

## Forschungsprojekt

# Schönheitsoperationen: Daten, Probleme, Rechtsfragen

## Abschlussbericht

Projektnummer 05HS020

Vertragslaufzeit: 07.11.2005 – 31.01.2007

Berichtszeitraum: 07.11.2005 – 31.01.2007

### **Auftraggeber:**

Bundesanstalt für Ernährung und Landwirtschaft  
Deichmanns Aue 29  
D-53179 Bonn

### **Verfasser:**

Dr. Dieter Korczak  
GP Forschungsgruppe  
Institut für Grundlagen- und Programmforschung  
Nymphenburgerstr. 47  
D-80335 München

München, 31. Januar 2007

# INHALTSVERZEICHNIS

<b>1.</b>	<b><u>Ziele und Aufgabenstellung des Projektes</u></b> .....	<b>7</b>
<b>2.</b>	<b><u>Planung und Ablauf des Projektes</u></b> .....	<b>10</b>
<b>3.</b>	<b><u>Wissenschaftlicher Hintergrund und state of the art</u></b> .....	<b>15</b>
3.1	<u>Kenntnisstand zur Nachfrage und Inanspruchnahme von</u> <u>ästhetischen Operationen</u> .....	17
3.2	<u>Größe des Angebots und Facharztbezeichnung</u> .....	19
3.3	<u>Kosten von ästhetischen Operationen</u> .....	20
3.4	<u>Häufigkeit von Komplikationen und Behandlungsfehlern</u> .....	22
<b>4.</b>	<b><u>Material und Methoden</u></b> .....	<b>27</b>
<b>5.</b>	<b><u>Ergebnisse</u></b> .....	<b>34</b>
5.1	<u>Anzahl der Praxen, Institute und Kliniken für „Schönheitschirurgie“</u> .....	34
5.1.1	<u>Qualifikation der Anbieter</u> .....	43
5.2	<u>Anzahl und Art der ästhetischen Eingriffe</u> .....	45
5.2.1	<u>Anzahl der ästhetischen Eingriffe</u> .....	45
5.2.2	<u>Art der ästhetischen Eingriffe nach Anzahl, Geschlecht und Alter</u> .....	47
5.2.2.1	<u>SMAS-Facelift</u> .....	48
5.2.2.2	<u>Face-/Halslift</u> .....	48
5.2.2.3	<u>Face-/Hals-/Stirnlift</u> .....	49
5.2.2.4	<u>Stirnlift/Brauenkorrektur</u> .....	49
5.2.2.5	<u>Gesichtsbehandlung mit Laser</u> .....	49
5.2.2.6	<u>Ohrkorrekturen (Othoplastik)</u> .....	50
5.2.2.7	<u>Lidstraffung (Blepharoplastik)</u> .....	50
5.2.2.8	<u>Nasenkorrekturen (Rhinoplastik)</u> .....	51
5.2.2.9	<u>Lippenvergrößerung/Lippenaufpolsterung (Lippenaugmentation)</u> .....	52
5.2.2.10	<u>Auflagerungsplastik/ Gesichtsimplantate</u> .....	52
5.2.2.11	<u>Profilplastik Kinn (Genioplastik)</u> .....	53
5.2.2.12	<u>Haartransplantationen</u> .....	53
5.2.2.13	<u>Brustvergrößerung (Mamma-Augmentation)</u> .....	54
5.2.2.14	<u>Brustverkleinerung (Reduktionsmammaplastik)</u> .....	54
5.2.2.15	<u>Bruststraffung (Mastopexie)</u> .....	55
5.2.2.16	<u>Körperstraffung (Bodylift)</u> .....	55
5.2.2.17	<u>Bauchdeckenstraffung (Abdominoplastik)</u> .....	56
5.2.2.18	<u>Oberarmstraffung (Brachioplastik)</u> .....	56
5.2.2.19	<u>Oberschenkelstraffung (Dermolipektomie)</u> .....	57
5.2.2.20	<u>Gesäß-Modellierung</u> .....	57
5.2.2.21	<u>Fettabsaugung (Liposuktion)</u> .....	57
5.2.2.22	<u>Penisverlängerung/-verdickung</u> .....	58
5.2.2.23	<u>Schamlippenkorrektur/-straffung</u> .....	59
5.2.2.24	<u>Faltenbehandlungen/Unterspritzungen</u> .....	59
5.2.3	<u>Geschlechts- und Altersstruktur</u> .....	60

<u>5.3</u>	<u>Kosten der Eingriffe für die Patienten</u> .....	62
<u>5.4</u>	<u>Art der Finanzierung der Eingriffe durch die Patienten</u> .....	67
<u>5.5</u>	<u>Zufriedenheit der Patienten mit den Operationsergebnissen</u> .....	69
<u>5.6</u>	<u>Häufigkeit von Komplikationen</u> .....	74
<u>5.6.1</u>	<u>Intra-operative Komplikationen</u> .....	75
<u>5.6.2</u>	<u>Post-operative Nachwirkungen und Komplikationen</u> .....	75
<u>5.7</u>	<u>Art der Schadensregelung</u> .....	77
<u>5.8</u>	<u>Anzahl strittiger Fälle</u> .....	78
<u>5.9</u>	<u>Auswahl von ästhetischen Operateuren durch Patienten</u> .....	81
<u>5.10</u>	<u>Durchführung der Operation</u> .....	82
<u>5.11</u>	<u>Qualität der Aufklärung der Patienten</u> .....	83
<u>5.11.1</u>	<u>Risikoaufklärung</u> .....	88
<b><u>6.</u></b>	<b><u>Diskussion der Ergebnisse</u></b> .....	<b>89</b>
<u>6.1</u>	<u>Markt für ästhetische Eingriffe</u> .....	89
<u>6.2</u>	<u>Patientenaufklärung</u> .....	95
<u>6.3</u>	<u>Patientenbedürfnisse (Gründe für ästhetische Operationen)</u> .....	97
<u>6.4</u>	<u>Finanzierung</u> .....	100
<b><u>7.</u></b>	<b><u>Qualität und Qualitätssicherung</u></b> .....	<b>101</b>
<u>7.1</u>	<u>„Schönheitschirurg“ und Berufsrecht</u> .....	101
<u>7.2</u>	<u>„Schönheitschirurgie“ und Leitlinien</u> .....	109
<u>7.3</u>	<u>Durchführung von „Schönheitsoperationen“ ambulant/ stationär</u> .....	110
<u>7.4</u>	<u>Transparenz, Kontrolle und Überwachung</u> .....	110
<u>7.5</u>	<u>Auswirkung der Änderung des Heilmittelwerbegesetzes auf den Markt der „Schönheitschirurgie“</u> .....	112
<b><u>8.</u></b>	<b><u>Nutzen und Verwertbarkeit der Ergebnisse</u></b> .....	<b>114</b>
<b><u>9.</u></b>	<b><u>Zusammenfassung und Schlussfolgerung</u></b> .....	<b>117</b>
<b><u>10.</u></b>	<b><u>Gegenüberstellung der ursprünglich geplanten zu den tatsächlich erreichten Zielen sowie Hinweise auf weiterführende Fragestellungen</u></b> .....	<b>120</b>
<b><u>11.</u></b>	<b><u>Literaturverzeichnis</u></b> .....	<b>122</b>

## Tabellenverzeichnis

<u>Tabelle 1:</u>	<u>Einstellung der Deutschen zu „Schönheitsoperationen“</u> .....	18
<u>Tabelle 2:</u>	<u>Angaben zur Häufigkeit von „Schönheitsoperationen“</u> .....	18
<u>Tabelle 3:</u>	<u>Ästhetische Operationen (Patientenzahlen)</u> .....	20
<u>Tabelle 4:</u>	<u>Übersicht über die Preise von ästhetischen Operationen</u> .....	21
<u>Tabelle 5:</u>	<u>Komplikationsraten bei ästhetischen Operationen</u> .....	24
<u>Tabelle 6:</u>	<u>Rekrutierungsquelle</u> .....	31
<u>Tabelle 7:</u>	<u>Stichprobenzusammensetzung Patienten/innen</u> .....	31
<u>Tabelle 8:</u>	<u>Emotionelle Konstrukte der Entscheidung für ästhetische Operationen</u> .....	32
<u>Tabelle 9:</u>	<u>Überblick über Material und Methoden</u> .....	33
<u>Tabelle 10:</u>	<u>Anbieter ästhetischer Eingriffe nach Ärzten und Einrichtungen</u> .....	35
<u>Tabelle 11:</u>	<u>Anzahl der Anbieter ästhetischer Operationen nach Bundesländern</u> .....	37
<u>Tabelle 12:</u>	<u>Zusätzliche Qualifikationen und Spezialisierungen</u> .....	43
<u>Tabelle 13:</u>	<u>Anzahl der Patienten/innen mit ästhetischen Eingriffen im Jahr 2005</u> .....	46
<u>Tabelle 14:</u>	<u>Anzahl der ästhetischen Eingriffe und Operationen im Jahr 2005</u> .....	46
<u>Tabelle 15:</u>	<u>Einsatz von Faltenunterspritzungen nach Arztprävalenz und Anwendungen</u> .....	60
<u>Tabelle 16:</u>	<u>Geschlechts- und Altersstruktur bei ästhetischen Operationen - Ergebnisse der Arztbefragung (in %)</u> .....	61
<u>Tabelle 17:</u>	<u>Geschlechts- und Altersstruktur bei ästhetischen Operationen – Ergebnisse der Patientenbefragung (in %)</u> .....	62
<u>Tabelle 18:</u>	<u>Kosten ästhetischer Operationen (nach Patientenangaben)</u> .....	63
<u>Tabelle 19:</u>	<u>Durchschnittskosten ästhetischer Operationen (nach Arztangaben)</u> .....	64
<u>Tabelle 20:</u>	<u>Patienten-Einstufung der eigenen finanziellen Situation</u> .....	68
<u>Tabelle 21:</u>	<u>Erörterung der Möglichkeiten der Kostenübernahme durch Krankenkassen im Arztgespräch vor Operationsbeginn</u> .....	68
<u>Tabelle 22:</u>	<u>Finanzierung der Operationskosten von Selbstzahlern</u> .....	69
<u>Tabelle 23:</u>	<u>Scham als emotioneller Zustand vor der ersten „Schönheitsoperation“ (I)</u> ....	71
<u>Tabelle 24:</u>	<u>Selbstzweifel als emotioneller Zustand vor der ersten „Schönheitsoperation“ (II)</u> .....	71
<u>Tabelle 25:</u>	<u>Körperkontrolle als emotioneller Zustand vor der ersten „Schönheitsoperation“ (III)</u> .....	72
<u>Tabelle 26:</u>	<u>Narzissmus als emotioneller Zustand vor der ersten „Schönheitsoperation“ (IV)</u> .....	72
<u>Tabelle 27:</u>	<u>Anti-Aging als Bedürfnis vor der ersten „Schönheitsoperation“ (V)</u> .....	73
<u>Tabelle 28:</u>	<u>Das Bedürfnis nach sozialer Akzeptanz vor der ersten „Schönheitsoperation“ (VI)</u> .....	73
<u>Tabelle 29:</u>	<u>Nachwirkungen und Komplikationen nach der Operation</u> .....	76
<u>Tabelle 30:</u>	<u>Komplikationsrate nach Arzt-Angaben</u> .....	77
<u>Tabelle 31:</u>	<u>Anzahl der von einem Behandlungsvorwurf bei kosmetisch behandelten Patienten in Anspruch genommenen Fachgebietsärzte</u> .....	80
<u>Tabelle 32:</u>	<u>Informationsquellen über konkrete Möglichkeiten zur Durchführung einer kosmetischen Operation</u> .....	81
<u>Tabelle 33:</u>	<u>Entscheidungskriterien für die Auswahl des Operateurs</u> .....	82
<u>Tabelle 34:</u>	<u>Operateur von durchgeführten ästhetischen Eingriffen</u> .....	83
<u>Tabelle 35:</u>	<u>Anzahl der ästhetischen Eingriffe 2005 (Hochrechnungen)</u> .....	94
<u>Tabelle 36:</u>	<u>Empfohlene Ablehnung von Operationswünschen (nach Neuhann-Lorenz)</u> .....	97
<u>Tabelle 37:</u>	<u>Übersicht der WBO zur Erlangung der Facharztbezeichnung „Plastische und Ästhetische Chirurgie“ oder Zusatzqualifikation „Plastische und Ästhetische Operationen“</u> .....	108

## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	Projektablauf .....	10
Abbildung 2:	Projektzeitplan .....	11
Abbildung 3:	Vergleich der Grundgesamtheit der ästhetisch tätigen Operateure und Einrichtungen mit der Stichprobenziehung durch die GP Forschungsgruppe und die GÄCD .....	28
Abbildung 4:	Hochrechnungsverfahren .....	29
Abbildung 5:	Ärzte als Anbieter ästhetischer Eingriffe aufgegliedert nach Praxis, Klinik und gewerblichen Einrichtungen .....	36
Abbildung 6:	Einrichtungen als Anbieter ästhetischer Eingriffe aufgegliedert nach Praxis, Klinik und gewerblichen Einrichtungen .....	36
Abbildung 7:	Ärzte in Praxen/Kliniken/gewerblichen Einrichtungen pro Bundesland .....	38
Abbildung 8:	Einrichtungen nach Praxen/ Kliniken/ gewerbl. Einrichtungen pro Bundesland .....	39
Abbildung 9:	Verteilung der ästhetisch tätigen Ärzte nach Fachrichtung und nach Bundesland .....	40
Abbildung 10:	Bevölkerung pro Arzt .....	42
Abbildung 11:	Mitgliedschaft in Fachgesellschaften .....	44
Abbildung 12:	Vergleich der Stichprobe der GP Forschungsgruppe-Erhebung und der GÄCD-Mitgliederbefragung .....	47
Abbildung 13:	Zufriedenheit mit dem ästhetischen Ergebnis einer „Schönheitsoperation“ .....	73
Abbildung 14:	Auswirkungen von „Schönheitsoperationen“ auf das Wohlbefinden .....	74
Abbildung 15:	Operationsort bei durchgeführten ästhetischen Eingriffen .....	83
Abbildung 16:	Anzahl Beratungsgespräche vor der Operation (in %) .....	84
Abbildung 17:	Vorbereitung auf das erste Beratungsgespräch (in %) .....	84
Abbildung 18:	Checkliste für Patienten zur „Schönheitschirurgie“ .....	85
Abbildung 19:	Themen des ersten Beratungsgesprächs .....	87
Abbildung 20:	Zufriedenheit mit den Arzt- und Risikoinformationen .....	88



## 1. Ziele und Aufgabenstellung des Projektes

„Schönheitsoperationen“ sind in den letzten Jahren verstärkt Gegenstand des medialen Interesses geworden. Spektakuläre Sendungen wie „The Swan“ und die Live-Übertragung einer Brustvergrößerung bei einer jungen Frau in einem privaten Fernsehsender hatten einen deutlichen gesellschaftlichen Nachhall, der beispielsweise dazu führte, dass der Landesfrauenrat Niedersachsen im Jahr 2005 über 5.000 Unterschriften gegen „Schönheitsoperationen“ im Fernsehen gesammelt hat. Mit dieser Aktion wurde die Aufforderung an die Programmverantwortlichen von Fernsehsendern verbunden, in Zukunft vor allem solche Sendungen zu unterlassen, die wegen ihres Show-Charakters falsche Hoffnungen wecken, unrealistische Schönheitsideale propagieren, die Risiken medizinischer Eingriffe und Operationen verharmlosen sowie nicht ausreichend auf mögliche Folgen oder Komplikationen hinweisen. Auch die Bundesärztekammer wurde initiativ und bildete im Oktober 2004 eine breit angelegte „Koalition gegen den Schönheitswahn“.<sup>1</sup>

Der Koalition ist es ein Anliegen, den Trend zu „Schönheitsoperationen“ besonders bei Jugendlichen und Heranwachsenden zu stoppen. Sie will deshalb Kinder und Jugendliche dabei unterstützen, ein stärkeres Selbstwertgefühl zu entwickeln. Dies soll u.a. dadurch geschehen, dass der Lehrerverband zusammen mit den Fachgesellschaften Unterrichtsbausteine zum Thema „Schönheitsoperationen“ entwickeln will. Die BÄK kündigte an, einen Verhaltenskodex für ästhetische Chirurgie zu entwickeln.<sup>2</sup>

Das Bundesgesundheitsministerium und der Deutsche Ärztetag sind zusätzlich bei Ärzten aktiv geworden. „Schönheitsoperationen“ wurden in die Änderung des Heilmittelwerbegesetzes vom April 2005 aufgenommen. Dort wird irreführende und ethisch bedenkliche Werbung untersagt.

Vor allem von der Vereinigung der Deutschen Plastischen Chirurgen (VDPC, jetzt: DGPRÄC) und der Vereinigung der Deutschen Ästhetisch-Plastischen Chirurgen (VDÄPC) wurde verstärkt darauf hingewiesen, dass zunehmend ästhetische oder kosmetische Eingriffe durch Ärzte ohne offizielle Qualifizierung durchgeführt sowie von gewerblichen Instituten angeboten werden.<sup>3</sup> Zur Qualitätssicherung beim Angebot von „Schönheitsoperationen“ hat daher der 108. Deutsche Ärztetag im Mai 2005 beschlossen, die Facharztbezeichnung „Plastische Chirurgie“ um den Zusatz „Ästhetische“ zu erweitern. Es ist Aufgabe der Landesärztekammern, dies in den Weiterbildungsordnungen umzusetzen.

Trotz der öffentlichen Aufmerksamkeit fehlen bislang jedoch objektive und valide Daten zur Situation von Angebot und Nachfrage von „Schönheitsoperationen“. Über beides liegen in Deutschland nur Schätzungen vor. In der Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der CDU/CSU-Fraktionen vom 29.12.2003 (BT-Drs. 15/2289) bleibt die Anzahl der als „Schönheitschirurgen“ tätigen Ärzte in Deutschland

<sup>1</sup> Der Koalition gehören an: BÄK, Bundesministerin für Gesundheit und Soziale Sicherung, Patientenbeauftragte der Bundesregierung, Vorsitzender der Deutschen Bischofskonferenz, die Evangelische Kirche in Deutschland, VDPC und VDÄPC, die Barmer Ersatzkasse, der Deutsche Lehrerverband, die Kommission für Jugendmedienschutz, der Vorsitzende der zentralen Kommission zur Wahrung ethischer Grundsätze in der Medizin und in ihren Grenzgebieten, die Vorsitzende der Enquete-Kommission „Kultur in Deutschland“, das ZDF sowie die Deutsche Sportjugend.

<sup>2</sup> Ärzte-Zeitung vom 1.2.2005: „Wider den Schönheitswahn“

<sup>3</sup> z.B. im Artikel „Ästhetische OPs: Zahl hat sich in zwölf Jahren versechsfacht“ der Ärzte-Zeitung vom 27.10.2004

ebenso offen wie die Anzahl der „Schönheitsoperationen“. Des Weiteren liegen keine Informationen zur Ergebnisqualität der Operationen und zur Ausbildung der Operateure vor. Auch die Anzahl der arzt haftungsrechtlichen Klagen wegen Behandlungsfehlern bei „Schönheitsoperationen“ ist dort nicht bekannt.

Nach Schätzungen des VDPC (jetzt: DGPRÄC) beläuft sich der Umsatz mit ästhetischer Medizin in Deutschland jährlich auf fünf Milliarden Euro, davon sollen 800 Millionen Euro auf plastische Operationen entfallen, die nicht primär medizinisch indiziert sind.<sup>4</sup>

Antworten auf die in der Kleinen Anfrage gestellten Fragen werden auch dadurch erschwert, dass die Begriffe „Schönheitschirurgie“, „Schönheitsoperationen“, Kosmetische Chirurgie oder Ästhetische Chirurgie in Deutschland nicht eindeutig definiert sind.

Nicht eindeutig ist außerdem die Benennung der Nachfrager von „Schönheitsoperationen“, sind es Patienten/innen oder Kunden/innen?<sup>5</sup> Da es sich bei „Schönheitsoperationen“ um einen medizinischen Eingriff bzw. eine medizinische Intervention handelt, sprechen Ärzte von Patienten/innen. Da „Schönheitsoperationen“ jedoch auch von gewerblichen Instituten angeboten werden und die Leistungserbringung bei nicht-medizinisch indizierten Leistungen auf einer privatrechtlichen Absprache zwischen Nachfrager und Leistungsanbieter erfolgt, ist die Bezeichnung Kunde/in ebenso berechtigt. Anhand der o.g. Umsatzgrößen wird bereits deutlich, dass es eindeutig einen *Markt* für „Schönheitsoperationen“ gibt. Die Wahl der Begrifflichkeiten ist insofern auch nicht unerheblich, da dadurch ganz unterschiedliche Aspekte in den Vordergrund gerückt werden: die Patientenrolle ist von anderen Erwartungen und Verhaltensweisen geprägt als die Kundenrolle. Für Kunden gilt der Verbraucherschutz.

Vor diesem Hintergrund hat das Bundesministerium für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz (BMELV), vertreten durch die Bundesanstalt für Landwirtschaft und Ernährung (BLE), ein Forschungsprojekt in Auftrag gegeben, das verlässliche Informationen über Ausmaß, Probleme und Handlungsbedarf für den Bereich „Schönheitsoperationen“ ermitteln soll.

Primäres Ziel des Forschungsprojektes ist es, im Rahmen einer wissenschaftlichen Bearbeitung eine **Marktanalyse** und einen fundierten **Überblick**

- über die Inanspruchnahme dieser Dienstleistung,
- die daraus für die Verbraucherinnen und Verbraucher entstehenden Probleme sowie
- den daraus resultierenden gesellschaftlichen Folgekosten zu geben.

---

<sup>4</sup> Ärzte-Zeitung vom 10.03.2006: „Ästhetische Medizin ist ein Milliarden-Markt“

<sup>5</sup> Für die Verwendung der männlichen/weiblichen Sprachformen möchten wir darauf hinweisen, dass in Fällen, bei denen das männliche grammatikalische Geschlecht (Genus) im Sprachgebrauch üblich ist und deshalb im Bericht verwendet wird, sich die Aussagen sowohl auf Männer wie auf Frauen beziehen.

Hierzu werden die Erfahrungen der **Verbraucherinnen und Verbraucher** zu den folgenden Bereichen erhoben:

- Kosten der jeweiligen Eingriffe,
- Art der Finanzierung,
- Zufriedenheit der Kundinnen und Kunden mit dem Operationsergebnis (Übereinstimmung von Erwartung und Ergebnis),
- Häufigkeit von Komplikationen während und nach dem durchgeführten Eingriff bei den jeweiligen Kliniken und Praxen, sowie eventuelle Folgeschäden,
- Art der jeweiligen Schadensregelung,
- Qualität der Aufklärung der Kundinnen und Kunden über Gefahren und Risiken

Für die **Anbieterseite** werden die folgenden Sachverhalte untersucht:

- Wie viele von „Schönheitschirurgen“ und Fachärzten für Plastische Chirurgie geführte Kliniken, Institute und Praxen gibt es in Deutschland?
- Wie viele Eingriffe wurden im Jahr 2005 bei Frauen und Männern – differenziert nach dem Alter – durchgeführt und welcher Art waren diese Eingriffe?
- Welche Qualifikation haben die „Schönheitschirurgen“?
- Welche Möglichkeiten bestehen, die Berufsbezeichnung „Schönheitschirurg“ dem Berufsrecht zu unterwerfen?
- Welche Kontrollmöglichkeiten bestehen bislang? Wie könnte eine verbesserte Kontrolle der Anbieter und der betreffenden Einrichtungen erreicht werden?

Außerdem wird der Fragestellung nachgegangen, ob und, wenn ja, welche Auswirkungen die im Juni 2005 beschlossene Änderung des Heilmittelwerbegesetzes, die eine vergleichende, verharmlosende oder irreführende Werbung für „Schönheitsoperationen“ nicht mehr erlaubt, bereits für den Markt der „Schönheitschirurgie“ erkennen lässt.

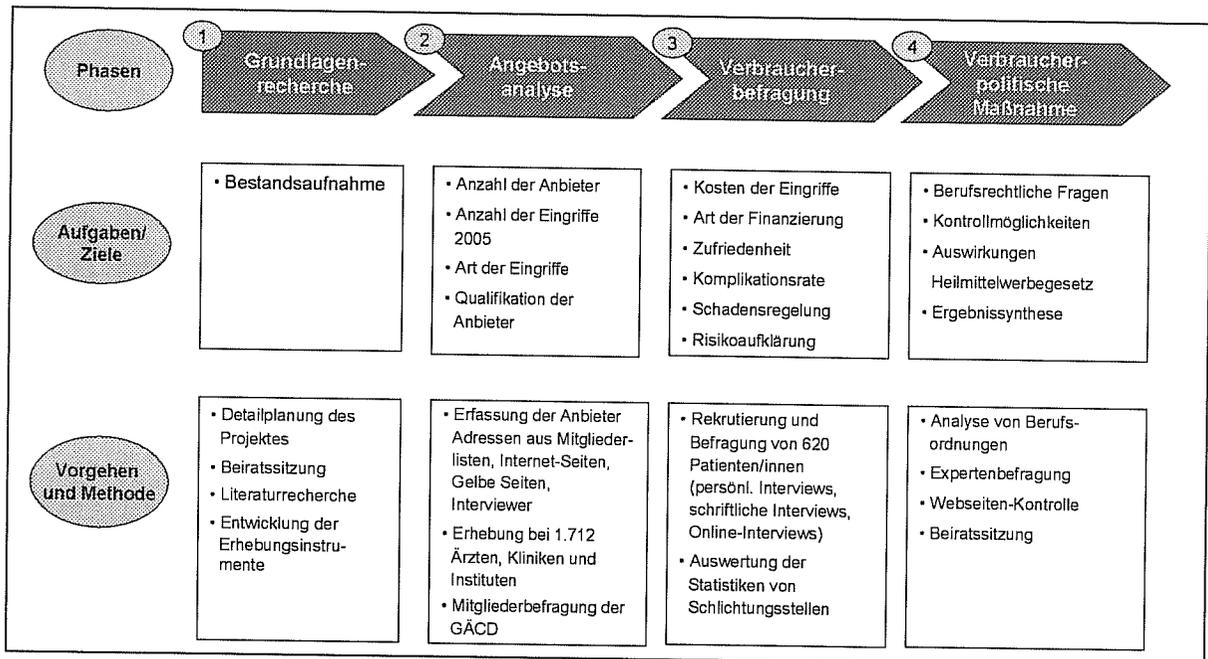
Zur Vereinfachung der Lesbarkeit des Berichtes wird durchgängig der Begriff ästhetische Operationen/Eingriffe/Interventionen synonym für ästhetisch-plastische, kosmetische oder „Schönheitsoperationen“ verwendet.

## 2. Planung und Ablauf des Projektes

Das Forschungsprojekt ist im November 2005 an die GP Forschungsgruppe vergeben worden und sollte im Oktober 2006 abgeschlossen werden.

Laut Projektplan ist das in Abbildung 1 dargestellte 4-stufige Vorgehen durchgeführt worden.

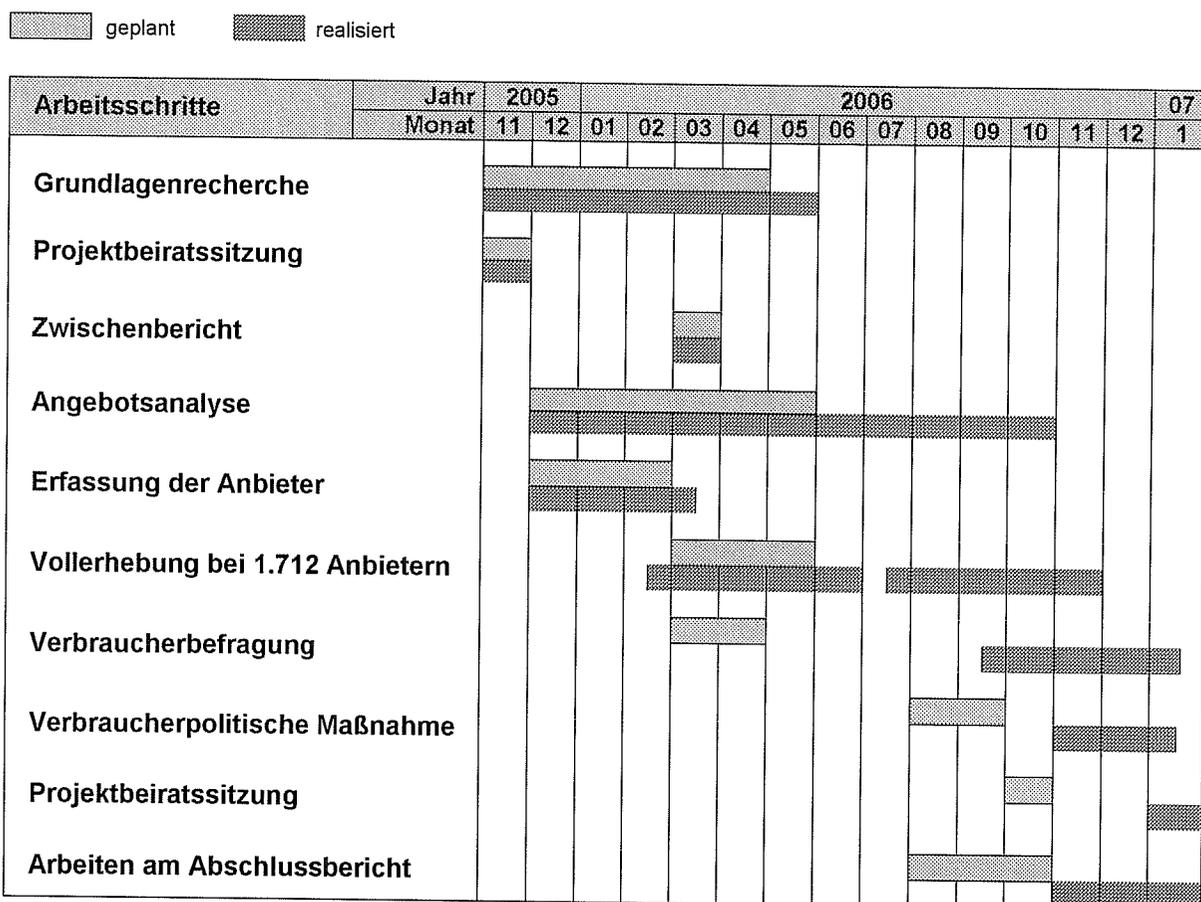
Abbildung 1: Projektablauf



Grafik: GP Forschungsgruppe 2007

Die Durchführung des Forschungsprojektes war ursprünglich auf 12 Monate angelegt worden. Durch nicht vorhersehbare Interventionen innerhalb einzelner Fachgesellschaften verzögerte sich die Vollerhebung bei den Anbietern erheblich. Davon war auch der Beginn der Verbraucherbefragung betroffen, da über die Einverständniserklärung von Anbietern Patienten/innen von ästhetisch tätigen Operateuren rekrutiert werden sollten. Im Juli 2006 wurde deshalb eine Verlängerung der Projektlaufzeit bis Ende Januar 2007 beantragt und auch bewilligt.

Abbildung 2: Projektzeitplan



Grafik: GP Forschungsgruppe 2007

### Grundlagenrecherche

Bereits für die Projektkonzeption war ein Projektbeirat einberufen worden, in dem die Fachdisziplinen Plastische Chirurgie, Gynäkologie, Dermatologie und Innere Medizin/Anti-Aging sowie der klinische und niedergelassene Bereich vertreten waren:

- Plastische Chirurgie: Prof. Dr. med. emer. Marianne Schrader
- Gynäkologie: Prof. Dr. med. Jörg Baltzer
- Dermatologie: Dr. med. Astrid Wichmann-Hesse
- Innere Medizin/Anti-Aging: Prof. Dr. med. Werner Sack

Mit dem Beirat wurden im November 2005 im Rahmen einer Beiratssitzung die Projektplanung abgestimmt sowie in Folge auch die Entwürfe für die Anbietererhebung und die Verbraucherbefragung.

Für die Entwicklung des Erhebungsbogens der Anbieterbefragung wurde auf das Erhebungsinstrument zurückgegriffen, mit dem der VDPC (jetzt: DGPRÄC) in der Vergangenheit die Mitgliederbefragungen zur Art und Häufigkeit von ästhetisch-plastischen Operationen durchgeführt hat. Dadurch sollte auch eine hohe Kooperationsbereitschaft mit der Community der ästhetisch-plastischen Chirurgen hergestellt werden. Der Erhebungsbogen wurde aufgrund von Fachgesprächen mit ästhetisch-plastischen Operateuren modifiziert und mit der Präsidentin des VDPC (jetzt: DGPRÄC) abgestimmt.

Die Abstimmung der Erhebungsinstrumente erfolgte vor ihrem Einsatz auch jeweils mit der BLE und dem BMELV.

Parallel zum Prozess der Entwicklung der Erhebungsinstrumente wurde eine kontinuierliche und umfassende Sichtung der einschlägigen Veröffentlichungen vorgenommen sowie eine Abfrage bei medizinischen Datenbanken zum Thema ästhetische sowie kosmetische Operationen und „Schönheitsoperationen“.

### Angebotsanalyse

Die Erfassung *sämtlicher* Ärzte und Institutionen, die ästhetisch-plastische „Schönheitsoperationen“ anbieten, erwies sich als äußerst aufwändiges Unterfangen. Die Ursache hierfür liegt einerseits in der Validität der verwendeten Quellen, andererseits an dem differenzierten Spektrum ästhetischer Operationsmöglichkeiten sowie weiterhin an den unterschiedlichen Sprachregelungen und den zahlreichen verschiedenen Fachgesellschaften in diesem Bereich mit eigenen (nicht immer aktuellen) Mitgliederverzeichnissen.

Aus den Mitgliederverzeichnissen verschiedener Fachgesellschaften wurde deshalb im ersten Schritt eine synthetisierte gemeinsame Adressliste erstellt, die dann mit der CD-Version des Branchenverzeichnisses „Gelbe Seiten Deutschland Herbst 2005“, unter Verwendung begrifflicher Kategorien wie „Ärzte: Ästhetisch-Kosmetische Medizin, Eigenhaartransplantationen, Faltenbehandlung, Faltenunterspritzung, Fettabsaugung, Laserchirurgie, Lasertherapie, Plastisch-ästhetische Chirurgie, Plastische Operationen, Schönheitschirurgie, Schönheitsoperationen“ abgeglichen wurde.

Im Folgenden wurde die Recherche ausgeweitet auf solche Ärzte, die über einen eigenen Internetauftritt verfügen. Außerdem wurden Interviewer der GP Forschungsgruppe mit der Aufgabe betraut, jeweils in ihrer Region nach Ärzten und Instituten zu suchen, die innerhalb des ästhetischen Spektrums praktizieren, um auf diese Weise auch Allgemeinärzte, Praktiker, Internisten und gewerbliche Institute zu erfassen, die anderweitig nicht gelistet sind.

Mit Stand zum 15. Februar 2006 waren 1.906 ästhetisch bzw. kosmetisch operierende Ärzte und Institutionen in Deutschland erfasst. Durch Nachmeldungen im weiteren Verlauf des Jahres 2006 umfasst die Adressliste im Dezember 2006 2.129 Ärzte und Einrichtungen.

Zur Ermittlung der Angebotssituation ist Mitte Februar 2006 der Erhebungsbogen an 1.712 Ärzte und Institutionen versandt worden. Die Differenz zwischen erfassten Adressen und Versandadressen ergibt sich aus der Tatsache, dass Oberärzte und Stationsärzte in Krankenhäusern und Kliniken über ihre Chefärzte und Klinikleiter abrechnen. In Krankenhäusern und Kliniken sind deshalb nur die Chefärzte um die Ausfüllung des Erhebungsbogens gebeten worden.

Dem Erhebungsbogen sind ein Anschreiben der GP Forschungsgruppe und ein Legitimationsschreiben des BMELV beigelegt worden (*siehe Anlagen*).

Trotz Zusagen hinsichtlich Kooperation und Unterstützung fand nach Versand der Erhebungsunterlagen in allen Fachgesellschaften ein von Mitgliedern initiiertes Dis-

kussionsprozess hinsichtlich *Pro* und *Contra* der Mitwirkung an der Erhebung statt. Dabei ging es offensichtlich um Ängste hinsichtlich des Datenschutzes und der Transparenz des Marktes. Zumindest von der DGPRÄC liegt uns ein Aufruf vor, in dem die Mitglieder der Gesellschaft aufgefordert wurden, nicht an dieser Studie mitzuwirken und das Ausfüllen der Erhebungsunterlagen zu unterlassen (*siehe Anlage*). Nach intensiven und langwierigen Verhandlungen ist es uns dann gelungen zu erreichen, dass die GÄCD die Daten einer eigenen Mitgliederbefragung dem Forschungsprojekt zur Verfügung stellt und die DGPRÄC mit dem Erhebungsbogen der GP Forschungsgruppe eine eigene Befragung durchführt und die ausgefüllten Bogen dann der GP Forschungsgruppe übermittelt.

Da im Erhebungsbogen eine Frage enthalten ist, die als Filterfrage für die Mitarbeit der Ärzte bei der Rekrutierung von Kunden/innen verwendet wurde, verschob sich durch die o.g. Schwierigkeiten die Verbraucherbefragung auf den Herbst/Winter 2006.

### Verbraucherbefragung

Für die Verbraucherbefragung wurden unterschiedliche Zugänge gewählt. Es wurden wie geplant Patienten/innen von 50 kooperierenden Operateuren aus Praxen, Kliniken und Instituten rekrutiert. Es wurde dabei auf eine Gleichverteilung von Fachärzten für Plastische und Ästhetische Chirurgie, Gynäkologie, Dermatologie und Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde geachtet. Zusätzlich wurden nach Quotenvorgabe von Interviewern Verbraucher/innen mit ästhetischen Operationen gesucht.<sup>6</sup> Des Weiteren wurden Verbraucher/innen aus Internetforen<sup>7</sup> sowie über Kleinanzeigen in auflagenstarken Zeitungen<sup>8</sup> rekrutiert. Dabei erwies sich der Zugang über Kleinanzeigen nicht als effektiv und wurde nicht weiter verfolgt. Außerdem wurden über ein Online-Panel<sup>9</sup> Verbraucher/innen befragt und durch den Zukauf von Adressen aus einem Adressenpool<sup>10</sup> Kunden von ästhetisch tätigen Operateuren erreicht.

Insgesamt wurden 620 Personen befragt, die überwiegend im Zeitraum 2004-2006 einen ästhetischen Eingriff haben durchführen lassen.

Zur Ermittlung der Anzahl strittiger Fälle wurde der Kontakt zu den länderspezifischen Schlichtungs- bzw. Gutachterstellen aufgenommen und auf die von diesen Stellen gelieferten Daten Bezug genommen.

### Verbraucherpolitische Maßnahmen

Zur Beurteilung berufsrechtlicher Fragen sind sowohl die entsprechenden Anträge beim Deutschen Ärztetag, die Stellungnahmen einzelner Fachgesellschaften sowie die Berufs- und Weiterbildungsordnungen gesichtet worden. Außerdem sind zu diesem Thema die Mitglieder des Projektbeirats sowie Vertreter von Fachgesellschaften konsultiert worden.

---

<sup>6</sup> Hier erfolgte eine Kooperation mit dem Marktforschungsinstitut Marplan.

<sup>7</sup> z.B. Brigitte Community, Medizin-Forum, Forum Romanum, Lifeline-Forum

<sup>8</sup> Süddeutsche Zeitung, Abendzeitung (AZ), TZ, Berliner Morgenpost

<sup>9</sup> Es wurde das Online-Panel von ODC Services GmbH in Anspruch genommen.

<sup>10</sup> Der Adressenkauf erfolgte bei der Schober Consumer Information GmbH.

Erste mögliche Auswirkungen des Heilmittelwerbegesetzes sind anhand einer Stichprobe von Internetauftritten geprüft worden.

Der Entwurf des Abschlussberichtes ist mit den Projektbeiratsmitgliedern in einer Beiratssitzung Mitte Januar diskutiert worden.

Die Möglichkeit bzw. Notwendigkeit verbraucherpolitischer Interventionen wird durch eine Würdigung der Gesamtergebnisse erörtert.

### 3. Wissenschaftlicher Hintergrund und state of the art

Bei der Darstellung des wissenschaftlichen Kenntnisstandes zu dem Thema ästhetische, kosmetische und „Schönheitsoperationen“ klammern wir im Rahmen dieses Forschungsprojektes bewusst die Diskussion des Verständnisses von Schönheit sowie die historische Entwicklung hinsichtlich der Durchführung von ästhetischen Operationen aus. Näheres dazu findet sich beispielsweise bei Schmidt-Tintemann (1972), Lösch (2003), Panfilov (2003), Taschen (2005), Schrader (2005) oder Neuhann-Lorenz (2006).

Notwendig ist jedoch eine nähere Definition des Gegenstandes. Was ist eigentlich eine „Schönheitsoperation“ bzw. „Schönheitschirurgie“?

Für die Wegbereiterin einer modernen Auffassung von Plastischer Chirurgie, Ursula Schmidt-Tintemann, gehörte die Bezeichnung „Schönheitschirurgie“ zur Vulgärterminologie:

*„Der Ausdruck ‚Schönheitschirurgie‘ ist falsch, weil er sehr vage auf allgemeine Maßstäbe verweist, die dem Zeitgeschmack unterworfen sind, und weil er eine Übertreibung enthält, die zwar einer Marktlage entgegenkommt, aber geeignet ist, im Patienten falsche Vorstellungen und Hoffnungen in Bezug auf operative Möglichkeiten zu wecken.“<sup>11</sup>*

Selbst mit der Bezeichnung *Ästhetische Chirurgie* konnte sie sich nicht anfreunden, weil damit als Ziel einer Operation zweckfreies Wohlgefallen unterstellt werden würde.

In der Antwort der Bundesregierung (15/2289) auf die bereits zitierte Kleine Anfrage aus dem Jahr 2003 wird ausgeführt, dass es keine eindeutige Definition gibt. Die Bundesregierung verwendet den Begriff der „Schönheitschirurgie“ mit dem Verständnis, *„dass sich die Schönheitschirurgie mit der Verbesserung oder Veränderung von Körperformen durch operative Eingriffe ohne medizinische Notwendigkeit im Sinne des Krankenversicherungsrechts befasst.“*

Der Zusatz *ohne medizinische Notwendigkeit im Sinne des Krankenversicherungsrechts* verlagert die notwendige Präzisierung dessen, was medizinisch notwendig ist, auf die Definitionsmacht der Juristen. Das Berliner Kammergericht meint dazu in einem Urteil (Az. 5U 153/01), dass *„nicht medizinisch indizierte Schönheitschirurgie eine gewerbliche Tätigkeit sei“* und führt weiter aus: *„...dass der Begriff ‚plastisch-ästhetische Chirurgie‘ zwar zu dem gewerblichen Bereich bloßer Schönheitschirurgie tendiert, ohne weitere Klarstellung wird aber damit eine Abgrenzung zur medizinisch indizierten ‚Wiederherstellungschirurgie‘ nicht hinreichend deutlich, die auch ästhetische Beeinträchtigungen mit psychischem Krankheitswert erfasst.“*

Im Rahmen der Europäischen Union haben die European Union of Medical Specialists und das Committee of European Doctors folgende Definition erarbeitet:

*„Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie ist die Fachrichtung, die sich auf akute und nicht-akute Zustände bezieht, die angeboren oder entweder durch Unfall, Krankheit, Degeneration oder durch Alterungsprozesse bei beiden Geschlechtern in allen Altersstufen erworben sein können. Ihr Ziel ist die Wiederher-*

---

<sup>11</sup> Schmidt-Tintemann 1972:11

stellung des äußeren Erscheinungsbildes und des Wohlbefindens.“<sup>12</sup> Nahezu gleichlautend ist die Definition der International Plastic Reconstructiv Aesthetic Surgery.<sup>13</sup>

Wir schließen uns im Rahmen des Forschungsprojektes dieser Definition an. „Schönheitschirurgie“ ist kein Fachterminus, sondern eine vielfach – selbst von Fachärzten für Plastische und Ästhetische Chirurgie – verwendete umgangssprachliche Bezeichnung für ästhetische oder kosmetische Eingriffe und Operationen. Diese lassen sich im engeren Sinne in *rekonstruktive* und *ästhetische* Operationen unterteilen. Rekonstruktive Operationen dienen der plastisch-chirurgischen Wiederherstellung der körperlichen Erscheinung, vor allem nach Brand- und Unfallverletzungen oder Krebserkrankungen. Bei rekonstruktiven Operationen handelt es sich *exklusiv* um medizinisch bedingte Indikationen. Patienten mit Tumoren oder mit schwer entzündlichen Erkrankungen sowie Deformierungen nach Unfällen erfordern teilweise ausgedehnte ästhetische Rekonstruktionen. Rekonstruktive Operationen sind jedoch nicht Gegenstand dieses Forschungsprojektes, ungeachtet der ästhetisch-operativen Kompetenz, die für sie erforderlich ist.

Ästhetische Operationen sind im Gegensatz zu rekonstruktiven Operationen nicht zwingend erforderlich. Sie hängen eng mit kulturell-gesellschaftlichen Attitüden und der subjektiven Lebensqualität zusammen. Sie sollen in der Regel das eigene Körperselbstbild verbessern, damit Selbstvertrauen und Selbstsicherheit festigen und die Attraktivität steigern. Ästhetische Operationen weisen somit eine stark psychologische Komponente auf, bei der der Leidensdruck eine nicht unerhebliche Rolle spielen kann. Sofern der Leidensdruck psychiatrische Diagnosen hervorruft, ist auch eine medizinische Indikation gegeben. Diese führt dann aber zur Verordnung von Psychotherapie und nicht zur Verordnung ästhetischer Operationen, wie im Urteil des Bundessozialgerichtes vom 20.2.1993 hervorgehoben wurde.

Trotz der juristischen Klarstellungen sind die Grenzen zwischen medizinischer Indikation und selbstgewähltem Verschönerungsanliegen in der Praxis fließend und nicht immer eindeutig. Eine der großen Referenzfiguren der modernen Plastischen Chirurgie, der brasilianische Arzt Ivo Pitanguy, negiert sogar die Abgrenzungsversuche: *„Es gibt für mich keine Trennung zwischen einer medizinischen und einer ästhetischen Indikation. Sich mit sich selbst wohl zu fühlen ist in keiner Weise oberflächlich. Ich operiere ja nicht nur die Körper, sondern auch die Seelen.“*<sup>14</sup> Das psychische Wohlbefinden eines Patienten steht im Vordergrund, betont z.B. auch der deutsche Arzt Berg (o.J.: 16). Kritisch merkt hingegen Thomas zu der von Plastischen Chirurgen in diesem Zusammenhang häufig geäußerten hohen Wertschätzung des psychosozialen Wohlbefindens von Patienten an, dass die Berufsgemeinschaft Plastischer Chirurgen sich auf eine Unterscheidung zwischen einem Patienten („patients“ = einer der leidet) und einem gesunden Kunden verständigen sollte. *„Allzu große Willfährigkeit mit Rekurs auf die WHO-Gesundheitsdefinition öffnet nur zu offensichtlich die Türen von einer verantwortlichen Medizin zum reinen Geschäft.“* (Thomas 2003: 44). Die Diskussion zur Einschätzung ästhetischer Operationen bewegt sich somit auf dem Kontinuum von Krankheitsbehandlung einerseits bis hin zu Verbesserung der Lebensqualität und Lifestyle-Medizin andererseits.

