5. Jahrgang • Heft 4
Dezember 2005

Plastische CHIRURGIE

Mitteilungen Deutsche Gesellschaft der Plastischen, Rekonstruktiven und Ästhetischen Chirurgen Vereinigung der Deutschen Ästhetisch-Plastischen Chirurgen – VDÄPC



Verbrennungschirurgie

Ästhetische Chirurgie

Brustvergrößerung

Mitteilungen des Vorstandes

Kongreßnachlese 2005

Aktuelle Nachrichten

Eine Publikation
des Kaden Verlags
KADEN

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

Every SKIN cares for a SOUL



MATRIDERM® ist eine Biomatrix auf Collagen-Elastin-Basis und unterstützt die dermale Regeneration auch nach schwersten Verletzungen der Haut.

Das Besondere: Spalthautabdeckung und Dermisaufbau sind nun **in einer einzigen Operation** möglich!

Mit Collagen und Elastin liefert **MATRIDERM®** zwei der wichtigsten Strukturproteine der Haut. Die physiologische Formulierung ermöglicht **eine rasche Integration** der Matrix in das neu entstehende Gewebe.
Vorteil: Die wiederhergestellte Haut erhält **Elastizität und ein natürlicheres Aussehen.** So wird auch die Rückkehr in ein normales Leben ein wenig leichter.

Das ist unser Beitrag für die Heilung Ihrer Patienten.

MATRIDERM® wird im Gefriertrocknungsverfahren hergestellt. Das bedeutet: Die Inhaltsstoffe sind zu 100 Prozent bioverfügbar und werden vollständig resorbiert.



MATRIDERM® CLOSER TO SKIN

Mehr über unser **intelligentes Konzept** dermaler Regeneration auf **www.matriderm.de**

Zustimmung für den neuen Weg

Überwältigend – so viel Zustimmung für unseren neuen Weg – von außen und vor allem von Ihnen, den Mitgliedern, die sich aktiv miteinbringen in der Neugestaltung! So beflügelt haben wir in den ersten Wochen nach der Wahl zusammen mit unserem Ex-Präsidenten Klaus Exner und unserem Ex-Sekretär Giulio Ingianni in gutem Einvernehmen mit dem Vorstand der VDÄPC viel auf den Weg gebracht. Mit Leidenschaft, Freude und Begeisterung haben unser Sekretär, die Vizepräsidenten sowie unser alter und neuer Schatzmeister die neuen Aufgaben in Angriff genommen. Margitta Flügel, deren Erarbeitung der GOÄ-Leitlinien für die DGH uns viel weiter gebracht hat, wird die Koordination der GOÄ-Kommission übernehmen.

Die Anhörungen bei der Bundesärztekammer, Umzugsplanung ins Langenbeck-Haus, das Erstellen von Geschäftsordnungen für Kongresse und Medienarbeit, ein Sponsoringkonzept, die Verbesserung des Mitgliederservice und ein Beschwerdeausschuß sowie der Patientenservice – was immer wir gemeinsam in Angriff nahmen, wir waren gut aufgestellt. Das gilt auch für die Landesverbände: Ihre Position wird ja durch die neue Satzung nachhaltig gestärkt. Und das ist gut so! Vor uns liegt eine Durststrecke, bis in allen Ländern die neue Facharztbezeichnung durchgesetzt ist. Derzeit haben sie bereits acht Länder eingeführt. Lediglich aus einem einzigen Bundesland ist zu vernehmen, daß die dortige Landesärztekammer die Empfehlung des Deutschen Ärztetages nicht umsetzen möchte. Die davon betroffenen Kollegen können sich unserer Solidarität sicher sein: Wir werden nicht zulassen, daß es innerhalb Deutschlands unterschiedliche Bezeichnungen geben wird.

Oberste Priorität hat auch die Erstellung eines Weiterbildungscurriculums

Oberste Priorität hat auch die Erstellung eines Weiterbildungscurriculums, verbunden mit einer stärkeren Strukturierung der Weiterbildung. Gut für uns ist hierbei der enge Schulterschluß mit dem Berufsverband der Deutschen Chirurgen und der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie, die mit Hans-Ulrich Steinau im Jahr 2007 erstmals einen plastischen Chirurgen zum Präsidenten haben wird. Arbeitsintensiv sind auch die Vorbereitungen für unseren Weltkongreß 2007, bei dem wir uns präsentieren wollen als lebendige, wissenschaftlich aktive Fachgesellschaft, die sich vom Markt der Schönheitsanbieter klar abgrenzt und bei deren Mitgliedern die Patienten in guten Händen sind. Deshalb unsere herzliche Bitte an alle, die irgendwo im Ausland an Kongressen teilnehmen, Kurse halten, Gastprofessuren wahrnehmen: Lassen Sie sich von unserer Kongreßorganisation K.I.T. Broschüren an den Zielort schicken – und laden Sie in Ihren Vorträgen nach Berlin ein.

Mit dem neuen Namen, mit der neuen Satzung haben wir uns auch eine neue Identität gegeben. Verena Kast, Vorsitzende der Internationalen Gesellschaft für Tiefenpsychologie, sagt in ihrem Buch Trotz allem Ich: „Es ist auch möglich, daß neue Werte entstehen: Aus unserer Dominanzkultur, in der es ein Wert zu sein scheint, andere Menschen zu dominieren oder zu unterwerfen, könnte eine Beziehungskultur werden, in der es ein Wert wäre, miteinander die Probleme besser zu lösen und sich miteinander zu freuen. Ein gutes Selbstwertgefühl resultierte dann nicht aus der Erfahrung, besser zu sein als der andere oder die andere, sondern aus der Freude, miteinander etwas gestalten zu können."

Herzlichst Ihre



Marita Eisenmann-Klein



Die Revolution in der Hautregeneration

ReCell® wurde zur Optimierung der Wundheilung entwickelt. Es verbessert die funktionellen und ästhetischen Eigenschaften der Haut

ReCell® bringt Tissue Engineering direkt zum Patienten. Zur Behandlung wird dem Patienten eine kleine gesunde Hautprobe entnommen und unmittelbar aufbereitet. In kürzester Zeit können die verletzten und zerstörten Hautareale mit autologen Zellen behandelt werden. In den meisten Fällen ist das Resultat eine signifikante Verbesserung des Hauterscheinungsbildes. Dies bedeutet für Ihre Patienten eine verbesserte Lebensqualität.[1]

ReCell® beschleunigt die Heilung von Verbrennungen und Traumata und erleichtert die Korrektur epidermaler Defekte, bei reduziertem Risiko der Narbenbildung oder veränderter Pigmentierung.[2,3,4]

ReCell® kann eine natürliche Pigmentierung ermöglichen, sowohl bei Narben als auch bei stabiler Vitiligo und anderen hypopigmentierten Hautdefekten.[5]

ReCell® kann in Kombination mit anderen Verfahren, wie Skin Resurfacing, Facial Rejuvenation und weiteren ästhetischen oder rekonstruktiven Eingriffen, zur Verringerung unerwünschter Nebeneffekte und Komplikationen eingesetzt werden.

Für weitere Informationen besuchen Sie www.polytechsilmed.de oder www.recell.info

- **Verbrennungen und Verbrühungen**
- **Akute Traumata**
- **Narbenrevisionen**
- **Epidermale Defekte**
- **Kosmetische Verjüngungsprozeduren**
- **Hypopigmentierung**

1. Wood FM. 2005. "Clinical Potential of Autologous Epithelial Cmpensteri". Wounds. Aug16(8):310-22 2. Navsaria PA, Ollstone HL, Lee HB, Parth CD, Wood FM, Orgill DP. 2001. "Melanocyte Repopulation in Full Thickness Wounds Using a Cell Spray Apparatus". J Burn Care Rehabil. Nov-Feb22(6):441-9 3. Navsaria PA, Ollstone HL, Parth CD, Hinshaw AD, Lee HB, Wood FM, Orgill DP. 2000. "Epidermal Melanocyte Cmpensteri Accelerate Epidermal Coverage in a Porcine Microdermal Model". J Burn Care Rehabil. Nov-Dec21(6):513-8 4. Ollstone HL, Wood FM. 2000. "The Treatment of Hypopigmented Lesions with Cultured Epithelial Autografts". J Burn Care Rehabil. Mar-Apr21(2 Pt 1):160-64

CE 0123

reCELL 3



POLYTECH SILMED EUROPE GmbH

POLYTECH SILMED Europe GmbH · Altheimer Str. 32 · 94107 Untergriesbach · Deutschland
www.PolytechSilmed.de · E-mail: Marketingservice@PolytechSilmed.de
Tel.: +49 (0) 85 91 - 91 05 0 · Fax: +49 (0) 85 91 - 91 05 30

ReCell® ist nach dem Medizinprodukte-Gesetz (MPG) CE-zertifiziert

Plastische CHIRURGIE

Mitteilungen der

Deutschen Gesellschaft der Plastischen, Rekonstruktiven und Ästhetischen Chirurgen

Vereinigung der Deutschen Ästhetisch-Plastischen Chirurgen – VDÄPC

Herausgeber im Auftrag des Geschäftsführenden Präsidiums:
Dr. med. Marita Eisenmann-Klein, Regensburg
Im Auftrag der
Deutschen Gesellschaft der Plastischen, Rekonstruktiven und Ästhetischen Chirurgen
Vereinigung der Deutschen Ästhetisch-Plastischen Chirurgen VDÄPC

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

Abonnement: Bestellung beim Verlag oder bei jeder Buchhandlung

Bezugspreis: Jahresabonnement € 80,– (inkl. 7% MwSt. zzgl. Porto und Versand). Einzelheft außerhalb des Abonnements € 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 77 6 10, Fax 0 62 21/ 6 59 95 90
Email: info@kaden-verlag.de

Herstellung: Ch. Molter, Kaden Verlag
Druck und Verarbeitung: Grosch Druckzentrum, 69214 Eppelheim

Inhalt

Editorial

Zustimmung für den neuen Weg 173
M. Eisenmann-Klein

Mitteilungen des Vorstandes

Zur Anwendung von Lipostabil N als „Fettwegspritze“ 176

Zur Änderung des Heilmittelwerbegesetz 176

Wer bei Discount-Angeboten mitwirkt, wird ausgeschlossen 177

Besuch der Fortbildungskurse 177

Kongreßnachlese 2005

Erster „City-Run-To-Form“ im Englischen Garten 178

Jahrestagung 179

Dieffenbach-Medaille an Carl R. Hartrampf Jr. 180

Höhler-Nadel der VDÄPC für Gottfried Lemperle 182

Preisverleihungen 183

Umsatzsteuer auf plastisch-chirurgische Eingriffe 184

Erstes Matriderm-Anwendertreffen 185

Fotowettbewerb Bionik: Die Gewinner 220

Nachrichten

Urteil: Pflicht zur Einstellung von Ärzten 187

Urteil: Betriebsfeier ist absetzbar 187

Mitarbeiter-Rabatt für Schönheits-OPs 188

Paulinchen e.V. warnt vor Brandbeschleunigern 188

Österreichischer Ex-Herzchirurg transplantiert Haare 188

Röntgen-Fotografie 2006 – Wettbewerb für kreative Ärzte 190

Impfung gegen Adipositas? 190

Neufassung der Satzung 192

Erhöhte Suizid-Rate bei Frauen mit Brustimplantaten 197

CI für Kliniken und Praxen 198

Fortbildung

Verbrennungschirurgie – eine Säule der plastischen Chirurgie
P. M. Vogt 203

Myokardiale Kontraktilitätsstörung nach Verbrennungsverletzung
A. D. Niederbichler, P. M. Vogt 204

Ästhetische Chirurgie – klare Linie nach innen und nach außen
A.-M. Feller 208

Brustvergrößerung: Vermeidung von Kunstfehlervorwürfen und Schadensersatzklagen
M. Gorney 209

Ästhetische Chirurgie – eine Heilbehandlung?
J. C. Bruck 218

Power-Jet-Tumeszenzinfiltration mit modifizierter Infiltrationskanüle
R. E. Horch 221

Rubriken

Fortbildungsseminare 2005, Kursanmeldungen 2005 und Adressänderungen 199–202

Kongresse 222

Impressum 175

Vorstandsgremien 196

Wer bietet Was? 223

Titelbild: Engel vom Creglinger Marienaltar – geschaffen von Tillmann Riemenschneider. Mit freundlicher Genehmigung von Fotograf und Verlag, 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?

Zur Anwendung von Lipostabil N als „Fettwegspritze“

Das Präparat Lipostabil N ist seit vielen Jahren in Deutschland zur intravenösen Prophylaxe und Therapie von Fettembolien zugelassen. Es enthält Phospholipide aus Sojabohnen und zusätzlich Alkohol. Allergische Reaktionen auf die Inhaltsstoffe sind möglich. Bislang war das Präparat frei verkäuflich. Voraussichtlich zum 1. Januar 2006 wird Lipostabil N verschreibungspflichtig.

Die ersten Berichte über die Wirksamkeit der Substanz als „Fettwegspritze“ zur Auflösung von Fettpolstern stammen aus Brasilien. Die „Fettwegspritze“ wurde allerdings zwischenzeitlich von den brasilianischen Gesundheitsbehörden verboten.

Die Deutsche Gesellschaft der Plastischen, Rekonstruktiven und Ästhetischen Chirurgen teilt die Bedenken der brasilianischen Gesundheitsbehörden: Bislang ist ungeklärt, wie sich die starke Entzündungsreaktion, die im Gewebe ausgelöst wird, langfristig auswirkt. Wissenschaftliche Daten über den Abbau des Gewebes und die Wirkung der Abbauprodukte auf den Gesamtorganismus gibt es derzeit nicht. Das Präparat ist in Deutschland nur für die Anwendung „Prophylaxe und Therapie von Fettembolien“ und nur für die intravenöse Anwendung zugelassen. Somit wäre der Einsatz der Substanz subkutan zur Fettauflösung in doppelter Hinsicht ein Off-label-use: Bei der Indikation und bei der Anwendung. Der Hersteller hat beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) weder einen Antrag auf Erweiterung der Indikationsliste noch auf Erweiterung der Anwendung als subkutane Injektion gestellt. Somit kann die Verwendung des Präparates als „Fettwegspritze“ derzeit nicht empfohlen werden. Die Deutsche Gesellschaft der Plastischen, Rekonstruktiven und Ästhetischen Chirurgen hat ihre Mitglieder aufgerufen, sich an der Erarbeitung wissenschaftlicher Daten zu beteiligen. Das Thema „Fettwegspritze“ wird bei der siebten EQUAM Consensus Conference, die vom 13. bis zum 15. Juli 2006 in Regensburg stattfinden wird, ausführlich bearbeitet werden. Die am Ende der Konferenz veröffentlichte Konsensuserklärung wird eine Stellungnahme dazu enthalten. ■

Zur Änderung des Heilmittelwerbegesetz

Die Änderung des Heilmittelwerbegesetzes tritt am 1. April 2006 in Kraft. Künftig wird sich das Heilmittelwerbegesetz auch auf ästhetische Eingriffe erstrecken. Danach ist eine irreführende Werbung verboten (§3). Eine Irreführung liegt laut Gesetzestext insbesondere dann vor, „wenn fälschlich der Eindruck erweckt wird, daß

▶ ein Erfolg mit Sicherheit erwartet werden kann

▶ bei bestimmungsgemäßem oder längerem Gebrauch keine schädlichen Wirkungen eintreten, …

▶ die Werbung nicht zu Zwecken des Wettbewerbs veranstaltet wird, …“

Für die plastisch-ästhetisch tätigen Chirurgen ist §11 besonders wichtig: „(1) außerhalb der Fachkreise darf für Arzneimittel, Verfahren, Behandlungen, Gegenstände oder andere Mittel nicht geworben werden …“ mit der bildlichen Darstellung

▶ von Veränderungen des menschlichen Körpers oder seiner Teile durch Krankheiten, Leiden oder Körperschäden, …

▶ der Wirkung eines Arzneimittels, eines Verfahrens, einer Behandlung, eines Gegenstandes oder eines anderen Mittels durch vergleichende Darstellung des Körperzustandes oder des Aussehens vor und nach der Anwendung …“

Wir werden in einer engen Kooperation mit den Justitiaren der Bayerischen Landesärztekammer Empfehlungen erarbeiten, die den Mitgliedern der Deutschen Gesellschaft der Plastischen, Rekonstruktiven und Ästhetischen Chirurgen einen konfliktfreien Umgang mit dem Heilmittelwerbegesetz in der neuen Fassung ermöglichen soll. ■

Wer bei Discount-Angeboten mitwirkt, wird ausgeschlossen

Der Trend zu Schnäppchenpreisen hat nun auch die „Schönheitsoperationen“ erreicht: Brustvergrößerungen oder Fettabsaugungen werden zu Spottpreisen angeboten, für die Hälfte oder noch weniger des sonst üblichen Preises. „Das sind Lockangebote zu Dumpingpreisen“, sagte Axel-Mario Feller aus München, Präsident der Vereinigung der Deutschen Ästhetisch-Plastischen Chirurgen (VDÄPC). „Es werden bei Patienten Bedürfnisse geweckt. Diese kämen ansonsten nicht auf die Idee, sich operieren zu lassen. Außerdem läßt es der künstlich geschaffene Zeitdruck nicht zu, sich eine ärztliche Zweit- oder Drittmeinung einzuholen.“ Bei ihrer Jahresversammlung in München Ende September 2005 haben die VDÄPC-Mitglieder reagiert: Jedes VDÄPC-Mitglied, das bei solchen Discount-Angeboten mitwirkt, wird zunächst abgemahnt und bei einem weiteren Verstoß aus der VDÄPC ausgeschlossen. Dieser Antrag wurde mit überwältigender Mehrheit angenommen. Die Deutsche Gesellschaft der Plastischen, Rekonstruktiven und Ästhetischen Chirurgen hat sich diesem Beschluß ebenfalls angeschlossen.

Marketing auf unterstem Niveau

Als Marketing auf unterstem Niveau betrachten die Mitglieder solche Discount-Angebote, die in verschiedenen deutschen Printmedien erschienen sind: Einerseits sind die Teilnehmerzahlen für solche Operationen begrenzt, genauso wie der zeitliche Rahmen, für den das Angebot gilt. Auf der anderen Seite versprechen die Anzeigen eine Untersuchung mit eingehender Beratung, eine komplette ambulante Behandlung inklusive Anästhesie und Spitzenimplantaten der weltweit führenden Hersteller in zertifizierten oder staatlich konzessionierten Kliniken mit qualifizierten Fachärzten für Plastische Chirurgie. „Mit solchen, nicht nachvollziehbaren Angeboten und dieser Art der Werbung möchten wir nichts zu tun haben“, so Axel-Mario Feller. „Und schwarze Schafe wollen wir in unseren Reihen auch nicht haben.“ „Ich rechne wegen des geänderten Heilmittelwerbegesetzes damit, daß solche Leute bald keine Chance mehr haben, ihre Geschäfte zu machen“, erklärte Marita Eisenmann-Klein, die Präsidentin der Deutsche Gesellschaft der Plastischen, Rekonstruktiven und Ästhetischen Chirurgen. „Die Werbung mit Preisen stellt eine Verharmlosung dar, weil hierdurch suggeriert wird, daß der Erfolg der Operation erkauft werden könne und eine Risikoabwägung nicht benötigt werde. Wenn dann noch, wie hier, eine zeitliche Beschränkung des Angebots hinzu kommt, ist auch die vom EU-Parlament geforderte Bedenkzeit zwischen Aufklärung und Operation nicht mehr gewährleistet. Mit verantwortungsbewußter Indikationsstellung und Risikoabwägung hat das nichts mehr zu tun. Ärzte, die dies mit ihrem Gewissen vereinbaren können, möchten wir nicht vertreten.“ ■

Besuch der Fortbildungskurse

Mit der Schaffung der internen Fortbildungskurse für Assistenten hat die Deutsche Gesellschaft der Plastischen, Rekonstruktiven und Ästhetischen Chirurgen dank der Initiative von Axel-Mario Feller und Giulio Ingianni eine Weiterbildungsstruktur geschaffen, die beispielhaft für andere Fachgesellschaften ist. Immer wieder wird von unseren Mitgliedern der Wert dieser Veranstaltungen betont – und zwar nicht nur hinsichtlich ihres Inhaltes sondern auch wegen des offenen Austausches zwischen den Mitarbeitern einzelner Kliniken.

Leider kommt es trotz dieser positiven Resonanz vielfach zu Situationen, in denen fest gebuchte Teilnehmer nach und nach absagen – häufig mit der Begründung, es werde nun doch keine Erlaubnis gegeben, der Klinik fernzubleiben. Oftmals bleiben dann Kurse mit zwei Teilnehmern, die schließlich ausfallen müssen. Bedenkt man die Mühe, die sich viele Kliniken mit dem Aufbau solcher Kurse geben, sollten alle Mitglieder versuchen, ihren Mitarbeitern die Möglichkeit zum Besuch der Fortbildungskurse zu geben. An die jüngeren Kollegen und potentiellen Teilnehmer dieser Kurse muß gleichzeitig appelliert werden, keine kurzfristigen Absagen zu tätigen, um so langfristig die Motivation der Kliniken, Abteilungen und Kollegen, solche Fortbildungen anzubieten, aufrecht zu erhalten. ■

Erster „City-Run-To-Form“ im Englischen Garten



Mit hervorragenden Laufleistungen endete der erste „City-Run-To-Form“ der Plastischen Chirurgen, der trotz widriger Wetterumstände mit immer stärker werdendem Regen und sinkenden Temperaturen gute Resonanz und allerbeste Laune bei den Teilnehmern auslöste. Die Motivation war da, sich nach bewegungsarmen und aufnahmereichen Kongreß- und OP-Kurs-Tagen den Kopf frei zu laufen! Das bunt gemischte Starterfeld traf sich im Münchner Hofgarten, um nach kurzer Vorbereitung mit Ausgabe der Startnummern sich an der Startlinie begeistert in den fünf- bzw. zehn-km-Rundlauf durch den Englischen Garten zu werfen. Entlang der Strecke an der Bayerischen Staatskanzlei vorbei zum Eisbach und zum Chinesischen Turm, zurück an der Prachtwiese des Monopteros, konnten die Teilnehmer im Vorbeilaufen nicht nur das frisch gegossene Grün des Englischen Gartens, sondern auch einige Münchner Highlights bewundern.

Bei den Damen entschieden Frau Annika Leopold den Fünf-km-Lauf mit unwiderstehlichen 23 Minuten 11 Sekunden und Frau Nike Gensior den Zehn-km-Lauf in atemberaubenden 39 Minuten 34 Sekunden für sich. Bei den Herren meisterte Lars Evers seinen Fünf-km-Lauf in erstaunlichen 17 Minuten 29 Sekunden und Volker Rippmann gewann den Zehn-km-Lauf in fabelhaften 32 Minuten 14 Sekunden. Den Siegern herzlichen Glückwunsch und unsere Bewunderung für die Super-Laufleistung! Nach einer Energierückgewinnung an unserem vitamin- und kalorienreichem Buffet sowie einer ausgelassenen Siegerehrung mit Preisverleihung haben wir uns fröhlich voneinander verabschiedet. Die Begeisterung für das Laufen, die gegenseitige Motivation und das positive Echo auf den ersten „City-Run-To-Form“ läßt hoffen, daß zukünftige Kongreßpräsidenten diese Veranstaltung wiederaufnehmen. ■

Fünf-km-Lauf

Damen (s. Bild 1)

1. Leopold Annika	23:11
2. Gaab Jasmin	25:21
3. Werner Sabine	26:16

Herren (s. Bild 2)

1. Evers Lars	17:29
2. Kantelhart Tosten	17:42
3. Branski Ludwig	19:16

Zehn-km-Lauf

Damen (s. Bild 3)

1. Gensior Nike	39:34
2. Kramer Samia	40:29
3. Wolf Hilde	49:35

Herren (s. Bild 4)

1. Rippmann Volker	32:14
2. Unbehann Nikolaus	32:46
3. Bleiziffer Oliver	42:28









Jahrestagung 2005 in München

Der Kongreß ist vorbei. Zwar glücklich, aber auch ein wenig wehmütig schauen wir zurück, weil alles so schnell vorüber ging, worauf wir so lange hingearbeitet hatten.

Zum Operationskurs in Starnberg hatten sich 93 Teilnehmer gemeldet. Insbesondere fielen die französischen Kollegen mit neuen Operationsideen und handwerklichen Innovationen auf. Alle Patienten sind wohlauf und es gab keine nennenswerten Komplikationen. Für die, die Operationssequenzen auf Video bestellen möchten, kann die Fa. LUX Abhilfe schaffen (Tel: 0561/9518913, Herr Röll).

Die Teilnehmerzahl des Jahreskongresses lag bei knapp 1200 registrierten Teilnehmern. Ein erster Höhepunkt waren sicher die Eröffnungsveranstaltung mit dem humorvollen Beitrag von Helmut Markwort und die Verleihung der Dieffenbach-Medaille an Carl Hartrampf, der trotz körperlicher Mühen den Weg nach Deutschland nicht gescheut und sich sehr über die Auszeichnung gefreut hat. Leider kam die Prämierung der Bionale Fotowettbewerbspreisträger etwas zu kurz (Preisträger, Seite 183).

Leider mußten die Vorsitzenden teils sehr rigide die Vortragszeiten einhalten

Im Bemühen viele Vorträge anzunehmen, entstanden zeitliche Engpässe, so daß die Vorsitzenden teils sehr rigide die Vortragszeiten einhalten mußten. Es waren jedoch so viele interessante Vorträge angemeldet, daß dieser Nachteil lieber in Kauf genommen wurde, als Beiträge komplett zu streichen. Den Kongreßpräsidenten war es leider nicht vergönnt, den Sitzungen in Ruhe zu folgen, da immer wieder organisatorische Aufgaben „Blitzeinsätze“ notwendig machten. Dies war um so mehr bedauerlich, da viele Vorträge bei der Gestaltung des wissenschaftlichen Programms neugierig gestimmt hatten.

Die parallel zum Kongreßprogramm laufenden 24 Intensivkurse wurden mit einer Gesamtteilnehmerzahl von 176 Personen überwiegend gut aufgenommen. Natürlich kam es zu Interessenskonflikten wegen parallel laufender Sitzungen. Aber anders hätten bei der Fülle der Anmeldungen die Kurse nicht organisiert werden können. Es wäre schön, wenn diese Einrichtung – ebenso wie der City-Lauf – institutionalisiert würde; dies wurde dem nächstjährigen Präsidenten signalisiert.

Die Zahl der 60 Industrieaussteller machte es notwendig, den zunächst als Plenarsaal gedachten Festsaal den Ausstellern zu überlassen. Deshalb mußten die vielen Veranstaltungen in den verwinkelten Ecken des Bayrischen Hofs stattfinden, was zwar wenig übersichtlich war, dafür den Charme dieses Traditionsbaus erkennen ließ. Daß die mittags ermatteten Kongreßteilnehmer nicht alle genügend Flüssigkeit und Kalorien vorfanden, war bedauerlich; aber auch ein Buffet ist eine Frage des Budgets …



H. Markwort bei der Eröffnungsansprache



Die drei Kongreßpräsidenten 2005: H. Piza für die ÖGPÄRCH mit ihren deutschen Kollegen

Positives Echo und konstruktive Kritik

Um so mehr wurde am Eröffnungsabend und auch beim Festabend aus dem Vollen geschöpft; die Stimmung am Festabend wurde durch die Sketch-Einlage der Kongreßpräsidenten und das musikalische Talent der Band angeheizt. Auch am Abschlußtag waren noch ausreichend Kongreßteilnehmer anwesend, um den Ehrungen und Preisverleihungen sowie der Staffelübergabe an die nächsten Kongreßpräsidenten einen würdigen Rahmen zu geben.

Die Mühen und Ängste, die sich in den vergangenen eineinhalb Jahren mit der Vorbereitung und Gestaltung des Kongresses ergeben haben, sind alle vergessen. Wir möchten uns für das positive Echo, aber auch die konstruktive Kritik bedanken, die wir von sehr vielen Teilnehmern erfuhren. ■

Dr. med. Joachim Graf von Finckenstein
Prof. Dr. med. Dr. med. habil. Christian J. Gabka
Kongreßpräsidenten 2005

Dieffenbach-Medaille an Carl R. Hartrampf Jr.



Carl R. Hartrampf Jr, M.D.

Die Deutsche Gesellschaft der Plastischen, Rekonstruktiven und Ästhetischen Chirurgen (vormals VDPC) hat am 29. September 2005 im Rahmen ihres Jahreskongresses Carl R. Hartrampf Jr. M.D. die Dieffenbach-Medaille verliehen. Seit den 1980er Jahren ist der Name Carl Hartrampf untrennbar mit dem Begriff der autologen Brustrekonstruktion verbunden. Mit seiner Arbeit hat Carl Hartrampf die Brustrekonstruktion revolutioniert. Seine Veröffentlichung im Jahre 1982 im *Journal of Plastic and Reconstructive Surgery* fand internationale Anerkennung. Seit dieser Zeit hat seine Entwicklung der TRAM-Flap-Eigengeweberekonstruktion einen globalen Triumphzug gestartet. Der Gedanke, eine Brust ausschließlich aus autologem Gewebe zu rekonstruieren war so faszinierend, daß diese Methode nicht nur weltweit akzeptiert, sondern auch sehr schnell von den Brustchirurgen übernommen wurde.

Carl Hartrampf wurde am 5. August 1932 in Atlanta, Georgia, geboren. Er besuchte die University of Georgia und erhielt seinen Medical Doctor vom Medical College of Georgia. Seine plastisch-chirurgische Ausbildung erhielt er in Chapel Hill, North Carolina und an der Washington University in St. Louis, Missouri. Er ist Facharzt für Chirurgie und Plastische Chirurgie. Lange Jahre arbeitete er als Clinical und Clinical Associate Professor in der Abteilung für Plastische Chirurgie an der Emory University, School of Medicine in Atlanta, Georgia.

