

4 Konsultation

4.1	Grundlagen	48
4.2	Klärung der Erwartungshaltung	48
4.3	Untersuchung	49
4.4	Objektivierung und Evaluation	54
4.5	Behandlungsplanung	55
4.6	Aufklärungsgespräch und Einverständniserklärung	55
4.7	Dokumentation	56

4 Konsultation

4.1 Grundlagen

Bei der Konsultation im Rahmen einer Ästhetiksprechstunde stehen die Bedürfnisse der Patienten im Vordergrund, an sich bzw. ihrem Äußeren etwas zu ändern.

Es wird hier, anders als bei der klassischen Konsultation, nicht das Ziel verfolgt, eine Diagnose zu stellen, sondern den Patientenwunsch mit den gegebenen Möglichkeiten in Übereinstimmung zu bringen.

Dabei hat der Therapeut verantwortungsvoll zu beurteilen, ob sich die Wünsche prinzipiell realisieren lassen und schließlich, wie und mit welchen Mitteln die Umsetzung erfolgen soll.

Ferner handelt es sich bei den geplanten Interventionen in der Regel um elektive Maßnahmen, die neben guter Vorbereitung und adäquater Durchführung auch eine ausführliche Aufklärung und Dokumentation erfordern.

Seitens der Patienten bestehen darüber hinaus extreme Erwartungshaltungen bezüglich der Resultate. Die Befunderhebung muss subjektive und objektive Faktoren erfassen. Hierzu gehören:

- die genaue Auslotung des Patientenwunsches
- die Hautdiagnose
- die Erhebung von Befunden
- die psychologische Beurteilung

Die Befunderhebung bzw. die Erfassung des Status quo ist die Basis für eine erfolgreiche Behandlung. Erst wenn die spezifischen Bedürfnisse der Patientin evaluiert wurden, kann ein genauer und – vor allem – individueller Behandlungsplan erstellt werden.

Wie bereits erwähnt, kommt dabei der Dokumentation eine wichtige Rolle zu. Es werden sowohl der Ausgangsbefund als auch die durchgeführten Maßnahmen dokumentiert.

Die Verlaufsdokumentation erfolgt mittels digitaler Aufnahmen, die nach Möglichkeit immer unter standardisierten Bedingungen angefertigt werden sollten (siehe Kap. 3.2).

Insbesondere wenn es sich um eine Erstbehandlung handelt, sollte der Therapeut genügend Zeit einplanen. Ferner sollte er sich darüber im Klaren sein, dass für eine präzise Therapieplanung eine sorgfältige Erhebung des Ist-Zustandes unerlässlich ist und den dafür notwendigen Zeitaufwand rechtfertigt. Folgende Schritte werden nacheinander durchgeführt:

1. Klärung der Erwartungshaltung
2. Untersuchung
3. Objektivierung/Evaluation
4. Behandlungsplanung
5. Beratung und Aufklärung
6. Dokumentation

Gerade im Rahmen einer Erstkonsultation sollten die Schritte in der angegebenen Reihenfolge durchgeführt werden. Neben den rein organisatorischen Vorteilen dieser Abfolge gibt man den Patienten auf diese Weise zudem die Sicherheit, sich optimal auf ihre Bedürfnisse einzustellen, als Basis für ein solides, auf Vertrauen und Verständnis beruhendes Arzt-Patienten-Verhältnis.

4.2 Klärung der Erwartungshaltung

Eine Patientin sucht eine Spezialsprechstunde mit dem offenen Anliegen auf, dass etwas am Äußeren verändert werden soll. Häufig bestehen ganz konkrete Wünsche; beispielsweise stören bestimmte Falten oder gerunzelte Hautareale. Komplexer wird es, wenn Aussagen fallen, wie: „Mein Gesicht gefällt mir nicht und ich will es einfach ändern“.

Im Gespräch ist daher zu klären, wie sich Möglichkeit und Machbarkeit verhalten: Liegen sie dicht beieinander oder weit auseinander?

Patientenwunsch und das Anspruchsverhalten des Therapeuten sind der Schlüssel zum konkreten Vorgehen. Legt beispielsweise eine 75-Jährige größten Wert darauf, dass ihre schlaffen Wangen verschwinden, kann man ihr diesen Wunsch erfüllen. Man darf jedoch nicht die Natürlichkeit aus dem Auge verlieren. Grobe Diskrepanzen würden später nahezu ebenso stören wie vorher die Falten, sodass man hier entsprechend beraten und lenken sollte.

Beim Vortragen des Wunsches lässt man sich von der Patientin genau erklären, idealerweise mit einem Spiegel in der Hand, was sie stört und in welchem Umfang sie sich die Korrektur vorstellt. Dabei beklagen sich viele Menschen nicht über offensichtlich ins Auge springende, negativ wirkende Merkmale, sondern sie stören sich an Details, die andere eher weniger wahrnehmen.

Die Frage, ob man die Patientin selbst auf ein solches Merkmal ansprechen sollte, stellt eine gewisse Gratwanderung dar. Wenn man es tut, könnte sie sich gekränkt fühlen, weil für sie beispielsweise ein Naevus über der Oberlippe positiv verknüpft ist, obwohl er im Gegensatz zu früher mehr Haare aufweist und erhaben ist. Spricht man sie jedoch nicht darauf an, fühlt sie sich eventuell nicht gründlich genug beraten.

