

„Sie wollen groß? Sie kriegen groß!“

Wie Schönheits-Chirurgen in Deutschland beraten und aufklären, wenn eine junge Frau ihre Brust durch eine Operation vergrößern lassen möchte

Kurzfassung

Die Ansprüche sind hoch. Medizinisch nicht notwendige Behandlungen erfordern eine nahezu hundertprozentig gute und vollständige Beratung und Aufklärung. Diesem Anspruch ist keiner der 26 besuchten Ärzte nachgekommen. Der beste Arzt erfüllte immerhin 88 Prozent der geforderten Beratungsqualität – angesichts des hohen Anspruchs, den Fachgesellschaften und Rechtsprechung an die Aufklärung vor Schönheitsoperationen stellen, ist das allerdings für den Besten viel zu wenig. Die schlechteste Beratung erfüllte nur 27 Prozent der Kriterien.

Zusammen mit *Bild der Frau* besuchten wir 26 Ärzte, alle Mitglied einer der drei relevanten Fachgesellschaften. Unsere Kriterien für eine gute Beratung entnahmen wir der Rechtsprechung sowie Empfehlungen und Stellungnahmen der Fachgesellschaften. Denn Leitlinien für gute Beratungsgespräche gibt es in Deutschland noch nicht.

Fazit: Trotz anerkannter hoher Anforderungen ist die Qualität der Beratung vor Schönheitsoperationen unzureichend. Die ernüchternden Ergebnisse unserer Untersuchung führen uns zu weitreichenden Forderungen an Ärzte, Fachgesellschaften, Politik sowie Patientinnen und Patienten.

Warum diese Untersuchung?

Mindestens eine halbe, vielleicht sogar mehr als eine Million Menschen unterziehen sich jährlich in Deutschland einer Schönheitsoperation. Solche Operationen sind in der Regel medizinisch nicht notwendig und müssen deshalb vollständig selbst bezahlt werden. Viele Eingriffe werden von Fachärzten durchgeführt, die ihr Metier beherrschen. Aber da „Schönheits-Chirurg“ oder „ästhetische Chirurgie“ keine geschützten Titel sind, kann jeder Arzt versuchen, Schönheit zu produzieren.

Neu ist, dass die Krankenkassen seit der Gesundheitsreform 2007 ihre Versicherten an den Kosten von Folgeoperationen „angemessen beteiligen“ müssen, etwa bei Komplikationen, Spätfolgen und Nachoperationen.¹ In die Patientenberatung der Verbraucherzentrale Hamburg kommen immer wieder Menschen, die nach unzureichender Aufklärung durch eine unsachgemäße Operation geschädigt wurden, unter deren Folgen stark leiden und im Nachhinein sagen: „Hätte ich das alles vorher gewusst, ich hätte mich auf keinen Fall operieren lassen!“

Gleichzeitig beobachten wir, dass Schönheitsoperationen in der Öffentlichkeit – sowohl in Presse, Funk und Fernsehen wie auch in populären Buchpublikationen – immer häufiger unkritisch als geeignetes Mittel zur individuellen Verschönerung dargestellt werden. Aufsehen erregte in

1 § 52 Abs. 2 SGB V (http://www.gesetze-im-internet.de/sgeb_5/_52.html)

Hamburg die Versteigerung einer Brustvergrößerungs-Operation für 2,57 Euro durch eine angesehene Hamburger Klinik, die glücklicherweise durch die Ärztekammer gestoppt wurde.²

Die wissenschaftliche Datenlage über die Häufigkeit von Schönheitsoperationen und ihre erwünschten und unerwünschten Wirkungen ist sehr dürftig. Wir fanden aus Deutschland nur ein Forschungsprojekt, das sich mit dem Thema befasste.³ Demnach klagten 22% der befragten Frauen nach einem ästhetischen Eingriff über Operationsfolgen wie Schwellungen, Blutergüsse, Taubheitsgefühl oder deutliche Narben.⁴ Eine Online-Umfrage der Stiftung Warentest ergab ebenfalls, dass jede vierte Patientin mit dem Ergebnis nicht zufrieden war.⁵

Vor jedem Eingriff muss der Arzt oder die Ärztin den Patienten oder die Patientin aufklären und ihre Einwilligung einholen. Die Aufklärung muss nicht nur verständlich sein, sondern auch so frühzeitig erfolgen, dass die Patientin sich ohne Druck entscheiden kann. Andernfalls ist der Eingriff eine strafbare Körperverletzung. Für Schönheitsoperationen gilt eine *verschärfte Aufklärungspflicht*. Da sie medizinisch nicht notwendig sind, fordert die Rechtsprechung, dass vor der Behandlung über Erfolgsaussichten und Risiken eines Eingriffs ganz besonders sorgfältig aufgeklärt wird.