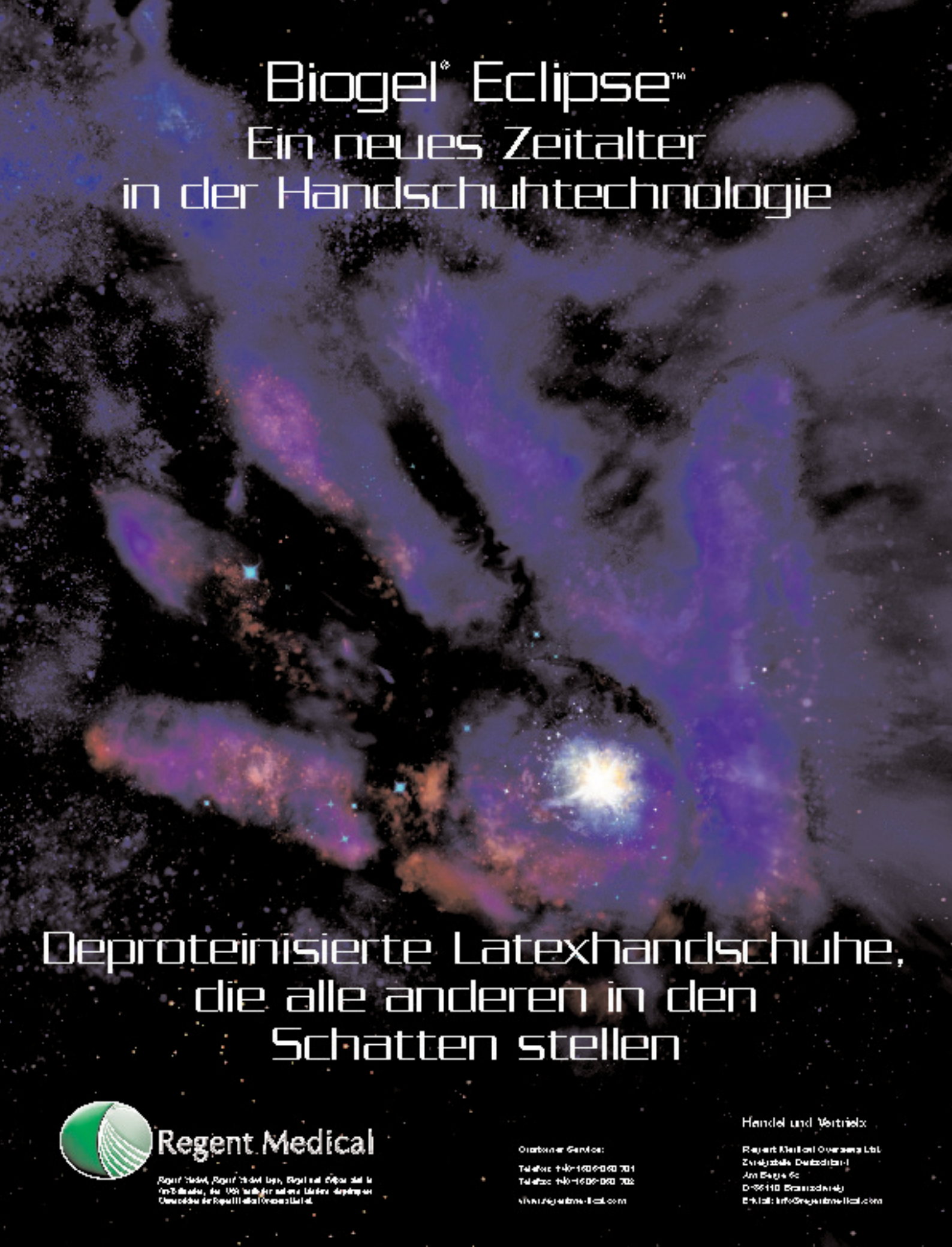
Ende der 1970er Jahre entwickelte Carl Hartrampf den TRAM-Flap zur Brust- und Brustwandrekonstruktion

Nur wenigen ist bekannt, daß sich Carl Hartrampf am Anfang seiner beruflichen Laufbahn nahezu ausschließlich mit der Handchirurgie beschäftigte. In den 1960er Jahren publizierte er einige bemerkenswerte Arbeiten über Beugesehnenrekonstruktionen, Daumenrekonstruktionen und die Behandlung von verbrannten Händen. Erst Ende der 1970er Jahre kam er in Kontakt mit den Aufgaben der Brustrekonstruktion und entwickelte den TRAM-Flap (Transfers Rectus Abdominis Myocutaneous) zur Brust- und Brustwandrekonstruktion. Seit dieser Zeit beschäftigt er sich schwerpunktmäßig mit den Problemen der Brustrekonstruktion und wurde zum angesehendsten Operateur auf dem Gebiet der autologen Brustrekonstruktion mit Gewebe vom Unterbauch.

Denjenigen, die niemals die Gelegenheit hatten Carl Hartrampf operieren zu sehen – sei es live oder im Film – kann ich versichern, daß dies eine Erfahrung ist, die so beeindruckt, daß man sie nie vergißt. Auch heute noch sprüht Carl Hartrampf von Ideen und gerade junge Kollegen bestärkt er immer wieder darin, mehr Selbstvertrauen zu haben und innovativ zu arbeiten. Für seine überragende Arbeit wurde er mit zahlreichen Auszeichnungen geehrt. Abgesehen von seiner außergewöhnlichen chirurgischen Begabung ist dieser Pionier der rekonstruktiven Brustchirurgie ein Mann, der immer für neue Ideen offen ist, freundlich, warmherzig und ein Gentleman im wahrsten Sinne des Wortes. Seit seinem Ruhestand 1999 freut er sich, mehr Zeit mit seiner wundervollen Gattin Pat – mit der er seit 54 Jahren verheiratet ist – verbringen zu können und mehr Zeit für seine drei Kinder und acht Enkelkinder zu haben. Weiterhin hat er nun endlich Muße, sich seinem Hobby, dem Reisen und dem Sammeln alter Landkarten, zu widmen.

Die Deutsche Gesellschaft der Plastischen, Rekonstruktiven und Ästhetischen Chirurgen (vormals VDPC) ehrt Dr. Carl Hartrampf mit ihrer höchsten Auszeichnung, der Dieffenbach-Medaille. Es wird ein außergewöhnlicher Chirurg, ein anerkannter Forscher und ein hingebungsvoller Lehrer ausgezeichnet. Er war uns immer ein guter Freund und ein Vorbild – wir können ihm nicht genug danken für all die Dinge, die er uns vermittelt hat. ■

Prof. Dr. med. Dr. med. habil. Axel-Mario Feller, München


Biogel® Eclipse™
Ein neues Zeitalter
in der Handschuhtechnologie
Deproteinisierte Latexhandschuhe,
die alle anderen in den
Schatten stellen
Regent Medical
Handel und Vertrieb:

Höhler-Nadel der VDÄPC für Prof. Dr. Gottfried Lemperle



Prof. Dr. med. Gottfried Lemperle

Anläßlich des gemeinsamen Jahreskongresses von VDPC und VDÄPC wurde die Höhler-Nadel an Professor Lemperle verliehen. Sie ist die höchste Auszeichnung der VDÄPC. Mit ihr werden Ärzte geehrt, die sich in besonderer Weise um die Entwicklung der ästhetisch-plastischen Chirurgie verdient gemacht haben. Herbert Höhler – Gründungsmitglied der VDPC und Begründer der Plastischen Chirurgie am Markus-Krankenhaus Frankfurt – war auch der fachliche Ziehvater von Gottfried Lemperle. Am 1. Juni 1971 trat er als Facharzt für Chirurgie in das Team um Herbert Höhler ein. Zuvor hatte er sein Medizinstudium in Tübingen, Innsbruck, Kiel und Freiburg absolviert, war bei Hermann Krauß in eine strenge, umfassende chirurgische Schule gegangen, wo er ganz besonders mit der Neurochirurgie und der Verbrennungsbehandlung beauftragt war. Es folgten Studien- und Forschungsjahre von 1964 bis 1966 an der Yale University in Conneticut, anschließend wieder chirurgische Jahre in Freiburg, wo Edzard Köhnlein sein wissenschaftliches Interesse an der Verbrennungsbehandlung förderte. Lemperle wurde Leiter des Labors für Verbrennungschirurgie. Köhnlein, der die plastisch-rekonstruktive Chirurgie in USA erlernt hatte, begeisterte Gottfried Lemperle für dieses Teilgebiet der Chirurgie. Über 80 Doktoranden wurden von Lemperle betreut. Hauptthema war die Gentechnologie bei Nierentransplantationen, womit er absolut innovativ und seiner Zeit weit voraus war. Lemperle gewann als Assistent in Frankfurt rasch das Vertrauen seines Chefs, der ihn 1972 zum leitenden Oberarzt ernannte. 1974 habilitierte er mit dem Thema „Stimulation des Immunsystems bei Schwerstverbrannten“. Herbert Höhler verstarb 1978 und Gottfried Lemperle wurde sein Nachfolger als Chefarzt am Markus-Krankenhaus in Frankfurt am Main.

Lemperle erwies sich als enthusiastischer Lehrer, dessen Begeisterung für Ästhetik und Rekonstruktion auf viele Kollegen wirkte

Die ästhetisch-plastische Chirurgie war zu diesem Zeitpunkt am Markus-Krankenhaus durch Herbert Höhler bereits etabliert und Gottfried Lemperle brachte nicht nur neue Ideen und Techniken ein, sondern schulte auch sein Team und fast täglich Gastärzte aus aller Welt in unserem Fachgebiet. Mit der Plastischen Chirurgie der BG-Unfallklinik Ludwigshafen entstand gemeinsam mit P.R. Zellner ein regelmäßiges Austauschprogramm, von dem viele Assistenz- und Oberärzte profitieren konnten. G. Lemperle erwies sich in dieser Zeit als enthusiastischer Lehrer, dessen Begeisterung für Ästhetik und Rekonstruktion auf viele Kollegen wirkte, die heute renommierte plastische Chirurgen sind. Meilensteine in Lemperle-Engagement für die plastische Chirurgie sind seine Bücher, die als Standardwerke angesehen sind. Die „Plastische- und Rekonstruktive Mammachirurgie“ erschien 1991 im Springer Verlag, das inzwischen zweibändige Werk „Ästhetische Chirurgie“ aus dem Ecomed-Verlag, ist weiterhin das aktuellste deutsche Standardwerk aus dieser Säule der plastischen Chirurgie und wird gemeinsam mit D. v. Heimburg kontinuierlich aktualisiert. Gottfried Lemperle ist mit seinen Ideen und Aktivitäten seiner Zeit immer einige Schritte voraus. Die Bedeutung der axial gestielten Muskelhautlappen sah er voraus und so liest sich die Teilnehmerliste seines VDPC-Kongresses 1992 in Frankfurt als „Who is who“: C.H.R. Hartrampf, J.B. McCraw, S., Mathes, N. Olivari – Experten, ohne die eine moderne plastisch-rekonstruktive Chirurgie nicht denkbar ist.

Die Schwerpunkte in Gottfried Lemperles klinischer Tätigkeit zeigen ebenso die enge Verbindung zwischen ästhetischer und rekonstruktiver Chirurgie. Lippen-Kiefer-Gaumenspalten, Brustrekonstruktionen, Reanimation des Gesichtes bei Fazialisparese, ästhetische Chirurgie bei Trisomie-Kindern und vieles mehr kennzeichnen sein Engagement in der plastischen Chirurgie. Die Entwicklung von permanenten inji-

zierbaren Implantaten, als Alternative zu invasiven operativen Methoden ist seit 1990 einer seiner persönlichen Schwerpunkte. An seinem neuen Arbeits- und Lebensmittelpunkt San Diego hat er die wissenschaftliche Grundlagenforschung zu diesem Thema etabliert und gemeinsam mit seinem Sohn Stefan eine Produktionsstätte aufgebaut, der wir Erfolg wünschen.

Auch berufspolitisch hat Lemperle unser Fachgebiet und unsere Fachgesellschaft viele Jahre geprägt. Von 1979 bis 1985 war er Schatzmeister der VDPC und von 1985 bis 1988 ihr Präsident. Lemperle hat die ständige Konferenz der chirurgischen Teilgebiete gemeinsam mit Michael Polonius begründet, die letztlich im Jahr 1992 zur Selbständigkeit des Fachgebietes Plastische Chirurgie als Monospezialität geführt hat. Mit der Gründung von Interplast Germany hat G. Lemperle eine Woge der Hilfsbereitschaft und des Teamgeistes ausgelöst. Im 25jährigen Bestehen sind allein aus Deutschland von 425 Teams etwa 45 000 Patienten in 53 Ländern der Dritten Welt operiert worden. Das moderne Interplast-Krankenhaus in Nepal ist allein durch seinen persönlichen Einsatz errichtet worden. Wir wünschen Gottfried Lemperle weiter Freude und Erfolg bei seiner wissenschaftlichen Tätigkeit, die uns bis heute schon über 200 Publikationen und fünf Bücher beschert hat. Seine Schüler und Kollegen freuen sich über die Ehrung eines toleranten, enthusiastischen, großzügigen und innovativen Lehrmeisters. ■

Priv.-Doz. Dr. med. Klaus Exner, Frankfurt a. M.

Preisverleihungen beim Jahreskongreß in München

Wissenschaftspreis

Der leitende Oberarzt der Klinik für Plastische Chirurgie, Hand- und Verbrennungschirurgie (Leiter: Prof. Dr. Dr. N. Pallua) des Universitätsklinikums Aachen, Priv.-Doz. Dr. med. Dietmar Ulrich (34), erhielt den diesjährigen Wissenschaftspreis der Deutschen Plastischen Chirurgen für seine Habilitationsschrift: „Der Einfluß von Matrix Metalloproteinasen und ihrer Inhibitoren auf die Entstehung chronischer Wunden und fibroproliferativer Erkrankungen“. Bei der Behandlung von schwerstbrandverletzten Patienten sind die Entstehung ausgedehnter Narben und die Bildung teilweise fibrotisch veränderter Hautareale ein zentrales Problem. Bei alloplastischer Mammaaugmentation ist die ausgedehnte Kapselfibrose eine der schwerwiegendsten Komplikationen. Eine knoten- und strangförmige Verdickung der Palmaraponeurose ist das Problem bei der operativen Behandlung des Morbus Dupuytren. Ulrichs Untersuchungen befassen sich mit der Pathogenese verschiedener fibroproliferativer Wundheilungsstörungen und chronischer Wunden. Ziel war es, erstmals das Gleichgewicht zwischen Matrix Metalloproteinasen (MMP) und ihren endogenen Inhibitoren, den Tissue Inhibitors of Metalloproteinases (TIMP), bei den verschiedenen Erkrankungen systemisch und lokal im erkrankten Gewebe zu untersuchen. Er konnte nachweisen, daß bei hypertropher Narbenbildung nach Verbrennungsverletzungen ein Ungleichgewicht zwischen MMP und ihren Inhibitoren besteht. Die Ergebnisse implizieren neuartige Therapiemöglichkeiten mit topisch applizierten oder in die Narbenareale injizierten TIMP-Inhibitoren. Ulrich erhielt im Ende 2004 die Venia legendi für das Fach Plastische Chirurgie an der RWTH Aachen.



D. Ulrich

Vortrag- und Posterpreis an Erlanger Arbeitsgruppe

Der mit 1500 Euro dotierte gemeinschaftliche Preis der Deutschen Plastischen Chirurgen für den besten wissenschaftlichen Vortrag und das beste wissenschaftliche Poster wurde in München an die Arbeitsgruppe von Herrn Dr. med. U. Kneser und Dr. med. E. Polykandriotis aus der Abteilung für Plastische und Handchirurgie (Leiter: Prof. Dr. R. E. Horch) des Universitätsklinikums Erlangen für die Arbeiten „Die axiale Prävaskularisation von biologischen Knochenmatrizes mittels einer arteriovenösen Gefäßschleife verbessert das Überleben von transplantierten Osteoblasten“ sowie „Angiogenese im Tissue Engineering: Ultrasturukturelle Merkmale und Neogefäßmorphologie“ verliehen. Die Arbeiten zeigen, daß die Einleitung einer arteriovenösen Gefäßschleife in Knochenersatzmaterialien einen entscheidenden Schritt zur Verpflanzung von durchbluteten gezüchteten Knochengeweben darstellt. Ein derartiger Ansatz kann in Zukunft eine verbesserte Behandlung von Knochendefekten nach Unfällen oder Tumorerkrankungen ermöglichen. ■

Umsatzsteuer auf plastisch-chirurgische Eingriffe

Bertold Gaede

Die Frage der Umsatzsteuerpflicht von nicht medizinisch veranlaßten Behandlungen hat verfassungsrechtliche Relevanz; Streitigkeiten, die zum Bundesverfassungsgericht gebracht werden sollen, müssen sorgfältig mit (verfassungsrechtlichem Einschlag) in den Instanzverfahren vorbereitet sein. Außerdem empfiehlt sich dringend eine Koordination – auf Verbandsebene –, damit das richtige Verfahren „nach oben" kommt. Im Hinblick auf die bereits anhängige Verfassungsbeschwerde (1 BvR 2241/04) wird sich wohl erreichen lassen, daß die Verfahren die man nicht nach oben bringen will (also die große Mehrzahl), möglichst schon im Einspruchsverfahren zum Ruhen gebracht werden.

Das genannte verfassungsrechtliche Verfahren ist allerdings bei genauer Betrachtung als Musterverfahren nur bedingt geeignet, da es Umsatzsteuerbescheide aus den Jahren 1995 bis 1998 betrifft. Die Streitfragen in diesem Verfahren sind möglicherweise nicht in vollem Umfang verallgemeinerungsfähig. Daher sollten jetzt durch den Verband koordiniert ein, besser zwei Verfahren betreut werden, die möglichst schon beim Finanzgericht anhängig sind; sollte es solche Verfahren noch nicht gehen, wären jedenfalls zwei möglichst weit fortgeschrittene Verfahren zu wählen. Dabei wäre es gut, wenn diese Verfahren auch Umsatzsteuern nach 2003 umfassen, damit die „Grundsatzfrage" (vgl. unten Ziffer 4) auch wirklich prozeßrelevant ist.

Bei derart koordinierten Musterverfahren fallen – bezogen auf die Gesamtheit der Mitglieder – nur reduzierte Kosten an, nämlich für die (beiden) Verfahren, die mit Nachdruck und Ausdauer „nach oben getrieben" werden. Die Kosten sind allerdings dann so hoch, daß sie ein einzelner nicht tragen kann/soll. Insofern wäre die Übernahme der Kosten durch die Deutsche Gesellschaft der Plastischen, Rekonstruktiven und Ästhetischen Chirurgen im Sinne aller Mitglieder, da sie durch Musterverfahren auf individueller Ebene Kosten sparen.

Zu den Aussichten von Verfassungsbeschwerden:

- Für „alte Jahre" taucht die Frage auf, ob nicht schon Vertrauensschutz hilft. Insoweit muß beachtet werden (wie auch im Verfahren von Herrn Prof. Bier durch den Bundesfinanzhof hervorgehoben wurde), daß ein Billigkeitserlaß in einem gesonderten Verfahren beantragt werden muß; ein Billigkeitserlaß kommt gerade dann in Betracht, wenn die Umsatzsteuer etwa tatsächlich geschuldet ist.
- Im Übrigen gilt, und zwar gerade auch für die heutige Rechtslage (also auch für 2005 und nachfolgende Jahre): Die Besteuerung hat auf der Grundlage von deutschen Gesetzen zu erfolgen (sog. Gesetzesvorbehalt). Dieser Grundsatz hat verfassungsrechtliche Bedeutung. Das Umsatzsteuergesetz stellt in § 4 Ziffer 14 seit 1968 unverändert auf die „Tätigkeit als Arzt" ab. 35 Jahre lang ist hierunter jede ärztliche Tätigkeit verstanden worden. Die heute ins Feld geführte EU-Richtlinie stammt erst aus dem Jahre 1977, hat als den damals schon längst bestehenden deutschen Gesetzestext nicht mehr beeinflußt/beeinflussen können. Eine EU-Richtlinie kann nicht unmittelbar an die Stelle eines neuen deutschen Gesetzes treten, sondern der deutsche Gesetzgeber muß eine EU-Richtlinie erst in geltendes Recht umsetzen: Dies ist bis heute nicht erfolgt.

Da der deutsche Gesetzgeber das Umsatzsteuergesetz jederzeit (dann unangreifbar) ändern kann, sind auf der Ebene der Deutschen Gesellschaft der Plastischen, Rekonstruktiven und Ästhetischen Chirurgen dringend Maßnahmen erforderlich. Diese könnten und müßten auch von der Bundesärztekammer unterstützt werden, mit dem besonderen Ziel, gerade die EU-Richtlinie zu verändern – solange sie nicht verändert wird, ist der Bundesgesetzgeber eigentlich verpflichtet, das Umsatzsteuergesetz zu ändern. Die Bundesärztekammer müßte mit dem Argument motiviert werden können, daß „eine Spaltung der ärztlichen Tätigkeit" nirgends – also auch bei anderen Fachrichtungen – nicht in Betracht kommen darf.

Dr. Bertolt Gaede
Rechtsanwalt und Steuerberater
Nörr Stiefenhofer Lutz
Brienner Straße 28
80333 München
eMail: bertold.gaede@noerr.de

Vortrag, gehalten beim Jahreskongreß 2005 der VDPC/VDÄPC in München

Erstes Matriderm-Anwendertreffen: Experten diskutieren Fallbeispiele

Experten aus den Bereichen Plastische und Wiederherstellungschirurgie, Kinder-, Unfall-, Ästhetische- und Handchirurgie aus Deutschland und Österreich trafen sich Ende September 2005 im Rahmen des Jahreskongresses der Plastischen Chirurgen (VDPC/VDÄPC) in München. Dort diskutierten sie anhand ihrer dokumentierten Fallbeispiele die bisherigen Behandlungserfahrungen mit der Kollagen-Elastin-Matrix Matriderm aus dem Hause Dr. Suwelack Skin & Health Care AG (SHC). Matriderm reduziert die Wundkontraktion und Narbenbildung bei der Behandlung tiefer Hautdefekte, wie sie beispielsweise nach Verbrennungen dritten Grades entstehen. Darüber hinaus berichteten die Experten aus ihrer täglichen Praxis von Erfolgen bei großflächigen Narbenkorrekturen und Wunden an funktional wichtigen Stellen und Strukturen, speziell an den Gelenken. Zusammenfassend bestand in der Schlußrunde Einigkeit über die Vorteile der Matrix bei schwierigen, akuten und bei chronischen Wunden sowie bei Verbrennungen.

Der neuartige Dermis-Ersatz kann direkt vor einer Spalthauttransplantation aufgebracht werden

Speziell bei Verbrennungen dritten Grades reduziert das Unterhautimplantat aus Kollagen und Elastin die Wundkontraktion und Narbenbildung bei der Behandlung der tiefen Hautdefekte. Bei den bisher üblichen Behandlungsmöglichkeiten von Verbrennungswunden mußten die Mediziner zunächst die Implantate über mehrere Wochen einheilen lassen. In einem zweiten Eingriff konnte die Wunde mit Spalthaut verschlossen werden. Nicht so mit Matriderm: Direkt nach der chirurgischen Wundreinigung bringt der Operateur in nur einem Eingriff die Matrix auf den Wundgrund auf und transplantiert darauf anschließend die Spalthaut. Da Fibroblasten und neue Gefäße zügig in die Kollagenmatrix einwandern und sich die körpereigenen Kollagenfasern entlang der vorgegebenen Matrix ausbilden, entsteht eine der gesunden Dermis ähnliche Struktur. Während sich das körpereigene Kollagen innerhalb der Matrix aufbaut, resorbiert das Gewebe des Patienten die Matrix innerhalb von etwa sechs Wochen vollständig. Nach drei Monaten erweist sich das neu gebildete Narbengewebe als glatter, weicher und signifikant elastischer als die Narben herkömmlich behandelter Wunden. Seit seiner CE-Zertifizierung im Januar 2004 steht das Produkt Matriderm den Zentren für Schwerbrandverletzte als neue Therapieform bei Verbrennungen dritten Grades zur Verfügung.

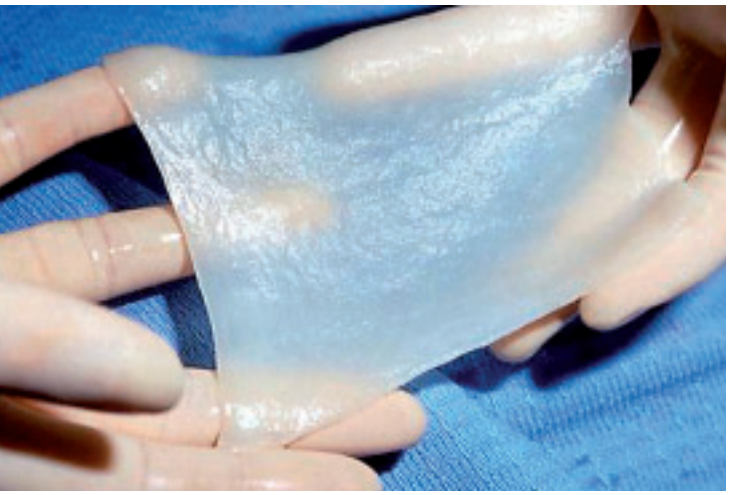
Priv.-Doz. Dr. Hans-Oliver Rennekampff, Oberarzt der Klinik für Hand-, Plastische-, Rekonstruktive und Verbrennungschirurgie der BG Klinik Tübingen, moderierte die medizinische Expertenrunde. Ihm kam es darauf an, gemeinsam mit den Anwesenden zu klären, was mit Matriderm erreichbar und welche Indikation sinnvoll ist. Dr. Klaus Ueberreiter, Chefarzt der Abteilung für Plastische Chirurgie, Asklepios Klinik Birkenwerder, äußerte sich zuversichtlich im Hinblick auf die Behandlung chronischer Wunden. Nach seiner Erfahrung sei es abhängig von der Größe der verletzten Fläche, ob er die Kollagen-Elastin-Matrix einzeitig oder zweizeitig anwende. Bei chronischen Wunden können dem Patienten durch die Einzeitigkeit zehn bis vierzehn Tage Krankenhausaufenthalt erspart bleiben. Bei großen Dermatosklerosen habe er durch die hohe Saugfähigkeit der Kollagen-Elastin-Matrix zügig die Blutungen stillen und ein vernünftiges Lager für die Spalthaut vorbereiten können. Interessanter Nebeneffekt: Auch bei Seromen konnte sich Matriderm durch seine hohe Saugfähigkeit beweisen.

Erfolgreiche Anwendung bei Problemwunden mit freiliegenden Knochen

Dr. Christoph Rose, Leiter der Handchirurgie der Klinik für Unfall-, Hand- und Wiederherstellungschirurgie am Klinikum Augsburg, berichtete von seinem Behandlungskonzept mit 2 mm dickem Matriderm, das er zweizeitig mit der Vakuumversiegelung und einer Spalthautdeckung anwendet. Nach sieben Tagen sei die Spalthaut zu über 90 Prozent gut eingewachsen.

Nachbericht zum Matriderm-Anwendertreffen der Firma Suwelack, Billerbeck

Als Behandlungserfolg benannte er die optimalen Ergebnisse bei schwierigen Wunden mit freiliegenden Knochen. Rose berichtete von überzeugender Vaskularisierung innerhalb nur eines Monats bei seinem Patienten.



Dr. Thomas Porté, BG Unfallkrankenhaus Hamburg, präsentierte einen Fall, der ebenfalls eine Wunde mit freiliegendem Knochen aufwies. Porté kombinierte Matriderm mit Spalthaut, abgedeckt mit einem folienartigen resorbierbaren Wundverband. Zusätzlich wirke der Verband mit seinem niedrigen pH-Wert bakteriostatisch und fördere die Kollagensynthese. Nach zehn Tagen habe sich die Folie aufgelöst, die Kontur sich deutlich angehoben und dadurch ein sehr gutes Lager gebildet. Matriderm und die Spalthaut heilten komplett ein und führten nur drei Monate später zu einem sehr schönen Ergebnis. Porté betonte, daß ein optimaler Heilungsverlauf nur bei sauberem, gut durchblutetem Wundgrund möglich sei. Daher sehe er als klare Kontraindikation für die Kollagen-Elastin-Matrix die septische Wunde.

Priv.-Doz. Dr. Ernst Magnus Noah, Chefarzt der Klinik für Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie, Handchirurgie am Roten Kreuz Krankenhaus Kassel, berichtete über sein Konzept der Behandlung für die Ulkuschirurgie: Matriderm unterstützt bei der Behandlung von Problemwunden des Diabetikers oder bei Schäden der ausgedünnten Kortisonhaut die Blutstillung und führt zu stabilen Ergebnissen. Vorteile sah Noah auch bei der Auffütterung von Gewebedefekten nach Tumoroperationen und beim Ausgleich von Unregelmäßigkeiten, etwa nach Rhinoplastiken.

Frau Dr. Clothilde Leriche, Chefärztin der Kinderchirurgie am Klinikum Nürnberg, berichtete, daß sich Matriderm ideal zur Behandlung von Gewebedefekten nach Verbrennungen anbietet. Bei Kindern wuchs der Hautersatz sogar auf durchblutetem Fettgewebe an. So liege die Rate des Anwachsens der Haut ab dem zehnten Tag bei 80 bis 90 Prozent beim einzeitigen Vorgehen. Sie lobte den ästhetischen Vorteil einer Matriderm-Behandlung und stellte den Fall eines vier Monate alten Säugling mit Verbrennungen dritten Grades an den Beinen vor. Innerhalb von nur drei Tagen habe der Bereich des Knies eine Kontraktur um neunzig Grad erfahren. Die Chirurgin wandte Matriderm einzeitig an und erreichte, daß sich das Bein wieder komplett strecken ließ. Sie betonte, wie wichtig es für die Heilung sei, die Wunde so tief wie möglich mit der Kollagen-Elastin-Matrix zu behandeln und darauf zu achten, die ganze Verletzung vollständig zu bedecken.

Wie bei allen Hautersatzmaterialien hängt die Qualität des Ergebnisses vom Durchblutungs- und Infektionsstatus des Empfängerbetts ab. Die Reproduzierbarkeit der Erfolge auf Knochen oder auf Sehnengewebe wurde kontrovers diskutiert. Dr. Lars-Peter Kamolz, Universitätsklinik für Chirurgie, AKH Wien, führte Bilder einer Handverbrennung vor, die er in seiner Klinik einzeitig mit dem Lederhautersatz behandelte. Es gelang ihm, alle Anwesenden mit dem sehr guten kosmetischen Ergebnis zu beeindrucken. Er betonte, daß für viele Brandverletzte nicht primär das Überleben, sondern auch die Lebensqualität im Vordergrund stehe – besonders bei Verbrennungen an exponierten Körperstellen. Kamolz beobachtete, daß sich die Elastizität des Narbengewebes mit Matriderm deutlich verbesserte und die Patienten betroffene Gelenke nach dem Eingriff gut bewegen oder beugen konnten. ■ exc

Spezialisiert auf Biomatrices für Gesundheit und Schönheit, etabliert sich die Dr. Suwelack Skin & Health Care AG (SHC) seit 1997 erfolgreich auf dem asiatischen, US-amerikanischen und europäischen Markt. Im westfälischen Billerbeck entwickelt und produziert das mittelständische Unternehmen mit 75 Mitarbeitern unter anderem resorbierbare Implantate für schwere Hautdefekte und chronische Wunden, sowie Hämostyptika für die Chirurgie.

