

Hildegunde Piza-Katzer, Susanne Kummer

Schönheitschirurgie am ethischen Prüfstand

Zusammenfassung

Die Kluft zwischen individueller Körperzufriedenheit und Lebensqualität einerseits sowie gesellschaftlich diktiertem Körpertonormen und Wertvorstellungen andererseits wird in der Konsumgesellschaft immer größer. Der Wunsch nach einem idealen Körper oder aber ein starker Leidensdruck bringen deshalb zahlreiche gesunde Menschen dazu, sich als Klienten einem Plastischen oder „Schönheits“-Chirurgen anzuvertrauen. Diese aktuellen Entwicklungen werfen medizinische, ethische, soziale und ökonomische Fragen auf. Es ist zu prüfen, unter welchen Vorzeichen ästhetisch-chirurgische Eingriffe erlaubt, angezeigt und unter welchen Bedingungen sie ethisch abzulehnen sind. Dem Plastischen Chirurgen kommt eine eminent wichtige Rolle bei der Aufgabe zu, den Menschen unserer Gesellschaft zu helfen, in ihrer Beziehung zum eigenen Körper jene Ausgewogenheit wieder zu finden, die der Würde des Menschen als Körper-Seele-Einheit entspricht.

Schlüsselwörter: Ästhetische Chirurgie, Ethik, Schönheitschirurgie, Körperkult

Abstract

In this consume society, we note an increasing gap between values and norms pertaining to the human body on the one side, and personal satisfaction with one's bodily appearance-based quality of life on the other. A high degree of suffering or merely longing for an ideal body causes many basically healthy people to see a plastic or "beauty" surgeon. This phenomenon raises pertinent medical, ethical, social and economic questions. In each case the prevailing motivation has to be assessed, whether or not esthetical surgery is justified and indicated, or ethically unacceptable. The plastic surgeon is challenged to educate the public in rediscovering a balanced relationship toward one's body, in accordance with human dignity based on the unity of body and soul.

Keywords: Esthetic surgery, ethics, beauty surgery, cult of the human body

o. Univ.-Prof. Dr. Hildegunde Piza-Katzer
Vorstand der Universitätsklinik für Plastische und Wiederherstellungschirurgie
Medizinische Universität Innsbruck
Anichstraße 35, A-6020 Innsbruck
Hildegunde.Piza@i-med.ac.at

Mag. Susanne Kummer, IMABE
Landstraßer Hauptstraße 4/13, A-1030 Wien
skummer@imabe.org

Die Plastische Chirurgie ist ein faszinierendes und kreatives chirurgisches Gebiet. Sie beschäftigt sich einerseits in der Wiederherstellungschirurgie mit Unfall- und Verbrennungsoptionen, mit Patienten, die wegen einer bösartigen Neubildung operiert werden müssen, und sie umfasst das Gebiet der Handchirurgie. Das Ziel des Eingriffs ist jeweils ein therapeutisches: deformierte, abnorme, verletzte oder funktionsuntüchtig gewordene Körperpartien in einen möglichst „normalen Zustand“ zu bringen. Andererseits beschäftigen sich Plastische Chirurgen mit der ästhetischen Chirurgie, deren Ziel es ist, bei einem an sich gesunden, normal aussehenden Klienten durch einen operativen Eingriff eine Veränderung zu erreichen, die im Bereich des Normalen bleibt, aber weder notwendig noch indiziert ist. Es geht also um „verbessernde“ Interventionen am Körper (Enhancement). Die Nachfrage nach solchen Eingriffen wächst: Immer mehr nicht kranke Menschen nehmen medizinisches Wissen und Können in Anspruch, um ihre Körperlichkeit und ihre Lebensgestaltung zu optimieren. Damit wandelt sich auch das Selbstverständnis der Medizin, in der es nicht mehr bloß um Heilung von Krankheiten oder die Erhaltung von Gesundheit geht. Die Entwicklung des Phänomens der „wunscherfüllenden Medizin“ wirft für den Bereich der plastisch-ästhetischen Chirurgie dringende Fragen auf:

1. **Körperkult und Wunsch nach Veränderung:** Noch nie hatten Menschen (in wohlhabenden Gesellschaften) so viel Zeit, ihren Körper zu trainieren, zu pflegen, sich vernünftig zu ernähren. Dennoch steigt die Anzahl jener, die sich - unzufrieden mit (sich und) ihrem Körper - an die Medizin, den Chirurgen wenden mit dem Wunsch nach Veränderung und nach Verbesserung ihres Aussehens. Sie tun das aus individuellen Wünschen und Erwartungen. Sie tun es aber auch als Folge eines kulturellen Wandels des Körperverständnisses.

2. Die technischen Möglichkeiten in der Ästhetischen Chirurgie sind in den letzten Jahrzehnten gewachsen. Man denke etwa an die Entwicklung von Silikon oder die Fortschritte im Bereich des

Faceliftings, der Laserbehandlung u. v. a. m. Die Verfügbarkeit neuer Techniken weckt neue Wünsche. Vom Plastischen Chirurgen wird heute hohe fachliche und ethische Kompetenz erwartet. Unter welchen Vorzeichen sind ästhetisch-chirurgische Eingriffe erlaubt, ja angezeigt und unter welchen Bedingungen sind sie ethisch abzulehnen?

