



Technische Universität München

Klinik Bogenhausen – Klinik für Plastische Chirurgie, Rekonstruktive Chirurgie,
Handchirurgie, Verbrennungschirurgie
Klinikum rechts der Isar – Klinik für Plastische Chirurgie und Handchirurgie

Kritische Perzeptionsanalyse der Plastischen Chirurgie in Deutschland

Sabrina Nicole Wecker

Vollständiger Abdruck der von der Fakultät für Medizin
der Technischen Universität München zur Erlangung des akademischen Grades
eines Doktors der Medizin
genehmigten Dissertation.

Vorsitzender: Prof. Dr. Jürgen Schlegel

Prüfende der Dissertation:

1. Priv.-Doz. Dr. Niclas Broer
2. Prof. Dr. Hans-Günther Machens

Die Dissertation wurde am 21.04.2020 bei der Technischen Universität München
eingereicht und durch die Fakultät für Medizin am 06.10.2020 angenommen.

Teilergebnisse der vorliegenden Arbeit wurden vorab veröffentlicht in:

- Publikation in „Der Chirurg“, Online publiziert: August 2018, Print: März 2019 (Heidekrueger et al., 2019)
- Vortrag bei der 48. Jahrestagung der DGPRÄC, 55. Jahrestagung der ÖGPÄRC, 22. Jahrestagung der VDÄPC, 14.09. - 16.09.2017, Graz, Österreich (Broer et al., 2017)

In der folgenden Arbeit wird aus Gründen der Einfachheit nur die männliche Form für jegliche Personen verwendet. Die Verwendung der maskulinen Variante beinhaltet stets alle Geschlechter. Dies folgt keinen diskriminierenden Motiven, sondern soll lediglich die Lesbarkeit und Verständlichkeit des Textes fördern.

Inhaltsverzeichnis

1	Verzeichnis der Abkürzungen	5
2	Einleitung.....	6
2.1	Historischer Hintergrund und künstlerische Darstellung	6
2.2	Globale Herausforderungen plastischer Chirurgie	11
2.3	Grundlagen der plastischen Chirurgie	12
2.4	Grundlagen der Perzeption	14
3	Fragestellung der Studie.....	15
4	Material und Methodik.....	16
4.1	Kollektiv	16
4.2	Methodik	16
4.2.1	Fragebogenerstellung.....	16
4.2.1.1	Fragebogen „Deutschland“	18
4.2.1.2	Fragebogen „Medizinisches Fachpersonal“	19
4.2.1.3	Fragebogen „Patienten“	20
4.2.2	Durchführung der Umfrage	21
4.3	Statistische Methoden.....	21
4.3.1	Umfrage in Deutschland	22
4.3.2	Umfrage unter medizinischem Fachpersonal	22
4.3.3	Umfrage unter Patienten.....	23
4.3.4	Vergleich der Umfragen „Deutschland“ und „Medizinisches Fachpersonal“	24
4.3.5	Vergleich der Umfragen „Deutschland“ und „Patienten“	24
5	Ergebnisse.....	26
5.1	Umfrage in Deutschland	26
5.2	Umfrage unter medizinischem Fachpersonal.....	69
5.3	Umfrage unter Patienten.....	99
5.4	Vergleich der Umfragen „Deutschland“ und „Medizinisches Fachpersonal“	113
5.5	Vergleich der Umfragen „Deutschland“ und „Patienten“	126
6	Diskussion.....	134
6.1	Kurzzusammenfassung	134
6.2	Diskussion der Methoden.....	134
6.2.1	Fragebogeninstrument	134
6.2.2	Durchführung der Umfrage	135
6.2.3	Statistische Auswertung	136
6.3	Diskussion der Ergebnisse.....	137

