

41. Jahrestagung der DGPRÄC

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

15. Jahrestagung der VDÄPC

Vereinigung der Deutschen Ästhetisch-Plastischen Chirurgen e.V.



PRESSEINFORMATION

Presselunch Dresden 2010: Die Themen und Referenten im Überblick

Dresden – Folgende Experten stehen am 15. September 2010 ab 12.30 Uhr für Ihre Fragen zur Verfügung:

Kassen nehmen Patienten in Regress:

Zu den unerwarteten aber möglichen Folgekosten eines ästhetischen Eingriffs

Referent: Univ.-Prof. Dr. med. Peter Vogt, Präsident der DGPRÄC

Vier Augen sehen mehr als zwei:

Interdisziplinäre Kooperation im Mammazentrum Ostsachsen

Referent: Dr. med. Steffen Handstein, Kongresspräsident

Von Sattel-, Schief- und Spannungsnasen:

Leitlinie zu Formstörungen der inneren und/oder äußeren Nase

Referent: Prof. Dr. med. Dr. med. habil. Wolfgang Gubisch, Präsident der VDÄPC

Eigenfettinjektion in Ästhetik und Rekonstruktion:

Indikationen, Risiken, Nutzen und Forschungsstand

Referent: Univ.-Prof. Dr. Dr. med. Prof. h.c. mult. Norbert Pallua, Vizepräsident „Rekonstruktion“ der DGPRÄC

Ohne Skalpell zum Ziel:

Neues aus der Faltentherapie

Referent: Dr. med. Hermann Lampe, Schatzmeister der DGPRÄC

Pressekontakt:
Kerstin van Ark

Deutsche Gesellschaft der
Plastischen, Rekonstruktiven und
Ästhetischen Chirurgen
Langenbeck-Virchow-Haus
Luisenstraße 58-59, 10117 Berlin

Fon: 030 / 28 00 44 50
Fax: 030 / 28 00 44 59

www.dgpraec.de
info@dgpraec.de

41. Jahrestagung der DGPRÄC

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

15. Jahrestagung der VDÄPC

Vereinigung der Deutschen Ästhetisch-Plastischen Chirurgen e.V.



PRESSEINFORMATION

Daten und Zahlen zum Kongress: Brücken verbinden

Dresden – Die 41. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft der Plastische, Rekonstruktiven und Ästhetischen Chirurgen (DGPRÄC) und 15. Jahrestagung der Vereinigung Deutscher Ästhetisch-Plastischer Chirurgen (VDÄPC) bietet hochkarätige Vorträge und Panels:

Zeit: 16.-18. September 2010

Ort: Maritim Congress Center
Ostra-Ufer 2
01067 Dresdenr

Programm:

23	wissenschaftliche Sitzungen mit
188	wissenschaftlichen Forschungs- und Erfahrungsberichten
6	Postersitzungen mit
95	wissenschaftlichen Postern
6	Lunchsymposien mit spezieller Thematik
3	Industrieworkshops
4	OP-Kurse
700	Teilnehmer

Ziele:

- ♦ wissenschaftlicher Erfahrungsaustausch
- ♦ Fortbildung junger Kollegen durch Experten (z. B. in OP-Kursen)
- ♦ Berufspolitische Orientierung
- ♦ Öffentlichkeitsarbeit

Pressekontakt:
Kerstin van Ark

**Deutsche Gesellschaft der
Plastischen, Rekonstruktiven und
Ästhetischen Chirurgen**
Langenbeck-Virchow-Haus
Luisenstraße 58-59, 10117 Berlin

Fon: 030 / 28 00 44 50
Fax: 030 / 28 00 44 59

www.dgpraec.de
info@dgpraec.de

41. Jahrestagung der DGPRÄC

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

15. Jahrestagung der VDÄPC

Vereinigung der Deutschen Ästhetisch-Plastischen Chirurgen e.V.



PRESSEINFORMATION

Who is who?

Ihre Gesprächspartner beim Presselunch

Professor Dr. med. Peter Vogt ...

... ist Präsident der Deutschen Gesellschaft der Plastischen, Rekonstruktiven und Ästhetischen Chirurgen (DGPRÄC) und Direktor der Klinik und Poliklinik für Plastische, Hand- und Wiederherstellungschirurgie an der Medizinischen Hochschule Hannover. Er absolvierte einen Forschungsaufenthalt an der Harvard Medical School, hielt Vorlesungen an der University of Pittsburgh Medical Center und der University of Texas. Seine wissenschaftliche Arbeit wurde unter anderen mit dem Von-Langenbeck-Preis der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie und dem Innovationspreis der deutschen Hochschulmedizin gewürdigt. Seine wissenschaftlichen Schwerpunkte: Wundheilung, Gewebezüchtung und Hautersatz. Klinische Schwerpunkte: Akutversorgung schwerer Handverletzungen, sekundäre Handrekonstruktion, akute und rekonstruktive Verbrennungschirurgie, hier insbesondere Hautersatzverfahren sowie rekonstruktive Mikrochirurgie. Im Vorstand der DGPRÄC ist er außerdem Vizepräsident für den Bereich der „Verbrennungschirurgie“. Des Weiteren ist er Sekretär der European Burns Association und Präsident der deutschen Gesellschaft für Wundheilung und Wundbehandlung.

Professor Dr. Dr. med. Prof. h.c. mult. Norbert Pallua ...