Aus der Einschätzung ästhetischer Operationen ergeben sich unmittelbare materielle Konsequenzen hinsichtlich der Umsatzsteuerpflicht. Diese ist dann gegeben, wenn ästhetische Operationen als gewerbliche Leistungen eingestuft werden. Laut einem Urteil des Finanzgerichtes Köln (Az.: 3V 5850/04) gilt ein Auftritt im Internet sowie

<sup>12</sup> Zitiert nach Panfilov 2003:18

<sup>13</sup> siehe dazu Lösch 1989

<sup>14</sup> nachzulesen bei Taschen 2005:174

sonstige Werbung für ästhetische Operationen als Hinweis darauf, dass eine medizinische Indikation nicht gegeben ist und es sich um eine gewerbliche Leistung handelt. Das Anbieten gewerblicher Leistungen schafft eine Anbieter-Kundenbeziehung. Bei Inanspruchnahme der angebotenen Leistung stellt sich das Paradox, dass ein Kunde gleichzeitig auch Patient ist. In den weiteren Erörterungen des Berichts wird diese ambivalente Situation mehrfach aufgegriffen.

Als Lösungsweg für das ‚Gewerbe-Dilemma‘ bieten Vertreter der Plastischen Chirurgie die Auffassung an, dass ästhetische Operationen immer dann Heilbehandlungen und somit von der Umsatzsteuer befreibar sind, wenn die Initiative für den Eingriff vom Patienten ausgeht.<sup>15</sup>

Die Bezeichnung *ästhetische Operationen* wird im Bericht synonym für *kosmetische Operationen* und für „Schönheitsoperationen“ verwendet.

### **3.1 Kenntnisstand zur Nachfrage und Inanspruchnahme von ästhetischen Operationen**

Die Nachfrage nach ästhetischen Operationen äußert sich zuerst im Wunsch, eine solche Operation durchführen zu lassen. Mehrere Meinungsumfragen legen den Eindruck nahe, dass offensichtlich innerhalb der Bevölkerung eine hohe Bereitschaft zu „Schönheitsoperationen“ besteht. Nach einer im Jahr 2002 von dem Marktforschungsinstitut FORSA durchgeführten telefonischen Umfrage würden sich – je nach Alter – zwischen 60% und 82% der befragten Frauen im Alter bis zu 60 Jahren einer „Schönheitsoperation“ unterziehen, um mit ihrem Körper zufriedener zu sein.<sup>16</sup>

Der Wunsch nach einer „Schönheitsoperation“ scheint sich auch bereits auf die Gruppe der Kinder und Jugendlichen ausgeweitet zu haben. In einer Repräsentativerhebung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung im Jahr 2006 stimmen von Mädchen im Alter zwischen 14 und 17 Jahren 7% vollständig und 10% ziemlich der Aussage zu „*Wenn ich die Möglichkeit hätte, würde ich eine Schönheitsoperation machen lassen*“.<sup>17</sup> Nach einer Untersuchung der Landesbausparkassen (LBS) in Nordrhein-Westfalen haben 2003 bereits sogar rund 20% der Kinder im Alter von neun bis 14 Jahren darüber nachgedacht, sich Fett absaugen oder Nase bzw. Brust korrigieren zu lassen.<sup>18</sup> Einschränkend zu bedenken ist jedoch, dass diese Umfragen reine Absichtserklärungen widerspiegeln, deren wahrscheinlicher Realisierungsgrad völlig offen ist.

Ein differenzierteres Bild hinsichtlich des Interesses an „Schönheitsoperationen“ liefert eine Untersuchung von Kluge & Sonnenmoser (2001). Demnach hat *ein* Prozent der befragten Personen im Alter von 14-92 Jahren zum Zeitpunkt der Befragung bereits eine „Schönheitsoperation“ gemacht. 7,1% planen die Durchführung einer Operation bzw. würden sie gern machen. Erwartungsgemäß sind Frauen mehr als doppelt so häufig wie Männer unter den operationserfahrenen Personen zu finden. Zwar finden sich unter den 30 bis 49jährigen etwas häufiger Personen – vor allem Frauen

---

<sup>15</sup> vgl. zu dieser Argumentationskette Bruck 2005

<sup>16</sup> zitiert nach Neuhann-Lorenz 2006:39

<sup>17</sup> siehe dazu BZgA Forum 1-2006:4

<sup>18</sup> Landesbausparkassen Nordrhein-Westfalen, Untersuchung Kinderbarometer 2003, zitiert in: epd sozial Nr. 34 vom 26.8.2005

– mit einer „Schönheitsoperation“, aber die quantitativen Unterschiede zu den jüngeren wie älteren Befragten sind nur gering.

Tabelle 1: *Einstellung der Deutschen zu „Schönheitsoperationen“*

Nennung	Gesamt (1.457)	Frauen (759)	Männer (698)	14-29 (433)	30-49 (565)	50+ J. (459)
Habe ich bereits gemacht	1,0%	1,4%	0,6%	0,9%	1,2%	0,9%
Habe ich geplant	2,3%	2,8%	1,7%	2,5%	2,8%	1,3%
Würde ich gern machen	4,8%	4,5%	5,1%	6,2%	4,3%	4,1%
Denke oft daran	2,8%	3,3%	2,3%	3,0%	3,2%	2,2%
Denke ab und zu daran	6,0%	8,7%	3,2%	6,2%	8,3%	3,1%
Kein Interesse	83,1%	79,3%	87,1%	81,2%	80,2%	88,4%

Quelle: Kluge & Sonnenmoser 2001

Im Fazit ihrer Studie kommen Kluge & Sonnenmoser zu dem Schluss, dass für die Mehrzahl der deutschen Bevölkerung eine „Schönheitsoperation“ nicht in Frage kommt und dass das Interesse an „Schönheitsoperationen“ im Zeitraum 1998 bis 2001 *nicht* gestiegen ist. Bei einer Hochrechnung der von Kluge & Sonnenmoser ermittelten 1%-Prävalenz auf die deutsche Bevölkerung im Alter von 18 und mehr Jahren hätten dem gemäß rund 680.000 Personen eine „Schönheitsoperation“ durchgeführt, d.h. die Lebenszeitprävalenz läge 2001 in Deutschland bei 680.000 Personen.

Hinsichtlich der tatsächlichen Häufigkeit ästhetischer Operationen liegen keine statistisch abgesicherten Informationen vor. Die in den letzten Jahren publizierten Zahlen stellen Hochrechnungen der beiden mitgliederstärksten Gesellschaften (DGPRÄC, GÄCD) dar. Aufgrund der stark unterschiedlichen Angaben herrscht eine große Unsicherheit über die *reale* Anzahl ästhetischer Operationen in Deutschland.

Tabelle 2: *Angaben zur Häufigkeit von „Schönheitsoperationen“*

Quelle	Jahr	Anzahl
VDPC/ VDÄPC	1990	109.000
VDPC/ VDÄPC	1994	147.000
VDPC/ VDÄPC <sup>19</sup>	2000	380.000
DER SPIEGEL <sup>20</sup>	2001	300.000
Bundesregierung	2001	400.000
Stiftung Warentest	2002	350.000
VDPC/ VDÄPC	2002	660.000
Bundesregierung	2002	800.000
Panfilov	2003	600.000
Bundesregierung	2003	1.000.000
DGÄPC <sup>21</sup>	2004	400.000
VDPC/ VDÄPC <sup>22</sup>	2004	700.000

Zusammenstellung: GP Forschungsgruppe

<sup>19</sup> Persönliche Mitteilung DGPRÄC vom 31.1.2007

<sup>20</sup> DER SPIEGEL Nr. 41/2002

<sup>21</sup> Pressemitteilung, Daten und Statements zur „Schönheitschirurgie“ in Deutschland' der DGÄPC

<sup>22</sup> <http://www.vdpc.de/presseinformationen/zahlen-der-plastischen-chirurgie/>, Zugriff am 28.8.2005; BÄK intern April 2005; Ärzte-Zeitung vom 7.3. 2005 „Chirurgen für Werbeverbot für Schönheits-Operationen“

Nur etwa 25% der Eingriffe, die vom VDPC/ VDÄPC für das Jahr 2004 gemeldet werden, d.h. 175.000, seien rein ästhetische Eingriffe. Drei Viertel der Operationen seien Rekonstruktionen als Folge von Therapie, Unfällen und Verbrennungen.

Nach den Daten von VDPC und VDÄPC verteilen sich die Operationen des Jahres 2004 zu 87,5% auf Frauen und zu 12,5% auf Männer. Zehn Prozent aller Eingriffe sollen bei Kindern und Jugendlichen durchgeführt worden sein, wobei es sich in der Mehrzahl der Fälle um die Korrekturen stark abstehender Ohren gehandelt habe. Letztere Zahlen werden von der Deutschen Gesellschaft für Ästhetisch-Plastische Chirurgie (DGÄPC) angezweifelt. Nach ihren Daten würden lediglich ein Prozent aller ästhetisch-plastischen Eingriffe in Deutschland bei Jugendlichen unter 18 Jahren durchgeführt werden.<sup>23</sup>

### **3.2 Größe des Angebots und Facharztbezeichnung**

Die Plastische Chirurgie ist seit 1992 als eigenes Fachgebiet in Deutschland etabliert, zuvor war sie das Teilgebiet „Plastische Chirurgie“ der Allgemeinen Chirurgie. Um mehr Transparenz und Qualität bei dem Angebot ästhetischer Operationen zu erreichen, hat der Deutsche Ärztetag 2005 beschlossen, die Facharztbezeichnung in „Facharzt/Fachärztin für Plastische und Ästhetische Chirurgie“ zu erweitern. Nach der Approbation muss eine mindestens 6-jährige Weiterbildung absolviert werden, in deren Rahmen 600 Operationen selbstständig durchgeführt werden müssen.<sup>24</sup>

Laut Ärztestatistik der Bundesärztekammer gibt es im Jahr 2005 635 Fachärzte für Plastische und Ästhetische Chirurgie, darunter 140 Ärzte aus dem oben erwähnten früheren Teilgebiet „Plastische Chirurgie“. Die Zusatzbezeichnung „Plastische Operationen“ weisen 1.274 Ärzte auf. In der DGPRÄC (vormals VDPC) sind im Jahr 2005 571 und im Jahr 2006 621 Plastische Chirurgen organisiert.<sup>25</sup> Darunter befinden sich jedoch auch nicht mehr aktive Ärzte sowie Ärzte, die gegenwärtig im Ausland berufstätig sind.

Zu Beginn des Forschungsprojektes konnten wir aufgrund der Adressenüberprüfung von einer Grundgesamtheit von 1.906 Ärzten ausgehen, die ästhetische Operationen anbieten. Wie sich diese Grundgesamtheit neben den Plastischen Chirurgen auf Mund-Kiefer-Gesichtschirurgen, Hals-Nasen-Ohrenärzte, Dermatologen, Gynäkologen, Internisten oder andere Spezialisierungen und Institute verteilt, war nicht bekannt.

Die Begriffe „Schönheitschirurgie“ oder Kosmetische Chirurgie kommen in der Weiterbildungsverordnung der Bundesärztekammer nicht vor. Somit handelt es sich um nicht geschützte Begriffe. Theoretisch kann somit jeder Arzt (auch ohne Qualifikation für die Durchführung ästhetischer Operationen) „Schönheitsoperationen“ durchführen. Dieser Themenkomplex wird ausführlich in Kapitel 7 erörtert.

<sup>23</sup> Ärzte-Zeitung vom 24.3.2005: „Chirurgen kritisieren Koalition gegen den Schönheitswahn“

<sup>24</sup> genaue Darstellung der Inhalte der Weiterbildungsordnung unter [www.vdpc.de/fuer-aerzte-und-mitglieder/neue-weiterbildungsordnung/](http://www.vdpc.de/fuer-aerzte-und-mitglieder/neue-weiterbildungsordnung/); Zugriff 28.8.2005

<sup>25</sup> [www.vdpc.de/ordentliche-mitglieder/](http://www.vdpc.de/ordentliche-mitglieder/), Zugriff 28.8.2005

Detaillierte Leistungsstatistiken liegen ebenfalls nicht vor. Der VDPC (jetzt DGPRÄC) publiziert die in Tabelle 3 aufgeführte Operationshäufigkeit nach Patientenzahlen<sup>26</sup>, wobei einige minimal-invasive ästhetische Eingriffe in dieser Liste nicht aufgeführt werden (z.B. Leberfleck- oder Feuermalentfernung, Hämangiom, Warzenentfernung, Subsurfacing, Skinresurfing, Dermabrasion etc.).

Tabelle 3: *Ästhetische Operationen (Patientenzahlen)*

25.000	Brustverkleinerung & Bruststraffung
20.000	Gewebeunterfütterung mit Fremdmaterial oder Eigenfett
20.000	Fettabsaugung
20.000	Brustvergrößerung
20.000	Ohrkorrektur
15.000	Injektionen mit Botulinumtoxin
15.000	Lidstraffung
15.000	Bauchdeckenstraffung
10.000	Nasenkorrektur
10.000	Facelift
7.000	Korrektur der Gynäkomastie
7.000	Stirnlift
7.000	Oberschenkelstraffung
5.000	Oberarmstraffung
3.000	Bodylift
2.000	Kinnvergrößerung

Quelle: VDPC (jetzt: DGPRÄC)

### 3.3 Kosten von ästhetischen Operationen

Informationen über die Kosten von ästhetischen Operationen sind durchaus vorhanden. In Krankenhäusern bildet die Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) die Grundlage der Preisbildung für einen ästhetischen Eingriff. Die GOÄ ist Verbrauchern a priori in der Regel nicht bekannt und schwer nachvollziehbar. Orientieren können sich Verbraucher jedoch in Veröffentlichungen von ästhetisch tätigen Operateuren, z.B. Kumpel (2003), Fatemi (2004), Mang (2005), auf den Webseiten der ästhetisch tätigen Operateure sowie auf Webseiten thematisch nahe stehender Anbieter.

Auch in Publikumszeitschriften, die sich mit dem Thema „Schönheitsoperationen“ befassen, werden regelmäßig Preise für die einschlägigen Operationen genannt.

Ein Vergleich einiger ausgewählter Kostenangaben zeigt jedoch, dass die Bandbreite der Preise teilweise erheblich ist. Schwankungen ergeben sich zum einen durch die Größe oder die Region der Areale, die behandelt werden (z.B. bei Fettabsaugungen), aber offensichtlich auch durch die Honorarvorstellungen der Operateure.

Es dürfte für Verbraucher schwierig sein, sich hier einen *transparenten Marktüberblick* zu verschaffen. Der Such- und Vergleichsaufwand ist wie bei anderen konsumentenrelevanten Bereichen (z.B. Autokauf, Kreditaufnahme) erheblich. Auf den Seiten der Fachgesellschaften DGPRÄC, VDÄPC und GÄCD erhalten Verbraucher in dieser Hinsicht keine Informationen. Die DGÄPC hingegen informiert auf ihrer

<sup>26</sup> a.a.O.

Webseite über die Kosten der häufigsten Operationen. Seit November 2006 gibt es einen gewerblichen Anbieter, der Preisvergleiche für „Schönheitsoperationen“ im Internet anbietet.<sup>27</sup>

Tabelle 4: Übersicht über die Preise von ästhetischen Operationen

	KOSTENÜBERSICHT				
	www.novafeel.de <sup>28</sup>	Willen	Kümpel	Fatemi	Mang
- Brustvergrößerung	ca. 5.000-6.000	ab 5.500	ca. 5.000	ab 5.000	5.000-7.000
- Brustverkleinerung	ca. 4.000-5.000	4.000-6.000	ca. 7.000	ab 5.000	K.A.
- Bruststraffung	K.A.	3.500-7.000	K.A.	K.A.	5.000-7.000
- Nasenkorrektur	ca. 3.000-4.000	ab 3.000	ca. 5.200	ab 3.000	6.000
- Kinnkorrektur	K.A.	ab 1.500	ca. 2.800	K.A.	K.A.
- Lippenaugmentation	350-1.000	ab 1.000	K.A.	400-1.000	K.A.
- Ohrenkorrektur	ca. 1.500 je Ohr	K.A.	ca. 2.350	K.A.	4.000
- großes Face-Lifting	ca. 5.000-10.000	ab 5.000	ca. 7.500	ab 7.500	6.000-10.000
- Stirn-Lifting	K.A.	ab 2.250	K.A.	ca. 4.000	5.000
- Augenlidkorrektur	ca. 2.000	ab 1.300	ca. 2.200	ab 1.500	ab 2.000
- Fettabsaugen	1.200-4.000	1.000-10.000	ab 2.500	1.500-6.000	2.500-7.500
- Hautstraffung/Body-Lift	K.A.	ab 4.600	ca. 5.200	ab 5.000	5.000-8.000
- Faltenunterspritzung					
Botox (eine Injektion)	K.A.	ca. 320	K.A.	300-400	300
Kollagen	K.A.	ab 540	K.A.	ab 300	400
Hyaluronsäure	K.A.	ab 160	K.A.	ab 300	400
Eigenfett	K.A.	ab 1.020	K.A.	ca. 1.000	1.000-3.000
- Laserbehandlung (pro Behandlung)	K.A.	ca. 120	K.A.	K.A.	K.A.
- Dermabrasion	K.A.	ca. 1.500	K.A.	K.A.	1.000-2.000
- Laser-Skin-Resurfacing	K.A.	ca. 3.700	K.A.	ab 1.000	1.300-4.000

Quelle: Zusammenstellung GP Forschungsgruppe 2007

Angaben zu einzelnen ästhetischen Operationen gibt es u.a. auch auf der Webseite des Deutschen Ärzte Service (DÄS).<sup>29</sup> Der Deutsche Ärzte Service wirbt damit, dass die durch ihn vermittelten Ärzte im Durchschnitt ihre Leistungen zu einem 30% - 50% niedrigeren Preis anbieten, als sich dies aus dem Mittelwert der o.g. Tabelle ergibt. Die Kalkulationen der mit dem DÄS kooperierenden Ärzte sollen dabei auf der Gebührenordnung für Ärzte basieren. Laut Eigendarstellung hat der DÄS im Bereich der Brustvergrößerung im Jahr 2005 über 600 „Schönheitsoperationen“ zum Preis von 2.599 bzw. 2.999 Euro realisiert. Diese wesentlich niedrigeren Preise sollen durch eine straffe Organisation, Mengenrabatte beim Einkauf von Implantaten und optimale Ausnutzung von OP-Kapazitäten ermöglicht werden.

Von Seiten der Berufsverbände der Plastischen Chirurgen wird das Angebot des DÄS jedoch als „Aldisierung der ästhetischen Chirurgie“ bezeichnet.<sup>30</sup> Mit dem Vorwurf, dass der DÄS unzulässige Dumpingpreise anbietet, ist die Zentrale zur Bekämpfung unlauteren Wettbewerbs e.V. in Bad Homburg eingeschaltet worden. Laut der Überprüfung durch die Zentrale muss sich der DÄS nicht an die Gebührenord-

<sup>27</sup> [www.Schoenheitsangebot.de](http://www.Schoenheitsangebot.de)

<sup>28</sup> [www.novafeel.de/schoenheit/schoenheitsoperationen.htm](http://www.novafeel.de/schoenheit/schoenheitsoperationen.htm); Zugriff 28.8.2005 und 12.1.2007

<sup>29</sup> [www.deutscher-aerzteservice.de](http://www.deutscher-aerzteservice.de) Zugriff am 12.01.2007

<sup>30</sup> so die Präsidentin der DGPRÄC in einem Beitrag der Fernsehsendung plusminus vom 14.03.2006

nung halten und deshalb ist keine Rechtsgrundlage für eine diesbezügliche Intervention beim DÄS gegeben. Berufsverbände der Plastischen Chirurgen wie der VDÄPC haben ihren Mitgliedern trotzdem verboten, für den DÄS oder andere preisgünstige Vermittler ästhetischer Operationen zu arbeiten. Dazu wird das Instrument der Abmahnung eingesetzt mit der Ankündigung eines möglichen Ausschlusses aus dem jeweiligen Berufsverband.<sup>31</sup> Dies hat dazu geführt, dass das Bundeskartellamt prüft, ob die Berufsverbände den Wettbewerb beim Angebot ästhetischer Operationen unzulässig beeinflussen.

Die Kosten für ästhetische Operationen müssen weit überwiegend von den Verbrauchern selbst getragen werden. Es lagen zu Beginn des Forschungsprojektes keine Informationen über Art und Weise der Finanzierung dieser Kosten durch Verbraucher vor. Aufgrund der Angebote zur Kreditfinanzierung von ästhetischen Operationen wurde angenommen, dass diese Angebote auch genutzt werden.

Beispiel:<sup>32</sup>

*Wir machen Schönheit bezahlbar. Bei ... können Sie jede Behandlung schon ab 99 €/ mtl. finanzieren. Bei einer Laufzeit von 72 Monaten, einem eff. Jahreszins von 9,9% und Behandlungskosten von ca. 5900 €*

### **3.4 Häufigkeit von Komplikationen und Behandlungsfehlern**

Präzise Angaben und Informationen zur Zufriedenheit von Kundinnen und Kunden mit dem Operationsergebnis sowie zur Häufigkeit von Komplikationen während und nach dem durchgeführten Eingriff und der Art der Schadensregelung lagen zu Beginn des Forschungsprojektes nicht vor. Eine bundesweite Statistik zu Behandlungsfehlern im Bereich der „Schönheitschirurgie“ existiert nicht.

In den letzten Jahren ist generell eine Zunahme der Meldung von mutmaßlichen ärztlichen Behandlungsfehlern festzustellen. So wurde ein Anstieg der Beschwerden bei der Barmer Ersatzkasse von 2.292 (1999) auf 16.810 (2004) gemeldet. Ähnliche Entwicklungen berichtet die Techniker Krankenkasse.<sup>33</sup>

<sup>31</sup> Jedes VDÄPC-Mitglied, das bei Discount-Angeboten mitwirkt, wird zunächst abgemahnt und bei einem weiteren Verstoß aus dem VDÄPC ausgeschlossen. Dieser Antrag wurde mit überwältigender Mehrheit auf der Jahresversammlung des VDÄPC September 2005 angenommen.

<sup>32</sup> aus: beauty news. Sonderheft Nr.1. *Alles über Schönheitsoperationen*. Oktober 2004: 23

<sup>33</sup> Laut Nachrichtenmagazin FOCUS, zitiert in der Ärzte-Zeitung vom 19.09.2005 „Zahl der Patienten-Beschwerden steigt“

In Deutschland erfassen Rechtsmediziner jährlich etwa 40.000 Vorwürfe, dass es Behandlungsfehler gegeben habe. Die Vorwürfe träfen aber nur in rund 7% aller Fälle zu (laut einer Studie des Instituts für Rechtsmedizin an der Universität Bonn).<sup>34</sup>

---

<sup>34</sup> zitiert am a.a.O.

Laut einem Urteil des LG Osnabrück (Az.: 2 O 1303/03) kann ein Patient nicht aufgrund der Tatsache, dass er mit dem Ergebnis unzufrieden ist, Schmerzensgeld fordern, wenn der Operateur den Patienten über mögliche Konsequenzen aufgeklärt hat und ihm keine Behandlungsfehler nachzuweisen sind.

Erste Hinweise auf die Häufigkeit von Komplikationen liefert die nachfolgende Tabelle. Bei der Bewertung ist zu berücksichtigen, dass konkrete Angaben bzw. ‚harte‘ Zahlen zu Komplikationsraten schwierig zu finden sind, nicht validiert sind und zu meist auf subjektiven Erfahrungen mit dem eigenen Klientel beruhen.

Tabelle 5: *Komplikationsraten bei ästhetischen Operationen*

Eingriff	Komplikation	Häufigkeit	Nachkorrekturen
<b>Oberlidkorrektur</b>	Blutergüsse Asymmetrien Deutliche Narben Unvollständiger Lidschluss Trockene Augen	häufig selten selten sehr selten sehr selten	< 1%
<b>Unterlandkorrektur</b>	Rundaugen Asymmetrien Abstehender Lidrand Trockene Augen Tränende Augen Erblindung	selten selten sehr selten sehr selten sehr selten 0,0001%	< 1%
<b>Ohrkorrektur</b>	Formverschlechterung Narbenwucherung Nachblutung Infektion Thrombose, Embolie	selten selten selten extrem selten extrem selten	> 20%
<b>Faltenbehandlung - mit Botox</b>	Herabhängen Oberlid* Trockenes Auge* Asymmetrien* Allergische Reaktionen* Sehstörungen* Schwellungen*	0,1% 0,1% 0,1% 0,01% 0,001% 0,0001%	* Wirkung vorübergehend
<b>mit Kollagen</b>	allergische Reaktion*	1-2%	* Wirkung vorübergehend
<b>mit Hyaluronsäure</b>	allergische Reaktion*	0,1-0,01%	
<b>- mit Milchsäure</b>	Knötchen, Verhärtungen	1-10%	ohne Angabe
<b>- mit Eigenfett</b>	Verformungen, Zysten, Verhärtungen	1-5%	ohne Angabe
<b>- mit Kunststoffen</b>	chronische Entzündungen, Verhärtungen, Knötchen, Materialwanderungen	bis zu 20 %	ohne Angabe
<b>- mit Implantaten</b>	Fremdkörperreaktionen	1-2%	ohne Angabe
<b>Facelift</b>	Blutergüsse Haarausfall Narbenwucherungen Infektionen Taubheitsgefühl Absterben von Haut Nervenverletzungen	bis zu 10% bis zu 10% bis zu 10% unter 1% unter 1% 0,1-1% 0,1%	5-10%

<b>Nasennektur</b>	Unebenheiten Schiefstellung Narbenwucherungen Septumperforation Verletzungen der Nerven, Tränenkanal Knochenneubildung Thrombose, Embolie Infektion	selten selten selten selten  äußerst selten sehr selten sehr selten 0,001%	> 10% <sup>35</sup>
<b>Jochbogenkorrektur</b>	Infektion Nervenverletzung Verschiebung des Implantats Knochenabbau	bis zu 5% selten sehr selten extrem selten	> 3%
<b>Kinnkorrektur</b>	auffällige Narben Infektion Nervenverletzung Verschiebung Abbau von Knochen	selten selten selten selten selten	> 20%
<b>Dermabrasio</b>	Narben, Stufen Pigmentverschiebungen Infektionen	selten selten selten	Nachbehandlung frühestens nach 1 Jahr
<b>Fettabsaugung</b>	Dellen, Unregelmäßigkeiten Infektionen Taubheitsgefühle Ödeme Blutergüsse, Einblutungen Asymmetrien Überkorrekturen Lebensbedrohliche Allergie mit Schock Thrombose, Embolie Nervenverletzungen Bluttransfusion erforderlich Innere Verletzung mit Todesfolge	1-30% unter 1% vorübergehend häufig häufig selten selten  extrem selten extrem selten extrem selten extrem selten  0,00002%	10-50%
<b>Brustvergrößerung</b>	Faltenbildung, Kanten Kapselbrosse, Verhärtung Narbenwucherungen Infektionen Gefühlsstörung der Brustwarze Verschiebung, Verformung Implantat Verletzung von Nerven Gewebsverletzungen Thrombose, Embolie	3-5% 3-5% 1-2% unter 1%  unter 1%  unter 1% unter 1% sehr selten unter 0,001%	< 5%

<sup>35</sup> laut Angabe auf der Webseite von Gubisch, Zugriff am 30.1.2007 [www.arbeitsplatz-op.de/Prof-Gubisch.htm](http://www.arbeitsplatz-op.de/Prof-Gubisch.htm)

<b>Brustverkleinerung/ Bruststraffung</b>	Asymmetrien Absterben der Brustwarze Nekrose Narbenwucherung, -wülste Nervenschädigungen Gefühlstörung Wundinfektionen Thrombose, Embolien	1% 0,01% 0,01% selten selten selten selten extrem selten	> 5%
<b>Bauchdeckenstraffung</b>	Narbenwucherung Nervenverletzung Infektionen Absterben von Gewebe Thrombose, Embolie	gering gering 1-2% unter 1% unter 1%	> 20%
<b>Oberschenkelstraffung</b>	Hässliche Narben Infektionen Wundheilungsstörungen Lymphstau Thrombose, Embolie	selten selten selten selten extrem selten	< 1%

*Zusammenstellung: GP Forschungsgruppe nach Kümpel (2003)*

Aus der Tabelle wird ersichtlich, dass als gravierendste Komplikation bei der Liposuktion der Tod durch Verletzung innerer Organe eintreten kann. Kümpel gibt die Eintrittswahrscheinlichkeit mit 0,00002% an, d.h. es treten 2 Todesfälle bei 100.000 Fettabsaugungen auf. Steinau geht von höheren Werten aus, nämlich 20 bis 25 Fällen bei 100.000 Fettabsaugungen.<sup>36</sup> Housman et al. (2002) finden in ihrem Review von 66.570 Liposuktionen, die von Dermatologen durchgeführt wurden, keinen Todesfall bei den Patienten.

Die wissenschaftliche Diskussion zum Thema Fettabsaugung verweist insgesamt darauf, dass kaum abgesicherte und akkurate Daten zu Komplikations- und Todesfällen in der Plastischen Chirurgie vorliegen. Reviews und Meta-Analysen der Fachliteratur zeigen, dass die mit Liposuktion verbundenen Risiken mit den meisten allgemeinchirurgischen Komplikationsraten vergleichbar sind. Andererseits wird auf die fehlende Dokumentation von Risiken bei Brustvergrößerungen und Lidkorrekturen hingewiesen (Yoho 2005). Es gibt auch Hinweise darauf, dass Todesfälle bei Fettabsaugungen nicht bei lokaler Anästhesie, sondern bei Vollnarkosen auftreten (Coldiron 2002).

<sup>36</sup> Bericht in der Fernsehsendung Reporter am 28.10.2004, [www.zdf.de/ZDFde/druckansicht/12/0,1986,2206956,00.html](http://www.zdf.de/ZDFde/druckansicht/12/0,1986,2206956,00.html), Zugriff am 02.02.2006

#### 4. Material und Methoden

Zur Beantwortung der Forschungsfragen wurde ein Methoden-Mix eingesetzt. Für die Datenerhebungen in den verschiedenen Datenquellen wurden sowohl primär- wie sekundärstatistische Daten erhoben und ausgewertet.

##### • Grundlagenrecherche

Die Bildung der Grundgesamtheit und die Ermittlung der Adressen der in Deutschland ästhetisch tätigen Operateure wurde aus den nachfolgenden Quellen generiert, wobei die Mitgliederlisten der Fachgesellschaften dem Internet entnommen wurden.

- Mitgliederliste der Deutschen Gesellschaft der Plastischen, Rekonstruktiven und Ästhetischen Chirurgen (*DGPRÄC*, vormals *VDPC*)
- Mitgliederliste der Gesellschaft für Ästhetische Chirurgie (*GÄCD*)
- Mitgliederliste der Vereinigung der Deutschen Ästhetisch-Plastischen Chirurgen (*VDÄPC*)
- Mitgliederliste der Deutschen Gesellschaft für Ästhetisch-Plastische Chirurgie (*DGÄPCD*)
- Mitgliederliste des Bundesverbandes der staatlich konzessionierten Privatkliniken für ästhetisch-plastische Chirurgie e.V. (*BPPC*)
- Mitgliederliste der Arbeitsgemeinschaft plastische, rekonstruktive und ästhetische Kopf-Hals-Chirurgie (*APKO*)
- Deutsche Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie
- Deutsche Gesellschaft für Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie (*DGMKG*)
- Mitgliederliste der Arbeitsgemeinschaft für Wiederherstellende Operationsverfahren in der Gynäkologie (*AWOgyn*)
- Mitgliederliste des Bundesverbandes der Frauenärzte e.V. (*BVF*)
- Mitgliederliste der Deutschen Dermatologischen Lasergesellschaft e.V. (*DDL*)
- Mitgliederliste des NETZWERKS-Lipolyse
- Mitgliederliste der Internationalen Gesellschaft für Lipolysetherapie (*ISL*)
- Mitgliederliste der Vereinigung für Ästhetische Dermatologie und Lasermedizin (*VDL*)
- Mitgliederliste der Internationalen Gesellschaft für Ästhetische Medizin (*IGÄM*)
- Mitgliederliste der deutschen Sektion der European Academy of Cosmetic Surgery (*EACS*)
- Mitgliederliste des Bundesverbandes für Ambulantes Operieren (*BAO*)
- Gelbe Seiten Deutschland 2006
- Medführer Plastische und Ästhetische Chirurgie 2006
- Webseiten mit Angebot ästhetischer, kosmetischer und „Schönheitschirurgie“
- Interviewercherche

Aus den Listen wurden die Ärzte nicht berücksichtigt, die nicht mehr berufstätig bzw. im Ausland berufstätig waren. Assistenzärzte sind ebenfalls nicht berücksichtigt worden. Von der Mitgliederliste des BVF und des BAO wurden nur die Ärzte berücksichtigt, bei denen aus dem Eintrag in die Gelben Seiten oder durch einen Internet-Auftritt hervorging, dass sie auch ästhetische Eingriffe anbieten. Von den Listen der Deutschen Gesellschaft für HNO-Heilkunde und der DGMKG wurden nur Kliniken in den Adressdatensatz aufgenommen, die den Zusatz „Plastische Operationen“ aufwiesen. Die verschiedenen Datenquellen ermöglichten einen Abgleich und die Aktualisierung der jeweiligen Information.

Durch diese umfassende Erhebung konnte die Grundgesamtheit der ästhetisch tätigen Operateure in Deutschland mit 2.129 Ärzten, Kliniken, Krankenhäusern und Instituten bestimmt werden.

- **Angebotsanalyse**

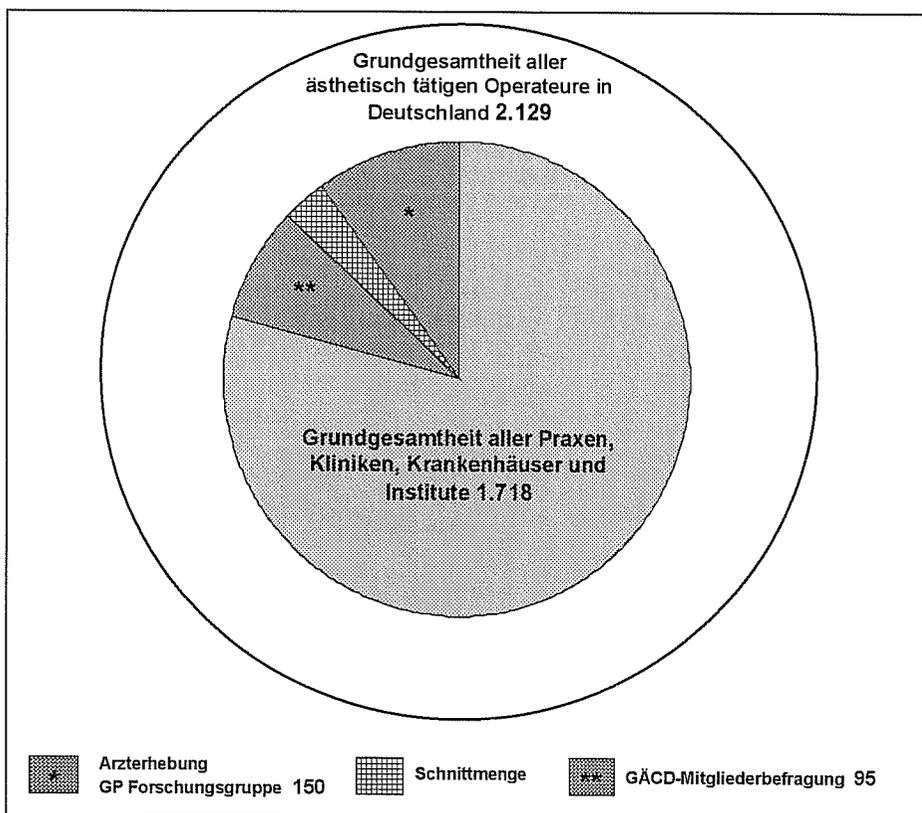
Aus den bereits erwähnten Gründen (s. Kapitel 2) betrug der Rücklauf der schriftlichen Erhebungsbogen 133 Fälle von 1.712 versandten Fragebogen (Rücklaufquote: 7,8%).

20 Fragebogen (mit identischer Fragestellung) wurden uns aus der Mitgliederbefragung der DGPRÄC zusätzlich übermittelt. Das entspricht einer Rücklaufquote von rund 3% der Mitglieder der DGPRÄC. Drei Mitglieder der DGPRÄC haben sich sowohl an unserer Erhebung wie der Erhebung der DGPRÄC beteiligt, so dass wir als Rücklauf in unseren Auswertungen insgesamt 150 ausgefüllte Erhebungsbogen (Rücklaufquote: 8,8%) berücksichtigen können.

Die GÄCD, die unsere Erhebung ebenfalls als eigenständige Mitgliederbefragung durchgeführt hat, hat eine Rücklaufquote von 23,2% (N=95) bei ihren Mitgliedern erzielt.

Zwanzig Mitglieder der GÄCD haben sich auch an unserer Erhebung beteiligt. Insofern können zur Bestimmung der Art und Anzahl der ästhetischen Operationen in Deutschland im Jahr 2005 vergleichend Daten und Informationen von 225 ästhetisch tätigen Operateuren herangezogen werden.

*Abbildung 3: Vergleich der Grundgesamtheit der ästhetisch tätigen Operateure und Einrichtungen mit der Stichprobenziehung durch die GP Forschungsgruppe und die GÄCD*



*Grafik: GP Forschungsgruppe 2007*

Der insgesamt nicht zufriedenstellende Rücklauf – vor allem bei den Mitgliedern der DGPRÄC – ist mit großer Sicherheit auf die unklare Position und wechselnden Stellungnahmen der Fachgesellschaften gegenüber dem Anliegen des Forschungsprojektes während der Laufzeit der Erhebung zurückzuführen. Nach Auskunft der Geschäftsstelle der DGPRÄC<sup>37</sup> ist auch bei den früheren eigenständig durchgeführten Erhebungen des VDPC (jetzt: DGPRÄC) kein wesentlich besserer Rücklauf bei den Mitgliedern der Fachgesellschaft erzielt worden.

Die Ergebnisse der GÄCD-Mitgliederbefragung werden durchgängig bei der Ergebnisdarstellung als Instrument der *externen Validierung* unserer Erhebungsdaten mit berücksichtigt.

Die Ärzte, die sich an der Erhebung der GP Forschungsgruppe beteiligt haben, verteilen sich auf die einzelnen Fachdisziplinen wie folgt:

	<b><u>Fallzahlen (Ausschöpfungsquote)</u></b>
- Fachärzte für Dermatologie	61 (15,4%)
- Fachärzte für HNO	31 (7,9%)
- Fachärzte für Plastische und Ästhetische Chirurgie	27 (4,4%)
- Fachärzte für Gynäkologie	22 (9,0%)
- Fachärzte für Chirurgie	4 (2,5%)
- Fachärzte für Augenheilkunde	3 (9,1%)
- Fachärzte für MKG	2 (0,9%)

Auf der Basis dieser Stichprobe ist zur Abschätzung der Gesamtanzahl ästhetischer Operationen in Deutschland eine *Hochrechnung* vorgenommen worden. Hochrechnungen sind näherungsweise Extrapolationen eines Gesamtergebnisses aus einem oder mehreren Teilergebnissen. Für die Hochrechnung ist die nachfolgende Formel verwendet worden:

Abbildung 4: Hochrechnungsverfahren

$$Y = \sum_{a=1}^A \left[ \frac{s_a}{S_a} \cdot \bar{y}_a \cdot X_a \right]$$

wobei

$Y$  : hochgerechnete Anzahl Eingriffe der Grundgesamtheit  
 $\mathcal{A}$  : Indexmenge der Arztgruppen mit  $\mathcal{A} = \{1, \dots, A\}$ , wobei  $A \in \mathbb{N}^+$   
 $a$  : Index einer Arztgruppe, wobei  $a \in \mathcal{A}$   
 $s_a$  : Anzahl Mitglieder, die aus der Stichprobe der Arztgruppe  $a$  geantwortet haben  
 $S_a$  : Größe der Stichprobe der Arztgruppe  $a$   
 $\bar{y}_a$  : Stichprobenmittelwert der Arztgruppe  $a$   
 $X_a$  : Gesamtanzahl Ärzte der Arztgruppe  $a$  in Deutschland

<sup>37</sup> Email-Mitteilung vom 24.1.2007



- **Verbraucherbefragung**

Die Verbraucher sind mit einem standardisierten Fragebogen mit offenen Fragen befragt worden. Insgesamt liegen die Daten von 620 Patienten/innen vor.

Als Erhebungstechnik sind Online-Befragungen, face-to-face Interviews, Telefon-Interviews und schriftliche Befragungen eingesetzt worden. Die Verbraucherstichprobe gliedert sich wie folgt auf:

*Tabelle 6: Rekrutierungsquelle*

<b>Online-Interviews</b>	296 (47,7%)
<b>Schriftliche Interviews</b>	169 (27,3%)
<b>Face-to-Face Interviews</b>	121 (19,5%)
<b>Telefon-Interviews</b>	34 (5,5%)

Quelle: GP Forschungsgruppe Patientenbefragung 2006

*Tabelle 7: Stichprobenzusammensetzung Patienten/innen*

	<b>Frauen 497 (80,2%)</b>	<b>Männer 123 (19,8%)</b>
<b><u>Jahre</u></b>		
17-20	17 (3,4%)	9 (7,3%)
21-25	57 (11,4%)	17 (13,9%)
26-30	64 (12,8%)	26 (21,2%)
31-35	64 (12,8%)	22 (18%)
36-40	84 (16,8%)	15 (12,2%)
41-45	67 (13,4%)	17 (13,9%)
46-50	47 (9,4%)	8 (6,4%)
51-55	40 (8%)	5 (4%)
56-60	25 (5%)	0 (0%)
61+	32 (6,4%)	4 (1,6%)
<b><u>Familienstand</u></b>		
Verheiratet	196 (39,4%)	37 (30,1%)
Ledig	125 (25,2%)	53 (43,1%)
Unverh. Zus.lebend	82 (16,5%)	27 (22,0%)
Geschieden	70 (14,1%)	3 (2,4%)
Wiederverheiratet	12 (2,4%)	3 (2,4%)
Verwitwet	12 (2,4%)	0 (0%)
<b><u>Kinder</u></b>		
Nein	239 (48,1%)	86 (69,9%)
Ja	258 (51,9%)	37 (30,1%)
<b><u>Größe</u></b>		
Median	168 cm	180 cm
<b><u>Gewicht</u></b>		
Median	63 kg	80 kg

<b><u>Versicherung</u></b>		
Gesetzlich	393 (79,1%)	84 (68,3%)
Gesetzlich m. Zusatzvers.	5 (1,0%)	0 (0%)
Privat	95 (19,1%)	39 (31,7%)
Keine Angabe	4 (0,8%)	0 (0%)
<b><u>Bildungsabschluss</u></b>		
Hauptschule	75 (15,1%)	4 (3,3%)
Mittlere Reife	206 (41,4%)	31 (25,2%)
Abitur	113 (22,7%)	36 (29,3%)
Hochschuldiplom	85 (17,1%)	45 (36,6%)
Promotion	16 (3,2%)	7 (5,7%)
Keine Angabe	2 (0,4%)	0 (0%)
<b><u>Berufstätigkeit</u></b>		
Ja	362 (72,8%)	97 (78,9%)
Nein	135 (27,2%)	26 (21,1%)

Quelle: GP Forschungsgruppe Patientenbefragung 2006

Zur Fokussierung der möglichen Problematik ästhetischer Eingriffe sind die Patienten/innen mit minimal-invasiven ästhetischen Eingriffen bei der vertieften Datenanalyse nicht berücksichtigt worden. Die Netto-Stichprobe der Patienten/innen mit ästhetischen Operationen (ohne minimal-invasive Eingriffe) umfasst insgesamt 536 Personen, davon 453 (85%) Frauen und 83 (15%) Männer.

Die Überlegungen, die Patienten/innen im Vorfeld einer ästhetischen Operation anstellen, sind einer *Faktorenanalyse* unterzogen worden. Die Faktorenanalyse ist das geeignete statistische Verfahren, um ein zugrundeliegendes, nicht beobachtbares Konstrukt, das durch eine Gruppe von Variablen repräsentiert wird, zu identifizieren. Die interne Konsistenz (Reliabilität) der die einzelnen Faktoren repräsentierenden Items ist mit Cronbach's Alpha gemessen worden.

Als Konstrukte, die hinter einer Entscheidung für eine ästhetische Operation stehen, haben sich auf der Basis der Daten der Patientenbefragung *sechs Faktoren* mit reliablen Skalen ergeben:

Tabelle 8: *Emotionelle Konstrukte der Entscheidung für ästhetische Operationen*

<b>Faktorenanalyse*</b>						
	<b>I</b>	<b>II</b>	<b>III</b>	<b>IV</b>	<b>V</b>	<b>VI</b>
	<b>Scham</b>	<b>Selbst-zweifel</b>	<b>Körper-kontrolle</b>	<b>Narziss-mus</b>	<b>Anti-Aging</b>	<b>Soziale Akzeptanz</b>
Alpha	,811	,819	,630	,670	,538	,524

\*Hauptkomponentenanalyse, Varimaxrotation, erklärte Varianz: 64%

Quelle: GP Forschungsgruppe Patientenbefragung 2006

Zur Beurteilung strittiger Fälle sind uns von den Schlichtungsstellen der Ärztekammern Nordrhein, Norddeutschland und Saarland freundlicherweise Auswertungen der jeweiligen Fälle zur Verfügung gestellt worden.

- **Verbraucherpolitische Maßnahmen**

Zur Beurteilung der berufsrechtlichen Fragen sind Leitlinien, Richtlinien und Weiterbildungsordnungen gesichtet sowie Experten befragt worden.

Mögliche erste Auswirkungen des Heilmittelwerbegesetzes sind anhand von Analysen der Webseiten von Anbietern ästhetischer Operationen geprüft worden (siehe dazu Kapitel 7).

*Tabelle 9: Überblick über Material und Methoden*

<b>Fragestellung</b>	<b>Operationalisierung</b>
a) Anzahl der Anbieter ästhetischer Operationen	Erfassung über Mitgliederlisten von Fachgesellschaften, Internet-Recherche, Gelbe Seiten, Interviewer
b) Nach Art und Patientenstruktur (Alter, Geschlecht) differenzierte Anzahl der Eingriffe 2005	Feldstudie bei allen erfassten Anbietern
c) Qualifikation von „Schönheitschirurgen“	Angaben zu Facharztausbildung und zusätzlichen Qualifikationen Arzterhebung, Analyse der Weiterbildungsordnungen
d) Bewertung der Berufsbezeichnung „Schönheitschirurg“	Analyse der Weiterbildungsordnungen, Pressespiegel, Expertenmeinungen
e) Zufriedenheit der Patienten/innen	Patienten/innenbefragung
f) Kosten der jeweiligen Eingriffe	Arzterhebung, Patienten/innenbefragung, Webseiten, Publikationen
g) Art der Finanzierung	Patienten/innenbefragung
h) Häufigkeit von Komplikationen	Patienten/innenbefragung, Erhebung bei Gutacherkommissionen
i) Art der Schadensregelung	Patienten/innenbefragung
j) Qualität der Aufklärung der Patienten/innen	Arzterhebung, Patienten/innenbefragung, Webseiten, Broschüren
k) Auswirkungen Heilmittelwerberichtlinie	Webseiten

## 5. Ergebnisse

Bei der Ergebnisdarstellung werden die Ergebnisse aus der Arzterhebung, Patientenbefragung und Abfrage bei den Schlichtungsstellen gemeinsam berücksichtigt.

### 5.1 Anzahl der Praxen, Institute und Kliniken für „Schönheitschirurgie“

Unter Berücksichtigung der zugänglichen und überprüfbaren Quellen waren zum 31.12.2006 *2.129 Anbieter ästhetischer Operationen* in Deutschland tätig.