Wir wollten wissen: Kommen die Ärzte in Deutschland dieser besonders strengen Beratungs- und Aufklärungspflicht nach? Oder verharmlosen sie im ersten Gespräch den Eingriff und stellen ihn als problemlos dar?

Warum lassen sich Frauen die Brust vergrößern?

Die Bedeutung des körperlichen Aussehens hat in den letzten Jahrzehnten sehr stark zugenommen. Stärker als früher wollen Menschen über ihre körperliche Erscheinung ihre Identität ausdrücken. Entspricht der Körper nicht den Vorstellungen und dem Ideal, wachsen Selbstzweifel und Scham. Daraus kann ein starker Wunsch entstehen, den Körper verändern zu wollen.

Problematisch wird es, wenn ein Mensch den tatsächlichen oder vermuteten Mangel als übermächtig empfindet und die Beschäftigung damit exzessiv wird. Häufig führt das zu nachhaltigen sozialen und beruflichen Einschränkungen. Psychologen sprechen dann vom Krankheitsbild der *Dysmorphophobie*, einer Körperbildstörung mit stark beeinträchtigtem Selbstwertgefühl und einem Minderwertigkeitserleben, das auf den eigenen Körper geschoben wird.

Solche Körperbildstörungen gelten als Ausschlusskriterien für eine ästhetische Operation, denn auch wenn operiert wird, sind diese Patientinnen normalerweise nicht zufrieden mit ihrem Körper – und es folgt die nächste Operation. Daher sollten die Patientinnen über eine gefestigte

2 Hamburger Ärzteblatt, Oktober 2010, S. 10

(www.aerztekammer-hamburg.de/funktionen/aebonline/pdfs/1286885368.pdf)

3 Forschungsprojekt Schönheitsoperationen: Daten, Probleme, Rechtsfragen, Abschlussbericht. Bundesanstalt für Ernährung und Landwirtschaft, München, Januar 2007

(www.bmelv.de/SharedDocs/Downloads/Verbraucherschutz/SchoenheitsoperationenBericht.pdf?__blob=publicationFile)

4 Siehe Fußnote 3, S. 73

5 Stiftung Warentest: Test 2/2008

(www.test.de/themen/gesundheit-kosmetik/meldung/Umfrage-Schoenheitsoperationen-Jeder-Vierte-unzufrieden-1617108-2617108/)

Persönlichkeit verfügen, sich nicht zu sehr von ihrer Umwelt beeinflussen lassen und nicht zu hohe oder nicht zu erfüllende Erwartungen an die Operation haben. Ärzte sollten vor einer Operation sehr genau nach der Motivation der Patientin fragen. Besteht der Verdacht einer Körperbildstörung, sollte eine Schönheits-Operation ausgeschlossen sein.⁶

Wie wir vorgehen

Wir entschieden uns, die Beratung vor einer *Brustvergrößerung* zu untersuchen. Zusammen mit Fettabsaugung und Ohrenkorrektur gehört sie zu den beliebtesten Schönheitsoperationen. Die Hochrechnung ergibt für das Jahr 2005 eine Gesamtzahl von ca. 21.000 Brustvergrößerungen in Deutschland. Die Operationen werden überwiegend (76%) im Alter zwischen 20 und 39 Jahren durchgeführt. Allerdings sind mit 4% auch Frauen unter 20 Jahren vertreten.⁷

Um das Vorgehen der Ärzte zu prüfen, besuchte eine junge Frau mit dem Wunsch, sich die Brüste vergrößern zu lassen, zuerst 11 Hamburger und später – in Kooperation mit der Frauenzeitschrift *Bild der Frau* – in anderen Städten weitere 15, zusammen also 26 Schönheitschirurgen für ein erstes Beratungsgespräch. Die Ärzte waren Fachärzte für plastische und ästhetische Chirurgie⁸, Mitglied einer deutschen Fachgesellschaft für plastische und ästhetische Chirurgie⁹ und ihre Praxis lag im Stadtgebiet einer deutschen Großstadt¹⁰. Durch diese Auswahl hofften wir, Ärzte mit der qualitativ besten Beratung zu finden.