Kontakt:
Dr. Suwelack Skin & Health Care AG (SHC)
Dr. rer. nat. Rolf Sundarp
Tel.: +49 2543 72 - 527
eMail: rolf.sundarp@suwelack.de

Pflicht zur Einstellung von Ärzten

Entsprechend dem Vertragsmuster der Deutschen Krankenhausgesellschaft enthalten Chefarztverträge heute oftmals eine Klausel, die den Chefarzt verpflichtet, für die Einhaltung der jeweils festgelegten Arbeitszeiten zu sorgen. Angesichts knapp bemessener Stellenpläne oder nicht besetzter Posten wird die Erfüllung dieser vertraglich festgelegten Pflicht zunehmend zum Problem. Ein kürzlich veröffentlichtes Urteil des Arbeitsgerichts Wilhelmshaven streicht nun die Pflicht des Krankenhausträgers heraus, dem Chefarzt das zur Erfüllung seiner Pflicht notwendige Personal zur Verfügung zu stellen (Az.: 2 Ca 212/04).

Klinikträger muß die für die Arbeit erforderlichen personellen Mittel zur Verfügung stellen

Im strittigen Fall hatte der Chefarzt einer Abteilung für Anästhesiologie gegen seinen Arbeitgeber geklagt und damit die Einstellung einer zur Einhaltung des Arbeitszeitgesetzes ausreichenden Anzahl von Assistenzärzten eingefordert. Das Gericht gab dem Kläger recht: Der Klinikträger müsse dem Chefarzt die für seine Arbeit erforderlichen Mittel zur Verfügung stellen – dazu zähle auch die nötige Menge an Personal. Da es zu den vertraglichen Verpflichtungen des Chefarztes gehöre, die Assistenzärzte so einzusetzen, daß tarifliche und gesetzliche Arbeitszeitvorschriften eingehalten werden, ergebe sich die Verpflichtung des Krankenhausträgers, die dafür mindestens erforderliche Anzahl von Personen zur Verfügung zu stellen, urteilten die Richter. Das Argument der beklagten Partei, der klagende Chefarzt wolle hier in die Entscheidungsfreiheit des Krankenhausträgers als Unternehmer eingreifen, fand hingegen kein Gehör. Zwar liege die Einstellung einer bestimmten Zahl an Ärzten zunächst beim Arbeitgeber, doch sei das Krankenhaus durch die Vertragsgestaltung die Verpflichtung eingegangen, dem klagenden Chefarzt die Erfüllung seiner Arbeitsaufgaben zu ermöglichen. Als Konsequenz aus dieser „selbstgewählten Bindung“ habe das Krankenhaus daher die Voraussetzungen für die vertragsgemäße Arbeit des Klägers zu schaffen, so die Begründung. ■ CM

10.–11.3.2006
Landesärztekammer Sachsen Dresden

Frühjahrsakademie der VDÄPC



Thema: Konturveränderungen am Stamm und den Extremitäten (Ausnahme weibliche Brust)

Organisator vor Ort ist Herr Dr. med. Steffen Handstein, Görlitz

Anfragen: Prof. Dr. med. Axel-Mario Feller, Ästhetisch-Plastische Chirurgie
Maximilianstr. 38/40, 80539 München

Tel. 089/21113002, Fax 089/21113029

eMail: j.kleinjung@professor-feller.de
www.professor-feller.de

Betriebsfeier ist absetzbar

Richtete ein Chefarzt, der neben seiner Festanstellung auch freiberuflich in der Klinik tätig ist, eine Weihnachtsfeier aus, konnte er bislang keine gewinnmindernden Betriebsausgaben geltend machen. Die Be-



©bilderbox.com

gründung der Finanzverwaltung bis dato lautete: Die Weihnachtsfeier sei nicht in der freiberuflichen Tätigkeit, sondern vielmehr in der gesellschaftlichen Position des Chefarztes begründet. Die Kosten für solche Festivitäten seien deshalb grundsätzlich den Kosten der privaten Lebensführung zuzuordnen und dürften sich nicht gewinnmindernd auswirken. Die Richter des Niedersächsischen Finanzgerichts schlossen sich dieser pauschalen Ansicht indessen nicht an (Az. 4 K 30/96). Steht dem Chefarzt Krankenhauspersonal sowohl für die Beschäftigung als Angestellter als auch für seine freiberufliche Tätigkeit zur Verfügung und lädt der Chefarzt dieses Personal auf eine Weihnachtsfeier ein, dürfe er die dabei entstandenen Kosten als Betriebsausgaben von seinem Gewinn abziehen, so die Richter. *Tipp*: Dieses Urteil gilt natürlich auch für alle anderen Branchen. Sobald ein Steuerzahler Personal für seine Tätigkeit als Angestellter und für eine genehmigte selbständige Tätigkeit zur Verfügung gestellt bekommt, kann er die Kosten für betriebliche Feste – also nicht nur für eine Weihnachtsfeier – gewinnmindernd verbuchen. ■ CM

Mitarbeiter-Rabatt für Schönheits-OPs

Die Mitarbeiter eines öffentlichen Krankenhauses in Oxford, Großbritannien, erhalten bei plastisch-



©bilderbox.com

ästhetischen Eingriffen am eigenen Leib zukünftig zehn Prozent Preisnachlaß. Die plastische Chirurgie sei ein privat finanzierter Sektor des Krankenhauses, das Angebot gehe also nicht zu Lasten der staatlich finanzierten Gesundheitsdienste, betonte ein Sprecher des Krankenhauses. Der Parlamentsabgeordnete und Arzt Evan Harris kritisierte den Mitarbeiter-Rabatt hingegen als „bizarr". Kürzere Arbeitszeiten oder eine bessere Bezahlung seien bessere Wege, die Mitarbeiter des Krankenhauses zu belohnen. ■ CM

Am Rande notiert Dank der *Bild*-Zeitung vom 4. Oktober 2005 wird derzeit in Nachwuchs-Juristenkreisen die zivilprozessrechtliche Streitfrage diskutiert, ob eine plastisch-chirurgisch vergrößerte Brust vom Gerichtsvollzieher gepfändet werden kann. O-Ton *Bild*-Zeitung: „Jasmins Busen wurde von Schönheitschirurg Dr. Thomas Lorentzen (44) von 75 B auf 75 C vergrößert. Ihr damaliger Freund Sebastian (25) hatte ihr 5000 Euro zu Weihnachten geschenkt, damit sie mit Schlagerkönig Jürgen Drews (60) auf Mallorca auftreten konnte. Dr. Lorentzen: 'Dieses Geld ist bei mir nie angekommen. Zuerst vertröstete sie mich wochenlang am Telefon, dann verschwand sie plötzlich.' Der Schönheitschirurg hat einen Vollstreckungsbescheid erwirkt. Ein Gerichtsvollzieher soll prüfen, was man an der Nacktsängerin pfänden kann." Auf das Ergebnis darf man gespannt sein. ■

Österreichischer Ex-Herzchirurg transplantiert Haare

Der früher in Klagenfurt als Herzchirurg tätige Georg Kobinia hat nach seiner Verurteilung wegen schwerem gewerbsmäßigem Betrugs offenbar ein neues Betätigungsfeld gefunden: Wie die österreichische Presse berichtet hat sich der Mediziner nun der Haarverpflanzung verschrieben. Kobinia transplantiert bei der Beaumed Medical Group in verschiedenen Privatkliniken Haare. Künftig will der Chirurg gar eng mit einer für Haartransplantationen berühmten Klinik in Rio de Janeiro zusammenarbeiten. Wie es scheint ist Kobinia bereits in kürzester Zeit zum Experten in seinem neuen Fach gereift: „So ein Eingriff kostet, je nach Problemzonen, von 2000 Euro aufwärts. Die Operation ist nicht zu erkennen. Die Haare, die meist vom Kopfrand entnommen werden, halten praktisch ewig."


©bilderbox.com

Vor drei Jahren war der Herzchirurg verurteilt und von seiner Tätigkeit als Leiter der Herzchirurgie am LKH Klagenfurt suspendiert worden, weil er schwerkranken Patienten Extra-Honorare in einer Gesamthöhe von über 100 000 Euro abgefordert hatte. Nach eigener Aussage sei er dabei „einem Rechtsirrtum unterlegen". Völlig überraschend gab der österreichische Bundespräsident Heinz Fischer Anfang dieses Jahres einem Gnadengesuch Kobinias statt und tilgte dessen Strafe komplett – eine Möglichkeit, die die österreichische Bundesverfassung vorsieht. Der ehemalige Arbeitgeber Kobinias, das LKH-Klagenfurt, zog im Herbst 2005 schließlich seine Schadenersatz-Klage gegen den Operateur zurück – wegen wirtschaftlicher Aussichtslosigkeit wie es hieß. „Als unbescholtener Mann", wie sein Anwalt formulierte, kann sich der Ex-Herzchirurg nun dem Kampf gegen die Glatzen widmen. ■ CM

Paulinchen e.V. warnt vor Brandbeschleunigern

Der gemeinnützige Verein Paulinchen e.V. – Elterninitiative warnt in einer neuen Kampagne vor dem Einsatz von Brandbeschleunigern beim Grillen. Das eindringlich gestaltete Anzeigenmotiv kann auch als Plakat – neben weiteren Informationsmaterialien – kostenlos angefordert werden. Darüber hinaus bietet Paulinchen e.V. seit Herbst 2004 Ratschläge und Hilfe über eine Hotline (8.00–18.00 Uhr) an.



Paulinchen e.V.
Segeberger Chaussee 35, 22850 Norderstedt
Telefon 01805-112 123 (12 Cent/Min.)
Telefax 040-52950688
Email: info@paulinchen.de, www.paulinchen.de

puragen™

Regeneration pur für Ihre Haut.







puragen

Weniger Falten, mehr Volumen – mit Langzeiteffekt

Lernen Sie den doppelten Vorteil der DXL™-Technologie kennen.

DXL.
Double Cross Linked Hyaluronic Acid

DXL™-Technologie, nur in puragen™. Mit dieser Technologie der doppelten Quervernetzung gehört puragen™ zur nächsten Generation der Dermal Filler. puragen™ – zur Faltenkorrektur und Lippenauffüllung. Kurz gesagt: puragen™ verbindet überzeugende Ästhetik und lang anhaltende kosmetische Effekte.

Mentor Deutschland GmbH
Ludwigstraße 45 · D-65399 Hallbergmoos
Telefon: 0811/60050-0 · Telefax: 0811/60050-11
www.mentorcorp.com

the power to transform

MENTOR

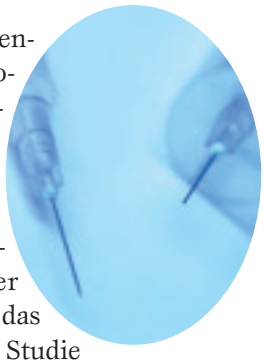
Röntgen-Fotografie 2006 – Wettbewerb für kreative Ärzte



Daß Medizin zugleich auch eine Kunst ist, darüber ist man sich in Fachkreisen einig. Nun ist es an der Zeit, dies auch zu beweisen: Beim Röntgenfotografiewettbewerb 2006 – dem Wettbewerb für kreative Ärzte. Den offiziellen Startschuß gab der Veranstalter Arzt&Praxis GmbH auf der diesjährigen Medica. Der Wettbewerb richtet sich an alle, die sich als Röntgenkünstler abseits des Praxisalltags versuchen möchten. Teilnehmen kann jeder, der eine ausgefallene Idee zum Thema Röntgenfotografie beizusteuern hat. Ob witzig oder ungewöhnlich – der Motiv- und Themenwahl sind hierbei keine Grenzen gesetzt. Prämiert werden die Kunstwerke von einer Fachjury aus Journalisten, Fotografen und Gestaltern nach Originalität und Umsetzung der Idee. Beim Wettbewerb mitfiebern und die bisherigen eingesandten Beiträge verfolgen kann man selbstverständlich auf der Internetseite www.roentgenfotografie.de. Dort sind neben sämtlichen Informationen zum Wettbewerb auch Beispiele zur Röntgenkunst und -geschichte zu finden. Die originellsten Ideen werden mit Preisen im Gesamtwert von über 5000 Euro prämiert, so etwa einem Sony Aibo Roboter, einem Sony Vaio Laptop, einer Konica Minolta DiMAGE X60, einem iPod Nano 2GB. Alle Gewinner erhalten zusätzlich ihre prämierten Fotografien auf hochwertiger Kunstdruck-Leinwand. Bis zum 31. März 2006 können mehrere Fotografien in digitaler oder analoger Form eingesendet werden. ■

Info unter: www.roentgenfotografie.de
Einsendungen bitte an: Gesellschaft für EDV-gestützte Systeme in der Medizin GmbH, Stichwort »Röntgenfotografie«, Maybachstraße 39, 70469 Stuttgart

Impfung gegen Adipositas?



Nach operativen Magenverkleinerungen, Liposuktion und der „Fett-Weg-Spritze“ soll nun eine Impfung die Pfunde schmelzen lassen – das hofft zumindest ein Schweizer Pharmaunternehmen, das derzeit eine klinische Studie mit 112 schwer übergewichtigen Probanden startet. Der Impfstoff soll das Immunsystem stimulieren, Antikörper gegen das körpereigene Peptid Ghrelin zu bilden. Ghrelin spielt eine Rolle bei der Regulation der Nahrungsaufnahme; seine Wirkung im Gehirn steigert den Appetit – darauf deuten zumindest manche neuen Untersuchungen. Der Impfstoff gegen Dickleibigkeit soll das Hungergefühl reduzieren und auf diese Weise ein Abnehmen ohne Quälerei ermöglichen. Völlig unklar ist indessen, welche Nebenwirkungen ein derartiger Eingriff in den komplexen und bislang nur unvollkommen erforschten menschlichen Hormonhaushalt nach sich ziehen würde. ■ CM

Vorankündigung

37. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft der Plastischen, Rekonstruktiven und Ästhetischen Chirurgen
11. Jahrestagung der Vereinigung der Deutschen Ästhetisch-Plastischen Chirurgen (VDÄPC)

29. September – 2. Oktober 2006, Eurogress Aachen



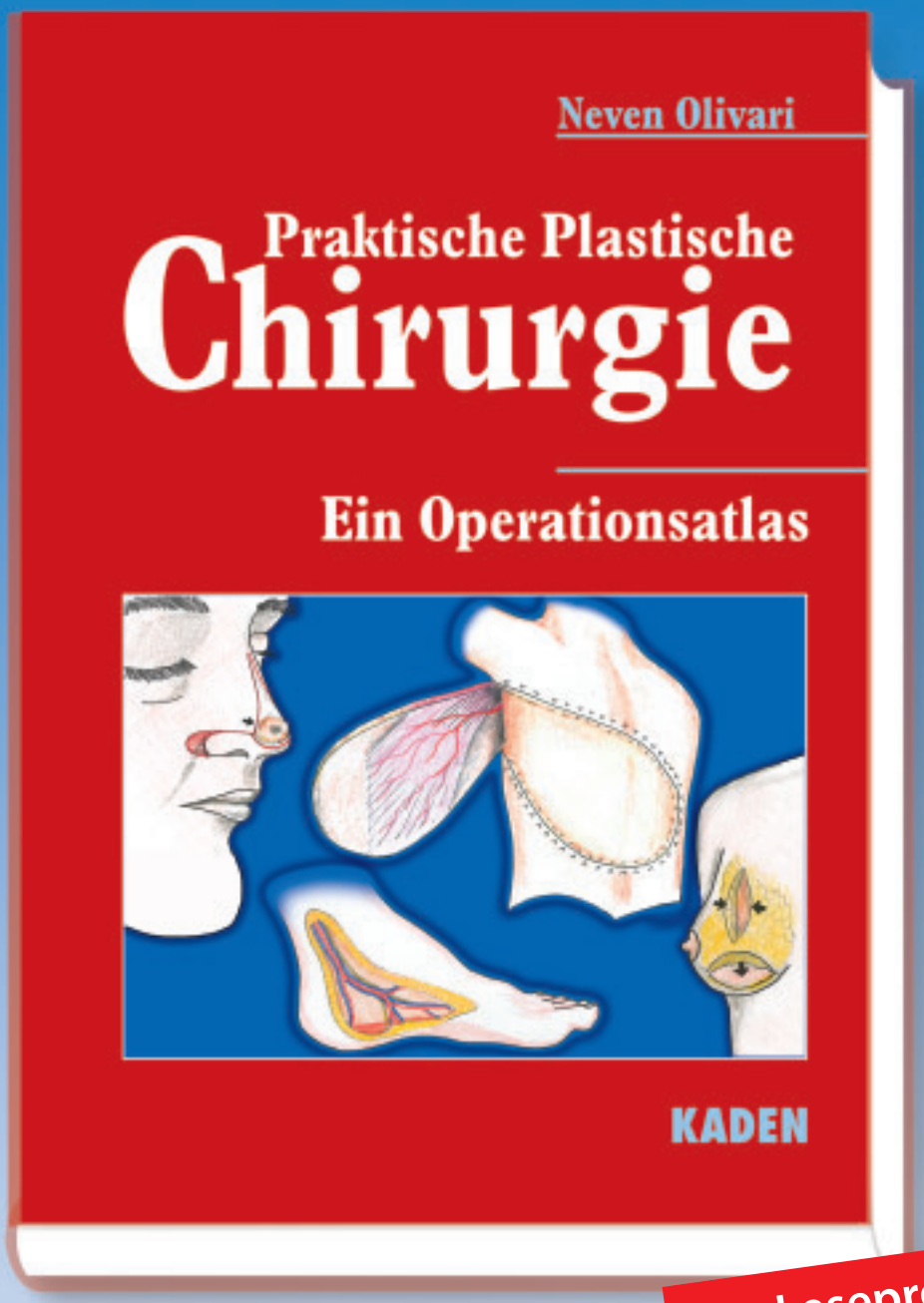
Tagungsleitung:
Prof. Dr. Dr. med. Norbert Pallua
Klinik für Plastische, Hand- und Verbrennungschirurgie, Universitätsklinikum RWTH Aachen

Dr. med. Siegfried Grandel
Klinik für Plastische Chirurgie, Handchirurgie, Luisenhospital Aachen



www.cpb.de/vdpc2006

Empfohlen von der Deutschen Gesellschaft der Plastischen, Rekonstruktiven und Ästhetischen Chirurgen



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

2004. Atlasformat 21 × 29,7 mm. Gebunden.
XVI, 944 Seiten. Über 2800 Abbildungen
(davon 620 Farbzeichnungen),
ISBN 3-922777-55-4. € 318,–, sFr 509,–

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

Neufassung der Satzung *

Deutsche Gesellschaft der Plastischen, Rekonstruktiven und Ästhetischen Chirurgen (Vormals Vereinigung der Deutschen Plastischen Chirurgen)
Stand: 28. September 2005

§ 1 – Name, Sitz, Gemeinnützigkeit

1. Die Vereinigung der Deutschen Plastischen Chirurgen wurde am 16.10.1968 in Bochum gegründet.
Ihr Name lautet nunmehr: *Deutsche Gesellschaft der Plastischen, Rekonstruktiven und Ästhetischen Chirurgen*.
2. Die Vereinigung der Deutschen Plastischen Chirurgen hat ihren Sitz in Ludwigshafen/Rhein und ist dort unter der Nummer 1316 im Vereinsregister eingetragen.
3. Der Verein verfolgt ausschließlich und unmittelbar gemeinnützige Zwecke im Sinne des Abschnitts „Steuerbegünstigte Zwecke“ der Abgabenordnung. Der Verein ist selbstlos tätig; er verfolgt nicht in erster Linie eigenwirtschaftliche Zwecke. Mittel des Vereins dürfen nur für die satzungsmäßigen Zwecke verwendet werden. Die Mitglieder erhalten keine Gewinnanteile und in ihrer Eigenschaft als Mitglieder auch keine sonstigen Zuwendungen aus Mitteln des Vereins. Es darf keine Person durch Ausgaben, die dem Zweck des Vereins fremd sind, oder durch unverhältnismäßig hohe Vergütungen begünstigt werden. Alle Inhaber von Vereinsämtern sind ehrenamtlich tätig.

§ 2 – Zweck und Aufgaben der Vereinigung

1. Die Gesellschaft hat insbesondere die Aufgabe, die Plastische Chirurgie mit ihren Sektionen Rekonstruktive Chirurgie, Verbrennungschirurgie, Handchirurgie und Ästhetische Chirurgie in Deutschland als selbständige Monospezialität zu erhalten und weiterzuentwickeln. Die Gesellschaft hat außerdem die Aufgabe, für die Harmonisierung von Weiterbildungsinhalten und Weiterbildungszeiten sowie für die kontinuierliche Fortbildung im Fachgebiet innerhalb der Europäischen Union einzutreten.
2. Zur Plastischen, Rekonstruktiven und Ästhetischen Chirurgie gehören Behandlungen und Eingriffe, die sich mit der Wiederherstellung und Verbesserung der Körperform und gestörten Körperfunktionen durch angeborene Fehlbildungen, Krankheit, Unfall oder Alter, einschließlich ästhetischer Veränderungen, befassen. Dazu gehören auch Behandlungen und Eingriffe bei Veränderungen des äußeren Erscheinungsbildes, sofern sie zu psychischen Belastungen Anlass geben.
3. Die Aufgaben der Gesellschaft erstrecken sich ferner auf die Förderung der Plastischen, Rekonstruktiven und Ästhetischen Chirurgie in wissenschaftlicher und praktischer Hinsicht. Dazu gehört auch die Zusammenarbeit und Pflege des Gedankenaustausches mit ausländischen Fachgesellschaften der Plastischen, Rekonstruktiven und Ästhetischen Chirurgie.
4. Eine weitere Aufgabe stellt die Optimierung der Qualität in der Weiterbildung und der postgraduierten kontinuierlichen Fortbildung in theoretischer und praktischer Hinsicht dar. Die Gesellschaft verfolgt diese Ziele im Rahmen der Europäischen Leitlinien.
5. Ziele und Aufgaben der Gesellschaft entsprechen den Richtlinien der International Confederation for Plastic, Reconstructive and Aesthetic Surgery.
6. Die Gesellschaft ist Mitglied in der *International Confederation for Plastic, Reconstructive and Aesthetic Surgery*. Damit ist sie der akkreditierte Vertreter der deutschen Plastischen, Rekonstruktiven und Ästhetischen Chirurgie im offiziellen Weltverband dieses Fachgebiets.
7. Die Gesellschaft vertritt die allgemeinen und berufspolitischen Interessen der Plastischen, Rekonstruktiven und Ästhetischen Chirurgie innerhalb der deutschen Ärzteschaft und gegenüber ihren gewählten Vertretern.

§ 3 – Rechte und Pflichten der Mitglieder

1. Die Gesellschaft setzt für die ordentliche Mitgliedschaft den in Deutschland erworbenen Facharzt für Plastische (und Ästhetische) Chirurgie in der jeweils gültigen Fassung der Weiterbildungsordnung voraus. Das Curriculum sollte einer qualifizierten Weiterbildung entsprechen und mit der Musterweiterbildungsordnung übereinstimmen. Ordentliche Mitglieder müssen ausschließlich auf dem Gebiet der Plastischen, Rekonstruktiven und Ästhetischen Chirurgie tätig sein.
Ordentliche Mitglieder sind stimmberechtigt und beitragspflichtig.
2. Ausländische Ärzte müssen für die ordentliche Mitgliedschaft folgende Voraussetzungen erfüllen:

*Die in der Satzung enthaltenen Bezeichnungen (Präsident, Facharzt usw.) sind als geschlechtsneutral (Präsidentin, Fachärztin usw.) zu verstehen.

– Facharztanerkennung als Plastischer (und Ästhetischer) Chirurg in Deutschland
– Ausübung der Tätigkeit als Plastischer (und Ästhetischer) Chirurg in Deutschland
– Ausübung der Tätigkeit als Plastischer (und Ästhetischer) Chirurg auf Dauer und seit mindestens 2 Jahren in Deutschland
– Die Aufnahme als ordentliches Mitglied muß den Interessen der Gesellschaft dienen.
3. Assoziierte Mitglieder können Ärzte werden, die sich in der Gesellschaft zum Facharzt der Plastischen, Rekonstruktiven und Ästhetischen Chirurgen befinden oder Ärzte, die durch ihre berufliche Tätigkeit und Leistung besondere Verdienste um die Plastische und Ästhetische Chirurgie erworben haben. Die Dauer der Mitgliedschaft ist grundsätzlich auf 6 Jahre begrenzt. Sie kann jedoch auf Antrag verlängert werden.
Assoziierte Mitglieder haben kein Stimmrecht und sind beitragspflichtig.
4. Zu korrespondierenden Mitgliedern können namhafte ausländische Plastische Chirurgen ernannt werden, denen eine besondere Ehrung zu Teil werden soll. Korrespondierende Mitglieder haben kein Stimmrecht und sind nicht beitragspflichtig.
5. Ehrenmitglieder können Persönlichkeiten werden, die die deutsche Plastische Chirurgie in herausragender Weise gefördert haben. Einen Antrag auf Ernennung kann jedes ordentliche Mitglied einreichen. Über den Antrag entscheidet der Vorstand. Ehrenmitglieder sind nicht beitragspflichtig.

§ 4 – Beiträge der Mitglieder, Geschäftsjahr

1. Die Jahresbeiträge und Befreiungen von der Beitragspflicht werden von der Mitgliederversammlung festgesetzt. Die Einziehung der Mitgliedsbeiträge erfolgt durch den Schatzmeister.
2. Das Geschäftsjahr entspricht dem Kalenderjahr.

§ 5 – Aufnahme, Austritt und Ausschluss

1. Der Aufnahmeantrag muß beim geschäftsführenden Vorstand gestellt werden. Für die Aufnahme sind 3 Bürgen erforderlich, die ordentliche Mitglieder der Gesellschaft sind und den Antragsteller und sein Curriculum persönlich kennen. Ein Aufnahmeausschuss prüft das Curriculum und die Bewerbungsunterlagen. Die Namen der Antragsteller und der Bürgen werden mit der Einladung zur ordentlichen Mitgliederversammlung allen ordentlichen Mitgliedern bekannt gegeben. Falls gegen die Aufnahme des Antragstellers Einspruch erhoben wird, muß dieser eingehend begründet werden. Die Entscheidung über die Aufnahme trifft die Mitgliederversammlung, nachdem mindestens einer der anwesenden Bürgen eine Stellungnahme dazu abgegeben hat.
Ein Aufnahmeanspruch auf ordentliche oder assozierte Mitgliedschaft besteht nicht.
2. Der Austritt kann jederzeit zum Jahresende erklärt werden. Der Beitrag ist noch für das laufende Kalenderjahr zu bezahlen.
3. Der Ausschluss kann durch Beschluss der Mitgliederversammlung erfolgen, wenn ein Mitglied nach zweimaliger Mahnung mit seinem Beitrag länger als ein Jahr im Rückstand bleibt. Der Ausschluss wird nach Empfang des Ausschlussschreibens wirksam.
4. Ein Mitglied, dem rechtskräftig die bürgerlichen Ehrenrechte aberkannt wurden oder dem die Approbation als Arzt entzogen worden ist, wird aus der Gesellschaft ausgeschlossen.
5. Schädigt ein Mitglied das Ansehen der Gesellschaft (vormals Vereinigung), so kann die Mitgliederversammlung nach Anhören des Betroffenen über den Ausschluss abstimmen. Das Mitglied kann gegen seinen Ausschluss Widerspruch beim Ehrenrat einlegen. Der Ehrenrat trifft die endgültige Entscheidung, die mit einer 3 Stimmen-Mehrheit erfolgen muß. Der Rechtsweg gegen den Beschluß ist ausgeschlossen.

§ 6 – Organe der Gesellschaft (vormals VDPC)

1. der Vorstand
2. der Beirat
3. die Mitgliederversammlung
4. die Landesverbände
5. der Ehrenrat

§ 7 – Der Vorstand

1. Der geschäftsführende Vorstand besteht aus 7 stimmberechtigten Mitgliedern: dem Präsidenten , den 4 Vizepräsidenten , dem Sekretär und dem Schatzmeister.
2. Die Vizepräsidenten vertreten im geschäftsführenden Vorstand die 4 Säulen der Plastischen Chirurgie (Rekonstruktive Chirurgie, Handchirurgie, Verbrennungschirurgie und Ästhetische Chirurgie). Ihre Aufgabe besteht in der Koordinierung und Weiterentwicklung der Forschung und Fortbildung in den jeweiligen

Spezialgebieten. Sie vertreten außerdem die speziellen Interessen der jeweiligen Säule gegenüber Ministerien, Bundesärztekammer, Kassenärztlichen Vereinigungen, weiteren Körperschaften, anderen Standesorganisationen und interdisziplinären Arbeitsgemeinschaften. Auftritte in der Öffentlichkeit bedürfen der vorherigen Absprache mit den weiteren Mitgliedern des geschäftsführenden Vorstandes.
3. Der erweiterte Vorstand besteht aus 12 stimmberechtigten Mitgliedern: den 7 Mitgliedern des geschäftsführenden Vorstandes, dem Vertreter der niedergelassenen Plastischen Chirurgen, dem Vertreter der assoziierten Mitglieder, dem Vertreter in der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie, dem Vertreter im Berufsverband der Deutschen Chirurgen und dem Vertreter in der Deutschen Gesellschaft für Senologie.
4. Der Beirat besteht aus den Vorsitzenden der Landesverbände. Der geschäftsführende Vorstand lädt den Beirat zu den Vorstandssitzungen. Die Beiratsmitglieder sind nicht stimmberechtigt.
5. Vorstand im Sinne des §26 BGB ist der geschäftsführende Vorstand. Die Gesellschaft wird gerichtlich und außergerichtlich durch 2 Mitglieder des geschäftsführenden Vorstands, von denen einer der Präsident oder der Sekretär sein muss, vertreten.
6. Der geschäftsführende Vorstand führt die laufenden Geschäfte der Gesellschaft und entscheidet in allen unaufschiebbaren Angelegenheiten. Er verwaltet ferner das Vermögen der Vereinigung.

