wirkt sich die Umstrukturierung nicht aus.

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

Repithel grundsätzlich erstattungsfähig

Das Hydrogel Repithel® ist bei allen Wunden einsetzbar und kann ohne Einschränkung zu Lasten der GKV verordnet werden. Zwar sind seit Anfang 2004 nicht verschreibungspflichtige Medikamente von der Erstattung durch die gesetzlichen Kassen ausgeschlossen; das Hydrogel Repithel fällt jedoch in die Produktgruppe der Verbandmittel und ist damit ein Medizinprodukt der Klasse III. Diese fallen nicht unter die Ausschlußregelung. Wie eine Umfrage des BVMed ergeben hat, ist vielen niedergelassenen Ärzten die Erstattungsfähigkeit moderner Wundversorgungsprodukte, wie beispielsweise Schäume, Alginate oder Hydrogele, nicht bekannt: So wußten 72 Prozent der befragten Ärzte nicht, daß Verbandmittel als Medizinprodukte voll zu Lasten der GKV verordnet werden können. Weiterhin ergab die Umfrage Defizite bei der Versorgung von Wundpatienten: Offenbar sind die besseren und schnelleren Heilungserfolge sowie die Kostenersparnis bezogen auf den gesamten Behandlungsfall, die sich durch eine moderne feuchte Wundbehandlung ergeben, nicht ausreichend bekannt.

Mundipharma GmbH
Mundipharmastraße 2
65549 Limburg a.d. Lahn
www.mundipharma.de

Peter Mailänder neuer DGV-Präsident

Die Deutsche Gesellschaft für Verbrennungsmedizin (DGV) hat am 11. Januar 2005 Prof. Dr. med. Peter Mailänder aus Lübeck zu ihrem neuen Präsidenten gewählt. Mailänder ist Experte auf dem Gebiet der Verbrennungschirurgie und leitet am Universitätsklinikum Schleswig-Holstein (Campus-Lübeck) die Abteilung für Plastische Chirurgie, Handchirurgie sowie die Intensiveinheit für Schwerbrandverletzte. Er will in seiner Amtszeit darauf hinwirken, daß auch bei den aktuellen Veränderungen im Gesundheitswesen die optimale Behandlung schwerbrandverletzter Erwachsener und besonders der Kinder weiter gesichert bleibt. Vizepräsident wurde Prof. Dr. med. Peter M. Vogt aus Hannover.

Dr. med. Andreas S. Heitland, bisher stellvertretender Klinikdirektor und leitender Oberarzt der Plastischen Chirurgie (Pallua) am Klinikum der RWTH Aachen, ist neuer Chefarzt der Abteilung für Hand-, Mikro-, und Plastische Chirurgie am Klinikum Dachau und Nachfolger von Dr. med. Jürgen Schaff. Der 54jährige Schaff hatte die Abteilung aufgebaut. Nach knapp zehn Jahren verließ er jetzt das Klinikum, um sich selbstständig zu machen.


H. Krimmer

Priv.-Doz. Dr. med. Hermann Krimmer leitet seit Januar 2005 das neue Zentrum für Handchirurgie am Krankenhaus St. Elisabeth in Ravensburg. Krimmer war nach seiner Ausbildung am Universitätsklinikum Würzburg als leitender Oberarzt zusammen mit Prof. Dr. med. Ulrich Lanz ab 1992 entscheidend am Aufbau der dem Rhön-Klinikum zugehörigen Klinik für Handchirurgie in Bad Neustadt/Saale beteiligt. Die Klinik ist eines der größten handchirurgischen Zentren Europas mit jährlich ca. 7000 Eingriffen. 1998 habilitierte sich Krimmer in Würzburg. Das Ravensburger Zentrum soll überregionale Bedeutung für den gesamten süddeutschen Raum bekommen. Während sich Prof. Dr. med. Dieter Kistler künftig auf die Plastische Chirurgie konzentriert, leitet Krimmer die Handchirurgie. Beide Belegarztabteilungen haben die Struktur einer Praxisgemeinschaft mit ambulanter, tagesklinischer und stationärer Versorgung.

Dr. med. Viola Moser, Fachärztin für Plastische Chirurgie, ist seit kurzem neue Chefärztin des Zentrums für Ästhetisch-Plastische Chirurgie in der Schloßpark-Klinik Berlin. Die Schloßpark-Klinik in Charlottenburg hat ein neues Zentrum für ästhetisch-plastische Chirurgie eröffnet. Zum Spektrum gehören sämtliche plastischen Eingriffe, vom Lifting über die Nasenkorrektur bis zur Bauchdeckenstraffung. Je nach Aufwand würden diese stationär oder ambulant vorgenommen, sagte der Klinik-Geschäftsführer.

Dr. med. Klaus-Stephan Wittig (47) ist neuer Chefarzt der Abteilung für Plastische Chirurgie am Diakonie-Klinikum Hamburg, Krankenhaus Alten Eichen. Er ist Nachfolger von Dr. med. Peter Kunert, der im September 2004 in den Ruhestand gegangen ist. Kunert hatte die Abteilung aufgebaut. Vor der Berufung zum Chefarzt war Wittig seit zehn Jahren Oberarzt für Plastische Chirurgie am Krankenhaus Alten Eichen. Der Facharzt für Chirurgie und Unfallchirurgie war von 1991 bis 1994 wie auch sein bisheriger Chef an der Abteilung für Plastische, Hand- und Wiederherstellungschirurgie der Medizinischen Hochschule Hannover tätig.

Dr. med. Christine Radtke, Abteilung Plastische, Hand- und Wiederherstellungschirurgie der Medizinischen Hochschule Hannover, erhielt Ende 2004 in Basel den wissenschaftlichen Vortragspreis der Deutschsprachigen Arbeitsgemeinschaft für Mikrochirurgie der Nerven und Gefäße für ihre Arbeit „Remyelinisierung spinaler Axone durch Transplantation von olfaktorischen Gliazellen im Primaten“.

Makromastie

Indikation zur Rekonstruktionsplastik aus plastisch-chirurgischer Sicht

Rolf Rüdiger Olbrisch

Definitionsgemäß handelt es sich bei einer Makromastie um eine abnorm große Brust mit einer BH-Cup Größe D oder mehr. In der Befundbeschreibung finden sich übergroße Brüste mit einer Ptosis unterschiedlicher Ausprägung. Abhängig vom Alter – weniger bei jugendlichen Patientinnen als bei den ältereren – finden sich Schultergruben verursacht durch die ziehenden BH-Träger. Die immer erkennbare, sogenannte schlechte Haltung hat ihre Ursache in der Position eines falschen Gewichtes an der statisch durch die Rückenmuskulatur nicht ausreichend stabilisierten Wirbelsäule. Durch das übergroße Brustgewicht kommt es zu einem übermäßigen Zug oder durch ein zu tiefes Hängen der Brüste zu einem falsch gerichteten und damit unphysiologischen Zug auf den Halteapparat der Brust, der sich direkt auf die Hals-Nacken-Muskulatur überträgt. Hierdurch kommt es zu dem für eine Makromastie typischen Ziehen im Bereich der Brust, weil die Muskelfaszie gefühlsempfindlich ist; außerdem zu Nacken- und Schulterschmerzen durch Übertragung des Zuges von der Brustmuskelfaszie auf die Nackenmuskelfaszie mit einem reflektorischen Hartspann der Nackenmuskulatur in Form von Myogelosen. Hinzu kommen ausstrahlende Beschwerden in den Kopfbereich, mit Kopfschmerzen und Migräneattacken, die als fehlbelastungsinduzierte Kopfschmerzen bezeichnet werden müßten.

Die Schulterschmerzen sind verursacht einerseits durch die Direktübertragung des Brustgewichtes und anderseits durch die einschneidenden BH-Träger im Schulterbereich, die einen Vorfall mit Schonhaltung des Schultergürtels bedingen. Die typische Haltung der Frauen mit Makromastie ist eine vorn übergebeugte, die ihre Ursache in der Ermüdung der Statik der Wirbelsäule und gleichzeitig in dem Bemühen hat, die entstellende Deformierung durch die Makromastie unter Vornüberbewegung der Schultern zu kaschieren.

Patientinnen leiden meist unter Nacken- und Schulterschmerzen, oft auch Migräne, submammären Hautirritationen und Hyposensibilität der Haut

Jeder Untersucher erkennt diese Patientinnen zudem an ihrer typischen Kleidung, die jahreszeitunabhängig großvolumig, weit und locker ist, um die deformierende und aufreizende Projektion der übergroßen Brüste zu verdecken. Submammäre Hautirritationen sind typisch in der warmen Jahreszeit und werden verursacht durch das Aufliegen von Haut auf Haut, was routinierte Patientinnen durch ständige Hautpflege und Interponierung von Stoff zu vermindern versuchen. Fast ausnahmslos wird eine Hyposensibilität nicht nur im Bereich der Brustwarzenkomplexe, sondern auch im Bereich eines Großteils der Brustoberfläche beschrieben, was erklärt werden kann durch die Überstreckung der sensiblen Nerven, aber auch durch eine mentale Verdrängung dieses entstellenden Organs als Lustobjekt. Teilausfälle des N. ulnaris, beschrieben als Kribbeln und Sensibilitätsstörungen in seinem typischen Ausbreitungsbereich sind verursacht durch den Schulterdruck der notwendigerweise einschneidenden BH-Träger und die Deformierung der Halswirbelsäule.

Aus den Befunden resultieren die Beschwerden in Form von Rückenschmerzen, Nackenschmerzen, Schulterschmerzen, schmerzenden Schultergruben durch

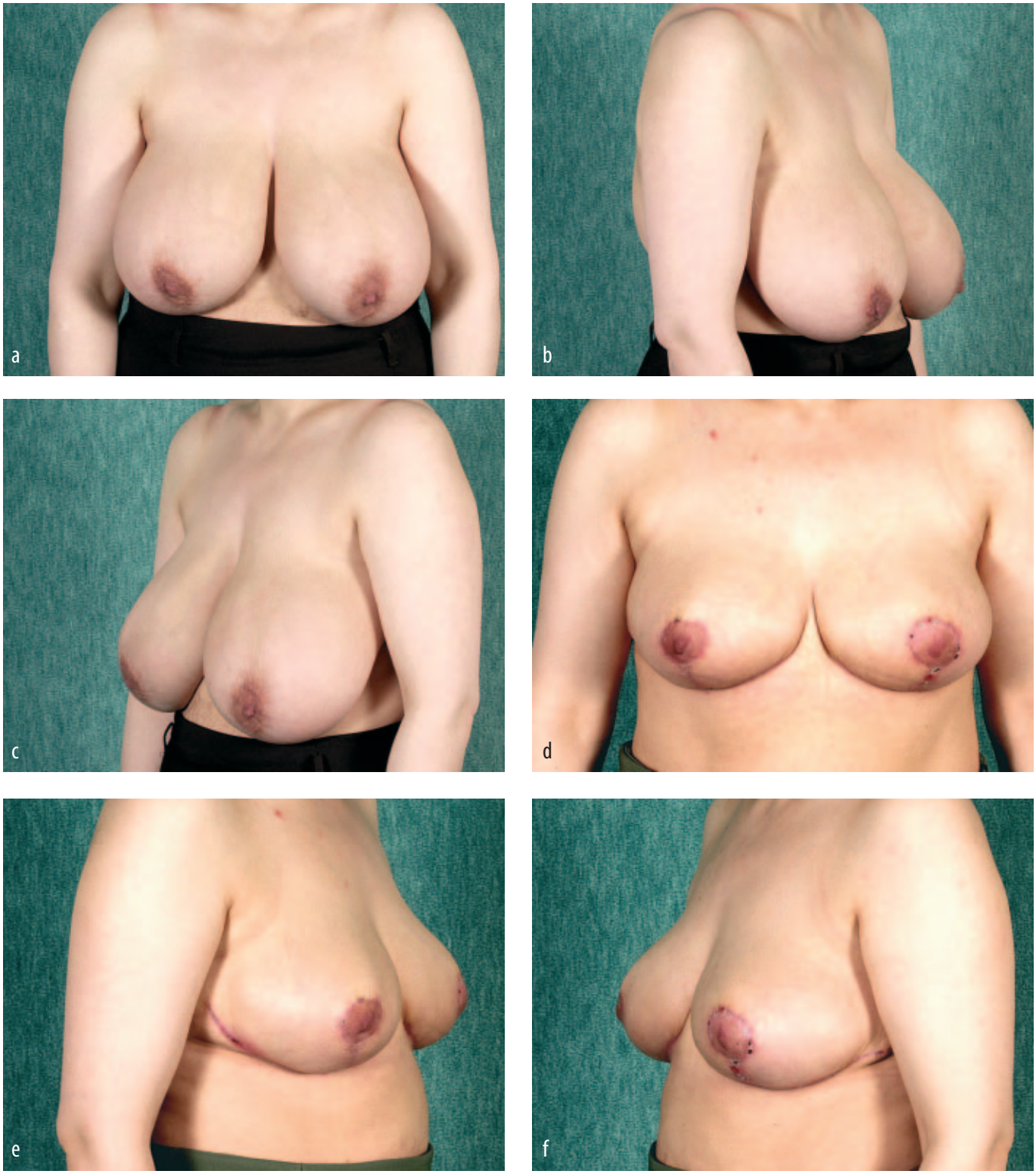


Abb. 1 33jährige Patientin. a–c) präoperativ; d–f) 14 Tage postoperativ

die BH-Träger und Hygieneprobleme durch die Hautauflagen im unteren Brustanteil auf der oberen Brustwand, wozu häufig N. ulnaris-Teilausfälle kommen. Die Klagen der Patientinnen beziehen sich auf eine physische Belastung, auf psychische Irritationen und eine ästhetische Deformierung.

Gestörtes Körperbild durch stark von der Norm abweichende Körperform – häufig ist ein Rückzug aus dem sozialen Umfeld die Folge

Die physische Belastung von Frauen mit Makromastie wird verursacht durch nahezu ständige Schmerzen, wiederholt auftretende Entzündungen im Bereich der Intertrigoareale auf der oberen Brustwand und durch die Nervenausfälle in beiden Armen oder beiden Händen. Die psychische Irritation, die bei der üblichen Befragung der Patientinnen nur randständig oder vollständig außer Acht gelassen wird, betrifft die auffällige Unterschiedlichkeit, das gestörte Körperbild und die ständigen Hänseleien, die insbesondere die jüngeren Patientinnen regelmäßig zu ertragen haben. Die auffällige Unterschiedlichkeit bezieht sich dabei auf die von der Norm abweichende Körperform, die derartige Patientinnen zu ständigen Kaschierungsbemühungen zwingt: Sie nehmen eine unnatürliche und in der Folge schmerzhafte Körperhaltung ein und benutzen Kleidung, die in Form und Farbe fast immer von der jeweils gängigen Mode abweichen muß, um die Unterschiedlichkeit von der jeweils gängigen Norm zu kaschieren. Das gestörte Körperbild hat seine Ursache in der Abweichung von der Norm und verursacht nicht nur die Fehlhaltung, sondern oftmals auch einen Rückzug aus der normalen Umgebung; die Folge sind dann zum Beispiel die Verweigerung der Teilnahme an sportlichen oder sommerlichen Aktivitäten, die zu einer leichteren Bekleidung zwingen würden. Die ständigen Hänseleien, verursacht durch die männliche Umgebung der Betroffenen, bewirken mit ihrer psychischen Irritation einen Gesundheitsschaden, der in der Begutachtung fast ausnahmslos außer Acht gelassen wird. Die Betroffenen werden dadurch jedoch zu einer abweichenden und besonderen Lebensführung gezwungen, die von zahlreichen normalen Aktivitäten des täglichen Lebens ausschließt. Die ästhetische Deformierung durch die Makromastie zeigt sich in ihrer maximalen Abweichung vom gängigen weiblichen Idealbild, mit der jede Frau konfrontiert wird. Die ästhetische Deformierung führt zu Bekleidungsproblemen, die regelmäßig zu Enttäuschungsphasen mit Depressionen führen, weil daraus Zwänge resultieren, die wiederum von den gängigen Bekleidungsgewohnheiten der Umgebung abweichen.

Konservative Therapieangebote sind medizinischer Unsinn – erfolglose, deprimierende, teure und verlogene Symptomstreichelei

Auch bei der Makromastie gibt es konservative und chirurgische Therapieangebote. Zu den konservativen gehören der Versuch der Gewichtsreduktion, Sport, Krankengymnastik und Massagen. Empfohlene Gewichtsreduktionen gehen allerdings insbesondere bei jugendlichen Betroffenen an der gegebenen Anatomie vorbei, weil eine junge Brust sich fast ausschließlich aus derbem Drüsengewebe zusammensetzt, welches unabhängig von jedweder Gewichtsveränderung sein Volumen bewahrt. Sport zur Minderung einer Makromastie ist deswegen nicht akzeptabel, weil er mit maximaler körperlicher Bewegung verbunden ist, die in Verbindung mit einer übergroßen Brust und dadurch bedingter falscher Gewichtsplatzierung zur Verstärkung von körperlichen Schmerzen führt. Krankengymnastik oder Massagen erreichen eine kurzfristige Milderung der durch eine Makromastie verursachten Beschwerden, haben jedoch keinerlei Einfluß auf die Ursachen derselben. Konservative Therapieangebote müssen daher als medizinischer Unsinn bezeichnet werden, weil sie eine langdauernde erfolglose, deprimierende, teure und verlogene Symptomstreichelei darstellen, ohne daß die bekannte Ursache aller genannter Beschwerden angegangen wird. Ausschließlich die chirurgische Therapie einer Makromastie entlastet (wörtlich!) unmittelbar Körper und Seele, befreit von Schmerzen, normalisiert das Körperbild, korrigiert die Haltung und ermöglicht endlich auch Sport. Die chirurgische Verkleinerung der übergroßen Brust hat einen Soforterfolg ohne Spätkomplikationen, was im Vergleich zu allen anderen operativen Behandlungen von Brustdeformitäten einen besonderen Vorteil darstellt: Ernsthafte Spätkomplikationen nach einer Mammareduktionsplastik sind unbekannt. Typische Komplikationen in Form von Wundheilungsstörungen oder unschönen Narbenbildungen beeinflussen nicht die Befreiung von den bei einer Makromastie vorhandenen Beschwerden.

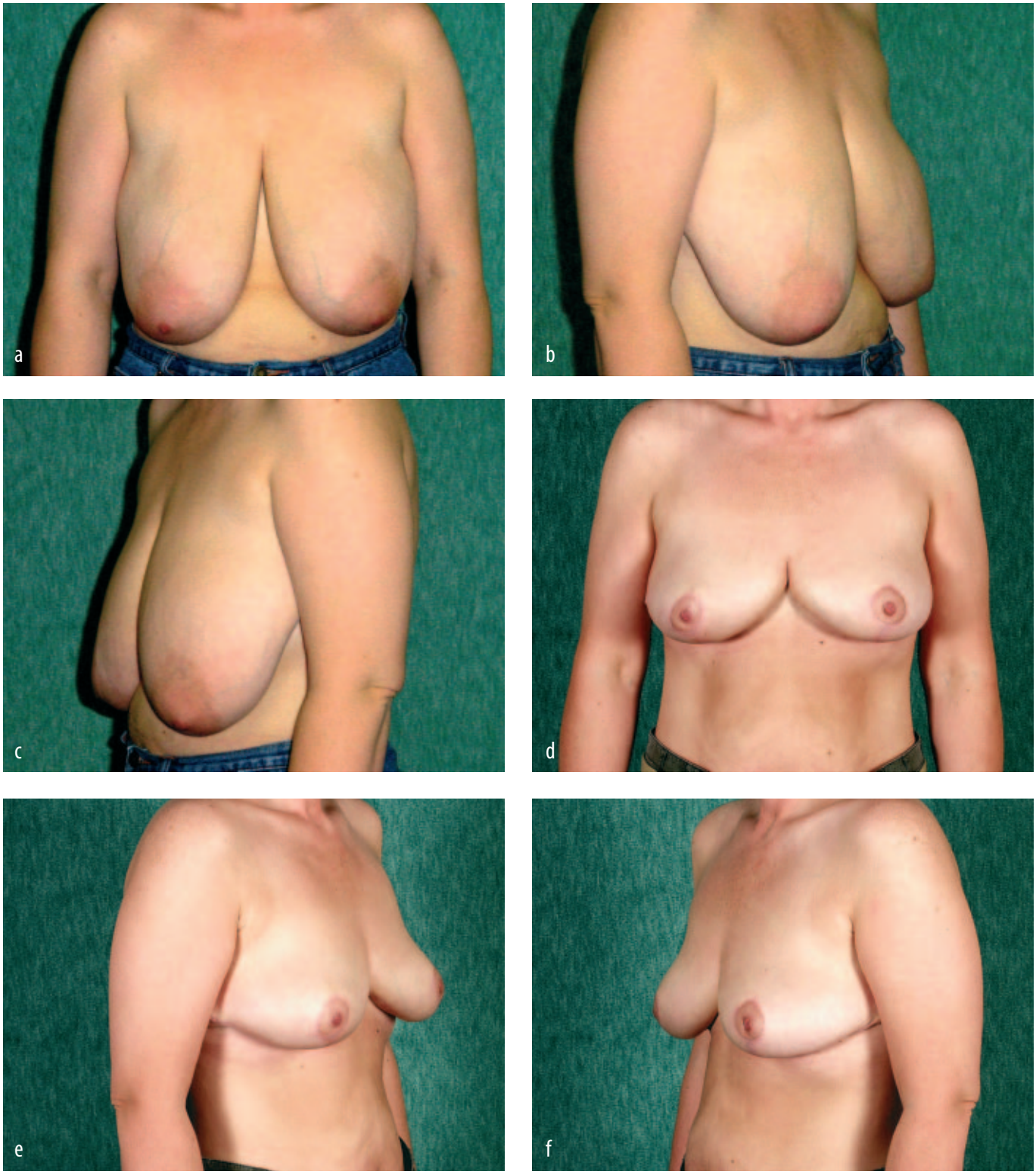


Abb. 2 38jährige Patientin. a–c) präoperativ; d–f) vier Wochen postoperativ

Mindestreduktionsgröße als Indikation zur Mammareduktionsplastik ist unsinnig, da der Körbcheninhalt je nach Gewicht und Körpergröße stark variiert

Eine Operationsindikation zur Behandlung der Makromastie ist gegeben, wenn die typischen Beschwerden beklagt werden, verbunden mit einem Wunsch der Patientin zur Behandlung und wenn die Brust um mindestens zwei BH-Cup Größen verkleinert werden muß, um innerhalb der Normalgröße zu liegen. Die Norm bedeutet in Deutschland eine BH-Cup Größe B bis C. Eine Normierung von BH-Cup Größen gibt es nicht. Alle BH-Hersteller in Europa benutzen bei leicht abweichenden Größen die selben Benennungen, die sich einmal auf den Umfang des Brustkorbes, zum anderen auf den Körbcheninhalt in Gramm/Brustgewebe beziehen. So hat ein BH mit dem Umfang 70 und einer Cup Größe A einen Inhalt von 180 g pro Brust, während ein BH mit dem Unfang 95 und einer Cup Größe G einen Körbcheninhalt von 1510 g bedeutet (Tabelle 1). Die Cup Größe D beinhaltet bei einem Umfang von 70 cm 410 g und bei einem Umfang von 95 cm 1190 g. Aus dieser Unterschiedlichkeit des Körbcheninhaltes in Abhängigkeit von dem Brustumfang wird die Unsinnigkeit erkennbar, eine Mindestreduktionsgröße als Indikation zur Mammareduktionsplastik zu verlangen. Die üblichen genannten 500 g als Mindestreduktionsgewicht bedeuten bei einer Patientin mit einem Brustumfang von 70 cm eine komplette Mastektomie, bei einer Patientin mit 95 cm Umfang jedoch gerade die Reduktion auf die Cup Größe B. Die Indikation zur Mammareduktionsplastik darf deswegen nicht bei einer Mindestreduktionsgewichtsgrenze festgelegt werden, sondern muß jeweils in der Relation zur Körpergröße gesehen werden: Eine kleine schlanke Patientin leidet mit ihrer Cup Größe D (410 g) genauso wie eine große oder starke Patientin mit ihrer Cup Größe D 1190 g Brustgewebegewicht. Aus diesen Gründen wird ein BH mit der Cup Größe A eine zu kleine Brust beschreiben, die Cup Größe B und die Cup Größe C eine normale Brust, während die Cup Größe D eine eher zu große Brust beschreibt und eine DD oder E eine deutlich zu große und eine Cup Größe F eine extrem zu große Brust (Tabelle 2). Daraus ergeben sich die Operationsindikationen, die bei einer BH-Cup Größe C als fraglich gesehen werden müssen, bei einer BH-Cup Größe D als relativ, bei einer BH-Cup Größe DD bzw. E und F jedoch als dringlich (Tabelle 3).

