

## Änderungsvorschlag für den OPS 2016

### Bearbeitungshinweise

1. Bitte füllen Sie für inhaltlich nicht zusammenhängende Änderungsvorschläge jeweils ein eigenes Formular aus.
2. Füllen Sie dieses Formular elektronisch aus. Die Formulare Daten werden elektronisch weiterverarbeitet, so dass nur **strukturell unveränderte digitale** Kopien im DOC-Format angenommen werden.
3. Vergeben Sie einen Dateinamen gemäß unten stehendem Beispiel; verwenden Sie Kleinschrift ohne Umlaute, Leer- oder Sonderzeichen (inkl. ß und Unterstrich):  
*icd-kurzbezeichnungdesinhalts-namedesverantwortlichen.doc*  
*kurzbezeichnungdesinhalts* sollte nicht länger als 25 Zeichen sein.  
*namedesverantwortlichen* sollte dem unter **1.** (Feld 'Name' s.u.) genannten Namen entsprechen.  
**Beispiel: icd-diabetesmellitus-mustermann.doc**
4. Senden Sie Ihren Vorschlag/Ihre Vorschläge unter einem prägnanten Betreff als E-Mail-Anhang bis zum **28. Februar 2015** an **vorschlagsverfahren@dimdi.de**.
5. Der fristgerechte Eingang wird Ihnen per E-Mail bestätigt. Heben Sie diese **Eingangsbestätigung** bitte als Nachweis auf. Sollten Sie keine Eingangsbestätigung erhalten haben, wenden Sie sich umgehend an das Helpdesk Klassifikationen (0221 4724-524, [klassi@dimdi.de](mailto:klassi@dimdi.de))

### Hinweise zum Vorschlagsverfahren

Änderungsvorschläge sollen **primär durch die inhaltlich zuständigen Fachverbände** eingebracht werden. Dies dient der fachlichen Beurteilung und Bündelung der Vorschläge, erleichtert die Identifikation relevanter Vorschläge und trägt so zur Beschleunigung der Bearbeitung bei.

Vorschläge, die die externe Qualitätssicherung betreffen, sollten mit der dafür zuständigen Organisation abgestimmt werden.

**Einzelpersonen** werden gebeten, ihre Vorschläge vorab mit allen für den Vorschlag relevanten Fachverbänden (Fachgesellschaften [www.awmf-online.de](http://www.awmf-online.de), Verbände des Gesundheitswesens) abzustimmen. Für Vorschläge, die nicht mit den inhaltlich zuständigen Organisationen abgestimmt sind, muss das DIMDI diesen Abstimmungsprozess einleiten. Dabei besteht die Gefahr, dass die Abstimmung nicht mehr während des laufenden Vorschlagsverfahrens abgeschlossen und die Vorschläge nicht mehr fristgerecht bearbeitet werden können.

**Der Einsender stimmt zu, dass das DIMDI den eingereichten Vorschlag komplett oder in Teilen verwendet.** Dies schließt notwendige inhaltliche oder sprachliche Änderungen ein. Im Hinblick auf die unter Verwendung des Vorschlags entstandene Version der Klassifikation stimmt der Einsender außerdem deren Bearbeitung im Rahmen der Weiterentwicklung der ICD-10-GM zu.

### Erklärung zum Datenschutz und zur Veröffentlichung des Vorschlags

- Ich bin/Wir sind damit einverstanden, dass alle in diesem Formular gemachten Angaben zum Zweck der Antragsbearbeitung gespeichert, maschinell weiterverarbeitet und ggf. an Dritte weitergegeben werden.
- Ich bin/Wir sind mit der Veröffentlichung meines/unseres Vorschlags auf den Internetseiten des DIMDI einverstanden.

Bei Fragen zum Datenschutz wenden Sie sich bitte an den Datenschutzbeauftragten des DIMDI, den Sie unter [dsb@dimdi.de](mailto:dsb@dimdi.de) erreichen.

