

Komplikationsvermeidung und -management in der Ästhetischen Chirurgie

Autor_Prof. Dr. med. Hisham Fansa, MBA

© Pressmaster

Die folgenden Überlegungen entstammen einem Vortrag, der anlässlich der DGPRÄC-Jahrestagung 2012 gehalten wurde, und keinen Anspruch auf Vollständigkeit erhebt. Vieles erscheint banal. Wer aber als Sachverständiger „schiefgelaufene“ Fälle analysiert oder selbst ehrlich seine eigenen Komplikationen durchdenkt, wird feststellen, dass die meisten Fehler und Probleme einfacher Natur sind und eigentlich einfach abgestellt werden könnten. Dörner schreibt dazu: „Wir scheitern daran, dass wir dazu neigen, hier diesen, dort jenen kleinen Fehler zu machen, und in der Addition kann sich das häufen. Hier haben wir vergessen, ein Ziel zu konkretisieren, dort haben wir auf die Ablaufcharakteristika eines Prozesses nicht geachtet, dort haben wir den Schutz des eigenen Selbstgefühls über die Kenntnisnahme des Misserfolgs gestellt, hier haben wir zu viel geplant, dort zu wenig, da waren wir heterogen funktional gebunden“ (sehr lesenswert: Dörner D. Die Logik des Misslingens. Rowohlt 2007, 6. Auflage). Der ästhetisch-chirurgische Eingriff ist eine Serviceleistung mit einem sehr hohen Anteil an Vertrauenseigenschaften. Der Patient sucht den Arzt in der Regel freiwillig auf. Damit erhält die Ästhetische Chirurgie einen deutlich höheren Dienstleistungscharakter als andere medizinische Fachdisziplinen. In diesem Kontext sind die Vermeidung von Komplikationen und das adäquate Management eingetretener Komplikationen besonders hervorzuheben,

letztlich sollten aber für alle medizinischen Bereiche gleich hohe Standards gelten.

Es scheint, als sei in der Medizin das Bewusstsein für eine strukturierte Komplikationsvermeidung und -management noch nicht adäquat ausgeprägt. Dazu kommt eine nahezu inexistente „Fehlerkultur“, die mögliche Fehler nicht anspricht, sondern versucht zu verstecken, anders als in der Industrie oder in anderen Dienstleistungssegmenten, bei denen Risikomanagement etabliert ist, um Risiken zu identifizieren, zu analysieren und zu bewerten. Inzwischen wird versucht, über Qualitätsmanagement (QM) strukturiert Risiken zu erkennen und abzuarbeiten. Auch Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen sollen inhaltliche Verbesserungen erbringen. Von einem flächendeckenden, funktionierenden CIR-System (Critical Incident Reporting System) ist die Medizin, anders als die Luftfahrt, noch weit entfernt. Vielleicht liegt es daran, dass bei einem Flugzeugabsturz immer auch die Besatzung betroffen ist. Beim Risikomanagement sind dabei wichtig:

1. Identifikation möglicher Gefahren und Einschätzung der Wahrscheinlichkeit, mit der sie eintreten können
2. Bewertung eines Risikos und der Akzeptanz
3. Überwachung von Risikoindikatoren, um rechtzeitig einschreiten zu können
4. Risikobeherrschung
5. Adäquate Dokumentation

Vermeidung

Es ist eine Binsenweisheit, dass die Vermeidung von Komplikationen natürlich das beste Komplikationsmanagement darstellt. Allerdings müssen dann dafür auch im Vorfeld die adäquaten Strukturen geschaffen werden. Die folgenden Punkte können dabei helfen, Komplikationen zu vermeiden, erheben aber nicht den Anspruch auf Vollständigkeit:

Der vielleicht wesentlichste Punkt ist, **das eigene Wissen und Können realistisch einzuschätzen**. Man sollte ehrlich sein mit sich selber in der Einschätzung, was man behandeln und operieren kann, wo die Grenzen des eigenen Könnens sind und ob man auch wirklich zeitgemäß therapiert. So kann es durchaus sein, dass sich Standards, mit denen man jahrzehntelang gearbeitet hat, verändern und neue Leitlinien andere Therapievorgaben machen. Auf der anderen Seite ist es genauso wichtig, neue Techniken und Präsentationen auf Fortbildungen in ihrer Qualität einzuschätzen. So sind Studien in der Ästhetischen Medizin selten evidenzbasiert und häufig von minderer Qualität. Gerne werden Einzelfälle als neue generalisierte Technik präsentiert oder neue Medizinprodukte eingeführt, ohne dass eine ausreichende Nachbeobachtung stattgefunden hat. So kann das unbeschwerte „Nachkochen“ einer Operationstechnik, die man auf einer Fortbildung gesehen hat, durchaus negative Folgen haben, wenn diese Technik nicht ausreichend evaluiert ist.

