



Missbräuche im Bereich der Schönheitsoperationen gezielt verhindern – Verbraucher umfassend schützen

Antrag an den Deutschen Bundestag 24.10.2007

Anhörung Ausschuss für Gesundheit 23.04.2008

Materialien und Stellungnahmen

Geschäftsstelle

Langenbeck-Virchow-Haus
Luisenstraße 58-59, 10117 Berlin

Fon: 030 / 28 00 44 50

Fax: 030 / 28 00 44 59

www.dgpraec.de

info@dgpraec.de



Inhaltsverzeichnis

Antrag an den Deutschen Bundestag: „Missbräuche im Bereich der Schönheitsoperationen gezielt verhindern – Verbraucher umfassend schützen“ (Drucksache 16/6779)	1
Auszug Protokoll Deutscher Bundestag 16. Wahlperiode – 120. Sitzung. Berlin, 24. Oktober 2007, TOP 15	6
Gitta Connemann (CDU/CSU)	6
Mechthild Rawert (SPD)	8
Dr. Konrad Schily (FDP)	9
Frank Spieth (DIE LINKE)	10
Birgitt Bender (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN)	11
Protokoll Anhörung vor Ausschuss für Gesundheit, Berlin, 23. April 2008	13
Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft der Plastischen, Rekonstruktiven und Ästhetischen Chirurgen zu der Anhörung: „Missbräuche im Bereich der Schönheitsoperationen gezielt verhindern – Verbraucher umfassend schützen“ (16. April 2008)	40
Stellungnahme Rechtsanwalt Matthias Teichner zu der Anhörung: „Missbräuche im Bereich der Schönheitsoperationen gezielt verhindern – Verbraucher umfassend schützen“ (17. April 2008)	43
Pressemitteilung Verbraucherschutz bei „Schönheitsoperationen“: „Orientierung und Sicherheit für Patienten möglich machen!“ (23. April 2008)	47
Weitere Stellungnahmen unter http://webarchiv.bundestag.de/cgi/show.php?fileToLoad=1900&id=1134	

Antrag

der Abgeordneten Gitta Connemann, Dr. Hans Georg Faust, Annette Widmann-Mauz, Dr. Wolf Bauer, Maria Eichhorn, Hubert Hüppe, Dr. Rolf Koschorrek, Hartmut Koschyk, Maria Michalk, Michaela Noll, Dr. Norbert Röttgen, Hermann-Josef Scharf, Jens Spahn, Max Straubinger, Willi Zylajew, Volker Kauder, Dr. Peter Ramsauer und der Fraktion der CDU/CSU

sowie der Abgeordneten Mechthild Rawert, Dr. Carola Reimann, Peter Friedrich, Eike Hovermann, Christian Kleiminger, Dr. Karl Lauterbach, Hilde Mattheis, Olaf Scholz, Dr. Margrit Spielmann, Jella Teuchner, Dr. Marlies Volkmer, Dr. Wolfgang Wodarg, Dr. Peter Struck und der Fraktion der SPD

Missbräuche im Bereich der Schönheitsoperationen gezielt verhindern – Verbraucher umfassend schützen

Der Bundestag wolle beschließen:

I. Der Deutsche Bundestag stellt fest:

1. Die Begriffe Schönheitsoperation, Schönheitschirurgie, kosmetische Chirurgie oder ästhetische Chirurgie sind in Deutschland nicht eindeutig definiert. In den folgenden Ausführungen wird der Begriff Schönheitschirurgie verwendet. Dem liegt die Annahme zugrunde, dass sich die Schönheitschirurgie mit der Verbesserung oder Veränderung von Körperformen durch operative Eingriffe ohne medizinische Notwendigkeit befasst. In der Regel handelt es sich um Maßnahmen, die auf Wunsch des Patienten nach einer Verbesserung seines äußeren Erscheinungsbilds beruhen, ohne dass erlittene Verletzungen oder angeborene Fehlbildungen im medizinischen Sinne vorliegen.

Der Wunsch nach maßgeschneiderter Schönheit wächst. Dafür tragen die Medien maßgeblich Verantwortung. Schätzungsweise zehn Millionen kosmetisch-operative Eingriffe werden weltweit jährlich durchgeführt. Im Zeitalter von Wellness und Antiaging nimmt die Zahl stetig und rapide zu – auch in Deutschland. Mangels bundesweiter Statistiken fehlen allerdings valide Daten. Erhebungen werden insoweit nur von den plastisch-chirurgischen Fachgesellschaften durchgeführt. So haben die Mitglieder der Vereinigung Deutscher Plastischer Chirurgen im Jahr 2005 etwa 700 000 Eingriffe durchgeführt, davon etwa 175 000 rein ästhetische Eingriffe. Die Mitglieder der Gesellschaft für Ästhetische Chirurgie Deutschland haben im Jahr 2004 rund 186 000 Schönheitsoperationen und rund 68 000 Faltenbehandlungen durchgeführt. Es gibt jedoch eine hohe Dunkelziffer, denn die Eingriffe von Ärzten, die keine Facharztausbildung zum plastischen Chirurgen absolviert haben, werden genauso wenig erfasst wie die von Heilpraktikern und Kosmetikern. Auch die Anzahl der in Deutschland lebenden Verbraucherinnen und Verbraucher, die sich im Rahmen eines OP-Tourismus im Ausland einer schönheitschirurgischen Behandlung unterziehen, ist nicht bekannt. Laut

Schätzungen sollen im Jahr 2001 ca. 400 000 Menschen in Deutschland eine Schönheitsoperation an sich haben durchführen lassen, 2002 mehr als 800 000. Seit 2003 wird die Zahl auf über eine Million geschätzt. Das Altersspektrum der Patientinnen und Patienten soll von 12 bis 84 Jahren reichen. Nach Informationen der Vereinigung Deutscher Plastischer Chirurgen werden 10 Prozent aller schönheitschirurgischer Eingriffe an unter 20-Jährigen durchgeführt. Schon unter 9- bis 14-Jährigen wünscht sich jedes fünfte Kind laut einer Umfrage des Kinderbarometers der LBS-Initiative „Junge Familien“ eine schönheitsoperative Behandlung. Der Wunsch nach einem neuen Busen zum Abitur ist keine Ausnahme mehr.

Angesichts der hohen und stetig steigenden Zahl an schönheitschirurgischen Eingriffen ist es zunehmend problematisch, dass die Schönheitschirurgie z. T. ohne entsprechende Weiterbildung betrieben wird, obwohl umfangreiche fachärztliche Weiterbildungen in diesem Bereich existieren. Dazu gehören unter anderem die Weiterbildungen „Facharzt für plastische/ästhetische Chirurgie“ und „Facharzt für Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie“. Diese Titel können erst durch eine entsprechende mindestens sechsjährige Aus- und Weiterbildung, den Nachweis ausreichender praktischer Erfahrung und nach einer entsprechenden Prüfung bei der Ärztekammer erworben werden. Zudem besteht darüber hinaus die Möglichkeit, die Zusatzweiterbildung Plastische Operationen zu absolvieren, die in Ergänzung zu einer Facharztkompetenz im Bereich Hals-Nasen-Ohrenheilkunde oder Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie die konstruktiven und rekonstruktiven plastischen operativen Eingriffe zur Wiederherstellung und Verbesserung der Form und Funktion und Ästhetik in der Kopf-Hals-Region umfasst.

Zurzeit können Ärzte ohne Zusatzqualifikation schönheitschirurgische Eingriffe vornehmen. Für die Patientinnen und Patienten besteht daher die Gefahr, an einen für diese Eingriffe nicht ausreichend qualifizierten und/oder nicht erfahrenen Arzt zu geraten. Nicht nur enttäuschte Erwartungen über das erhoffte neue Aussehen, sondern auch Komplikationen mit erheblichen medizinischen Risiken und Dauerschäden bis hin zum Tod der Patientinnen und Patienten können die Folge sein. Nach der bislang gründlichsten Untersuchung über Liposuktionszwischenfälle in den USA, veröffentlicht im Fachblatt „Plastic and Reconstructive Surgery“, kommt auf 5 000 Fettabsaugungen jeweils ein Todesfall infolge Lungenembolien, innerer Verletzungen, Hautnekrosen oder Infektionen. Damit korrespondiert eine jüngere Studie der Universitätsklinik der Ruhr-Universität Bochum.

Die Folgebehandlungen missglückter Eingriffe oder bei Komplikationen stellen nicht nur eine große Belastung für die Geschädigten dar, sondern belasten auch die Versicherungsgemeinschaft mit zunehmenden Kosten. Deshalb gibt es zukünftig eine stärkere Eigenverantwortung für die Behandlung von Folgeerkrankungen aufgrund nicht notwendiger medizinischer Eingriffe – zum Beispiel bei Komplikationen infolge von Schönheitsoperationen oder Piercing. Denn es handelt sich um freiwillige Eingriffe ohne medizinische Indikation, mit deren Folgen die Solidargemeinschaft nicht belastet werden darf.

Wegen der starken Zunahme bei den Schönheitsoperationen wandte sich im Jahr 2002 die Europäische Union (EU) an ihre Mitgliedstaaten. In einer Entschließung des Europäischen Parlaments (EP) zu der Mitteilung der Kommission über Maßnahmen der Gemeinschaft und der Mitgliedstaaten im Zusammenhang mit Brustimplantaten (KOM(2001) 666 – C5-0327/2002 – 2002/2171(COS)) vom 12. Januar 2002 empfiehlt das EP Implantationen bei Frauen unter 18 Jahren nur aus medizinischen Gründen zu erlauben. Als Begründung wird angeführt, dass Kindern und Jugendlichen die notwendige

geistige Reife fehle, um die Tragweite der mit dem Eingriff verbundenen gesundheitlichen Gefahren einzuschätzen.

Die Zahl der Schönheitschirurgischen Eingriffe an Jugendlichen unter 18 Jahren nimmt zu. Einzige Voraussetzung dafür ist zurzeit nur das Vorliegen einer Einwilligungserklärung der gesetzlichen Vertreter. Eine vorherige medizinische Begutachtung muss nicht erfolgen. Selbst bei einer ordnungsgemäßen Aufklärung ist nicht sichergestellt, dass sich der Jugendliche der Reichweite seines Entschlusses bewusst ist. Es besteht die Gefahr, dass der jugendliche Charakter die Folgen nur schwer oder überhaupt nicht verarbeitet. Somit stehen fehlende Einsichtsfähigkeit und die möglichen körperlichen Folgen nicht im Verhältnis zum Nutzen. Der Jugendliche befindet sich noch im Wachstum. Ebenfalls verändern sich in der Reflexionsphase das Weltbild und die eigenen Werte in einem fließenden Prozess. Das eigene Aussehen kann später nur noch nachrangige Bedeutung besitzen. Vielmehr ist gerade das Aussehen eines Menschen sein natürliches Gut, über das er bei bestehender geistiger Reife selbst entscheiden muss. Schönheitsoperationen an Kindern und Jugendlichen sollten also deshalb nur dann vorgenommen werden, wenn ein erheblicher Leidensdruck vorliegt oder ein Krankheitswert der Deformierung eingeschätzt werden kann.

2. Der Deutsche Bundestag bekräftigt seine Auffassung, dass die Heilpraktikererlaubnis nicht zur Vornahme chirurgischer Eingriffe berechtigt. Wer Heilkunde ausübt, ohne als Arzt bestellt zu sein, bedarf der Heilpraktikererlaubnis. Für den Beruf des Heilpraktikers existiert kein vorgeschriebener Bildungsgang. Es findet lediglich eine Überprüfung durch einen Amtsarzt statt, die jedoch allein der Feststellung dient, ob gegebenenfalls ein Heilpraktikeranwärter eine Gefahr für die menschliche Gesundheit darstellen könnte. Die Überprüfung beinhaltet also gerade keine Fachprüfung, sondern konzentriert sich als Maßnahme der Gefahrenabwehr darauf, ob der zu prüfende Kandidat um die Grenzen der Heilbefugnisse eines Heilpraktikers weiß. Deshalb dürfen Heilpraktiker keine Eingriffe an Menschen vornehmen, für die sie nicht die erforderlichen Kenntnisse besitzen. Hilfe suchende Menschen müssen stets mit der erforderlichen Sorgfalt behandelt und vor Schäden bewahrt werden. Dies gebietet bereits das allgemeine Haftungsrecht. Hinzu kommt, dass Heilpraktikern nach dem Arzneimittelgesetz der Zugriff auf verschreibungspflichtige Arzneimittel (hier: Betäubungsmittel) verwehrt ist, so dass sie in der Regel auch keine Anästhesie einleiten können, die für Schönheitschirurgische Eingriffe erforderlich wäre.

Unabhängig von dieser rechtlichen Situation muss bewusst gemacht werden, dass Schönheitsoperationen schwer wiegende körperliche Eingriffe bedeuten, die einer besonderen Qualifikation bedürfen. Heilpraktiker sind hierfür grundsätzlich nicht qualifiziert.

3. Die Eingriffe und die damit verbundenen Risiken erfordern eine hohe Sachverständigkeit der ausführenden Ärzte. Die Zahl der Fälle, in denen Patientinnen und Patienten Schmerzensgeldforderungen wegen Behandlungsfehler stellen, ist in den letzten Jahren kontinuierlich gestiegen. Im Jahr 1997 wurden insgesamt 8 884 Anträge an die Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen in Deutschland gestellt, im Jahr 2003 waren es bereits 11 053 Anträge. Jedoch gehen auch titulierte Ansprüche ins Leere, wenn der Arzt keinen Versicherungsschutz hat und auch persönlich nicht im ausreichenden Maße solvent ist.

Zwar gewährt eine Berufshaftpflichtversicherung dem Arzt Versicherungsschutz für den Fall seiner zivilrechtlichen Inanspruchnahme wegen eines Behandlungsfehlers. Anders als zum Beispiel im Bereich der Anwaltschaft ist der Abschluss einer entsprechenden Haftpflichtversicherung aber lediglich eine standesrechtliche Berufspflicht und nur in einigen Ländern (beispiels-

weise Nordrhein-Westfalen) gesetzlich vorgeschrieben. Experten schätzen daher, dass ein beträchtlicher Anteil der im Bereich der Schönheitschirurgie tätigen Ärzte nicht ausreichend versichert ist.

In dem Bewusstsein dieser Problematik und gegen den Trend zu immer mehr Schönheitsoperationen bei beiden Geschlechtern und in allen Altersgruppen ist die Bundesregierung auf verschiedenen Ebenen aktiv:

- **Gesundheitliche Aufklärung und öffentliche Meinungsbildung**

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung greift in verschiedenen Projekten und Broschüren („Kinder stark machen“, „Mädchensache(n)“, „Gut Drauf“) Fragen der Körperwahrnehmung und des Schönheitsideals besonders von Mädchen und jungen Frauen auf.

Das Bundesministerium für Gesundheit hat 2005 eine Informationsbroschüre „Spieglein, Spieglein ...“ vorgestellt, die u. a. anhand eines Interviews mit einer bekannten Schauspielerin Denkanstöße für einen kritischen Umgang mit Schönheitsoperationen vermitteln soll.

Positiv hervorzuheben ist auch die von der Bundesärztekammer unter Beteiligung von politischen Verantwortungsträgern ins Leben gerufene „Koalition gegen den Schönheitswahn“. Ziel dieser Koalition ist es, die Medien und die Öffentlichkeit zu einem verantwortungsbewussteren Umgang in der Darstellung von Schönheitsoperationen zu veranlassen und vor allem nicht länger Jugendliche als Zielgruppe anzusprechen.

- **Gesetzgebung**

Seit dem 1. April 2006 sind operative plastisch-chirurgische Eingriffe (Schönheitsoperationen) in den Anwendungsbereich des Heilmittelwerbegesetzes (HWG) einbezogen. Damit wird die Werbung für Schönheitsoperationen eingeschränkt.

Durch die Einbeziehung in den Anwendungsbereich des HWG werden insbesondere bestimmte Formen der suggestiven oder irreführenden Werbung, wie sie vormals weit verbreitet waren, verboten. Eine Irreführung liegt nach § 3 HWG insbesondere dann vor, wenn u. a. Verfahren oder Behandlungen eine therapeutische Wirksamkeit beigelegt wird, die sie nicht haben, oder wenn fälschlich der Eindruck erweckt wird, dass ein Erfolg mit Sicherheit erwartet werden kann. Verstöße gegen § 3 stellen bei vorsätzlichem Handeln eine Straftat (Freiheitsstrafe bis zu einem Jahr oder Geldstrafe), bei fahrlässigem Handeln eine Ordnungswidrigkeit dar (§ 15 Abs. 2 HWG mit Bußgeldandrohung).

In dem Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung wurde geregelt, dass Versicherte, die sich in der Folge einer Schönheitsoperation eine Krankheit zugezogen haben, bei den dadurch entstehenden Behandlungskosten in angemessener Höhe von der Krankenkasse zu beteiligen sind und dass ein Krankengeld für die Dauer der Behandlung ganz oder teilweise zu versagen oder zurückzufordern ist. Damit wird die Solidargemeinschaft von den Folgen solcher Schönheitsoperationen ohne medizinische Indikation weitgehend entlastet.

Zum anderen wird dadurch verdeutlicht, dass es sich bei Schönheitsoperationen um medizinisch nicht indizierte Eingriffe handelt. Dies trägt zum kritischen Umgang mit dem Thema bei.

II. Der Deutsche Bundestag

- fordert die ärztliche Selbstverwaltung auf, über das Thema Schönheitsoperationen sachgerecht aufzuklären, einen Kriterienkatalog als Wegweiser für die Patienten zu erarbeiten, der Nachfrager von Schönheitsoperationen dabei

unterstützen kann, eine Qualitätsauswahl unter den Anbietern solcher Gesundheitsleistungen zu treffen. Ein solcher Wegweiser könnte dazu beitragen, zumindest unerwünschte Folgekomplikationen solcher Operationen zu minimieren;

- fordert die Bundesregierung auf,
 1. die Entwicklung im Bereich der Schönheitsoperationen, insbesondere bei Jugendlichen, kritisch zu beobachten;
 2. nicht darin nachzulassen, einen kritischen Umgang mit Schönheitsoperationen zu fördern, wie bereits im GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz und im Heilmittelwerbegesetz geschehen, und weitere Handlungsspielräume auch im Bereich der Werbung zu prüfen;
- appelliert an die Länder,
 1. sich dafür einzusetzen, dass die Überwachungsbehörden der Länder für die Berufsausübung verstärkt bei schönheitschirurgischen Eingriffen darauf achten, dass nur entsprechend qualifizierte Personen solche Eingriffe vornehmen und Heilkunde nur von dazu befugten Personen ausgeübt wird;
 2. die Verpflichtung des Nachweises eines umfassenden Haftpflichtversicherungsschutzes zu kodifizieren;
- fordert die Bundesregierung und die Länder in ihrem jeweiligen Zuständigkeitsbereich auf,
 1. berufsrechtliche und sonstige rechtliche Regelungen für Verbote von nicht medizinisch indizierten Schönheitsoperationen an Minderjährigen zu prüfen;
 2. auf die Medien hinzuwirken, verantwortungsbewusst mit dem Thema Schönheitsoperationen umzugehen. Insbesondere sollten zielgruppentypische Seriensendungen für Jugendliche sich des Themas in geeigneter und kritischer Weise annehmen.

Berlin, den 24. Oktober 2007

Volker Kauder, Dr. Peter Ramsauer und Fraktion
Dr. Peter Struck und Fraktion

- (A) Weil der Unterglasanbau eine energieintensive Branche ist, bedarf es eines schnellen Umstiegs auf alternative Energieressourcen und effiziente Energienutzung, um das Klima zu schützen und die Wettbewerbsfähigkeit des Gartenbaus in Deutschland zu erhalten. Die Unternehmen müssen zügig investieren, um die laufenden Energiekosten senken zu können. Aber viele Betriebe verfügen nicht über das nötige Kapital für die hohen Investitionen. Deswegen sind Bund und Länder gefordert, mit einem gut ausgestatteten Förderprogramm für einen schnellen Wechsel zu sorgen.

Es reicht nicht aus, die Betriebe an bestehende Förderprogramme im Rahmen der GAK und der Landwirtschaftlichen Rentenbank zu verweisen, so wie Sie es getan haben. Diese Programme bestehen seit Jahren, ohne dass sich an der Lage der Betriebe etwas Entscheidendes geändert hätte. Das zeigt doch, dass eine neue Förderinitiative mit anderen Förderkonditionen notwendig ist. Außerdem sind neben zusätzlichen Investitionsförderungen auch Mittel für die Energieberatung notwendig. Mit mehr und besserer Energieberatung könnten dann auch die bestehenden Förderprogramme besser genutzt werden.

Nicht vergessen wollen wir auch, dass es gilt, die Forschung und Entwicklung technischer Lösungen speziell für den Unterglasgartenbau voranzubringen. Hier gibt es sowohl im Bereich Energieeffizienz als auch der Einbindung von Systemen der erneuerbaren Energien besondere Anforderungen seitens der Branche. Auch hierfür sollte der Bund zusätzliches Geld zur Verfügung stellen.

- (B) Den Investitionsbedarf macht auch ein Blick in die Niederlande deutlich. Die dortige Regierung stellt 48 Millionen Euro für Investitionen in Energiesparmaßnahmen im Unterglasanbau zur Verfügung. Bis 2020 streben die Niederlande den energieneutralen Unterglasanbau an, in dem das Gewächshaus auch als Energie- und Stromproduzent fungiert. Der Druck auf die Wettbewerbsposition des deutschen Unterglasanbaus wird sich dadurch noch einmal erhöhen. Wenn Deutschland hier mithalten und Arbeitsplätze erhalten will, dann sind 25 Millionen Euro nicht zu viel.

Anlage 26

Zu Protokoll gegebene Reden

zur Beratung des Antrags: Missbräuche im Bereich der Schönheitsoperationen gezielt verhindern – Verbraucher umfassend schützen (Tagesordnungspunkt 15)

Gitta Connemann (CDU/CSU): Der Wunsch nach Schönheit ist so alt wie die Menschheit selbst. „Wenn ich zu wählen hätte, zwischen der Macht des persischen Königs und körperlicher Schönheit, würde ich mich für die Schönheit entscheiden“, schwor bereits der griechische Feldherr Xenophon vor mehr als 2 000 Jahren „bei allen Göttern“.

Zu allen Zeiten trachteten die Menschen danach, bestimmten Schönheitsidealen zu entsprechen. Und sie

- wussten sich zu helfen. Schon in den Ausgrabungsstätten fanden sich Schminktiegel und Perückenteile. (C)

Das Schönheitsbild hat sich seit der Antike verändert. Aber auch die Methoden der Verschönerung. Seit den ersten Nasenoperationen vor 400 Jahren hat sich die Schönheitschirurgie in Quantensprüngen entwickelt. Maßgeschneiderte Schönheit – ein Traum scheint wahr zu werden, der Schlüssel zu Glück und Erfolg gefunden.

Denn die sozialwissenschaftliche Forschung belegt: Schönheit öffnet Tür und Tor und zwar von Geburt an. Hübsche Babys erfahren mehr Zärtlichkeit und Zuwendung. Hübsche Kinder werden in der Schule stärker gefördert und seltener bestraft. Diese Bevorzugung setzt sich bis ins Alter fort. Schöne Menschen haben nicht nur bessere Chancen beim anderen Geschlecht, sondern auch größere Erfolge auf dem Arbeitsmarkt. Schönheit ist ein Wettbewerbsfaktor und damit bares Geld wert.

Es heißt zwar: „Wahre Schönheit kommt von innen“. Aber es bedarf eines gehörigen Selbstbewusstseins, um diese Weisheit auch zu leben. Und wem es daran mangelt, behilft sich mit der Erkenntnis von Goethe: „Schönheit ist überall ein gar willkommener Gast.“ Und hilft nach – mit den Mitteln der Schönheitschirurgie.

Jede Veränderung, alles scheint möglich und zwar ohne Risiko. Nur ein, zwei kleine Schnitte, hier ein wenig Fett abgesaugt, dort ein Polster eingesetzt, an anderer Stelle ein Faltenmittel injiziert. Der Gang zum Schönheitschirurgen erscheint so unkompliziert wie der Besuch des Friseurs. Und Träume scheinen wahr zu werden. (D)

Ist der Bundestag der richtige Ort, um über Träume zu reden? Gibt es nicht wichtigere Fragen, mit denen sich die Politik beschäftigen sollte? Mit diesen Fragen sahen wir uns als CDU/CSU-Fraktion im Dezember 2003 konfrontiert. Damals thematisierten wir erstmal bundespolitisch den Patienten- und Verbraucherschutz bei Schönheitsoperationen durch eine Anfrage an die damalige Bundesregierung.

Betroffene und Verbände hatten im Vorfeld Missstände problematisiert. Die Beratung vor Operationen sei unzureichend. Der Begriff Schönheitschirurg sei nicht geschützt. Deshalb würden Eingriffe auch ohne die erforderliche fachliche Qualifikation durchgeführt. Betroffen sei eine zunehmende Anzahl an Patienten. Es gäbe offene Rechtsfragen.

Wir haben diese Hinweise ernst genommen. Leider standen wir damit anfangs sehr alleine da. Die damalige rot-grüne Bundesregierung beantwortete unsere Anfrage eher lieblos, erklärte sich im Wesentlichen für unzuständig und verwies im Übrigen auf das Fehlen aussagekräftiger Daten. Aber unser Kollege Dr. Hans Georg Faust und ich fanden auch Verbündete: in fachärztlichen Vereinigungen wie der vormaligen Vereinigung der Deutschen Plastischen Chirurgen, heute der Deutschen Gesellschaft der Plastischen, Rekonstruktiven und Ästhetischen Chirurgen, in engagierten Vorkämpferinnen wie Dr. med. Marita Eisenmann-Klein und Dr. med. Constance Neuhann-Lorenz und in der Bundesärztekammer. Diese

- (A) rief daraufhin im Jahr 2004 die „Koalition gegen den Schönheitswahn“ ins Leben.

Es war jedoch weitere Überzeugungsarbeit zu leisten. Denn ein Vorurteil hielt sich hartnäckig: Das ist ein Thema, das nur einige – vornehmlich ausländische – Filmstars betrifft, also kein Problem.

Weit gefehlt. Es existieren zwar nicht so viele Zahlen wie in anderen Bereichen. Denn nicht jeder Mediziner gibt gerne seine Daten preis. Und die Grauzone ist erheblich. Aber die vorliegenden Daten zeichnen ein eindeutiges Bild: Eine Schönheitsoperation ist heute keine Ausnahme mehr.