Bei der Zuordnung zu den Bereichen niedergelassene Praxis, Klinik und Krankenhaus sowie gewerbliches Unternehmen stießen wir auf die Schwierigkeit, dass aus den vorliegenden Verzeichnissen nicht immer eindeutig hervorging, um welche Rechts- und Organisationsform es sich handelt. Dies gilt z.B. für Fälle, in denen ein Arzt sich mit einer Praxis(klinik) niedergelassen hat, eine Belegabteilung in einem Krankenhaus hat und Mitglied einer gewerblichen Klinikette ist.

Um eine möglichst hohe Eindeutigkeit zu erreichen, haben wir für die Zuordnung zum Praxisbereich, zum Krankenhausbereich und zum gewerblichen Bereich als Kriterium die jeweils zuständige *Aufsichtsbehörde* herangezogen. Wenn eine Klinik der Aufsicht des Gewerbeaufsichtsamtes oder des Amtsgerichtes unterliegt und im Handelsregister eingetragen ist, dann wurde sie als gewerbliche Einrichtung eingestuft. War die Ärztekammer oder die Kassenärztliche Vereinigung als Aufsichtsbehörde zuständig, dann erfolgte eine Zuordnung zum Praxisbereich. Bei staatlicher Konzession nach § 30 Gewerbeordnung<sup>38</sup> wurde eine Zuordnung zum Krankenhausbereich vorgenommen.

Die Gesamtzahl der Ärzte und Anbieter verteilt sich wie folgt auf Praxen, Krankenhäuser und gewerbliche Institute:

- 1.138 Einzelpraxen, Gemeinschaftspraxen und Praxisgemeinschaften (53,5%)
- 752 Privatkliniken, Krankenhäuser und Universitätskliniken (35,3%)
- 239 gewerbliche Einrichtungen und Institute (11,2%)

Neben der Gesamtanzahl der Ärzte ist die Gesamtanzahl der Einrichtungen von Interesse, da mehrere Ärzte jeweils in einer Praxisgemeinschaft oder Gemeinschaftspraxis, einer Klinik oder einem Krankenhaus das Gebiet der ästhetischen Operationen vertreten können. Das Adressmaterial ist daher zusätzlich danach gesichtet worden, wie viele Praxen, Einrichtungen und Institute in Deutschland präsent sind. Die Gesamtzahl der Einrichtungen beläuft sich auf 1.718.

---

<sup>38</sup> § 30 Gewerbeordnung (1) Unternehmer von Privatkranken- und Privatentbindungsanstalten sowie von Privatnervenkliniken bedürfen einer Konzession der zuständigen Behörde.

Tabelle 10: Anbieter ästhetischer Eingriffe nach Ärzten und Einrichtungen

Fachärzte für ...	Ärzte (2.129)			Einrichtungen (1.718)		
	Praxis (in Absolutzahlen)	KH	Gewerbe	Praxis (in Absolutzahlen)	KH	Gewerbe
Pl. Ästh. Ch.	263	269	77	234	155	58
Derm.	290	49	56	234	34	39
HNO	173	201	17	145	154	14
Gyn.	117	111	17	108	97	15
MKG	137	78	18	115	65	17
Allg. Ch.	88	36	39	83	26	39
API	50	/	10	49	/	10
Auge	20	8	5	18	7	2

Quelle: GP Forschungsgruppe Arzterhebung 2006

Die Fachärzte für Plastische und Ästhetische Chirurgie stellen sowohl nach Arztanzahl (609) wie nach Einrichtungen (447) die mit Abstand größte Anbietergruppe dar (28,6% bzw. 26,0%).

Von der Häufigkeit her an zweiter Stelle folgen die Dermatologen 395 Ärzten (18,6%) in 307 Einrichtungen (17,9%). Auffällig im Vergleich gegenüber den anderen Anbietergruppen ist bei den Dermatologen, dass das Angebot im Niedergelassenen Bereich rund sechs- bis siebenmal größer ist als das Klinikangebot.

HNO-Ärzte (mit und ohne Zusatztitel *Plastische Operationen*) stellen eine gleich große Anbietergruppe wie Dermatologen sowohl bei den Ärzten (N=391, 18,4%) wie in Einrichtungen (N=313, 18,2%). Bei den HNO-Ärzten ist das Klinikangebot quantitativ größer als das Angebot im Niedergelassenen Bereich.

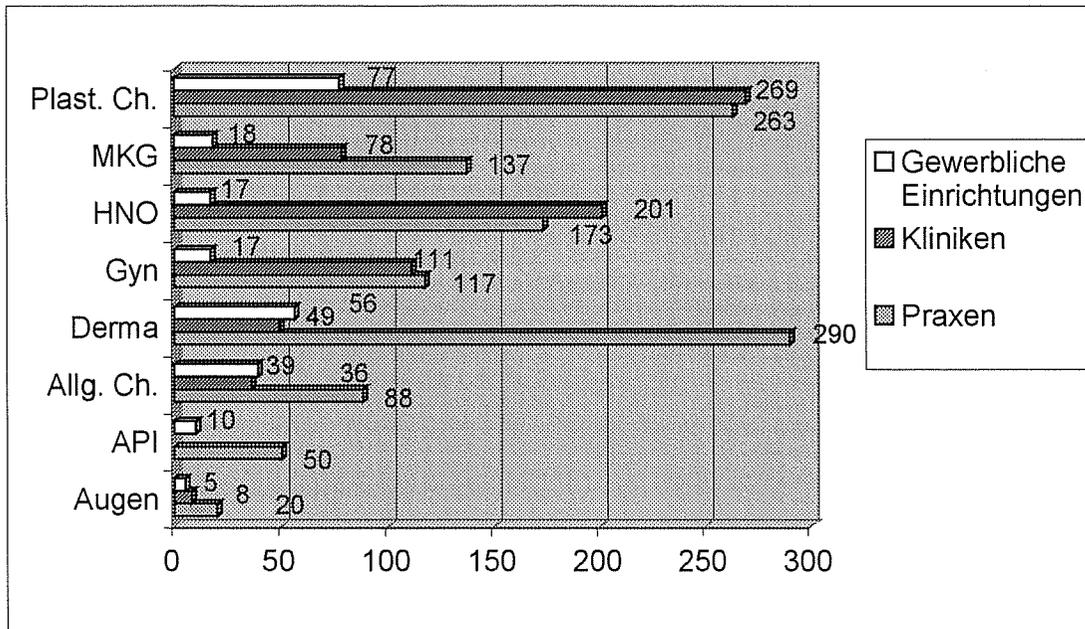
Die viertgrößte Anbietergruppe bilden die Gynäkologen (11,5%) mit 245 Ärzten in 220 Einrichtungen (12,8%). Klinik und Praxis halten sich bei den Gynäkologen die Waage.

Als fünfgrößte Anbietergruppe mit 233 Ärzten (10,9%) in 197 Einrichtungen (11,5%) führen Mund-Kiefer-Gesichtschirurgen (mit und ohne Zusatztitel *Plastische Operationen*) ästhetische Operationen durch. Die MKG-Chirurgen sind stärker im Niedergelassenen Bereich als in der Klinik vertreten.

Allgemeinchirurgen (7,6%), Allgemeinärzte, Praktiker und Internisten (2,8%) und Augenärzte (1,6%) sind deutlich seltener im Bereich der ästhetischen Operationen tätig.

Die gewerblichen Einrichtungen stehen am häufigsten unter der Leitung von Plastisch-Ästhetischen Chirurgen (3,4%) sowie Allgemeinchirurgen (2,3%) und APIs (2,3%).

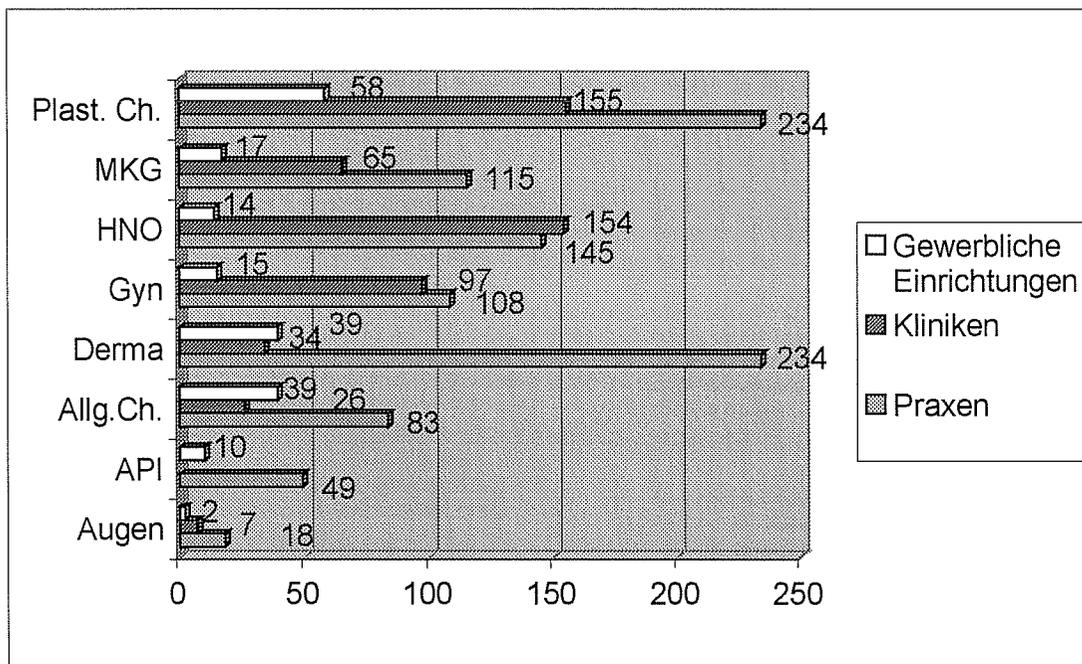
Abbildung 5: Ärzte als Anbieter ästhetischer Eingriffe aufgegliedert nach Praxis, Klinik und gewerblichen Einrichtungen



Quelle: GP Forschungsgruppe Arzterhebung 2006

Grafik: GP Forschungsgruppe 2007

Abbildung 6: Einrichtungen als Anbieter ästhetischer Eingriffe aufgegliedert nach Praxis, Klinik und gewerblichen Einrichtungen



Quelle: GP Forschungsgruppe Arzterhebung 2006

Grafik: GP Forschungsgruppe 2007

Spitzenreiter in Deutschland hinsichtlich des Angebots sowohl an ästhetisch tätigen Operateuren wie an entsprechenden Einrichtungen sind stark bevölkerte Bundesländer wie *Nordrhein-Westfalen* (528 Ärzte, 430 Einrichtungen) vor *Bayern* (406 Ärzte, 3324 Einrichtungen) und *Baden-Württemberg* (240 Ärzte, 177 Einrichtungen).

Schlusslichter sind das *Saarland* (23 Ärzte, 19 Einrichtungen), *Bremen* (25 Ärzte, 21 Einrichtungen) *Thüringen* (29 Ärzte, 26 Einrichtungen), *Brandenburg* (32 Ärzte, 29 Einrichtungen) und *Sachsen-Anhalt* (32 Ärzte, 28 Einrichtungen).

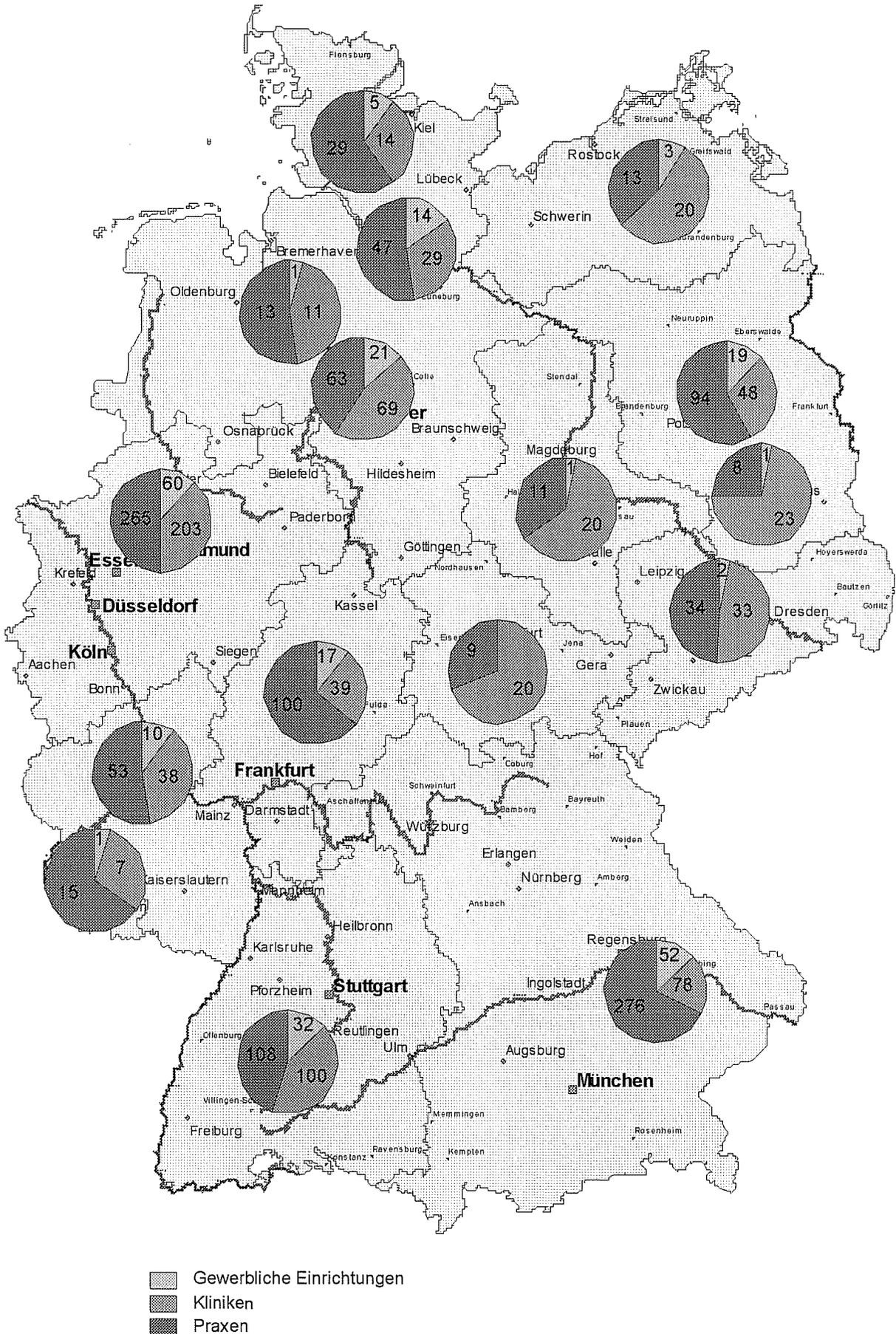
Durchschnittlich werden in Deutschland rund **32.000 Einwohner** ab 18 Jahren von einem ästhetisch tätigen Operateur versorgt. Die Versorgung mit Plastisch-Ästhetischen Chirurgen ist in NRW, Bayern, Baden-Württemberg und Hessen quantitativ am höchsten. Das gilt auch für das Angebot an Dermatologen, die ästhetisch operativ tätig sind. Bei den HNO-Ärzten und Gynäkologen folgt jeweils Niedersachsen nach NRW, Bayern und Baden-Württemberg. In dem Angebot an MKG-Chirurgen ist Baden-Württemberg vor Bayern direkt hinter NRW platziert.

Tabelle 11: Anzahl der Anbieter ästhetischer Operationen nach Bundesländern

	Alle Anbieter	darunter: Pl. Ch.	Derm	HNO	Gyn	MKG
Schleswig-Holstein	48	17	10	9	5	4
Meckl.-Vorpommern	36	5	2	9	4	11
Hamburg	90	31	19	12	9	14
Bremen	25	6	2	7	3	6
Niedersachsen	153	40	17	32	24	17
Berlin	161	39	26	27	17	12
Brandenburg	32	5	3	8	4	4
Sachsen	69	17	7	17	12	14
Sachsen-Anhalt	32	8	7	7	6	1
NRW	528	162	94	103	69	51
Hessen	156	54	36	27	9	10
Thüringen	29	0	4	10	5	6
Rheinland Pfalz	101	24	26	17	12	13
Saarland	23	6	4	5	3	0
Baden Württemberg	240	57	55	35	23	39
Bayern	406	138	83	66	40	31
<b>Summe</b>	<b>2129</b>	<b>609</b>	<b>395</b>	<b>391</b>	<b>245</b>	<b>233</b>

Quelle: GP Forschungsgruppe Arzterhebung 2006

Abbildung 7: Ärzte in Praxen/ Kliniken/ gewerblichen Einrichtungen pro Bundesland

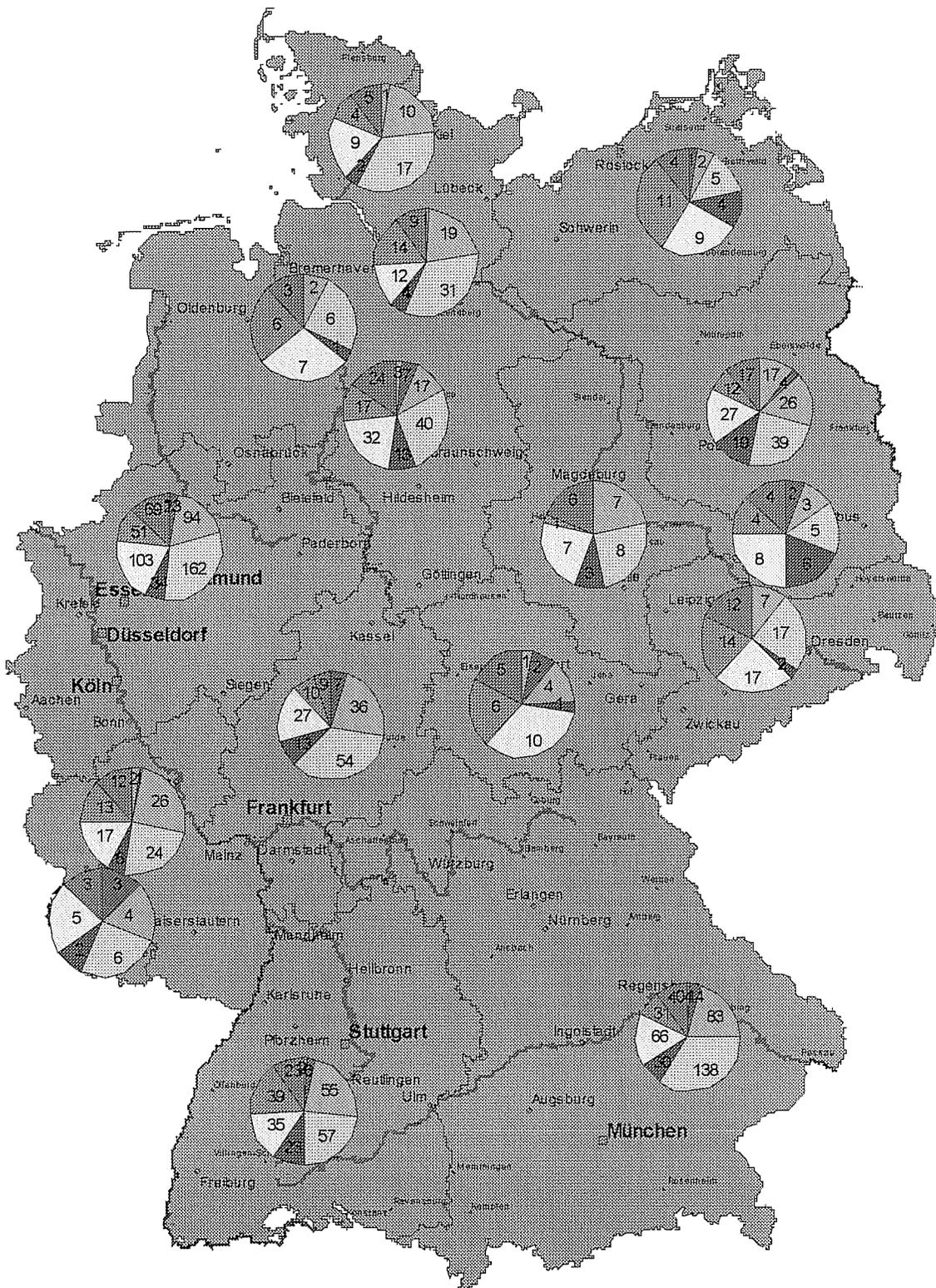


Quelle: GP Forschungsgruppe Arzterhebung 2006

Grafik: GP Forschungsgruppe 2007



Abbildung 9: Verteilung der ästhetisch tätigen Ärzte nach Fachrichtung und Bundesland



- Augenärzte
- APIs
- Dermatologen
- Plastische Chirurgen
- Allgemein-Chirurgen
- HNO-Ärzte
- MKG-Chirurgen
- Gynäkologen

Quelle: GP Forschungsgruppe Arzterhebung 2006

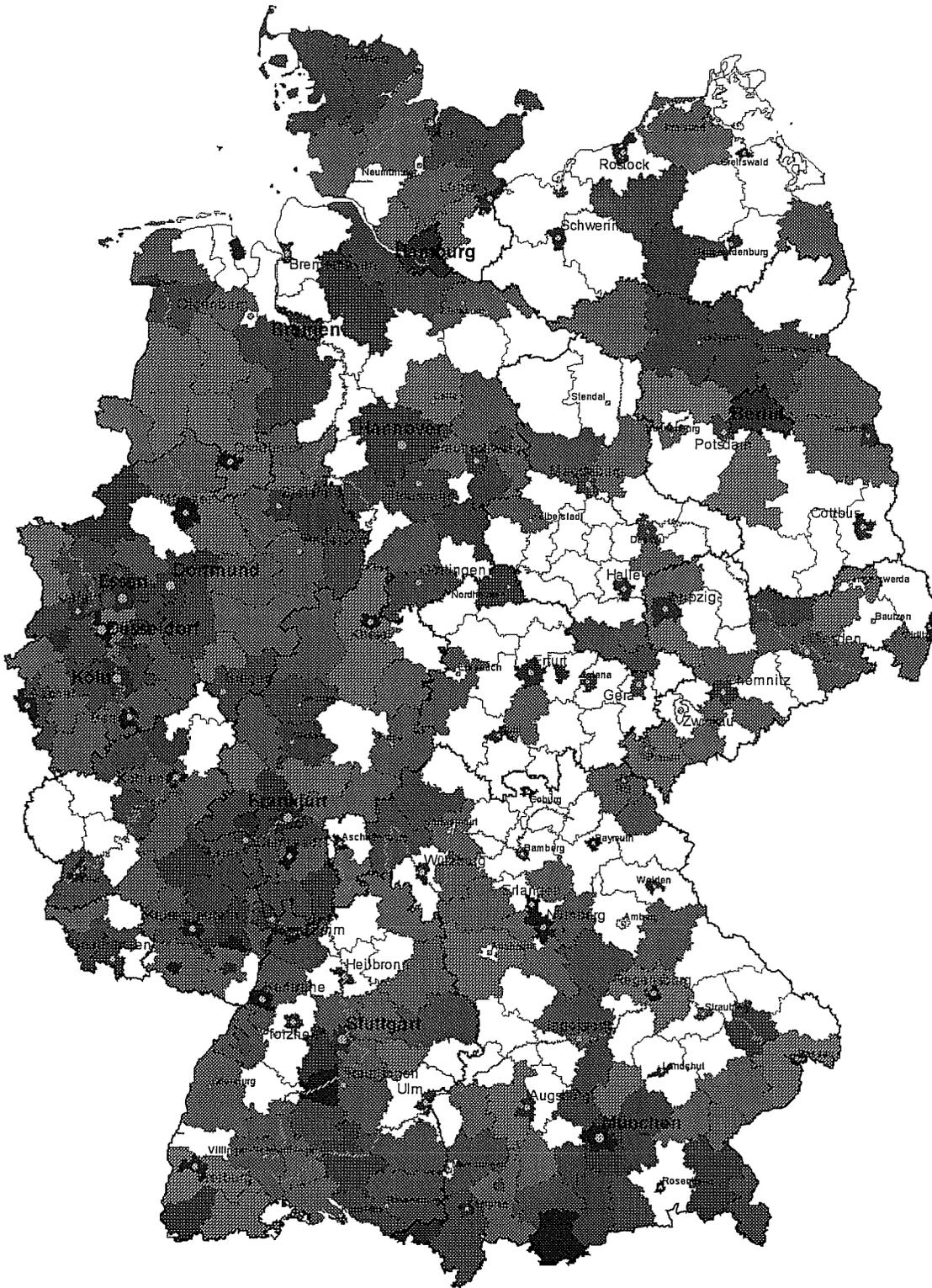
Grafik: GP Forschungsgruppe 2007

In einigen Städten und Kreisen ist das ärztliche Versorgungsangebot im Bereich der ästhetischen Operationen in *Relation zur Bevölkerung* besonders hoch. Dies gilt für die nachfolgend genannten Städte und Kreise, in denen für < 15.000 Einwohner jeweils ein ästhetisch tätiger Operateur zur Verfügung steht:

- Aachen
- Aschaffenburg
- Bayreuth
- Bonn
- Coburg
- Darmstadt
- Düsseldorf
- Erlangen
- Freiburg
- Garmisch-Partenkirchen
- Greifswald
- Hamburg
- Heidelberg
- Kaiserslautern
- Karlsruhe
- Kassel
- Koblenz
- Lübeck
- München
- Münster
- Neustadt/Weinstraße
- Nürnberg
- Oldenburg
- Passau
- Pirmasens
- Regensburg
- Rosenheim
- Schwerin
- Tübingen
- Wilhelmshaven

Die Aufgliederung auf Regionen, Kreise und Städte macht andererseits deutlich, dass es Regionen in Deutschland gibt, in denen vor Ort überhaupt kein Angebot an ästhetischen Operationsmöglichkeiten – auch nicht im Niedergelassenen Bereich – vorhanden ist. Dazu gehören überwiegend ländliche Regionen und Mittelgebirge, beispielsweise weite Teile Mecklenburg-Vorpommerns, das nördliche Niedersachsen, das östliche Brandenburg, das Oder-Spree-Neiße-Gebiet und die Oberlausitz, weite Teile Sachsen-Anhalts und Thüringens, große Gebiete in Oberfranken und der Oberpfalz, Schwaben, der Schwarzwald, die Südpfalz, die Eifel, der Westerwald und Friesland.

Abbildung 10: Bevölkerung pro Arzt



■	1	bis unter	15.000
■	15.000	bis unter	22.000
■	22.000	bis unter	34.000
■	34.000	bis unter	43.000
■	43.000	bis unter	54.000
■	54.000	bis unter	68.000
■	68.000	bis unter	88.000
■	88.000	bis unter	110.000
■	110.000	bis unter	140.000
■	140.000	und mehr	

Quelle: GP Forschungsgruppe Arzterhebung 2006

Grafik: GP Forschungsgruppe 2007

### 5.1.1 Qualifikation der Anbieter

In der Arzterhebung der GP Forschungsgruppe wurden zusätzliche Qualifikationen der ästhetisch tätigen Operateure ermittelt.

Zwei Drittel der Fachärzte für Plastische und Ästhetische Chirurgie geben als zusätzliche Spezialisierung *Handchirurgie* an. Bei den Fachärzten für Gynäkologie sind zwei Drittel zusätzlich in der operativen Gynäkologie spezialisiert. Die HNO-Ärzte weisen zu 90% die Zusatzqualifikation *Plastische Operationen* auf.

Die Dermatologen haben ein besonders breites Spektrum von Zusatzqualifikationen. Im Rahmen dieser Studie ist wichtig, dass rund die Hälfte der Dermatologen in *Lasermedizin* oder *Phlebologie*, ein Drittel in *kosmetischer Dermatologie* und 27% in *operativer Dermatologie* zusätzlich spezialisiert sind.

Tabelle 12: *Zusätzliche Qualifikationen und Spezialisierungen (Mehrfachnennungen)*

Facharzt für...	Plast. Ch. (24)	Gyn. (21)	HNO (30)	Derm. (59)
<b>Von den Ärzten genannte zusätzliche Qualifikationen...</b>				
Plastische Chirurgie	/	14%	90%	7%
Handchirurgie	67%	/	/	2%
Operative Gynäkologie	/	67%	/	/
HNO-Chirurgie	/	/	33%	/
Kosmetische Dermatologie	/	/	/	36%
Operative Dermatologie	/	/	/	27%
Lasermedizin	4%	/	/	46%
Phlebologie	/	/	/	48%
Sonstiges*	32%	19%	27%	108%
Keine Angabe	17%	14%	7%	7%

\*u.a. Allergologie, Umweltmedizin, Naturheilkunde, Proktologie, Verbrennungsmedizin, Unfallchirurgie und zahlreiche Einzelnennungen

Quelle: GP Forschungsgruppe Arzterhebung 2006

Als Kriterium für die Qualifikation von ästhetisch tätigen Operateuren wird auch die Mitgliedschaft in Fachgesellschaften angesehen. Die Mitgliedschaft soll auch als Orientierungshilfe für Verbraucher dienen. Schmidt-Tintemann hat Patienten bereits 1972 empfohlen: „1. Erkundigen Sie sich bei Ihrem Plastischen Chirurgen nach seiner operativen Ausbildung. 2. Fragen Sie den Arzt, ob er einer anerkannten Fachorganisation für Plastische Chirurgie angehört.“<sup>39</sup>

Als relevante Organisationen werden in den einschlägigen Veröffentlichungen vor allem die folgenden Gesellschaften genannt:

Deutsche Gesellschaft der Plastischen, Rekonstruktiven und Ästhetischen Chirurgen (DGPRÄC), die Vereinigung der Deutschen Ästhetisch-Plastischen Chirurgen (VDÄPC), Deutsche Gesellschaft für Ästhetisch-Plastische Chirurgie (DGÄPC), Gesellschaft für Ästhetische Chirurgie Deutschland (GÄCD), Deutsche Dermatologische Gesellschaft (DDG), Deutsche Dermatologische Lasergesellschaft (DDL).

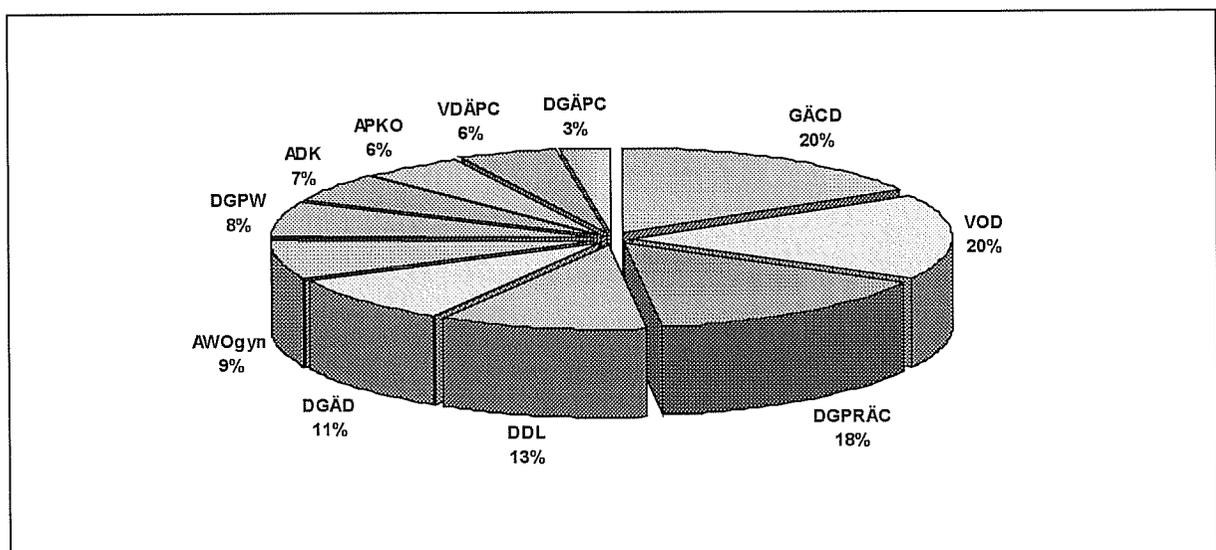
<sup>39</sup> Schmidt-Tintemann 1972: 52

In unserer Stichprobe weisen die einzelnen Facharzttrichtungen überwiegend die folgenden Mitgliedschaften auf:

- 96% der Plastischen Chirurgen sind Mitglieder in der DGPRÄC, 29% in der VDÄPC, jeweils 13% in der GÄCD, DGÄPC und der DGPW.
- 57% der Gynäkologen sind Mitglieder in der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe sowie in der Arbeitsgemeinschaft für Wiederherstellende Operationsverfahren in der Gynäkologie (AWOgyn). Außerdem sind 24% Mitglied in der GÄCD und 14% in der DGPW.
- 27% der HNO-Ärzte sind Mitglied in der Arbeitsgemeinschaft Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Kopf-Halschirurgie (APKO) der Deutschen Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde. 17% sind Mitglied in der Deutschen Gesellschaft für Plastische und Wiederherstellungschirurgie (DGPW), 13% in der GÄCD und 3% in der DGPRÄC.
- Von den Dermatologen sind 48% Mitglied in der Vereinigung für operierende Dermatologie (VOD), 31% in der DDL, 25% in der GÄCD, 22% in der Deutschen Gesellschaft für Ästhetische Dermatologie (DGÄD), 17% in der Arbeitsgemeinschaft ästhetische Dermatologie und Kosmetologie (ADK) und 3% in der DGPRÄC.
- Die beiden Mund-Kiefer-Gesichtschirurgen, die sich an der Erhebung beteiligt haben, sind beide Mitglied in der Deutschen Gesellschaft für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie (DGMKG).
- In den beiden großen Fachgesellschaften der Plastisch-Ästhetischen Chirurgie sind jeweils 20% (GÄCD) bzw. 18% (DGPRÄC) unserer Stichprobe Mitglied.

Es gibt zahlreiche Doppelmitgliedschaften. GÄCD, DGPRÄC und VOD sind die Mitglieder stärksten Verbände im Gebiet der ästhetischen Operationen und auch in der Arztstichprobe am stärksten vertreten.

Abbildung 11: Mitgliedschaft in Fachgesellschaften



Quelle: GP Forschungsgruppe Arzterhebung 2006

Grafik: GP Forschungsgruppe 2007

## 5.2 Anzahl und Art der ästhetischen Eingriffe

Zur Ermittlung der Anzahl und Art der ästhetischen Operationen im Jahr 2005 ist an alle zum 15. Februar 2006 erfassten Ärzte, Kliniken und Institute von der GP Forschungsgruppe ein Erhebungsbogen versandt worden, in dem u.a. die folgenden zwei Fragen gestellt wurden:

- „Wie viele ästhetisch-plastische bzw. kosmetische Operationen haben Sie/ Ihr Team im Jahr 2005 bei welcher Anzahl von Patienten durchgeführt?“
- „Schlüsseln Sie uns bitte die Operationen auf nach *Art des Eingriffs, Anzahl, Geschlecht* und *Alter der Patienten* sowie nach *durchschnittlichen Kosten*“

Wie in Kapitel 4 erwähnt, liegen als Datenquellen für die Beantwortung dieser Fragen unsere Erhebung bei 150<sup>40</sup> sowie die Erhebung der GÄCD bei 95 ästhetisch tätigen Operateuren vor.

### 5.2.1 Anzahl der ästhetischen Eingriffe

Die Bandbreite der Anzahl der Operationen reicht von *6 bis zu 534 Eingriffen* pro Arzt bzw. Arztteam im Jahr 2005 bei den Plastischen Chirurgen. Schmidt-Tintemann gab 1972 an, 900-1.000 Eingriffe pro Jahr durchzuführen.<sup>41</sup>

Zwei HNO-Kliniken liegen mit 776 bzw. 800 Nasen- oder Ohrenkorrekturen über den Maximalwerten der Plastischen Chirurgen. Jeder dritte Dermatologe führt pro Jahr zwischen 550 und 8.010 ästhetische Eingriffe durch, wobei Angaben über 1.000 Eingriffen ausschließlich durch die hohe Zahl der Laserbehandlungen im Gesicht zustande kommen. Bei diesen Werten sind Unterspritzungen und Faltenbehandlungen nicht berücksichtigt worden.

Im Durchschnitt wurden von den an unserer Erhebung teilnehmenden ästhetisch tätigen Operateuren (*ohne* Dermatologen) 137 ästhetische Operationen im Jahr 2005 durchgeführt. Unter Einbeziehung der Dermatologen erhöht sich die Anzahl der Operationen und Interventionen auf durchschnittlich 417 Eingriffe. Die Erhebung der GÄCD kommt auf einen Durchschnittswert von 333 Eingriffen pro Jahr, wobei zu berücksichtigen ist, dass die GÄCD einen hohen Anteil von Dermatologen als Mitglieder hat.

Die Durchschnittswerte der Anzahl jährlicher Eingriffe streut breit zwischen den einzelnen Fachdisziplinen. Der niedrigste Durchschnittswert ergibt sich mit 55 Operationen pro Jahr bei den MKG-Chirurgen, wobei einschränkend bemerkt werden muss, dass sich nur zwei MKG-Chirurgen an der Erhebung beteiligt haben. Die höchste Eingriffzahl weisen im Durchschnitt mit 809 Eingriffen die Dermatologen auf.

Die Zahl der Operationen ist nicht völlig deckungsgleich mit der Zahl der Patienten/innen, bei denen diese Operationen durchgeführt wurden. Am stärksten unterscheidet sich die Anzahl der Patienten/innen von der Anzahl der Eingriffe bei den Dermatologen. Dies liegt beispielsweise daran, dass eine Gesichtslaserbehandlung bei dem selben Patienten mehrfach in einem Jahr vorgenommen werden kann.

<sup>40</sup> Von den 150 Erhebungsbogen sind 142 in der Auswertung berücksichtigt worden, acht Ärzte haben keine Angaben zu Art, Alter und Geschlecht der Patienten/innen gemacht.

<sup>41</sup> Schmidt-Tintemann 1972:65

Die Hochrechnung der durchschnittlichen Patientenzahlen auf die Gesamtanzahl der Patienten/innen mit ästhetischen Eingriffen im Jahr 2005 ergibt ein *Gesamtpatientenkollektiv von 420.540* Personen.

Tabelle 13: Anzahl der Patienten/innen mit ästhetischen Eingriffen im Jahr 2005

Facharzt	Pl. Ch.	Ch.	MKG	HNO	Auge	Gyn.	Derm.	Gesamt
Fallzahl	24	3	2	30	3	21	59	142*
<b>Mittelwert</b>	<b>140</b>	<b>82</b>	<b>50</b>	<b>140</b>	<b>88</b>	<b>96</b>	<b>580</b>	<b>312</b>
<i>Hochrechnung</i>	<i>85.260</i>	<i>13.366</i>	<i>11.650</i>	<i>54.740</i>	<i>2.904</i>	<i>23.520</i>	<i>229.100</i>	<i>420.540</i>

\*Von den 150 Ärzten der Stichprobe haben drei Plastische Chirurgen und ein Allgemeinchirurg keine Angaben zur Häufigkeit der Operationen abgegeben. Ein Gynäkologe, ein HNO-Arzt und zwei Dermatologen haben nur Angaben zu Faltenunterspritzungen geliefert.

Quelle: GP Forschungsgruppe Arzterhebung 2006

Eine Hochrechnung unter Verwendung der angegebenen Formel auf die Gesamtanzahl aller ästhetischen Operationen in Deutschland im Jahr 2005 ergibt 523.885 ästhetische Eingriffe und Operationen. Werden die minimal-invasiven Laserbehandlungen unberücksichtigt gelassen, dann reduziert sich die Gesamtanzahl auf rund 331.500 ästhetische Operationen im Jahr 2005.

Tabelle 14: Anzahl der ästhetischen Eingriffe und Operationen im Jahr 2005

Facharzt	Pl. Ch.	Ch.	MKG	HNO	Auge	Gyn.	Derm.	Gesamt
Fallzahl	24	3	2	30	3	21	59	142*
<b>Mittelwert</b>	<b>167</b>	<b>83</b>	<b>55</b>	<b>151</b>	<b>114</b>	<b>104</b>	<b>809</b>	<b>417</b>
<i>Hochrechnung</i>	<i>101.703</i>	<i>1.529</i>	<i>12.815</i>	<i>59.041</i>	<i>3.762</i>	<i>25.480</i>	<i>319.555</i>	<i>523.885</i>

\*Von den 150 Ärzten der Stichprobe haben drei Plastische Chirurgen und ein Allgemeinchirurg keine Angaben zur Häufigkeit der Operationen abgegeben. Ein Gynäkologe, ein HNO-Arzt und zwei Dermatologen haben nur Angaben zu Faltenunterspritzungen geliefert.

Quelle: GP Forschungsgruppe Arzterhebung 2006

Die GÄCD geht in der Hochrechnung der Angaben ihrer Mitglieder davon aus, dass die Mitglieder der GÄCD 2005 ca. 148.000 ästhetische Eingriffe und Operationen durchgeführt haben, davon sind ca. 45.000 Lasermedizinische Gesichtsbehandlungen.

Schätzungen von über 1 Million „Schönheitsoperationen“ pro Jahr können somit vor dem Hintergrund der hier vorgelegten Daten *nicht* bestätigt werden.

Als illustrative Ergänzung und Bestätigung der o.g. Aussagen soll nicht unerwähnt bleiben, dass der nach eigenen Angaben größte Anbieter von „Schönheitsoperationen“ an seinen 18 Standorten in Deutschland pro Jahr rund 5.000 Operationen durchführt, d.h. im Durchschnitt 278 Operationen pro Standort.<sup>42</sup> Die Durchschnitts-

<sup>42</sup> Zugriff news.yahoo am 18.8.2006 „TÜV geprüfte Qualität bei der Medical One“

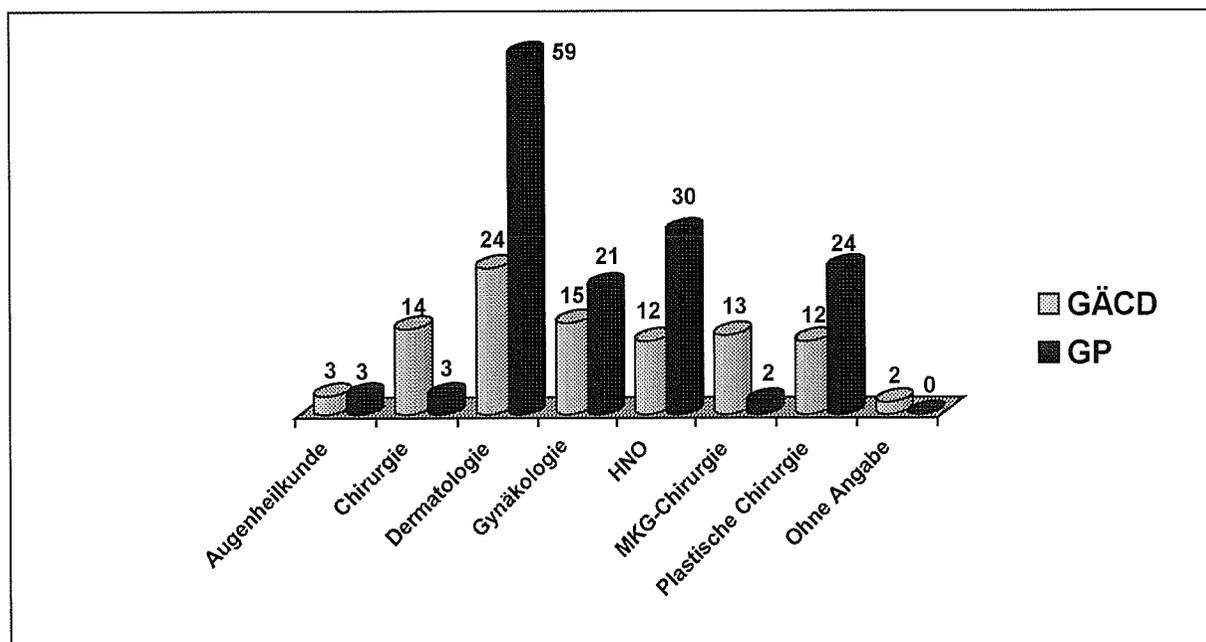
angaben bewegen sich bei diesem gewerblichen Anbieter somit in den von uns ermittelten Größenordnungen.

### 5.2.2 Art der ästhetischen Eingriffe nach Anzahl, Geschlecht und Alter

Zur Ermittlung der Häufigkeit einzelner ästhetischer Eingriffe ist ein Katalog von ästhetischen Eingriffen erstellt worden und mit dem Projektbeirat sowie mit der Vorsitzenden der DGPRÄC abgestimmt worden. Die in die Erhebung einbezogenen Ärzte und Institutionen sollten jeweils für jede Eingriffsart angeben, wie viele Eingriffe bzw. Operationen sie im Jahr 2005 vorgenommen haben und diese nach Geschlecht, Alter und Kosten aufgliedern.

Da die Daten, auf denen sich unsere nachfolgenden Berechnungen stützen, auf einer 8,8-prozentigen Stichprobe der Grundgesamtheit der ästhetisch tätigen Operateure beruhen, sind alle Angaben zur Häufigkeit einzelner Operationen als Näherungswerte zu verstehen. Als zusätzliche Plausibilitätskontrolle sind unsere Hochrechnungen jeweils mit den Daten der Mitgliederbefragung der GÄCD abgeglichen worden.

Abbildung 12: Vergleich der Stichprobe der GP Forschungsgruppe-Erhebung und der GÄCD-Mitgliederbefragung



Quelle: GÄCD-Mitgliederbefragung/ GP Forschungsgruppe Arzterhebung 2006

Grafik: GP Forschungsgruppe 2007

Die Darstellung der Häufigkeiten wird im Folgenden pro Gebiet vorgenommen. Die Beschreibungen der einzelnen Eingriffe dienen der groben Orientierung zur Art des jeweiligen Eingriffs, ohne die damit verbundenen medizinischen Implikationen zu diskutieren.

### **5.2.2.1 SMAS-Facelift**

Ein Facelift ist eine Gesichtshautstraffung. Bei der Gesichtshautstraffung wird zwischen *Minilift* (oberflächliche Hautschichtstraffung), *Midfacelift* (Straffung vom Unterlid aus) und SMAS-Facelift unterschieden. Die Bezeichnung SMAS ist die Abkürzung für *Superficial Muscular Aponeurotic System* (tiefe Bindegewebsschicht). Bei dieser Technik wird das Unterhautbindegewebe gestrafft, indem zunächst die oberflächliche Haut bis zur Mundwinkelfalte gelöst und dann die muskuläre, bindegewebige Schicht darunter freipariert wird.

Die ästhetisch tätigen Operateure der Arztstichprobe geben an, durchschnittlich zehn SMAS-Facelifts im Jahr 2005 durchgeführt zu haben. Die Facelifts wurden von 58% der Plastischen Chirurgen (MW:11), 13% der HNO-Ärzte (MW:9) und 3% der Dermatologen (MW:8) durchgeführt. Als maximale Anzahl werden von einem Plastischen Chirurgen 30 Facelifts genannt.

Hochgerechnet auf die Grundgesamtheit der ästhetisch tätigen Operateure bedeutet dies rund 4.440 *Facelifts* 2005 in Deutschland, wobei 3.885 von Plastischen Chirurgen durchgeführt wurden. Die Facelifts werden vorrangig bei Frauen im Alter zwischen 50 und 59 Jahren durchgeführt und kosten nach Angaben der Ärzte durchschnittlich 4.787 Euro.

Die GÄCD-Mitgliederbefragung ergibt einen hochgerechneten Wert für die Mitglieder der GÄCD von 1.429 Facelifts bei Frauen (2005) und 246 Facelifts bei Männern (2004).