Die junge Frau füllte nach jedem Gespräch einen Fragebogen aus, um ihre Erfahrung während der Beratung mit den Kriterien für ein gutes Erstberatungsgespräch aus Rechtsprechung, Patientenaufklärungsbögen sowie Empfehlungen und Stellungnahmen („Leitlinien“) der relevanten Berufsverbände zu vergleichen.

Diese Kriterien ergaben, dass eine gute Aufklärung drei Aspekte abdecken muss:

1. die Begründung (Indikation) für eine Operation,
2. die medizinische Aufklärung und
3. die wirtschaftliche Aufklärung.

Außerdem sollte der Chirurg alle Fragen der Patientin ausführlich beantworten, sich verständlich ausdrücken, mögliche Erfolge und Risiken wertfrei darstellen, nach Vorerkrankungen fragen, eine Bedenkzeit vorschlagen und Fotos nicht zur Werbung für sein Können einsetzen.

6 Siehe Fußnote 3

7 Siehe Fußnote 3, S. 52, 59

8 „Facharzt für plastische und ästhetische Chirurgie“ ist seit 2005 ein geschützter Begriff. Sie haben eine sechsjährige Facharzt-Weiterbildung absolviert (siehe Muster-Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer: www.bundesaerztekammer.de/downloads/MWBO_V2_250620101.pdf).

9 VDÄPC (www.vdaepc.de/), DGÄPC (www.dgaepc.de/), DGPRÄC (www.dgpraec.de/).

10 Die junge Frau besuchte Ärzte in Berlin (2), Düsseldorf (3), Frankfurt (2), Hamburg (11), Köln (3), München (3) und Stuttgart (2).

Kriterien für ein gutes Erstberatungsgespräch

Ein guter Schönheits-Chirurg sollte...

1. Begründung (Indikation)

- das Alter der Patientin erfragen (und nur in absoluten Ausnahmefällen Patientinnen unter 18 Jahren operieren),
- sich nach der Motivation für eine Operation erkundigen und ausdrücklich dazu auffordern, den Operationswunsch gegenüber möglichen Folgen und Risiken abzuwägen,
- sich ein Bild davon machen, ob eine Störung des Selbstbildes vorliegt oder eine Körperbildstörung (Dysmorphophobie), und ggf. auf psychologische Hilfen hinweisen,
- nach einem aktuellen Kinderwunsch fragen und vorschlagen, das Kind vor der operativen Brustvergrößerung zu bekommen.

2. Wirtschaftliche Aufklärung

- einen schriftlichen Kostenvoranschlag geben,
- über notwendige Kontrolluntersuchungen und deren Kosten aufklären,
- die anzunehmenden Kosten für mögliche Folgeoperationen benennen,
- darüber aufklären, dass Krankenkassen weder die Operation bezahlen noch für alle Folgekosten aufkommen dürfen.

3. Medizinische Aufklärung

- Standard-Aufklärungsbögen verwenden und mit nach Hause geben,
- die Patienten auffordern, sich für die Entscheidung Zeit zu lassen,
- über die verschiedenen Operationsmethoden und Materialien sowie über Risiken aufklären und seine Präferenzen begründen,
- über die vermutliche Dauer der Heilung, wichtige Einschränkungen nach der Operation sowie über Nachbetreuung und sinnvolles Verhalten informieren,
- über **mögliche Folgen** und deren Wahrscheinlichkeiten aufklären:
 - Tastbarkeit des Implantats,
 - Veränderte Berührungsempfindlichkeit,
 - Beeinträchtigung der Stillfähigkeit,
 - Schwierigkeit bei der Mammographie und Kosten ersatzweiser Untersuchungen,
 - Narbenbildung,
- über **mögliche Risiken** und deren Wahrscheinlichkeiten aufklären:
 - Normale OP-Risiken (Wundheilstörung, Infektion, Schmerzen, Thrombose...),
 - Sensibilitätsstörungen,
 - Kapselfibrose (Verhärtung, Verformung, Asymmetrie und Entrundung),
 - Veränderung der Lage des Implantats,
 - Folgeoperationen bei Komplikationen.