6.3.1	Umfrage in Deutschland	137
6.3.2	Umfrage unter medizinischem Fachpersonal	139
6.3.3	Umfrage unter Patienten	141
6.3.4	Vergleich der Umfragen „Deutschland“ und „Medizinisches Fachpersonal“	143
6.3.5	Vergleich der Umfragen „Deutschland“ und „Patienten“	144
6.4	Schlussfolgerung	145
7	Zusammenfassung	148
8	Abbildungsverzeichnis	151
9	Literaturverzeichnis	155
10	Anhang	161
10.1	Hypothesen	161
10.1.1	Umfrage in Deutschland	161
10.1.2	Umfrage unter medizinischem Fachpersonal	162
10.1.3	Umfrage unter Patienten	162
10.1.4	Vergleich der Umfragen „Deutschland“ und „Medizinisches Fachpersonal“	164
10.1.5	Vergleich der Umfragen „Deutschland“ und „Patienten“	164
10.2	Fragebögen	166
10.3	Anweisungszettel	172
10.4	Votum Ethikkommission	173
11	Danksagung	174
12	Lebenslauf	175

1 Verzeichnis der Abkürzungen

bzw.:	beziehungsweise
ca.:	circa
D:	Umfrage „Deutschland“
DGGG:	Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e.V.
DGPRÄC:	Deutsche Gesellschaft der Plastischen, Rekonstruktiven und Ästhetischen Chirurgen
E.:	Enthaltung
HNO:	Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde
M:	Umfrage „Medizinisches Fachpersonal“
md:	Median
mw:	Mittelwert
n. Chr.:	nach Christus (Zeitrechnung)
n:	Anzahl
ÖGPÄRC:	Österreichische Gesellschaft für Plastische, Ästhetische und Rekonstruktive Chirurgie
P:	Umfrage „Patienten“
s.:	siehe
s:	Standardabweichung
SPSS:	IBM SPSS Statistics 22, Statistiksoftware (IBM, 2016)
TUM:	Technische Universität München
TV:	Television, Fernsehen
USA:	United States of America
v. Chr.:	vor Christus (Zeitrechnung)
VDÄPC:	Vereinigung der Deutschen Ästhetisch-Plastischen Chirurgen
vgl.:	vergleiche

2 Einleitung

Im Folgenden wird zunächst ein Überblick über die historische Entwicklung der plastischen Chirurgie, die globalen Herausforderungen und die aktuellen Grundlagen des Fachgebiets gegeben. Dieser Prolog soll an das Thema heranführen und eine Übersicht ermöglichen, bevor die Perzeption der plastischen Chirurgie in der heutigen Zeit genauer untersucht und analysiert wird.

2.1 Historischer Hintergrund und künstlerische Darstellung

Über die Jahrhunderte spielten die Kenntnis der Anatomie, das Zeichnen, das Malen und das Formen von Skulpturen entscheidende Rollen in der Entstehung der plastischen Chirurgie (Fernandes & Metka, 2016, S. 331), weshalb in diesem Abschnitt, parallel und chronologisch, auf die geschichtliche und die künstlerische Entwicklung des Fachgebietes eingegangen wird.

Die plastische Chirurgie besitzt seit 1992 eine eigene Facharztbezeichnung. Dies ist dadurch bedingt, dass sich das Fachgebiet aus anderen Fachrichtungen, wie beispielsweise der Anatomie und Chirurgie, entwickelte und auf eine lange Entstehungsgeschichte zurückblicken kann. (Lorenz, 2009, S. 155)

Die Ursprünge der plastischen Chirurgie reichen bis ungefähr 1650 v. Chr. zurück. Zwei Schriftstücke, der Smith Papyrus (ca. 1650 v. Chr.) und die Nazu-Gesetzestabelle (ca. 1500 v. Chr.), beschreiben die Abtragungen von Nasen als Strafe für Kriegsgefangene und Gesetzesbrecher und unter anderem die Reposition einer Nasenfraktur. Des Weiteren existiert ein Dokument, der Ebers Papyrus (ca. 1600 v. Chr.), welches Nasendeformitäten und deren Korrekturen schildert. Die ersten beschriebenen Nasenrekonstruktionen sind auf Sushruta (ca. 600 v. Chr.) zurückzuführen. (Hauben, 1983, S. 53)