Je nach Schätzung werden in Deutschland zwischen 500 000 und 1 Million ästhetische Eingriffe und Operationen pro Jahr durchgeführt. Die Dunkelziffer ist hoch, da Eingriffe von Ärzten ohne Facharztausbildung oder von Heilpraktikern nicht erfasst werden. Auch die Eingriffe, die im Rahmen eines Schönheitsoperationstourismus in Nachbarländern wie Tschechien etc. durchgeführt werden, können kaum erfasst werden.

Von der Altenpflegerin bis zum Ingenieur – die Patienten kommen aus einem breiten gesellschaftlichen Spektrum. Dies belegt eine in diesem Jahr vorgelegte Forschungsstudie im Auftrag der Bundesanstalt für Landwirtschaft und Ernährung. Danach belaufen sich die Kosten pro Eingriff auf bis zu 12 000 Euro. Dies lässt auf einen Gesamtmarkt von rund 700 Millionen Euro pro Jahr schließen. Gewerblich organisierte Anbieter führen von der Lidstraffung über die Kinnplastik bis hin zur Fettabsaugung fast alle Arten ästhetischer Eingriffe durch. Die Patienten werden immer jünger. So weist vor allem die Gruppe der 20- bis 29-jährigen Frauen die höchste Rate bei Brustvergrößerungen auf. Selbst in der Altersgruppe von 9 bis 14 Jahren spricht man über das Thema. Der Wunsch nach einem „neuen Busen“ zum Schulabschluss oder zu Weihnachten ist keine Ausnahme mehr.

- (B)

Zunehmend bedrängen Jugendliche ihre Eltern mit dem Wunsch nach maßgeschneiderter Schönheit. Meiner Fraktion und mir geht es um den Schutz dieser Jugendlichen – auch vor sich selbst.

Denn manche Eltern stehen diesem Druck hilflos gegenüber, auch weil diese das vermeintlich Beste für ihre Kinder wollen. „Hauptsache, meine Tochter ist glücklich“, so wird die Mutter von Aylin zitiert – *BILD* 19. Dezember 2005 – die ihrer Tochter zu Weihnachten eine Brustvergrößerung, Lippenaufspritzung, Fettabsaugung an Bauch und Beinen finanzierte. Aylin war zu diesem Zeitpunkt 19.

Aber Schönheitsoperationen werden auch schon an Minderjährigen mit Einwilligung ihrer Eltern durchgeführt. Verstärkt wird diese Entwicklung auch durch die Berichterstattung in den Medien, nach der sich mit Schönheit jedes Ziel erreichen lässt und in jedem ein „Model“ schlummert, wenn er, sie es nur will. Das Thema wird ausgeschlachtet.

Die beliebten Vorher-Nachher-Bilder sind jetzt zwar seit einer Änderung des Heilmittelwerbegesetzes verbo-

- (C) ten. Aber Formate wie „I want a Famous Face“ oder „Der Schwan – endlich schön“ faszinieren – und erzeugen den Eindruck, zum Star operiert werden zu können.

Körperliche Maßarbeit wird mit Erfolg und Glück gleichgesetzt. Aber auch die gelungenste ästhetische Operation wird mangelndes Selbstwertgefühl nicht ersetzen können, insbesondere dann nicht, wenn das Krankheitsbild der Dysmorphophobie vorliegt. Selbst wenn diese Störung nicht vorliegt: wie fühlt es sich an, wenn die eigene Persönlichkeit nicht mehr zur äußeren Hülle passt? „Man braucht fünf Jahre, um sein Gesicht wiederzubekommen. Es muß neu eingeweiht, eingelacht, eingedacht und eingefühlt werden.“ So schilderte die Schauspielerin Hildegard Knef die Folgen ihrer Gesichtshautstraffung.

Und: nicht jede Schönheitsoperation gelingt. Jede Operation birgt das Risiko von Komplikationen – im Extremfall bis zum Tod. Allein in Deutschland starben laut einer Studie der Ruhr-Universität in den Jahren 1998 bis 2002 16 Patienten als Folge einer Fettabsaugung. Silikonbusen müssen nachoperiert werden. Faltenspritzen können Hängelider verursachen. Und vieles mehr.

Die Betroffenen wagen häufig noch nicht einmal, mit dem eigenen Partner, Freunden oder Bekannten zu reden. Sie fürchten die Reaktion „Du hast ja selbst schuld“. Eine Schadensersatzforderung wird erst recht nicht geltend gemacht, denn diese wäre mit Öffentlichkeit verbunden. Davon profitieren die schwarzen Schafe unter den Ärzten. Und es gibt sie.

- (D) Denn nicht jeder unterzieht sich der anspruchsvollen Ausbildung zum „Facharzt für plastische/ästhetische Chirurgie“ oder absolviert die Weiterbildung „Plastische Operationen“. Und es ist auch leider nicht erforderlich. Die Approbation allein reicht, um sich selbst zum Schönheitschirurgen zu ernennen. Und diese Möglichkeit wird genutzt.

Ich habe mit Betroffenen gesprochen, Bilder gesehen wie die einer Patientin, deren Operateur sich in einem anderthalbtägigen Tageskurs zum Spezialisten für Fettabsaugungen ausbilden ließ. Nach Injektion von 27 Litern Flüssigkeit ins Gewebe entfernte der Operateur 24,8 Liter Fettgewebe in einer 14-stündigen Operation. Die Patientin hat knapp überlebt und ist nach wie vor von ihrer Wunschfigur weit entfernt.

Und es gibt weitere Missstände. So berichten Verbraucherzentralen wie Verbände wie der Patientenschutz e. V., dass unzulässige Pauschalhonorare vereinbart werden. Für den Erstkontakt oder einen Erstberatungstermin müssen nicht selten Termingebühren in beträchtlicher Höhe im Voraus gezahlt werden. Und diese beklagen den nicht ausreichenden Versicherungsschutz. Denn anders als bei Rechtsanwälten wird die Zulassung eines Arztes nicht an den Nachweis einer Haftpflichtversicherung geknüpft.

Wildwest pur – dieser Eindruck muss entstehen. Gerade weil der Gegensatz zu den verantwortungsvollen Fachärzten, die es eben auch gibt, die bestens ausgebildet sind und sorgfältig operieren, so groß ist.

- (A) Es besteht offensichtlicher Handlungsbedarf. Eine Anhörung muss ergeben, wie groß dieser ist und auf welchen Feldern er besteht. Dieser Antrag legt die Grundlage für die entsprechende parlamentarische Befassung.

Deshalb bin ich froh und dankbar, dass meine Fraktion sich seinerzeit von den Widerständen nicht hat entmutigen lassen, sondern mich und Dr. Hans Georg Faust begleitet hat. Denn unsere Kolleginnen und Kollegen, voran unsere Gruppe der Frauen, haben ihre Verantwortung für diejenigen erkannt, die sich auf den Weg zu einer Schönheitsoperation machen. Wer sich nach reiflicher Überlegung für eine Schönheitsoperation entscheidet, sollte diesen Weg gehen können, ohne dass hinter vorgehaltener Hand darüber getuschelt wird.

Wichtig ist allein, dass die Patienten wissen, was sie tun; dass Ärzte umfassend aufklären; dass sie sorgfältig operieren; dass sie versichert sind – und dass Kinder und Jugendliche nur dann behandelt werden, wenn wirklich ein medizinischer Grund vorliegt.

Denn Schönheit ist eben doch nicht alles.

- (B) **Mechthild Rawert (SPD):** Die meisten Menschen wollen schön sein! Wer kennt diese Eitelkeiten nicht an sich selbst! Die Schönheitschirurgie erfreut sich in Deutschland einer großen Beliebtheit. Der Markt für die „Verbesserung oder Veränderung von Körperformen durch operative Eingriffe ohne medizinische Notwendigkeit im Sinne des Krankenversicherungsrechts“ (Schönheitschirurgie laut Verständnis des Bundesgesundheitsministeriums) boomt. Laut der *Ärzte-Zeitung* (10. März 2006) ist die „Ästhetische Medizin (...) ein Milliarden Markt“: Der Umsatz wird in Deutschland mittlerweile auf jährlich 5 Milliarden Euro geschätzt, davon circa 800 Millionen Euro auf plastische Operationen, die nicht primär medizinisch indiziert sind. Dabei sind nicht nur die Frauen Vorreiterinnen, sondern auch die Männer lassen sich Fett absaugen, Falten behandeln, die Nase oder das Kinn korrigieren. Auch Kinder sind vor der „Schönheit aus der zweiten Hand“ nicht gefeit: Laut einer Umfrage des Kinderbarometers der LBS-Initiative „Junge Familie“ wünschen sich jedes 5. Kind der unter 9- bis 14-Jährigen eine schönheitsoperative Behandlung des eigenen Aussehens. Wünschen heißt aber noch nicht durchführen. Hier haben Eltern eine herausgehobene Verantwortung: Nicht nur bei der Lenkung realer erfüllbarer Wünsche, sondern auch als diejenigen, die schließlich einen Behandlungsvertrag unterschreiben müssen und die Kosten tragen. Der Anteil der Jugendlichen beiderlei Geschlechts wächst, die sich mithilfe der Schönheit produzierenden operativen Eingriffe auf ein allgegenwärtiges Schönheitsideal trimmen wollen. Jugendliche fühlen sich durch dieses Schönheitsideal einem enormen Druck ausgesetzt. Dabei sind nicht mehr nur Stars die Vorbilder, sondern durch computerretuschierte Fotos wird der eigene Körper zu einem „perfekten Körper“ imaginiert und ein „unrealistisches Bild“ soll zur Wirklichkeit werden. Der Weg der Jugendlichen in ihrem Prozess zur Selbstfindung und Identitätsbildung wird dadurch nicht einfacher. Denn es gibt Tage im Le-

ben, da zweifeln wir alle an unserer Attraktivität. Normalerweise gehen diese Phasen auch im Leben eines oder einer Jugendlichen wieder vorbei und die Frage, ob der Busen zu klein oder groß und die Nase zu breit oder zu lang ist, wird später mit Gelassenheit ertragen. Damit dieser identitätsstiftende Weg von allen Jugendlichen gemeistert werden kann, sind wir alle gefordert als Eltern, als Lehrerinnen und Lehrer, als Politikerinnen und Politiker.

Nicht selten aber lastet auf jungen Menschen der Druck, schöner, schlanker – das heißt perfekter sein zu müssen. Das Gefühl, dem gängigen, durch die Medien produzierten Schönheitsideal nicht zu entsprechen, mindert den Aufbau von Selbstvertrauen und Selbstwertgefühl. Es kommt zu Essstörungen, Fitnesswahn und dem unbedingten Wunsch nach einer Schönheitsoperation, denn der eigene „un-perfekte“ Körper wird abgelehnt. Junge Menschen unterziehen sich vor laufender Kamera einer Schönheitschirurgie – immer in der Hoffnung, dass sie danach ein Leben als „The Swan“ (der Schwan) – vom unbeachteten Teenager zum stolzen Schwan – leben können. Die Zurschaustellung und Vermarktung der Schönheitschirurgie hatte mit dieser Sendung einen absolut unrühmlichen Höhepunkt in den Medien erreicht. Mit der Not und der Hoffnung auf Akzeptanz und Anerkennung wurde kalkuliert Geschäftemacherei betrieben. Mittlerweile ist bekannt, dass postoperative Nachwirkungen und Komplikationen (unter anderem Taubheitsgefühle, Schwellungen, Blutergüsse, deutliche Narben, Unregelmäßigkeiten/Dellen, Nachblutungen) bei 22 Prozent der Frauen und 8 Prozent der Männer auftreten. Ein weiterer operativer Eingriff ist dann häufig die Folge. Es gibt nachweislich auch Todesfälle infolge von schönheitschirurgischen Eingriffen.

Zu Recht hatte daher im Anschluss an „The Swan“ der Niedersächsische Frauenrat in einer großen Unterschriftenaktion die Programmverantwortlichen von Fernsehern kategorisch gefordert, solche Sendungen zu unterlassen, die wegen ihres Showcharakters irrationale Hoffnungen wecken, unrealistische Schönheitsideale propagieren und vor allem auch die Risiken durch medizinische Eingriffe und Operationen verharmlosen und mögliche Komplikationen im Anschluss daran vollständig negieren. Auch die Bundesärztekammer wurde initiativ und hat eine „Koalition gegen den Schönheitswahn“ gegründet, unter anderem unterstützt auch vom Deutschen Ärztetag sowie Initiativen und politisch Aktiven. Das Bundesgesundheitsministerium hat sofort gesetzgeberische Konsequenzen gezogen: „Schönheitsoperationen“ wurden in die Änderung des Heilmittelwerbegesetzes aufgenommen. Das Heilmittelwerbegesetz untersagt irreführende und ethisch bedenkliche Werbung. Darüber hinaus hat das Bundesgesundheitsministerium unter anderem die Informationsbroschüre *Spieglein, Spieglein ...* vorgestellt. Auch die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung hat sich verstärkt der Aufgabe gestellt, Fragen der Körperwahrnehmung und des Schönheitsideals in Schulen und anderen Settings zu thematisieren. Im Forschungsprojekt „Schönheitsoperationen: Daten, Problem, Rechtsfragen“ (veröffentlicht am 16. Juli 2007 durch das BMELV) wurden – meines Wissens nach

(A) erstmalig – im Rahmen einer Angebotsanalyse, einer Befragung von Verbraucherinnen und Verbrauchern sowie einer Evaluation verbraucherpolitischer Maßnahmen eine Marktanalyse und ein fundierter Überblick über die tatsächliche Inanspruchnahme dieser Dienstleistung, die für Verbraucherinnen und Verbrauchern daraus resultierenden Probleme als auch den tatsächlich daraus resultierenden gesellschaftlichen Folgekosten erstellt. Zu Recht wird auch der Frage nachgegangen, wer denn nun die Nachfragerinnen und Nachfrager von „Schönheitsoperationen“ sind: Sind es Patientinnen und Patienten oder sind es Kundinnen und Kunden? Die Begrifflichkeit ist deshalb von Bedeutung, da diese Begrifflichkeiten in der Bevölkerung unterschiedliche Assoziationen hervorrufen. Darüber hinaus sind diese Rollen auch unterschiedlichen Erwartungen und Verhaltensweisen hinsichtlich der Aufklärungspflicht, der berufsrechtlichen Regelungen, dem Haftungsschutz etc. verbunden. Für Kundinnen und Kunden gilt der Verbraucherschutz. Bei unserem Antrag „Missbräuche im Bereich der Schönheitschirurgie gezielt verhindern – Verbraucher umfassend schützen“ geht es nicht nur um den Schutz Minderjähriger sondern aller Nutzer und Nutzerinnen der Schönheitschirurgie.

Wir können davon ausgehen, dass die Schönheitschirurgie ein zunehmend gewerblicher Markt mit den entsprechenden Regeln wird. Aber auch hier gilt: Qualität und Qualitätssicherung sind eine wesentliche Voraussetzung für das erhoffte risikofreie Ergebnis schönheitschirurgischer Eingriffe. Da diese in der Regel ohne medizinische Indikation erfolgen, sondern auf einer quasi privatrechtlichen Absprache zwischen Patientin und Patient (Kundin und Kunde) und der Ärztin/dem Arzt als Leistungserbringerin und Leistungserbringer, greifen die Kontroll- und Überwachungsmaßnahmen der Krankenkassen aber nur eingeschränkt. Dieses ist vielen Menschen nicht bekannt. Das ärztliche Berufsrecht umfasst die Frage nach den beruflichen Kompetenzen und Anforderungen an Ärzte. Die Kontrolle obliegt den Ländern, die zumeist in ihren Kammer- und Heilberufsgesetzen die Ausgestaltung den Ärztekammern übertragen haben. Ich erwarte im Interesse von uns allen von den entsprechenden Akteuren, eine stärkere Befassung mit diesem teilweise vorhandenen „grauen Markt“ der Schönheitschirurgie. Auch die Kontrolle und Überwachung der vielfältigen Angebote ist verstärkt zu überwachen und bei Zuwiderhandeln gegen Qualitätsstandards mit entsprechenden Sanktionen zu versehen. Nach wie vor ist beispielsweise richtig: „Fettabsaugung“ ist kein Friseurbesuch, sondern muss von einem sehr gut ausgebildeten Operateur durchgeführt werden, sonst sind hässliche, oft irreparable Schäden (Dellen) die Folge. Nicht immer ist aber tatsächlich eine fundierte Ausbildung gegeben. Positiv erwähnen möchte ich die Landesärztekammer Nordrhein-Westfalen, die allgemeine Informationen ins Netz gestellt hat und dabei auch auf die haftungsrechtlichen Konsequenzen verwiesen hat. Mittlerweile hat sich eine Expertenkommission zum „Qualitätsmanagement in der Ästhetischen Medizin“ bei der „Deutschen Gesellschaft für Plastische und Wiederherstellungschirurgie“ gebildet. Sie wird Qualitätsstandards entwickeln, die später auch zur Grundlage für die Aus-

bildung der Ärzte und Ärztinnen in der Ästhetischen Medizin werden können und aktuelle Missstände helfen zu beseitigen. Solche Standardsetzungen unterstützen wir. Wir wollen, dass Personen, die in der Schönheitsmedizin tätig sind, verpflichtet werden, eine umfassende Haftpflichtversicherung abzuschließen. Denn bisher ist der Abschluss einer entsprechenden Haftpflichtversicherung lediglich eine standesrechtliche Berufspflicht, und nur in einigen Bundesländern wie Nordrhein-Westfalen ist sie gesetzlich vorgeschrieben. Hier besteht aufseiten der Länder Handlungsbedarf. Das Heilmittelwerbe-gesetz zeigt Wirkung, die aggressive Werbung in diesem Bereich ist zurückgegangen. Die Folgebehandlungen missglückter Eingriffe belasten nicht nur die geschädigten Personen selbst, sondern auch die Solidargemeinschaft der Krankenversicherten. Im Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung wurde geregelt, dass Versicherte, die sich in der Folge einer Schönheitsoperation eine Krankheit zugezogen haben, bei den dadurch entstehenden Behandlungskosten in angemessener Höhe von der Krankenkasse zu beteiligen sind. So kann unter anderem das Krankengeld für die Dauer der Behandlung ganz oder teilweise versagt oder zurückgefordert werden.

Zwischen der ärztlichen Selbstverwaltung und den Krankenkassen wurde aktuell einvernehmlich geklärt, dass seitens der Medizinerinnen und Mediziner ausschließlich die Folgebehandlungen von Schönheitschirurgie, Piercing- und Tatoobehandlungen an die Krankenkassen zu melden sind. Diese klare Regelung stellt sicher, dass ein Konflikt im Ärztinnen- und Arzt- und Patientinnen- und Patient-Verhältnis nicht entsteht, das Vertrauensverhältnis bestehen bleibt. Ich gehe selbstverständlich davon aus, dass im Vorfeld eines schönheitschirurgischen Eingriffs eine entsprechende Beratung und Aufklärung der Verbraucherinnen und Verbraucher bzw. Kundinnen und Kunden durch die Behandelnden stattfindet. Unseres Erachtens kann nur ein insgesamt bewussterer Umgang mit der eigenen Gesundheit und mit den Ressourcen des Gesundheitswesens dazu führen, unser Gesundheitswesen zu erhalten.

Dr. Konrad Schily (FDP): Die sogenannte Schönheitschirurgie gehört in die wunscherfüllende Medizin. Darunter versteht man ärztliche Eingriffe und Verfahren, die nicht in Abwehr einer Krankheit oder eines anderen schädlichen Einflusses von außen auf den Menschen zu kommen, sondern ärztliche Eingriffe oder Verfahren, die einen Wunsch der Patienten nach Veränderung ihrer körperlichen Verfassung zur Erfüllung verhelfen sollen.

Das Verführungspotenzial einer solchen Medizin ist groß. Wer möchte nicht einen wohlgestalteten Leib haben – Chirurgie – oder die besten sportlichen Leistungen erbringen – Dopingmittel – oder der Sorgen enthoben sein – Pharmaka?

Bei der Schönheitschirurgie sind die Übergänge zwischen Erfüllung von ästhetischen Wünschen und medizinisch Nötigem fließend. Individuell empfundene Störungen des äußeren Erscheinungsbilds können heute behoben werden. Aber es gibt auch Fehlbildungen, die

- (A) eine medizinische Indikation zur chirurgischen Korrektur darstellen.

Wenn Sie zum Beispiel eine spitz nach oben zulaufende Nase haben, die zwar Ihre familiäre Ähnlichkeit unterstreicht, unter der Sie aber leiden, dann kann ein Eingriff notwendig sein. Was auch immer die Ursache ist, sie kann für die Erscheinung so bestimmend sein, dass sie aus ärztlichen Gründen einer Korrektur bedarf. Das heißt, es muss immer eine ärztliche Entscheidung sein, ob wir es mit der Therapie einer Krankheit oder eben mit wunscherfüllender Medizin zu tun haben.

Aber bei der wunscherfüllenden Medizin, genauso wie bei jedem anderen medizinischen Eingriff, muss die Qualität gewahrt bleiben, damit der Traum von der Schönheit nicht in einem Albtraum endet. Daher ist es durchaus besorgniserregend, wenn man von der steigenden Zahl von Schönheitschirurgischen Eingriffen hört, die von Ärzten ohne diesbezügliche Zusatzqualifikation vorgenommen werden. Dazu kommt, dass das Risiko von Fehlbildungen und schweren Gesundheitsschädigungen steigt. Die Zielrichtung des zugrunde liegenden Antrags, hier für höhere Qualität und Sicherheit für die Betroffenen zu sorgen, ist daher zu begrüßen.

- (B) Um ärztlichem Missbrauch vorzubeugen, sollte darüber hinaus aber auch auf eine europäische Ärztevereinbarung hingewirkt werden, in der die in diesem Bereich arbeitenden Ärzte verpflichtet werden, vor jedem Eingriff die Zweitmeinung eines Kollegen einzuholen, und zudem zu einer deutlichen Dokumentation verpflichtet werden, wie auch zu einer umfangreichen Haftungssicherung. Dies gehört in meinen Augen zu einem qualitativen und verantwortungsvollen Umgang mit wunscherfüllender Medizin in der Ärzteschaft, die sich diesem Anspruch stellen muss.

Ob es sich um medial vermittelte kurzfristige Modetrends oder um langfristige Veränderungen der Ästhetik in der Gesellschaft handelt – die Ursache des Phänomens, dass immer mehr Jugendliche Schönheitschirurgische Eingriffe wünschen, kann hier nicht abschließend geklärt werden. Zu bedenken sind aus medizinischer Sicht die Auswirkungen auf den im Wachstum befindlichen Körper und die weitere psychische Entwicklung. Zwar ist rechtlich derzeit ein Eingriff nur unter Vorliegen einer Einwilligungserklärung der Erziehungsberechtigten möglich, doch sollten wir uns aus Sorge um das körperliche und geistige Wohl der Minderjährigen überlegen, ob dies ausreichen kann. Die Eingriffe wirken sich bei Minderjährigen viel schwerwiegender aus als bei Erwachsenen und können zu einer massiven Schädigung der weiteren Entwicklung führen.

Meines Erachtens sollte man daher eine medizinisch qualifizierte Zweitmeinung vor dem Eingriff fordern.

Die Zweitmeinung ist nicht nur bei Minderjährigen wichtig, da es fließende Übergänge gibt. Ein kieferorthopädischer Eingriff etwa kann notwendig werden durch eine mehr oder weniger massive Fehlstellung des Gebisses, durch funktionsbeeinträchtigende Fehlstellungen oder durch massive kosmetische Beeinträchtigungen.

- (C) Oder er kann vom Patienten gewünscht werden, weil er zum Beispiel auf Bühnen oder im Film oder ähnlichem tätig ist und entsprechenden Schönheitsidealen genügen möchte.

Zu einem verantwortungsvollen Umgang mit Schönheitsoperationen gehört es auch, umfassend zu dokumentieren und über die weit reichenden Risiken aufzuklären, die mit solchen Eingriffen verbunden sind. Eine öffentliche Diskussion halte ich für wichtig, gerade wenn es um den Schutz der Minderjährigen geht.

Frank Spieth (DIE LINKE): „Missbräuche im Bereich der Schönheitsoperationen gezielt verhindern – Verbraucher umfassend schützen“: Das ist der schöne Titel dieses Antrages. Natürlich will niemand Missbräuche in der Schönheitschirurgie oder in einem anderen Bereich des Medizinbetriebes. Natürlich sind auch wir, die Fraktion Die Linke, für einen umfassenden Patientenschutz. Wenn also in dem Antrag das drinstecken würde, was draufsteht, würden wir dem gerne zustimmen.

- (D) Einige Punkte gefallen mir recht gut. Jedoch sind gute Ideen noch keine konkrete Politik. Beispiel: Oft laufen Schadensersatzansprüche der Patienten nach missglückten Schönheitsoperationen ins Leere, weil die Operateure keine Versicherung haben und zudem privat nicht ausreichend zahlungsfähig sind. Daher wird gefordert, dass Ärzte, die operieren, über eine entsprechende Haftpflichtversicherung verfügen müssen. Das ist zu begrüßen. Ungeklärt bleibt jedoch, wie diese Schadensersatzansprüche – auch bei anderen ärztlichen Fehlern – von armen Patienten vor Gericht durchgesetzt werden sollen.

Es sollen Verbote für medizinisch nicht indizierte ästhetische Operationen Minderjähriger geprüft werden. Es ist aber meines Erachtens nicht ausreichend, wenn die Eltern einem solchen Wunsch ihrer minderjährigen Kinder zustimmen. Teenager sollen sich eben nicht mit elterlichem Segen zum Realschulabschluss einen neuen Busen oder eine neue Nase operieren lassen können. Die Beteiligten sind in der Regel nicht in der Lage, die Folgen einer solchen Operation abzuschätzen. Der Antrag fordert aber kein Verbot, sondern lediglich, dass die Bundesregierung das Handeln der Operateure „kritisch beobachten“ soll. Der Antrag hält nicht, was er verspricht. Es bleibt bei wirkungslosen Appellen an die Medien, die Ärzte, die Bundesregierung und die Länder. Appelle reichen aber nicht.

Was ist von der Aufforderung zu halten, dass Bundesregierung und Länder die Medien zu einem „verantwortungsvollen Umgang mit dem Thema Schönheitsoperationen“ bringen sollen? Welcher Privatsender wird angesichts des großen Konkurrenzdruckes dem folgen? In einer Medienanalyse hat das Institut für Kommunikationswissenschaft und Medienforschung der Universität München innerhalb von vier Monaten 105 Sendungen über Schönheits-OPs aufgefunden machen können, fast alle auf Privatsendern. Eine Studie der American Society of Plastic Surgeons – ASPS – ergab, dass 57 Prozent der Schönheitschirurgiepatienten große Fans solcher Shows waren und mindestens eine zum Zeitpunkt der Untersu-

- (A) chung laufende Serie verfolgten. Die Freiwillige Selbstkontrolle des Privatfernsehens in Deutschland wehrt sich derzeit gerichtlich gegen Beschränkungen, etwa das Verbot, entsprechende Sendungen vor 23 Uhr zu zeigen, wie es die Kommission für Jugendmedienschutz will. Wirksame Maßnahmen sind gefragt und keine weichgespülten Appelle.