... trägt im Vorstand der DGPRÄC als Vizepräsident die Verantwortung für den Bereich „Rekonstruktive Chirurgie“. Der Ordinarius für Plastische, Hand- und Verbrennungschirurgie am Universitätsklinikum der Rheinisch-Westfälischen Technischen Hochschule Aachen erhielt 2004 eine Honorarprofessur an der Universität Nanjing/China sowie den Titel eines Gastdirektors der Klinik für Plastische Chirurgie am Jiangtsu Provincial Hospital, Nanjing. Er ist der Vertreter der DGPRÄC bei der European Union of Medical Specialists (UEMS) sowie Vorstandsmitglied und Vorsitzender der Weiterbildungskommission im European Board of Plastic, Reconstructive and Aesthetic Surgery (EBOPRAS). Außerdem ist er Vorstandsmitglied des Executive Committee of the European Society of Plastic, Reconstructive and Aesthetic Surgery (ESPRAS) und der International Confederation for Plastic, Reconstructive and Aesthetic Surgery (IPRAS). Als Präsident leitet er die European Association of Societies of Aesthetic Plastic Surgery (EASAPS).

Prof. Dr. med. Dr. med. habil. Wolfgang Gubisch ...

... ist Vizepräsident für den Bereich Ästhetik im Vorstand der DGPRÄC sowie Präsident der VDÄPC. Der Ärztliche Direktor der Klinik für Plastische Gesichtschirurgie im Marienhospital Stuttgart ist Facharzt für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde sowie Facharzt für Plastische Chirurgie. 1988 wurde er Chefarzt der Klinik für Plastische und Wiederherstellungschirurgie am Marienhospital Stuttgart, 1992 habilitierte er an der

Pressekontakt:
Kerstin van Ark

Deutsche Gesellschaft der
Plastischen, Rekonstruktiven und
Ästhetischen Chirurgen
Langenbeck-Virchow-Haus
Luisenstraße 58-59, 10117 Berlin

Fon: 030 / 28 00 44 50
Fax: 030 / 28 00 44 59

www.dgpraec.de
info@dgpraec.de

41. Jahrestagung der DGPRÄC

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

15. Jahrestagung der VDÄPC

Vereinigung der Deutschen Ästhetisch-Plastischen Chirurgen e.V.



Universität Würzburg. 1992 folgte die Venia legendi und Ernennung zum „Privatdozent“. Für seine besonderen Kenntnisse in der Ästhetischen und Rekonstruktiven Gesichts- und insbesondere Nasenchirurgie wurde Prof. Gubisch mehrmals ausgezeichnet, unter anderem 1994 mit der Udhi-Devi-Sood-Memorial-Goldmedaille der Indischen Gesellschaft für Rhinochirurgie und 1997 mit der Ehrenmitgliedschaft der Britischen Vereinigung Ästhetisch-Plastischer Chirurgen gewürdigt.

Dr. med. Hermann Lampe ...

... ist Schatzmeister der DGPRÄC. Nachdem die medizinische Faltenbehandlung seit über zehn Jahren einer seiner wissenschaftlichen Schwerpunkte ist, hat er mit Dr. Marianne Wolters 2008 in Frankfurt/Main eine Privatarztpraxis für die medizinische Faltenbehandlung gegründet. 1983 wurde er Facharzt für Chirurgie, erwarb 1987 die Zusatzbezeichnung „Plastische Operationen“ und wurde 1988 Oberarzt der Abteilung für Plastische und Wiederherstellungschirurgie am St.-Markus-Krankenhaus in Frankfurt/Main. 1989 gründete er mit Dr. Wolters in Frankfurt eine Gemeinschaftspraxis für Plastische und Ästhetische Chirurgie, die er bis 2008 führte.

Dr. med. Steffen Handstein ...

... ist Tagungspräsident der 41. Jahrestagung der DGPRÄC und 15. Jahrestagung der VDÄPC. Nach seiner Promotion 1991 begann er seine chirurgische Ausbildung in Dresden. Die Weiterbildung in der Plastischen Chirurgie absolvierte er an der Universitätsklinik Magdeburg, an der er seit 1998 als Oberarzt tätig war. Ab dem Jahr 2000 baute er am Städtischen Klinikum Görlitz eine eigenständige Fachabteilung für Plastische Chirurgie auf. Neben seiner Funktion als Chefarzt der Klinik für Plastische, Rekonstruktive und Brustchirurgie ist Dr. Handstein seit 2005 Medizinischer Direktor des Klinikums. Außerdem betreibt er eine Privatpraxis für ästhetisch-plastische Operationen in Dresden. Seine Behandlungsschwerpunkte liegen im Bereich der Rekonstruktiven Mikrochirurgie, der Behandlung des Mammakarzinoms und ästhetisch-plastischen Chirurgie. Er ist Mitglied mehrerer Arbeitsgruppen zur Behandlung von Brustkrebs bei der Sächsischen Landesärztekammer und Vertreter der Bundesärztekammer in der Bundesfachgruppe Mammachirurgie für die externe Qualitätssicherung nach §137 SGB V.

Pressekontakt:
Kerstin van Ark

Deutsche Gesellschaft der
Plastischen, Rekonstruktiven und
Ästhetischen Chirurgen
Langenbeck-Virchow-Haus
Luisenstraße 58-59, 10117 Berlin

Fon: 030 / 28 00 44 50
Fax: 030 / 28 00 44 59

www.dgpraec.de
info@dgpraec.de

41. Jahrestagung der DGPRÄC

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

15. Jahrestagung der VDÄPC

Vereinigung der Deutschen Ästhetisch-Plastischen Chirurgen e.V.