Ergebnisse unserer Untersuchung

Dauer der Beratungsgespräche

Die Gespräche dauerten zwischen 20 und 120 Minuten, im Schnitt 52 Minuten.

Motivation, Vorerkrankungen

Nur 4 Ärzte (15%) fragten eingehender nach der Motivation der jungen Frau für die Brustvergrößerung. 3 weitere (12%) fragten zwar kurz danach, ließen aber eine sehr vage Antwort durchgehen („Ich bin irgendwie nicht zufrieden mit meiner Brust“). 19 Ärzte (73%) kümmerten sich gar nicht darum, warum sie eine Operation wünschte. Keiner der Ärzte machte den erkennbaren Versuch, herauszufinden, ob möglicherweise eine Körperbildstörung (Dysmorphophobie) vorliegt.

11 Ärzte (42%) erkundigten sich nach einem aktuellen Kinderwunsch, 15 nicht (58%).

18 Ärzte (69%) fragten nach Vorerkrankungen, 8 (31%) nur unvollständig oder gar nicht.

Kosten

2 Ärzte (8%) ließen sich das Beratungsgespräch durch die Krankenkasse bezahlen.

Fast alle Ärzte informierten von sich aus über die Kosten der Operation: zwischen 5000 und 7200 Euro. 3 Ärzte (12%) wollten die Kostenfrage auf ein späteres Gespräch verschieben – dann hätte die Entscheidung für die Operation aber teilweise schon feststehen müssen.

Bei fast allen Ärzten sollte die Nachsorge inklusive sein. Dazu gehören die direkten OP-Folgen (Folgeuntersuchungen und -behandlungen bis zu etwa einem halben Jahr sowie spätere Nachkontrollen).

Folgekosten

7 Ärzte (27%) erwähnten ausdrücklich, dass es zu Folgeoperationen kommen könnte und die Krankenkassen diese Kosten wahrscheinlich zum großen Teil nicht übernehmen. 4 weitere (15%) deuteten das nur indirekt an, etwa indem sie der potentiellen Patientin ein Faltpapier über eine „Folgekostenversicherung“ gaben. 19 Ärzte (73%) sprachen darüber gar nicht.

1 Arzt (4%) bot an, der Patientin bei den Kosten entgegenzukommen, falls es zum Verrutschen des Implantats oder einer Kapselbildung kommen sollte.

Methoden und Material

11 Ärzte (42%) informierten ausführlich über die Vor- und Nachteile der Methoden und Materialalternativen. Manche andere waren so überzeugt vom Silikon, dass sie andere Füllmaterialien nicht erwähnten. 5 Ärzte (19%) gingen auf die verschiedenen Methoden und Materialien überhaupt nicht ein.

6 Ärzte (23%) begründeten Schnittführung und Sitz des Implantats (vor oder hinter dem Brustmuskel). Andere legten ihre Präferenz einfach fest.

Implantatgröße

Nur 1 Arzt (4%) meinte, die Implantate dürften nicht zu groß sein und müssten harmonisch zur Person passen, ohne sich auf eine Größe festzulegen. Weitere 5 Ärzte (19%) deuteten an, dass die Größe der Implantate in einem zweiten Gespräch behandelt werden könne. 8 Ärzte (31%) wollten der jungen Frau die Auswahl der Implantatgröße vollkommen selbst überlassen.

12 Ärzte (46%) schlugen ihr Implantate der Größe 225 bis 450 Milliliter vor. Der uns beratende plastische Chirurg dagegen hielt höchstens 100 bis 150 ml für angebracht. Ab 175 ml aufwärts müsse sogar mit Überdehnung und Druckatrophie (Ausdünnung) des Brustgewebes über dem Implantat gerechnet werden. Auch leichte, durch Fibrose bedingte Verhärtungen und Verformungen der Implantate könnten dann tast- und sichtbar werden. Gleichzeitig werde der Eingriff irreversibel, da bei gewünschter Entfernung der Implantate, z.B. wegen rezidivierender Kapsel-fibrosen, statt des gut geformten runden Ausgangsbefundes eine schlaaffe flache Brust entstehe.