Nach dem vorliegenden Antrag sollen die Ärzteverbände eine Aufklärungsbroschüre zu Schönheits-OPs erstellen. Inhaltlich kann ich da zustimmen. Leider verlieren Sie kein Wort darüber, wie Ihr Wunsch an die Ärzte durchgesetzt werden soll.

Auch an die Länder gibt es – das liegt in der Natur der Sache – nur Appelle; schließlich kann der Bundestag schon verfassungsrechtlich den Ländern nicht vorschreiben, was sie tun und lassen sollen. Die Länder sollen nach dem Willen der Koalition das Geschehen auf dem Markt der Schönheitschirurgie beobachten. Ein solcher Aufruf mag inhaltlich in Ordnung sein, aus bekannten rechtlichen Gründen bleibt der Koalitionsantrag auch in diesem Punkt wirkungslos.

Der Antrag kritisiert zwar in seiner lang gehaltenen Einleitung die Tatsache, dass auch Ärzte ohne die entsprechende mehrjährige Fortbildung in plastischer Chirurgie Schönheitsoperationen durchführen dürfen. In Deutschland darf jeder approbierte Arzt operieren, also auch Schönheitsoperationen durchführen, ob Kardiologe, Anästhesist, Hausarzt oder Gynäkologe. Wer dann aber im Antrag der Koalition eine Forderung oder einen Lösungsvorschlag sucht, mit dem sich der Zustand ändern würde, der reibt sich enttäuscht die Augen.

- (B) CDU/CSU und SPD nutzen die Debatte zur Schönheitschirurgie zu etwas ganz anderem: Sie wollen bei diesem Thema ihre unsolidarische Regelung zum Selbstverschulden, die sie mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG – eingeführt hatten und die sie von der Öffentlichkeit unbemerkt mit ihrem Gesetz zur Pflegeversicherung scharf stellen, in ein gutes Licht rücken. Sie haben im GKV-WSG geregelt, dass Versicherte an den Kosten für Behandlungen, die sie durch medizinisch nicht indizierte Maßnahmen selbst verursacht haben, beteiligt werden. Dafür ist jedoch erforderlich, dass der Arzt der Krankenkasse mitteilt, dass ein sogenanntes Selbstverschulden vorliegt. Dies ist bei Tattoos, Piercings und Schönheitsoperationen der Fall. Diese konkrete Verpflichtung des Arztes zum Brechen seiner Schweigepflicht gibt es bisher nicht, soll jetzt aber zusammen mit dem Pflegegesetz verabschiedet werden. Der Arzt soll nach dem Willen der Koalition zum Gesundheitsspitzel werden.

Konkret: Wenn sich wegen eines Piercings eine Entzündung herausbildet, muss der Versicherte die Behandlungskosten selbst tragen. In diesem Fall handelt es sich meist um eine Bagatellerkrankung, für die oft keine ärztliche Behandlung notwendig ist. Wenn aber bei Schönheitsoperationen – etwa nach dem Fettabsaugen Schmerzen – Infektionen, Blutungen oder gar eine Lungenembolie auftreten, dann können auch lebenswichtige, „selbstverschuldete“ Therapien den Patienten schnell finanziell überfordern.

- (C) Die Bundesregierung bauscht mit dieser Regelung ein vollkommen nebensächliches Problem des Gesundheitswesens auf. Warum? Weil damit ein neues Prinzip in die gesetzliche Krankenversicherung eingeführt werden soll: das Selbstverschulden. Es wird ein neues Stellrad in der Gesundheitspolitik geschaffen, an dem man zukünftig nur noch drehen muss, um weitere Leistungskomplexe aus der Erstattungsfähigkeit auszuschließen. Im derzeit vorliegenden Regierungsentwurf müsste man vor die Auflistung „ästhetische Operation, eine Tätowierung oder ein Piercing“ nur die beiden Wörter „zum Beispiel“ einfügen, um den Geltungsbereich drastisch zu erweitern und damit die Spitzeltätigkeit des Arztes zu intensivieren. Nach dem Referentenentwurf des Gesundheitsministeriums war dies vor wenigen Wochen sogar noch so vorgesehen.

Mit der gleichen Logik wie bei Piercings oder Schönheitsoperationen kann man zukünftig auch die Kosten von Sportverletzungen oder Unsportlichkeit, von Krebsbehandlungen bei Rauchern und anderes privatisieren. Diese Liste lässt sich mit selbstverschuldeten Autounfällen über Fettleibigkeit bis hin zu Besuchen in Solarien beliebig verlängern. Zum Schluss bleibt nur noch ein stark gerupfter Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung übrig. Auf den übrigen Behandlungskosten bleiben die Versicherten dann alleine sitzen und die Arbeitgeber werden nicht mehr über die gesetzliche Krankenversicherung an der Finanzierung beteiligt. Die Fraktion Die Linke wird daher diesen Antrag ablehnen.

- (D) **Birgitt Bender (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN):** Spätabends diskutieren wir einen Antrag, dessen Überschrift seit wenigen Tagen, dessen Inhalte aber erst seit etwa 24 Stunden bekannt sind. Wahrlich keine gute Voraussetzung für eine qualifizierte Diskussion im Plenum.

Schönheitsoperationen – ein schillernder Begriff, der auch mit Dokusoaps wie „Die Beauty Klinik“ oder „The Swan – Endlich schön“ verbunden ist, die vorspiegeln, Schönheit ist machbar. Es ist gut, gegen solche Idealisierungen vorzugehen. Es ist hilfreich, aufzudecken, dass viele Frauen hinter von Männern formulierten Schönheitsidealen hinterherlaufen und nicht davor zurückschrecken, sich mit Skalpellen traktieren zu lassen. Auch der Jugendlichkeitswahn meiner Generation, die mit 50 noch wie 25 aussehen will, sollte thematisiert werden.

Aber wir stehen nicht am Anfang dieser Diskussion. Es hat in den letzten Jahren bereits einige Initiativen gegeben, die versuchen, den Missbräuchen in diesem Bereich etwas entgegenzusetzen. Zu nennen sind:

Erstens die „Koalition gegen den Schönheitswahn“, die durch die Bundesärztekammer initiiert wurde und von vielen aus Politik und Gesellschaft mitgetragen wird und seit 2004 besteht.

Zweitens. Ebenfalls 2004 hat die Kommission für Jugendmedienschutz (KJM) entschieden, dass TV-Formate, in denen Schönheitsoperationen zu Unterhaltungszwecken angeregt oder begleitet werden, grundsätzlich nicht vor 23.00 Uhr gezeigt werden dürfen. Die Abgren-

- (A) zung zwischen einer Reportage und einem Unterhaltungszweck dürfte jedoch nicht so einfach sein.

Drittens. Die Facharztbezeichnung „Plastische Chirurgie“ wurde 2005 in der Musterweiterbildungsordnung um den Zusatz „Ästhetische“ ergänzt. Es dürfte jedoch an der flächendeckenden Umsetzung in den Bundesländern mangeln.

Viertens. Einer suggestiven und irreführenden Werbung wurde unter Rot-Grün – da schmückt sich der Antrag der Koalition mit falschen Federn – durch die Änderung des Heilmittelwerbegesetzes ein Riegel vorgeschoben.

Fünftens. Auch bei den Aktivitäten der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung freut sich Schwarz-Rot über das, was Rot-Grün auf den Weg gebracht hat.

Geradezu grotesk wird es, wenn die Koalition die von allen Seiten kritisierte Regelung im GKV-WSG, dass bei „medizinisch nicht indizierten Maßnahmen“ gesetzlich Versicherte faktisch den Versicherungsschutz verlieren, als hilfreich für den kritischen Umgang mit Schönheitsoperationen ansieht. Wir Grünen waren und sind gegen diese Regelung, da hiermit durch die Hintertür das Selbstverschuldensprinzip in der GKV eingeführt wird. Bereits jetzt besteht die Unklarheit der Abgrenzung, die durch die in die Pflegereform geschmuggelte Denunzationspflicht für Ärzte nicht besser wird. Nachdem die Büchse der Pandora geöffnet ist, lässt sich trefflich über Erweiterungen streiten: der chipessende Couch-Potato oder die handballspielende junge Frau. Falls man jedoch der Ansicht ist, dass die Risiken einer Schönheitsoperation nicht von der Versichertengemeinschaft getragen werden sollen, ist nicht nachvollziehbar, warum das Risiko auf diejenigen, die sich operieren lassen, und nicht auf die Verursacher – die Operateure – abgewälzt wird.

(B)

Bei Schönheitsoperationen an Minderjährigen gehen zum Glück die Warnleuchten an. Die etwas versteckte Forderung eines Verbotes von nicht medizinisch indizierten Schönheitsoperationen an Minderjährigen kann nicht auf Horrordisvisionen basieren. Unklar ist, ob die durch die Medien geisternde Zahl von jährlich 100 000 operierten Jugendlichen unter 20 Jahren korrekt ist, wie viele Minderjährige betroffen sind, und welche Behandlungen sich dahinter verbergen. Eine der einschlägigen Fachgesellschaften geht davon aus, dass es sich dabei nahezu ausschließlich um Ohrenkorrekturen handelt. Diese zu verbieten wäre für viele Kinder und Jugendliche und deren Eltern Psychoterror. Wer kennt nicht die Berichte über unerträgliche Hänseleien in der Klasse oder auf dem Schulhof?

Im Bereich der Schönheitschirurgie sind viele Fragen offen, und bevor der Bundestag hier Empfehlungen im luftleeren Raum abgibt, sollte das gemeinsame Gespräch mit Expertinnen und Experten gesucht werden. Wir werden dabei sehr schnell auf grundsätzliche Fragestellungen stoßen:

Wie kann das Recht der Patientinnen und Patienten zum Beispiel auf umfassende Aufklärung, Darstellung der Risiken und Alternativen gewährleistet werden? Wie lässt sich sicherstellen, dass dabei das Ziel „informierte Entscheidung“ und nicht der Ausschluss von Haftungsri-

- siken im Vordergrund steht? Das ist nicht nur bei Schönheitsoperationen und IGeL-Leistungen, sondern bei jeder ärztlichen Behandlung notwendig. (C)

Reicht hierbei der Verweis auf das ärztliche Standesrecht und die Broschüre von Gesundheits- und Justizministerium zu den existierenden Patientenrechten, oder besteht nicht die Notwendigkeit eines eigenen Patientenrechte- bzw. Patientenschutzgesetzes?

Wie ist die Qualitätssicherung in der ambulanten Versorgung zu gewährleisten? Ist eine entsprechende Qualifikation als Facharzt bzw. Fachärztin ausreichend? Wie kann die Ergebnisqualität gemessen werden? Sind Kriterien wie zum Beispiel Mindestmengen sinnvoll und notwendig?

Wie gewinnen wir Informationen über das Leistungsgeschehen von Ärztinnen und Ärzten sowie Heilpraktikerinnen und Heilpraktikern außerhalb der Abrechnung über GKV und PKV?

Wie kann eine unabhängige, qualitätsgeprüfte sowie einfach zugängliche und verständliche Information über den Sinn und Unsinn von IGeL-Leistungen und Schönheitsoperationen gewährleistet werden? Gleiches gilt für Behandlungen im Rahmen des Leistungskataloges.

Ich bin gespannt, ob die Koalition sich auf solche Diskussionen, die ans Eingemachte gehen, einlässt, oder ob es beim An-der-Oberfläche-Kratzen bleiben wird.

Anlage 27

(D)

Zu Protokoll gegebene Reden

zur Beratung des Entwurfs eines Gesetzes zu dem Abkommen vom 26. Juli 2007 zwischen der Europäischen Union und den Vereinigten Staaten von Amerika über die Verarbeitung von Fluggastdatensätzen (Passenger Name Records-PNR) und deren Übermittlung durch die Fluggesellschaften an das United States Department of Homeland Security (DHS) (PNR-Abkommen 2007) (Tagesordnungspunkt 16)

Beatrix Phillip (CDU/CSU): Sozusagen als krönender Abschluss der deutschen EU-Ratspräsidentschaft ist es beinahe wider Erwarten gelungen, ein Abkommen zwischen der EU und den USA zur Übermittlung von Fluggastdatensätzen – „passenger name records“ oder auch kurz PNR-Daten genannt – zu vereinbaren.

Die Verhandlungen hierzu konnten am 27. Juni 2007 erfolgreich abgeschlossen werden. Damit wurde der unbefriedigende Zustand, der sich durch das Urteil des Europäischen Gerichtshofs vom 30. Mai 2006 noch verschärft hatte, beendet.

Nachdem dieser das erste Abkommen für „kompetenzwidrig zustande gekommen“ erklärt hatte, musste es zwangsläufig seitens der EU gekündigt werden.

Dies führte wiederum dazu, dass im Oktober 2006 ein Interimsabkommen geschlossen wurde, das allerdings

Ausschuss für Gesundheit

Wortprotokoll

83. Sitzung

Berlin, den 23.04.2008, 13:30 Uhr
Sitzungsort: Reichstag, SPD-Fraktionssaal 3 S001

Vorsitz: Dr. Martina Bunge, MdB
Dr. Hans Georg Faust, MdB (zeitweise)

TAGESORDNUNG:

Öffentliche Anhörung zu folgender Vorlage:

Antrag der Abgeordneten Gitta Connemann, Dr. Hans Georg Faust, Annette Widmann-Mauz, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der CDU/CSU sowie der Abgeordneten Mechthild Rawert, Dr. Carola Reimann, Peter Friedrich, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der SPD

Missbräuche im Bereich der Schönheitsoperationen gezielt verhindern - Verbraucher umfassend schützen

BT-Drucksache 16/6779

Mitglieder des Ausschusses

Ordentliche Mitglieder des Ausschusses

CDU/CSU

Bauer, Wolf, Dr.
 Eichhorn, Maria
 Faust, Hans Georg, Dr.
 Hüppe, Hubert
 Koschorrek, Rolf, Dr.
 Michalk, Maria
 Scharf, Hermann-Josef
 Spahn, Jens
 Straubinger, Max
 Widmann-Mauz, Annette
 Zylajew, Willi

SPD

Friedrich, Peter
 Hovermann, Eike
 Kleiminger, Christian
 Lauterbach, Karl, Dr.
 Mattheis, Hilde
 Rawert, Mechthild
 Reimann, Carola, Dr.
 Spielmann, Margrit, Dr.
 Teuchner, Jella
 Volkmer, Marlies, Dr.
 Wodarg, Wolfgang, Dr.

FDP

Bahr, Daniel
 Lanfermann, Heinz
 Schily, Konrad, Dr.

DIE LINKE.

Bunge, Martina, Dr.
 Seifert, Ilja, Dr.
 Spieth, Frank

B90/GRUENE

Bender, Birgitt
 Scharfenberg, Elisabeth
 Terpe, Harald, Dr.

Stellv. Mitglieder des Ausschusses

Blumenthal, Antje
 Brüning, Monika
 Hennrich, Michael
 Jordan, Hans-Heinrich, Dr.
 Krichbaum, Gunther
 Luther, Michael, Dr.
 Meckelburg, Wolfgang
 Philipp, Beatrix
 Scheuer, Andreas, Dr.
 Zöllner, Wolfgang

Bätzing, Sabine
 Becker, Dirk
 Bollmann, Gerd
 Ferner, Elke
 Gleicke, Iris
 Hemker, Reinhold, Dr.
 Kramme, Anette
 Kühn-Mengel, Helga
 Marks, Caren
 Schmidt, Silvia
 Schurer, Ewald

Ackermann, Jens
 Kauch, Michael
 Parr, Detlef

Ernst, Klaus
 Höger, Inge
 Knoche, Monika

Haßelmann, Britta
 Koczy, Ute
 Kurth, Markus

Der Urschrift des Protokolls ist die Liste der Unterschriften beigelegt.

Sprechregister Abgeordnete	Seite/n	Sprechregister Sachverständige	Seite/n
Vorsitzende , Abg. Dr. Martina Bunge (DIE LINKE.)	6	SV Prof. Dr. Günter Germann (Deutsche Gesellschaft der Plastischen, Rekonstruktiven und Ästhetischen Chirurgen (DGPRÄC))	6,10,21,25
Abg. Annette Widmann-Mauz (CDU/CSU)	6	SVe Dr. Cornelia Goesmann (Bundesärztekammer (BÄK))	6,16,17,21,25
Abg. Dr. Rolf Koschorrek (CDU/CSU)	8	SV Dr. Joachim Graf von Finkenstein (Deutsche Gesellschaft für Ästhetisch-Plastische Chirurgie (DGÄPC))	7,11,14,26
Abg. Gitta Connemann (CDU/CSU)	9,22,23	SVe Brunhilde Raiser (Deutscher Frauenrat e.V. (DF))	7,15,17,25
Stellvertretender Vorsitzender, Abg. Dr. Hans Georg Faust (CDU/CSU)	10,27	SVe Susanne Mauersberg (Verbraucherzentrale Bundesverband e.V. (vzbv))	7,13,15,17,18
Abg. Dr. Carola Reimann (SPD)	10,24,26	SV Hartwig Meyer (Patientenschutz e.V.)	7
Abg. Mechthild Rawert (SPD)	12,24	SV Dr. Gerhard Nösser (Bundesärztekammer (BÄK))	8,18,19,26
Abg. Dr. Konrad Schily (FDP)	13,14,15	SV Prof. Dr. Dr. Wilfried Wagner (Bundeszahnärztekammer (BZÄK))	8,15
Abg. Frank Spieth (DIE LINKE.)	16,17,18	SV Prof. Dr. Dr. Siegmund Reinert (Deutsche Gesellschaft für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie e.V. (DGMKG)):	8,25
Abg. Birgitt Bender (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN)	18,19,20	SVe Dr. Constance Neuhann-Lorenz	9,23
Abg. Jens Spahn (CDU/CSU)	21	SV RA Matthias Teichner	9,21,24,27
Abg. Maria Michalk (CDU/CSU)	21	SV Prof. Dr. Christian Gabka (Vereinigung der Deutschen Ästhetisch-Plastischen Chirurgen (VDÄPC))	10,26
		SV Prof. Dr. Dr. Heinz Bull (Gesellschaft für Ästhetische Chirurgie Deutschland e.V. (GÄCD))	11,25
		SV Dr. Jörg-Andreas Rüggeberg (Berufsverband der Deutschen Chirurgen e.V. (BDC))	11
		SVe Kirsten Schubert (Bundesarbeitsgemeinschaft der Patientinnenstellen (BAGP))	12,16,18
		SV Dr. Albrecht Wienke (Deutsche Gesellschaft für Medizinrecht (DGMR))	12,24,27
		SV Dr. Albrecht Krause-Bergmann	13,14,15,20
		SV Doc. Dr. Dr. Johannes C. Bruck (Vereinigung der Deutschen Ästhetisch-Plastischen Chirurgen (VDÄPC))	13

		SV Dr. Ulrich Fegeler (Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e.V. (BVKJ))	15
		SV Peter A. Zizmann (Die Deutschen Heilpraktikerverbände (DDH))	20,23
		SVe Dr. Marita Eisenmann-Klein (Deutsche Gesellschaft der Plastischen, Rekonstruktiven und Ästhetischen Chirurgen (DGPRÄC))	22,23
		SV Prof. Dr. Dr. Ralf Siegert (Deutscher Berufsverband der Hals-Nasen-Ohrenärzte e.V. (HNO))	25
		SV Prof. Dr. Jens-Uwe Blohmer (Deutsche Gesellschaft für Plastische und Wiederherstellungschirurgie e.V. (DGPW))	26

Bundesregierung

Bundesrat

Fraktionen und Gruppen

Beginn der Sitzung: 13.30 Uhr

Vorsitzende Abg. **Dr. Martina Bunge** (DIE LINKE.): Liebe Kolleginnen und Kollegen, sehr geehrte Damen und Herren, die sie als Vertreter von Verbänden oder als Einzelsachverständige hierhergekommen sind, ich möchte Sie herzlich begrüßen und eröffne hiermit die 83. Sitzung des Ausschusses für Gesundheit. Der einzige Tagesordnungspunkt ist die öffentliche Anhörung zu dem Antrag von Abgeordneten und der Fraktion der CDU/CSU sowie von Abgeordneten und der Fraktion der SPD mit dem Titel: „Missbräuche im Bereich der Schönheitsoperationen gezielt verhindern – Verbraucher umfassend schützen“ auf BT-Drs. 16/6779. Der Ausschuss für Gesundheit ist federführend. Am 20. Februar 2008 ist der Antrag im Ausschuss eingeführt worden. In der gleichen Sitzung hat der Ausschuss beschlossen, eine Anhörung zu dem Thema durchzuführen. Die Anhörung wird wie folgt ablaufen: Die Mitglieder der verschiedenen Fraktionen werden Ihnen Fragen stellen. Sie werden dann von mir aufgefordert zu antworten. Falls ich dies noch nicht getan habe, bitte ich Sie, Ihren Namen und gegebenenfalls die Institution, die Sie vertreten, zu nennen und die Mikrofone zu benutzen. Wir beginnen mit der Fraktion der CDU/CSU.

Abg. **Annette Widmann-Mauz** (CDU/CSU): Ich habe drei Fragen. Die erste Frage richtet sich an die Deutsche Gesellschaft der Plastischen, Rekonstruktiven und Ästhetischen Chirurgen. Wie hoch ist nach Ihrer Kenntnis die Zahl der in Deutschland nicht medizinisch indizierten Schönheitsoperationen? Wie werden die Zahlen heute erfasst? Gibt es aus Ihrer Sicht am Erfassungsverfahren Änderungsbedarf? Die zweite Frage richtet sich an die Bundesärztekammer und die Vereinigung der Deutschen Ästhetisch-Plastischen Chirurgen. Werden die Komplikationen, die bei Schönheitsoperationen und bei Schönheitschirurgischen Eingriffen auftreten, heute dokumentiert und wenn ja, wie? Werden die Komplikationen solcher Eingriffe europaweit oder international erfasst, und wenn nicht, besteht aus Ihrer Sicht dafür ein Bedarf? Die dritte Frage richtet sich an den Deutschen Frauenrat, die Verbraucherzentrale Bundesverband sowie den Patientenschutz e.V. Welche Bedeutung hat nach Ihrer Auffassung die Aufklärung über Schönheitschirurgische Eingriffe? Wie sieht nach Ihrer

Kenntnis die entsprechende Praxis aus und sehen Sie hier einen Änderungsbedarf? Ich bitte alle Befragten, kurz und prägnant zu antworten, damit wir die Zeit effizient nutzen können. Herzlichen Dank für Ihr Verständnis.

SV **Prof. Dr. Günter Germann** (Deutsche Gesellschaft der Plastischen, Rekonstruktiven und Ästhetischen Chirurgen (DGPRÄC)): Wir wissen es nicht genau. Nach unseren Erhebungen aus dem Jahr 2004 schätzen wir, dass etwa 150.000 bis 180.000 Eingriffe nach der derzeitigen Definition nicht medizinisch indiziert waren. Die Dunkelziffer von Kollegen, die solche Eingriffe vornehmen, aber nicht plastische Chirurgen sind, ist überhaupt nicht erfassbar. Ich bin der Meinung, dass die kolportierten Zahlen, die zwischen 700.000 und 1 Mio. schwanken, deutlich zu hoch gegriffen sind. Zum Erfassungsverfahren ist folgendes zu sagen: Während die mit Kostenübernahme ausgestatteten Eingriffe im Rahmen der GKV durch die Krankenhäuser erfasst werden, gibt es für die Praxen keine Erfassungspflicht; dies gilt im Übrigen für die Mehrzahl der in Deutschland ausgeführten Operationen. Über die Frage, ob wir ein zentralisiertes, verbessertes Erfassungssystem brauchen, wird derzeit in den Fachgesellschaften sehr intensiv diskutiert.

SVe **Dr. Cornelia Goesmann** (Bundesärztekammer (BÄK)): Zu der ersten Frage: „Werden Komplikationen, die auftreten, heute dokumentiert und wenn ja, wie?“ Wir gehen davon aus, dass die entsprechenden Einrichtungen ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagementsystem haben. Die seriösen Einrichtungen werden dies dokumentieren und dann die Schlüsse aus den Komplikationen, die auftreten, ziehen. Es gibt aber, soweit ich weiß, kein generelles bundesweites Register. Allerdings werden die Vorfälle, die den Schlichtungsstellen für Arzt-Haftpflichtfragen gemeldet werden, bundesweit registriert und ausgewertet, so dass man dann aus den aufgetretenen Komplikationen Rückschlüsse ziehen und diese in die Fort- und Weiterbildung der Ärzteschaft einfließen lassen kann.

Zur zweiten Frage: „Werden die Komplikationen Schönheitschirurgischer Eingriffe europaweit oder international erfasst?“ Ich weiß nicht, ob das geschieht. Wir haben es nicht herausfinden können. Diese Frage müsste daher jemand anderes beantworten. Ob es dafür

einen Bedarf gibt, kann vielleicht die heutige Diskussion zeigen.

SV Dr. Joachim Graf von Finckenstein (Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft für Ästhetisch-Plastische Chirurgie (DGÄPC)): Ich habe den Erfassungszahlen nichts Neues hinzuzufügen. Es ist extrem schwierig, dazu eine Gesamtzahl zu eruieren, weil nicht ausreichend definiert ist, welche Ärzte plastisch-ästhetische Eingriffe durchführen dürfen. Es besteht ein dringender Handlungsbedarf, hier Eingrenzungen vorzunehmen, aus denen sich ergibt, wer so etwas machen darf. Das ist auch eine Frage der Approbation.

Ich möchte auch noch kurz etwas zu der europaweiten Erfassung sagen. Es ist im letzten Jahr eine neue Gruppe gebildet worden, die „European Association of Plastic and Aesthetic Surgeons“, die in Bordeaux ihren Sitz hat. Es gehört zu ihren Zielsetzungen, die chirurgischen Komplikationen nach Eingriffen, die mit der Ästhetik zu tun haben, europaweit zu erfassen. Was die Erfassung von Fehlern anbelangt, sind die Franzosen in Zusammenarbeit mit den Dermatologen schon relativ weit vorangekommen.

