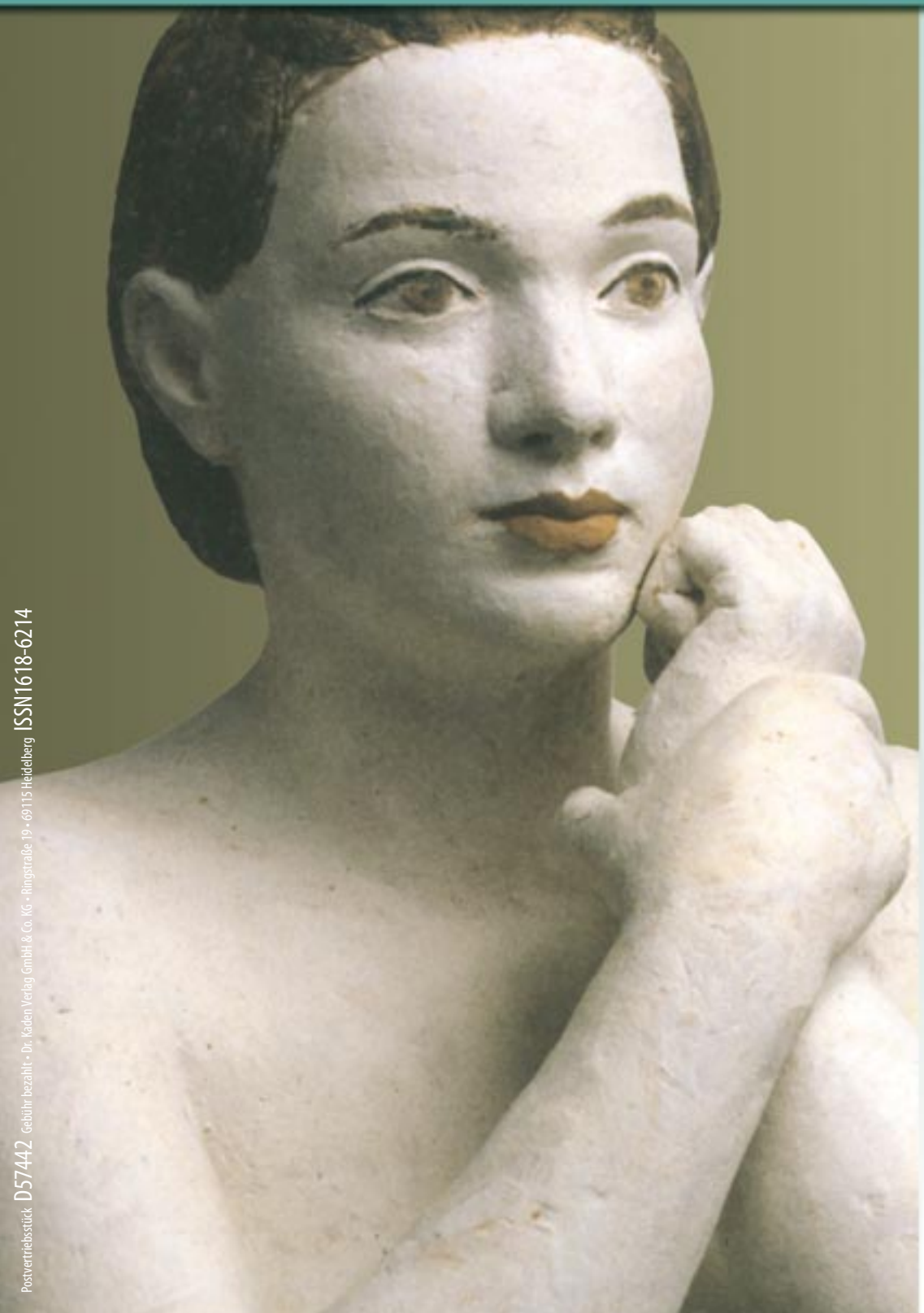
8. Jahrgang • Heft 2
Juni 2008

Plastische CHIRURGIE

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



Editorials
Brustzentren – Quo vadis?
Zahlenspiele

„Schönheitswahn“ im Bundestag

Defektdeckung am Fuß

Epicondylitis humeri radii

Rotationsprogramm für Facharztweiterbildung

Abrechnung: Mamma-Reduktionsplastik – Dupuytrensche Kontraktur

Vorschau zu den Jahrestagungen von DGPRÄC, VDÄPC, ÖGPÄRC in Stuttgart

Eine Publikation des Kaden Verlags
KADEN

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



MERZ. Modulare Konzepte

Für sichtbar schöne Haut

MERZ. Modulare Konzepte: Kompetenz in der ästhetischen Medizin.

Hyal-System® zur Hautverjüngung.

Belotero® zur Behandlung von mittleren bis tiefen Falten sowie zur Lippenaugmentation.

Hyal-System®
Verjüngt die Haut auf ganzer Fläche.

BELOTERO®
Der Hyaluronsäure-Filler mit CPM®

Brustzentren – Quo vadis?

„Zentrum“ hat sich in vielen Kliniken als ein Lieblingsbegriff etabliert. Für alles und jedes werden Zentren etabliert, wobei manchmal die Substanz solcher Zentren so gering ist, dass man sich ernsthaft fragen muss, um welchen Kern eine Struktur wirklich zentriert ist. Grundsätzlich ist sicher gegen das Konzept einer Zentren-Bildung zur Bündelung von interdisziplinären Kompetenzen bei bestimmten Krankheitsbildern nichts zu sagen, hebt es doch die früher geübte Abschottung der einzelnen Disziplinen gegeneinander auf. Das prinzipielle Konzept stand sicher auch bei der Initiierung der Brustzentren Pate, in denen die unterschiedlichsten konservativen und operativen Disziplinen konzertiert gegen eines der tückischsten Malignome vorgehen sollten, wobei die primäre Mammakarzinomchirurgie mit Ausnahmen weniger Kliniken komplett in die Hände der Gynäkologie abgewandert ist.

Ohne Zweifel sind Brustzentren zu einem politischen Machtfaktor geworden

Die Idee der Brustzentren hat sich sehr schnell durchgesetzt und war Modell für viele andere interdisziplinäre Zentren. Nach einigen Jahren ist sicherlich eine kurze Analyse des Status quo nötig, um zu hinterfragen, wie weit die hehren theoretischen Konzepte in der Realität umgesetzt werden. Bei kritischer Betrachtung wird klar, dass der klassische Satz auch hier zutrifft: „Some do, some don’t.“ Ohne Zweifel sind Brustzentren zu einem politischen Machtfaktor geworden und durch die Festschreibung der Qualitätskriterien ist es für gynäkologische Abteilungen mittlerweile fast überlebenswichtig geworden, einem Brustzentrum anzugehören. Dass es dabei zwangsläufig zu einer Verwässerung oder Umgehung der prinzipiell strengen Qualitätskriterien kommt, ist unvermeidlich; häufig drücken auch strenge Auditoren bei Zentren, die von befreundeten Kollegen geleitet werden, ein, manchmal auch beide Augen zu.



G. Germann

Anfänglich schien die Gründung immer neuer Brustzentren für die plastischen Chirurgen eine wirkliche Bedrohung darzustellen, da die Kollegen aus der Gynäkologie mittlerweile auch autologe Rekonstruktionstechniken beherrschen. Der Latissimus-dorsi-Lappen in all seinen Modifikationen ist sicher hier als Standardinstrument zu nennen, gefolgt vom gestielten TRAM-Lappen, der aber in deutlich weniger Zentren routinemäßig in höheren Zahlen durchgeführt wird als es nach außen hin den Anschein macht. Ganz ohne plastische Chirurgen geht es aber doch nicht, schreiben die meisten Zertifizierungsnormen die Einbindung eines plastischen Chirurgen doch zwingend vor und die Anfragen von Brustzentren an plastische Chirurgen zur Teilnahme am Brustzentrum, werden – zumindest in den letzten zwölf Monaten – mehr. In einigen Zentren hat dies zu einem enormen Aufschwung für die plastischen Chirurgen geführt, die in hoher Frequenz mikrochirurgische Rekonstruktionen ausführen, bei anderen haben die Kollegen eher das Gefühl als Alibifiguren gebraucht zu werden.

Die Einbindung in Brustzentren bietet eine Chance für die plastische Chirurgie

Dennoch denke ich, dass hier eine Chance für die plastische Chirurgie liegt, selbst in den Zentren, aus denen anfänglich keine Zuweisungen erfolgten: Kontinuierliche Anwesenheit im Tumorboard, gemeinsame Sprechstunden, die man mit Hinweis auf die Zertifizierungsnormen sicher mit einer gewissen Hartnäckigkeit etablieren kann, gemeinsame Patientenveranstaltungen und die eigenständige Bewerbung der gynäkologischen Zuweiser sind Maßnahmen, die zur Stärkung der Rolle der plastischen Chirurgie in den Brustzentren wesentlich beitragen.

Selbstverständlich muss ein langer Atem vorhanden sein, doch nach Informationen vieler Mitglieder lohnt sich der Einsatz in den meisten Fällen. Ein wichtiges Kriterium zur Stärkung der Rolle der plastischen Chirurgen ist immer die anstehende Re-Zertifizierung. Hier werden alle Aspekte der interdisziplinären Kooperation nach Präsenz und Volumen hinterfragt und das Interesse der meisten Brustzentren, hier vermeidbar unangenehme Nachfragen zu haben, ist gering. Bei all diesen Überlegungen darf die persönliche Komponente nicht außer acht gelassen werden, d. h. viele Kooperationen sind nur dann institutionalisierbar, wenn die persönliche Interaktion zwischen den Beteiligten stimmt. Von daher werden sicher gut gemeinte Kooperationsangebote nicht immer auf fruchtbaren Boden treffen, doch wir sollten uns als Gruppe, die sich ihrer chirurgischen Fähigkeiten bewusst ist, nicht durch individuelle Widrigkeiten entmutigen lassen.



Günter Germann

Geschäftsführende Vorstandsgremien

Deutsche Gesellschaft der Plastischen, Rekonstruktiven und Ästhetischen Chirurgen

Präsident	Prof. Dr. med. Günter Germann, Ludwigshafen
Vizepräsidenten	Prof. Dr. Dr. med. Prof. h.c. (RC) Norbert Pallua, Aachen
	Prof. Dr. med. Peter Mailänder, Lübeck
	Prof. Dr. med. Peter M. Vogt, Hannover
	Prof. Dr. med. Christian J. Gabka, München
Vertreterin Niedergelassene Mitglieder	Dr. med. Eva-Maria Baur, Murnau
Vertreter Assoziierte Mitglieder	Dr. med. Adrien Daigeler, Bochum
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. Christian J. Gabka, München
Vizepräsident	Prof. Dr. med. Wolfgang Gubisch, Stuttgart
Sekretär	Doc. Dr. Dr. med. Johannes C. Bruck, Berlin
Schatzmeister	Dr. med. Goswin von Mallinckrodt, München

Geschäftsstelle der DGPRÄC und der VDÄPC

Langenbeck-Virchow-Haus
Luisenstraße 58–59, 10117 Berlin
Telefon (030) 28004450, Telefax (030) 28004459
eMail: info@dgpraec.de

Zahlenspiele



C. Gabka

Jedes Mal wenn Journalisten um Interviews anfragen, werden detaillierte Zahlen-Angaben gewünscht: Wie viele Operationen, in welcher Zeit, wie viele männliche/weibliche Patienten, in welchen Altersgruppen … Zahlen werden offensichtlich zu Fakten und trotz ihrer Anonymität zum Interessantesten, was es zu berichten gibt. Mein Problem ist dann: Ich habe keine! Es gibt von unserer Gesellschaft keine verlässlichen Angaben über Operationsstatistiken, Komplikationen u.a. Gibt es denn nichts Interessanteres zu berichten als Zahlen? Ist denn der Inhalt unserer Aussagen nicht wichtiger als schnöde Zahlen?

Doch ich ertappe mich selbst dabei, mit großem Interesse die Zahlen der amerikanischen Gesellschaft in der aktuellen Ausgabe der *Plastic Surgery News* zu lesen: Brustaugmentation an Nummer 1 der Statistik mit 347 500 Operationen, Facelifts (116 200), eine siebenprozentige Zunahme der ästhetischen Operationen … Offensichtlich haben die Pressevertreter also recht: Zahlen interessieren und können faszinieren.

Eine Politik des selbstbewussten Miteinander wird uns stärker machen als ein „Abschotten“

Die VDÄPC vereint unter ihrem Dach die meisten plastischen Chirurgen mit Schwerpunkt ästhetischer Chirurgie: Von uns sollten und müssen die entsprechenden Zahlen kommen! Wenn Sie es noch nicht mitbekommen haben: Wir haben einen Fragebogen installiert, den Sie im Internet anonym ausfüllen können. Auch Sie werden interessiert und fasziniert sein, wenn Sie unsere Zahlen veröffentlicht sehen.

212 Teilnehmer hat Dr. Dirk Richter zur Frühjahrsakademie der VDÄPC in Köln angelockt. Thema und Referenten waren geschickt ausgesucht, die „Location“ hervorragend gewählt für ein rundum gelungenes Treffen unserer Mitglieder. Auch der Blick über den Tellerrand mit Referenten aus der Augenheilkunde hat sich gelohnt. Die Kollegen Lampe und Wolters haben das interdisziplinäre Zusammenwirken im Bereich der ästhetischen Medizin in ihrem aktuellen Symposium mit dem originellen Titel „Die einen tun’s, die anderen auch“ ganz provokativ herausgestellt. Auch ich bin der Meinung, dass Zusammenarbeit der richtige Weg ist. Eine Politik des selbstbewussten Miteinander wird uns stärker machen als ein „Abschotten“. Denn – wie gesagt – wir sind die plastischen Chirurgen.

Brustvergrößerungen unter 2000 Euro und andere ästhetische Operationen werden in unseren östlichen Nachbarländern zuhauf angeboten. Die Angebote sind leider für viele unserer potentiellen Patienten zu verlockend. Die Komplikationen müssen dann häufig genug die „heimischen“ plastischen Chirurgen ausbaden – und die Kosten werden der Allgemeinheit aufs Auge gedrückt. Das kann es eigentlich nicht sein! In diesen Fällen würde ich den „Petzparagraphen“ befürworten …

Um so mehr müssen wir uns bemühen, in der Öffentlichkeit herauszustellen, dass auch und gerade ein ästhetischer Eingriff nicht mit der Operation endet, sondern eine sorgfältige Nachbehandlung und -betreuung eminent wichtig sind.

Nach einem hoffentlich sonnenreichen Sommer sehen wir uns in Stuttgart. Bis dahin wünsche ich Ihnen Patienten- und Operationsreiche Tage und Wochen – oder genießen Sie auch einmal einen operationsfreien Tag!



Ihr Christian J. Gabka

AESTHETIC MEDICINE 2008 Awards

AWARD BEST INJECTABLE PRODUCT OF THE YEAR 2008*



TEOSYAL

EFFIZIENT · SICHER · WIRKSAM

TEOXANE GERMANY

Tel. 08161 - 14 80 50
info@teoxane.de www.teoxane.de

Source: Aesthetic Medicine Magazin in UK-Prize 2008

DAS BESTE AUS HYALURONSÄURE

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:
Prof. Dr. med. Günter Germann, Ludwigshafen
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: Britta Rajmann (0 62 21/ 13 77 6 20). Zur Zeit gilt Anzeigenpreisliste Nr. 8/2008.
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 2/2008

Editorial

Brustzentren – Quo vadis? 49
G. Germann

Zahlenspiele 51
Ch. Gabka

Aus dem Vorstand

Themenheft „Chronische Wunde“ 54

Anhörung im Bundestag zum Thema Schönheitswahn 55

Nachrichten

Nachfrage ungebrochen: Trend zum minimal-invasiven Eingriff 56

MPS-beschichtete Brustimplantate reduzieren das Kapselfibrose-Risiko 59

Europäischer Kongress für Anti-Aging und ästhetische Medizin 59

Teosyal als „bestes injizierbares Produkt“ zur Faltenbehandlung ausgezeichnet 62

Spanien erlaubt vierte Gesichtstransplantation 67

Irrfahrt mit abgetrenntem Finger 67

Plastische Chirurgin warnt vor „Designervagina“ 67

Lübecker siegen bei der Chirurgischen Ruderregatta in Berlin 68

Nachrichten

Macrolane zur Körperkonturierung Bericht vom Experten-Training in München 69

Zahlungsverzug setzt Mahnung voraus 72

Fortbildung

Defektdeckung am Fuß – ein fortbestehendes Problem in der rekonstruktiven Chirurgie
H.H. Homann, J. Hauser, O. Goertz, M. Lehnhardt, H.-U. Steinau 73

Epicondylitis humeri radii. Vom „Schreibekrampf“ zum Power-Doppler
K. Knobloch 79

Rotationsprogramm für Assistenten in der Weiterbildung zum Facharzt
T. Wymer 86

Abrechnungsfragen

Abrechnungsprobleme bei der Mamma-Reduktionsplastik
T. Clausen 88

GOÄ: Dupuytrensche Kontraktur
G. Germann 89

Rubriken

Personalia 64
Kongresse 72
Impressum 53
Vorstandsgremien 50
Wer bietet Was? 91

Titelbild: Auf der Titelseite der *Plastischen Chirurgie* erscheinen für jeweils einen Jahrgang – die Kongressausgaben ausgenommen – Arbeiten eines bildenden Künstlers. Den Anfang macht der Berliner Plastiker Robert Metzkes, über den in der Ausgabe 3/07 ausführlich berichtet wurde. Jetzt folgt seine Terrakotta-Skulptur „ Halbfigur “ aus dem Jahre 2005.
Eine Ausstellung mit Werken von RM findet bis 27. Juli 2008 im Museum Wilhelm-Morgner-Haus in 59494 Soest statt. Das Motto lautet „Verweile doch! – Drei mal Metzkes an zwei Ausstellungsorten“: Neben den Plastiken von RM werden Gemälde seines Vaters Harald und – im Kunstverein Soest – Textilarbeiten seiner Mutter Elrid präsentiert. Weitere Informationen sind unter www.kunstverein-kreis-soest.de zu finden. Kontakte zu RM vermittelt gerne die Redaktion.

2.–4. Oktober 2008
Stuttgart, Haus der Wirtschaft

39. Jahrestagung der DGPRÄC
13. Jahrestagung der VDÄPC
46. Jahrestagung der ÖGPÄRC



➪ **Seite 60**

Themenheft „Chronische Wunde“ – Der Chirurg

Die Ausgabe der Zeitschrift *Der Chirurg* vom Juni dieses Jahres – gestaltet von G. Germann als Gasteditor – widmet sich der chronischen Wunde. Behandelt werden unter anderem Pathophysiologie, Epidemiologie, Standardbehandlungsverfahren, innovative Verfahren sowie die plastischen Rekonstruktionsmöglichkeiten. Dazu wurden Autoren aus unterschiedlichen Disziplinen und Kliniken eingeladen, die einen profunden Überblick über sämtliche Aspekte der chronischen Wunde geben.

Die Pathophysiologie wird bis in die molekularbiologische Ebene behandelt und spricht so neben den rein klinisch tätigen auch die wissenschaftlich interessierten Kollegen an. Die epidemiologischen Daten sind sicher von hohem allgemeinem Interesse, können jedoch beispielsweise auch bei Verwaltungen verwendet werden, um die Einrichtung einer Wundambulanz argumentativ zu unterstützen. Diabetische Fußulzera und interdisziplinäre Wundzentren wurden in die Themen aufgenommen, weil der Diabetes mellitus sich zur Zivilisationskrankheit Nummer 1 entwickelt und die damit verbundenen Komplikationen ein Tätigkeitsfeld sind, das die Kompetenz der plastischen Chirurgen fordert. Während die Darstellungen der plastisch-rekonstruktiven Möglichkeiten eher die breite Leserschaft des Chirurgen ansprechen, ist der Abschnitt „Innovative Therapieformen – Zukunftsvision“ auch für das plastisch-chirurgische Publikum von Interesse, werden hier doch relativ neue Ansätze diskutiert.

Insgesamt handelt es sich um ein wichtiges Themenheft für unser Fach, mit dem wir unsere exzellente Position in der Zahl von Publikationen in *Der Chirurg* und damit innerhalb der chirurgischen Gemeinde weiter stärken konnten. Das Feld der chronischen/komplexen Wunde sollte von plastischen Chirurgen besetzt werden, bevor es an Nachbardisziplinen geht, die sicherlich Teilaspekte wie konservative Behandlung meistern können, bei denen die Kompetenz zur Vorhaltung umfassender Therapieoptionen jedoch nicht vorhanden ist. ■

Viel Vergnügen beim Lesen.
Prof. Dr. med. Günter Germann,
Ludwigshafen-Heidelberg

Kontaktdaten

Deutsche Gesellschaft der Plastischen, Rekonstruktiven und Ästhetischen Chirurgen

Langenbeck-Virchow-Haus • Luisenstraße 58-59, 10117 Berlin • Telefon 030/28 00 44 50 • Telefax 030/28 00 44 59
eMail: info@dgpraec.de • www.dgpraec.de

Dr. jur. Ulrich Baur • Steinstraße 11 • 40212 Düsseldorf • Telefon 0211/3 23 00 90 • Telefax 0211/3 23 00 80
eMail: info@ra-baur.de • www.ra-baur.de

Baumhauer & Frenzel GmbH • Herlingsburg 16 • 22529 Hamburg • Telefon 040/254 20 39040 • Telefax 040/254 29 19
eMail: info@b-u-f.de • www.b-u-f.de

Anhörung im Bundestag zum Thema Schönheitswahn


© Deutscher Bundestag, Lichtblick/Achim Melde

Am 23. April 2008 fand im Deutschen Bundestag die Anhörung des Gesundheitsausschusses zum Thema „Schönheitswahn – Schönheitsoperationen bei Jugendlichen“ statt. Diese Anhörung gab sicher allen Teilnehmern einen tiefen Einblick in die Mechanismen der Meinungsfindung in parlamentarischen Ausschüssen, die ja die Grundlage für Gesetzesvorlagen bietet. Gleichzeitig führte sie vermutlich auch bei den meisten Teilnehmern zu einer gewissen Ernüchterung, denn in letzter Konsequenz gab es dort ein mehr oder weniger überzeugendes Theaterstück zu sehen. Dies wird verständlich, wenn man sich den Mechanismus einer solchen Anhörung einmal vor Augen führt: Nachdem die Fraktionen Ihre Experten gefunden und angesprochen haben, arbeiten diese Fragen aus, die ihnen die Fraktionsrepräsentanten während der Anhörung stellen und die dann von den Experten, wie vorher abgestimmt, beantwortet werden. Es ist daher leicht nachvollziehbar, dass alle beteiligten Fraktionen genau die Argumente abrufen konnten, die für sie wichtig waren und in ihr politisches Konzept passten.