Wirklich stigmatisierende Makel, wie eine ausgeprägte Zornesfalte, hohle Augen oder Marionettenfalten, die beim Gegenüber einen Eindruck der Verbitterung hinterlassen, sollten angesprochen und die Perspektiven einer Behandlung sollten erläutert werden.

Der Arzt muss beurteilen und im Gespräch mit der Patientin darlegen, ob die von ihr gewünschte Korrektur tatsächlich den Gesamteindruck verbessert oder zu einer Disharmonie im Gesicht führen könnte. Stört beispielsweise eine scharfe Nasolabialfalte die Patientin, kann nach der Glättung eine solche Disharmonie im mimisch aktiven Gesicht auftreten. Das Lachen wird stärker betont, wenn die Wangen mehr hervortreten und dieser Effekt wird durch ein Auffüllen der Falte verstärkt. Deshalb ist es so wichtig, sich vorab, während des Gesprächs mit der Patientin, ein Bild von der Gesamtwirkung zu machen.

Sobald geklärt ist, welche Veränderung die Patientin genau wünscht und in welchen Bereichen der behandelnde Arzt Verbesserungsmöglichkeiten sieht, sollte überlegt werden, in welcher Hautebene die Behandlung stattfinden soll.

Bei ausgeprägten Elastosebildern ist es beispielsweise wenig wahrscheinlich, dass durch eine Verdrängungsaugmentation ein harmonischer Effekt geschaffen werden kann.

4.3 Untersuchung

Eine genaue Untersuchung eruiert die Grenzlinie zwischen den Ansprüchen der Patienten und einem realistischen Therapieziel.

4.3.1 Anamnese

Die Anamnese beschränkt sich nicht nur auf den dermatologisch-ästhetischen Bereich. Sie ist vielmehr nur ein Fokus innerhalb der klassischen Anamnese. Zu klären ist, ob und welche ästhetischen Behandlungen bereits stattgefunden haben und wie der Erfolg seitens der Patientin beurteilt wird.

Zu erfragen sind insbesondere vorangegangene operative Eingriffe im Gesichtsbereich, wie beispielsweise Blepharoplastiken oder Facelifts. Insbesondere bei Letzteren ist aufgrund der veränderten anatomischen Verhältnisse besondere Vorsicht geboten. Die Anamnese erhebt weiterhin, wann welche Maßnahmen durchgeführt wurden.

Der Anamneseprozess führt nicht zu einer Diagnose, sondern zur Konkretisierung und Beurteilung der Erwartungen der Patienten. So können im Anamnesegespräch unrealistische Erwartungen seitens der Patienten relativiert werden; im Extremfall muss von einer Behandlung abgeraten werden.

Folgende Punkte sollten gezielt abgefragt werden:

- Neigung zu Entzündungen, verzögerter Hautheilung, Keloidbildung, Hyper- oder Hypopigmentierungen
- Herpes- und eine Akne-vulgaris-Anamnese für chemisches Peeling, Laserablation und Dermabrasion
- Pigmentierungsstörungen und Keloidbildung, v. a. bei Dunkelhäutigen
- Rauchstatus als möglicher Anhaltspunkt für eine verzögerte Hautheilung
- Einnahme von Kortikosteroiden, Chemotherapeutika, Immunsuppressoren, Colchicin, Penicillamin als Anhaltspunkt für Wundheilungsstörungen
- Mangel an Vitamin C, Vitamin A und Zink als Anhaltspunkt für Wundheilungsstörungen
- Chronische Krankheiten wie Diabetes mellitus, Gefäßleiden, Nieren- und Leberkrankheiten sowie Autoimmunkrankheiten und Malignome als Anhaltspunkt für eine verzögerte Hautheilung
- Einnahme von Diphenylhydantoin, Vitamin A und C sowie Zink als Anhaltspunkt für eine überschießende Wundheilung
- Unverträglichkeiten und Allergien, wie z. B. auf tierisches Eiweiß, Lokalanästhetika, Desinfektionsmittel, Antibiotika. **Cave:** Eine negative Anamnese schließt allergische Reaktionen nicht aus!
- Kontraindikationen für Lokalanästhetika, Nervenblockaden, sedierende Medikamente oder für Injektionen generell (Blutungsneigung)
- Ausschluss von Kryopathien bei Behandlungsverfahren, die eine Kühlung erfordern (zur Hautprotektion oder Anästhesie)
- Infektionskrankheiten des Patienten zum Eigenschutz erfragen, da bei Verfahren wie Injektionen, Dermabrasion und Laserablation infektiöse Partikel in die Atemluft gelangen bzw. bei akzidentellem Nadelstich übertragen werden können.
- Sämtliche früheren ästhetischen Korrekturen im Gesicht und in anderen Arealen genau erfassen

Ein weiterer Komplex, der systematisch evaluiert werden muss, ist das Lebensumfeld der Patientin. Die Art der Berufstätigkeit, Ernährungsgewohnheiten, die Einnahme von Nahrungsergänzungsmitteln, die verwendeten Hautpflegeprodukte sowie der Besuch von Solarien bzw. die individuelle Sonneneexposition sollten erfragt werden.

4.3.2 Inspektion

Man unterscheidet zwischen einer direkten und einer indirekten Inspektion. Bei der indirekten Inspektion beobachtet man die Patientin in ihrem natürlichen Verhalten, ihr Mienenspiel beim Sprechen, beim Lachen und in Ruhe. Bei der direkten Inspektion werden gezielt einzelne Muskelaktivitäten, wie Stirnrunzeln, Zusammenkneifen der Augen oder Naserümpfen beobachtet, um die Auswirkungen auf das Erscheinungsbild des Gesichts abschätzen zu können. Die Beobachtung dieser Aktivitäten erfolgt sowohl von frontal als auch von seitlich.