Im eigenen Wirkungsbereich sollte man **die Prozesse so gut es geht standardisieren**. Ein Qualitätsmanagement kann hierbei helfen, allerdings kann schon mit gesundem Menschen- und medizinischem Sachverstand relativ viel geleistet werden. So kann man für die wichtigsten Operationen, die man durchführt (in der Ästhetischen Chirurgie sind es ja nicht so viele), sogenannte Standard Operating Procedures (SOP) etablieren, die anhand von Checklisten abgearbeitet werden können. Dies kann auch eine Hilfe für das nichtärztliche Personal sein.

Ein wesentlicher Pfeiler der Prävention ist die **adäquate Kommunikation**. Letztlich ist die Kommunikation zwischen Arzt und Patient in der Ästhetischen Medizin nicht anders als die generelle Kommunikation im Arzt-Patienten-Gespräch. Ein solches Gespräch verlangt vom Arzt „aktives Zuhören“, bei dem man versucht, sich in das Gegenüber einzufühlen. In diesem Zusammenhang sei auf das 4-Seiten-Modell von Schulz von Thun verwiesen, das mögliche Kommunikationsstörungen zwischen Sender und Empfänger erläutern kann (Eine Äußerung enthält immer 4 Botschaften: Sachinformation, Selbstkundgabe, Beziehungshinweis und Apell; Schulz von Thun, F. Miteinander Reden I, Rowohlt 1981). Kommunikationsstörungen zwischen Arzt und Patient können recht vielfältig sein. Das wesentliche Element ist allerdings, dass der Patient nicht das vermitteln kann,



was er vermitteln möchte, oder der Arzt nicht das versteht, was er verstehen soll. Aus diesem Arzt-Patienten-Gespräch muss sich aber die richtige Indikation für den ästhetischen Eingriff ergeben. Dies bedeutet, dass der Patient realistische Erwartungen an das Ergebnis haben muss und selbst motiviert sein muss, dieses Ergebnis zu erzielen. Auf der anderen Seite muss der Arzt auch die Erwartungen des Patienten verstehen und umsetzen. Sollten auf dieser Kommunikationsebene Missverständnisse zu erwarten sein, so wäre es ratsam, das Gespräch zu protokollieren und von Arzt und Patient gegenzeichnen zu lassen. Möglich ist aber auch, über eine Feedbackschleife die Kommunikation zu objektivieren (bspw.: Frage an den Patienten: „Haben Sie den Eindruck, dass ich Ihr Problem verstanden habe?“, persönliche Mitteilung J. Bruck 2012). Eine weitere Möglichkeit der objektivierbaren Kommunikation ist die Kommunikation über Bilder. So kann es sein, dass die Aufklärung über ästhetische Komplikationen aufgrund der Abstraktion der Worte nicht adäquat verstanden wird. Welcher Nicht-Chirurg kann sich unter „Kapselfibrose“ was vorstellen? Hier kann die Darstellung (Foto, Bild etc.) einer möglichen Komplikation (bspw. Kapselfibrose bei Brustimplantat) das Verständnis aufseiten des Patienten deutlich erhöhen.

Einige Patienten haben keine realistischen Erwartungen an die Operation, weil sie im Vorfeld falsch informiert sind. Dies kann durch ein adäquates Gespräch verbessert werden. Darüber hinaus gibt es aber Patienten, die eine Dysmorphophobie haben (syn.: Body Dysmorphic Disorder, BDD, oder Thersites-Komplex). Diese Patienten werden selbst nach sorgfältig durchgeführter Operation oder ästhetischer Behandlung unzufrieden sein. Es gilt, diese Patienten im Vorfeld herauszufinden und einer adäquaten psychologischen oder gar psychiatrischen Behandlung zuzuführen. Meist erkennt man relativ schnell im Gespräch, dass die Erwartungen der Patienten völlig