Reduktion des Mammagewebes bewirkt eine durchschnittliche Mammakarzinomprotektion um 28 Prozent

Die Operationsmöglichkeiten werden vom Brustwarzenkomplex aus betrachtet, indem das Gewebe mit einer kranial gestielten Areole, mit einer kaudal gestielten Areole oder mit einer zu transplantierenden Areole verkleinert wird. Dies ist abhängig von der Distanz zwischen dem Jugulum und dem Nippelareolenkomplex, der bei mehr als 40 cm fast immer zu einer freien Transplantation der Areole in Form eines Vollhauttransplantates zwingt. Die äußeren Narben stellen sich abhängig vom zu reduzierenden Gewicht dar in Form einer periareolären Narbe, die eventuell ergänzt wird durch eine vertikale bis hin zur Umschlagsfalte oder einer weiteren in der Form des umgekehrten T-Schnitts. Das Ziel jeder Mammareduktionsplastik ist die Normalisierung des Körperbildes mit der Befreiung von Beschwerden, altersabhängig unter

Tabelle 1 Makromastie, BH-Cup-Größe

BH-Körbcheninhalt in Gramm Brustgewebe (Mittelwerte)

Unterbrustumfang	Cup A	Cup B	Cup C	Cup D	Cup E	Cup F	Cup G
70	180	210	300	410			
75	250	300	430	630	750	860	
80	300	430	650	780	890	985	
85	370	590	780	900	1050	1160	
90	490	740	900	1040	1160	1320	
95		880	1060	1190	1300	1410	1510
100			1220	1310	1420	1540	1660
105				1420	1540	1670	1800

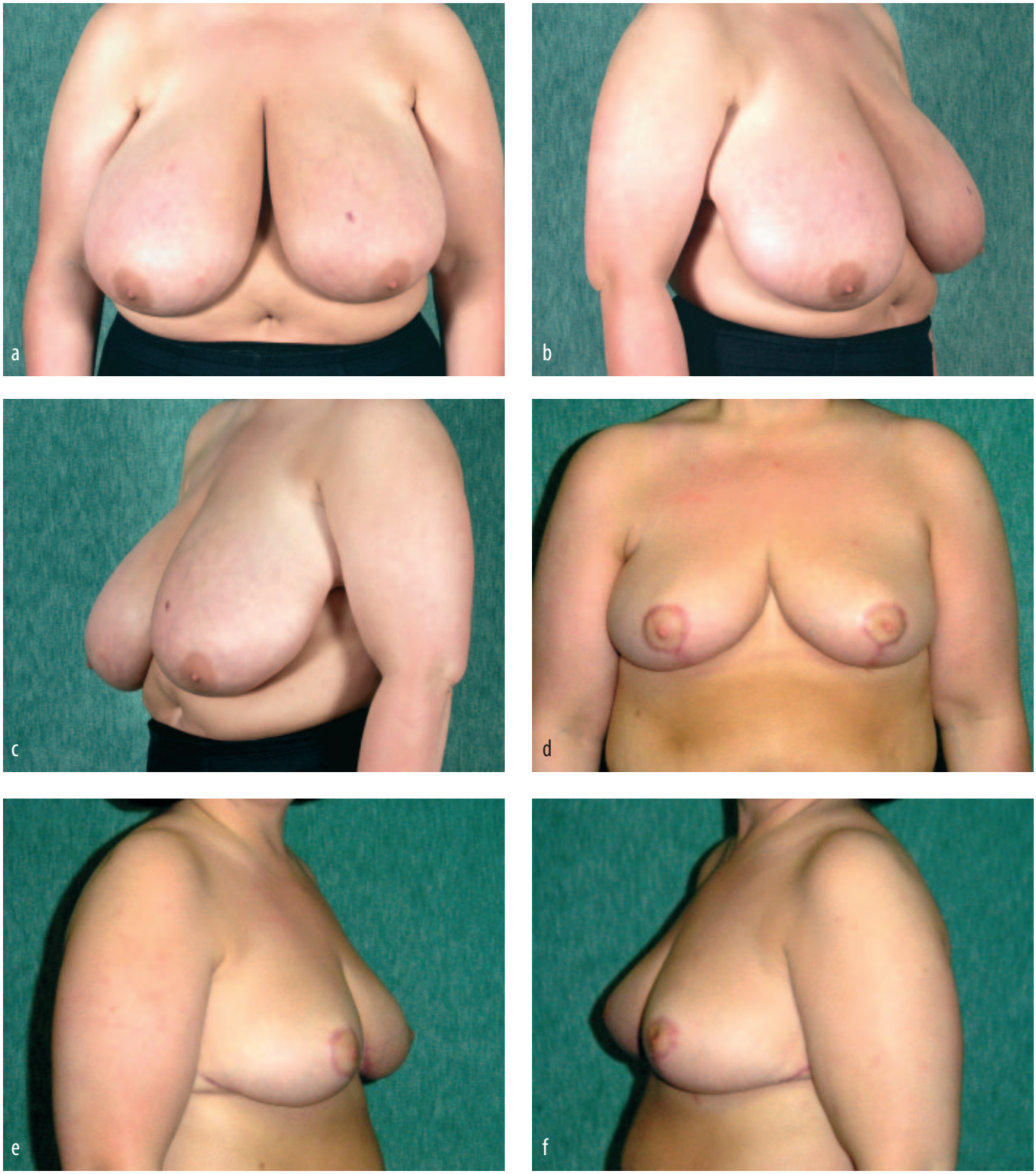


Abb. 3 35jährige Patientin. a–c) präoperativ; d–f) drei Monate postoperativ

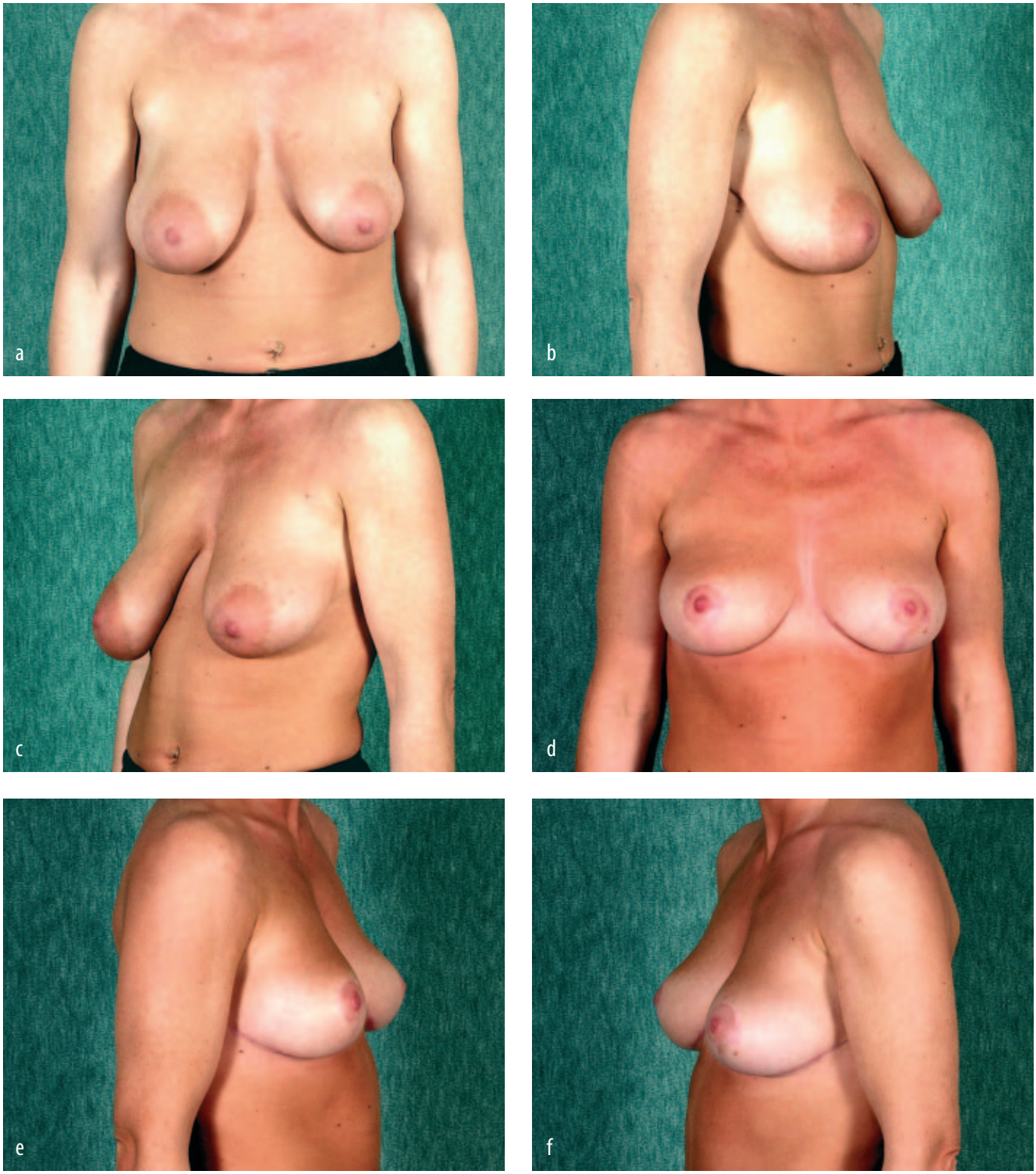


Abb. 4 34jährige Patientin. a–c) präoperativ; d–f) drei Monate postoperativ

Tabelle 2 Makromastie, Op-Indikationen

BH-Cup A		
BH-Cup B		
BH-Cup C	☐	fragliche Op-Indikation
BH-Cup D	☐	relative Op-Indikation
BH-Cup DD/E	☐	dringliche Op-Indikation
BH-Cup F etc.	☐	dringliche Op-Indikation

Tabelle 3 Makromastie, Op-Beschreibung

BH-Cup A	☐	zu klein
BH-Cup B	☐	normal
BH-Cup C	☐	normal
BH-Cup D	☐	eher zu groß
BH-Cup DD/E	☐	zu groß
BH-Cup F etc.	☐	viel zu groß

Erhalt der Stillfähigkeit und der Sensibilität bei gleichzeitiger Senkung der Behandlungskosten. Die Folgen einer chirurgischen Behandlung sind die Beseitigung der physischen Belastung, der psychischen Irritation und der ästhetischen Deformierung und – wie die Landesstatistiken der skandinavischen Länder nachweisen – eine Reduzierung des Mammakarzinomrisikos, weil eine Reduktion des Mammagewebes eine Mammakarzinomprotektion in durchschnittlich 28 Prozent bewirkt. Falls also nach Formulierung des Patientinnen-Wunsches der Betroffenen nach einer Mammareduktionsplastik diese durch einen Facharzt indiziert und befürwortet wird, dann jedoch von den kostenpflichtigen Stellen abgelehnt wird, können dafür nur zwei Gründe gefunden werden:

- Eine uninformierte Unwissenheit bei denen, die eine Behandlung ablehnen – was bei Betrachtung des Beschwerdebildes als Behandlungsfehler bezeichnet werden muß, während
- die Ablehnung trotz des Wissens um die Vorzüge einer operativen Verkleinerung der übergroßen Brust wirtschaftlich und pekuniär begründet als grober Behandlungsfehler zu bezeichnen ist.

Zusammenfassend wird festgestellt, daß der echte Befund einer Makromastie, begründet an einer Brustkörbchengröße von D und mehr eine medizinische Indikation zur Mammareduktionsplastik darstellt, welche der Betroffenen nicht nur eine Beseitigung ihrer physischen Belastung, ihrer psychischen Irritation und ihrer ästhetischen Deformierung bringt, sondern gegenüber jeglicher Symptombehandlung neben einer Mammakarzinomprotektion eine echte Therapie darstellt mit in jeder Beziehung positiven Folgen.

Literatur

Atterhem H, Holmner S, Janson PE (1998) Reduction mammaplasty: symptoms, complications, and late results. A retrospective study on 242 patients. Scand J Plast Reconstr Surg Hand Surg 32: 281–286 *(Symptomverbesserung nach OP in 86 bis 96 %)*

Berg A, Stark B, Malec E (1994) Reduction mammaplasty: A way of helping females with neck, shoulder and back pain symptoms. Eur J Plast Surg 17: 84 *(Symptomverbesserung nach Brustverkleinerung)*

Blomqvist L, Brandberg Y (2004) Three-year follow-up on clinical symptoms and health-related quality of life after reduction mammaplasty. Plast Reconstr Surg 114: 49–54 *(Brustverkleinerung ist effektiv und nachhaltig zur Beschwerdeminderung)*

Blomqvist L (1996) Reduction mammaplasty: analysis of patients' weight, resection weights and late complications. Scand J Plast Reconstr Surg Hand Surg 30: 207

Blomqvist L, Eriksson A, Brandberg Y (2000) Reduction mammoplasty provides long-term improvement in health status and quality of life. Plast Reconstr Surg 106: 991–997 *(Schmerzreduktion in 90 %, Schmerzfreiheit in 56 %)*

Boice JD Jr, Persson I, Brinton LA, et al (2000) Breast cancer following breast reduction surgery in Sweden. Plast Reconstr Surg 106: 755–762 *(28 % weniger Brustkrebs nach Brustverkleinerung)*

Boice JD Jr, Friis S, McLaughlin JK, et al (1997) Cancer following breast reduction surgery in Denmark. Cancer Causes Control 8: 253–258 *(50 % weniger Brustkrebs nach Brustverkleinerung)*

Boschart MT, Borone C, Puckett CL (1996) Outcome analysis of reduction mammoplasty. Plast Reconstr Surg 98: 451–454 *(nachhaltige Reduktion von Schmerz und Steigerung der Aktivität)*

Brinton LA, Persson I, Boice JD Jr, et al (2001) Breast cancer risk in relation to amount of tissue removed during breast reduction operations in Sweden. Cancer 91: 478–483 *(das Krebsrisiko wird mit zunehmendem Resektionsgewicht gesenkt)*

Brinton LA, Malone KE, Coates RJ, et al (1996) Breast enlargement and reduction: results from a breast cancer case-control study. Plast Reconstr Surg 97: 269–275 *(reduziertes Brustkrebsrisiko nach Brustverkleinerung)*

Brown MH, Weinberg M, Chong N, et al (1999) A cohort study of breast cancer risk in breast reduction patients. Plast



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

Medizinprodukt der Klasse III

Reconstr Surg 103: 1674–1681 *(signifikante Senkung des Brustkrebsrisikos um 1/3)*

Brown AP, Hill C, Khan K (2000) Outcome of reduction mammaplasty – a patients' perspective. Br J Plast Surg 53: 584–587 *(Beschwerdemilderung nach Brustverkleinerung in 100 %)*

Brown DM, Young VL (1993) Reduction mammoplasty for macromastia. Aesthetic Plast Surg 17: 211–223 *(hohe Zufriedenheit aufgrund Beschwerdebesserung)*

Brühlmann Y, Tschopp H (1998) Breast reduction improves symptoms of macromastia and has a long-lasting effect. Ann Plast Surg 41: 240–245 *(Korrelation zwischen reduziertem Brustgewicht durch OP und Reduktion der Beschwerden)*

Chadbourne EB, Zhang S, Gordon MJ, et al (2001) Clinical outcomes in reduction mammaplasty: a systematic review and meta-analysis of published studies. Mayo Clin Proc 76: 503–510 *(signifikante Verbesserung von Schmerz in Schulter, Nacken, Kopf, Rücken und Brust sowie Besserung von Ekzemen und Taubheitsgefühl der Finger)*

Chao JD, Memmel HC, Redding JF, et al (2002) Reduction mammaplasty is a functional operation, improving quality of life in symptomatic women: a prospective, single-center breast reduction outcome study. Plast Reconstr Surg 110: 1644–1652 *(Stärkung der Rückenmuskulatur nach Brustverkleinerung, Verbesserung der Haltung, Beschwerdemilderung)*

Collins ED, Kerrigan CL, Kim M, et al (2002) The effectiveness of surgical and nonsurgical interventions in relieving the symptoms of macromastia. Plast Reconstr Surg 109: 1556–1566 *(Brustverkleinerung effektiv zur Beschwerdebesserung; Gewichtsreduktion, Krankengymnastik, Medikation und BH/Korsage haben keinen Langzeiteffekt!)*

Dabbah A, Lehman JA Jr, Parker MG, et al (1995) Reduction mammaplasty: an outcome analysis. Ann Plast Surg 35: 337–341 *(Symptombesserung 97 % und Symptomverlust 59 % nach Brustverkleinerung)*

Eriksson A, Brandberg Y, Blomqvist L (2000) Breast reduction surgery are medically justified. Follow-up of 49 cases shows permanent pain reduction and increased quality of life. Läkartidningen 97: 835–838 *(nachhaltige Reduktion der Beschwerden durch Brustverkleinerung)*

Giovanoli P (1999) Which technique for which breast? Br J Plast Surg 52: 52–59 *(Beschwerdebesserung unabhängig von der OP-Methode)*

Glatt BS, Sarwer DB, O'Hara DE, et al (1999) Retrospective study of changes in physical symptoms and body image after reduction mammaplasty. Plast Reconstr Surg 103: 76–82 *(Reduktion von Nacken-, Rücken-, Schulterschmerz, Brustschmerz, Hautirritation, Verbesserung der Körperhaltung; keine Abhängigkeit vom Körpergewicht)*

Gonzalez F, Walton RL, Shafer B, et al (1993) Reduction mammaplasty improves symptoms of macromastia. Plast Reconstr Surg 91: 1270–1276 *(100 % Schmerzreduktion, 25 % absolute Beschwerdefreiheit)*

Goldwyn RM (1990) Reduction mammaplasty: a personal overview. In: Goldwyn RM (ed) Reduction mamma-plasty. Little, Brown, & Co, Boston, S 88 *(Beschwerdereduktion durch Brustverkleinerung)*

Goldwyn RM (1974) Pulmonary function and bilateral reduction mammoplasty. Plast Reconstr Surg 53: 84 *(Lungenfunktion kann durch Brustverkleinerung verbessert werden)*

Higer DA, Kaufman KR, Chao EYS, et al (1989) Effects of baby carriers on the lumbar spine in postpartum women (Abstract). Arch Phys Med Rehabil 70: A92 *(Gewicht am vorderen Brustkorb führt zur erhöhten Belastung von Wirbelsäule und Rückenmuskulatur)*

Horch RE, Jaeger K, Stark GB (1999) Quality of life after breast reduction-plasty. Handchir Mikrochir Plast Chir 31: 137–142 *(Verbesserung in 95 % der Beschwerden nach Brustverkleinerung)*

Hughes LA, Mahoney JL (1993) Patient satisfaction with reduction mammaplasty: an early survey. Aesthetic Plast Surg 17: 345–349 *(Beschwerdebesserung nach Brustverkleinerung, Zufriedenheit bei 88,9 %)*

Katez P (1992) Reduction mammoplasty. Plast Surg Nurs 12: 51–53 *(nachhaltige Minderung der Beschwerden nach Brustverkleinerung)*

Kerrigan CL, Collins ED, Kim HM (2002) Reduction mammaplasty: defining medical necessity. Med Decis Making 22: 208–217 *(brusttypischer Symptomenkomplex erlaubt hohe Vorhersagewahrscheinlichkeit auf Beschwerdebesserung)*