Der Bogen der vertretenen Interessengruppen reichte vom Deutschen Frauenrat über Verbraucherzentralen, Bundesärztekammer, Bundeszahnärztekammer, Verband der Heilpraktiker, Pflegerat bis zu den wissenschaftlichen Fachgesellschaften inklusive der DGPW, DGZ, DÄCD, DGÄPC, VDÄPC und DGPRÄC. Leider waren gleich vier Gesellschaften vertreten, die zu den Belangen der ästhetischen Chirurgie befragt wurden, so dass für die Parlamentarier schon eine gewisse Verwirrung bestand, welche Gruppe nun was repräsentiert. Glücklicherweise waren die meisten Stellungnahmen so geartet, dass man von einer weitgehend einheitlichen Linie sprechen konnte. Dabei wurde von den Gesellschaften vertreten, dass rein ästhetische Operationen einer sorgfältigen Indikationsstellung bedürfen und dass sie in Deutschland nur in einem verschwindend geringen Maß an Patienten unter 18 Jahren durchgeführt werden. Aus dieser Tatsache erklärt sich auch die Haltung der Repräsentanten der Fachgesellschaften, dass ein Verbot von sogenannten Schönheitsoperationen bei Patienten unter 18 Jahren in Deutschland nicht sinnvoll ist, weil es sich nicht um ein wirklich relevantes Problem handelt. Dabei wurde noch einmal deutlich von allen Sprechern hervorgehoben, dass Korrekturen an Ohren oder anderen Deformierungen, die durchaus Einfluss auf das ästhetische Erscheinungsbild der jungen Patienten haben, nicht als rein ästhetische Operationen angesehen werden können und dürfen.

Die Frage der mangelnden Haftpflichtversicherung von ästhetisch tätigen Chirurgen wurde ebenso aufgeworfen, wobei hier festgestellt wurde, dass es keine gesetzliche Grundlage für eine Haftpflichtversicherung der in diesem Bereich tätigen Ärzte gebe – was auf allgemeines Unverständnis der Parlamentarier stieß und sicher in einem möglichen Gesetzentwurf pflichtverankert würde.

Nachzudenken ist über eine freiwillige, anonymisierte Dokumentation aller Eingriffe

Die Frage der Dokumentation bei ästhetisch-chirurgischen Eingriffen, um damit die wirkliche Inzidenz festzustellen, wurde ebenfalls angesprochen, wobei seitens der Fachvertreter deutlich gemacht wurde, dass keine Dokumentationspflicht besteht, wie für viele andere Eingriffe auch nicht – die aber, wenn es sich um sogenannte GKV-Leistungen handelt, leicht über die Dokumentation der Kliniken erfasst werden können. Seitens der Fachvertreter wurde vorgeschlagen,

hier noch einmal im Konsens mit den Mitgliedern über eine freiwillige Dokumentation nachzudenken, die bei entsprechenden Software-Voraussetzungen ja auch so anonymisiert durchgeführt werden kann, so dass die Daten des einzelnen Chirurgen nicht erkenntlich sind.

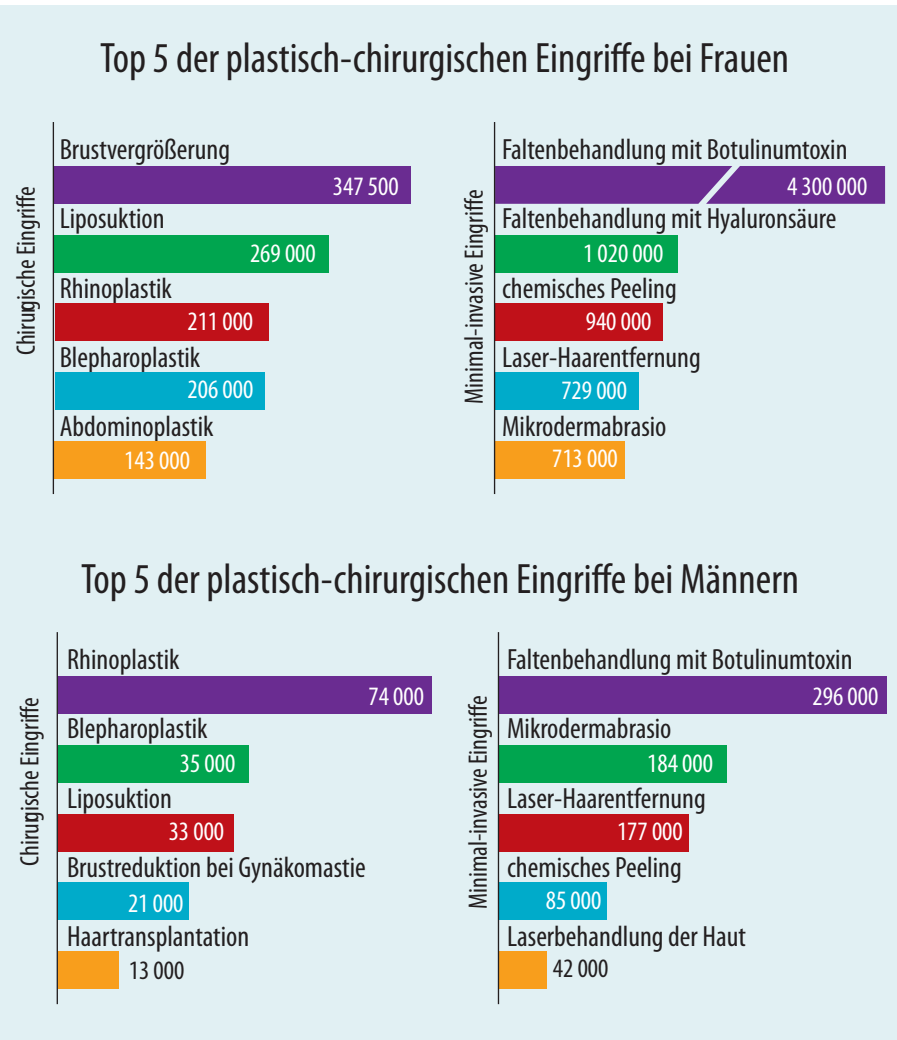
Günstig für die DGPRÄC war sicher, dass aus allen Fraktionen der Ruf laut wurde, dass ästhetisch-chirurgische Eingriffe einer bestimmten Qualifikation bedürfen und dass es naheliegend ist diese Qualifikation auf die Fächer zu beschränken, die schon jetzt in ihren Facharztbezeichnungen und Zusatzbezeichnungen plastische oder ästhetische Chirurgie tragen. Es ist gut vorstellbar, dass nur HNO- und MKG-Kollegen mit dem Zusatztitel „Plastische Operationen“ und „Facharzt für Plastische und Ästhetische Chirurgie“ zukünftig ästhetisch-chirurgische Eingriffe durchführen dürfen. Möglicherweise regelt dies auch die Frage der oben bereits angesprochenen Haftpflichtversicherung, denn aus der Versicherungswirtschaft war bereits vereinzelt zu hören, dass man sich gut vorstellen könne, entsprechende Haftpflichtversicherungen nur noch mit selektierten Arztgruppen abzuschließen. Zusammenfassend darf man sagen, dass sehr viel Vorbereitungsarbeit in den Tag floss, wofür ich mich auch noch einmal ganz herzlich bei Frau Dr. Eisenmann-Klein und Frau Dr. Neuhann-Lorenz bedanken möchte, die ebenfalls als Experten an der Anhörung teilnahmen. Die Zeit wird zeigen, ob sich der Aufwand gelohnt hat und es gelingt, einen Schritt zur Beseitigung des ästhetisch-chirurgischen Wildwuchses zu tun. ■

Günter Germann

Ästhetische Chirurgie in den USA

Nachfrage ungebrochen: Trend zum minimal-invasiven Eingriff

Auch wenn die jüngst erfolgte Ankündigung einer semibekannten dänischen Schauspielerin, sich vor laufender Kamera eines Privatsenders „in einer deutschen Promi-Klinik rundum erneuern zu lassen“ – O-Ton der 44Jährigen: „Es ist wirklich als würde eine Horde Handwerker ein altes Haus in Schuss bringen“ – vermutlich auf viele Menschen eher abschreckend wirkt, sind Eingriffe jedweder Art, die das alternde Äußere dem jugendlichen Selbstgefühl anpassen sollen, nicht nur hierzulande gang und gäbe. Wie häufig beispielsweise plastisch-ästhetische Chirurgen in den USA bei der Verschönerung nachhelfen, zeigen detailliert die Daten der American Society of Plastic Surgeons (ASPS) für das Jahr 2007, die jetzt veröffentlicht wurden.



ALLERGAN

Einzigartige **Frauen** verdienen **individuelle** Lösungen



Maßgeschneiderte Ergebnisse durch qualitativ hochwertige Implantate und fachliche Kompetenz

tyle 510 • INSPIRA™ • Style 410 • Style 510 • I
PIRA™ • Style 410 • Style 510 • INSPIRA™ • Sty
• Style 510 • INSPIRA™ • Style 410 • Style 510

Mit 91 Prozent nehmen fast ausschließlich Frauen die Dienste plastisch-ästhetischer Chirurgen in Anspruch

Zusammenfassend betrachtet ist die Nachfrage nach chirurgischen Eingriffen und minimal-invasiven Prozeduren auf dem Sektor der plastisch-ästhetischen Chirurgie ungebrochen: 2007 wurden insgesamt 11,8 Millionen Eingriffe durchgeführt, 10,7 Mio. bei Frauen – was einer Steigerung von acht Prozent im Vergleich zum Vorjahr entspricht – und 1,1 Mio. bei Männern (+1 % zu 2006). Damit nehmen mit 91 Prozent noch immer fast ausschließlich Frauen die Dienste plastisch-ästhetischer Chirurgen in Anspruch. Zwar neigen auch immer mehr Männer zur chirurgischen Verschönerung des eigenen Körpers, doch ist der Anstieg seit dem Jahr 2000 mit neun Prozent vergleichsweise moderat – während das weibliche Geschlecht im gleichen Zeitraum ein sattes Plus von 68 Prozent zu verzeichnen hatte.

Beliebtester chirurgischer Eingriff bei den Frauen ist mit 347 500 Fällen nach wie vor die Brustaugmentation, gefolgt von der Liposuktion (269 000), der Rhinoplasik (211 000), der Blepharoplastik (206 000) und der Abdominoplastik (143 000). Die größten Steigerungsraten unter den chirurgischen Eingriffen beim weiblichen Geschlecht seit dem Jahr 2000 weisen mit plus 136 Prozent die Abdominoplastik und die Mastopexie (+97 %) auf, letztere liegt derzeit auf Platz 7 der Beliebtheitsskala. Im Vergleich mit dem Jahr zuvor sind bei Frauen Gesäßimplantate (+89 %) derzeit offenbar besonders angesagt, ebenso Kinnimplantate (+34 %) und Faceliftings (+14 %). Ein deutlicher Rückgang ist dagegen bei den Wadenimplantaten (–35 %), der Haartransplantation (–33 %) sowie dem Stirnlifting (–18 % zu) zu verzeichnen.

Mit 4,3 Millionen Prozeduren liegt die Botulinumtoxin-Faltenbehandlung eindeutig an der Spitze

Stark im Trend bei den Frauen sind mit insgesamt über neun Millionen Eingriffen nach wie vor minimal-invasive Prozeduren (+9 % zu 2006; +86 % seit 2000) – an der Spitze die Faltenbehandlung mit Botulinumtoxin: Diese Prozedur wurde 2007 in 4,3 Millionen Fällen durchgeführt, was einer Steigerung von immerhin 14 Prozent im Vergleich zum Vorjahr und immensen 525 Prozent seit 2000 entspricht. An zweiter Stelle liegt mittlerweile die Faltenbehandlung mit Hyaluronsäure (über 1 Mio. Prozeduren, + 35 % zu 2006), gefolgt von chemischen Peelings (940 000), der Laser-Haarentfernung (729 000) und der Mikrodermabrasio (713 000). Beliebtester „Newcomer“ unter den Fillern ist Kalziumhydroxylapatit (+123 % zu 2006); deutlich weniger nachgefragt werden hingegen mit einem Minus von 35 Prozent zum Vorjahr Kollagen (–69 % seit 2000) und die Unterspritzung mit Eigenfett (–11 % zu 2006; –29 % seit 2000).

Besonders beliebt bei Männern sind neuerdings Gesäßliftings und Zellulitisbehandlungen

Häufigster chirurgischer Eingriff bei Männern ist – trotz sinkender Nachfrage – mit weitem Abstand die Rhinoplastik (74 000), gefolgt von der Blepharoplastik (35 000), der Liposuktion (33 000), der Brustreduktion bei Gynäkomastie (21 000) sowie der Haartransplantation (13 000). Die größten Zuwachsraten beim männlichen Geschlecht seit dem Jahr 2000 sind mit einem Plus von 419 Prozent beim Gesäßlifting sowie mit 146 Prozent Steigerung bei der Abdominalplastik zu verzeichnen. Im Vergleich zum Vorjahr etwas häufiger nachgefragt wurden Faceliftings (+16 %), die Dermabrasio (+10 %) und Brustreduktionen bei Gynäkomastie (+7 %). Weniger beliebt sind dagegen Haartransplantationen (–35 % zu 2006; –67 % seit 2000), Stirnliftings (–24 % zu 2006; –62 % seit 2000) sowie Rhinoplastiken (–12 % zu 2006; –51 % seit 2000).

Auch bei den Männern sind minimal-invasive Eingriffe stark im Kommen (+40 % seit 2000), Spitzenreiter ist mit deutlichem Abstand ebenfalls die Faltenbehandlung mit Botulinumtoxin (296 000), es folgen die Mikrodermabrasio (184 000), die Laser-Haarentfernung (177 000), das chemische Peeling (85 000) und die Laserbehandlung der Haut (42 000). Die höchsten Zuwachsraten seit dem Jahr 2000 weist beim männlichen Geschlecht mit dem enormen Plus von 26 374 Prozent die Zellulitis-Behandlung auf, gefolgt von der Faltenglättung mit Botulinumtoxin (+215 %). Stark im Kommen sind auch bei Männern dermale Filler: So stiegen die Behandlungen mit Poly-L-Milchsäure seit 2006 um 38 Prozent, Hyaluronsäureprodukte kamen um 24 Prozent häufiger zum Einsatz. Wie bei den Frauen verloren auch hier Kollagen (–26 % zu 2006; –84 % seit 2000) und Eigenfett (–19 % zu 2006; –23 % seit 2000) zur Faltenunterspritzung deutlich an Beliebtheit. ■ CM

MPS-beschichtete Brustimplantate reduzieren das Kapselfibrose-Risiko

„Made in Germany“ ist seit langem ein Garant für Qualität und Zuverlässigkeit. Dies gilt seit nunmehr über zehn Jahren auch für MikroPolyurethanSchaum (MPS)-beschichtete Silikon-Brustimplantate, wie sie europaweit nur in Deutschland hergestellt werden. Die besonders gute Verträglichkeit dieses Implantattyps zeigt sich daran, dass sowohl die Kapselfibrose als auch die Implantatrotation und -dislokation wesentlich seltener auftreten als bei anderen Arten von Brustimplantaten. Die deutliche geringere Kapselfibrose-Rate wird auch durch Langzeitstudien belegt, deren Ergebnisse 2006 publiziert wurden [1, 2]. Wie Erfahrungen aus Nachbarländern zeigen, lässt sich mit den



anatomisch geformten Implantaten zudem ein besonders natürliches Ergebnis erzielen.

Trotz der nachgewiesenermaßen hohen Verträglichkeit der MPS-beschichteten Brustimplantate und der sehr guten ästhetischen Ergebnisse wird dieser Implantattyp derzeit hauptsächlich im Ausland eingesetzt und in Deutschland noch zögerlich verwendet. MPS-beschichtete Implantate werden in Europa ausschließlich vom Implantathersteller Polytech Silimed in Dieburg hergestellt. ■

Literatur

1. Handel N (2006) A long-term study of outcomes, complications and patient satisfaction with breast implants. Plast Reconstr Surg 117: 757–767
2. Handel N (2006) Long-term safety and efficiacy of polyurethane foam-covered breast implants. Aesthetic Surg J 26: 265–274

Polytech Silimed Europe GmbH
Altheimer Straße 32, 64807 Dieburg
eMail: Kundenservice@polytechsilimed.de
www.polytechsilimed.de

Europäischer Kongress für Anti-Aging und ästhetische Medizin

Der Europäische Kongress für Anti-Aging and Ästhetische Medizin (ECA-AAM) findet vom 11. bis 14. September 2008 im CCD Düsseldorf statt. Die Veranstaltung bietet eine internationale Plattform für Mediziner aller Fachrichtungen, die neue Entwicklungen und Behandlungsmöglichkeiten in der Anti-Aging-Medizin sowie in der plastisch-ästhetischen Chirurgie präsentieren wird. Stattfinden werden CME-zertifizierte Referate, Live-Vorführungen und Workshops. Renommierte Wissenschaftler und Mediziner aus aller Welt werden beispielsweise über Hautverjüngungstherapien mit Infrarot, IPL und bipolarer Hochfrequenz, den Einsatz von neuen Lasertechnologien, sinnvolle Nahrungsergänzung, Hormonersatzstoffe und Stammzellenforschung berichten. Ein komplettes Programm finden Sie online. Das wissenschaftliche Programm wird durch eine Industrieausstellung mit rund 120 Ausstellern abgerundet.

EUROPEAN CONGRESS ON ANTI-AGING & AESTHETIC MEDICINE
DÜSSELDORF
11-14 SEPTEMBER 2008

Bereits seit 16 Jahren werden in den USA mit großem Erfolg Kongresse von der American Academy of Anti-Aging Medicine (A4M) veranstaltet. Die Expansion nach Europa wird u.a. unterstützt von der World Academy of Anti-Aging Medicine (WAAAM) sowie von der European Society of Anti-Aging Medicine (ESAAM). ■

Info unter:
http://germany.anti-agingevents.com

Claudia Kreft
Event Manager MCII – Medical Conferences International Inc./ Tarsus Group plc
European Congress on Anti-Aging & Aesthetic Medicine (ECAAAM) 2008
Fürstenwall 99, 40217 Düsseldorf
Telefon 0211/6009576
eMail:ckreft@tarsus.co.uk

39. Jahrestagung der DGPRÄC

Deutsche Gesellschaft der Plastischen, Rekonstruktiven und Ästhetischen Chirurgen e.V.

13. Jahrestagung der VDÄPC

Vereinigung der Deutschen Ästhetisch-Plastischen Chirurgen e.V.

46. Jahrestagung der ÖGPÄRC

Österreichische Gesellschaft für Plastische, Ästhetische und Rekonstruktive Chirurgie

2.–4. Oktober 2008
Stuttgart, Haus der Wirtschaft



Aktuelles Vorprogramm und online-Registrierung unter: www.dgpraec2008.de

Tagungsleitung:

Prof. Dr. med. Michael Greulich, Klinik für Handchirurgie, Mikrochirurgie und Rekonstruktive Brustchirurgie, Marienhospital Stuttgart

Prof. Dr. med. Wolfgang Gubisch
Klinik für Plastische Gesichtschirurgie, Marienhospital Stuttgart

Prof. Dr. med. Maria Deutinger
Abteilung für Plastische und Wiederherstellungschirurgie
der Krankenanstalt Rudolfstiftung Wien

Veranstalter	Deutsche Gesellschaft der Plastischen, Rekonstruktiven und Ästhetischen Chirurgen (DGPRÄC) Vereinigung der Deutschen Ästhetisch-Plastischen Chirurgen (VDÄPC) Österreichische Gesellschaft für Plastische, Ästhetische und Rekonstruktive Chirurgie (ÖGPÄRC)
Kongressort	Haus der Wirtschaft, Willi-Bleicher-Straße 19, 70174 Stuttgart
Veranstaltungsort für die OP-Kurse	Marienhospital / Schulungszentrum, Eierstraße 55, 70199 Stuttgart
Teilnehmerregistrierung **Fachausstellung** **Referentenbetreuung** **Programmgestaltung** **OP-Kurs**	Service Company Rother Vallstedter Weg 114A 38268 Lengede Telefon +49 (0) 5344 / 91 59 48 / Fax +49 (0) 5344 / 91 59 49 uterother@t-online.de
Internet/Anmeldung/ **Hotelreservierung online**	www.dgpraec2008.de
Ärztekammer	Zertifizierung bei der Ärztekammer Baden-Württemberg beantragt! Zertifizierung bei der Österreichischen Ärztekammer beantragt!

Plastische Chirurgie – Quo Vadis?

Ästhetisch-Chirurgische Kurse für Mitglieder der DGPRÄC/VDÄPC/ÖGPÄRC im Rahmen der Jahrestagungen am 1. und 2. Oktober 2008

Mittwoch	**Marienhospital Stuttgart**	
1. Oktober 2008	8.00–18.00	Facelifting Moderation: Holle/Gubisch Operateure: Botti/Fogli/Tonnard
Donnerstag	**Marienhospital Stuttgart**	
2. Oktober 2008	8.00–16.00	Mammachirurgie: Partieller muskelsparender TRAM Partieller Latissimus/Gracilis TMG/Glutaeus inferior Moderation: Hussl Operateure: Papp/Schoeller/Greulich

Live-Operationen, und Paneldiskussion mit den Operateuren
Die Teilnehmerzahl ist limitiert!