Heilungsverlauf

Alle Ärzte informierten über den Heilungsverlauf und über die Länge des Klinikaufenthalts.

Mögliche Folgen

Wie viele Ärzte sprachen das Thema an?

Narbenbildung	20 (77%)
Ungenauere Mammographie.....	7 (27%)
Fremdkörpergefühl	6 (23%)
Tastbarkeit des Implantats.....	15 (58%)
Beeinträchtigte Stillfähigkeit.....	7 (27%)

Mögliche Risiken

Wie viele Ärzte sprachen das Thema an?

	Besonders ausführlich	Ausführlich	Σ	Oberflächlich	Gar nicht	Σ
Normale OP-Risiken	1	14	58%	8	3	42%
Kapsel-fibrose	3	11	54%	11	1	46%
Folgeoperationen bei Komplikationen	1	12	50%	7	6	50%
Sensibilitätsstörungen		13	50%	5	8	50%
Überschießende und gestörte Narbenbildung		10	38%		16	62%
Veränderung der Lage des Implantats		10	38%	2	14	62%
Asymmetrie und Entrundung		10	38%		16	62%

Die wichtigsten Risiken wurden gerade einmal von etwas mehr als der Hälfte der Ärzte einigermaßen ausführlich erläutert, weniger häufige oder wichtige Folgen und Risiken zum Teil noch weit seltener. 4 Ärzte (15%) spielten Risiken sogar herunter, z.B.: Man müsse sie erwähnen, solle sie aber betrachten „wie Nebenwirkungszettel“ (er meinte wohl Beipackzettel von Medikamenten).

Mammographie

4 Ärzte (15%) klärten darüber auf, dass eine Mammographie bei silikongefüllten Implantaten schwieriger und daher das Erkennen von Brustkrebs komplizierter und teurer ist. 3 weitere (12%) ließen diesen Umstand indirekt durchblicken, ohne ihn direkt zu erwähnen. 19 Ärzte (73%) sagten dazu nichts.

Nur 1 Arzt (4%) erwähnte ausdrücklich, dass die Krankenkasse möglicherweise keine teureren Mammographie-Ersatzuntersuchungen bezahlt, 2 weitere (8%) deuteten das immerhin an. 23 Ärzte (88%) ließen diesen Punkt unerwähnt.

Patientenaufklärungsbogen

16 Ärzte (62%) gaben Patientenaufklärungsbögen mit, die einigermaßen den Anforderungen der Fachgesellschaften entsprachen. Einer hatte einen selbstgemachten.

Bedenkzeit

Nur 6 Ärzte (23%) ließen erkennen, dass nach ihrer Auffassung die Operation eigentlich nicht nötig wäre, da die junge Frau einen sehr ausgewogenen Körperbau und wohlgeformte Brüste hatte (BH-Größe B). 3 weitere Ärzte (12%) forderten sie immerhin auf, die Entscheidung noch einmal zu überdenken, und 7 Ärzte (27%) boten einen zweiten Termin an, was implizit ebenfalls bedeutete, dass sie Zeit haben würde, noch einmal darüber nachzudenken. Die übrigen 10 Ärzte (38%) hätten, wenn die Testperson das gewollt hätte, oder haben sogar ohne Nachfrage und ohne Bedenkzeit sofort einen Termin für die Operation gemacht.

Die besuchten Ärzte

Nun versuchen wir, die besuchten Ärzte zu bewerten. Wir teilen sie in fünf Gruppen und vergeben Schulnoten von 1 bis 5. Unser bewusst nicht-lineares Bewertungs-Schema berücksichtigt, dass die Anforderungen an medizinisch nicht indizierte Eingriffe von Rechtsprechung wie auch Fachgesellschaften sehr viel höher angesetzt werden als bei Operationen mit eindeutiger medizinischer Indikation.