Körperkult und Wunsch nach Veränderung

Geschichte

Die ästhetische Chirurgie ist keine Modeerscheinung der letzten Jahre. Höchst schmerzhaft und zum Teil deformierende Manipulationen des Körpers waren bereits Teil vieler Kulturen. Für die Entwicklung der Plastischen Chirurgie wurden im frühen 19. Jahrhundert die technischen Grundlagen geschaffen, wobei vor allem der Berliner Ordinarius für Chirurgie Johann Friedrich Dieffenbach (1792 - 1847) hervorzuheben ist. Eugen Holländer (1867 - 1932) in Berlin und Erich Lexer (1867 - 1937) in Königsberg führten die ersten Gesichtsstraffungen (Facelift) durch. In kurzer Zeit wurden somit bereits vor etwa 100 Jahren Operationstechniken zur Behandlung von Altersstigmata und „Schönheitsfehlern“ entwickelt, die einzig dem Ziel dienen, bei ansonsten gesunden Menschen die Attraktivität zu steigern.¹ Der Berliner Jacques Joseph (1865 - 1934) befand, dass der kranke und unschöne Körper auch zu einem kranken Geist führt. Für seine Anleitung zur Brustreduktion legte er, selbst jüdischer Herkunft, rassenkundliche Annahmen zu Grunde, was verdeutlicht, wie sich auf dem Gebiet der ästhetischen Chirurgie naturwissenschaftlich-technische Medizin und Ideologie immer wieder kulturspezifisch verbanden.² Es wurde der Begriff der „psychischen Gesundheit“ eingeführt.

Sinnmacher Schönheit?

Gesundheit ist ein vielschichtiger und vieldeutiger Begriff, der im Alltagsverständnis das normale Befinden, Aussehen und Verhalten des Menschen bezeichnet. Doch was ist normal? Laut Definition der Weltgesundheitsorganisations-

on (WHO) 1946 ist Gesundheit der „Zustand vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur das Freisein von Krankheiten und Gebrechen“. Aus psychologischer Sicht gehört das umfassende Wohlbefinden zur Gesundheit. Doch lässt das auch den Umkehrschluss zu? Ist man als krank zu bezeichnen, wenn das „vollständige Wohlfühlen“ fehlt? Ist der Zustand völligen Wohlfühlens überhaupt erreichbar, als Konstante zu halten und immer mit allen zur Verfügung stehenden Mitteln anzustreben – auch durch einen ästhetischen Eingriff?

Um diese Fragen in den richtigen Kontext zu bringen, ist es notwendig, einen kritischen Blick auf die steigende Bedeutung des optimalen Körpers als Sehnsuchtsfläche und Sinnstifter, als Garant sozialer Anerkennung und beruflichen Erfolgs zu werfen.

Wir beobachten heute, dass der „freizeit- und konsumorientierte“ Körper nicht nur eine Mode ist, sondern auch zunehmend wichtig für das „Überleben“ in der heutigen Gesellschaft wird. Gutes Aussehen sichert die Karriere und die Sympathien, nicht nur bei Schauspielern. Längst finden sich Kosmetikerinnen, die an sich Brustvergrößerungen vornehmen lassen, weil sie das „für den Beruf brauchen“ oder Berufstätige aus der Tourismusbranche, die immer erholt, gestrafft und jung aussehen müssen, um so selbst die Botschaft des eigenen Unternehmens zu verkörpern. Körperveränderungen werden also nicht nur akzeptiert, sie sind ausschlaggebend, um die eigene Arbeitsleistung gewinnbringend zu vermarkten. Die Kluft zwischen individueller Körperzufriedenheit und Lebensqualität einerseits, sowie gesellschaftlich diktiertem Körpernormen und Wertvorstellungen andererseits wird immer größer. In der Praxis führt dies, insbesondere bei Frauen, zu einer großen Verunsicherung gegenüber der eigenen Körperlichkeit. Bezeichnend ist, dass das vielfältige Angebot die Nachfrage schürt. Die Bereitschaft wächst, sich „etwas machen zu lassen“. So sind laut einer Studie des Österreichischen Gallup-Instituts, bei der

100 Personen auf ihre Einstellung zu Schönheitsoperationen und den Zusammenhang zwischen Aussehen und Erfolg befragt wurden, 47 Prozent der Führungskräfte bereit, einen Schönheitschirurgischen Eingriff bei sich vornehmen zu lassen.⁴ Unter den Argumenten für eine Schönheitsoperation lagen mit jeweils 55 Prozent Zustimmung zwei Argumente an der Spitze: „gutes Aussehen steigert das Selbstbewusstsein“ und „wer gut aussieht, fühlt sich auch wohler“. Dass man mit gutem Aussehen leichter eine/n Partner/in findet, glauben immerhin noch 38 Prozent.