irreal und die Probleme, die sie beschreiben, nicht nachvollziehbar sind. Manchmal beschleicht einen auch nur ein ungutes Gefühl, und man kann die Situation nicht objektivieren. In dem Fall sollte man eher seinem Bauchgefühl folgen und den Patienten nicht operieren. Alternativ können auch Mitarbeiter, die mit dem Patienten Kontakt haben (bspw.: Sekretariat) gefragt werden, ob ihnen etwas aufgefallen ist. Auch wenn wir in der Ästhetischen Chirurgie meist mit eher gesunden Patienten zu tun haben, ist ein wesentlicher Teil des Arzt-Patienten-Gesprächs die **adäquate Anamnese** der bereits vorhandenen Erkrankungen und bestehender Medikation. Dies ist ein häufiges Problem, insbesondere in einer Zeit, in der die Antikoagulation bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen immer häufiger und ausgedehnter wird. Darüber hinaus führen Diabetes mellitus, rheumatoide Erkrankungen und Nikotinabusus zu Wundheilungsstörungen, die im Vorfeld zumindest thematisiert werden sollten. Auch banale Erkrankungen, wie Herpes-Simplex-Infektionen können bspw. bei Eingriffen im Gesicht zu Problemen führen. In den meisten handelsüblichen Aufklärungsbögen, die man nutzen sollte, ist bereits eine Anamneseliste eingefügt, die man verwenden kann. Aber insbesondere die Medikamentenanamnese kann über Checklisten abgearbeitet werden. So kann z. B. im Vorfeld den Patienten eine Liste der Medikamente mitgegeben werden, die vor einem chirurgischen Eingriff vermieden werden sollen (bspw. ASS und andere Antikoagulanzen). Andererseits ist auch daran zu denken, dass die Patienten ihre notwendige Medikation weiter nehmen. Dies kann Insuline wie auch Antihypertensiva betreffen.

Weiterhin wesentlich ist die ehrliche und für den Patienten **verständliche Aufklärung**. Dies beinhaltet, dass in für den Patienten verständlicher Sprache die gesamten Erfolgsaussichten, aber auch die Komplikationen geschildert werden. Der ästhetische Eingriff ist in der Regel ein medizinisch nicht notwendiger, sodass hier die Gerichte eine besondere Aufklä-

rungspflicht des Arztes sehen. Insbesondere muss der Arzt nachweisen, dass er den Patienten verständlich aufgeklärt und ihm genug Zeit gegeben hat, über den Eingriff und mögliche Komplikationen nachzudenken. Die Aufklärung sollte immer schriftlich erfolgen und dokumentiert werden. Hilfreich ist auch, dass man dokumentiert, wie lange man mit dem Patienten gesprochen hat und dass ihm eine Kopie der Aufklärung mitgegeben wurde. In diesem Zusammenhang sollte auch dokumentiert werden, dass der Patient darauf hingewiesen wurde, dass nach SGB V die Kosten für einen ästhetischen Eingriff und Komplikationen von ihm zu tragen sind, ggf. er von der Kasse an der Komplikationsversorgung beteiligt werden kann.

Das Timing der OP ist für das Gelingen wesentlich. Es erscheint banal, wenn darauf hingewiesen werden muss, dass der Operateur ausgeruht und vorbereitet in die Operation gehen sollte. Aber auch der Patient sollte richtig vorbereitet sein. Eine Operation am Freitagnachmittag, die als Komplikationsrisiko eine Nachblutung in sich trägt, sollte vermieden werden, wenn keine möglichen Revisionsstrukturen zur Verfügung stehen. Operationen vor dem Urlaub des Chirurgen, für den keine adäquate Nachsorge zur Verfügung steht, ebenfalls. Auf der anderen Seite sollten auch zeitliche Erwägungen des Patienten eine Rolle spielen. So kann eine Operation vor dem Wanderurlaub des Patienten das Operationsergebnis ebenfalls gefährden. Auch **das Setting im Operationssaal** sollte standardisiert sein und, wenn möglich, immer das gleiche Team beinhalten. Auch hier gilt es, QM-gestaltete Prozesse und SOP anzuwenden (bspw. Patientenidentifikations-Checkliste). Dies gilt insbesondere für OP-Ausrüstung und Personal, das ständig wechselnde Ärzte bedient. So können inadäquate Diathermie-Einstellungen für die Blepharoplastik Komplikationen hervorrufen, die bei einer Bauchdeckenplastik zu vernachlässigen wären. Auch Injektionsflüssigkeiten auf dem Operationstisch, die nicht markiert sind, können zu Verwechselungen führen, die zu deletären Komplikationen führen können. So gibt es genügend dokumentierte Fälle von Injektionen von Desinfektionslösung anstelle von Lokalanästhetikum.