PRESSEINFORMATION

Gesellschaften:

41. Jahrestagung DGPRÄC, 15. Jahrestagung VDÄPC

Die DGPRÄC (ehem. VDPC)

Die Deutsche Gesellschaft der Plastischen, Rekonstruktiven und Ästhetischen Chirurgen, kurz DGPRÄC, ist offizieller Vertreter der deutschen Plastischen Chirurgen und vertritt die allgemeinen und berufspolitischen Interessen der Plastischen Chirurgie national und international. Sie koordiniert zum Beispiel mit den Kammern die Weiterbildungsordnung für das Fach und ist Ansprechpartner für den Weltverband der Plastischen Chirurgen (IPRAS) und andere Gremien und Organisationen. 1968 wurde sie in Bochum als Vereinigung Deutscher Plastischer Chirurgen gegründet, aktuell sind in ihr 856 Fachärzte für Plastische Chirurgie als Ordentliche Mitglieder und 448 Ärzte in der Weiterbildung zum Plastischen Chirurgen als Assoziierte Mitglieder organisiert. Über die Jahreskongresse sowie zahlreiche regionale Treffen und über 80 Kurse für Ärzte in der Weiterbildung trägt sie zur Qualitätssicherung bei. Plastische und Ästhetische Chirurgen sowie weitere Informationen zum Fach sind unter www.plastische-chirurgie.de abrufbar.

Die VDÄPC

Die Arbeits- und Interessensgemeinschaft von Fachärzten für Plastische und Ästhetische Chirurgie mit dem Arbeitsschwerpunkt im Bereich Ästhetischer Chirurgie wurde 1995 in Leipzig gegründet. Als Tochter der DGPRÄC (Deutsche Gesellschaft der Plastischen, Rekonstruktiven und Ästhetischen Chirurgen) verschreibt sich die VDÄPC der kontinuierlichen Forschung und Weiterbildung, der permanenten Qualitätssicherung durch Unterstützung der Mitglieder im Bereich Qualitätsmanagement und bürgt aufgrund strenger Aufnahmekriterien für die Kompetenz und Erfahrung ihrer Mitglieder. Auf ihrer Webseite www.vdaepc.de bietet die VDÄPC eine Arztsuche mit qualifizierten Fachärzten für ästhetisch-plastische Chirurgie in ganz Deutschland an.

Pressekontakt:
Kerstin van Ark

Deutsche Gesellschaft der
Plastischen, Rekonstruktiven und
Ästhetischen Chirurgen
Langenbeck-Virchow-Haus
Luisenstraße 58-59, 10117 Berlin

Fon: 030 / 28 00 44 50
Fax: 030 / 28 00 44 59

www.dgpraec.de
info@dgpraec.de

41. Jahrestagung der DGPRÄC

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

15. Jahrestagung der VDÄPC

Vereinigung der Deutschen Ästhetisch-Plastischen Chirurgen e.V.



PRESSEINFORMATION

Kassen nehmen Patienten in Regress: Zu den unerwarteten aber möglichen Folgen eines ästhetischen Eingriffs

Dresden – „Bereits seit der Gesundheitsreform 2007 sind die Krankenkassen durch den Gesetzgeber verpflichtet, Patienten an den Folgekosten medizinisch nicht indizierter Maßnahmen – also auch plastisch-ästhetischer Eingriffe – angemessen zu beteiligen“, erläutert Prof. Dr. Peter M. Vogt, Präsident der Deutschen Gesellschaft der Plastischen, Rekonstruktiven und Ästhetischen Chirurgen (DGPRÄC). „Alle Versuche der Ärzteschaft, gegen diese Einführung des Verursacherprinzips in der Gesetzlichen Krankenversicherung vorzugehen, seien leider gescheitert, bedauert Vogt.

Mit der Pflegereform zur Denunziation

Die ärztliche Schweigepflicht habe Ärzte und Patienten zunächst vor der Umsetzung der Neuregelung bewahrt. Mit der Pflegereform wurde diese aber in 2008 ausgehebelt. Im Sozialgesetzbuch III ist unter § 294 seither geregelt:

„Liegen Anhaltspunkte dafür vor, dass Versicherte sich eine Krankheit vorsätzlich oder bei einem von ihnen begangenen Verbrechen oder vorsätzlichen Vergehen oder durch eine medizinisch nicht indizierte ästhetische Operation, eine Tätowierung oder ein Piercing zugezogen haben (§ 52), sind die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und Einrichtungen sowie die Krankenhäuser nach § 108 verpflichtet, den Krankenkassen die erforderlichen Daten mitzuteilen.“

„Eine Ungeheuerlichkeit“, urteilt der Verbandspräsident, „die uns seither zur Denunziation unserer Patienten zwingt und auch bei nicht erfolgter Meldung gehäuft Rückfragen des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen verursacht.“ Ihm sei außerdem unklar, wie der Gesetzgeber dazu komme, Patienten, die einen ästhetischen Eingriff vornehmen lassen, mit Verbrechern und Kunden in Tätowier- oder Piercing-Studios rechtlich gleichzusetzen. „Schließlich handelt es sich bei unseren Patienten um die einzige betroffene Gruppe, die sich von einem ausgebildeten Arzt behandeln lässt – wenn auch nicht aus medizinisch indizierten Gründen“, stellt er klar.

Gesucht und gefunden: Eine Lösung für Patienten

Als Berufsverband und wissenschaftliche Fachgesellschaft der deutschen Plastischen Chirurgen hatte sich die DGPRÄC bereits mit der Gesundheitsreform um eine versicherungstechnische Lösung dieser potentiellen finanziellen Bedrohung der Patienten bemüht. „Wir konnten es nicht verantworten, dass Patienten das Risiko einer schicksalhaften Komplikation – wie einer Thrombose oder Wundheilungsstörungen – anteilig selbst tragen mussten – auch wenn zu diesem Zeitpunkt völlig unklar war, was der Gesetzgeber unter der geforderten ‚angemessenen Beteiligung‘ verstehen würde“, führt Prof. Vogt aus. Gleichzeitig habe man die Mitglieder aufgefordert, ihre Patienten über diese Rechtslage aufzuklären. Schließlich wurde nach einer Datenerhebung bei den Mitgliedern eine versicherungsmathematische Kalkulation des noch sehr vagen Risikos vorgenommen und in 2009 zunächst eine Versicherung des Patienten über den Operateur möglich. Aktuell gibt es diverse Versicherungslösungen für dieses Risiko. DGPRÄC-Mitgliedern und ihren Patienten steht seit diesem Jahr exklusiv auch eine