**Pflichtangaben sind mit einem \* markiert.**

### 1. Verantwortlich für den Inhalt des Vorschlags

Organisation *	Bundesverband Medizintechnologie e.V.
Offizielles Kürzel der Organisation (sofern vorhanden) *	BVMed
Internetadresse der Organisation (sofern vorhanden) *	www.bvmed.de
Anrede (inkl. Titel) *	Herr
Name *	Winkler
Vorname *	Olaf
Straße *	Reinhardtstraße 29b
PLZ *	10117
Ort *	Berlin
E-Mail *	winkler@bvmed.de
Telefon *	030 246255-26

### 2. Ansprechpartner (wenn nicht mit 1. identisch)

Organisation *	Klinikum rechts der Isar, Tech. Univ. München - Brustzentrum
Offizielles Kürzel der Organisation (sofern vorhanden) *	MRI TUM
Internetadresse der Organisation (sofern vorhanden) *	www.mri.tum.de
Anrede (inkl. Titel) *	Dr. med.
Name *	Stefan
Vorname *	Paepke
Straße *	Ismaninger Straße 22
PLZ *	81675
Ort *	München
E-Mail *	stefan.paepke@lrz.tum.de
Telefon *	089/41 40 - 1

### 3. Mit welchen Fachverbänden ist Ihr Vorschlag abgestimmt? \* (siehe Hinweise am Anfang des Formulars)

AWO-Gyn: Arbeitsgemeinschaft für ästhetische, plastische und wiederherstellende Operationsverfahren in der Gynäkologie

Deutsche Gesellschaft für Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie

Dem Antragsteller liegen schriftliche Erklärungen seitens der beteiligten Fachgesellschaften über die Unterstützung des Antrags vor.

### 4. Prägnante Kurzbeschreibung Ihres Vorschlags (max. 85 Zeichen inkl. Leerzeichen) \*

Approximation von Gewebelappen mit Hilfe eines Lysin-Urethan Klebers

### 5. Art der vorgeschlagenen Änderung \*

- Redaktionell (z.B. Schreibfehlerkorrektur)
- Inhaltlich
- Neuaufnahme von Schlüsselnummern
  - Differenzierung bestehender Schlüsselnummern
  - Änderungen von Klassentiteln bestehender Schlüsselnummern
  - Neuaufnahmen bzw. Änderungen von Inklusiva, Exklusiva und Hinweistexten
  - Zusammenfassung bestehender Schlüsselnummern
  - Streichung von Schlüsselnummern

### 6. Inhaltliche Beschreibung des Vorschlags \*

(inkl. Vorschlag für (neue) Schlüsselnummern, Inklusiva, Exklusiva, Texte und Klassifikationsstruktur; bitte geben Sie ggf. auch Synonyme und/oder Neuordnungen für das Alphabetische Verzeichnis an)

Approximation von Gewebeschichten mit Hilfe eines Lysin-Urethan Klebers bei Vorliegen von subkutanem Totraum zwischen den Gewebeebenen bei chirurgischen Eingriffen mit Schaffung von Gewebelappen (z. B. nach Mastektomie oder während der Rekonstruktion der Mamma oder Rekonstruktionen an anderen anatomischen Regionen). Applikation des Lysin-Urethan Klebers in Matrixstruktur vor der Approximation der Gewebstrukturen. Der Lysin-Urethan Kleber polymerisiert binnen weniger Minuten und verbindet somit die verschiedenen Gewebsslappen und verringert den Totraum, der zwischen den Gewebsschichten entsteht.

Bei nachfolgend aufgeführten Verfahren findet der Lysin-Urethan Kleber Anwendung:

5-40 Operationen am Lymphgewebe

5-401.40 Iliakal, offen chirurgisch

5-401.50 Inguinal, offen chirurgisch

5-87 .. 5-88 Operationen an der Mamma

5-872.0 (Modifizierte radikale) Mastektomie ohne Resektion der M. pectoralis-Faszie

5-872.1 (Modifizierte radikale) Mastektomie mit Resektion der M. pectoralis-Faszie

5-883.10 Plastische Operationen zur Vergrößerung der Mamma, Implantation einer Alloprothese, submammär

5-883.20 Plastische Operationen zur Vergrößerung der Mamma, Implantation einer Alloprothese, subpektoral