Kerrigan C, Striplin D, Dale Collins E, et al (1999) The health burden of breast hypertrophy. In: Proceedings from the 68th Scientific Meeting of the American Society of Plastic and Reconstructive Surgeons, the Plastic Surgery Educational Foundation, and the American Society of Maxillofacial Surgeons, New Orleans *(Makromastie reduziert die Lebensqualität und bedingt Beschwerden bei Frauen mit und ohne OP-Wunsch)*

Kinell I, Beausang-Linder M, Ohlsen L (1990) The effect on the preoperative symptoms and the late results of Skoog's reduction mammaplasty. A follow-up study on 149 patients. Scand J Plast Reconstr Surg Hand Surg 24: 61–65 *(Beschwerdeminderung [Schmerz, Ekzem, Rückenbeschwerden] in 80 bis 100 %)*

Kreipe RE, Lewand AG, Dukarm CP, Caldwell EH (1997) Outcome for patients with bulimia and breast hypertrophy after reduction mammaplasty. Arch Pediatr Adolesc Med 151: 176–180 *(Reduktion Schmerz und Ekzeme nach Brustverkleinerung, effektiver Eingriff bei Bulimie)*

Krysander L, Brote L, Ostrup LT (1993) Reduction mammoplasty: comparison of results of plastic and general surgeons. Eur J Surg 159: 259–262 *(80 % Beschwerdebesserung nach Brustverkleinerung)*

Letterman G, Schurter M (1980) The effects of mammary hypertrophy on the skeletal system. Ann Plast Surg 5: 425–431 *(Besserung von Schmerz, Rückenbeschwerden, Schnürfurchen, Effekt auf Haltung)*

Losee JE, Jiang S, Long DE, et al (2004) Macromastia as an etiologic factor in bulimia nervosa: 10-year follow up after treatment with reduction mammaplasty. Ann Plast Surg 52: 452–457 *(Reduktion von Schmerz; Therapieeffekt bei Bulimie)*

Lee MC, Lehman JA Jr, Tantri MD, et al (2003) Bilateral reduction mammaplasty in an adolescent population: adolescent bilateral reduction mammoplasty. J Craniofac Surg 14: 691–695 *(82 % Beschwerdefreiheit nach Brustverkleinerung)*

Maxwell Davis G, Ringler SL, Short K, et al (1995) Reduction mammaplasty: long-term efficacy, morbidity, and patient satisfaction. Plast Reconstr Surg 96: 1106 *(nachhaltige Therapie mit hoher Erfolgsquote)*

McMahan JD, Wolfe JA, Cromer BA, Ruberg RL (1995) Lasting success in teenage reduction mammaplasty. Ann Plast Surg 35: 227–231 *(Beschwerdebesserung in 76 bis 93 % nach Brustverkleinerung, Effekt nachhaltig [20 Jahre untersucht])*

Miller AP, Zacher JB, Berggren RB, et al (1995) Breast reduction for symptomatic macromastia: can objective predictors for operative success be identified? Plast Reconstr Surg 95: 77–83 *(93 % Schmerzreduktion, 63 % mehr Sport nach Brustverkleinerung, 39 % weniger Schmerzmittel)*

Mizgala CL, MacKenzie KM (2000) Breast reduction outcome study. Ann Plast Surg 44: 125–133 *(Reduktion Schmerz 59 %, mehr Sport 77 %, bessere Körperhaltung 84 %)*

Moskovitz MJ, Muskin E, Boxt SA (2004) Outcome study in liposuction breast reduction. Plast Reconstr Surg 114: 55–60 *(Verkleinerung der Brust durch Fettsaugung führt zur Beschwerdebesserung)*

Netscher DT, Meade RA, Goodman CM, et al (2000) Physical and psychosocial symptoms among 88 volunteer subjects compared with patients seeking plastic surgery procedures to the breast. Plast Reconstr Surg 105: 2366–2373 *(Beschwerden korrelieren mit der Brustgröße und weniger dem Körpergewicht)*

Raispis T, Zehring RD, Downey DL (1995) Long-term functional results after reduction mammaplasty. Ann Plast Surg 34: 113–116 *(Schmerzbesserung in 74 %, Schmerzmittelverbrauch von 44 auf 17 % reduziert)*

Schnur PL, Schnur DP, Petty PM, et al (1997) Reduction mammaplasty: an outcome study. Plast Reconstr Surg 100: 875–883 *(Beschwerdereduktion in 88 %)*

Seitchik MW (1995) Reduction mammaplasty: criteria for insurance coverage. Plast Reconstr Surg 95: 1029 *(kein Zusammenhang zwischen Beschwerden und Körpergewicht, Beschwerdebesserung hängt nicht von der absoluten Resektionsmenge ab)*

Shakespeare V, Postle K (1999) A qualitative study of patients' views on the effects of breast-reduction surgery: a 2-year follow-up survey. Br J Plast Surg 52: 198–204 *(Langzeiteffekt, Schmerzreduktion und Aktivitätssteigerung)*

Shakespeare V, Cole RP (1997) Measuring patient-based outcomes in a plastic surgery service: breast reduction surgical patients. Br J Plast Surg 50: 242–248 *(Beschwerdereduktion von 90 auf 6 %)*

Strömbeck JO, Malm M (1986) Priority grouping in a waiting list of patients for reduction mammaplasty. Ann Plast Surg 17: 498

Sood R, Mount DL, Coleman JJ 3rd, et al (2003) Effects of reduction mammaplasty on pulmonary function and symptoms of macromastia. Plast Reconstr Surg 111: 688–694 *(signifikante Verbesserung der Atemfunktion)*

Prof. Dr. med. Rolf Rüdiger Olbrisch
Klinik für Plastische Chirurgie, Kaiserswerther Diakonie
Kreuzbergstraße 79, 40489 Düsseldorf

Umsatzsteuer für Schönheits-OPs

Für Einnahmen aus plastisch-ästhetischen Eingriffen, die nicht zur Behandlung von Krankheiten oder Gesundheitsstörungen dienen, wird die volle Umsatzsteuer fällig, das hat im Februar 2005 das Finanzgericht Rheinland-Pfalz in einer noch nicht rechtskräftigen Entscheidung bekräftigt (Az.: 2 K 2588/04). Das Gericht wies damit die Klage einer Klinik ab, die für plastisch-ästhetische Eingriffe Umsatzsteuerbefreiungen in Höhe von mehreren Millionen Euro erreichen wollte. Fettabsaugungen, Gesichts-, Haut- und Lidstraffungen sowie Brustveränderungen seien „durchweg medizinisch indizierte rekonstruktive chirurgische Maßnahmen, so die Argumentation. Ziel sei dabei etwa, „die dem biologischen Alter entsprechende Harmonie der Proportionen im Gesicht wiederherzustellen". Dieser Ansicht folgten die Richter nicht: Das Altern als ein Verlauf, dem jeder Mensch von Geburt an unterliege, sei gerade die Norm und nicht die Abweichung. Diese „üblicherweise bei jedem Menschen auftretenden körperlichen Veränderungen" seien daher „nicht mit Krankheitswert behaftet". Auch gehe die Klägerin fehl in der Annahme, „die Beseitigung von Häßlichkeit sei eine Heilbehandlung." ■ CM

GOÄ-Abrechnung bei Mammareduktionsplastiken

Peter Eckert

Die Mitglieder der VDPC berichten über eine größere Anzahl von Rechnungen im Zusammenhang mit Mammareduktionsplastiken, die zwischen Privaten Krankenversicherungen und Operateuren strittig waren und sind. Eine einheitliche Argumentation von Seiten der Versicherer ist bei den bekannt gewordenen Fällen nicht zu erkennen. In der Mehrzahl der Fälle haben von den Versicherungen bemühte Gutachter sogar festgestellt, daß ein Teil der abgerechneten Leistungen im Sinne einer Zielleistung oder einer Komplexgebühr durch die GOÄ-Ziffer 2414: Reduktionsplastik der Mamma, abgegolten ist. Tatsächlich findet sich in der GOÄ §4 (2a) die Bestimmung:

(2a) Für eine Leistung, die Bestandteil oder eine besondere Ausführung einer anderen Leistung nach dem Gebührenverzeichnis ist, kann der Arzt eine Gebühr nicht berechnen, wenn er für die andere Leistung eine Gebühr berechnet. Dies gilt auch für die zur Erbringung der im Gebührenverzeichnis aufgeführten operativen Leistungen methodisch notwendigen operativen Einzelschritte.

Und weiterhin bestimmt die GOÄ im Abschnitt L. Chirurgie und Orthopädie unter der Überschrift: Allgemeine Bestimmungen

Zur Erbringung der in Abschnitt L aufgeführten typischen operativen Leistungen sind in der Regel mehrere operative Einzelschritte erforderlich. Sind diese Einzelschritte methodisch notwendige Bestandteile der in der jeweiligen Leistungsbeschreibung genannten Zielleistung, so können sie nicht gesondert berechnet werden.

Unklar ist nun, ob eine Mammreduktionsplastik eine operative Leistung darstellt, deren operative Einzelschritte methodisch notwendige Bestandteile einer Mammareduktion sind. Zur Klärung dieser Frage muß man den Leistungsumfang in Bezug auf die Zielsetzung einer Mammareduktionsplastik analysieren. Es gibt eine Vielzahl unterschiedlicher Operationstechniken zur Mammareduktion: Die einfachste Form besteht in einer dreidimensionalen Entfernung von Haut-, Fett- und Drüsengewebe zur Volumenreduktion. Diese einfache Form kommt bei nahezu regulärer Position der Brustwarze und Hyperplasie im Bereich der unteren Quadranten der Brust, der sogenannten Unterschwere der Brust, zur Anwendung. Hier ist eine Veränderung der Mamillenposition nicht erforderlich.

In der Mehrzahl der Fälle von Hyperplasie der weiblichen Brust besteht jedoch eine zu weit kaudale Position der Brustwarze

In der Mehrzahl der Fälle von Hyperplasie der weiblichen Brust besteht jedoch eine zu weit kaudale Position der Brustwarze, so daß diese im Bereich der dreidimensionalen Entfernung von Haut-, Fett- und Drüsengewebe zur Volumenreduktion liegt. Hier gibt es drei Möglichkeiten, mit der Brustwarze zu verfahren:

- Die Resektion ohne weitere Verwendung der Elemente der Mamille; stattdessen erfolgt eine Rekonstruktion – eigentlich eine Imitation – der Brustwarze und des Warzenhofes durch Verfahren wie sie bei der Brustrekonstruktion Einsatz finden.
- Die Entnahme in der Art eines Vollhauttransplantates: Hier wird im Verlauf der Operation das vollhautartige Element auf den neugeformten Brusthügel in neuer Position aufgesetzt.
- Die sogenannte funktionelle Erhaltung der Brustwarze: Hierzu wird die Brustwarze gestielt an den Milchgängen und Drüsengewebe sowie Elementen der Dermis unter Erhalt von versorgenden Gefäßnetzen und Nerven lappenartig gehoben und im späteren Verlauf der Operation in neuer Position in den neugeformten Brusthügel eingepflanzt.

Nachteile althergebrachter En-bloc-Techniken: Kastenartige Deformierungen im Brustwurzelbereich sowie ausgedehnte Narben

Die heutige Vielfalt der Operationstechniken begründet sich in der differenzierten Berücksichtigung unterschiedlicher Gewebevoraussetzungen. Die althergebrachten En-bloc Techniken haben die Nachteile einer meist kastenartigen Deformierung mit zu breiter Form im Brustwurzelbereich medial und lateral sowie sehr ausgedehnten Narben. Moderne Techniken der Mammareduktionsplastiken lösen die damit verbundenen Probleme durch ergänzende Formung in den medialen und lateralen Pfeilern mit lappenartigen Techniken.
Dementsprechend stehen bei den modernen Techniken drei Verfahrenskomplexe der Mammareduktion zur planerischen Disposition:

- der Komplex der dreidimensionalen Volumenreduktion (die eigentliche Mammareduktion)
- der Komplex der Mamillentnahme und ggf. -aufbereitung und daraus folgend die Transplantation oder Rekonstruktion der Mamille
- der Komplex der Formung insbesondere der medialen und lateralen Pfeiler.

Diese inhaltliche Analyse ergibt demnach, daß die beschriebenen drei Verfahrenskomplexe nicht zwingend miteinander verknüpft sind und bei manchen Techniken zur Brustreduktion einzelne Verfahrenskomplexe entfallen. Nach meiner Auffassung handelt es sich dabei also um selbständige Leistungen. Auch die entsprechenden Differenzierungen in den einschlägigen Operationsschlüsseln zeigen, daß Unterschiede von anderer Seite ebenfalls erkannt werden.
Die GOÄ kennt diese Leistungen hingegen zum Teil nicht. Für diesen Fall bestimmt GOÄ §6 (2):

Selbständige ärztliche Leistungen, die in das Gebührenverzeichnis nicht aufgenommen sind, können entsprechend einer nach Art, Kosten- und Zeitaufwand gleichwertigen Leistung des Gebührenverzeichnisses berechnet werden.

Die Bundesärztekammer hat für diese analoge Bewertung folgende Anwendungsregeln erstellt:

1. Es darf sich bei analog bewerteten Leistungen nicht um ärztliche Leistungen handeln, die Bestandteil einer anderen bereits ins Gebührenverzeichnis aufgenommenen Leistung sind (§ 4, Absatz 2 GOÄ).

2. Es darf sich auch nicht um ärztliche Leistungen handeln, die lediglich eine abweichende Modalität gegenüber einer im Gebührenverzeichnis enthaltenen anderen Leistung darstellen, wenn diese Modalität durch die Bewertungskriterien des § 5, Absatz 2 GOÄ erfaßbar ist.

3. Für Leistungen, die nicht „nach den Regeln der ärztlichen Kunst" für eine medizinisch notwendige Versorgung erforderlich sind, kann keine andere Bewertung gefunden werden.

4. Ärztliche Leistungen, die zum Zeitpunkt des Inkrafttretens der GOÄ bereits allgemein anerkannt waren, sind zwar im Grundsatz von einer Analogbewertung nicht ausgeschlossen; in solchen Fällen muß jedoch besonders sorgfältig geprüft werden, ob nicht diese Leistungen bisher schon als Bestandteil einer anderen im Gebührenverzeichnis enthaltenen Leistung anzusehen sind oder lediglich abweichende Modalitäten gegenüber einer bereits im Gebührenverzeichnis aufgeführten Leistung darstellen.

5. Wird die Notwendigkeit einer Analogbewertung bejaht, so muß eine mit dieser Leistung gleichwertige Leistung des Gebührenverzeichnisses ermittelt werden. Dabei dürfen bestehende Leistungspositionen der GOÄ nicht mit anderen Punktwerten versehen oder Punktwertabgriffe von solchen Leistungspositionen genommen werden, die keinerlei vergleichbaren Bezug zu der nicht im Gebührenverzeichnis enthaltenen Leistung haben. Analog heranziehbar ist nur eine Leistungsposition, die in technischer Durchführung, normalem Schwierigkeitsgrad und Zeitaufwand sowie in den Kosten mit der nicht im Gebührenverzeichnis enthaltenen Leistung vergleichbar ist. Dabei sollte die vergleichbare Leistungsposition primär aus jenem Abschnitt des Leistungsverzeichnisses der amtlichen Gebührenordnung (GOÄ) entnommen werden, dem die analog zu bewertende Leistung zuzurechnen ist.

6. Diese Grundsätze gelten auch für diejenigen ärztlichen Leistungen, die neu in den „Einheitlichen Bewertungsmaßstab für kassenärztliche Leistungen" gemäß § 368 g Absatz 4R VO aufgenommen werden. Dies gilt insbesondere auch für den Grundsatz unter Ziffer 4, da in den Bewertungsmaßstab auch Modalitäten bereits bestehender Leistungen als gesondert abrechenbare Leistungen aufgenommen werden müssen, weil in diesem dafür kein Gebührenrahmen besteht."

Werden selbständige Leistung in Form der genannten drei Verfahrenskomplexe erbracht, so sind die dazugehörigen Ziffern abzurechnen

Unter Beachtung dieser Vorgaben der GOÄ und den Anwendungsregeln der Bundesärztekammer empfehle ich den Mitgliedern der VDPC folgendes als konkrete Richtschnur und für entsprechende Gutachten kann diese Vorgehensweise als Maßstab genannt werden:

Werden selbständige Leistungen in Form der genannten drei Verfahrenskomplexe erbracht, so sind die zu den drei Verfahrenskomplexen gehörigen Ziffern abzurechnen. Die hier genannten Analogziffern und -legenden sind als Beispiele zu verstehen und müssen den individuellen Gegebenheiten angepaßt und begründet werden:

- Der Komplex der dreidimensionalen Volumenreduktion (die eigentliche Mammareduktion)
  2414: Reduktionsplastik der Mamma.

- Der Komplex der Mamillentnahme und ggf. -aufbereitung und daraus folgend Transplantation oder Rekonstruktion der Mamille.
  2392: Anlage eines Rundstiellappens. Analog: Entepithelisieren, Präparation und Heben einer funktionell gestielten Mamille.
  2394: Implantation Rundstiellappen. Analog: Implantation einer funktionell gestielten Mamille einschließlich Modellierung.

- Der Komplex der Formung insbesondere der medialen und lateralen Pfeiler.
  2385: Transplantation eines haartragenden Hautimplantates. Analog: Dreidimensionale Einformung von Dermafett- und Parenchymlappen medial bzw. lateral.

Hier kann selbstverständlich je nach Aufwand auch eine andere Analogziffer für eine Lappenplastik verwendet werden; pro Seite allerdings nur einmal, auch wenn jeweils ein Lappen von medial und lateral aufeinander zugeführt werden. Denn die Lappenplastik aus zwei Elementen wird grundsätzlich als eine Einheit gewertet.

Die Anwendung des Steigerungssatzes muß den Regeln der GOÄ folgen

Wesentlich ist der jeweilige Zusatz „Analog: …“ mit der jeweiligen Kurzbeschreibung, um so den Erfordernissen der GOÄ zu entsprechen. Außerdem sollte sich die dort zur Erläuterung vorkommende Kurzbeschreibungen zumindest hinsichtlich der Schlüsselworte auch im OP-Bericht wiederfinden. Eine Injektion von Suprarenin-Lösung, auch als Tumeszenzlösung, ist durch die GOÄ-Ziffer 267 abrechenbar, jedoch nur einmal pro Seite. Die Ziffer GOÄ-Ziffer 491 ist nur dann einzusetzen, wenn tatsächlich in Lokalanästhesie operiert wird; allein die Beimischung eines Lokalanästhetikums ist als Begründung für die GOÄ-Ziffer 491 nicht ausreichend. Problematisch ist grundsätzlich eine weitergehende „Atomisierung“.

Die Anwendung des Steigerungssatzes muß den Regeln der GOÄ folgen. Eine durchgängige Anwendung über Faktor 2, 3 für die operativen Schritte löst Zweifel aus, vor allem wenn der vorgeschriebene Begründungstext die besondere Schwierigkeit nicht nachvollziehen läßt. Die entsprechenden Begründungen müßten sich auch im OP-Bericht spiegeln und nachvollziehbar sein. Besonders bei Analogbewertungen muß der Unterschied zum durchschnittlichen Schwierigkeitsgrad deutlich gemacht werden und dabei der Maßstab derjenigen Leistung der GOÄ sein, die der Analogbewertung zugrunde gelegt wurde.

Prof. Dr. med. Peter Eckert
Facharzt für Plastische und Ästhetische Chirurgie
Oeggstraße 3
97070 Würzburg

Operative Migräne-Therapie durch Resektion des Musculus corrugator supercilii

Franz Dirnberger

Im August 2000 erschien in *Plastic and Reconstructive Surgery* ein Artikel von B. Guyuron und Mitarbeitern, in dem über eine überraschende klinische Entdeckung berichtet wurde, nämlich, daß bei Patienten, bei denen aus kosmetischen Gründen zur Behebung der sogenannten „Zornesfalten" eine operative Entfernung der Corrugator-Muskeln im Bereich der Stirn durchgeführt wurde, es vollkommen unerwartet auch zu einem vollkommenen oder teilweisen Abklingen von Migräne-Anfällen kam [siehe Plastische Chirurgie (2003) 4: 164]. Besonders beeindruckend war die auf den ersten Blick unglaublich hohe Erfolgsrate dieses Eingriffes: 40 Prozent totales Verschwinden, 40 Prozent weitgehende Milderung der Symptomatik. Sowohl der Autor als auch das Institut (Case Western University, Cleveland, Ohio) sprechen für die Seriosität der Publikation, deren Ergebnisse auch von neurologischen Fachkollegen bestätigt wurden.

Die Resektion der Corrugator-Muskeln wurde ursprünglich als eine rein kosmetische Operation entwickelt

Von zusätzlichem Reiz war schließlich die Geschichte dieser Operation: Die Resektion der Corrugator-Muskeln wurde nämlich ursprünglich als rein kosmetische Operation entwickelt, um Damen von den zwei störenden vertikalen „Zornesfalten" zwischen Nasenwurzel und Augenbrauen zu befreien, die bekanntlich äußerst hartnäckig sind. Allerdings führte dieser Eingriff nicht immer zum gewünschten Resultat; außerdem war er aufwendig und daher nicht sonderlich beliebt. Guyuron und Mitarbeiter wurden jedoch eines Tages aufmerksam, als Patienten berichteten, daß seit dieser Operation auch ihre Migräne-Attacken verschwunden seien. Um diese Beobachtung zu untersuchen, wurden in einer retrospektiven Untersuchung alle Patienten, die sich dieser Operation unterzogen hatten und zusätzlich auch an Migräne litten herausgefiltert: Zum Erstaunen der Ärzte stellte sich heraus, daß bei rund 80 Prozent der Patienten eine wesentliche Verbesserung der Beschwerden eingetreten war – auf diesem Zufallsbefund, der allein der Aufmerksamkeit der amerikanischen Kollegen zuzuschreiben ist, beruht die oben zitierte Publikation.

