

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 Mikrophone 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 Arzthelferin 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 ästhetische 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 Honorarzahung 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 absteigender 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 einverstan-

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 Ausübung der 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.

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

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