5-884.0 Mammareduktionsplastik

5-885.0 Plastische Rekonstruktion der Mamma mit Haut- und Muskeltransplantation

5-886.30 Primäre Rekonstruktion mit Alloprothese, subkutan

5-886.40 Primäre Rekonstruktion mit Alloprothese, subpektoral

5-886.50 Primäre Rekonstruktion mit Alloprothese, sonstige

5-886.60 Sekundäre Rekonstruktion mit Alloprothese, subkutan

5-886.70 Sekundäre Rekonstruktion mit Alloprothese, subpektoral

5-886.80 Sekundäre Rekonstruktion mit Alloprothese, sonstige

5-89..5-92 Operationen an Haut und Unterhaut

5-897.1 Exzision und Rekonstruktion eines Sinus pilonidalis

5-903.5 Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut

5-904.0 Lappenplastik an Haut und Unterhaut, Entnahmestelle

5-905.0 Lappenplastik an Haut und Unterhaut, Empfängerstelle  
5-906.0 Kombinierte plastische Eingriffe an Haut und Unterhaut  
5-907.2 Revision einer lokalen Lappenplastik  
5-907.3 Revision eines gestielten regionalen Lappens  
5-907.4 Revision eines gestielten Fernlappens  
5-907.5 Revision eines freien Lappens mit mikrovaskulärer Anastomosierung  
5-911.0 Gewebsreduktionsplastik (Straffungsoperation)  
5-924.3 Freie Hauttransplantation und Lappenplastik an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen, Entnahmestelle  
5-925.4 Freie Hauttransplantation und Lappenplastik an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen, Empfängerstelle  
5-926.0 Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen  
5-927.0 Kombinierte plastische Eingriffe an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen  
5-928.5 Primärer Wundverschluss der Haut und Revision einer Hautplastik bei Verbrennungen und Verätzungen

Vorschlag zur Differenzierung der einzelnen Verfahren oder als möglicher Zusatzkode:

OPS-Kode: 'Punktueller Verklebung von Gewebeflächen großer Wundhöhlen mit Hilfe eines Lysinuerthanklebers'

## 7. Problembeschreibung und Begründung des Vorschlags \*

### a. Problembeschreibung

Ansammlungen von exsudativen, lymphatischen Flüssigkeiten und Serombildung sowie andere Komplikationen nach grösseren Lappenplastiken, wie konsekutive Infektionen stellen heutzutage ein häufiges und schwerwiegendes Problem dar. Insbesondere die Serombildung bei onkologischen Patienten nach einer Mastektomie oder einem anderen chirurgischen (wiederherstellenden) Eingriff an der Mamma oder anderen anatomischen Regionen bildet eines der meist verbreitetsten Probleme in der postoperativen Behandlung (Inzidenz bis zu 80% mit schwerwiegenden Komplikationen bis 15%). Laut der verfügbaren Literatur entstehen Serome und andere postoperative Komplikationen, wenn ein Totraum nach grösseren Lappenplastiken zwischen zwei Gewebsschichten entsteht. Darüber hinaus können Reibungskräfte, die zwischen zwei Gewebsschichten entstehen, zu einer Entzündungsreaktion führen, die wiederum die Ansammlung von Flüssigkeiten zwischen den Gewebsschichten begünstigt, sodass ein circulus vitiosus entsteht.

Unbehandelt können die Ansammlung von Flüssigkeiten und die damit verbundene Serombildung nach einer Lappenplastik zu einer ausgeprägten Infektion, Schmerzzuständen und letzten Endes zu einer Abstossung/Nekrose des Lappens führen.

Um dem Risiko einer Flüssigkeitsansammlung/Serombildung entgegenzuwirken, werden meist Drainagen angelegt oder punktuell in der postoperativen Behandlung Aspirationen durchgeführt. Entstehende Infekte werden mit einer zusätzlichen Antibiotikabehandlung beherrscht oder müssen durch eine erneute Operation korrigiert werden.

### b. Inwieweit ist der Vorschlag für die Weiterentwicklung der Entgeltsysteme relevant?

Neben dem Einsatz eines Lysin-Urethan Klebers steht bei grösseren Lappenplastiken, um Flüssigkeitsansammlungen und Serombildung zu reduzieren, der Einsatz von Drainagen zur Verfügung.

Trotz des Einsatzes von Drainagen nach Eingriffen im Brustbereich, entwickeln sich laut Literatur bei 59% der Patienten dennoch Serome oder anderweitige postoperative Komplikationen. In diesen Fällen muss auf zusätzliche Aspirationen und Antibiotikatherapien zurückgegriffen werden. Bei sogar 8% der Patienten muss ein zweiter chirurgischer Eingriff durchgeführt werden. Durchschnittlich verlängert sich der Krankenhausaufenthalt für den Patienten um 2,2 Tage.