Da dieser Beitrag kein eigentlich plastisch-chirurgisches Thema betrifft, wäre er wahrscheinlich bei der ersten Durchsicht des Journals kaum aufgefallen – der Zufall wollte es jedoch, daß der Autor dieses Berichtes selbst seit gut 20 Jahren an schwerer Migräne litt und daher sein Interesse an jeder Art von Therapie dieser Erkrankung entsprechend groß war. Die Entscheidung für die Operation fiel daher leicht – sie wurde in Sedo-Analgesie an der Abteilung für Plastische Chirurgie des Wilhelminenspitals, Wien durchgeführt: Der Erfolg trat augenblicklich ein und war überzeugend.

Offensichtlich betrachteten Neurologen die Migräne als „Ihr Gebiet" und standen der Idee eines chirurgischen Vorgehens mit größter Skepsis gegenüber

Weniger berauschend war die Reaktion meiner Kollegen aus der neurologischen Zunft. In meiner verständlichen Begeisterung, nach Jahren erstmals weitgehend von der Tortur der Migräne befreit zu sein, versuchte ich einige Neurologen zur Zusammenarbeit zu

bewegen; da ja ein gewisser Prozentsatz an Migräne-Patienten auf eine rein medikamentöse Therapie nicht oder nicht ausreichend anspricht, wäre in diesen Fällen der operative Eingriff sozusagen als „Ultima ratio“ überlegenswert – so meine Überlegung. Offensichtlich betrachteten Neurologen die Migräne jedoch als „Ihr Gebiet“ und standen der Idee eines chirurgischen Vorgehens mit größter Skepsis gegenüber. Fairerweise muß man indes zugestehen, daß die Behandlung von Migräne geradezu ein Eldorado für alternativ- und pseudomedizinische Verfahren ist und in der Vergangenheit auch höchst problematische und riskante chirurgische Eingriffe propagiert wurden, die sich sämtlich als weitgehend ineffizient erwiesen haben. Erst nachdem Berichte über erfolgreiche Corrugator-Operationen in den Medien erschienen waren, begann sich die Front etwas aufzulockern; mittlerweile wurde eine gemeinsame prospektive Studie in Angriff genommen, deren Ergebnisse allerdings noch nicht vorliegen.

Zwischen August 2001 und Dezember 2003 wurden schließlich 135 Migräne-Operationen durchgeführt. 90 Patienten beantworteten die für die Untersuchung ausgesendeten Fragebögen, die als Grundlage für die Auswertung herangezogen werden konnten. Alle Patienten wurden vom Autor in der gleichen Technik operiert; der Eingriff erfolgte in Sedo-Analgesie durch einen Fach-Anästhesisten. Ein stationärer Krankenhausaufenthalt war in keinem Fall erforderlich – die Patienten konnten in der Regel zwei bis vier Stunden nach dem Eingriff die Klinik verlassen. Alle Patienten waren neurologisch abgeklärt – die Diagnose Migräne war ausschließlich von Neurologen gestellt worden; bei drei Patienten war die Diagnose zweifelhaft oder von einem zusätzlichen neurologischen Leiden überlagert. Die Nachkontrolle erfolgte schriftlich und/oder telefonisch, zwischen mindestens sechs Monate und längstens 24 Monate nach der Operation. Von 90 Patienten waren 74 Frauen und 16 Männer, das Alter lag zwischen 18 und 80 Jahren.

Der M. corrugator liegt ringförmig um den N. supratrochlearis und muß immer zur Gänze entfernt werden

Bei allen Patienten wurde die Resektion des M. corrugator supercilii, wie sie von B. Guyuron empfohlen wird, beiderseitig durchgeführt. In Sedo-Analgesie und 0,5 Prozent Xylanest mit Adrenalin als Lokal-Anästhetikum wird durch eine Inzision im Bereich der Oberlidfalte die Region zwischen Nasenwurzel und medialem Rand der Augenbrauen präpariert und der N. supratrochlearis, der N. supraorbitalis, Äste des N. trigeminus dargestellt. Bei älteren Patienten empfiehlt sich die Exzision der überschüssigen Haut der Oberlider im Sinne einer Oberlid-Blepharoplastik und von dieser ausgehend die weitere Präparation des Operationsareals. Dabei ist zu beachten, daß eine beträchtliche Varietät in der Lokalisation dieser beiden Nervenäste besteht: Sie treten meist zirka 5 mm voneinander entfernt am Rand des Orbitabogens an die Oberfläche, sie können aber auch fast aneinanderliegend zur Stirn hin verlaufen. Die Verwendung einer Operationslupe (4,5fache Vergrößerung) ist absolut notwendig, da sonst das Risiko einer Durchtrennung zu groß ist. Der M. corrugator liegt ringförmig um den N. supratrochlearis und muß zur Gänze entfernt werden, wobei es notwendig erscheint, bis in Höhe der Augenbrauen zu präparieren. Da diese Region stark vaskularisiert ist, muß zudem mit störenden Blutungen gerechnet werden. Die Verwendung einer bipolaren Diathermie ist ebenfalls zwingend notwendig, da ansonsten eine kaustische Nervenschädigung möglich ist. Nach exakter Blutstillung wird die Haut mit einer fortlaufenden Naht, analog einer Lidplastik verschlossen und zwei zarte Laschendrains eingelegt. Feuchte Gaze-Kompressen und eventuell Eisbeutel mindern die Schwellung und Schmerzen. Die Nahtentfernung kann nach fünf bis sieben Tagen erfolgen.

Von den 90 Patienten berichteten 52 vor der OP, daß sie wegen ihrer Migräne gezwungen waren, Bettruhe einzuhalten

Die präoperative Untersuchung ergab, daß der Großteil der Patienten seit Jahren – manche seit Jahrzehnten – an schwerer Migräne litten und praktisch alle Arten von Behandlungen und Medikamenten, inklusive Akupunktur, Diätprogrammen sowie klinischen Medikamenten-Entzug hinter sich hatten; für die meisten von ihnen bedeutete die Operation die sprichwörtlich „letzte Hoffnung“. Von den 90 Patienten berichteten 52, daß sie auf Grund ihrer Migräne gezwungen waren, Bettruhe einzuhalten und immer wieder in den Krankenstand zu gehen. 21 Patienten der Gruppe C (Tabelle 2) klagten über Dauerkopfschmerz und zeigten Symptome eines medi-

kamentenbedingten Kopfschmerzes. 12 Patienten gaben Symptome eines „Ergotismus“ auf Grund langjähriger und hochdosierter Einnahme von Ergotamin-Präparaten an, zwei Patientinnen hatten auf Grund ihrer langjährigen Verwendung von „Avamigran-Suppositorien“ Recto-vaginale Fisteln entwickelt. Alle Patienten klagten in verschieden starkem Ausmaß über die typischen Begleiterscheinungen der Migräne: Abgeschlagenheit, Übelkeit bis zum Erbrechen, Licht-, Lärm-, Geruchs-Überempfindlichkeit.

Tabelle 1 Präoperative Daten

Zahl der Patienten	90		
Männer:	16	Frauen:	74

Tabelle 2 Schweregrad der Migräne

A:	1–4 Tage pro Monat	n = 14
B:	5–14 Tage pro Monat	n = 39
C:	15 Tage und mehr, Dauerkopfschmerz, Medikamenten-induzierter Kopfschmerz	n = 37

Tabelle 3 Präoperativ erhobene Informationen: Fragebogen

- Alter, Geschlecht
- Alter zu Beginn der Migräne
- Anfälle pro Woche/Monat, Dauer der nicht behandelten Anfälle
- Arbeitsunfähigkeit: Tage pro Monat
- Medikamente: Ergotamine, Triptane, unspezifizierte Medikamente
- Zahl der Tabletten pro Monat

Die Patienten kamen aus Österreich, Deutschland, Schweiz und Ungarn. Auf Grund der verständlicherweise sehr individuell empfundenen Beschwerden waren die Angaben in manchen Fällen nicht leicht zu kategorisieren. Am sinnvollsten erschien eine grobe Einteilung in drei Gruppen (A–C), abhängig von den Krankheitstagen pro Monat und dem Medikamentenverbrauch.

Von den 90 operierten Patienten stellten schließlich 22 (24,4 %) ein vollkommenes Verschwinden der Migräne, 39 (43,3 %) eine wesentliche Besserung und 29 (32 %) lediglich eine geringfügige oder keine Besserung fest. Von allen Patienten, ohne Berücksichtigung der Schwere des Leidens, profitierten demnach zwei Drittel von der Operation, während sie bei einem Drittel keinen Erfolg brachte. Diese Rate war unabhängig vom Alter der Patienten.

Tabelle 4 Verhältnis zwischen der Schwere der Migräne und den Erfolgschancen der Operation (Grad der Zufriedenheit von 1 bis 5, entsprechend den Schulnoten)

Gruppe	Grad 1	Grade 2+3	Grade 4+5
Gruppe A (n=14)	4 (28,5 %)	8 (57,1 %)	2 (14,2 %)
Gruppe B (n=39)	13 (33,3 %)	15 (38,5 %)	11 (28,0 %)
Gruppe C (n=37)	7 (18,8 %)	12 (32,4 %)	18 (48,8 %)

Grad 1 = vollkommenes Abklingen der Anfälle
Grad 2 = 80 bis 90 % Verminderung der Anfälle und des Medikamentenverbrauchs
Grad 3 = mindest. 50 % Verminderung der Anfälle und des Medikamentenverbrauchs
Grad 4 = unter 50 % Verminderung der Anfälle und des Medikamentenverbrauchs
Grad 5 = keine Veränderung im Vergleich zur Zeit vor der Operation

Patienten, die nur an einer milden Form von Migräne mit maximal vier Anfalls-Tagen im Monat leiden, haben die größte Chance auf eine Besserung

Das in Tabelle 4 aufgeführte Verhältnis zwischen der Schwere der Migräne und den Erfolgschancen eines operativen Eingriffs zeigt, daß jene Patienten, die nur an einer milden Form von Migräne mit maximal vier Anfalls-Tagen im Monat leiden (Gruppe A), die größte Chance auf eine Besserung haben (85,8 %). Auch die zweite Gruppe B (fünf bis 14 Migräne-Tage pro Monat) haben noch mehr als eine Zweidrittel-Chance (71,8 %), während bei der dritten Gruppe C, also jenen Patienten mit mehr als 15 Schmerztagen oder Dauer-Kopfschmerzen, die Erfolgsquote nur mehr bei knapp über 50 Prozent liegt.

Bei manchen Patienten setzten die Beschwerden nach einer Migräne-freien Zeit in ursprünglicher Stärke wieder ein

Im Verlauf der postoperativen Untersuchungen wurde weiterhin ein interessantes Phänomen entdeckt: 12 Patienten berichteten im ersten postoperativen Monat über ein völliges Verschwinden oder zumindest eine wesentliche Besserung der Beschwerden, leider blieb jedoch der dauerhafte Erfolg aus; allmählich setzten die Beschwerden in der ursprünglichen Heftigkeit wieder ein – auch der Medikamentenbedarf entwickelte sich in den meisten Fällen wieder zur ursprünglichen Menge vor dem Eingriff. Die Enttäuschung war verständlicherweise enorm und es stellte sich die Frage nach der möglichen Ursache für die rezidivierenden Schmerzen. Da alle Operationen vom gleichen Operateur und in der gleichen Technik durchgeführt worden waren, lag die Vermutung nahe, daß möglicherweise Narbengewebe oder ungenügend radikal resezierte Muskelanteile wieder auf den N. supratrochlearis drücken könnten. Aus diesem Grund wurde bei einem Patienten eine Revisions-Operation durchgeführt. Eine erneute Neurolyse des Nervs wurde versucht, diese erwies sich aber als praktisch undurchführbar, da die zarten Nervenäste im Narbengewebe kaum präparierbar waren. Der Versuch endete mit der Durchtrennung des Nervs und brachte keinerlei Besserung der Beschwerden.

Jene Patienten mit einem Zufriedenheitsgrad 2 und 3 gaben nicht nur an daß sie nach der Operation weniger Schmerztage hätten, sondern sie zeigten sich vor allem darüber erfreut, daß ihre Beschwerden nunmehr leichter in den Griff zu bekommen waren; insbesondere war auffallend, daß der Bedarf an Triptanen zurückging – was auch einen sehr wesentlichen Kostenfaktor für den einzelnen Patienten bedeutet, da die Medikamentenkosten nicht selten zehn bis 15 Prozent des durchschnittlichen Monatseinkommens ausmachten.

Alle Patienten, bei denen die Operation erfolgreich war, berichteten in unterschiedlich starkem Ausmaß auch über eine Verminderung der Begleitbeschwerden

Alle Patienten, bei denen die Operation erfolgreich war, berichteten in unterschiedlich starkem Ausmaß auch über eine Verminderung der Begleitbeschwerden – das drückt sich auch in der Benotung aus. So gibt es beispielsweise Patienten, die zwar nur eine Reduktion der Schmerztage von weniger als 50 Prozent angaben, jedoch seither kaum mehr an Übelkeit leiden. Andere verzeichnen keine wesentliche Verminderung der Migräne-Tage, berichten jedoch, daß diese seit dem Eingriff wesentlich leichter verlaufe und sie daher keine Krankschreibung mehr benötigen.

Nervenkompression ist als „Trigger" für Migräne identifiziert

Daß die Auslösung von Migräne in vielen Fällen auf der Kompression von peripheren Nervenästen des N.trigeminus beruht, steht mittlerweile außer Diskussion. Der M. supratrochlearis supercilii dürfte durch eine Kompression des Nervus supratrochlearis als sogenannter „Trigger" wirken: Die Operation wäre demnach eine klassische Nerven-Dekompression. Dieses Phänomen wurde durch zwei unfreiwillige Patienten-Tests bestätigt: Bei einer Patientin wurde der Verlauf des N. supratrochlearis mittels Filzstift auf der Haut markiert, um so den Eingriff im Rahmen einer Filmaufnahme verdeutlichen zu können. Als anschließend versucht wurde, diese Markierung zu entfernen, war es notwendig, die Haut in diesem Stirnbereich zu säubern – dabei wurde der N. supratrochlearis offenbar kräftig massiert; die Patientin, die bis dahin mehr als zwei Monate nach der Operation vollkommen beschwerdefrei gewesen war, erlitt etwa eine Stunde später einen schweren Migräne-Anfall, der mit jenen vor der Operation vergleichbar war. Ein ähnliches Phänomen beobachtete ein Patient, dem man empfahl, die Narben zu massieren, um diese rascher „reifen" zu lassen; nach jeder Massage traten seine früheren Kopfschmerzen auf.

Postoperativ kommt es in allen Fällen zu bestenfalls störenden, nie schmerzhaften Dysästhesien, die nach einigen Monaten verschwinden

Unmittelbar postoperativ kam es bei zwei Patienten zu einer Nachblutung, die eine Revision erforderten. Die Blutungsneigung ist bei manchen Patienten sicher erhöht, da viele von ihnen über lange Zeit Aspirin und andere die

Gerinnung beeinträchtigende Medikamente einnehmen und auch eine routinemäßige präoperative Analyse der Blutgerinnung diese Blutungsneigung nicht verläßlich aufzeigt. Als Folge der Präparation an den Nerven kommt es postoperativ in allen Fällen zu einer Dysästhesie und häufig zu irritierenden sensorischen Begleiterscheinungen im Stirnbereich, zwischen Augenbrauen und dem Haaransatz; manche Patienten berichten über ein zeitweiliges Kribbeln, andere über das Gefühl eine Klammer im Bereich der Stirn zu haben; diese Phänomene werden vor allem dann wahrgenommen, wenn sich so wie früher, vergleichsweise einer Aura, ein Migräne-Anfall ankündigt, der aber nach der Operation nicht mehr zum Ausbruch kommt; es treten dann eben nur mehr diese bestenfalls störenden, nie schmerzhaften Dysästhesien auf; sie verschwanden stets im Laufe der ersten sechs bis neun Monate nach der Operation. Trotz sorgfältigster Präparation, läßt sich eine Durchtrennung des N. supratrochlearis oder eines seiner Äste nicht immer vermeiden. Die Patienten werden auf diese Gefahr und die Möglichkeit der Entwicklung eines Narbenneurinoms ausdrücklich aufmerksam gemacht. Bei neun Patienten erfolgte eine teilweise oder totale Durchtrennung dieses Nervs, es hat sich jedoch glücklicherweise in keinem einzigen Fall ein Hinweis auf die Entstehung eines Neurinoms gezeigt.

Technisch anspruchsvolle Operation: Risikoarm und daher als Ultima ratio auch bei älteren Patienten und für bislang erfolglos therapierte Migräne-Kranke

Daß die Kompression peripherer Äste des N. trigeminus durch Muskeln im Bereich der Stirn-, Schläfen- und Nackenregion, als sogenannter Trigger-Effekt für die Auslösung von Migräne-Anfällen verantwortlich sein kann, wurde seit einigen Jahren vermutet und darf mittlerweile als sicher bezeichnet werden. Bezeichnenderweise kann durch die Lähmung von Muskelgruppen durch Botulinumtoxin-Injektionen in diesen Bereichen eine – allerdings nur temporäre – Unterdrückung von Migräne-Attacken erreicht werden. Diese Therapie gehört mittlerweile zum Standard-Repertoire der Neurologen. Durch die operative Entfernung der als Trigger wirkenden Muskeln, in der überwiegenden Zahl der Fälle ist es der M. corrugator supercilii, kann oftmals eine dauerhafte komplette Heilung oder zumindest eine wesentliche Verbesserung erreicht werden. Die Trefferquote läßt sich durch eine präoperative Austestung der Patienten mit Hilfe von Botulinumtoxin-Injektionen wesentlich steigern. Aus den bisherigen Ergebnissen kann der Schluß gezogen werden, daß es sich bei diesem Eingriff zwar um eine technisch anspruchsvolle Operation handelt, die jedoch risikoarm ist und daher als Ultima ratio auch bei älteren Patienten und bei all jenen, bei denen die bisherigen therapeutischen Maßnahmen ohne Erfolg waren, empfohlen werden kann. Auch bei diesen zeigte sich immerhin noch eine Erfolgsquote von 50 Prozent.

Literatur

1. Dirnberger F, Becker K (2004) Surgical treatment of migraine headaches by corrugator muscle resection. Plast Reconstr Surg 114: 652
2. Guyuron B (2001) Corrugator supercilii resection through blepharoplasty incision. Plast Reconstr Surg 107: 604
3. Guyuron B, Tucker T, Davis J (2002) Surgical treatment of migraine headaches. Plast Reconstr Surg 109: 2183
4. Guyuron B, Varghai A, Michelow BJ, Thomas T, Davis J (2000) Corrugator supercilii muscle resection and migraine headaches. Plast Reconstr Surg 106: 429
5. Murphy JP (1969) Occipital neurectomy – the treatment of headache. Md State Med J 18(6): 62–66
6. Silberstein SD, Marhew N, Saper J, Jenkins S (2000) Botulinum toxin type A as a migraine preventive. Headache 40: 445–450

Dr. med. Franz Dirnberger
Himmelpfortgasse 15
A-1010 Wien
eMail: dr.dirnberger@aon.at

Panel Gutachten

Vorträge des Panels Gutachten bei der VDPC/VDÄPC Jahrestagung 2004 in Düsseldorf

Warum Patienten klagen

Erfahrungen in der Schlichtungsstelle Nord vom 1.1.1996 bis 30.6.2004

Margita Flügel, Max Vinzenz Meyer-Marcotty

Anhand der Daten von 336 beanstandeten Operationen aus dem Fachgebiet der plastischen Chirurgie, die zwischen dem 1.1.1996 und 30.6.2004 in der Schlichtungsstelle Nord bearbeitet wurden, möchten wir die häufigsten Probleme und Fragestellungen aufzeigen.

Was ist ein Behandlungsfehler?

Ein Behandlungsfehler liegt vor, wenn der Arzt durch aktives Handeln oder Unterlassen die erforderliche Sorgfalt außer Acht gelassen hat. Wer als Arzt eine Behandlung übernimmt, muß den Standard eines Fachmannes (-arztes) im betreffenden Gebiet gewährleisten. Anders als im Strafrecht ist nicht die persönliche Schuld zu ahnden, sondern ein Ausgleich für Qualitätsmängel zu schaffen.

Was ist eine „Beweislastumkehr"?

Eine Beweiserleichterung für den Patienten tritt ein: Bei schweren Fehlern, bei Dokumentationsmängeln, bei mangelnder Befunderhebung sowie bei Anfängereingriffen, außerdem bei Anscheinsbeweis (Beispiel: Lagerungsschaden) und der Manipulation von Beweismitteln.

Die Tabellen zeigen die am häufigsten der bei der Schlichtungsstelle Nord geäußerten Beschwerden, bei den am häufigsten beanstandeten Eingriffen. Dem wird gegenübergestellt, welche Mängel im Behandlungsablauf von Gutachtern oder der Schlichtungsstelle gerügt wurden.

Ein Mangel in der ärztlichen Behandlung führt nicht automatisch zur Begründung von Schadenersatzansprüchen, da aufgezeigte Mängel nicht immer negative Folgen nach sich ziehen. Ein Nachweis der Kausalität muß gegeben sein.

Bearbeitete Fälle n = 306
Beanstandete Operationen n = 336
1.1.1996 bis 30.6.2004

Mammareduktion/-Straffung	52	65 %
Liposuktion	49	
Mammaaugmentation	39	
Bauchdeckenplastik	35	
Handchirurgie	25	
Facelift	18	

Beanstandete Operationen n = 336
1.1.1996 bis 30.6.2004

Brustwiederaufbau	15	21 %
Narbenkorrektur	14	
Gynäkomastiekorrektur	11	
Unterlidstraffung	10	
Lasertherapie	12	
Nasenkorrektur	10	

Mammareduktion, Mammastraffung
[n = 52]

Beschwerden des Antragstellers:		*Rügen der Schlichtungsstelle:*	
kosmetisches Ergebnis (Größe, Form, Symmetrie, Narben)	27	Fehlerhafte OP-Planung	14
Fettgewebsnekrosen	16	Fehlerh. Komplikationsmanagement	13
Mamillennekrose	13	unzureichende Aufkärung	5
Aufklärung	11	Dokumentationsmangel	7
Hautnekrose (T), (Infekt)	19	Lagerungsschaden	3
Mamillen zu hoch	9	Mangelhafte Thromboseprophylaxe	1
Lagerungsschaden	3		
Lungenembolie	1		

Beurteilung im Schlichtungsverfahren:
Schadenersatz → 19 kein Anspruch → 33

Hauptursache von Beschwerden: Mängel in der OP-Durchführung, in der Dokumentation, bei der Aufklärung, fehlerhafte Indikationen und schlechtes Komplikationsmanagement

Insgesamt sind auf dem Gebiet der plastischen Chirurgie in 40,1 Prozent der Antragstellungen Schadenersatzansprüche für begründet befunden worden. Die Hauptkritikpunkte sind aus den Tabellen ersichtlich: Mängel in der Operationsdurchführung, Mängel in der Dokumentation, bei der Aufklärung, fehlerhafte Indikationen und schlechtes Komplikationsmanagement. Zusätzlich zu einem nicht wunschgemäß erreichten Behandlungsergebnis sind die wichtigsten Auslöser von Schlichtungsverfahren Störungen im Arzt-/Patientenverhältnis, zusätzlich auftretende Kosten und negative Bemerkungen weiterbehandelnder Kollegen („Um Gottes Willen, wer hat das denn operiert?“)!