Die Ware Schönheit

Das Problem ist nicht die Einschätzung, dass Schönheit ein Wert ist. Das Problem ist, dass sie zum Wert schlechthin stilisiert wurde, für den zu opfern man bereit ist und an dem zu verdienen man interessiert ist. Die Glücksverheißungen, die mit gutem Aussehen, Gesundheit und Schönheit verbunden werden, fallen offenbar in einer Konsumkultur zunehmend auf fruchtbaren Boden. Welches Ideal von Schönheit als Garant für Anerkennung und Wohlfühlen fungiert, diktiert der Markt, transportiert via Unterhaltungsmedien.⁵ Die Anzahl junger Menschen, die sich dazu verführen lässt, ihre Schönheitsvorstellungen an Schönheitsmodelle aus der Konserve anzupassen, steigt – ein Phänomen, das zu denken gibt und ein besorgniserregendes Zeichen der Manipulierbarkeit des heutigen Menschen darstellt.⁶ Die Industrie profitiert von der Fetischierung eines Ideal-Körpers: Der perfekte Körper ist nämlich unerreichbar. Und gerade die Unerreichbarkeit garantiert immer neuen Konsum.⁷ Annoncen mit Versprechen von makelloser Schönheit, TV-Beauty-Soaps, Live-Operationen, bei der echte und vermeintliche Plastische Chirurgen aktiv mitwirken, Versteigerungen von Schönheitsoperationen im Internet, sogar Rabattkarten für häufige Schönheitsoperationen in Großbritannien, die erst im Mai 2006 für Wirbel sorgten⁸, zeigen, dass das Geschäft mit fragwürdigen Körper„verbesserungen“ blüht. In den letzten

zwei Jahrzehnten ist ein rasanter Anstieg der ästhetisch-chirurgischen Eingriffe vor allem in Ländern der westlichen Welt zu verzeichnen. 60 Prozent der Operierten sind zwischen 21 und 50 Jahren alt, zehn Prozent sogar unter 20 Jahren, wobei exakte Zahlen fehlen. Zu den häufigsten Eingriffen gehören Fettabsaugungen, Ohrkorrekturen, Lidoperationen Nasenkorrekturen, Gesichts- (Facelift), Bauchdecken- und Hautstraffungen sowie Brustoperationen (Vergrößerungen und Verkleinerungen). Dass jeder Arzt ästhetische Eingriffe durchführen kann bzw. bei weitem nicht alle diese Eingriffe von ausgebildeten Fachärzten für Plastische Chirurgie angeboten bzw. angepriesen werden, ist ein weiteres Problem. Viele wollen am boomenden Markt mitmachen und sehen die steigende Schönheitsindustrie vor allem als eines: als schnelles Geschäft.⁹

Patientenautonomie: selbstbestimmt oder fremdbestimmt?

Wie gestalte ich meinen Körper, was lasse ich mit meinem Körper machen, damit ich mich darin wohl fühle, darin „zu Hause“ bin? Menschen empfinden sich, eine bestimmte Körperpartie, als hässlich, unattraktiv, weil ihr eigener Körper nicht dem vorherrschenden Körperideal entspricht. Der Plastische Chirurg steht häufig weniger als Arzt, sondern als Dienstleister einem Klienten gegenüber, der möchte, dass ihm seine Wünsche erfüllt werden. Hinter dem Wunschdenken steht vermehrt ein realer, subjektiver Leidensdruck, den der Chirurg als Arzt ernst zu nehmen hat. Die Frage ist, den Kern des Problems gemeinsam mit dem Klienten/Patienten aufzudecken. Denn die Verheißung, mit der nicht wenige kommen, lautet: Der Körper ist das Medium, das man verändert, wodurch man sich schließlich selbst und damit auch die Haltung der Umgebung zu einem selbst verändern wird. Dahinter steht nicht selten der Druck, sich (vor allem) über den Körper Anerkennung, Wertschätzung, Geliebt-Sein erkaufen zu müssen. Das schürt enorme Hoffnungen: durch „Körperarbeit“ und „Körpertuning“ die Idealvorstellung erreichen und da-

ran gekoppelt all das, was einem auf sozialer oder seelischer Ebene versagt geblieben ist. Doch die Hoffnung, dass allein ein Eingriff mit dem Skalpell das Leben verändert, bleibt Utopie.

Treffen die Kunden für ästhetische Operationen eine freie, selbstbestimmte Entscheidung oder werden sie zu diesen „freien Entscheidungen“ durch gesellschaftliche Normen, die sie internalisieren, gezwungen? Angesichts einer von Persing durchgeführten Studie kann der Einfluss der Medien nicht hoch genug eingeschätzt werden.¹⁰ Persing befasste sich mit Reality-TV-Shows, in denen es um Schönheitschirurgische Eingriffe und deren Einfluss auf Menschen geht. Das Ergebnis: Je öfter potentielle Patienten diese Fernsehshows ansahen, desto häufiger landeten sie tatsächlich bei einem Plastischen Chirurgen, mit teils unrealistischen Erwartungen. Vier von fünf Klienten/Patienten gaben an, direkt von einer dieser Fernsehshows beeinflusst worden zu sein. Fast ein Drittel gab an, ihre Meinung über die Möglichkeiten der Plastischen Chirurgie über TV-Reality-Shows bezogen zu haben¹¹. In den USA wurden im Jahr 2006 rund 11 Millionen ästhetisch-chirurgische Eingriffe vorgenommen, so die offiziellen Zahlen der American Society of Plastic Surgeons, um 7 Prozent mehr als im Jahr 2005. Als Arzt muss man sich dieses Paradoxons bewusst sein, das Herrmann¹² aufgezeigt hat. Der „Schönheitsimperativ“ sei vor allem infolge der medialen Verbreitung omnipräsent und entfalte eine normierende Kraft: Dass Frauen gezwungen würden, sich dieser Technik zu bedienen und die daraus resultierende Umkehrung der Normalitätsstandards bezeichne das „Paradoxon der erzwungenen Freiwilligkeit“.¹³ Nicht mehr zu übersehen sind die Folgen derartiger Versuche körperlicher Perfektionierung; der Körper selbst scheint sich gegen die zunehmenden Zumutungen zu wehren. Gerade bei jungen Frauen kommt es zunehmend zu Selbstschädigungstendenzen wie Essstörungen, Medikamentenmissbrauch oder auch Selbstverletzungen.