§ 8 – Amtsdauer und Wahl des Vorstands

1. Die Amtsdauer der Vorstandsmitglieder beträgt
1. für den Präsidenten: jeweils zwei Jahre ab dem Tag der Wahl.
2. für den Schatzmeister und den Sekretär: jeweils fünf Jahre ab dem Tag der Wahl.
3. für die Vizepräsidenten: jeweils zwei Jahre ab dem Tag der Wahl.
4. für den Vertreter in der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie, den Vertreter im Berufsverband der Deutschen Chirurgen und den Vertreter in der Deutschen Gesellschaft für Senologie: jeweils entsprechend der Akkreditierungsdauer.
Für den Vertreter der niedergelassenen Plastischen (und Ästhetischen) Chirurgen und den Vertreter der assoziierten Mitglieder beträgt die Amtszeit 2 Jahre ab dem Tag der Wahl.
5. für die Beiratsmitglieder: jeweils 4 Jahre ab dem Tag der Wahl.
Die Wahl erfolgt gemäß §13, Abs. 1

§ 9 – Beschlussfassung des Vorstands

1. Der geschäftsführende Vorstand und der erweiterte Vorstand fassen ihre Beschlüsse in Vorstandssitzungen, die vom Präsidenten, bei dessen Verhinderung vom Sekretär einberufen werden. Grundsätzlich ist eine Einberufungsfrist von vier Wochen einzuhalten. In dringenden Fällen kann die Einberufungsfrist verkürzt werden. Mit der Einberufung ist die Tagesordnung mitzuteilen. Der Vorstand ist ungeachtet der Zahl der erschienenen Mitglieder stets beschlussfähig, wenn mindestens ein Mitglied des geschäftsführenden Vorstandes anwesend ist.
2. Ein Beschluss ist gültig, wenn er mit einfacher Mehrheit der abgegebenen gültigen Stimmen zustande kommt.
Bei Stimmengleichheit entscheidet die Stimme des Leiters der Vorstandssitzung. Die Vorstandssitzung muß von einem Mitglied des geschäftsführenden Vorstandes geleitet werden.
3. Ein Vorstandsbeschluss kann auf schriftlichem Wege gefasst werden, wenn alle Vorstandsmitglieder ihre Zustimmung zur Beschlussvorlage erklären.

§ 10 – Beirat

1. Der Beirat besteht aus den Vorsitzenden der Landesverbände. Die Zahl der Landesverbände entspricht der Zahl der Landesärztekammern, wenn nicht nach § 14, Abs.1 ein davon abweichender Beschluss gefasst wird.
2. Der Beirat hat die Aufgabe, den Vorstand in berufspolitischen Angelegenheiten, die in den Bereich der Landesärztekammern fallen, zu beraten. Dies schließt alle Fragen der Fort- und Weiterbildung mit ein.
3. Die Sitzungen des Beirats mit dem erweiterten Vorstand finden zweimal im Jahr statt. Weitere Sitzungen des Beirats können bei Bedarf unter Einhaltung einer Einladungsfrist von 4 Wochen einberufen werden.

§ 11 – Mitgliederversammlung

1. Die Mitgliederversammlung ist oberstes Beschlussorgan. An der Mitgliederversammlung können nur ordentliche Mitglieder teilnehmen.
Jedes ordentliche Mitglied hat eine Stimme.
2. Mindestens einmal im Jahr soll eine ordentliche Mitgliederversammlung stattfinden. Sie wird vom Präsidenten unter Einhaltung einer Frist von vier Wochen schriftlich unter

Angabe der Tagesordnung, gegebenenfalls auch unter Angabe der Wahlvorschläge und der neuen Anträge auf Mitgliedschaft, einberufen. Die Tagesordnung setzt der Vorstand fest. Die Frist beginnt mit dem auf die Absendung des Einladungsschreibens folgenden Tag. Das Einladungsschreiben gilt dann als dem Mitglied zugegangen, wenn es an die letzte vom Mitglied der Gesellschaft schriftlich bekannt gegebene Adresse gerichtet ist.

3. Die Mitgliederversammlung wird vom Präsidenten, bei dessen Verhinderung vom Sekretär oder einem anderen Mitglied des geschäftsführenden Vorstands, geleitet. Bei Wahlen kann die Versammlungsleitung für die Dauer des Wahlganges und der vorhergehenden Diskussion einem Wahlausschuss übertragen werden.

4. Die Art der Abstimmung bestimmt der Versammlungsleiter. Die Abstimmung muss schriftlich durchgeführt werden, wenn ein Drittel der bei der Abstimmung anwesenden stimmberechtigten Mitglieder dies beantragt. Die Wahl der Vorstandsmitglieder gemäß §7.1 muß schriftlich erfolgen. Die zur Wahl stehenden Personen können auf einer Wahlliste getrennt nach Ämtern aufgeführt werden. Wahlvorschläge können bis spätestens 1 Woche vor der Mitgliederversammlung schriftlich bei der Geschäftsstelle eingereicht werden. Ein Vorschlag für eine Kandidatur muß von mindestens 10 ordentlichen Mitgliedern unterschrieben sein. Der Eingang muß von der Geschäftsstelle bestätigt werden.

5. Die Mitgliederversammlung ist ohne Rücksicht auf die Zahl der anwesenden Mitglieder stets beschlussfähig.

6. Die Mitgliederversammlung fasst Beschlüsse grundsätzlich mit einfacher Mehrheit der abgegebenen gültigen Stimmen; zur Änderung der Satzung ist jedoch eine Mehrheit von drei Viertel der abgegebenen gültigen Stimmen erforderlich; Stimmenthaltungen bleiben immer unberücksichtigt. Für Wahlen gilt folgendes: hat im ersten Wahlgang kein Kandidat die absolute Mehrheit der abgegebenen gültigen Stimmen erreicht, findet eine Stichwahl zwischen den beiden Kandidaten statt, welche die höchsten Stimmzahlen erreicht haben.

7. Über die Beschlüsse der Mitgliederversammlung ist ein Protokoll aufzunehmen, das vom jeweiligen Versammlungsleiter und dem Protokollführer zu unterzeichnen ist. Der Protokollführer wird vom Versammlungsleiter bestimmt. Das Protokoll soll folgende Feststellungen enthalten: Ort und Zeit, sowie Dauer der Versammlung, Person des Versammlungsleiters und des Protokollführers, Zahl der erschienenen Mitglieder und deren Namen, Tagesordnung, die einzelnen Abstimmungsergebnisse und die Art der Abstimmung. Bei Satzungsänderungen muß der genaue Wortlaut der Änderung angegeben werden.

§ 12 – Nachträgliche Anträge zur Tagesordnung

Jedes Mitglied kann bis spätestens eine Woche vor dem Tag der Mitgliederversammlung beim Vorstand schriftlich beantragen, dass weitere Tagesordnungspunkte nachträglich auf die Tagesordnung gesetzt werden. Der Versammlungsleiter hat zu Beginn der Mitgliederversammlung die Tagesordnung entsprechend zu ergänzen. Anträge auf Ergänzung der Tagesordnung, die erst in der Mitgliederversammlung gestellt werden, können erörtert, jedoch nicht zur Abstimmung gebracht werden.

§ 13 – Außerordentliche Mitgliederversammlung

Der Vorstand kann jederzeit eine außerordentliche Mitgliederversammlung einberufen. Diese muss einberufen werden, wenn das Interesse der Gesellschaft es erfordert oder wenn die Einberufung von einem Drittel aller Mitglieder schriftlich unter Angabe des Zwecks und der Gründe vom Vorstand verlangt wird. §11 findet auch bei einer außerordentlichen Mitgliederversammlung Anwendung.

§ 14 – Die Landesverbände

1. Die Gesellschaft bildet Landesverbände, die den Zuständigkeitsbereichen der Landesärztekammern entsprechen. Durch Beschluss von Vorstand und Beirat kann ein Kammerbereich unterteilt werden, so dass mehrere Landesverbände entstehen. Umgekehrt können mehrere Kammerbereiche zu einem einzigen Landesverband zusammengefasst werden. An den Sitzungen der Landesverbände können ordentliche und assoziierte Mitglieder teilnehmen. Die zugehörigen Mitglieder der Gesellschaft wählen einen Vorsitzenden und einen Stellvertreter, die den geschäftsführenden Vorstand des Landesverbandes bilden. Die Amtszeit beträgt 4 Jahre, Wiederwahl ist zulässig. Die Wahl ist dem Vorstand der Gesellschaft anzuzeigen. Die auf Landesverbandsebene gewählten Vorsitzenden und Stellvertreter werden auf der nächsten Mitgliederversammlung der Gesellschaft in ihren

Ämtern bestätigt. Einzelheiten können im Rahmen einer Geschäftsordnung geregelt werden.
2. Die Landesverbände haben die Aufgabe, die Ziele der Gesellschaft und die speziellen Interessen ihrer Mitglieder auf Landesebene gegenüber Ministerien, Ärztekammern, Körperschaften wie den Kassenärztlichen Vereinigungen, Berufsgenossenschaften, anderen Standesorganisationen und interdisziplinären Arbeitsgemeinschaften zu vertreten und umzusetzen.Die Vertreter der Landesverbände haben bei Stellungnahmen und bei Auftritten in der Öffentlichkeit über die Inhalte vorher grundsätzlich Konsens mit dem geschäftsführenden Vorstand der Gesellschaft zu erzielen. Veröffentlichungen, Veranstaltungsprogramme und Schriftwechsel sind an die Geschäftsstelle der Vereinigung in Kopie weiterzugeben.

§ 15 – Ehrenrat und Ehrenkodex

Die Mitgliederversammlung wählt einen Ehrenrat, bestehend aus 4 Mitgliedern. Bei der Abstimmung gilt die einfache Mehrheit der abgegebenen gültigen Stimmen. Die Mitgliederversammlung kann zusammen mit dem Ehrenrat einen Ehrenkodex beschließen. Dieser ist dann für alle Mitglieder der Vereinigung verbindlich. Die Amtszeit der Mitglieder des Ehrenrates beträgt 5 Jahre. Wiederwahl ist möglich.

§ 16 – Veranstaltungen

Die wissenschaftlichen Veranstaltungen können auf verschiedene Weise abgehalten werden:
1. Die Jahrestagung findet in Form eines wissenschaftlichen Kongresses statt. Die Themen sollen alle 4 Säulen der Plastischen Chirurgie umfassen. Zur Jahrestagung können in- und ausländische Gäste als Referenten und Teilnehmer geladen werden.
2. Darüber hinaus können weitere wissenschaftliche Veranstaltungen organisiert werden.
3. Wissenschaftliche Veranstaltungen können auch gemeinsam mit ausländischen Fachvertretungen für Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie abgehalten werden.
4. Die Entscheidung über Anzahl, Gestaltung und Themen wissenschaftlicher Veranstaltungen trifft der Vorstand in Absprache mit den jeweiligen Tagungsleitern.

§ 17 – Auflösung der Gesellschaft (vormals Vereinigung)

1. Die Auflösung der Gesellschaft kann nur auf Antrag des Vorstands oder der Hälfte aller ordentlichen Mitglieder in einer zu diesem Zweck einberufenen Mitgliederversammlung mit einer Mehrheit von vier Fünftel der abgegebenen gültigen Stimmen beschlossen werden. Wenn die Mitgliederversammlung nichts anderes beschließt, sind der Präsident und der Sekretär gemeinsam vertretungsberechtigte Liquidatoren.
2. Absatz 1 gilt entsprechend für den Fall, dass die Gesellschaft aus einem anderen Grund aufgelöst wird oder die Rechtsfähigkeit verliert.
3. Bei Auflösung der Gesellschaft oder bei Wegfall ihres bisherigen Zwecks fällt das Vermögen an die Interplast-Stiftung (rechtsfähige, in Deutschland ansässige Stiftung zur Förderung längerfristiger Projekte für Plastische Chirurgie in Entwicklungsländern).

Geschäftsführende Vorstandsgremien

Deutsche Gesellschaft der Plastischen, Rekonstruktiven und Ästhetischen Chirurgen

Präsident	Dr. med. Marita Eisenmann-Klein, Regensburg
Vizepräsidenten	Prof. Dr. med. Norbert Pallua, Aachen
	Prof. Dr. med. Günter Germann, Ludwigshafen
	Prof. Dr. med. Peter M. Vogt, Hannover
	Prof. Dr. med. Axel-Mario Feller, München
Sekretär	Prof. Dr. med. Hans-Eberhard Schaller, Tübingen
Schatzmeister	Dr. med. Hermann Lampe, Frankfurt/Main

Vereinigung der Deutschen Ästhetisch-Plastischen Chirurgen

Präsident	Prof. Dr. med. Axel-Mario Feller, München
Vizepräsident	Prof. Dr. med. Christian J. Gabka, München
Sekretär	Dr. med. Johannes C. Bruck, Berlin
Schatzmeister	Dr. med. Goswin von Mallinckrodt, München

Erhöhte Suizid-Rate bei Frauen mit Brustimplantaten

Wünschen Frauen aus kosmetischen Gründen eine Brustvergrößerung, so ist es sinnvoll, vor einem solchen Eingriff eine psychiatrische Untersuchung durchzuführen und etwaige psychische Erkrankungen sorgfältig auszuschließen – zu diesem Schluß kommen zumindest die Autoren einer in *Archives of Internal Medicine* publizierten Studie. Die retrospektive Untersuchung schloß annähernd 11 600 dänische Frauen ein, die im Zeitraum von 1973 bis 1995 entweder eine Brustvergrößerung, eine Brustverkleinerung oder einen anderen chirurgisch-ästhetischen Eingriff hatten durchführen lassen. Im Vergleich zur Normalbevölkerung nahmen sich Frauen mit Brustimplantaten dreimal häufiger das Leben, ihr allgemeines Sterblichkeitsrisiko war um den Faktor 1,3 erhöht. Eine erhöhte Krebssterblichkeit fand sich indes nicht. Bei den Frauen, die sich einer Brustverkleinerung unterzogen hatten, war das Suizidrisiko ebenfalls erhöht (Faktor 1,6), die allgemeine Sterblichkeit jedoch deutlich geringer (Faktor 0,7). Die Daten geben nach Ansicht der Autoren klare Hinweise auf ein gehäuftes Vorliegen psychischer Erkrankungen bei Frauen mit Brustimplantaten. Dabei scheinen ernsthafte psychische Probleme oder eine psychische Erkrankung weniger die Folge als vielmehr die Ursache für die operative Brustvergrößerung zu sein. Denn überproportional viele Frauen mit Brustimplantaten – nämlich acht Prozent – waren bereits vor dem Eingriff stationär psychiatrisch behandelt worden; von den Suizidopfern mit Brustimplantaten war sogar die Hälfte vor der Operation in einer psychiatrischen Klinik gewesen – bei den Frauen mit Brustverkleinerung, die sich selbst getötet hatten, lag der entsprechende Anteil lediglich bei 27 Prozent. ■ CM

Jacobsen PH et al (2004) Mortality and suicide among Danish women with cosmetic breast implants. Arch Intern Med 164: 2450–2455

PIP Implantate jetzt auch in Deutschland über MAKÜMED Implant Technologies erhältlich

Medizintechnik MAKÜMED Implant Technologies

Zertifiziertes QM-System mdc ISO 13485 ISO 9001



PIP

Klasse III nach EU-Norm CE-zertifizierte Silikon-Brustimplantate von P.I.P (Poly Implants Prothesis)
Generalvertrieb Deutschland durch
MAKÜMED Medizintechnik – Implant Technologies

PIP-Implantate zeichnen sich durch patentierte klinische Innovationen aus, u.a. asymmetrische Implantate, runde Implantate mit Ultrahochprofil, Implantate mit Mikrotexturierung, titanisierte Implantate, ventilierte hochsatzgefüllte Implantate.

Überzeugen Sie sich von unserem kundenfreundlichen Service, u.a. gebührenfreie Bestellung per Telefon (0800) oder online, kostenfreie Rücksendung von Auswahlsendungen ohne Mindestabnahme, dichtes Vertriebsnetz mit Außendienstmitarbeitern deutschlandweit, Mengenrabatte nach Bonussystem, 10 Jahre Austauschgarantie bei Materialfehler.

MAKÜMED Implant Technologies
Maximillianstraße 35, 80539 München
Tel.: 08 00/62 58 36 33 oder 089/52 03 68 97, Fax: 089/52 03 68 99
E-Mail: info@pip-deutschland.de, www.pip-deutschland.de

Corporate Identity für Kliniken und Praxen

Niedergelassene Ärzte und Kliniken sind einem zunehmenden Wettbewerb ausgesetzt. Die Konkurrenz wächst, die Umsätze sinken und die rechtlich gelockerten Möglichkeiten für ärztliche Werbung verunsichern oft mehr als wirklich zu informieren. Zudem ist zu beobachten, daß die Patienten bei der Wahl des Arztes und der Therapieform kritischer werden. Eine gute Ausbildung und ärztliche Behandlung allein reichen daher nicht mehr aus, um Vertrauen aufzubauen und am Markt bestehen zu können. Es kommt darauf an, sich mit einer eigenen Identität glaubwürdig zu präsentieren – eine sogenannten Corporate Identity aufzubauen. Die medizinische Dienstleistung unterliegt den Marktgesetzen; der Arzt oder Klinikleiter muß als Unternehmer für den entscheidenden Wettbewerbsvorteil sorgen. Ärzte müssen also kommunizieren, wo ihre Stärken liegen, um die Aufmerksamkeit der Patienten auf sich und die angebotenen Leistungen zu lenken. Diese Kommunikation geschieht nicht allein durch Worte, sondern durch eine Summe von Faktoren, die in der visuellen äußeren Erscheinung (Corporate Design = Logo, Visitenkarte, Homepage, Praxiseinrichtung) genauso wie in dem Verhalten gegenüber den Patienten (Corporate Behaviour = Service, Patienteninformation) liegt. Was nützt eine moderne Homepage, wenn die Praxiseinrichtung offensichtlich veraltet ist? Was denkt der Patient, wenn sich das Eingangschild in Farbe und Logo von der Patientenbroschüre unterscheidet? Die Identität einer Klinik oder Praxis wird also nicht allein durch die Persönlichkeit des Mediziners repräsentiert. Identität steht für Individualität und Wiedererkennung. Corporate Identity steht für ein professionelles, einheitliches und zielgruppengerechtes Erscheinungsbild, um so Kompetenz und Glaubwürdigkeit zu kommunizieren und Vertrauen aufzubauen. ■

excognito – Agentur für Kommunikation
Marc Däumler, www.excognito.de

Innovatives Gesundheitszentrum

Arzt/Ärztin für Chirurgie

Arzt/Ärztin für Chirurgie

mit Teilgebiet plastische Chirurgie
als Praxisinhaber/in

Wir sind ein akademisches Lehrkrankenhaus in konfessioneller Trägerschaft und eines der zentralen Versorgungskrankenhäuser einer norddeutschen Großstadt mit ca. 500.000 Einwohnern. Profilierte Schwerpunkte setzen wir in den Leistungsbereichen Onkologie, Orthopädie und Unfallchirurgie sowie in einem interdisziplinären Bauchzentrum. Im Management haben wir uns frühzeitig und innovativ auf die Entwicklungen im Gesundheitssektor eingestellt.

Als nächsten Schritt unserer strategischen Weiterentwicklung planen wir für den Sommer 2007 die Eröffnung eines Ärztehauses (kein MVZ!) mit 8-12 Facharztpraxen, welche das Leistungsspektrum unseres Hauses ideal ergänzen. Vorgesehen sind u. a. Praxen für Neurologie, Dermatologie, MKG-Chirurgie, Urologie, Kardiologie, Pädiatrie, Augenheilkunde, Strahlentherapie sowie plastisch-ästhetische Chirurgie. Die architektonische Planung für das Ärztehaus ist relativ weit fortgeschritten, kann aber hinsichtlich der Praxisflächen natürlich noch detailliert mitgestaltet werden. Eine interessante und innovative Architektur, ein großzügiges Foyer und eine vor dem Hintergrund steigender Energiepreise innovative Anlagentechnik (Niedrigenergiegebäude/Passivenergiehaus) sind hierbei selbstverständlich.

Die plastisch-ästhetische Chirurgie ist in unserem Versorgungsbereich ein unbeplantes Fachgebiet und bisher nicht adäquat vertreten. Interessentinnen bzw. Interessenten bieten wir neben großzügigen Praxisflächen die Möglichkeit zur Nutzung der gesamten Infrastruktur unseres Hauses. Hervorzuheben ist die Möglichkeit des ambulanten Operierens in unserem etablierten AOP-Zentrum sowie die optionale Bereitstellung von stationären Betten. Sie profitieren von einem schlüssigen Versorgungskonzept in einem innovativen Gesundheitsnetzwerk.

Wir erwarten von Ihnen eine abgeschlossene Weiterbildung in der Chirurgie und im Teilgebiet plastische Chirurgie sowie eine mehrjährige, eigenständige Berufserfahrung in den relevanten Arbeitsbereichen der ästhetischen Chirurgie. Ihre Mitgliedschaft im VDPC bzw. im VDÄPC setzen wir voraus.

Sind Sie an einer Praxis-Niederlassung mit möglicher Kooperation und Anbindung an unsere Klinik interessiert? Wir freuen uns auf Ihre kurze schriftliche Kontaktaufnahme über das von uns beauftragte Beratungsunternehmen, welches diese an uns weiterleiten wird. Wir melden uns dann umgehend bei Ihnen, um weitere Details bzw. Fragen mit Ihnen zu diskutieren. Diskretion und die Berücksichtigung von Sperrvermerken sichern wir Ihnen selbstverständlich zu.

Bitte senden Sie ein kurzes Anschreiben inklusive eines Lebenslaufes und eines Lichtbildes unter Angabe der Kennziffer 801 522 per E-Mail (sandra.schmidt@kienbaum.de), per Fax (0 511/30 26 9-99) oder per Post an die Kienbaum Executive Consultants GmbH, Luisenstraße 12, 30159 Hannover.

Kienbaum

Deutschland, Frankreich, Großbritannien, Kanada, Luxemburg, Niederlande, Österreich, Polen, Russland, Schweiz, Tschechien, Ungarn, Vereinigte Staaten, China, Singapur, Thailand

Executive Search
Human Resource & Management Consulting

Fortbildungsseminare für Assistenten in der Weiterbildung zum Facharzt für Plastische Chirurgie – 2006

	Kurstitel	Name/Ort	Datum	Weiterbild.-Abschnitt
Kopf und Hals				
1.	Frakturen Gesichtsschädel	Schmidt / Murnau	3.3.2006	5. – 6. Jahr
2	Chirurgie der Augenlider	Bruck / Berlin	13.–14.3.2006	3.–4. Jahr
3	Korrektur abstehender Ohren in Anlehnung an die Stenström-Technik, eig. Mod.	Miericke / Göttingen	6.–7.4.2006	2.–6. Jahr
4	Otoplastik mit anteriorem Zugang	Borsche / Bad Kreuznach	7.4.2006	2.–4. Jahr
5	Defektdeckungen im Gesicht	Gubisch / Stuttgart	27.–28.4.2006	1.–2. Jahr
6	Lappenplastiken im Gesicht	Krause-Bergmann, Herren / Münster	11.–12.5.2006	2.–3. Jahr
7	Exophthalmus und Periorbitale Chirurgie	Richter / Wesseling	11.–12.5.2006	4.–5. Jahr
8	Lokale Lappenplastiken – Kopf / Hals	Messer / Hameln	11.–12.5.2006	1.–3. Jahr
9	Facialischirurgie: Freies Muskeltransplantat, Zügelplastik, Knorpelanker	Greulich / Stuttgart	6.–7.7.2006	2.–3. Jahr
10	Facial rejuvenation – Chirurgie der Ohrmuschel	Gubisch / Stuttgart	6.–7.7.2006	5.–6. Jahr
11	Rhinoplastik – Grundlagen	Alamuti / Wiesbaden	14.7.2006	1.–4. Jahr
12	Der kraniofaziale Symptomenkomplex – Bewährtes und Neues	Ninkovic, v. Gernet / München	7.–8.8.2006	4.–6. Jahr
13	Facelift, Lidplastik & Co.	Exner / Frankfurt	20.10.2006	5.–6. Jahr
14	Ästhetische Gesichtschirurgie (Oberlider–Unterlider–Facelift)	Geishauser, Herndl / München	20.–21.10.2006	4.–6. Jahr
15	Ästhetische und funktionelle Rhinochirurgie	Gubisch / Stuttgart	9.–10.11.2006	5.–6. Jahr
16	Fazialisparese – dynamische Rekonstruktion nach Gillies und McLaughlin	Exner / Frankfurt	10.–20.11.2006	2.–3. Jahr
17	Chirurgie der Augenlider	Bruck / Berlin	13.–14.11.2006	3.–4. Jahr
18	Lappenplastiken im Gesicht	Liebau / Düsseldorf	16.–17.11.2006	3.–4. Jahr
19	Kosmetische Korrektur der Augenlider	Feldhaus / Tuttlingen	27.–28.11.2006	5.–6. Jahr
Brustwand				
20	Mikrochirurgie des Lymphsystems und Chirurgie der weiblichen Brust	Baumeister / München	7.–8.2.2006	5.–6. Jahr
21	Onkologie des Mamma-Ca. und Brustrekonstruktion mit Hautmuskellappen	Bubb / Landshut	15.–16.3.2006	5.–6. Jahr
22	Axilläre Brustvergrößerung	Solz / Mannheim	20.3.2006	3. Jahr
23	Mikrochirurgische Brustrekonstruktion – TRAM / DIEP	Andree / Düsseldorf	23.–24.3.2006	4.–6. Jahr
24	Ästhetische Mammachirurgie	Vogt / Hannover	24.3.2006	5.–6. Jahr
25	Mammareduktionsplastik nach Hall-Findlay	Alamuti / Wiesbaden	12.–13.4.2006	1.–4. Jahr
26	Gynäkomastie und UAL (ultraschallassistierte Liposuction)	Liebau / Düsseldorf	20.–21.4.2006	2.–3. Jahr
27	Rund um das Implantat	Schaar, Kluge / Wiesbaden	24.4.2006	5.–6. Jahr
28	Brustwiederaufbau (Eigengewebe, DIEP-flap, Alloplastik, Mamillenrekonstruktion und angleichende Reduktionsmammaplastik)	Exner / Frankfurt	25.4.2006	1.–2. Jahr
29	Reduktionsmammaplastik	Lampe / Frankfurt	8.5.2006	ab 2. Jahr
30	Ästhetische Mammachirurgie	Bruck / Berlin	8.–9.5.2006	5.–6. Jahr
31	Mammareduktionsplastik	Geishauser, Herndl / München	8.–9.5.2006	1.–6. Jahr
32	Mammareduktionsplastik nach Lejour	Ueberreiter / Birkenwerder	18.–19.5.2006	5.–6. Jahr
33	Mammareduktionsplastik – T-Schnitt versus I-Schnitt	Andree / Düsseldorf	8.–9.6.2003	1.–6. Jahr
34	Reduktionsplastik der Brust mit kaudal/zentraler Stielung, eigene Modifikation, der Gesundheit wegen – eine universelle Alternative zur I-Technik	Miericke / Göttingen	22.–23.6.2006	3.–4. Jahr
35	Brustaufbau mit Eigengewebe: Latissimus, TRAM-/DIEP-Flap	Greulich / Stuttgart	22.–23.6.2006	3.–4. Jahr
36	Mikrochirurgischer Brustaufbau – DIEP; S-GAP	Peek / Vogtareuth	26.–27.6.2006	ab 3. Jahr
37	Rekonstruktive und Ästhetische Mammachirurgie	Rohde / Heidelberg	28.7.2006	2.–4. Jahr
38	Mammaaugmentation n. Tebbets	Scholz / Alamuti /	15.9.2006	1.–4. Jahr
39	Mammafehlbildungen	Liebau / Düsseldorf	12.–13.10.2006	4.–6. Jahr
40	Brustrekonstruktion mit Eigengewebe+/-Prothese – verschiedene alternative Lappenplastik-Kombinationen zusätzl. zur normalen Lat.dorsi oder TRAM-flap-Rekonstruktion	Miericke / Göttingen	12.–13.10.2006	4.–6. Jahr
41	Mammarekonstruktion mit freiem Perforator-Lappen	Pallua / Aachen	6.–7.11.2006	ab 4. Jahr
42	Brustrekonstruktion: differenzierte Indiktationsstellung, OP-Techniken, Ergebnisse	Biemer, Kovacs / München	6.–7.11.2006	2.–6. Jahr
43	Ästhetische Mammachirurgie	Eisenmann-Klein / Regensburg	20.–21.11.2006	5.–6. Jahr
Bauchwand				
44	Bodylift	Richter / Wesseling	9.–10.2.2006	5.–6. Jahr
45	Bodylifting und andere Dermolipektomien	v. Finckenstein / Starnberg	26.–27.6.2006	ab 4. Jahr
46	Abdominoplastik	Borsche / Bad Kreuznach	14.–15.9.2006	1.–3. Jahr
47	Abdominoplastik	Krause-Bergmann, Herren / Münster	19.–20.10.2006	3.–4. Jahr
Stütz- und Bewegungssystem				
48	Kahnbeinkurs	Partecke / Hamburg	27.–28.2.2006	ab 4. Jahr
49	Lappenplastiken an der unteren Extremität, anatomische Präparationsübungen	Ganster / Essen	2.–3.3.2006	1.–2. Jahr

Änderungen nach Redaktionsschluß vorbehalten. Die aktualisierte Version finden Sie unter www.vdpc.de