Pressekontakt:
Kerstin van Ark

Deutsche Gesellschaft der
Plastischen, Rekonstruktiven und
Ästhetischen Chirurgen
Langenbeck-Virchow-Haus
Luisenstraße 58-59, 10117 Berlin

Fon: 030 / 28 00 44 50
Fax: 030 / 28 00 44 59

www.dgpraec.de
info@dgpraec.de

41. Jahrestagung der DGPRÄC

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

15. Jahrestagung der VDÄPC

Vereinigung der Deutschen Ästhetisch-Plastischen Chirurgen e.V.



Folgekostenversicherung (www.folgekostenversicherung.de) zur Verfügung, die der Patient selbst abschließen kann. Die Ausbildung zum Facharzt für Plastische und Ästhetische Chirurgie und die Mitgliedschaft in der DGPRÄC garantieren dem Versicherungsgeber hohe Qualität, so dass die Patienten zu vergleichsweise günstigen Konditionen versichert werden können.

Erste Erfahrungen zu Schadensfällen

Aus dieser Lösung gibt es nun erste Daten zur Umsetzung der Rechtslage. Pro 100 patientenseitig abgeschlossene Versicherungen kommt es durchschnittlich zu zwei Schadensfällen, vor allem bei Brustvergrößerungen und -verkleinerungen. Bis dato beträgt die Rückforderungshöhe der Krankenkassen aus diesen Fällen im Mittel 3000€ zu Lasten des Patienten, wobei die einzelnen Schadensummen zum Teil mehr als doppelt so hoch sind. Bei einer Besprechung 2008 einigte sich der Spitzenverband der Krankenkassen auf eine Empfehlung zum Eigenanteil der Versicherten. Dieser solle in der Regel 50 Prozent der OP-Kosten betragen, maximal aber – abhängig vom Einkommen – zwischen einem und sieben Prozent des Jahresbruttoeinkommens (siehe Anhang).

Rechtslage seit dem 1. Juli 2008, Sozialgesetzbuch V, § 52, (2) NEU! Leistungsbeschränkung bei Selbstverschulden

Alt	Neu
Haben sich Versicherte eine Krankheit vorsätzlich oder bei einem von ihnen begangenen Verbrechen oder vorsätzlichen Vergehen zugezogen, kann die Krankenkasse sie an den Kosten der Leistungen in angemessener Höhe beteiligen und das Krankengeld ganz oder teilweise für die Dauer dieser Krankheit versagen und zurückfordern.	(1) Haben sich Versicherte eine Krankheit vorsätzlich oder bei einem von ihnen begangenen Verbrechen oder vorsätzlichen Vergehen zugezogen, kann die Krankenkasse sie an den Kosten der Leistungen in angemessener Höhe beteiligen und das Krankengeld ganz oder teilweise für die Dauer dieser Krankheit versagen und zurückfordern. (2) Haben sich Versicherte eine Krankheit durch eine medizinisch nicht indizierte ästhetische Operation, eine Tätowierung oder ein Piercing zugezogen, <u>hat die Krankenkasse die Versicherten in angemessener Höhe an den Kosten zu beteiligen und das Krankengeld für die Dauer dieser Behandlung ganz oder teilweise zu versagen oder zurückzufordern.</u>

Pressekontakt:
Kerstin van Ark

Deutsche Gesellschaft der
Plastischen, Rekonstruktiven und
Ästhetischen Chirurgen
Langenbeck-Virchow-Haus
Luisenstraße 58-59, 10117 Berlin

Fon: 030 / 28 00 44 50
Fax: 030 / 28 00 44 59

www.dgpraec.de
info@dgpraec.de

41. Jahrestagung der DGPRÄC

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

15. Jahrestagung der VDÄPC

Vereinigung der Deutschen Ästhetisch-Plastischen Chirurgen e.V.



(Zur Veröffentlichung freigegeben)

Niederschrift

über die Besprechung der Spitzenverbände der Krankenkassen zum Leistungsrecht
am 22./23. Januar 2008 in Bochum

6. § 52 SGB V – Leistungsbeschränkung bei Selbstverschulden

Doku-Nr.: - 511.2 -

Sachstand:

Nach § 52 Abs. 2 SGB V hat die Krankenkasse die Versicherten in angemessener Höhe an den Kosten zu beteiligen, wenn diese sich eine Krankheit durch eine medizinisch nicht indizierte Maßnahme zugezogen haben. Ferner ist das Krankengeld für die Dauer dieser Behandlung ganz oder teilweise zu versagen oder zurück zu fordern. Im gemeinsamen Rundschreiben der Spitzenverbände der Krankenkassen vom 9. März 2007 zu den leistungsrechtlichen Vorschriften des GKV-WSG ist zu § 52 SGB V unter Ziffer 5 ausgeführt, dass bei der Frage der Angemessenheit der versichertenbezogenen Kostenbeteiligung insbesondere die Leistungsaufwendungen, die finanzielle Leistungsfähigkeit und Unterhaltungspflichten zu berücksichtigen sind.

Im Interesse einer einheitlichen Kassenpraxis wird es für sinnvoll erachtet, dass die Spitzenverbände der Krankenkassen allgemein anwendbare Hinweise für die Umsetzung des § 52 Abs. 2 SGB V erarbeiten.