Auch andere Hautareale, die im Rahmen einer ästhetischen Behandlung für die Patienten relevant sind (z. B. Dekolleté, Arme, Handrücken), werden auf alterungsspezifische Merkmale hin inspiziert. Wichtig für eine Beurteilung des geeigneten Verfahrens und die Haltbarkeit des entsprechenden Ergebnisses sind:

- die Glogau-Klassifikation zur Beurteilung des aktinischen Schadens
- der Hauttyp nach Fitzpatrick zur Beurteilung der Pigmentierung
- die Talgdrüsenaktivität als Marker für die Aktivität der Haut insgesamt
- die Art des Faltentyps
- Hautbefunde wie Naevi, Pigmentierungsstörungen und Teleangiektasien

Die Glogau-Klassifikation wird zur Beurteilung der aktinischen Schädigung herangezogen. Während die qualitativen Veränderungen gut nachvollziehbar sind, bleibt die Alterszuordnung im genetischen und geografischen Kontext anzupassen.

Klassifikation	Alter in Jahren	Ausprägung
mild	28–35	<ul style="list-style-type: none"> • wenig Fältchen • keine sonstigen epidermalen Veränderungen
moderat	35–50	<ul style="list-style-type: none"> • frühe Falten • erste Dyspigmentationen und aktinische Keratosen
fortgeschritten	50–60	<ul style="list-style-type: none"> • persistierende Falten • ausgeprägte Störungen der Pigmentierung • Teleangiektasien und aktinische Keratosen
schwer	65–70	<ul style="list-style-type: none"> • persistierende Falten in mimischen und mimikfreien Arealen • Übergang der Dyspigmentierung in benigne und maligne Formen • Nachweis aktinischer Keratosen mit und ohne Übergänge in invasive Wachstumsformen

Tab. 4.1 Klassifikation nach Glogau

Beobachtungskriterien in der Frontalansicht



Beobachtungskriterien in der Frontalansicht

- Beurteilung des Hautkolorits
- Beurteilung des natürlichen Mienenspiels beim Reden, Lachen u. s. w.
- Beurteilung der Falten in Ruhe
- Beurteilung der Falten bei Provokation
- Beurteilung des Hauttyps und der Pigmentierung
- Beurteilung von Naevi, Keratosen und Teleangiektasien
- Symmetrie der Gesichtspartien
- Lippenfülle

Beobachtungskriterien in der Seitenansicht



Beobachtungskriterien in der Seitenansicht

- Beurteilung des Profils
- Beurteilung des Faltenzustands in Ruhe
- Beurteilung der Falten bei Provokation
- Beurteilung des Hauttyps und der Pigmentierung
- Beurteilung von Naevi, Keratosen und Teleangiektasien
- Beurteilung der Kinnform
- Vor- oder zurücktretendes Kinn
- Kinn-Hals-Winkel (Doppelkinn)
- Lippenfülle

Hauttyp/ Lichttyp	Hautrötung, Sonnenbrand	Bräunung
I	immer	nie
II	immer	gelegentlich
III	gelegentlich	immer
IV	nie	immer
V	dunkelhäutige Menschen nie	immer
VI	schwarzhäutige Menschen nie	immer

Tab. 4.2 Klassifikation nach Fitzpatrick zur Beurteilung der Neigung zur Pigmentierung

Hautfarbe

Im Normalfall ist die Haut rosig. Die Hautfarbe ändert sich abhängig von der zugrunde liegenden Störung:

- Rötungen können Zeichen eines erhöhten Blutdrucks, einer lokalen Entzündung, von Alkoholabusus oder einer umschriebenen oder flächenhaften Hauterkrankung sein.
- Bläuliche Hautverfärbung, verursacht durch reduzierten Hämoglobin- oder Sauerstoffgehalt im Blut, kann bei pulmonalen Erkrankungen (z. B. Asthma bronchiale) beobachtet werden.
- Gelbliche Verfärbung kann durch Lebererkrankungen oder die Einnahme von bestimmten Nahrungsergänzungsmitteln wie z. B. Carotinoiden verursacht werden.
- Braun-gelbe Flecken können vermehrt während der Schwangerschaft sowie bei Lebererkrankungen auftreten.

Hautzustand

Verschiedene Einflüsse – Art der Körperpflege(-produkte), psychische Gegebenheiten, Hormonhaushalt – verändern den Hautzustand.

- Trockene Haut ist in den häufigsten Fällen das Ergebnis einer zu intensiven Körperpflege. Sie kann aber auch Zeichen einer Hypothyreose sein, bei der die Haut besonders im Gesicht verdickt und rau erscheint.
- Vegetative Begleitreaktionen, wie bei Angst oder Nervosität, können zu einer erhöhten Feuchtigkeit der Haut führen.
- Auf der Basis einer fettigen Haut bildet sich häufiger Akne aus, insbesondere in hormonellen Umstellungsphasen (Pubertät, Behandlung mit Hormonpräparaten).
- Effloreszenzen sind häufig zu beobachten; sie können auf entzündliche Hauterkrankungen hinweisen, die möglicherweise eine Kontraindikation für eine Injektionsbehandlung in dem betroffenen Gebiet darstellen.
- Eine Neigung zu Akne-Effloreszenzen bzw. Narbenbildungen sollten bei der Indikationsstellung mitberücksichtigt werden, um hierauf positiven Einfluss ausüben zu können.