SVe Brunhilde Raiser (Deutscher Frauenrat e.V. (DF)): Unserer Ansicht nach ist die Frage der Aufklärung absolut vorrangig und – das war ja der zweite Teil der Frage – bis jetzt nicht ausreichend beantwortet, und zwar vor allem im Hinblick darauf, was für ein Eingriff durchgeführt wird, welche Folgen er haben kann und welche Alternativen es dazu gegebenenfalls gibt. Das heißt, wir fordern ganz dringend ein intensives Vorgespräch, das in verständlicher Form geführt wird und dessen Verlauf nach Möglichkeit auch gerichtlich nachvollziehbar ist. Im Idealfall handelt es sich um eine Beratung einer/s unabhängigen Beraterin/Beraters, die/der an dem Eingriff nicht finanziell interessiert ist. Wir fordern auch – und das gehört mit in diesen Bereich hinein –, dass ein unmissverständlicher Hinweis auf den für uns nicht ganz unproblematischen § 52 SGB V erfolgt, bevor schriftlich im Sinne des Informed Consent der Auftrag erteilt wird.

SVe Susanne Mauersberg (Verbraucherzentrale Bundesverband e.V. (vzbv)): Auch für uns ist die Forderung nach einer unabhängigen Beratung ein ganz wesentlicher Punkt, und

zwar vor allem deshalb, weil gerade bei Schönheitsoperationen das Problem besteht, dass nicht sichergestellt ist, dass der durchführende Arzt die sechsjährige Qualifikation durchlaufen hat. Gleichwohl kann man auch bei den Ärzten, die diese Qualifikation haben, gelegentlich feststellen, dass die Beratung nicht ausreichend ausfällt und bei dem Gespräch mit den Patienten nicht wirklich auf deren individuelle Fragen eingegangen wird. So hat auch die Studie gezeigt, dass z. B. Fälle, in denen eine starke psychische Problematik im Hintergrund steht, vom Arzt gar nicht erhoben werden und diese Problematik somit auch gar nicht festgestellt wird. Wir halten also eine unabhängige Beratung für die einzige Möglichkeit, dem Patienten die Sicherheit zu geben, dass hier keine finanziellen Interessen des Arztes zur Geltung kommen.

SV Hartwig Meyer (Patientenschutz e.V.): Zum Problem der Aufklärung ist zu sagen, dass sie in den vom Patientenschutz beobachteten Fällen wirklich sehr im Argen liegt. Die Situation wird noch dadurch verschärft, dass wir hier einen zweiseitigen Behandlungstourismus haben. Die Patienten werden systematisch ins Ausland in irgendwelche Schönheitsfarmen oder -kliniken gelockt. Umgekehrt reisen Ärzte aus dem Ausland, deren Approbation in Deutschland fraglich ist, vorübergehend in die Bundesrepublik ein, um hier zu operieren. Gerade hier in Berlin gibt es einige solcher Fälle. Dieses Problem wäre sicherlich zu lösen, wenn es die Aufklärung durch eine unabhängige Stelle gäbe, obgleich deren Umsetzung im Alltag etwas problematisch wäre. Denn der Patientenschutz hat ja einen etwas anderen Ansatz. Der sieht vor, dass der operierende Arzt die Aufklärung des Patienten nicht delegieren darf, sondern sie mit einem gewissen zeitlichen Abstand zur Operation persönlich vornehmen soll. Wenn der Arzt die Aufklärung bei einem gesonderten Termin vornimmt, darf dieser Termin nicht in Rechnung gestellt werden. Wir haben beobachtet, dass in Schönheitskliniken Aufklärung stattfindet. Es ist aber unserer Ansicht nach unzulässig, dass dafür eine eigene Gebühr erhoben wird. Denn die Aufklärung gehört zu den Pflichten eines Arztes, die nicht gesondert berechnet werden dürfen. Das gehört eigentlich zu der ärztlichen Leistung, die insgesamt abgerechnet wird. Das Arzt-Patienten-Verhältnis ist ein Vertrauensverhältnis, das nicht durch einen unabhängigen Berater, der die Patientenaufklärung durch-

führt, ersetzt werden kann. An dieses Vertrauensverhältnis und an den aufklärenden Arzt müssen aber hohe Anforderungen gestellt werden. Die Beratung muss schriftlich dokumentiert werden, der Arzt muss dem Patienten eine Haftpflichtversicherung nachweisen und Klinik und Patienten müssen eine Garantiehaftung für eventuelle Folgen übernehmen. Wenn das geschieht, besteht meines Erachtens kein Anlass, in das Arzt-Patienten-Verhältnis durch eine unabhängige Beratungsstelle einzugreifen. Das halte ich persönlich für zu bürokratisch.

Abg. Dr. Rolf Koschorrek (CDU/CSU): Ich richte meine erste Frage an die Bundesärztekammer und die Bundeszahnärztekammer. Welchen Anforderungen unterliegen Ärztinnen und Ärzte hinsichtlich der Werbung für Schönheitsoperationen? Welche dieser Regelungen gelten auf Grund der berufsrechtlichen Bestimmungen ausschließlich für Ärztinnen und Ärzte? Meine zweite Frage richtet sich an die Bundeszahnärztekammer und die Deutsche Gesellschaft für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie. Welche Rolle spielt die Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde bei der ästhetischen Rehabilitation und bei entsprechenden Korrekturwünschen der Patienten? Welche Maßnahmen zur Sicherung einer entsprechenden Aus- und Weiterbildung, auch zur Qualitätssicherung, sind in Ihrem Berufsstand etabliert?

SV Dr. Gerhard Nösser (Bundesärztekammer (BÄK)): Es gibt im ärztlichen Berufsrecht keine speziellen Anforderungen an die Werbung für Schönheitsoperationen. Wir haben generelle Regelungen für die den Ärzten erlaubten Werbemaßnahmen. Im § 27 der Berufsordnung ist geregelt, dass anpreisende, irreführende und vergleichende Werbung berufswidrig ist. Das sind die Regelungen, die speziell für Ärzte gelten. Darüber hinaus gibt es Regelungen im Heilmittelwerbegesetz, die nicht speziell für Ärzte, sondern für alle gelten, die Werbung in Bezug auf ärztliche Behandlung/Heilkunde und ähnliches betreiben. Wie Sie unserer Stellungnahme entnehmen können, begrüßen wir es, dass diese Regelungen in jüngster Zeit verschärft worden sind und dass insbesondere der Vorher-Nachher-Vergleich durch Fotos bzw. die Werbung mit derartigen Aufnahmen verboten worden ist. Das wären die wesentlichen Regelungskomplexe, die auf

die Werbung für Schönheitsoperationen Anwendung finden.

SV Prof. Dr. Dr. Wilfried Wagner (Bundeszahnärztekammer (BZÄK)): Im Bereich der Bundeszahnärztekammer bestehen dieselben Regelungen für die Werbung wie für den Bereich der Bundesärztekammer. Das Besondere im Bereich der Zahnheilkunde besteht darin, dass der ästhetische Anspruch an die ganz traditionelle zahnärztliche Therapie mit den erweiterten Möglichkeiten erheblich gestiegen ist. Das bedeutet, dass die neuen Therapieformen einen zusätzlichen, ästhetisch bedingten Behandlungsbedarf bewirken. Gerade in der Zahnheilkunde ist es extrem schwierig und nur in Grenzfällen realistisch, eine rein medizinisch indizierte von einer nur ästhetisch indizierten Therapie zu unterscheiden, weil Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde, die Kieferveränderungen herbeiführt, immer auch eine ästhetische Therapie ist, weil sie im Gesicht stattfindet.

Zur Qualitätssicherung ist folgendes zu sagen: Die wesentlichen operativ kombinierten Therapien, also Kombinationen von konservativer und chirurgischer Therapie, wie sie etwa bei der Dysgnathiechirurgie stattfinden, sind durch zwei Weiterbildungskonzepte qualitätsgesichert, einerseits durch den Fachzahnarzt für Kieferorthopädie und andererseits durch den Facharzt für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie. Vor diesem Hintergrund muss man die komplexen ästhetischen Korrekturen sehen.

SV Prof. Dr. Dr. Siegmund Reinert (Deutsche Gesellschaft für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie e.V. (DGMKG)): Zu der Frage nach der Rolle der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde im Bereich des Gesichtes und den Abhängigkeiten zwischen Gesicht, Form und Funktion möchte ich auf die Ausführungen von Herrn Kollegen Wagner verweisen, wonach im Gesicht Form und Funktion untrennbar und gewissermaßen einzigartig verbunden sind. Beispielsweise hat ein zu großer Unterkiefer mit einem Vorbiß (einem Fehlbiß), der Funktionsstörungen im Gelenk, also eine Kaustörung, verursacht, auch eine Profilveränderung zur Folge. Die Korrektur der Funktion des Fehlbisses führt somit auch zu einer ästhetischen Profilkorrektur. Das kann man nicht trennen, beides ist eng miteinander verbunden.

Zu der Frage, welche Maßnahmen in der Qualitätssicherung etabliert sind, kann ich Folgen-

des sagen: Zum einen ist der Facharzt für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie als einziger Facharzt doppelt approbiert. Er hat eine ärztliche und eine zahnärztliche Approbation sowie eine fünfjährige Weiterbildung, und er kann darauf aufbauend eine Zusatzqualifikation mit der Bezeichnung „Plastisch-ästhetische Operation“ erwerben. Zum anderen gibt es bei der Deutschen Gesellschaft für MKG-Chirurgie eine sich über zwei Jahre erstreckende, zertifizierte Fortbildung für ästhetische Gesichtschirurgie, die sich als interne Qualitätssicherung im Fachgebiet etabliert hat.

Abg. Gitta Connemann (CDU/CSU): Meine erste Frage richtet sich an Frau Dr. Neuhann-Lorenz. Die Zahlen zur Inanspruchnahme schönheitschirurgischer Eingriffe bei Jugendlichen differieren sehr stark. Wie erklären Sie sich diese Unklarheiten? Des Weiteren möchte ich darauf hinweisen, dass ästhetisch indizierte Ein- und Unterspritzungen mit Neurotoxinen wie Botox oder Füllsubstanzen zur Faltenbehandlung grundsätzlich auch von Heilpraktikern durchgeführt werden dürfen. Warum fordern Sie, dass solche Interventionen nicht für Heilpraktiker erlaubt sein sollten?

Meine zweite Frage richtet sich an Herrn Rechtsanwalt Matthias Teichner. Sie hatten in Ihrer Stellungnahme ausgeführt, dass eine unzureichende bzw. fehlerhafte Aufklärung im Zusammenhang mit kosmetischen Operationen nur selten einen Haftungsgrund darstellt. Das überrascht mich. Ich habe daher die Frage, welcher Grund dafür ausschlaggebend ist. Im Übrigen haben Sie nach meiner Information mehrere Mandanten vertreten, die Opfer von Falschbehandlungen sind und bei dem Versuch, Entschädigungen zu erlangen, auf das Problem gestoßen sind, dass die verantwortlichen Ärzte nicht versichert sind. Können sie hierzu ergänzende Angaben machen?

SVe Dr. Constance Neuhann-Lorenz: Zur ersten Frage ist zu sagen, dass die Zahl der schönheitschirurgischen Eingriffe bei Jugendlichen weitestgehend bei den Fachärzten für plastische und ästhetische Chirurgie erhoben worden ist. Das sind die Fachleute, die solche Operationen durchführen, allerdings ausschließlich bei medizinischer Indikation, wie es z. B. das Ohrenanlegen darstellt. Darunter fallen auch andere Form verändernde Operationen, die aus psychiatrischer Hinsicht medizinisch indiziert sind. Die Dunkelziffer ist des-

wegen so hoch, weil die kommerziellen Institutionen in keiner Weise von diesen Meldungen erfasst werden. Daher sind auch im internationalen Kontext keine wirklich seriösen Zahlen zu erhalten. Entsprechende Daten kann man letztlich nur von den Bürgern selbst erhalten. Jedenfalls werden diese Eingriffe von den operierenden Institutionen nicht vollständig erfasst, und schon gar nicht, wenn diese Institutionen Eingriffe vornehmen, die nicht durchgeführt werden sollten.

Zu der zweiten Frage nach den Heilpraktikern und den Unterspritzungen ist Folgendes zu sagen: Die Injektionstherapie, die von Heilpraktikern praktiziert wird, muss von ähnlichen Therapieformen deutlich unterschieden werden. Hier geht es um Quaddelungen oder um die Einbringung von weitgehend nebenwirkungsfreien Produkten oder Medikamenten in die oberste Hautschicht. Faltenunterspritzungsmittel oder Neurotoxine, also Lähmungssubstanzen, die in die Gesichtsmuskulatur oder in eine andere Muskulatur am Körper eingebracht werden, können damit nicht gemeint sein. Injektion ist eben nicht gleich Injektion. Eine Faltenunterspritzung kann z. B. auch die Einbringung eines bleibenden Implantats sein, welches in der unteren Hautschicht des Gesichtes oder des Halses platziert wird, und dies kann wiederum bleibende Folgen nach sich ziehen, die ein Heilpraktiker niemals behandeln könnte. Daher fordern wir eine Beschränkung der Befugnis zu solchen Injektionsbehandlungen auf Mediziner.

SV RA Matthias Teichner: Meine Ausführungen zur Frage der Relevanz der Aufklärungsrüge müssen Sie vor dem Hintergrund sehen, dass ich Haftungsfälle bearbeite, die in einem Gerichtsverfahren enden. Bei Gericht geht es leider nicht so sehr um die Wahrheit, sondern um die Beweisbarkeit. Beweisbelastet ist die Ärzteseite, das heißt, der Arzt muss beweisen, dass er rechtzeitig, richtig und auch umfassend aufgeklärt hat. An diese Aufklärung sind sehr hohe Anforderungen zu stellen. Den Beweis können die Ärzte in der Regel erbringen, indem sie Formulare vorlegen, die alle Risiken auführen und die vom Patienten unterschrieben sind. Zudem können sie ihre Arzhelferin als Zeugin dafür nennen, dass die Aufklärung auch tatsächlich durchgeführt worden ist. Daher muss ich von der praktischen Relevanz her, wenn ich meine Fälle betrachte – ich spreche aber gewissermaßen auch für die Kollegen – sagen, dass die Aufklärungsrüge

am Ende meistens nicht von Erfolg gekrönt ist. Es geht eben – wie gesagt – nicht darum, was passiert ist, sondern was sich im Einzelfall beweisen lässt. Ergänzend sollte man vielleicht noch erwähnen, dass ich vor allem die Risikoaufklärung im Blick habe, dass der Arzt daneben aber auch noch diverse andere Aufklärungspflichten hat, unter anderem die wirtschaftliche Aufklärungspflicht. Es wird künftig sicherlich vermehrt geprüft werden müssen, ob die Ärzte der wirtschaftlichen Aufklärung nachkommen, das heißt auch auf die neue Regelung im SGB V hinweisen. Ich habe in diesem Zusammenhang die Forderung aufgestellt, dass man den Arzt verpflichten sollte – solange es keine Versicherungspflicht gibt – den Patienten darüber zu informieren, ob er für die Art von Operation, die er an dem Patienten durchzuführen beabsichtigt, eine Haftpflichtversicherung abgeschlossen hat. Die Fälle, die mir den Anlass gegeben haben, die Versicherungspflicht überhaupt zu problematisieren, waren fatal. Es war auch für mich ein neues Phänomen – und ich bearbeite seit über 20 Jahren Arzthaftungsfälle und war bis dahin nie auf das Problem gestoßen –, dass Ärzte nicht versichert waren. Daraus ergibt sich auch der Zusammenhang mit der kosmetischen Chirurgie. Die Mandanten konnten zwar vor Gericht den Nachweis führen, dass sie fehlerhaft operiert worden waren und dies mit fatalen, auch erheblichen wirtschaftlichen Folgen, sie konnten aber ihre Forderung nicht durchsetzen, weil keine Haftpflichtversicherung bestand. Deshalb sehe ich eine dringende politische Notwendigkeit dafür zu sorgen, dass geschädigte Patienten angemessen entschädigt werden können.

Der stellvertretende **Vorsitzende**, Abg. **Dr. Hans Georg Faust** (CDU/CSU), übernimmt den Ausschussvorsitz.

Abg. **Dr. Carola Reimann** (SPD): Ich habe eine Frage zu der statistischen Erfassung von Schönheitsoperationen. Wir haben gerade noch einmal eine Zahl gehört und dabei auch erfahren, dass die Daten nicht so valide sind, wie wir uns das vorstellen. Es wird intensiv darüber diskutiert, wie man solche Eingriffe besser erfassen kann. Ich möchte gern erfahren, welche – durchaus auch unterschiedlichen – Vorstellungen es dazu in den einschlägigen Fachgesellschaften gibt.

SV Prof. Dr. Günter Germann (Deutsche Gesellschaft der Plastischen, Rekonstruktiven und Ästhetischen Chirurgen (DGPRÄC)): Meines Erachtens stellen sich hier zwei Fragen. Zum einen: Gibt es einen Zwang, die Eingriffe zu erfassen? Und zum anderen: Wie erfassen wir diese Eingriffe? In den Fachgesellschaften versuchen wir das durch freiwillige Angaben zu erheben. Denn es ist natürlich auch für uns von Bedeutung zu erfahren, wie groß das Volumen wirklich ist, um solchen Horrorszenarien, wie sie in der Presse jetzt im Vorfeld dieser Anhörung ausgemalt worden sind, entgegenzutreten zu können. Hier standen Zahlen im Raum, die auf Deutschland bezogen schon rein mathematisch unrealistisch sind. Eine zweite Möglichkeit besteht darin, die Daten über die Versicherungen zu erheben, indem die Haftpflichtversicherer bei ihren Klienten, also den operierenden Ärzten, nachfragen, wie groß das Volumen der Eingriffe ist. Das gibt es auch schon. Diese Daten sind im Moment allerdings nur beim einzelnen Versicherer verfügbar. Zum Beispiel fragt mich meine Haftpflichtversicherung jedes Jahr, was ich mache, und ich gebe dann Auskunft, weil ich meinen Versicherungsschutz nicht verlieren möchte. Das heißt also, die Daten werden eigentlich schon erfasst, wir brauchen nur noch intelligente Wege, um sie auch ohne Verletzung der Persönlichkeitsrechte zusammenführen zu können. Meiner Ansicht nach brauchen wir keine neuen bürokratischen Strukturen.

SV Prof. Dr. Christian Gabka (Vereinigung der Deutschen Ästhetisch-Plastischen Chirurgen (VDÄPC)): Ich bin der Präsident der VDÄPC, einer Tochtergesellschaft der DGPRÄC. Sie ist die größte Vereinigung der Ästhetisch-Plastischen Chirurgen, die vornehmlich ästhetische Chirurgie von plastisch-chirurgischer Seite aus durchführen. Das Thema der Datenerhebung beschäftigt uns schon seit einigen Jahren. Bei den Erhebungen haben die Kollegen immer eine gewisse Sorge, ihre Operationszahlen offenzulegen, weil sie dann vielleicht eingestehen müssten, dass sie nur eine kleine Anzahl etwa von Gesichtsstraffungen durchführen oder dass man aufgrund der Angaben möglicherweise ihr Einkommen errechnen kann. Ich glaube, das ist der Hauptgrund, weswegen wir bei all unseren Nachfragen bisher immer nur eine Rücklaufquote von ca. zehn bis fünfzehn Prozent hatten. Daher muss bei den Erhebungen Anonymität gewährleistet sein. Wir haben das zum Anlass ge-

nommen, einen anonymisierten Erhebungsbogen in unser Netz zu stellen. Hier kann sich der Arzt einloggen, ohne dass nachprüfbar ist, von wem die Angabe über eine bestimmte Operationszahl stammt. Wir haben das Verfahren erst im Februar gestartet, es gibt aber schon jetzt eine ganz gute Rücklaufquote. Wir nehmen daher an, dass wir jedenfalls für unseren Verband eine ganz erhebliche Zahl der tatsächlich durchgeführten Operationen auch genannt bekommen.

SV Prof. Dr. Dr. Heinz Bull (Gesellschaft für Ästhetische Chirurgie Deutschland e.V. (GÄCD)): Ich bin Präsident der Gesellschaft für Ästhetische Chirurgie Deutschland. Ich kann zu den Zahlen sagen, dass wir diese seit Jahren erheben und damit die erste Gesellschaft waren, die bei ihren Mitgliedern ermittelt hat, welche Eingriffe sie vorgenommen haben. Auf die Zahlen, die wir seit Jahren vorlegen, wurde auch in dieser wissenschaftlichen Studie Bezug genommen. Bei unseren Erhebungen hat sich ganz klar herausgestellt, dass die absoluten Zahlen in keiner Weise steigen; allerdings mit einer Ausnahme, die das Bild verfälscht. Das sind diese ganzen Unterspritzungen mit Füllsubstanzen und mit Botulinumtoxin. Aber die Zahl der eigentlichen Operationen nimmt nicht zu, und die Zahl der Operationen bei Jugendlichen, um die es hier vorwiegend geht, ist in allen unseren Untersuchungen verschwindend gering. Wenn jetzt populistisch behauptet wird, dass es sich um eine riesige Zahl handele, dann ist dies objektiv einfach unzutreffend. In diesem Zusammenhang haben wir auch einen Wunsch an die Politik. Bis vor wenigen Jahren galten die Füllsubstanzen als Medikamente. Jetzt sind sie leider keine Medikamente mehr, sondern nur noch CE-zertifizierte Medizinprodukte, die ohne wissenschaftliche Studien angewandt werden dürfen. Es ist der Wunsch unserer Kollegen bzw. unserer Gesellschaften, dass sich dies wieder ändert. Denn wenn diese Substanzen verschreibungspflichtig wären, würden viele rasch wieder vom Markt verschwinden.

SV Dr. Joachim Graf von Finckenstein (Deutsche Gesellschaft für Ästhetisch-Plastische Chirurgie (DGÄPC)): Ich möchte noch kurz auf etwas eingehen, was Prof. Germann angesprochen hat. Es wäre ganz einfach, ein Gesetz zu initiieren, das eine Meldepflicht für die Versicherungen einführt, und zwar über

die Ärztekammern. Ich war verwundert, als ich vorhin von Herrn Teichner gehört habe, dass nicht in allen Bundesländern Pflichtversicherungen bestehen. Eine der allerersten Maßnahmen, die getroffen werden müssten, wäre eine Pflichtversicherung für sämtliche Ärzte, die ästhetische Eingriffe durchführen. Ich würde sogar noch weiter präzisieren wollen: Im Gesetzestext heißt es „hinreichend“. Es ist aber nicht klar, was das bedeuten soll, ob etwa ein Million hinreichend ist oder etwas anderes. Die Versicherung sollte auch die Tätigkeit des Arztes begrenzen, das heißt, ein Hals-Nasen-Ohren-Arzt oder ein Mund-Kiefer-Gesichts-Chirurg sollte jeweils auf seinem Gebiet versichert sein. Denn wenn ein Mund-Kiefer-Gesichts-Chirurg eine Fettabsaugung oder eine Bauchdeckenplastik durchführen würde, hätte ich damit meine Probleme. Hier besteht also ein dringender Handlungsbedarf, und entsprechende Maßnahmen wären sehr einfach zu realisieren.

SV Dr. Jörg-Andreas Rüggeberg (Berufsverband der Deutschen Chirurgen e.V. (BDC)): Ich kann mich den Ausführungen im Prinzip anschließen. Es gibt keine zentrale Erfassung von Daten. Das liegt daran, dass die ästhetische und kosmetische Chirurgie in zwei Bereiche aufgeteilt ist. Zum einen haben wir diejenigen Eingriffsarten, die medizinisch indiziert sind, die zu Lasten der Sozialversicherung gehen, die alle ausnahmslos katalogisierbar sind und die auch zahlenmäßig erfasst werden. Um die geht es hier aber nicht in erster Linie. Vielmehr geht es um die so genannten kosmetischen Eingriffe, die keine medizinische Indikation, keinen Krankheitswert haben und die deshalb auch nicht dem Sozialrecht unterliegen. Solange wir keinen entsprechenden Rechtsrahmen haben, weder für die Eingriffsarten noch für die Durchführung durch die Ärzteschaft, das heißt, solange wir diese Eingriffe ohne jeden konkreten Rechtsrahmen betreiben, ist es einfach nicht möglich, diesbezügliche Zahlen zu erheben. Solche Daten hätten wir auch gerne. Für die anderen Bereiche, also beispielsweise für die medizinisch indizierte Ohranlegeplastik bei Kindern, haben wir qualitätsgesicherte Daten, sozusagen alles, was man möchte, zur Verfügung. Es geht aber darum, den anderen Bereich, diese Grauzone, ebenfalls einer Rechtsnorm zu unterwerfen.

Abg. **Mechthild Rawert** (SPD): Ich möchte zunächst einmal feststellen, dass es für viele eine Überraschung gewesen ist, dass diese Versicherungspflicht nicht existiert. Als Politikerin bin ich vor allem erstaunt, dass selbst manche Standeskolleginnen und -kollegen davon keine Kenntnis hatten. Wenn die Anhörung zu dieser Erkenntnis geführt hat und wir daraus die nötigen Schlussfolgerungen ziehen, dann ist dies schon ein großer Erfolg. Ich möchte beim Thema Rechtsrahmen bleiben und richte meine Fragen im Hinblick auf umfassenden Verbraucherinnenschutz und Patientinnenschutz an die BAGP, an die DGMR und an die Verbraucherzentrale. Der Kontext ist erwähnt worden. Wir befinden uns in einer neuen gesellschaftlichen Situation, das heißt in einem Spannungsfeld zwischen einer Wunsch erfüllenden Medizin einerseits und dem, was dem traditionellen Arzt-Patientinnen-Verhältnis zuzuordnen ist, nämlich der Therapie oder Heilung mit allem, was dazu gehört, andererseits. Unter rechtlichen Gesichtspunkten möchte ich gern wissen, welche konkreten Vorschläge mit welchen Konsequenzen es im Hinblick auf das individuelle Vertragsverhältnis gibt. Es gibt bislang Äußerungen in Bezug auf Dienst- oder Werkverträge. Meine Frage lautet: Wie müssen die Berufsordnung, das Haftungsrecht und der Schadensersatz geändert werden, damit man auch in diese Grauzone vorstößt. Die oberste Prämisse müsste dabei der Patientinnenschutz sein. Wie könnte man diesen rechtlich sicherstellen?

SVe **Kirsten Schubert** (Bundesarbeitsgemeinschaft der Patientinnenstellen (BAGP)): Wir halten es im Interesse der Verbraucherinnen bzw. Patientinnen, die bei uns Rat suchen, für unabdingbar, dass der Begriff der Schönheitsoperation klar definiert und rechtlich abgesichert wird. Eine typische Situation, in der eine Patientin zu uns kommt, ist die, in der ein Eingriff medizinisch indiziert wäre, aber von der GKV nicht finanziell unterstützt wird. Dies ist zum Beispiel bei der Mammaresektion der Fall, die nach Gewicht vorgenommen wird. Es gibt medizinische Indikationen, bei denen es sinnvoll wäre, diesen Eingriff vorzunehmen und auch durch die GKV zu erstatten. Für den Schutz der Verbraucherinnen wäre es daher wichtig, dass es eine klare Definition gibt. Weiterhin halten wir auch eine ärztliche Qualifizierungspflicht für unabdingbar, das heißt eine zertifizierte Qualifikation für die Anbieter von Schönheitsoperationen. Nach der derzeiti-

gen Rechtslage sind sämtliche medizinischen Fachgruppen befugt, Schönheitschirurgische Eingriffe durchzuführen.