Besprechungsergebnis:

Die Spitzenverbände der Krankenkassen stellen fest, dass jeder Fall nach § 52 Abs. 2 SGB V individuell zu regeln ist. Hierbei hat die Krankenkasse eine Ermessensentscheidung zu treffen. Ungeachtet der damit verbundenen Schwierigkeiten besteht die Notwendigkeit, die betreffenden Versicherten über ihren zu erwartenden Kostenanteil zu informieren.

Die Spitzenverbände der Krankenkassen halten es für vertretbar, dass von den Versicherten grundsätzlich ein 50%iger Eigenanteil an den Behandlungs- und Neben-

41. Jahrestagung der DGPRÄC

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

15. Jahrestagung der VDÄPC

Vereinigung der Deutschen Ästhetisch-Plastischen Chirurgen e.V.



kosten gefordert wird, soweit nicht auf Grund der der Krankenkasse bereits bekannten Verhältnisse ein anderer Prozentsatz angemessen erscheint.

Bedarf es einer anderen Entscheidung über die Höhe des Eigenanteils des Versicherten, kann diese unter Berücksichtigung der nachstehenden Hinweise getroffen werden.

1. Bestimmung einer kalenderjährlichen (nicht behandlungsbezogenen) Zumutbarkeitsgrenze für außergewöhnliche Belastungen entsprechend § 33 Abs. 3 des Einkommensteuergesetzes. Dementsprechend beträgt die jährliche Zumutbarkeitsgrenze bei einem Einkommen von
 - a) bis 15.340,-- €
 - 5 % des Einkommens Alleinstehender ohne Kinder,
 - 4 % des Einkommens Verheirateter ohne Kinder,
 - 2 % des Einkommens Versicherter mit ein oder zwei Kindern,
 - 1 % des Einkommens Versicherter mit drei oder mehr Kindern;
 - b) über 15.340,-- € bis 51.130,-- €
 - 6 % des Einkommens Alleinstehender ohne Kinder,
 - 5 % des Einkommens Verheirateter ohne Kinder,
 - 3 % des Einkommens Versicherter mit ein oder zwei Kindern,
 - 1 % des Einkommens Versicherter mit drei oder mehr Kindern;
 - c) über 51.130,-- €
 - 7 % des Einkommens Alleinstehender ohne Kinder,
 - 6 % des Einkommens Verheirateter ohne Kinder,
 - 4 % des Einkommens Versicherter mit ein oder zwei Kindern,
 - 2 % des Einkommens Versicherter mit drei oder mehr Kindern.
2. Eine fallbezogene Deckelung der Zumutbarkeitsgrenze erfolgt nicht.
3. Bei der Ermittlung des maßgeblichen Einkommens wird entsprechend § 62 Abs. 2 Satz 1 SGB V das Einkommen des Mitgliedes und ggf. des Ehegatten bzw. Lebenspartners im Sinne des Lebenspartnerschaftsgesetzes und der hauseingetragenen Kinder zugrunde gelegt, welches auch bei der Anwendung der Härtefallregelung des § 62 SGB V zu berücksichtigen ist (vgl. gemeinsames

41. Jahrestagung der DGPRÄC

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

15. Jahrestagung der VDÄPC

Vereinigung der Deutschen Ästhetisch-Plastischen Chirurgen e.V.



Rundschreiben „Einnahmen zum Lebensunterhalt“). Demgemäß werden auch SGB II- und SGB XII-Leistungen in ihrer tatsächlichen Höhe berücksichtigt (§ 62 Abs. 2 Satz 5 und 6 SGB V bleibt unbeachtlich). Eine Ermittlung und Berücksichtigung von eventuellem Vermögen erfolgt nicht. Zum Ansatz gelangt das Vorjahreseinkommen, sofern nicht bei negativer Entwicklung das aktuelle Einkommen zu ermitteln und heranzuziehen ist.

Hinsichtlich des Versagens bzw. der Rückforderung von Krankengeld sprechen sich die Spitzenverbände für eine Anlehnung an § 54 Abs. 4 SGB I aus, d. h., das Krankengeld kann oberhalb der Pfändungsfreigrenze versagt bzw. zurückgefordert werden; bei im gleichen Monat bezogenen anderen Einkünften wie z. B. Arbeitsentgelt ggf. also in voller Höhe.

41. Jahrestagung der DGPRÄC

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

15. Jahrestagung der VDÄPC

Vereinigung der Deutschen Ästhetisch-Plastischen Chirurgen e.V.



PRESSEINFORMATION

Vier Augen sehen mehr als zwei: Interdisziplinäre Kooperation im Mammazentrum Ostsachsen

Dresden – „Bei über 55.100 Brustkrebsneuerkrankungen in Deutschland, davon über 2800 in Sachsen, ist eine qualitativ hochwertige Versorgung der Patienten unerlässlich“, konstatiert Dr. Steffen Handstein, Chefarzt der Klinik für Plastische, Rekonstruktive und Brustchirurgie am Klinikum Görlitz. Einen erheblichen Beitrag bei der Versorgung der betroffenen Patienten leistet das 2001 gegründete Mammazentrum Ostsachsen. Jährlich werden hier etwa 450 Eingriffe an der weiblichen Brust bei Krebserkrankungen durchgeführt und ca. 250 Eingriffe aufgrund sonstiger krankhafter Veränderungen oder aus ästhetischen Gründen.