In Anbetracht der Tatsache, dass in der GÄCD sowohl Plastische Chirurgen als HNO-Ärzte, MKG-Chirurgen, Dermatologen und Gynäkologen vertreten sind und die Mitglieder der GÄCD rund 20% der insgesamt in Deutschland ästhetisch tätigen Operateure stellen, erscheint unsere o.g. Hochrechnung plausibel. Dies um so mehr, da die GÄCD keine Zahlen zu den Kombinationen Face-/Halslift und Face-Hals-/ Stirnlift nennt, die offenbar in der von der GÄCD genannten Facelift-Anzahl mit enthalten sind.

### **5.2.2.2 Face-/Halslift**

In Kombination mit einem Facelift kann ein Halslift vorgenommen werden, bei dem zusätzlich überschüssiges Fett am Hals entfernt wird und die Halsmuskulatur gestrafft wird.

Diese Operation wurde in der Arztstichprobe eher selten angegeben. Die Operationen verteilen sich auf 29% der Plastischen Operateure (MW:5), 5% der Dermatologen (MW:9) und 7% der HNO-Ärzte (MW:3).

Die Hochrechnung ergibt hier rund 1.150 *kombinierte Face-/Halslifts*.

Die Operationen werden überwiegend bei Frauen im Alter zwischen 50 und 59 Jahren vorgenommen und kosten nach Angaben der Ärzte durchschnittlich 4.700 Euro.

### **5.2.2.3 Face-/Hals-/Stirnlift**

Durch ein Stirnlift, das heute bevorzugt endoskopisch durchgeführt wird, werden überwiegend Zorn- und Stirnfalten geglättet. Dieser Eingriff kann in Kombination mit dem oben beschriebenen Face-/Halslift erfolgen.

Kombinierte Face-/Hals-/Stirnlifts werden eher selten in der Arztstichprobe vorgenommen. Lediglich acht Operateure der Arztstichprobe haben 42 Eingriffe in 2005 gemacht, darunter zwei Plastische Chirurgen (MW:7), zwei MKG-Chirurgen (MW:8), drei HNO-Ärzte (MW:4) und ein Dermatologe (MW:3).

Es kann angenommen werden, dass dieser Eingriff zum Repertoire von MKG-Chirurgen gehört. Aufgrund der geringen Fallzahl der MKG-Chirurgen in der Arztstichprobe ist eine Hochrechnung auf alle ästhetisch tätigen Operateure problematisch. Bei Unterstellung der *ceteris paribus*-Klausel<sup>43</sup> werden rund 2.240 *Face-/Hals-/Stirnlifts* in Deutschland im Jahr 2005 durchgeführt.

In der Arztstichprobe wurde dieser Eingriff bei Männern wie Frauen gleichermaßen in der Altersgruppe ab 50 Jahren aufwärts vorgenommen. Nach Angaben der Ärzte betragen die durchschnittlichen Kosten dafür 5.792 Euro.

### **5.2.2.4 Stirnlift/Brauenkorrektur**

Herabgesunkene Augenbrauen können einem Gesicht einen müden und kraftlosen Ausdruck verleihen. Zur Korrektur können die Augenbrauen durch die Entfernung eines halbmond- oder bajonettförmigen Hautstreifens vom Rand der oberen Augenbraue gehoben werden.

Hierbei handelt es sich um einen relativ häufigen Eingriff. In der Arztstichprobe führen diesen Eingriff 38% der Plastische Chirurgen (MW:7), 8% der Dermatologen (MW:11), 13% der HNO-Ärzte (MW:13) und ein MKG-Chirurg (MW:2) durch.

Die Hochrechnung dieser Angaben ergibt für die Gesamtheit der Anbieter ästhetischer Operationen 2.810 *Stirnlift/Brauenkorrekturen*. Dieser Eingriff wird am häufigsten bei Frauen im Alter zwischen 50 und 59 Jahren durchgeführt und kostet nach Angaben der Ärzte durchschnittlich 1.925 Euro.

### **5.2.2.5 Gesichtsbehandlung mit Laser**

Beim Laser-Peeling wird die Hautoberschicht mit einem herkömmlichen CO<sub>2</sub>-Laser beseitigt. Ultragepulste Laser werden für das sogenannte *Resurfacing* der Haut eingesetzt, bei dem die oberen Hautschichten verdampft werden. Muttermale, Feuermale, Blutschwämmchen, (Akne)Narben, Altersflecken, Couperose und bestimmte Warzen können entfernt werden. Außerdem zieht der Laser die Kollagen-Fasern zusammen, mit der Folge der Glättung der Haut und Faltenbeseitigung.

---

<sup>43</sup> *ceteris paribus* bedeutet „unter sonst gleichen Bedingungen“ und ist eine bei Wirtschaftstheorien gebräuchliche Formulierung für die Konstanthaltung der Prämissen und Grundannahmen

Die Gesichtsbehandlung mit Laser bildet den Schwerpunkt der ästhetischen Eingriffe der Dermatologen in der Arztstichprobe. Während nur ein Augenarzt (14), ein Chirurg (30), 10% der HNO-Ärzte (MW:15) sowie 21% der Plastischen Chirurgen (MW:16) zu dieser Therapieform Angaben machen, wird der Laser zur Gesichtsbehandlung von 68% der Dermatologen (MW:700) der Stichprobe eingesetzt. Die behandelten Patientenzahlen haben eine immense Bandbreite und reichen von 3 bis 8.000 Fälle. Der Median liegt bei 200 Fällen.

Die Hochrechnung ergibt *192.415 Laserbehandlungen* des Gesichts. Die Kosten für Laserbehandlungen liegen nach Angaben der Ärzte bei rund 635 Euro pro Behandlung. Bei diesem Therapieeingriff ist eine breite Altersstreuung gegeben.

Die GÄCD geht von 29.304 durchgeführten Laserchirurgischen Eingriffen im Gesicht bei Frauen und von 16.179 Eingriffen bei Männern durch ihre Mitglieder aus. Projiziert auf die Gesamtzahl der ästhetisch tätigen Operateure ergibt sich eine vergleichbare Größenordnung von Laserbehandlungen.

#### **5.2.2.6 Ohrkorrekturen (Othoplastik)**

Abstehende Ohren, „*Segelohren*“ oder unförmige Ohren mit großen Ohr läppchen führen häufig dazu, dass vor allem Kinder wegen ihrer Ohren „*gehänselt*“ werden. Das Anlegen von Ohren gehört zu den Standardeingriffen der Plastischen Chirurgen, der MKG-Chirurgen und der HNO-Ärzte. Dieser Eingriff wird bei Kindern auch von den Krankenkassen bezahlt.

83,0% der Plastischen Chirurgen und 90% der HNO-Ärzte in unserer Stichprobe haben Ohrkorrekturen vorgenommen. Auch 17% der Dermatologen waren bei Ohrkorrekturen tätig. Bei den Plastischen Chirurgen reicht die Anzahl der Ohrkorrekturen bis zu 60 Korrekturen (MW:13), bei den HNO-Ärzten bis zu 150 Korrekturen (MW:41), bei den Dermatologen bis zu 80 Korrekturen (MW:25). Ein MKG-Chirurg hat sechs Ohrenkorrekturen durchgeführt.

Hochgerechnet sind somit insgesamt rund **23.000 Ohrkorrekturen** im Jahr 2005 in Deutschland vorgenommen worden, davon allein von HNO-Ärzten rund 14.400. Die Korrekturen werden überwiegend bei unter 20-jährigen durchgeführt. Nach Angaben der Ärzte betragen die Durchschnittskosten für Ohrkorrekturen 1.200 Euro.

Laut der GÄCD-Mitgliederbefragung haben sich 2.440 Mädchen/Frauen und 1.752 Jungen/Männer die Ohren von GÄCD-Mitgliedern korrigieren lassen. Eine Projektion dieser Werte auf die Gesamtzahl der ästhetisch tätigen Operateure ergibt eine ähnliche Größenordnung, wie oben genannt.

#### **5.2.2.7 Lidstraffung (Blepharoplastik)**

Oberlider können aufgrund von Alterungsprozessen, die auch vorzeitig ablaufen können, einen deutlichen Überschuss an Haut aufweisen mit Bildung einer Falte, die bis auf die Wimpern herab sinken kann (*Schlupflider*). Ist dadurch eine Einengung des Blickfeldes zur Seite gegeben, besteht eine medizinische Indikation. Die Straffung besteht in einer plastisch-chirurgischen Entfernung der überschüssigen Haut.

Die Schnittführung muss so erfolgen, dass die endgültige Narbe im Verlauf einer natürlichen Falte entsteht.

Die Unterlider können durch Hautüberschuss und/oder Hervortreten von Fettgewebe durch die Augenschließmuskeln zu den sogenannten „Tränensäcken“ mit Zeichen der Alterung führen. Die Operation kann je nach Befund, allerdings mit erhöhtem Risiko, gleichzeitig an Ober- und Unterlidern durchgeführt werden.

In unserer Erhebung geben alle Augenärzte (MW:110) und alle MKG-Chirurgen (MW:14), 83% der Plastischen Chirurgen (MW:31), 41% der Dermatologen (MW:40) und 30% der HNO-Ärzte (MW:28) sowie zwei Allgemeinchirurgen (MW:12) an, Lidkorrekturen an Ober- und/oder Unterlid durchzuführen.

Hohe Frequenzen sind in Einzelfällen bei den Dermatologen mit 150 Operationen, den Augenärzten mit 166 Operationen und den HNO-Ärzten mit 186 Operationen zu beobachten.

Die Hochrechnung ergibt 33.630 *Lidkorrekturen* im Deutschland im Jahr 2005, zu denen die Plastischen Operateure mit rund 15.670 Korrekturen beitragen. Lidkorrekturen werden vorwiegend ab 40 Jahren durchgeführt und kosten nach Arztangaben im Durchschnitt 1.215 Euro.

Die GÄCD berichtet, dass ihre Mitglieder bei Frauen 7.799 (76%) und bei Männern 2.408 (24%) Lidkorrekturen durchgeführt haben.

#### **5.2.2.8 Nasenkorrekturen (Rhinoplastik)**

Nach Joseph (1931/2005) ist Rhinoplastik oder Nasenplastik die Kunst, eine Deformität an der Nase auf chirurgischem Wege zu verbessern. Wiederherstellende Eingriffe an der Nase gehören zu den ältesten plastisch-ästhetischen Operationen. Nach neueren geschichtsmedizinischen Erkenntnissen muss die erste Beschreibung der „Ansetzung einer abgetrennten Nase“, die als sogenannte indische Methode auf Texte des indischen Arzt Susruta Samhita zurückgeht, um ca. 1.000 n. Ch. datiert werden (Lösch 2003). Seit Tagliacozzi (1546-1599) ist das Ziel plastisch-ästhetischer Chirurgen, die von Gestaltmängeln oder Schäden betroffenen Menschen nicht nur zur Freude des Auges sondern auch psychisch aufzurichten. Auf die Berliner Chirurgen Johann Friedrich Dieffenbach (1845), Jacques Joseph (1898) und den Amerikaner John Roe (1887) gehen die ersten Berichte überwiegend aus ästhetischer Indikation durchgeführten Rhinoplastiken zurück.

Nasenkorrekturen sind die Domäne der HNO-Ärzte. 90% der HNO-Ärzte in der Arztstichprobe führen sie durch. Auch die Plastischen Chirurgen (58%) haben einen hohen Anteil an ästhetischen Nasenoperationen. Von Dermatologen werden Nasenkorrekturen eher selten ausgeführt (8%). Die Bandbreite der Anzahl durchgeführter Nasenoperationen ist sehr groß, wobei es bei den HNO-Ärzten mit 499 und 600 durchgeführten Nasenoperationen zwei Schwerpunktoperateure gibt. Im Durchschnitt werden von den Dermatologen 23, den Plastischen Chirurgen 13 sowie von den HNO-Ärzten 105 Nasenkorrekturen durchgeführt. Ein MKG-Chirurg gibt 42 Nasenkorrekturen an.

Hochgerechnet auf die Gesamtzahl der ästhetischen Operateure wurden 2005 rund 38.810 *Nasenkorrekturen* durchgeführt, davon rund 30.263 durch HNO-Ärzte.<sup>44</sup> Nasen werden vor allem im Alter zwischen 20 und 29 Jahren korrigiert. Die Kosten einer Nasenkorrektur betragen nach Angaben der Ärzte im Durchschnitt rund 2.473 Euro.

Die Mitgliederbefragung der GÄCD weist 4.436 (65%) Nasenkorrekturen bei Frauen und 2.389 (35%) Nasenkorrekturen bei Männern aus.

### **5.2.2.9 Lippenvergrößerung/Lippenaufpolsterung (Lippenaugmentation)**

Schmale Lippen werden im gesellschaftlichen Vorurteil als Zeichen für Sparsamkeit, Lustfeindlichkeit und Verkniffenheit assoziiert. Um volle Lippen und eine symmetrische Kontur der Oberlippe (Cupidobogen) zu erreichen, können die Lippen operativ hoch- (Oberlippe) bzw. heruntergezogen (Unterlippe) werden oder mit Eigenhaut unterfüttert, mit Eigenfett unterspritzt, mit Füllstoffen aufgespritzt und durch Kunststoffimplantate vergrößert werden.

Bei der Verwendung von Kollagen muss nach 6-24 Monaten mit einem Nachlassen des Effektes gerechnet werden, bei der Verwendung von Eigenfett mit einem erheblichen Abbau (Resorption) des Fettes. Eine Wiederholung des Eingriffes ist in beiden Fällen erforderlich.

Lippenaugmentationen werden in unserer Stichprobe weit überwiegend von Dermatologen (49%) und Plastischen Chirurgen (54%) vorgenommen. Jeweils zwei HNO-Ärzte (MW:3) und Allgemeinchirurgen (MW:32) sowie ein Gynäkologe (2) geben ebenfalls an, Lippenvergrößerungen durchgeführt zu haben.

Bei den Plastischen Chirurgen liegt der Behandlungsmittelwert bei 8 Eingriffen. Die Bandbreite bei den Dermatologen ist sehr groß und reicht bis zu 400 Behandlungen. Der Behandlungsmittelwert beträgt 77. Die große Bandbreite dürfte sich auch durch die unterschiedlichen Verfahren der Lippenaufpolsterung (operativ oder Unterspritzung) ergeben.

Ungeachtet der Technik des Eingriffes ergibt die Hochrechnung rund 21.100 *Lippenaufpolsterungen*, wobei von den Dermatologen allein rund 14.900 durchgeführt werden. Die Aufpolsterungen werden überwiegend zwischen 20 und 49 Jahren durchgeführt und kosten nach Arztangaben durchschnittlich 461 Euro.

Die GÄCD-Mitgliederbefragung weist bei Frauen 2.314 Lippenkorrekturen aus.

### **5.2.2.10 Auflagerungsplastik/ Gesichtsimplantate**

Typische Indikationen für Auflagerungsimplantate im Gesicht sind Asymmetrien des Ober- und Unterkiefers oder Abflachungen in der Wangenregion. Bei der Operation wird die eingesunkene oder abgeflachte Gesichtsregion über einen Zugang vom Mundbereich durch Auflagerungen auf den Knochen aufgepolstert.

---

<sup>44</sup> Bei der Hochrechnung ist zur Glättung des Durchschnitts ein Extremwert (600 Korrekturen) als statistischer Ausreißer eingestuft und nicht berücksichtigt worden.

Diese Operation erfolgt offensichtlich eher selten und wird in unserer Stichprobe nur von fünf Dermatologen (MW: 81), einem Chirurgen (30) und einem HNO-Arzt (4) genannt.

Auf der Basis dieser Nennungen kann die Zahl der *Auflagerungsplastiken* auf rund 4.380 geschätzt werden. Die Kosten liegen nach Arztangaben bei 408 Euro.

Die GÄCD-Mitgliederbefragung weist dazu keine Daten aus.

#### **5.2.2.11 Profilplastik Kinn (Genioplastik)**

Kinnplastiken werden durchgeführt, wenn durch die Form und/oder Größe des Kinns eine ästhetische Beeinträchtigung empfunden wird. In der Operation wird der Knochen im Bereich des Kinns durchtrennt und anschließend in seiner neuen Lage stabilisiert. Es können auch Silikon-Implantate eingesetzt werden.

Kinnplastiken sind ein seltenes Ereignis. Fünf Plastische Chirurgen (MW:2), vier HNO-Ärzte (MW:3), zwei MKG-Chirurgen (MW:3), ein Chirurg (10) und ein Dermatologe (7) haben Kinnplastiken im Jahr 2005 durchgeführt.

*Rund 1.460 Kinnplastiken* ergeben sich aus den Angaben der Arztstichprobe hochgerechnet auf das Jahr 2005. Es ist bei diesem Eingriff kein Altersgipfel zu erkennen. Die Kosten des Eingriffs belaufen sich nach Arztangaben durchschnittlich auf 1.177 Euro.

Die Angaben in der GÄCD-Mitgliederbefragung weisen auf eine vergleichbare Größenordnung hin.

#### **5.2.2.12 Haartransplantationen**

Bei einer Haartransplantation können aus dem Bereich des Hinterkopfes bis zu 3.000 Haarwurzeln entnommen werden und diese lasergesteuert auf kahle Kopfstellen verpflanzt werden.

Angaben zu Haartransplantationen werden lediglich von drei Ärzten gemacht. Ein Plastischer Chirurg und ein MKG-Chirurg geben jeweils eine Haartransplantation an, ein Dermatologe hat drei Haartransplantationen vorgenommen.

Aufgrund dieser geringen Fallzahl erübrigt sich eine Hochrechnung.

Aus der GÄCD-Mitgliederbefragung ergeben sich ca. 937 Haarverpflanzungen. Auch das signalisiert eine geringe Prävalenz dieser Form der ästhetischen Operationen.

Eine Klinik-Kette in Deutschland führt nach eigenen Angaben bereits über 1.000 Haartransplantationen jährlich durch. Die Preisangaben schwanken zwischen 1.785 Euro bis 7.913 Euro je nach Anzahl der verpflanzten Haarwurzeln.

### **5.2.2.13 Brustvergrößerung (Mamma-Augmentation)**

Als zu klein empfundene Brüste (Hypoplasie) können durch Silikongel oder Kochsalz gefüllte Implantate vergrößert werden. Bei ausgeprägter Asymmetrie der Brüste, die als Fehlbildung diagnostiziert werden muss, kann eine Angleichung durch Implantate erfolgen. In einem solchen Fall liegt eine medizinische Indikation vor. Die von der Industrie angebotenen Implantate gibt es in verschiedenen Wölbungen (rund, oval oder tropfenförmig) und in Größen zwischen 60 und 900 Gramm. Das Durchschnittsgewicht einer natürlichen Brust beträgt – entsprechend unterschiedlicher Körpermaße – 250 bis 400 ccm/Gramm.<sup>45</sup> Es werden bei der Augmentation unterschiedliche operative Methoden angewendet, die unterschiedliche Risiken in sich bergen.

Nahezu alle Gynäkologen (95%) und Plastischen Chirurgen (92%) ebenso wie zwei Allgemeinchirurgen der Arztstichprobe haben Brustvergrößerungen durchgeführt. Die Bandbreite reicht bei den Gynäkologen bis maximal 63 Operationen, bei den Plastischen Chirurgen findet sich ein Maximalwert von 142 Operationen. Im Mittel weisen die Plastischen Chirurgen 22 Operationen auf, die Gynäkologen 20 und die Chirurgen 37.

Die Hochrechnung der Angaben ergibt eine Gesamtzahl von rund *20.960 Mamma-Augmentationen* im Jahr 2005. Die Brustvergrößerungen werden überwiegend im Alter zwischen 20 und 39 Jahren durchgeführt. Die durchschnittlichen Kosten werden von Ärzten mit 4.263 Euro angegeben.

Die GÄCD-Mitgliederbefragung weist 5.335 Mamma-Augmentationen aus.

Wir haben versucht, durch eine Nachfrage bei den vier umsatzstärksten Herstellerfirmen von Silikon-Implantaten Marktdaten über die Anzahl der abgegebenen bzw. abverkauften Silikon-Implantate zu erhalten. Bis auf einen Hersteller, der die ausgelieferte Anzahl mit 2.000 Implantaten beziffert, haben die Herstellerfirmen auf unsere Anfrage jedoch nicht reagiert. In einer Veröffentlichung einer Lifestyle-Zeitschrift<sup>46</sup> wird die Anzahl der jährlichen Patientinnen mit Brustvergrößerungen mit 35.000 angegeben.

### **5.2.2.14 Brustverkleinerung (Reduktionsmammaplastik)**

Brüste, die weit über der o.g. Durchschnittsgröße von 250-400 ccm/Gramm liegen, werden als hypertroph diagnostiziert. Bei einer Mamma-Hypertrophie über 1000 ccm und chronischen Schmerzen im Nacken-Schulter-Bereich kann eine medizinische Indikation zur Mammareduktionsplastik durch die Kassen anerkannt werden. Ebenso führt eine einseitige Mamma-Hypertrophie im Sinne einer Fehlbildung zu einer medizinischen Indikation. Mammareduktionsplastiken mit der notwendigen gestielten Transposition der Mamillen in eine natürliche Position können nach verschiedenen Methoden durchgeführt werden, die unterschiedliche Risiken in sich bergen.

Aufgrund der beiden Möglichkeiten, eine Mamma-Reduktion aus medizinischen wie ästhetischen Gründen vornehmen zu lassen, ist für beide Fälle die Prävalenz ermittelt worden.

<sup>45</sup> Nach Strömbeck & Rosato (1986)

<sup>46</sup> [www.beauty-aesthetic.de](http://www.beauty-aesthetic.de) Zugriff am 30.1.2007

Alle Operateure, die Brustvergrößerungen vornehmen, führen auch Brustreduktionen durch. Bei den Plastischen Chirurgen werden Mammareduktionen in durchschnittlich 10 Fällen aus ästhetischen und in 23 Fällen aus medizinisch-indizierten Gründen vorgenommen. Bei den Gynäkologen entfallen 16 Eingriffe auf ästhetische und 33 Eingriffe auf medizinisch-bedingte Indikationen. Chirurgen führen im Durchschnitt 5 ästhetische und 3 medizinisch bedingte Reduktionen durch.

Auf der Basis dieser Daten ergeben sich hochgerechnet *8.400 ästhetische und 15.555 medizinisch bedingte Brustreduktionen*. Die Reduktionen werden vorwiegend zwischen 30 und 49 Jahren vorgenommen und kosten im Durchschnitt nach Arztangaben rund 3.750 Euro.

Die GÄCD-Mitgliederbefragung nennt insgesamt 4.717 Mammareduktionen und liegt bei einer Berücksichtigung des Gesamtkollektivs der Operateure somit in der Größenordnung unserer Erhebung.

### **5.2.2.15 Bruststraffung (Mastopexie)**

Der Verlust der Elastizität des Stütz- und Bindegewebes der weiblichen Brust durch Schwangerschaften und Stillzeiten, Gewichtsveränderungen sowie durch Alterungsprozesse in individuell unterschiedlich ausgeprägter Form führt zur Erschlaffung der Brüste mit Tiefertreten der Mamillen. Dieses klinische Bild wird als Ptosia mammae diagnostiziert.

Die Mastopexie beinhaltet eine Resektion von Haut- und Unterhaut, Transposition des neugeformten Drüsen- und Fettgewebes und der Mamillen nach oben in eine Position, die der ursprünglicheren (jugendlicheren) entsprechender ist.

Bruststraffungen werden im Vergleich zu Brustvergrößerungen und -reduktionen weniger häufig von Plastischen Chirurgen (79%) und Gynäkologen (71%) durchgeführt. Zwei Allgemeinchirurgen geben ebenfalls die Durchführung von Bruststraffungen an. Bei Gynäkologen ergibt sich ein Mittelwert von 25 Eingriffen, bei Plastischen Chirurgen von 13 Eingriffen sowie von 8 Eingriffen bei den beiden Chirurgen.

Hochgerechnet beträgt die Anzahl der *Bruststraffungen 11.470* in Deutschland. Bruststraffungen werden überwiegend in der Altersgruppe der 30-49-jährigen gemacht, die durchschnittlichen Kosten dafür betragen nach Arztangaben 3.435 Euro.

Die GÄCD-Mitgliederbefragung präsentiert zu diesem Bereich keine Zahlen.

### **5.2.2.16 Körperstraffung (Bodylift)**

Bei einer übermäßigen Haut- und Geweberschlaffung sowohl im Bereich der Oberschenkel als auch der Bauchdecke, der Hüften und der Gesäßregion kann das Haut- und Unterhautgewebe operativ gestrafft und die Körpersilhouette tailliert werden.

Dieser Eingriff, bei dem ein vergleichsweise großes Hautareal mit hohem Blutverlust gelöst wird, wird sehr selten durchgeführt. Vorgenommen wurde dieser Eingriff in der Arztstichprobe lediglich von sechs Plastischen Chirurgen (MW:3), einem Dermatologen (1) und zwei Gynäkologen (MW:16).

Es kann deshalb hochgerechnet von rund 530 *Bodylifts* ausgegangen werden. Laut Arztangaben betragen die durchschnittlichen Kosten für einen Bodylift 4.250 Euro.

Die GÄCD liefert keine Zahlen dazu.

### **5.2.2.17 Bauchdeckenstraffung (Abdominoplastik)**

Veränderungen der Haut und des Fettgewebes am Abdomen können den Wunsch nach einer operativen Verbesserung des Körperbildes hervorrufen. Zur Ausbildung einer sogenannten Fettschürze kann eine gezielte drastische Gewichtsreduktion führen, die z.B. zur Behandlung eines metabolischen Syndroms klinisch indiziert war. In einem solchen Fall besteht die medizinische Indikation zur plastisch-chirurgischen Operation. Die Abdominoplastik beinhaltet die Resektion des überschüssigen Haut-Unterhaut- und Fettgewebes mit Neueinpflanzung des Nabels und eventueller Doppelung der Fascie der Bauchmuskulatur mit Schaffung einer Taillierung. Die Abdominoplastik wird nach verschiedenen Methoden durchgeführt, die einen unterschiedlichen (großen) Narbenverlauf bedingen können.

In unserer Stichprobe haben 75% der Plastischen Chirurgen (MW:16), 52% der Gynäkologen (MW:16), 12% der Dermatologen (MW:4) und zwei von drei Allgemeinchirurgen (MW:16) Abdominoplastiken durchgeführt. Hochgerechnet beträgt somit die Anzahl der Bauchdeckenstraffungen in Deutschland *rund 11.200 Bauchdeckenstraffungen*, mehrheitlich (rund 7.300) werden sie von Plastischen Chirurgen vorgenommen. Bauchdeckenstraffungen werden am häufigsten bei Patienten/innen im Alter zwischen 30 und 49 Jahren durchgeführt und kosten nach Arztangaben im Durchschnitt 3.726 Euro.

Die GÄCD-Mitgliederbefragung nennt ca. 1.686 durchgeführte Bauchdeckenplastiken bei Frauen, für Männer werden keine Angaben gemacht.

### **5.2.2.18 Oberarmstraffung (Brachioplastik)**

Zur Verbesserung der Oberarmkontur kann eine Fettabsaugung durchgeführt werden oder der Hautüberschuss operativ entfernt werden.

Oberarmstraffungen werden im Wesentlichen von Plastischen Chirurgen (63%) vorgenommen, eher selten von Dermatologen (7%) und Gynäkologen (5%). Zwei von drei Chirurgen operieren ebenfalls zur Straffung die Oberarme.

Die Anzahl der durchgeführten Operationen ist ebenfalls gering. Die beiden Chirurgen und der Gynäkologe berichten über je zwei Oberarmstraffungen, die Dermatologen über durchschnittlich 3 und die Plastischen Chirurgen über durchschnittlich 4 Oberarmstraffungen.

Die Hochrechnung auf alle ästhetisch tätigen Operateure ergibt *rund 1.850 Oberarmstraffungen*. Die bevorzugte Patientengruppe sind 40-59-jährige Frauen, die durchschnittlichen Kosten liegen laut Arztangaben bei 2.205 Euro.

### **5.2.2.19 Oberschenkelstraffung (Dermolipektomie)**

Mit einer operativen Oberschenkelstraffung können überschüssige Haut- und Hautfettgewebsschichten entfernt und die verbleibende Haut mitsamt des Unterhautgewebes gestrafft werden.

In unserer Stichprobe haben 58% der Plastischen Chirurgen, 14% der Gynäkologen 10% der Dermatologen und zwei Allgemeinchirurgen Oberschenkelstraffungen vorgenommen.

Auch bei Oberschenkelstraffungen handelt es sich um ein nicht so häufiges Ereignis. Im Durchschnitt straffen Allgemeinchirurgen bei zwei, Plastische Chirurgen und Gynäkologen bei fünf und Dermatologen bei sechs Patienten operativ die Oberschenkel.

*Rund 2.380 Oberschenkelstraffungen* werden hochgerechnet von allen ästhetisch tätigen Operateuren durchgeführt, besonders häufig bei Patientinnen im Alter zwischen 40 und 49 Jahren. Die durchschnittlichen Kosten für Oberschenkelstraffungen liegen nach Arztangaben bei 2.587 Euro.

Aus den Daten der GÄCD-Mitgliederbefragung lässt sich eine ähnliche Größenordnung schließen.

### **5.2.2.20 Gesäß-Modellierung**

Zur Gesäßmodellierung werden Fettabsaugung und Gewebestraffung eingesetzt sowie Silikonkissen als Implantate verwendet.

Insgesamt geben nur zwei Dermatologen an, diese Operation an 3 bzw. 13 Patienten durchgeführt zu haben. Diese Zahlen stehen völlig im Gegensatz zu dem von Fachärzten für Plastische Chirurgie ausgerufenen neuen Trend der Gesäßmodellierung.<sup>47</sup>

Aufgrund dieser geringen Fallzahlen erübrigt sich eine Hochrechnung.

### **5.2.2.21 Fettabsaugung (Liposuktion)**

*„Die Liposuktion ist ein schonendes Verfahren, mit dem bei minimaler Narbenbildung, lokale Fettdepots gut entfernt werden können. Sie ist aber keinesfalls – wie von manchen Patienten erhofft – zur Behandlung von Übergewicht geeignet.“* (Vogt & Eichhorn-Sens 2002). Die als weitgehend problemlos propagierte Methode kann sich als operativer Eingriff mit dramatischen Konsequenzen, d.h. Komplikationen, erweisen.<sup>48</sup>

Vor einer Liposuktion muss eine genaue Planung mit Anzeichnung der Fettdepots erfolgen. Die Absaugung des Fetts wird in der Regel an Innen- und Außenschenkeln, Gesäß, Hüfte, Bauch und Oberarmen vorgenommen. Auch beim sogenannten Doppel-Kinn kann das diesen Eindruck verursachende Fettpolster abgesaugt werden. Knie, Waden und der Knöchelbereich (Fesseln) sind ebenfalls Bereiche für Fettab-

<sup>47</sup> „Po-Implantate liegen im Trend“, verkündet auf der Jahrespressekonferenz 2006 der DGÄPC

<sup>48</sup> siehe dazu Steinau 2002

saugung. Als Techniken werden die *Tumeszenztechnik*, die *Supernasstechnik*, die *Ultraschall-assistierte Aspirationslippektomie* und die *Vibrationstechnik* eingesetzt.

Die Vibrationstechnik wird zur technischen Erleichterung des Absaugvorgangs in der Regel in Kombination mit der Tumeszenztechnik angewandt. Bei der Tumeszenztechnik werden vor Beginn der Operation große Mengen einer sterilen Lösung injiziert, die aus Salzlösung, einem Betäubungsmittel (Prilocain/Lidocain) und Adrenalin (zur Gefäßverengung) besteht. Bei der Supernasstechnik wird weniger Flüssigkeit eingesetzt. Für das Mengenverhältnis der Lösungen zu der des zu entfernenden Fettgewebes gibt es Leitlinien.<sup>49</sup> Die postoperative Kompression unterstützt die komplikationsarme Heilung des traumatisierten Gewebes.<sup>50</sup>

Fettabsaugungen werden in unserer Stichprobe von zwei ästhetisch operierenden Allgemeinchirurgen, 75% der Plastischen Chirurgen, 38% der Gynäkologen und 32% der Dermatologen durchgeführt. Bei den Dermatologen (MW:63) und Plastischen Chirurgen (MW:33), die diesen Eingriff durchführen, ist es ein sehr häufiger Eingriff. Allgemeinchirurgen (MW:19) und Gynäkologen (MW:20) nehmen Fettabsaugungen im Durchschnitt etwas weniger häufig vor.

Eine Hochrechnung der Durchschnittswerte auf alle ästhetisch tätigen Operateure ergibt *rund 29.000 Fettabsaugungen* in Deutschland, davon rund 16.800 durch Plastische Chirurgen und 8.170 durch Dermatologen. Die häufigste Patientengruppe sind 30-49-jährige Personen. Die durchschnittlichen Kosten liegen bei 2.435 Euro.

Laut der GÄCD-Mitgliederbefragung sind von den Mitgliedern ca. 14.802 (81%) Liposuktionen bei Frauen und 3.424 (19%) Liposuktionen bei Männern durchgeführt worden. 7% der Liposuktionen erstreckten sich auf den Hals, 46% betrafen den Rumpf und 47% die Extremitäten. Die Zahlen der GÄCD-Befragung deuten somit auf eine höhere Prävalenz der Fettabsaugungen hin.

#### **5.2.2.22 Penisverlängerung/-verdickung**

Penisvergrößerungen können mit Eigenfett vorgenommen werden oder es können zum Zweck der Penisvergrößerung Silikonröhren eingesetzt werden.

Penisverlängerungen oder -verdickungen sind von keinem ästhetischen Operateur der Arztstichprobe angegeben worden. Da eine Reihe von Fachärzten für Plastische und Ästhetische Chirurgie, z.B. in Berlin, Hannover, Kassel, Essen, Frankfurt, Darmstadt, Tübingen, Nürnberg, München diesen Eingriff anbieten und aktiv bewerben, kann davon ausgegangen werden, dass es hier eine Dunkelziffer unbekannter Größenordnung gibt.

---

<sup>49</sup> vgl. Rohrich&Muzaffar 2000

<sup>50</sup> vgl. Kesselring 2003

### **5.2.2.23 Schamlippenkorrektur/-straffung**

Schamlippenresektionen werden vorgenommen, um ungleiche oder zu große Schamlippen zu korrigieren. Bei diesem Eingriff muss besonders berücksichtigt werden, dass der Schutz der Vagina weiterhin gewährleistet ist. Ästhetische Eingriffe sind auch bei der Entfernung von Schamlippen-Piercings notwendig.

Sechs Dermatologen (MW:5), sechs Plastische Chirurgen (MW:2) und drei Gynäkologen (MW:16) unserer Stichprobe haben Schamlippenstraffungen durchgeführt.

Eine Hochrechnung der Werte lässt auf *rund 1.000 Schamlippenstraffungen* in Deutschland im Jahr 2005 schließen. Auch hier muss aufgrund der existierenden Tabus in diesem Bereich von einer Dunkelziffer unbekannter Größenordnung ausgegangen werden. Als durchschnittliche Kosten werden für eine Straffung 785 Euro angegeben.

Von der GÄCD liegen dazu keine Informationen vor.

### **5.2.2.24 Faltenbehandlungen/Unterspritzungen**

Die Glättung faltiger Haut durch Bioimplantate wie z.B. Kollagen und Hyaluronsäure wird durch Volumenersatz bewirkt. Es entsteht nie ein dauerhafter Zustand. Der physiologische Abbau der injizierten Substanzen verläuft unterschiedlich schnell, Zeitspannen von 6-18 Monaten werden beschrieben.<sup>51</sup>

Die Wirkung einer Injektion von Botulinumtoxin beruht dagegen auf einer in der Regel vorübergehenden Lähmung des die Falte verursachenden mimischen Muskels, der dadurch erschlafft.

Die einzelnen Substanzen werden insgesamt sowohl von zahlreichen Dermatologen (78%) wie Plastischen Chirurgen (79%) eingesetzt, seltener von HNO-Ärzten (20%) und kaum von Gynäkologen (10%).

Hyaluronsäure und Botulinumtoxin werden von Plastischen Chirurgen und Dermatologen mit Abstand am häufigsten und von den Dermatologen auch bei einer Vielzahl von Anwendungen (MW:209 bzw. 229) zur Faltenunterspritzung eingesetzt.

Eigenfett wird zwar von nahezu jedem zweiten Plastischen Chirurgen aber mit eher geringer Anwendungsanzahl (MW:7) eingesetzt. Die Verwendung von Polymilchsäuren wird von fast jedem dritten Dermatologen bei einer größeren Anzahl von Anwendungen (MW:53) benutzt. Kollagen und Permanentfiller spielen in der Arztstichprobe eine untergeordnete Rolle, Gold und Goretex werden je nur von einem Dermatologen verwendet.

---

<sup>51</sup> vgl. Eisenmann-Klein 2003 „Implantate“

Tabelle 15: Einsatz von Faltenunterspritzungen nach Arztprävalenz und Anwendungen (Mittelwerte)

Fachärzte für...	Plast. Chir.		Dermatologie		HNO		Gynäkologie	
	%	MW	%	MW	%	MW	%	MW
Hyaluronsäure	71	40	73	209	17	16	10	42
Eigenfett	46	7	29	44	3	5	0	0
Kollagen	17	17	27	36	10	12	0	0
Poly-Milchsäuren	4	17	29	53	0	0	5	8
Permanentfiller	13	4	5	37	0	0	1	10
Botulinumtoxin	63	65	73	229	13	16	0	0

Quelle: GP Forschungsgruppe Arzterhebung 2006

Eine Hochrechnung dieser Werte auf den Gesamtmarkt für Deutschland ist mit großen Unsicherheiten behaftet, da gegenwärtig unbekannt ist, in welchem Ausmaß APIs und andere Gruppen ebenfalls Faltenunterspritzungen vornehmen. Stützt man sich nur auf die in der Arztstichprobe ermittelten Daten und rechnet sie für die Gesamtheit der ästhetisch tätigen Operateure hoch, dann ergibt dies **rund 200.000 Faltenunterspritzungen** in Deutschland im Jahr 2005.

In dieser Größenordnung bewegen sich auch die auf der Basis der GÄCD-Mitgliederbefragung anzunehmenden Werte. 85% der Faltenunterspritzungen werden bei Frauen vorgenommen.

### 5.2.3 Geschlechts- und Altersstruktur

Bei einer Analyse der ästhetischen Operationen nach Alter und Geschlecht lassen sich zum einen eindeutige Altersschwerpunkte feststellen, zum anderen ist keine verstärkte Operationsneigung in jüngeren Jahrgängen zu erkennen.

Der einzige Bereich, bei dem über die Hälfte der Patienten/innen im *Alter bis 19 Jahren* operiert wird, sind Ohrkorrekturen. Dies ist jedoch bekannt und wird medizinisch empfohlen.

Jede dritte Nasenoperation findet im Alter von *20-29 Jahren* statt. Auch hier wird ein früher Operationstermin empfohlen, wenn die Nasenform (z.B. Höckernase) starke Irritationen des Selbstwertgefühls hervorruft. In der gleichen Altersgruppe werden auch besonders häufig Brustvergrößerungen durchgeführt, die ebenfalls sehr stark mit der Steigerung des Selbstwertgefühls aber auch mit ästhetischen Wunschbildern zusammenhängen.

Operationen am Rumpf treten verstärkt im Alter zwischen *30-39 Jahren* auf. Patienten/innen in dieser Altersgruppe stellen den Schwerpunkt bei Brustreduktionen und Bruststraffungen sowie bei Bodylifts, Bauchstraffungen und Fettabsaugungen.

Zwischen *40 und 49 Jahren* werden am häufigsten Lippenaugmentationen und Faltenunterspritzungen vorgenommen. Auch Oberschenkelstraffungen treten in dieser Altersgruppe am häufigsten auf.

Das Gesicht gerät ab 50 Jahren in den Fokus. Face- und Stirnlift, Lidstraffungen, Auflagerungsplastiken (Wangen) sowie Gesichtslaserbehandlungen werden am häufigsten ab diesem Alter durchgeführt.

Eine drastische Zunahme von „Schönheitsoperationen“ durch Männer ist in unserem Datenmaterial nicht zu erkennen. Ohren und Nasen sind die Areale, in denen Männer sowohl nach Angaben der Ärzte wie der Patienten einen Anteil zwischen 29% und 46% aufweisen. Rund jede dritte Lasertherapie im Gesicht wird bei Männern durchgeführt. Zwischen 13% und 22% liegt der Anteil der Männer bei Lidstraffungen. Bei Faltenunterspritzungen, Facelifts und Fettabsaugungen weisen die Männer einen Anteil um 10% bis 15% auf.

Die Annahme einer bedenklichen Verschiebung der Inanspruchnahme in jüngere Jahrgänge kann durch das Datenmaterial ebenfalls nicht gestützt werden. Zum einen fehlen für die Prüfung dieser Annahme belastbare Daten aus früheren Erhebungen, zum anderen liegen die Häufigkeiten in der Altersgruppe bis 29 Jahre – mit Ausnahme von Ohr- und Nasenkorrekturen – unter den Werten älterer Jahrgänge. Bedenklich hingegen ist die hohe Anzahl der Brustvergrößerungen mit 3-4% unter 20 Jahren und 35-42% zwischen 20 und 29 Jahren. Diese Prävalenzen werfen ein erstaunliches Licht auf die Manipulation weiblicher Ästhetikvorstellungen.

Die Altersverteilungen nach Angaben der Ärzte wie nach Selbstauskünften der Patienten/innen weisen im Rahmen von Schwankungsbreiten weitgehend die gleichen Strukturen auf.

Tabelle 16: Geschlechts- und Alterstruktur bei ästhetischen Operationen - Ergebnisse der Arztbefragung (in %)

	N *	weibl.	männl.	-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60+
Ohrkorrektur	1.414	57	43	53	20	10	6	7	5
Nasenkorrektur	2.647	59	41	9	43	26	13	8	2
Brustaugmentation	836	100	0	4	35	41	15	6	0
Brustreduktion (med.)	864	98	2	2	10	36	25	22	5
Brustreduktion (ästh.)	368	98	2	2	22	36	31	9	0
Bruststraffung	542	99	1	2	6	38	31	13	10
Bauchstraffung	486	90	10	0	6	34	35	19	6
Bodylift	146	97	3	0	14	47	37	1	0
Fettabsaugung	1.666	86	14	1	12	30	35	16	6
Lippenvergrößerung	1.666	99	1	1	24	24	31	15	6
Botox	7.032	87	13	1	9	17	46	19	8
Hyaluronsäure	6.020	92	8	0	9	16	41	22	12
Lasertherapie Gesicht	26.542	73	27	5	13	24	23	20	15
Oberschenkelstraffung	107	98	2	0	7	22	41	26	4
Stirnlift/ Brauen	166	69	31	0	1	4	28	39	28
SMAS-Facelift	195	87	13	0	0	3	22	49	26
Lidstraffung	2.105	78	22	0	1	15	28	33	23
Auflagerung	454	94	6	0	2	9	28	37	24

\* nur Patientenfallzahlen, zu denen Angaben gemacht wurden

Quelle: GP Forschungsgruppe Arzterhebung 2006

Tabelle 17: Geschlechts- und Altersstruktur bei ästhetischen Operationen – Ergebnisse der Patientenbefragung (in %)

	N	weibl.	männl.	-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60+
Ohrkorrektur	39	54	46	28	26	33	15	0	0
Nasenkorrektur	100	71	29	18	36	28	12	4	2
Brustaugmentation	102	100	0	3	42	36	13	2	3
Brustreduktion	61	93	7	3	16	34	33	8	5
Bauchstraffung	46	89	11	0	26	26	33	9	7
Fettabsaugung	127	89	11	2	20	46	20	8	5
Faltenunterspritzung	53	85	15	2	8	30	36	15	9
Lasertherapie Gesicht	66	63	37	9	26	21	32	11	1
Lidstraffung	95	87	13	0	5	17	28	39	11

Quelle: GP Forschungsgruppe Patientenbefragung 2006

### 5.3 Kosten der Eingriffe für die Patienten

Angaben zu den Kosten von ästhetischen Operationen liegen aus der Arzterhebung und der Patientenbefragung vor.

In der Regel nehmen die Patienten/innen ein erstes Informations- bzw. Beratungsgespräch wahr. Für dieses Gespräch mussten 10% der Patienten/innen ein Honorar bezahlen und zwar von durchschnittlich 50 Euro (Medianwert). In Einzelfällen ließen sich die Operateure das Gespräch aber auch mit 100 oder 150 Euro honorieren.

In der weit überwiegenden Anzahl der Fälle ist somit der Zeitaufwand für ein Beratungsgespräch im Gesamthonorar enthalten.

Das Gesamthonorar setzt sich aus den einzelnen Positionen Voruntersuchung/Labor, Anästhesie, Eingriff, Klinikbett/-aufenthalt und ggf. Implantate zusammen. Die Befragten, die in der Patientenbefragung die Kosten aufschlüsseln können, geben bei den Einzelpositionen als Kosten für den Eingriff ein Durchschnittswert von 2.173 Euro bei den Frauen und 1.635 Euro bei den Männern an. Entsprechend der Unterschiedlichkeit der Eingriffe reicht die Bandbreite der für den Eingriff berechneten Kosten von 100 Euro bis zu 6.500 Euro.

Bei der weiteren Aufschlüsselung der Kosten beziehen wir uns auf die Kosten der ästhetischen Operationen bei Frauen, da bei den Männern die Anzahl der detaillierten Kostenangaben nicht ausreichend ist.

Als Durchschnittskosten für Implantate werden 919 Euro genannt. An Kosten für ärztliche Voruntersuchungen, Nachbehandlungen und Klinikaufenthalte kommen durchschnittlich 740 Euro hinzu. Die Bandbreite der Nennungen ist jedoch immens und erstreckt sich von 100 bis 3.000 Euro. Die Kosten für Anästhesie betragen durchschnittlich 517 Euro. An sonstigen Kosten für Reisen oder Hotelaufenthalte sind durchschnittlich 309 Euro entstanden.

In der Regel können die Patienten/innen die einzelnen Kostenarten nicht aufgliedern, zumeist weil der Preis für die ästhetischen Operationen als Gesamtpaket vereinbart wurde. Bei 23% der Patientenstichprobe wurden die Kosten von den Krankenkassen übernommen. Bei den Selbstzahlern betragen die Gesamtkosten einer ästhetischen Operation bei den *Frauen* durchschnittlich 3.407 Euro und bei den *Männern* 2.933

*Euro.* Die Bandbreite der Preise ist jedoch immens - nicht nur zwischen den Operationen, sondern auch innerhalb eines Operationsgebietes und reicht von 100 Euro (für eine Lasertherapie) bis zu 15.000 Euro (für eine Kombinationsoperation Brustvergrößerung und Fettabsaugung).

In der Arzterhebung sind die durchschnittlichen Kosten je nach Operationsart abgerufen worden. Nicht alle Ärzte haben zu den Kosten Angaben gemacht. Bei den antwortenden Ärzten sind aus den Angaben jeweils die Durchschnittskosten berücksichtigt worden. Es fällt auf, dass (mit Ausnahme der Kostenangaben zu Facelifts) die von den Patienten *gezahlten* Kosten immer höher sind (um ca. 10-20%), als die von den Ärzten angegebenen Preise für die jeweiligen Eingriffe. Inwieweit diese Preisdifferenz durch eine unterschiedliche Berücksichtigung der Mehrwertsteuer hervorgerufen wird, muss offen bleiben.

Zwar werden Preisdifferenzen im Wesentlichen durch die Art der durchgeführten ästhetischen Operationen, der Schwierigkeit des Eingriffes und der Dauer der Operation bestimmt, sie hängen offensichtlich aber auch von der Preisgestaltung durch den Operateur ab (ablesbar z.B. an den Kosten für Nasen oder Kombinationsoperationen).