Abg. **Mechthild Rawert** (SPD): Meine nächste Frage bezieht sich auf das Vertragsverhältnis. Es gibt ja zunehmend die Tendenz zur Gründung von GmbHs und Instituten anstelle von individuellen Vertragsverhältnissen. Welche Rechtsform würden Sie im Hinblick auf den Patientinnen-, Konsumentinnen- und Verbraucherinnenschutz bevorzugen?

SVe **Kirsten Schubert** (Bundesarbeitsgemeinschaft der Patientinnenstellen (BAGP)): Wir halten die Einführung einer Pflicht zu einer ausführlichen Aufklärung für unabdingbar und schlagen vor, dass die Aufklärung von den finanziellen Interessen der Operierenden abgekoppelt wird. Weiterhin schlagen wir vor, dass es ein Zeitfenster von mindestens sechs Wochen zwischen der Aufklärung und dem Eingriff geben, und dass die Aufklärung durch zwei verschiedene Berufsgruppen erfolgen sollte. Das wären zum einen die Ärzte, die die Operation vornehmen, und zum anderen möglicherweise eine unabhängige Instanz, eine unabhängige Beratungsstelle, eine andere Ärztin bzw. ein anderer Arzt oder Psychologe. Was die von Ihnen angesprochene Haftung anbelangt, halten wir es für wichtig, dass die Ärzte eine Berufshaftpflicht haben. Aber dies ist im Vergleich zu dem zuerst Geforderten nachrangig, das heißt, dass vor der Einführung einer Berufshaftpflicht die Schönheitschirurgie erst einmal definiert und die Qualifikation der Ausübenden zertifiziert sein muss.

SV **Dr. Albrecht Wienke** (Deutsche Gesellschaft für Medizinrecht (DGMR)): Das ist eine sehr wichtige Frage, Frau Rawert, die Sie da angesprochen haben. Wir müssen uns in der Tat darüber im Klaren sein, dass es sich in dem Bereich, über den wir hier sprechen, nicht um medizinisch indizierte Eingriffe handelt. Es geht hier nicht um Heilkunde in dem von uns üblicherweise verstandenen Sinne, und eigentlich dürften wir auch nicht von Patienten sprechen, denn wir haben es letztlich nicht mit Leidenden zu tun. Deshalb ist hier, mehr oder weniger unbewusst, auch schon von Auftragsvergabe die Rede gewesen. Es gibt in der Tat Tendenzen im Medizinrecht, diese Eingriffe nicht mehr dem Dienstvertragsrecht, sondern

dem Werkvertragsrecht zuzuordnen. Sie kennen das sicher, insbesondere wenn Sie beim Zahnarzt waren und eine prothetische Versorgung bekommen haben. Auch dann sprechen wir von einem Werkvertrag mit entsprechenden Gewährleistungsregelungen. Hier eröffnet sich ein Feld, auf dem dann vermehrt auch über eine Haftpflichtversicherung zu reden sein wird. Im Übrigen besteht eine solche Haftpflichtversicherungspflicht im Bereich der Ärztekammer Nordrhein. Allerdings ist dies die einzige Ärztekammer in Deutschland, bei der es so etwas gibt. Wenn wir also von einem Werkvertragsverhältnis ausgehen, dann können wir möglicherweise – auch durch den damit verbundenen Gewährleistungsanspruch des Patienten gegenüber seinem Arzt – die Risikopotenziale etwas besser als bisher in den Griff bekommen. Ich gebe zu, dass die rechtswissenschaftliche Diskussion über dieses Thema noch in den Anfängen steckt, die Problematik gewinnt aber zunehmend an Bedeutung nicht nur im Hinblick auf die hier diskutierten Schönheitsoperationen, sondern auch in Bezug auf die Wunsch erfüllende Medizin insgesamt. So sprechen wir etwa über den pharmakologischen Einsatz von Arzneimitteln, die bei Demenzkranken heilende Wirkung, bei Gesunden aber möglicherweise andere Wirkungen wie Konzentrationssteigerung oder Abnahme des Schlafbedarfs haben. All diese Dinge werden uns künftig viel stärker beschäftigen, als das bisher der Fall ist. Im Übrigen kommt es nicht darauf an, ob ein individuelles oder ein institutionelles Vertragsverhältnis vorliegt, ob eine GmbH oder ein einzelner Arzt tätig wird. Entscheidend ist vielmehr die Art des Vertragsverhältnisses, ob also ein Dienstvertragsverhältnis oder ein Werkvertragsverhältnis vorliegt.

Sve Susanne Mauersberg (Verbraucherzentrale Bundesverband e.V. (vzbv)): Die Verbraucherzentrale Bundesverband fordert schon seit geraumer Zeit, dass der Behandlungsvertrag reguliert wird. Unser Ziel ist eine klare Bündelung aller einschlägigen gesetzlichen Regelungen, um einen besseren Patientenschutz zu gewährleisten und auch um ein Bewusstsein dafür zu schaffen, dass es sich in solchen Fällen – das gilt auch für die IGL-Leistungen – um ein spezielles Vertragsverhältnis handelt. Wie verschiedene Untersuchungen der Verbraucherzentrale gezeigt haben, ist dem Patienten oft überhaupt nicht bewusst, dass der Arzt eine IGL-Leistung anbietet

und damit in eine ganz andere Rolle schlüpft, dass er plötzlich Leistungen verkauft, also quasi zum Verkäufer wird. Das ist bei den Schönheitsoperationen, die keine medizinische Indikation haben, eben auch der Fall. Ich halte es für ganz wichtig, für beide Seiten Klarheit darüber zu schaffen, was hier eigentlich geschieht und wie sich das Rollenverhältnis verändert. Des Weiteren ist für uns sehr wichtig, dass man eine verbindliche Regelung im Hinblick auf eine unabhängige weitere Beratung vorsieht.

Abg. Dr. Konrad Schily (FDP): Meine Frage richtet sich an Herrn Dr. Krause-Bergmann und an die Vereinigung der Deutschen Ästhetisch-Plastischen Chirurgen. Es ist schon gesagt worden, man könne die beiden Arten von Schönheitsoperationen gut voneinander unterscheiden. Hier möchte ich gerne noch einmal nachfragen: Inwieweit kann man Schönheitsoperationen, die medizinisch indiziert sind, von reinen Schönheitsoperationen klar unterscheiden? Und inwieweit ist die Indikationsstellung monetär beeinflusst? Immerhin handelt es sich hier um einen Markt.

SV Dr. Albrecht Krause-Bergmann: Sie haben ein ganz großes Problem angesprochen, und zwar die Unterscheidung zwischen einer medizinisch notwendigen Behandlung und einem ästhetischen Eingriff. Die Übergänge sind fließend. Kennzeichnend für den ästhetischen Eingriff ist das Ziel der Verbesserung, so wie es hier analog auch von der Bundeszahnärztekammer geschildert worden ist. Ein wesentliches Merkmal einer ästhetischen Leistung besteht darin, dass hierfür direkt ein Preis vereinbart wird. Zurzeit besteht das Unterscheidungskriterium darin, dass Eingriffe, die von der Gesetzlichen Krankenversicherung abgedeckt werden, eindeutig dem medizinischen Bereich und Eingriffe, die eine direkte Honorarzahlung verursachen, dem ästhetischen Bereich zugeordnet werden. Diese Differenzierung halte ich für falsch. Ich denke, wir haben es hier mit einem sehr komplexen Problem zu tun. In anderen Ländern gibt es einen gesellschaftlichen Konsens darüber, wo die Grenze zu ziehen ist; Grundlage dafür ist in der Regel eine Art von Katalog.

SV Doc. Dr. Dr. Johannes C. Bruck (Vereinigung der Deutschen Ästhetisch-Plastischen

Chirurgen (VDÄPC)): Auch Wunschmedizin ist Heilkunde und muss daher nach den Kriterien der Heilkunde erbracht zu werden. Deswegen gehört sie in die Hand eines qualifizierten Arztes. Wir sind der Auffassung, dass die Werbung hier eine ganz große Rolle spielt. Sie läuft den Bedürfnissen der Patienten zuwider, weil sie Bedarfsweckung betreibt. Die Ärzte sind dazu da, die Bedürfnisse der Patienten zu decken, in welcher Form der Patient diese auch an den Arzt heranträgt. Demgegenüber ist ein Dritter nicht dazu in der Lage zu entscheiden, worunter ein Patient leidet und worunter nicht. Es ist aus unserer Sicht ein Zeichen von Überheblichkeit, wenn man einer Institution, einem Dritten oder einer Gesellschaft, die nicht in entsprechender Weise ausgebildet ist, die Fähigkeit zubilligt, eine psychologische Exploration des Patienten vorzunehmen bzw. sein Leid zu definieren. Auch die Wunschmedizin ist Heilkunde, und ihre Ausübung bedarf einer entsprechenden Qualifikation. Deswegen haben wir beantragt, die Berufsordnung dahingehend zu ändern, dass die Facharztbezeichnung und die darin enthaltenen Eingriffe nicht nur eine Beschränkung für die übrigen Fachärzte, sondern auch für die approbierten Ärzte ohne Facharztbezeichnung beinhalten. Letztere dürfen somit die Eingriffe, die in der Weiterbildungsordnung aufgeführt sind, nicht erbringen.

Abg. **Dr. Konrad Schily** (FDP): Ich habe eine Nachfrage an Herrn Dr. Krause-Bergmann und die Deutsche Gesellschaft für Ästhetisch-Plastische Chirurgie. Ich spreche aus Erfahrung. Es gibt viele Patientinnen und Patienten, die sich aus einem inneren Antrieb heraus körperlich verändern wollen und bei denen ganz eindeutig keine medizinische Indikation vorliegt. Wir erleben in der Praxis immer wieder, dass solche Patienten dann tatsächlich operiert werden, oft mit sehr zweifelhaftem Erfolg. Sehen Sie einen Weg, um zu verhindern, dass es zu solchen Operationen kommt?

SV **Dr. Albrecht Krause-Bergmann**: Das Problem, das Sie ansprechen, ist bekannt. Es ist daher auch Gegenstand der fachärztlichen Weiterbildung, wie sie in den Kammerrechten niedergelegt ist. Sowohl Fachärzte für plastische Chirurgie als auch diejenigen Fachärzte, die Zusatzbezeichnungen im Bereich der plastischen Chirurgie erwerben können, müssen sich damit auseinandersetzen. Die erste Voraussetzung dafür, das zu vermeiden, was Sie,

Herr Dr. Schily beschrieben haben, ist, dass diejenigen, die Schönheitschirurgische Eingriffe durchführen, entsprechend den Weiterbildungsordnungen ausgebildet und geschult werden. Das zweite ist, eine entsprechende Dokumentation verpflichtend zu machen. Die Kontrolle des beratenden und unter Umständen später auch behandelnden Arztes besteht darin, dass er sich Gedanken darüber gemacht hat, ob der Patient oder die Patientin an einer Wahrnehmungsstörung leidet, bei der die gewünschte chirurgische Behandlung eine Kontraindikation darstellen würde.

SV **Dr. Joachim Graf von Finckenstein** (Deutsche Gesellschaft für Ästhetisch-Plastische Chirurgie (DGÄPC)): In der täglichen Praxis passiert das, was Sie angesprochen haben, vergleichsweise selten. Wenn jemand sich mit einem störenden körperlichen Stigma vorstellt, muss man einfach herausfinden, ob die eigene Wahrnehmung dem entspricht, was da vorgetragen wird. Wenn dem nicht so ist, versteht es sich von selbst, dass man einen Riegel vorschiebt und zu dem Schluss kommt, dass hier ein psychischer Defekt im Vordergrund steht, den man beheben muss. Das ist aus meiner Sicht aber nicht die Regel. Natürlich gibt es eine Grauzone. Es wird sicherlich Menschen geben, die etwas als ein Stigma empfinden, das andere nicht stören würde, aber das ist nicht Gegenstand dieser Anhörung. Die Fälle, in denen so etwas mit einem katastrophalen Ergebnis endet, sind sicherlich selten. Unser Problem ist, dass die mediale Welt gern die schlechten Beispiele aufgreift, weil sich daraus medial etwas inszenieren lässt. Nehmen sie nur die heutige Überschrift der AZ, in der es heißt, eine Zwölfjährige würde einen Silikonbusen bekommen. Ich würde gern von den hier Anwesenden wissen, ob so etwa in ihrer täglichen Praxis schon vorgekommen ist. Aus meiner Sicht wird die Problematik der Minderjährigen in den Medien viel zu sehr dramatisiert. Denn in der täglichen Praxis ist die Zahl entsprechender Fälle verschwindend gering. Ich würde sagen, bei mir liegt sie im Promillebereich. Minderjährige, die ich operiere, haben einen echten Defekt, und der Eingriff geht dann mehr in Richtung Rekonstruktion als hin zur Schönheitschirurgie.

Abg. **Dr. Konrad Schily** (FDP): Die mediale Welt erzeugt aber auch Bedürfnisse, das wissen wir. Meine nächste Frage richtet sich an

Herrn Dr. Krause-Bergmann, an den Deutschen Frauenrat und an den Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte. Wie stehen Sie zu einem Verbot von Schönheitsoperationen bei noch nicht volljährigen oder bei unter 16-Jährigen Jungen oder Mädchen?

SV Dr. Albrecht Krause-Bergmann: Ich halte ein Verbot für ein nicht geeignetes Instrument. Ähnlich wie Dr. Graf Finckenstein sehe ich das Problem, dass Kinder rein schönheitschirurgischen Eingriffen unterzogen werden, schon zahlenmäßig als sehr gering an. Ich halte es aber für wichtig, dass bei der Indikationsstellung für einen Eingriff an Kindern eine zusätzliche Instanz hinzugezogen wird. Dieses geschieht derzeit in aller Regel dadurch, dass zunächst die betreuenden Kinder- und Jugendärzte die Kinder zu sehen bekommen – z. B. wenn sie wegen absteher Ohren in der Schule gehänselt werden –, und dann ein plastischer Chirurg bzw. HNO-Arzt oder Kieferchirurg hinzugezogen wird. Es sollte analog zu dem, was Herr Teichner aufgezeigt hat, ein Stufenkonzept erarbeitet werden, um die Verantwortung gegenüber Kindern und Jugendlichen in diesem Bereich besonders herauszustellen.

SVe Brunhilde Raiser (Deutscher Frauenrat e.V. (DF)): Im Gegensatz zu Ihnen haben wir uns für ein Verbot von Eingriffen bei Minderjährigen ausgesprochen, wenn sie nicht medizinisch indiziert sind. Als Nichtmedizinerin würde ich gerne versuchen, auf die Zahnchirurgen zu antworten. Natürlich hat die Zahnchirurgie auch ästhetische Veränderungen zur Folge. Dabei stellt sich aber aus meiner Sicht als Nichtmedizinerin immer die Frage, mit welcher Zielsetzung der Eingriff vorgenommen wird. Jeder Eingriff verändert, das ist völlig klar. Aber die Zielsetzung ist für mich das entscheidende Kriterium. Unserer Ansicht nach bedarf es, wenn es dieses Verbot geben soll, einer Legaldefinition von Schönheitsoperationen, so schwierig diese auch zu finden ist, wie die Fachleute hier zu Recht gesagt haben. Ich kann mir aber, wenn dieses Verbot nicht realisierbar sein sollte, als minimale Lösung auch vorstellen – auch wenn wir das in unserer Stellungnahme nicht schriftlich fixiert haben –, dass man eine weitere Beratungsperson hinzuzieht. Das wäre das Mindeste.

SV Dr. Ulrich Fegeler (Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e.V. (BVKJ)): Unsere Grundposition ist ganz einfach. Wir sagen, dass jeder ärztlich indizierte Eingriff selbstverständlich erlaubt ist, dass aber jeder nicht ärztlich indizierte Eingriff bis zur Volljährigkeit nicht erlaubt sein sollte. Natürlich gibt es eine Grauzone. Aber um diese aufzuhellen, ist die Ärzteschaft da. Stellen wir uns eine 16-Jährige vor, die sich in ihrer Klasse gehänselt oder benachteiligt fühlt, weil sie noch überhaupt kein Brustwachstum hat (ich nehme ein Extrembeispiel) und die angibt, darunter zu leiden. Wenn ich mir in einem solchen Fall unsicher bin, würde ich immer den Rat eines kinder- und jugendpsychiatrischen Kollegen einholen. Das heißt, ich würde mir im Bedarfsfall die ärztliche Indikation bestätigen lassen. Das ist nach unserer Ansicht der Weg, um in den Fällen, die sich in der Grauzone bewegen, weiterzukommen. Aber auf alle Wünsche nach körperlichen Veränderungen, die sozusagen aus Gründen des Lifestyles von Kindern, Jugendlichen oder Heranwachsenden geäußert werden, würde ich auf keinen Fall vor der Volljährigkeit eingehen. Danach besteht zumindest Anlass zu der Hoffnung, dass ein Grad an Reife erreicht ist, um auch die Konsequenzen eines solchen Eingriffes, die ein Jugendlicher häufig noch nicht überblickt, realistisch einschätzen zu können.

Abg. Dr. Konrad Schily (FDP): Ich habe noch eine Frage an die Bundeszahnärztekammer. Was sind die häufigsten Wünsche nach rein ästhetischen Korrekturen und Verbesserungen, die gegenüber Kieferorthopäden oder Kiefer-Gesichtschirurgen geäußert werden?

SV Prof. Dr. Dr. Wilfried Wagner (Bundeszahnärztekammer (BZÄK)): Zunächst möchte ich, die letzte Frage mit aufgreifend, sagen, dass die Operation von Kindern mit einer Dysgnathie praktisch keine Rolle spielt, weil sie notgedrungen zu einem Misserfolg führen bzw. weil das Wachstum das Ergebnis wieder zunichte machen würde. Dieser Eingriff spielt nur bei den Lippen-Kiefer-Gaumenspalten und deren Folgezuständen eine Rolle, und darüber diskutieren wir hier nicht. Zur zweiten Frage, die sich auf die wesentlichen Veränderungen bezog: Zweifellos haben die Wünsche hinsichtlich Farbe, Form und Fehlstellungen incl. Zahnfleisch in der Oberkieferfront zahlenmäßig den höchsten Anteil an der Nachfrage nach

ästhetisch wirksamen Korrekturen. Aber auch in diesen Fällen ist der ästhetische Effekt der Maßnahme, beispielsweise einer Zahnfleischplastik, von dem therapeutischen Effekt nicht zu trennen. Wenngleich der Antrieb, sich behandeln zu lassen, häufig ein ästhetischer ist, ist mit fast allen Maßnahmen, vom Bleichen vielleicht abgesehen, auch ein präventiver oder kurativer Begleiteffekt verbunden. Deshalb glaube ich, dass die Unterscheidung zwischen einer rein ästhetischen Indikation und einer auch funktionell oder präventiv sinnvollen Maßnahme letztlich nicht möglich ist. Dies zeigt sich besonders deutlich am Beispiel der Kieferorthopädie. Denn während es oft der ästhetische Wunsch ist, der die jungen Leute in die Therapie bringt, trägt gerade diese frühe Therapie durch die Kieferorthopädie dazu bei, eine spätere ästhetische Operation zu verhindern. Man würde also einen sachlichen Fehler machen, wenn man versuchen würde, eine solch strenge Linie zu ziehen.

Abg. **Frank Spieth** (DIE LINKE.): In dem vorliegenden Antrag, der zur Beratung ansteht, heißt es wörtlich, „dass es sich bei Schönheitsoperationen um medizinisch nicht indizierte Eingriffe handelt“. Daraus ergeben sich, insbesondere jetzt nach der Verabschiedung des GKV-WSG und der Pflegereform, Folgewirkungen für die Patienten, die unter den Folgekrankheiten einer so definierten Schönheitsoperation leiden. Abgesehen von der Frage des Selbstverschuldens, auf die ich später noch einmal zu sprechen kommen will, möchte ich zunächst von der Bundesarbeitsgemeinschaft der Patientinnenstellen, der Verbraucherzentrale Bundesverband und der Bundesärztekammer Folgendes wissen: Ist aus Ihrer Sicht hinreichend definiert, was medizinisch erforderlich ist und was nicht? Ist das, was in dem Antrags-text steht, der vor allem appellativen Charakter hat, hinreichend konkret, auch im Kontext der neuen Gesetze? Das, was bisher dazu gesagt wurde, ist mir noch nicht trennscharf genug.

SVe **Kirsten Schubert** (Bundesarbeitsgemeinschaft der Patientinnenstellen (BAGP)): Unserer Meinung nach, die wir auch schriftlich dargelegt haben, ist der Unterschied nicht ausreichend definiert. Ich habe vorhin bereits ausgeführt, dass sehr häufig Patientinnen mit dem Anliegen in die Beratungsstellen kommen, dass sie ein medizinisch indiziertes Problem hätten, dessen Behebung sie aber nicht durch

die GKV erstattet bekämen. Außerdem beziehe ich mich auf einige Vorredner. Natürlich kann auch ein psychischer Leidensdruck oder eine psychische Konfliktsituation dazu führen, dass ein Wunsch nach Veränderung der Körperformen entsteht. Somit ist der Begriff der Schönheitsoperation nicht klar definiert und vor allem auch nicht rechtlich geschützt.

SVe **Susanne Mauersberg** (Verbraucherzentrale Bundesverband e.V. (vzbv)): Ich denke, am Beispiel von Fehlbildungen der Brust kann man das Problem sehr deutlich illustrieren. Dazu gab es vor kurzem ein Gerichtsurteil. Eine Patientin, bei der eine Brustseite sehr groß und die andere sehr klein war, hatte für eine Operation von der Krankenkasse nichts erstattet bekommen. Sie hatte dagegen geklagt und damit argumentiert, dass bei einer Tumoroperation, bei der die Brust entfernt wird, der anschließende Aufbau der Brust von der Krankenkasse finanziert wird. Vor Gericht ist sie aber mit dieser Ansicht nicht durchgedrungen. Ich denke, an solchen Beispielen kann man deutlich sehen, dass es sehr schwer werden wird, eine klare Grenze zwischen medizinisch indizierten und reinen Schönheitsoperationen zu ziehen. Die einer der Stellungnahmen beigefügten Fotos zeigen sehr anschaulich, dass hier in der Tat ein objektiv nachvollziehbarer Leidensdruck vorliegen kann und dass es nicht nur um das subjektive Empfinden geht. Ich denke, es wird sehr schwer werden, hier eine trennscharfe Abgrenzung vorzunehmen.

SVe **Dr. Cornelia Goesmann** (Bundesärztekammer (BÄK)): Wir haben jetzt schon ausreichend herausgearbeitet, dass die Übergänge zwischen dem, was im Rahmen der GKV erstattungsfähig ist und dem, was die Patientinnen bzw. die Verbraucherinnen oder Kundinnen selbst bezahlen müssen, fließend sind. In der Regel ist es in der Praxis wie folgt: Wenn hinreichende Hinweise dafür vorliegen, dass eine Leistung erstattungsfähig sein könnte, dann raten wir den Patientinnen und Patienten, bei ihrer Krankenkasse einen Antrag auf Übernahme der Kosten zu stellen. Dann wird das geprüft, und wenn die entsprechenden Gutachter Stellung genommen haben – in der Regel gehört dazu auch eine psychiatrische oder psychotherapeutische Begutachtung –, dann wird eben eine Entscheidung getroffen, ob die Kosten übernommen werden oder nicht. Wenn der Patient mit der Entscheidung nicht einverstanden

den ist, dann wird in der Regel der Rechtsweg beschritten. Es gibt also einen Rechtsweg, um die Entscheidung herbeizuführen. Wegen der fließenden Übergänge wird es aber nicht möglich sein, einen Katalog festzulegen, aus dem sich zweifelsfrei entnehmen lässt, was GKV-Leistungen und was IGL-Leistungen sind.

Abg. **Frank Spieth** (DIE LINKE.): In den vergangenen Wochen haben zwei Frauen in meiner Abgeordneten-Sprechstunde vorgesprochen, die genau in einer solchen Angelegenheit ihren Rechtsanspruch gegen die GKV nicht durchsetzen konnten. Nach der Entscheidung der GKV wurden sie auf den Weg durch die Instanzen verwiesen. Solche Patientinnen werden häufig finanziell nicht dazu in der Lage sein, ihren Anspruch auf dem Rechtsweg durchzusetzen. Das ist ein großes Problem, das mich unzufrieden macht. Darüber hinaus habe ich eine Frage, die sich auf die Konsequenzen aus dem Wettbewerbsstärkungsgesetz einerseits und der Pflegereform andererseits bezieht. Durch den so genannten „Petz-Paragraphen“ wird bei Eigenverschulden die volle Kostenübernahme eingeführt. Es interessiert mich, wie der Deutsche Frauenrat, die Verbraucherzentrale Bundesverband und die Bundesärztekammer diese Hinwendung zu einer stärkeren Eigenverantwortung und zum Selbstverschuldungsprinzip beurteilen.

SVe **Brunhilde Raiser** (Deutscher Frauenrat e.V. (DF)): Wir haben uns bereits in einem anderen Zusammenhang gegen das Prinzip der Selbstverschuldung und damit gegen die Kostenübernahme durch die Patienten ausgesprochen, weil wir dies als ein Einfallstor für die Aufweichung des Solidarprinzips ansehen. Wir sehen diese Gefahr nach wie vor, insbesondere weil immer noch nicht geklärt ist, inwieweit die Patientinnen und Patienten überhaupt über die Folgen solcher Eingriffe informiert werden und wer gegebenenfalls die Kosten für eine unerwünschte Entwicklung oder einen Fehlers trägt, wenn es keine Haftpflichtversicherung gibt. Von daher haben wir uns entschieden zu sagen, es muss absolut sichergestellt sein – wie ich vorhin schon ausgeführt habe –, dass auf den § 52 SGB V hingewiesen wird. Dieser Paragraph muss in vollem Umfang bekannt sein, damit die einzelnen Patientinnen und Patienten sich über die möglichen Folgen eines Eingriffes völlig im Klaren sind. Des Weiteren erheben wir die Forderung, dass für die Be-

handelnden eine Pflicht zum Abschluss einer Haftpflichtversicherung eingeführt werden muss, um unerwünschte Folgen auffangen zu können. Da wir uns gegen jegliche Ermittlungstätigkeit der Ärzte wenden, halten wir die umfassende Aufklärung der Patientinnen und Patienten für eine tragbare Lösung.