Liposuktion [n = 49]

Beschwerden des Antragstellers:		*Rügen der Schlichtungsstelle:*	
Konturunregelmäßigkeiten	31	operative Fehler	10
Zu wenig Fett entfernt	18	Dokumentationsmängel	9
mangelhafte Aufklärung	14	Mangelhafte Nachbehandlung	4
Schmerzen, Sensibilitätsstör.	12	Mangelhafte Aufkärung	4
Thrombose, Lungenembolie	5	Keine risikogerechte	
Nekrosen	6	Thromboseprophylaxe	3
		fehlerhafte Indikation	2

Beurteilung im Schlichtungsverfahren:
Schadenersatz → 16 kein Anspruch → 33

Mammaaugmentation, Mammaprothesenwechsel [n = 39]

Beschwerden des Antragstellers:		*Rügen der Schlichtungsstelle:*	
Form, Größe, Lage	20	Falsche Indikation	12
Asymmetrie	17	mangelhafte Operationstechnik	12
Implantat tastb., Wrinkling	11	Dokumentationsmangel	9
Kapselfibrose	8	Narbenlage, -länge	4
Implantatdislokation	6	Wünsche nicht beachtet	3
Narbenlage, Narbenlänge	7	Asymmetrie	2
Mißempfindungen, Taubheit,		Mangelhafte Aufklärung	2
Schmerzen,	5	Prothesenruptur durch manuelle	
Sensibilitätsstörung Mamille	5	Kapselsprengung	1
Aufklärung	4	Mangelhafte Allgemeinuntersuchung	1
Infekt	1		
Tupfer vergessen	1		

Beurteilung im Schlichtungsverfahren:
Schadenersatz → 17 kein Anspruch → 30

Bauchdeckenplastik [n = 35]

Beschwerden des Antragstellers:		*Rügen der Schlichtungsstelle:*	
Haut-/Fettgewebsnekrose	18	Operative Fehler (z.B. Schnittführung)	8
Asymmetrie	8	mangelhafte Aufklärung	3
seitliche Wülste, Dog ears	8	fehlerhafte Indikation	6
mangelhafte Aufklärung	7	Fehlerh. Komplikationsmanagement	5
Infektion	7	Dokumentationsmangel	5
Mangelhaftes Komplikations-		Asymmetrie	4
management	6	Fremdkörper belassen	2
Narben	5	keine risikogerechte	
FK hinterlassen	2	Thromboseprophylaxe	1
Lungenembolie	1		

Beurteilung im Schlichtungsverfahren:
Schadenersatz → 16 kein Anspruch → 19

Rügen im Schlichtungsverfahren [n = 196]

Operationsdurchführung	62
Dokumentationsmangel	37
Aufklärung	28
Indikation	23
Komplikationsmanagement	13
Allgemeinmedizin (incl. Thromboseproph.)	8
Lagerungsschaden	5

Auslöser des Schlichtungsverfahrens [n = 204]

Ergebnis der Operation, Komplikationen	96 %
Störungen im Arzt-Patientenverhältnis	36 %
(Weitere) Kosten entstehen	28 %
Bemerkungen des Nachbehandlers	21 %

Um Schadenersatzansprüche zu vermeiden, sollte – neben einer dem Standard der plastischen Chirurgie entsprechenden Behandlung – eine vollständige und auch vollständig dokumentierte Aufklärung vorliegen und der Patient sollte realistische Erwartungen bezüglich des erreichbaren Operationsergebnisses haben. Eine ausführliche Befunddokumentation einschließlich aussagekräftiger Fotografien ist unabdingbar notwendig.

Bei den präoperativen Gesprächen sollte außerdem ein gutes Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient hergestellt werden, das auch im Falle von Komplikationen tragfähig ist; nicht zuletzt sollte eine großzügige Kostenregelung bei eventuell notwendigen Folgeeingriffen gewährleistet sein.

Für die ordnungsgemäße Durchführung von Schlichtungsverfahren ist der Sachverstand der Kollegen erforderlich, die täglich selbst entsprechende Eingriffe durchführen. Nur dann ist eine beiden Parteien gerecht werdende Beurteilung möglich. Bitte denken Sie daran, ehe Sie einen Gutachtenauftrag wegen Zeitmangels unbearbeitet zurückschicken.

Prof. Dr. med. Margita Flügel
Klinik für Plastische Chirurgie und Handchirurgie
Friederikenstift
Marienstraße 37
30171 Hannover

Das Schlichtungsverfahren

Sixtus Allert

In der plastischen Chirurgie werden zunehmend Schlichtungsverfahren angestrengt; die Steigerung ist unter anderem durch die erhöhte Nachfrage nach ästhetischen Eingriffen bedingt. Unkenntnis über die Hintergründe und Mechanismen eines solchen Verfahrens können zunächst ein Unbehagen bei der Zusammenarbeit mit der Schlichtungsstelle auslösen. Um solche Vorbehalte abzubauen, soll daher an dieser Stelle der technische Ablauf eines solchen Schlichtungsverfahrens am Beispiel der Norddeutschen Schlichtungsstelle erläutert werden. Grundsätzlich ist festzuhalten, daß die Teilnahme an einem solchen Verfahren für alle Beteiligten freiwillig ist. Antragsteller sind vorrangig Patienten, aber auch behandelnde Ärzte, der Krankenhausträger oder Berufshaftpflichtversicherungen können die Schlichtungsstelle anrufen. Diese kann allerdings nur bei Zustimmung sämtlicher Beteiligter tätig werden. Jeder Teilnehmer kann sich anwaltlich vertreten lassen. Mehr und mehr finden hilfesuchende Patienten Unterstützung durch die Krankenversicherungen.

Ziel eines Schlichtungsverfahrens ist die außergerichtliche Klärung von Streitigkeiten, bei denen Schadenersatzansprüche von Patienten zugrunde liegen

Ziel eines Schlichtungsverfahrens ist die außergerichtliche Klärung von Streitigkeiten, bei denen Schadenersatzansprüche von Patienten wegen vermuteter fehlerhafter ärztlicher Behandlung zugrunde liegen. Natürlich soll gleichzeitig über die Einzelfallentscheidung hinaus auch ein womöglich allgemein zerrüttetes Verhältnis Ärzteschaft/Patienten wieder korrigiert werden. Auch sollen Zivil- und Strafgerichte entlastet und zur Kostenreduktion beigetragen werden. Ingesamt behält der Satz seine Gültigkeit, daß in jeder Schlichtung auch eine Therapie liegt, die den vier typischen Anliegen der Rechtssuchenden zugute kommt:

- Der Wunsch nach einer Erklärung, warum eine Behandlung in der erlebten Weise verlief. Dabei wird die

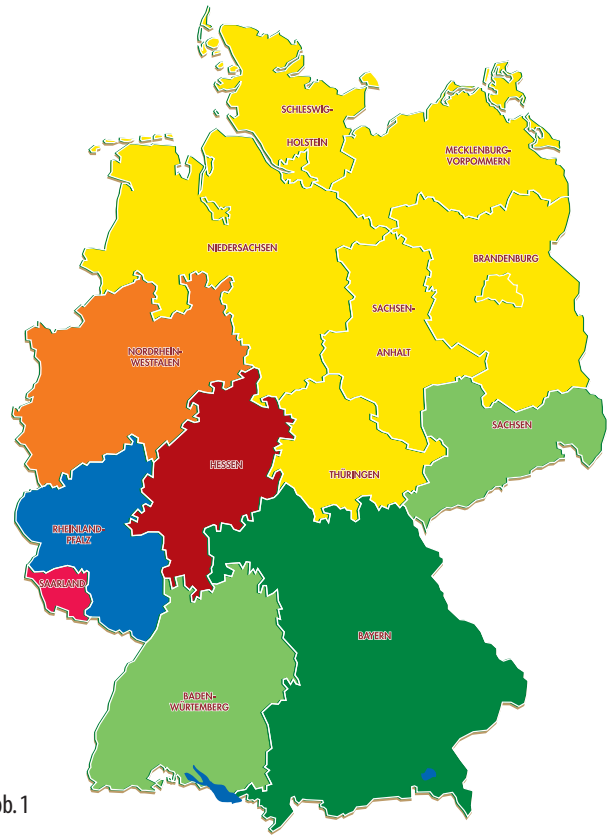


Abb. 1

Grundlage jeder Behandlung auch durch unsere Berufsordnung festgelegt (§ 7 Behandlungsgrundsätze und Verhaltensregeln, § 8 Aufklärungspflicht, § 9 Schweigepflicht, § 10 Dokumentationspflicht, § 11 Ärztliche Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, § 12 Honorar- und Vergütungsabsprachen).

- Die Besorgnis, daß bei der Behandlung der fachliche Standard gewahrt wurde. Wer als Arzt eine Behandlung übernimmt, soll einem Grundsatz des Zivilrechtes entsprechend den sogenannten Facharztstandard gewährleisten. Anders als im Strafrecht ist dann im Schadensfall nicht auf persönliche Schuld abzuheben; vielmehr ist der anzulegende Sorgfaltsmaßstab ein objektivierter: Ordnungsgemäßes Handeln eines pflichtbewußten Facharztes – unabhängig von etwaigen Minderkenntnissen des einzelnen Arztes.
- Der Wunsch nach Ausgleich für erlittene Schäden.
- Der Wunsch eines Patienten, Ärzte für ihr Handeln zur Verantwortung zu ziehen.

Alle Schlichtungsstellen oder Gutachterkommissionen sind bei Landesärztekammern angesiedelt. Die Norddeutsche Schlichtungsstelle ist ein Zusammenschluß der neun norddeutschen Ärztekammern (Abb. 1).

Die Mitglieder jeder Schlichtungsstelle/Gutachterkommission werden von den Ärztekammern bestellt

Die Mitglieder jeder Schlichtungsstelle/Gutachterkommission werden von den Ärztekammern bestellt. Im Falle der Norddeutschen Schlichtungsstelle ist ein Arzt als Vorsitzender eingesetzt sowie ein Jurist mit Befähigung zum Richteramt als Geschäftsführer. Darüber hinaus



Abb. 2 Ablauf – Klärung des Sachverhalts

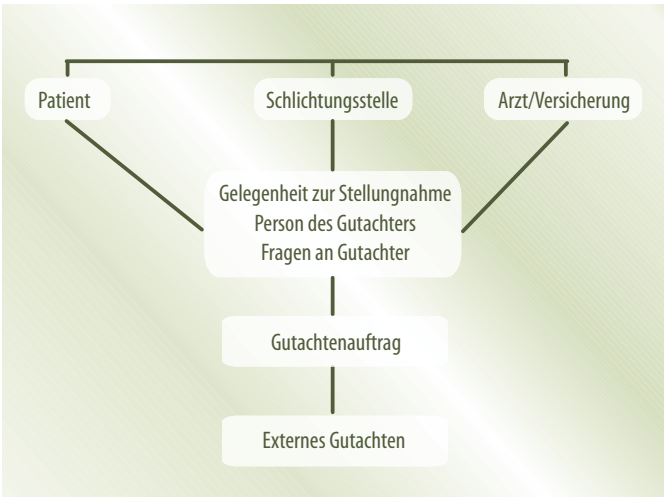


Abb. 3 Ablauf – Herstellung des Gutachtens

sind vier Juristen und derzeit 50 Ärzte unterschiedlicher Fachrichtung Mitglieder der Norddeutschen Schlichtungsstelle. Das Verfahren beginnt mit einem formlosen Antrag eines Antragsberechtigten, meist eines Patienten. Die Schlichtungsstelle sammelt alle verfügbaren Krankenunterlagen der vergangenen fünf Jahre, beginnend ab dem vermuteten Schadensereignis. Dies ist erforderlich, um ein möglichst vollständiges Krankheitsbild zu bekommen. Nach Erhalt aller Unterlagen (Krankenakten der betroffenen sowie der vor- und nachbehandelnden Ärzte, ggf. die der Versicherungsträger, Krankenkassen usw.) wird ein Gutachter mit der Beantwortung eines Fragenkatalogs beauftragt, der vom ärztlichen Mitglied und dem Juristen der Schlichtungsstelle gemeinsam erstellt wurde. Die Fragestellung und der Name des Gutachters werden den Verfahrensbeteiligten mit der Gelegenheit zur Stellungnahme zugeleitet.

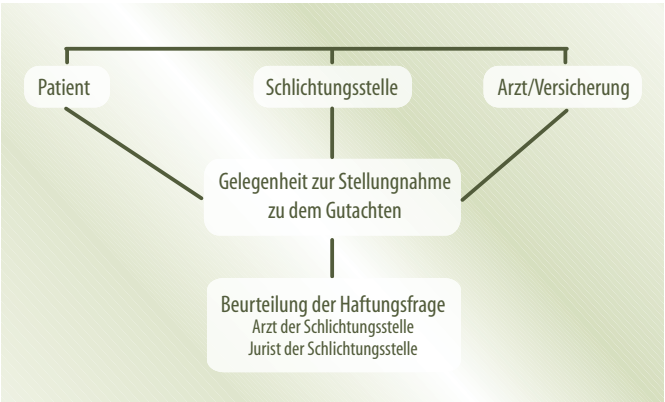


Abb. 4 Ablauf

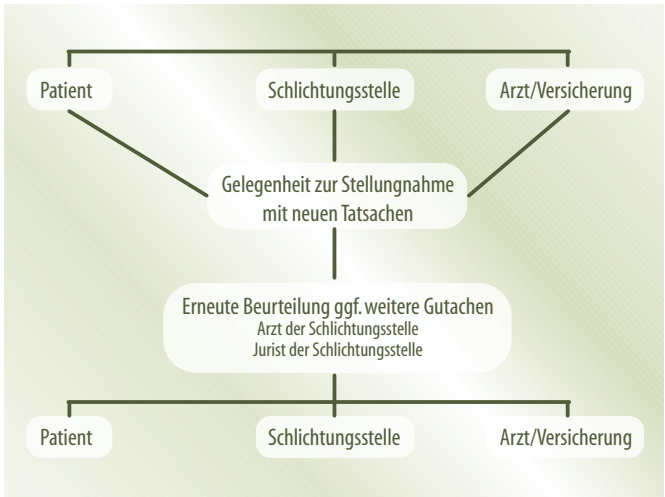


Abb. 5 Ablauf

Das Gutachten wird in den meisten Fällen von einem externen Gutachter erstellt. In Ausnahmefällen wird bei einfach gelagerten Sachverhalten auf ein solches verzichtet.

Die Schlichtungsstelle ist nicht an die Bewertung des externen Gutachters gebunden, zu der die beteiligten Parteien Stellung nehmen können. So kann es aus medizinischen und/oder juristischen Gründen zu einer anderen Bewertung kommen, als vom Gutachter vorgenommen.

Die Tätigkeit der Schlichtungsstelle endet mit einer vom fachkundigen ärztlichen und juristischen Mitglied gemeinsam erstellten Stellungnahme zur Haftpflicht dem Grunde nach oder im Falle der Gutachterkommissionen mit einem Votum über einen Behandlungsfehler. Bei Bejahung der Ansprüche des Antragstellers werden Regulierungsverhandlungen zwischen Patient und Haftpflichtversicherer direkt geführt. Der ordentliche Rechtsweg bleibt vom Schlichtungsstellenverfahren unberührt, d.h. die Beurteilung der Haftungsfrage ist für die Beteiligten unverbindlich. Werden innerhalb von vier Wochen bisher nicht gewürdigte jedoch für das Verfahren relevante Tatsachen bekannt, findet eine erneute Prüfung statt – unter Umständen kann ein neues (externes) Gutachten notwendig werden.

Die Schlichtungsstelle wird nicht tätig, wenn in dem Fall bereits ein Gerichtsverfahren anhängig ist oder schon ein rechtskräftiges Urteil gesprochen wurde

Es gibt in Norddeutschland keine Antragsfristen – in einigen Kommissionen darf die zu prüfende Behandlung nicht länger als fünf Jahre zurückliegen –, auch ist das Verfahren für alle Beteiligten kostenfrei, bis auf Auslagen für eigene Aufwendungen. Die Kosten des Verfahrens werden im wesentlichen von den Ärztekammern getragen. Es gibt jedoch auch Grenzen für ein Schlichtungsstellenverfahren: So wird die Schlichtungsstelle nicht tätig, wenn in dem Fall bereits ein Gerichtsverfahren anhängig ist oder schon ein rechtskräftiges Urteil gesprochen wurde. Ebensowenig wird die Schlichtungsstelle bei Vorfällen außerhalb der Landesgrenze der jeweiligen Kammer tätig. Auch kann und soll die Schlichtungsstelle nicht andere Gutachten, Rechnungen oder Liquidationen überprüfen oder Schadensersatzsummen festlegen.

Aus einer Untersuchung der norddeutschen Schlichtungsstelle geht hervor, daß es bezogen auf das Jahr 1992 bei einer Verfahrensdauer von durchschnittlich 13 Mo-

naten zu einer Prozeßvermeidungsquote von 91,4 Prozent kam, d.h. eine gerichtliche Auseinandersetzung vermieden werden konnte. Eine Auswertung der Jahre 2000 bis 2003 weist 10 513 Verfahren mit 19 586 Patientenvorwürfen aus. In 62 Prozent der Fälle wurde ein iatrogener Schaden festgestellt. Aufgeteilt in iatrogen verschuldet (29 %), iatrogen unverschuldet (33 %) und arztunabhängige Schäden (Schäden als Folge eines Grundleidens – 38 %) wurde in 38 Prozent ein Behandlungsfehler festgestellt, der dann in 29 Prozent zu begründeten Patientenansprüchen führte. In den fehlenden neun Prozent lag ein Behandlungsfehler ohne nachweisbar darauf zurückzuführenden Gesundheitsschaden vor.

Bei der Bundesärztekammer wurde eine Ständige Konferenz der Gutachterstellen und Schlichtungsstellen eingerichtet. Hier soll nach Auswertung der Arbeitsergebnisse der Stellen ein einheitliches Erfassungs- und Analyseverfahren entwickelt werden, um so zur Medizinschadensforschung beitragen zu können. Dies dient nicht zuletzt auch der Aus- und Weiterbildung sowie der Qualitätssicherung.

Dr. med. Sixtus Allert
Klinik für Plastische Chirurgie und Handchirurgie, Friederikenstift
Marienstraße 37, 30171 Hannover
eMail: Sixtus.Allert@Friederikenstift.de

Die ärztliche Begutachtung in Arzthaftpflichtsachen

Johann Neu

In Deutschland werden pro Jahr etwa 40 000 Arzthaftpflichtgutachten erstellt. Diese verteilen sich gleichermaßen auf Zivilgerichte, Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen, Krankenkassen, Rechtsanwälte und Patientenvertreter, die als Auftraggeber mit der Bitte an die Ärzte herantreten, in einer juristischen Auseinandersetzung ein medizinisches Gutachten zu erstellen. Die juristischen Grundlagen für einen derartigen Auftrag werden in der Zivilprozeßordnung genannt. Das Gutachten soll dem Gericht helfen, sich für die ihm theoretisch allein vorbehaltene Beweiswürdigung genügend kundig zu machen. Die Auswahl des Sachverständigen erfolgt durch das Gericht nach pflichtgemäßem Ermessen – meist unter Konsultation der zuständigen Ärztekammer –, soweit sich die Streitparteien nicht auf eine bestimmte Person als Sachverständigen geeinigt haben (Ausnahmefall). Es wird stets ein bestimmter Sachverständiger in persona gewählt, nicht etwa eine Universitätsklinik als solche.

Der Gutachter wird oft genug wegen seiner alleinigen Sachkunde praktisch zum entscheidenden Prozeßbeteiligten

Der Sachverständige ist neben Urkunden und (sachverständigen) Zeugen ein Beweismittel im Prozeß. Er wird aber oft genug wegen seiner alleinigen Sachkunde praktisch zum entscheidenden Prozeßbeteiligten. Dennoch gilt: Er ist nicht Richter, sondern Helfer des Richters. Das Gericht darf und muß ihn daher anleiten, soweit erkennbar notwendig, beispielsweise durch Erläuterung juristischer Besonderheiten, Bestimmung der zugrundezulegenden Tatsachen. Derartige Maßnahmen wie Anhörung, Einweisung, Erläuterung kommen nur in Betracht, soweit es die Besonderheit des Falles erfordert, etwa dann, wenn es um die interdisziplinäre Zusammenarbeit mehrerer Fachleute geht. Das Gericht hat zuvor grundsätzlich die vom Sachverständigen zugrundezulegenden Tatsachen zu klären. Der Sachverständige kann allerdings auch damit vom Gericht beauftragt werden. Das ist in begrenztem Umfang zulässig, zum Beispiel zur Klärung der vorliegenden Gesundheitsschäden durch eine gutachterliche Untersuchung. Das Gericht darf dem Sachverständigen auch die Anweisung geben, das Gutachten alternativ zunächst auf die eine, dann auf die andere Tatsache zu stützen.