Effloreszenzen

Effloreszenzen können auf entzündliche Hauterkrankungen hinweisen, die möglicherweise eine Kontraindikation für eine Injektionsbehandlung in dem betroffenen Gebiet darstellen.

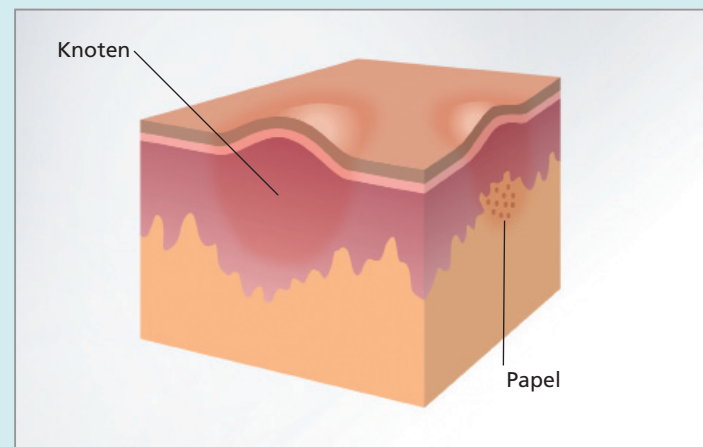
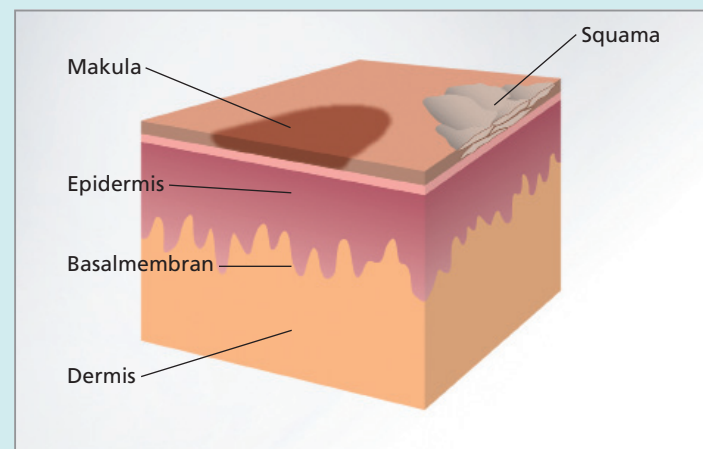
Die einzelnen Effloreszenzen werden in den folgenden Abbildungen erläutert.

Effloreszenzen

Makula: Die Makula ist eine umschriebene Farbänderung der Haut, die kleiner als 5 mm ist und weder eine Erhöhung noch eine Verhärtung oder Schuppung zeigt. Ist die Veränderung größer als 5 mm, so wird sie als Fleck bezeichnet.

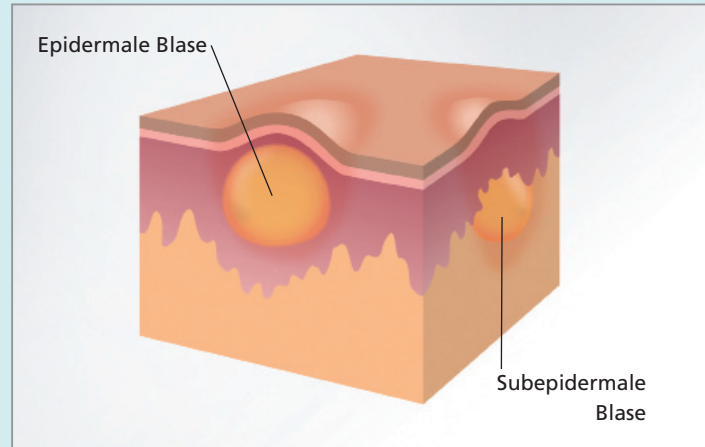
Squama: Als Squama bezeichnet man eine Schuppe. Sie besteht aus flachen Hornzellen, die sich vom Stratum corneum (Hornschicht) gelöst haben.

Papel: Die Papel ist eine umschriebene Hauterhebung, die kleiner als 5 mm ist. Ist sie größer als 5 mm, wird sie als Knoten bezeichnet.



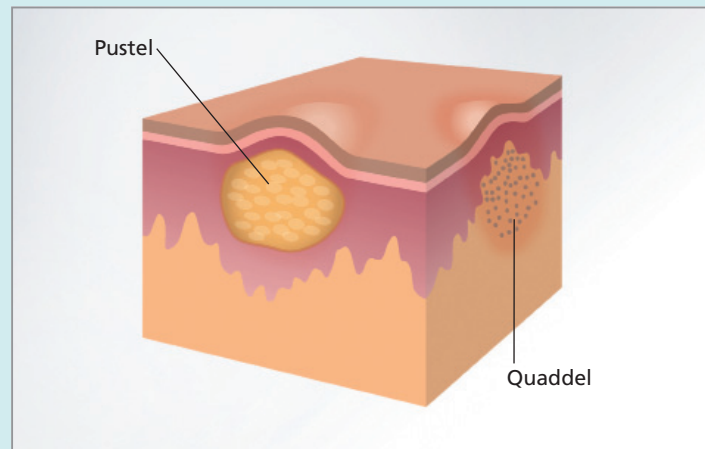
Effloreszenzen

Blase: Als Blase bezeichnet man einen mit Flüssigkeit gefüllten Hohlraum. Ist die Effloreszenz kleiner als 5 mm, wird sie als Bläschen bezeichnet.