Basierend darauf, dass die verfügbare Literatur nur wenig Aufschluss darüber gibt, ob der Einsatz von Drainagen einen Einfluss auf die Minderung von Seromen hat und dadurch, dass Drainagen von den Patienten meist als unangenehm bzw. schmerzhaft empfunden werden, sind die meisten Experten überzeugt, dass der Einsatz von Drainagen keine zufriedenstellende Lösung für die Behandlung von Seromen darstellt. Zwar reduzieren postoperative Drainagen die Ansammlung von Flüssigkeiten, jedoch bleibt die Rate an Seromen und anderer Komplikationen hoch. Es wird angenommen, dass inflammatorische Reaktionen, hervorgerufen durch den Einsatz von Drainagen, ebenfalls für die Entstehung von Seromen mitverantwortlich sind.

Anhand von klinischen Studien wird der Einsatz eines chirurgischen Klebers basierend auf Lysin-Urethan als vielversprechende Alternative zu Drainagen in der Lappenplastik dargestellt. Der Lysin-Urethan Kleber verbindet getrennte Gewebelappen sicher und vermeidet die Bildung von Toträumen zwischen Gewebsschichten, in denen sich Flüssigkeiten ansammeln und Serome und sich daraus entwickelnd anderweitige Komplikationen bilden können. Ebenfalls reduziert sich das Einwirken von Scherkräften, die meist inflammatorische Reaktionen hervorrufen können und ebenfalls zur Bildung von Seromen oder anderen Komplikationen beitragen können. Laut Literatur reduziert sich durch den Einsatz eines Lysin-Urethan Klebers die Quote für postoperative benötigte Aspirationen von 25% auf 15% und die Entstehung von kleineren Komplikationen von 33% auf 27%. Besonders vorteilhaft ist der Einsatz des Lysin-Urethan Klebers deswegen, da der Anteil an Patienten, bei denen eine chirurgische Revision notwendig sind von 8% auf 0% sinkt. Mit dieser Behandlungsmethode können erneute chirurgische Eingriffe vermieden werden.

Leider gibt es derzeit keine andere Möglichkeit bei grösseren Lappenplastiken bzw. Geweberekonstruktionen, wie z.B. bei Mastektomien oder andere plastische Rekonstruktionen an der Mamma, mit Hilfe eines chirurgischen Klebers auf Lysin-Urethan Basis adäquat mit OPS abzubilden und einer angemessenen Vergütung zuzuführen.

#### c. Verbreitung des Verfahrens

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> Standard | <input checked="" type="checkbox"/> Etabliert | <input checked="" type="checkbox"/> In der Evaluation |
| <input type="checkbox"/> Experimentell       | <input type="checkbox"/> Unbekannt            |   |

#### d. Kosten (ggf. geschätzt) des Verfahrens

1 Einheit / Behandlung ca. 400,- €

#### e. Fallzahl (ggf. geschätzt), bei der das Verfahren zur Anwendung kommt

Die Inzidenz der Bildung von Seromen und anderen Komplikationen nach grösseren Lappenplastiken liegt, je nach Eingriffsart, zwischen 11,1% und 42,1%. Bei 59% der Patienten, bei denen Drainagen zum Einsatz kommen, um auf diese Weise die Ansammlung von Flüssigkeiten und damit verbundene Komplikationen zu vermeiden, entstehen laut Literatur dennoch Serome oder andere post-operative Komplikationen.

Zudem muss formuliert werden, dass die Drainageliegezeit die stationäre Verweildauer der Patientin bestimmt, die im Mittel bei 6 Tagen liegt.

Berachtet man allein die Rate an Mastektomien, die in Deutschland jährlich durchgeführt werden, sind Fallzahlen von 12.000/Jahr anzunehmen.