Die **Verwendung von Implantaten** und Füllermaterial stellt in unserer Disziplin eine häufig notwendige operative Prozedur dar. Komplikationen können auch von diesen Medizinprodukten ausgehen. Nun kann der Chirurg sicherlich nicht für alle Komplikationen haftbar gemacht werden. Hier sei auf die fehlerhaften PIP-Brustimplantate verwiesen oder etwas zurückliegend die Sojaöl-gefüllten Implantate, die „ranzig“ wurden. Allerdings wird der Patient zunächst den Behandler aufsuchen und erst danach den Hersteller belangen wollen. Eine Re-OP aufgrund mangelhafter Implantate ist in der Regel auch für den Chirurgen finanziell spürbar. Implantate und



Filler sollten daher wie Operationstechniken behandelt werden. Wenn man mit einem guten zugelassenen Medizinprodukt gute Ergebnisse erzielt, so besteht keine Notwendigkeit zu wechseln, nur weil das eine oder andere Produkt günstiger ist, eine höhere Marge verspricht oder vermeintlich bessere Ergebnisse. Gleiches gilt eben auch für die Operationstechniken. Hier sollten nur Operationstechniken angewandt werden, die sich in der eigenen Hand bewährt haben und deren Ergebnisse einzuschätzen sind. Die Einführung neuer Operationstechniken bedarf einer besonderen Vorsicht und natürlich auch der Aufklärung des Patienten.

Von vielen Chirurgen wird die **persönliche Nachbehandlung** vernachlässigt. Allerdings ist die persönliche Nachbehandlung wesentlich für den Erfolg der Operation. In der postoperativen Phase, wenn den Patienten anästhesiebedingt übel ist oder sie Schmerzen haben, stellen sie sich häufig die Frage, warum sie sich dieser Operation unterzogen haben. Sie sind unsicher und können das Ergebnis aufgrund von Schmerzen, Hämatomen und Schwellungen oder noch nicht abgeschlossener Narbenbildung nicht antizipieren. Hier gilt es für den ausführenden Chirurgen, rechtzeitig einzugreifen, den Patienten zu beruhigen und zu lenken. Die beruhigende Aussage, dass „der Bluterguss an dieser Stelle unerheblich für das ästhetische Ergebnis ist“, klingt aus dem Munde des operierenden Arztes immer besser als vom Assistenten.

Komplikationsmanagement

Kein Chirurg und kein Patient möchte Komplikationen, allerdings treten sie auch trotz guter Operateure und gutem Qualitätsmanagement auf. Gutes Komplikationsmanagement beginnt mit dem **Erkennen der Komplikation**. Erfolgt bspw. kein angemessener postoperativer Check, so wird man wahrscheinlich die mögliche Nachblutung gar nicht rechtzeitig erkennen und beseitigen können. Der nächste Punkt ist das Anerkennen der Komplikation. Die meisten Chirurgen nehmen eine Komplikation persönlich, und so kann es sein, dass „man den Schutz des eigenen Selbstgefühls“ über die Anerkennung der Komplikation stellt. Aber ein Problem kann nur bewältigt werden, wenn man es auch anerkennt. Meistens haben die Patienten ein Gespür dafür, dass etwas nicht adäquat gelaufen ist, dass eine Komplikation eingetreten ist. Der Patient hat Angst, ist besorgt und evtl. über die Situation erregt. Spätestens in dieser Situation wird aus dem „Kunden“, der freiwillig eine medizinische Dienstleistung ersucht hat, ein Patient. Hier gilt es, **Vertrauen zu bewahren und wiederherzustellen**. Dies kann nur durch Kommunikation erfolgen. Man muss dem Patienten ehrlich die Situation, ggf. auch die Ursache der Komplikation erklären. Dies kann durchaus auch mit Verweis auf die präoperative Auf-

klärung geschehen. Das Erklären der Komplikation und das Erklären der notwendigen weiteren Schritte sollte immer damit verbunden werden, dass dem Patienten die Perspektive für die Lösung des Problems aufgezeigt wird. Ihm muss klargemacht werden, dass sich der Chirurg kümmert und einen Ausweg bietet. Der Chirurg sollte sich immer selbst kümmern und das Management der Komplikation nur in Ausnahmefällen an nachgeordnete Ärzte oder Pflegepersonal delegieren. Darüber hinaus sind die Dokumentation der Komplikation und die Dokumentation der Maßnahmen, die zur Beseitigung ergriffen werden, unabdingbar.