Kurstitel	Name/Ort	Datum	Weiterbild.-Abschnitt
50 Lappenplastiken an der Hand	Steen / Halle	9.–10.3.2006	3.–4. Jahr
51 Handchirurgischer OP-Kurs für Fortgeschrittene	Wymer / Unna	13.–14.3.2006	3.–4. Jahr
52 Mikrochirurgische Rekonstruktion der Hand	Ninkovic / München	22.–23.3.2006	2.–5. Jahr
53 Der handchirurgische Alltag – ein Operationskurs	Erbs / Hagen	27.–28.3.2006	3.–4. Jahr
54 Lappenplastiken Hand (mit anatomischen Präparaten)	Kuhfuß, Ferbert / Würzburg	6.–7.4.2006	5.–6. Jahr
55 Das schmerzhafte Handgelenk	Germann / Ludwigshafen	24.–25.4.2006	3.–4. Jahr
56 Handchirurgischer Alltag: CTS, TVS, Morbus Dupuytren	Greulich	11.–12.5.2006	1.–2. Jahr
57 Grundzüge der ärztlichen Begutachtung in der Hand- und Plastischen Chirurgie	Erbs / Hagen	15.5.2006	2. Jahr
58 Karpuschirurgie	Beutel / St. Gallen (Schweiz)	22.–23.5.2006	1.–6. Jahr
59 Defektdeckung am Unterschenkel mit Präparationskurs	Hebebrand / Rotenburg	2.6.2006	3.–4. Jahr
60 Dupuytren'sche Kontraktur (mit praktischen Übungen)	Schaller / Nürnberg	29.–30.6.2006	3.–4. Jahr
61 Dupuytren'sche Kontraktur	Schaller, Sinis / Tübingen	5.–6.7.2006	4. Jahr
62 Dupuytren-OP bei schwierigen Fällen und Rezidiven	Flügel / Hannover	6.–7.7.2006	ab 3. Jahr
63 Gestielte lokoregionale Lappen am Unterschenkel und Fuß	Schmidt / Murnau	7.7.2006	1.–6. Jahr
64 Chirurgie des Karpus	Feldhaus / Tuttlingen	9.–10.10.2006	3.–6. Jahr
65 Rheumahandchirurgie	Flügel / Hannover	12.–13.10.2006	ab 3. Jahr
66 Eingriffe am Handskelett	Tizian / Hofheim	9.–10.11.2006	3.–4. Jahr
67 Laserchirurgie am Handgelenk, Arthroskopiekurs	Hebebrand / Rotenburg	10.11.2006	3.–4. Jahr
68 Der traumatisierte Karpus	Steen / Halle	16.–17.11.2006	3.–6. Jahr
69 Standardeingriffe der Handchirurgie	Vogt / Hannover	17.11.2006	1.–3. Jahr
70 Techniken der Lappenhebung	Ingianni / Wuppertal	17.–18.11.2006	3.–4. Jahr
71 Defektdeckung an den Extremitäten	Reichert / Nürnberg	27.–28.11.2006	1.–3. Jahr
72 Kindliche Fehlbildungen an den Extremitäten	Ingianni / Wuppertal	6.–7.12.2006	5.–6. Jahr
73 Minimalinvasive und endoskopische Handchirurgie	Hoffmann / Oldenburg	1–2 Teiln., montags, nach Vereinbarung	1.–6. Jahr
Gefäß-, Nerven- und Lymphsystem			
74 Periphere Nervenchirurgie	Schaller, Sinis / Tübingen	6.–7.2.2006	3. Jahr
75 Chirurgie des Plexus brachialis	Schaller, Sinis / Tübingen	22.–23.2.2006	4. Jahr
76 Grundkurs Mikrochirurgie	Pallua / Aachen	23.–24.3.2006	ab 1. Jahr
77 Mikrochirurgie mit praktischen Übungen	Biemer / München	27.–28.3.2006	1.–6. Jahr
78 Fortgeschrittenenkurs Mikrochirurgie	Pallua / Aachen	4.–5.5.2006	4.–6. Jahr
79 Aspekte der Lappenauswahl in der modernen Mikrochirurgie	Ninkovic, Höfter / München	20.–21.6.2006	4.–5. Jahr
80 Periphere Nervenchirurgie	Vogt / Hannover	23.6.2006	4.–5. Jahr
81 Rekonstruktive Mikrochirurgie	Vogt / Hannover	8.9.2006	3.–5. Jahr
82 Plexuschirurgie – Primäreingriffe	Bahm, Becker, Lassner / Aachen	9.–10.10.2006	4.–6. Jahr
83 Chirurgie des Plexus brachialis	Ingianni / Wuppertal	12.–13.10.2006	5.–6. Jahr
84 Periphere Nervenchirurgie	Schneider / Magdeburg	16.–17.1.2006	1.–3. Jahr
85 Plexuschirurgie – Sekundäreingriffe	Bahm, Becker, Lassner / Aachen	6.–7.11.2006	4.–6. Jahr
86 Mikrochirurgie mit praktischen Übungen	Biemer / München	27.–28.11.2006	1.–6. Jahr
Intensivmedizin			
87 Akutmanagement und Dokumentation in der Behandlung Brandverletzter	Mailänder / Lübeck	16.–17.2.2006	1.–2. Jahr
88 Therapie großflächiger Verbrennungen	Hartmann / Berlin	30.–31.3.2006	1.–2. Jahr
89 Sekundäre Rekonstruktion Brandverletzter	Steen / Halle	1.–2.6.2006	1.–4. Jahr
90 Behandlung der Verbrennungskrankheit	Pallua / Aachen	8.–9.6.2006	ab 1. Jahr
91 Grundlagen der Behandlung von Verbrennungensverletzungen	Reichert / Nürnberg	26.–27.6.2006	1.–3. Jahr
92 Primäre und sekundäre Versorgung von Schwerbrandverletzten	Ninkovic / München	18.–19.10.2006	2.–4. Jahr
93 Intensivmedizinische Probleme der Verbrennungschirurgie	Spilker / Köln	9.–10.11.2006	1.–2. Jahr
94 Dermaler Ersatz im Rahmen der Verbrennungschirurgie und Rekonstruktion	Hartmann / Berlin	9.–10.11.2006	3.–4. Jahr
Spezielle Eingriffe des Gebietes			
95 Plastisch-rekonstruktive Chirurgie bei Kindern	Bahm, Ocampo / Aachen	13.–14.1.2006	4.–6. Jahr
96 Behandlung von Narben und ihre Prophylaxe	Menke / Offenbach	27.2.2006	1.–2. Jahr
97 Techniken der Regionalanästhesie in der Plastischen Chirurgie	Menke / Offenbach	28.2.2006	1.–3. Jahr
98 Laser in der Plastischen Chirurgie	Bahm / Ocampo / Aachen	18.4.2006	ab 2. Jahr
99 Basistechniken der Plastischen Chirurgie (hands on Kurs)	Flügel / Hannover	18.–19.5.2006	1.–2. Jahr
100 Transsexualität – Frau-zu-Mann – OP-Technik (Phalloplastik) freier Radialislappen, Leistenlappen	Exner / Frankfurt	13.6.2006	5.–6. Jahr
101 Fettabsaugung von Kopf bis Fuß	Schaar / Wiesbaden	31.8.–1.9.2006	5.–6. Jahr
102 Septische Plastische Chirurgie	Steen / Halle	7.–8.9.2006	3.–6. Jahr
103 Transsexualismus	Biemer, Müller / München	30.–31.10.2006	4.–6. Jahr
104 Die chronische Wunde	Germann / Ludwigshafen	6.–7.11.2006	2.–3. Jahr
105 Motorische Ersatzplastiken	Schmidt / Murnau	10.11.2006	1.–4. Jahr
106 Fettabsaugung im Tumeszenzverfahren	Scholz / Wiesbaden	1.12.2006	1.–4. Jahr

Kursanmeldungen 2006

bitte zurücksenden an

Geschäftsstelle der Deutschen Gesellschaft
der Plastischen, Rekonstruktiven und Ästhetischen Chirurgen
Bleibtreustraße 12a

10623 Berlin

Kursteilnehmer (Vor- und Zuname)

Klinik

Strasse

PLZ / Ort

Telefon und Fax

E-Mail

(bitte das Anschriftenfeld ausführlich mit Schreibmaschine oder Druckbuchstaben ausfüllen!)

Seminare	**1. Priorität** Seminar Nr.	**2. Priorität** Seminar Nr.	**3. Priorität** Seminar Nr.
Kopf und Hals			
Brustwand			
Bauchwand			
Stütz- und Bewegungssystem			
Gefäß-, Nerven- und Lymphsystem			
Intensivmedizin			
Spezielle Eingriffe des Gebietes			

Gewünschte Kurse nach Priorität 1 bis 3 einsetzen

Bitte senden Sie dieses Formular an die Geschäftsstelle. Die Teilnahme an den Kursen ist frei. Bitte erteilen Sie uns dennoch eine Einzugsermächtigung über Euro 51,– pro Kurs. Die Einziehung erfolgt nur dann, wenn Sie trotz verbindlicher Anmeldung nicht zum Kurs erschienen sind. Persönliche Kosten wie z.B. Reisekosten und die Kosten für die Unterbringung müssen von den Teilnehmern selbst getragen werden.
Es werden nur vollständig eingereichte Unterlagen berücksichtigt, *Fax-Anmeldungen werden nicht bearbeitet*. Für die Bearbeitung und Bestätigung der Kurse gilt der Stempel des Posteinganges bei der Geschäftsstelle.
Seit 2000 sind die Seminare in drei Weiterbildungsabschnitte unterteilt, die Teilnehmer sind angehalten sich nur für die Kurse anzumelden, die ihrem jeweiligen Weiterbildungs-Abschnitt entsprechen.

Pro Assistent können ab sofort pro Jahr nur 4 Anmeldungen zuzüglich 4 Wartelisten berücksichtigt werden.
Es werden nur **vollständig** eingereichte Unterlagen bearbeitet, unvollständige Unterlagen werden an den Einsender zurückgeschickt.
Sollte ein Kursteilnehmer unentschuldigt einem angemeldeten und bestätigten Kurs fern bleiben, wird er für die Teilnahme weiterer angemeldeter **Kurse gestrichen** und für **das Kursjahr 2006 gesperrt**. Eine **Absage** muß schriftlich bis spätestens 3 Wochen vor Kursbeginn dem **Seminarleiter und der Geschäftsstelle** vorliegen.

Ich bin im ..... Weiterbildungsjahr

Ich habe für den/die angemeldeten Kurs(e) Urlaub beantragt ☐
Ich wurde für den/die angemeldeten Kurs(e) von meiner Klinik freigestellt ☐

Ort / Datum

Unterschrift Kursteilnehmer(in)

Unterschrift leitende(r) Arzt / Ärztin und
Stempel der Klinik / Praxis
(Nur bei Freistellung durch die Klinik)

Adressänderung

Deutschen Gesellschaft der Plastischen, Rekonstruktiven und Ästhetischen Chirurgen
Vereinigung der Deutschen Ästhetisch Plastischen Chirurgen

bitte zurücksenden an

Geschäftsstelle der Deutschen Gesellschaft der
Plastischen, Rekonstruktiven und Ästhetischen Chirurgen
und der Deutschen Ästhetisch-Plastischen Chirurgen
Bleibtreustraße 12a

10623 Berlin

Telefon (0 30) 8 85 10 63
Telefax (0 30) 8 85 10 67
E-Mail info@plastische-chirurgie.de

Meine Adressänderung:

Titel und Name	
Vorname	
Dienstliche Stellung	
Arbeitsstelle	
Straße	
PLZ / Ort	
Telefon	Telefax
E-Mail ***(bitte unbedingt angeben)***	
Privatanschrift	
Telefon	

(bitte das Anschriftenfeld ausführlich mit Schreibmaschine oder Druckbuchstaben ausfüllen!)

Verbrennungschirurgie – eine Säule der plastischen Chirurgie

Die Fortschritte in der Therapie Brandverletzter seit den 50er Jahren des letzten Jahrhunderts sind der Einrichtung spezieller Behandlungszentren zu verdanken. Parallel mit der Errichtung der ersten Intensivstation für Schwerbrandverletzte verlief die rasante Entwicklung auch des jungen Fachgebietes Plastische Chirurgie. Insofern ist die Brandverletztenbehandlung immer im Kontext mit der plastischen Chirurgie zu sehen. Durch intensive klinische Forschung mit Verbesserung des Volumenersatzes, der Ernährungstherapie, sowie der antiinfektiösen Behandlung und der heute durchgeführten Frühexzision verbrannter Haut ließ sich eine Senkung der Letalität erreichen, so daß auch Patienten heute mit Verbrennungen von mehr als 70 Prozent der Körperoberfläche in einem spezialisierten Behandlungszentrum überleben können.

Gleichwohl steht das spezifische Trauma der schweren Brandverletzung weiterhin eine erhebliche Herausforderung an die klinische und grundlagenwissenschaftliche Forschung dar. Besonders gilt dies sicherlich für Verbrennungen bei Kindern, da deren fatale Auswirkungen sich im späteren Lebensalter durch dauerhafte Wachstumsstörungen und Minderentwicklung manifestieren. Aber auch die Früh- und Spätfolgen schwergradig verbrannter Erwachsener sind äußerst gravierend.

Ausgedehntes Verbrennungstrauma: Der Chirurg muß sich auch mit der ethischen Frage nach einer Therapiebegrenzung befassen

Brandverletztenbehandlung ist interdisziplinär und führt wie kaum ein anderes klinisches Arbeitsgebiet zahlreiche Fachgebiete zueinander. In der modernen Forschung werden neben der Untersuchung des Hautersatzes – der nach wie vor ein Problem darstellt – insbesondere die Molekularbiologie, bis hin in die Ultrastruktur der Zellfunktionen, gefordert sein, um auf diesem Weg weitere Fortschritte zu erreichen. Im Weiterbildungsprogramm des plastischen Chirurgen ist die Verbrennungsmedizin ein integraler Bestandteil und dies nicht ohne Grund. Neben der Kenntnis der speziellen plastisch-chirurgischen Intensivmedizin auf diesem Gebiet, die ihre eigenen Gesetzmäßigkeiten hat und kaum mit anderen intensivmedizinischen Therapieformen vergleichbar ist, bedürfen die schweren ästhetischen und funktionellen Folgen einer spezifischen und qualifizierten plastisch-chirurgischen Behandlung. Dies wird seit je her in unserem Fachgebiet geleistet. Gerade die Nähe zu den ästhetischen korrektiven Verfahren ermöglicht hier eine optimale Wiederherstellung im späteren Stadium. Im Zusammenhang mit dem schweren Krankheitsbild des ausgedehnten Verbrennungstraumas stellen sich oftmals auch ethische Fragen zur Therapiebegrenzung – und inwieweit die rekonstruktive plastische Chirurgie neue Grenzen überschreiten darf. Damit ist die Idee angesprochen, allogene Gesichtstransplantationen bei schwer gesichtsversehrten Patienten durchzuführen. Wenngleich die technische Machbarkeit auch hinsichtlich der Immunsuppression mittlerweile außer Frage steht, sind noch eine Reihe von Fragen zu beantworten. Hier sind wir alle gefordert, neben der Faszination des technisch Machbaren auch die ethischen und psychischen Implikationen zu bewerten. Vor allem aber sollten die segensreichen klassischen Rekonstruktionsverfahren des Gesichts nicht vergessen werden. Unsere Lehrmeister wie Joseph und Gillies, haben hier unter den Bedingungen ihrer Zeit Großartiges geleistet.

In den neuen Strukturen unserer Gesellschaft der Deutschen Plastischen, Rekonstruktiven und Ästhetischen Chirurgen, werden in diesem Journal zukünftig Übersichtsthemen aus den vier Säulen und damit auch aus der Verbrennungschirurgie abgehandelt werden. Die Grundlagenforschung unseres ärztlichen Nachwuchses auf dem verbrennungschirurgischen Sektor ist lebendiger Beweis für die ungebrochene Innovativität in unserem Fachgebiet und so dürfen wir den Entwicklungen in der Zukunft auch weiterhin positiv entgegen sehen. ■

Prof. Dr. med. Peter M. Vogt, Hannover
Vizepräsident, Verbrennungsmedizin

Die myokardiale Kontraktilitätsstörung nach Verbrennungsverletzung

Von „bench" zu „bedside"?

Andreas D. Niederbichler, Peter M. Vogt

Bei der Behandlung schwerbrandverletzter Patienten ist sie oft das Zünglein an der Waage zwischen Leben und Tod: Die intrinsische myokardiale Kontraktilitätsstörung nach Verbrennungsverletzung ist bereits in den ersten Stunden nach einem Trauma selbst bei optimaler intensivmedizinischer Behandlung des Patienten kaum zu beherrschen. Sie äußert sich trotz Einsatz aller bekannten intensivmedizinischen Maßnahmen in dramatischer Hypotonie, ventrikulärer Dilatation und erniedrigter Ejektionsfraktion.

Die myokardiale Funktionsstörung ist unabhängig vom Volumenstatus des Schwerbrandverletzten nachweisbar

Die derzeit zur Verfügung stehenden Therapieoptionen sind supportiv, da die Ursachen und Pathomechanismen der verbrennungsinduzierten myokardialen Kontraktilitätsstörung noch unbefriedigend erforscht sind: Kausale Therapieansätze sind nicht bekannt. Deren Entwicklung ist indessen aus mehreren Gründen notwendig: Eine Normalisierung der myokardialen Funktion hätte neben verbesserter Organperfusion auch eine optimierte periphere Mikrozirkulation zur Folge, was für das Einheilen und die Infektionsresistenz transplantierter Hautareale (An- und Abtransport von Substraten, Mediatoren, Gewebsoxygenierung etc.) von entscheidender Bedeutung ist. Das ultimative Ziel der Forschung besteht daher in der Entwicklung von neuen Therapieansätzen für die Behandlung der verbrennungsinduzierten Organdysfunktion. Der vorliegende Beitrag beschreibt den aktuellen Forschungsstand hinsichtlich der pathophysiologischen Ursachen und der molekularen Mechanismen der Erkrankung und stellt neue Therapiestrategien vor.

Die kardiovaskuläre Kontraktilitätsstörung wurde bereits 1931 von Blalock et al. als zentrale Komponente der Organdysfunktion nach Verbrennungsverletzung beschrieben [1]. Pathogenetisch wurden zunächst Flüssigkeitsverschiebungen aufgrund des Plasmaverlustes durch das Kapillarleck in die Verbrennungswunde und der dadurch verminderte venöse Rückstrom sowie eine erniedrigte Vorlast verantwortlich gemacht. Zahlreiche Experimente zeigten jedoch, daß die myokardiale Funktionsstörung unabhängig vom Volumenstatus des Schwerbrandverletzten nachweisbar ist. Bei isolierten Myokardzellen zeigte es sich, daß die Sarkomerkontraktilität gemessen an Maximalkontraktion, Kontraktions- und Relaxationsgeschwindigkeit isolierter Kardiomyozyten bereits eine Stunde nach thermalem Trauma signifikant supprimiert ist [2]. Physiologische Untersuchungen am perfundierten, intakten Herzen im murinen Verbrennungsmodell bestätigten, daß die Kontraktilität 24 Stunden nach Trauma einen Minimalwert durchschreitet und sich im Verlauf von 72 Stunden bessert [3].

Proinflammatorische Zytokine beeinflussen die kardiale Funktion des Schwerbrandverletzten

Im Jahre 1966 postulierte Baxter die Anwesenheit einer „myocardial depressant substance", einem schädigenden Agens, das zu diesem Zeitpunkt nicht näher identifiziert werden konnte [4]. Alle Versuche, ein einzelnes schädigendes Agens zu identifizieren, die für die myokardiale Kontraktilitätsstörung bei Schwerbrandverletzten verantwortlich ist, blieben lange Zeit erfolglos. Heute hat sich die Theorie durchgesetzt, daß sowohl die Induktion als auch die Aufrechterhaltung der Kontraktilitätsstörung auf einem Zusammenspiel verschiedener Systeme und unterschiedlicher Pathomechanismen beruht.

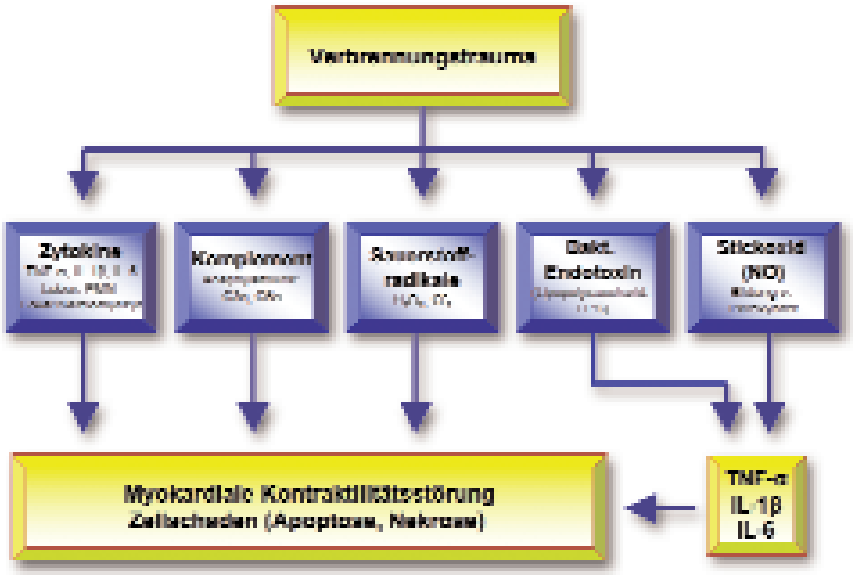


Abb. 1 Nach Verbrennungstrauma kommt es zur Generation von proinflammatorischen Zytokinen

Wir wissen, daß es innerhalb der ersten Stunden nach dem Verbrennungstrauma zur Generation von proinflammatorischen Zytokinen kommt, deren Hauptsyntheseort die Leber ist (Abb. 1). TNF-α, IL-1β und IL-6 haben sowohl einzeln als auch in Kombination (Synergie) eine kardiodepressive Wirkung, besonders TNF-α kommt aufgrund seiner frühen Generation eine zentrale Rolle bei der Induktion der myokardialen Schädigung zu [5]. Interessanterweise zeigten 1992 Beutler und Giroir, daß Kardiomyozyten selbst TNF-α, IL-1β und IL-6 sezernieren können und so im Zellverband auto- und parakrin kardiodepressive Effekte ausüben [6].

Unsere Arbeitsgruppe konnte im Zellkulturmodell zeigen, daß die kardiomyozytäre Sekretion von TNF-α ihr Maximum bereits eine Stunde nach Verbrennung aufweist [2]. Um die deletären TNF-Effekte abzufangen, wurden im Verbrennungsmodell bereits vielversprechende Experimente mit spezifischen Antikörpern gegen TNF-α durchgeführt, der Sprung von „bench to bedside" ist im Gegensatz zur Therapie der septischen Kardiomyopathie jedoch für die verbrennungsinduzierte kardiale Depression leider noch nicht erfolgt.

Weiterhin induzieren die rasch nach Verbrennung gebildeten Komplementanaphylatoxine C5a und C3a die myokardiale Depression: Im Rahmen der Komplementaktivierung nach einer schweren Verbrennung kommt es zur Bildung der sogenannten Komplementanaphylatoxine C5a und C3a. Die organschädigenden Effekte einer exzessiven Produktion von C5a bei Sepsis und septischer Kardiomyopathie wurden bereits ausführlich beschrieben. Der frühe Nachweis einer funktionellen Schädigung des Kardiomyozyten ab einer Stunde nach Verletzung deutet auf eine pathogenetische Beteiligung der Komplementanaphylatoxine hin. Studien unserer Arbeitsgruppe bewiesen erstmalig die Existenz des C5a-Rezeptors auf der Kardiomyozytenmembran sowie die dosisabhängige Kontraktionsinhibition isolierter Kardiomyozyten durch Exposition mit C5a in vitro [7]. Weiterführende Experimente im Verbrennungsmodell ergaben, daß spezifische Antikörper gegen C5a die funktionelle Depression des einzelnen Kardiomyozyten signifikant verringern (eigene unveröffentlichte Ergebnisse). Die Verfügbarkeit spezifischer Antikörper auch gegen humanes C5a läßt hoffen, daß die Antianaphylatoxintherapie in Zukunft unser klinisches Repertoire bereichern wird (Tabelle 1).

Tabelle 1 Systemorientierte Interventionsmöglichkeiten

Proinflammatorische Zytokine	Spezifische Antikörper (z.B. TNF-α AK)
Komplementsystem	Neutralisation durch C5a/C3a Antikörper, Modulation der Anaphylatoxinrezeptoren
Reaktive Sauerstoffradikale	• Restitution enzymatischer Antioxidantien (z.B. Gluthathion, Superoxid, Dismutase, Katalase etc.) • „Radikalfänger" (Vit. A, C, E, Zink)
Stickoxid (NO)	Pharmakologische Inhibition (z.B. Arginin)
Bakt. Endotoxin	• Physikalische Neutralisation (Adsorption) • Pharmakologische Blockade (z.B. LPS-binding protein)

Die Substitution nichtenzymatischer „Radikalfänger", wie Ascorbinsäure, Vitamin E, α-Tocopherol ist äußerst wichtig

Ein weiterer pathogenetischer Teilaspekt ist die Bildung reaktiver Sauerstoffradikale: Die aggressive Volumentherapie des Schwerbrandverletzten und die damit verbundene Anreicherung von molekularem Sauerstoff in ischämischem Gewebe führt zur Produktion von Hypoxanthin, was schließlich über Xanthin in Harnsäure und die toxischen Moleküle Wasserstoffperoxid und Superoxid umgewandelt wird (s. Abb. 2). Experimentell konnte gezeigt werden, daß die Gabe von Allopurinol – einem kompetitiven Inhibitor des Schlüsselenzyms Xanthinoxidase – die verbrennungsinduzierte kardiale Zellmembrandepolarisation und die kardiale Kontraktilität verbessert [8]. In diesem Zusammenhang ist erwähnenswert, daß die Verbrennungsverletzung antioxidative Mechanismen blockiert, was den Schwerbrandverletzten umso anfälliger für die negativen Auswirkungen von oxidativem Streß macht. Da die Verbrennungsverletzung zur Depletion enzymatischer Antioxidantien wie der Superoxiddismutase, der Katalase und Glutathion führt, ist die Substitution von nichtenzymatischen „Radikalfängern", wie Ascorbinsäure, Vitamin E, α-Tocopherol und Ascorbinsäure (Vitamin C) aus Gründen des Gewebsschutzes – auch des Myokards – vor Lipidperoxidation von größter Bedeutung. Speziell konnte gezeigt werden, daß die Gabe des antioxidativen „Cocktails" (Vitamin A, C, E und Zink) die myokardiale Translokation des Transkriptionsfaktors NFκB und damit die Produktion deletär wirkender Zytokine verringert [9].

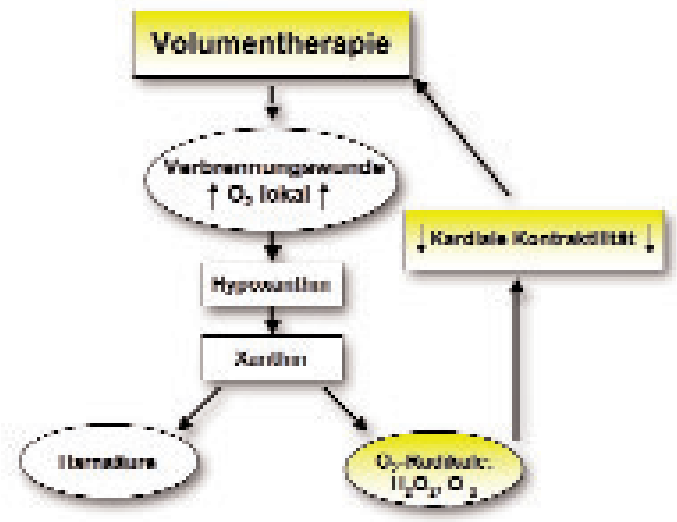


Abb. 2 Die aggressive Volumentherapie beim Schwerbrandverletzten führt zur Bildung toxischer Moleküle.

Stickoxid (NO) – ein kleines Molekül mit großer Wirkung: Stickoxid ist ein äußerst kurzlebiges (T1/2 6 s) Molekül, das von Enzymen der NO-Synthasefamilie generiert wird. Ist molekularer Sauerstoff im Gewebe vorhanden, wird Stickoxid zu Nitrat und Nitrit oxidiert. Nach einem Verbrennungstrauma triggern entweder TNF-α oder – in der Infektsituation – bakterielles Endotoxin (Lipopolysaccharid, LPS) die induzierbare Stickoxidsynthase (iNOS) und damit die Bildung von NO. Wird dieses exzessiv produziert, ist nicht mehr ausreichend molekularer Sauerstoff zur Oxidation vorhanden und es kommt durcvh die Reaktion mit Superoxid zum hochtoxischen Peroxynitrit.

Unter physiologischen Bedingungen ist NO ein potenter Vasodilatator und verhindert die Adhäsion von Thrombozyten und Neutrophilen in der Mikrozirkulation. Die pathophysiologischen Auswirkungen des NO werden in der Literatur kontrovers diskutiert, denn es wurden sowohl positiv als auch negativ inotrope Effekte am isoliert perfundierten Herzen und im Zellkulturmodell beschrieben. Für die klinische Anwendung in der Verbrennungsmedizin interessant ist die pharmakologische NO-Inhibition und die Gabe der Aminosäure Arginin, die die basalen NO-Level wiederherstellen soll. Diese beiden Therapieansätze werden derzeit intensiv erforscht – eine klinische Anwendung ist jedoch auch hier noch nicht in Sicht.

Der Schwerbrandverletzte ist äußerst anfällig für bakterielle Infektionen und eine daraus entstehende Endotoxin-Überschwemmung

Der Schwerbrandverletzte ist äußerst anfällig für bakterielle Infektionen und eine daraus entstehende Endotoxin-Überschwemmung. Im Verlauf der Verbrennungskrankheit kann somit auch das bakterielle Endotoxin (Lipopolysaccharid, LPS), ein Bestandteil der Zellwand von gramnegativen Bakterien, als Mediator der Kardiodepression negative Effekte entfalten. Es hält die myokardiale Dysfunktion im späteren Krankheitsverlauf aufrecht, wenn die Infektion der Verbrennungswunde etwa durch Pseudomonas aeruginosa spp. den Krankheitsverlauf kompliziert. Mehrere experimentelle

Studien haben sowohl am intakten Herzen als auch in Zellkulturexperimenten den kardiodepressiven Effekt des Endotoxins gezeigt. Als Mechanismus wird die endotoxin-induzierte Zytokinsekretion oder die direkte Schädigung des Kardiomyozyten diskutiert.

Die klinischen Probleme, mit denen wir in der Verbrennungsmedizin alltäglich zu kämpfen haben, beruhen auf komplexen molekularen Vorgängen. Besonders beim Problem der verbrennungsinduzierten Kardiodepression wird deutlich, daß intensive Forschung die Pathophysiologie aufdecken kann und somit die Entwicklung vielversprechender, neuer Therapieansätze stimulieren kann. Der Schritt von „bench“ zu „bedside“ zum Wohle unserer Patienten wird indes nur durch weitere intensive Forschung in diesem hochspezialisierten Segment der plastischen Chirurgie möglich sein.