*Tabelle 18: Kosten ästhetischer Operationen (nach Patientenangaben)*

Art	Fallzahl	Preisbandbreite	Durchschnittskosten
Lippenkorrektur	4	250 – 1.750	644
Lasertherapie (Gesicht)	38	100 – 3.280	831
Schamlippenstraffung	1		1.000
Kinnkorrektur	6	1.000 – 3.750	2.388
Ohrkorrektur	22	700 – 2.600	1.485
Oberlidstraffung	29	350 – 3.000	1.517
Unterlandstraffung	7	400 – 2.135	1.371
Fettabsaugung	80	600 – 12.500	3.897
Nasenkorrektur	70	500 – 9.850	3.129
Bruststraffung	6	2.200 – 5.000	3.936
Bauchdeckenstraffung	24	900 – 8.100	4.044
Brustverkleinerung	46	1.420 – 10.300	4.188
Brustvergrößerung	70	1.400 – 7.500	4.708
Face-/Hals-/Stimlift	13	2.000 – 7.500	4.479
Faltenunterspritzungen	21	160 – 1.250	534
Schweißdrüsenabsaugung	4		1.500
Haartransplantation	2	1.320 – 3.300	2.310
Peniskorrektur	1		4.500

*Quelle: GP Forschungsgruppe Patientenbefragung 2006*

Tabelle 19: Durchschnittskosten ästhetischer Operationen (nach Arztangaben)

Art	Fallzahl *	Preisbandbreite	Durchschnittskosten
Auflagerungsplastik	9	265 – 1.200	408
Lippenkorrektur	47	150 – 1.500	461
Lasertherapie (Gesicht)	50	50 – 3.000	635
Schamlippenstraffung	16	200 – 1.500	785
Kinnkorrektur	13	400 – 2.500	1.177
Ohrkorrektur	57	200 – 2.575	1.200
Lidstraffung	60	180 – 2.500	1.215
Brauenlift	19	400 – 3.000	1.925
Oberarmstraffung	22	1.000 – 3.785	2.205
Fettabsaugung	45	1.000 – 5.500	2.435
Nasenkorrektur	45	300 – 4.000	2.473
Oberschenkelstraffung	25	1.000 – 4.000	2.587
Bruststraffung	39	2.000 – 5.350	3.435
Bauchdeckenstraffung	38	1.500 – 6.000	3.726
Brustverkleinerung	40	1.536 – 5.350	3.750
Bodylift	10	600 – 7.000	4.250
Brustvergrößerung	45	2.400 – 5.650	4.263
Face-/Halslift	12	1.500 – 8.000	4.700
SMAS-Facelift	20	2.000 – 7.000	4.787
Face-/Hals-/Stirnlift	8	2.500 – 9.000	5.792

\* Die Fallzahlen beziehen sich auf die Ärzte, die Angaben zu den Kosten gemacht haben

Quelle: GP Forschungsgruppe Arzterhebung 2006

Kassen müssen für kosmetische Operationen nur im Rahmen der Behandlung einer Krankheit im sozialversicherungsrechtlichen Sinn aufkommen. Laut einem Urteil des Bundessozialgerichtes vom Oktober 2004 ist dies dann der Fall, wenn das Aussehen einer Person durch einen behandlungsbedürftigen regelwidrigen Körperzustand entsteht ist oder wesentliche Funktionseinschränkungen gegeben sind.

*„Krankheit im Sinne des Krankenversicherungsrechts ist ein behandlungsbedürftiger regelwidriger Körper- oder Geisteszustand. Wenn dadurch keine Körperfunktionen, sondern nur das Aussehen des Menschen beeinträchtigt wird, muss eine entstellende Wirkung vorliegen, um als Krankheit eine Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenkassen auslösen zu können. Ein regelwidriger Körperzustand ohne entstellende Wirkung und ohne wesentliche Funktionseinschränkung ist auch dann nicht als Krankheit zu werten, wenn er eine psychische Belastung darstellt, die ihrerseits zu einer behandlungsbedürftigen psychischen Erkrankung geführt hat. Eingriffe am gesunden Körper betreffen selbst dann nicht das von der Krankenversicherung abzudeckende Krankheitsrisiko, wenn in unmittelbarer Folge positive Auswirkungen auf den Seelenzustand zu erwarten sind.“<sup>52</sup>*

Zu den Eingriffen, deren Kosten die gesetzlichen Krankenkassen im Einzelfall und nur auf Antrag übernehmen, können das Anlegen abstehender Ohren im Kindesalter fallen (Winkel zwischen Ohrmuschel und Schädel mehr als 45°), die Korrektur einer überschießenden Narbenbildung nach einer Gesichtsverletzung oder die Resektion

<sup>52</sup> Pressemitteilung Nr. 57/04 des Bundessozialgerichts, Kassel

einer massiven Bauchhautfalte und Bauchdeckenstraffung nach extremer Gewichtsabnahme gehören.

Bei starker Asymmetrie oder Fehlanlage der Brust können die Korrekturkosten übernommen werden ebenso wie beim Brustaufbau nach einer Tumoroperation.

Für Brustverkleinerungen kann es Kostenübernahmen geben, wenn durch das extreme Gewicht der Brüste starke Wirbelsäulenbeschwerden vorhanden sind und die Menge des zu entfernenden Gewebes voraussichtlich mehr als 500 g pro Seite beträgt, wenn sich Hautekzeme unter der Brust bilden oder im Falle einer echten Gynäkomastie.

Auch die Entfernung von verhärteten Silikonimplantaten und eine anschließende Brustkorrektur ohne das Einsetzen neuer Implantate kann von Kassen übernommen werden.

Kostenübernahmen können auch bei Lidkorrekturen erfolgen, wenn Schlupflider das Gesichtsfeld um mindestens 25 Prozent einschränken oder wenn eine Unterliderschlaffung mit starkem Tränenauflus das Auge beeinträchtigt.

Es gibt auch Kombinationen von Kassenleistung und Eigenleistung, so z.B. eine Formveränderung der Nase im Rahmen der Korrektur der Nasenscheidenwand.<sup>53</sup> Die Entscheidung, ob gesetzliche Krankenkassen die Kosten tragen, liegt von Fall zu Fall im Ermessen des Versicherers.

Vor diesem Hintergrund ist die Nennung von Kostenübernahmen in der Patientenbefragung beim ersten Augenschein überraschend. Nach Angaben der Patienten/innen wurden die Kosten für Brustangleichungen, Brustaufbau nach Mamma-Karzinom und Implantataustausch vollständig von den Krankenkassen übernommen. Krankenkassenkostenübernahmen erfolgten außerdem bei den nachstehenden ästhetischen Operationen:

- bei 68% der Ohrkorrekturen,
- bei 67% der Brustverkleinerungen,
- bei 50% der Schweißdrüsenabsaugungen,
- bei 46% der Bauchdeckenstraffungen,
- bei 33% der Kinnkorrekturen,
- bei 29% der Lasertherapien
- bei 26% der Nasenkorrekturen,
- bei 10% der Oberlidstraffungen
- bei 4% der Brustvergrößerungen,

Die Kostenübernahmen erklären sich jedoch, wenn man einzelne Fallgeschichten dazu betrachtet:

#### Brustangleichung

- *Patientin mit erheblichem Größenunterschied der beiden Brüste, massive psychische Probleme, Vergrößerung der rechten und Straffung der linken Brust erfolgt*
- *Patientin mit ausgeprägter Brustasymmetrie, 3 Cup-Größen-Unterschied, eine Seite wurde verkleinert, die andere Seite gestrafft*

---

<sup>53</sup> laut Jörg Zimmermann, „Schönheitschirurgie auf Rezept?“ vom 23.05.05, Redaktion medizin.de

### Brustverkleinerung

- *Patientin mit Brustgröße links und rechts je 1.600 Gramm, ständige HWS-Beschwerden, Migräne, tiefe Furchen an den Schultern, fibröses, zystisches Drüsengewebe*
- *Patientin mit Brustgröße 85 F, mehrere Bandscheibenvorfälle, Entfernung von 800 Gramm beidseitig*

### Schweißdrüsenabsaugung

- *Lehrerin, starkes Schwitzen und Schmerzen sowie große Wölbungen unter der Haut*

### Bauchdeckenstraffung

- *Übergewichtige Patientin (BMI 35), Diabetikerin, Osteoporose, Arthrose, chronische Schmerzpatientin, Entfernung von 5 Kilogramm Bauchfett*
- *Gewichtsreduktion um 40 Kilogramm, sehr viel überflüssige Haut*

### Kinnkorrektur

- *Patientin hat schon als Kind sehr unter ihrem ausgeprägten Kinn gelitten, war deswegen in psychiatrischer Behandlung, aufgrund von Attesten hat Krankenkasse Kosten übernommen*

### Lasertherapie

- *Unschönes Feuermal im Augen-Nasen-Bereich wurde entfernt*
- *Pigmentstörungen im Gesicht*
- *Starke Akne*
- *Narbenkorrektur im Gesicht*

### Oberlidstraffung

- *Patientin mit stark störenden Schlupflidern, Visuseinschränkung*

### Nasenkorrektur

- *Patientin mit schiefer Höckernase und Nasenbeinfraktur*

### Brustvergrößerung

- *Patientin hatte 65 kg Gewicht verloren, zuvor wurde schon Bauchdeckenstraffung und Oberschenkelstraffung von Krankenkasse übernommen*

Eine Analyse der vom Medizinischen Dienst der Krankenkassen in Bayern vorgenommenen Begutachtungen beim Antrag auf Kostenübernahme von ästhetisch-plastischen Operationen zeigt, dass sich in den Jahren 2001-2003 Annahmen und Ablehnungen bei Anträgen auf Mamma-Reduktionen die Waage hielten (Verhältnis 1:1). Bei Augmentationen wurden im Durchschnitt zwei Anträge abgelehnt und ein Antrag angenommen, bei der Korrektur von Asymmetrien war das Verhältnis genau umgekehrt (2 Annahmen auf 1 Ablehnung). Von sechs Anträgen auf Bauchdeckenplastiken wurden fünf abgelehnt und nur ein Antrag angenommen.<sup>54</sup>

---

<sup>54</sup> Persönl. Mitteilung Dr. Annette Streib

#### **5.4 Art der Finanzierung der Eingriffe durch die Patienten**

Die Patienten/innen von ästhetischen Operationen kommen aus einem breiten gesellschaftlichen Spektrum. 73% der Frauen und 83% der Männer sind berufstätig. Die nicht-berufstätigen Frauen sind zu 11% Hausfrauen, zu 7% Schülerinnen oder Studentinnen und zu 6% Rentnerinnen. Von den nicht-berufstätigen Männern sind 7% Schüler oder Student und 5% Rentner. 2% der Frauen und 4% der Männer befinden sich zum Zeitpunkt der Befragung im Zustand der Arbeitslosigkeit.

Das Berufsspektrum der Frauen deckt im Wesentlichen die folgenden Berufsgruppen ab:

- Arzthelferin, PTA, Krankenschwester, Altenpflegerin, Apothekerin, Ärztin
- Sekretärin, Verwaltungsfachfrau, Sachbearbeiterin, Buchhalterin
- Erzieherin, Lehrerin, Psychologin, Personalberaterin, Universitätsdozentin
- Aushilfskraft
- Verkäuferin, Kassiererin
- Büro-, Einzelhandels- und Industriekauffrauen
- Fitnessberaterinnen, Eventmanagerin, Werbekauffrauen
- Kosmetikerinnen, Friseurinnen
- Finanz-, Regierungsbeamtbeamtinnen
- Schauspielerin, Künstlerin, Astrologin
- Restaurantfachfrau, Köchin, Näherin, Schneiderin

Bei den Männern finden wir unter anderem:

- Industriekaufmann
- IT-Manager, EDV-Berater
- Audit&Risk-Manager, Sales Manager, Betriebswirt
- Verwaltungsfachwirt
- Versicherungskaufmann
- Berufskraftfahrer, Lokführer
- Ingenieur, Techniker
- Unternehmensberater, Investmentberater
- Unternehmer
- Journalist
- Elektriker

Die Mehrheit der Patienten/innen ist offenbar in solch solventen finanziellen Lebensverhältnissen, dass sie sich auch eine ästhetische Operation leisten können. So geben insgesamt 77% der Patienten/innen an, dass es ihnen finanziell gut bis ausgezeichnet geht. 16% hingegen kommen insgesamt finanziell so gerade über die Runden und bei 6% sind offenbar zum Zeitpunkt der Befragung prekäre finanzielle Verhältnisse gegeben. Erwartungsgemäß sind dies vor allem arbeitslose Befragte sowie Schüler, Studenten und Hausfrauen.

Tabelle 20: Patienten-Einstufung der eigenen finanziellen Situation

Kategorie	Frauen (453)	Männer (83)
Mir geht es finanziell ausgezeichnet, ich verfüge über großzügige Mittel	3%	5%
Mir geht es finanziell sehr gut, ich kann mir vieles leisten	17%	28%
Mir geht es finanziell gut, ich kann mir manches leisten	55%	52%
Ich komme insgesamt finanziell so gerade über die Runden	17%	11%
Ich habe nur wenige finanzielle Mittel und muss mich deutlich einschränken	4%	2%
Bei mir reicht das Geld hinten und vorne nicht aus	3%	2%
Keine Angabe	1%	-

Quelle: GP Forschungsgruppe Patientenbefragung 2006

23% der Frauen und Männer hatten mit der Finanzierung der ästhetischen Operation keinerlei Probleme, da der Eingriff von ihrer Krankenkasse bezahlt wurde.

Die Erörterung von Möglichkeiten der Kostenübernahme durch die Krankenkasse ist häufiger Gegenstand der vor Antritt der Operation mit dem Operateur geführten Beratungsgespräche. Offensichtlich werden in diesen Gesprächen auch Möglichkeiten und Wege der Kostenübernahme gefunden. Vor der Operation verfügen 11% über eine Kostenübernahmeerklärung der Krankenkassen, de facto hat jedoch bei 23% der Patienten/innen die Krankenkasse die Kosten für die ästhetische Operation übernommen. An dieser Stelle sei an eine ältere Untersuchung von Riotte erinnert, die den Schluss nahe legt, dass manche behandelnde Ärzte Körperkorrekturwünschen ihrer Patienten entgegenkommen, indem „versucht wird, ein organpathologisches Krankheitsbild zu konstruieren, um eine Kostenübernahme durch die Krankenversicherung zu erreichen.“ (Riotte 1995:47)

Die Erörterung der Krankenkassenleistungen entspringt zu 17% dem Bedürfnis der Patienten/innen und wird zu 12% von den Operateuren initiiert. 60% der Patienten/innen ist jedoch klar, dass eine „Schönheitsoperation“ in der Regel keine Kassenleistung ist.

Tabelle 21: Erörterung der Möglichkeiten der Kostenübernahme durch Krankenkassen im Arztgespräch vor Operationsbeginn

Kategorie	Frauen (453)	Männer (83)
Erklärung der KK zur Kostenübernahme lag vor	11%	7%
Anregung und Initiative des Operateurs	11%	17%
Patientenwunsch	16%	22%
Keine Erörterung im Bewusstsein der „Schönheitsop“	61%	54%

Quelle: GP Forschungsgruppe Patientenbefragung 2006

Die Patienten/innen, die die Kosten der ästhetischen Operation selbst tragen (müssen), finanzieren die Operationen auf traditionelle Weise entweder aus ihrem Einkommen und Vermögen oder aber aus angespartem Geld. Auffällig ist hier, dass Frauen für ihre Operationen häufiger sparen (müssen), während Männer die Operationskosten häufiger als Frauen aus ihrem laufenden Einkommen bezahlen können. Die Überziehung des Dispositionskredits als Finanzierungsmöglichkeit wird nur von einem Prozent der Patienten/innen in Anspruch genommen. Einen Ratenkredit bei ihrer Hausbank nehmen zu diesem Zweck drei Prozent der Patienten/innen auf. Finanzierungsangebote, die vom Operateur vermittelt werden oder durch spezielle Kreditangebote (z.B. den Deutschen Ärzte Service), werden ebenfalls äußerst selten in Anspruch genommen (2%).

Tabelle 22: Finanzierung der Operationskosten von Selbstzahlern

Kategorie	Frauen (348)	Männer (63)
aus meinem Einkommen/Vermögen	38%	56%
habe Betrag vorher angespart	46%	38%
Ratenkredit durch Hausbank	4%	2%
Dispokredit in Anspruch genommen	1%	2%
Spezielle Kreditangebote (Operateur, DÄS)	2%	0%
Geld geliehen (Familie, Freunde)	3%	2%
Erbschaft, Geschenke etc.	2%	0%
Keine Angabe	3%	2%

Quelle: GP Forschungsgruppe Patientenbefragung 2006

Eine dauerhafte finanzielle Belastung oder Gefährdung der Patienten/innen durch eine ästhetische Operation scheint nur in Ausnahmefällen gegeben zu sein. 90% der Patienten/innen erklären, durch die Kosten für die Operation überhaupt nicht (mehr) belastet zu sein. 8% geben an, zwar noch Schulden zu haben, die aber bald abbezahlt seien. Lediglich 1% der Selbstzahler gibt an, immer noch sehr hohe Schulden aufgrund der Operation zu haben.

## 5.5 Zufriedenheit der Patienten mit den Operationsergebnissen

Der Altersdurchschnitt der Befragten in der Patientenerhebung beträgt bei den Frauen 40 und bei den Männern 35 Jahre.

Die ersten Gedanken, etwas an sich körperlich verändern zu lassen, hatten die Befragten im Durchschnitt rund acht Jahre früher, nämlich mit 31 Jahren (Frauen) und 27,7 Jahren (Männer).

Wenn die Patienten für sich innerlich den Entschluss gefasst haben, eine ästhetische Operation durchführen zu lassen, dann vergehen bei den Frauen durchschnittlich 1½ Jahre und bei den Männern 1¼ Jahre bis zum tatsächlichen OP-Termin.

Die Mittelwerte verschleiern hier aber die Tatsache, dass es unter den Patienten/innen eine große Gruppe schnell entschlossener Personen und eine kleinere

Gruppe eher Zaudernder gibt. Bei jeder dritten Frau und jedem fünften Mann dauert es nur zwischen einem und drei Monaten vom Entschluss zur Operation bis zum tatsächlichen OP-Termin. 53% der Frauen und 48% der Männer haben innerhalb eines halben Jahres ihren OP-Termin. Bei 17% der Frauen und 19% der Männer hingegen beträgt die Zeitspanne zwischen Entschluss und Durchführung länger als zwei Jahre.

Wenn der Wunsch nach einer ästhetischen Operation bei den Patienten/innen entsteht, dann haben sie nach ihren eigenen Angaben in der Regel kein ‚role-model‘ oder Leitbild vor Augen, obwohl 61% der Frauen und 54% der Männer persönlich jemanden kennen, bei dem eine kosmetische Operation durchgeführt wurde. Noch häufiger ist die ‚Kenntnis‘ von „*Mediengrößen*“, die eine kosmetische Operation haben durchführen lassen. 70% der Frauen und 61% der Männer können eine oder mehrere ausländische oder deutsche bekannte Persönlichkeiten nennen, von denen sie glauben, dass diese sich einer kosmetischen Operation unterzogen haben. Dazu gehören nach ihrer Ansicht generell ‚viele Prominente‘ und ‚viele Schauspieler‘ sowie unter anderem die ausländischen Künstler

- Pamela Anderson
- Cher
- Michael Jackson
- Demi Moore
- Britney Spears
- Michael Douglas

und von den deutschen Prominenten

- Verona Pooth
- Dolly Buster
- Tatjana Gsell
- Dagmar Berghoff
- Chiara Ohoven
- Uschi Glas
- Costa Cordalis
- Jürgen Drews

Die genannten Personen stellen einen sehr spezifischen, kleinen Ausschnitt aus der Bevölkerung dar. In der durch unsere Patientenbefragung repräsentierten Normalverteilung der Bevölkerung können die Gründe, sich für die Durchführung einer ästhetischen Operation zu entscheiden, im Wesentlichen auf sechs psychologische Konstrukte zurückgeführt werden:

- Scham
- Selbstzweifel
- Körperkontrolle
- Narzissmus
- Anti-Aging
- Bedürfnis nach sozialer Akzeptanz

Jede zweite Frau und jeder vierte Mann, die eine ästhetische Operation haben durchführen lassen, haben sich vorher wegen ihres Körpers oder wegen bestimmter Körperteile geschämt. Die Scham führte teilweise zu starkem Vermeidungsverhalten und Selbst-Exklusion.

Tabelle 23: Scham als emotioneller Zustand vor der ersten „Schönheitsoperation“ (I)

Kategorie (sehr oft/ oft)	Frauen	Männer
Ich bedeckte oder versteckte Teile meines Körpers	49%	24%
Es machte mir Schwierigkeiten, mich in Badekleidung zu zeigen	44%	25%
Tanzen, Umarmungen, Küsse oder Körperkontakt habe ich gemieden	20%	17%
Wenn ich ausging, bevorzugte ich Räume mit geringer Beleuchtung	17%	18%

Quelle: GP Forschungsgruppe Patientenbefragung 2006

Selbstzweifel sind bei den Befragten noch häufiger vertreten als Scham. Die Befindlichkeiten und die Auseinandersetzung mit dem eigenen Körperbild und der äußeren Erscheinung können so gravierend sein, dass sie die Patienten/innen bei der Ausübung ihrer beruflichen und sozialen Aktivitäten störten und zu einem starken Vermeidungsverhalten führten. Die Patienten/innen lebten in einem Zustand des seelischen Ungleichgewichts, einer Inkongruenz zwischen Eigenwahrnehmung und eigenem Erleben einerseits, Außenwirkung und äußerer Erscheinung andererseits.

Es besteht zwar auch der Wunsch, attraktiver und begehrenswerter zu sein, aber dies im Kontext des Wunsches, körperliche Unregelmäßigkeiten zu regulieren, die das persönliche Wohlbefinden stören. *„Thus the force that initiates the request for aesthetic plastic surgery may be seen as an uneasiness in the mind of the patient associated with an urge for a change toward a more comfortable state of mind.“* (Reich 1991:128).

Selbstzweifel sind zwar durchgängig bei den Frauen stärker vertreten als bei Männern, aber die Differenzen sind nicht sehr erheblich.

Tabelle 24: Selbstzweifel als emotioneller Zustand vor der ersten „Schönheitsoperation“ (II)

Kategorie (sehr oft/ oft)	Frauen	Männer
Wenn ich in den Spiegel sah, fiel mir zuerst auf, was ich nicht an mir mochte	68%	53%
Wenn ich in den Spiegel sah, fielen mir Dinge auf, die ich an meinem Körper verändern wollte	66%	55%
Nachdem ich mich im Spiegel betrachtet hatte, fühlte ich mich schlecht	54%	46%
Ich empfand einen Widerspruch zwischen meiner inneren Befindlichkeit und meinem äußeren Erscheinungsbild	48%	39%
Mich störten Gedanken über mein Aussehen bei meinen beruflichen bzw. sozialen Aktivitäten	50%	47%

Quelle: GP Forschungsgruppe Patientenbefragung 2006

Aus Scham und Selbstzweifel resultiert ein starker Veränderungswunsch, der auch zu einem entsprechenden Such- und Orientierungsverhalten führt. In diesem Zusammenhang ist der Hinweis von Kluge & Sonnenmoser (2001) von Interesse, dass – nach den Ergebnissen ihrer bereits zitierten Studie – Personen mit „Schönheitsoperationen“ ein ausgeprägtes Kontrolldenken aufweisen. In die gleiche Richtung argumentiert auch Reich, wenn er ausführt: *“Concern with his appearance centers around a particular social drive related to self-esteem and ego-identity, the need for an acceptable, well defined, consistent body image.”* (Reich 1991:130). Der Wunsch, die Kontrolle über den eigenen Körper zu erlangen bzw. zu haben, ist bei Frauen wie Männern gleichermaßen ausgeprägt. Es drängt sich der Eindruck auf, dass der Gesichtspunkt des Körpers als Projekt bzw. als Konstruktion für mindestens ein Drittel der Befragten hohe Relevanz hat.

Tabelle 25: Körperkontrolle als emotioneller Zustand vor der ersten „Schönheitsoperation“ (III)

Kategorie (sehr oft/ oft)	Frauen	Männer
Andere hielten die Probleme, die ich mit meinem Aussehen hatte, für gering	42%	42%
Ich las viel über Verschönerungsmöglichkeiten des Körpers	50%	42%
Ich wollte meinen Körper modellieren	32%	33%
Ich wollte körperliche Unregelmäßigkeiten regulieren	64%	64%

Quelle: GP Forschungsgruppe Patientenbefragung 2006

Der Wunsch, attraktiver und begehrenswerter zu sein, ist für zwei Drittel der Frauen wie Männer eine starke Triebfeder zur Durchführung einer „Schönheitsoperation“. Männer geben noch häufiger als Frauen an, sich einer ästhetischen Operationen unterzogen zu haben, um ihren Partnern besser zu gefallen.

Tabelle 26: Narzissmus als emotioneller Zustand vor der ersten „Schönheitsoperation“ (IV)

Kategorie (sehr oft/ oft)	Frauen	Männer
Ich wollte attraktiver und begehrenswerter sein	64%	64%
Ich wollte für meinen Partner/ meine Partnerin schöner werden	36%	41%
Ich dachte, dass andere Menschen mich kritisch anschauen	44%	46%

Quelle: GP Forschungsgruppe Patientenbefragung 2006

Einer ästhetischen Operation steht bei rund jedem vierten Befragten im Kontext des Kampfes gegen das Altern und das Alter. Auch in diese Einstellung gibt es keine relevanten Unterschiede zwischen Frauen und Männern.

Tabelle 27: Anti-Aging als Bedürfnis vor der ersten „Schönheitsoperation“ (V)

Kategorie (sehr oft/ oft)	Frauen	Männer
Ich wollte körperliche Veränderungen rückgängig machen	29%	25%
Ich machte mir Gedanken, wie ich jünger aussehen könnte	21%	20%

Quelle: GP Forschungsgruppe Patientenbefragung 2006

Bei Frauen stärker als bei Männern ist der Wunsch nach sozialer Akzeptanz einer „Schönheitsoperation“ vorhanden. Zwar stimmt sich die Mehrheit der Männer und Frauen nicht intensiv mit ihren erweiterten sozialen Netzwerken ab, aber jede dritte Frau und jeder vierte Mann in der Patientenbefragung tun dies.

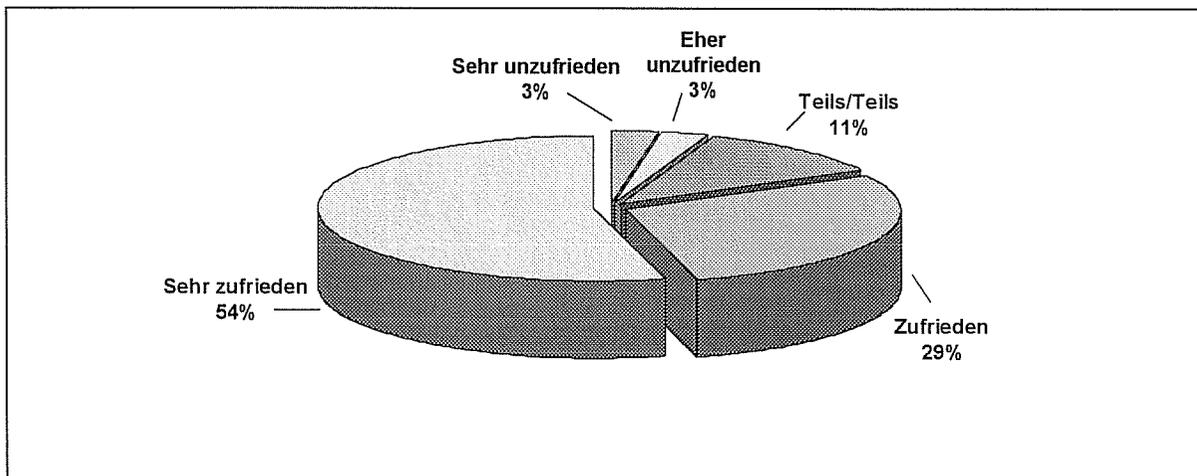
Tabelle 28: Das Bedürfnis nach sozialer Akzeptanz vor der ersten „Schönheitsoperation“ (VI)

Kategorie (sehr oft/ oft)	Frauen	Männer
Ich stieß bei meinen Mitmenschen auf Verständnis, warum ich mit meinem Aussehen nicht zufrieden war	34%	24%
Mit meinen Freunden/Freundinnen sprach ich über die Körperzonen, die ich an mir verändern wollte	37%	22%

Quelle: GP Forschungsgruppe Patientenbefragung 2006

Die Durchführung einer ästhetischen Operation führte bei den von uns befragten Patienten/innen in aller Regel nicht zur Enttäuschung, sondern im Gegenteil bei Frauen wie Männern zu einer hohen Zufriedenheit. Lediglich 5% der Gesamtstichprobe äußern sich unzufrieden mit dem ästhetischen Ergebnis der „Schönheitsoperation“.

Abbildung 13: Zufriedenheit mit dem ästhetischen Ergebnis einer „Schönheitsoperation“

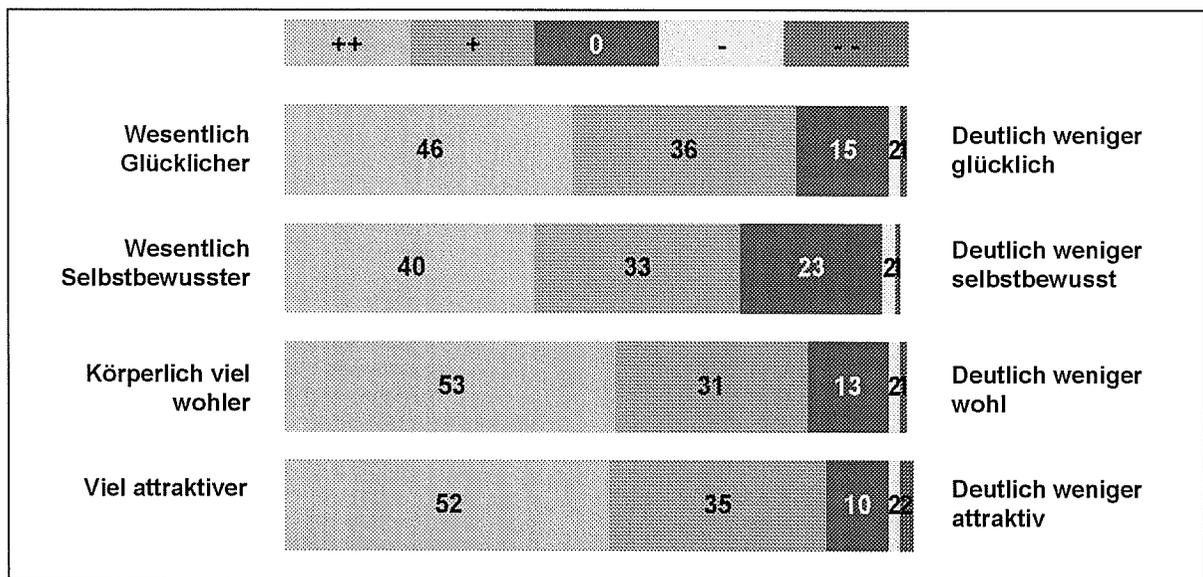


Quelle: GP Forschungsgruppe Patientenbefragung 2006;  
Grafik: GP Forschungsgruppe 2007

Die Zufriedenheit mit dem ästhetischen Ergebnis des Eingriffs führt zu einer Steigerung des physischen und psychischen Wohlbefindens der Patienten/innen. Sie fühlen sich glücklicher, selbstbewusster, körperlich wohler und attraktiver. Der finanzielle Aufwand für die Durchführung der ästhetischen Operation hat sich für 88% der Befragten der Patientenstichprobe gelohnt.

Abbildung 14: Auswirkungen von „Schönheitsoperationen“ auf das Wohlbefinden

Die Patienten fühlen sich.... (in %)



Quelle: GP Forschungsgruppe Patientenbefragung 2006  
 Grafik: GP Forschungsgruppe 2007

## 5.6 Häufigkeit von Komplikationen

Unbefriedigende Ergebnisse von „Schönheitsoperationen“ können Folge falscher Techniken sein oder aus ärztlichen Behandlungsfehlern resultieren.

Sie können aber auch dadurch hervorgerufen werden, dass Patienten operiert werden, bei denen gar kein Eingriff hätte stattfinden dürfen. *„Der für eine ästhetisch-plastische Behandlung geeignete Patient muss über eine gefestigte Persönlichkeit verfügen und darf sich weder von einem Partner noch von seiner Umwelt zu sehr beeinflussen lassen. Zu hohe, nicht zu erfüllende Erwartungen an eine Schönheitsoperation sind ebenfalls ein absolutes Ausschlusskriterium.“*<sup>55</sup>

Mögliche Komplikationen bei der Durchführung von ästhetischen Operationen sind sowohl in der Arzterhebung wie in der Patientenbefragung erfasst worden.

<sup>55</sup> F. Muggenthaler (2005): „Spielregel – Patienten von Beauty-Operationen“ [https://www.ki-online.de/tippsundtricks/tipps\\_detail.php3?id=435](https://www.ki-online.de/tippsundtricks/tipps_detail.php3?id=435) , abgerufen am 7.1.2007

### **5.6.1 Intra-operative Komplikationen**

Komplikationen während der Durchführung von ästhetischen Operationen scheinen seltene Ereignisse zu sein. Nur 3% der Patienten/innen berichten von Komplikationen während der Operation. Die häufigste Nennung bezieht sich darauf, dass die Narkose nicht richtig gewirkt hat (8 Fälle).

Weitere Einzelnennungen sind (*Mehrfachnennungen waren zugelassen*):

- Größerer Blutverlust (2)
- Starke Nachblutung (2)
- Herzrasen durch Narkose (2)
- zu starke Knochenentnahme bei einer Nasenkorrektur (1)
- Starke Schmerzen (1)
- Mittelohr wurde bei Ohrkorrektur verletzt (1)
- Wundwasser hörte nicht auf zu fließen (1)
- 14-fache Darmperforation, die bei einer Liposuktion der Abdominalwand erfolgte, machte Notoperation im KH erforderlich (1)

### **5.6.2 Post-operative Nachwirkungen und Komplikationen**

Wesentlich häufiger wird von post-operativen Nachwirkungen und Komplikationen berichtet, und zwar von 22% der Frauen und 8% der Männer.

Von fünf Männern werden Äußerungen dahingehend gemacht, dass die Komplikationen in Taubheitsgefühlen, Schwellungen und Blutergüssen bestanden. Drei Männer berichten von deutlichen Narben, bei einem Mann ist bei einer Schweißdrüsenabsaugung eine Verhärtung aufgetreten.

Bei den Frauen werden ebenfalls vorrangig Taubheitsgefühle, Schwellungen und Blutergüsse erwähnt, aber auch deutliche Narben, Unregelmäßigkeiten/Dellen und Nachblutungen.

Von *Taubheitsgefühlen* wird bei Bauchdeckenstraffungen, Fettabsaugungen, Brustvergrößerungen, Brustverkleinerungen, Bruststraffungen, Brustangleichungen, Ober-/Unterlidstraffungen, Kinnkorrekturen und Faceliftings berichtet.

*Schwellungen und Blutergüsse* sind ebenfalls bei diesen Operationen nach Patientenberichten aufgetreten, wobei dies häufiger von Patientinnen mit Nasenkorrekturen und Brustvergrößerungen berichtet wird.

Über *deutliche Narben* als Folge des Eingriffs berichten Frauen bei allen Formen der Brustoperationen, aber auch bei Lasertherapien im Gesicht, Faltenunterspritzungen, Nasenkorrekturen, Schweißdrüsenabsaugung und Fettabsaugungen.

*Unregelmäßigkeiten oder Dellen* sind bei Patientinnen nach Fettabsaugungen und Bauchdeckenstraffungen aufgetreten, aber auch bei Faltenunterspritzungen und Nasenkorrekturen.

*Asymmetrien* werden bei Nasenkorrekturen und allen Eingriffe, die die Brust betreffen, sowie in zwei Fällen auch bei Fettabsaugungen berichtet.

Narbenwucherungen/Keloide sind bei Fettabsaugung, Oberlidstraffung, Brustverkleinerung und Bruststraffung, Lasertherapien im Gesicht und Schweißdrüsenabsaugung aufgetreten.

Verhärtungen oder Kapsel fibrosen wurden bei Brustverkleinerungen und -vergrößerungen sowie Fettabsaugungen berichtet.

Tabelle 29: *Nachwirkungen und Komplikationen nach der Operation*

<b>Komplikationen aufgetreten</b>	<b>22%</b>
	(N=99)
<b>davon (Fallzahlen):</b>	
Schwellungen	38
Blutergüsse	34
Taubheitsgefühl	22
Deutliche Narben	15
Unregelmäßigkeiten, Dellen	24
Nachblutungen	14
Asymmetrien	14
Infektionen	9
Narbenwucherungen	12
Kapsel fibrosen, Verhärtungen	11
Ödeme	5
Faltenbildung	8
Formverschlechterung	7

Quelle: GP Forschungsgruppe Patientenbefragung 2006

Jeweils einzelne Patientinnen berichten außerdem von Schiefstellungen, trockenem Auge oder Verschiebung des Implantats. Bei einer 38-jährigen Patientin ist nach ihren Aussagen nach einer Brustverkleinerung die Brustwarze abgestorben, bei einer 32-jährigen Patientin ist durch eine Fettabsaugung Gewebe großflächig zerstört worden, bei einer 70-jährigen Patientin ist nach einer Ober-/Unterlidstraffung der Lidabschluss unvollständig gewesen und dadurch hat sich ein triefendes Auge eingestellt. Eine 38-jährige Patientin berichtet, dass bei ihr bei einer Fettabsaugung ein Herzstillstand eingetreten sei und sie reanimiert werden musste.

Die von den Patienten/innen angesprochenen Nachwirkungen und Komplikationen decken sich hinsichtlich der Operationen, bei denen sie aufgetreten sind, mit den von Ärzten angegebenen Komplikationsraten. Oberschenkelstraffungen, Bauchdeckenstraffungen, Brustverkleinerungen und Nasenkorrekturen weisen nach den Arztangaben relativ häufiger Komplikationen auf.

Bei der Erfassung von Folgewirkungen und Komplikationsraten zeigte sich, dass ein systematisches Monitoring dieser Ereignisse dringend geboten ist, um zur Qualitätsverbesserung bei ästhetischen Operationen beitragen zu können.

Tabelle 30: Komplikationsrate nach Arzt-Angaben

	Fälle	sehr häufig (> 10%)	häufig (< 10%)	gelegentlich (< 5%)	selten (< 1%)	sehr selten (0,1%)	extrem selten (0,01%)
Nasenkorrektur	40	2%	10%	38%	23%	20%	8%
Mammareduktion	39	3%	13%	28%	38%	10%	8%
Abdominoplastik	35	9%	14%	40%	23%	9%	6%
Straffung Oberschenkel	22	14%	14%	23%	36%	14%	-
Fettabsaugung Tumeszenztechnik	36	-	8%	22%	31%	28%	11%
Gesicht	44	-	11%	11%	20%	16%	41%
Lippen	31	-	13%	26%	16%	10%	35%
Lidstraffung	50	-	10%	20%	22%	24%	24%
Ohrstraffung	46	-	9%	15%	24%	28%	24%
Mastopexie	34	-	3%	32%	38%	9%	18%
Augmentation	38	-	3%	29%	29%	18%	21%
SMAS	22	-	-	18%	27%	23%	32%

Quelle: GP Forschungsgruppe Arzterhebung 2006

## 5.7 Art der Schadensregelung

Wie oben ausgeführt haben 99 Frauen und 7 Männer Komplikationen und Folgeschäden genannt.

Bei 34% der betroffenen Frauen und bei zwei Männern sind die Folgen der Operation von selbst abgeklungen. Es handelte sich überwiegend um Blutergüsse, Schwellungen und Taubheitsgefühle.

32% der betroffenen Frauen wurde ein weiterer Eingriff zur Korrektur angeboten. Dieses Angebot haben sie angenommen und akzeptiert. Bei 8% der betroffenen Frauen und zwei Männern ist die Situation noch offen. 4% der betroffenen Frauen wurde eine Nachoperation von ihrer Krankenkasse finanziert, da bei der Erstoperation Infektionen aufgetreten waren.

Offenbar im Dissens haben sich 20% der betroffenen Frauen von ihrem Operateur getrennt.

Von diesen haben 13% der betroffenen Frauen und ein Mann nichts weiteres unternommen, da sie kein Vertrauen mehr in den Operateur hatten. Der Vertrauensverlust erfolgte beispielsweise bei Bauchdeckenstraffungen mit Infektionen, bei Lasertherapien im Gesicht mit Narben als Folge, bei Brustverkleinerungen mit Formverschlechterung und deutlichen Narben, bei Brustvergrößerungen mit Verschiebung des Implantats, bei Nasenkorrekturen mit Asymmetrien und deutlichen Narben oder bei einer Fettabsaugung mit großflächiger Gewebeerstörung.

Deutliche Narben und Asymmetrien sind auch für 4% der betroffenen Frauen wie dem Mann, denen von ihrem Operateur eine zusätzliche Operation angeboten wurde, der Grund, dieses Angebot nicht anzunehmen.

3% der betroffenen Frauen haben sich von einem anderen Operateur nachoperieren lassen.

2% der betroffenen Frauen haben nichts unternommen, da sie sich eine weitere Operation finanziell nicht leisten konnten.

## 5.8 Anzahl strittiger Fälle

Zur Ermittlung der Anzahl strittiger Verfahren bei ästhetischen Operationen sind alle Gutachter- und Schlichtungsstellen der Landesärztekammern angeschrieben worden.

Ein großes Problem für die Beurteilung von haftungsrelevanten strittigen Verfahren sind die je nach Ärztekammer unterschiedlichen Erfassungs- und Bearbeitungsverfahren. So speichert z.B. die Schlichtungsstelle für Arzthaftpflichtfragen der Norddeutschen Ärztekammern zwar die Anträge nach ärztlichen Fachgebieten und Versorgungsebenen sowie die ICD 10 Codes des Anlasses der ärztlichen Behandlung ab, beschreibt aber keine Komplikationen. Für die Beurteilung von strittigen Fällen bei Mamma-Augmentationen, Mamma-Reduktionen und Mamma-Angleichungen sieht beispielsweise das gelieferte Zahlenmaterial der Norddeutschen Schlichtungsstelle für den Zeitraum 2000 bis 2005 wie folgt aus:<sup>56</sup>

ICD Nr.	Code	Strittig	Fehler
N 60	<i>Gutartige Mammadysplasie</i>	1	1
N 62	<i>Hypertrophie der Mamma/Gynäkomastie</i>	24	11
Q 83	<i>Angeboren Fehlbildung der Mamma</i>	15	9
N 64	<i>Sonstige Krankheiten der Mamma</i>	9	4

Wegen der im Zahlenmaterial nicht vorhandenen Eindeutigkeit bezogen auf die durchgeführten ästhetischen Eingriffe werden die Angaben der Norddeutschen Schlichtungsstelle im Folgenden nicht berücksichtigt.

Während der Laufzeit unseres Forschungsprojektes hat sich die Ständige Konferenz der Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen (StäKo) auf eine bundesweit einheitliche Statistik verständigt, die 2007 erstmals Zahlen vorlegen will. Diese Datensammlung, auch als Medical Error Reporting System (MERS) bezeichnet, soll zukünftig auch qualitative Angaben zu Art, Häufigkeit und Verteilung von Patientenvorfällen und festgestellten Behandlungsfehlern sowie Art und Schwere der fehlerbedingten Gesundheitsschäden enthalten.<sup>57</sup>

Zum gegenwärtigen Zeitpunkt wertet die Gutachterkommission für ärztliche Behandlungsfehler bei der Ärztekammer Nordrhein (ÄkNo) als einzige Einrichtung systematisch und kontinuierlich die Häufigkeit von Vorwürfen zu ästhetischen Operationen aus. Anders als in der Dokumentation im Statistikbogen der bundeseinheitlichen Statistik werden bei dem Erfassungsverfahren der ÄkNo die Vorwürfe der Patienten zusätzlich durch ein Hauptstichwort pro Verfahren abgebildet. Dies hat den Vorteil, dass die Vorwürfe für eine Auswertung thematisch eingegrenzt werden können. In der bundeseinheitlichen Statistik können diese nur aus der Kombination der durch Kennzahlen abgebildeten Vorwürfe und der ICD-Verschlüsselung der Diagnose *ex post* erarbeitet werden.

<sup>56</sup> persönliche Mitteilung vom 29.6.2006

<sup>57</sup> Martina Merten (2006): „Freiwillig aus Fehlern lernen“ Deutsches Ärzteblatt. Jhg. 103. Heft 45 vom 10.11.2006: 2993-2994

Im ÄkNo-System besteht zusätzlich die Möglichkeit der Recherche nach beliebigen Suchbegriffen oder Teilen von Suchbegriffen. Wesentliche Inhalte des Beschwerdeverfahrens werden beim System der ÄkNo in einem Leitsatz zusammengefasst. Außerdem werden die Diagnosen auch *ex ante* erfasst, das heißt die Beschwerden des Patienten aus der Sicht des behandelnden Arztes zu Beginn der gerügten Behandlung.

Im Versorgungsgebiet der ÄkNo in den Regierungsbezirken Köln und Düsseldorf leben rund 9,5 Millionen Einwohner. In den Jahren 2000 bis 2005 wurden 7.390 Verfahren vor der Gutachterkommission abgeschlossen. Vorwürfe zu kosmetischen Behandlungen (n=224) hatten einen Anteil von 2,6%. Anteilsmäßig am häufigsten waren die Plastischen Chirurgen (41%) vor den Allgemeinchirurgen (17%) und den Frauenärzten (15%) von einem entsprechenden Vorwurf betroffen.

In 39% der Fälle wurde das Begutachtungsverfahren mit der Feststellung von Behandlungsfehlern abgeschlossen. Relativ am häufigsten wurden Behandlungsfehler bei Allgemeinchirurgen festgestellt und dort vor allem bei der Durchführung von Brustvergrößerungen und Liposuktionen. Gynäkologen weisen relativ am häufigsten Behandlungsfehler bei Abdominoplastiken und Brustvergrößerungen auf.

Insgesamt ist die durchschnittliche Zahl von 15 festgestellten Behandlungsfehlern pro Jahr gering. Rückschlüsse auf die Behandlungsqualität der einzelnen Facharztgruppen haben deshalb nur einen begrenzten Aussagewert. Dennoch sind sie für die kontinuierliche Verbesserung der Fortbildung von ästhetisch operierenden Ärzten von Bedeutung. Zu berücksichtigen ist auch, dass es eine unbekannte Größe von Patienten/innen geben dürfte, die Behandlungsfehler *nicht* bei den Gutachterkommissionen monieren. Die Ergebnisse unserer Patientenbefragung weisen jedoch darauf hin, dass diese vermutbare Gruppe ebenfalls sehr gering ist.