Pustel: Eine Pustel ist ein mit Eiter gefüllter Hohlraum.

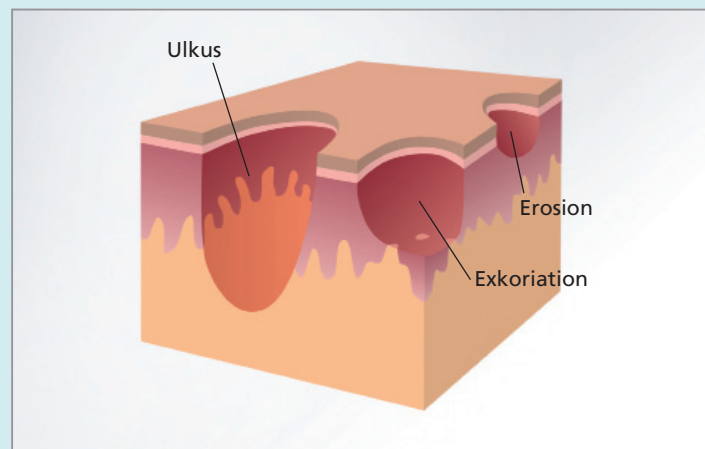
Quaddel: Die Quaddel ist eine vorübergehend auftretende, stark juckende, meist rosafarbene Plaque, die durch ein Ödem in der Dermis entsteht.



Erosion: Als Erosion bezeichnet man den Verlust des Epithels (beispielsweise durch Abschürfung) bis zur Basalmembran. Sie heilt ohne Narbenbildung ab.

Exkoration: Eine Veränderung der Hautoberfläche durch Kratzen nennt man Exkoration. Der Gewebedefekt reicht bis ins Stratum papillare.

Ulkus: Ein Ulkus ist ein Substanzdefekt, der bis in die Dermis oder Subkutis reicht. Er heilt stets narbig ab.



4.3.3 Palpation

Eine weitere Komponente der Befunderhebung stellt die Palpation dar. Die Palpation der Haut erfasst die Qualitäten

- Temperatur,
- Oberflächenbeschaffenheit und
- Turgor.

Der Turgor zeigt den vom Flüssigkeitsgehalt abhängigen Spannungszustand des Gewebes an. Um ihn beurteilen zu können, bildet man

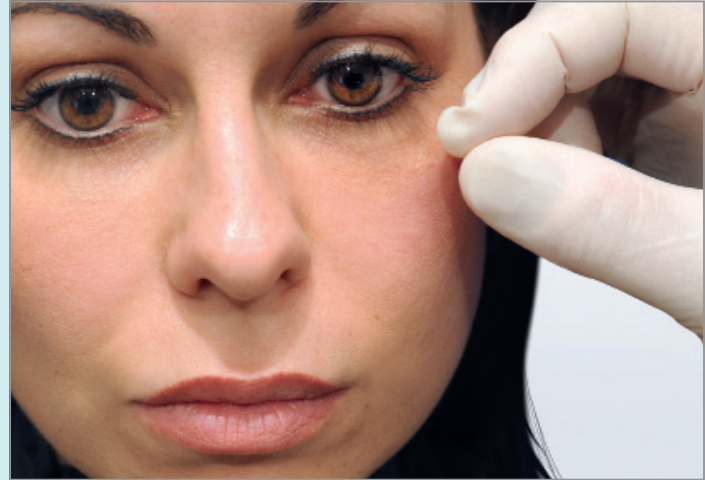
zwischen Daumen und Zeigefinger eine Hautfalte. Lässt man diese Hautfalte los, glättet sich im Normalfall die Haut unverzüglich.

Bei einem verminderten Flüssigkeitsgehalt bleibt die Hautfalte stehen oder bildet sich nur langsam zurück. Die im Gesicht tastbaren knöchernen Vorsprünge, wie beispielsweise der obere und seitliche Orbitarand, das Jochbein, der Unterkiefer und die Kinnschuppe, dienen der anatomischen Orientierung für die geplanten Injektionen.

Snap-Test



Bilden einer Hautfalte zwischen Daumen und Zeigefinger



Im Normalfall glättet sich die Haut unverzüglich

Knochenvorsprünge



Übersicht der tastbaren Knochenvorsprünge

4.3.4 Faltenbeurteilung

Zur Beurteilung der Falten wird zunächst das Oberflächenrelief betrachtet. Die Palpation gibt weiteren Aufschluss über die Hautelastizität, Hautdicke und den Turgor. Die Beurteilung der Hautdicke ist

gerade für augmentierende Verfahren wichtig, denn hiervon hängt beispielsweise die Tast- und Sichtbarkeit injizierbarer Substanzen wie auch die Injektionstiefe und -technik ab.

Knitterfalten

Feine Knitterfalten durch dünner gewordene Epidermis und Dermis sind von einer atrophierten Subkutis zu unterscheiden, die gröbere Falten hinterlässt. Die Hautoberfläche kann zusätzlich durch weitere Störungen des Mikroreliefs wie Narbenbildungen, Knötchen, Milien usw. verändert sein.