Donnerstag	**Haus der Wirtschaft**	
2. Oktober 2008	17.00	Vorstandsitzungen DGPRÄC/ÖGPÄRC Mitgliederversammlung der Assoziierten Mitglieder
	20.00	Eröffnung der Jahrestagungen im Rahmen des Get Together in der Fachausstellung im List Saal des Hauses der Wirtschaft
Freitag	**Haus der Wirtschaft**	
3. Oktober 2008	8.00–9.30	Parallelsitzungen Handchirurgie I Mammachirurgie I Gesicht und Kopf/ Ästhetik und Rekonstruktion
	10.00–11.00	Dieffenbach-Vorlesung Laudatio: Prof. Dr. med. N. Olivari Preisträger: Prof. Dr. med. Wolfgang Mühlbauer, München
	11.10–12.40	Parallelsitzungen Hauttumore Mammachirurgie II (Roundtable: Brustzentren – im Anschluss Vorträge) Rekonstruktive Plastische Chirurgie I
	13.00–14.00	Lunchsymposien der Industrie
	14.00–15.30	Parallelsitzungen Rekonstruktive Plastische Chirurgie II Tipps und Tricks in der Facelift-Chirurgie Experimentelle Chirurgie I
Freitag	**Haus der Wirtschaft**	
3. Oktober 2008	16.00–17.00	Parallelsitzungen Rekonstruktive Plastische Chirurgie III Interaktives Video Rhinoplastik Experimentelle Chirurgie II
	17.00–19.00	Mitgliederversammlung DGPRÄC Mitgliederversammlung ÖGPÄRC
	20.00	Gesellschaftsabend Maritim Hotel Stuttgart Alte Reithalle – mit dem Kabarettisten Christoph Sonntag. Musikalische Unterhaltung mit der FESSH BAND
Samstag	**Haus der Wirtschaft**	
4. Oktober 2008	8.00–9.00	Parallelsitzungen Assistenten-Forum Aktuelle Berufspolitik Skin Rejuvenation – Filler und Laser
	9.00–10.30	Parallelsitzungen Facialischirurgie Nase – Ästhetik und Rekonstruktion Handchirurgie II
	11.00–13.00	Forum QUO VADIS – Zur Zukunft der Plastischen Chirurgie „40 Jahre VDPC/DGPRÄC“ „Was hätte anders laufen können – ein Rückblick“ „Das Geheimnis meines Erfolges in der Plastischen Chirurgie“
	13.15–14.15	Lunchsymposien der Industrie
	14.30–16.00	Parallelsitzungen Verbrennung Sarkome Rekonstruktive Plastische Chirurgie IV
	16.30–17.30	Parallelsitzungen Mammachirurgie III Nasenrekonstruktion mit gestieltem Lappen versus Mikrolappen, versus Epithetik (Sitzung mit Benoit Lengelé) Rekonstruktive Plastische Chirurgie V
	17.30	Preisverleihung im Anschluss Mitgliederversammlung VDÄPC
3.–4. Oktober 2008		**Posterausstellung im Eyth-Saal** **Fachausstellung im List-Saal**

Teosyal® als „bestes injizierbares Produkt“ zur Faltenunterspritzung ausgezeichnet



Sue Wales und Sandra Sheals (2. und 3. von links) bei der Preisverleihung

Die Hyaluronsäure-Produktreihe Teosyal aus dem Hause Teoxane Laboratories wurde kürzlich von der britischen Fachzeitschrift *Aesthetic Medicine Magazine* aus einer Reihe namhafter Mitbewerber als „bestes injizierbares Produkt“ zur Faltenunterspritzung des Jahres 2008 ausgewählt. Für die Auszeichnung berücksichtigt wurden die Kriterien: Produktbeschaffenheit – Sofortige und sichtbare Resultate nach Unterspritzung – Wirksamkeit – Zufriedenheit der Patienten – Lang anhaltender Effekt – Sicherheit (klinische Schätzung) – Handhabung und Verwendung des Produktes – Verkaufspersonal (Beratende Fähigkeit, stetiges Engagement, fördernde Marktunterstützung, Training, Workshops und Kundenbetreuung)

Die Auszeichnung bestätigt den hohen Anspruch, den das Schweizer Unternehmen Teoxane an seine Produkte stellt – nämlich „das Beste aus Hyaluronsäure“ herzustellen und seinen Kunden höchste Qualität und Sicherheit zu garantieren. Laboratoires Teoxane bietet mit einer großen Auswahl an Präparaten auf hundertprozentiger Hyaluronsäurebasis maßgeschneiderte Lösungen für unterschiedlichste Ansprüche: So weisen die mittlerweile sieben Hyaluronsäure-Präparate der Teosyal-Reihe einen unterschiedlichem Vernetzungsgrad auf und sind daher optimal auf verschiedene Grade des alternden Gesichts sowie unterschiedliche Behandlungsformen abgestimmt. Sämtliche Produkte werden komplett im eigenen Haus entwickelt und hergestellt. Die Produktpalette überzeugt zudem durch ihre sehr gute Verträglichkeit – in nur einem von 15 000 Fällen wurden bislang vorübergehende und auf die Injektionsstelle begrenzte Nebenwirkungen festgestellt.



Fertigungsanlage in Genf

Laboratoires Teoxane wurde 2003 in Genf gegründet und avancierte bis heute zum weltweit drittgrößten Hersteller von Hyaluronsäure: Bis März 2008 wurden mehr als 600 000 Spritzen von Teoxane injiziert. 2004 führte das Unternehmen die Produkte Teosyal Meso, Global Action und Deep Lines ein. 2005 entstanden die beiden Töchter Teoxane France und Teoxane Germany. 2006 verdoppelte das Unternehmen seine Produktionsfläche. Parallel dazu fand die Markteinführung von Teosyal Kiss, Ultra Deep und First Lines statt. Gegenwärtig ist die Teosyal-Produktreihe in 80 Ländern erhältlich. ■

Teoxane GmbH
Angerbrunnenstraße 12, 85356 Freising
Telefon 08161/14805-0, Fax 14805-15
E-Mail: info@teoxane.de
www.teoxane.de

Anzeige

Gut eingeführte
Privatpraxis für Plastische Chirurgie
– Schwerpunkt Ästhetische Chirurgie –
im Raum Frankfurt/Main
ab sofort abzugeben.
Anfragen an den Verlag unter Chiffre PC-0208

Zu verkaufen:
Erstklassiger Domain Name für die plastische Chirurgie: **plastic-surgery.de**.
Ideal für Suchmaschinen, internationale und deutsche Patienten.
FP: 15.000 ⇔.
Tel. 089 / 54212057

DIE VERANSTALTER DER GRÖSSTEN ANTI-AGING- KONGRESSE
FREUEN SICH IHNEN PRÄSENTIEREN ZU DÜRFEN:



EUROPEAN CONGRESS ON ANTI-AGING & AESTHETIC MEDICINE

AAM AMERICAN ACADEMY OF ANTI-AGING MEDICINE

EUROPÄISCHER KONGRESS ZU ANTI-AGING & ÄSTHETISCHER MEDIZIN (ECAAAM)

11- 14 SEPTEMBER 2008
CONGRESS CENTRUM, DÜSSELDORF

Der neue wegweisende Event für Anti-Aging- und ästhetische Mediziner und praktizierende Ärzte in Europa.

Die neuesten Entwicklungen und Forschungsergebnisse in der ästhetischen Medizin und plastischen Chirurgie

Die Themen schliessen u.a. ein:

- Liposuktion und Nahtlift bei der Fettabsaugung des Halses
- Mesotherapie
- Non-invasive Methoden der Hautverjüngung

Referenten sind u.a.

- DR. DARIUS ALAMOUTI, DR. BRITTA KNOLL, DR. DIRK C. LANDWEHR

BIS ZU 24 STD.
CME PUNKTE
DER KATEGORIE AMA PRA

REGISTRIEREN SIE SICH
NOCH HEUTE

WAAAM · ESAAM EUROPEAN SOCIETY OF PREVENTIV GENERATIVE AND ANTI-AGING MED · TARSUS · gap · DGM Deutsche Gesellschaft für Mesotherapie · DGPM · FOM

Um weitere Informationen zu erhalten rufen Sie bitte +49 211 6009576 an oder mailen an ckreft@tarsus.co.uk.

www.anti-agingevents.com/europe

KONGRESS ZU ANTI-AGING, PRÄVENTIVER AND REGENERATIVER MEDIZIN

Innsbruck: Piza-Nachfolge geregelt


G. Pierer

Prof. Dr. med. Gerhard Pierer (50), gebürtiger Grazer, wird neuer Vorstand der Universitätsklinik für Plastische- und Wiederherstellungschirurgie an der Medizinischen Universität Innsbruck. Er folgt Anfang September 2008 auf Prof. Dr. med. Hildegunde Piza, die in Pension gehen wird. Nachdem Pierer 1982 in Graz promoviert hatte, schloss er 1989 und 1991 seine Facharztausbildungen für Chirurgie und Plastische Chirurgie ab. Anschließend habilitierte er 1992 in Graz mit einer Arbeit über die Durchblutung der Mittelhand und einem neuen Knochenersatzverfahren in der Handchirurgie. Im selben Jahr übernahm er die Leitung der Arbeitsgruppe Handchirurgie und der handchirurgischen Ambulanz an der Universitätsklinik für Chirurgie in Graz. 1997 wurde Pierer zum außerordentlichen Professor ernannt und war stellvertretender Klinikvorstand und Fakultätsvorsitzender. 1999 erfolgte seine Berufung zum Professor und Chefarzt für Plastische und Rekonstruktive Chirurgie an der Universität Basel. 2001 wurde er Leiter der Universitätsklinik für Wiederherstellende Chirurgie mit drei Abteilungen. Zwei Jahre später erfolgte seine Ernennung zum Leiter des Fachbereichs „Knowledge Management“ und zum Mitglied der Bereichsleitung Operative Medizin des Universitätsspitals Basel, in der er derzeit für OP-Management und Investitionsplanung der Chirurgischen Fächergruppen verantwortlich ist. Die Plastische Chirurgie der Universitätsklinik Innsbruck war unter Piza in den letzten Jahren vor allem durch erfolgreiche Doppelhandtransplantationen aufgefallen.

Andreas Gröger in den USA für Arbeiten zur Gewebezüchtung ausgezeichnet

Im Rahmen des Fellowships am Massachusetts General Hospital, Harvard University, Boston, USA, wurde Dr. med. Andreas Gröger, Assistenzarzt an der Universitätsklinik für Plastische Chirurgie, Hand und Verbrennungschirurgie (Prof. Dr. Dr. N. Pallua) der RWTH Aachen mehrfach ausgezeichnet. Unter anderem erhielt er den ersten Forschungspreis der American Society Maxillofacial Surgeons (AMAS) für die Forschungsarbeit mit dem Titel „Autologous Cartilaginous Construct for Tissue Engineered Ear in Vivo“ und wurde mit dem Medpor Surgical Research Award für die Arbeit „Transplantation of Autologous Cartilage“ am Massachusetts General Hospital geehrt.

Peter Brüser ging in den Ruhestand …

Nach fast 22jähriger leitender Tätigkeit als Chefarzt der Abteilung Hand-, Plastische und Wiederherstellungschirurgie im Malteser Krankenhaus Bonn/Rhein-Sieg hat Prof. Dr. med. Peter Brüser (64) zum 1. März 2008 sein aktives Berufsleben beendet und die Freizeitphase seiner Altersteilzeit angetreten. „Mit Professor Brüser müssen wir heute einen der auf seinem Fachgebiet versiertesten und erfahrensten Hand- und Plastischen Chirurgen sowie einen engagierten Chefarzt verabschieden“, so der Vorsitzende des Kuratoriums des Hauses. „Durch seine hervorragenden fachlichen Kenntnisse und sein außerordentliches Engagement erlangte er während seiner Schaffenszeit einen internationalen Ruf als Handchirurg und verhalf der Abteilung Hand-, Plastische und Wiederherstellungschirurgie in unserem Hause zu ihrem enormen Ansehen. Für sein großes Wirken an unserem Hause gilt Professor Brüser an dieser Stelle unser aufrichtiger Dank.“ Brüser, Facharzt für Plastische Chirurgie, Zusatzbezeichnung Handchirurgie, habilitierte 1980 im Bereich der Mikrochirurgie. Vor Antritt seiner Chefarztposition im Jahre 1986 war er Oberarzt am II. Chirurgischen Lehrstuhl der Universität Köln. Parallel zu seinen Aufgaben im Krankenhaus stand und steht er heute noch verschiedenen nationalen und internationalen Gremien und Gesellschaften auf dem Gebiet der Handchirurgie vor. „Ich blicke mit Stolz auf die letzten 20 Jahre zurück“, erklärt er.

… Martin Richter folgt nach

Am 1. März 2008 wurde der langjährige Oberarzt Dr. med. Martin Richter (47) Chefarzt der Abteilung. „Gerne übergebe ich in diesen Tagen das Zepter an meinen langjährigen Oberarzt Dr. Martin Richter und weiß die Leitung der Abteilung bei ihm in besten Händen.“ sagte P. Brüser und die Direktion freut sich sehr mit „Dr. Richter, einem gleichfalls erfahrenen und engagierten Experten im Bereich der Hand- und Plastischen Chirurgie, die Leitung der Abteilung anzuvertrauen“. Richter ist Facharzt für Plastische und Ästhetische Chirurgie mit den Zusatzbezeichnungen Handchirurgie und Sportmedizin. Regelmäßig referiert er auf nationalen und internationalen handchirurgischen Veranstaltungen. Er ist seit 2003 Vorstandsmitglied der Deutschen Gesellschaft für Handchirurgie (DGH) sowie Mitglied des

Hand-Trauma-Committees und der info-link-group der Europäischen Handchirurgenvereinigung (FESSH). Von 2005 bis 2007 war er FESSH-Delegierter der DGH. Mit dem Chefarztwechsel soll ein Großteil der vorwiegend ambulanten Leistungsangebote der Hand-/Plastischen Chirurgie am Standort Rheinbach erbracht werden. In enger Anbindung an die bereits erfolgreich agierenden Fußchirurgen entsteht so ein Malteser Hand- und Fußzentrum.

Sönke Eger leitet neue Plastische Chirurgie am Städtischen Klinikum Magdeburg


S. Eger

Am 1. Juli 2008 hat die Abteilung für Plastische, Brust- und Ästhetische Chirurgie am Klinikum Magdeburg die Arbeit aufgenommen. Als leitender Arzt der Abteilung konnte Dr. med. Sönke Eger (37) zusammen mit seinem Oberarzt Dr. med. Mathias Reutemann seinen Dienst in Magdeburg aufnehmen. Eger begann seine Karriere in der Chirurgie des Hamburger Albertinen-Krankenhauses und war danach fast sieben Jahre in der Plastischen Chirurgie bei Dr. med. Steffen Handstein am Städtischen Klinikum Görlitz tätig. Neben der Mammachirurgie wird die neue Abteilung auch unterstützend für andere Fachrichtungen tätig sein. Ziel ist die Etablierung des gesamten Spektrums der Plastischen und Ästhetischen Chirurgie am Klinikum Magdeburg. Hintergrund für die Implementierung der Abteilung waren der Bedarf des zertifizierten Brustzentrums mit umfangreicher rekonstruktiver Mammachirurgie und die chirurgische Vollversorgung am Krankenhaus in Olvenstedt. Neben den Kliniken für Allgemein- und Viszeralchirurgie, Gefäßchirurgie, Wirbelsäulenchirurgie, Unfall- und Orthopädische Chirurgie sowie Kopf- und Halschirurgie bietet die Plastische Chirurgie einen weiteren wichtigen Baustein in der strategischen Ausrichtung und Serviceorientierung des Hauses.

Thomas Giesler leitet neue Klinik für Plastische und Handchirurgie in Kassel

Dr. med. Thomas Giesler, Facharzt für Plastische Chirurgie mit der Zusatzbezeichnung Handchirurgie, übernahm am 15. Januar 2008 die Leitung der neu geschaffenen Klinik für Plastische und Handchirurgie am Klinikum Kassel. Giesler war in den letzten sechs Jahren leitender Oberarzt der Klinik für Plastische und Handchirurgie am Klinikum Hildesheim. Seine Schwerpunkte sind, neben der Handchirurgie, vor allem die Rekonstruktive Chirurgie nach Unfällen oder Tumorentfernungen, die Fettgewebschirurgie und die plastisch-chirurgische Behandlung chronischer Wunden. Die Klinikleitung ließ verlauten, dass mit Giesler und dem langjährigen Oberarzt Dr. med. Gunther Schuster nach dem Ausscheiden von Dr. med. Horst Haferkamp, bisheriger Leiter des Funktionsbereiches Handchirurgie innerhalb der Klinik für Unfall-, Hand- und Wiederherstellungschirurgie im Klinikum Kassel, die qualitativ hochwertige handchirurgische Versorgung der Patienten sichergestellt und um plastisch-chirurgische Behandlungen erweitert werden kann. Haferkamps Verabschiedung in den Ruhestand, hat man zum Anlass genommen, den bisherigen Funktionsbereich zur Klinik für Plastische Chirurgie und Handchirurgie auszubauen. Haferkamp war über 30 Jahre als Handchirurg in Kassel tätig. Die Medizin wird den 66jährigen auch künftig beschäftigen: Der Experte für Medizingeschichte hat im Laufe seines Lebens eine der größten privaten Sammlungen in Deutschland zusammengetragen, die medizinische Utensilien und Gerätschaften aus über 150 Jahren umfasst. Seinen beruflichen Ruhestand will er nutzen, um auf eine Dauerausstellung der Exponate in Berlin hinzuarbeiten.

Irina Herren ist erste Chefärztin am Evangelischen Krankenhaus in Oldenburg

Für das Evangelische Krankenhaus Oldenburg ist es ein Novum: Am 1. April 2008 übernahm mit Dr. med. Irina Herren (38) die erste Frau die Position einer Chefärztin an dieser Klinik. Sie ist Fachärztin für Plastische und Ästhetische Chirurgie und jetzt Nachfolgerin von Dr. med. Reimer Hoffmann, der das Haus 2007 verlassen hatte. Frauen in Chefarzt-Positionen oder als Klinikdirektorinnen sind auch in Oldenburg noch in der Minderzahl: An den großen Krankenhäusern finden sich in medizinischen Spitzenfunktionen nur fünf – seit April nun sechs Frauen. Allerdings geht man in den Kliniken davon aus, dass es in den kommenden Jahren noch mehr werden. Zwar wollten viele lieber den Patienten helfen als bürokratische Managementaufgaben übernehmen, doch andererseits biete die Chefarztposition eben auch Gestaltungsspielraum, erläutert eine junge Ärztin. Und da gebe es noch die Frage der Arbeitszeiten, die nicht sehr familienfreundlich seien. In den Direktorien der Krankenhäuser haben Frauen seit 2007 erfolgreich aufgeholt: Als Nachfolgerin von Dr. med. Robert Riefenstahl übernahm Elisa-

beth Sandbrink die Geschäftsführung des Pius-Hospitals. Und mit Dr. Gyde Jungjohann folgte im Evangelischen Krankenhaus Anfang des Jahres eine Frau als Medizinischer Vorstand auf Dr. Ulrich Sander. Sie steht gemeinsam mit dem Kaufmännischen Vorstand Thomas Kempe an der Spitze. Feierlich übergaben beide der ersten Chefärztin die Schlüssel zu ihren Räumen an der Auguststraße 22. Irina Herren arbeitete bislang als leitende Oberärztin in der Fachklinik Hornheide in Münster. Mit ihrer Führungsqualität hat sie überzeugt, aus Münster brachte sie auch Oberarzt Dr. med. Jan Dirk Esters (33) mit. Herren gilt als Spezialistin im Bereich der rekonstruktiven Chirurgie, Brust- und Gesichtschirurgie.

Werner Schneider ist Plastischer Chirurg im Städtischen Klinikum Dessau

Manche Lebenslinien kreuzen sich, driften auseinander und treffen später doch wieder aufeinander. So ähnlich ist das auch bei Dr. med. Werner Schneider und dem Chefarzt des Städtischen Klinikums Dessau, Dr. med. Joachim Zagrodnick, der Fall. Beide waren einst Kollegen am Landkrankenhaus Coburg, nun sind sie es wieder: Der alte Dessauer hat sich einen neuen Dessauer geholt. Und so ist Schneider seit dem 1. Januar 2008 als Oberarzt in der Klinik für Hand- und Unfallchirurgie tätig und bringt Erfahrungen aus Plastischen Chirurgie ein, die bisher noch nicht am Klinikum vertreten war: Im schwäbischen Laupheim 1949 geboren, in Würzburg und Tübingen studiert, findet Schneider als junger Arzt in Coburg seine erste Anstellung. Als Chirurg und Unfallchirurg ist er tätig, bevor er 1993 für ein halbes Jahr nach Kambodscha geht. Nach dem Bürgerkrieg in diesem Land hatte die Bundeswehr Teile der medizinischen Versorgung übernommen. Ein berufliches Schlüsselerlebnis, weshalb er 1994, nach seiner Rückkehr, die Spezialausbildung zum Plastischen Chirurgen in Nürnberg absolviert. Mit Schneider ist auch das Angebot der Ästhetischen Chirurgie in Dessau neu.

Detlev Erdmann wurde Associate Professor

Dr. med. Detlev Erdmann, M.D., Ph.D., M.H.Sc., früher Oberarzt in Ludwigshafen (Prof. Dr. G. Günter Germann) und seit einiger Zeit an der Division of Plastic, Reconstructive, Maxillofacial and Oral Surgery der Duke University in Durham, NC, USA (Prof. L. Scott Levin) tätig, wurde zum Associate Professor ernannt.

Spanien erlaubt weltweit vierte Gesichtstransplantation

Die spanischen Behörden haben dem Chirurgen Pedro Cavadas aus Valencia die Genehmigung zur weltweit vierten Gesichtstransplantation erteilt. Eine letzte Genehmigung durch die Verwaltung sei reine Formsache. Er habe zwei Kandidaten für eine teilweise Gesichtstransplantation, sagte Cavados, das Ärzteteam stehe „rund um die Uhr“ bereit. Nun warte er auf Spender. Die Operation wäre die vierte öffentlich bekannte Gesichtstransplantation. Im November 2005 hatten Ärzte im nordfranzösischen Amiens einer 38jährigen Französin, die durch Hundebisse entstellt worden war, Teile eines Gesichts übertragen. Im April 2006 nahmen chinesische Ärzte in Xian eine ähnliche Operation an einem Bauern vor, dessen Gesicht von einem Bären zerfleischt worden war. Im Januar 2007 schließlich wurden bei einem 27Jährigen in der Universitätsklinik Créteil bei Paris Nase, Lippen und Kinn verpflanzt.



Eine weitere Premiere fand ebenfalls in Valencia statt: Chirurg Cavadas hat schon Ende 2006 einer 48Jährigen – und damit der ersten Frau weltweit – beide Hände transplantiert. Die gebürtige Kolumbianerin hatte beide Hände 28 Jahre zuvor bei der Explosion eines Feuerwerkskörpers verloren. Nun hat sie nach Angaben ihres Arztes die erste Phase der Rehabilitation erfolgreich beendet und kann ihren Alltag wieder selbständig bewältigen. ■

Irrfahrt mit abgetrenntem Finger



© Björn Haumann – www.rettungsdienst.net

Es war ein Unfall, wie er spielenden Kindern leider immer wieder passiert: Das kleine Mädchen aus dem Kieler Stadtteil Wik blieb mit der Hand an einem versenkbaren Stahlrohr hängen, dabei wurde einer ihrer Finger von den scharfkantigen Metallteilen abgetrennt, drei weitere Finger wurden gequetscht. Der Notarzt war schnell zur Stelle und versorgte die verletzte Sechsjährige, während Feuerwehrleute den abgetrennten Finger bargen und in einer Kühlbox lagerten.