Literatur

1. Blalock A (1931) Experimental shock. VII. The importance of the local loss of fluid in the production of the low blood pressure after burns. Arch Surg 22: 610–617
2. Niederbichler AD, et al (2005) Cardiomyocyte function after burn injury and lipopolysaccharide exposure: single-cell contraction analysis and cytokine secretion profile. Shock (im Druck)
3. Horton JW, et al (1995) Postburn cardiac contractile function and biochemical markers of postburn cardiac injury. J Am Coll Surg 181: 281–298
4. Baxter CR, et al (1966) Serum myocardial depressant factor of burn shock. Surg Forum 17: 1–2
5. Maass DL, et al (2002) IL-1beta and IL-6 act synergistically with TNF-alpha to alter cardiac contractile function after burn trauma. Shock 18: 360–366
6. Giroir BP, et al (1992) The tissue distribution of tumor necrosis factor biosynthesis during endotoxemia. J Clin Invest 90: 693–698
7. Niederbichler AD, et al (2005) An essential role for complement C5a in the pathogenesis of septic cardiac dysfunction. J Exp Med (im Druck)
8. Horton JW, et al (1995) Role of xanthine oxidase and leukocytes in postburn cardiac dysfunction. J Am Coll Surg 181: 129–137
9. Horton JW (2003) Free radicals and lipid peroxidation mediated injury in burn trauma: the role of antioxidant therapy. Toxicology 15:189: 75–88

Dr. med. Andreas David Niederbichler
Klinik für Plastische, Hand- und Wiederherstellungschirurgie
Brandverletztenzentrum
Medizinische Hochschule Hannover
Carl-Neuberg-Straße 1
30625 Hannover
eMail: andreasn@umich.edu

Klassiker der Plastischen Chirurgie

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

Limitierte, numerierte Neuauflage der Luxusausgabe im Kaden Verlag

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



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

KADEN

Besuchen Sie Jacques Joseph auf seiner Website: www.jacques-joseph.de

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

Ästhetische Chirurgie – klare Linie nach innen und nach außen

Die VDPC hat sich bei der letzten Mitgliederversammlung in München nicht nur einen neuen Namen gegeben, sondern auch neue Strukturen geschaffen. Durch die Wahl von vier Vizepräsidenten, die die Säulen der Plastischen Chirurgie repräsentieren, wird sich die VDÄPC wieder mehr unter das Dach der Deutschen Gesellschaft der Plastischen, Rekonstruktiven und Ästhetischen Chirurgen einbringen und wir werden weiterhin als vierte Säule eine verläßliche Stütze bleiben. Innerhalb unserer Gesellschaft wird sich dabei nichts ändern, wir fühlen uns nach wie vor der Weiterbildung und Qualitätssicherung auf dem Gebiet der ästhetischen Chirurgie verpflichtet und werden wie bisher die ästhetische Chirurgie als integralen Bestandteil unseres Fachgebietes seriös und kompetent nach außen vertreten.

In zunehmenden Maß gibt es von anderen Fachgebieten Bestrebungen, sich Anteile der ästhetischen Chirurgie einzuverleiben. Nur wenn wir geschlossen agieren und – trotz zunehmender Konkurrenz – auch füreinander einstehen und kollegial miteinander umgehen, werden wir uns gegen die Bestrebungen von außen erfolgreich verteidigen können. Dazu gehört auch, daß wir nicht nur nach außen geschlossen auftreten, sondern auch nach innen eine klare Linie vertreten. Mit den Beschlüssen in unserer Mitgliederversammlung am 30. September 2005 haben wir einen wesentlichen Schritt in die richtige Richtung getan.

Mitglieder, die bei Billigangeboten wie bei dem „Deutschen Ärzte Service“ als Operateure auftreten, werden abgemahnt und im Wiederholungsfall aus der VDÄPC ausgeschlossen. Wir können nicht zulassen, daß unsere Mitglieder bei der „Aldisierung“ der plastisch-ästhetischen Chirurgie mitmachen und Patienten durch Dumpingpreise, Zeitdruck und blumige Versprechungen zu operativen Eingriffen verführt werden. Ich darf Ihnen versichern, daß ich nach Bekanntwerden dieses Beschlusses nicht nur, aber vor allem von der Presse eine äußerst positive Resonanz empfangen habe. Es wurde als sehr positiv empfunden, daß eine wissenschaftliche Fachgesellschaft zum Schutz der Patienten, aber auch ihrer Mitglieder eine klare Position bezieht. Wir wollen und dürfen uns nicht von einigen Mitgliedern, die den Grundsätzen und Beschlüssen der Gesellschaft nicht folgen wollen, in ein Licht rücken lassen, das unserer Gesellschaft auf Dauer schadet.

Neu ist das „Fellowship in Aesthetic Surgery“ für junge Kollegen

In den letzten Jahren wurde immer wieder Kritik an der Ausbildung der Assistenten in der ästhetischen Chirurgie geübt. Ich kann nicht alle Kritik teilen, wenngleich es sicherlich an den einzelnen Ausbildungsstätten auch Defizite geben mag. Aus diesem Grunde hat der Vorstand der VDÄPC beschlossen, eine „Fellowship in Aesthetic Surgery“ zu etablieren und auch entsprechend finanziell auszustatten. Hierfür können sich junge Kollegen kurz vor oder kurz nach der Facharztprüfung bewerben. Die Vergabekriterien werden Anfang des nächsten Jahres im Intranet veröffentlicht.

Am 10. und 11. März 2006 wird die VDÄPC wieder ihre Frühjahrsakademie ausrichten. Dieses mal werden wir uns in Dresden treffen, Herr Dr. Steffen Handstein hat freundlicherweise die Organisation übernommen. Eingeladen werden alle VDÄPC-Mitglieder sowie alle ordentlichen und assoziierten Mitglieder der Deutschen Gesellschaft der Plastischen, Rekonstruktiven und Ästhetischen Chirurgen. Wir werden uns mit „Konturveränderungen am Stamm und den Extremitäten (Ausnahme weibliche Brust)“ beschäftigen. Ziel ist es, neben den Vorträgen ausreichend Zeit zur Diskussion zu haben, sowie Problemfälle vorstellen zu können. Ich hoffe, daß das Thema Interesse findet und wünsche mir eine rege Beteiligung in Dresden. Eine erste Einladung wird Ihnen noch vor Weihnachten zugeschickt.

Nach einem ereignisreichen Jahr 2005 sehen wir einem nicht minder ereignisreichen Jahr 2006 entgegen. Lassen Sie uns die Herausforderungen anpacken, gemeinsam können wir viel bewirken. Ich wünsche Ihnen geruhsame Festtage und ein erfolgreiches, gutes, neues Jahr 2006.

Prof. Dr. med. Axel-Mario Feller
Präsident VDÄPC/Vizepräsident Ästhetische Chirurgie

Brustvergrößerung: Vermeidung von Kunstfehlervorwürfen und Schadensersatzklagen

Mark Gorney

[Aus dem Englischen übertragen von Raymund Horch]

Kaum ein anderes plastisch-chirurgisches Verfahren ist neben der ästhetischen Rhinoplastik heute so häufig der Gegenstand von Kunstfehlervorwürfen wie die Mammaaugmentation. Zum einen hat oftmals eine sehr polemische öffentliche Diskussion über Silikon und mögliche krebserzeugende Wirkungen oder das Auslösen von rheumatischen Erkrankungen durch diese Substanz in den letzten Jahren erheblich zur Verunsicherung von Patientinnen beigetragen. Zum anderen wird durch die Zunahme von geradezu marktschreierischen Zeitungsinseraten mit zeitlich begrenzten Sonderpreisen der Eindruck erweckt, eine Brustvergrößerung sei etwas, was man sich – im Zweifelsfalle auch auf Raten – kaufen könne. Einschlägige Fernsehserien sowie die wiederholten Zurschaustellungen verschiedener Operationsverfahren haben laut Umfragen zusätzlich zu einer Verunsicherung und oftmals zu einem falschen Bild der Brustvergrößerung in der Öffentlichkeit beigetragen. Hinzu kommt, daß durch die vermehrte Internetnutzung eine unglaubliche Fülle von Informationen unterschiedlichster Art über Mammaaugmentationen nahezu ubiquitär verfügbar sind.

Zahlreiche Webseiten von Patientinnen, die Probleme nach einer Mammaaugmentation erlebt haben, zeichnen ein oftmals sehr subjektives und harmloses Bild von typischen Komplikationen nach Mammaaugmentationen. Falsch verstandene Selbsthilfeanweisungen und indirekte oder direkte Aufmunterungen von betroffenen Frauen an andere Patientinnen, bei mangelhaftem Ergebnis eine Klage anzustrengen, tragen sicherlich nicht zu einer Verbesserung der allgemeinen Informationslage bei. Öffentlich zugängige Informationsquellen, wie sie etwa von unserer derzeitigen Präsidentin in beispielhafter Weise seit Jahren den plastisch-chirurgisch tätigen Kolleginnen und Kollegen der Deutschen Gesellschaft der Plastischen, Rekonstruktiven und Ästhetischen Chirurgen in Form von EQUAM-Empfehlungen und Richtlinien zur Mammaprothesenimplantation vermittelt und zugänglich gemacht werden, sind längst nicht allen Ärzten bekannt, die solche Operationen vornehmen. Dies belegt die eigene gutachterliche Praxis anschaulich, da der Umgang mit infizierten Prothesen – etwa deren Wiedereinsetzen nach kurzer Desinfektion mit unterschiedlichen Detergentien – trotz einschlägiger Richtlinien keinesfalls dem Stand der Wissenschaft entspricht [1–4].

Die Zahl der Brustvergrößerungen durch Implantate nimmt gegenwärtig auch in Europa stetig zu. In den USA, wo man in dieser Hinsicht den Europäern zahlenmäßig weit voraus ist, und wo die allgemein als erstrebenswert angesehene Brustgröße über den europäischen Vorstellungen liegt, überblicken die Kollegen eine weitaus größere Anzahl an Mammaaugmentationsplastiken als wir. Dies trifft allerdings bei etwas anderem Rechtssystem auch für die allgemeine Klagefreudigkeit und die oftmals enorm hohen Schadensersatzforderungen von Seiten der Patienten zu. Das bedeutet, daß wir in dieser Hinsicht sicherlich von den leidvollen Erfahrungen unserer amerikanischen Kollegen lernen können. Die nachfolgende Übersicht stammt aus der Feder unseres plastisch-chirurgischen Kollegen Mark Gorney (Professor emeritus Stanford University, Direktor des American Board of Plastic Surgery 1977–1983), der auch als Vizepräsident der „Doctor's Company", Napa CA, USA fungiert. Diese Gesellschaft berät Ärzte juristisch im Klagefall und hat sich seit etwa 30 Jahren auf die Fahne geschrieben, politisch aktiv zu sein, um legislative Reformen zu erwirken, die zum Schutz einer guten medizinischen Praxis beitragen sollen. Neben anderen Fachgesellschaften berät sie unter anderem auch exklusiv die ASPS (The American Society of Plastic Surgeons). Sie verweist mit Stolz darauf, daß 80 Prozent aller von ihr geführten Schadensersatzprozesse wegen vermeintlicher oder tatsächlicher Fehlbehandlungen ohne eine Strafzahlung für den Arzt ausgegangen seien.

Prof. Dr. med. Raymund E. Horch
Abteilung für Plastische und Handchirurgie, Universitätsklinikum Erlangen

1. Horch RE (2004) MMW Fortschr Med 149: 840–844
2. Kneser U, Jaeger K, Bach AD, et al (2004) MMW Fortschr Med 146: 844–848
3. Bach AD, Kneser U, Kopp J, et al (2004) MMW Fortschr Med 146: 848–852
4. Horch RE, Bach AD (2005) Aktuelle Aspekte der Plastischen Chirurgie beim Mammakarzinom. Kongresszeitung DGCH 2: 2–3 (Kaden Verlag Heidelberg)

Es gehört zur nahezu universalen Erfahrung der meisten medizinischen Haftpflichtversicherungen, daß die Chirurgie der weiblichen Brust von allen plastisch-chirurgischen Prozeduren der häufigsten Auslöser einer Schadensersatzklage ist. In den meisten Versicherungsgesellschaften beziehen sich grob geschätzt 85 Prozent aller Klagen gegen plastische Chirurgen auf maximal acht bis zehn ästhetische Prozeduren. Aus dieser Gesamtheit sind wiederum etwa 36 Prozent Klagen im Anschluß an elektive Brustoperationen. Davon werden rund 55 Prozent durch eine unzufriedenstellende Narbenbildung oder durch Durchblutungsstörungen nach Mammareduktionsplastiken und etwa 45 Prozent durch Brustvergrößerungsoperationen oder Rekonstruktionen mit Expandern oder Prothesen ausgelöst. Ausgenommen hiervon ist die Welle von Klagen über systemische Nebenwirkungen, die durch die sogenannte Implantatkrise und das FDA-Moratorium in den 90er Jahren des letzten Jahrhunderts ausgelöst wurde. Nur wenige Klagen haben mit der chirurgischen Technik zu tun. Bedauerlicherweise hätte jedoch mindestens die Hälfte dieser Klagen vermieden werden können, wenn man bei der Patientenauswahl einfach nur die Regeln des gesunden Menschenverstandes angewandt hätte und wenn die elementaren Richtlinien der Arzt-Patienten-Kommunikation berücksichtigt worden wären.

Überall in der Welt wird die Brust als ein Symbol für die Reproduktions- und Stillfähigkeit der Frau angesehen

Über die weibliche Brust und ihre Bedeutung für das Selbstverständnis der Frau wurde bereits soviel geschrieben, daß eine Wiederholung an dieser Stelle nicht sinnvoll wäre. Mit Fug und Recht kann man aber sagen, daß die weibliche Brust in der gesamten Weltliteratur von ihren Ursprüngen an, in der bildenden Kunst, in der Malerei, in Gedichten, Folklore, Mode und in den unterschiedlichsten Kulturkreisen sowie in wissenschaftlichen Abhandlungen immer als eines der Symbole der Weiblichkeit dargestellt wurde. Überall in der Welt wird die Brust als ein Symbol für die Reproduktions- und Stillfähigkeit der Frau angesehen. Aus diesen Gründen werden Unzulänglichkeiten in der Entwicklung, bei den Folgen der ablativen Mammachirurgie oder das Vorliegen von genetisch induzierten Asymmetrien, psychische Folgen für die betroffene Frau haben. Es ist historisch gesehen einfach ein Unglück, in einer Gesellschaft zu leben, in welcher der Verlust eines wohl geformten Busens ähnlich eingeschätzt wird wie im Tierreich der Verlust von farblichen Merkmalen oder des passenden Geruchs, wo solche „Fehler“ sogar ein Hinderungsgrund für das Paarungsritual sein können. Probleme dieser Art können heutzutage leicht zu einer tatsächlichen Obsession und zu einer Tragödie für Frauen werden. Jeder plastische Chirurg wird früher oder später solche Frauen in seinem Untersuchungszimmer antreffen.

Jede chirurgische Maßnahme, die auf eine Veränderungen der Größe oder Form der Brust abzielt, birgt grundsätzlich ein Risiko für den Chirurgen. Die Qualität des Endergebnisses ist eindeutig – anders als bei sonstigen ästhetischen chirurgischen Verfahren – etwas, was naturgemäß im Auge des Betrachters liegt und somit selten objektivierbar ist. In keiner anderen Spezialität der Medizin ist es so leicht, ein exzellentes Ergebnis zu produzieren, mit dem die Patientin dennoch grob unzufrieden ist. Der Chirurg muß daher die geeigneten Kandidatinnen für eine Augmentationsplastik mit großer Vorsicht auswählen und dabei absolut sicher gehen, daß die Motivation angemessen ist, daß die Patientenerwartungen realistisch sind und daß das Verfahren, welches der Chirurg plant, auch zu den körperlichen Besonderheiten paßt.

In unserer männerdominierten Gesellschaft, die nahezu pathologisch eher auf die Größe als auf die Proportion fixiert ist, und manche Männer nahezu groteske Dimensionen als sexuell attraktiv betrachten, müssen Chirurgen möglichst frühzeitig lernen, wen sie als Patienten akzeptieren und wen sie besser abweisen sollten. Eine 32jährige attraktive blonde Frau, die zwei Kinder gestillt hat, dann aber feststellt, daß ihr Ehemann fremdgegangen ist, kann leicht glauben, eine heimliche Mammaaugmentation könnte den untreuen Gatten wieder zurück in das Ehebett bringen. Eine solche Person ist jedoch eine zweifelhafte Kandidatin, die sehr wohl Ärger bereiten könnte, wenn ihre heimlichen Erwartungen trotz der Operation nicht eintreten.

Die gleiche Frau, die vielleicht frisch geschieden oder verwitwet ist und einen netten Mann kennen gelernt hat, mit dem sie möglicherweise eine glückliche Beziehung eingehen wird, kann aus physischer Sicht hingegen eine sehr gute Kandidatin sein. Sie könnte beispielsweise lediglich mit ihren postportablen Involutionsverän-

derungen unzufrieden, jedoch ansonsten gesund sein. Vorausgesetzt, daß die wichtige Beziehungsperson informiert ist und zustimmt, könnte diese Frau eine gute Kandidatin sein und wird voraussichtlich auch mit ihrem Ergebnis zufrieden sein. In Zeiten, in denen die plastische Chirurgie überbevölkert ist mit solchen, die sehr wohl qualifiziert und solchen die weniger oder gar nicht qualifiziert sind, und der Wettbewerb dramatische Formen annimmt, ist der Ersatz der gesunden chirurgischen Beurteilung durch ökonomische Notwendigkeiten aus juristischer Sicht ein Desaster.

Nirgendwo ist eine sorgfältige Patienten-Aufklärung wichtiger als bei der Mammaaugmentation

In der Sprache der medizinischen Gerichtsbarkeit hat kein Konzept mehr Fehlinterpretationen nach sich gezogen als der Begriff des „informed consent". Anders als vielleicht oft vermutet, ist der informed consent nicht das einfache Unterzeichnen eines Formulars durch einen Patienten, sondern stellt vielmehr einen Prozeß dar. In den letzten fünf Jahren haben die meisten medizinischen Haftpflichtversicherer einen erklecklichen Anstieg solcher Klagen erlebt, die letztlich durch eine mangelnde Aufklärung von Patienten vor einer Behandlung bedingt sind. Nirgendwo ist die Aufklärung aber wichtiger als bei der Mammaaugmentationsplastik. Einfach gesagt bedeutet „informed consent", daß erwachsene Patienten, die in der Lage sind, eine sachliche Unterhaltung zu führen, mit ausreichenden Informationen über die Risiken, Nutzen und die Behandlungsalternativen (einschl. der Nicht-Behandlung) versorgt werden müssen. Nur mit dieser Information kann ein Patient dann sein „informiertes Einverständnis" geben und die ausdrückliche Zustimmung zu einer vorgeschlagenen Behandlung abgeben. Das gleiche gilt für „emanzipierte" oder „hinreichend einsichtsfähige" Patienten unter 18 Jahren. Ärzte haben die Pflicht, von sich aus solche Informationen weiterzugeben. Das bedeutet, daß sie nicht erst auf die Fragen von Patienten warten dürfen, sondern Informationen freiwillig übermitteln. (s. *Plastische Chirurgie* 3/2005 S.148) Die zentrale These dieser weitgehend akzeptierten juristischen Doktrin ist es, daß der Patient alle Informationen über Risiken erhalten haben muß, die relevant sind, um einen sinnvollen Entscheidungsfindungsprozeß zu ermöglichen. In Anlehnung an einige klar artikulierte Änderungen der Rechtsauslegung durch das höchste US-Gericht ist es das Vorrecht des Patienten und nicht des Arztes, die Richtung einer Therapie zu bestimmen, in die er glaubt, daß seine Interessen am besten wahrgenommen werden können. Es ist dann selbstverständlich essentiell, daß dem Patienten die Alternativen und deren Risiken bekannt sind.

Gleichgültig wie sich die neuesten Änderungen in der Rechtssprechung entwickeln, muß ein informed consent-Dokument in den Unterlagen des Chirurgen existieren und eine Kopie sollte in der Krankenhausbehandlungskarte des Patienten vorliegen, falls eine solche stattfand. In der eigenen Routine des Autors sind dafür alle



erforderlichen Zustimmungen in eine Checkliste umgewandelt worden, die den Praktiker dazu zwingen, jeden erforderlichen Punkt mit dem Patienten durchzugehen und vom Patienten abzeichnen zu lassen. Der Autor hat in seiner Praxis festgestellt, daß ein solches Format weit effektiver ist, als die üblichen oft seitenlangen Einverständniserklärungen (die Formulare sin din [1], S. 610–611 veröffentlicht).

Patientinnen mit falschen oder nicht erreichbaren Erwartungen sollten keinesfalls operiert werden

Der plastisch-ästhetisch tätige Chirurg lädt sich eine enorme Verantwortung auf, wenn er versucht, Augmentationskandidatinnen zu beraten, die eindeutig unerreichbare oder einfach falsche Erwartungshaltungen

haben. Neben ethischen Überlegungen sollte der plastische Chirurg aktiv versuchen, die Betroffene von solchen Unterfangen abzuraten und dabei beharrlich auf dem Standpunkt bleiben, Patienten dieser Kategorie von einer Operation auszuschließen. Die meisten Gerichte machen im Übrigen keinen Hehl daraus, daß sie solche Chirurgen als unsympathisch betrachten, die offensichtlich die gesunde chirurgische Einschätzung durch Habsucht oder Geltungssucht ersetzen. Chirurgen, die dann im Nachhinein versuchen, ihre Aktionen dadurch zu rechtfertigen, daß sie darauf plädieren, sie hätten doch versucht, die Patientin davon abzuhalten, aber sie hätte einfach nicht hören wollen, klingen nicht nur lächerlich, sondern werden oftmals vom Gericht sehr harsch behandelt. Plastische Chirurgen sehen sich [in den USA] oft den Wünschen nach einer Mammaaugmentation bei Frauen ausgesetzt, die jünger als 18 Jahre sind. Außer in sehr dringenden Situationen, trägt die Behandlung von Minderjährigen ohne eine Zustimmung der Eltern, des gesetzlichen Vormundes oder ohne ausreichende staatliche bzw. gerichtliche Legitimation das besonders hohe Risiko, juristisch oder möglicherweise sogar strafrechtlich belangt zu werden. Es gibt hier Ausnahmen, so beispielsweise verheiratete Minderjährige oder ausreichend emanzipierte Heranwachsende. Wenn ein Arzt regelmäßig oder häufiger junge Menschen behandelt, sollte er zumindest mit den bestehenden zusätzlichen Regelungen in dem jeweiligen Staat vertraut sein und sich hier regelmäßig auf den neusten Stand bringen. Wenn ein Zeuge zugegen ist, sollte der Name dieser Person ebenso wie alle Dokumente oder zusätzlichen Materialien (z. B. Broschüren oder Videos), die dem Patienten ausgehändigt werden, dokumentiert werden. Studien belegen, daß Ärzte manchmal dazu neigen, die Verständnisfähigkeit eines Patienten zu unterschätzen. Jeder Text und jede Konversation mit Patienten, die einen durchschnittlichen Schulabschluß haben, sollte in einer laienhaften Sprache abgefaßt oder geführt werden. Wenn die Aufzeichnungen eines Gesprächs keine Einverständniserklärung beinhalten, dann wird in der Regel der Chirurg rechtlich hinreichende Gründe für die fehlende Dokumentation erbringen müssen. Eine Dokumentation sollte unter gar keinen Umständen später zu den Unterlagen hinzugefügt werden. Solche nachträglich hinzugefügten Ergänzungen werden unweigerlich entdeckt und die Glaubwürdigkeit des Chirurgen ebenso wie sein Charakter wird vor Gericht großen Schaden leiden.

In einer hoch visuellen Spezialdisziplin wie der plastischen Chirurgie ist es fast nicht mehr zu entschuldigen, wenn die Dokumentation der Behandlung mit prä- und postoperativen Aufnahmen versäumt wird. Es ist erstaunlich, wie stark sich Ereignisse, Gespräche und Fakten von der präoperativen Situation hin zur Schilderung des Kläger-Anwaltes bei Gericht verzerren können. Wenn der Arzt dann seine Position nicht mit Fotografien untermauern kann, kann dadurch die Verteidigung unnötig erschwert oder gar unmöglich werden. Der Autor hat eine Zahl von absolut abwehrbaren Mammaaugmentationsklagen untersucht, welche dennoch in einem Vergleich endeten, nur weil es keine Fotodokumentation gab.

Das Aufklärungsgespräch sollte einfühlsam auf die spezifischen Bedenken und Spannungen der Patientin eingehen

Das Einholen eines „informed consent“ muß keinesfalls nur durchgeführt werden, um persönliche oder juristische Bedingungen zu erfüllen. Wenn es ordentlich durchgeführt wird, kann der Prozeß der Aufklärung dazu führen, daß eine „therapeutische Allianz“ zwischen Arzt und Behandler entsteht. Das Ziel ist es, eine positive Arzt-Patienten-Beziehung entweder in Gang zu setzen, oder noch weiter zu verfestigen. Wenn sich dann ein ungünstiges Resultat einstellen sollte, kann die Arzt-Patienten-Beziehung sich als entscheidend dafür erweisen, das Vertrauen des Patienten weiterhin aufrecht zu erhalten. Dieses Vertrauen wiederum ist essentiell, um eine juristische Klage zu verhindern. Der Arzt kann ein angstbehaftetes Ritual in einen effektiven Klageverhinderungsmechanismus verwandeln, indem er genauer abwägt, auf welche Weise er etwas sagt als vielmehr was er sagt. Die psychiatrische Literatur nennt dieses „das Teilen der Unsicherheit“. Anstatt das jedem Patienten zunächst innewohnende Vertrauen in den Behandler durch einen unsensiblen Umgangston zu zerstören, sollte der Dialog auf die spezifischen Bedenken und Spannungen der Patientin eingehen sowie glaubwürdige Reaktionen auf eine ängstliche und schwierige Situation vorhersehen, auf die man dann Bezug nehmen kann.

Als ein Beispiel hierfür kann man sich leicht die unterschiedlichen Auswirkungen klarmachen, die etwa die folgenden beiden Aussagen hervorrufen:

- „Hier ist eine Liste der Komplikationen, die während ihrer Behandlung oder der Operation auftreten können. Bitte lesen Sie diese Liste und unterschreiben Sie."
- „Ich wünschte, ich könnte Ihnen garantieren, daß überhaupt keine Probleme während Ihrer Behandlung oder Operation auftreten, aber daß wäre nicht realistisch. Manchmal gibt es bestimmte Probleme, die nicht vorhergesehen werden können, und ich möchte, daß Sie genau darüber Bescheid wissen. Bitte lesen Sie die Information über mögliche Probleme und lassen Sie uns dann darüber reden."

Durch das Benutzen der zweiten Aussage kann man natürlich das Bild der Omnipotenz des Arztes beim Patienten reduzieren und es in ein eher realistisches Bild überführen. Die Implikation dieses Vorgehens ist klar: „Wir – Sie und ich – werden dabei zusammenarbeiten, etwas mit Ihrem Körper zu unternehmen, von dem wir beide hoffen, daß es eine Verbesserung für Sie darstellen wird, aber Sie müssen einen gewissen Grad von Verantwortung mit übernehmen." Das therapeutische Ziel einer solchen informierten Einverständniserklärung sollte es sein, die Ängste einer Mammaaugmentationskandidatin durch ein Gespür für die Mitwirkung des Patienten an der gesamten Prozedur zusammen mit dem Chirurgen zu wecken. Anstatt daß man den jeweiligen Gegenüber im Falle eines unschönen oder sogar ungünstigen Ergebnisses als potentiellen Gegner sieht, können sowohl die Patienten als auch der Arzt potentiell enger zusammenrücken, indem sie grundsätzlich die Unsicherheit einer klinischen Prozedur teilen und verstehen.

Es ist sinnvoll, bei der Aufklärung von jeder verwendeten Prothesenart ein Exemplar vorzuhalten

Unabhängig von jeder gedruckten Informationsbroschüre, die einem Patienten ausgehändigt wird, empfiehlt der Autor dringend, eine sogenannte weiße Tafel im Konsultationszimmer in die Aufklärung mit einzubeziehen. Hierauf kann der Arzt dann Diagramme und Erklärungen aufzeichnen und diese nach der Konsultation wieder auslöschen. Wenn er im Nachhinein Fragen über die Versuche, den Patienten zu informieren, vor Gericht beantworten muß, kann niemand bestreiten, daß in der Tat Zeichnungen oder Diagramme angefertigt wurden, die aber nun nicht mehr existieren und damit nicht mehr als Beweismittel für den klägerischen Anwalt dienen können. Eine andere effektive Strategie ist es, von jeder verwendeten Prothesenart ein Exemplar im Besucherraum vorzuhalten. Der Arzt kann diese dann der Patientin (und dem Lebensgefährten) zeigen. Die Patientin sollte ruhig einen Finger in die Prothese hineindrücken, wodurch zweifellos bei der Patientin (und bei dem Lebensgefährten) das Gefühl dafür geweckt wird, wie sich eine Kapselkontraktur anfühlen könnte. Trotz alledem bleibt die Dokumentation auf Papier unbedingt notwendig. Ein gewöhnliches chirurgisches Aufklärungsformular ist in diesem Zusammenhang beklagenswert unangemessen: Es sollten unbedingt spezifische Formulare benutzt werden, die gezielt auf die Augmentationsplastik zugeschnitten sind ([1], S. 610–611). Ärzte sollten bereits bei der ersten Konsultation vorsichtig versuchen, herauszufinden, worin genau die Motivation für den chirurgischen Eingriff liegt: Eher beim Lebenspartner oder bei der Patientin. Wenn der Lebensgefährte der eigentliche Auslöser für die Operation ist, sollte der Chirurg sich davor hüten, die Operation durchzuführen.