Faltenbildung aufgrund von Lichtschädigungen

Faltenbildung aufgrund einer Lichtschädigung beruht auf der Degeneration der elastischen Fasern und führt zu schlaffen Falten, im Extremfall mit oberflächlich herabsackenden Strukturen.

Mimische Falten

Vorrangig durch Muskelzug bedingte Faltenbilder zeichnen sich dadurch aus, dass die Haut in mimisch wenig belasteten Zonen noch faltenfrei oder -arm ist.

Atrophiebedingte Falten

Ist die Subkutis als Unterlage der Dermis geschrumpft, erweitert sich der Hautmantel, was zu einer Faltenbildung führt.

Schwerkraftbedingte Falten

Durch Schwerkraft hervorgerufene Falten verändern das Makrorelief, also die gesamten Gesichtskonturen, markant.

Schlafbedingte Falten

Durch Schlafgewohnheiten verursachte Falten sind in der Regel deutlich asymmetrisch im Gesicht erkennbar, weil praktisch jeder Mensch eine bevorzugte Schlafseite hat. Einziehungen durch Narben oder Grübchen als Unruheherde, von denen Falten ihren Ausgang nehmen können, sollten identifiziert werden. Die Palpation gibt weiteren Aufschluss über die Hautelastizität, die Hautdicke und den Turgor.

4.4 Objektivierung und Evaluation

Eine Objektivierung des Ausgangsbefundes ist die Basis für die Behandlung. Im Rahmen der Dokumentation dient die Objektivierung auch der Absicherung der Effizienz der durchgeführten Maßnahmen im Rahmen einer Qualitätssicherung.

Die Objektivierung dient der Beurteilung, wie sich Merkmale auf der Basis eines Eingangsbefundes verändern. Eine Objektivierung lässt sich mit wenig Aufwand in eine Befunddokumentation integrieren.

In jüngster Zeit wurde die sogenannte Wrinkle Severity Rating Scale (WSRS) im Kontext mit neuen Fillern speziell für den Nasolabialbereich eingeführt und validiert.

Faltenbefund	Augmentation mit Fillern	Alternativen
Feine Falten, oberflächliche Knitterfältchen und raue Haut	Augmentation mit unvernetzten Hyaluronsäure-Präparaten	Oberflächlich <ul style="list-style-type: none"> • Mikrodermabrasion • Peeling • Laser-Resurfacing
Durch Muskelzug hervorgerufene Mimikfalten	Lassen sich tief eingefurchte Falten durch Botulinumtoxin A nicht ausreichend glätten, kann eine augmentative Korrektur des Restbefundes erfolgen	Botulinumtoxin A (Mittel der ersten Wahl)
Elastotische Falten, im Wesentlichen bedingt durch Degeneration der elastischen und kollagenen Fasern, wie z. B. bei fortgeschrittenen Stadien der Lichtalterung	<ul style="list-style-type: none"> • Biorevitalisierung mit unvernetzten Hyaluronsäurepräparaten (Poly-L-Milchsäure) • Augmentationsbehandlung in erster Linie als Kombinationsbehandlung, um nach anderen Behandlungen noch bestehende Restbefunde auszugleichen 	Verfahren, die zur Kollagenbildung anregen: <ul style="list-style-type: none"> • nicht ablativ Laserverfahren • Blitzlampe • Radiofrequenzverfahren Je nach Beschaffenheit der obersten Hautschichten: <ul style="list-style-type: none"> • ablativ Laserbehandlung • chemisches Peeling Sonstige Optionen: <ul style="list-style-type: none"> • Fadenlifting
Schlafbedingte Falten, die häufig tiefer eingefurcht und begrenzt sind	Gut für die Augmentation mit höher- und hochvernetzten Präparaten geeignet	Wenn die Falten regional begrenzt sind, sind flächig wirkende Verfahren wie Peeling und mechanische Abrasio weniger geeignet.
Falten durch Atrophie der Subkutis	Augmentation vorrangig im Subkutanbereich mit vernetzten Hyaluronsäurepräparaten	<ul style="list-style-type: none"> • Laser-Resurfacing oder Peeling (verleiht den oberflächlicheren Schichten mehr Glätte) • Eigenfettaugmentation (regt zusätzlich die Kollagenbildung an) • Fadenlifting • Klassisches Facelifting
Schwerkraftbedingte Falten, hervorgerufen durch Atrophie der Subkutis und Tonusverlust des SMAS*	Keine primäre Indikation für die Augmentation mit Fillern	<ul style="list-style-type: none"> • Botulinumtoxin A bei schweren, herabhängenden Augenbrauen führt zu einer Anhebung der Brauen (Brauenlifting) • Fadenlifting • Klassisches Facelifting

Tab. 4.3 Übersicht: Indikationsstellung in Abhängigkeit vom Faltenbefund

* SMAS (superficial musculo-aponeurotic system)

WSRS	
0	keine Falten
1	sehr feine Falten
2	feine Falten
3	mitteltiefe Falten
4	sehr tiefe Falten

Tab. 4.4 Klassifizierung der Wrinkle Severity Rating Scale (WSRS)

Zur Beurteilung weiterer typischer Falten gibt es validierte Skalen; sie sind im Kap. 8 („Arbeitshilfen“, siehe S. 172 ff.) dargestellt:

- Stirnfalten – statisch
- Stirnfalten – dynamisch
- Krähenfüße – statisch
- Krähenfüße – dynamisch
- Marionettenfalten
- Halsfalten

Weitere validierte Skalen wurden zur Evaluation des Lippenvolumens, der Augenbrauenposition und zur Erfassung der Hautalterung an den Händen eingeführt. Mit diesen Skalen lassen sich sowohl der Ausgangsbefund als auch das Therapieergebnis erfassen, bewerten und objektivieren.