Soweit lief der Notfalleinsatz noch nach Plan, doch dann begannen die Probleme, die gegenwärtig die Verantwortlichen in der Landeshauptstadt Schleswig-Holsteins beschäftigen: Zunächst sollte die Rettungswagenbesatzung das verletzte Mädchen in die Kieler Uni-Klinik bringen, dann wurde deren Aufnahme-Zusage zurückgezogen. Nach hektischem Herumtelefonieren kam die Auskunft, keine der Kliniken in der Landeshauptstadt könne die kleine Patientin aufnehmen. Schlussendlich brachte ein Rettungshubschrauber das Mädchen ins Lübecker Klinikum. Kiels Feuerwehrdezernent Dieter Kurbjuhn hält ein solches Hin und Her „einer Landeshauptstadt mit drei Kliniken für unwürdig“. Man müsse klären, ob es in Kiel Probleme mit der Unterbringung von Notfallpatienten gebe.

Sowohl an der Kieler Universitätsklinik als auch an der Lubinus Klinik sieht man höchstens Probleme bei der Uhrzeit des Unfalls – der war kurz nach 18 Uhr passiert –

Advancing Smooth Surgery
Harmonic SYNERGY™

Einfach besser operieren mit Harmonic SYNERGY™

Harmonic SYNERGY macht plastisches Operieren einfach und ermöglicht beste Operationsergebnisse:

✓ Präzises Präparieren von Gewebe
✓ Schneiden und Koagulieren in einem Schnitt
✓ Weniger Blutungen und Schwellungen
✓ Geringe Sekretion

NEU!

ETHICON ENDO-SURGERY
a Johnson & Johnson company

TRANSFORMING PATIENT CARE THROUGH INNOVATION™

denn um diese Zeit seien die Spezialistenteams nicht mehr im Dienst. Und einen Bereitschaftsdienst für Replantationen gebe es in Kiel nicht, erklärte ein Arzt des städtischen Krankenhauses in den *Kieler Nachrichten*. Das müsse „auf Landesebene geklärt werden". ■ CM

Plastische Chirurgin warnt vor „Designervagina"

Ein weiterer Trend aus den USA hat Europa erreicht: Operationen am weiblichen Genital sollen „Jugendlichkeit, gesteigertes Selbstwertgefühl und eine erfüllte Sexualität" zu erreichen sein. Bei den Eingriffen werden meistens die inneren Schamlippen verkleinert, Haut oberhalb der Klitoris entfernt oder die gesamte Vagina verengt. „Als plastische Chirurgin stehe ich Korrekturen im Genitalbereich sehr kritisch gegenüber, weil sicher die Nachteile solcher Operationen gegenüber den Vorteilen überwiegen", sagte dazu Ende Juni 2008 Prof. Dr. med. Maria Deutinger, Präsidentin der Österreichischen Gesellschaft für Plastische, Ästhetische und Rekonstruktive Chirurgie (ÖGPÄRC) bei einer Tagung im Krankenhaus Rudolfstiftung in Wien. „Die Eingriffe grenzen beinahe an Verstümmelung, es kann zum Verlust des Hautempfindens, zu Narbenschmerzen und narbiger Verziehung der Harnröhrenöffnung kommen", sagte die Chirurgin gegenüber der Presse. ■

Erneuter Sieg des Vierers der Plastischen Chirurgie Lübeck bei der Chirurgischen Ruderregatta in Berlin

Wie auch in den Vorjahren schikkte die Plastische Chirurgie des UK-SH Campus Lübeck unter der Leitung von Prof. Dr. med. P. Mailänder ein Team für den Wettkampf im Rudervierer zur der Ruderregatta des Jahreskongresses der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie in Berlin am 26. April 2008. Erklärtes Ziel der Rudermannschaft, bestehend aus Thomas Lange, Frank Siemers, Stefan Söllner, Felix Stang und Steuermann Tobias von Wild (siehe Foto) war die Verteidigung ihres Titels aus 2006. Bei wunderschönem Sonnenwetter auf der Regattastrecke Berlin-Grünau gewann das Team unter den gespannten Blicken der Zuschauer und den zugereisten Fans aus Lübeck mit klarem Vorsprung vor der Konkurrenz und sicherte sich erneut die Goldmedaille. Im erfolgreichen Team des Achters der TU München ruderte schlagkräftig Dr. Jörn Lohmeyer, der bis Februar noch Assistenzarzt der plastischen Chirurgie in Lübeck war. Das Lübecker Ruderteam freut sich schon auf die nächste Regatta, die 2010 beim Chirurgenkongress stattfinden wird. Mit etwas Glück gelingt es in zwei Jahren auch ein Team für einen Achter aufzustellen. ■

Peter Stollwerck, Assistenzarzt,
Sektion Plastische Chirurgie,
UK-SH Campus Lübeck



Siegerehrung mit Wanderpokal; von links nach rechts: Stefan Söllner, Tobias von Wild, Felix Stang, Frank Siemers, Thomas Lange.

Kaden-Bücher sehen und bestellen auch online. www.kaden-verlag.de

Macrolane zur Körperkonturierung – Experten-Training in München ein großer Erfolg

Am 4. und 5. April 2008 stellte das Unternehmen Q-Med Deutschland in einem Experten-Workshop, an dem etwa 40 Plastische Chirurgen aus ganz Deutschland teilnahmen, sein neu entwickeltes Hyaluronsäure-Präparat Macrolane™ vor. Macrolane besteht aus der patentierten NASHA™-Hyaluronsäure, aus der auch Restylane® hergestellt wird, das mit über zehn Millionen Anwendungen weltweit am meisten genutzte Augmentationsverfahren von Q-Med zur Behandlung von Falten im Gesicht. Die NASHA-Hyaluronsäuren ähneln der im menschlichen Körper vorhandenen Hyaluronsäure und sind in der Regel sehr gut verträglich. Macrolane ist CE-zugelassen zur gezielten Konturierung des Körpers und ergänzt die Produktpalette an Hyaluronsäure-Präparaten, die Q-Med im ästhetischen Bereich anbietet. Macrolane wurde speziell für das Body-Contouring entwickelt und ist in den Formulierungen VRF 20 (normale Hebekapazität des Gewebes) und VRF 30 (stärkere Hebekapazität) erhältlich (VRF = Volume Restoration Factor). Je nach Problemstellung injiziert der plastische Chirurg Macrolane in das Gewebe, um beispielsweise Volumendefizite auszugleichen – etwa nach einer Fettabsaugung oder Kortisoninjektion, zum Aufpolstern eingesunkener Narben oder bei Körperdellen am Gesäß, zur Verbesserung der Wadenkontur, u.ä. – ein Aufbau der weiblichen Brust sowie die Verbesserung ihrer Konturen ist nach genauer Patientenanamnese und Untersuchung ebenfalls möglich. Das Präparat lässt sich aufgrund seiner Konsistenz sehr gut modellieren.

Der erste Tag war der Präsentation des Produktes durch Vertreter der Herstellerfirma und Experten aus Klinik und Praxis gewidmet. Nach einer ausführlichen Einführung zu Macrolane kamen Professor Per Héden, plastischer Chirurg aus Stockholm, und Dr. Bruno de Meyere, plastischer Chirurg aus Brüssel, zu Wort. Professor Héden stellte die Einsatzmöglichkeiten von Macrolane aufgrund eigener Erfahrungen vor und erläuterte die entsprechenden Injektionstechniken. Sein Erfahrungsspektrum reicht von kleinen Körperdellen bis zum Brustaufbau mit maximal 250 cc Macrolane. Er war durch seinen klinischen Input entscheidend an der Entwicklung von Macrolane beteiligt und verfügt daher bereits über mehrjährige Erfahrungen mit dem Produkt. Dr. de Meyere verfügt ebenfalls über einen umfangreichen Erfahrungsschatz mit Macrolane, insbesondere über den Ausgleich größerer Körperdellen und das Konturieren der Gesäßpartien – was er dem Fachpublikum in beeindruckender Weise erläuterte.

Die Depot-Technik wurde speziell zur Gesäßkonturierung entwickelt und bietet unmittelbar sichtbare Ergebnisse

Am Samstagvormittag folgte dann die Präsentation von Trainings-Behandlungen in der IATROS-Klinik München. Anschaulich wurde eine ganze Reihe von Eingriffen mit unterschiedlichen Problemstellungen demonstriert. Professor Héden zeigte unter den kritischen Blicken seiner





Gesäßkonturierung. Vorgehen von Dr. B. de Meyere

Macrolane™ VRF Gel: Kurzcharakterisierung

Indikationen	Körperkonturierung und Wiederherstellung von fehlendem Körpervolumen
Gel-Volumen (in ml)	geeignet für Injektionen > 20 ml
Gewebeabdeckung im umliegenden Gewebe	Ist notwendig (doppelte Hautfalte 2 cm)
Injektionstiefe	Subkutan / supraperiostal
Nadelstärke und -Typ	Stumpfe Kanüle, 16 Gauge oder größer
Erwartete Haltbarkeit im Körper	Mindestens 12 bis 18 Monate, jedoch abhängig von der individuellen Hautbeschaffenheit und dem Gesundheitszustand des Patienten
Lernkurve	Ja, abhängig von der Erfahrung und der Geschicklichkeit
Produktformulierungen	VRF20 (leichtere Hebekapazität) und VRF30 (mittlere Hebekapazität)
Erhältliche Spritzengrößen	10 ml und 20 ml

Kollegen verschiedene Schwierigkeitsgrade des Brustaufbaus und der Konturierung der weiblichen Brust. Dr. de Meyere stellte verschiedene Formen von Injektionen zur Gesäßkonturierung mit der von ihm generierten Depot-Technik vor. Diese entwickelt er anhand eines Gitterrasters, das er nach dem Aufmodellieren der Körperdelle mit Pastasil – einer Modelliermasse aus der Orthopädietechnik – aufzeichnet, numeriert, anschließend zerteilt, aufwiegt und damit die Injektionsmenge errechnet. Dem Raster entsprechend, wird nach Plan injiziert – was zu unmittelbar sichtbaren Ergebnissen führt. Für 100 cc Macrolane wird 150 cc Modelliermasse benötigt.

Ein weiterer Höhepunkt war die Behandlung eines Poland-Syndroms durch Dr. Ulrich Kleiner, plastischer Chirurg aus Bamberg, – eine Indikation die allgemein klare Zustimmung fand. Alle minimal-invasiven Eingriffe wurden in Lokalanästhesie und unter sterilen Bedingungen durchgeführt und dauerten jeweils zwischen 20 und 45 Minuten. Während der Live-Demonstration und in den Pausen entwickelten sich interessante Diskussionen zwischen den Operateuren und den Trainingsteilnehmern. Diese betrafen vorwiegend die Indikationen und die Haltbarkeit sowie die Abbauzeit von Macrolane, die Studien zufolge mindestens 12 bis 18 Monate beträgt. Die Trainingsreihe wird weiter fortgesetzt, um plastischen Chirurgen die neuen Behandlungsmöglichkeiten mit Macrolane zu erläutern und die Chirurgen in die Anwendung des Produkts einzuführen. ■ NK

Kontakt:
Q-Med GmbH
Berliner Ring 89, 64625 Bensheim
Telefon: 06251/770 79-0, Telefax: 770 79-290
eMail: info.germany@q-med.com
www.macrolane.de

Dieser Bericht enstand in Zusammenarbeit mit der Q-Med GmbH, Bensheim

Ein kleiner Jacques Joseph



Christian Bahr (46), plastischer Chirurg und Künstler, schuf jetzt auch eine Kleinplastik von Jacques Joseph (1865–1934), einem der Begründer der modernen plastischen und rekonstruktiven Chirurgie. Nachdem im letzten Jahr eine Joseph-Büste in Lebensgröße sowohl in der Charité wie auch im Langenbeck-Virchow-Haus in Berlin – Sitz der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie, die einen Guss für sich bestellt hatte – Aufstellung gefunden hat, ist nun eine kleine Büste entstanden und seit kurzem als Bronzeabguss verfügbar. Mit dieser Kleinskulptur ist eine außerordentlich lebendige Darstellung mit hoher Ausstrahlungskraft gelungen. Die Plastik ist etwa 26 cm hoch und wiegt mit Marmorsockel 4,8 kg. ■

Infos und Kontakt:
Dr. C. Bahr, Facharzt für Plastische und Ästhetische Chirurgie
Praxis: Fuggerstraße 23, im Gebäude der Klinik Hygiea, 10777 Berlin (Nähe KaDeWe)
Telefon 030/28474747, Fax 31989580
eMail: mail@drbahr-berlin.de
Atelier: 13156 Pankow/Niederschönhausen
Telefon 030/47036136, Fax 47036138
eMail: mail@atelier-christian-bahr.de
www.drbahr-berlin.de
www.atelier-christian-bahr.de
www.jacques-joseph.de



Körperkonturen sanft formen – mit Macrolane™

Macrolane™
Gracefully shapes your body

Die Behandlung mit Macrolane™ ist ein innovatives und sehr gut verträgliches Injektionsverfahren, das dem Körper neues Volumen verleiht. Unebenheiten und kleine Dellen können damit sanft ausgeglichen und Körperpartien neu geformt und aufgebaut werden: Gesäß, Waden, eingesunkene Narben, Unebenheiten nach Fettabsaugung und mehr.

Die seit Jahrzehnten bewährte Substanz Hyaluronsäure, die aus der Faltentherapie im Gesicht bekannt ist, wird nun in einer stabileren Form zur Betonung von Körperformen verwendet und direkt an die gewünschte Stelle injiziert. Ambulant mit lokaler Anästhesie – ohne Narbenbildung – ohne lange Ausfallzeiten für den Patienten.

Nähere Informationen zu Macrolane™ finden Sie unter **www.macrolane.de** oder **rufen Sie uns an: +49 (62 51) 770 79 0.**

Q-Med GmbH – The NASHA technology company · Berliner Ring 89 · 64625 Bensheim · Germany · www.q-med.com

Zahlungsverzug setzt Mahnung voraus

Ein Schuldner kommt nur dann in Verzug, wenn ihm zuvor eine Mahnung zugegangen ist, wie der Bundesgerichtshof kürzlich bestätigt hat (III ZR 91/07, 25. 10. 2007). Im verhandelten Fall ging es um eine Physiotherapeutin, die eine Privatpatientin behandelt und dieser am 14. September 2004 eine Rechnung über 543 Euro zugeschickt hatte. Die Rechnung schloss mit dem Hinweis: „Den Rechnungsbetrag überweisen Sie bitte bis zum 5. Oktober 2004 auf das rechts unten angegebene Konto." Die Patientin zahlte zunächst nicht. Ende September 2004 zog sie um und erteilte der Post einen Nachsendeauftrag. Die Klägerin versandte im Laufe des Jahres 2005 erfolglos zwei Zahlungsaufforderungen an die frühere Adresse der Beklagten. Am 3. Februar 2006 verlangte der Anwalt der Klägerin von der Beklagten bis zum 13. Februar 2006 die Zahlung der Hauptsumme sowie die Erstattung von Verzugskosten. Daraufhin zahlte die Beklagte nur die Hauptsumme von 543 Euro. Mit der Klage forderte die Klägerin die Zahlung der Verzugskosten – Zinsen, Anwaltskosten etc.



©bildarbox

Nach Ansicht des Berufungsgerichts befand sich jedoch die Beklagte bis zum Zugang des anwaltlichen Mahnschreibens vom 3. Februar 2006 nicht in Verzug. Die beiden Zahlungsaufforderungen vom 25. Mai und 9. November 2005 sind der Beklagten nicht zugegangen. Dies sei ihr nicht anzulasten, mit dem Stellen eines Nachsendeantrags bei der Post hat sie genügend getan. Grundsätzlich wäre die Verbindung der Rechnung mit einer Mahnung zulässig gewesen, doch die Übersendung der Rechnung mit höflicher Zahlungsbitte sei nicht als befristete Mahnung anzusehen, so die Richter. Nach § 286 BGB kommt der Schuldner einer Entgeltforderung spätestens dann in Verzug, wenn er nicht innerhalb von 30 Tagen nach Fälligkeit einer Rechnung gezahlt hat. Dies gilt jedoch gegenüber einem Schuldner, der Verbraucher ist, nur dann, wenn er in der Rechnung oder Zahlungsaufstellung besonders hingewiesen wurde, dass er bei Nichtzahlung auch ohne Mahnung 30 Tage nach Fälligkeit und Zugang der Rechnung in Verzug gerät. Dies ist im vorliegenden Fall nicht geschehen. ■

Kongresse 2008

Oktober 2008
23.–25.10.2008 Hamburg, Curio-Haus
21. Jahrestagung der GÄCD: „Rekonstruktion und Ästhetik"
Leitung: Dr. Regina Wagner
Anfragen: Gesellschaft für Ästhetische Chirurgie Deutschland e. V., Geschäftsstelle, Simone Schloeter, Königsteiner Str. 55a, 65812 Bad Soden
Tel. 06196/6524923 Fax 6524925
Email: info@gacd.de, www.gacd.de

2.–4.10.2008 Stuttgart, Haus der Wirtschaft
39. Jahrestagung der DGPRÄC – 13. Jahrestagung der VDÄPC – 46. Jahrestagung der ÖGPÄRCH „Plastische Chirurgie – Quo Vadis?"
Tagungsleitung: Prof. Dr. med. Michael Greulich, Stuttgart / Prof. Dr. med. Wolfgang Gubisch, Stuttgart / Prof. Dr. med. Maria Deutinger, Wien
Anfragen: Service Company Rother, 38268 Lengede, Tel. 05344/915948, Fax 915949, eMail: uterother@t-online.de, www.dgpraec2008.de

Vorschau 2009
20.–26.9.2009 Rhodos, Griechenland
The European Section of IPRAS – 11th ESPRAS Congress
Anfragen: secretary@espras2009.gr
www.espras2009.gr

29.11.–3.12.2009 Neu Delhi, Indien
15th IPRAS World Congress
Anfragen: desk@ipras2009.org, www.ipras2009.org

Defektdeckungen am Fuß – ein fortbestehendes Problem in der rekonstruktiven Chirurgie

Heinz-Herbert Homann, Jörg Hauser, Ole Goertz, Marcus Lehnhardt, Hans-Ulrich Steinau

Traumatisch bedingte Gewebeverluste aber auch Defekte nach Tumoroperationen stellen aufgrund der besonderen anatomischen Gegebenheiten und der mehr statischen Anforderungen an den Fuß unverändert häufig ein Problem dar. Während die Fußsohle den durch das Körpergewicht erzeugten, und durch die Bewegung noch potenzierten Druck verteilen muss, ist das Weichgewebe des Fußrückens auf eine maximale Elastizität hin ausgerichtet. Erschwerend ist die enge anatomische Nähe des Skeletts und der anderen funktionellen Strukturen mit der Haut. Trotz konsequenter Weiterentwicklung der chirurgischen Techniken, vor allen der mikrochirurgischen Techniken, ist der Fußsohlenersatz nach wie vor ein Problem in der rekonstruktiven plastischen Chirurgie. Die sonst fast schematisch einsetzbare rekonstruktive Pyramide oder Leiter (Abb. 1) weist hier Schwächen auf, da auch der freie Gewebetransfer die Probleme oft nicht löst, sondern im Gegenteil auch zu einer Verschlechterung führen kann, wenn das falsche Gewebe zur Rekonstruktion angewandt wird. Eine konsequente Aufklärung der Patienten ist ebenso wichtig wie die Beherrschung der differentialtherapeutischen Möglichkeiten.

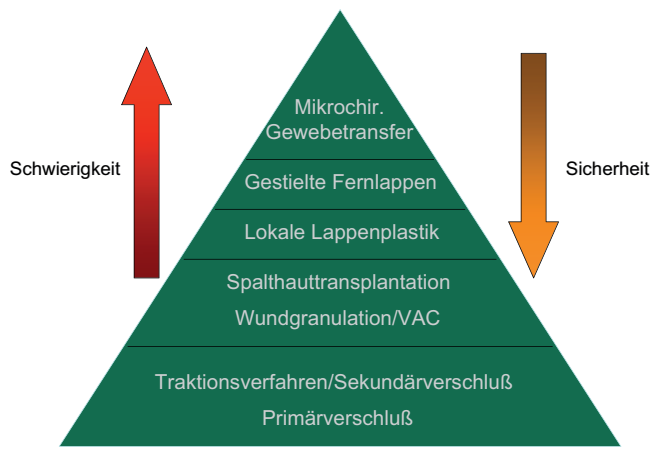


Abb. 1 Die rekonstruktive Pyramide oder Leiter der plastisch-chirurgischen Behandlungsmöglichkeiten

Für die Wahl der Defektdeckung ist auch die Lokalisation am Fuß von entscheidender Bedeutung

Neben der Defektgröße und -tiefe ist die Lokalisation am Fuß von entscheidender Bedeutung in der Wahl der Defektdeckung. Prinzipiell gilt natürlich hier auch der Grundsatz, dass weniger aufwändigen, sicheren Operationsverfahren der Vorzug gegeben werden sollte, wenn diese zur Defektdeckung ausreichen. Somit stellen Spalthauttransplantationen bei nicht exponierten funktionellen Strukturen wie Sehnen, Knochen, Nerven oder Gefäßen unverändert die erste Wahl der Defektdeckung dar. Am Fußrücken sollte diese nicht gemesht werden, auch Vollhauttransplantationen sind hier möglich, obschon der Wundgrund natürlich wesentlich besser sein sollte als bei der Spalthauttransplantation. Im Fersenbereich kann auf Haut aus dem Hohlfuß zurückgegriffen werden, diese weist eine etwas höhere Stabilität auf, sie sollte allerdings auch dicker entnommen werden, 0,3 bis 0,4 mm sind hier angezeigt. In belasteten, kleinflächigen Sohlenarealen kann gemeshte Spalthaut verwendet werden, durch die zu erwartende Schrumpfung wird langfristig eine Verkleinerung der Narbe erreicht.

Weichteildefekte mit exponierten funktionellen Strukturen am Fußrücken (Abb. 2) lassen sich entweder durch gestielte Lappenplastiken decken oder aber mittels freiem Gewebetransfer. Gestielte Lappenplastiken besit-



Abb. 2 Fußwurzel-Osteomyelitis nach offener Verletzung, Sanierung durch Débridement, Knochenanlage und Defektdeckung durch lateralen Oberarmlappen

zen den Nachteil das der Hebedefekt auf dem Fußrücken liegt und hier eine Schwachstelle darstellt, da dieser in der Regel mittels Spalthauttransplantation gedeckt werden muss. Außer bei kleineren Defekten welche mit einfachen Verschiebelappen verschlossen werden können, bietet sich am Fußrücken nur der an der Arteria dorsalis pedis gestielte Lappen an. Neben der diffizilen Präparation des Gefäßstiels der mitunter nah am Mittelfußknochen liegen kann ist natürlich der Verlust der arteriellen Blutzufuhr



Abb. 3 ALT-Perforatorlappen zur Defektdeckung am Innenknöchel, direkt postoperativ, bei Entlassung des Patienten und drei Monate postoperativ nach Liposuktion mit guter Konturierung der Innenknöchelregion.

zum Hohlfußbogen zu bedenken, insbesondere bei geschädigtem Gefäßsystem. Trotzdem ergeben sich für die Anwendung dieses Lappens immer wieder Indikationen, obschon er nicht die erste Wahl zur Defektdeckung am Fußrücken darstellen sollte. Ausdruck dieser eher zurückhaltenden Indikationsstellung ist auch die seltene Verwendung des A.-dorsalis-pedis-Lappens als freies Transplantat.