Neben der großen Zahl der einem „Ideal“ nachjagenden jungen Menschen ist aufgrund der demo-

grafischen Entwicklung aber auch ein immer größer werdendes anderes, nämlich älteres Klientel, das sich durch einen ästhetischen Eingriff in die Jugend zurückretten will, vorhanden. Der alternde Mensch fühlt sich vielfach nach dem Ausstieg aus dem Berufsleben und durch das Nachlassen der Sinneskraft weniger anerkannt. Sein Selbstbewusstsein wird durch den natürlichen Alterungsprozess geschmälert und seine soziale Stellung verändert. Er fällt heraus aus den gesellschaftlichen Parametern der Anerkennung, zu denen Leistung und körperliche Perfektion zählt. Alle wollen lang leben, alt werden, aber niemand will alt sein. So greifen auch immer mehr Menschen höheren Alters nach den Möglichkeiten der „Schönheitsmedizin“. Da in allen Altersgruppen nicht jeder, der sich verändern will, über die für so einen Eingriff notwendigen finanziellen Mittel verfügt und Operationen über Banken finanziert werden, erheben sich auch Überlegungen und Fragen zu den sozialen und ökonomischen Folgen ästhetischer Eingriffe.

Ist das alles noch jene Medizin, die wir meinen? Nämlich jene, wo ein körperlich oder seelisch Kranker einen Arzt aufsucht, der nach hippokratisch ethischen Prinzipien handelt?

Ethische Überlegungen

Klient oder Patient?

Im Folgenden soll auf das spezielle Verhältnis zwischen Arzt und gesundem Menschen, der sein Äußeres durch einen Arzt gestalten lassen will, eingegangen werden. Leven hat das Problem auf den Punkt gebracht: Während der Patient, der einen Allgemeinchirurgen aufsucht, im Allgemeinen hofft, zu hören, dass keine Operation notwendig ist, will der Klient, der zum „Schönheitschirurgen“ geht, hören, dass er operiert werden kann, damit sein Aussehen verbessert wird.¹⁴ Das Ziel besteht darin, mit einem operativen Eingriff eine Verbesserung seines Selbstwertgefühls innerhalb seines sozialen Umfeldes zu erreichen und an Lebensqualität zu gewinnen. Gewinnt er durch solch einen Eingriff an Lebensqualität, ist der Eingriff als sinn-

voll zu bezeichnen. Entscheidend ist es, sich im ärztlichen Gespräch über die Motive des Patienten im Klaren zu werden und jene Personen herauszufiltern, in denen ein psychopathologisches Problem vorliegt. In diesen Fällen ist eine Operation eine Ersatzhandlung. Der Patient wird bei einem noch so guten Operationsergebnis unzufrieden sein. Insbesondere Patienten mit einer Dismorphophobie oder Schizophrenie müssen unbedingt identifiziert werden.¹⁵

Die Frage lautet also, wie wir in der ästhetischen Chirurgie Lebensqualität messen. Welche Mindestbeobachtungszeit nach dem Eingriff muss eingehalten werden, um auch eine dauerhafte Steigerung der Lebensqualität nachzuweisen? Dazu gibt es erst wenige Studien.

In der ästhetischen Chirurgie gehört heute die Brustvergrößerung neben der Fettabsaugung zu den am häufigsten durchgeführten Eingriffen. Brisson und Latulippe orteten in einer breit angelegten Studie ein erhöhtes Selbstmordrisiko bei Frauen mit Brustimplantaten.¹⁶ Studienteilnehmerinnen waren 24.600 Frauen, die sich aus kosmetischen Gründen zwischen 1974 und 1989 Brustimplantate einbringen ließen. Zum Zeitpunkt der Operation waren sie im Schnitt 32 Jahre alt. In den 15 Jahren nach der Operation verstarben 480 der Frauen. Die Mortalitätsrate entsprach dem Durchschnitt der Bevölkerung. Ein Blick auf die Todesursache zeigte jedoch, dass die Selbstmordrate unter den Studienteilnehmerinnen um 73 Prozent höher war als in der Gesamtbevölkerung. Frühere Untersuchungen hatten gezeigt, dass Frauen, die sich die Brust vergrößern lassen, meist ein geringes Selbstwertgefühl hatten, häufiger unter seelischen Erkrankungen wie Depressionen litten und einen risikoreicheren Lebensstil führten. Die Wissenschaftler forderten Plastische Chirurgen auf, vor dem Eingriff die Motive der Frauen zu klären und ihnen gegebenenfalls eine psychotherapeutische Behandlung zu empfehlen. McLaughlin zieht aus einer ähnlichen Studie¹⁷ denselben Schluss. Patientinnen, die mit ihrem

Körper nicht zufrieden seien, suchten Hilfe in der Plastischen Chirurgie. Die oftmals psychologischen zugrunde liegenden Probleme könnten aber durch den Eingriff nicht behoben werden. Frauen, die eine Brustvergrößerung anstreben, sollten sich deshalb einer umfangreichen psychologischen Untersuchung unterziehen. Wer die Praxis kennt, weiß, wie schwierig so ein Schritt zu erreichen ist, da die Patienten im allgemeinen davon überzeugt sind, dass ein physisches Problem vorliegt, kein psychisches.