Komplikationen können ja bereits intraoperativ auftreten. Hier ist es wichtig, diese zu erkennen und gleich zu beseitigen. Beispiele hierfür können Blutungen sein, Nervenverletzungen, arterielle oder venöse Störungen, eine Asymmetrie oder Hautverletzung. Wenn die Komplikation gleich erkannt wird, dann sollte sie auch gleich beseitigt werden, selbst wenn der Zeitplan des Tages nicht mehr eingehalten werden kann. Die intraoperative Beseitigung einer Komplikation verursacht weit weniger Aufwand als die Beseitigung nach Abschluss der OP. Stellt man z.B. beim abschließenden Aufsetzen der Patientin fest, dass bei der Bruststraffung die Seiten asymmetrisch sind, so ist es viel einfacher, noch einmal die Naht zu öffnen, die entsprechende Resektion vorzunehmen, erneut zu verschließen, als dieses Problem hinterher mit der Patientin zu kommunizieren und in einer zweiten OP anzugehen.

Auch die Kommunikation mit dem Anästhesisten ist wichtig. Häufig arbeitet man immer mit dem gleichen Team. In der Regel wissen alle Beteiligten um die speziellen Notwendigkeiten der Operation. Hat man aber wechselndes Anästhesie- oder Pflegepersonal, so sollte man die Voraussetzungen kommunizieren. Adäquates Blutdruckmanagement intraoperativ (bspw. bei der Rhinoplastik) und auch postoperativ zur Vermeidung von Hämatomen bei größeren Wundflächen ist eine wesentliche Aufgabe des

_Kontakt

face



Prof. Dr. med.

Hisham Fansa, MBA

Plastischer und Ästhetischer Chirurg, Handchirurg
Präsident der Deutschen Gesellschaft für Wundheilung und Wundbehandlung e.V. (DGFW)
Chefarzt der Klinik für Plastische, Wiederherstellungs- u. Ästhetische Chirurgie – Handchirurgie
Klinikum Bielefeld Mitte
Teutoburger Straße 50
33604 Bielefeld
Tel.: 0521 581-3950
Fax: 0521 581-3997
E-Mail: HISHAM.FANSA@klinikumbielefeld.de
www.fansa.de/

Infos zum Autor



Anästhesisten. Gewöhnliche postoperative Komplikationen sind in den ersten 24 Stunden Blutungen und ausgedehnte Hämatome, Taubheitsgefühle und Nervenläsionen durch Schwellung und Druck. Innerhalb der ersten vier Tage treten dann eher Infektionen, Serome, Nekrosen und Wundheilungsstörungen auf. Auch späte Nachblutungen können eintreten, wenn Patienten bspw. ungefragt wieder ihre Gerinnungshemmer einnehmen.

Auch für Komplikationen, die nicht wieder in den Operationssaal führen, gilt es, sie dem Patienten zu erklären, den Patienten zu beruhigen und ihm einen Ausweg aus der Situation aufzuzeigen. Es geht nicht darum, die Komplikation zu beschönigen. So kann man einem Patienten durchaus erklären, dass eine Revision notwendig ist, da ohne sie das ästhetische Ergebnis beeinträchtigt sein würde. Es ist dann festzulegen, ob eine Revision in Lokalanästhesie oder ITN erfolgen muss. Dies hängt nicht nur von der Art der Komplikation ab, sondern auch vom mentalen Zustand des Patienten. Ein weiterer Faktor in diesem Zusammenhang ist die Abklärung der Kosten. Dies sollte bereits im Vorfeld mit den Patienten besprochen werden, damit in der Situation der psychischen Anspannung nicht ein weiterer Sorgenpunkt dazu kommt.

Neben den direkten operativen Komplikationen, die den eigenen Fachbereich betreffen und das Operationsergebnis und das damit angestrebte ästhetische Ergebnis gefährden können, gibt es noch andere Major-Komplikationen, die das Leben des Patienten gefährden und andere Fachbereiche involvieren. Neben den operativ bedingten Komplikationen, wie Thrombose, Embolie, kann es sich aber auch um einen Apoplex oder Herzinfarkt handeln. Hier gilt es, rechtzeitig andere Fachgebiete zu involvieren, um die Auswirkung solcher Komplikationen für den Patienten zu minimieren. Aber auch andere Komplikationen können die Konsultation anderer Fachkollegen nach sich ziehen. So kann unstillbares Nasenbluten nach Rhinoplastik oder ein Glaukom nach Blepharoplastik die Hinzuziehung eines HNO-Kollegen oder eines Augenarztes notwendig machen. Der Patient wird sich später nicht beklagen, wenn der adäquate Fachkollege hinzugezogen wurde. Im Rahmen eines möglichen Prozesses würde allerdings immer die Frage gestellt werden, warum nicht der adäquate Fachkollege hinzugezogen wurde.