Die Defektdeckung des Fußrückens ist eine Domäne der mikrochirurgischen Gewebeverpflanzung

Die Defektdeckung des Fußrückens stellt somit eine Domäne der mikrochirurgischen Gewebeverpflanzung dar. In Abhängigkeit der Defektgröße lassen sich unterschiedliche Gewebeanteile hier verpflanzen. Während Muskellappen, insbesondere des M. latissimus dorsi, aufgrund ihrer Dicke zunehmend verdrängt werden, stehen Perforatorlappen genügender Größe zur Verfügung. Auch der laterale Oberarmlappen oder auch der Radialislappen kommen in Frage, hier muss jedoch der Hebedefekt kritisch hinterfragt werden. Mit dem lateralen Oberarmlappen lassen sich in der Regel kleinere Defekte decken, der Radialislappen hat seine Indikation bei sehr adipösen Patienten, da am Unterarm das Fettgewebe meist nicht so kräftig ausgeprägt ist wie an anderen Körperregionen. Von der Praktikabilität ist der vordere seitliche Oberschenkellappen, ALT-Perforatorlappen (Anterior-Lateral-Thigh) zu bevorzugen. Neben einer konstanten Anatomie der Perforansgefäße kann der Lappen in jeder Größe bis hin zu 30 × 9 cm gehoben werden bei primärem Verschluss des Hebedefektes. Gerade bei Männern und natürlich bei schlanken Patienten ist der Hebedefekt kosmetisch wenig auffällig.

Der auch bei schlanken Patienten bestehende Gewebeüberschuss lässt sich drei Monate nach erfolgter Defektdeckung mittels Fettabsaugung gut beseitigen (Abb. 3).

Belastete Fußsohlenareale stellen unverändert einen Problembereich in der Defektdeckung dar. Während im Vorfußbereich durchaus (Teil-)Amputationen in die Differentialtherapie einzubeziehen sind, ist dies am Rückfuß nur bei zur Defektdeckung geeigneter, sensibler Fußrückenhaut möglich. Natürlich muss die Indikationsstellung für Lappenplastiken versus Teilamputationen an den Defekten orientieren, die sozialen Umstände des Patienten, sein Lebensalter und seine eventuell vorhandenen Komorbiditäten sind jedoch zu beachten. Zu-

nehmend wichtig ist die Dauer und Vollständigkeit der beruflichen Rehabilitation, die gerade bei Vorfußverletzungen schneller und nicht selten vollständiger mittels Teilamputation erreicht werden kann. Natürlich ist die Akzeptanz dieser Therapieoption gering, eine realistische Einschätzung des Operateurs über mögliche Ergebnisse von Lappenplastiken hilft hier häufig beim Aufklärungsgespräch und weckt keine falschen Erwartungen seitens der Patienten.



Abb. 4 Defekt des lateralen Fußrandes bei Spina bifida, gedeckt durch VY-Lappen unter Einbeziehung des M. abductor digiti minimi



Abb. 5 Sensibler Plantaris-medialis-Lappen zur Fersenhautrekonstruktion mit postoperativem Ergebnis nach 10 Monaten

Bei größeren Defekten oder zu wenig intakter Sohlenhaut sind freie Gewebetransfers unumgänglich

Lokale Lappenplastiken im Fußsohlenbereich haben den Vorteil sensibel zu sein, mindestens eine Schutzsensibilität kann erreicht werden. Hier ist jedoch eine genaue Analyse des zu erwartenden Hebedefektes notwendig um nicht Probleme mit dem Hebedefekt zu induzieren, die vorher nicht bestanden. Neben dem Abductor-digiti-minimi-Lappen bildet der Plantaris-medialis-Lappen, oder auch neo-germanistisch, Instep-Flap genannt, den Standardlappen im Sohlenbereich. Laterale, distal gelegene Defekte können durch modifizierte, den Abductor digiti minimi enthaltene V-Y-Plastiken gedeckt werden, der Plantaris-medialis-Lappen eignet sich zur sensiblen Defektdeckung an der Ferse (Abb. 4, 5). In speziellen Situationen kann auch aus dem Hohlfuß ein Verschiebelappen gebildet werden, um größere Defekte der Ferse zu decken (Abb. 6).

Sind größere Defekte vorhanden und keine oder zu wenig intakte Sohlenhaut verblieben, sind freie Gewebetransfers unumgänglich. Das als „Shifting“ bezeichnete Problem der erhöhten Verschieblichkeit von Geweben mit anderer anatomischen Architektur als der Sohlen- oder Handinnenflächenhaut tritt bei allen freien Lappen außer den freien Faszientransplantaten auf. Fettfaszienlappen wie zum Beispiel die bereits erwähnten Perforatorlappen, sind aufgrund dieses „Shifting“ nicht geeignet zur Fußsohlenrekonstruktion. Reine Muskellappen sind hier mit ihrer Schrumpfungstendenz und der daraus resultierenden Gewebeverfestigung besser geeignet, obschon auch diese Lappen immer wieder Ulzera und Pseudobursen durch starkes Gewebegleiten und die Asensibilität entwickeln (Abb. 7).



Abb. 6 Verschiebelappen aus dem Hohlfuß zur Fersenrekonstruktion bei großem Defekt an beiden Füßen



Abb. 7 Verschiedene Lappenplastiken zur Sohlenrekonstruktion mit Ulkusbildung aufgrund von Weichteil-Shifting



Abb. 8 Zweijahresverlauf einer schweren Fußquetschung mit begleitenden Luxationsfrakturen. Defektdeckung medial durch freien ALT-Perforatorlappen, sekundär Mesh-Graft-Transplantation auf die Fußsohle. Zustand nach einmaliger Liposuktion des Lappens mit erheblicher Narbenschrumpfung plantar.

Mitunter kann es sinnvoll sein bei größeren Defekten eine Wundkonditionierung vor allem im Sohlenbereich vorzunehmen um dann die verbleibenden Defekte mit gemeshter Spalthaut zu decken. Begleitende Defekte außerhalb des belasteten Areals können früher oder simultan mit anderen Techniken gedeckt werden. Die Abbildung 8 verdeutlicht dies beispielhaft bei einer ausgedehnten Fußquetschung mit resultierenden Defekten an der Sohle und am medialen Fußrand mit Übergang zum Sprunggelenk. Nach Anlage des Fixateurs bei begleitenden Fußwurzelfrakturen erfolgte das Débridement medial und an der Fußsohle welche eine Decollement-Verletzung aufwies. Der medial bestehende Defekt wurde zeitnah mit einem freien ALT-Perforator-Lappen gedeckt, im Sohlenbereich erfolgte die weitere Wundkonditionierung. Erst zwei Monate nach dem Unfall erfolgte dann die Spalthauttransplantation. Die folgenden Bilder zeigen die Situation ein Jahr nach der letzten Operation, das intraoperative Bild zwei Jahre nach Unfall und nach Lappenausdünnung mittels Liposuktion. Neben der deutlich verbesserten Konturierung des Fußes durch die Lappenausdünnung zeigt sich auch die starke Verkleinerung des Spalthaut tragenden Fußsohlenareals, ohne dass hier operative Maßnahmen getroffen wurden (Abb. 8).



Abb. 9 Offene Kalkaneusfraktur mit folgender Osteomyelitis und Weichteildefekten lateral und medial. Defektdeckung durch freien ALT-Perforatorlappen mit zwei Hautinseln und Durchführung des Lappens vor der Achillessehne. Ergebnis nach drei Monaten.

Defekte am Rückfuß lassen sich mit kleinen freien Lappen gut decken

Defekte am Rückfuß, die außerhalb der Belastungszone liegen, lassen sich wiederum mit kleinen freien Lappen decken. Auch hier bieten sich Perforatorlappen an, insbesondere wenn man sowohl lateral als auch medial an der Ferse Defekte hat, was nach Fersenbeinfrakturen mit konsekutiver Osteomyelitis nicht selten ist. In dem in Abbildung 9 vorgestellten Fall wurde ein ALT-Perforatorlappen für beide Defekte eingesetzt, der Anschluss erfolgte an die A. tibialis posterior, der Lappen wurde dann mit zwei Hautinseln gehoben und vor der Achillessehne nach lateral durchgezogen.

Die Deckung allschichtiger Gewebedefekte am Fuß stellt wegen der besonderen anatomischen Gegebenheiten häufig ein Problem dar. Auch mikrochirurgische Lösungen sind nicht immer zufriedenstellend, gerade im Sohlenbereich sind diese wegen des zu erwartenden Weichteil-Shiftings problematisch. Patienten mit ausgedehnten Weichteilverletzungen am Fuß sollten deshalb frühzeitig einem interdisziplinären Behandlungskonzept unter Einbeziehung eines in der rekonstruktiven Chirurgie versierten Operateurs zugeführt werden.

Literatur

Steinau HU, Hebebrand D, Vogt P, et al (1996) Plastische Weichteildeckung bei Defektfrakturen am Unterschenkel. Chirurg 67: 1080–1086

Germann G, Bickert B, Steinau HU, et al (1999) Versatility and reliability of combined flaps of the subscapular system. Plast Reconstr Surg 103: 1386–139

Rammelt S, Biewener A, Grass R, Zwipp H (2005) Verletzungen des Fußes beim polytraumatisierten Patienten. Unfallchirurg 108: 858–865

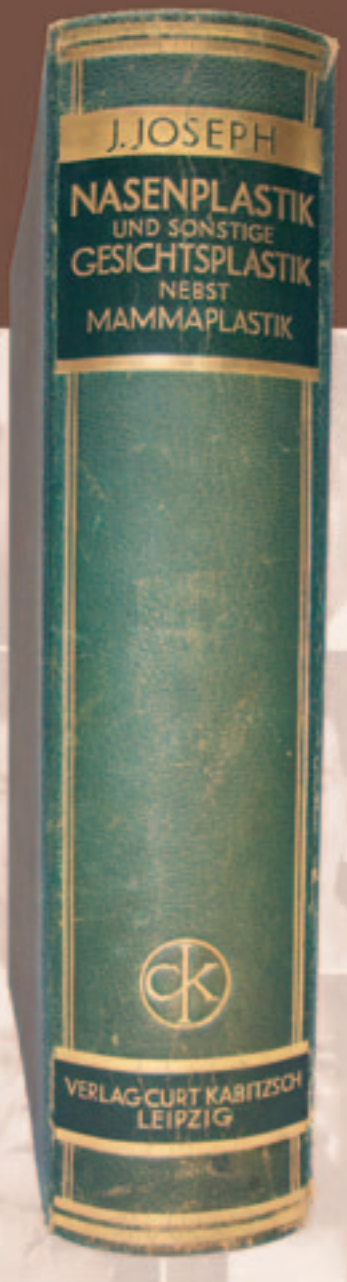
Levin LS (2001) Soft tissue coverage options for ankle wounds. Foot Ankle Clin 6: 853–866

Adelaar RS (2001) Complications of forefoot and midfoot fractures. Clin Orthop Relat Res 391: 26–32

Steinau HU, Feller AM, Hörl HW, et al (1989) Posttraumatische Weichteildefekte der Fersenregion. Chirurg 60: 287–294

Priv.-Doz. Dr. med. Heinz-Herbert Homann
Universitätsklinik für Plastische Chirurgie und Schwerbrandverletzte,
Handchirurgiezentrum, BG Universitätsklinikum Bergmannsheil
Bürkle-de-la-Camp-Platz 1, 44789 Bochum
eMail: heinz.homann@rub.de

Klassiker der plastischen Chirurgie neu erschienen



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

Limitierte, nummerierte Neuauflage der Luxusausgabe

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 reprographischer Nachdruck im Kaden Verlag Heidelberg neu aufgelegt. Diese bibliophile Ausgabe hält dem Vergleich mit dem Original mühelos stand.



BESTELLCOUPON

Hiermit bestelle ich

_____Exemplar/e „Joseph: Nasenplastik und sonstige Gesichtsplastik“
zum Preis von je € 295,–

Datum/Unterschrift

Name

Straße

PLZ/Ort

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

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: 978-3-922777-69-4
Kaden Verlag, Heidelberg 2004

Epicondylitis humeri radii
Vom „Schreibekrampf“ zum Power-Doppler

Karsten Knobloch

Am 26. Mai 1873 veröffentlichte Dr. F. Runge aus Nassau in der *Berliner Klinischen Wochenschrift* seinen Beitrag „Zur Genese und Behandlung des Schreibekrampfes“[1]. Dort heißt es: „*Im Laufe des verflossenen Jahres kamen einige Fälle von Schreibekrampf in meine Behandlung, welche so ausgezeichnet charakterisiert waren, dass eine nähere Schilderung derselben um so mehr dankbar erscheint, als über das Wesen dieser Affektion die Ansichten noch sehr variieren.* […] *Die Affektion ist von vorn herein mit heftigen Schmerzen verlaufen, welche zunächst den Vorderarm und die Hand ergreifen, bei fortgesetzter Anstrengung aber auf Oberarm und bis in die Schulter verbreiten.* […] *Bei genauer Betastung ist am Condylus externus des Oberarms gerade an der Stelle, wo Supinator longus, Extensor carpi und digitorum communis ansetzen, eine kleine Stelle, welche nicht nur sehr schmerzhaft, sondern auch beim Druck heftige Reflexbewegungen auslöst. Die Schmerzen bei fortgesetztem Drucke pflanzen sich auf die Hand und Oberarm fort. Offenbar ist das Periost des Condylus externus humeri der Sitz einer chronischen Entzündung.* […] *Der Ansatzpunkt der Mm. pronator longus, extensor carpi radialis longus und extensor digitorum communis ist der Sitz der chronischen Entzündung; die alternierenden Contractionen dieser Muskeln üben eine fortwährende Zerrung auf den Heerd der Entzündung aus, den sich Patient dadurch zu mildern sucht, dass er durch tonische Contraction einzelner Muskeln den Locus affectus fixiert. Trotzdem breitet sich die Erregung von der erkrankten Stelle bei fortdauernder Anstrengung in die nächste Umgebung weiter aus, die Muskeln werden hyperämisch.*“

Dies ist beachtlich im Jahr 1873, wenn man bedenkt, dass die sogenannte Neovaskularisation mit der Farb-Doppler-Sonographie erst 2006 am Tennisellenbogen beschrieben wurde, worauf später die Sprache kommen wird. Auch die Therapieansätze von Dr. Runge sind bemerkenswert:

„*Ich applicierte deshalb auf der schmerzhaften Stelle in Cauterium, welches die ganze Haut etwa wie ein Zehngroschenstück gross zerstörte. Mit der späteren Vernarbung trat auch, ich vermuthe durch Fortschreiten des Verödungsprocesses des Gefässe in die Tiefe, eine vollständige Beseitigung der schmerzhaften Stelle des Periost ein. Ich brauche kaum zu erwähnen, dass Patient den Arm ununterbrochen in der Binde tragen musste, da Ruhe ein Factor ist, welchen man bei der Heilung dieser Affection nie entbehren kann, jedoch dauerte die Ruhe nur sechs Wochen bis zur vollständigen Vernarbung der geätzten Stelle. Nach dieser Kur war und blieb Patient von jeder krampfhaften Affection vollständig frei, wie er mir noch ein Jahr später bezeugte. Der Vorsicht halber liess ich natürlich in der ersten Zeit das Schreiben sehr einschränken.*“

Demnach ist Dr. Runge der erste Kollege, der eine lokale Kauterisierung im Sinne einer externen Sklerosierung durchführte mit einem Follow-up von einem Jahr.

Die Kraftmessung mit dem Dynamometer kann bei der Diagnostik der Epicondylitis humeri radii hilfreich sein

Neben der klinischen Untersuchung mit oftmals vorhandenem Provokationsschmerz am Ellenbogen und proximalen Unterarm bei Dorsalextension des Handgelenks gegen Widerstand beklagen manche Patienten auch eine Schmerzempfindlichkeit in einem Hautareal streckseitig über dem Handgelenk. Die Kraftmessung mit dem

Dynamometer kann bei der Diagnostik der Epicondylitis humeri radii hilfreich sein [2]. Während bei ellenbogengesunden Probanden die Grobkraft mit dem Dynamometer erfasst bei Ellenbogenstreckung und 90 Grad Flexion keinen Unterscheid aufweist, so zeigen sich bei Epikondylitispatienten signifikante Unterschiede in Abhängigkeit von der Ellenbogenposition. Bei 90 Grad Flexion war bei Epikondylitis die Grobkraft um 29 Prozent gegenüber gestrecktem Ellenbogengelenk erhöht. Der betroffene Arm hatte rund 50 Prozent der Kraft der gesunden Gegenseite bei Ellenbogenextension und 69 Prozent der Kraft bei 90 Grad Ellenbogenflexion. Im Weiteren ist ein Unterschied von acht Prozent zwischen Extension und 90 Grad Flexion in 83 Prozent akkurat zwischen betroffener und nicht-betroffener Extremität zu unterscheiden.

Die moderne Sonographie hat entscheidend zur verbesserten Visualisierung gerade der Epicondylitis humeri radii beigetragen. In der konventionellen Graustufensonographie finden sich typischerweise bei der Tendinopathie hypoechogene Echomuster am Ansatz der Extensor-carpi-communis-Sehne. Folgende Charakteristika sind in der Graustufensonographie häufig [3]:

- Verkalkungen am Ansatz der Sehne des M. extensor carpi communis
- Sehnenverdickung
- Angrenzende Knochenunregelmässigkeiten
- Fokale hypoechogene Muster
- Diffuse Heterogenität

Die Farb-Dopplersonographie kann bei Patienten mit Epicondylitis humeri radii am Ellenbogen eine gesteigerte Durchblutung an der Insertion am Ellenbogen nachweisen [4]. Die Zone des pathologisch gesteigerten Blutflusses wird dem Ort des Schmerzes in Zusammenhang gebracht. Im Bereich dieser Neovaskularisation zeigen die Kapillargefässe eine hohe Dichte von Schmerzrezeptoren und Schmerzmediatoren wie Substanz P und CGRP. Im Gegensatz zur Farb-Doppler-Sonographie zeichnet sich die Power-Doppler-Sonographie durch eine noch bessere Visualisierung von Gefäßen mit langsamer Blutflussgeschwindigkeit aus. Deshalb kann die Power-Doppler-Sonographie insbesondere bei der Visualisierung der Neovaskularisation entscheidende Vorteile bieten (Abb. 1, 2).

Die kombinierte Laser-Doppler und Spektrophotometrie (Oxygen-to-see, LEA Medizintechnik) erlaubt die Echtzeitmessung der Mikrozirkulation mit Bestimmung dreier Parameter der Mikrozirkulation:

- Kapillärer Blutfluss als Zufluss
- Tendinöse Sauerstoffsättigung als Metabolismus-Maß des Tenozyten
- Kapillarvenöser Abfluss als Maß der venösen Kongestion

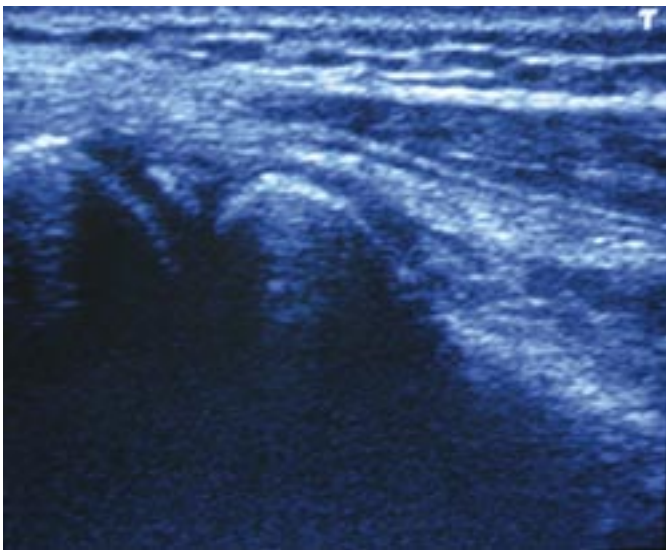


Abb. 1 Konventionelle Graustufensonographie des Ellenbogens mit Darstellung des Epikondylus (linksseitig), den inserierenden Sehnen sowie dem Radiusköpfchen (zentral).

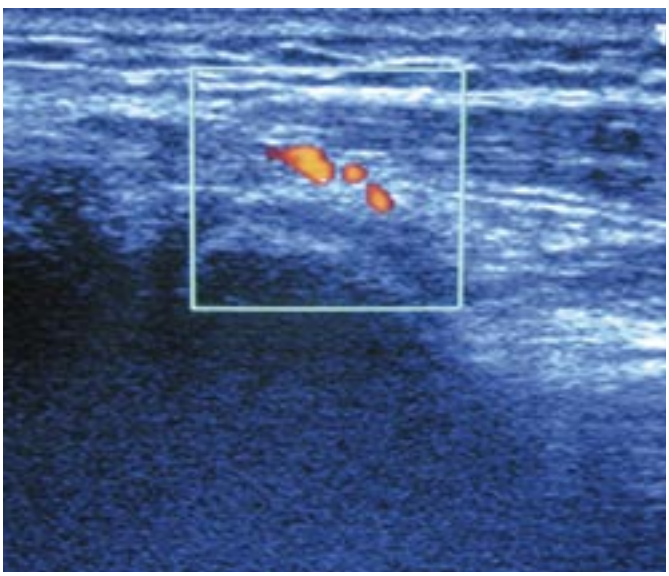


Abb. 2 Power-Doppler-Sonographie des Ellenbogens bei Epikondylitis mit Nachweis eines pathologisch gesteigerten Blutflusses in Ruhe (Neovaskularisation).

Im Bereich der Achillessehne konnten wir bei der Achilles-Tendinopathie am Ort des Schmerzes einen um bis zu 40 Prozent gesteigerten kapillären Blutfluss nachweisen [5].