Fotos oder computergenerierte Bilder sollten niemals als Kunstgriff zum „Verkauf" einer Operation benutzt werden

Viele Chirurgen benutzen Fotografien von besonders eindrucksvollen Resultaten oder computergenerierte Bilder, um der Patientin zu verdeutlichen, was sie als Ergebnis der Operation erwarten kann. Haftpflichtversicherer haben dabei meist ein ungutes Gefühl: Denn wenn Fotos gezeigt werden, sind dies verständlicherweise nur solche von guten Ergebnissen. Diese Praxis wurde vom Gericht jedoch in einigen Schlüsselprozessen als „stillschweigende Gewährleistungszusage" gewertet. [Anm. des Übersetzers: Neueste Tendenzen in der deutschen Rechtsprechung fordern derzeit, daß Patienten vor einer rein ästhetisch indizierten Operation auch Fotos von schlechten Ergebnissen gezeigt werden müßten (s.o. Lit. [1])]. Dasselbe trifft in noch stärkerem Maße auf den Computerbildschirm zu. Es scheint eine gewisse Magie für die Patienten dahinter zu stecken, wenn sie ihren eigenen Körper auf einem Bildschirm dramatisch verbessert sehen können. Unabhängig davon was der Arzt sagt, wird die Patientin dazu tendieren, eventuelle Vorbehalte auszublenden und psychologisch davon auszugehen, daß sie später exakt so wie auf dem Computer-

bildschirm aussehen wird. Was man durch Computer-Imaging erreichen kann, hängt stark davon ab, was gesagt wird und wie diese Technologie eingesetzt wird. Es kann durchaus hilfreich als Aufklärungsmedium dienen oder als Mittel, um herauszubekommen, was die Patientin wirklich erwartet sowie um die Grenzen des Machbaren aufzuzeigen. Es sollte aber niemals als Kunstgriff zum „Verkauf" einer Operation benutzt werden. Der Autor empfiehlt dringlichst, daß alle Imaging-Programme auf ihrem Bildschirm zu jeder Zeit eine Einblendung tragen „Nur eine Simulation: Ihr OP-Ergebnis wird davon abweichen".

In der heutigen Wettbewerbs-Atmosphäre ist es durchaus üblich, daß Patienten dazu gedrängt werden, noch am gleichen Tag „zu unterschreiben". Obwohl der ökonomische Druck der heute auf vielen Ärzten lastet, nachvollziehbar ist, ist es dennoch ein schwerer Fehler, die Patientin mit Nachdruck dazu zu bewegen, zu unterschreiben, bevor sie zu einem anderen Arzt gehen kann. Die Patientin sollte unbedingt ausreichend Zeit erhalten, alle Informationen, die man ihr vermittelt hat, auch zu verdauen. Sie muß diese mit ihrer Familie und den ihr Nahestehenden diskutieren. Wenn sich das Ergebnis nicht so gut entwickeln sollte, könnte der Chirurg ansonsten angeklagt werden, daß er der Patientin eine Prozedur „verkauft" habe, die völlig elektiv gewesen sei.

Patientenfotos sind zur Dokumentation essentiell, sollten jedoch mit großer Sorgfalt behandelt werden

Wie bereits ausgeführt sind qualitativ hochwertige Fotos dazu geeignet, die Verteidigung bei einem Kunstfehlervorwurf entweder wesentlich zu unterstützen oder zu schwächen. Die plastische Chirurgie ist eine sehr visuelle Spezialdisziplin. Jeder, der keine guten Fotoaufzeichnungen vorweisen kann, provoziert förmlich spätere Probleme. Die Mammaaugmentationsplastik ist hier nicht anders zu sehen, außer daß bestimmte außergewöhnliche Überlegungen entstehen könnten, weil Kliniker mit teilweise unbekleideten Frauen umgehen. Zuallererst sollte eine separate Einverständniserklärung für die Fotoaufnahmen unterschrieben werden. Diese Erlaubnis beinhaltet auch die Versicherung, daß das Gesicht der Patientin nicht auf der Fotografie auftauchen wird. Wenn der Arzt vorsieht, diese Fotos für wissenschaftliche Veröffentlichungen oder für Vorträge zu benutzen, oder sie gar anderen Patienten zeigen möchte, dann sollte er den Patientinnen die Gelegenheit geben, dieses zu akzeptieren oder abzulehnen. Auf jedem Fall muß der Chirurg darauf bestehen, daß er ein Foto für seine Unterlagen erstellen darf. Unter den gegebenen Umständen ist es durchaus verständlich, daß manche Frauen dies ablehnen. Der Chirurg muß taktvoll darauf bestehen, daß diese Fotodokumentation ein wesentlicher Bestandteil der Patientenakte ist, die sie oder er vor dem Eingriff noch einmal in Ruhe studieren muß und daß nur der Arzt oder sein Personal diese Fotos zu sehen bekommen. Wenn die Patientin dann immer noch ein Foto verweigern sollte, dann stellt dies eine große rote Flagge dar und der Autor empfiehlt, dies zu einem nicht verhandelbaren Gegenstand zu machen.

Wenn der plastische Chirurg männlich ist und Fotoaufnahmen im Untersuchungsraum anfertigt, sollte eine weibliche Mitarbeiterin anwesend sein. Es gibt darüberhinaus keinerlei Entschuldigung, wenn das Gesicht der Patientinnen auf dem Foto für die Brustchirurgie mit abgebildet wird. Daher erscheint es sinnvoll, dem Patienten die Bilder zur Rückversicherung mitzugeben. Es versteht sich von selbst, daß grundsätzlich irgendeine Form von Kodierung und niemals der Name oder die Initialen der Patientin auf dem Bild zu finden sein sollte. Der Arzt sollte diese Aufzeichnung mit großer Umsicht behandeln. So wurde beispielsweise ein bekannter Kollege aus den USA erfolgreich verklagt, weil er während eines TV-Interviews auf seinem Schreibtisch versehentlich die Krankenakte einer prominenten Patientin offen auf dem Tisch hatte liegen lassen. Ihr Name und ihr Körper waren während der Ausstrahlung der Sendung erkennbar.

Ambulante OP: Es ist eine exzellente Idee, die Patientin am Vorabend des Eingriffs anzurufen

Heutzutage, wo sexuelle Belästigung solch eine breite Auslegung erfährt, muß ein Chirurg besonders vorsichtig sein. Während der Chirurgie – besonderes wenn der Eingriff unter Lokalanästhesie mit Sedierung durchgeführt wird – muß auf absolut korrektes Verhalten innerhalb der Einrichtung geachtet werden. Es kommt nicht selten vor, daß Beschwerden dadurch verstärkt werden, daß Anklagen wegen eines ungebührlichen Benehmens oder wegen sexueller Belästigung die ursprüngliche

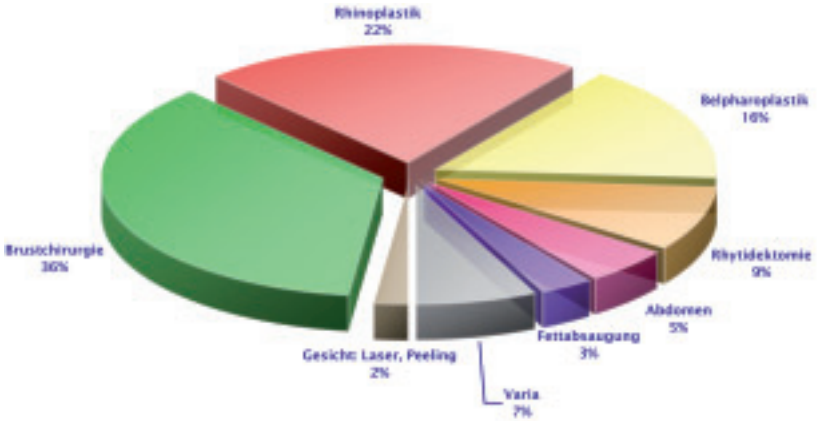


Abb. 1 Verteilung der Klagen gegen zertifizierte plastische Chirurgen in den USA (1976–1999)

Behandlungsfehlerklage verstärken. Patientinnen unter Sedation bilden sich oftmals Dinge ein oder verzerren die unschuldigsten Bemerkungen. Es erscheint daher am sinnvollsten, daß das gesamte Hilfspersonal in der chirurgischen Einheit ebenfalls weiblich ist. Alle Fenster sollten entweder transluzent oder verdeckt sein, um „Spanner" zu vermeiden. Wenn irgendwelche präoperativen Markierungen gemacht werden müssen, sollte dies immer im Beisein von einer weiblichen Mitarbeiterin der chirurgischen Einrichtung geschehen. Der Arzt sollte ebenso darauf achten, daß der Name der Patientin nicht in fetter Schrift auf der großen OP-Tafel des Krankenhauses prangt, an dem die Eingriffe des Tages bezeichnet sind. Wird der Eingriff unter Allgemeinnarkose vorgenommen, dann empfiehlt der Autor wärmstens, daß das letzte Bild, welches die Patientin vor dem Einschlafen haben sollte, das eines zuversichtlichen und freundlich lächelnden plastischen Chirurgen ist. Wenn sie im Aufwachraum dann wieder zu sich kommt, sollte die Patientin ebenfalls das gleiche lächelnde und zuversichtliche Gesicht sehen, das ihr versichert, daß alles gut gelaufen ist. Es ist außerdem eine exzellente Idee – und beeindruckt die Familie der Patientin enorm – die Angehörigen in der Wartezone nach der Operation aufzusuchen und mit ihnen über die Operation zu sprechen. Wenn man einen solchen Eingriff auf ambulanter Basis vornimmt, dann ist es eine der besten 25 Cent-Investitionen, die Patientin am Abend vor dem Eingriff noch einmal anzurufen. Die Patientinnen vergessen nur selten, daß so jemand wichtiges und vielbeschäftigtes wie ihr Chirurg sich dennoch die Mühe macht, diesen Anruf zu tätigen.

Das Datum, an dem der OP-Bericht diktiert wird, muß immer mit dem Tag des Eingriffs übereinstimmen. Es wurden bereits Prozesse verloren, weil eine gewisse Zeit verstrichen war zwischen dem Diktieren des OP-Berichtes und dem Entdecken von unerwünschten Nebenwirkungen, so daß das Erinnerungsvermögen des Chirurgen (und seine Ehrlichkeit) gewissermaßen vom klägerischen Anwalt herausgefordert wurden.

Die Wahrheit: Gleichgültig wie unauffällig auch immer, es wird eine Narbe geben!

Abbildung 1 gibt die Verteilung aller Klagen für die rekonstruktiven versus ästhetischen chirurgischen Prozeduren wieder, die beim amerikanischen Board der Plastischen Chirurgen gegen zertifizierte plastische Chirurgen erhoben wurden, seit die Doctors' Company (TDC) die Übersicht über diese Klagen erhält (1976–1999). Die jährliche Zahl der zertifizierten plastischen Chirurgen während dieses Beobachtungszeitraumes betrug durchschnittlich 750 Chirurgen (heute sind es über 1000). Die Doctors' Company schließt spezifisch alle Klagen aus, die sich mit einer systemischen Erkrankung im Zusammenhang mit einer Brustaugmentation während der letzten fünf Jahre und der Brustimplantat-Krise befaßten. Gründe für die Unzufriedenheit und die Hauptbeschwerden bei einem Brustaufbau sind (in absteigender Reihenfolge):

- Kapselkontraktur mit oder ohne Verziehungen.
- Falsche Größe: Zu wenig oder zu viel (letzteres ist im übrigen weit häufiger).
- Asymmetrie (insbesondere bei Kochsalzprothesen) oder bei rupturierter Prothese.
- Anhaltende Schmerzen.
- In den letzten zehn Jahren: „Riffelung", Dellen oder Einkerbungen durch Verwachsungen von Prothesen mit rauen Oberflächen.
- Sensible Nervenverletzungen mit Nippel-Areola-Sensibilitätsstörungen-
- Ökonomischer Schaden durch unerwartete wiederholte Re-Eingriffe.
- Infektionen, welche die Entfernung der Prothesen erforderlich machten.

Unweigerlich kommt dann emotionale Bedrängnis – oft auch der Verlust einer Praxisgemeinschaft – zu den offi-

ziellen Klagen hinzu. Während der Lawine der Brustimplantatklagen in den 1990er Jahren kam es nicht selten vor, daß irgendeine der genannten Beschwerden (oder auch die gesamte Liste) zu den allgemeinen Beschreibungen der systemischen Nebenwirkungen, die auf das Silikongel zurückgeführt wurden, hinzugefügt wurden. Viele plastische Chirurgen, die ansonsten ernsthaft bemüht sind, die zukünftige Patientin mit allen möglichen Informationen zu versorgen, machen dennoch Fehler in vier wichtigen Punkten:

1) Der Chirurg (oder die Person, die mit der Beantwortung der Fragen befaßt ist) versäumt es oft, klarzustellen, daß der Patient eindeutig versteht, wer finanziell verantwortlich ist für das, was im Falle eines bedauerlichen Ergebnisses oder der erneuten chirurgischen Maßnahme erforderlich wird. Dieser Tatbestand führt dann unweigerlich zu Problemen. Wie immer auch die Politik des Einzelnen in Bezug auf die Frage der Folgekosten sein mag, sie liegt einzig und allein beim Chirurgen. Das einzige Interesse der Haftpflichtversicherung gegen medizinische Kunstfehler ist es, zu sehen, ob alle diese Fragen vor der Operation bereits dokumentiert wurden, und daß sie nicht erst im nachhinein in die Akte ergänzt werden.

2) Die Prozedur der Aufklärung selbst während der Konsultation und wie sie im einzelnen durchgeführt wird, ist wiederum alleinige Sache des Chirurgen, wie immer er dies auch gerne machen möchte. Nichtsdestotrotz muß der Chirurg die Patientin auf folgende Dinge hinweisen, um dem Mindeststandard zu genügen:

- Die Auswahl der Implantate, die verfügbar sind mit deren Vorteilen und Nachteilen.
- Ferner die von dem Chirurgen bevorzugte Technik in diesem speziellen Fall und warum er sie anwendet: Subglandulär, submuskulär, periareolär, transaxillär oder was immer der Chirurg bevorzugt.
- Der Chirurg muß all diese Dinge erklären während er sie demonstriert.
- Die Wahrheit: Gleichgültig wie unauffällig auch immer, es wird eine Narbe geben! Man muß sich davor in Acht nehmen etwas zu versprechen, weil die Patientin möglicherweise auch vergleichsweise milde Narben nicht als kaum sichtbar einstufen könnte. Der Chirurg ist dazu verpflichtet zu erklären, daß der individuelle Heilungsverlauf ein Teil ihrer genetischen Veranlagung ist und daß es nichts gibt was der Arzt hier tun kann.

3) Es ist nicht das was der Chirurg sagt, sondern wie er es sagt, was den Patienten schließlich dazu bewegt, die vom Chirurgen bevorzugte Methode zu wählen. Der Arzt steht unter der positiv bejahenden Pflicht die möglichen Alternativen zur Auswahl zu benennen, den Patienten in die Einscheidungsfindung mit einzubeziehen, und – was am wichtigsten ist – zu dokumentieren, daß dieses alles mit warnenden Ratschlägen getan wurde:

- Es ist ein Fehler eine Kapselkontraktur als „Komplikation“ zu bezeichnen. Es ist keine Komplikation sondern es ein inhärentes Risiko. Dies ist ein Unterschied. Wenn die Patientin es ablehnt, das Konzept des inhärenten chirurgischen Risikos zu akzeptieren, dann ist dies bereits eine rote Flagge, die dem Chirurgen anzeigen sollte, daß er seine Entscheidung noch einmal überdenken sollte.
- Die Beziehung zwischen der Ebene der Prothesenplazierung (subglandulär oder subpektoral) und der postoperativen Unzufriedenheit ist nicht scharf umrissen. Es gibt genauso viele Klagen nach dem einen oder dem anderen Verfahren.
- Ein Vergleich zwischen der Wahl des Zugangsweges und der Plazierung der Inzision mit der Anzahl der Klagen ist interessant. Der transumbilikale Zugang hat bisher proportional wesentlich mehr Kunstfehlerklagen hervorgerufen als der submammäre, periareoläre oder transaxilläre Zugangsweg. Dieser Fakt hat offensichtlich damit zu tun, daß es durch die stumpfe Dissektion mehr Hämatome gibt, eine unzufriedenstellende Plazierung der Prothesen, Rupturen und Leckagen unmittelbar postoperativ, Asymmetrien, und Infektionen (mit Narben durch die notwendige nachfolgende Prothesenentfernung). Die darauffolgenden Analysen der Gerichtsentscheidungen nach den Prozessen zeigten in einem Fall eine besonders interessante Beobachtung: Die Jury war dadurch beeindruckt, daß der klägerische Anwalt erklärt hatte, daß die Ausführung einer Mammaaugmentationsplastik über den Nabel vergleichbar sei mit „der Durchführung einer Blinddarmentfernung durch den Enddarm hindurch, um eine Narbe auf dem Bauch zu vermeiden“.

Es folgte ebenfalls konsequenterweise, daß die endgültige BH-Größe des Endergebnisses ein kritischer Punkt ist (nicht selten „der“ Punkt überhaupt) in den postoperativen Meinungsverschiedenheiten, die dann zu Klagen führen. Es ist die häufigste Quelle des Arzt-Patienten-

Mißverständnisses bei der Mammaaugmentationsplastik. Hier hat sich gezeigt, daß gleichgültig wie viel Zeit man vor der Operation darauf verwendet, über die postoperative Größe und das Endergebnis zu reden, jede Minute gut investiert ist. Was die Patientin sich vorstellt und was der Chirurg wirklich erreichen kann, ist bekanntlich oftmals sehr unterschiedlich. Der Chirurg muß daher alle ihm zur Verfügung stehenden Mittel benutzen, die spätere Größe zu bestimmen und sollte in der Lage sein, ein gegenseitiges Übereinkommen über die zu erzielende Größe auch ausreichend zu dokumentieren. Manche Chirurgen bitten die Patienten sich den BH ihrer gewünschten Größe zu kaufen und mit einem Beutel oder einem wassergefüllten Ballon auszufüllen bis zu der Größe, die sie gerne hätten. Die Patienten werden dann angehalten noch einmal zurückzukommen, um dann ein Foto dieser Situation für die Unterlagen zu fertigen. Manche halten multiple OP-Prothesen parat. Was immer man benutzt: Der Zweck heiligt die Mittel so lange wie man später beweisen kann, daß Arzt und Patientin gemeinsam die Entscheidung über die zu wählende Größe getroffen haben.

Es gibt darüber hinaus noch schwierigere Kriterien der Patientenselektion. So haben zum Beispiel viele Frauen, die eine mehr seitlich lokalisierte schmale Brust haben, die Illusion, daß der Chirurg ihnen ein ausgeprägtes Dekolleté bescheren wird. Ein solches Resultat ist natürlich unmöglich zu erreichen, außer mit speziell geformten Büstenhaltern. Das zu starke Auffüllen von Prothesen kann nicht nur andere Probleme hervorrufen, sondern den „schielenden“ Ausdruck noch viel mehr unterstreichen.

Bei sehr großen Prothesen besteht das Risiko, daß eine Krebserkrankung zu spät entdeckt wird

Frauen, die einen Bleistift mit ihrer Submammarfalte festhalten können (der sog. Bleistifttest) oder deren oberer Rand des Warzenvorhofes auf der Höhe oder unterhalb der Submammarfalte liegt, sind keine guten Kandidaten für eine einfache Augmentationsplastik. Das ptotische Absinken wird durch das Gewicht der Prothese eher noch verstärkt. Die Brust erreicht dann schließlich das Aussehen einer „Bowling-Kugel in einem Wäschesack“. Diese Frauen bedürfen einer korrekt ausgeführten Bruststraffung, entweder vor oder zusammen mit einer Augmentationsplastik. Einige der ungeheuerlichsten Behandlungsfehlerklagen, die der Autor gesehen hat, schließen eine Augmentationsplastik bei einer ptotischen Brust mit einer simultanen zirkulären Mastopexie (Benelli-Prozedur) mit ein, mit der versucht wurde, dem Absinken entgegenzuwirken. In den meisten Händen vereint ein solches Vorgehen die schlechtesten Eigenschaften aus zwei verschiedenen Welten.

Plastische Chirurgen, die eine große Prothese (500 ml oder mehr) einbringen, setzen sich in anderer Hinsicht einem höheren Risiko aus. Am wichtigsten ist es, daß eine große angespannte und unnachgiebige Brust während einer Mammographie sehr schwer zu handhaben ist. Solche Augmentationen sind auch bei der Palpation schwieriger zu untersuchen. In wenigstens zwei solcher Fälle in der Sammelstatistik des Autors wurde Krebs diagnostiziert, nachdem zuerst metastatische Lymphknoten in der Axilla entdeckt worden waren. Beide Schadensersatzklagen gingen für den beklagten Arzt mit sechs- bis siebenstelligen Schadensersatzzahlungen auf Basis eines „verkürzten Lebens“ verloren oder weil die Implantation als die Hauptursache für die Verhinderung der Brustkrebsfrühdiagnose gesehen wurde.

Um eine hohe Patientenzufriedenheit zu erreichen und sich nicht unnötigen Schadensersatzklagen auszusetzen, muß der plastische Chirurg sich große Mühe geben, nicht nur seine chirurgische Kompetenz zur Geltung zu bringen, sondern auch sein medikolegales Bewußtsein. Der Chirurg sollte sich daran erinnern, daß das amerikanische Rechtssystem mehr mit einer geschickten Zurschaustellung zu tun hat als mit Gerechtigkeit, Fairness, Wissenschaft oder Wahrheit. Es ist im übrigen sehr unwahrscheinlich, daß irgendein Arzt, eine 30- bis 40jährigen Karriere in der ästhetischen Chirurgie beenden wird, ohne jemals eine Begegnung mit dem amerikanischen Rechtssystem erlebt zu haben. Die Chirurgen sollten ihre CME-Fortbildung durch eine „DME“ (Abwehr Medizin) vervollständigen. Nur durch das Pflegen der absolut essentiellen Elemente eines harmonischen Arzt-Patientenverhältnisses können plastische Chirurgen dem klägerischen Anwalt immer einen Schritt voraus sein.

Literatur

1. Gorney M (2001) Preventing litigation in breast augmentation. Clin Plast Surg 28: 607–615

Mark Gorney, MD
185 Greenwood Road
Napa, CA 94558

Ästhetische Chirurgie – eine Heilbehandlung?

Johannes C. Bruck

Begriffe wie medizinische Indikation und ärztliches Handeln beschäftigen den verantwortungsbewußten plastischen Chirurgen mehr als jeden anderen Facharzt, da die Definition dieser Begriffe sehr unterschiedlichen Interessenslagen, auch von Nichtmedizinern, unterworfen wird und sie daher einer kontinuierlichen Reflexion unterzogen werden muß. Da die ästhetische Chirurgie eine der tragenden Säulen des Faches Plastische Chirurgie darstellt, ist der plastische Chirurg ganz besonders gefordert, sich mit plastisch-ästhetischen Eingriffen auseinanderzusetzen.

Das Überleben von Krankheiten zu verbessern, kann nicht länger die einzige Prämisse ärztlichen Handelns sein

Die Weltgesundheitsorganisation WHO definiert Gesundheit als körperliches, seelisches und berufliches Wohlbefinden. Auch der Europäische Gerichtshof erweitert in seinem Urteil zur Befreiung von der Umsatzsteuer (nach §4 Abs. 14 des UStG) medizinische Leistungen um den Begriff der „anderen Gesundheitsstörungen“ (… medizinische Leistungen sind nur dann von der Umsatzsteuer befreit, wenn sie der medizinischen Betreuung von Personen und dem Behandeln von Krankheiten oder anderen Gesundheitsstörungen dienen, EGH C-84/98 September 2000). Harold Gillies definiert die rekonstruktive Chirurgie als den Versuch, die Normalität wieder herzustellen, während er kosmetische Chirurgie als den Versuch beschreibt, die Normalität noch zu übertreffen (Sir Harold Gillies „The principals and art of plastic surgery“ 1957). Thomas D. Rees meint dazu, daß es die Aufgabe der modernen Medizin ist, menschliches Leiden in all seinen Formen zu erleichtern, da das Überleben von Krankheiten zu verbessern nicht länger die einzige Prämisse ärztlichen Handels sein könne, und die Verbesserung der Lebensqualität den gleichen Rang habe, wie das Überleben zu sichern. Er stellt weiter fest: … es ist unmöglich, menschliches Leid zu messen (Thomas D. Rees „Aesthetic surgery“ 1980).

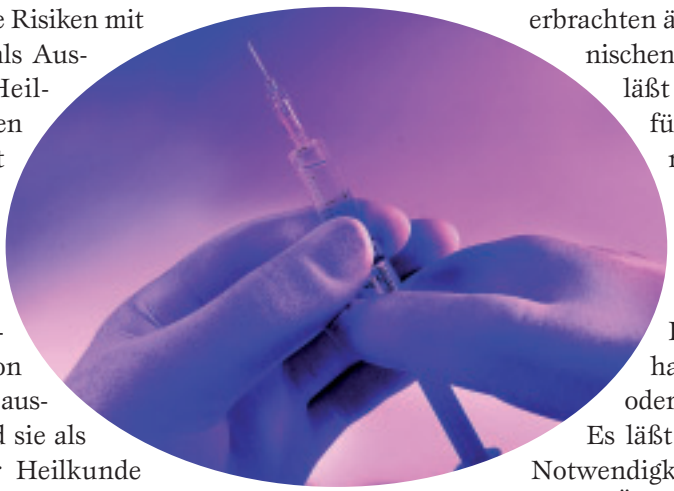
Es ist undenkbar, ästhetische Chirurgie ohne Kenntnis aller Möglichkeiten der rekonstruktiven Chirurgie erfolgreich zu betreiben und vice versa

Nach der Vier-Säulen-Theorie, spielen ästhetisch-plastisch-chirurgische Aspekte auch in der rekonstruktiven Chirurgie und in der Verbrennungsbehandlung eine Rolle. Es ist daher undenkbar, ästhetische Chirurgie ohne die Kenntnis aller Möglichkeiten der rekonstruktiven-plastischen Chirurgie erfolgreich zu betreiben und vice versa. Auch die Musterweiterbildungsordnung der Bundesärztekammer von 1995 stellt für das Fachgebiet „Plastische Chirurgie“ als einzigem chirurgischem Fach den Zusammenhang zwischen Chirurgie und Psychologie her: „Die ästhetisch-plastische Chirurgie umfaßt kosmetische Operationen aller Körperregionen, die unter Berücksichtigung der psychologischen Exploration und ihrer Elektionskriterien durchzuführen sind.“ Was ist nun medizinisch indizierte oder nicht indizierte Schönheitschirurgie? Das Berliner Kammergericht meint dazu in einem Urteil (Az: 5U 153/01), daß „nicht medizinisch indizierte Schönheitschirurgie eine gewerbliche Tätigkeit sei“ und führt weiter aus: „… daß der Begriff „plastisch-ästhetische Chirurgie“ zwar zu dem gewerblichen Bereich bloßer Schönheitschirurgie tendiert, ohne weitere Klarstellung wird aber damit eine Abgrenzung zur medizinisch indizierten „Wiederherstellungschirurgie“ nicht hinreichend deutlich, die auch ästhetische Beeinträchtigungen mit psychischem Krankheitswert erfaßt“. Auch

wenn diese Auffassung von der Ärztekammer Berlin nicht in allen Punkten geteilt wird, kann man der Meinung des Kammergerichts eine gewisse Rechtskraft nicht absprechen.

Bundesverwaltungsgericht: Schönheitschirurgische Eingriffe sind in der Regel als Heilkunde zu werten

Auch das Bundesverwaltungsgericht geht in ständiger Rechtsprechung seit dem Jahr 1959 davon aus, daß „kosmetische Behandlungen, die ihrer Methode nach der ärztlichen Krankenbehandlung gleich kommen, ärztliche Fachkenntnisse voraussetzen und gesundheitliche Risiken mit sich bringen, als Ausübung der Heilkunde zu werten sind. Soweit sogenannte schönheitschirurgische Eingriffe diese Kriterien erfüllen – und davon ist in der Regel auszugehen – sind sie als Ausübung der Heilkunde zu werten". Ebenso wie die Gebührenordnung für Ärzte, geht auch das Oberlandesgericht München in einem Urteil (Az: 29U 2210/2001) auf die Bedeutung der Initiative für einen ästhetisch-plastischen Eingriff ein und stellt fest: „Vorher/Nachher Abbildungen sind zuläßig, solange sie keine Behandlung von Krankheiten zeigen" und „was beworben wird ergibt sich aus der subjektiven Zweckbestimmung (!) der Werbung, denn der Zweck der Werbung ist auf kosmetische Operationen gerichtet und nicht darauf, psychische Belastungen zu behandeln, die mit einer körperlichen Verunstaltung einhergehen können". Paragraph 1 der GOÄ hält in Abs. 2 fest: Vergütungen darf der Arzt nur für Leistungen berechnen, die nach den Regeln der ärztlichen Kunst für eine medizinische, notwendige ärztliche Versorgung erforderlich sind. Leistungen, die darüber hinausgehen, darf er nur berechnen, wenn sie auf Verlangen des Zahlungspflichtigen (!) erbracht worden sind.



Immer dann, wenn für plastisch-ästhetische Leistungen geworben wird, besteht keine medizinische Notwendigkeit

Auch das Finanzgericht Köln (Az: 3V 5850/04) geht auf das Thema der Initiative für eine medizinische Leistung ein. Das Urteil stellt fest, daß der „Auftritt im Internet sowie sonstige Webung keinen Anhalt für eine medizinische Indikation darstellt und … eine Informationsbroschüre der Deutschen Gesellschaft für Ästhetische Chirurgie ausdrücklich darauf hinweist, daß eine Schönheitsoperation ein medizinisch nicht notwendiger Eingriff sei". Aus der Werbung für nicht notwendige medizinische Leistungen leitet das Gericht ab, daß die erbrachten ärztlichen Leistungen auch nicht der medizinischen Notwendigkeit zu unterwerfen sind. Daraus läßt sich also schließen, daß immer dann, wenn für Leistungen geworben wird, für die keine medizinische Notwendigkeit besteht, diese nicht dadurch entsteht, daß sie von einem Arzt/ Mediziner – erbracht werden. Im Einklang mit der europäischen Rechtsprechung steht zu prüfen, ob eine ärztliche Leistung zum Zweck der Diagnose, Behandlung oder Prophylaxe von Krankheiten oder Gesundheitsstörungen durchgeführt wird. Es läßt sich also eine medizinische Indikation = Notwendigkeit, immer dann unterstellen, wenn sie, wie die GOÄ sich ausdrückt, auf Verlangen des Zahlungspflichtigen = des Patienten, erbracht worden ist. Dieses Verlangen des Patienten muß von seiner Seite subjektiv motiviert sein. Primär muß der Patient eine Notwendigkeit sehen, zum Arzt zu gehen, der dann das therapeutische Ziel der Behandlung im Rahmen der in der Weiterbildungsordnung festgelegten psychologischen Exploration festlegen kann.