Qualitätsgesichert und interdisziplinär

„Qualitätssicherung und interdisziplinäre Zusammenarbeit zum Wohle unserer Patienten waren uns schon immer ein großes Anliegen und so freut es mich besonders, dass wir im August bereits zum dritten Mal von der Deutschen Krebsgesellschaft und der Deutschen Gesellschaft für Senologie zertifiziert wurden“, berichtet Dr. Handstein stolz. Wie der Prüfer vor Ort feststellte, schneidet das Mammazentrum in Diagnostik, Therapie und Nachsorge sowie Organisation, Dokumentation, Datenauswertung und Kooperation mit Niedergelassenen Ärzten und Sanitätshäusern ausgezeichnet ab, freut sich Dr. Handstein. „Exzellente Kooperation mit Fachärzten für Pathologie, radiologische Diagnostik, Gynäkologie, Plastische Chirurgie, Strahlentherapie, internistische Onkologie, Nuklearmedizin sowie Mitarbeitern der Physiotherapie, des Sozialdienstes und einer Psychologin, eine Zentrumsordinatorin und ein kompetentes Schwestern- und Pflegeteam machen diesen Erfolg möglich“, betont der Chefarzt und sieht darin auch den besonderen Reiz der Behandlung von Brustkrebspatientinnen im Zentrum. Selten, so Handstein, seien so viele Berufsgruppen über einen längeren Zeitpunkt mit einem Patienten beschäftigt. „Dabei können alle viel voneinander lernen“, berichtet Handstein aus der täglichen Praxis. Steigende Patientenzahlen belegen, dass dies auch von den Patienten bemerkt wird und sich herumspricht.

Forschung im Dienst der Patientinnen & Patienten

Die enge Einbindung der Plastischen Chirurgie in die Behandlungskette bietet den betroffenen Frauen die Chance, bereits vor der ersten Operation ggf. später gewünschte oder erforderliche Rekonstruktionsschritte in die Therapieplanung einzubeziehen. „Alle verfügbaren Behandlungsverfahren – von der Tumorentfernung über die Bestrahlung und/oder Chemotherapie bis hin zum Wiederaufbau der Brust mit Implantat, Expander oder Eigengewebe – stehen bei uns zur Verfügung“, berichtet Handstein und weist auf zwei Besonderheiten im Mammazentrum Ostsachsen hin. Zum einen werde bereits seit Jahren bei jeder Patientin vor einem Brust erhaltenden Eingriff (also einer Entfernung des Tumors, ohne die Brust abzunehmen) ein MRT durchgeführt. „Durch die Kombination dieser zusätzlichen bildgebenden Diagnostik lassen sich häufiger Hinweise auf weitere Krebsherde oder auch die Ausdehnung von Krebsvorstufen erkennen, als es im Allgemeinen angenommen wird. Wir können so die Operations- wie die gesamte

Pressekontakt:
Kerstin van Ark

Deutsche Gesellschaft der
Plastischen, Rekonstruktiven und
Ästhetischen Chirurgen
Langenbeck-Virchow-Haus
Luisenstraße 58-59, 10117 Berlin

Fon: 030 / 28 00 44 50
Fax: 030 / 28 00 44 59

www.dgpraec.de
info@dgpraec.de

41. Jahrestagung der DGPRÄC

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

15. Jahrestagung der VDÄPC

Vereinigung der Deutschen Ästhetisch-Plastischen Chirurgen e.V.



Behandlungsplanung gemeinsam mit der Patientin individuell anpassen und denken, so langfristig auch die Rückfallquote geringer zu halten", berichtet Dr. Handstein. Auch eine zweite Besonderheit des Zentrums sei mit bildgebender Diagnostik verbunden: „Bereits seit 2001 operieren wir bei der Brust erhaltenden Therapie mit Ultraschall, das heißt, wir haben eine deutlich besseres Gefühl für das Gewebe als mit allein dem tastenden Finger oder die Sicht mit dem bloßem Auge", erläutert Dr. Handstein. Der Nutzen dieses Vorgehens hatte sich schon bei der Aufarbeitung der Daten aus zurückliegenden Jahren bewiesen und wird zudem aktuell in einer großen prospektiven Studie geprüft. Und so bestätigte auch der Auditor der Zertifizierungsgesellschaft „OnkoZert“, dass die hohe Anzahl von durchgeführten Studien am Mammazentrum für eine auf neuesten medizinischen Erkenntnissen basierende Therapie spreche.

Pressekontakt:
Kerstin van Ark

Deutsche Gesellschaft der
Plastischen, Rekonstruktiven und
Ästhetischen Chirurgen
Langenbeck-Virchow-Haus
Luisenstraße 58-59, 10117 Berlin

Fon: 030 / 28 00 44 50
Fax: 030 / 28 00 44 59

www.dgpraec.de
info@dgpraec.de

41. Jahrestagung der DGPRÄC

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

15. Jahrestagung der VDÄPC

Vereinigung der Deutschen Ästhetisch-Plastischen Chirurgen e.V.



PRESSEINFORMATION

Von Sattel-, Schief- und Spannungsnasen: Leitlinie zu Formstörungen der inneren und/oder äußeren Nase

Dresden – Höckernase, Großnase, Breitenase – so individuell wie der Mensch selbst ist auch die Form seiner Nase. Wer mit ihrem Aussehen unzufrieden ist, hat oft einen großen Leidensdruck, denn durch ihre prominente Lage lässt sie sich weder verstecken noch kaschieren. „Die Korrektur der Nase ist einer der häufigsten und schwierigsten ästhetisch-plastischen Eingriffe“, berichtet Prof. Dr. Wolfgang Gubisch, Ärztlicher Direktor der Klinik für Plastische Gesichtschirurgie im Marienhospital Stuttgart. „Dabei vergessen die Patienten neben der rein ästhetischen Frage aber den wichtigen Aspekt der Nasenfunktion.“ Eine gestörte Nasenatmung sei nicht nur unangenehm, sondern könne sogar gesundheitliche Folgen haben. Die neue S3-Leitlinie „Formstörungen der inneren und/oder äußeren Nase“, an der Prof. Gubisch auch mitgewirkt hat, legt den aktuellen Standard der Diagnostik und Therapie der inneren und äußeren Nase fest, um damit Ärzten und Patienten Orientierung zu geben.