					50%				70%			85%		95%	100%
Note 5					Note 4					Note 3			Note 2		1
10 Ärzte					11 Ärzte					4 Ärzte			1 Arzt		

Gute Beratung

Die Spitzennote bekäme einer, der alle Kriterien zu 95 bis 100 Prozent erfüllt. Das hat keiner. Ein Arzt hat jedoch mit 88% eine gute Beratung gegeben. Er hat deutlich gemacht, dass die Operation eigentlich nicht nötig wäre, eine Zweitmeinung empfohlen und seine Fähigkeiten relativiert („Auch ich kann nicht zaubern“). Er hat über einige Risiken relativ ausführlich aufgeklärt (über etliche andere dagegen zu knapp oder gar nicht) und als einziger deutlich gemacht, dass die Untersuchung der Brust durch Mammographie erschwert sein wird und dass die Krankenkasse teurere Untersuchungen möglicherweise nicht bezahlt.

Mittelmäßige Beratung: 4 Ärzte

Hier finden sich 3 weitere der 6 Ärzte, die der Patientin von der Brustvergrößerung eher abrieten oder zum Überdenken der Entscheidung ausdrücklich aufforderten. Die 4 Ärzte berieten überwiegend wertfrei und waren offen für Fragen der Patientin, sie waren jedoch in verschiedenen anderen Bereichen schwächer. Die Risikoaufklärung gelang einem Arzt gut, 3 Ärzte waren nur mittelmäßig. Die Frage nach der Motivation stellte nur einer zufriedenstellend intensiv, zwei dagegen gar nicht. 3 Ärzte überzeugten bei der Aufklärung über Kosten und mögliche Folgekosten, einer jedoch gar nicht.

Schlechte Beratung: 11 Ärzte

Unter diesen Ärzten finden sich einige bemerkenswerte Beratungsaussagen, die jedoch durch andere Schwächen das magere Gesamtergebnis nicht retten konnten. Zum Beispiel klärte ein Arzt über zwei Risiken besonders gut auf (Kapselfibrose und allgemeine OP-Risiken), ein anderer riet von der Operation eher ab und betonte besonders das Risiko möglicher Folgeoperationen. Ein dritter hatte es sich zur Gewohnheit gemacht, immer drei Gespräche zu führen, damit die Entscheidung in Ruhe und fundiert zustande komme, und er bot der Patientin an, eine Zweitmeinung einzuholen. Dieser Arzt würde nach dem zweiten und dritten Gespräch möglicherweise zu den Besseren gehören. (Wir bewerten hier nur das erste Gespräch, da wir davon ausgehen, dass in diesem alles Wichtige einmal erwähnt werden sollte, während weitere Gespräche den Druck, sich dann doch operieren zu lassen, möglicherweise stark erhöhen könnten.)

Einer der Ärzte bemerkte zu der jungen Frau: „Sie haben eine sehr schöne Brust, da kann man alles machen“. Obwohl er offenbar die natürliche Schönheit seiner Besucherin erkannt hatte, dachte er sofort nur über seine Operationsmöglichkeiten nach. Diese paradoxe Haltung scheint uns ein Ausdruck der leider vorherrschenden Denkweise unter Schönheits-Chirurgen zu sein.

Ganz schlechte Beratung: 10 Ärzte

Auch hier gab es gute Einzelergebnisse. Zum Beispiel rieten 2 Ärzte der Patientin, ihre Entscheidung noch einmal gut zu überdenken, und einer fragte, ob ihr Freund die OP wolle. Die anderen Kriterien erfüllten sie jedoch überwiegend mangelhaft. Ein Arzt tat sich besonders hervor durch seine Vorliebe für große Brüste. Er empfahl im Rahmen unserer Untersuchung die größten Implantate (450 ml) und garnierte diese Empfehlung mit dem Satz: „Sie wollen groß? Sie kriegen groß!“ Dabei hatte die junge Frau gar nicht besonders große Brüste verlangt.

Fazit:

Die Qualität der Beratung vor einer Brustvergrößerung stellt sich uns dar wie ein ausgebreiteter Fächer, auf dem die Ärzte wie Wolken verteilt sind. Ausgeprägte Muster sind schwer auszumachen. Kein Arzt erfüllte alle Anforderungen, keiner erfüllte sie aber auch gar nicht. Jeder hatte irgendwo seine Stärken und daneben mehr oder weniger Schwächen.

Gewundert hat uns, dass die Länge der Beratungsgespräche gar nicht mit der Qualität zusammenhängt. In allen vier Gruppen gab es lange, mittlere und kurze Gespräche. Die schlechteren

Gespräche beschäftigten sich allerdings häufiger mit ästhetischen Fragen und mehr oder weniger direkter Werbung, während die besseren sich eher auf die medizinisch-fachlichen Inhalte konzentrierten.