Das Zeugnisverweigerungsrecht gilt auch für vom Gericht bestellte Sachverständige

Der zum Sachverständigen Ernannte hat der Ernennung durch das Gericht Folge zu leisten, wenn er zur Erstattung von Gutachten der erforderten Art öffentlich

bestellt ist oder wenn er die Wissenschaft, die Kunst oder das Gewerbe, deren Kenntnis Voraussetzung zur Begutachtung ist, öffentlich zum Erwerb ausübt oder wenn er zur Ausübung derselben öffentlich bestellt oder ermächtigt ist. Dies gilt unter anderem für den ärztlichen Berufsstand. Dieselben Gründe, die einen Zeugen berechtigen, das Zeugnis zu verweigern, berechtigen den Sachverständigen zur Verweigerung der Annahme des Gutachtenauftrags. Wenn ein Grund gegeben ist, der bei verständiger Würdigung ein Mißtrauen der Partei gegenüber dem Sachverständigen von ihrem Standpunkt aus rechtfertigt, kann dies zur Ablehnung eines Sachverständigen führen (parteiobjektiver Maßstab). Die Besorgnis der Befangenheit kann bei folgenden Konstellationen bestehen: Verwandtschaft, Lehrer/Schüler, früherer Vorgesetzter/Kollege, Kooperation (Überweiser/Einweiser), private Kontakte, geschäftliche Kontakte, gemeinsame Publikationen, gleiche Anstellungskörperschaft, gemeinsame Gremienarbeit, Konkurrenzverhältnis, Behandlungsvertrag mit Streitpartei. Auf solche Umstände sollte der Sachverständige von sich aus hinweisen. Der Sachverständige hat unverzüglich zu prüfen, ob der Auftrag in sein Fachgebiet fällt und ohne die Hinzuziehung weiterer Sachverständiger erledigt werden kann. Der Sachverständige ist nicht befugt, den Auftrag auf einen anderen zu übertragen. Soweit er sich der Mitarbeit einer anderen Person bedient, hat er diese namhaft zu machen und den Umfang ihrer Tätigkeit anzugeben, falls es sich nicht um Hilfsdienste von untergeordneter Bedeutung handelt.

Erstattet ein vom Gericht ernannter Sachverständiger vorsätzlich oder grob fahrlässig ein unrichtiges Gutachten, so ist er zu Schadenersatz verpflicht

Hat der Sachverständige Zweifel am Inhalt und Umfang des Auftrages, so hat er unverzüglich eine Klärung durch das Gericht herbeizuführen. Erwachsen voraussichtlich Kosten, die erkennbar außer Verhältnis zum Wert des Streitgegenstandes stehen oder einen angeforderten Kostenvorschuß erheblich übersteigen, so hat der Sachverständige rechtzeitig hierauf hinzuweisen. Grundlage der Sachverständigenvergütung ist das Justizvergütungs- und -entschädigungsgesetz (JVEG). Medizinische Gutachten zu ärztlichen Behandlungsfehlern fallen unter die Honorargruppe M 3 mit 85 Euro pro Stunde. Neu ist die Haftungsvorschrift des § 839a BGB: Erstattet ein vom Gericht ernannter Sachverständiger vorsätzlich oder grob fahrlässig ein unrichtiges Gutachten, so ist er zum Ersatz des Schadens verpflichtet, der einem Verfahrensbeteiligten durch eine gerichtliche Entscheidung entsteht, die auf diesem Gutachten beruht. Bei der Bearbeitung des Gutachtenauftrags können formale und inhaltliche Fehler auftreten. Vor oder bei der Annahme des Gutachtenauftrags sollten Hinweise erfolgen auf die Grenzen der eigenen fachlichen Kompetenz, Delegationsabsichten, unerwartet hohe Kosten, lange Bearbeitungsdauer, unvollständige Unterlagen.

Formale Fehler bei der Bearbeitung:

- die Kontaktaufnahme mit Streitparteien erfolgt ohne Absprache mit dem Auftraggeber
- die Grundlagen der Begutachtung sind nicht dargestellt
- es liegt keine klare Gliederung vor
- es wird eine Expertensprache verwendet (Richter und zumindest eine Streitpartei sind medizinische Laien)
- die Delegation ist nicht deklariert
- eine Unterzeichnung erfolgt mit einschränkendem Zusatz

Inhaltliche Fehler bei der Bearbeitung:

- die Fragestellung wurde nicht beachtet
- nicht alle Fragen des Auftrags wurden beantwortet
- der Sachverständige beschränkt sich nicht auf sein eigenes Fachgebiet
- es werden irrelevante Aspekte des medizinischen Sachverhalts diskutiert
- es erfolgt keine ausreichende Begründung der Ergebnisse
- falsche Literaturzitate
- Lehrmeinungen werden falsch gewichtet
- das Gutachten enthält Widersprüchlichkeiten
- es werden unklare Aussagen zu Behandlungsfehlern getätigt
- bei der Beantwortung der Frage nach der Kausalität wird nicht ausreichend differenziert, zwischen iatrogenem verschuldeten Schaden, iatrogenem unverschuldeten Schaden und arztunabhängigem Schaden
- Diskussion juristischer Aspekte (Dokumentationsmangel, Aufklärungsproblematik)

RA Johann Neu
Geschäftsführer der Schlichtungsstelle für Arzthaftpflichtfragen
Hans-Böckler-Allee 3
30173 Hannover

Viele Streitfälle werden ohne Gericht erledigt

H. Dieter Laum

Die bei den Landesärztekammern zwischen 1975 und 1978 bundesweit eingerichteten Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen haben die Aufgabe, durch objektive Begutachtung ärztlichen Handelns dem durch einen Behandlungsfehler in seiner Gesundheit geschädigten Patienten die Durchsetzung berechtigter Ansprüche und dem Arzt die Zurückweisung unbegründeter Vorwürfe zu erleichtern. Der Frage, ob und inwieweit es den sogenannten ärztlichen Gütestellen gelingt, diese Aufgabe zu erfüllen, sind die Gutachterkommission Nordrhein als erste im Jahre 1993 für den Erledigungsjahrgang 1990 und nachfolgend auch andere Gütestellen durch Umfragen über die weitere Entwicklung der Arzthaftungsauseinandersetzungen nach Abschluß des Begutachtungsverfahrens nachgegangen. In Nordrhein sind entsprechende Untersuchungen für die Erledigungsjahrgänge 1995 und 2000 wiederholt worden.

Ergebnisse der Evaluationen: Sehr hohe Rücklaufquote ermöglicht verläßliche Aussagen

Die Evaluationen bezogen sich auf die in den genannten Erledigungsjahrgängen erhobenen Behandlungsfehlervorwürfe mit einem gutachterlichen Bescheid, d. h. auf die Verfahren, die nach medizinisch-rechtlicher Überprüfung und Beurteilung abgeschlossen wurden (Tabelle 1). Die Umfrage richtete sich bei der ersten Evaluation an die am Verfahren beteiligten Ärzte, bei den späteren Umfragen unmittelbar an deren berufliche Haftpflichtversicherer. Die mit bis zu 99,8 Prozent (Tabelle 2) sehr hohe Rücklaufquote der Antworten ließ verläßliche Aussagen über den Erfolg der Kommissionsarbeit zu. Bei der Auswertung der Ergebnisse wurde unterschieden zwischen Verfahren, in denen nach Auffassung der Gutachterkommission ärztliche Behandlungsfehler zu bejahen waren und solchen, in denen sich die erhobenen Vorwürfe als unbegründet erwiesen hatten. Die Quote anerkannter Behandlungsfehler lag bei den drei untersuchten Entscheidungsjahrgängen zwischen 33 und 38 Prozent (Tabelle 1). Bemerkenswert war die Feststellung, daß in allen drei evaluierten Jahrgängen etwa ein Viertel der Patienten, denen das Vorliegen eines Behandlungsfehlers attestiert wurde, von der weiteren Verfolgung der Schadenersatz- und Schmerzensgeldansprüche absah. Dies war nur zum Teil darin begründet, daß die Kausalität des festgestellten Behandlungsfehlers für den geltend gemachten Schaden nicht oder nicht sicher festzustellen war. Zu einem nicht unerheblichen Anteil ging es den Antragstellern mit dem Begutachtungsantrag aber offenbar von vornherein nicht um die Durchsetzung materieller Ansprüche, sondern darum, die Wiederholung des ihnen widerfahrenen fehlerhaften Behandlungsverlaufs zum Schutze anderer Patienten zu verhindern.

Tabelle 1 Gutachterkommission Nordrhein: Zahl der mit gutachterlichem Bescheid abgeschlossenen Begutachtungsverfahren

		*1990		1995		2000
insgesamt	657		773		1.032	
davon						
BF bejaht	218	(33,18 %)	287	(37,13 %)	384	(37,21 %)
BF verneint/ nicht feststellbar	439		486		648	

* für 1990 beziehen sich die Angaben nur auf im Rahmen der Evaluation eingegangene Antworten

Tabelle 2 Gutachterkommission Nordrhein: Zahl der im Rahmen der Evaluationen eingegangenen Antworten

		1990		1995		2000
insgesamt	657	(98,8 %)	772	(99,8%)	1.006	(97,5%)

Gesprächsbereitschaft des Arztes kann helfen, Haftungsauseinandersetzungen zu vermeiden

Häufiger kommt in den Anträgen zum Ausdruck, daß das Begutachtungsverfahren vermieden worden wäre, wenn eine Klärung der Ursachen des Behandlungsmißerfolgs durch ein Gespräch mit dem behandelnden Arzt möglich gewesen wäre. Die Gutachterkommission hat deshalb – insoweit in Übereinstimmung mit dem Gesamtverband der deutschen Versicherungswirtschaft e. V. – allen Ärztinnen und Ärzten wiederholt empfohlen, das vertrauensvolle Gespräch mit dem Patienten oder – im Falle seines Todes – mit seinen nächsten Angehörigen zu suchen, wenn eine fehlerhafte Behandlung vermutet wird. Ein solches Gespräch bietet die Möglichkeit, die Gründe für ein unverschuldetes Fehlschlagen der Behandlung oder das Ausbleiben des Behandlungserfolges zu erläutern und dem Patienten oder seinen Angehörigen verständlich zu machen, daß ein Arzt trotz aller ernsthaften Bemühungen um eine sorgfältige, dem medizinischen Standard entsprechende Behandlung den Heilerfolg nicht garantieren kann. Der Patient sollte jedenfalls nicht auf eine „Mauer des Schweigens“ stoßen, was nur Mißtrauen erzeugen und die Vermutung verstärken kann, die gebotene Sorgfalt sei schuldhaft außer Acht gelassen worden. Es ist übrigens ein bei Ärzten noch weit verbreiteter Irrtum, daß die Allgemeinen Bedingungen für die Haftpflichtversicherung die Führung eines solchen Gespräches nicht zuließen. Im Gegenteil: Der Arzt ist nicht gehindert, auch ungefragt und von sich aus wahrheitsgemäße Erklärungen zum Behandlungsverlauf abzugeben, ohne seinen Versicherungsschutz zu gefährden. Es ist ihm aber wegen des Anerkenntnis- und Befriedungsverbots des § 5 Ziffer 5 AHB untersagt, seine Ersatzpflicht für den eingetretenen Schaden anzuerkennen. Er sollte das Gespräch deshalb offen führen, die Krankenunterlagen zur Einsichtnahme vorlegen und über den Behandlungsverlauf vollständig Auskunft geben, hierbei aber von rechtlichen Wertungen absehen. Diese Empfehlung hat noch unlängst Herr Rechtsanwalt Weidinger, Leiter Arzthaftpflicht bei der DBV-Winterthur-Versicherung, in einem in der Zeitschrift *Medizinrecht* erschienenen Aufsatz bekräftigt und mitgeteilt, sein Versicherungsunternehmen habe richtigerweise in keinem Fall, in welchem der Arzt den Patienten über einen möglicherweise haftungsbegründenden Sachverhalt informiert hat, den Deckungsschutz abgelehnt (MedR 2004, Heft 6).

Gerichtliche Klagen sind nach abgeschlossenem Begutachtungsverfahren nur noch bei insgesamt zehn bis 15 Prozent der Fälle anhängig geworden

Soweit Patienten auf einen gutachtlichen Kommissionsbescheid gestützte Ansprüche geltend gemacht haben, sind diese in der Regel, d. h. in bis zu 70 Prozent der Fälle, durch die zuständige Berufshaftpflichtversicherung außergerichtlich reguliert worden (Tabelle 3). Soweit die Kommission in bis zu 67 Prozent der Fälle die gegen den Arzt erhobenen Vorwürfe als unberechtigt zurückgewiesen hatte, sahen die Patienten im allgemeinen von der Weiterverfolgung ab. Gerichtliche Klagen sind nach abgeschlossenem Begutachtungsverfahren nur noch in insgesamt zehn bis 15 Prozent der Fälle anhängig geworden,

Tabelle 3 Gutachterkommission Nordrhein: Zahl der von den Haftpflichtversicherern nach anerkanntem BF/Aufklärungsmangel vergleichsweise regulierten Fälle

	1990		1995		2000	
weiter verfolgt	167		214		293	
davon						
unmittelbar reguliert	117	(70,06 %)	139	(64,95 %)	203	(69,28 %)
noch Regulierungsverhandlungen			25		9	
nach abgelehnter Regulierung nicht weiter verfolgt	1		9		8	

Tabelle 4 Gutachterkommission Nordrhein: Zahl der gerichtlichen Klagen nach abgeschlossenem Begutachtungsverfahren

	1990		1995		2000	
Klage nach anerkanntem BF	43		41		70	
Klage bei Verneinung/ Nichtfeststellbarkeit eines BF	54		40		63	
insgesamt	97	(14,8 %)	81	(10,48 %)	133	(13,2 %)

wobei die Klagehäufigkeit bei anerkannten Behandlungsfehlern verhältnismäßig höher war als in den Fällen, in denen die Kommission keinen Behandlungsfehler feststellen konnte (Tabelle 4). Die Klage war dabei nicht selten dadurch veranlaßt, daß der Versicherer zwar dem Grunde nach das Vorliegen eines durch einen Behandlungsfehler verursachten Schadens anerkannte, jedoch über die Höhe der Ansprüche in außergerichtlichen Vergleichsverhandlungen keine Einigung erzielt werden konnte. Soweit die gerichtlichen Verfahren zum Zeitpunkt der Erhebung bereits abgeschlossen waren, wichen die gerichtlichen Urteile nur in wenigen Fällen, nämlich in einer Größenordnung um ein Prozent, von der gutachterlichen Einschätzung der Kommission ab.

Auf das Fachgebiet Plastische Chirurgie entfielen in dem der Auswertung unterzogenen Erledigungsjahrgang 2000 insgesamt 17 Fälle

Auf das Fachgebiet Plastische Chirurgie entfielen in dem der Auswertung unterzogenen Erledigungsjahrgang 2000 insgesamt 17 Fälle (Tabelle 5). 13mal hatte die Gutachterkommission keinen Behandlungsfehler festgestellt. In allen 13 Fällen ließen die beschwerdeführenden Patienten die Sache nach Erhalt des gutachtlichen Bescheides auf sich beruhen, d. h. sie verfolgten ihre Ansprüche nicht weiter. Viermal gelangte die Gutachterkommission zur Feststellung ärztlicher Behandlungsfehler. In einem dieser Fälle regulierte die zuständige Haftpflichtversicherung die Ansprüche der Patientin im Wege eines Abfindungsvergleichs unmittelbar aufgrund des gutachtlichen Bescheides. Es handelte sich um eine unter fehlerhafter Hautentnahme aus den Oberlidern –eine zur Korrektur eines Ektropiums der Unterlider durchgeführte Operation, die eine Schlußunfähigkeit der Lider mit rezidivierender Konjunktivitis, Schmerzen und der Notwendigkeit zu dauernden hornhautpflegenden Maßnahmen zur Folge hatte. Die Patientin erhielt 25 000 DM als Entschädigung. In einer weiteren Sache kam erst nach Klageerhebung ein gerichtlicher Vergleich zustande, aufgrund dessen an die Patientin wegen einer fehlerhaft und ohne rechtswirksame Einwilligung vorgenommenen Fettabsaugung mit kosmetisch unbefriedigendem Ergebnis 12 500 DM gezahlt wurden. In zwei Fällen verfolgten die Patientinnen ihre Ansprüche trotz des für sie günstigen Ausgangs des Begutachtungsverfahrens nicht weiter. Einmal handelte es sich um eine fehlgeschlagene Lang-Höcker-Schiefnasen-Korrekturoperation, aus der eine starke Verkürzung der Nase mit Deformierung der Nasenspitze und Verbreiterung des Nasenrückens resultierte. Im anderen Fall ging es ebenfalls um eine unzureichende Liposuktion an Bauch und Hüften, durch welche die angestrebte Figurverbesserung nicht erreicht worden war.

Tabelle 5 Gutachterkommission Nordrhein: Evaluationsergebnisse zu den auf die plastische Chirurgie entfallenden Fällen des Jahrgangs 2000

Gesamtzahl	17				
davon			weiter verfolgt		nicht weiter verfolgt
BF bejaht	4	(23,53 %)	2		2
BF verneint	13			–	13

Tabelle 6

Bereich Entscheidungsjahrgang	Norddeutschland 1992	Westfalen-Lippe 1995	Baden-Württemberg 1998 (2. Evaluation)	Nordrhein 2000 (3. Evaluation)
Zahl der ausgewerteten Verfahren	1.097	708	600	1.006
außergerichtlich erledigt	1.003	598	497	873
(Prozent)	(91,4)	(84,5)	(82,8)	(86,8)
gerichtsanhängig	94	110	103	133
(Prozent)	(8,6)	(15,5)	(17,2)	(13,2)
abweichend entschieden	14	6	8	6
(Prozent)	(1,3)	(0,8)	(1,3)	(0,6)

Schlichtungsstellen und Gutachterkommissionen vermeiden kostenträchtige und mit vielfältigen Belastungen verbundenen gerichtlichen Prozesse

Andere Schlichtungsstellen und Gutachterkommissionen haben bei den für ihre Zuständigkeitsbereiche (z. B. Baden-Württemberg, Norddeutschland, Westfalen-Lippe) vorgenommenen Auswertungen vergleichbare Ergebnisse festgestellt (Tabelle 6). Zusammengefaßt läßt sich aufgrund dieser Ergebnisse sagen, daß die Arbeit der ärztlichen Gütestellen für die beteiligten Patienten und Ärzte von großem Nutzen ist. Sie führt in der weit überwiegenden Zahl der Begutachtungsfälle zur außergerichtlichen Beilegung des Haftungsstreits und damit zur Vermeidung von kostenträchtigen und mit vielfältigen zeitlichen und persönlichen Belastungen verbundenen gerichtlichen Prozessen. Gemessen an der Zahl und der sozioökonomischen Bedeutung der verhandelten Streitfälle gehören die unabhängigen Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen bei den Landesärztekammern zu den bedeutendsten Einrichtungen der außergerichtlichen Streitbeilegung in Deutschland und in Europa.

Dr. jur. Heinz-Dieter Laum
Vorsitzender der Gutachterkommission Ärztekammer Nordrhein
Tersteegenstraße 9, 40474 Düsseldorf

Kongresse

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. med. Joachim Graf von Finckenstein, Starnberg / Prof. Dr. med. Christian J. Gabka, München / Prof. Dr. med. Hildegunde Piza-Katzer, Innsbruck
Weitere Informationen, Programm und Anmeldung siehe unter www.vdpc2005.de

Oktober 2005

12.–15.10.2005 Jena
46. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Handchirurgie
Leitung: Dr. Reinhard Friedel, Jena
Anfragen: Katja Vollenberg, Conventus Congressmanagement & Marketing GmbH, Markt 8; 07743 Jena, Tel. 03641/353325; Fax 3533271, email: katja.vollenberg@conventus.de, www.conventus.de, www.dgh-2005.de (dort auch Anmeldung zum Kongress)

13.–15.10.2005 Neu-Ulm
43. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Plastische und Wiederherstellungschirurgie e.V.
Hauptthema: Wiederherstellungschirurgie bei Schwerverletzten und Krebspatienten
Tagungspräsident: Prof. Dr. H. Maier, Ulm
Anfragen: Kongress- und Kulturmanagement GmbH, Postfach 3664, 99407 Weimar, Tel. 03643/2468-0, Fax 246831, email: info@kongresskultur.de, www.dgpw2005.de

Januar 2006

8.–11. Januar 2006 Mayrhofen/Zillertal
24. Jahrestagung der Deutschsprachigen Arbeitsgemeinschaft für Verbrennungsbehandlungen - DAV 2006
Leitung: Prof. Dr. G. Meissl, Prof. Dr. H. Andel; Wien
Themen: Grundlagenforschung in der Verbrennungsbehandlung / Probleme von Meßtechniken / Chirurgische Strategien der Verbrennungsbehandlung / Komplikationen in der intensivmedizinischen Behandlung des Brandverletzten / Vasoaktive Substanzen in der Verbrennungsbehandlung
Anfragen: Medizinische Ausstellungs- und Werbegesellschaft Maria Rodler & Co. Ges.m.b.H., Freyung 6, Postfach 155, A-1014 Wien, Tel. + +43-1/53663-0, Fax 5356016, email: maw@media.co.at, www.maw.co.at

Internationale Kongreßtermine

28.4.–4.5.2005 New Orleans, USA
The 2005 Annual Meeting of the American Society for Aesthetic Plastic Surgery
www.surgery.org/meeting2005/