Innere und äußere Werte der Nase

„Durch die oberen Luftwege wird die eingeatmete Luft befeuchtet, gereinigt und erwärmt“, erklärt Prof. Gubisch. „Wer ständig nur durch den Mund atmet, riskiert chronische Schleimhautentzündung, etwa in Mundhöhle oder Rachen.“ Durch die Austrocknung und Demineralisation der Zähne bestehe außerdem eine erhöhte Kariesgefahr. Bei etwa 50 Prozent der ästhetischen Nasenkorrekturen (Rhinoplastik) sei zusätzlich auch eine Operation der inneren Nase notwendig, um die Atemfunktion wiederherzustellen oder zu verbessern. Häufigster Eingriff sei dabei die Begradigung der Nasenscheidewand (Septumplastik), die oft auch maßgeblich für eine ästhetische Deformität der Nase verantwortlich ist (z. B. Schiefnase oder Sattelnase). „Manchmal ist es auch andersherum: Ein Patient kommt wegen seiner Atembeschwerden und entscheidet sich dann zusätzlich für eine Verschönerung der äußeren Nase. Form und Funktion lassen sich da eben nicht trennen“, betont Prof. Gubisch.

Gesucht: langjährige Erfahrung

Einer erfolgreich operierten Nase sieht man den Eingriff nicht an. Im Idealfall ist sie hinterher unauffällig und fügt sich der Gesichtsform natürlich ein. „Der Eingriff ist technisch sehr kompliziert und schwer zu erlernen. Nur die richtige Weiterbildung und langjährige Erfahrung gewährleisten eine gelungene Operation“, rät Prof. Gubisch. Grundsätzlich sollte der Eingriff von Plastisch-ästhetischen Chirurgen oder Hals-Nase-Ohren-Ärzten mit der Zusatzbezeichnung „Plastische Operationen“ durchgeführt werden. Vor einem Eingriff sollte der Patient mehrere Ärzte aufsuchen und genau fragen, wie viele Nasen-Operationen dieser schon vorgenommen habe. Mit der Möglichkeit einer Nachoperation müsse der Patient aber immer rechnen. Bei acht bis zwölf Prozent der rein ästhetischen Eingriffe ist eine zweite Operation notwendig. „Bei ernsten Deformierungen, etwa nach einem Unfall, liegt die Wahrscheinlichkeit sogar bei 30 Prozent“, erklärt Prof. Gubisch, der selbst Plastischer Chirurg und HNO-Arzt ist.

Pressekontakt:
Kerstin van Ark

Deutsche Gesellschaft der
Plastischen, Rekonstruktiven und
Ästhetischen Chirurgen
Langenbeck-Virchow-Haus
Luisenstraße 58-59, 10117 Berlin

Fon: 030 / 28 00 44 50
Fax: 030 / 28 00 44 59

www.dgpraec.de
info@dgpraec.de

41. Jahrestagung der DGPRÄC

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

15. Jahrestagung der VDÄPC

Vereinigung der Deutschen Ästhetisch-Plastischen Chirurgen e.V.



PRESSEINFORMATION

Eigenfettinjektion in Ästhetik und Rekonstruktion: Indikationen, Risiken, Nutzen und Forschungsstand

Dresden – „Die so genannte autologe Fetttransplantation, also das Einbringen von zuvor an anderer Stelle entnommenem Fettgewebe oder -zellen, erlebt nach ihrer Erstanwendung vor über hundert Jahren eine Renaissance“, berichtet Prof. Pallua einleitend. Sowohl im Bereich der Rekonstruktion werde sie eingesetzt, zum Beispiel nach Brustkrebs oder zur Narbentherapie – aber ebenso in der Ästhetik, hier etwa zur Unterfütterung des Gesichtes, Verjüngung der Hand oder Vergrößerung der Brust. In allen Bereichen werde dabei angestrebt, dass möglichst viele Zellen den Prozess überstehen und es nicht zu einem Abbau des eingespritzten Fettgewebes kommt.

Entscheidend: Die Entnahme- und Aufbereitungstechnik

„Das Gewebe wird durch Fettabsaugung gewonnen, wobei der Ort der Entnahme nach aktuellem Forschungsstand unerheblich ist. Der Operateur muss darauf achten, dass bei der Entnahme möglichst wenig Sog ausgeübt wird, so dass die Zellen nicht platzen“, führt der Plastische und Ästhetische Chirurg aus und ergänzt, dass neben der Entnahmeform die Aufbereitung der Zellen entscheidenden Einfluss auf den Erfolg habe. Insgesamt gebe es derzeit mehrere Verfahren, die verschiedene Formen der Entnahme mit unterschiedlicher Zellaufbereitungs- und Injektionstechniken verbinden. Dabei würden zur Entnahme und Injektion unterschiedliche Kanülen verwendet. Die Aufbereitung, bei der die Zellen gereinigt werden, erfolge auf verschiedene Art und Weise. Bei einem Verfahren würden die im Fettgewebe enthaltenen Stroma- und Stammzellen isoliert und schließlich in höherer Konzentration wieder beigefügt. „Um eine gute Einheilung zu erreichen, wird das aufbereitete Fett durch mehrere Einstiche in kleinen Mengen und in verschiedenen Schichten ins Gewebe injiziert“, erläutert Prof. Pallua. Zusätzlich führt er aus, dass in Deutschland alle operativen Schritte während eines einzigen Eingriffes erfolgen müssen, da sonst gegen das Gewebegesetz verstoßen werde.