SVe **Susanne Mauersberg** (Verbraucherzentrale Bundesverband e.V. (vzbv)): Die Verbraucherzentrale Bundesverband sieht hier ebenfalls ein großes Problem, weil es in der Tat sehr willkürlich wäre, wenn man bei den Schönheitsoperationen eine Beteiligung der Patienten einfordern und diese damit auf eine Stufe mit Menschen stellen würde, die sich wegen Prügeleien oder kriminellen Handlungen einer medizinischen Behandlung unterziehen und für deren Kosten selbst aufkommen müssen. Das halten wir für sehr problematisch. Wir sind im Übrigen der Ansicht, dass man den psychischen Leidensdruck der Patienten stärker in den Vordergrund stellen muss, weil dieser häufig der Grund dafür ist, sich einer solchen Operation zu unterziehen. Es dürfte zudem eine große Zahl von Patienten geben, denen nicht unbedingt mit einer Schönheitsoperation, sondern möglicherweise auf anderem Wege – sozialmedizinisch, psychologisch oder wie auch immer – weitergeholfen werden kann.

SVe **Dr. Cornelia Goesmann** (Bundesärztekammer (BÄK)): Es ist natürlich sehr schwer zu entscheiden, wer für negative Folgewirkungen einer Schönheitsoperation aufkommen muss. Wir haben im Zuge der Anhörung zum Pflegeweiterentwicklungsgesetz klar gesagt, dass wir als Ärzteschaft den so genannten „Petz-Paragraphen“ ablehnen. Wir halten es angesichts der ärztlichen Schweigepflicht für nicht statthaft, den Krankenkassen eine Meldung zu machen, wenn wir meinen, Verletzungen oder Folgeerscheinungen seien selbstverschuldet. Wir weisen die Patientinnen und Patienten zwar darauf hin, dass bestimmte Behandlungen selbst zu bezahlen sind und dass wir diese als IGL-Leistungen privat abrechnen, wenn wir den Eindruck haben, dass die Beschwerden selbstverschuldet sind, wir lehnen aber eine Meldepflicht gegenüber den Krankenkassen ab.

Abg. **Frank Spieth** (DIE LINKE.): Ich habe noch zwei Nachfragen zum Thema Haftung und Versicherung. Wir haben bisher einiges darüber erfahren, wie die Berufsverbände und die praktizierenden Ärzte sich haftungsrechtlich absichern können. Ich habe aber gerade ausgeführt, dass der umgekehrte Fall, nämlich die Durchsetzung von Rechten der Versicherten, um die es in dem vorliegenden Antrag, der ausdrücklich den Schutz der Verbraucher anspricht, geht, sehr viel komplizierter ist. Deshalb wende ich mich noch einmal mit der Frage an die Bundesarbeitsgemeinschaft der Patientinnenstellen und an die Verbraucherzentrale, ob sie die Vorschläge, die in diesem Antrag gemacht werden, im Hinblick auf die Durchsetzungsfähigkeit der Patienten im Falle von Fehlbehandlungen für ausreichend halten oder, falls dies nicht der Fall ist, welche weitergehenden Vorstellungen sie haben.

SVe **Kirsten Schubert** (Bundesarbeitsgemeinschaft der Patientinnenstellen (BAGP)): Ich hatte eben schon ausgeführt, dass für die BAGP die Frage einer Rechtschutzversicherung nachrangig ist. Bevor diese überhaupt zum Tragen kommt, ist es wichtig, dass alle in diesem Bereich tätigen Ärzte eine Haftpflichtversicherung haben und vor allem, dass sie eine zertifizierte Qualität nachweisen können, die bescheinigt, dass sie eine solche Operation durchführen können. Die Frage, ob die in dem Antrag enthaltenen Vorschläge ausreichend sind, um eine Durchsetzbarkeit von Ansprüchen der Patienten gegenüber den behandelnden Ärzten zu gewährleisten, kann ich im Moment nicht beantworten.

SVe **Susanne Mauersberg** (Verbraucherzentrale Bundesverband e.V. (vzbv)): Die Vorschläge sind sicherlich nicht ausreichend, zumal es eben keine Versicherungspflicht gibt. Das haben wir schon ausführlich diskutiert. Das Hauptproblem dürfte aber sein, dass selbst dann, wenn es eine Haftpflichtversicherung gibt, gerade bei Schönheitsoperationen vielen Patienten nicht klar sein dürfte, was der Gegenstand dieser Versicherung des Arztes ist und dass es sich eben nicht um einen Werkvertrag, sondern um einen Dienstvertrag handelt. Das ist eine juristisch diffizile Angelegenheit, die man nicht so ohne weiteres versteht, die einem erklärt werden muss. Es stellt sich hier auch die Frage, ob ein Arzt, der möglicherweise ein finanzielles Interesse daran hat, diese

Operation durchzuführen, im Aufklärungsgespräch wirklich detailliert auch auf diese Problematik eingeht und sie dem Kunden, der möglicherweise später sein Patient wird, entsprechend erläutert. Wir halten daher eine unabhängige Beratung für wichtig, damit genau diese Fragen dem Patienten ausführlich dargestellt werden können. Wenn der Fall dann später vor Gericht verhandelt wird, sind viele Patienten erstaunt, wie wenige Möglichkeiten sie haben, ihre Rechte einzufordern.

Abg. **Birgitt Bender** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich richte meine Frage an die Bundesärztekammer. Wir haben von Herrn Teichner gehört, dass es viele Ärzte gibt, die keine Haftpflichtversicherung haben. Trifft es zu, dass Sie keine Handhabe haben, dagegen vorzugehen oder was können Sie dagegen tun?

SV **Dr. Gerhard Nösser** (Bundesärztekammer (BÄK)): Natürlich gibt es die Pflicht zum Abschluss einer Berufshaftpflichtversicherung. Das gehört zu den Berufspflichten eines jeden Arztes, die in der Berufsordnung verankert sind. Wenn es aber so ist, wie Herr Rüggeberg mir gerade sagt, dass ästhetisch-chirurgische Eingriffe von dieser Versicherung oftmals nicht erfasst werden, dann genügt der Arzt an dieser Stelle nicht seiner Pflicht zum Abschluss einer Berufshaftpflichtversicherung. Infolge der Novellierung des Versicherungsvertragsrechts haben wir auch eine versicherungsvertragsrechtlich hinreichende Bestimmung in der Berufsordnung. Die Berufsordnung ist eine Satzung der Ärztekammern, wonach es eine Pflicht zum Abschluss einer Berufshaftpflichtversicherung gibt. Das Problem ist nur, dass wir keine Pflicht zum Nachweis dieser Berufshaftpflichtversicherung haben. Daher hilft auch die Regelung, die es in Nordrhein gibt, nicht weiter, weil auch diese nicht „wasserdicht“ ist. Sie führt unserer Auffassung nach eher dazu, dass auf die Kammer, die ja Aufgaben nach dem Kammer- und Heilberufsgesetz hat – ähnliches gibt es jetzt auch in Sachsen-Anhalt –, ein Haftungsproblem zukommt. Denn die Kammer hat nicht die Möglichkeit sicherzustellen, dass eine Haftpflichtversicherung tatsächlich besteht, weil sie von der Beendigung einer Haftpflichtversicherung nichts erfährt. Das Problem ließe sich aber einfach dadurch lösen, dass im Sinne des Versicherungsvertragsrechts eine zuständige Stelle bestimmt würde, so wie das in der Bundes-

rechtsanwaltsordnung geregelt ist. Darin heißt es einfach nur: „... zuständige Stelle für die Entgegennahme der Erklärung ist xy...“. Wir haben vorgeschlagen, dass die Approbationsbehörden diese Aufgabe übernehmen sollten, weil diese derzeit bereits entsprechende Pflichten in Bezug auf Informationen von EU-Ausländern haben. Das konnte man damals nicht präziser regeln, weil es auch für Inländer keine strenge Nachweispflicht gab. Die Approbationsbehörden wären in der Lage, die notwendige Konsequenz, die am Ende des Weges stünde, den Entzug der Approbation, zu vollziehen. Das können die Kammern nicht machen. Das ist der entscheidende Punkt: Es muss eine Nachweispflicht und eine dafür zuständige Stelle geben, denn das hätte zur Konsequenz, dass der Versicherer von seiner Versicherungspflicht nur im Falle des Erlöschens des Versicherungsvertrages befreit wird, falls er der zuständigen Stelle davon Meldung gemacht hat. Das ist erforderlich.

Abg. **Birgitt Bender** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich möchte noch eine Nachfrage an die Bundesärztekammer richten. Wenn ich Sie richtig verstehe, ist diese Pflicht, sich hinreichend zu versichern, vom materiellen Regelungsgehalt her tatsächlich ausreichend. Ich habe Herrn Teichner aber so verstanden, dass „hinreichend“ nicht gleichbedeutend ist mit „ausreichend“, dass also nicht alle ärztlichen Behandlungsweisen und die damit verbundenen Gesundheitsrisiken abgedeckt wären. Könnten sie noch einmal erläutern, wie Sie das sehen? Außerdem möchte ich wissen, ob ich es richtig verstanden habe, dass die notwendigen Verfahrensregelungen auf Bundesebene im Versicherungsvertragsgesetz zu regeln wären.

SV **Dr. Gerhard Nösser** (Bundesärztekammer (BÄK)): Zu Ihrer letzten Frage ist zu sagen, dass die Thematik beispielsweise auch in den Kammer- und Heilberufsgesetzen der Länder geregelt werden könnte. Notwendig ist nur, dies durch ein Gesetz festzulegen. Es ist kaum denkbar, dass wir uns selbst durch eine Satzungsregelung zur zuständigen Stelle ernennen. Was den ersten Teil Ihrer Frage angeht, besteht das Problem darin, wer prüft, was hinreichend oder ausreichend ist. Ich kann mir nicht vorstellen, dass die Kammer im Einzelfall prüfen darf, ob eine ausreichende Versicherung unterhalten wird. Ich weiß auch nicht, ob das eine Approbationsbehörde leisten kann.

Nach unserer Kenntnis sehen auch die berufsrechtlichen Regelungen in anderen Berufszweigen nicht vor, dass eine bestimmte Versicherungshöhe für die Versicherung normiert wird, weil das natürlich vom Leistungsspektrum des jeweiligen Arztes abhängt. Das ist etwas, was sich nur begrenzt prüfen lässt, weil es Veränderungen unterworfen ist.

Abg. **Birgitt Bender** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich richte eine weitere Frage an die Bundesärztekammer. Wir hörten vorhin von der Fachgesellschaft, es sei ein Problem, dass die ärztliche Approbation für alle medizinischen Eingriffe legitimiere, während es bei der fachärztlichen Ausbildung eine Einschränkung auf die im Weiterbildungskatalog enthaltenen medizinischen Maßnahmen gebe. Die entsprechende Regelung bei der Approbation soll daher geändert werden. Was halten Sie davon?

SV **Dr. Gerhard Nösser** (Bundesärztekammer (BÄK)): Die Kammer- und Heilberufsgesetze der Länder schreiben vor, dass der Arzt, der eine Facharztbezeichnung führt, bei der Ausübung seiner Tätigkeit auf dieses Fachgebiet beschränkt ist. Daraus resultiert aber ein Problem, nämlich dass derjenige, der keine solche Gebietsbezeichnung führt, auch nicht auf ein bestimmtes Gebiet festgelegt ist. Und dies dürfte die Ursache für die besagte Grauzone in der Praxis sein. Diese ist auch schwer einzuschränken. Wir überlegen daher, ob wir im Rahmen der anstehenden Novellierungen der Berufsordnung eine Regelung treffen wollen, die bestimmte Eingriffe an bestimmte weiterbildungsrechtliche Voraussetzungen bindet. Man wird aber noch einmal prüfen müssen, ob dies mit Blick auf die erwähnten Regelungen in den Kammer- und Heilberufsgesetzen der Länder, die dafür eine Grundlage schaffen müssen, zulässig ist.

Abg. **Birgitt Bender** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Meine nächste Frage richtet sich an die Heilpraktikerverbände. Wir haben vorhin gehört, dass auch Heilpraktikerinnen und Heilpraktiker ästhetisch-chirurgische Eingriffe vornehmen und dass man dies einschränken müsste. Bitte stellen Sie uns dar, welche Eingriffe Sie vornehmen dürfen und weshalb das aus Ihrer Sicht so bleiben sollte.

SV Peter A. Zizmann (Die Deutschen Heilpraktikerverbände (DDH)): Zunächst einmal will ich feststellen, dass dies nicht so bleiben soll. Meine Aussage im Namen der Deutschen Heilpraktikerverbände war ganz eindeutig: Unser Tätigkeitsgebiet umfasst keine Schönheitsoperationen. Das gilt nach meiner Auffassung und auch nach Auffassung unserer Verbandsfunktionäre selbst für das Faltenunterspritzen mit Botox und ähnliche Eingriffe. Ich vertrete diese Auffassung auch auf die Gefahr hin, dass dies mit einzelnen Mitgliedern oder Nichtmitgliedern zu Konflikten führt. Wir wollen dies nicht. Denn hier hantiert man, selbst beim Faltenunterspritzen, mit Giftstoffen, und das entspricht nicht unserem Berufsbild. Was das Wirkungsfeld anbelangt: Sicherlich darf ein Heilpraktiker heute relativ viel. Allerdings wird das Handlungsfeld beschränkt durch das Sorgfaltspflichturteil des Bundesgerichtshofes, der eindeutig festgestellt hat, dass ein Heilpraktiker das, was er macht, auch können muss. Er muss die nötigen Kenntnisse und Fähigkeiten besitzen. Das heißt, auch wenn er relativ wenig macht, zum Beispiel Tees verordnet, dann muss er sich damit auskennen. Wenn er etwas anderes macht, zum Beispiel Chiropraktik oder Akkupunktur, dann muss er sich vorher die entsprechenden Kenntnisse angeeignet haben, sonst darf er die Therapien nicht anwenden. Das ist die Begrenzung unseres Tätigkeitsfeldes, und die ist fließend. Macht jemand wenig, dann braucht er einen entsprechend niedrigen Kenntnisstand; macht er mehr, dann muss er sich entsprechend fortbilden, und zwar im Zweifel genauso, wie das ein Arzt tun müsste. Unsere Aussage ist also ganz klar. Wir hätten gern eine eindeutige Beschreibung dessen, was Sie unter diesen Eingriffen verstehen. Im Übrigen sind die Funktionäre unseres Berufsstandes eindeutig der Meinung, dass wir solche Eingriffe nicht vornehmen sollten. Wir haben auch unabhängig davon genügend Tätigkeitsgebiete, auf denen wir sehr erfolgreich arbeiten können.

Abg. Birgitt Bender (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich möchte eine Frage an Herrn Dr. Krause-Bergmann richten. Wir haben von der Deutschen Gesellschaft für Medizinrechte gehört, dass die medizinisch nicht indizierten Schönheitsoperationen nicht dem Dienstvertrag, sondern dem Werkvertrag zugeordnet werden sollten, so dass der Arzt auch den Erfolg schuldet. Sie unterstützen diese Haltung. Was versprechen Sie sich davon?

SV Dr. Albrecht Krause-Bergmann: Ich möchte ausdrücklich betonen, dass ich nicht im Namen meines Berufsverbandes spreche, sondern meine persönliche Überzeugung zum Ausdruck bringe. Ich bin der Meinung, dass schönheitschirurgische Eingriffe ein Geschäft sind. Deshalb müssen hier auch die Regelungen, die im Geschäftsleben üblich sind, gelten. Das bedeutet, dass man zum einen der Steuerpflicht, die für diesen Bereich gilt, unterliegen sollte und dass zum anderen eine gewisse Garantie für die durchgeführten Eingriffe gegeben werden müsste. Das Problem im sogenannten „Markt für Schönheit“ besteht darin, dass Ärzte hier einen Verdienst erzielen können, der unverhältnismäßig viel höher ist als der, den man durch normale ärztliche Tätigkeit erzielen kann, und dass zugleich das finanzielle Risiko eines Regresses wegen nachgewiesener minderer Qualität recht klein ist. Das macht diesen Markt so attraktiv. Da der Bereich, in dem es um medizinische Indikationen geht, gedeckelt ist und die individuellen Verdienstmöglichkeiten hier immer kleiner werden, weichen viele Ärzte in diesen nicht geschützten, unregulierten Bereich aus. Wenn es eine Regelung gäbe, der zufolge derjenige, der diese Eingriffe vornimmt, auch für das Ergebnis haftet, und zwar im Sinne eines Werkvertrages, dann würden sich viele aus diesem Markt von allein zurückziehen. Es sollten sich nur diejenigen in diesem Markt bewegen, die das auch gelernt haben und die eine entsprechende Garantie für ihre Leistungen abgeben können.

Abg. Birgitt Bender (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich habe noch eine Nachfrage. Wir haben gehört, es gebe durchaus fließende Übergänge zwischen medizinisch indizierten Schönheitsoperationen und der Wunsch erfüllenden Medizin. Ist es angesichts dessen realistisch, das eine als Dienstvertrag und das andere als Werkvertrag zu klassifizieren?

SV Dr. Albrecht Krause-Bergmann: Das ist eine Frage, die eigentlich an Juristen gerichtet werden müsste. In anderen Ländern sind ähnliche Probleme schon gelöst worden, indem man Kataloge erstellt hat, wie etwa in Frankreich. Ich denke, es muss einen gesellschaftlichen Konsens darüber geben, wohin man sich mit einer entsprechenden Gesetzgebung bewegen will, unter Umständen muss eine Regulierung auch durch die fortschreitende Rechtsprechung erfolgen.

Abg. **Jens Spahn** (CDU/CSU): Ich habe eine Frage an Herrn Teichner. Ist es problematisch, dass die Begriffe „schönheitschirurgisch“ und „Schönheitschirurgie“ ungeschützt sind? Muss dagegen, auch im Sinne der Verbraucher und Patienten, etwas unternommen werden? Außerdem möchte ich von Ihnen wissen, ob es tatsächlich Eingriffe gibt, die von Heilpraktikern durchgeführt werden.

SV RA Matthias Teichner: Ich denke schon, dass hier ein Handlungsbedarf besteht. So ist der Begriff Chirurg dann irreführend, wenn beispielsweise eine Fachärztin für Innere Medizin sich dem Verbraucher gegenüber als Schönheitschirurgin ausgibt. Der Titel „Chirurg“ sollte nur von einem Arzt geführt werden, der nach der Approbation in einem – erlauben Sie mir die Formulierung – „schneidenden Fach“ eine Zusatzqualifikation erworben hat. Nur ein solcher Arzt sollte sich als Chirurg bezeichnen dürfen. Deshalb sehe ich bei dem Begriff „Schönheitschirurg“ einen Regelungsbedarf. Was den Bereich der Heilpraktiker betrifft, kenne ich keine Fälle, die mir Anlass geben würden, irgendwelche Forderungen zu stellen. Erlauben Sie mir noch zwei kurze Anmerkungen zu der Frage, was als hinreichend anzusehen ist. Ein HNO-Arzt, der seine Eingriffe im HNO-Bereich versichern lässt und daneben etwa 10 Prozent seiner Arbeitszeit auf das „Fettabsaugen im Bauchbereich“ verwendet, wird hinreichend versichert sein, weil er nämlich in seinem Hauptbereich HNO versichert ist. Deshalb sehe ich den Begriff „hinreichend“ als zu unbestimmt an und sehe hier einen Regelungsbedarf. Beim Versicherungsschutz muss man auch an die Firmen, an die GmbHs, denken. Es ist aus Sicht des Verbrauchers in keiner Weise einzusehen, dass er in Zukunft zwar – hoffentlich – bei dem einzelnen Arzt, nicht aber bei einer GmbH einen Versicherungsschutz genießt, sofern nicht auch für diese die Versicherungspflicht eingeführt wird. Auch bei der Abrechnung ist es aus der Sicht des Verbrauchers nicht einzusehen, dass nur der einzelne Arzt verpflichtet ist, nach GOÄ abzurechnen, während dies dann, wenn eine Firma die Leistungen pauschal anbietet, nicht gewährleistet ist. Wenn zum Beispiel eine Fettabsaugung 19.000 Euro kostet, dann erscheint dies aus der Perspektive des Verbraucherschutzes stark überhöht, vor allem, wenn man bedenkt, dass für die gleiche Leistung nach GOÄ nur zwischen 3.000 und 4.000 Euro abgerechnet werden kann.

Abg. **Maria Michalk** (CDU/CSU): Meine erste Frage richtet sich an die Bundesärztekammer. Sie haben angekündigt, einen Verhaltenskodex für ästhetische Chirurgie entwickeln zu wollen. Wie weit sind diese Arbeiten gediehen und in welche Richtung entwickeln sie sich? Die zweite Frage richtet sich an Herrn Prof. Germann. In der Diskussion ist immer wieder zwischen medizinisch indizierten und kosmetischen Eingriffen unterschieden worden. Gibt es aus Ihrer Sicht eine bessere Unterscheidung?

Sve Dr. Cornelia Goesmann (Bundesärztekammer (BÄK)): Wir können uns nicht erinnern, einen solchen Verhaltenskodex angekündigt zu haben. Aber es gibt bei einigen Landesärztekammern Kriterienkataloge bzw. Patientenwegweiser für Menschen, die planen, sich einer Schönheitsoperation oder einem ähnlichen Eingriff zu unterziehen. Wir wollen künftig dafür sorgen, dass dies nicht nur von diesen beiden Landesärztekammern angeboten wird, sondern dass auch die Bundesärztekammer oder die anderen Landesärztekammern solche Informationen zur Verfügung stellen, die dann über das Internet bundesweit zugänglich gemacht werden könnten. Im Übrigen bin ich mir nicht sicher, ob hier nicht eine Verwechslung mit unserem Verhaltenskatalog zu den sogenannten IGL-Leistungen vorliegt. Wir haben inzwischen sehr klare Kriterien entwickelt, wie die Ärztinnen und Ärzte die IGL-Leistungen, also von Patienten gewünschte Leistungen, die nicht über die GKV abgerechnet werden können, liquidieren sollen. Vielleicht ist das durcheinandergeraten. Auf jeden Fall gibt es für den Umgang mit den von Patienten gewünschten Leistungen klare Kriterienkataloge.

SV Prof. Dr. Günter Germann (Deutsche Gesellschaft der Plastischen, Rekonstruktiven und Ästhetischen Chirurgen (DGPRÄC)): Die Frage ist, wie wir Gesundheit definieren. Wenn man die WHO-Definition zugrunde legt, dann beinhaltet Gesundheit eben nicht nur „absence of illness“, sondern auch „presence of well-being“. In Deutschland wird leider der Fehler gemacht, dass man alles, was nicht mehr in den GKV-Erstattungsbereich fällt, auf einmal als medizinisch nicht indiziert bezeichnet. Dabei wird aber vergessen – auch in der Rechtsprechung; als Gutachter vor Gericht sieht man das ständig –, dass die GKV ihre Leistungen in den letzten Jahren systematisch eingeschränkt hat,

und zwar auf dem Rücken der Versicherten. Die GKV vertraut dabei darauf, dass die Versicherten die ausgegrenzten, medizinisch notwendigen Leistungen selbst finanzieren. Das heißt, hier existiert eine Grauzone, die sehr schwierig zu erfassen ist. Wir machen daher einen Fehler, wenn wir die Wünsche von Patienten und Patientinnen, die ästhetisch-chirurgische Eingriffe nachfragen, von vornherein als nicht medizinisch indiziert deklarieren. Wir müssen diese Grauzone sorgfältig definieren, weil der Leidensdruck dieser Patientengruppe sonst einfach unter den Tisch fällt. Ich nenne Ihnen ein Beispiel: Die Rekonstruktion der weiblichen Brust ist etwas, das jeder von uns – und ich sehe hier jemanden, der das auch macht, so wie ich – eindeutig als einen medizinisch indizierten, wiederherstellenden Eingriff ansehen würde. Denn das ist nichts anderes als die Wiederherstellung des Körperbildes der betroffenen Patientin. Wir tun also etwas für ihre Seele. Keiner von uns seriösen Ärzten würde eine solche Operation als einen ästhetisch-chirurgischen Eingriff bezeichnen. Wir stellen also das Körperbild wieder her, weil ein Leidensdruck vorhanden ist. Wir werden uns daher – und dies nehme ich als Anregung aus der Anhörung mit – sehr bemühen, diese Grauzone differenziert zu gestalten, um einer holzschnittartigen Betrachtung, wie sie auch heute hier immer wieder zum Ausdruck gekommen ist, endlich entgegenzutreten, um nicht die Patienten einem Fehlurteil auszusetzen, das sie einfach nicht verdient haben.

Abg. Gitta Connemann (CDU/CSU): Meine Frage richtet sich an Frau Dr. Eisenmann-Klein. Mich interessiert unter anderem, wie der Patienten- oder Verbraucherschutz, um den es heute hier geht, international geregelt ist. Sie haben dazu einen sehr guten Überblick, weil Sie sich seit langer Zeit mit diesem Thema auseinandersetzen. Ich möchte erfahren, wo Sie vor diesem Hintergrund eine besondere Gefahr für die Patienten sehen. Welche strukturellen Ansätze sehen Sie, um den Verbraucherschutz zu stärken, und was hat Ihre Fachgesellschaft bisher unternommen, um den Schutz von Jugendlichen zu gewährleisten?

SVe Dr. Marita Eisenmann-Klein (Deutsche Gesellschaft der Plastischen, Rekonstruktiven und Ästhetischen Chirurgen (DGPRÄC)): Ich bin Generalsekretärin des Weltverbandes für Plastische Chirurgie. Wir vertreten 97 nationa-

le Fachgesellschaften mit insgesamt 23.000 Plastischen Chirurgen und mit annähernd 100.000 Mitgliedern, wenn man die kooptierten Gesellschaften und die Ärzte in Weiterbildung hinzurechnet. Damit haben wir einen guten Überblick, was weltweit passiert. Wir sind die einzige Weltgesellschaft, die als Kooperationspartner der WHO im Verbraucherschutz tätig ist. Es gibt Leitlinien der WHO, die festlegen, welche Eingriffe unter welchen strukturellen Voraussetzungen erbracht werden dürfen. Wenn diese Leitlinien eingehalten würden, wäre das bereits ein riesiger Schritt in Richtung Verbraucherschutz. Bislang ist mir als einziges Land Frankreich bekannt, wo dies geschehen ist, wo man ähnliche Richtlinien geschaffen hat, nach denen bestimmte Eingriffe in großen Kliniken mit einer Intensivstation durchgeführt werden müssen. Hier wird nach dem Schweregrad und dem Risiko entschieden, welche Eingriffe wo durchgeführt werden dürfen. Ein Negativbeispiel stellen hingegen die USA dar, wo sehr viele, auch zeitaufwändige Eingriffe mit hohem Risiko in Praxen durchgeführt werden. Hier gibt es auch etliche der Todesfälle, die wir in unserem Fachgebiet zu beklagen haben. Auf EU-Ebene haben wir maßgeblich an dem „Medical Device Law“ mitgewirkt.