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

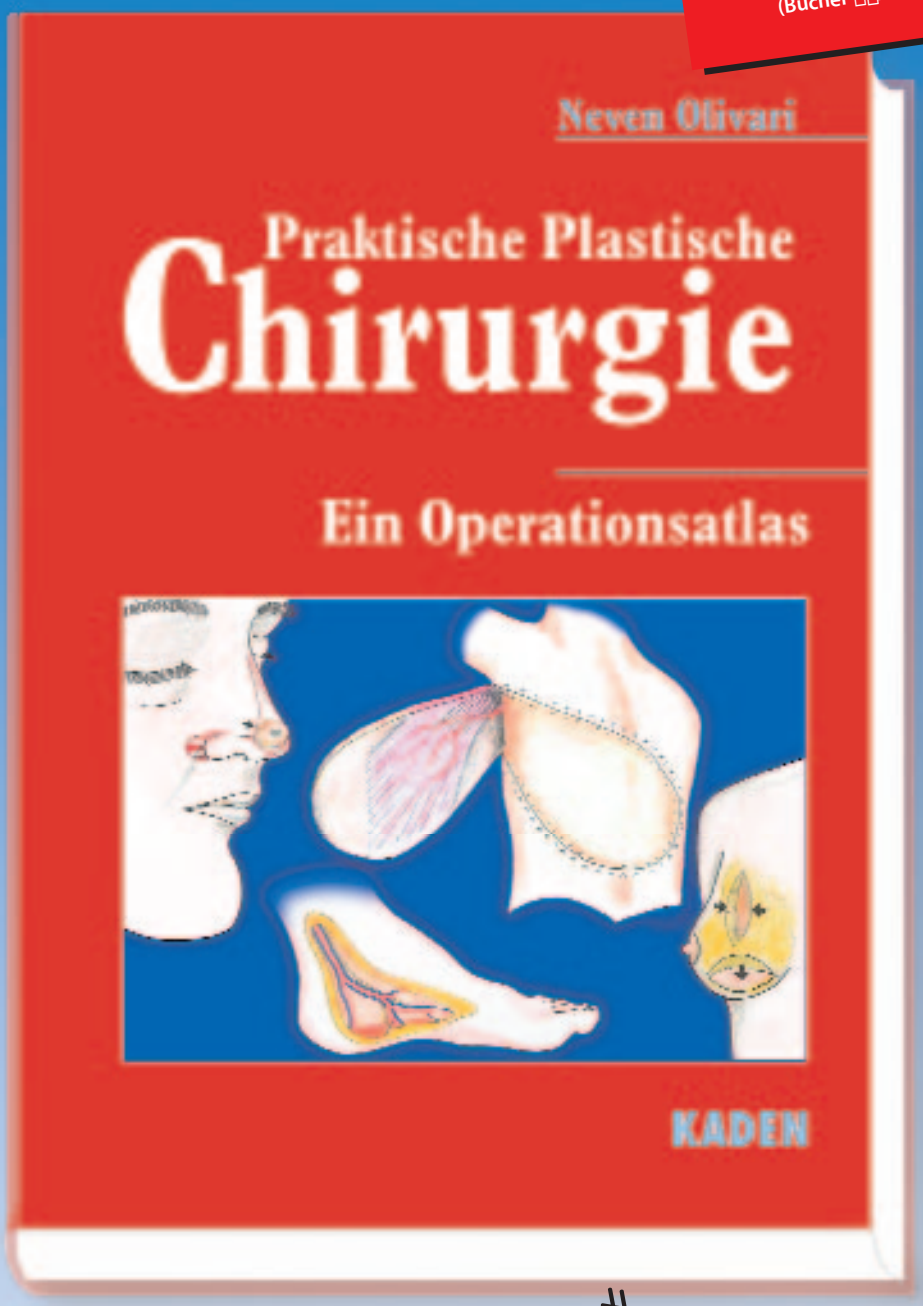
7.–10.9.2006 Buenos Aires, Argentinien
International Society of Aesthetic Plastic Surgery

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

20.–21. Mai 2005 Rotterdam
11th Esser Course – Aesthetics in Facial Reconstruction: New Perspectives
c.oostdijk@erasmusmc.nl

15.–17.6.2005 Mailand
7th Milan Breast Cancer Conference: Innovation in Care and Research
www.breastmilan.com

Leseprobe unter www.kaden-verlag.de
(Bücher □□Chirurgie □□Olivari □□Leseprobe)



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
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" h 318,–

Datum/Unterschrift

Name

Straße

PLZ/Ort

Über die Schönheit

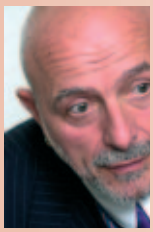
Markus Lüpertz

Ich möchte Deinen Samt vergolden,
Deinen Leib mit Nerz beschmieren,
Deine Glut mit Brillanten heizen,
Deine roten Haare fressen –
wie sie knistern –
und schimmern wie reifer Weizen,
in Deine Körpergruben schuften,
Deine Hügel zart umkreisen.
Mit dem Schweiße schönster Brunst
spül' ich meine reife Seele.
Ach, wie ich liebe!
Ach, wie ich leide!
Ach, wie ich mich quäle –.

Die Schönheit,
sagt man,
sei die Favoritin der Künstler,
und die wüßten.
was Schönheit ist,
oder sein könnte.
Wir Künstler kennen natürlich die Schönheit,
schauen wir doch jeden Tag in den Spiegel,
wissen uns zu bewegen,
von tigerhaft bis katzengeschmeidig,
kleiden uns eigen
und kritisieren die Welt
nach unserem Gutdünken.
Der Künstler sucht die Schönheit,
läuft durch die Stadt,
späht mit hungrigen Augen
nach dem verheißungsvollen Blick,
das langfallende Haar,
die schlanken, anmutigen Glieder,
um das blitzende Lächeln zu erwidern,
die reinen weißen Zähne zu zeigen,
um die Seele zu blenden.
Will die Beachtung
im Gegenüber,
und sie spürt die Bewunderung des Künstlers,
die ihr den Tag verschönt.
Und der Künstler trägt diese Erlebnisse der Bewunderten,
diese Verliebtheiten mit sich
hinein ins Bild,
hin zur Skulptur.
Er malt mit dem Pinsel
oder knetet mit Ton
die Berührung der Erblickten,
streichelt mit Farbe ihr wallendes Haar,
Strich um Strich modelliert er Locke und Strähne,
umrandet die zauberhafte Mandel des Auges,
mit dem dunklen Geheimnis blauvioletter Schatten,
die das Rosarot der Wangen benötigt,
und läßt mit sattem Rot
die schwingenden Bogen der Lippen erglühen.
Der hohe, lange Hals,
aufrechter Stengel,
der die Blüte der Schönheit,
das Gesicht trägt,
ist zugleich eine elfenbeinerne Säule
aus edelstem Stoff,
die aus den zarten Flügeln
der wohlig gerundeten Schultern emporwächst,
die auf dem kräftig gebildeten, vollkommenen Körper wohnen.
Diese amphorengleiche, verheißungsvolle Gestalt,
die Lust verspricht
und die Sehnsucht
mit süßem Schmerz definiert,
die Herzen bricht,
Eremiten erfindet,
Kriege schürt
und uns am Frieden zweifeln läßt.

Dann die Beine,
einer Gazelle gestohlen,
auf denen das hohe Gewölbe schwebt,

Vortrag bei der VDPC/VDÄPC-Jahrestagung 2004 in Düsseldorf



Markus Lüpertz Biografie

1941 am 25.April in Liberec, Boehmen geboren

1956– Studium an der Werkkunstschule Krefeld bei Laurens Goosens.
1961 Studienaufenthalt im Kloster Maria Laach (Kreuzigungsbilder); einjährige Arbeit im Kohlenbergbau unter Tage; weitere Studien in Krefeld und an der Kunstakademie Düsseldorf; Arbeit im Straßenbau und Aufenthalt in Paris. Seit 1961 als freischaffender Künstler tätig.

1962 Übersiedlung nach Berlin. Beginn der dithyrambischen Malerei.

1964 Eröffnung der Galerie Großgoerschen 35 in Berlin.

1966 Manifest:„Die Anmut des 20.Jahrhunderts wird durch die Dithyrambe sichtbar gemacht."

1970 Preis der Villa Romana, einjähriger Aufenthalt in Florenz

1971 Preis des Deutschen Kritikerverbandes

1973 Werkübersicht in der Staatlichen Kunsthalle, Baden-Baden

1974 Gastdozentur und seit 1976 Professur an der Staatlichen Akademie der Bildenden Künste in Karlsruhe

1975 Erster Gedichtband „9x9"

1977 Organisation der 1.Bienale Berlin; Wandbild für das Krematorium Ruhleben in Berlin; Rücktritt von der Teilnahme an der documenta 6 in Kassel

1981 Gedichtsammlung „und ich spiele, ich spiele....."

1982 Teilnahme an der documenta 7 in Kassel; Bühnenbild zur Oper „Vincent" von Rainer Kunad am Staattheater Kassel; Gedichtsammlung „Ich stand vor der Mauer aus Glas"

1983 Bühnenbild zur Oper „Werther" von Jules Massenet am Ulmer Theater (vor der Premiere wird das Bühnenbild wegen Brutalität entfernt); Professur an der Sommerakademie in Salzburg; Gedichtsammlung „1961-1983, Auswahl"

1984 Aufenthalt in New York; Publikation von „Tagebuch New York 1984" und anläßlich der Ausstellung in der Wiener Sezession des Textes „Bleiben Sie sitzen Heinrich Heine"

1986 Professur an der Staatlichen Kunstakademie Düsseldorf

1988 Rektor der Staatlichen Kunstakademie Düsseldorf

1989– Entwurf von fünfzehn Kirchenfenstern für den gotischen Chor
1990 der Kathedrale Nevers

1990 Lovis-Corinth-Preis der Künstlergilde Esslingen

Markus Lüpertz lebt und arbeitet in Berlin und Düsseldorf

bewegt durch die Eleganz
der vollendeten Füße,
die den Boden kaum berühren.
Malt und knetet der Künstler
diese Berge und Täler,
die umdunkelten Tiefen,
dämpft um der Harmonie willen
die zu stark geschwungenen Linien
und auf Horizonte,
die in die Luft gezeichnet
das All fangen,
den Himmel greifen
und in einem Teppich aus goldenem Licht
und purpurnen Schatten
die Schönheit baden,
und jede Hand in ein gieriges Werkzeug ungestillter Lust verwandelt,
und brennen und brennen.
Windet sich der Künstler,
bricht sich den Fingernagel
am trockenen Brocken,
der im unabgedeckten Ton
vom Vortage klumpt
und nun kratzend am Nagel reißt,
schürft schnell gehärteter Gips
die Haut des Ungeduldigen,
spritzt aus ungestümer Hast die Farbe ins aufgerissene Auge,
beißt,
und der Fluch brüllt die Verzweiflung
über das schwerfällige Sein,
über die Unzulänglichkeit der Materialien,
das Leben,
die Vergänglichkeit,
über die viel zu schnell verrinnende Zeit
und das Unglück,
nicht fliegen zu können.

Meine Damen und Herren,
soviel über meine Schönheit.
Eines Tages,
ich erinnere mich noch,
es war wie heute Herbst,
das Laub, schon verfärbt,
schmückte noch die Bäume,
das Laub,
durch die goldene Sonne veredelt,

die Sonne,
durch sie die Welt so bunt in ihren Farben,
die der Natur das Flitterkleid
des Narren schneidern –
das Laub,
das im Herbst
die Vergänglichkeit kündet,
das Laub,
das kurz vor dem Fall noch einmal glüht
und dann vom Wind zerpflückt
zu Boden gleitet,
weht,
oder bei kräftigen Böen
vom Ast gezerrt
nach wildem Tanz
die Wiesen deckt,
eine nach der anderen,
und irgendwann alle,
bis der Baum kahl am Himmel kratzt.

Es war Herbst,
und ich modellierte eine Aphrodite,
ein Auftrag für mich,
und wie ich hoffte
ein Geschenk für die Welt.
Da war sie,
die Herausforderung,
Aphrodite,
die Schöne, die Vollendete,
die Göttin aller Harmonie,
die aus dem Schaum Geborene,
die ihre Formen dem ewig
gleitenden Meere verdankt
und ihre Vollendung
in der unendlichen Kraft und dem Gleichmaß
der Wellen feiert und formt.
Ist diese Aphrodite
in unser aller Köpfe betoniert,
durch klassische Vorbilder fixiert,
und dem Rad gleich auf ewig erfunden,
so modellierte ich eine Aphrodite,
also die Schönheit schlechthin,
modellierte ich an einer verbreiteten Erwartung,
einem vorgegebenen Gesetz.
Ich konnte nur scheitern.
Ich wagte es doch,
ein Ideal zu verletzen,



einem Schönheits-Ideal
nicht zu entsprechen.
Denn ich vergaß,
bei Venus und Aphrodite
gibt es,
ähnlich wie beim Fußball
nur Experten.
Meine Aphrodite
hatte einen zu großen Kopf,
war buckelig,
hatte eine krude Oberfläche
und lächelte.
Sie windet sich in einer schönen Bewegung,
etwas schamhaft,
von unten nach oben
und bedeckt in klassischer Pose
Busen und Scham.
Der geballte Haß,
der mir in einer mittelalterlichen,
etwas zurückgebliebenen Stadt
entgegenschlug,
war erstaunlich.
Ich lernte nämlich,
daß es ein Volksempfinden
von oder über Schönheit gibt,
und das jeder,
zumindest in dieser Stadt,
weiß, was Schönheit ist
und bereit war,
dafür auf die Straße zu gehen.

Karikaturen kursierten,
Liberale sprachen von gesundem Volksempfinden.
„Hau doch ab,
und geh' dahin, wo Du hergekommen bist!"
zerrten kleine, spitzhütige
Männlein an mir,
kleine rechthaberische Schreier,
die mit so einem verdächtigen,
dunklen, kurzen Schatten
unter großen Nasen
empört geiferten
und ihre Gassen und Straßen
von jedweder Verunglimpfung von Schönheit
reinfegten.
Und ich sah –
die Empörung war einhellig,
ging es doch um das deutsche Frauenbild,
um die Schönheit von Frau und Mutter,
um eine Verunglimpfung
der heimischen Schönheiten,
die eine bessere Idealisierung verdient hätten.
Ich wurde samt Skulptur
aus der Stadt gejagt
und erlebte eine Hexenjagd,
bis hin zu körperlichen Auseinandersetzungen,
die mir in späteren Prozessen
noch zu schaffen machten.
Bei meinem schimpfalen,
bei meinem unrühmlichen Auszug,
kam ich an einer kleinen,
italienischen Eisdiele vorbei
und im Fenster,
umgeben von verschiedenen,
übermütig kunstvollen Eisbecherangeboten,
stand die Venus von Milo,
etwa zwanzig Zentimeter hoch,
die in Butter gegossen oder geformt,
als speckig glänzender Vorwurf
meiner Unzulänglichkeit herzuhalten hatte.
Denn Belange der Schönheit werden als Erfahrungen,
meist sogar als Absprachen verstanden,
gegenseitige Versicherungen,
Vorwürfe, Bevormundungen
und erleben die bürgerliche Spießigkeit
gleichsam am eigenen Leib.
Steht Schönheit doch für Ebenmaß,
für Übereinstimmung,
für Ungestörtes
und für dieses Terroristengebilde Einheit und
Gleichklang.
Was auch immer sein mag,
nirgends sind die Menschen sich so einig
wie im gegenseitigen Versichern
von Schönheit oder dem, was schön ist.
Schön ist die eigene Frau,
sagen die Lügner.
Schön sind meine Kinder,
sagt die blinde Mutter,
und schön ist der Sonnenuntergang,
seufzen sich die Verliebten,
wenn ihnen die Geschichten ausgegangen sind
und sie nicht wissen,
was sie sich noch zu sagen haben.

Es ist schön zu Hause,
sagt der Geizige,
wenn er die Zeche sparen will,
und dankt Gott,
daß ein anderer Gast ihm glaubt.
Wie schön sind deine Hände,
lobt der Verzichtende,
und benutzt sie als Fetisch
und zur Ablenkung
von den vielen Unzulänglichkeiten.
Sie merken,
meine Damen und Herren,
nirgendwo wird soviel gelogen
wie um der Schönheit willen.
Also erfanden die Menschen
das Ideal,
dem sich alle zu beugen hatten,
erfanden die Göttin Schönheit,
das Idol.
So und nur so hat es zu sein,
und erfanden die Hohenpriester dieses
Tempeldienstes.
Zum Beispiel die Modeschöpfer,
die sind die Gröbsten.
In einer unheimlichen Absprache,
weltweit,
einigten sie sich auf einen gleichen Gesichtsausdruck,
auf dünne, falscheingehängte Glieder,
auf einen wackeligen, abgezehrten Gang,
auf einen „Ein-Fuß-vor-den-anderen-Vorwurf",

und als Antwort auf eine Ahnung,
auf ein Lächeln zum Beispiel,
folgt eine schlechtgelaunte Fratze,
die eine Weltverdrossenheit festmauert,
die nur durch eine Unsumme Geld
und den damit verbundenen Versprechungen
zu einem gleichgültigen, gelangweilten
Desinteresse gemildert werden kann
und als schauspielerische Glanzleistung
bewundert und geschätzt wird.
Diese Vogelscheuche wird
eine neue Weltverschwörung,
mit engem oder enorm flatterndem
Nichts behängt,
das selbstklebend
um glatte, dünne Glieder klammert
und nach kurzem Gang über den Laufsteg
von selbst vom mutanten Kleiderständer abfällt,
zusammengefegt und verpackt wird.
An Billigländer verhökert,
wird aus ein paar Fetzen
und einer vagen Erinnerung
an Gebrauch und Verwendung
eine Überlebenskleidung entwickelt,
die dann in der Form von Jeans
und T-Shirt-Kombinationen
die heimische Wirtschaft ankurbeln soll
und das meistens auch tut.
Legt sich diese Gleichgültigkeitsuniform
wie ein Befall
auf alt und jung,
beschmutzt Altersheime und Kindergärten,
streicht Sonntage in einem verwaschenen Blaugrau zu
und läßt Beerdigungen wie eine
Ansammlung trüber Tauben aussehen,
die zwischen ihrer Farbverneinerei
ein paar Flecken weiß zulassen,
ausgedrückte Zigaretten,
die später von wirklichen Tauben fortgeschleppt
und höchstwahrscheinlich aufgeraucht werden;
denn auch die haben sicherlich ihre Probleme.

Diese neuen Schönheitspriester erfinden eine
Untauglichkeit,
die bei Hörigen Pein und Qual auslöst.
Ihre Schönheit nämlich
ist nur schön,
weil ihr keiner entspricht
und daher nur zur gegenseitigen Unterdrückung taugt.
Vergißt die Allgemeinheit
die lebendige Schönheit,
gibt auf,
glaubt sie den Medien,
den Filmen,
den Fotografen,
die mittlerweile von ihren Motiven
die Finger nicht lassen können
und noch dünnere, noch unwirklichere
Geister kreieren
und eine Scheinwirklichkeit propagieren,
die nur noch von Barbie und Ken
bewohnt werden kann.

Da diesem Wahn keiner mehr entspricht,
wird er Begriff, Vorschrift
und als Geschmack mißdeutet.
Entfernt sich die Schönheit
immer mehr von ihrem Wesen,
weiß nichts mehr vom Charme,
weiß nicht mehr die immanente,
selbstgebildete Harmonie,
weiß kein gelungenes Ebenmaß,
weiß nichts mehr vom Reiz
einer Unregelmäßigkeit
und ihrer Steigerung des Schönen,
vertraut nicht dem Leben,
das nur durch den Geist
im Puls der Selbstachtung,
den Tag verschönt,
weiß nichts von der Kraft der Liebe,
die den Haß,
die Angst
und das Wissen vom Tod vergessen läßt,
weiß nicht, daß man mit den Worten
„Du bist so schön“
die Welt anhalten kann
und die Zeit besiegt.
Meine Damen und Herren,
ich habe versucht,
Schönheit zu erzählen
und auf den Verlust von Schönheit hinzuweisen.
Schönheit wird vor allem erfahren
in der Liebe zu einem Gott,
der uns die Sehnsucht gab.

Über die Schönheit

Eine Sehnsucht nämlich:
In Schönheit zu leben.
Und dann gibt es noch die schönen Dinge,
das schöne Maß,
den goldenen Schnitt,
die Wahrheit einer schönen Geste
und die Kraft der schönen Worte.
Noch gibt es sie,
die Schönheit im Alltag,
die schöne Fassade eines herrlichen Gebäudes,
noch gibt es überall das Bemühen,
es schön zu haben.
Ein schönes Fenster,
ein schönes Auto,
ein schöngeformter Handgriff,
ein schönes Gedicht,
ein schönes Guten Morgen
in einer Bäckerei beim Brötchenkauf,
noch singen die Vögel schön,
wenn man glücklich ist
und die Welt so schön ist,
daß man alle umarmen möchte.
Denn Schönheit,
meine Damen und Herren,
zeigt sich im Gefühl,
und je tiefer und wahrer die Gefühle sind,
desto größer die Schönheit,
die man lebt
und die man sein eigen nennt.
Liegt Schönheit auch im Begreifen der Dinge,
ein Wert.
So sollte das Leben,
die Sehnsucht nach dem Schönen sein,
und der, der die Schönheit weiß,
ist der Künstler,
der mit heftiger Wut und Verzweiflung
das Häßliche sucht und häuft,
das Fertige zerbricht,
das Vollendete zerstört,
die Oberfläche zerkratzt
und die Spiegel zertrümmert,
um immer Schöneres zu schaffen
und um auszusprechen,
daß Schönheit kein Zustand,
sondern ein Prozeß,
ein Vorgang ist –
Erfahrenes eben.

„Loslassen!“ schreit verbleites Glück,
Niemand hört mein Weinen,
Zieht der Gott die Hand zurück,
Schnarren die Schalmeien.
Spielt der Hirte Lügenlieder,
Ertrinkt mein Lieb in weißem Flieder,
Der mein krankes Herz verschneit,
Meinen müden Leib zerdrückt,
Ballen dunkle Wolkenburgen
Hohe Türme schwarz aus Leid,
Wuchten meine Seele nieder,
Die sich nach Deinem Handschuh bückt.

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

Geburtstagssymposium für Professor Alfred Berger am Universitätsklinikum Aachen

Pioniere der Plastischen Chirurgie



A. Berger

Um seinen Lehrer Professor Dr. med. Alfred Berger an dessen 70. Geburtstag für sein Lebenswerk zu ehren, hat der Direktor der Klinik für Plastische Chirurgie, Hand- und Verbrennungschirurgie am Universitätsklinikum Aachen, Prof. Dr. Norbert Pallua, am 4. Dezember 2004 namhafte nationale und internationale Vertreter der plastischen Chirurgie zu einem eintägigen Symposium nach Aachen eingeladen.