Tabelle 31: Anzahl der von einem Behandlungsvorwurf bei kosmetisch behandelten Patienten in Anspruch genommenen Fachgebietsärzte  
Abgeschlossene Begutachtungsverfahren der Gutachterkommission Nordrhein (Zeitraum: 1.1.2000 – 31.12.2005)

	Ge- samt	Pl.Ch.	Allg. Ch.	Gyn.	Derm.	HNO	MKG	Sonst.*
Anzahl der in den Verfahren in Anspruch genommenen Ärzte	224	91	37	34	22	13	12	16
-davon mit Behandlungsfehlern	39%	29%	59%	47%	36%	46%	33%	38%
Mammakorrekturen	51 35%	14 14%	12 33%	22 45%	/	/	2 100%	1 /
Nasenkorrekturen	16 25%	11 27%	/	/	/	4 25%	1 /	/
Liposuktion	36 61%	13 46%	9 78%	4 50%	3 66%	/	1 /	6 83%
Lidstraffung	24 25%	16 31%	/	/	1 /	/	3 33%	4 /
Laserbehandlung der Haut	24 25%	4 /	4 75%	/	14 14%	1 100%	1 /	/
Abdominoplastik	18 56%	8 25%	4 100%	5 60%	/	1 100%	/	/
Ohrmuschelkorrekturen	13 54%	3 33%	2 100%	/	/	6 50%	2 50%	/

Sonstige: Unterspritzungen 11 (27%), Narbenkorrekturen 9 (33%); Eigenfett-Transplantation 4 (75%), Oberschenkel-Straffung 2 (/); Sonstige 6 (33%)

\* Sonstige Ärzte umfasst: Allgemeinärzte, Urologen, Augenärzte, Gefäßchirurgen, Orthopäden

Quelle: Aekno Persönl. Mitteilung Frau Dr. Weber

Die Beschwerden richten sich beispielsweise bei den Brustkorrekturen zu 12% auf Prothesenwechsel, zu 20% auf das Ergebnis der Brustvergrößerung und zu 6% auf Mastopexie. Im Einzelnen wurden den Operateuren Wundheilungsstörungen, Prothesenkomplikationen (vor allem Kapselprothesen oder Asymmetrien), nicht befriedigende kosmetische Ergebnisse und die Notwendigkeit von Revisionsoperationen vorgeworfen.

Bei der Mamma-Chirurgie wurde beispielsweise eine rechtzeitige Revisionsoperation unterlassen trotz frühzeitig erkennbarer Minderdurchblutung mit der Konsequenz ausgedehnter Nekrosen oder es kam zu Fehlpositionierungen der Brustwarzenkomplexe. Bei Liposuktionen kam es beispielsweise zu ausgedehnten Dellen und Pigmentverschiebungen durch fast vollständigen Verlust der subkutanen Fettschichten mit Aufheben der weiblichen Silhouette.

Trotz der Problematik der festgestellten Arztfehler muss nochmals darauf hingewiesen werden, dass die Inzidenz von 15 festgestellten Behandlungsfehlern pro Jahr bei einer Bevölkerung von rund 7,5 Millionen Erwachsenen im Gebiet der Ärztekammer Nordrhein extrem niedrig ist. Es ist davon auszugehen, dass diese Inzidenz in anderen Bundesländern nicht höher ist. Bei der Interpretation dieses Ergebnisses sollte jedoch berücksichtigt werden, dass Ärzte und Patienten/innen in vielen Fällen übereinstimmend ein Interesse daran haben, „dass Arzthaftungsstreitigkeiten ohne Diskriminierung des Arztes, ohne Kostenrisiko für die Beteiligten und ohne Einschaltung von Gericht oder Staatsanwaltschaft beigelegt werden.“ (Laum&Smentkowski 2000:9). Es kann daher vermutet werden, dass eine unbekannte Anzahl von nicht zufriedenstellenden Ergebnissen ästhetischer Operationen einvernehmlich geregelt werden oder aus anderen Gründen nicht zur Kenntnis der Schlichtungsstellen gelangen.

## 5.9 Auswahl von ästhetischen Operateuren durch Patienten

Jeder zweite Patient entscheidet sich *völlig allein* zur Durchführung einer kosmetischen Operation. Wenn Rat oder Informationen eines anderen in Anspruch genommen werden, dann sind es zu 44% Lebensgefährte oder Ehepartner, zu 31% Familienangehörige, zu 30% Freunde und Freundinnen, zu 27% der oder die Hausarzt/in und zu 22% Bekannte mit durchgeführten kosmetischen Operationen.

Wenn der Entschluss zur Durchführung einer kosmetischen Operation feststeht, dann werden überwiegend Informationen über die konkreten Möglichkeiten zur Durchführung der Operation bei Plastischen Chirurgen eingeholt (53%). Die Bedeutung der Informationen, die über das Internet zur Verfügung gestellt werden, lässt sich daran ablesen, dass die Internetauftritte der Operateure als zweithäufigste Informationsquelle genannt werden (31%). Eine dritte wesentliche Informationsquelle sind die Hausärzte (27%). Facharztgruppen wie Gynäkologen (18%) und Dermatologen (14%) sind ebenfalls häufig genutzte Informationsquellen, HNO-Ärzte (10%) und MKG-Chirurgen (4%) werden zu diesem Zweck seltener in Anspruch genommen.

Fernsehsendungen (20%) und Werbung in Zeitung/Zeitschriften (15%) dienen auch in geringerem Umfang zur Information. Broschüren von Fachgesellschaften (9%) und Bücher zum Thema „Schönheitsoperationen“ (9%) werden nur von einer kleinen Gruppe als Informationsquelle benutzt.

Es muss jedoch berücksichtigt werden, dass im Durchschnitt ein Patient jeweils zwei bis drei Informationsquellen zu Rate zieht.

*Tabelle 32: Informationsquellen über konkrete Möglichkeiten zur Durchführung einer kosmetischen Operation*

Kategorie	Frauen (453)	Männer (83)
Plastischer Chirurg/in	55%	43%
Internetauftritt Operateure	29%	39%
Hausarzt/in	25%	35%
Fernsehsendungen	21%	13%
Gynäkologe/in	21%	2%
Werbung in Zeitungen	15%	13%
Dermatologe/in	13%	17%
Freund/in	13%	13%
Bekannte	11%	12%
Kosmetikerin	10%	10%
HNO-Arzt/in	9%	17%
Broschüren Fachgesellschaften	9%	10%
Bücher	9%	10%
Familienangehörige	7%	8%
Frauenzeitschriften	9%	1%
Partner/in	6%	11%
Internet/-foren	7%	1%
MKG-Chirurg/in	3%	8%
Augenarzt/in	2%	2%
Heilpraktiker/in	1%	2%
Sonstiges	3%	1%

Quelle: GP Forschungsgruppe Patientenbefragung 2006

Nach der Informationssuche sind die entscheidenden Kriterien für die Auswahl eines Operateurs der *persönliche Eindruck* und die *Qualität* der im persönlichen Gespräch *mitgeteilten Informationen*. Jeder dritte Patient wählt seinen Operateur aufgrund von Empfehlungen aus. Ebenfalls für jeden dritten Patienten war es wichtig, dass der Operateur offenbar besondere Kenntnisse in dem zur Diskussion stehenden Operationsgebiet hatte. Für jeden vierten Patienten sind Zeitaufwand und Kostenerwägungen mitentscheidend. Für eine nicht unerhebliche Gruppe (25%) ist es auch wesentlich, dass der Operateur sehr bekannt ist oder Mitglied in vielen Fachgesellschaften (19%) ist. Andere Gründe sind eher nachrangig, so auch die Tatsache, dass sich ein Freund oder eine Freundin von dem gleichen Operateur schon hat operieren lassen (15%).

Auch bei den Entscheidungskriterien gilt, dass in der Regel mehrere Kriterien ausschlaggebend für die Wahl eines Operateurs sind.

Tabelle 33: *Entscheidungskriterien für die Auswahl des Operateurs*

Kategorie	Frauen (453)	Männer (83)
Gute Informationen beim Erstgespräch	59%	57%
Besonders vertrauenswürdiger Eindruck	53%	54%
Besondere Kenntnis des Operateurs	36%	33%
Empfehlung	38%	19%
Kosten/Preis	28%	24%
Bekanntheit des Operateurs	26%	19%
Entfernung	25%	17%
Mitglied in vielen Fachgesellschaften	20%	11%
Operation von Freund/in bei Operateur	16%	7%
Überzeugende Präsentation im Internet	11%	15%
Werbung in Zeitschriften	6%	12%
Frühere OPs bei diesem Operateur	6%	7%
Sonstiges	3%	7%

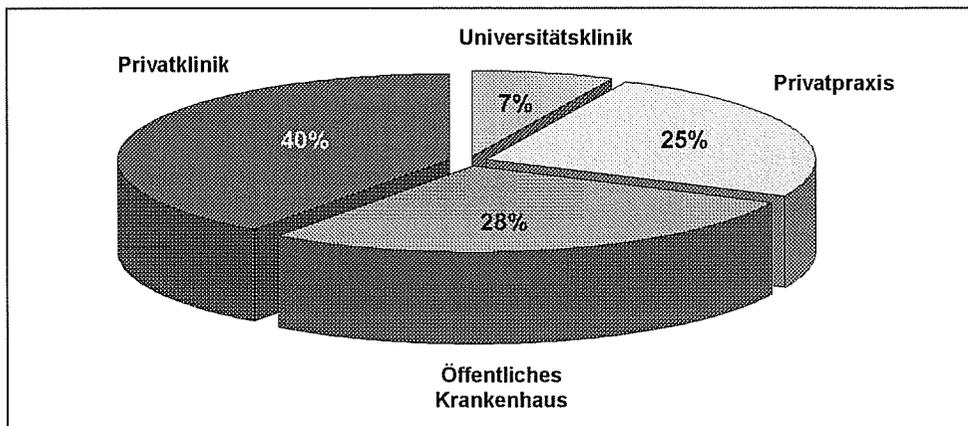
Quelle: GP Forschungsgruppe Patientenbefragung 2006

## 5.10 Durchführung der Operation

94% der Patientenstichprobe sind in Deutschland operiert worden. Weitere 4% haben eine Operation in der Tschechischen Republik durchführen lassen. Es sind jedoch auch vereinzelt Operationen in Polen, der Türkei, in Österreich, Ungarn, den Niederlanden, Spanien, Brasilien und dem Iran durchgeführt worden.

Privatkliniken haben mit 40% den größten Anteil am Patientengut. Bei rund jeweils einem Viertel der Patientenstichprobe hat der ästhetische Eingriff in öffentlichen Krankenhäusern oder in Privatpraxen stattgefunden. In Universitätskliniken sind 7% der Patientenstichprobe operiert worden.

Abbildung 15: Operationsort bei durchgeführten ästhetischen Eingriffen



Quelle: GP Forschungsgruppe Patientenbefragung 2006  
 Grafik: GP Forschungsgruppe 2007

Die Patienten der Stichprobe sind überwiegend von Fachärzten für Plastische und Ästhetische Chirurgie (55%) operiert worden. Frauen sind außerdem zu einem nicht unerheblichen Anteil von Gynäkologen (14%), Männer von HNO-Ärzten (24%) und Dermatologen (13%) operiert worden. Alle anderen Ärzte spielen eine untergeordnete Rolle im Operationsgeschehen der Patientenstichprobe.

Tabelle 34: Operateur von durchgeführten ästhetischen Eingriffen

Facharzttitel	Frauen (453)	Männer (83)
Plastische Chirurgie	57%	43%
Gynäkologie	14%	1%
Dermatologie	9%	14%
HNO mit Zusatztitel	8%	13%
HNO ohne Zusatztitel	2%	13%
Chirurgie	4%	5%
Augenheilkunde	2%	2%
MKG mit Zusatztitel	2%	5%
MKG ohne Zusatztitel	1%	4%
Arztitel nicht bekannt	1%	1%

Quelle: GP Forschungsgruppe Patientenbefragung 2006

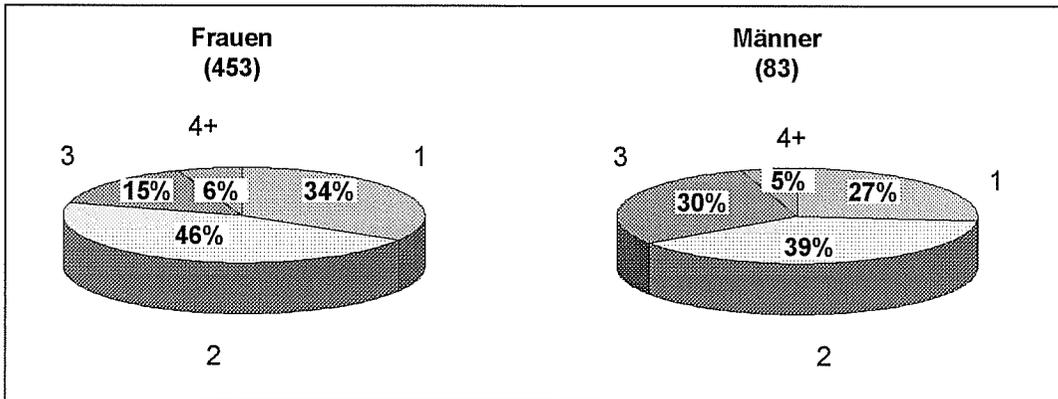
### 5.11 Qualität der Aufklärung der Patienten

In der Fachdiskussion werden zwei Beratungsgespräche vor der Operation empfohlen. Das erste Beratungsgespräch dient zumeist der generellen Information, im zweiten Beratungsgespräch werden die notwendigen Operationsvorbereitungen und der Operationsablauf besprochen.

Dies ist bei 34% der Frauen und 27% der Männer in unserer Stichprobe nicht der Fall, denn bei ihnen hat nur ein Beratungsgespräch stattgefunden. Andererseits gab es bei 20% der Frauen und 35% der Männer drei und mehr Beratungsgespräche, zumeist aufgrund eines höheren Beratungsbedarfs der Patienten/innen. Gemäß dem

empfohlenen Standard von zwei Gesprächen sind 46% der Frauen und 39% der Männer beraten worden.

Abbildung 16: Anzahl Beratungsgespräche vor der Operation (in %)

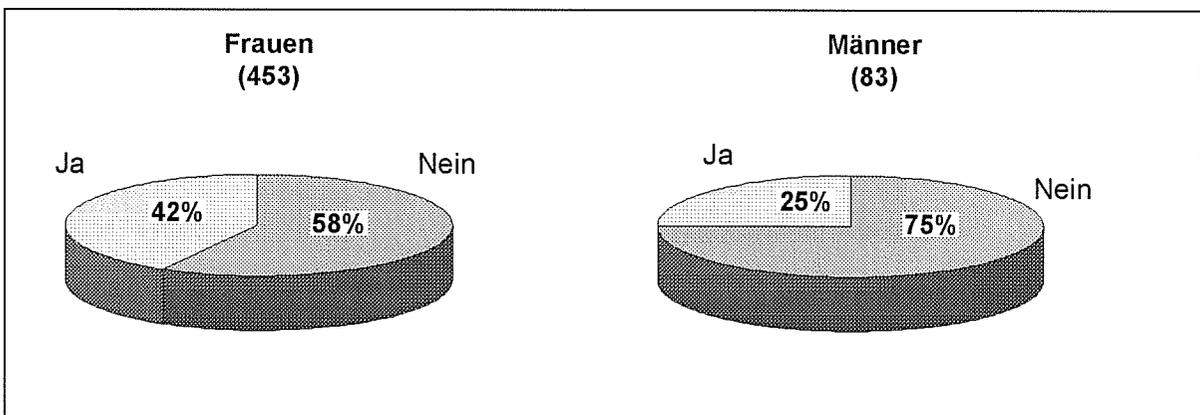


Quelle: GP Forschungsgruppe Patientenbefragung 2006  
Grafik: GP Forschungsgruppe 2007

Die Gespräche fanden bei 77% der Befragten nur zwischen Arzt und Patient/in statt, 20% der Patienten/innen wurden von (Ehe)Partner, Eltern, Geschwistern oder Freunden begleitet. Bei 3% der Patienten/innen waren weitere Ärzte, Krankenschwestern oder Arzthelferinnen bei dem Beratungsgespräch anwesend.

58% der Patienten/innen haben sich auf das Beratungsgespräch *nicht* gezielt mit Fragen vorbereitet, dies gilt in noch stärkerem Maß für Männer (75%).

Abbildung 17: Vorbereitung auf das erste Beratungsgespräch (in %)



Quelle: GP Forschungsgruppe Patientenbefragung 2006  
Grafik: GP Forschungsgruppe 2007

In der Fachdiskussion oder auf Fachportalen werden den Patienten/innen bestimmte Fragen empfohlen, die sie mit ihren (potentiellen) Operateuren vor der Operation klären sollten.

So hat die Ärztekammer Nordrhein<sup>58</sup> für diesen Zweck folgende Checkliste entwickelt:

Abbildung 18: Checkliste für Patienten zur „Schönheitschirurgie“

<ul style="list-style-type: none"><li>✓ Wer operiert?</li><li>✓ Welche Qualifikation hat die Operateurin/der Operateur?</li><li>✓ Wie oft hat sie/er die Operation durchgeführt?</li><li>✓ Was passiert bei einem Notfall/Zwischenfall?</li><li>✓ Gibt es ein Aufnahme Krankenhaus?</li><li>✓ Ist die Anästhesistin/der Anästhesist bekannt?</li><li>✓ Klärt diese/dieser über die Anästhesie auf?</li><li>✓ Gibt es qualifiziertes Personal?</li><li>✓ Wie sind die Räumlichkeiten?</li><li>✓ Wer haftet?</li><li>✓ Wie erfolgt die Aufklärung?</li><li>✓ Wird über Risiken und Gefahren aufgeklärt?</li><li>✓ Wer ist Vertragspartner? (Das Unternehmen oder eine Ärztin/Arzt?)</li><li>✓ Wird ein Kostenvoranschlag erstellt?</li><li>✓ Ist die Gebührenordnung für Ärzte Gebührengrundlage für das Honorar?</li><li>✓ Werden Vorauszahlungen verlangt?</li><li>✓ Wird eine ordnungsgemäße Rechnung erstellt?</li></ul>
--

Die Deutsche Gesellschaft für Ästhetisch-Plastische Chirurgie<sup>59</sup> empfiehlt, vor der Behandlung einem Plastischen Chirurgen die folgenden zehn Fragen zu stellen:

- *Welche Facharztqualifikation haben Sie? Wo haben Sie Ihre Ausbildung absolviert?*
- *Sind Sie Mitglied einer deutschen Fachgesellschaft für Plastische Chirurgie?*
- *Wie viel Erfahrung haben Sie mit dem gewünschten Eingriff? Wie oft führen Sie diesen Eingriff durch?*
- *Welche Risiken gibt es bei dem Eingriff?*
- *Wo wird der Eingriff durchgeführt: in der eigenen Praxis/Klinik oder in einem externen Beleg Krankenhaus?*
- *Wer betreut mich vor, während und nach der OP?*
- *Wie wird die OP ablaufen? Wie wird das Ergebnis aussehen?*
- *Wie sieht die Nachbehandlung aus? Wie lange dauert der Heilungsprozess?*
- *Sind ggf. Korrekturingriffe nötig? Wer übernimmt die Kosten dafür?*
- *Was kostet der Eingriff?*

Zur Ermittlung der tatsächlichen Gesprächsinhalte zwischen Ärzten und Patienten/innen im ersten Beratungsgespräch ist von uns unter Berücksichtigung der o.g.

<sup>58</sup> Siehe dazu [www.aekno.de](http://www.aekno.de) „Checkliste für Patienten zur „Schönheitschirurgie“

<sup>59</sup> Siehe dazu [www.dgaepc.de](http://www.dgaepc.de) „10 wichtige Fragen an Ihren Plastischen Chirurgen“

Checklisten und weiterer Gesprächsempfehlungen ein Themenkatalog entwickelt und den Befragten in unserer Patientenstichprobe vorgelegt worden.

Die technischen Fragen stehen im Gespräch im Zentrum. Am häufigsten werden in den Arzt-Patienten-Beratungsgesprächen die angewandten OP-Techniken (82%), die Dauer der OP (75%) und der konkrete OP-Verlauf (74%) angesprochen.

Ebenfalls im Vordergrund des Gesprächsinteresses stehen die Art und Weise der Nachsorge nach der Operation (72%) und die durch eine Operation verursachten Narben (70%).

Die individuellen Beweggründe der Patienten/innen zur Durchführung einer Operation sind ebenfalls häufiger Gesprächsgegenstand (68%), wobei dies andererseits für beachtliche 32% der Ärzte und Patienten/innen offensichtlich kein erörterungswürdiges Thema ist. Auch die Erfolgswahrscheinlichkeit der Operation (64%) sowie die eigenen Erwartungen hinsichtlich des Operationsergebnisses (64%) werden nur von knapp zwei Dritteln der Patienten thematisiert.

Mögliche Schmerzen oder Nachwirkungen sind in 65% der Gespräche angesprochen worden. Bei 67% der Befragten wurde über die notwendigen Vorbereitungsmaßnahmen auf die Operation gesprochen.

Der Preis der Operation war bei 72% der Frauen ein Element des Beratungsgesprächs, bei den Männern erstaunlicherweise nur bei 53%. Zahlungsmodalitäten (34%) oder Einzelkomponenten des Preises (15%) werden vergleichsweise selten erörtert. Erwartungsgemäß wird von den Patienten/innen, die definitiv wissen, dass es sich bei ihrer Operation um eine „Schönheitsoperation“ handelt, am häufigsten über den Preis der OP gesprochen (84%)

Die generell empfohlene Nachfrage nach den Erfahrungen des Operators mit der vorgesehenen Operation wird nach den Ergebnissen der Patientenbefragung nur von 63% gestellt. In noch geringerem Maße interessieren sich die Patienten für die von dem jeweiligen Operateur in diesem Gebiet durchgeführten Eingriffe (35%) oder ob es sich um ein Spezialgebiet des Arztes handelt (27%). Die Mitgliedschaft der Operateure in Fachgesellschaften ist nur bei 12% der Befragten Gegenstand des Gesprächs. Diese Daten belegen auch, dass die Themen Eingriffsanzahl, Spezialisierungen und Mitgliedschaften von den Ärzten selbst nicht häufig angesprochen werden. Dieses Ergebnis ist jedoch in Zusammenhang mit den teilweise ausführlichen Informationen zu sehen, die Patienten bei der Arztauswahl über Bekannte, die sich von dem gleichen Operateur haben operieren lassen, oder das Internet einholen. Die persönliche Nachfrage nach den Erfahrungen und Spezialgebieten des Operators scheint sich für die Patienten dann zu erübrigen.

Das Thema Narkose ist bei 64% der Patienten/innen Gesprächsgegenstand gewesen.

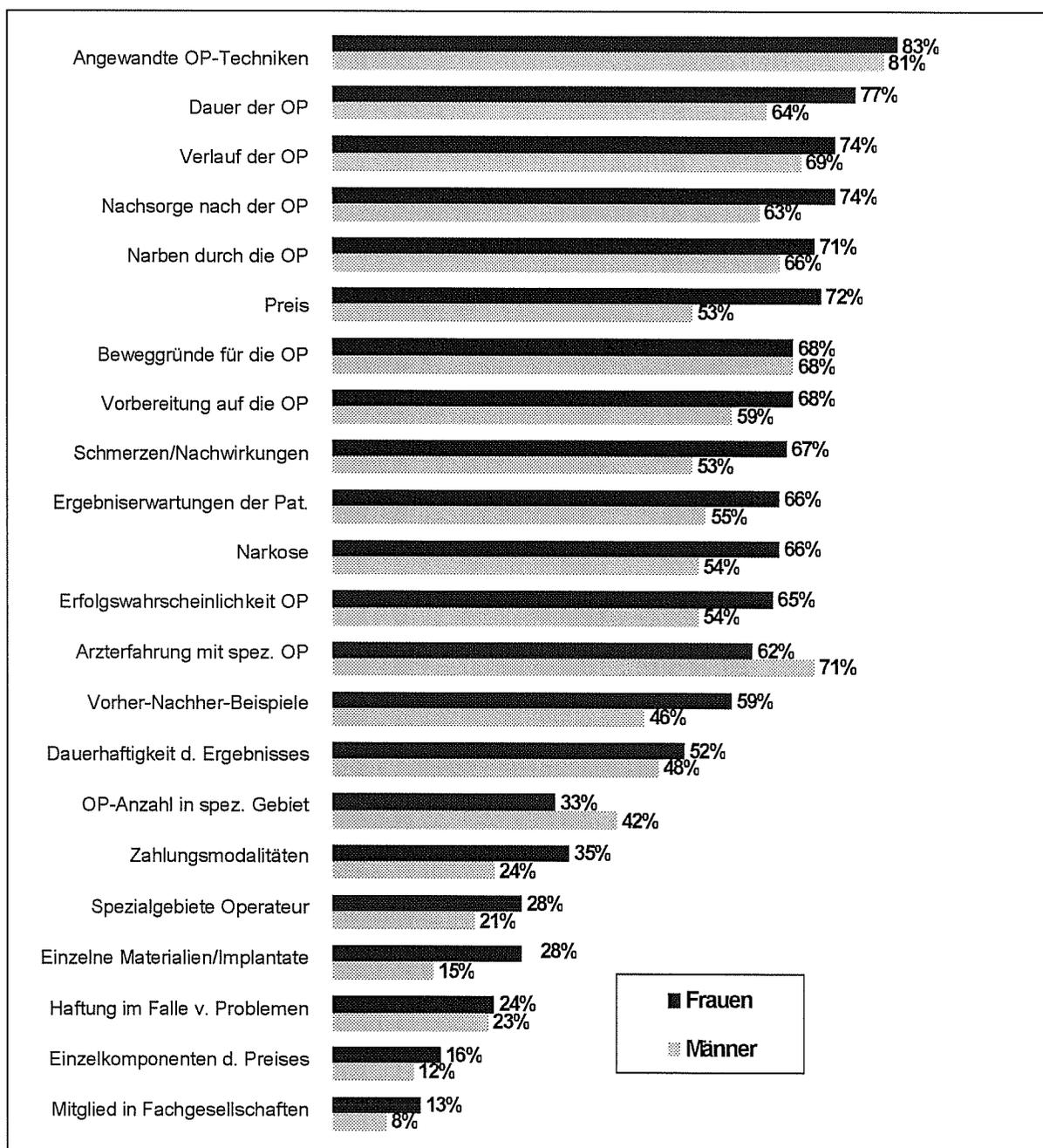
Offensichtlich ist die Präsentation von Vorher-Nachher-Beispielen (57%) für jeden zweiten Operateur die gängige Praxis. Dieses Ergebnis ist im Zusammenhang mit der Änderung der Heilmittelwerberichtlinien vor allem für zukünftige Patientenbefragungen von großem Interesse.

Einzelne Materialien oder Implantate wurden in 26% der Gespräche angesprochen. Bei Brustvergrößerungen jedoch waren in 93% der Fälle Implantate ein Gesprächsthema, wobei anzumerken ist, dass Patientinnen mit Brustvergrößerungen insgesamt den größten Themenkatalog in den Gesprächen mit Operateuren abarbeiten..

Haftungsfragen im Falle von Problemen sind nur bei 24% der Befragten Thema des Beratungsgesprächs gewesen

Generell werden die einzelnen Themen von mehr Frauen als Männern angesprochen – mit Ausnahme der speziellen Erfahrungen und Eingriffsanzahl des Operateurs auf dem spezifischen OP-Gebiet.

Abbildung 19: Themen des ersten Beratungsgesprächs



Quelle: GP Forschungsgruppe Patientenbefragung 2006  
 Grafik: GP Forschungsgruppe 2007

### 5.11.1 Risikoaufklärung

61% der Frauen und 46% der Männer haben im Rahmen des Beratungsgesprächs Informationsmaterial von den Operateuren erhalten. In erster Linie handelte es sich um Broschüren oder Flyer, eigene oder von Fachgesellschaften, in zweiter Linie um standardisierte Patientenaufklärungsbogen (siehe Anhang).

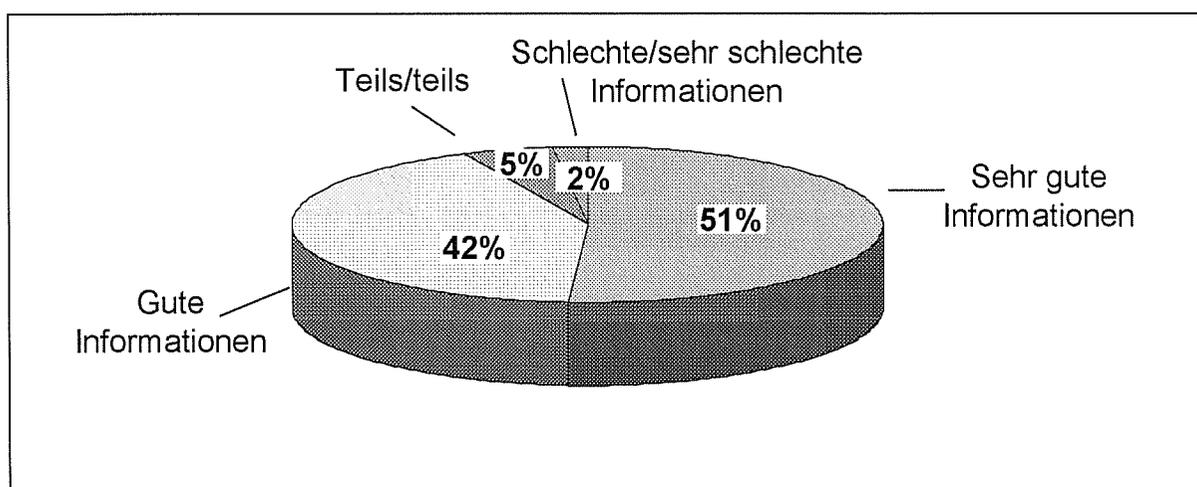
Nahezu alle Frauen (95%) und Männer (94%) geben an, über Risiken und Komplikationsmöglichkeiten bei ihrer OP aufgeklärt worden zu sein.

Insgesamt betrafen die Themen der Risikoaufklärung vor allem das Auftreten von Schwellungen (76%), Blutergüssen (67%), Infektionen (63%), Nachblutungen (55%), und Taubheitsgefühle (42%) – jedenfalls so weit sich die Patienten/innen erinnern.

Die Risikoaufklärung ist offensichtlich sehr stark auf den spezifischen Eingriff ausgerichtet. Bei Brustvergrößerungen wird besonders häufig über Kapselproliferationen (76%), Verschiebungen oder Verformungen des Implantats (44%), Asymmetrien (39%) und Formverschlechterungen (37%) gesprochen, bei Brustverkleinerungen dagegen über Narbenwucherungen (74%), Taubheitsgefühle (63%), Infektionen (78%) und Nachblutungen (85%). Bei Fettabsaugungen sind Blutergüsse (80%) und Unregelmäßigkeiten/Dellen (57%) ein häufigeres Risikothema als bei anderen Operationsarten. Bei Nasenkorrekturen wird besonders auf Schwellungen (83%) hingewiesen. Desgleichen bei Lidkorrekturen (83%), wobei dort insbesondere auf Risiken wie unvollständiger Lidschluss (47%), Herabhängen des Oberlids (38%) und Trockenes Auge (28%) eingegangen wurde. Bei Bauchdeckenstraffungen wurde häufiger als bei anderen Eingriffen auf Nachblutungen (79%) und Thrombosen (53%) hingewiesen.

Informationsdefizite empfinden die Patienten nicht. Entsprechend ihren Bedürfnissen fühlten sich Frauen wie Männer über alles – einschließlich Risiken – gut bis sehr gut informiert. 5% geben an, dass sie sich weder gut noch schlecht informiert fühlten. Für 2% waren die bereit gestellten Informationen insgesamt nicht ausreichend bzw. unbefriedigend.

Abbildung 20: Zufriedenheit mit den Arzt- und Risikoinformationen



Quelle: GP Forschungsgruppe Patientenbefragung 2006  
Grafik: GP Forschungsgruppe 2007

## **6. Diskussion der Ergebnisse**

Die Diskussion der Ergebnisse konzentriert sich auf vier thematische Schwerpunkte. Zum einen geht es darum, inwieweit es einen Markt für „Schönheitsoperationen“ gibt. Welche Schlüsse lassen die Ergebnisse aus Arzterhebung und Patientenbefragung für eine Beurteilung eines solchen Marktes zu.

Zum zweiten wird auf die Frage eingegangen, inwieweit im Sinne der Verbraucheraufklärung und des Verbraucherschutzes die sich in den Ergebnissen der Patientenbefragung darstellende Patientenaufklärung ausreichend ist.

Als dritter Schwerpunkt der Ergebnisdiskussion werden die Patientenbedürfnisse erörtert. Bei dieser Thematik ist von besonderem Interesse, ob das Angebot an ästhetischen Operationen vorhandene Kundenbedürfnisse befriedigt oder diese erst suggeriert.

Schließlich wird auf die Frage der Finanzierung von ästhetischen Operationen eingegangen und analysiert, ob sich aus den praktizierten Finanzierungsformen von ästhetischen Operationen ein Informations- oder Regelungsbedarf ergibt.

### **6.1 Markt für ästhetische Eingriffe**

Bei der Analyse der werblichen Auftritte von Plastischen Chirurgen wie der Fachärzte aus anderen Disziplinen, die ästhetische Eingriffe anbieten, wurde deutlich, dass es sich nicht nur aufgrund der Patientenfallzahlen sondern auch aufgrund der Größenordnung des finanziellen Umsatzvolumens in diesem Bereich um einen Markt handelt, der nach Marktgesetzen organisiert ist.

Die allgemein bekannten Marktgesetze implizieren bei mittelständischen Unternehmen, dass von Anbietern möglichst wenig Transparenz hinsichtlich der tatsächlichen Umsatzgrößen hergestellt wird, dass Nachfrage und Trends kreiert werden, dass Produkte und Dienstleistungen mit Erfolgsmarkierungen beworben werden, dass Sonderaktionen durchgeführt und Rabatte angeboten werden, dass Marktkonzentrationen und Verteilungskämpfe stattfinden.

Diese marktüblichen Aktivitäten sind allerdings nicht nur auf die rein gewerblichen Anbieter ästhetischer Operationen begrenzt, sondern auch bei allen anderen Akteuren zu finden. Der offenbar vorhandene Druck aus Wirtschaftlichkeitserwägungen eine potentielle Nachfrage optimal abzuschöpfen, drückt sich beispielsweise in der Verwendung der Begriffe „Schönheitsoperationen“ und „Schönheitschirurgie“ aus. In den Publikationen von Verbänden wird gegen die Verwendung dieser Begriffe opponiert, dennoch finden sie sich bei zahlreichen Mitgliedern der einzelnen Fachgesellschaften auf den eigenen Internetseiten, in Werbeanzeigen und bei Einträgen in Branchenbüchern. Dies gilt selbst für Vorstandsmitglieder der Fachgesellschaften.

Wie insgesamt im Gesundheitsmarkt üblich, existieren auch im Bereich der ästhetischen Chirurgie offensichtlich enge Kooperationen mit Herstellern medizinischer Produkte, die auch der Verbesserung der Wirtschaftlichkeit der jeweiligen Praxis oder Klinik dienen. Dies wird z.B. an folgenden Aussagen aus der Broschüre eines Implantatherstellers deutlich:

*„XYZ kennt den Markt für Brustchirurgie sehr genau und weiß, wie schwierig es heute für Plastische Chirurgen ist, ihre Praxis auszubauen und neue Patientinnen zu gewinnen.....In diesem Sinne unterstützt XYZ Sie dabei, mehr Patientinnen, die auf der Suche nach ärztlicher Beratung sind, zu gewinnen, mehr Beratungsgespräche in Operationen umzuwandeln und die Wirtschaftlichkeit Ihrer Praxis zu steigern.“*

Verbunden mit dem Bereich der ästhetisch-plastischen Chirurgie hat sich neben der Medizinprodukte-Industrie eine spezifische Informationsindustrie entwickelt und etabliert. Dazu gehören sogenannte „Beauty-Zeitschriften“, redaktionelle bzw. PR-Beiträge in Frauenzeitschriften und Lifestyle-Magazinen, Medizinführer und Gesundheitsportale im Internet.

Aufgrund der Aktivitäten der Informationsanbieter ist kaum zu unterscheiden, ob Nachrichten aus der ästhetischen Chirurgie reale Entwicklungen widerspiegeln oder neue Trends generieren sollen. So ist eine Mitteilung des Deutschen Depeschendienstes vom 20. Dezember 2006 in keiner Weise nachprüfbar:

*„Schönheitsoperationen als Weihnachtsgeschenk erfreuen sich offenbar zunehmender Beliebtheit. Es komme immer öfter vor, dass der Ehemann statt eines Brillantringes einen Gutschein für eine solche Operation schenkt“<sup>60</sup>*

Das Gleiche gilt für die Aussage eines Mitgliedes einer Fachgesellschaft für Plastische und Ästhetische Chirurgie, der zurückgekehrt von einer Stipp-Visite in Brasilien verkündet, dass „*dank Jennifer Lopez und Shakira Po-Implantate zunehmend an Bedeutung gewinnen*“<sup>61</sup> und als besondere Spezialisierung seiner Praxis Gesäßmodellierungen anbietet. Wie zu sehen war, deckt sich diese Aussage in keiner Weise mit der Häufigkeit ästhetischer Eingriffe zur Gesäßmodellierung.

Die Konzentrationsprozesse unter den Anbietern ästhetischer Chirurgie zeigen, dass offenbar der Verdrängungswettbewerb härter und die Medienpräsenz wichtiger wird. Deshalb erfolgt verstärkt die Orientierung an sogenannten *marktüblichen Kommunikationswegen*. Diesen Prozess beschreibt der Herausgeber des *medführer Plastische und Ästhetische Chirurgie* wie folgt:

*„Der Konkurrenzkampf bei Kliniken wird notwendigerweise härter, führt somit zum Verdrängungswettbewerb und fordert u.a. professionelle Kommunikationswege bei der Erschließung neuer Ressourcen und nicht zuletzt eine stärkere Präsenz am Markt...Aus diesem Grund müssen hier freie, marktübliche Kommunikationswege eingeschlagen werden.“<sup>62</sup>*

Entsprechend selbstbewusst kündigt sich der nach eigenen Aussagen größte gewerbliche Anbieter für Plastische und Ästhetische Chirurgie, der neun Kliniken und acht Beratungszentren in Deutschland betreibt, an: „*Mit ca. 4.000 Operationen pro Jahr erfüllt die Firmengruppe mit Abstand die meisten Schönheitswünsche in Deutschland.*“<sup>63</sup>

<sup>60</sup> Zugriff am 21.12.2006 auf <http://de.news.yahoo.com>

<sup>61</sup> Zugriff am 30.1.2007 <http://www2.onleben.t-online.de>

<sup>62</sup> Nitsch 2006:10

<sup>63</sup> Nitsch 2006:236

Marktkonzentration erfolgt auch in der Form, dass sich mehrere rechtlich und wirtschaftlich eigenständige Praxen und Kliniken zu Kooperationsverbänden zusammenschließen. Als Zweck eines derartigen Verbundes wird beispielsweise angegeben:

*„die seriöse und qualifizierte Patienteninformation, -beratung, -aufklärung und -behandlung, einheitliche Anwendung von geprüften, zertifizierten Präparaten und Materialien allerhöchster Qualität, des strengsten internen Qualitätsmanagements, regelmäßigen Weiterbildung auf nationalem und internationalem Niveau, qualifizierte Schulung und Weiterbildung des Personals für OP-Assistenz und -pflege.“<sup>64</sup>*

Wie oben erwähnt gehört zu den Marktmechanismen auch der Preiswettbewerb, insbesondere mit Aktionen bei denen Preisnachlässe angekündigt werden.

*„In regionalen Aktionen stellen wir zeitlich begrenzt für eine limitierte Teilnehmerzahl ein spezielles Leistungspaket zu einem sensationell günstigen Preis zur Verfügung.“<sup>65</sup>*

*„Vom 15. Juni bis zum 31. August bietet die (...) im Rahmen der Sommeraktion einen Preisnachlass von 10% bis 15% auf alle ästhetisch-plastischen Operationen und Eigenhaartransplantationen an.“<sup>66</sup>*

Wie wir aus den Interviews mit Patientinnen wissen, zeigen solche Sonderaktionen durchaus Wirkung, denn einige Patientinnen haben sich aufgrund eines werblich angekündigten Aktionspreises zu Brustvergrößerungen oder Fettabsaugungen entschlossen.

Der Preiswettbewerb wird sich zukünftig möglicherweise zusätzlich verschärfen, da es seit Ende 2006 ein Portal im Internet gibt, auf dem über einen Preisvergleich – analog zu den Versteigerungsformen von Internet-Aktionshäusern – der billigste Anbieter für einen spezifischen ästhetischen Eingriff gesucht werden kann. Auf dem gleichen Portal werden u.a. Brustvergrößerungen in Tschechien für 2.000 Euro angeboten.<sup>67</sup>

Nach den von uns ermittelten Zahlen ist der Markt der ästhetischen Eingriffe *kleiner*, als in den Medien behauptet. Da keine belastbaren Daten aus früheren Erhebungszeiträumen vorliegen, kann nicht beurteilt werden, ob dieser Markt gewachsen, stabil geblieben oder rückläufig ist. Die hochgerechnete Anzahl von rund 520.000 *ästhetischen Eingriffen* im Jahr 2005 signalisiert jedoch – im Vergleich mit den von Kluge&Sonnemoser zitierten Prävalenzen aus dem Jahr 2000 –, dass ein ungebrochener Trend, sich sein Äußeres von Spezialisten optimieren zu lassen, zumindest hinsichtlich ästhetischer Operationen *nicht* zu erkennen ist. Ebenso wenig kann die Behauptung bestätigt werden, dass sich zusehends mehr Männer und mehr junge Frauen operieren lassen. Die meisten Patienten sind Frauen (85%).

<sup>64</sup> Zugriff am 31.1.2007 auf <http://www.clinic-im-centrum.de>

<sup>65</sup> Zugriff am 15.2.2006 auf [www.deutscher-aerzte-service.de/html/aktionen.html](http://www.deutscher-aerzte-service.de/html/aktionen.html)

<sup>66</sup> Zugriff am 28.8.2005 auf [www.medical-one.de](http://www.medical-one.de)

<sup>67</sup> [www.schoenheitsangebot.de](http://www.schoenheitsangebot.de)

Bei der Bewertung der Zahlen ist außerdem zu berücksichtigen, dass ein erheblicher Anteil der ästhetischen Eingriffe aus minimal-invasiven Lasermedizinischen Eingriffen besteht. Lässt man diese minimal-invasiven Eingriffe außer Acht, dann werden größere ästhetische Eingriffe wie z.B. Nasenkorrekturen, Brustvergrößerungen oder

-verkleinerungen, Bauchdeckenstraffungen und Fettabsaugungen bei rund 230.000 bis 330.000 Personen durchgeführt.

Nach unseren Daten scheint daher der ausgerufene Trend zu mehr „Schönheitsoperationen“ eher den Charakter einer *medialen Suggestion und Inszenierung eines Massenmarktes* zu haben, als Realität zu sein. Es kann darüber hinaus die Vermutung angestellt werden, dass die hohe Publizität von „Schönheitsoperationen“ im Kontext der Aufmerksamkeitserzielung für das Thema Schönheit an sich zu sehen ist und damit wahrscheinlich der Unterstützung eines anderen großen Marktes dient, nämlich dem *Massenmarkt für Anti-Aging Dienstleistungen und Produkte*.

Als Indiz dafür kann eine Veröffentlichung des Marktforschungsinstitutes AC Nielsen gewertet werden, in der als Lifestyle Trend „*älter werden und dabei jünger aussehen*“ ausgerufen wird. Dieser Trend ist nach Ansicht einer Marketingdirektorin von AC Nielsen daran ablesbar, dass 16% der deutschen Bevölkerung der Frage zustimmen: „*Ich könnte mir vorstellen, mich einer Schönheitsoperation zu unterziehen, wenn ich älter bin.*“<sup>68</sup>

Aus diesem Konditionalsatz mit vielen Annahmen und Unwägbarkeiten wird von AC Nielsen abgeleitet, dass ästhetische Operationen sozial akzeptiert und ein Potential als gängige Anti-Aging-Lösung haben.

*„Ästhetische Chirurgie ist heutzutage sozial akzeptiert und finanziell machbar. Wenn sich Schönheits-OPs tatsächlich als Anti-Aging-Lösung durchsetzen, könnte in zwanzig Jahren der Gang zum plastischen Chirurgen für viele Menschen genauso normal sein wie der Gang zum Friseur.“*<sup>69</sup>

Noch ist der Markt für ästhetische Operationen in Deutschland umsatzstärker als für Anti-Aging-Produkte der Gesichtspflege. Der geschätzte Umsatz für ästhetische Operationen beträgt rund *700 Millionen Euro*, wenn man den Umsatzberechnungen die Kostangaben der Ärzte zugrunde legt. Nach Angaben von AC Nielsen betrug dagegen der Umsatz an Anti-Aging-Produkten zur Gesichtspflege im Jahr 2005 ‚nur‘ 280 Millionen Euro in Deutschland.

Die größten Umsatzträger im Bereich der ästhetischen Operationen sind Gesichtsbearbeitungen mit Laser (~122 Mio. €), Nasenkorrekturen (~96 Mio. €), Brustvergrößerungen (~89 Mio. €), Faltenbehandlungen (~80 Mio. €) und Fettabsaugungen (~70 Mio. €).

Der Umsatz von 700 Mio. Euro wird – wie zu sehen war – nicht allein von Verbraucher/innen getätigt und gezahlt, sondern geht zu einem gewissen Anteil zu Lasten der Solidargemeinschaft, da ästhetische Operationen, denen eine medizinische Indikation zugesprochen wird, von den Krankenkassen finanziert werden. Über die Größenordnungen können derzeit aufgrund fehlender belastbarer Daten nur Vermutungen angestellt werden. Der Anteil von Krankenkassenkostenübernahmen in der Patientenstichprobe von 23% kann hier nur als erster Hinweis dienen, der auf eine Größenordnung von 100 bis 150 Mio. Euro Kosten zu Lasten der Solidargemeinschaft schließen lässt.

---

<sup>68</sup> siehe dazu AC Nielsen News Dezember 2006, Unterstreichungen vom Verfasser

<sup>69</sup> a.a.O.

Zur Präzisierung sowohl der Hochrechnungen wie der ermittelten Umsatzdaten wird empfohlen, ein Monitoring der dafür notwendigen Daten (Art, Anzahl und Kosten der Operationen) in einer hinreichend großen Stichprobe der Anbieter von ästhetischen Operationen anzustreben und in kontinuierlicher Folge durchzuführen. Die hier vorgelegte Untersuchung kann dafür als Basismessung dienen.

Jenseits von Markterwägungen ist aus medizinischen wie Verbraucherschutzgesichtspunkten unbedingt der hohe Anteil von Frauen unter 30 Jahren, die sich ihre Brüste vergrößern lassen, hervorzuheben. Dies muss Anlass zum Nachdenken geben. In Anbetracht des empfohlenen Implantatwechsels nach 10-15 Jahren ist bei diesen Frauen die Gefahr einer „Operationskarriere“ sehr hoch.

Tabelle 35: Anzahl der ästhetischen Eingriffe 2005 (Hochrechnungen)

Art der Eingriffe/Operation	Anzahl	Umsatz (in €)
SMAS-Facelifts	4.440	21.240.000
Face-/Halslifts	1.150	5.405.000
Face-/Hals-/Stirnlifts	2.240	12.974.000
Stirnlift/ Brauenkorrektur	2.810	5.409.000
Gesichtsbehandlung mit Laser	192.415	122.183.500
Ohrkorrekturen	23.000	27.600.000
Lidstraffung (Blepharoplastik)	33.630	40.855.500
Nasenkorrekturen (Rhinoplastik)	38.810	95.982.000
Lippenaugmentation	21.100	9.727.000
Auflagerungsplastik/Gesichtsimplantate	4.380	1.787.000
Profilplastik Kinn (Genioplastik)	1.460	1.715.000
Haartransplantationen	?	?
Mamma-Augmentation	20.960	89.352.500
Mamma-Reduktion (ästh. Indikation)	8.400	31.489.000
Mamma-Reduktion (mediz. Indikation)	15.555	<i>o.B.*</i>
Bruststraffung (Mastopexie)	11.470	39.399.500
Körperstraffung (Bodylift)	530	2.252.500
Bauchdeckenstraffung (Abdominoplastik)	11.200	41.731.000
Oberarmstraffung (Brachioplastik)	1.850	4.079.000
Oberschenkelstraffung (Dermolipektomie)	2.380	6.157.000
Gesäß-Modellierung	?	?
Fettabsaugung (Liposuktion)	29.000	70.615.000
Penisverlängerung/-verdickung	?	?
Schamlippenstraffung	1.000	785.000
<b>Gesamt</b>	<b>422.770</b>	<b>630.738.000</b>
Faltenbehandlungen/Unterspritzungen	200.000	~80.000.000

\* Hier ist kein Umsatz berechnet worden, da es sich um eine medizinische Indikation handelt.