Physikalische Therapie: Tägliches exzentrisches Krafttraining reduziert die Schmerzen

Bei der Achilles-Tendinopathie führt tägliches exzentrisches Krafttraining zu einer Reduktion des pathologisch gesteigerten Blutflusses am Ort des Schmerzes um 45 Prozent [6]. Ermutigt durch positive Berichte insbesondere eines exzentrischen Krafttrainings bei Sehnenerkrankungen der Achillessehne und der Patellarsehne haben wir ein exzentrisches Krafttrainingsprogramm für die obere Extremität entworfen. Dabei führt der Patient zu Hause täglich im Wechsel Pronation und Supination gegen einen Widerstand aus. Dabei hält er einen flexiblen Gummistab (z. B. Thera-Band Flex-Bar in grün) in der Armvorhebhalte und verbiegt den Gummistab in Supination und hält diese Position für zwei Sekunden. Dann wechselt er in die Pronation und hält diese Position für zwei Sekunden. Dies zählt als eine Wiederholung, wovon 15 zu absolvieren sind. Dann folgt eine Pause von zwei Minuten und die Wiederholung dieses Trainingssatzes insgesamt 3 × 15 Wiederholungen morgens und abends täglich über 12 Wochen. Wir haben dieses Trainingsprogramm bislang bei der Epicondylitis humerii radii und ulnaris, bei Handgelenkstendinopathien der Flexor carpi ulnaris Sehne [7] sowie bei der Tendovaginitis de Quervain [8] erfolgreich eingesetzt (Abb. 3, 4).

Patienten mit einer Epikondylitis zeigen eine deutliche schlechtere Propriozeption des Ellenbogengelenks [9]. Die Erkennung von Winkelgraden bei passiver Bewegung des Ellenbogens ist bei der Epikondylitis mit 1,8 vs. 1,1 Grad bei gesunden Ellenbogen signifikant verschlechtert. Basierend auf dieser Kenntnis untersuchen wir derzeit, ob ein Vibrationstraining der oberen Extremität mit einem elastischen flexiben Fitness-Stab (z.B. Flexi-Bar-Stab oder Propriomed) in einer randomisierten Studie bei Patienten mit Epikondylitis sinnvoll eingesetzt werden kann. Erste Zwischenergebnisse suggerieren eine deutliche Schmerzreduktion durch ein tägliches Vibrationstraining von rund fünf Minuten Dauer (Abb. 5–7).

Botulinumtoxin-A-Injektion beim Tennisellbogen: Bislang kein eindeutiger Effekt bewiesen

Der Einsatz von Botulinumtoxin zur Therapie des Tennisellenbogens wurde in mehreren randomisiert-kontrollierten Studien geprüft. 60 Epikondylitispatienten wurden randomisiert auf eine einmalige Gabe von 60 Einheiten Botulinumtoxin A vs. Plazebo [10]. Die Schmerzstärke reduzierte sich in der Verumgruppe von 65 ± 15 (VAS 0-100) auf 24 ± 22 in der Botoxgruppe und von 66 ± 13 auf 44 ± 24 in der Plazebogruppe. Die Griffstärke war in beiden Gruppen nicht signifikant



Abb. 3 Exzentrisches Krafttraining bei Epikondylitis mit Supination eines flexiblen Hartgummistabes (Thera-Band Flex-Bar) mit 15 Wiederholungen 6 x/d über 12 Wochen.



Abb. 4 Exzentrisches Krafttraining bei Epikondylitis mit Pronation im Wechsel mit der Supination eines flexiblen Hartgummistabes (Thera-Band Flex-Bar) mit 15 Wiederholungen 6 x/d über 12 Wochen.



Abb. 5 Vibrationstraining der oberen Extremität mit dem Propriomedsystem.



Abb. 6 Vibrationstraining zur Schulung der Propriozeption bei Epikondylitis.



Abb. 7 Propriomed-Stab zum propriozeptiven Training.

unterschiedlich. Fingerxtensionsschwäche wurde bei zehn Patienten in der Verumgruppe und von sechs Patienten in der Plazebogruppe berichtet. Eine Multizenter-Untersuchung [11] an 132 Patienten studierte den Einfluss einer einmaligen Botulinuminjektion (Botulinum® Toxin A, 0,6 ml NaCl 0,9 % mit 60 Mouse units) gegenüber der Plazeboinjektion. Nicht-ultraschallkontrolliert erfolgte in dieser Studie die Injektion drei bis vier Zentimeter distal des druckschmerzhaften lateralen Epikondylus. Mit der Physiotherapie wurde für sechs Wochen pausiert. Bis zu 150 mg/d Diclofenac wurden den Patienten zur Analgesie erlaubt. Zwei Wochen nach der Injektion war die Verumgruppe hinsichtlich der Schmerzreduktion der Plazebogruppe überlegen, jedoch war in der Verumgruppe die Extensionskraft des Mittelfingers deutlich reduziert. Dieses Phänomen verschwand nach 18 Wochen. Insofern scheint die Botulinumtoxin-A-Injektion auch bei Insertionstendinopathien möglicherweise eine Rolle zu spielen – im Unterschied zu anderen Injektionssubstanzen – ohne jedoch bislang nachhaltig die Griffstärke zu verbessern. Möglicherweise spielt jedoch die verabreichte Substanz, sei es Kortison, Polidocanol oder Botulinumtoxin A eine eher untergeordnete Rolle. Vielmehr könnte die Power-Doppler-kontrollierte Wahl des optimalen Injektionsortes der entscheidende Faktor sein, der nachfolgend ausführlicher besprochen wird und Gegenstand weiterer prospektiv randomisierter Studien sein könnte.

Power-Doppler-gesteuerte Sklerosierungstherapie kann offenbar Schmerzen reduzieren und die Griffstärke verbessern

Auf dem Boden der in der Farb-Doppler oder auch Power-Doppler-Sonographie nachgewiesen pathologischen Neovaskularisation im Bereich der Insertion erfolgte 2006 die erstmalige Beschreibung der gezielten Sklerosierung dieser Neogefässe unter Farb-Doppler-Sonographiekontrolle am Ellenbogen [12]. Dabei erfolgte in dieser Pilotstudie die Injektion von 2 ml Polidocanol bei 11 Patienten (mittleres Alter 46 Jahre) wegen seit im Mittel 23 Monaten bestehenden Tennisellenbogenschmerzen. Bei der Farb-Doppler-Sonographie zeigten alle strukturelle Sehnenveränderungen wie auch einen pathologisch gesteigerten Blutfluss an der Insertion. Die Patienten saßen mit einem 70 bis 80 Grad flektiertem

Ellenbogen mit proniertem Unterarm. Mit einer 0,7er Nadel erfolgte die gezielte Sklerosierung mit einer 2-ml-Spritze Polidocanol unter Farb-Dopplerkontrolle bis kein Blutfluss mehr nachweisbar war. Die Schmerzstärke auf der visuellen Analogskala war nach drei Monaten von 75 auf 47 signifikant reduziert. Die Griffstärke nahm von 32 auf 38 kg zu. Vier Patienten beklagten innerhalb der ersten Woche nach der Injektion starke Ellenbogenschmerzen. Weitere Nebenwirkungen wurden in dieser Pilotstudie nicht berichtet.

Ermutigt durch diese Resultate veröffentlichte die gleiche Arbeitsgruppe um Hakan Alfredson aus Umeå, Schweden im April 2008 eine randomisierte, kontrollierte Studie [13]. Dabei wurden 32 Epikondylitispatienten (27-66 Jahre alt) über insgesamt 12 Monate beobachtet. Randomisiert wurde auf die Farb-Doppler-kontrollierte Injektion von Polidocanol vs. die Farb-Doppler-kodierte Injektion von Lidocain/Suprarenin. Im Ein-Jahres-Follow-up zeigten sich in beiden Gruppe signifikant reduzierte Schmerzstärken, jedoch kein Unterschied zwischen beiden Gruppen. Die Grobkraft nahm in der Polidocanolgruppe von 37 kg auf 47 kg zu und in der Lidocain/Adrenalingruppe von 43 kg auf 48 kg. Interessanterweise zeigte diese erste vergleichende randomisierte Studie keinen Gruppenunterschied hinsichtlich der injizierten Substanz. Es scheint vielmehr die Farb-Doppler-kodierte Kontrolle des Injektionsgebietes zu sein (Zone der Neovaskularisation), die in diesem Zusammenhang von entscheidender Bedeutung ist [14].

Topische Nitroglyzerintherapie: Freigesetztes Stickoxid wirkt auf die Nitrooxidsynthasen

2003 wurde eine randomisiert-kontrollierte Studie zum Einfluss von topisch-applizierten Nitroglyzerin an 86 Patienten mit Epicondylitis humeri radii veröffentlicht [15]. Dabei erfolgte die Randomisierung in einer Verumgruppe, die 1,25 mg Pflaster Nitroglyzerin pro Tag gegenüber einer Plazebopflastergruppe über 12 Wochen. Die Patienten in der Nitroglyzeringruppe hatten nach zwei Wochen eine reduzierte Ellenbogenschmerzstärke und nach sechs und 12 Wochen eine reduzierte Schmerzempfindlichkeit am Ellenbogen.

Auch bei der Achilles-Tendinopathie zeigte die sechsmonatige tägliche topische Applikation von Nitroglyzerin eine reduzierte Schmerzstärke und verbesserte Funktionsscores auch im Drei-Jahres-Follow-up [16]. Verantwortlich für diese positiven Wirkung scheint der Einfluss des freigesetzten Stickoxids (NO) auf die Nitrooxidsynthasen (NOS) zu sein (Tabelle 1). Interessanterweise übt topisch appliziertes Nitroglyzerin keine akute Steigerung des Blutflusses an der Achillessehne in 2 und 8 mm aus. Jedoch verbessert topisches NO den venösen Abfluss der Achillessehne in mikrozirkulatorischen Untersuchungen beim Menschen [17]. Wir empfehlen derzeit 2 × 2 Hübe Nitroglyzerinspray (z.B. Coranginspray) über sechs Monate täglich auf die schmerzende Position auf Ellenbogen zu sprühen.

Stoßwellentherapie: Hilfreich, doch bislang kein Konsens was optimale Dosisform, Dosierung und Wiederholungsanzahl angeht

Die extrakorporale Stoßwellentherapie ist eine am Bewegungsapparat, insbesondere bei Sehnenerkrankungen häufig eingesetzte Therapiemodalität. Es gibt eine Reihe von zum Teil randomisiert-kontrollierten Studien zum Einsatz der Stoßwellentherapie bei Sehnenerkrankungen. So konnte in einer randomisierten-klinischen Studie bei 50 Patienten mit Patellatendinopathie die Stoßwellentherapie gegenüber der Kontrollgruppe signifikant stärker den Schmerz reduzieren und die Funktion verbessern [18]. Jedoch bleibt allen Studien gemein, dass allein die Variation der Schallform (radial oder planar), die applizierte Energiedosis und die Wiederholungsanzahl (ein bis drei Sitzungen im Wochenabstand) in den publizierten Arbeiten die Ergebnisse beeinflussen können. Insofern besteht gegenwärtig kein eindeutiger Konsens was die optimale Dosisform, Dosierung und Wiederholungsanzahl in Metaanalysen randomisiert-kontrollierter Studien anbelangt. Dennoch kann die Stoßwellentherapie auch bei der Epikondylitis mit Erfolg eingesetzt werden. So konnte die dreimalige Anwendung von Stoßwellen bei frustran mit Physiotherapie und Injektionstherapie versorgten Patienten die Schmerzstärke von 6,5 auf 2 auf der visuellen Analogskala reduzieren [19]. Wir empfehlen die begleitender planare Stoßwellentherapie mit drei Sitzungen im Wochenabstand.

Insgesamt betrachtet zeigte sich, dass Farb-Doppler und Power-Doppler-Sonographie dabei helfen, die Neovaskularisation am Ort des Schmerzes nachzuweisen. Hier sind Hybrid-Verfahren denkbar, wie etwa die Kombination der

Power-Doppler-Sonographie im Operationssaal mit der gezielten Elektrokoagulation zur gezielten minimal-invasiv durchgeführten Operation. Für die Patella-Tendinopathie ist diese Kombination im OP jüngst beschrieben worden [20]. Auch an der Achillessehne ist die minimalinvasive gezielte Elektrokoagulation zur kontrollierten Zerstörung der Neovaskularisation in einer Pilotstudie an elf Patienten beschrieben [21]. Insofern wäre auch der Einsatz der Farb-Doppler bzw. der Power-Doppler-Sonographie im OP bei der Epikondylitisoperation ohne Schwierigkeiten einsetzbar. Durch die intraoperative Visualisierung wäre – ohne Blutsperre – die gezielte, gegebenenfalls arthroskopische Denudierung der Neogefäße denkbar. Ob dieses operative Hybridverfahren indes überlegene klinische Erfolgsraten erzielen kann, muss in kontrolliert-randomisierten Studien überprüft werden.

Tabelle 1 Upregulation und Downregulation unterschiedlicher Gene von kultivierten Sehnenzellen nach Exposition mit NO [22].

Primärfunktion	Gene	Effekt auf die Genregulation
Apoptose	Immediate early response 3	Upregulation
	Jun D	Upregulation
	COP9 constitutive photomorphogenic homologue subunit 8	Upregulation
	Growth arrest-specific 2 like 1	Downregulation
Zelladhäsion	Protocadherin Alpha6	Upregulation
	Catenin	Downregulation
Extrazelluläre Matrix	Matrix Metalloproteinase 10	Downregulation
	Kollagen Typ 1	Downregulation
	Decorin	Downregulation
	Laminin B2	Downregulation
	Biglycan	Downregulation
	Kollagen Typ 3	Downregulation
	Kollagen Typ 4	Upregulation
Signaltransduktion	TNF receptor-associated factor 5	Upregulation
	Rho GTPase-activating protein 4	Upregulation
	Interleukin 18 Rezeptor 1	Upregulation
	IGF-II mRNA-binding protein 3	Upregulation

Tabelle 2 Derzeitige konservative Therapieempfehlungen bei Epicondylitis humeri radii.

Maßnahme	Hilfsmittel	Dosierung
Exzentrisches Krafttraining	Thera-Band Flex-Bar grün	6 × 15 Wiederholungen pro Tag als Wechsel von Supination und Pronation über 12 Wochen täglich
Topische Nitroglyzerintherapie	Nitroglycerinspray, z.B. Corangin N1	2 × 2 Hübe (pro Hub 0,4 mg) über 6 Monate auf die schmerzende Stelle
Farb-/Power-Doppler-gesteuerte Injektion	1 Ampulle Polidocanol 0,25 %	2 ml Polidocanol titriert unter Farb-/Power-Doppler-Kontrolle im 4-6 Wochen-Abstand mit 3-5 Injektionen
Stoßwellentherapie	Planare Stoßwellentherapie, z.B. Storz Medical AG (CH-8274 Tägerwilen)	3 Sitzungen im Wochenabstand mit 0,08 mJ/mm^3, 6 Hertz mit 5699 Joule Gesamtdosis/Sitzung

Literatur

1. Runge F (1873) Zur Genese und Behandlung des Schreibekrampfes. Berlin Klin Wochenschr 21: 245–248
2. Dorf ER, Chhabra AB, Golish SR, et al (2007) Effect of elbow position on grip strength in the evaluation of lateral epicondylitis. J Hand Surg [Am] 32: 882–886
3. Levin D, Nazarian LN, Miller TT, et al (2005) Lateral epicondylitis of the elbow: US findings. Radiology 237: 230–234
4. Zeisig E, Ohberg L, Alfredson H (2006) Extensor origin vascularity related to pain in patients with Tennis elbow. Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc 14: 659–663
5. Knobloch K, Kraemer R, Lichtenberg A, et al (2006) Achilles tendon and paratendon microcirculation in midportion and insertional tendinopathy in athletes. Am J Sports Med 34: 92–97
6. Knobloch K (2007) Eccentric training in Achilles tendinopathy: is it harmful to tendon microcirculation? Br J Sports Med 41: e2
7. Knobloch K, Spies M, Busch KH, Vogt PM (2007) Sclerosing therapy and eccentric training in flexor carpi ulnaris tendinopathy in a tennis player. Br J Sports Med 41: 920–921
8. Knobloch K, Gohritz A, Spies M, Vogt PM (2008) Neovascularisation in de Quervain's disease of the wrist: novel combined therapy using sclerosing therapy with polidocanol and eccentric training of the forearms and wrists-a pilot report. Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc 2008 [May 31, Epub ahead of print]
9. Juul-Kristensen B, Lund H, Hansen K, et al (2008) Poorer elbow proprioception in patients with lateral epicondylitis than in healthy controls: a cross-sectional study. J Shoulder Elbow Surg 17 (Suppl 1): 72S–81S
10. Wong SM, Hui AC, Tong PY, et al (2005) Treatment of lateral epicondylitis with botulinum toxin: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. Ann Intern Med 143: 793–797
11. Placzek R, Drescher W, Deuretzbacher G, et al (2007) Treatment of chronic radial epicondylitis with botulinum toxin A. A double-blind, placebo-controlled, randomized multicenter study. J Bone Joint Surg [Am] 89: 255–260
12. Zeisig E, Ohberg L, Alfredson H (2006) Sclerosing polidocanol injections in chronic painful tennis elbow-promising results in a pilot study. Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc 14: 1218–1224
13. Zeisig E, Fahlström M, Ohberg L, Alfredson H (2008) Pain relief after intratendinous injections in patients with tennis elbow: results of a randomised study. Br J Sports Med 42: 267–271
14. Knobloch K, Hoffmann N, Schiffke B, et al (2008) The injected agent with color Doppler-does it matter in tennis elbow? Br J Sports Med [Apr 4, eComment]
15. Paoloni JA, Appleyard RC, Nelson J, Murrell GA (2003) Topical nitric oxide application in the treatment of chronic extensor tendinosis at the elbow: a randomized, double-blinded, placebo-controlled clinical trial. Am J Sports Med 31: 915–920
16. Paoloni JA, Murrell GA (2007) Three-year follow-up study of topical glyceryl trinitrate treatment of chronic noninsertional Achilles tendinopathy. Foot Ankle Int 28: 1064–1068
17. Knobloch K, Osadnik R, Vogt PM (2008) Acute effects of topical nitroglycerin on Achilles tendon microcirculation. Br J Sports Med [im Druck]
18. Wang CJ, Ko JY, Chan YS, et al (2007) Extracorporeal shokkwave for chronic patellar tendinopathy. Am J Sports Med 35: 972–978
19. Decker T, Kuhne B, Göbel F (2002) Extracorporeal shockwave therapy (ESWT) in epicondylitis humeri radialis. Short-term and intermediate-term results. Orthopäde 31: 633–636
20. Willberg L, Sunding K, Forssblad M, Alfredson H (2008) Ultrasound- and Doppler-guided arthroscopic shaving to treat Jumper's knee: a technical note. Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc 15: 1400–1403.
21. Boesen MI, Torp-Pedersen S, Koenig MJ, et al (2006) Ultrasound guided electrocoagulation in patients with chronic non-insertional Achilles tendinopathy: a pilot study. Br J Sports Med 40: 761–766
22. Molloy TJ, de Bock C, Wang Y, Murrel GA (2006) Gene expression changes in SNAP-stimulated and iNOS-transfected tenocytes-expression of extracellular matrix genes and its implications for tendon-healing. J Orthop Res 24: 1869–1882

Priv.-Doz. Dr. med. Karsten Knobloch
Plastische, Hand- und Wiederherstellungschirurgie
Medizinische Hochschule Hannover
Carl-Neuberg-Straße 1, 30625 Hannover
eMail: kknobi@yahoo.com

Rotationsprogramm für Assistenten in der Weiterbildung zum Facharzt

Triuwigis Wymer

Die dringende Notwendigkeit ein gut funktionierendes Austauschprogramm für Assistenten in der Weiterbildung zum Facharzt für Plastische, Rekonstruktive und Ästhetishe Chirurgie aufzubauen, ergibt sich m. E. aus folgender Überlegung: Die in unserer Weiterbildungsordnung definierten umfangreichen Weiterbildungsinhalte, ausgehend von den vier tragenden Säulen, werden selten von einer Klinik abgedeckt. Wenn wir gut ausgebildete Fachärzte wollen, die dem Konkurrenzdruck gewachsen sind und sich erfolgreich einbringen können in die Kooperation mit anderen Fächern, so müssen wir dafür sorgen, dass diese Inhalte auch qualifiziert und umfassend vermittelt werden.

Dieser Anspruch lässt sich nur durch ein Rotationsprogramm verwirklichen. Sicherlich gibt es bereits zahlreiche bilaterale Absprachen, die auch vertraglich befriedigend geregelt sind. Wir sollten jedoch einen Schritt weitergehen und es den Assistenten ermöglichen, sich jenseits des Wohlwollens ihres Chefs und ohne aus dem Netz der sozialen Sicherung herauszufallen in anderen Kliniken auf eine Rotationsstelle zu bewerben. Die Formen des Assistentenaustausches sind in den Abbildungen 1–3 dargestellt.



Abb. 1 Klinik A und B tauschen einen Assistenten aus. Dies ist die Grundkonstellation, auf die sich auch Mehrfachrotationen zurückführen lassen. Juristisch handelt es sich hier um die „gegenseitige Überlassung von Personal unter Beibehaltung der bestehenden Dienstverhältnisse". Die Assistenten bleiben in ihrer „Mutterklinik" angestellt. Etwaige Differenzen in der Bereitschaftsdienstvergütung werden zwischen den Kliniken ausgeglichen.

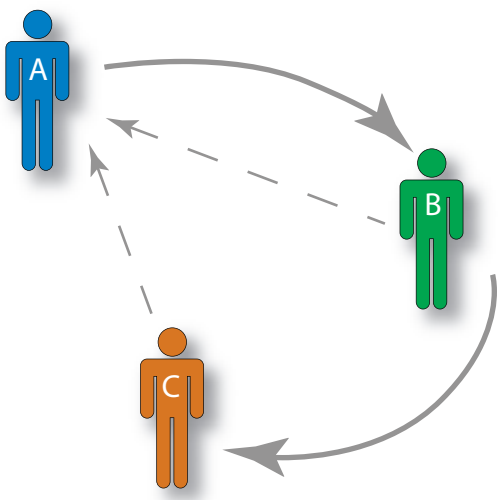


Abb. 2 Voraussetzung für eine Fortsetzung der Rotation des Assistenten von Klinik B nach Klinik C ist wiederum ein Assistententausch zwischen Mutterklinik A und Klinik C. Es wird ein neues bilaterales Abkommen über einen Assistentenaustausch zwischen A und C geschlossen.

Für die weitere Strukturierung schlage ich folgendes Prozedere vor:

■ **Die an einem Rotationsprogramm interessierten Kliniken schließen sich zu einer Arbeitsgemeinschaft (ARGE) zusammen.**

Es handelt sich dabei um eine Gesellschaft bürgerlichen Rechts mit dem definierten Zweck: Förderung des Assistentenaustausches im Gebiet plastische, rekonstruktive und ästhetische Chirurgie. Sie formulieren dieses Ziel schriftlich als gemeinsam und verbindlich. Es erscheint sinnvoll die Arbeitsgemeinschaft mit einem kleinen Budget auszustatten. Bei geschickter Gestaltung und Anerkennung der Gemeinnützigkeit würden den beteiligten Häusern auch steuerliche Vorteile entstehen.