Aufklärung des Patienten

Die ästhetischen Eingriffe werden meist als harmlose und einfache Eingriffe angepriesen. Am Beginn jeder Behandlung sollte ein detailliertes Beratungsgespräch ohne Zeitdruck und in einem möglichst großen Abstand zum Eingriff stehen. Die Patienten eines plastischen Chirurgen lassen sich nur ungern davon überzeugen, dass eine Operation womöglich die falsche Behandlung ist. Die Reklame der Schönheitschirurgie hat ihnen suggeriert, dass solche Eingriffe immer und in jedem Fall ein Gewinn sind und dass sie so risikolos sind wie ein Besuch beim Frisör.

Menschen, die einen ästhetischen Eingriff an sich durchführen lassen möchten, sollten sehr realistisch aufgeklärt werden. Man sollte auf die physischen und emotionalen Strapazen eines derartigen Eingriffs hinweisen. Unvollständige Informationen, emotionale Manipulation, Halbwahrheiten, bewusste Fehldarstellungen, vor allem aber die Durchführung ästhetischer Eingriffe durch unqualifizierte Ärzte müssen als unprofessionell, unehrlich und unethisch betrachtet werden. Bei der präoperativen Aufklärung eines Patienten, der sich einem ästhetischen Eingriff unterziehen möchte, muss auch darauf hingewiesen werden, dass das erzielte Resultat mit der Zeit verschwinden wird. Aus diesem Grund ist es unethisch, einem Patienten den ästhetischen Eingriff so früh wie möglich zu empfehlen, weil er dadurch Gefahr läuft, zu einem sogenannten „Plastoholic“ zu werden.

Im primären Aufklärungsgespräch muss auch über notwendige Folgeeingriffe im Laufe der Jahre gesprochen werden. Kehren wir nochmals zum Thema der Vergrößerung der weiblichen Brüste durch Fremdkörper zurück. Hier ist vor allem bei jungen Frauen größte Wahrhaftigkeit bei der Aufklärung von Seiten des behandelnden Arztes zu fordern, da mit heutigem Wissen z. B. jedes zu große eingebrachte Brustimplantat bei jugendlichen Frauen diese zu Dauerpatientinnen macht. Dies deshalb, da durch Druck auf die schon kleine Brust das spärliche Brust-Eigengewebe verringert wird, ja verschwinden kann und somit immer wieder ein Fremdkörper eingesetzt werden muss.

Risiken

Jede Operation ist mit einem Risiko verbunden, und sei es nur das Risiko, dass sie nicht gelingt. Das gilt natürlich auch für ästhetisch-chirurgische Eingriffe. Sie sollten in Spitälern oder Kliniken, die auch entsprechend technisch ausgestattet sind und über hoch qualifiziert ausgebildetes Personal verfügen, vorgenommen werden. Es wäre unethisch, den Patienten nicht über diese Risiken aufzuklären und ihm nur zu sagen, dass dieser Eingriff einfach in der Ordination durchgeführt werden kann. Fachleute stellen mit Sorge fest, dass immer öfters mehrere Eingriffe bei einer Operation durchgeführt werden, meist mit dem Anreiz eines verbilligten Kombi-Angebotes. Bei der Untersuchung des Patienten sind sein Lebensumfeld und seine Lebensgewohnheiten in den Blick zu bekommen. Kein Patient hört es gern, dass er weniger essen soll, statt sich sein Fett vom Chirurgen (oder Allgemeinmediziner) absaugen zu lassen. Zum Beispiel erhöhen sich bei starken Rauchern die Komplikationen drastisch, so dass der Chirurg eine geplante Operation nur dann durchführen soll, wenn der Patient bereit ist, das Rauchen aufzugeben. Wenn dies nicht geschieht, sollte der Chirurg den Eingriff verweigern. Das Problem ist, dass zu Recht abgelehnte Patienten erfahrungsgemäß solange den Arzt wechseln, bis sie einen finden, der es mit der

Indikation nicht so genau nimmt, vermutlich auch mit seiner Ausbildung. Fast immer muss der Plastische Chirurg damit rechnen, dass der Patient sich dann einer Behandlung unterwirft, die alles andere als optimal ist.¹⁸ Es gibt nicht nur eine Ethik des Arztes, es gibt auch eine Ethik des Patienten.

Kosten

Bei diesen ärztlichen Tätigkeiten und vor allem Operationen, deren Ziel es ist, den menschlichen Körper zu verändern, können natürlich Komplikationen auftreten, über die im Detail aufgeklärt werden muss. Diese selbst gewählten Eingriffe werden von den „Klienten“ selbst bezahlt. Bei schweren Komplikationen allerdings werden Krankenhäuser mit öffentlichem Recht aufgesucht und dort die durch die Komplikationen zu Patienten mutierten Kunden behandelt, wodurch das solidarisch finanzierte Gesundheitssystem belastet wird. Deutschland hat auf diese Entwicklung reagiert: Für die Belastungen des Gesundheitssystems, die durch eventuelle Folgebehandlungen nach Komplikationen entstehen, kommen Deutschlands Krankenkassen seit der Gesundheitsreform 2006 unter Umständen nicht mehr auf.¹⁹

Ausbildung des Plastischen Chirurgen

Die Risiken bei ästhetischen Operationen steigen auch dann enorm an, wenn der Plastische Chirurg ungenügend ausgebildet ist. Ein Plastischer Chirurg kann seine Geschicklichkeit und sein Können nicht in Schnellsiedekursen erwerben. Eine erhöhte Revisionsrate ist die Folge. Zu recht fordert Stark, dass „in der Facharztausbildung der Assistenten zum Plastischen Chirurgen eine qualitativ hohe technische und psychologisch-ethische Unterweisung auch in der ästhetischen plastischen Chirurgie (auf Grundlage der rekonstruktiven Techniken) gewährleistet werden“ muss, um zu sichern, dass die „Facharzturkunde auch ein Indikator für die Qualifikation“²⁰ ist. Sich in Wochenendkursen zum Star-„Schönheitschirurgen“ kuren zu lassen, ist fachlicher Unsinn und ethisch unzulässig.