**f. Kostenunterschiede (ggf. geschätzt) zu bestehenden, vergleichbaren Verfahren (Schlüsselnummern)**

Je nach auftretender Komplikation variiert die Alternativbehandlung. Die meist genutzten Alternativbehandlungen sind Re-Operationen, Aspirationen oder Antibiotikabehandlung. Aussagen zu den Kostenunterschieden können nur ungenau getroffen werden, da die Verfahren aufgrund der Heterogenität der Behandlungsdauer und -intensität nicht vergleichbar sind

Antibiotikagabe: kann als intravenöse Applikation den stationären Aufenthalt verlängern

Punktionen/Aspirationen: erfordern zumeist wiederholte ambulante Wiedervorstellungen (Personal- und Materialkosten)

Re-Operationen: erneute stationäre Aufnahme, Kosten der Operation und der verlängerten postoperativen stationären Betreuung.

Zudem muss formuliert werden, dass die Drainageliegezeit die stationäre Verweildauer der Patientin bestimmt, die im Mittel bei 6 Tagen liegt. Bei Verwendung des Gewebeklebstoffs lässt sich die Verweildauer erheblich senken; im Mittel auf 2 Tage und somit mehr als halbieren.

**g. Inwieweit ist der Vorschlag für die Weiterentwicklung der externen Qualitätssicherung relevant? (Vorschläge, die die externe Qualitätssicherung betreffen, sollten mit der dafür zuständigen Organisation abgestimmt werden.)**

**8. Sonstiges**

(z.B. Kommentare, Anregungen)

Der Einsatz eines Lysin-Urethan Klebers bei Operationen, bei denen durch grosse Wundflächen toträume entstehen birgt einen grossen Nutzen fuer Arzt, Patient und Kostenträger. Der Lysin-Urethan Kleber verbindet lose Gewebelappen sicher, und vermeidet die Bildung von Toträumen zwischen Gewebsschichten, in denen sich Flüssigkeiten ansammeln und damit Serome entstehen, die anderweitige Komplikationen hervorrufen können. Ebenfalls reduziert sich das Enwirken von Scherkräften, die inflammatorische Reaktionen hervorrufen können und ebenfalls zur Bildung von Seromen oder anderen Komplikationen beitragen können. Laut Literatur reduziert sich durch den Einsatz eines Lysin-Urethan Klebers die Quote für zusätzliche postoperative Behandlungen und verkürzt den Krankausaufenthalt signifikant.

Literatur zum beschriebenen Verfahren

Vivek Srivastava, Somprakas Basu, and Vijay Kumar Shukla, Seroma Formation after Breast Cancer Surgery: What We Have Learned in the Last Two Decades J Breast Cancer. Dec 2012; 15(4): 373–380.

Min-Seok Kwak, M.D., Daniel Müller, M.D., Ulrich Ziegler, M.D. Ziad Kalash, M.D., Christoph Heitmann, M.D., Klaus Walgenbach, M.D., Stefan Kalthoff, M.D., Yves Harder, M.D, Serous Fluid Drainage and Seroma Formation after Flap Procedures Requiring Wide Undermining: A German Multicenter Evaluation

Gilbert TW, Badylak SF, Beckman EJ, Clower DM, Rubin JP, Prevention of seroma formation with TissuGlu® surgical adhesive in a canine abdominoplasty model: long term clinical and histologic studies. J Plast Reconstr Aesthet Surg. 2013 Mar;66(3):414-22.

Esmat Hashemi, Ahmad Kaviani, Masoume Najafi, Mandana Ebrahimi, Homeira Hooshmand, and Ali Montazeri, Seroma formation after surgery for breast cancer, *World J Surg Oncol.* 2004; 2: 44.

Paepke S, Sauter V, Klein E, Ettl J, Niemeyer M, Kiechle M, Mastectomy without drains: Flap adhesion using TissuGlu® vs SWC - a parallel cohort investigation, Interdisciplinary Breast Center ; OB/GYN, Technische Universität München, Klinikum rechts der Isar, Roman Herzog Comprehensive CancerCenter

Christian Eichler, Faten Dahdouh, Petra Fischer, Mathias Warm: No Drain Mastectomy Using TissuGlu® Surgical Adhesive for Flap Fixation, Department of Gynecology and Obstetrics, Holweide Hospital, Cologne, Germany. Department of Health, University of Witten/Herdecke, Germany