Risiken und Nebenwirkungen

„Bei der Injektion von zu großen Fettzelltransplantaten auf kleinem Raum können diese nicht optimal von den Gefäßen aus der Umgebung ernährt werden. Die Fettzellen gehen zugrunde. Durch die abgestorbenen Zellen kann es zu Ölzysten und Verkalkungen kommen. Der behandelnde Arzt sollte daher ausreichende Erfahrungen mit der Methode haben“, warnt Prof. Pallua. Er ergänzt, dass dieses Risiko auch bei Injektionen von Zellen bestünde, die bei der Absaugung zerstört wurden.

Prof. Pallua konnte in einer eigenen Studie nachweisen, dass das transplantierte Gewebe hohe Mengen an Wachstumsfaktoren enthält, welche für die Blutversorgung des transplantierten Fettgewebes mit verantwortlich sind. Derzeit gibt es keine Hinweise, dass diese Wachstumsfaktoren oder die transplantierten Stammzellen zu einem erhöhten Krebsrisiko führen. Dies stellte die DGPRÄC bereits im Rahmen einer Konsensus-Konferenz fest. Die Patienten sind jedoch über ein mögliches Risiko zu informieren. In Zukunft müssen Studien beweisen, dass die autologe Fetttransplantation einschließlich der enthaltenen Stammzellen selbst bei Patienten mit Krebs in der Vorgeschichte kein erhöhtes Risiko beinhaltet.

Pressekontakt:
Kerstin van Ark

Deutsche Gesellschaft der
Plastischen, Rekonstruktiven und
Ästhetischen Chirurgen
Langenbeck-Virchow-Haus
Luisenstraße 58-59, 10117 Berlin

Fon: 030 / 28 00 44 50
Fax: 030 / 28 00 44 59

www.dgpraec.de
info@dgpraec.de

41. Jahrestagung der DGPRÄC

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

15. Jahrestagung der VDÄPC

Vereinigung der Deutschen Ästhetisch-Plastischen Chirurgen e.V.



PRESSEINFORMATION

Ohne Skalpell zum Ziel: Neues aus der Faltenbehandlung

Dresden – „Der Trend zu minimal-invasiven Verfahren ist eindeutig und überzeugt im Bereich der Faltenbehandlung immer mehr Plastische und Ästhetische Chirurgen und ihre Patienten“, berichtet Dr. Hermann Lampe, Schatzmeister der DGPRÄC. Doch auch die Behandlungen mit Füllsubstanzen und „Botulinum Toxin A“ („Botox“) erfordern genaue Kenntnis der Anatomie des Gesichtes sowie viel Genauigkeit und Erfahrung. Die Wahl des behandelnden Arztes sollte daher mit großer Sorgfalt erfolgen. „Dies vorausgesetzt, eröffnen sich sehr erfolgreiche Behandlungsmöglichkeiten, die ganz ohne Skalpell auskommen“, so Dr. Lampe.

Botox: eine Allzweckwaffe

In den letzten Jahren seien besonders Kombinationsbehandlungen sehr stark weiterentwickelt worden. So komme es kaum noch vor, dass erfahrene Behandler Filler ohne eine Vorbehandlung mit „Botulinum Toxin A“ einsetzen. Die Lähmung der mimischen Muskulatur führe letztlich zu einer längeren Haltbarkeit der Füllsubstanzen und zum besseren Ausgleich der Falten. Hinzu komme, dass die „Botulinum Toxin A“-Behandlung die Theorie der Faltenbehandlung völlig verändert habe. Die Erfahrung habe gezeigt, dass sich durch die Abschwächung der mimischen Muskulatur Gesichtsfalten sogar mit körpereigenem Kollagen wieder auffüllten. Weiterhin werde zunehmend vor einer operativen Korrektur (z. B. einem Stirnlift) die mimische Muskulatur geschwächt, da die Wundheilung dann komplikationsloser verlaufe und die Narben weniger sichtbar seien.

Proportionen wiederherstellen

„Eine weitere große Veränderung hat der Volumenausgleich gebracht. Im Alter wird zumeist das Fett im Gesicht weniger, seine Verteilung ändert sich und zugleich verkürzen sich die mimischen Gesichtsmuskeln, wodurch sich Falten bilden“, erläutert der auf die Faltenbehandlung spezialisierte Plastische und Ästhetische Chirurg. „Die genaue Kenntnis der Gesichtsanatomie und die Lage der Fettdepots ermöglicht es uns, genau in den Zielgebieten das Volumen des Gesichtes aufzufüllen, wo es verloren gegangen ist. Dabei werden die neuen und immer wirkungsvolleren ‚Volumenfüller‘ angewandt und so ein wichtiger Schritt hin zur ursprünglichen Anatomie des Gesichtes gemacht“, erläutert Dr. Lampe.

„Es bleibt das Problem der Falten durch die mimische Muskulatur. Hier stehen mehrere ‚Botulinum Toxin A‘-Präparate zur Verfügung, um verkürzte und starrere ältere Muskeln in ihrer Aktivität zu dämpfen und die Falten damit deutlich zu mildern“, erklärt Dr. Lampe. „Folgt nun noch ein chemisches Haut-Peeling mit TCA oder Phenol, dann ist der gewünschte Endzustand häufig zu 80 Prozent erreicht – ohne Operationen!“ Aber auch bei einer operativen Gesichtsstraffung werde oft zum Ausgleich des Volumendefizits Eigenfett implantiert. Viele erfahrene Behandler würden das verlorene Fett auch mit Hyaluronsäure-Fillern oder mit Stimulatoren der Kollagenbildung ausgleichen und so das Ergebnis optimieren.

Pressekontakt:
Kerstin van Ark

Deutsche Gesellschaft der
Plastischen, Rekonstruktiven und
Ästhetischen Chirurgen
Langenbeck-Virchow-Haus
Luisenstraße 58-59, 10117 Berlin

Fon: 030 / 28 00 44 50
Fax: 030 / 28 00 44 59

www.dgpraec.de
info@dgpraec.de