4.5 Behandlungsplanung

Nach der Evaluation der Erwartungshaltung und der Untersuchung ist das weitere therapeutische Vorgehen zu planen. Ferner muss der zeitliche Ablauf eingehend mit der Patientin besprochen und auf folgende Punkte eingegangen werden:

- Soll der Effekt sofort sichtbar sein oder kann die Patientin Geduld aufbringen?
- Soll der Effekt eher lange anhalten?
- Wie viel Risiko ist die Patientin bereit einzugehen?
- Wie steht die Patientin zu einer Vortestung, zu einer Behandlungsserie?
- Welche Rolle spielen für die Patientin die Kosten?
- Welche Vorstellung macht sich die Patientin über das Ausmaß der Wirkung, die ein Verfahren erzielen kann?

Wenn diese Punkte nicht im Detail angesprochen und zufriedenstellend geklärt sind, wird die Patientin unter Umständen mit dem Behandlungsergebnis unzufrieden sein. Die Auswahl der Verfahren hängt im Wesentlichen von zwei Parametern ab:

1. Vom Patientenwunsch, solange keine klaren Kontraindikationen bestehen.
2. Vom vorliegenden Ausgangsbefund.

Der Behandler sollte sich jedoch der Tatsache bewusst sein, dass etliche Patienten ihre Kenntnisse über Verfahren und vor allem Versprechungen, die hierüber gemacht werden, aus mehr oder weniger seriösen Darstellungen in verschiedenen Medien beziehen.

Viele sogenannte Misserfolge wären nicht eingetreten, hätte man den Patienten rechtzeitig eine realistische Behandlungsperspektive aufgezeigt bzw. über alternative Behandlungsverfahren informiert.

Checkliste zur Klärung des Patientenwunsches

- Was genau möchte die Person geändert haben?
- Worin besteht ihre Motivation zur Änderung?
- Welche Erwartungen verknüpft sie mit der Änderung?
- Kann sie die Risiken und die Bedeutung der Compliance verstehen?
- Wie hoch ist ihr Angst-Level?
- Wie gut ausgeprägt ist ihr Selbstbewusstsein?
- Welche Haltung hat sie gegenüber dem Behandler?

4.6 Aufklärungsgespräch und Einverständniserklärung

Da es sich um die Behandlung von prinzipiell gesunden Menschen handelt, ist eine gründliche Aufklärung unerlässlich. Je invasiver das Verfahren ist, umso ausführlicher und umfangreicher sollte die Aufklärung sein. Dabei umfasst die Aufklärung unter Berücksichtigung der Wünsche und Ziele der Patientin

- die Art des gewählten Verfahrens
- die Erfolgsaussichten
- die Wirkungen und Nebenwirkungen
- die Risiken und Besonderheiten
- die zu erwartenden Folgen (down-time?)
- die voraussichtliche Haltbarkeit
- das zu erwartende Ergebnis
- ggf. Hinweis auf alternative Behandlungsformen
- Hinweise bezüglich einer Anwendung im Rahmen einer Off-Label-Therapie (z. B. im Falle einer Behandlung mit Botulinumtoxin A unbedingt erforderlich)

Für einen ästhetisch-korrigierenden Wahleingriff gibt es gut und weniger gut geeignete Patienten. Bei problematischen Patienten werden auch die Resultate überdurchschnittlich häufig problematisch ausfallen. Deshalb ist es ratsam, von vorneherein der Aufklärung ganz besondere Aufmerksamkeit zu schenken, von einem Eingriff auch ganz abzuraten oder ihn zumindest zeitlich zu verschieben, wenn folgende Situationen vorliegen:

- wiederholte psychische oder psychiatrische Erkrankungen
- Patienten mit minimalen objektivierbaren Veränderungen
- „Ärzte-Hopping“: Eine Patientin, die vorher mit einer Reihe von Ärzten unzufrieden war, wird es höchstwahrscheinlich auch mit dem aktuellen Behandler sein
- unrealistische Erwartungen und fragwürdige Motive, z. B. „Retten der Beziehung“, „Lösung aller Probleme“
- spontaner Entschluss

Erfahrungen deuten darauf hin, dass Männer, die sich ästhetischen Eingriffen unterziehen, im Durchschnitt emotional instabiler sind als die weibliche Klientel. Offenbar sind sie zudem zu einem größeren Prozentsatz unzufrieden und äußern dies aggressiver. Dieser Trend nimmt dem Anschein nach in dem Maß ab, in dem es für Männer akzeptabler wird, sich einer ästhetisch korrigierenden Prozedur zu unterziehen.

Im Rahmen des Aufklärungsgesprächs erfolgt die Befragung hinsichtlich der folgenden Kontraindikationen (siehe Abschn. 4.3.1, „Anamnese“, S. 49):

- relevante Vorerkrankungen
- Allergien
- regelmäßige Einnahme von Medikamenten
- mögliche Schwangerschaft bzw. Stillzeit

Ferner ist zu eruieren, ob bereits andere ästhetische Maßnahmen oder Operationen im Gesichtsbereich vorgenommen wurden. Schwellungen und Entzündungen im geplanten Behandlungsgebiet und in benachbarten Regionen stellen eine zeitlich begrenzte Kontraindikation dar.