In einer freundschaftlichen Laudatio zeichneten zwei langjährige Wegbegleiter Bergers, der emeritierte Professor der Harvard Medical School aus Boston, John F. Burke, sowie Hildegunde Piza-Katzer, Ordinaria für Plastische Chirurgie am Universitätsklinikum Innsbruck, den beruflichen und wissenschaftlichen Werdegang des Ehrengastes nach und machten dabei deutlich, welch großen Stellenwert sein bis heute andauerndes Engagement für das Fachgebiet der plastischen Chirurgie einnimmt. In Deutschland führten sein berufspolitisches Wirken und sein Einfluß vor allem als Präsident der Vereinigung der Deutschen Plastischen Chirurgen zur Anerkennung des plastischen Chirurgen als eigenständige Facharztweiterbildung. Unter anderem als Gründungsmitglied der European Association of Plastic Surgeons (EURAPS), des European Congress of Plastic Surgeons and Scientists (ECSAPS) und Präsident des European Board of Plastic and Reconstructive Surgeons (EBOPRAS) erreichte er, daß auch internationale Institutionen geschaffen wurden, um die plastische Chirurgie in klinischer und wissenschaftlicher Forschung weit über die Grenzen Deutschlands hinaus zu repräsentieren. Besonders erfreulich war, daß Hanno Millesi, langjähriger Lehrer und Mentor des Jubilars und einer der international renommiertesten plastischen Chirurgen aus Wien, zum Symposium angereist war.



J. Burke



Gastgeber N. Pallua

Aus der Zeit der Lehrtätigkeit von Alfred Berger an der Medizinischen Hochschule Hannover sind mit Norbert Pallua, Hans E. Schaller, Wolfgang J. Schneider und Peter Mailänder vier bedeutende Lehrstühle für Plastische Chirurgie hervorgegangen.

Im wissenschaftlichen Programm des Symposiums „Pioniere der Plastischen Chirurgie“ präsentierte Ulrich Hinderer aus Madrid, Präsident der International Plastic, Reconstructive and Aesthetic Surgery Foundation (IPRAF) und Past-President u.a. der International Plastic, Reconstructive and Aesthetic Surgery Society (IPRAS), einen Beitrag mit dem Titel „Facial Danger Zones in SMAS

Manipulation“. Rafael de la Plaza, ebenfalls aus Madrid und Ricardo Mazzola aus Mailand, nächster Präsident der EURAPS, markierten mit ihren Beiträgen „Rhinoplasty in Association with Facial Rejuvenation“ und „Evolving Concepts in Rhinoplasty“ den aktuellen Stand der operativen Möglichkeiten bei der Rhinoplastik. Marita Eisenmann-Klein aus Regensburg, Deputy General Secretary der IPRAS, präsentierte mit ihrem Beitrag „Aesthetic Breast Surgery“ nicht nur eine europäische Sichtweise für Standards in der ästhetischen Brustchirurgie sondern auch den Entwurf einer Qualitätssicherung bei solchen Eingriffen. Constance Neuhann-Lorenz aus München, vormals Präsidentin der Vereinigung Deutscher Ästhetisch Plastischer Chirurgen (VDÄPC), bereicherte das Programm mit einem weiteren Beitrag zur ästhetischen Chirurgie über die „Transkonjunktivale Blepharoplastik“. Dirk Richter aus Wesseling zeichnete in seiner Präsentation den Weg in der Entwicklung zu einer eigenen Modifikation des Lockwood-Bodylifts auf.

Johannes Bruck (Berlin), Sekretär des IPRAS-Kongresses in Berlin 2007, gab mit seinem Beitrag einen Überblick über die historische Entwicklung des Fachgebietes am Beispiel der rekonstruktiven Brustchirurgie zum plastisch-chirurgischen Eingriff bis hin zu den heute möglichen freien Perforatorlappen. In einem weiteren Vortrag zu einem Thema der rekonstruktiven Chirurgie mit dem Titel „The Thigh Flap in Head and Neck Reconstruction“ berichtete Marco Benazzo von der Universität Pavia über seine umfangreiche Erfahrung mit dieser Lappenplastik als HNO-Arzt. Neven Olivari blickte in seinem Beitrag zurück auf die ersten Einsätze des von ihm entwickelten Latissimus-dorsi-Lappen, der zunächst zur Deckung ausgedehnter Thoraxwanddefekte bei Tumorleiden und Strahlenulzera zum Einsatz kam und später dann zu einer Methode der Brustrekonstruktion weiterentwickelt wurde. Internationalen Ruhm hat sich N. Olivari neben dem Latissimus-dorsi-Lappen vor allem durch seine Operationsmethode zur transkonjunktivalen Orbita-Dekompression erworben. Giovanni Di Benedetto aus Ancona sowie W.J. Schneider (Magdeburg) gaben in ihren Präsentationen einen umfassenden Überblick über die Möglichkeiten der rekonstruktiven Chirurgie durch Lappenplastiken und mikrochirurgische Techniken. H. Millesi beleuchtete den Stellenwert der End-zu-Seit-Koaptation in der Rekonstruktion peripherer Nerven. Zwei weitere Beiträge kamen aus den Niederlanden und informierten die Zuhörer über aktuelle Entwicklungen zu klinischen Themen der Plastischen Chirurgie. Willy Boeckx stellte die in Maastricht praktizierte operative Behandlung bei kindlicher Meningokokkensepsis vor. Durch Skelettierung und Denervation der Extremitätenarterien von den vegetativen Nervenfasern der Adventitia läßt sich das Risiko ausgedehnter Nekrosen und Extremitätenverlust minimieren. Jean-Phillippe Nicolai, Direktor der Plastischen Chirurgie am Universitätsklinikum Groningen, berichtete unter anderem über die klinische Forschung zum Einsatz der Imagination von Bewegungen in der Phase der Rekonvaleszenz nach Nervennaht und den Gebrauch artifizieller Nerveninterponate. Alaa Gheita (Kairo), Präsident der Panarabischen Vereinigung Plastischer Chirurgen, stellte ein operatives Verfahren der kraniofazialen Chirurgie zur Korrektur des Hypertelorismus vor.



R. de la Plaza, U. Hinderer, H. Millesi (v.l.n.r.)



M. Eisenmann-Klein, J. Bruck, N. Pallua (v.l.n.r.)

Zum Abschluß des Tages hatte N. Pallua schließlich zu einem festlichen Galaabend im Parkhotel Quellenhof in Aachen geladen.

Dr. med. Thomas Hartmann
Prof. Dr. med. Norbert Pallua
eMail: thartmann@ukaachen.de

Photo-Bionale in München



©bilderbox

Die Weltausstellung 2005 in Japan steht unter dem Motto „Weisheit der Natur“ (Nature’s Wisdom). So lag es nahe, das Rahmenprogramm anläßlich unseres Jahreskongresses 2005 in München ebenfalls diesem aktuellen Thema zu widmen. Damit greifen zum ersten Mal auch deutsche Ärzte in eine globale Diskussion ein, die mit der medienwirksamen Botschaft „Lernen von der Natur“ breiteste Bevölkerungsschichten für eine nachhaltige Entwicklung sensibilisieren will.

Was soll das Foto darstellen? Dem Motto unseres Kongresses soll Genüge getan werden: „Form follows nature“. Der Grundgedanke der Bionik offen. Jeder, ob ambitionierter Hobbyfotograph, professioneller Fotograph oder Wissenschaftler ist berechtigt, an dem Wettbewerb teilzunehmen. Teilnahmeberechtigt sind natürlich auch alle Mitglieder der VDPC und VDÄPC sowie deren Familienangehörige.



Erstmals wird zum Thema Bionik ein Fotowettbewerb stattfinden

Erstmals wird zum Thema Bionik ein Fotowettbewerb durchgeführt, deren hochrangige Jury neue innovative Entwicklungen – visuell als Foto umgesetzt – zum Thema Bionik auszeichnen und prämieren wird. Unser Wettbewerb wird bundesweit angekündigt und später in einer Wanderausstellung vorgestellt. Der Fotowettbewerb zur Photo-Bionale ist für alle an der Fotografie interessierten sollte wiederzufinden sein: „Lernen von der Natur.“ Es sind also Motive gefragt, bei denen nachvollziehbar wird, wie Konstruktionen und Formgebungen in der Natur (Spinnennetze, Haifischflossen, Lotosblumen …) unsere Technik, Architektur, Wissenschaft, die Aerodynamik oder Oberflächenbeschaffenheiten etc. beeinflussen; ebenso kann das Motiv Organisationsprinzipien der Natur (Vogelschwärme, Insektenhaufen) zeigen, die zu Innovationen in der Gesellschaft, in Unternehmen sowie in anderen Strukturen unseres sozialen Miteinanders beitragen können.

Detaillierte Teilnahmebedingungen können ab sofort unter folgender E-Mail angefordert werden: natura2000@diessen.net

Kongreßpräsidenten:
Dr. med. Joachim Graf von Finckenstein
Prof .Dr. med. habil. J. Christian Gabka

WWW.VDPC2005.DE

_36. Jahreskongress VDPC
Vereinigung der Deutschen Plastischen Chirurgen

_10. Jahreskongress VDÄPC
Vereinigung der Deutschen Ästhetisch-Plastischen Chirurgen

_43. Jahrestagung ÖGPÄRCH
Österreichische Gesellschaft für Plastische, Ästhetische und Rekonstruktive Chirurgie

_München + Starnberg
_27. September bis 1. Oktober 2005

_Liebe Kolleginnen und Kollegen,

wir laden Sie ganz herzlich ein, am Kongress 2005 in München teilzunehmen, den wir gemeinsam mit der Österreichischen Gesellschaft ausrichten. Als Austragungsort haben wir das Hotel Bayerischer Hof gewählt, um zum einen im Zentrum unserer schönen Stadt zu sein; zum anderen bietet der Bayerische Hof herrliche Räumlichkeiten, in denen wir unsere Kommunikation untereinander stärken können.

Das wissenschaftliche Programm wird neben dem Schwerpunkt der Brust- und Ästhetischen Chirurgie alle Säulen der Plastischen Chirurgie abdecken. Als Novum werden „Intensivkurse" angeboten, in denen kleine Gruppen mit ausgewählten Referenten individuelle Themen bearbeiten und diskutieren können. Diese kostenpflichtigen Kurse finden am Donnerstag und Freitag (29./30.09.05) von 16 bis 18 Uhr statt. Das Angebot wird demnächst mit dem „Call for Abstracts" verschickt.
Wir bitten aufgrund der Teilnehmerbegrenzung um rechtzeitige Anmeldung.

In diesem Zusammenhang sei auch auf Ihre möglichst baldige Hotelbuchung hingewiesen, die aufgrund des gleichzeitig stattfindenden Oktoberfestes unbedingt notwendig ist.

P&R Kongresse GmbH
Telefon (D3D) 8851 DD8/D27
Fax (D3D) 8851 D29
E-Mail info@pr-kongresse.de

Der angebotene Operationskurs wird Dienstag und Mittwoch (27./28.09.05) im Klinikum in Starnberg stattfinden. Wir werden Ihnen hervorragende Operateure und interessante chirurgische Eingriffe anbieten.

Die Installation unserer häufig „langwierigen" VDPC-Mitgliederversammlung am Mittwoch Nachmittag ist zwar für manche Kollegen mühsam, weil sie deshalb frühzeitig anreisen müssen; der Termin hat sich jedoch bewährt, um ausreichend Zeit für Diskussionen zu haben.

Am Mittwoch-Abend findet unsere Eröffnungs-Veranstaltung im Skulpturen-Museum für Abdrucktechnik statt, der Donnerstag-Abend steht zu Ihrer freien Verfügung für einen Wies'n-Besuch (zum Teil organisiert durch die Industrie), am Freitag wird unser Festabend mit vielen Überraschungen zelebriert werden.... Am Samstag Nachmittag werden wir den Kongress beenden. Durch den gesetzlichen Feiertag am Montag, den 03.10.05, wollen Sie vielleicht auch noch den Sonntag in München genießen. Melden Sie sich zum Golfturnier an oder machen Sie mit beim „1. Citylauf der Plastischen Chirurgen gegen Fettleibigkeit"! Denken Sie darüber nach auch wegen Ihrer Zimmerbuchung!

Unser Kongress-Motto FORM FOLLOWS NATURE soll zum einen ausdrücken, daß wir unsere Arbeit am Vorbild der Natur orientieren wollen, und zum anderen die Einbindung von Sponsoren im Rahmen der sogenannten BIONALE ermöglichen. Ein Fotowettbewerb zum Thema Bionik, der von vielen interessierten Partnern unterstützt wird und deren beste Arbeiten am Festabend prämiert werden, wird uns viele Zusammenhänge veranschaulichen.

Wir sind sicher, dass Sie mit uns in München einen einzigartigen und inspirierenden Kongress erleben werden. Deshalb freuen wir uns als Ihre Gastgeber sehr auf Ihr Kommen!

Dr. med. Joachim Graf von Finckenstein
Prof. Dr. med. habil. Christian J. Gabka
Prof. Dr. med. Hildegunde Piza-Katzer

FORM FOLLOWS NATURE







Wer bietet Was?

Brustimplantate
Inamed
Makümed
Mentor
Novamedical
Polytech-Silimed
Rofil Medro

Dokumentation
Richard Wolf

Endoskopie
Richard Wolf

Expander
Inamed
Mentor
Polytech-Silimed
Rofil Medro

Faltenbehandlung
Inamed
Novamedical
Q-Med
Polytech-Silimed
Rofil Medro

Fettabsaugung
Atmos
MediEquip
Mentor
Polytech-Silimed
Richard Wolf
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

Chirurgische Instrumente (Richter)

SUPRATHEL – der resorbierbare Epithelersatz
Der innovative Wundverband zur Beahndlung von großflächigen Hautwunden, eine Entwicklung vom Deutsche Zentrum für Biomaterialien und Organersatz e.V.

Zubehör
- Sterile Markierstifte
- Einmalslips zur Fotodokumentation

Produkte für die Plastische Chirurgie

- ATMOS RS 221 Radiochirurgie - Der „kalte" Schnitt

Das Radiochirurgiegerät der neuesten Generation ermöglicht nahezu nekrosefreies Schneiden durch das optimale Frequenzband von 2,2 MHz. Radiochirurgisches Schneiden ist jetzt ohne Druck und Zug möglich. Beste Ergebnisse in der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie durch das chirurgische Profisystem ATMOS RS 221.

- Rauch-Absaugsystem AtmoSafe für den OP

Das Rauchabsaugsystem AtmoSafe vermeidet Gesundheitsgefährdung im OP durch toxische Gase, schädliche Aerosole und Humanviren. Es schafft durch seine automatischen Aktivierungsmöglichkeiten komfortabel freie Sicht im Operationsfeld und beseitigt unangenehme Gerüche. Das Filtersystem bietet optimierten Schutz vor Papillomaviren, Ammoniakemissionen, Blausäuredämpfen oder volatilen organischen Verbindungen.

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.

ATMOS MedizinTechnik

ATMOS MedizinTechnik GmbH & Co. KG
Ludwig-Kegel-Str. 16, D-79853 Lenzkirch
Telefon +49 7653 689-0, Telefax +49 7653 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:

Produkte für die Fettabsaugung

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.

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

Wer bietet Was?

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

Nahtsets

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

Gewebekleber

Histoacryl® für den nahtlosen Verschluß kleiner Hautwunden

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 TCA Peeling 15 % TCA
Unideep 23 % TCA
Only Touch 40 % TCA
Set Sandbraison
Easy Phytic Solution
Pre Peel Cleanser (Reinigungsschaum)

SKIN TECH Medizinisches Cremeprogramm
Vitamin E Anti-oxidant (Moisturizer Anti-Aging Creme)
Purifyingcreme (Aknecreme)
Blending Bleaching (Depigmentierungscreme)
DHEA Phyto
Re-Nutriv ACE Lipoic Complex
Actilift mit Nor Choline (DMAE)

PRO-MEDIC Medizinisches Cremeprogramm
juvenesse (Kapseln mit Omega 3, Omega 6 und Vitaminen)
kinederm-C Creme (Vitamin C Creme)
kinederm-C Ampullen (Vitamin C)
redevit a+c (Anti-Aging Konzentrat)
retiderm k (Vitamin A Creme)
mediclean (Depigmentierungscreme)
medi-Block color und colorless (Sunblocker)
medi-Block make up (mit SPF 50)
kelagel (gegen Hämatome und Schwellungen)
hylactive (Feuchtigkeitsemulsion)
c-kaderm (Narbenreduktionscreme)
anestop (Anästhetikum zur äusseren Anwendung)

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



MAKÜMED Implant Technologies
Maximilianstraße 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

Gesichtsimplantate
Mentor
Polytech-Silimed

Handchirurgie
Richard Wolf
Zeiss

Hautkleber
BBD-Aesculap

Kompressionswäsche
Asclepios
Inamed
MediEquip
Mentor
Novamedical
Polytech-Silimed
Rofil Medro

Laser
Wave Light

Lichtquellen
Richard Wolf

Wer bietet Was?

Mammaimplantate
Inamed
Makümed
Mentor
Novamedical
Polytech-Silimed
Rofil Medro

Medizinische Kosmetikprodukte
Beautypool
Rofil Medro

Mikrochirurgie
Richard Wolf
Zeiss

Nahtmaterial Nahtsets
BBD-Aesculap

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

- 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

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/kosmetischen Eingriffen:
MediEquip Int. bietet ein Sortiment an über 70 verschiedenen hochwertige ETO-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

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 optima-

Wer bietet Was?

ler 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
the NASHA technology company

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 feinsten Linien bis hin zu tiefen Falten, zum Aufbau von Lippen und zum Modellieren der Gesichtskonturen bis hin zur Hautverjüngung. 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.
- **RESTYLANE SubQ** – Neu! Speziell zum Modellieren der Gesichtskonturen, insbesondere der Kinn- und Wangenpartie, besteht aus den größten Gelpartikeln.
- **RESTYLANE Vital** – Neu! Zur Hautverjüngung für ein jugendlich frisches Aussehen.

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

RICHARD WOLF

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

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

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

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

- **Endo-Kamera-Systeme** mit digitaler Bildverarbeitung in 1 und 3 Chip Ausführung.
- **MEDIMAGE**: Hiermit ist ein komplettes, digitales Patientenbild- und Dokumentenmanagement möglich sowie Bildakquisition, -verarbeitung und -archivierung. 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

OP-Einrichtungen
Richard Wolf
Zeiss

Operationsmikroskope
Zeiss

OP-Instrumente
Inamed
Richard Wolf

Pharmaka
Baxter

Stoma
MediEquip

Verbrennungen
Dr. Suwelack
MediEquip
Novamedical

Wundversorgung
Baxter
BBD-Aesculap
Novamedical

Wer bietet Was?

Wer bietet Was?

Dr. Suwelack Skin & Health Care AG
Josef-Suwelack-Straße, D-48727 Billerbeck
Telefon 02543/72527, Telefax 02543/72360
E-Mail: Info@matriderm.de
www.matriderm.de

Produktkonzepte auf der Basis natürlicher, gefriergetrockneter Biomatrices

Matriderm® – Collagen-Elastin-Matrix zur dermalen Regeneration

In einer kontrollierten klinischen Studie zur Deckung von Vollhautdefekten mit Spalthauttransplantaten auf Matriderm® wurde eine signifikant höhere Elastizität der mit Matriderm® regenerierten Areale nachgewiesen.

Mit der Transplantation von Spalthaut in Kombination mit Matriderm® steht ein neues Verfahren zur Verfügung, in dem mit einem einzigen Operationsschritt tief dermale Defekte oberflächlich mit Spalthaut geschlossen und gleichzeitig Strukturen für den Wiederaufbau der Dermis geliefert werden. Die Ernährung der Spalthaut ist durch die offenporige Struktur der Collagen-Elastin-Matrix gewährleistet. Das Collagen und insbesondere das Elastin werden während der Regenerationsphase in neu entstehendes Gewebe integriert; die regenerierte Haut fühlt sich spürbar natürlicher an.

Die Vorteile der Spalthauttransplantation mit Matriderm®:

- Spürbar geschmeidigere Haut
- Signifikant höhere Elastizität
- Verzicht auf zweite Operation

Gern stehen wir Ihnen für weitere Informationen zur Verfügung!

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.

Carl Zeiss Surgical GmbH
D-73446 Oberkochen
E-mail: OPMI@zeiss.de
www.zeiss.de/chirurgie

Als Wegbereiter und Marktführer im Bereich der Operationsmikroskope ist Carl Zeiss stolz durch Neuentwicklungen auf dem Gebiet der optischen und digitalen Visualisierungstechnologie zur Weiterentwicklung von Behandlungsmethoden beizutragen.

Mit der Zielsetzung Chirurgen bei der Verbesserung von Lebensqualität zu unterstützen, eröffnet das traditionelle Optik-Unternehmen mit innovativen Lösungen neue Wege für die Medizintechnik:

OPMI® Vario/S88 ermöglicht die Visualisierung feinster Strukturen, die mit bloßem Auge nicht erkennbar sind. Neben der hohen Vergrößerung und der universellen Einsetzbarkeit in verschiedenen chirurgischen Disziplinen bietet das ergonomische Design idealen Arbeitskomfort.

Die **Prismen-Lupe KS und KF** überzeugen mit brillanter Zeiss-Optik, außerordentlicher Schärfentiefe und mit einem breiten Spektrum an Vergrößerungen. Das geringe Gewicht und die ergonomische Passform gewährleisten optimalen Tragekomfort.

Mit den innovativen **MediLive™ -Produkten** eröffnet Carl Zeiss genial einfache Möglichkeiten, Videos und Bildmaterial zu Präsentations- und Dokumentationszwecken aufzuzeichnen, zu editieren und auf mobile Datenträger abzuspeichern.

Für weitere Informationen besuchen Sie uns bitte unter www.zeiss.de/chirurgie .

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: 0811/60030-0 · Telefax: 0811/60030-11

the power to transform
MENTOR






Wo Qualität, Integrität, Erfahrung und Innovation sich treffen.



WIR SETZEN DEN STANDARD

Brustimplantate

Liposuction

Marketingprogramme

Kundenservice

© December 2004 Mentor 0410026

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

the power to transform

MENTOR