Für Menschen, die Schönheitsoperationen erwägen, könnte aus unserer Untersuchung geschlossen werden: Kein Arzt wird Ihnen ausreichende Informationen und Entscheidungshilfen geben. Seien Sie vorsichtig und skeptisch, fragen Sie immer mehrere Ärzte (und auch Psychologen), suchen Sie unabhängige Fachliteratur – denn eine Operation ist in den meisten Fällen nicht mehr so einfach rückgängig zu machen.

Am sichersten sind Sie vor all diesen Problemen, mit denen wir uns hier beschäftigt haben, wenn Sie von Schönheitsoperationen einfach die Finger lassen.

Anhang: Ein Blick ins Nachbarland Österreich

Einiges, was wir uns für Deutschland wünschen, ist im Nachbarland Österreich bereits verwirklicht. Dort hat die Gesellschaft der plastisch-ästhetisch-rekonstruktiven Chirurgen¹¹ erstmals Leitlinien für die wichtigsten Operationen entwickelt, die allerdings in ihrer Detaillierung sehr dürftig ausfallen. Und der Verein für Konsumenteninformation, sozusagen die österreichische Verbraucherzentrale, hat in ihrer Zeitschrift Der Konsument¹² eine der unseren ganz ähnliche Untersuchung veröffentlicht – mit dem entscheidenden Unterschied, dass auch die Namen der besuchten Ärzte in der Veröffentlichung genannt werden.

11 „Guidelines der ästhetischen plastischen Chirurgie“ der ÖGPÄRC
(www.plastischechirurgie.org/upload/files/2561_guidelines-version-1.06.pdf)

12 Der Konsument 1/2010 (www.konsument.at/cs/Satellite?pagename=Konsument%2FMagazinArtikel%2FDetail&cid=318867407178)

Konsequenzen und Forderungen

- Die Ärzte, die auf dem Gebiet der ästhetischen Chirurgie tätig sind, fordern wir auf, sowohl in ihrer Beratung als auch bei ihren Operationen **ethische Gesichtspunkte** vor finanzielle zu stellen. Als Anhaltspunkt kann ihnen dabei unsere Liste der Kriterien für gute Beratungsgespräche dienen, die wir beispielhaft für Brustvergrößerungen aus Rechtsprechung, Patientenaufklärungsbögen, Empfehlungen und Stellungnahmen der Fachverbände zusammengestellt haben.
- Die Fachgesellschaften der ästhetischen und plastischen Chirurgie werden aufgefordert, ihre Aufgabe der **Qualitätsentwicklung und -sicherung** besser wahrzunehmen. Das könnte beispielsweise dadurch geschehen, dass sie öffentlich zugängliche Leitlinien für ästhetische Operationen entwickeln, die die Themen Beratung und Indikationsstellung enthalten, und für ihre Mitglieder möglichst verbindlich machen.
- Die Politik sollte überlegen, wie sie Ärzte, die Schönheitsoperationen durchführen, veranlassen oder gar **verpflichten** kann, ihre Aufgaben und Pflichten vollständig zu erfüllen.
- Auch könnte die Politik erwägen, ob vor Schönheits-Operationen eine **Pflicht zur Beratung** durch unabhängige Akteure sinnvoll wäre. Denn seit die Krankenkassen nicht mehr für die Folgekosten (z.B. bei Behandlungsfehlern oder bei Folgeoperationen) aufkommen müssen, drohen diese Lasten in etlichen Fällen eines Tages bei den Sozialämtern zu landen.
- Unabhängige wissenschaftliche Institute müssen die Folgewirkungen und Komplikationsraten nach ästhetischen Operationen **systematisch erforschen und veröffentlichen**.
- Patientinnen und Patienten sollten sich vor jeder medizinisch nicht indizierten Maßnahme, insbesondere vor Schönheits-Operationen, sorgfältig über ihre **Motivation** klar werden, eine ausführliche und vollständige **Aufklärung** von ihren Ärzten einfordern sowie sich die möglichen **Folgen** und auch Folgekosten eines Eingriffs schon bei der Entscheidung schonungslos vor Augen führen.