Schließlich sollten die geplante Vorgehensweise und die nächsten Schritte erläutert werden. Die Behandlung darf nicht im unmittelbaren Anschluss an das Aufklärungsgespräch durchgeführt werden.

Checkliste: Aufklärungsgespräch

1. Es ist über Chancen, eingriffsspezifische Risiken, Behandlungsziel, Nutzen für die Patienten und Alternativen aufzuklären, wenn davon ausgegangen werden kann, dass diese einem medizinischen Laien nicht aufgrund von Allgemeinwissen bekannt sind oder sein sollten.
2. Je weniger der Eingriff medizinisch indiziert, notwendig oder dringlich ist, desto umfassender hat die Aufklärung zu erfolgen.
3. Je größer das Risiko eines Eingriffs ist, desto umfassender ist über seltene Risiken aufzuklären.
4. Je riskanter die Nebenwirkungen und Wechselwirkungen eines Medikamentes sind, desto umfassender ist über Risiken aufzuklären. In diesem Zusammenhang ist besonders die Aufklärung über eine für die Indikation nicht zugelassene Medikation (Off-Label-Use) bedeutsam.
5. Nach den Anforderungen der Rechtsprechung kann über sehr seltene Risiken aufzuklären sein, sofern diese im Falle ihrer Verwirklichung die Lebensführung schwer belasten und trotz ihrer Seltenheit für den Eingriff spezifisch, für den Laien aber überraschend sind (Parzeller et al. 2007).

Ein bedeutsamer Punkt im Rahmen des Aufklärungsgesprächs ist die Erörterung der Kosten für die Behandlung. Die Kosten für die Behandlung müssen von den Patienten privat aufgebracht werden. Dabei ist zu beachten, dass eine Faltenbehandlung nach drei bis vier Monaten wiederholt werden muss. Die Aufwandspauschale ist natürlich individuell verhandelbar. Wichtig sind für Patienten Nachvollziehbarkeit und Transparenz. Insofern sollte es klare Richtgrößen geben – zum Beispiel in Bezug auf behandelte Regionen.

Alle Maßnahmen vom Aufklärungsgespräch über die Einwilligungserklärung bis hin zum Befund und der Behandlung müssen dokumentiert werden. Hierzu empfehlen sich spezielle Dokumentations-

vorlagen, die in der Patientenakte aufbewahrt werden können. Eine fotografische Verlaufsdocumentation sollte nach Möglichkeit ebenfalls durchgeführt werden. Wer die Patientenbilder für Vorträge oder Publikationen verwenden möchte, benötigt hierzu eine schriftliche Einwilligungserklärung der Patientin. Ein entsprechendes Muster, das adaptiert werden kann, findet sich im Kap. 8, „Arbeitshilfen“.

Die Aufklärung ist im Anschluss schriftlich zu dokumentieren. Das alleinige Aushändigen eines Aufklärungsbogens ersetzt nicht die notwendige mündliche Aufklärung durch den Arzt. Da es sich hier um elektive Verfahren handelt, muss zwischen Aufklärung und Behandlung ein angemessener Zeitraum liegen, in dem die Patienten die Konsequenzen einer Behandlung in Ruhe überdenken können. Die Behandlung darf also nicht unmittelbar nach der Aufklärung erfolgen.

Was Patienten nach einer Augmentationsbehandlung mit Fillern beachten sollten

Sofort nach der Behandlung können in der Regel Alltagsbeschäftigungen oder berufliche Tätigkeiten wieder aufgenommen werden.

Für gleichmäßige Verteilung des Präparates im Gewebe erfolgt eine ausgiebige Massage des Behandlungsareals mit antibiotikahaltiger Creme oder Salbe.

Wiederholte Kühlung des Behandlungsareals führt zu Schwellungsminderung und Reduktion der inflammatorischen Reaktion.

In den ersten Tagen nach der Behandlung sollte die Patientin

- nicht übermäßig Druck auf das Behandlungsareal ausüben.
- nicht extensiv Sport treiben.
- innerhalb der ersten 2 Wochen starke Sonnen-, Hitze- (Sauna, Dampfbad) und Kälteexposition meiden.
- Injektionsstellen nicht mit den Fingern massieren, um Infektionen oder eine unbeabsichtigte Verteilung des Implantats zu vermeiden.

4.7 Dokumentation

Im Prinzip ist die Befunderhebung bereits ein Teil der Behandlung – und zwar der Teil, der der therapeutischen Intervention vorangeht. Insofern werden in der Praxis sowohl der Befund als auch die durchgeführte Intervention dokumentiert. Ein entsprechendes Muster für die Dokumentation findet sich im Kap. 8, „Arbeitshilfen“. Neben den Patientendaten und dem Ausgangsbefund werden die anatomische Lokalisation der Injektionspunkte und das verwendete Präparat mit folgenden Parametern eingetragen: Dosis je Punkt/Region, Gesamtdosis und Verdünnung und Chargennummer.

Eine Fotodokumentation ist bei allen ästhetischen Eingriffen unerlässlich. In mehreren Ebenen erfolgen unter standardisierten Parametern Eingangs-, Verlaufs- und Abschlussdokumentation (siehe Kap. 3.2, „Fotodokumentation“).