■ **Die Abteilungen erklären sich bereit, eine Rotationsstelle einzurichten, auf die sich externe Assistenten bewerben können.**

■ **Die Rotationszeit beträgt ein halbes Jahr.**

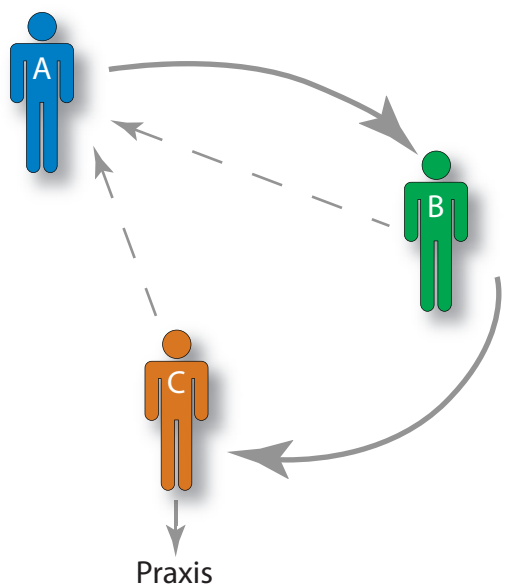


Abb. 3 Der Assistent kehrt nach dem Wechsel in die Klinik C nicht in die Mutterklinik zurück, sondern lässt sich als Facharzt nieder. In diesem Falle wird das Beschäftigungsverhältnis mit A gelöst.

	Rotation [Jahre]
Weiterbildung im Gebiet	3
Fakultatives Jahr	1
Chirurgische Basisausbildung	2

Abb. 4 Common Trunk

■ **Rotationsberechtigt sind Assistenten im sechsten Weiterbildungsjahr, unter der Voraussetzung, dass die Abteilung im Austausch adäquaten Ersatz erhält** (siehe Abb. 4).

■ **Im Internet wird ein Rotationsführer veröffentlicht, der die beteiligten Abteilungen mit ihrem Leistungsspektrum darstellt.**

Den Bedenkenträgern möchte ich zwei positive Aspekte entgegenhalten: Durch die Festlegung auf das dritte Weiterbildungsjahr im Gebiet und das Prinzip der Gleichzeitigkeit (do ut des) ist gewährleistet, dass man zwar einen erfahrenen Assistenten abgibt, aber dafür auch einen Assistenten mit entsprechender Qualifikation bekommt, der nach kürzerer Einarbeitungszeit sicherlich in der Lage ist, die Klinik mit zu tragen. Im Übrigen findet hier eine durchaus wünschenswerte gegenseitige Befruchtung statt, da mit den Assistenten Operationstechniken, klinische Erfahrungen und wissenschaftliche Erkenntnisse transportiert werden.

Wir bitten interessierte Kliniken sich zunächst bei Frau van Ark in der Geschäftsstelle zu melden – eMail: info@dgpraec.de

Zu einem späteren Zeitpunkt, wenn wir uns hinsichtlich der Modalitäten geeinigt haben, könnte der Rotationsführer an die eMail-Adresse der assoziierten Mitglieder (Vertreter z. Zt. Dr. med. Adrien Daigeler, Bochum) gekoppelt werden, da auf diese Weise die richtige Zielgruppe erreicht wird. Ich werde auf der Mitgliederversammlung im Herbst über den neuesten Stand berichten.

Dr. med. Triuwigis Wymer
Abteilung für Plastische Chirurgie – Handchirurgie
Katharinen-Hospital gGmbH
Obere Husemannstraße 2, 59423 Unna
eMail: hchir@katharinen-hospital.de
www.katharinen-hospital.de

Abrechnungsprobleme bei der Mamma-Reduktionsplastik

Tilman Clausen

Bekanntermaßen sind ärztliche Leistungen aus dem Fachbereich der plastischen Chirurgie im Gebührenverzeichnis der Gebührenordnung für Ärzte nur unzureichend abgebildet. Dies gilt auch für die Reduktionsplastik der Mamma mit der Ziffer 2414 GOÄ, die mit 2800 Punkten bewertet ist. In einem Urteil vom 11. April 2008, hat vor kurzem das Amtsgericht Hannover mit zutreffender Begründung die Auffassung vertreten, dass Leistungsinhalt der Ziffer 2414 GOÄ allein die Gewebsreduktion im Zusammenhang mit der Reduktionsplastik ist (Az.: 459 C 9627/06). Weitere ärztliche Leistungen sind daneben grundsätzlich separat berechenbar. Das Urteil ist rechtskräftig.

Die Klägerin, eine plastische Chirurgin, hatte zusätzlich zur Reduktion des Brustvolumens operative Leistungen zur Erhaltung der Funktionsfähigkeit der Mamille, zur Bildung verstärkender Lappen beidseits jeder Brustdrüse sowie links eine Fettabsaugung vorgenommen. Hierfür hatte Sie die Ziffern zweimal A 2392 GOÄ, zweimal A 2394 GOÄ, viermal 2082 GOÄ und die Ziffer 2454 GOÄ neben der Ziffer 2414 GOÄ berechnet. Die private Krankenversicherung der Patientin hatte jedoch lediglich die Ziffer 2414 GOÄ erstattet und die Auffassung vertreten, dass der Leistungsinhalt der Mamma-Reduktionsplastik dort abschließend beschrieben sei.

Zur Gewebereduktion können weitere separat anrechenbare Operationsschritte hinzukommen

Das Amtsgericht Hannover ist nach der Beweisaufnahme dagegen zu dem Ergebnis gekommen, dass die Ziffer 2414 GOÄ allein die Gewebereduktion beschreibe. Darunter sei die Entfernung des überschüssigen Brustgewebes zu verstehen – zu der, abhängig von Alter, Gewicht und Brustgröße der Patientin, weitere Operationsschritte hinzukommen können, die weder methodisch notwendige operative Einzelschritte der Gewebsreduktion noch einen Bestandteil oder eine besondere Ausführung dieser operativen Leistung darstellen. Die Klägerin habe Leistungen zur Erhaltung der Funktionsfähigkeit der Brustwarze erbracht und abgerechnet, die je nach Alter der Patientin und medizinischer Indikation der Operation erforderlich werden können. Deshalb sind sie weder Bestandteil noch eine besondere Ausführung der Gewebeentfernung und für diese methodisch nicht notwendig. Hierfür konnte die Klägerin die Analogziffern 2392 und 2394 je zweimal berechnen. Gleiches gelte für die zusätzliche Gewebereduktion im Bereich der linksseitigen Brustwand zur Erhaltung der Symmetrie des Ergebnisses der Brustverkleinerung. Hierfür sei zu Recht die Ziffer 2454 GOÄ neben der Ziffer 2414 GOÄ angesetzt worden.

Abgewiesen wurde die Klage hinsichtlich der Ziffer 2382 GOÄ, die die Klägerin insgesamt viermal angesetzt hatte, da dies nach Auffassung des Sachverständigen im Operationsbericht nicht genügend dokumentiert gewesen sei. Das Amtsgericht hat sich somit nicht prinzipiell gegen die separate Berechenbarkeit dieser Gebührenziffer ausgesprochen, sondern lediglich die nicht hinreichende Dokumentation bemängelt.

Sollen Präzedenzfälle geschaffen werden, ist die sorgfältige Dokumentation im OP-Bericht von entscheidender Bedeutung

Grundsätzlich lassen sich aus der Entscheidung des Amtsgerichts Hannover auch allgemeine Rückschlüsse für Abrechnungsprobleme im Bereich der plastischen Chirurgie ziehen:

▶ Sofern private Krankenversicherungen die Erstattung von Leistungen der plastischen Chirurgie mit der Begründung verweigern, dass diese wie bei der Ziffer 2414 GOÄ bereits abschließend im Gebührenverzeichnis geregelt sind, muss der plastische Chirurg gegebenenfalls mit anwaltlicher Hilfe versuchen, dem zuständigen Gericht zu verdeutlichen, welcher Leistungsinhalt im Einzelnen im Gebührenverzeichnis zur GOÄ geregelt ist und inwieweit die von ihm erbrachten ärztlichen Leistungen darüber hinausgehen und in den Gebührenziffern, die die private Krankenversicherung erstatten will, nicht abgebildet sind.

▶ Sofern im einem Gerichtsverfahren Präzedenzfälle geschaffen werden sollen, um erweiterte Abrechnungsmöglichkeiten für plastische Chirurgen wie beispielsweise bei der Reduktionsplastik der Mamma durchzusetzen, kommt der sorgfältigen Dokumentation im Operationsbericht eine entscheidende Bedeutung zu. Nur solche ärztlichen Leistungen, die im OP-Bericht des Arztes ausführlich beschrieben und dokumentiert sind, lassen sich in einem anschließenden Gerichtsverfahren auch tatsächlich durchsetzen. ■

RA Dr. Tilman Clausen
Schroeder – Printzen, Kaufmann & Kollegen
Plathnerstraße 3a, 30175 Hannover
eMail: clausen@spkt.de

GOÄ: Die Dupuytrensche Kontraktur

Günter Germann

Es gibt wohl kaum eine Leistung aus dem Bereich der Handchirurgie über die mit den privaten Versicherungsgesellschaften so erbittert gestritten wird wie die Operation der Dupuytrenschen Kontraktur. Dies liegt sicher zum Einen an der klinischen Häufigkeit der Dupuytrenschen Kontraktur, zum Anderen auch an den unübersichtlichen Definitionen der Leistungslegenden in der GOÄ. So ist beispielsweise das Rezidiv einer Dupuytrenschen Kontraktur nirgends abgebildet, wogegen etwa Revisionsoperationen an Knie- oder Hüftgelenken eigene Leistungslegenden aufweisen. Es ist immer wieder erstaunlich wie sich beratende Ärzte der privaten Versicherungsgesellschaften zu der gebührenrechtlichen Problematik der Dupuytrenschen Konktraktur äußern, wobei vielfach kein ausreichendes Maß an handchirurgischer Kompetenz erkennbar wird. Häufig werden dabei auch anatomische Grundlagen verwechselt. Zu den beliebtesten Missverständnissen gehört hier die Annahme, dass an den Langfingern eine Palmaraponeurose besteht.

Die Ziffer 2087 kann durchaus zweimal berechnet werden kann

Im Folgenden sollen einige grundlegende Prinzipien der Abrechnung dargelegt werden, die auch durch die Empfehlung der Gebührenkommission der Deutschen Gesellschaft für Handchirurgie gestützt sind. Grundsätzlich kann die Abrechnung der Operation einer Dupuytrenschen Kontraktur mit drei Ziffern erfolgen (2087, 2088, 2089):

- **Ziffer 2087** kann dann eingesetzt werden, wenn die Hohlhandaponeurose nicht vollständig entfernt wird, was bei den moderneren Operationsverfahren auch nicht mehr gefordert wird. Darüber hinaus kommt sie zur Anrechnung, wenn isolierte Fingerstrahlen betroffen sind oder wenn beim Rezidiv Teile der Palmaraponeurose durch die Erstoperation entfernt wurden.
- **Ziffer 2088** umschreibt eine vollständige Entfernung der Palmaraponeurose.

▶ **Ziffer 2089** beinhaltet die Operation der Dupuytrenschen Kontraktur mit vollständiger Entfernung der Palmaraponeurose und mit Strangresektion an einzelnen Fingern einschließlich Z- und Zickzack-Plastiken.

Man darf davon ausgehen, dass die Ziffer 2087 durchaus zweimal berechnet werden kann, wenn isoliert ein Finger und zum Beispiel zusätzlich der Daumen betroffen ist. Auch nebeneinander liegende Finger können nach Meinung einschlägiger Gerichtsurteile unabhängig voneinander mit der Ziffer 2087 berechnet werden, wenn keine vollständige Entfernung der Palmaraponeurose erfolgt. Die immer wieder seitens der PVK geäußerte Meinung, dass eine Mehrfachberechnung der Ziffer 2087 nicht möglich ist, wird durch die Systematik der GOÄ nicht unterstützt. Auch das Argument, dass durch die zweimalige Berechnung der Ziffer 2087 ein höherer Wert als durch die Ziffer 2089 erreicht wird ist nicht zielführend, da der Aufwand der Operation an isolierten Fingern selbstverständlich deutlich höher ist als bei der Ziffer 2089. Da auch keine vollständige Palmaraponeurosen-Entfernung erfolgt, steht der Ansatz der Ziffer 2089 nicht zur Debatte.

Ein ausführlicher und im Detail nachvollziehbarer OP-Bericht ist enorm wichtig

Neben diesen spezifischen Ziffern stehen grundsätzlich weitere Leistungsziffern aus dem GOÄ-Katalog zur Abrechnung zur Verfügung, wenn eigenständige Leistungen durchgeführt werden. Hier wird in der Rechtsprechung unterschieden zwischen methodisch notwendigen und medizinisch notwendigen Maßnahmen: Darunter ist zu verstehen, dass ein Operationsschritt, der immer oder in fast allen Fällen durchgeführt wird, offensichtlich methodisch notwendig ist und damit zur Leistungslegende einer bestimmten Ziffer gehört. Wird dieser Schritt allerdings nicht regelmäßig durchgeführt, sondern besteht eine eigenständige Indikation für diesen operativen Schritt, so ergibt er sich aus einer medizinischen Notwendigkeit und fällt damit nicht in die Leistungslegende. Das klassische Beispiel dafür ist die Arthrolyse, die indiziert sein kann bei höhergradigen Kontrakturen und vor allem beim Rezidiv. Eine Arthrolyse gehört sicher nicht regelmäßig zum methodisch notwendigen Operationsverlauf, muss also bei entsprechend notwendiger medizinischer Notwendigkeit durchgeführt werden und ist damit gesondert abrechenbar.

Die Ziffern 2381, 2382 und 2383 für Hautlappenplastiken, Spalthauttransplantationen oder Vollhauttransplantationen sind grundsätzlich neben den Ziffern 2087 bis 2089 abrechnungsfähig, sofern der Leistungsinhalt erfüllt ist und dies im OP-Bericht entsprechend ausführlich dokumentiert ist.

Die 2381 ist allerdings neben der Ziffer 2089 nicht anzusetzen, da sie in der Leistungslegende eingeschlossen ist. Daher darf man im Umkehrschluss zugrunde legen, dass sie in den Ziffern 2087 und 2088 nicht enthalten ist. Somit wäre selbstverständlich eine Vollhauttransplantation oder eine Z-Plastik neben der Ziffer 2087 ansetzbar. Diese sind ebenfalls mehrmals anrechenbar, da der Gesetzgeber in der Leistungsbeschreibung dieser Ziffern jeweils von einer Leistung ausgeht. Hier wird in keinem Fall der Plural verwendet.

Ein weiterer wichtiger Punkt ist die Ziffer 2583 (Neurolyse). Diese wird von den Versicherungsgesellschaften in der Regel angezweifelt und darauf verwiesen, dass diese zum Leistungsumfang bei der Operation der Dupuytrenschen Kontraktur gehört. Hierzu ist zu sagen, dass für die Ziffer 2583 eine eigenständige Indikation vorliegen muss. Dies ist beispielsweise bei fortgeschrittenen Kontrakturen oder Rezidiven der Fall, wenn der Nerv oder das Nerven-Gefäßbündel aus dem kranken Gewebe mikrochirurgisch herauspräpariert werden muss. Daneben kann dies auch der Fall sein, wenn die Fingernerven bei geringeren Kontrakturstadien Zeichen der Kompression oder der chronischen inflammatorischen Reizung zeigen. Diese Umstände müssen aber im OP-Bericht ausführlich und exakt dokumentiert sein, um so den medizinisch notwendigen Charakter der Maßnahme zu unterstreichen. Auf die Bedeutung eines ausführlichen und im Detail nachvollziehbaren OP-Berichts kann nur immer wieder verwiesen werden, da er die Grundlage der Liquidation sowie der Beweisfähigkeit bei juristischen Auseinandersetzungen ist. ■

Wer bietet Was?

Brustimplantate
Adoderm
Mentor
Pharm-Allergan
Polytech-Silimed
Rofil Medro

Dokumentation
Karl Storz
TapMed

Endoskopie
Karl Storz

Expander
Mentor
Pharm-Allergan
Polytech-Silimed
Rofil Medro
TapMed

ADODERM

ADODERM
Elisabeth-Selbert-Straße 5, D-40764 Langenfeld
Telefon: +49 (0) 2173 / 101 91 80, Telefax: +49 (0) 2173 / 101 91 82
E-Mail: info@adoderm.com ▫ www.adoderm.com

Filler:

Varioderm, Varioderm FineLine, Varioderm Plus, Varioderm Subdermal
Pure, quervernetzte Hyaluronsäure für vielseitige Indikationen in der Dermis und Subcutis mit lang anhaltenden Ergebnissen

Anti Aging und Mesotherapie

Novatox Natural Lift
Topisches Anti-Aging Präparat für Gesichsthaut-Revitalisation/Mimik-Falten

MPS – Micro-Poration-System
Elektroporationsgerät für eine effektive no-needle – Mesotherapie mit wirksamen Substanzmixturen für Gesicht und Körper

Novaform
Anti-Cellulite-System: innovatives und hochkonzentriertes Mittel gegen Cellulite

Vivier-Products
Intra Dermal System mit Vitamin C – Serum und Cremes zur Hautpflege

Wundversorgung/Narbenbehandlung:
www.novamedical.com

NatraGel
Raumtemperatur haltbare Hydrogelforms für Kühlung im Gesicht nach Applikation von Fillern / Botox

Suture Strip Plus
Elastische Wundverschlußstreifen

Mediskin
Tiefgefrorene, sterile Schweinehaut für die Brandverletztentherapie

Brennen
Skin Graft Mesher

Novagel
Silikongel – Platte für Narben- und Keloidtherapie

Degania Silicone
Geschlossenes Silikon – Wunddrainagensystem

Kompressionsbandagen:

Voe
Kompressionsbandagen nach Liposuktion, Brustaugmentation, Abdominalplastik und Facelift

ALLERGAN®

Pharm-Allergan GmbH
Pforzheimer Straße 160, D-76275 Ettlingen
Telefon: 07243/501-0, Telefax: 07243/501-100
E-Mail: CSGermany@allergan.com ▫ www.allergan.de

Allergan ist ein weltweit tätiges pharmazeutisches Unternehmen, das auf den Gebieten Ophthalmologie, Neurologie und in der ästhetischen Medizin tätig ist. In der ästhetischen Medizin sichern innovative Produkte in den Bereichen Breast (Brustimplantate), Facial Aesthetics (Botulinumtoxin Typ A, Dermalfiller) und Health (Magenbänder und -ballone) eine führende Stellung im Markt.

Wir bieten hochwertige Implantate zur Brustaugmentation und -rekonstruktion, ein umfassendes Produktprogramm zur Faltentherapie und hochqualitative Produkte zur langfristig wirkenden Behandlung von Übergewicht.

Unsere Produkte:

Breast

- Style 410 & Style 510 - Anatomische Silikongel Brustimplantate
- INSPIRA™ & Style 110 - Runde Silikongel Brustimplantate
- Style 133 - Gewebeexpander für die zweizeitige Brustrekonstruktion
- Style 150 - Permanentexpander für die einzeitige Brustrekonstruktion

Facial Aesthetics

- VISTABEL® - Botulinumtoxin Typ A
- Dermalfiller auf Hyaluronsäure-Basis:
  - Juvéderm® ULTRA 2, 3, 4 - die erste Hyaluronsäure-Filler Serie mit 0,3 % Lidocain
  - HYDRA FILL® SOFTLINE™, HYDRA FILL® SOFTLINE™ MAX
  - SURGIDERM® 18, SURGIDERM® 24 XP, SURGIDERM® 30, SURGIDERM® 30 XP, SURGILIPS®, SURGILIFT® PLUS
  - VOLUMA®
- Dermalfiller auf Kollagen-Basis:
  - ZYDERM® 1, 2
  - ZYPLAST®

Health

- BIB™ - Intragastrischer Magenballon
- Lap-Band™ System - Verstellbares Laparoskopisches Magenband-System
- Lap-Band™ AP System - Advanced Platform (360-Grad-OmniForm™ Technologie)

Baxter

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

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

- **Adept®**, eine 4%-ige Icodextrinlösung, wird nach dem Hydroflotationsprinzip in großen Volumina in den Bauchraum instilliert, um Adhäsionen zu vermeiden.
- **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.
- **Traumastem** ist eine blutstillende resorbierbare, oxidierte Cellulose aus reiner Baumwolle, die eine stabile Struktur hat und auch als Nahtwiderlager dienen kann.
- Der synthetische Versiegeler **Coseal®** bildet ein Hydrogel aus Polyethylenglykol und dient der Abdichtung von Gefäßanastomosen sowie zur Adhäsionsprävention in der Kinderherzchirurgie.
- **TissuDura®** ist eine kollagene Biomatrix zur Duraregeneration, die Dura nicht einfach nur ersetzt, sondern zu lebender Neodura regeneriert.
- Daneben hat Baxter BioSurgery eine Familie von hämostyptisch wirksamen Kollagenprodukten (**TissuFleece**, **TissuFoil** und **TissuCone**) im Portfolio.

Wer bietet Was?

Faltenbehandlung
Adoderm
ColBar LifeScience
Mentor
Merz
Pharm-Allergan
Polytech-Silimed
Q-Med
Rofil Medro
S&V Technologies
Teoxane

Liposuktion/ Fettabsaugung
medi
MediEquip
Mentor
Polytech-Silimed
TapMed
Rofil Medro

Fibrinkleber
Baxter

Filler
Adoderm
ColBar LifeScience
Mentor
Merz
Pharm-Allergan
Polytech-Silimed
Q-Med
Rofil Medro
S&V Technologies
Teoxane

EVOLENCE®

ColBar LifeScience
Johnson & Johnson GmbH
Kaiserswerther Straße 270, 40474 Düsseldorf
Telefon: 0800 187 30 24 (kostenlos aus dem dt. Festnetz), Telefax: 0800 182 11 77
E-Mail: aossenka@cscde.jnj.com □ www.evolence.com

EVOLENCE® – der natürliche Kollagenfiller mit Langzeitwirkung

EVOLENCE® wurde von ColBar LifeScience Ltd. entwickelt, einem Biotechnologieunternehmen, das sich auf ästhetische Medizin und dentale Implantologie spezialisiert hat. Seit 2006 ist ColBar LifeScience eine 100%-ige Tochter der Unternehmensgruppe Johnson & Johnson, dem weltweit größten Unternehmen im Bereich Health Care.