Stefan Paepke MD, PhD, Evelyn Klein MD, Veronika Sauter, Johannes Ettl MD, Marcus Niemeyer MD, Jan Stassek MD, Ralf Ohlinger MD, PhD, Jens-Uwe Blohmer MD, PhD, Marion Kiechle MD, PhD: Mastectomy without drains: Flap adhesion and closure of dead space using TissuGlu® vs Standard Wound Closure - a parallel cohort comparison, Technical University Munich, Klinikum rechts der Isar, Interdisciplinary Breast Center, Munich Germany, Medical University Greifswald, Women's Hospital, Interdisciplinary Breast Center, Greifswald, Germany, Medical University Berlin, Campus Charité Mitte Breast Center, Berlin, Germany

Paepke S, Klein E, Ohlinger R, Blohmer JU, Warm M, Kiechle M: No Drain Mastectomy, using TissuGlu® Surgical Adhesive, Interdisciplinary Breast Center: OB/GYN Technische Universität München, Klinikum rechts der Isar, Roman Herzog Comprehensive Center, München, Germany

Paepke S, Klein E, Kiechle M, Selective tissue adhesion, reducing seroma formation in extensive breast surgery: The application of TissuGlu® - only problematic case solver or possible standard procedure?, Interdisciplinary Breast Center: OB/GYN Technische Universität München, Klinikum rechts der Isar, Roman Herzog Comprehensive Center, München, Germany

Christian Eichler, Faten Dahdouh, Axel Sauerwald and Mathias Warm, Seroma suppression using TissuGlu® in a high-risk patient post-mastectomy: a case report, *Journal of Medical Case Reports* 2013, 7:138

Peter L. Stollwerck, M.D., Albrecht F. Krause-Bergmann, M.D., Clinical Results and Economic Implications of the use of TissuGlu® Surgical Adhesive in Patients Undergoing Inguinal Lymph Node Dissection for Malignant Melanoma, Department of Plastic and Aesthetic Surgery, Hand Surgery, Fachklinik Hornheide, Muenster, Germany

Hunstad JP, Stevens G, Stezak S, Michaels J, Burns AJ; TissuGlu® Surgical adhesive Is an Effective alternative to Drains for Fluid Management in Abdominoplasty, *Plast. Reconstr. Surg.* 2014 Oct; 134 (4 Suppl 1) 61.

Gilbert TW, Badylak SF, Beckman EJ, Clower DM, Rubin JP, Prevention of seroma formation with TuissuGlu® surgical adhesive in a canine abdominoplasty model: long term clinical and histologic studies, *J Plast Reconstr Surg.* 2013, Mar;66(3):414-22

Walgenbach KJ, Banansch H, Kalthoff S, Rubin JP; Randomized prospective study of TissuGlu® surgical adhesive in the managemnt of wound drainage following abdominoplasty, *Aesthetic Plast Surg.* 2012; Jun; 36(3): 491-6

Gilbert TW, Badylak SF, Gusenoff J, Beckman EJ, Clower DM, Daly P, Rubin PJ; Lysine-derived urethane surgical adhesive prevents seroma formation in a canine abdominoplasty model, *Plast*

reconstr Surg 2008, Jul, 122(1): 95-102

Stefan Paepke, Veronika Sauter, Ralf Ohlinger, Jens-Uwe Blohmer, Matias Warm, Marion Kiechle, Selective tissue adhesion reducing seroma formation in extensive breast surgery: The application of TissuGlu® - Only problematic case solver or possible standar procedure, EJSO May 2014, Vol 40, Issue 5, page 621

Stefan Paepke, Veronika Sauter, Ralf Ohlinger, Jens-Uwe Blohmer, Matias Warm, Marion Kiechle; Minimization of complications in mastectomy: Standard wound closure (SWC) versus No-Drain-Surgical Adhesive: A non-randomized cohort comparison; Senologie - Zeitschrift für Mammadiagnostik und -therapie, 2014 - A91

Christian Eichler, Petra Fischer, Axel Sauerwald, Faten Dahdouh, Mathias Warm; Flap adhesion and effect on postoperative complication rates using Tissuglu® in mastectomy patients, Springer, January 2015

Ingo Kuhfuss, Alessandro Cordi, Philip Zeplin; Recurrent ischial pressure ulcer resolved with a novel tissue adhesive: a case report; Journal of Medical Case Reports 2015, 9:20