Komplikationen, die das ästhetische Ergebnis und die Funktionen betreffen, können vielfältig sein. Dies kann Muskeler schlaffung und Nervenläsionen nach der Unterlidblepharoplastik beinhalten, aber auch prominente Narbenbildung, Haarverlust, Dellen nach Absaugung, Asymmetrien der Narbe oder der Brüste, Probleme mit den Implantaten oder Probleme bei der Nasenatmung. Wenn Patienten solche Probleme beklagen, sollte man ihnen immer zuhören

(s. o. aktives Zuhören) und die Beschwerden ernst nehmen. Zwar gibt es auch überkritische Patienten, aber in den meisten Fällen haben die Patienten ein realistisches Bild von sich selbst. Besteht Behandlungsbedürftigkeit, so sollte man einen Therapieplan erstellen, diesen mit dem Patienten kommunizieren und natürlich wieder dokumentieren. Auch hier gilt es, dass die Behandlung durch den Arzt selbst stattfinden sollte. Selbst wenn es Überwindung kostet, sollte man sich persönlich des Patienten annehmen. Vorwürfe an den Patienten sollten vermieden werden. Sollte das Arzt-Patienten-Verhältnis zerrüttet sein, so kann man versuchen, die Behandlung zu steuern, indem man einen Kollegen bittet, sich des Patienten anzunehmen, ggf. die Kosten dafür übernimmt.

Die Behandlung von Patienten mit akuten oder **ästhetischen Komplikationen, die durch Kollegen verursacht wurden**, sind schwierig. Man sollte auf jeden Fall vermeiden, die Situation als Wettbewerbsvorteil zu nutzen. Aussprüche wie „um Gottes Willen, wer hat Ihnen DAS denn angetan“ sollten vermieden werden. Man sollte dem Patienten zuhören, versuchen das Problem zu objektivieren und einen möglichen, eigenen Plan erläutern. Auch hier gilt es, Patienten, die möglicherweise eine BDD haben, zu erkennen und nicht chirurgisch zu behandeln. Mögliche Kosten müssen erläutert werden und nach Objektivierung der Sachlage ggf. auch Rücküberweisungen an den erstbehandelnden Kollegen erwogen werden. Man sollte sich zudem die Erlaubnis des Patienten einholen, mit dem Erstbehandler zu sprechen und Unterlagen anzufordern.

Schlüssel zum Erfolg in der Ästhetischen Chirurgie (wie in den meisten medizinischen Bereichen auch) ist die funktionierende Arzt-Patienten-Beziehung. Diese fußt auf Vertrauen, Respekt und Verbindlichkeit. Diese Werte machen eine gute Arzt-Patienten-Beziehung aus und lotsen Arzt und Patienten gemeinsam durch mögliche Komplikationen.

Grundregeln der Arzt-Patienten-Beziehung in der Ästhetischen Chirurgie (nach Nahai F: Ästhetische Chirurgie, QMP 2005)

1. Der gut informierte Patient ist ein zufriedener Patient
2. Der motivierte Patient ist ein guter Patient
3. Vermeiden Sie postoperative finanzielle Überraschungen oder kommunizieren Sie dies vorher mit dem Patienten
4. Hören Sie Ihrem Patienten zu
5. Lernen Sie „Nein“ zu sagen
6. Verbringen Sie Zeit mit Ihrem Patienten
7. Respektieren Sie den Patienten
8. Der erste Eindruck ist essenziell



ERFAHRUNG TRIFFT NEUGIER

44. Jahrestagung der DGPRÄC

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



18. Jahrestagung der VDÄPC

Vereinigung der Deutschen
Ästhetisch-Plastischen Chirurgen e. V.



12.–14. September 2013 • Münster

Präparationskurs: 10. September 2013

Operationskurs: 11. September 2013

Tagungspräsidenten

Dr. Albrecht Krause-Bergmann (Münster)

Dr. Wolf D. Lürßen (Münster)



www.dgpraec-tagung.de