Die Produktreihe EVOLENCE® basiert auf Kollagen, das über eine Anwendungszeit von mittlerweile zwei Jahrzehnten ein ausgezeichnetes Sicherheitsprofil als injizierbare Schönheitsbehandlung nachweisen kann. Durch die von ColBar speziell entwickelte Technologie, die die Eigenschaften des hauteigenen Kollagens nachahmen kann, spendet EVOLENCE® der Haut Form, Halt, Elastizität und Widerstandsfähigkeit mit einem langanhaltenden Effekt.

EVOLENCE® ist das zweite Produkt von ColBar, das mit Hilfe der patentierten Glymatrix-Technologie entwickelt wurde. Das erste Produkt, OSSIX®, hat sich seit mehreren Jahren in der Zahnheilkunde bewährt.

EVOLENCE® wird dort in die Haut eingesetzt wird, wo Kollagen verloren gegangen ist und hilft, das Erscheinungsbild der alternden Haut zu kontrollieren, indem es Kollagen und seine Eigenschaften wiederherstellt, die wichtig für eine vitale Haut sind.

Die Produktreihe EVOLENCE® wird bei der Korrektur von Weichteilkonturdefiziten und/oder -Augmentation angewandt. EVOLENCE® wird für die Korrektur mittlerer bis tiefer Nasolabialfalten, Konturunebenheiten oder Gewebedefekten indiziert. Das etwas feiner texturierte EVOLENCE® BREEZE™ ist ideal für die Korrektur von feinen Linien bis mittleren Falten sowie für die Lippenkonturierung und Augmentation.

Die Besonderheit von EVOLENCE® liegt in der von ColBar LifeScience patentierten Glymatrix™ Technologie. Sie imitiert den natürlichen Vorgang der Quervernetzung von Kollagen, indem es den Glykosilierungsprozess nachahmt. Kollageneinheiten werden dicht mit einem natürlichen Zucker gebündelt, der als Quervernetzer fungiert. Dieser hohe Grad an Quervernetzung und Struktur im EVOLENCE® Kollagen wird durch die Glykosilierung mit natürlichem Zucker ermöglicht.

Das Glymatrix™ Verfahren wurde entwickelt, um die Haltbarkeit des Kollagens in der Haut zu verlängern und natürliche Inhaltsstoffe zu verwenden, wobei die Qualitätskontrolle ebenfalls auf natürliche Weise erfolgen muss und ein Ergebnis ein vollkommen natürliches Aussehen herbeiführen soll.

Das Ergebnis einer EVOLENCE® Behandlung ist sofort sichtbar, erfordert wenig oder gar keine Nachbehandlung und wirkt bis zu 12 Monate.

LUMENIS
Enhancing Life. Advancing Technology.

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

medi

ich fühl mich besser.

medi GmbH & Co. KG
Medicusstraße 1, D-95448 Bayreuth
Telefon: 0921/912 222, Telefax: 0921/912 514
E-Mail: info@lipomed.de □ www.lipomed.de; www.medi.de

medi ist ein weltweit führender Hersteller und Vertreiber medizinischer Hilfsmittel. Zu unseren Produkten gehören medizinische Kompressionsstrümpfe zur Behandlung von Venenleiden sowie Lip- und Lymphödemen, Bandagen und Orthesen für die konservative und postoperative Behandlung in der Orthopädie, medizinische Thromboseprophylaxestrümpfe und Strumpfverbände für die Kompressionsversorgung vor und nach Operationen.

lipomed®– Kompressionsbekleidung für die plastisch-ästhetische Chirurgie
vereint unser Know-how zu medizinischer Kompression bei gleichzeitig optimaler Funktionalität. Praktische Ausstattungsmerkmale und einfaches Handling erfüllen alle Anforderungen, die Arzt und Patient an moderne Kompressionsbekleidung stellen:
- hochelastisches, atmungsaktives Material nach ÖkoTex Standard 100
- spezielle Druckverstärkungen für bessere Formgebung
- Konfektion oder individuelle Maßanfertigung für optimale Passform

Produktübersicht
- lipomed® blackline und lipomed® skinline für Liposuktionen im Bauch- und Beinbereich
- lipomed® shirt woman und lipomed® shirt man nach Fettabsaugungen im Bereich des Oberkörpers
- lipomed® bra und lipomed® belt bei Brustaugmentation oder Brustreduktion
- lipomed® face für Liposuktionen im Kinnbereich

Wer bietet Was?

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

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

Puragen™ Dermal Filler

Merz Pharmaceuticals GmbH
Eckenheimer Landstraße 100, 60318 Frankfurt
Telefon: 069/1503-0, Telefax: 069/1503-830
www.Merz.de

Merz Pharmaceuticals ist ein innovatives Unternehmen mit dem Schwerpunkt in der Erforschung und Vermarktung von Arzneimitteln zur Behandlung von neurologischen und psychiatrischen Erkrankungen. Ein weiteres Kompetenzfeld ist die Ästhetische Dermatologie. Hier zielen die Produkte auf die Faltenbehandlung, Behandlung von Narben und Haarausfall.

Belotero® Basic und Belotero® Soft
Belotero ist der erste monophasische Hyaluronsäurefiller (kohäsives Gel), der auf Basis der innovativen CPM®-Technologie hergestellt wird. Nach Gewinnung und Reinigung wird die aus Streptokokkenkulturen hergestellte Hyaluronsäure mit dem Vernetzer BDDE in zwei nacheinander durchgeführten Reaktionen quervernetzt. Dadurch entsteht ein zusammenhängendes monophasisches Gel mit Zonen geringerer und höherer Viskosität. Belotero® lässt sich gleichmäßig und zugleich wenig schmerzhaft implantieren. Die unterschiedlichen Viskositäten innerhalb des Gels ermöglichen eine hervorragende Verteilung und Augmentation sowohl mitteltiefer und tiefer Falten als auch unmittelbar benachbarter kleinerer Gewebedefekte (Belotero® Basic) und feinerer Fältchen (Belotero® Soft). Belotero® ist ebenfalls hervorragend zur Lippenaugmentation geeignet. Sichtbar wird dies an überzeugenden langanhaltenden und natürlichen kosmetischen Ergebnissen.
→ **www.Belotero.de**

Hyal-System®
Hyal-System® enthält unvernetzte Hyaluronsäure mit einem Molekulargewicht von 1 Mio. Da, wie sie auch in der Haut natürlicherweise vorkommt. Hyal-System® rehydratisiert die Dermis und baut die extrazelluläre Matrix bei regelmäßiger Anwendung wieder auf. Sie optimiert im infiltrierten Gewebe die physiologischen Bedingungen und löst unter anderem bioaktive Prozesse aus, bei denen Fibroblasten aktiviert und die Synthese neuen Kollagens, Elastins und endogener Hyaluronsäure induziert wird.
Mit dieser Behandlung wird der Hautturgor und die Elastizität verbessert und so nachhaltig die gesamte Hautstruktur. → **www.Hyal-System.de**

Narbenbehandlung: **Contractubex®** → **www.Contractubex.de**

Haarausfall: **Pantovigar® N, Pantostin®** → **www.haar-ausfall.com**

Polytech Silimed Europe GmbH
Altheimer Strasse 32, D-64807 Dieburg
Telefon: 06071/98630, Telefax: 06071/986330
E-Mail: Kundenservice@PolytechSilimed.de; www.PolytechSilimed.de

Qualitätsprodukte – größte Auswahl – umfassender Service

Mammaimplantate
- Oberflächenvielfalt – glatt, texturiert, MikroPolyurethanSchaum Beschichtung
- Formenvielfalt – rund, quer-oval, längs-oval
- Projektionsvielfalt – flach, moderat, hoch, extra hoch

Silikonimplantate Körperkontur
- Gesicht
- Gluteus
- Sonderanfertigungen zur Defektdeckung (z.B. Trichterbrust oder Poland Syndrom)
- Wade
- Pectoralis

Hautexpander
- Expander zur Rekonstruktion der Brust
- Gewebeexpander

Gewebefüller
- Easy-agarose LD, Easy-agarose HD, Easy-agarose VL
- Aquamid & Aquamid Reconstruction

Erstes Arzt-Patienten-Programm
- Implants of Excellence (wir informieren Sie gerne)

ReCell zur Behandlung epidermaler und dermaler Defekte inklusive Verbrennungen und Vitiligo. Geräte und Instrumente für die Lipoaspiration, Pigmentation und Dermabrasion, sowie Kompressionsbustiers und Produkte für die Narbentherapie komplettieren die Produktpalette für die plastische Chirurgie.

Implants made by POLYTECH – Quality made in Germany

Gesichtsimplantate
Mentor
Polytech-Silimed
TapMed

Hämostyptika
Baxter

Haarausfall
Merz
Polytech Silimed

Handchirurgie
Karl Storz
TapMed
Carl Zeiss

Haut-/Wundkleber
Baxter

Kompressionswäsche
Adoderm
medi
MediEquip
Mentor
Polytech-Silimed
Rofil Medro

Wer bietet Was?

Laser
Lumenis

Lichtquellen
Karl Storz

Mammaimplantate
Adoderm
Mentor
Pharm-Allergan
Polytech-Silimed
Rofil Medro

Medizinische Kosmetikprodukte
Adoderm
Rofil Medro

Mesotherapie
Adoderm
Rofil Medro

Mikrochirurgie
Carl Zeiss

Narbentherapie
Adoderm
Dr. Suwelack
MediEquip
Merz
Polytech-Silimed
Rofil Medro
TapMed

Q-MED

Q-Med GmbH
Berliner Ring 89, D-64625 Bensheim
Telefon: 06251/77079-13 (Restylane) – 77079-20 (Macrolane)
E-Mail: info.germany@q-med.com
www.restylane.de www.macrolane.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 und die einzige am Markt erhältliche Hyaluronsäure, die nicht cross-linked ist. Dies ist der Grund für die hervorragende Biokompatibilität und längere therapeutische Wirkung der Restylane Produkte.

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 mittleren bis tiefen Falten eingesetzt.
- **Restylane Perlane** – gibt viel Volumen durch die größeren Gel-Partikel; glättet tiefere Falten und modelliert die Gesichtskonturen.
- **Restylane SubQ** – Speziell zum Modellieren der Gesichtskonturen, insbesondere der Kinn- und Wangenpartie, besteht aus den größten Gelpartikeln.
- **Restylane Vital** – Zur Hautverjüngung für ein jugendlich frisches Aussehen.
- **Restylane Lipp** – Das jüngste Restylane Produkt. Speziell entwickelt für Lippenaufbau und -konturierung – immer in Harmonie mit den natürlichen Gesichtszügen.

Macrolane™ - das erste Hyaluronsäureprodukt zur Wiederherstellung von Volumen und zur Konturierung von Körperoberflächen – basiert wie auch Restylane auf der patentierten NASHA™-Technologie. Mit Macrolane können erstmals die Gesäßrundungen geformt, den Waden neue Konturen verliehen oder die Brust augmentiert werden – mit nur einem minimal-invasiven Eingriff unter Lokalanästhesie. Macrolane kann Unebenheiten in Hautoberflächen oder eingesunkene Narben ausgleichen, wie sie beispielsweise nach einer Liposuktion oder Operation auftreten können. Die Injektion von Macrolane bietet klare Vorteile: keine Vollnarkose, keine langen Ausfallzeiten, keine Narben. Macrolane wird in zwei Formulierungen angeboten:
VRF 30 – normale Hebekapazität im Gewebe zur Generierung von Volumen
VRF 20 – etwas geringere Hebekapazität zur Kombination mit VRF30 oder zur kleinflächigen Konturierung

ROFIL MEDRO Medizinische Produkte

ROFIL MEDRO GmbH – Medizinische Produkte
Waagenstraße 32, D-40229 Düsseldorf
Telefon: 0211/22 18 66, Telefax: 0211/22 18 67
E-Mail: info@rofilmedro.de; www.rofilmedro.de

Alles Gute aus einer Hand– *Wir bieten*

- **Implantate** – rund und tropfenförming sowie Expander für die Mammachirurgie.
- **Naturformimplantate** – asymmetrisch anatomisch geformt mit einer konkarven Rückseite zur besseren Anpassung an die Thoraxwand
- **Injizierbare Implantate zur Faltentherapie:**
  - **Rofilan forte** – biophysikalisch doppelt quervernetzte Hyalronsäure von höchster Reinheit und höchstem Molekulargewicht für maximale Sicherheit und lange Gewebeverweildauer
  - **Reviderm forte** – basiert auf der Basis von biophysikalisch doppelt quervernetzter Hyaluronsäure und extrem kleinen (40–60 Mikron), kugelrunden, elektrostatisch geladenen Sephadex (Dextran)-Mikrosphären, welche die Synthese der Kollagenfibrillen stimulieren – Für langanhaltende (ca. 12 Monate) und natürliche Ergebnisse.
- **Beautical 2** – ist ein sicheres, vollständig resorptionsfähiges, nicht toxisches Biopolymer-Augmentationsmaterial mit sofortigem Resultat. Die Freisetzung von Monomeren ist biophysikalisch ausgeschlossen. Alle PA-Ketten werden durch interstitielle Flüssigkeiten transportiert und ohne Abbaustoffwechsel über die Galle ausgeschieden. Die Halbwertzeit beträgt ca. 2 Jahre.
- **Beautical 5** – wie Beautical 2 aber für tiefere Gewebedefekte und längere Behandlungsergebnisse geeignet. Die Halbwertzeit beträgt ca. 5 Jahre
- **Artecoll** – besteht aus natürlichem Kollagen und winzigen runden Acrylat-Mikrosphären . Es dient zur dauerhaften Behandlung von Falten und anderen Hautdefekten. Das natürliche Kollagen wird vom Körper langsam resorbiert und durch neues Bindegewebe ersetzt.
- **Narbentherapie** – z.B. mit Zeraderm Scar Gel oder Silgel Topical Gel Sheets in unterschiedlichen Ausführungen.
- **Komplettversorgung** für die Liposuktion: Kanülen, Geräte zur Infiltration und Absaugung, Vibrationslipektomie, postoperative Kompressionsversorgung
- **Kompressionsbandagen** nach Maß für die Verbrennungschirurgie
- **Medizinische Kosmetikserie Philoderm professionel** –z.B. Fruchtsäurepeelings, Whitening-Cream, Anti-Akne-Produkte, Gold-Lift uvm.
- **Ästhetische Mesotherapie:**
  Meso-Injektor U225
  Verschiedene Meso-Präparate zur Cellulite-Therapie, Injektionslipolyse, Meso-Lift-Behandlung, Alopezie-Behandlung etc.

Wir bieten regelmäßige Schulungen im Bereich der Faltenunterspritzung und der Mesotherapie sowie einen hervorragenden Kundenservice.

Rofil – Das Gute Gefühl der richtigen Entscheidung

Wer bietet Was?
Fehlt Ihre Firma?
✆ 0 62 21/13 77 620

Wer bietet Was?

S & V Technologies AG
Neuendorfstr. 20a, 16761 Hennigsdorf
Telefon 03302/202 76 00, Telefax 03302/202 79 05
Ansprechpartner: Daniela Woski, E-Mail: d.woski@skin-vision.de
Mobil: 0170/338 47 01

Die S & V Technologies AG ist ein junges, dynamisches deutsches Unternehmen mit einem Team, das langjährige und umfassende Erfahrungen sowohl im medizinischen Bereich der ästhetischen Dermatologie als auch speziell bei der Forschung und Entwicklung von Hyaluronsäureprodukten vorweisen kann.

Die Produktlinie Natural Face vereint dank der neuen CIS Technologie die Vorteile monophasischer und biphasischer Präparate in einem. Die CIS Technologie garantiert eine länger andauernde Wirkung, wie ein biphasisches Produkt, ermöglicht aber gleichzeitig eine leichtere Injizierbarkeit und lässt sich modellieren wie ein monophasisches Produkt. Durch die spezielle Formulierung bedient die Produktlinie Natural Face alle Indikationen der Faltenunterspritzung und Volumenaugmentation.

- Natural Face Balance: unvernetzte Hyaluronsäure zur Biorevitalisierung der Haut und zur Behandlung feiner Fältchen. Für Gesicht, Hals, Dekollete und Hände.
- Natural Face Structure: quervernetzte Hyaluronsäure zur Unterspritzung feiner bis mittlerer Falten.
- Natural Face Contour: quervernetzte Hyaluronsäure zur Unterspritzung tiefer Falten.
- Natural Face Construct: quervernetzte Hyaluronsäure zum Aufbau bei Gewebedefekten.
- Natural Face Lips: quervernetzte Hyaluronsäure zur Volumenaugmentation der Lippen.

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!

Der Vertrieb von MATRIDERM®erfolgt in Deutschland über
Asclepios Medizintechnik, Elzacher Straße 6, 79261 Gutach
Tel.: 07685 909 333, E-Mail: info@asclepios.de.

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 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
- CHESS – Fixierung in der Handchirurgie von CANICA
- PAL-600E – Power-Assisted-Liposuction von MicroAire
- Gefäß-Koppler von MCA-Synovis
- Neurotube – geführte Nervenregeneration von MCA-Synovis
- Kompressionskleidung von Design Veronique
- activ'M Narbenpflaster von M-Technologies

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

OP-Einrichtungen
Karl Storz
TapMed
Carl Zeiss

Operationsmikroskope
Carl Zeiss

OP-Instrumente
Karl Storz
TapMed

Pharmaka
Baxter

Stoma
MediEquip

Verbrennungen
Adoderm
Dr. Suwelack
MediEquip
Polytech Silimed

Wundversorgung
Adoderm
Baxter

Wer bietet Was?

Teoxane GmbH
Angerbrunnenstraße 12, D-85356 Freising
Telefon: +49 (0) 8161/14805-0, Telefax: +49 (0) 8161/14805-15
E-Mail: info@teoxane.de
www.teoxane.de

TEOSYAL® – Das Beste aus Hyaluronsäure

Die Teoxane® Laboratorien, Schweiz liegen im Herzen von Genf. Die ultramoderne Fertigungsanlage erfüllt die strengsten Normen zur Herstellung von biofermentativ hergestellter nicht animalischen Hyaluronsäuregels. Das Labor wurde in Übereinstimmung mit den FDA Empfehlungen (Food and Drug Administration) geplant und errichtet und verfügt über einen Sterilbereich mit der neuesten technischen Ausstattung.

TEOSYAL® bietet eine umfassende Produktpalette zur Faltenunterspritzung auf hundertprozentiger Hyaluronsäurebasis. Die unterschiedlichen Rezepturen der TEOSYAL® Produktpalette ermöglichen eine natürliche Wiederherstellung von Substanzverlusten im Gesicht, die Formung von Lippen und einen Ausgleich von Hautunebenheiten. In flüssiger nicht vernetzter Form ermöglicht TEOSYAL® eine tiefe Revitalisierung der Dermis.

Die TEOSYAL® Produktpalette

TEOSYAL® Meso ist ein injizierbares, unvernetztes Hyaluronsäure-Präparat zu Revitalisierung und Hydration der Haut. Konzentration: 15 mg/g HA. Verpackungseinheit: 2 Fertigspritzen je 1 ml

TEOSYAL® First Lines mit diesem Produkt werden feine oberflächliche Falten unterspritzt, wie zum Beispiel Krähenfüße oder Fältchen um den Mund. Konzentration: 20 mg/g HA. Verpackungseinheit: 2 Fertigspritzen je 0,7 ml

TEOSYAL® Global Action oder **TEOSYAL® Touch Up** wird verwendet, um mittelstark ausgeprägte Falten, wie zum Beispiel nicht allzu tiefe Nasolabialfalten, Falten um den Mundbereich und Zornesfalten zu behandeln. Konzentration: 25 mg/g HA. Verpackungseinheit: 2 Fertigspritzen je 1 ml oder
2 Fertigspritzen je 0,5 ml

TEOSYAL® Deep Lines wird zum Unterspritzen tiefer ausgeprägter Falten, wie zum Beispiel tiefe Nasolabialfalten, Marionettenlinien oder Ausdrucksfalten verwendet. Konzentration: 25 mg/g HA. Verpackungseinheit: 2 Fertigspritzen je 1 ml

TEOSYAL® Ultra Deep gibt viel Volumen und wird mit einer 26G Nadel, zur Akzentuierung von Wangenknochen, zur Auffüllung eingefallener Areale unter den Augen, zur Behandlung von Wangen, Gesichtsoval und zur Kinn- und Brauenbogenakzentuierung, injiziert. Konzentration: 25 mg/g HA. Verpackungseinheit: 2 Fertigspritzen je 1 ml

TEOSYAL® Kiss ist speziell zur Behandlung von Lippen, Lippenkonturen und Lippenvolumen
entwickelt. Es ist hoch vernetzt und sehr viskös und besitzt eine starke Füllkraft. Es ist einfach in der Anwendung und gibt den Lippen eine schöne natürliche Form. Konzentration: 25 mg/g HA.
Verpackungseinheit: 2 Fertigspritzen je 1 ml

Carl Zeiss Surgical GmbH
A Carl Zeiss Meditec Company
D-73446 Oberkochen
E-Mail: surgical@meditec.zeiss.com
www.meditec.zeiss.de/p+r

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-Lupen EyeMag® Pro** 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.meditec.zeiss.de



Neven Olivari

Praktische Plastische Chirurgie
Ein Operationsatlas

English Edition available soon!

2004. Atlasformat
21 x 29,7 mm. Gebunden.
XVI, 944 Seiten.
Über 2800 Abbildungen
(davon 620 Farbzeichnungen),
ISBN 978-3-922777-55-7
€ 189,–

Empfohlen von der Deutschen Gesellschaft der Plastischen, Rekonstruktiven und Ästhetischen Chirurgen (DGPRÄC)



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

Limitierte, numerierte Neuauflage der Luxusausgabe

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: 978-3-922777-69-4
Kaden Verlag, Heidelberg 2004



2007. Format 14 x 21,5 cm. Gebunden
XVIII, 141 Seiten. Mit 51 Abbildungen
ISBN 978-3-922777-88-5, Euro 24,50



Zu bestellen bei jeder Buchhandlung oder direkt bei:
Kaden Verlag • Ringstraße 19 • 69115 Heidelberg • www.kaden-verlag.de
Telefon 0 62 21/13 77 610 • Telefax 0 62 21/6 59 95 90 • E-Mail info@kaden-verlag.de

Plastische Chirurgie aus dem Kaden Verlag

POLYTECH

Health & Aesthetics

Quality made in Germany







Ihr Partner in der
plastischen, rekonstruktiven und
ästhetischen Chirurgie

POLYTECH SILIMED Europe GmbH
Altheimer Strasse 32 · D-64807 Dieburg
E-mail: info@PolytechSilimed.com
Internet: www.PolytechSilimed.com
Tel.: +49 (0) 6071 98630 · Fax: +49 (0) 6071 986330