? Hier sind keine Werte angegeben worden, da die statistische Basis für Hochrechnungen nicht ausreichend war.

Quelle: GP Forschungsgruppe Arzterhebung 2006

## 6.2 Patientenaufklärung

Die umfassende Aufklärung über Voraussetzungen, Art, Ablauf und Umfang des Eingriffs sowie Erfolgsaussichten, Risiken, und bleibende Narben ist nicht nur ein notwendiger Bestandteil der Entscheidungsfindung für Patienten, sondern auch zu einem wichtigen Faktor der Arzthaftung geworden.

Welche juristischen Aspekte bei der Patientenaufklärung beachtet werden müssen, referiert Koller in einem Übersichtsartikel zur gängigen Rechtssprechung des BGH und verschiedener OLGs:<sup>70</sup>

*„Aufklärung vor einer Schönheitsoperation muss immer so rechtzeitig erfolgen, dass der Patient nach der Aufklärung noch ausreichend Gelegenheit hat, seine Entscheidung für eine Operation zu überdenken. Der Patient darf also bei der Aufklärung nie das Gefühl haben, für einen Behandlungsabbruch sei es zu spät.“*

Koller vertritt die Auffassung, dass der Patient grundsätzlich schon bei der ersten Vorstellung aufzuklären ist. Bei rein ästhetischen Eingriffen müssen den Patienten *mehrere Nächte* zum Überdenken eingeräumt werden. Die Patienten müssen umso ausführlicher und ausdrücklicher über die *Erfolgsaussichten* eines Eingriffs und etwaiger schädlicher Folgen informiert werden, je weniger ein ärztlicher Eingriff medizinisch geboten ist. Die Informationspflicht erstreckt sich auf alle gesundheitlichen *Beinträchtigungen*, die infolge des Eingriffs auftreten können, sowie mögliche *kosmetische Nachteile* und auch über jegliches Risiko eines *Misserfolges*. Wichtig ist außerdem, dem Patienten die *Wirkungsdauer* des Ergebnisses zu verdeutlichen sowie auf eventuell zur Korrektur oder als Folge einer Komplikation erforderliche *Nachoperation* hinzuweisen. Darüber hinaus ist der Arzt verpflichtet, von der Operation abzuraten, wenn sich der Patient offensichtlich ein *unerreichbares* Ergebnis erhofft. Schließlich muss der Arzt *ungefragt* darauf hinweisen, dass die Kosten der „Schönheitsoperationen“ in der Regel nicht von den Krankenkassen übernommen werden. Die Aufklärung *muss* in einem Arzt-Patienten-Gespräch stattfinden.

Klärt der Arzt nicht oder nicht umfassend genug auf, so kann der Patient laut einem Urteil des OLG Frankfurt/Main (Az.:8 U 47/04) Schadensersatz- und Schmerzensgeldansprüche geltend machen.

Die vertragliche Haftung setzt den Abschluss eines Behandlungsvertrages voraus. Dieser Vertrag ist als Dienstvertrag im Sinne von §§ 611, 627 BGB einzuordnen, da Ärzte aufgrund der Unwägbarkeiten bei einem Eingriff am lebenden Organismus nur das Bemühen um den Erfolg durch eine sorgfaltsgerechte Behandlung nach Maßgabe des Selbstbestimmungsrechtes des Patienten schulden.<sup>71</sup> Nach gängiger Auffassung ist nach §§ 280 I 1, 611 BGB eine Haftungsgrundlage gegeben, wenn dem Arzt ein Behandlungsfehler unterläuft oder er aus ärztlicher Eigenmacht handelt.<sup>72</sup>

Die ausführlichen Regelungen und die gängige Rechtssprechung basieren auf einer Vertragshaftungsethik, die einerseits im Fall eines fehlerhaften Vorgehens seitens

<sup>70</sup> So Christian Koller in der aesthetic Tribune „*Klären Sie Ihre Patienten vor Schönheitsoperationen juristisch richtig auf*“, Ausgabe 6, Oktober 2006

<sup>71</sup> siehe dazu auch Laufs&Uhlenbruck 2002: f 39 Rdnr. 31

<sup>72</sup> siehe dazu Lorz 2001

des behandelnden Arztes dem Patienten Regressansprüche ermöglicht, andererseits den behandelnden Arzt bei Befolgen der Aufklärungspflichten exkulpiert.

Als Konsequenz daraus hat sich für Thomas (2003) die Arzt-Patienten-Beziehung von einer ethischen zu einer Marktbeziehung verschoben. Da jedoch jede Arzt-Patienten-Beziehung primär auf Vertrauen gegründet ist, hält er es für notwendig, dass diese Beziehung im Sinne eines Gleichgewichtes zwischen den Prinzipien der *Selbstbestimmung des Patienten* und der *Fürsorge des Arztes zum Wohle des Patienten* neu austariert werden sollte.

In Anbetracht der Tatsache, dass einerseits die Befragten in unserer Patientenstichprobe ihre/n Operateur/in aufgrund des vertrauenswürdigen Eindrucks auswählen und sich andererseits generell gut über Art, Ablauf, Folgen und Risiken der ästhetischen Eingriffe informiert fühlen, sowie drittens standardmäßig Aufklärungsbogen erhalten, scheint hinsichtlich der Patientenaufklärung kein Handlungsbedarf von Seiten des Verbraucherschutzes gegeben zu sein.

Uns wurde von Patientinnen berichtet, dass die Absicht, den geplanten ästhetischen Eingriff durchführen zu lassen, bei den Patientinnen dermaßen dominant im Vordergrund stand, dass den Aufklärungen über die mit dem Eingriff verbundenen Risiken wenig Aufmerksamkeit geschenkt wurde.

Die teilweise vorhandene Überforderung der Patientenautonomie und des „*informed choice*“ wie des „*informed consent*“ wird auch an dem Ergebnis der Patientenbefragung insofern deutlich, dass sich 70% der Befragten nicht gezielt auf das Arztgespräch vorbereitet haben. Der Hinweis von Thomas auf die verstärkte Fürsorgepflicht des Arztes auch und speziell bei ästhetischen Operationen gewinnt dadurch zusätzlich an Bedeutung.

Angesichts der intensiven Werbekampagnen für die Durchführung von „Schönheitsoperationen“ und der Tatsache, dass sich das ärztliche Honorar nach der Zahlungsbereitschaft der Patienten richtet<sup>73</sup>, sollte deshalb in der Weiterbildung zum Plastischen Chirurgen oder der Zusatzausbildung „Plastische Operationen“ auf eine adäquate empathische Patientenaufklärung besonderer Wert gelegt werden. Schmidt-Tintemann hat bereits zu Anfang der modernen Plastischen Chirurgie in Deutschland darauf hingewiesen, dass eine Neu-Orientierung der ärztlichen Maßstäbe notwendig ist:

*„Er (der Arzt) muß in der Lage sein, beurteilen zu können, was den Patienten bewegt, um mit ihm als Partner zur Entscheidung zu gelangen. Der organische Zustand allein besagt nicht das Wesentliche. Die Kooperation zwischen Chirurgie und Psychologie wird gerade in der Plastischen Chirurgie zur Notwendigkeit.“<sup>74</sup>*

Es ist sicherlich auch angeraten, dass auf diesen Aspekt in entsprechenden Aufklärungsmaterialien oder Internetplattformen ausdrücklich hingewiesen wird. In diesem Zusammenhang wäre es auch von großem Interesse zu erfahren, welchem Prozentsatz von interessierten Kunden und Kundinnen im ersten Gespräch von einer ästhetischen Operation abgeraten wurde. Bislang gibt es dazu nur vereinzelt Aussagen mit episodischem Charakter. So berichtet beispielsweise Schmidt-Tintemann, dass sie bei drei von vier Patienten einen Eingriff ablehnt.<sup>75</sup> Für sie ist es geradezu ein Güte-

<sup>73</sup> Eine Abdingung der für Privatbehandlungen geltenden GOÄ ist nach § 2 I 1 GOÄ möglich und wird bei „Schönheitsoperationen“ regelmäßig praktiziert.

<sup>74</sup> Schmidt-Tintemann 1972:8

<sup>75</sup> a.a.O., 56

zeichen eines Plastischen Chirurgen, wenn er mehr Patienten fortschickt, als er zur Behandlung annimmt, wobei er die Gründe für die Ablehnung einer Operation dem Patienten genau erklären sollte.<sup>76</sup>

Neuhann-Lorenz hat einen Katalog von Indikationen aufgestellt, bei denen nicht operiert werden sollte.

Tabelle 36: *Empfohlene Ablehnung von Operationswünschen (nach Neuhann-Lorenz)*

• Weibliche Brust Größe 75B
• Teenager unter 18 Jahren (mit wenigen Ausnahmen)
• Fettabsaugen zur Gewichtsreduktion
• Hautabschleifungen bei unreiner Haut
• Facelift vor 40 Jahren
• Ohrenanlegen bei einem geringen Grad des Abstehens
• Wadenimplantate oder Gesäßimplantate bei nicht extremen Fällen
• Lidkorrekturen zur Erzielung einer modischen Variante
• Nasenkorrekturen ohne deutliche Deformität (z.B. Höcker, Schiefstellung)

Quelle: Neuhann-Lorenz 2006

Zur Qualitätssicherung der Arbeit von ästhetisch tätigen Operateuren und für eine verbesserte Patientenaufklärung ist daher ein Monitoring der Quote und Art von Operationswünschen in Relation zu den Ablehnungen in einer hinreichend großen Stichprobe von Praxen, Kliniken und Krankenhäusern, die ästhetische Operationen durchführen, unserer Ansicht nach sinnvoll und notwendig.

### **6.3 Patientenbedürfnisse (Gründe für ästhetische Operationen)**

Jeder zweite Befragte in der Patientenstichprobe hatte vor Vollendung seines 30. Lebensjahres zum ersten Mal den Gedanken, etwas an seinem Körper verändern zu lassen.

33% der Frauen wie Männer haben sequentiell oder als Kombinationseingriff<sup>77</sup> mehrere ästhetische Eingriffe zeitgleich an sich durchführen lassen.

Unabhängig von der Anzahl der bereits durchgeführten Operationen wollen sich 29% der Patientenstichprobe in nicht näher definierter Zukunft erneut operieren lassen.

Drei zeitlich aufeinanderfolgende Operationen sind von 3,3% der Frauen, vier aufeinanderfolgende von 2,6% und fünf aufeinanderfolgende Operationen von 2% der Frauen durchgeführt worden. Daraus kann abgeleitet werden, dass bei ca. 8% der von uns befragten Frauen mit mindestens drei durchgeführten ästhetischen Operationen ein Anfangsverdacht auf eine Körperdysmorphobie besteht und bei insgesamt 29% zumindest der Beginn einer „Operationskarriere“ erkennbar ist.

<sup>76</sup> Schmidt-Tintemann 1972:52f

<sup>77</sup> Ein Kombinationseingriff ist beispielsweise ein Facelift, eine Brustvergrößerung und eine Fettabsaugung in einem Operationsvorgang, siehe dazu Taschen 2005:186

Bei dem Krankheitsbild der Dismorphobie – auch als Körperbildstörung bezeichnet – handelt es sich um ein stark beeinträchtigtes Selbstwertgefühl und Minderwertigkeitserleben, das auf den eigenen Körper verschoben wird. Der eigene Körper unterstützt im subjektiven Empfinden einer Person nicht mehr das Selbstwertgefühl, sondern wirkt sich im Gegenteil störend aus, in dem er soziale Beziehungen begrenzt. Wesentlich für diese Störung des Selbst ist, dass ein tatsächlicher oder vermuteter Mangel dermaßen übermächtig empfunden wird, dass die Beschäftigung damit exzessiv ist und zu nachhaltigen sozialen und beruflichen Einschränkungen führt.

Körperdismorphobien gelten in der Regel als Ausschlusskriterium für eine ästhetische Operation, da diesem Krankheitsbild ein Wiederholungszwang innewohnt.

Über die Häufigkeit des Vorkommens von Körperbildstörungen in der Bevölkerung gibt es keine verlässlichen Angaben, die Zahlen schwanken zwischen 1-2% der Bevölkerung und 6-15% der Personen, die eine „Schönheitsoperation“ wünschen.

Als Begründung für die Durchführung einer ästhetischen Operation wurde in der Patientenstichprobe regelmäßig Leidensdruck geäußert, sei es aufgrund des massiven Übergewichts oder aufgrund von „Fettschürzen“ nach drastischer Gewichtsreduzierung, sei es aufgrund hypertropher Brüste oder zu kleiner Brüste (Körbchengröße 75A), sei es aufgrund von „Reiterhosen“ oder „Schlupflidern“, Höckernasen oder Segelohren.

Die beiden zentralen Faktoren, die bei diesen Patienten in Kombination oder jeweils einzeln auftraten, waren *Scham* und/oder *Selbstzweifel*. Die Scham führte dazu, dass Tanzen, Umarmungen, Küsse oder Körperkontakt generell vermieden wurde, die Personen sich nicht in Badekleidung zeigten und Teile ihres Körpers regelrecht versteckt haben. Der Selbstzweifel ließ bei jedem Anblicken im Spiegel die Körperteile hervortreten, die die Betroffenen nicht an sich mochten, und die negative Beschäftigung mit dem eigenen Aussehen störte bei den beruflichen und sozialen Kontakten.

Narzisstische Tendenzen und das Bedürfnis nach Kontrolle über den eigenen Körper sind ebenfalls starke Antriebsfedern zur Durchführung einer ästhetischen Operation und treten durchaus in Kombination mit Scham und Selbstzweifel auf.

Zur Präzisierung des mögliche Anteils von Personen mit dem Bild der Körperdismorphobie in der Patientenstichprobe haben wir einen Dismorphobie-Risiko-Index anhand der Skalen Scham, Selbstzweifel und Körperkontrolle gebildet. Anhand des Antwortmusters auf den drei Skalen erhärtet sich für 17% der Patientenstichprobe der Verdacht auf Körperdismorphobie.

Als weiteres überraschendes Ergebnis zeigt sich, dass sich die Einstellungen bei den Männern, die ästhetischen Operationen haben durchführen lassen, kaum von den Motivationen und Überlegungen der Frauen unterscheiden.

Frauen wie Männer sind mit den Operationsergebnissen in beeindruckender Anzahl zufrieden. Jeweils über 80% der Patienten und Patientinnen fühlen sich glücklicher, attraktiver oder körperlich wohler. Der finanzielle Aufwand für die ästhetische Operation hat sich für 88% der Befragten gelohnt. Unzufrieden mit den Operationsergebnissen sind lediglich 3-5% der Befragten. Komplikationen während oder nach der Operation sind in der Patientenstichprobe selten aufgetreten, so wie auch gutachter-

lich akzeptierte Behandlungsfehler nach den Auswertungen der ÄkNo sehr selten auftreten.

Vor dem Hintergrund eines dynamischen Identitätsbegriffs<sup>78</sup> kann „Schönheitschirurgie“ von den Patienten als Vorgang verstanden werden, das eigene Selbst-Bild aktiv zu modellieren. Demnach werden überwiegend nur eng begrenzte Körperpartien als defizitär empfunden. Ästhetische Operationen zur Behebung dieser empfundenen Defizite können deshalb als konsequente, selbstbestimmte Identitätsarbeit verstanden werden, um die Übereinstimmung mit dem eigenen Selbstbild zu erreichen.

Von anderer Seite werden jedoch Zweifel daran angemeldet, dass Frauen mittels einer „Schönheitsoperation“ zu einer neuen Identität verholpen werden kann. Es wird vielmehr betont, dass es um die Vereinbarkeit von Selbstbild und körperlicher Erscheinung geht, der Körper soll das repräsentieren, was für das ‚eigentliche Selbst‘ gehalten wird. Auch in unserer Patientenstichprobe äußern 46% der Patienten und Patientinnen, dass sie einen Widerspruch zwischen ihrer inneren Befindlichkeit und ihrem äußeren Erscheinungsbild empfunden haben. Dies legt den Schluss nahe, dass der Körper dann entsprechend manipuliert werden darf oder sogar muss, wenn sich das personale Selbstbild nicht in der körperlichen Gestalt widerspiegelt:

*„Eine solche Sichtweise kann als Reflex auf eine Kultur interpretiert werden, in der körperliche Attribute als Indikatoren für Persönlichkeitsmerkmale dienen und somit wesentlich über Erfolg oder Misserfolg im gesellschaftlichen Leben entscheiden.“<sup>79</sup>*

Die folgenden zwei Fragen stellen sich daraus zwangsläufig:

- Werden ästhetische Operationen durchgeführt, um externen Schönheitsstandards zu genügen oder um die persönliche Einzigartigkeit zu unterstreichen?
- Kann der Körper als ‚Rohmaterial‘ betrachtet werden, das geformt werden kann und darf?

Für Herrmann (2006) können ästhetische Operationen dann autonomiefördernd sein, wenn durch sie der Weg für andere Lebensziele frei gemacht wird, denen zuvor ein körperliches Defizit im Wege stand. Wesentlich sei außerdem, dass ästhetische Körperkorrekturen innerhalb einer sozialen Kontextualisierung stattfinden sollten, die keine Stigmatisierung von nicht der Norm entsprechenden Personen bewirkt.

Borkenhagen befürwortet ästhetische Operationen,

*„wenn der Patient sich durch sein Aussehen stigmatisiert fühlt und in seiner Lebensqualität sehr beeinträchtigt ist, wenn der körperliche Mangel auch von anderen (z.B. Freunden, Eltern oder einem Facharzt) geteilt wird, also intersubjektiv nachvollziehbar ist, und wenn dem Operationswunsch nicht eine schwerwiegende Störung des Selbstwertgefühls zugrunde liegt.“<sup>80</sup>*

Auch bei der Analyse der Patientenbedürfnisse zeigt sich somit, dass Aufklärung ein wesentliches Ziel des Verbraucherschutzes im Kontext von Angebot und Nachfrage nach ästhetischen Operationen ist und dass bei Patienten und Patientinnen immer

<sup>78</sup> siehe dazu Borkenhagen 2004

<sup>79</sup> Herrmann 2006:75

<sup>80</sup> Statement der Diplom-Psychologin und Psychoanalytikerin Ada Borkenhagen in einem Interview des Magazins Alexianer vom September 2005, Seite 15

vor einer Operation auch sorgfältig geprüft werden sollte, ob eine schwerwiegende Störung des Selbstwertgefühls (ggf. eine Körperdysmorphobie) vorliegt oder nicht.

## 6.4 Finanzierung

Die durchschnittlichen Kosten für die Durchführung einer ästhetischen Operation betragen bei Frauen rund 3.420 Euro und bei Männern rund 2.990 Euro. Diese Beträge werden von 84% der Frauen und 94% der Männern aus dem laufenden Einkommen, Ersparnissen oder Vermögen finanziert.

Da bei der Vergabe des Forschungsvorhabens die Finanzierung von ästhetischen Operationen als kritischer Bereich empfunden wurde, kann hier vorerst eine Entwarnung ausgesprochen werden. Ratenkredite bei den Hausbanken oder über die operierenden Ärzte bzw. deren Einrichtungen vermittelte Finanzierungen haben lediglich 5,8% der Frauen und 1,6% der Männer in Anspruch genommen.

Die Entwicklung des Angebots an Finanzdienstleistungen in diesem Bereich sollte dennoch sorgfältig beobachtet werden. Zahlreiche Anbieter haben ein eigenwirtschaftliches Interesse an einer Umsatzsteigerung bei kreditfinanzierten ästhetischen Operationen. Dies wird auch unverblümt von Finanzdienstleistern zum Ausdruck gebracht:

*„Mit (...) wird den Erbringern komfortmedizinischer, außervertraglicher Leistungen (Stichwort Selbstzahlermedizin) ein einfach zu nutzendes, liquiditätförderndes und Umsatz generierendes Finanzierungsinstrument an die Hand gegeben, selbstverständlich unter Berücksichtigung von medizinethischen Anforderungen.“<sup>81</sup>*

Nicht alles, was als zinsgünstige Sonderkondition beworben wird, entspricht einem günstigen Angebot (z. B. Kredite mit einer Laufzeit bis zu 36 Monatsraten und 9,99% effektivem Jahreszins).<sup>82</sup>

Als Finanzierungsalternative, die sich lohnen und ein „*kleiner Schritt in eine schönere Zukunft*“ sein soll, wird beispielsweise eine Brustvergrößerung für Kosten ab 5.500 Euro zu monatlichen Raten in Höhe von 116 Euro bei einer Laufzeit von 72 Monaten angeboten.<sup>83</sup> Ohne die Anrechnung von Bearbeitungskosten erhöht sich durch die Inanspruchnahme dieser angeblich günstigen Finanzierungsalternative der Preis für die Brustvergrößerung um 52% auf 8.352 Euro.

Das Thema der *verantwortlichen Kreditvergabe*, zu dem seit einigen Jahren innerhalb der EU bei der Formulierung der Konsumentenkreditrichtlinie gerungen wird, erhält in Anbetracht der geschilderten Finanzierungsmodelle ästhetischer Operationen durch Kredite zusätzliche Brisanz.

---

<sup>81</sup> Zugriff am 7.2.2006 auf [www.medipay.de/partner/index.html](http://www.medipay.de/partner/index.html)

<sup>82</sup> Zugriff am 28.8.2005 auf [www.medical-one.de](http://www.medical-one.de)

<sup>83</sup> Zugriff am 6.2.2006 auf [www.beauty-kredite.de/beispiel\\_brustchirurgie.htm](http://www.beauty-kredite.de/beispiel_brustchirurgie.htm)

## **7. Qualität und Qualitätssicherung**

Die Qualität und Qualitätssicherung im Zusammenhang mit plastisch-ästhetischen Operationen ist eine wesentliche Voraussetzung für deren Erfolg.

Die berufsrechtlichen Normen, wissenschaftlichen Standards und die Sicherung des organisatorischen Ablaufs, technische Voraussetzungen und örtliche Gegebenheiten sind jedoch Mindestanforderungen für die Einhaltung und Gewährung einer hohen Qualität der Leistung.

Ästhetische Operationen erfolgen in der Regel ohne medizinische Indikation (s.o. Kapitel 3 und 5) auf einer quasi privatrechtlichen Absprache zwischen Patient (Kunde) und Arzt (Leistungsanbieter); das heißt, die Kontroll- und Überwachungsmechanismen der Krankenkassen greifen hier nur eingeschränkt.

Die besondere Situation, in der sich die Patienten als Kunde und der Arzt als Anbieter befinden, erfordert die Neudefinition des klassischen Arzt-Patientenverhältnisses. Der Kunde ist nicht der kranke Patient, sondern jemand, der vorab eine sehr konkrete Leistung mit dem Arzt, der keine Heilbehandlung im traditionellen Sinne durchführt, vorab vereinbart.

Die Anforderungen an die Qualifikation und Kompetenz des Arztes und die regelgerechte Durchführung von plastisch-ästhetischen Operationen in dafür zugelassenen Einrichtungen müssen genau definiert, transparent und nachvollziehbar sein.

### **7.1 „Schönheitschirurg“ und Berufsrecht**

Die Frage beruflicher Anforderungen an Ärzte unterliegt dem ärztlichen Berufsrecht. Dies liegt in der Kompetenz der Länder. In ihren Kammer- und Heilberufsgesetzen haben es die Länder den Ärztekammern übertragen, das Berufsrecht näher auszugestalten.

Ärztinnen und Ärzte sind Pflichtmitglieder einer Ärztekammer und unterliegen daher den berufsrechtlichen Pflichten in Form von Satzungen; die Kontrolle über die Einhaltung des Berufsrechts obliegt den Ärztekammern, die ihrerseits der Aufsicht der obersten Landesgesundheitsbehörden unterstehen.

Vorschläge zu Änderungen im Berufsrecht oder in den Weiterbildungsordnungen durchlaufen einen klar vorgegebenen Prozess. Vorschläge und Änderungswünsche werden der Ständigen Kommission (StäKo) Fort- und Weiterbildung bei der Bundesärztekammer zur Kenntnis gebracht. In der StäKo sitzen Delegierte der Landesärztekammern, die über Probleme der Weiterbildung diskutieren und Beschlussvorlagen entwickeln. Liegt eine Beschlussvorlage vor, wird diese in die auch bei den Landesärztekammern vorhandenen Weiterbildungskommissionen zurückgereicht. Beschlussvorlagen können dann beim Vorstand der Bundesärztekammer (bestehend aus den Präsidenten der Landesärztekammern) eingereicht und von diesem auf die Tagesordnung des Deutschen Ärztetages gesetzt werden.

Umfassende oder grundlegende Änderungen im Berufsrecht können im Rahmen des Deutschen Ärztetages beraten und beschlossen werden; die Umsetzung obliegt dann den Landesärztekammern. Ein entsprechender Beschluss der Landesärzte-

kammern muss von den zuständigen Landesministerien gegengezeichnet werden, um rechtswirksam zu werden.

Die umgangssprachlichen Begriffe „Schönheitschirurgie“ und „Schönheitschirurg“ sind im ärztlichen Berufsrecht nicht zu finden. Vorzugsweise wird hier von ästhetischer/kosmetischer Chirurgie und ästhetischen/kosmetischen Operationen gesprochen.

Die im Zuge der Entwicklung zu beobachtende Ausdifferenzierung von chirurgischen Disziplinen gerade im Hinblick auf die speziellen Anforderungen der plastischen und ästhetischen Operation erfordert zwangsläufig auch die Ausdifferenzierung der Fachbezeichnungen und Fähigkeiten der Fachärzte.

Es sei hier nochmals angemerkt, dass es die Berufsbezeichnung „Facharzt für Plastische Chirurgie“ in Deutschland seit 1992 gibt.

Die verschiedenen Fachgesellschaften (DGPRÄC, VDÄPC, DGMKG) betonen seit langem, dass die Durchführung von ästhetischen Operationen eine besondere Erfahrung und Spezialisierung der Chirurgen erfordert.<sup>84</sup> Dies muss sich auch in der Ausbildung der Fachärzte niederschlagen.

Kümpel (2003:136) beschreibt das Defizit bei der Ausbildung von Plastischen Chirurgen wie folgt:

*„So verlangt z.B. die Weiterbildung zum Plastischen Chirurgen vom Arzt keine Nasenkorrekturen, keine Ohrkorrekturen, keine Lidkorrekturen und kein Facelift. Keine Weiterbildungsordnung schreibt dem HNO-Chirurgen das Erlernen von Faceliftings, Fettabsaugungen oder Faltenunterspritzungen vor. Insgesamt werden die rein ästhetischen Operationen an den deutschen Krankenhäusern nicht nur nicht erlernt, sie stehen auch nirgends in einem Operationskatalog als verbindlich zu beherrschende Eingriffe.“*

Der Präsident des 53. Kongresses der DGMKG, Prof. Heinz Gerhard Bull, formulierte im Juni 2003 im Krefeld die folgenden Forderungen:

*„Wir brauchen dringend qualitätssichernde Maßnahmen in der ästhetischen Gesichtschirurgie, eine bessere Ausbildung sowie Leitlinien.“<sup>85</sup>*

Bei Fatemi und Brück (2004:41) ist zu lesen:

*„So ist ein Facharzt für Plastische Chirurgie zwar theoretisch für viele operative Eingriffe am Körper qualifiziert, er lernt jedoch in seiner Ausbildung in keiner Weise automatisch, wie ein Facelift oder eine ästhetische Lidkorrektur durchzuführen sind.“*

Diese Defizite und die Sorge um das Anwachsen gewerblicher Angebote veranlasste einzelne Fachgesellschaften initiativ zu werden. Auf dem 107. Deutschen Ärztetag vom 18.-21. Mai 2004 in Bremen gab es deshalb eine Beschlussvorlage zur Änderung der Facharztbezeichnung und der damit verbundenen Weiterbildungsordnung.

*„Beschlussprotokoll des 107. Deutschen Ärztetages; Der Antrag von Dr. Lutz und Prof. Dr. Lob (Drucksache IV-20) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen: Die Facharztbezeichnung „Facharzt für Plastische Chirurgie“ wird in „Facharzt für Plastische und Ästhetische Chirurgie“ geändert.*

<sup>84</sup> [www.DGPRÄC.de](http://www.DGPRÄC.de); Pressemitteilung der DGMKG/AWMF 18.06.03

<sup>85</sup> PM zum 53. Jahreskongress der DGMKG 2003

*Begründung: Die (Muster-)Weiterbildungsordnung sieht für das Fach Plastische Chirurgie einen umfangreichen Operationskatalog in der Ästhetischen Chirurgie vor. Dadurch wird die Verankerung der Ästhetischen Chirurgie in der Plastischen Chirurgie, auch als Prüfungsfach, erneut bestätigt."*

Der 108. Deutsche Ärztetag im Mai 2005 hat sich dieses Themas erneut angenommen und im Antrag und der Begründung erweiternd die Fachdisziplinen Augenheilkunde, Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Facharzt für Haut- und Geschlechtskrankheiten, HNO sowie Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie einbezogen:

*„Beschlussprotokoll des 108. Deutschen Ärztetages vom 03.-06. Mai 2005 in Berlin  
Der Antrag von Dr. Heinrich und Dr. Hornberger (Drucksache V-04) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:*

*Der 108. Deutsche Ärztetag beschließt, die Facharzt-Bezeichnung „Plastische Chirurgie“ um den adjektivischen Zusatz „Ästhetische“ zu ergänzen, so dass die neue Bezeichnung in der Muster-Weiterbildungsordnung lautet „Facharzt/Fachärztin für Plastische und Ästhetische Chirurgie“ (Plastischer und Ästhetischer Chirurg/Plastische und Ästhetische Chirurgin).*

*Der 108. Deutsche Ärztetag beschließt, die Zusatz-Bezeichnung „Plastische Operationen“ um den adjektivischen Zusatz „Ästhetische“ zu ergänzen, so dass die neue Bezeichnung in der Muster-Weiterbildungsordnung lautet: „Plastische und Ästhetische Operationen“. Die Landesärztekammern werden gebeten, diese Änderungen in die Weiterbildungsordnungen der Länder aufzunehmen.*

*Die Voraussetzungen zum Erwerb der Zusatz-Weiterbildung „Plastische und Ästhetische Operation“ um folgende Facharztkennungen zu ergänzen:*

- *Facharzt für Augenheilkunde*
- *Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe*
- *Facharzt für Haut- und Geschlechtskrankheiten*

*und den Weiterbildungsinhalt zu ergänzen um jeweils eigene operative Eingriffe und Untersuchungs- und Behandlungsmethoden für die neu zugangsberechtigten Fachärzte festzulegen.*

*Begründung: Vom Grundsatz her ist es zu begrüßen, dass „Ästhetische Chirurgie“ auch in der Weiterbildung qualitativ unterlegt wird. Dabei ist der Teilhabe unterschiedlicher Facharztgruppen an diesem Tätigkeitsfeld durch eine chancengleiche Differenzierung Rechnung zu tragen. Dies lässt sich am besten in Form eines Menüsystems verwirklichen, in welchem allgemeinen Inhalten der Zusatz-Weiterbildung „Plastische und Ästhetische Operationen“ spezifische Inhalte der neu zugangsberechtigten Fachärzte zugeordnet werden – analog der bestehenden Regelungen für HNO-Ärzte und Fachärzte für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie.“*

Die Landesärztekammern haben satzungsgemäß diese Beschlussvorlagen teilweise in den neuen Weiterbildungsordnungen (WBO) berücksichtigt. Die von den Landesärztekammern erarbeiteten WBO müssen jedoch – wie oben ausgeführt – grundsätzlich von den Ministerien der Länder genehmigt und somit in Kraft gesetzt werden. Dieses Prozedere dauert erfahrungsgemäß in den Ländern unterschiedlich lange; die Fristen können Monate bis Jahre betragen.<sup>86</sup>

Weiterhin gibt es länderspezifische Unterschiede: nicht nur der Zeitpunkt der Einführung der neuen WBO, sondern auch die Inhalte der Ausbildung und Übergangsregelungen für neue und alte WBO können von Kammer zu Kammer variieren. Dies ist vor allem für Ärzte, die während ihrer Facharzt Ausbildung die Landesärztekammer wechseln, zu beachten.

---

<sup>86</sup> [www.thime.viamedici.weiterbildung](http://www.thime.viamedici.weiterbildung); Julia Jacobs, 14.11.2005

Am klarsten sind die Anforderungen für den Erwerb des Facharztes für Plastische und Ästhetische Chirurgie geregelt.

Die Weiterbildungsordnungen der Länder für das Gebiet Chirurgie/ Plastische und Ästhetische Chirurgie sind vergleichbar, teilweise identisch (Beispiele in der Anlage WBO LÄK Berlin, Bayern). Die sechsjährige Weiterbildung zum Facharzt für Plastische und Ästhetische Chirurgie umfasst neben der explizit vorgeschriebenen Art und Anzahl der Operationen (ca. 500) pro Jahr (Selbstständigkeit, unter Anleitung etc.) auch Erwerb von umfangreichen Erfahrungen und Kenntnissen unter anderem zu den Themen ethisches ärztliches Handeln, interdisziplinäre Zusammenarbeit, gesundheitsökonomische Auswirkungen ärztlichen Handelns. Die Weiterbildung ist jährlich zu dokumentieren.

#### Auszug aus der WBO der Landesärztekammer Bayern

##### **4.6 Plastische und Ästhetische Chirurgie**

Inhalte der Weiterbildung gemäß § 4 (3) der Allgemeinen Bestimmungen der WBO unter Berücksichtigung gebietsspezifischer Ausprägungen beinhaltet die Weiterbildung auch den **Erwerb von Kenntnissen, Erfahrungen und Fertigkeiten in**

- ethischen, wissenschaftlichen und rechtlichen Grundlagen ärztlichen Handelns
- den Maßnahmen der Qualitätssicherung und des Qualitätsmanagements
- der ärztlichen Gesprächsführung einschließlich der Beratung von Angehörigen
- psychosomatischen Grundlagen
- der interdisziplinären Zusammenarbeit
- der Aufklärung und der Befunddokumentation
- gesundheitsökonomischen Auswirkungen ärztlichen Handelns

##### **Untersuchungs- und Behandlungsmethoden**

	<b>Richtzahl</b>
Lokal- und Regionalanästhesien	50
Eingriffe aus dem Bereich der ambulanten Chirurgie	50
Erste Assistenzen bei Operationen und angeleitete Operationen	50

##### **Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten in**

- der Vorbeugung, Erkennung, operativen und konservativen Wiederherstellung und Verbesserung angeborener oder durch Krankheit, Degeneration, Tumor, Unfall oder Alter verursachter sichtbar gestörter Körperfunktionen und der Körperform
- der ästhetisch-plastischen Chirurgie in allen Körperregionen einschließlich kosmetischer Operationen unter Berücksichtigung der psychologischen Exploration und E-lektionskriterien und der spezifischen Aufklärung bei elektiven Operationsindikationen
- der Transplantation isogener, allogener oder synthetischer Ersatzstrukturen
- psychogenen Symptomen, somatopsychischen Reaktionen und psychosozialen Zusammenhängen bei angeborenen Fehlbildungen, erworbenen Defekten und ästhetisch-kosmetischen Eingriffen
- der Nachbehandlung ästhetisch-plastischer Eingriffe einschließlich Verbände, Ruhigstellung, Stabilisierung auch bei Schuhversorgungen, Orthesen und Prothesen sowie bei Transplantationen
- der Erhebung einer intraoperativen radiologischen Befundkontrolle unter Berücksichtigung des Strahlenschutzes
- der Bewertung bildgebender, endoskopischer und neurologischer/ neurophysiologischer Befunde
- der Verordnung von Krankengymnastik, Ergotherapie und weiterer Rehabilitationsmaßnahmen

<b>Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten erworben in</b>	<b>Richtzahl</b>
konstruktive, rekonstruktive und ästhetisch-plastisch-chirurgische Eingriffe einschließlich mikrochirurgischer, Laser- und Ultraschall-Techniken sowie Nah- und Fernlappenplastiken mit und ohne Gefäßanschluss, davon	
- im Kopf-Hals-Bereich, davon	50
- ästhetische Eingriffe an Nase, Ohren, Haut und Lidern	10
- im Rumpf- und Brustbereich, davon	100
- ästhetische Eingriffe zur Veränderung der Brustform	25
- an Rumpf und Extremitäten, davon	100
- ästhetische Eingriffe wie Aspirationslipektomien, Abdominoplastiken	50
- an der Hand	100
- im Band- und Skelettsystem, an Sehnen	25
- an Haut- und subkutanen Weichteilen, einschl. am Gefäßsystem	50
- an peripheren Nerven	25
fachbezogene Begutachtungen für Berufsgenossenschaften, Unfallversicherungen und Gerichte	25

### **Dokumentation der jährlichen Gespräche**

§ 8 Abs. 3 der Weiterbildungsordnung für die Ärzte Bayerns vom 24. April 2004

„Der Weiterbilder hat mit dem in Weiterbildung befindlichen Arzt mindestens einmal jährlich ein kollegiales Gespräch, aus welchem sich der Stand und die Fortschritte der Weiterbildung ergeben, zu führen. Dabei sollen erforderlichenfalls vorhandene Lücken aufgezeigt und Möglichkeiten zu deren Schließung erörtert werden. Der Weiterbilder dokumentiert den wesentlichen Gesprächsinhalt.“

Von den insgesamt in den WBO geforderten mehr als 500 Operationen sind jedoch *weniger als 20% (85)* explizit als ästhetische Operationen genannt.

Die Fachärzte für Plastische Chirurgie, die vor der Neuregelung der WBO diesen Titel erworben haben, können sich nun problemlos Facharzt für Plastische und Ästhetische Operation nennen, unabhängig davon ob, im Rahmen ihrer früheren Facharzt-ausbildung explizit ästhetische Operationen vorgesehen waren oder nicht. Als Beispiel sei hier die Regelung der Ärztekammer Nordrhein zitiert.

*„Die Facharztkompetenz „Plastische Chirurgie“ wurde in „Facharzt für Plastische und Ästhetische Chirurgie“ umbenannt.“*

*Die Kammerversammlung der ÄkNo hat in mehreren Sitzungen zwischen dem 20. März 2004 und dem 18. Juni 2005 die Novellierung der Weiterbildungsordnung beschlossen, die am 8.8.2005 durch das Aufsichtsministerium genehmigt worden ist und am 1. Oktober in Kraft tritt.<sup>87</sup>*

Derzeit problematisch scheint zu sein, dass für die Ausbildung zum Facharzt für Plastische und Ästhetische Chirurgie nur begrenzte Ausbildungskapazitäten in den Ländern vorhanden sind; auch hier ist das Bild sehr heterogen. In Sachsen stehen derzeit 3 Ausbildungsberechtigte zur Verfügung.<sup>88</sup>

Die Landesärztekammern haben weiterhin satzungsgemäß in den neuen WBO den Zugang von Fachärzten anderer Fachdisziplinen zu plastischen und ästhetischen Operationen berücksichtigt und geregelt.

<sup>87</sup> Rheinisches Ärzteblatt 10/2005

<sup>88</sup> Landesärztekammer Sachsen, 01.01.2007

Besonders trifft dies für Fachärzte für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie (MKG-Chirurgie) sowie für Fachärzte für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde (HNO) zu, welche bisher in einer mehrjährigen Weiterbildung den Zusatztitel „Plastische Operationen“ erwerben und dann entsprechende Operationen im Gesichtsbereich durchführen konnten. Die Umbenennung von „Plastische Operation“ in „Plastische und Ästhetische Operation“ ist auch für diese Fachärzte unproblematisch.

In den neuen WBO sind unter der Rubrik Zusatz-Weiterbildung die Anforderungen für den Erwerb der Zusatzqualifikation „Plastische und Ästhetische Operation“ beschrieben.

Anders stellt sich die Situation für die Fachärzte für Augenheilkunde, Haut- und Geschlechtskrankheiten sowie Frauenheilkunde und Geburtshilfe dar.

Auf dem 108. Ärztetag im Mai 2005 wurde in der Beschlussvorlage begründet, dass auch diesen Fachkollegen der Zugang zu plastischen und ästhetischen Operationen durch die neue WBO ermöglicht werden sollte.

Dermatologen konnten/können sich in ihrer Facharztausbildung auf chirurgische und ästhetische Eingriffe an der Haut und deren so genannten Anhangsgebilden, wie z.B. Fett, Haare etc. am gesamten Körper spezialisieren. Bei Gynäkologen galt/gilt dies für operative Behandlungen der inneren und äußeren Geschlechtsorgane und bei Brusterkrankungen. Für chirurgische Eingriffe am Auge konnten sich die Fachärzte für Augenheilkunde im Rahmen ihrer spezifischen Facharztausbildung qualifizieren.

Derzeit handhaben die Länder die Zugangsberechtigungen für den Erwerb der Zusatzqualifikation „Plastische und Ästhetische Operationen“ im Rahmen der Zusatz-Weiterbildung von Fachärzten für Augenheilkunde, Haut- und Geschlechtskrankheiten sowie Frauenheilkunde und Geburtshilfe jedoch heterogen und eher restriktiv. In Baden-Württemberg und Sachsen z.B. werden Fachärzte der o.g. Disziplinen derzeit nicht für die Zusatz-Weiterbildung zugelassen.

Die Abstimmungsprozesse in der StäKo bei der Bundesärztekammer für die Zugangsberechtigung von Fachärzten für Augenheilkunde, Haut- und Geschlechtskrankheiten sowie Frauenheilkunde und Geburtshilfe für die Zusatzqualifikation „Plastische und Ästhetische Operationen“ ist bisher noch nicht beendet. Möglicherweise wird dies nochmals Thema eines Ärztetages sein.

Offenkundig sind die Weiterbildungsordnungen das Nadelöhr für Gynäkologen, Dermatologen und Augenärzte hinsichtlich der Zugangsberechtigung, sowohl aufgrund der Umsetzung durch die einzelnen Landesärztekammern wie der inhaltlichen und personellen Absicherung durch die vorhandenen akademischen Lehrkrankenhäuser und die dort vorhandenen Ausbildungsplätze. Die einzelnen Fachdisziplinen befinden sich hier im Streit. Die Plastischen Chirurgen versuchen, *„das Herausbrechen wesentlicher Bereiche aus unserem Weiterbildungskatalog und die Aufteilung auf andere Fachgebiete auch langfristig zu verhindern“*<sup>89</sup>, während vor allem Dermatologen und Gynäkologen ihre ästhetisch-operative Erfahrung in ihren Teilgebieten in die Wagschale werden. Dass bei dieser Auseinandersetzung mit harten Bandagen gekämpft wird, macht die Äußerung von Windhorst bei der Diskussion auf dem 108. Deutschen Ärztetag deutlich: *„Es geht um viel Geld, Scharlatanerie und Betrüge-*

---

<sup>89</sup> Eisenmann-Klein 2005: 57

rei.<sup>90</sup> Windhorst, der Präsident der Ärztekammer Westfalen Lippe, ist ein ausdrücklicher Befürworter der Zusatzbezeichnung auch für andere Fächer.

Zusätzlich zur fachärztlichen Qualifikation „Plastische und Ästhetische Chirurgie“ bzw. zur Zusatzqualifikation „Plastische und Ästhetische Operationen“ müssen die Fachärzte kontinuierlich durch Teilnahme an Fort- und Weiterbildungen ihrer Wahl durch Erlangen von Punkten ihre Fähigkeiten auf dem neuesten Stand der wissenschaftlich-technischen Entwicklung halten.

Es sollte jedoch berücksichtigt werden, dass ein guter Ästhetisch-Plastischer Chirurg nicht nur über eine sechsjährige chirurgische Fachausbildung mit Schwerpunkt Plastisch-Ästhetischer Chirurgie verfügen muss, sondern auch Künstler und Psychologe sein soll. Auf diesen Aspekt weisen mehrere erfahrene ästhetisch tätige Operateure hin, so auch der spanische Plastische Chirurg Javier de Benito:

*„Ein Plastischer Chirurg muss wie ein Künstler eine besondere Sensibilität für Volumen, Proportionen und Dimensionen haben.“<sup>91</sup>*

Anzumerken ist weiterhin, dass die umgangssprachlich als Synonym genutzten Bezeichnungen „Spezialist“ und „Facharzt für ...“ differenzierter eingesetzt werden sollten. Bezeichnet sich ein Arzt als „Spezialist“ darf dies nicht mit den Facharztbezeichnungen verwechselt werden. Das Bundesverfassungsgericht hat in seiner Entscheidung vom 08.01.2002 -1 BvR 1147/01 - die Bezeichnung eines bestimmten Arztes als Spezialist mit der Begründung zugelassen, eine Verwechslungsgefahr mit einem Facharzt bestehe nicht, da unter der Bezeichnung „Spezialist“ ein Fachmann verstanden werde, der über besondere Erfahrungen in einem engeren Bereich verfüge, während der Facharztbegriff eine förmlich erworbene Qualifikation darstelle.

Insgesamt lässt sich festhalten, dass die berufsrechtlichen Voraussetzungen für die hoch qualifizierte und spezialisierte Durchführung von plastisch-ästhetischen Operationen und sonstigen Eingriffen von dafür qualifizierten Fachärzten für Plastische und Ästhetische Chirurgie sowie von Fachärzten für Mund- Kiefer- und Gesichtschirurgie und von Fachärzten für HNO mit der Zusatzqualifikation „Plastische und Ästhetische Operationen“ in Deutschland gegeben sind.

Es sollte jedoch nicht vergessen werden, dass auch die WBO für die Plastisch-Ästhetischen Chirurgen lediglich 85 ästhetische Operationen zur Erlangung des Facharztstitels vorschreibt. Der Einwand von Gynäkologen und Dermatologen, dass sie beispielsweise durch die Entfernung von Tumoren der Haut, Brust und des Genitalbereiches, der dadurch erforderlichen komplizierten Schnitttechnik und der ästhetischen Rekonstruktion dieser Areale häufig über eine größere Operationserfahrung verfügen, ist daher nicht von der Hand zu weisen. Nach den Daten der Arzterhebung und Patientenbefragung sind Gynäkologen und Dermatologen de facto ästhetisch operativ tätig.

Abschließend bleibt anzumerken, dass die Zugangsberechtigung für Fachärzte für Augenheilkunde, Frauenheilkunde und Geburtshilfe sowie Haut und Geschlechtskrankheiten zum Erwerb der Zusatzqualifikation „Plastische und Ästhetische Operationen“ gegenwärtig noch in der Diskussion, selbst innerhalb der jeweiligen verschie-

---

<sup>90</sup> a.a.O.

<sup>91</sup> Taschen 2005: 208

denen Fachgesellschaften, ist. Voraussetzung für den Erwerb der Zusatzqualifikation ist aber, dass entsprechende Beschlussvorlagen nach dem oben beschriebenen Prozedere vorgelegt werden.

Aufgrund der dargelegten WBOs und der laufenden Diskussionen ist in jedem Fall eindeutig, dass der Begriff „Facharzt für Schönheitschirurgie“ nicht zusätzlich eingeführt und/oder geschützt werden muss.