Ästhetische Eingriffe und Ethik

Die Wiederherstellungschirurgie – d. h. die rekonstruktive Chirurgie, die Handchirurgie und die Verbrennungschirurgie –, wirft als operative Disziplin, die jene durch Unfall oder Krankheit sichtbar verunstaltete Regionen wiederherstellt, vom ethischen Standpunkt keine besonderen Fragen auf. Es gehört zum medizinischen Heilungsziel, nicht nur die Funktion, sondern auch das meist mit ihr zusammenhängende zerstörte äußere Erscheinungsbild wiederherzustellen. Darin hat von Anfang an das Ethos des ärztlichen Berufes die ureigentliche Aufgabe der Medizin gesehen.

Ganz anders stellt sich die Frage der ethischen Beurteilung jener Eingriffe der ästhetischen Chirurgie, die das Ziel haben, das Erscheinungsbild von an sich gesunden Menschen zu verändern.

Vom medizinisch ethischen Standpunkt aus gilt prinzipiell, dass jeder invasive Eingriff, also auch jener in der ästhetischen Chirurgie, rechenfertigungsbedürftig ist. Der Wunsch des Patienten allein genügt aus ethischer Perspektive nicht. Ein Arzt würde nämlich ethisch unzulässig und rechtlich strafbar handeln, wenn er einen kontraindizierten chirurgischen Eingriff vornimmt, nur weil der Patient es so wünscht. Im Zeitalter der Patientenautonomie kann der Patient sein Selbstbestimmungsrecht auf sinnlose, nicht aber auf kontraindizierte Handlungen geltend machen. Sinnwidrige Handlungen (kontraindiziert) kann ein Patient nicht durchsetzen, ohne den Arzt dafür strafbar zu machen. Man sieht an diesem Punkt, dass mit dem Entstehen und der Entfaltung der wunscherfüllenden Medizin, der die „Schönheitschirurgie“ zuzuordnen ist, auch die Kluft zwischen Ethik und Recht immer größer wird. Denn in dieser neuen Sparte der Medizin ist die Spannung zwischen Kommerz und Patientenfreundlichkeit besonders groß.²¹ Die Grenze zwischen gesetzlich erlaubten, ethisch aber unzulässigen, kontraindizierten chirurgischen Behandlungen, wird unschärfer.

Bei der ethischen Beurteilung eines Wunsches nach einem ästhetisch-chirurgischen Eingriff zur

Verbesserung des äußeren Erscheinungsbildes, muss auf die Motivation und Absicht dieses Wunsches Bedacht genommen werden, zuallererst also auf den psychischen Zustand des Patienten. Es wird die Aufgabe des ästhetischen Chirurgen sein, zu beurteilen, ob er es mit einem psychisch gesunden oder einem psychisch instabilen Patienten zu tun hat, wobei auch da die Grenzen nicht immer eindeutig festzustellen sind.

Im Falle des psychisch gesunden Menschen, der eine Verbesserung seines Äußeren wünscht, muss einfach eine Risiko-Kosten-Nutzen-Rechnung aufgestellt werden, die über Angemessenheit und Zweckmäßigkeit des Eingriffes Auskunft gibt. Natürlich ist die Beurteilung der Verbesserung immer eine subjektive Frage. Wenn der Patient psychisch gesund und der Mangel nicht so störend ist, wird meistens auf den Eingriff zu verzichten sein. Der Druck des Umfeldes kann aber manchmal sehr groß sein, so dass es de facto zur echten psychischen Belastung kommt, nicht aber zur Krankheit. Diese Fremdbestimmung durch internalisierte Schönheitsstandards und soziokulturelle Normierungen²² muss auch bei der Beurteilung des Wunsches berücksichtigt werden.

Im Falle des psychisch belasteten Patienten muss zwischen zwei Fällen unterschieden werden:

a) Der Patient/die Patientin leidet psychisch als Folge einer ganz bestimmten, objektiv kleinen oder größeren Abnormität, z. B. ein Kind mit abstehenden Ohren, das von seinen Mitschülern immer wieder ausgelacht wird. Die psychische Belastung ist Folge des physischen Mangels. Hier müssten die Intensität der psychisch subjektiven Belastung, der Objektivitätsgrad des Mangels, die Wirksamkeit einer Psychotherapie als Alternative zum Eingriff und die Risiko-Kosten-Nutzen-Balance berücksichtigt werden. Ein Eingriff kann sehr wohl gerechtfertigt sein.

b) Das psychische Leiden des Patienten/der Patientin ist nicht Folge, sondern Ursache des physischen Mangels, z. B. im Fall der Magersucht oder eines sexuellen Missbrauchs. In der psychia-

trischen Literatur sind diese Fälle als körperdysmorphe Störung bekannt, d. h. als grundsätzliche Unzufriedenheit mit der eigenen körperlichen Identität: In solchen Fällen braucht der Patient eine psychiatrische Behandlung. Der chirurgische Eingriff würde letztlich wenig bringen, die Störung würde weiter bestehen.²³