Ich komme zurück auf eine Bemerkung von vorhin. Es gibt keine Implantate bei 16-Jährigen. Es war unser großes Anliegen, eine Empfehlung des EU-Parlaments zu erwirken, nach der Implantate für ästhetische Zwecke nur bei jungen Frauen über 18 Jahren durchgeführt werden sollen. Das haben wir auch durchgesetzt. Als damals vor vier bis fünf Jahren diese Fernsehsendungen aus den USA zu uns herüber kamen, hat die Bundesärztekammer auf nationaler Ebene eine Koalition gegen den Schönheitswahn initiiert, bei der wir zusammen sehr viel Aufklärung betrieben haben. Gemeinsam haben wir eine DVD für den Unterricht erstellt, die jetzt in den Schulen verwendet wird. Sie heißt „Wa(h)re Schönheit“. Grundsätzlich glaube ich, dass durch ein Verbot nichts zu erreichen wäre. Wir müssen daraufhin wirken, das Selbstwertgefühl von Kindern und Jugendlichen zu stärken, und da gibt es in unserer Gesellschaft noch große Defizite. Unser Schulsystem ist in vielen Bereichen noch auf Unterdrückung und Unterwerfung ausgelegt. Es wird einem als Mutter – ich habe drei Söhne – nicht leicht gemacht, seinem Kind ein stabiles Selbstwertgefühl anzuerziehen. Da gibt es noch einiges zu tun. Wenn die Kinder erst ein stabiles Selbstwertgefühl haben, dann

sind Schönheitsoperationen bei Jugendlichen kein Thema mehr.

Abg. **Gitta Connemann** (CDU/CSU): Ich habe zunächst zwei Nachfragen zu den Ausführungen von Herrn Zizmann, der Folgendes gesagt hat: „Wir als Vorstand sind der Auffassung, dass Eingriffe nicht durchgeführt werden sollten“. Können Sie ausschließen, dass diese durchgeführt werden und gibt es eine entsprechende Selbstverpflichtungserklärung von Heilpraktikern? Eine weitere Nachfrage richtet sich an Frau Eisenmann-Klein. Einerseits haben sie gesagt: „Ich spreche mich gegen ein Verbot aus“, andererseits haben sie sich massiv für ein Verbot von Brustimplantaten eingesetzt. Hierzu gibt es eine Empfehlung der EU-Kommission, der zufolge Implantationen bei Frauen unter 18 Jahren nur aus medizinischen Gründen zu erlauben sind, also gerade schönheitschirurgische Eingriffe nach dem derzeitigen Verständnis nicht durchgeführt werden sollen. Wenn hier kein Problem gesehen worden ist, weswegen haben Sie sich dafür eingesetzt?

SV **Peter A. Zizmann** (Die Deutschen Heilpraktikerverbände (DDH)): Selbstverständlich geht es uns genauso wie anderen Organisationen. Wir können nicht ausschließen, dass das irgendjemand tut. Die Frage wäre nur, ob der Berufsstand das wünscht. Diese Frage ist mit „Nein“ zu beantworten; wir möchten das ausdrücklich nicht. Die weitere Frage wäre, ob uns Schadensfälle bekannt sind. Auch diese Frage kann ich mit „Nein“ beantworten. Sollten uns Schadensfälle bekannt werden, dann wäre es zunächst einmal das Wichtigste, diese für die Zukunft auszuschließen. Als Verbände haben wir aber nicht die Möglichkeit dazu. Da geht es uns wie den anderen Verbänden. Wir können nicht ausschließen, dass irgendjemand etwas, im Zweifel sogar etwas ganz Verrücktes, tut. Das ist in der heutigen Gesellschaft gang und gäbe. Wir möchten das aber nicht.

SVe **Dr. Marita Eisenmann-Klein** (Deutsche Gesellschaft der Plastischen, Rekonstruktiven und Ästhetischen Chirurgen (DGPRÄC)): Ich möchte nicht missverstanden werden. Ich halte ein Verbot für nicht hilfreich. Das heißt aber nicht, dass ich mich für solche Eingriffe bei Kindern und Jugendlichen ausspreche. Ich denke nur, dass ein Verbot nicht zielführend wäre. Was die Eingriffe im Zusammenhang

mit Implantaten anbelangt, sehen wir ein erhöhtes Risiko bei nicht abgeschlossenem Brustwachstum und noch nicht vollständig ausgebildetem Körperbild. Aus diesem Grunde sprechen wir uns in diesem Fall für ein Verbot aus.

Abg. **Gitta Connemann** (CDU/CSU): Ich habe eine Frage an Frau Dr. Neuhann-Lorenz. Es ist hier auch das Problem angesprochen worden, ob die Qualifikation der Ärzte ausreichend ist. Sind Ihrer Auffassung nach die in den Weiterbildungsordnungen fixierten Regelungen geeignet, um eine adäquate Ausbildung der Operateure zu gewährleisten? Wie schätzen Sie grundsätzlich die Situation der Ausbildung für schönheitschirurgische Eingriffe ein? Sehen Sie hier Defizite und welche Änderungen fordern Sie?

SVe **Dr. Constance Neuhann-Lorenz**: Ich bin niedergelassene Plastische Chirurgin in München und Präsidentin des Komitees für Qualitätssicherung für Medizinprodukte und Technologien in der plastischen Chirurgie. Zur Ausbildung und zu jeder Art von Berufsausübung gehört eine effiziente, definierte und überprüfte Weiterbildung. Das ist ein wesentliches Element der Qualitätssicherung, auch in der plastischen Chirurgie. Ich betreue im Rahmen meines Vorsitzes auch das Komitee für Beziehungen zu den Regierungen der Internationalen Gesellschaft für ästhetisch-plastische Chirurgie. Es gibt in Deutschland und in vielen anderen Ländern eine klar definierte Ausbildung und Facharztweiterbildung zum Facharzt für plastische und ästhetische Chirurgie. Zu den Weiterbildungsinhalten gehören Operationen, die Indikationsstellung, die Weiterbetreuung, die Untersuchung, die Befundung sowie die Begutachtung von Form verändernden Operationen und Eingriffen am menschlichen Körper. Es muss eine bestimmte Anzahl von Operationen nachgewiesen werden, und diese müssen in eigens dafür lizenzierten und zertifizierten Ausbildungsorten und Krankenhäusern durchgeführt werden. Es ist ganz klar, dass die ästhetischen Operationen, die niemals – wie wir schon gehört haben – von den rekonstruktiven Operationen eindeutig unterschieden werden können, unabdingbarer Bestandteil der Ausbildung in der plastischen Chirurgie sind, wie dies auch für die Zahnheilkunde und viele andere Bereiche gilt. Nehmen Sie als Beispiel einen schwer brandverletzten Patienten, wo-

möglich eine junge Frau mit schweren Narben im Gesicht, bei der vielleicht noch eine Gesichtshälfte stärker entstellt ist als die andere. Hier liegt keine Funktionsbehinderung und auch keine Krankheit im körperlichen Sinne vor, sondern ein ästhetisches Problem, das dennoch behandelt werden muss. Das lernen die Plastischen Chirurgen sozusagen „von der Pike auf“. Dafür sind die Regelungen in der Weiterbildungsordnung meiner Ansicht nach absolut ausreichend. Außerdem gibt es eine zusätzliche Weiterbildung in zwei anderen Facharztgebieten, nämlich in der Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde und in der Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie. Diese Weiterbildung ist aber beschränkt auf die genannten Organsysteme, also im Grunde auf die Region vom Gesicht bis zum Hals. Für alle anderen Körperregionen sind die Fachärzte für Plastische Chirurgie zuständig. Diese Sachlage müsste klar dargestellt werden. Denn es kann nicht angehen, dass jeder praktische Arzt oder jeder Nichtfacharzt solche Eingriffe ohne eine adäquate Weiterbildung ungestraft durchführen kann. Das ist ein ganz wichtiger Aspekt. Die Weiterbildung ist somit ausreichend und adäquat geregelt in dem Facharzt für Plastische Chirurgie. Sie ist ebenso klar geregelt wie die Kompetenz von Augenärzten für das Auge. Der Augenarzt würde auch nicht auf Idee kommen, Operationen an anderen Körperteilen vorzunehmen. Hier gibt es klare Definitionen, wonach ein Augenarzt natürlich auch Operationen am Lidapparat durchführen darf.

Abg. Dr. Carola Reimann (SPD): Ich habe noch eine Frage zu der Haftpflichtversicherung, und zwar an die Deutsche Gesellschaft für Medizinrecht und an Herrn Teichner. Selbst wenn wir im Versicherungsvertragsrecht eine Änderung herbeiführen und den Abschluss einer Haftpflichtversicherung verpflichtend machen würden, bliebe nach meinem Eindruck eine Regelungslücke bestehen. Ich würde gern erfahren, wie nach Auffassung der Juristen eine Absicherung für die Institute und Kliniken, also für die juristischen Personen, aussehen müsste. Denn selbst wenn es eine Stelle gäbe, zum Beispiel die Ärztekammer, der die Ärzte Meldung darüber machen müssten, dass sie eine solche Versicherung abgeschlossen haben, wäre ja noch eine gesonderte Regelungen für diesen Bereich erforderlich.

SV Dr. Albrecht Wienke (Deutsche Gesellschaft für Medizinrecht (DGMR)): Es ist möglicherweise erforderlich, hier eine ähnliche Regelung, wie sie für die Anwälte gilt, zu treffen. Anwälte müssen, um überhaupt zu dem Beruf zugelassen werden zu können, eine Mindestversicherungssumme nachweisen. Die Versicherungsgesellschaften, die Anwälte versichern, haben die Verpflichtung übernommen, eine entsprechende Meldung unmittelbar an die Kammern weiterzuleiten. Eine solche Regelung könnte man sich auch bei den Ärzten vorstellen, also eine Pflicht, bei der Berufszulassung bzw. beim Zugang zum Beruf des Arztes, ob in der Klinik oder in der Praxis, eine entsprechende Berufshaftpflichtversicherung nachzuweisen. Diesen Nachweis könnte man an eine entsprechende Mindestdeckungssumme koppeln. Diese Summe könnte man dann nach den verschiedenen Fachgebieten – je nachdem, welche Risiken damit verbunden sind – staffeln. Dabei könnte man auf Erfahrungswerte in den einzelnen Fachgebieten zurückgreifen. Ob die Leistungen individuell oder institutionell erbracht werden, spielt dabei im Grunde keine Rolle. Auch bei der institutionellen Leistungserbringung wird man – ähnlich, wie das bei Anwalts-GmbHs der Fall ist – auf die Leistung des einzelnen Leistungserbringers abstellen müssen, so dass man sich auch durch eine GmbH-Haftung nicht etwa freizeichnen könnte. Eine GmbH müsste dann eine Gesamthaftungssumme zur Verfügung stellen.

SV RA Matthias Teichner: Aus Zeitgründen stimme ich dem einfach nur zu. Auch ich würde betonen, dass der Verbraucher geschützt werden muss. Darum geht es auch bei der Haftpflichtversicherung der Anwälte. Die wird man wohl auch vor allem deshalb eingeführt haben, um den Kunden abzusichern, und zwar unabhängig davon, ob er es mit einem Einzelanwalt oder einer GmbH zu tun hat. Nichts anderes sollte für den Bereich der Medizin gelten.

Abg. Mechthild Rawert (SPD): Meine Frage richtet sich zunächst an den Deutschen Frauenrat. Der Deutsche Frauenrat hat in seiner Stellungnahme geschrieben, dass unsere Appelle an das Verantwortungsbewusstsein der Medien nicht ausreichend sind. Ich würde Sie bitten, ihre Forderungen an die Medien noch einmal zu konkretisieren. Diese Bitte habe ich auch an die Bundesärztekammer. Sie sind doch Mit-

glied in verschiedenen Vereinen und Verbänden, und von daher wissen Sie, dass diese steigende Nachfrage nach einer Wunsch erfüllenden Medizin zu einem erheblichen Teil von den Medien erzeugt wird. Ich möchte daher von allen Fachverbänden eine klare Antwort auf die Frage erhalten, ob sie ein Verbot von Schönheitsoperationen an Jugendlichen befürworten oder ablehnen.

SVe Brunhilde Raiser (Deutscher Frauenrat e.V. (DF)): Wir haben zunächst einmal keine spezifischen Forderungen an die Medien gestellt, sondern nur festgestellt, dass Appelle an die Medien nicht ausreichend sind. Des Weiteren haben wir eine Erwartung an den Gesetzgeber formuliert. Nach unserer Ansicht müsste eine Werbung mit Vorher-Nacher-Vergleichen verboten werden. Hier wäre die Chance gegeben, etwas ganz Konkretes zu bewirken. Das wäre für uns das zentrale Anliegen im Zusammenhang mit den Medien. Denn reine Appelle an die Medien sind wenig wirksam, und zwar nicht, weil die Medien so schlecht wären, sondern weil sie natürlich auch Bedürfnisse decken und wecken. Die Frage der Verantwortung der Medien geht aber weit über den gesundheitlichen Bereich hinaus. So wäre die grundsätzliche Frage zu stellen, die auch das Medienrecht betrifft, inwieweit Medien eigentlich einen Bedarf wecken dürfen, wenn dies möglicherweise gefährliche Folgen hat. Aber bei diesem Thema begeben mich auf wankenden Boden.

SVe Dr. Cornelia Goesmann (Bundesärztekammer (BÄK)): Gesetzlich regeln lässt sich das sicherlich nicht, auch nicht berufsrechtlich. Wir nehmen natürlich jede Chance wahr, auf die Medien einzuwirken, damit sie eine solche Berichterstattung, wie sie hier angeprangert wurde, unterlassen. Wir haben gerade mit dieser Koalition gegen den Schönheitswahn versucht, durch Weckung medialer Aufmerksamkeit zu einem vernünftigen Umgang mit diesem Thema zu kommen, und wir werden das auch weiterhin tun. Ich glaube, die Diskussion heute wird einiges dazu beitragen, dass man in Zukunft diesen Problemkomplex etwas anders betrachtet. Nun zu Ihrer konkreten Frage, ob wir für Verbote sind. Dies kann ich klar bejahen. Reine Schönheitsoperationen an Kindern und Jugendlichen unter 18 Jahren, die nicht medizinisch indiziert sind, aber auch andere Eingriffe wie Piercing und Tätowierungen, wie

sie in bestimmten Etablissements durchgeführt werden, sollte man verbieten.

SV Prof. Dr. Dr. Ralf Siegert (Deutscher Berufsverband der Hals-Nasen-Ohrenärzte e.V. (HNO)): Wir sind ganz klar gegen ein prinzipielles Verbot von Schönheitsoperationen. Wir haben unter unseren Patienten sehr viele Kinder und Jugendliche mit schweren Fehlbildungen der Ohrmuscheln. Deren Korrektur ist ganz klar indiziert. Die Übergänge von der Norm bis hin zu abstehenden Ohrmuscheln sind fließend und lassen sich nur schwer fassen. Die Korrektur von abstehenden Ohrmuscheln, das klang auch in vielen Diskussionsbeiträgen an, ist bei Kindern unzweifelhaft indiziert, weil sie eine erhebliche psychoprophylaktische Wirkung, was immer das im Einzelnen ist, in Bezug auf die Entwicklung dieser Kinder hat. Der Eingriff ist zwar letztlich eine Schönheitsoperation, weil er keine funktionelle Bedeutung hat, aber er ist wichtig für die Kinder, und deshalb halte ich von einem prinzipiellen Verbot überhaupt nichts.

SV Prof. Dr. Dr. Siegmund Reinert (Deutsche Gesellschaft für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie e.V. (DGMKG)): Ich kann mich diesen Ausführungen weitgehend anschließen, weil die Übergänge zwischen den verschiedenen Arten von Eingriffen in der Tat fließend sind. Bei Abwägung aller Gesichtspunkte würde man mit einem Verbot vermutlich dem einen oder anderen Einzelfall nicht gerecht werden. Man muss die prinzipielle Möglichkeit haben, solche Eingriffe durchzuführen. Ein generelles Verbot würde den Patienten bzw. den Kindern, die unter einem Stigma psychisch leiden, letztlich schaden.

SV Prof. Dr. Günter Germann (Deutsche Gesellschaft der Plastischen, Rekonstruktiven und Ästhetischen Chirurgen (DGPRÄC)): Die rein ästhetisch motivierten, nicht medizinisch indizierten Korrekturen haben aus unserer Sicht schon rein zahlenmäßig nur eine marginale Bedeutung. Was die Anteile an allen Eingriffen anbelangt, bewegen wir uns hier im Promillebereich. Dies hat auch die heutige Diskussion gezeigt. Deshalb halten wir ein Verbot für nicht sinnvoll und sagen dazu ein klares „Nein“.

SV Prof. Dr. Jens-Uwe Blohmer (Deutsche Gesellschaft für Plastische und Wiederherstellungschirurgie e.V. (DGPW)): Diese Gesellschaft vertritt alle chirurgischen Fachdisziplinen, einschließlich der Frauenärzte. Ich bin selbst Frauenarzt. Wir lehnen reine Schönheitsoperationen an Kindern und Jugendlichen ab, sprechen uns aber ebenfalls gegen ein Verbot aus, und zwar aus den gleichen Gründen wie meine Vorredner, das heißt, weil es Einzelfälle gibt, die dagegen sprechen. Ich denke hier an Frauen, beispielsweise Mädchen, mit einer kompletten Brustaplasie. Die sind vielleicht 17 ½ Jahre alt und setzen sich schon viele Jahre mit diesem Problem auseinander. Aus diesem Grund sprechen auch wir uns ganz eindeutig gegen ein Verbot aus.

SV Prof. Dr. Dr. Heinz Bull (Gesellschaft für Ästhetische Chirurgie Deutschland e.V. (GÄCD)): Ich würde zunächst gerne das Wort „Schönheitschirurgie“ durch den Begriff „Ästhetische Chirurgie“ ersetzen. Dieser Begriff ist klarer definiert. Schönheitschirurgie ist dagegen überhaupt nicht definiert; dies erschwert die Diskussion. In Bezug auf Kinder und Jugendliche kann ich mich den Vorrednern anschließen, denn es gibt hier klare Indikationen, insbesondere psychiatrische und soziale Indikationen. Wir haben das Stichwort „Ohrmuschelplastik“ gehört und auch Beispielfälle für junge Frauen mit Brustaplasie. Hier müssen Eingriffe erlaubt sein, wenn auch nur nach vorheriger psychiatrischer Untersuchung. Ein Verbot würde uns jedenfalls in diesen wenigen Fällen nicht weiterhelfen.

SV Dr. Joachim Graf von Finckenstein (Deutsche Gesellschaft für Ästhetisch-Plastische Chirurgie (DGÄPC)): So sehr ich aus ethisch-medizinischen Gründen für ein Verbot wäre, so eindeutig muss ich mich aus ganz pragmatischen Gründen dagegen aussprechen. Die Gründe ergeben sich aus Erfahrungen in der eigenen Praxis: Wenn in Deutschland ein solcher Eingriff von vornherein untersagt wäre, würde sich die Nachfrage ins Ausland verlagern, wo die Gesetzgebung lange nicht so streng ist. Ich glaube, die Gefahr, dass jemand mit 15 oder 16 Jahren einer rein ästhetisch begründeten Operation unterzogen wird, ist ziemlich klein. Denn die Widerstände der Eltern sind meist größer, als gemeinhin angenommen wird. So einfach ist die Einwilligung eines Elternteils nicht zu bekommen. Daher

würde ich schon aus rein pragmatischen Gründen „Nein“ zu einem Verbot sagen.

SV Prof. Dr. Christian Gabka (Vereinigung der Deutschen Ästhetisch-Plastischen Chirurgen (VDÄPC)): Wir führen keine Schönheitsoperationen bei Minderjährigen durch. Insofern brauchen wir auch kein Verbot. Vielmehr sollten wir den Akzent auf die Qualifikation der Ärzte legen, die den Eingriff durchführen. Damit gewährleistet man eine seriöse Beratung, die Missbrauch ausschließt.

Abg. Dr. Carola Reimann (SPD): Ich habe noch eine Frage an die Bundesärztekammer, die Deutsche Gesellschaft für Medizinrecht und an Herrn Teichner, und zwar zur Werbung. Wenn wir Ärzte und Institute in die gleiche Situation bringen, müssen wir auch über die Werbung sprechen. Es wurde bereits das Heilmittelwerbegesetz angesprochen, aber es gibt noch zusätzliche Beschränkungen für die Ärzteschaft. Welche dieser Beschränkungen, die aufgrund berufsrechtlicher Regelungen ausschließlich für Ärztinnen und Ärzte gelten, sollten auch auf juristische Personen bzw. Institute und ähnliche Einrichtungen angewandt werden?

SV Dr. Gerhard Nösser (Bundesärztekammer (BÄK)): Die Bestimmungen im Heilmittelwerbegesetz gelten unabhängig davon, wer Werbung betreibt, und sie sind sicherlich konkreter und präziser als die Regelungen in der Berufsordnung, die allgemeineren Charakter haben und nicht konkret auf den Sachverhalt, der hier diskutiert wird, abzielen. Wir denken gleichwohl über das Problem der ausübenden Heilkunde durch juristische Personen nach, das hier verschiedentlich angesprochen worden ist, weil diese nicht – jedenfalls nicht unmittelbar – den Regelungen des Berufsrechts unterliegen. Allerdings bleibt der Arzt, der die Leistung für eine juristische Person ausführt – und das wurde ebenfalls bereits angesprochen –, natürlich an die Berufsordnung gebunden, so dass wir hier zumindest mittelbar einen Schutz haben. Wir denken aber, wie gesagt, darüber nach, wie wir es erreichen können, dass auch die juristischen Personen unmittelbar den berufsrechtlichen Vorschriften unterliegen, damit keine Schutzlücken auftreten können.

SV Dr. Albrecht Wienke (Deutsche Gesellschaft für Medizinrecht (DGMR)): In der Tat gibt es derzeit Unterschiede im Hinblick auf die Werbung. Das hängt damit zusammen, dass die berufsrechtlichen Sanktionen nur die Ärzte persönlich betreffen. Soweit solche Leistungen institutionalisiert angeboten werden, sind der Werbung dagegen keine Grenzen gesetzt. Bei der Beantwortung dieser Frage sind sich die Juristen ausnahmsweise einmal einig.

SV RA Matthias Teichner: Es gibt dazu aus meiner Sicht nichts zu hinzufügen. Ich würde aber gerne etwas zur Verbotsfrage sagen. Im BGB ist geregelt, dass Minderjährige nicht sterilisiert werden dürfen. Der Gesetzgeber hat hier ein Problem gesehen und dies auch geregelt. Ich denke, es ist ein Stufenplan denkbar. Ich habe mich dazu zwar nicht in meinem Statement geäußert, wir haben uns darüber aber im Vorfeld verständigt. Wenn bei den Minderjährigen Handlungsbedarf besteht, dann sollte man vielleicht bestimmte Eingriffe auflisten und für diese festlegen, dass sie nur unter dem Vorbehalt der Zustimmung durch die Ethikkommissionen durchgeführt werden dürfen. Es müssten dann entsprechende Anträge bei den Ärztekammern gestellt und von den Ärzten geprüft werden. Man kann davon ausgehen, dass dies im Falle von Minderjährigen nur sehr wenige Anträge sein würden. Im Vormundschaftsrecht ist geregelt, dass Eltern nicht ohne Genehmigung eines Gerichts zu Lasten ihrer Kinder Vermögensverfügungen treffen dürfen. Wieso dürfen sie dann Verfügungen über den Gesundheitszustand treffen, möglicherweise mit schädlichen Konsequenzen? Auch darüber wird nachzudenken sein. Die Ethikkommissionen sind dafür der richtige Ansprechpartner. Über ein Verbot muss vielleicht bei Extremfällen nachgedacht werden. Wir können uns nicht mit dem Hinweis begnügen, dass solche Eingriffe nicht oder nur im Ausland vorkommen. Das wäre zu kurz gedacht. Denn auch im Falle der Sterilisation könnte man sagen: „Dann lassen wir das eben im Ausland machen.“ Die Politik wird oft dafür kritisiert, dass sie angeblich nur reagiert. In diesem Falle hätte man einmal die Chance, nicht nur zu reagieren bzw. nicht nur abzuwarten, sondern aktiv zu handeln und das jetzt schon zu regeln.

Stellvertretender **Vorsitzender, Abg. Dr. Hans Georg Faust** (CDU/CSU): Vielen Dank,

das war ein passendes Schlusswort. Unsere Anhörung ist hiermit beendet. Nachdem Sie uns neue Anregungen gegeben haben, beginnt für uns als Politiker nun die Arbeit. Wir danken Ihnen für ihre Ausführungen und wünschen Ihnen einen guten Heimweg.

Ende der Sitzung: 15.30 Uhr



**Stellungnahme der
Deutschen Gesellschaft der Plastischen,
Rekonstruktiven und Ästhetischen Chirurgen**

zu der Anhörung:

**„Missbräuche im Bereich der Schönheitsoperationen gezielt
verhindern – Verbraucher umfassend schützen“**

Im zweiten Absatz der ersten Seite des Antrages heißt es unter Bezugnahme auf die Zahlen der DGPRÄC und der Gesellschaft für Ästhetische Chirurgie Deutschland (GÄCD), dass es eine hohe Dunkelziffer gäbe, da nicht alle Eingriffe auch von Fachärzten für Plastische (und Ästhetische) Chirurgie durchgeführt werden. Dies entspricht zwar leider der Wahrheit, allerdings sind in den zitierten Statistiken der GÄCD auch die Eingriffe von Nicht-Fachärzten für Plastische Chirurgie enthalten, da sich in dieser Gesellschaft folgende Arztgruppen finden: Fachärzte für Chirurgie, Dermatologie, Gynäkologie, HNO-Heilkunde, MKG-Chirurgie, Ophthalmologie und Plastische Chirurgie.