Ästhetisch-plastische Chirurgie ist eine Heilbehandlung, solange die Initiative für den Eingriff vom Patienten ausgeht

Erst die Initiative des Patienten, dessen subjektives Leiden nicht meßbar und in der Exploration erfaßt werden kann, versetzt den plastischen Chirurgen in die Lage, die geeigneten Maßnahmen zur Behandlung oder Prophylaxe einer Gesundheitsstörung im Sinne der europäischen Rechtsprechung vorzuschlagen. Dies steht im

Einklang mit der Auffassung von U. Schmitt-Tintemann (1972), daß „die Prinzipien plastisch-chirurgischen Handelns unter anderem darin liegen, zu prüfen, ob eine Maßnahme dem Patienten auch tatsächlich weiterhilft, der unter Umständen nur physisch gesund sein kann". Ein wesentliches Kriterium für die Feststellung der medizinischen Notwendigkeit eines ärztlichen Eingriffes durch den plastischen Chirurgen kann daher die Initiative zum Eingriff sein: Geht diese vom Patienten aus, der sein subjektives Leid der psychologischen Exploration des Arztes aussetzt – mit dem Ziel der Therapie oder Prophylaxe seines Leids, so wird von einer medizinischen Notwendigkeit auch für die daraus folgenden Handlungen auszugehen sein. Versucht der Arzt dagegen in seiner Eigenschaft als Unternehmer über einschlägige Werbung und die Verheißung von Lebensglück und Liebenswürdigkeit oder nur Schönheit und Jugend einen Menschen (noch keinen Patienten) zum Eingriff zu bewegen, wird eine medizinische Notwendigkeit nicht zu konstruieren sein. Vereinfach gesagt: Die Deckung eines Bedürfnisses mit den einschlägigen Kenntnissen und Fähigkeiten des plastischen Chirurgen auf Initiative des Patienten zur Linderung oder Prophylaxe eines auch subjektiven Leides ist medizinisch indiziert. Die Weckung eines solchen Bedarfes auf Initiative durch den Arzt ist dies hingegen nicht. Ästhetisch-plastische Chirurgie ist also eine Heilbehandlung, solange die Initiative für den Eingriff vom Patienten ausgeht.

Dr. Dr. med. Johannes C. Bruck
Abteilung für Plastische Chirurgie
Martin-Luther-Krankenhaus
Caspar-Theyß-Straße 27-31, 14193 Berlin
eMail: bruck.pc@t-online.de



Kongreßnachlese

Fotowettbewerb: Bionik – Form Follows Nature: Die Gewinner

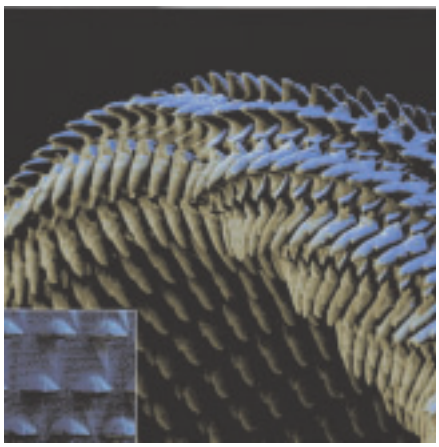


Foto: Oliver Meckes/Nicole Ottawa

1. Preis *Raspelzunge*: Das einzige chitinoese Körperteil einer Nacktschnecke: die Raspelzunge. Mit ihr schabt das Tier die Nahrung in feinste Partikel. Durch die mikroskopische Zahnung der Zunge erübrigt sich ein Kauen. Das technische Gegenstück der Schneckenzunge ist die Holzraspel.

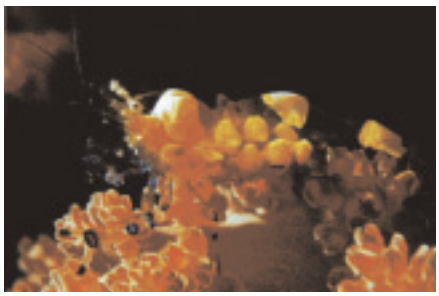


Foto: Hartwig Becker

2. Preis *Glasgarnele*: Die Organe der Glasgarnele wirken wie eingeschweißt in der glatten, durchsichtigen und doch festen Hülle ihres Panzers. Geeignetes Material vorausgesetzt, könnte dies ein Entwurf für die ideale Verpackung von Spenderorganen sein, die bis zu ihrer Verwendung geschützt sein sollen.

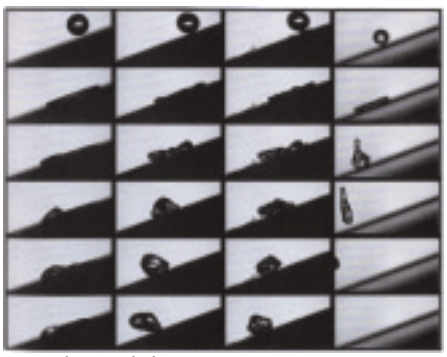


Foto: Tobias Michel

3.Preis *Lotus*: Die Oberfläche ist mit Wasser abweisenden Haaren bedeckt. An der Universität Darmstadt ist eine Theorie entwickelt worden, nach der Oberflächen nicht mehr durch Nachahmung, sondern über das Verständnis des natürlichen Wirkungsprinzips designt werden.

Der Katalog zum BIONALE Foto Wettbewerb kann bei der BIONALE e.V. bestellt werden. Ebenso können Informationen zum gemeinnützigen Verein über diese Adresse wie über das Internet www.bionale-ev.de gefunden werden.
BIONALE e.V., Friedrich Herrschelstraße 1, 81679 München, Telefon 089/18949872

Power-Jet-Tumeszenzinfiltration mit modifizierter Infiltrationskanüle

Raymund E. Horch

Die Tumeszenzinfiltrationsanästhesie zur großvolumigen Liposuktion hat sich als eine effektive Methode bewährt [1–4]. Bei mittleren Volumina oder bei großen Volumina der Absaugung und Tumeszenz kann die Infiltration mit Injektionsspritzen zeitraubend und mühsam sein. Kommerziell erhältliche Rollerpumpen oder spezielle Infusionspumpen können hier zwar Abhilfe schaffen, bedingen aber vergleichsweise hohe Investitionskosten und sind zudem häufig störanfällig. Unsere Arbeitsgruppe hat bereits früher die Verwendung eines einfachen, sogenannten Power-Jet-Systems, welches für gewöhnlich als Jet-Lavage-System genutzt wird, für die Tumeszenzinfiltration beschrieben [5]. Es handelt sich dabei um ein druckluftgetriebenes System mit einem ergonomisch geformten Metallhandgriff (Abb. 1), welches an die Standard-Druckluftquelle angeschlossen wird, die in praktisch jedem Operationssaal vorhanden ist (OrthoPulse Lavage System TM 9000, Protek Medical Sligo, Irland; Vertrieb: Ratio-MediTec Medizintechnik).

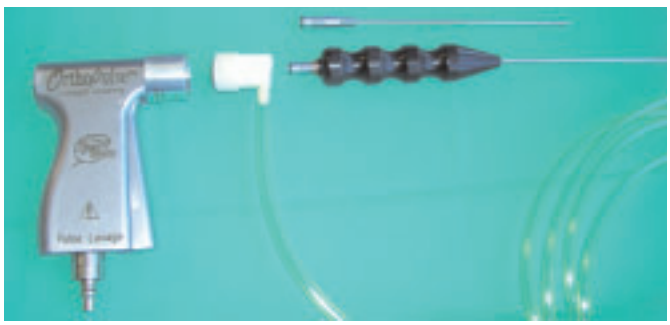


Abb. 1 Montage der Infiltrationskanüle mit Handgriff (alternativ ohne Handgriff) mit zuführendem Schlauchsystem und Membranverschluß eines handelsüblichen Jet-Lavage-Systems.

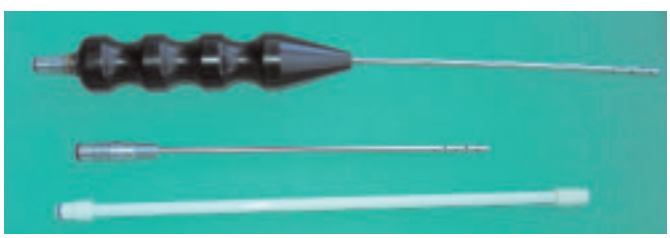


Abb. 2 Infiltrationskanüle mit und ohne ergonomisch geformtem Handgriff zum Anschluß an handelsübliche Jet-Lavage-Systeme mit Schraubverschluß, die anstelle des Einmalkunststoffartikels (weißer Plastikaufsatz unten) bei der Jet-Lavage eingesetzt wird.

Durchweg problemlose Handhabung und einfache Anwendbarkeit bei mittel- bis großvolumigen Fettabsaugungen

Während wir früher für das Einmalmaterial, welches für die Jet-Lavage in der Einwegverpackung mitgeliefert wird, jeweils im Operationssaal eine behelfsweise Verbindung des Kunststoffschlauches mit dem Druckluftsystem hergestellt haben, wurde nunmehr eine spezielle Infiltrationskanüle entwickelt, die mit einem Schraubverschluß sicher an das Druckluftgerät angeschlossen werden kann. Hier wurden eine solche Kanüle mit einem ergonomisch geformten Handgriff und eine einfache Kanüle ohne Handgriff hergestellt, die anstelle des Einmalkunststoffartikels bei der Jet-Lavage eingesetzt wird (Abb. 2)[1]. Die Erfahrungen mit diesem System über drei Jahre im Routineeinsatz zeigen eine durchweg problemlose Handhabung und einfache Anwendbarkeit bei mittel- bis großvolumigen Fettabsaugungen. Im eigenen Vorgehen erwies sich die Infiltrationskanüle mit Handgriff – im Vergleich zur Kanüle ohne Handgriff – als leichter zu handhaben. Eine Diskonnektion des Systems, wie sie früher ohne den speziellen Schraubverschluß der Spezialkanüle gelegentlich beobachtet wurde, haben wir seither nicht mehr erlebt. Das System ist daher eine simple, kostengünstige, effektive und zeitsparende Methode der Infiltration zur Tumeszenz bei der Liposuktion.

[1] RATIO-MediTec Medizintechnik Vertriebs-GmbH, Parkstettener Straße 20, 94377 Steinach, Telefon 09428/8199, Fax 09428-7318

Literatur

1. Illouz YG (1983) Body contouring by lipolysis: a 5-year experience with over 3000 cases. Plast Reconstr Surg 72: 591–597
2. Horch RE (2001) With scalpel and suction against fatty tissue. Indications and methods of fatty tissue surgery. MMW Fortschr Med 143: 25–29
3. Klein JA (1990) The tumescent technique. Anesthesia and modified liposuction technique. Dermatol Clin 8: 425–437
4. Walgenbach KJ, Riabikhin AW, Galla TJ, et al (2001) Effect of ultrasonic assisted lipectomy (UAL) on breast tissue: histological findings. Aesthetic Plast Surg 25: 85–88
5. Galla TJ, Walgenbach KJ, Bach AD, et al (1999) Infiltration of tumescent anesthetic solution by a modified wound irrigation system. Aesthetic Plast Surg 23: 386–387

Prof. Dr. med. Raymund E. Horch
Abteilung für Plastische und Handchirurgie
Universitätsklinikum Erlangen-Nürnberg
Krankenhausstraße 12
91054 Erlangen
eMail: horchrd@chir.imed.uni-erlangen.de

Kongresse

Januar 2006

8.–11.1.2006 Mayrhofen/Zillertal
24. Jahrestagung der Deutschsprachigen Arbeitsgemeinschaft für Verbrennungsbehandlungen – DAV 2006
Leitung: Prof. Dr. G. Meissl, Prof. Dr. H. Andel; Wien
Anfragen: MAW, Freyung 6/3/3, A-1010 Wien, Tel. +43-1/53663-35, Fax 5356016, email: maw@maw.co.at, www.maw.co.at

27.–28.1.2006 Frankfurt/Main
5. Frankfurter Live-Op-Kurs: Ästhetische Chirurgie des männlichen Gesichtes
im Bethanien-Krankenhaus Frankfurt/Main
Veranstalter: Dr. med. M. Wolters, Dr. med. H. Lampe, Frankfurt/Main
Anfragen: ServiceCompanyRother, Vallstedter Weg 114A, 38268 Lengede, Tel. 05344/915948, Fax 915949, email: uterother@t-online.de, www.service-company-rother.de

März 2006

4.3.2006 Nürnberg, Klinikum Süd
2. Nürnberger Frühjahrssymposium „Plastische Chirurgie"
Veranstalter: Verein zur Förderung der Wissenschaft und Praxis in der Plastischen Chirurgie, Mikrochirurgie und Verbrennungsmedizin e.V.
Leitung: Priv.-Doz. Dr. B. Reichert
Von der Bayerischen Landesärztekammer anerkannte Fortbildungsveranstaltung.
Anfragen: Priv.-Doz. Dr. B. Reichert, Klinik für Plastische, Wiederherstellende und Handchirurgie, Zentrum für Schwerbrandverletzte, Klinikum Nürnberg-Süd, Breslauer Str. 201, 90471 Nürnberg, Tel. 0911/398-2370, Fax 3985373, eMail: reichert@klinikum-nuernberg.de

10.–11.3.2006 Berlin
I. Interdisziplinäres Symposium Kind und Feuer
Was ist Feuer Heute? Für Kinder?
Für Jugendliche? Für Alle?
Veranstalter: Vivantes Netzwerk für Gesundheit Berlin unter Beteiligung der Berliner Feuerwehr
Leitung: Kain Karawahn, Berlin
Anfragen: Agentur EOBIONT GmbH, Immanuelkirchstr. 3–4, 10405 Berlin, Tel. 030/44020130, Fax 44020150, eMail: kindundfeuer@eobiont.de, www.mitfeuerspielen.de/Symposium.html

April 2006

29.4.2006 Bochum, Bergmannsheil
Symposium „Plastisch-rekonstruktive Verfahren bei postoperativen Infektionen"
Themen: Die gestörte Wundheilung / Infizierte Unterkieferdefekte nach multimodalen Therapien / Infektionen nach onkologischer Mammachirurgie / Sternumosteomyelitis / Infektionen der oberen Extremität / Infektionen der unteren Extremität / Infektionen und Fasziitiden nach Injektionen / Infektionen nach ästhetischen Eingriffen
Leitung: Prof. Dr. H.U. Steinau
Anfragen: Priv.-Doz. Dr. H.-H. Homann, Priv.-Doz. M. Lehnhardt, Berufsgenossenschaftliche Kliniken Bergmannsheil, Ruhr-Universität Bochum
Tel. 0234/302-3641 oder -3443
eMail: Marcus.Lehnhardt@rub.de

Mai 2006

2.–5.5.2006 Berlin, ICC
123. Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie
Leitthema: Chirurgie als Schnittstelle in der Medizin
Präsident: Prof. Dr. H. D. Saeger, Dresden
EMail: info@chirurgie2006.de, www.chirurgie2006.de

September 2006

7.–9.9.2006 Kongresszentrum Mannheim
19. Jahrestagung der Gesellschaft für Ästhetische Chirurgie Deutschland e. V. – GÄCD
Leitthema: Ästhetische Chirurgie: Rückblick und Ausblick
Präsident: Dr. H. Solz, Mannheim
Anfragen: GÄCD, Simone Schloeter, Königsteiner Str. 55a, 65812 Bad Soden, Tel. 06196/6524923 Fax 6524925, eMail: info@gacd.de, www.gacd2006.de

19–21.9.2006 Münster, Universitätsklinikum
6. Operationskurs „Mikrochirurgie der peripheren Nerven und Gefäße"
Leitung: Priv.-Doz. Dr. J. Haier, Dr. D. Palmes, Prof. Dr. H. U. Spiegel
Anfragen: Hanne Grawe, Abteilung Chirurgische Forschung, Klinik und Poliklinik für Allgemeine Chirurgie, Universitätsklinikum, Waldeyerstr. 1, 48149 Münster, Tel. 0251/83-56382, Fax 8356366, eMail: hanne.grawe@uk-muenster.de, www.chirurgie.uni-muenster.de

Oktober 2006

18.-21.10.2006 Heidelberg, Kongresshaus Stadthalle
47. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Handchirurgie – DGH
Leitung: Prof. Dr. A.K. Martini, Heidelberg
Anfragen: Conventus Congressmanagement & Marketing GmbH, Markt 8, 07743 Jena, Tel. 03641/3533227, Fax 3533271, eMail: anja.kreutzmann@conventus.de, www.dgh-2006.de

weitere Kongresse
☛ www.kaden-verlag.de

Wer bietet Was?

Aesthetic Medicals

Aesthetic Medicals GmbH
Jüdenstraße 50, D-10178 Berlin
Telefon +49 (0)30 767660-0, Telefax +49 (0)30 767660-29
E-Mail: info@aesthetic-medicals.de □ www.aesthetic-medicals.de

BIO-ALCAMID – *mehr als ein Filler, eine injizierbare Endoprothese*
Erfolgreich seit 1999 auf dem Markt, ist BIO-ALCAMID ein Polymergel, ausschließlich aus Vernetzung von Alkylimin-Gruppen und Wasser. Für ästhetische Indikationen (tiefe Falten, Jochbein- und Wangenaufbau), HIV Haart induzierte Lipodystrophie und rekonstruktiven Volumenaufbau bei Gewebemangel.
Produkte: ***Lips:*** Für kleinere Defekte
Face: Für größere Defekte im Gesicht
Body: Für größere Defekte im Gesicht und am Körper

Bioinblue – *100% resorbierbarer Filler mit sichtbar lang anhaltendem Effekt*
Bioinblue (94% Wasser, 6% Polyvinylalkohol) wird über einen Zeitraum von durchschnittlich 12 Monaten komplett abgebaut! Die spezielle Vernetzungstechnik bildet ein elastisches drei-dimensionales Gel. Daraus resultieren geringer Verbrauch und optimale Ergebnisse.
Produkte: ***Bioinblue Lips:*** Für Lippenvolumen und zur Konturierung
Deep Blue: Mittlere–tiefe Falten, Wangenkorrekturen, Jochbeinregion

MESOTHERAPIE – Die Mesotherapie wird seit über 50 Jahren praktiziert. Durch feine Mikro-Injektionen können die ausgewogenen Wirkstoffe, versetzt mit Hyaluronsäure, genau dort platziert werden, wo die meisten Gefäße sitzen. Daraus resultieren der Mesolift-Effekt (= erhöhte Grundspannung und Straffheit der Haut), Glättung von feinen oberflächlichen Fältchen und die Aufhellung „müde" wirkender Haut durch Stimulation wichtiger biologischer Zellmetabolismen
Produkte: ***NCTF 135, NCTF 135HA25:*** Sterile biologische Wirkstoffkomplexe
AcHyal: Fließfähige Hyaluronsäure
Glykopeel: Vorbereitendes Peeling
HyaFace: Externe Hyaluronsäure
HyaTox-Forte: Externes Anti-Falten Fluidum

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

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

Kompressionsbekleidung nach ästhetisch/kosmetischen Eingriffen

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

Büstenhalter
- Innovative Technologie und Ästhetik für höchste Ansprüche

Kompressionsbekleidung für Schwerbrandverletzte (Fertigung nach Maß)

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

Instrumente für Hauttransplantation (Meek-Technik) und Dermatome

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

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.

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

Die BioSurgery-Sparte von Baxter ist auf das intraoperative Wund- und Gewebemanagement spezialisiert.

■ **Tissucol®**, eine natürliche, humane Fibrin-Matrix, wird zur Gewebeklebung und Unterstützung der Wundheilung eingesetzt.

■ **FloSeal®** hingegen ist ein viskoses Gel zur Hämostase, das aus einer Gelatine-Thrombin- Matrix besteht. Es stoppt 97% aller Blutungen – bis hin zur spritzenden arteriellen – in weniger als 3 Minuten.

■ Der synthetische Versiegeler **Coseal®** bildet ein Hydrogel aus Polyethylenglykol und dient der Abdichtung von Gefäßanastomosen sowie zur Adhäsionsprävention in der Kinderherzchirurgie.

■ Daneben hat Baxter BioSurgery eine Familie von hämostyptisch wirksamen Kollagenprodukten (**TissuFleece, TissuFoil und TissuCone**) im Portfolio.

Brustimplantate
Inamed
Maküмed
Mentor
Novamedical
Polytech-Silimed
Rofil Medro
TapMed

Dokumentation
Karl Storz
TapMed
Richard Wolf

Endoskopie
Karl Storz
Richard Wolf

Expander
Inamed
Mentor
Polytech-Silimed
TapMed
Rofil Medro

Wer bietet Was?

Faltenbehandlung
Aesthetic Medicals
Inamed
Novamedical
Q-Med
Polytech-Silimed
Rofil Medro
Sanofi Aventis

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

Fibrinkleber
Baxter

Wer bietet Was?
Fehlt Ihre Firma?
✆ 06221 1377620

BBD-AESCULAP®
Ein Unternehmen der B BRAUN-Gruppe

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

Als Komplettanbieter für chirurgische Verbrauchsmaterialien führen wir unter anderem

Chirurgisches Nahtmaterial

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

Unser Nahtmaterial ist mit atraumatischen Nadeln aus geprüfter Stahlqualität armiert. Mehr als 100 atraumatische Nadeltypen für alle 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

beauty pool

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
COLLAGEN Aesthetics
INAMED HEALTH

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

Wer bietet Was?

Lumenis (Germany) GmbH
Heinrich-Hertz-Straße 3, D-63303 Dreieich
Telefon: (06103) 8335-0, Telefax: (06103) 8335-300
E-Mail : info@lumenis.de □ www.lumenis.de

Lumenis versteht sich als innovatives Unternehmen der Lasertechnologie in der Medizin und der Ästhetik. Unser Ziel ist es, bestehende Laseranwendungen und Lichttherapieverfahren effizienter und einfacher zu gestalten und neue Behandlungsmethoden zu entwickeln. Dabei orientieren wir uns an den medizinischen Erfordernissen und den Vorstellungen von Ärzten und Patienten. Weltweite Präsenz und kundenorientierter Service haben uns in der Vergangenheit zu einem der führenden Anbieter in der Lasermedizin gemacht.

Laser für die Chirurgie

VersaPulse™ PowerSuite®
Der leistungsstärkste Holmium-Laser mit bis zu 100 Watt und 2 Joule bei 50 Hertz ermöglicht einen glatten, schnelleren Schnitt

ULTRAPulse ENCORE
Der leistungsstarke CO_2-Laser für Blepharoplastik und Skinresurfacing

30 C 40 C
Die kompakten CO_2-Lasersysteme mit Leistungen von 30W und 40W verbinden Mobilität mit kompromißloser Performance

NovaPulse™
NovaPulse CO_2 Chirurgie Laser für kleine Kliniken und Praxen

AcuBlade®
Ein revolutionäres Lasersystem, daß die Mikrochirurgie durch seine Robotertechnik bereichert

OtoLAM®
Das ultimative Instrument für die Behandlung einer Mittelohrentzündung

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 hochwertigen 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

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

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

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

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

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

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
- Becker® Implantate
- Messimplantate
- Saline Implantate
- Permanentexpander

Expander
- Brust-Expander
- Gewebe-Expander

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

Gesichtsimplantate
- Wange
- Nase
- Kinn

Gesichtsimplantate
Mentor
Polytech-Silimed
TapMed

Hämostyptika
Baxter

Handchirurgie
Karl Storz
TapMed
Richard Wolf
Carl Zeiss

Hautkleber
BBD-Aesculap

Kompressionswäsche
Asclepios
Inamed
MediEquip
Mentor
Novamedical
Polytech-Silimed
Rofil Medro

Wer bietet Was?

Laser
Lumenis
Wave Light

Lichtquellen
Karl Storz
Richard Wolf

Mammaimplantate
Inamed
Makümed
Mentor
Novamedical
Polytech-Silimed
Rofil Medro
TapMed

Medizinische Kosmetikprodukte
Aesthetic Medicals
Beautypool
Rofil Medro
Sanofi Aventis

Mesotherapie
Aesthetic Medicals
Rofil Medro

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

Degania Silicone
Geschlossenes Silikon – Wunddrainagensystem

Brennen
Skin Graft Mesher

Mediskin
Tiefgefrorene, sterile Schweinehaut für die Brandverletztentherapie

Novagel
Silikongel – Platte für Narben- und Keloidtherapie

NatraGel
Dermal Delivery System

Novatox Natural Lift
Topisches Anti-Aging Präparat

POLYTECH SILIMED EUROPE GmbH

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

Produkte – Auswahl – Service

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

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

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

Q-MED
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?
www.kaden-verlag.de
jetzt.

Wer bietet Was?

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, Artecoll und Outline
- 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 (z.B. Fruchtsäurepeelings)
- Ästhetische Mesotherapie
  – Mesolift
  – Injektionslipolyse
  – Cellulitetherapie

sanofi aventis

Das Wichtigste ist die Gesundheit

Sanofi-Aventis Deutschland GmbH
Potsdamer Straße 8, D-10785 Berlin
Telefon: 0180/2 222010 , Telefax: 0180/2 222011
E-mail: callcenter.de@sanofi-aventis.com
www.sculptra.de • www.viscontour.de • www.sanofi-aventis.de

Sanofi-Aventis bietet ein aufeinander abgestimmtes Produktportfolio für die ästhetische Dermatologie an. Die Produkte für die Faltenbehandlung, Hautpflege sowie Wundbehandlung lassen sich gut in kombinierter Therapie einsetzen.

Sculptra™ CE 0459 Mehr als nur ein Faltenfüller. Mit der injizierbaren Poly-L-Milchsäure kann Volumenaufbau bei Falten- und Konturdefekten, aber auch der Effekt eines Liquid Liftings erzielt werden. Die langsame Abbaukinetik und die für tief intradermale sowie subkutane Injektion geeignete Viskosität verleihen Sculptra™ seine mechanischen Eigenschaften und verzögern die Resorption, wodurch sich Sculptra™ gut für den Aufbau von eingesunkenen Hautarealen eignet. Behandlungserfolge sind bis zu 2 Jahre sichtbar.

Viscontour® CE 0123 Natürliche unvernetzte Hyaluronsäure zur Unterstützung des physiologischen Hautzustandes. Viscontour® zur intradermalen Viskoaugmentation bei Falten und Konturdefekten sowie zur Hydration des Gewebes.

Viscontour® Serum CE 0123 Die topische reine Hyaluronsäure verleiht der Haut Elastizität und Spannkraft durch intensive Hydration. Viscontour® revitalisiert den Zellaufbau und die Zellerneuerung, glättet die Haut durch Bindung von Feuchtigkeit und schützt die Haut vor Umwelteinflüssen.

Oleo – Tüll® / Sofra-Tüll SINE® CE 0086 Imprägnierte Baumwollgazen in steriler Einzelverpackung, Oleo Tüll® und Sofra-Tüll SINE® werden angewendet zur Wundversorgung nach operativen Eingriffen sowie bei Verletzungen der Haut.

SKIN & HEALTH CARE
DR. SUWELACK

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!

Mikrochirurgie
Richard Wolf
Carl Zeiss

Nahtmaterial
Nahtsets
BBD-Aesculap

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

OP-Einrichtungen
Karl Storz
TapMed
Richard Wolf
Carl Zeiss

Operationsmikroskope
Carl Zeiss

Wer bietet Was?

OP-Instrumente
Inamed
Karl Storz
TapMed
Richard Wolf

Pharmaka
Baxter

Stoma
MediEquip

Verbrennungen
Dr. Suwelack
MediEquip
Novamedical

Wundversorgung
Baxter
BBD-Aesculap
Novamedical
Sanofi Aventis

STORZ
KARL STORZ — ENDOSKOPE
THE DIAMOND STANDARD

Karl Storz GmbH & Co. KG
Mittelstraße 8, D-78532 Tuttlingen
Telefon: 07461/708-0, Telefax: 07461/708-105
E-Mail: info@karlstorz.de
www.karlstorz.com

Seit den Anfängen des Hauses KARL STORZ im Jahre 1945 ist über ein halbes Jahrhundert vergangen – eine Zeit, in der unser Unternehmen ein bedeutendes Kapitel Medizin- und Technikgeschichte geschrieben hat. Die moderne Endoskopie hat einerseits die medizinische Diagnostik revolutioniert und andererseits neuartige Operationstechniken ermöglicht. Sie erlaubt heute patientenschonende und wirtschaftliche Eingriffe.

Karl Storz bietet für folgende drei der vier tragenden Säulen der Plastischen Chirurgie hochwertige Instrumente und herausragende optische Systeme:

Ästhetische Chirurgie – Rekonstruktive Chirurgie – Handchirurgie

Die Produktpalette von KARL STORZ umfasst außerdem modernste, vollständig digital arbeitende 3-Chip-Kameras ebenso wie mobile ALL-in-ONE Lösungen für die Praxis und das notwendige Zubehör wie Monitore und digitale Bildspeichersysteme.

Für den essentiellen Bereich der Beleuchtung bietet KARL STORZ von der Hochleistungs-Xenon-Lichtquelle bis zur mobilen Batterie-Lichtquelle eine unerreicht vielfältige Auswahl, die das gesamte Spektrum möglicher Anwendungen abdeckt.

Revolutionäre Neuentwicklungen, wie der voll vernetzte Operationssaal OR1™ und die zentrale Bild- und Datenverwaltung KARL STORZ AIDA™, ergänzen die bisherige Produktpalette.

TapMed

TapMed Medizintechnik Handels GmbH
Gutshof 15-17, D-34270 Schauenburg-Hoof
Telefon: 05601-9299-0, Telefax: 05601-9299-44
Service: 0800-AESTHETIC
E-Mail: info@tapmed.de □ www.tapmed.de

Mit einem ständig wachsenden Programm hat sich TapMed innerhalb von wenigen Jahren zu einem wichtigen Anbieter in der Plastischen, Ästhetischen und Wiederherstellungs-Chirurgie entwickelt. TapMed bietet dem Operateur hochwertige Produkte von führenden Herstellern, u.a.:

- Komplettes Instrumentarium von Stille
- Endoskopische Technik von Karl Storz
- SilverGlide – bipolare nicht klebende Pinzetten von Sutter
- CHESS – Fixierung in der Handchirurgie von CANICA
- Gesichts-Implantate von GORE
- Mamma-Implantate von Eurosilicone
- Hautexpander von Eurosilicone
- PAL-600E – Power-Assisted-Liposuction von MicroAire
- Gefäß-Koppler von MCA-Synovis
- Neurotube – geführte Nervenregeneration von MCA-Synovis

Darüber hinaus bietet TapMed ein Programm zur druckentlastenden Patienten-Lagerung und Positionierung auf dem OP-Tisch.

WaveLight®

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

Lasersysteme für Ästhetik & Dermatologie

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

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

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

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

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

ZEISS

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: 0811/600 50-0 · Telefax: 0811/600 50-11

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