Kritische Zusammenfassung

Klar ist, dass durch ästhetisch-chirurgische Eingriffe keine unrealistischen Erwartungen aufgebaut werden sollen – so dass man der Meinung ist, das ganze Leben durch einen ästhetischen Eingriff verändern zu können. Das Ziel der ästhetischen Chirurgie ist die Verbesserung des Aussehens, aber nicht die Perfektion. Das Resultat, das erreicht werden kann, ist nicht nur vom Können des Chirurgen, sondern unter anderem vom Alter, dem allgemeinen Gesundheitszustand oder der Hauttextur abhängig. Sowohl der behandelnde Chirurg wie der Patient müssen sich über die Möglichkeit des Erreichbaren im Klaren sein. Eine Garantie über ein positives Resultat vor der Therapie kann und darf kein Chirurg abgeben. Die Verbesserung des Aussehens mag eine Verbesserung der psychischen Grundhaltung geben, es kann aber dadurch nicht garantiert werden, dass der oder die Betreffende einen Liebhaber oder einen Lebenspartner, neue Freunde oder eine Spitzenposition im Beruf finden wird. Ein Plastischer Chirurg sollte in seinen Versprechungen gegenüber unsicheren Personen vorsichtig sein, ihnen nicht zu große Hoffnungen machen und vor Illusionen dringend warnen. Dem Plastischen Chirurgen kommt eine eminent wichtige Rolle bei der Aufgabe zu, den Menschen unserer Gesellschaft zu helfen, in ihrer Beziehung zum eigenen Körper jene Ausgewogenheit wieder zu finden, die der Würde des Menschen als Körper-Seele-Einheit entspricht.

Referenzen

- 1 vgl. Stark G. B., *Ästhetische Chirurgie. Ethische Aspekte aus Sicht des Facharztes für Plastische Chirurgie*, Zschr

- med Ethik (2006); 52: 105
- 2 vgl. Leyen K.-H., *Eine höchst wohlthätige Bereicherung unserer Künste*, Zschr med Ethik (2006); 52: 135
 - 3 Man müsste sich dann auch fragen, ob Phänomene wie Liebeskummer oder Trauerschmerz Krankheiten sind.
 - 4 Studie des Österreichischen Gallup-Instituts/Karmasin Marktforschung im Auftrag der Schwarzl-Ta-ges-klinik, 27. 09. 2007, Psychologische Interviews mit 100 Personen, davon ein Drittel Männer und zwei Drit-tel Frauen im Alter zwischen 25 und 60 Jahren.
 - 5 Bekannt geworden ist in diesem Zusammenhang die Studie auf den Fidschi-Inseln von Anna Becker, Psychi-aterin in Harvard. Mit der Einführung des Fernsehens verändert sich das Schönheitsideal der Inselbewohner und führt zu Essstörungen bei Frauen. Sie begannen sich am westlichen Schönheitsideal zu orientieren. Im Jahr 1998, also drei Jahre nach Start der TV-Ära auf Fid-schi, waren Essstörungen bei jungen Frauen fünf Mal häufiger als in der TV-freien Zeit. 15 Prozent der Teen-ager waren bereit, ihr Gewicht durch Erbrechen zu kontrollieren, zuvor waren es lediglich drei Prozent. Becker hat sich des Themas in zahlreichen Studien angenommen, z. B. in *Eating behaviours and attitudes following prolonged exposure to television among ethnic Fi-jian adolescent girls*, Br J Psychiatry (2002) 180: 509-514
 - 6 Um Kinder und Jugendliche vor verharmlosenden Darstellungen von Schönheits-OPs zu schützen, hat die Deutsche Kommission zum Jugendmedienschutz 2004 beschlossen, dass Schönheits-OP-Sendungen im Realty-TV-Format wie „Beauty Queen“ und „Alles ist möglich“ (RTL) sowie den Vorbericht zur TV-Show „The Swan“ (ProSieben) erst ab 23.00 Uhr gesendet werden dürfen. (Quelle: http://www.kjm-online.de/public/kjm/index.php?show_1=55)
 - 7 Die Beispiele werden immer grotesker: So fanden sich im Katalog der britischen Bekleidungs-firma Grattan neben den neuesten Bekleidungstrends auch Ange-bote für faltenstraffende Botox-Injektion – Ratenzah-lung inklusive. Die Werbekooperation zwischen dem Versandhaus und dem Anbieter für Schönheitschir-urgie *Transform* wurde von der British Association of Aesthetic Plastic Surgeons (BAAPS) heftig kritisiert, vgl. Die Presse, 09. 07. 2007.
 - 8 „Rabattkarte für Schönheits-OPs sorgt für Unru-hen in Großbritannien“, vgl. Deutsches Ärzteblatt, 16. 05. 2006
 - 9 Heinrich K.-G. (Allgemeinmediziner in Wien), *Das Geschäft mit der Schönheit ist kein Monopol*, Wirtschafts-blatt, 15. 10. 2007, Replik von Deutinger M. (Präsi-den-tin der Österreichischen Gesellschaft für Plastische, Ästhetische und Rekonstruktive Chirurgie), *Medizin ist kein schnelles Geschäft*, Wirtschaftsblatt, 19. 10. 2007
 - 10 Crockett R. J. et al., *The Influence of Plastic Surgery “Reality TV” on Cosmetic Surgery Patient Expectations and Decision Making*, *Plast Reconstr Surg* (2007); 120: 316-324
 - 11 Die meisten waren Frauen, das Durchschnittsalter lag bei 36 Jahren. Die Sendungen hätten sie dazu animiert, selbst einen plastischen Chirurgen aufzusuchen. Ein sehr hoher Anteil waren Hispanics und afro-ameri-kanische Frauen. Erschreckend war für Persing die Tatsache, dass die Quoten-Unterhaltungsshow von den meisten Zusehern als Sachinformation gewertet wurde. Vgl. dazu auch in diesem Heft Wegenstein B., *Body Image and Mass Media: the Example of the US Televi-sion Makeover Show*, *Imago Hominis* (2007); 14: 352-357
 - 12 Herrmann B., *Schönheitsideal und medizinische Körper-manipulationen. Invasive Selbstgestaltung als Ausdruck autonomer Entscheidung oder „sozialer Unterwerfung“?*, *Ethik Med* (2006); 18: 76-77
 - 13 Morgan K. P., *Women and the knife: cosmetic surgery and the colonization of women’s bodies*, *Hypatia* (1991); 6(3): 38 ff
 - 14 Zitiert nach Stark G. B., a. a. O, S. 110
 - 15 vgl. Bonelli R., Kapfhammer H., *Die Körperdysmorphie Störung*, *Imago Hominis* (2007); 14: 307-322
 - 16 Villeneuve P. J. et al., *Mortality among Canadian Women with Cosmetic Breast Implants*, *Am J Epidemiol* (2006); 164: 334-341
 - 17 Lipworth L. et al., *Excess Mortality From Suicide and Other External Causes of Death Among Women With Cosmetic Breast Implants*, *Ann Plastic Surg* (2007); 59: 119-123
 - 18 Sarwer D. B. et al., *Cosmetic Breast Augmentation and Suicide*, *Am J Psychiatry* (2007); 164: 1006-1013
 - 19 Vgl. Schmidt-Tintemann U., *Plastische Chirurgie: Zwi-schen Therapie und Tiraden*, Festvortrag am 124. Kong-ress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie, 1. – 4. Mai 2007, München
 - 19 Laut einem Bericht des Informationsdienstes Wissen-schaft (11. August 2006) dienen rund 80 Prozent der Brusteingriffe von Plastischen Chirurgen bereits der Schadensreparatur nach kosmetischen Operationen. Rund 13 Prozent der Zungen-Piercings führten zu Ent-zündungen, zwei Prozent zu dauerhaften Schäden. Innerhalb von drei Jahren wurden in Deutschland zwölf Todesfälle nach Absaugen-OPs von Fettpolstern dokumen-tiert. Die „Reparaturen“ verursachten dem Gesund-heitssystem Kosten in Milliardenhöhe. Ein Eckpunkt der Gesundheitsreform 2006 lautete deshalb, dass Menschen, die ohne Rücksicht auf Risiken und Not-wendigkeit Schönheitsoperationen durchführen las-sen, selbst die Kosten für etwaige Nachbehandlungen übernehmen müssen. Streitpunkt ist aber, wie diese