*Tabelle 37: Übersicht der WBO zur Erlangung der Facharztbezeichnung „Plastische und Ästhetische Chirurgie“ oder Zusatzqualifikation „Plastische und Ästhetische Operationen“*

	Arzt	Zahnarzt	Arzt	Arzt	Arzt	Arzt
Facharzt für (alt)	Plastische Chirurgie	Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie (MKG)	HNO	Augenheilkunde	Frauenheilkunde	Haut- und Geschlechtskrankheiten
Facharzt für (seit 2005/2006; Umbenennung und neue WBO)	Plastische und Ästhetische Chirurgie					
Zusatz-Weiterbildung (alt)		Plastische Operationen	Plastische Operationen			
Zusatz-Weiterbildung (seit 2005/2006; Umbenennung und neue WBO; nicht in allen Bundesländern gleich)		Plastische und Ästhetische Operationen	Plastische und Ästhetische Operationen			
Vorschlag für Zusatz-Weiterbildung (seit 2005 MWBO; Diskussion auf Länder- und Bundesebene, unterschiedliche Ansätze in den Ländern, bisher jedoch restriktiv)				Vorschlag: Plastische und Ästhetische Operationen	Vorschlag: Plastische und Ästhetische Operationen	Vorschlag: Plastische und Ästhetische Operationen
Weitere Diskussion Ärztag 2007; ggf. neue MWBO						

Die Anzahl der in der Ausbildung festgelegten ästhetischen Operationen ist in den WBO der Länder variabel im Hinblick auf die Fachspezialisierung, Ausbildungsdauer und Ausbildungsmöglichkeiten. Die Genehmigungsverfahren durch die Gesundheitsministerien sind unterschiedlich zeitintensiv.

*Quelle: Zusammenstellung GP Forschungsgruppe 2007*

## 7.2 „Schönheitschirurgie“ und Leitlinien

Die Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) erarbeitet Leitlinien zur Sicherung einer Basisqualität und eines allgemeinen Standards ärztlichen Handelns. Die jeweiligen in der AWMF vertretenen Fachgesellschaften erstellen die Leitlinien für eine bestimmte Fachdisziplin. Leitlinien sind wissenschaftlich fundierte Anleitungen für Diagnose und Therapie einer Vielzahl von Indikationen. Die Prinzipien der Evidenzbasierten Medizin werden hierbei umgesetzt. Leitlinien unterliegen einem kontinuierlichen Abstimmungs- und Überarbeitungsprozess. Damit wird dem Arzt eine profunde wissenschaftliche Basis für seine am individuellen Patienten zu orientierende Entscheidung an die Hand gegeben. Ebenso werden organisatorische Voraussetzungen für bestimmte Interventionen und ggf. Sicherheitsvorkehrungen genannt.

Leitlinien sollten beachtet werden; die Entscheidungsfreiheit des Arztes bleibt unberührt.

Leitlinien werden fachspezifisch und häufig indikationsbezogen strukturiert. Das Gebiet der ästhetischen Operationen tangiert neben der klassischen plastischen und Wiederherstellungschirurgie auch Gebiete der Dermatologie, HNO-Heilkunde, Gynäkologie, MKG und andere. Der ästhetisch tätige Chirurg oder Facharzt mit Zusatzqualifikation (s.o.) kann sich u.a. an Leitlinien der plastischen und rekonstruktiven Chirurgie (Gruppe 007), der plastischen Chirurgie (Gruppe 009) und der Dermatologie (Gruppe 013) orientieren.

Leitlinien für ästhetische Operationen, wie z. B. Facelift, liegen bisher nicht vor.

In der Einleitung zu den Leitlinien der Plastischen und Rekonstruktiven Chirurgie heißt es aber unter anderem:

### **„Therapieergebnis**

Bei allen rekonstruktiven und ästhetischen Eingriffen kann das Therapieergebnis sowohl nach subjektiven aber auch nach objektiven Gesichtspunkten beurteilt werden. Bei der subjektiven Beurteilung des Therapieergebnisses sind u.a. das zugrunde gelegte Schönheitsideal als auch die Beweggründe des Patienten, welche zu diesem Eingriff geführt haben, von Bedeutung. So wird z.B. ein Patient, welcher sich aus einer Lebenskrise heraus zu einem ästhetischen Eingriff entschlossen hat, nur selten mit dem postoperativen Ergebnis zufrieden sein.

*Gute Therapieergebnisse werden vor allem von nachfolgenden Gesichtspunkten beeinflusst.*

*Subjektiv*

*Patient zufrieden mit dem postoperativen Ergebnis*

*Verbesserung des Patientenselbstwertgefühls und der Lebensqualität*

*Objektiv*

*Erreichen des präoperativ geplanten und gewünschten Therapieziels*

*Postoperativ unveränderte oder verbesserte neurologische (sensible und/oder motorische) Funktion“*

Informationen über Aktivitäten der Fachgesellschaften zur Erstellung von Leitlinien für ästhetische Operationen im Rahmen der AWMF liegen nicht vor.

Sinnvoll wäre es jedoch durchaus, Leitlinien für typische ästhetische Operationen wie zum Beispiel Facelifting oder Nasenkorrektur zu erstellen und dabei eine ähnliche Strukturierung und Zuordnung wie in den WBO der Landesärztekammern zu verwenden.

### **7.3 Durchführung von „Schönheitsoperationen“ ambulant/ stationär**

Ästhetische OP werden sowohl ambulant als auch stationär durchgeführt, dies hängt unter anderem vom Umfang und dem Schweregrad des Eingriffs oder der Behandlung ab. Für die Durchführung von ästhetischen Operationen sind organisatorische, technische und räumliche Voraussetzungen zu erfüllen. Staatlich konzessionierte Krankenanstalten (Krankenhäuser, Kliniken, Praxen etc.) erfüllen diese Anforderungen; die Zulassung obliegt den Ländern.

Es gibt jedoch eine erhebliche Anzahl gewerblich organisierter Anbieter, die mit phantasievollen Firmennamen oder als Institut auftreten und beispielsweise als GmbH&Co.KG organisiert sind. Diese Einrichtungen bieten gewerblich Heilbehandlungen an und unterliegen nicht den Bestimmungen der konzessionierten Krankenanstalten sondern dem Gewerberecht, es wirken andere Marktzugangskriterien als dies für Kliniken, Praxen und Krankenhäuser gefordert wird. Gewerbebetriebe und die dort Tätigen unterliegen ebenfalls nicht der Aufsicht der Ärztekammern (s.u.).

### **7.4 Transparenz, Kontrolle und Überwachung**

Die Länder sind neben der Überwachung der Einhaltung des ärztlichen Berufsrechts auch für die Beachtung medizinischer Standards sowie die Zulassung und Überwachung von ärztlichen Einrichtungen, sei es ambulanter oder stationärer Art zuständig. Die Länder haben die Zuständigkeit für die o.g. Aufgaben in Gesundheits- und Gewerbeaufsichtsämtern angesiedelt und den Landesärztekammern die Ausgestaltung des Berufsrechtes als Teil der Selbstverwaltung im Gesundheitssystem übertragen.

Wie o.g. unterliegen die staatlich konzessionierten Krankenanstalten der Zulassung und Kontrolle der Länder.

Um die Qualität der Krankenhäuser zu messen und vergleichen zu können, wurde von der Selbstverwaltung die Bundesgeschäftsstelle für Qualitätssicherung (BQS) und das Institut für Entgelte im Krankenhaus (InEK) errichtet.

Prof. Dr. M.-J. Polonius (GBA) beschreibt die Zielsetzung der BQS im Juli 2005 wie folgt: „*Die externe Qualitätssicherung soll der Verbesserung der Krankenhausbehandlung und der Information und Orientierung der Patienten dienen.*“<sup>92</sup> Die BQS erfasst mittels eines Panels von Indikatoren die Qualität der einzelnen Krankenhäuser und der jeweils dort durchgeführten Eingriffe. Daraus ergibt sich ein Ranking der Krankenhäuser selbst, aber auch ein Ranking bezogen auf die jeweils durchgeführte Intervention. Die Ergebnisse werden seit dem Jahr 2000 unter anderem in Jahresberichten publiziert. Das bedeutet, auf Grund dieser Information kann die beste Einrichtung für eine konkret geplante medizinische Intervention ermittelt werden. Weiterhin werden dadurch Wettbewerbsanreize geschaffen.

Die Qualität von ästhetischen Operationen ist bisher nicht in den Berichten und Publikationen untersucht und/oder verglichen worden. Dies liegt möglicherweise auch daran, dass ästhetische Operationen, die (meist) nicht medizinisch indiziert sind, in

---

<sup>92</sup> Vorwort zum BQS-Report 2004

der Regel keine Kassenleistungen sind und daher (bisher) nicht in das Panel der zu bewertenden Parameter aufgenommen wurden.

Es sei in diesem Zusammenhang nochmals darauf hingewiesen, dass die medizinisch indizierte Wiederherstellung der Brust durch ein Implantat nach einer Tumoroperation einer Patientin etwas anderes ist als Veränderung der Brust mittels Implantat auf Wunsch der Kundin.

Es bleibt abzuwarten, wie sich das Instrument der BQS weiter entwickelt, wie die Verzahnung von stationärer und ambulanter Leistung realisiert wird und ob und in welchem Umfang Daten von ästhetischen Operationen in der Bewertung der Qualität einfließen.

Die Abrechnung einer erbrachten medizinisch indizierten Leistung erfolgt analog der Gebührenordnung der Ärzte (GOÄ) und/oder des Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM).

Die Kosten für plastisch-ästhetische Operationen bei gewerblich Tätigen werden in der Regel in einem Gespräch mit den potentiellen Kunden genannt bzw. verhandelt.

Unter der Überschrift „Auch Schönheitsoperationen müssen Ärzte nach der GOÄ abrechnen und können die Preise nicht ohne weiteres erhöhen“ publizierte die Zentrale zur Bekämpfung des unlauteren Wettbewerbs e.V. am 24.03.2006 das folgende:

*„Der Bundesgerichtshof hat entschieden, dass ein Arzt auch bei der privaten Abrechnung nicht medizinisch indizierter kosmetischer Operationen an die Bestimmungen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) gebunden ist. In dem zugrunde liegenden Fall hatte ein Chirurg, der eine private Schönheitsklinik betreibt, der Patientin für eine Brustverkleinerung einen Pauschalpreis von 18.500 DM (knapp 9.500 €) genannt. Die Patientin hatte den Betrag gezahlt und forderte nun einen erheblichen Teil der Summe zurück, weil eine Berechnung nach der Regeln der GOÄ zu einem niedrigeren Rechnungsbetrag geführt hätte. Der Bundesgerichtshof ist dem wie die Vorinstanzen gefolgt. Gemäß § 1 GOÄ bestimmen sich die Vergütungen für „die beruflichen Leistungen der Ärzte“ nach dieser Verordnung. Hieran sind die Ärzte bei privaten Abrechnungen (nicht bei der Behandlung von Kassenpatienten) daher zwingend gebunden. Abweichungen sind nur in engen Grenzen aufgrund einer besonderen Vereinbarung möglich. Hierdurch soll im Interesse der zahlungspflichtigen Patienten die Transparenz privatärztlicher Liquidationen erhöht und auf diese Weise ein Beitrag zum Verbraucherschutz geleistet werden. Diese Gründe treffen nach Auffassung des Bundesgerichtshofs auch auf die Berechnung medizinisch nicht notwendiger Schönheitsoperationen zu, ungeachtet dessen, dass der Patient dann in aller Regel keine Erstattung von seiner privaten Krankenversicherung oder – bei Beamten – von seiner Beihilfestelle verlangen kann. Das gilt allerdings nur für die Liquidationen durch den Arzt selbst, nicht dagegen, wenn das Krankenhaus wie häufig – in der Form einer selbstständigen juristischen Person (z.B. GmbH) geführt wird und der Behandlungsvertrag ausschließlich mit der Klinik abgeschlossen worden ist. Für Krankenhausbehandlungen gelten andere gesetzliche Regelungen, über die der Bundesgerichtshof hier nicht zu entscheiden hatte.*

*Urteil vom 23. März 2006, III ZR 223/05*

*Quelle: Pressemitteilung des BGH vom 23.03.2006<sup>93</sup>*

Inwieweit die im Rahmen dieses Projektes ermittelten Preisspannen für ästhetische Operationen mit denen, die über GOÄ und EBM errechnet werden, kongruent sind, konnte im Rahmen dieser Studie nicht ermittelt werden.

---

<sup>93</sup> WBZ 24.03.2006

Um die Transparenz zu gewährleisten, die Orientierung der Bürgerinnen und Bürger zu erleichtern und letztlich deren Sicherheit zu erhöhen, hat zum Beispiel die Landesärztekammer NRW zum Thema „Schönheitschirurgie“ allgemeine Informationen ins Netz gestellt.<sup>94</sup> In diesem Papier wird auf die Notwendigkeit der vorherigen Prüfung des Anbieters einer Leistung hingewiesen um haftungsrechtliche Konsequenzen zu minimieren. Besonders wird die Aufklärungspflicht über Risiken herausgestellt, die Pflicht zur Dokumentation und die Art und Weise der Werbung für die angebotene Leistung.

Die Fachgesellschaften bemühen sich ebenfalls um Transparenz und bieten auf ihren Webseiten Informationen zu den zu empfehlenden Ärzten und Kliniken und weisen gleichzeitig darauf hin, an wen sich geschädigte Patienten wenden können.<sup>95</sup>

### **7.5 Auswirkung der Änderung des Heilmittelwerbegesetzes auf den Markt der „Schönheitschirurgie“**

Mit dem Heilmittelwerbegesetz soll regulierend auf aggressive und unrealistische Werbung für „Schönheitsoperationen“ eingegriffen werden.

Die Auswirkung der Änderung des Heilmittelwerbegesetzes (HMWG) auf den Markt der „Schönheitschirurgie“ ist aufgrund der Kürze der Laufzeit im Rahmen unseres Forschungsprojektes nicht überprüfbar oder quantifizierbar. Erste Aussagen können nur zur Art und Weise der Umsetzung des HMWG beim werblichen Auftritt getroffen werden.

Es ist laut HMWG zum Beispiel verboten, sich im weißen Kittel ablichten zu lassen und mit Fotos von Gesprächen mit Patienten zu werben. Weiterhin ist es zu unterlassen, Vorher-Nachher-Vergleiche zu zeigen sowie unrealistische Operationsergebnisse anzubieten.

Bei einer nicht repräsentativen Stichprobe der Internet-Auftritte von ästhetisch tätigen Operateuren aus unserem Adressensatz konnte festgestellt werden, dass zwar Vorher-Nachher-Fotos von Patienten/innen in der Regel nicht mehr präsentiert werden, aber dass es eine Reihe von Umgehungsmaßnahmen des Verbots gibt. So wird beispielsweise interessierten Besuchern der Webseiten von ästhetisch tätigen Operateuren ein Link zu ausländischen Webseiten angeboten, auf denen dann Vorher-Nachher-Vergleiche eingesehen werden können. Des Weiteren wird offeriert, sich als potentieller Kunde registrieren zu lassen, um dann in einem geschützten Bereich Einsicht in Vorher-Nachher-Vergleiche zu bekommen. In vielen Fällen wird auch auf den Webseiten hingewiesen, dass beim Beratungsgespräch Vorher-Nachher-Vergleiche präsentiert werden können.

Abschließend kann festgestellt werden, dass seitens des Berufsrechtes, der staatlich konzessionierten Krankenanstalten und der wissenschaftlichen Fachgesellschaften die Voraussetzungen für eine hohe Qualität und damit Sicherheit bei ästhetischen Operationen gegeben sind.

---

<sup>94</sup> Der vollständige Text befindet sich in der Anlage

<sup>95</sup> [www.DGPRÄC.de](http://www.DGPRÄC.de)

Durch die Verzahnung der Aufsichtspflichten bei den Ländern und der Selbstverwaltung kann die Kontrolle und Sicherung der Qualität erfolgen. Wie umfassend dies geschieht, kann derzeit nicht abgeschätzt werden.

Dies sollte in einer weiteren als Monitoring angelegten Studie untersucht werden, ebenso wie die Einhaltung des HMWG, die weitere Entwicklung der Anzahl der ästhetischen Operationen in Deutschland und der in diesem Bereich tätigen Fachärzte. Dabei sollten auch die Mechanismen der Gestaltung der WBO durch die Ärztekammern der Länder, die Sicherstellung der Ausbildungsinhalte und die Beschlussfassungen in den unterschiedliche Gremien transparenter dargestellt werden. Die europäischen Tendenzen und deren Auswirkung auf Deutschland sollten zukünftig ebenfalls im Rahmen einer Studie abgeschätzt werden.

## 8. Nutzen und Verwertbarkeit der Ergebnisse

Aus den vorgestellten Ergebnissen lassen sich eine Reihe von Maßnahmen im Hinblick auf den Verbraucherschutz ableiten.

- **Register**

Eine Zielsetzung des Forschungsprojektes war es, *Markttransparenz* herzustellen. Dies ist gelungen. Es liegt erstmals für Deutschland ein vollständiges und geprüftes Register (Stichtag: 31.12.2006) vor, in der alle Anbieter ästhetischer Operationen erfasst sind. Das Register geht weit über alle sonstigen derzeit im Markt vorhandenen Adressverzeichnisse hinaus, die nur Teilgebiete des Anbietermarktes darstellen.

Das Adressverzeichnis deckt sowohl den niedergelassenen Bereich (Einzelpraxen, Praxisgemeinschaften, Gemeinschaftspraxen, Praxiskliniken) wie den Klinik- und Krankenhausbereich ab. Darüber hinaus sind die gewerblichen Einrichtungen, die auf dem Gebiet der ästhetischen Operationen tätig sind, erfasst worden.

Das Register erlaubt, sich einen Überblick über den Anteil der einzelnen Facharzt-disziplinen zu verschaffen, die ästhetische Operationen anbieten, und lässt Sortierungen nach Postleitzahlen, Orten, Facharzt-disziplinen, Arztnamen, Positionen, Telefonnummern sowie Internetadressen zu.

- **Regionale Übersichtskarten**

Auf der Basis der Registereinträge liegen erstmals für Deutschland regionale Übersichtskarten des Angebots, aufgegliedert nach Bundesländern und nach Kreisen und Kreisfreien Städten sowie in Bezug auf die Bevölkerungsdichte vor.

- **Hochrechnungen**

Auf der Basis der Stichprobe von 150 ästhetisch tätigen Ärzten sind nachvollziehbare statistische Kennziffern zur Häufigkeit von ästhetischen Eingriffen in Deutschland insgesamt sowie aufgegliedert nach Art des Eingriffs ermittelt worden. Diese Daten tragen zur Versachlichung und Objektivierung der Diskussion über die Größe des Marktes für ästhetische Operationen bei.

- **Zielgruppenbeschreibung: Kunden bzw. Patienten**

Durch das Forschungsvorhaben liegen erstmals für Deutschland Strukturdaten zu den Kunden/innen bzw. Patienten/innen für ästhetische Operationen vor. Die Zielgruppenbeschreibung ermöglicht eine Aufschlüsselung nach Geschlecht und Alter für jede Art des ästhetischen Eingriffs.

- **Zielgruppenbeschreibung: Anbieter**

Durch das Forschungsprojekt wird erstmals in Deutschland Transparenz hergestellt, welche Facharztgruppen welche Eingriffe mit welchen Häufigkeiten in welchen Unternehmensformen vornehmen. Ein wichtiges Ergebnis in diesem Zusammenhang ist, dass nur 6% der Eingriffe im Ausland stattfinden.

- **Kosten ästhetischer Eingriffe**

Angaben zu Kosten von ästhetischen Eingriffen waren vor Beginn des Forschungsprojektes nur durch subjektive Angaben in Publikationen und Medien bekannt. Durch die empirische Erhebung der Kosten sowohl bei den behandelnden Ärzten wie bei den Kunden/Patienten konnten durch einen Cross-Check erstmals präzise Angaben zu den Kosten wie den Durchschnittskosten einzelner Operationen ermittelt werden.

- **Überblick über den Markt für „Schönheitschirurgie“**

Es konnte erstmals für Deutschland das Umsatzvolumen im Markt der „Schönheitsoperationen“ näherungsweise bestimmt werden. Mit rund 700 Millionen Euro Umsatz ist der Markt zwar groß, aber kleiner als zuvor angenommen. Es konnte auch deutlich gemacht werden, dass schätzungsweise rund 100 – 150 Millionen Euro dieses Marktes zu Lasten der Solidargemeinschaft gehen.

- **Patientenbedürfnisse**

Durch die bislang größte Patientenstudie in Deutschland konnten zahlreiche Vorurteile hinsichtlich der Motivationen von Menschen bei der Entscheidung für eine ästhetische Operation ausgeräumt und die tatsächlich vorhandenen Beweggründe beschrieben werden. Offensichtlich gibt es auch eine Gruppe von Patienten/innen, bei denen die Gefahr eines pathologisch gestörten Körperbildes besteht und die dennoch operiert werden. Dies ist vor allem für Gesichtspunkte des Verbraucherschutzes, der Verbraucheraufklärung und für die Konzeption von Präventionsaktivitäten von zentraler Bedeutung.

- **Patientenaufklärung**

Es wurde festgestellt, dass die Patientenaufklärung anscheinend weitgehend lege artis erfolgt. Andererseits wurde auch deutlich, dass eine eher verbraucher- und weniger haftungsrechtlich orientierte Patientenaufklärung durch geeignete Medien bereits vor der Aufklärung durch den Arzt erfolgen sollte.

- **Risikoquote**

Tatsächlich aufgetretene Komplikationen und fehlerhafte Operationen scheinen in geringerem Maße vorzukommen, als der durch Medien vermittelte Eindruck nahe legt. Zur weiteren Klärung der Frage strittiger Fälle wird zukünftig die bundeseinheitliche Statistik der Schlichtungsstellen der Ärztekammern beitragen, deren Arbeit unterstützt werden sollte.

- **Finanzierung von ästhetischen Operationen**

Die Finanzierung ästhetischer Operationen wird konventionell aus Erspartem und eigenen Mitteln bestritten und ist somit weniger dramatisch als vorab vermutet werden konnte. Dennoch sollte das Angebot der Finanzdienstleister auf diesem Gebiet sorgfältig und nachhaltig beobachtet werden, da der Werbedruck der Finanzdienstleister auf die Kunden und Patienten sehr hoch ist.

- **Heilmittelwerbegesetz**

Das im April 2006 in Kraft getretene HWG wird hinsichtlich des Verzichtes auf Vorher-Nachher-Darstellungen weitgehend berücksichtigt. Es konnten aber auch eine Reihe von Umgehungsstrategien festgestellt werden. Es dürfte deshalb ratsam sein, die Einhaltung des HWG stärker zu kontrollieren.

- **Facharzt für „Schönheitschirurgie“**

Es besteht keine Notwendigkeit, ein Verfahren zur Etablierung eines Facharztes für „Schönheitschirurgie“ einzuleiten, da die WBO der Landesärztekammern eine ausreichende Qualifizierung der Fachärzte für Plastische und Ästhetische Chirurgie sowie der HNO-Ärzte und MKG-Chirurgen für Plastische und Ästhetische Operationen gewährleisten.

- **Ressortabstimmung**

Da der Bereich der ästhetischen Operationen sowohl den Verbraucherschutz wie das Aufgabengebiet der Bundesärztekammer und Landesärztekammern berührt, dürfte eine gegenseitige Abstimmung der Maßnahmen sinnvoll sein.

## 9. Zusammenfassung und Schlussfolgerung

Die vorliegende Untersuchung hat sich mit dem Thema „Schönheitsoperationen“ und „Schönheitschirurgie“ durch eine wissenschaftliche Analyse des Anbieterverhaltens und der Verbrauchernachfrage beschäftigt. Zu diesem Zweck ist ein Adressensatz von 2.129 Praxen, Kliniken, Krankenhäusern und gewerblichen Einrichtungen erstellt worden, die im Jahr 2006 ästhetische Operationen angeboten und durchgeführt haben. 225 Ärzte und Einrichtungen haben sich an einer Erhebung der GP Forschungsgruppe und/oder an einer vergleichbaren Erhebung der GÄCD beteiligt und Daten zur Häufigkeit und Art der von ihnen im Jahr 2005 durchgeführten ästhetischen Operationen sowie Daten zur Alters- und Geschlechtsverteilung bei diesen Operationen zur Verfügung gestellt. Zur Ermittlung der Verbrauchernachfrage sind die Erfahrungen, Einstellungen und Einschätzungen in einer Befragung von 620 Frauen und Männern, bei denen im Zeitraum von 2004-2006 ein ästhetischer Eingriff durchgeführt wurde, ermittelt worden. Ein möglicher Regelungsbedarf hinsichtlich der Qualifizierung von „Schönheitschirurgen“ ist durch eine Analyse der Weiterbildungsordnungen der Länder geprüft worden. Durch Einsicht in die Internetauftritte von Ärzten und Einrichtungen, die ästhetische Operationen anbieten, sind erste Reaktionen auf die Änderung des Heilmittelwerbegesetzes evaluiert worden. Das Projekt wurde von einem medizinischen Beirat begleitet.

In den Medien werden ästhetische Operationen zunehmend thematisiert. Dabei wird häufig der Eindruck vermittelt, *„dass Schönheitsoperationen ein völlig normales Mittel sind, seine eigene Attraktivität schnell, sicher und Erfolg versprechend zu verbessern“* (Rossmann&Brosius 2005:520). Auch Taschen (2005:10) berichtet in ihrem erst jüngst herausgegebenen Band, dass die „Schönheitschirurgie“ einen *„riesigen Boom“* verzeichnet, die Patienten *„immer jünger“* werden, und dass die *Männer überproportionale Zuwachsraten* bei der Inanspruchnahme von „Schönheitsoperationen“ aufweisen. Von Akteuren aus dem Gesundheits- und Medienwesen ist als Gegengewicht zu diesen Schilderungen eine *„Koalition gegen den Schönheitswahn“* gebildet worden. Inwieweit die (massen)mediale Darstellung von Attraktivitätsidealen Anteile an der Entstehung schwerwiegender Körperbildstörungen bei Frauen oder Männern haben kann, lässt sich nach einer Übersichtsarbeit von Schemer (2006) jedoch nur schwer bestimmen.

Der medialen Inszenierung einer zunehmenden gesellschaftlichen Akzeptanz von „Schönheitsoperationen“ steht die außerordentliche Zurückhaltung von Ärzten und Patienten zur Teilnahme an unserer Untersuchung gegenüber; ebenso die von uns ermittelten Zahlen der in Deutschland durchgeführten ästhetischen Operationen.

Auf der Basis unserer Untersuchungsergebnisse ist zu konstatieren:

1. Die Anzahl der jährlich durchgeführten „Schönheitsoperationen“ ist niedriger als bislang in den Medien verbreitet.
2. Es ist kein Trend zu einer sich ausweitenden Inanspruchnahme von ästhetischen Operationen bei Jugendlichen oder jungen Erwachsenen zu erkennen. Eine Zunahme der ästhetischen Operationen bei Männern ist ebenfalls nicht zu vermerken.

3. Mit Besorgnis ist jedoch hervorzuheben, dass vor allem die Gruppe der 20-29jährigen Frauen die höchste Rate bei Brustvergrößerungen aufweist, vor allem in Anbetracht der Tatsache, dass Brustimplantate nach 10 bis 15 Jahren erneuert werden sollten/müssen, scheint damit eine lebenslange „Operationslaufbahn“ vorgegeben zu sein.
4. In Deutschland gibt es eine erstaunliche hohe Anzahl von gewerblich organisierten Anbietern; sei es, dass sich Fachärzte für Plastische und Ästhetische Chirurgie und/oder Ärzte anderer Fachdisziplinen gewerblich organisieren, sei es, dass sich durch gewerbliche Klinikketten ein Markt etabliert.
5. Die Kosten für die sehr unterschiedlichen ästhetischen Operationen betragen in unserer Patientenstichprobe zwischen 1.000 EUR und 12.000 EUR. Durchschnittlich werden von Frauen 3.400 Euro und von Männern 3.000 Euro aufgewendet. Nach unseren Berechnungen lässt dies auf einen Gesamtmarkt von rund 700 Millionen EUR schließen.
6. Die Kosten für einen ästhetischen Eingriff werden überwiegend aus dem laufenden Einkommen oder Vermögen der Patienten bezahlt oder vorher angespart. Obwohl eine massive Werbung für die Inanspruchnahme von Ratenkreditangeboten zu beobachten ist, werden diese Angebote zur Finanzierung von ästhetischen Operationen eher selten angenommen.
7. Ästhetische Operationen werden nicht nur von Plastischen und Ästhetischen Chirurgen, sondern in erheblichem Umfang auch von Fachärzten anderer Fachdisziplinen durchgeführt.
8. Die Weiterbildungs- und Qualifizierungsordnungen und -angebote sind mit relativ vergleichbarem Inhalt von den Landesärztekammern vorgesehen, in den Bundesländern aber unterschiedlich umgesetzt.
9. Die Kontrolle der auf dem Gebiet der ästhetischen Operationen tätigen Ärzte wird, je nach Art des Angebotes der Leistung, von Ärztekammern und/oder von Gewerbeaufsichtsämtern vorgenommen und ist daraus resultierend wahrscheinlich von unterschiedlicher Qualität.
10. Es besteht kein Anlass, die Bezeichnung „Facharzt für Schönheitschirurgie“ einzuführen. Es gibt eine konsistente Rechtsprechung vom BGH, OLG, Bundessozial- und Finanzgerichten zur Durchführung ästhetischer Operationen.
11. Die Beweggründe, sich für die Durchführung einer ästhetischen Operation zu entscheiden, haben nach den Ergebnissen der Patientenbefragung häufig sowohl eine medizinische wie eine ästhetische Komponente. Medizinische Indikationen sind vor allem bei Ohrkorrekturen, Brustverkleinerungen, Brustaufbau nach Tumoroperation und Bauchdeckenstraffungen zu beobachten. Der psychosoziale und ästhetische Hintergrund, der zu ästhetischen Operationen führt, lässt sich aufgrund der Patientenbefragung in sechs verschiedene Faktoren aufgliedern: Scham, Selbstzweifel, Körperkontrolle, Narzissmus, Anti-Aging und soziale Akzeptanz.

12. Bedenklich ist, dass bei ca. 17% der Patienten/innen das Risiko einer Körperbildstörung ermittelt wurde.
13. Patienten und Patientinnen, die im Rahmen unserer Patientenbefragung befragt wurden, sind mit der Durchführung und den Ergebnissen der bei ihnen durchgeführten ästhetischen Operation mit großer Mehrheit zufrieden, Komplikationen und strittige Fälle werden sehr selten angegeben.
14. Auch die Schlichtungsstelle der Ärztekammer Nordrhein berichtet von einer geringen Inzidenz strittiger Fälle bei der Durchführung ästhetisch-plastischer Eingriffe.
15. Obwohl sich Patienten/innen subjektiv von ihren Operateuren in der Regel gut und ausreichend informiert fühlen, ist eine Angebotstransparenz bei der Fülle der unterschiedlichen Informationen und Informationsquellen objektiv betrachtet nicht gegeben. Es scheint daher ratsam, dass das Bundesministerium für Verbraucherschutz, eventuell in Zusammenarbeit mit den Ärztekammern, eine Plattform (z.B. auf der Homepage des BMELV) zur Verfügung stellt, von der zentral Informationen von VerbraucherInnen und PatientInnen abgerufen werden können. Dort sollten bundesweit Arztadressen, durchschnittliche Kosten der einzelnen Operationen, Risiken, die mit einer ästhetischen Operation verbunden sein können und Hinweise zur richtigen Arztwahl zu finden sein.
16. Die Entwicklung des Marktes für „Schönheitschirurgie“ in anderen europäischen und transatlantischen Ländern sollte kontinuierlich beobachtet und ausgewertet werden, um mögliche Entwicklungen in Deutschland abschätzen zu können und protektiv im Sinne der Patienten und ggf. zur Sicherung hoher Qualitätsstandards seitens der Anbieter agieren zu können.
17. Der Vollzug und die Umsetzung des Heilmittelwerbegesetzes sollte engmaschig überwacht und kontrolliert werden.
18. Die Anwendung ästhetischer Eingriffe wie das Einspritzen von Faltenfüllern oder die Anwendung von Lasern sollte den medizinischen Heilberufen vorbehalten bleiben. Entsprechende Gewerbekontrollregularien und die Entwicklung entsprechender Richtlinien für die Anwendung insbesondere der Lasermedizin werden deshalb empfohlen.

## 10. Gegenüberstellung der ursprünglich geplanten zu den tatsächlich erreichten Zielen sowie Hinweise auf weiterführende Fragestellungen

Die Fragestellungen des BMELV, die diesem Forschungsprojekt zugrunde liegen, konnten vollständig beantwortet werden.

Es konnte ein auf Primärdaten basierender Überblick über die Inanspruchnahme des Angebots an ästhetischen Eingriffen und Operationen geliefert werden. Durch die Untersuchung ist nunmehr sowohl die Anbietersituation wie die Anzahl der durchgeführten ästhetischen Operationen bekannt. Es konnte außerdem die erwartete Differenzierung nach Geschlecht und Altersverteilung bei ästhetischen Operationen vorgelegt werden. Weiterhin liegen jetzt durch die Untersuchung belastbare Daten und Informationen zu den Kosten der jeweiligen Eingriffe, zur Art der Finanzierung, zur Zufriedenheit der Kundinnen und Kunden, zur Häufigkeit von Komplikationen, zur Schadensregelung und zur Qualität der Aufklärung vor. Darüber hinaus wurden in differenzierter Weise die Qualifikationen und das Spektrum der Anbieter dargestellt und analysiert sowie die Frage erörtert, ob eine Notwendigkeit besteht, die Bezeichnung „Schönheitschirurg“ dem Berufsrecht zu unterwerfen. In diesem Zusammenhang wurde auch auf die bestehenden Kontrollmöglichkeiten eingegangen. Erste Eindrücke über Auswirkungen des HMWG konnten ebenfalls geliefert werden.

Der vorgesehene Zeitplan für den Projektablauf war realistisch. Unvorhersehbar war jedoch nach den geführten Vorgesprächen, dass durch interne Kontroversen in einzelnen Fachgesellschaften auf der Anbieterseite die Bereitschaft zur Mitarbeit an diesem Projekt zuerst in Frage gestellt und dann teilweise nur in reduzierter Form erfolgte. Infolgedessen ist die Datenübermittlung der MKG-Chirurgen für dieses Projekt unbefriedigend und auch bei den Plastischen Chirurgen wie den Allgemeinchirurgen wäre eine höhere Beteiligung zur besseren Absicherung der Ergebnisse wünschenswert gewesen. Aufgrund des damit verbundenen zusätzlichen Abstimmungs- und Diskussionsaufwands war eine Verlängerung der Projektlaufzeit um drei Monate erforderlich.

Im Rahmen der Projektbearbeitung wurden einzelne Themenbereiche offenkundig, in denen über das vorliegende Forschungsvorhaben hinaus weiterführender Forschungsbedarf besteht:

- Zur Präzisierung sowohl der Hochrechnungen wie der ermittelten Umsatzdaten wird empfohlen, ein Monitoring der dafür notwendigen Daten (Art, Anzahl und Kosten der Operationen) in einer hinreichend großen Stichprobe der Anbieter von ästhetischen Operationen anzustreben und in kontinuierlicher Folge durchzuführen. Die hier vorgelegte Untersuchung kann dafür als Basismessung dienen.
- Es sollte ein konsensualer verbindlicher Kriterienkatalog für die Ablehnung von Patientenwünschen nach einer ästhetischen Operation entwickelt werden.
- Zur Qualitätssicherung der Arbeit von ästhetisch tätigen Operateuren und für eine verbesserte Patientenaufklärung wird eine Monitoring der Quote und der Art von Operationswünschen in Relation zu den Ablehnungen in einer hinreichend großen Anbieterstichprobe empfohlen.

- Durch ein systematisches Monitoring der Folgewirkungen und Komplikationsraten bei ästhetischen Operationen könnte eine Qualitätsverbesserung initiiert werden. Dies ist auch im Zusammenhang mit einer Aufklärung der anzunehmenden Dunkelziffer in diesem Bereich zu sehen.
- Es sollte weiter überprüft werden, inwieweit Patienten/innen mit einer Körperdysmorphobie ästhetische Operationen erhalten und welche Möglichkeiten der Prävention für diesen Patientenkreis sinnvoll sind.
- Die Entwicklung des Angebots an Finanzdienstleistungen im Bereich der ästhetischen Operationen sollte sorgfältig beobachtet werden, da ein starker Angebotsdruck herrscht.
- Die Auswirkungen des HMWG sollten u.a. auch durch systematische Kontrollen der Werbeauftritte der Anbieter ermittelt werden.
- Durch eine systematische Studie sollte geklärt werden, inwieweit und mit welchem Ergebnis die Verzahnung der Aufsichtspflichten bei den Ländern und der Selbstverwaltung der Ärzte wie den Gewerbeaufsichtsämtern erfolgt.
- Die Entwicklung des Marktes für „Schönheitschirurgie“ in anderen europäischen und transatlantischen Ländern sollte kontinuierlich beobachtet und ausgewertet werden, um mögliche Entwicklungen in Deutschland abschätzen zu können und protektiv im Sinne der Patienten und ggf. zur Sicherung hoher Qualitätsstandards seitens der Anbieter agieren zu können.

## 11. Literaturverzeichnis

Berg, S. (Hg.) (o.J.): *Operation Schönheit. Professioneller Rat, natürliche Behandlungen und operative Möglichkeiten*. Köln: Honos

Berger, A. & Hirner, R. (Hg.) (2003): *Plastische Chirurgie. Grundlagen, Prinzipien, Techniken*. Band 1. Berlin/Heidelberg/New York: Springer

Büchner, B. (2003): *Schönheitsoperationen. Methoden, Risiken, Entscheidungshilfen*. Wien: Ueberreuther

Fatemi, A. & Brück, S. (2004): *Die gefragtesten Schönheitsoperationen. Techniken, Risiken, Arztwahl*. München: Goldmann

Joseph, J. (1931): *Nasenplastik und sonstige Gesichtsplastik*. Leipzig/ Verlag von Curt Kabitzsch, Nachdruck im Kadenverlag 2005

Kluge, N. et al. (1999): *Körper und Schönheit als soziale Leitbilder*. Frankfurt/Bern: P. Lang

Kluge, N. et al.. (2000): *Das Körperkonzept der Deutschen* . Frankfurt/Bern: P. Lang

Kümpel, W. (2003): *Ratgeber Schönheitsoperationen*. München: Foitzick

Laufs, A. & Uhlenbruch, W. et al. (2002): *Handbuch des Arztrechtes*. 3. neubearb. Auflage. München: Beck

Laum, H.-D. & Smentkowski, U. (2000): *Ärztliche Behandlungsfehler – Statut der Gutachterkommission*. Herausgegeben von der Ärztekammer Nordrhein. Köln : Ärzteverlag

Mang, W.(2005): *Schönheit maßgeschneidert. Alles über Schönheitsoperationen*. Berlin: Econ

Menger, F. et al. (2004): *Alles über Schönheitsoperationen*. Ein Ratgeber von beauty news. Mannheim: Finline Media

Neuhann-Lorenz, C. (2006): *SCHÖNsein. Chancen und Möglichkeiten der Schönheitschirurgie*. München: Herbig

Nitsch, M. (Hg.) (2005): *medführer Plastische und Ästhetische Chirurgie*. 4. Auflage. Heidelberg: medführer

Panfilov, D. (2003): *Moderne Schönheitschirurgie. Fakten und Faszination. Möglichkeiten und Grenzen*. Stuttgart: Trias

Pichler, H.J. Verlag (2001): *Beautylife guide 2001*. Wien: Pichler

Schmidt-Tintemann, U. (1972): *Zur Lage der Plastischen Chirurgie*. Berlin/Heidelberg/New York: Springer

Strömbeck, J.O. & Rosato, S.E. (1986): *Surgery of the Breast*. New York: Thieme

Taschen, A. (Hg.) (2005): *Schönheitschirurgie*. Köln/London/Los Angeles/Madrid/Paris/Tokyo: Taschen

Toussaint, M. (1999): *Schönheitsoperationen. Vom hässlichen Entchen zum schönen Schwan*. Memmingen: Mato

Verein für Konsumenteninformationen (Hg.) (2003): *Schönheitsoperationen. Erfolgsaussichten, Risiken und Kosten*. Wien: Verein für Konsumenteninformationen

Willen, K. (2003): *Schönheitsoperationen*. Reinbek: Rowohlt

### **Drucksachen, Artikel, Zeitschriftenbeiträge**

ACNielsen (2006): *Consumer Attitudes towards Ageing: A Global ACNielsen Report*. November 2006

BÄK intern (2005): „*Plastische Chirurgen waren vor Schönheitswahn*“, Seite 7, April 2005

Borkenhagen, A. (2004): „*Das Konzept einer ‚dynamischen‘ Identität am Beispiel schönheitschirurgischen Embodiments*“, 209-221, *Psychologie & Gesellschaftskritik*. 28. Jhg. Nr. 111/112.

Borkenhagen, A. (2001): *Gemachte Körper. Körper- und Selbsterleben von Frauen, die sich zu einer Schönheitsoperation entschieden haben*. *Psychother. Soz.* 4, 2001, 306-315

Bruck, J. (2005): „*Ästhetische Chirurgie – eine Heilbehandlung?*“, *Plastische Chirurgie* 1/2005: 218-220

Coldiron, B. (2002): *Office surgical incidents: 19 months of Florida data*. *Dermatologic Surgery*. Vol. 28 (8). P. 710-712

Der SPIEGEL (2002): „*Venus unterm Faltenhobel*“. Nr. 41/2002

Deutscher Bundestag (2003): Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der CDU/CSU-Fraktionen „*Verbraucherschutz im Bereich der Schönheitschirurgie*“, Drucksache 15/2289 vom 29.12.2003

Dorf Müller, M. (2006): *Psychologische Aspekte*. 1-12. In: Krupp, S., Rennekampff, H.-O. & Pallua, N.: *Plastische Chirurgie*. 27. Erg. Lfg. 5/06

Eberle F.C. et al. (2005): *Cosmetic results of histographically controlled excision of non-melanoma skin cancer in the head and neck region*. *JDDG*; 2005/3 : 109 - 112

Eisenmann-Klein, M. (2004) *Brustimplantate, Injektionen zur Auflösung von Fettgewebe und Füllmaterialien zur Gewebeunterfütterung*  
*Plastische Chirurgie* 4. Jahrg. Heft 3:101-103

Eisenmann-Klein, M. (2003): *Qualitätsmanagement*, 48-58, In: Berger & Hirner (Hg.): *Plastische Chirurgie. Grundlagen, Prinzipien, Techniken*. Band 1. Berlin/Heidelberg/New York: Springer

Eisenmann-Klein, M. (2003): *Implantate*, In: Berger, A. & Hirner, R. (Hg.) (2003): *Plastische Chirurgie. Grundlagen, Prinzipien, Techniken*. Band 1. Berlin/Heidelberg/New York: Springer

Haensel, V.J.A. (2004): *Körperliche und seelische Befindlichkeit vor und nach formverändernden Operationen der weiblichen Brust*. Dissertation RWTH Aachen

Herrmann, B. (2006): *Schönheitsideal und medizinische Körpermanipulation – Invasive Selbstgestaltung als Ausdruck autonomer Entscheidung oder „sozialer Unterwerfung“?* 71-80, Ethik in der Medizin. Band 18. Heft 1. März 2006

Housman, T.S. et al. (2002): *The safety of liposuction: results of a national survey*. Dermatologic Surgery. Vol 28 (11). P. 971-978

Kesselring, U.K. (2003): *Fettabsaugung*, In: Berger, A. & Hirner, R. (Hg.) (2003): *Plastische Chirurgie. Grundlagen, Prinzipien, Techniken*. Band 1. Berlin/Heidelberg/New York: Springer

Kluge, N. & Sonnenmoser, M. (2000): „*Schön und superschlank sein zu wollen hat seinen Preis*“. Papier der Forschungsstelle für Sexualwissenschaft und Sexualpädagogik, Universität Landau

Kluge, N. & Sonnenmoser, M. (2001): „*Für die Schönheit unters Messer legen? Über die Einstellung der Deutschen zu Schönheitsoperationen*“. Papier der Forschungsstelle für Sexualwissenschaft und Sexualpädagogik, Universität Landau

Lösch, G. M. (1989): Systematik und Ethik der Plastischen Chirurgie, in: Ethik im Alltag der Medizin ed. Dietrich v. Engelhard S. 163-183 Springer-Verlag Berlin Heidelberg

Lösch, G. M. (2003): Geschichte, In: Berger, A. & Hirner, R. (Hg.) (2003): *Plastische Chirurgie. Grundlagen, Prinzipien, Techniken*. Band 1. Berlin/Heidelberg/New York: Springer

Lorz, S. (2001): *Die Haftung bei Schönheitsoperationen*. Seminararbeit [http://www.irut.jura.uni-erlangen.de/sa\\_lorz2001.html](http://www.irut.jura.uni-erlangen.de/sa_lorz2001.html)

Merten, M. (2006): „*Freiwillig aus Fehlern lernen*“ Deutsches Ärzteblatt. Jhg. 103. Heft 45 vom 10.11.2006: 2993-2994

Reich, J. (1991): *The Aesthetic Surgical Experience*. 127-140. In: Smith, J.W. & Aston, S.J. (Ed.): *Plastic Surgery*. 4<sup>th</sup> Edition. Boston/Toronto/London: Little Brown

Riotte, H.-J. (1995): *Versicherungsrelevante Begründungen und Scheinbegründungen für kosmetische Operationen*. 44-47. Med Sach 91 .No 2

- Rohrich, R.J., Muzaffar, AR (2000): *Discussion: Fatal outcomes from Liposuction: census survey of cosmetic surgery*. *Plast.Reconstr.Surg* 105: 447-449
- Rossmann, C. Brosius, H.-B. (2005): *Vom häßlichen Entlein zum schönen Schwan? Medien und Kommunikationswissenschaft* 53, 2003, S. 507-532
- Schemer, Ch. (2006): *Die Medien als heimliche Verführer? Der Einfluss attraktiver Medienpersonen auf das Körperbild von Rezipientinnen und Rezipienten*. 12-15, In: BZgA FORUM Themenheft „Körper“ 1-2006
- Schrader, M., Lösch, G.M. (2005): *Plastische Chirurgie im Spannungsfeld von Geschichte und Ethik*, *Plastische Chirurgie* 5Jahrg. Heft 2: 89-93
- Schrader, M. (2001): *Ewige Jugend und Lebensverlängerung. Wiederherstellung und Neugestaltung von Körperform und Ausdrucksfunktion*. Seiten 75-86, In: Korczak, D. (Hg.): *Das schöne, neue Leben*. Hagen: ISL-Verlag
- Steinau, U. (2002): *Liposuction ohne Probleme? Editorial*, *Plastische Chirurgie* 2.Jahrg. Heft 2
- Steinau, U. (2002): *Darf jeder saugen? Editorial* , *Plastische Chirurgie* 1.Jahrg. Heft 2, 2.Jahrg. Heft 1
- STERN (2006): *Schönheit, die man kaufen kann*. Serie. Nr. 36/2006-Nr. 41/2006
- Stiftung Warentest (2002): *„Wa(h)re Schönheit – Beratung beim Fettabsaugen“* 10/2002
- Thomas, H. (2003): *Ethische Aspekte*: 37-46. In: Berger/ Hierner *Plast. Chir.*
- Vogt, P.M., Eichhorn-Sens, J. (2002): *Fettabsaugung – Möglichkeiten und Risiken des populärsten ästhetischen Eingriffs*, *Plastische Chirurgie* 2.Jahrg. Heft 2: 69-74
- Von Finckenstein, J.(2000): *Was die Kassen als Krankheit anerkennen*. *Deutsches Ärzteblatt* 97: A – 157-159 (Heft 4)
- Yoho, R.A. et al. (2005): *Review of the liposuction, abdominoplasty, and face-lift mortality and morbidity risk literature*. *Dermatologic Surgery*. Vol. 31 (7 Pt. 1). P. 733-743