Im zweiten Absatz auf Seite 2 wird zu Recht ausgeführt, dass umfangreiche fachärztliche Weiterbildungen in der ästhetischen Chirurgie bestehen und darauf verwiesen, dass unter anderen der Facharzt für Plastische und Ästhetische Chirurgie sowie Fachärzte für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie eine entsprechende Weiterbildung hätten. Dies stimmt nicht ganz, da der Facharzt für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie ebenso wie der Facharzt für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde erst mit der Zusatzweiterbildung Plastische Operationen für rekonstruktive und ästhetische Eingriffe in der Kopf-Hals-Region qualifiziert ist. Damit sind allerdings auch schon sämtliche Facharztgruppen aufgeführt, in deren Weiterbildungsordnung die ästhetische Chirurgie explizit verankert ist.

Unter Punkt 2 des Antrages bekräftigt die Bundesregierung ihre Auffassung, dass Heilpraktiker keine Eingriffe am Menschen vornehmen dürfen, für die sie nicht qualifiziert sind. Wir möchten darauf hinweisen, dass in den Ausführungsbestimmungen des Heilpraktikergesetzes auch geregelt ist, dass Kenntnisse in der Injektion geprüft werden. Dies ist sicher integriert, um den Weg zu Naturheilverfahren, wie dem „Quaddeln“, zu eröffnen, führt aber leider auch dazu, dass zum Beispiel als Medizinprodukt zugelassene Faltenfiller auch von Heilpraktikern gespritzt werden, die spätestens bei Komplikationen an die Grenzen ihrer Kompetenz stoßen. Wir möchten anregen, diesen Passus zu streichen oder auszuführen, dass keine Substanzen injiziert werden dürfen, bei denen Nebenwirkungen bekannt sind.

Sorge bereitet uns auch die Berufsausübung von Ärzten ohne jede Facharztqualifikation in diesem Bereich. Jeder Arzt mit der Vollapprobation ist berechtigt, die Heilkunde umfassend, also auch in der so genannten

Geschäftsstelle der
Deutschen Gesellschaft der
Plastischen, Rekonstruktiven
und Ästhetischen Chirurgen
Langenbeck-Virchow-Haus
Luisenstraße 58-59
10117 Berlin

Telefon (030) 28 00 44 50
Fax (030) 28 00 44 59
E-Mail info@dgpraec.de

Internet www.dgpraec.de

**Geschäftsführender
Vorstand**

Präsident
Univ.-Prof. Dr. med.
Günter Germann
Ludwigshafen

Vize-Präsidenten

Ästhetische Chirurgie
Prof. Dr. med. habil.
Christian J. Gabka
München

Handchirurgie
Univ.-Prof. Dr. med.
Peter Mailänder
Lübeck

Rekonstruktive Chirurgie
Univ.-Prof. Dr. Dr. med.
Prof. h.c. (RC)
Norbert Pallua
Aachen

Verbrennungschirurgie
Univ.-Prof. Dr. med.
Peter Vogt
Hannover

Sekretär
Univ.-Prof. Dr. med.
Hans-Eberhard Schaller
Tübingen

Schatzmeister
Dr. med.
Hermann Lampe
Frankfurt am Main



„Schönheitschirurgie“ auszuüben. Für den Patienten ist dabei völlig unklar, dass in diese sechsjährigen, überwiegend universitäre Ausbildung lediglich ein Jahr ärztliche Tätigkeit am Patienten integriert ist. Hier wird eine Besonderheit des Berufsrechtes zur Falle für den Patienten, da der approbierte Arzt ohne Facharztweiterbildung dazu befugt ist, Heilkunde in jeder Form auszuüben, während für den Facharzt gilt, dass lediglich im Weiterbildungskatalog enthaltene medizinische Maßnahmen vollzogen werden dürfen. Dies führt auch dazu, dass Ärzte ihre Facharztqualifikation „zurückgeben“, was eindrucksvoll die Absurdität dieser Regelung sichtbar macht. Insbesondere vor dem Hintergrund, dass diesen Ärzten „im allgemeinen Sinne“ weder eine Kassenarztsitz noch die Anstellung im Krankenhaus offen steht, wird deutlich, dass nur die Ausübung der „Lifestyle“ Medizin bleibt. Um Patienten vor diese Arztgruppe zu schützen, regen wir an, die Approbationsordnung so zu ändern, dass in Weiterbildungsordnungen geregelte, fachspezifische medizinische Maßnahmen von der allgemeinen Erlaubnis zur Ausübung der Heilkunde ausgenommen sind.

Zu dem auch aus unserer Sicht unabdingbaren Haftpflichtversicherungsschutz aller Ärzte und insbesondere jener, die ästhetische Eingriffe vornehmen, möchten wir anregen, dass für die berufsrechtliche Auflage zur Versicherung von den Kammern bundesweit ein Nachweis gefordert wird. Wünschenswert wäre aus unserer Sicht ein Modell analog zu der Situation in Großbritannien. Hier melden die Haftpflichtversicherer Fälle an die Aufsichtsbehörde und lösen damit stets einen Prüfvorgang aus. In Deutschland ist es hingegen so, dass zwar in strittigen Fällen in der Regel die Schlichtungsstelle der zuständigen Kammer hinzugezogen wird, ist der Fall aber eindeutig, so begleicht die Versicherung, ohne dass die Kammer Kenntnis erhält, entsprechend wird sie auch nicht aktiv. Die Verankerung einer Rückmeldepflicht der Versicherung an die Kammer und die Aufsichtsbehörden der Länder wäre aus unserer Sicht ein probates Mittel, den Patientenschutz in diesem Bereich nachhaltig zu stärken. So würde zum Einen jeder Fall geprüft, zum Anderen sofort deutlich, wenn eine Versicherung die Weiterversicherung verweigert. Wir bitten darum, zu prüfen, ob eine solche Änderung der Rechtslage umsetzbar ist.

Im europäischen Vergleich fällt generell auf, dass in unseren Nachbarländern teilweise Wege gefunden wurden, Patienten mit dem Wunsch nach einem ästhetischen Eingriff vor fachfremden und damit nicht entsprechend der Weiterbildungsordnung ausgebildeten Ärzten zu schützen. In Spanien ist gesetzlich geregelt, dass nur Plastische Chirurgen ästhetische Eingriffe vornehmen dürfen. In Frankreich wurde die im Jahr 2003 von der WHO erstellte „Surgical Safety Checklist“ übernommen. Diese gibt strenge Rahmenbedingungen für die Durchführung chirurgischer Eingriffe vor und hat damit eine Bereinigung der Situation ausgelöst. Auch diese beiden Ansätze erscheinen uns als adäquater durchaus auf die Bundesrepublik übertragbarer Ansatz, der Patienten vor nicht ausgebildeten Operateuren schützen würde. Dabei ist es uns durchaus



bewusst, dass die rechtliche Situation in Deutschland, bedingt durch die ärztliche Selbstverwaltung und die Rechtsgrundlagen auf EU-, Bundes- und Landebene deutlich komplizierter ist. Nichts desto trotz streben wir eine Regelung an, die Patienten vor „Wildwuchs“ schützt und bitten hierbei um ihre Unterstützung, dabei gehen wir zunächst davon aus, dass die Installation eines Nachweises der Haftpflichtversicherung und die Implantierung eines Meldeverfahrens an Kammer und die Aufsichtsbehörden der Länder sicher der praktikabelste und wohl auch effektivste Weg ist.

Ein ganz anderer, aus unserer Sicht zu begrüßender und ergänzender Ansatz, wäre die von Dr. Korczak vorgeschlagene Implementierung einer Plattform, die bundesweit Auskunft über qualifizierte Ärzte gibt, in Zusammenarbeit mit den Ärztekammern. Bei der Ärztekammer Nordrhein ist ein solches Register „Plastisch-operative Medizin“ bereits verankert, verbunden unter anderem mit dem Nachweis der Qualifikation und der Erklärung, beim Vorwurf von Behandlungsfehlern, die Gutachterkommission für ärztliche Behandlungsfehler bei der Ärztekammer Nordrhein einzuschalten. Dies ist aus unserer Sicht ein vorbildlicher Ansatz, dessen Übertragung in alle Landesärztekammern den Patientenschutz maßgeblich voran bringen würde.

Das im Antrag formulierte Problem, der Eingriffe bei unter 18jährigen Patienten, wird aus unserer Sicht überschätzt, auch dies stellt Dr. Korczak in seinem Abschlussbericht ja fest. Wir möchten zu der von unserer Gesellschaft im Jahr 2004 erfassten und sowohl in der Studie als auch im Antrag aufgegriffenen Zahl, dass im Jahr 2004 10 Prozent aller ästhetischen Eingriffe unserer Mitglieder an Patienten unter 20 Jahren vorgenommen wurden nochmals betonen, dass es sich hierbei fast ausschließlich um die Korrekturen von so genannten Fehlbildungen, zumeist der Ohren, handelt. Hier sehen wir keinen Bedarf nach weiterreichenden rechtlichen Regelungen, da vor einem Eingriff ja die Zustimmung der Erziehungsberechtigten erforderlich ist und wir davon ausgehen, dass diese sich, ebenso wie die behandelnden Ärzte, ihrer Verantwortung durchaus bewusst sind. Hinzu kommt im Bereich der Brustimplantate, die ja auch im Antrag aufgeführte Empfehlung des Europäischen Parlaments.

MATTHIAS TEICHNER

R E C H T S A N W A L T

Experte im Bereich Arzthaftungsrecht
Spezialist für Patientenrecht

Neuer Wall 18 Tel. (040) 348 04 46
20354 Hamburg Fax (040) 348 04 48

Email: teichner@forum-med.de GK 495

Vizepräsident der Europäischen Gesellschaft für
Medizinrecht

Mitglied der Dt. und der Öesterr. Gesellschaft f.
Medizinrecht

Mitglied der Dt. Gesellschaft f. Rechtsmedizin

Mitglied der Arbeitsgemeinschaft Medizinrecht beim
Dt. Anwaltsverein

Besuchen Sie gern auch meine Homepage
<http://www.patientenanwalt-hamburg.de>

RA MATTHIAS TEICHNER • NEUER WALL 18 • 20354 HAMBURG

DEUTSCHER BUNDESTAG

Ausschuss für Gesundheit

Platz der Republik 1

11011 Berlin

17.04.08

Stellungnahme im Zusammenhang mit der öffentlichen Anhörung zum Antrag:

Missbräuche im Bereich der Schönheitsoperationen gezielt verhindern – Verbraucher umfassend schützen

Sehr geehrte Frau Dr. Bunge,

vielen Dank für Ihr Schreiben vom 25.03.2008 und die darin enthaltene Einladung. Gern nehme ich vorab zu dem o. g. Antrag wie folgt Stellung:

1. Allgemeines

Seit 1985 bin ich als selbstständiger Rechtsanwalt auf die Bearbeitung von Schadenfällen aus dem Bereich des Medizinrechts spezialisiert. Im Vordergrund meiner Tätigkeit stand von Anbeginn an die Vertretung von geschädigten Patienten in so genannten Arzthaftungssachen. Ungefähr seit dem Jahre 2000 suchen vermehrt Patienten bei mir Rat, die mit durchgeführten kosmetischen Eingriffen – aus unterschiedlichen Gründen – unzufrieden sind. Mit „vermehrt“ ist dabei der Vergleich mit der Zeit davor gemeint, als kosmetische Eingriffe noch nicht so „verbreitet“ waren, wie es seit einigen Jahren der Fall ist bzw. sein soll. Ich kann aufgrund meiner bisherigen Erfahrung (ich bearbeite durchschnittlich 120 Medizinschadenfälle im Jahr) nicht feststellen, dass es im Bereich der kosmetischen Chirurgie überproportional zu Zwischenfällen bzw. Haftungsfällen kommt.

Moniert werden von meinen Mandanten, bei denen es sich ganz überwiegend um Frauen handelt, in erster Linie Operationsergebnisse, die mit den Erwartungen, aber auch mit den Zusagen der verantwortlichen Ärzte bzw. mit getroffenen „Vereinbarungen“, nicht übereinstimmen. Die Kritik an

den Operationsergebnissen ist in den meisten Fällen, vor allem im Zusammenhang mit Fettabsaugungen im Bereich von Bauch, Beinen und Gesäß, auch für den „Nichtmediziner“ nachvollziehbar, denn beklagt werden sichtbare, erhebliche Unebenheiten, Dellen, Stufen usw.

Die Beantwortung der Frage danach, ob ein Haftungsfall vorliegt, hängt, wie in anderen Medizinschadenfällen, in erster Linie davon ab, ob ein Sachverständiger – im außergerichtlichen Bereich oder im Laufe eines Gerichtsverfahrens – zu dem Ergebnis gelangt, dass das Operationsergebnis nicht mit dem maßgeblichen Standard im Einklang steht, d. h. dass das Ergebnis den (sicheren) Schluss darauf zulässt, dass die Behandlung entweder fehlerhaft geplant und / oder falsch durchgeführt wurde. Schließlich besteht auch die Möglichkeit, dass eine fehlerhafte Nachsorge Ursache für die Schädigung des Patienten ist.

Die Grenze zwischen einer „gerade noch ausreichenden“ und einer „fehlerhaften“ Behandlung ist im Bereich der kosmetischen Chirurgie ganz offensichtlich besonders schwer zu ziehen, aber dies darf niemanden überraschen, der sich mit dieser Materie näher auseinandersetzt. Vielleicht macht ein Vergleich das Problem deutlich: bei der Benotung einer schulischen Leistung kann ebenfalls Streit darüber aufkommen, ob noch die Note „ausreichend“ oder doch „mangelhaft“ angemessen und vertretbar ist.

In zweiter Linie spielt im Zusammenhang mit der Haftungsfrage die Frage der ordnungsgemäßen Aufklärung eine Rolle. Allerdings liegt in diesem Bereich sehr selten am Ende der Haftungsgrund. Patienten werden im Bereich der kosmetischen Chirurgie grundsätzlich ausreichend, rechtzeitig und „richtig“ aufgeklärt; jedenfalls kann von Seiten des verantwortlichen Arztes oder der Klinik dieser Nachweis in der Regel erbracht werden.

2. Das Problem des Versicherungsschutzes

Es gibt eine **Besonderheit**, die mir im Zusammenhang mit der Bearbeitung von Medizinschadensachen im Bereich der kosmetischen Chirurgie aufgefallen ist. Hierbei handelt es sich um **die Frage des Versicherungsschutzes**. In mehreren von mir bearbeiteten Fällen, in denen drei verschiedene Ärzte für die monierten Behandlungen verantwortlich waren, bestand keinerlei Versicherungsschutz. Die Ärzte hatten entweder überhaupt keine Haftpflichtversicherung abgeschlossen, oder aber sie hatten, angeblich aus Vergesslichkeit, wahrscheinlich aber eher aus wirtschaftlicher Not heraus, keine Beiträge entrichtet und waren deshalb gekündigt worden.

Diese Problematik war für mich völlig neu und veranlasste mich dazu, insoweit Ermittlungen anzustellen und die Sach- und Rechtslage zu prüfen. Mit einer gewissen Verwunderung und Überraschung musste ich zur Kenntnis nehmen, dass Ärzte lediglich nach Maßgabe des Berufsrechts (§ 21 MBO-Ä 97) dazu verpflichtet sind, sich „hinreichend“ zu versichern. Im Gegensatz dazu ist nach § 51 BRAO jeder Rechtsanwalt gesetzlich dazu verpflichtet, eine Versicherung für Vermögensschäden zur Deckung der zivilrechtlichen Haftung aus seiner Berufstätigkeit abzuschließen und aufrechtzuerhalten. Ein Bewerber erhält erst dann die Zulassung zur Rechtsanwaltschaft, wenn er zuvor den Abschluss einer Berufshaftpflichtversicherung nachgewiesen hat (51 BRAO). Die Versicherungsgesellschaften wiederum sind zur Meldung der Beendigung des Vertragsverhältnisses gesetzlich verpflichtet. Endet der Versicherungsvertrag des Anwalts und wird kein neuer Vertrag abgeschlossen, so ist die Zulassung zu widerrufen (§ 14 Abs. 2 BRAO). Vergleichbares ist für Ärzte in Deutschland (bisher) nicht vorgesehen.

Ich war bis dahin, wie wahrscheinlich der überwiegende Anteil der Patienten (Verbraucher) in Deutschland, davon ausgegangen, dass Ärzte für ihre, vor allem invasiven Maßnahmen, ausreichend

versichert sind bzw. dass – von wem auch immer – dafür Sorge getragen wird, dass Ärzte einer Versicherungspflicht auch tatsächlich nachkommen.

Nachdem ich in einem Fall den Verdacht gegenüber der zuständigen Ärztekammer schriftlich geäußert hatte, dass ein bestimmter Arzt wahrscheinlich über keine Haftpflichtversicherung verfügen würde, teilte man mir mit, dass man Ermittlungen aufgenommen habe. In späteren Telefongesprächen wurde mir mitgeteilt, dass der verantwortliche Arzt angeschrieben worden wäre, jedoch nicht reagiert hätte. Auf meine Frage hin, was die verantwortliche Ärztekammer als weitere Maßnahme planen würde, teilte man mir mit, man habe keine „rechte Handhabe“. Ich teilte bereits damals meine Meinung und Ansicht darüber mit, dass es dann angezeigt sein dürfte, die Berufsordnung entsprechend abzuändern bzw. zu ergänzen und sich auf diese Art und Weise eine geeignete Handhabe zu schaffen.

3. Änderung bzw. Ergänzung der Berufsordnung

Ich bin der Ansicht, dass dringender Handlungsbedarf besteht. Es muss m. E. dafür Sorge getragen werden, dass Ärzte, vor allem im Bereich der invasiven Medizin, über eine Haftpflichtversicherung verfügen. Zumindest die Pflicht, die Versicherung gegenüber der zuständigen Ärztekammer auf deren Anforderung hin nachzuweisen, muss in die Berufsordnungen der Bundesländer ausdrücklich aufgenommen werden. In diesem Zusammenhang müssen auch Sanktionen geregelt werden und zwar sowohl für die Fälle, in denen der Arzt der Nachweispflicht nicht nachkommt, als auch für die Fälle, in denen keine Versicherung abgeschlossen wurde.

Die bisherigen Regelungen, wonach sich Ärzte *hinreichend* zu versichern haben, ist vollkommen unzureichend, denn mit dem unbestimmten Begriff „hinreichend“ kann sowohl das Ausmaß des Versicherungsschutzes im Hinblick auf den Tätigkeitsbereich des jeweiligen Arztes als auch die jeweils vereinbarte Versicherungssumme gemeint sein. Es sollte deshalb als ausdrückliche Berufspflicht des Arztes aufgenommen werden, dass dieser zum Abschluss einer Versicherung verpflichtet ist, die sämtliche Behandlungsweisen und ihre damit für den Patienten verbundenen Gesundheitsrisiken abdeckt. Für den Fall, dass sich diese Forderung nicht umsetzen ließe, sollte zumindest eine entsprechende Aufklärungspflicht des Arztes als zusätzliche Berufspflicht etabliert werden. Danach wäre der Arzt dazu verpflichtet, für den Fall, dass für eine geplante ärztliche Maßnahme kein Versicherungsschutz von Seiten einer Haftpflichtversicherung besteht, den Patienten hierüber aufzuklären.

Diese zusätzliche, ausdrückliche Aufklärungspflicht könnte sogleich mit einer weiteren, ebenso ausdrücklichen Aufklärungspflicht kombiniert werden. Ärzte sollten im Zusammenhang mit kosmetischen Eingriffen auch mit Hilfe des Berufsrechts dazu verpflichtet werden, den Patienten auf die in § 52 Abs. 2 SGB V getroffene Regelung und ihre möglichen Auswirkungen für den Patienten hinzuweisen. Dies losgelöst davon, dass m. E. Ärzte unter haftungsrechtlichen Gesichtspunkten eine entsprechende – wirtschaftliche – Aufklärungspflicht trifft.

Vorliegend geht es um eine Verbesserung des Verbraucherschutzes. Das Berufsrecht dürfte eher dazu geeignet sein, für einen besseren Verbraucherschutz zu sorgen, als das Haftungsrecht, das vornehmlich die Regelung von Einzelfällen zum Ziel hat. Allerdings lässt sich eine Verbesserung des Verbraucherschutzes – auch – mit Hilfe des ärztlichen Berufsrechts nur dann erreichen, wenn die Ärztekammern ihrer Aufsichtspflicht intensiv und konsequent nachkommen. Soweit es hierzu an irgendeiner „Handhabe“ fehlen sollte, sind die Bundesländer und die Ärztekammern aufgefordert, sich diese Möglichkeiten mit zulässigen Mitteln zu verschaffen, in erster Linie natürlich durch entsprechende Abänderungen bzw. Ergänzungen der Berufsordnungen.

4. Das Abrechnungswesen

Auch im Zusammenhang mit der Abrechnung von ärztlichen Leistungen im Bereich der kosmetischen Chirurgie besteht m. E. aus Gründen des Verbraucherschutzes Regelungsbedarf. Während der einzelne Arzt dazu verpflichtet ist, seine Leistungen nach der GOÄ abzurechnen (BGH Urteil vom 23.03.2006, Az. III ZR 223/05), so gilt dies nicht für die juristische Person (z. B. GmbH). Spätestens aufgrund des BGH-Urteils aus März 2006 wird der Trend, juristische Personen zu gründen, um von diesen Leistungen erbringen und sodann pauschal (relativ hoch) abrechnen zu lassen, zunehmen. Ziel sollte es deshalb sein, dass sämtliche ärztlichen Leistungen aus dem Bereich der kosmetischen Chirurgie in die GOÄ aufgenommen werden und dass verbindlich geregelt wird, dass diese Leistungen ausnahmslos nach der GOÄ abzurechnen sind, unabhängig davon, von wem die Leistungen im Einzelfall erbracht wurden.

5. Parallele Ermittlungsverfahren der Ärztekammern und Staatsanwaltschaften

In zwei der drei von mir erwähnten Fälle waren im Laufe der Zeit Ermittlungsverfahren bei der Staatsanwaltschaft beim Landgericht Hamburg anhängig. Dies führte dazu, dass die Ärztekammer Hamburg daran gehindert war, während der Dauer des Ermittlungsverfahrens eigene Ermittlungen anzustellen. Für Hamburg gilt insoweit § 16 Abs. 3 des Gesetzes über die Berufsgerichtsbarkeit der Heilberufe. Danach darf ein Verfahren von der Ärztekammer solange weder eingeleitet noch durchgeführt werden, wie eine andere Behörde, in diesem Fall die Staatsanwaltschaft, ermittelt. Auch diese Regelung halte ich für änderungsbedürftig. Ermittlungsverfahren bei Staatsanwaltschaften ziehen sich nicht selten über mehrere Jahre hin. Es muss Ärztekammern, nicht zuletzt im Interesse der Patienten, möglich und erlaubt sein, auch parallel zu Staatsanwaltschaften eigene Ermittlungen gegen Ärzte einzuleiten und durchzuführen. Die Feststellung eines berufsrechtlichen Überhangs sollte nicht erst nach Abschluss eines Ermittlungsverfahrens getroffen werden, wenn es für – weitere – geschädigte Patienten zu spät ist.

Mit freundlichen Grüßen

RA Matthias Teichner

PRESSEMITTEILUNG

2008 - 04 - 23



Deutsche Gesellschaft der
Plastischen, Rekonstruktiven
und Ästhetischen Chirurgen

Verbraucherschutz bei „Schönheitsoperationen“:
„Orientierung und Sicherheit für Patienten möglich machen!“

Berlin – Darin sieht Prof. Dr. Günter Germann, Präsident der Deutschen Gesellschaft der Plastischen, Rekonstruktiven und Ästhetischen Chirurgen (DGPRÄC) den Kernpunkt, des heute im Rahmen der Verbände-Anhörung zu beratenden Antrages der Regierungsfractionen „Missbräuche im Bereich der Schönheitsoperationen gezielt verhindern – Verbraucher umfassend schützen“.

Ein kaum zu durchschauender „Markt“

„Leider ist für Patienten, konfrontiert mit Instituten für ästhetische Medizin, Internetauftritten von selbst ernannten ‚Schönheitschirurgen‘ und dubiosen ‚Fernsehärzten‘ kaum zu durchschauen, wie qualifiziert der behandelnde Arzt ist“, konstatiert der Plastische Chirurg. Zwar sei die Ausbildung für ästhetische Eingriffe am ganzen Körper mit der sechsjährigen Weiterbildung zum Facharzt für Plastische und Ästhetische Chirurgie, für jene Eingriffe im Kopf- und Halsbereich mit der Zusatzweiterbildung Plastische Operationen für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgen sowie HNO-Ärzten eindeutig geregelt, dies Patienten aber zu wenig bekannt, führt Prof. Germann aus. Nur so könne er sich auch die Ergebnisse der aktuell viel zitierten Umfrage der Stiftung Warentest erklären, die bei von 558 Patienten beantworteten Bögen ausmachte, dass jeder vierte unzufrieden sei. „Kein Wunder, nach der Qualifikation des Arztes wurde nicht gefragt“, stellt Germann fest und bedauert, dass die Diskussion häufig basierend auf wenig validen oder falsch dargestellten Daten geführt werde.

Eingriffe bei Teenagern – ein überschätztes Problem?

In diesem Zusammenhang sei auch die aktuelle Diskussion um ästhetische Eingriffe bei Teenagern zu sehen, hier werde willkürlich mit bis zu 10.000 Eingriffen, (basierend auf einer Umfrage der DGPRÄC aus dem Jahr 2004) argumentiert und dabei offensichtlich bewusst verschwiegen, dass es sich hierbei fast ausschließlich um die Korrekturen von so genannten Fehlbildungen, zumeist der Ohren, handele. „Somit also um chirurgische Maßnahmen, denen ein starker psychischer Leidensdruck vorausgegangen ist. Wir würden uns gegen ein Verbot nicht sperren, weisen aber darauf hin, dass bei der schwierigen Abgrenzung von rein ästhetisch und medizinisch indiziert die Gefahr besteht, dass auch psychologisch indizierte Eingriffe dann durch das Raster fallen“, stellt er klar.

Lösungsansätze auf breiter Ebene gibt es!

Ein wirksamer und aus Sicht der Plastischen und Ästhetischen Chirurgen zielführender Ansatz sei, so Germann, ein Modell analog zu dem Verfahren in Großbritannien. Hier muss der Arzt seine Haftpflichtversicherung gegenüber der Aufsichtsbehörde nachweisen, die Versicherung Schadensfälle an diese melden. „So ließe sich“, schließt Germann „zumindest steuern, dass jeder Fall kritisch begutachtet und entsprechende Konsequenzen gezogen werden. Von einer solchen Bereinigung könnten Patienten unmittelbar profitieren!“

Kontakt:

Kerstin van Ark
Pressesprecherin
Luisenstr. 58-59
10117 Berlin

Telefon: 030 / 28 00 44 50
Telefax: 030 / 28 00 44 59
Mobil: 0160 / 97 58 82 84

Mail: info@dgpraec.de

Internet: www.dgpraec.de