Richtlinie in der Praxis sinnvoll umzusetzen ist.

- 20 Stark G. B., a. a. O., S. 113
- 21 Kettner M., *Wunscherfüllende Medizin zwischen Kommerz und Patientenfreundlichkeit*, Ethik Med (2006); 18: 81-91
- 22 Herrmann B., *Schönheitsideal und medizinische Körpermanipulation*, Ethik Med (2006), 18: 71-80
- 23 Bonelli R., Kapfhammer H., a. a. O.

Weiterführende Literatur

- Bergdolt K., *Leib und Seele. Eine Kulturgeschichte des gesunden Lebens*, C. H. Beck Verlag, München (1999), S. 25
- Burk J. et al., *More than sin deep: a self-consistency approach to the psychology of cosmetic surgery*, Plast Reconstr Surg (1985); 76: 270-275
- Dorf Müller M., *Das ärztliche Gespräch aus medizin-psychologischer Sicht und das Angehörigenespräch aus medizin-psychologischer Sicht*, in: Dorf Müller D., *Die ärztliche Sprechstunde*, Ecomed Verlag, Landsberg (2001), S. 9-29 bzw. 30-41
- Lexer E., *Die Verwendung der freien Transplantationen und der plastischen Operationen in der Kriegschirurgie*, in: von Schjerning O., *Handbuch der ärztlichen Erfahrungen im Weltkrieg 1914/1918*, Bd. 2: Chirurgie, 2. Teil, J. A. Barth Verlag, Leipzig (1922), S. 658-723
- Lösch G. M., *Systematik und Ethik der Plastischen Chirurgie*, in: von Engelhardt D. (Hrsg.), *Ethik im Alltag der Medizin*, Springer Verlag, Berlin (1989), S. 163-183
- Lütz M., *Der Preis der Gesundheit*, in: Schumpelick V., Vogel B., *Grenzen der Gesundheit*, Herder Verlag, Freiburg im Breisgau (2004), S. 112-120
- Schürer N. Y., *Anti-aging. Fakten und Visionen*, Hautarzt (2003); 54: 833-838
- Spilker G., Stark G. B., *Quality-of-life considerations in plastic and reconstructive surgery*, Theor Surg (1991); 6: 216-220
- Wiesing U., *Die ästhetische Chirurgie. Eine Skizze der ethischen Probleme*, Zschr med Ethik (2006); 52: 139-154