Der indische Arzt Sushruta verfasste die Schrift Sushruta Samhita, welche Beschreibungen über mehr als 120 chirurgische Instrumente und 300 Operationen beinhaltet. Des Weiteren wies er umfassende anatomische Kenntnisse auf und dokumentierte gezielt plastisch-chirurgische Eingriffe, wie beispielsweise die Nasenrekonstruktion durch Stirnlappenplastik, welche als „Indische Methode“ bekannt wurde. Da das Fehlen der Nase Ausdruck einer vorangegangenen Bestrafung war, spielte die Rekonstruktion eine bedeutende Rolle für die soziale Reintegration. (Horch, 2009, S. 1132)

Im weiteren Verlauf der Geschichte beeinflussten verschiedene Persönlichkeiten die Entwicklung der plastischen Chirurgie. Beispielsweise bestätigte Galenus 129-199 n. Chr., dass bereits die Ägypter Nasenoperationen durchgeführt hatten, aber das genaue Verfahren geheim hielten. Etwas später, 625-690 n. Chr., befasste sich Paulus Aegineta mit der Behandlung von Nasendeformitäten nach Verletzungen. 1363 werden in dem Werk „Chirurgie“ von Guy de Chauliac Nasen- und Gesichtsfrakturen beschrieben, welche mit den Fingern reponiert werden konnten. Des Weiteren verwendete die Familie Branca, circa 1430, Arm- und Stirnhautlappen zur Nasenrekonstruktion. (Hauben, 1983, S. 53)

Professor Tagliocozzi veröffentlichte 1597 das Werk „De Curtorum Chirurgia per Insitionem“, welches von rekonstruktiver Chirurgie handelt. Die von der Familie Branca praktizierte Methode, wie im vorherigen Abschnitt beschrieben, und auch die Rekonstruktion von fehlenden Teilen der Lippen oder der Ohren durch Armhautlappen, wurden in der Publikation beschrieben und mittels Holzschnitten illustriert. (Bennett, 1983, S. 152)

Die folgende Abbildung 1 entstammt diesem Werk und stellt Tagliocozzis Methode der Rhinoplastik, unter Verwendung von Armhautlappen, dar.

Dieser Hautlappen blieb, bis zur Einheilung an der entsprechenden Position im Gesicht, mit dem anatomischen Herkunftsort verbunden. Tagliocozzi beschrieb sowohl die Operation, als auch die physiologischen Veränderungen am Transplantat, sehr detailliert. (Horch, 2009, S. 1133)



Abbildung 1 – Rhinoplastik mittels Armhautlappen (Tagliocozzi, 1597)

Im weiteren Verlauf der Geschichte führte die beginnende Inquisition zu einer Verdrängung der Chirurgie aus dem akademischen Umfeld. Wissenschaftliche Entwicklungen in diesem Gebiet wurden blockiert, sodass die zuvor angewandten zwei- oder mehrzeitigen Verfahren der Gewebetransplantation erst nach deren Wiederentdeckung in der zweiten Hälfte des vorletzten Jahrhunderts, als sogenannte „Wanderlappen“ die plastische Chirurgie maßgeblich beeinflussten. Wichtige Chirurgen dieser Zeit waren Carl Ferdinand von Graefe und Johann Friedrich Dieffenbach. Letzterer erklärte die plastische Chirurgie als eigenständigen und nicht nur auf eine Körperregion begrenzten Fachbereich. Außerdem zu nennen sind Theodor Billroth, der seinen Fokus auf ästhetische Eingriffe legte, und Bernhard von Langenbeck, welcher ein Archiv für Chirurgie gründete und Chirurg der Armee sowie Generalarzt war. (Horch, 2009, S. 1133f.)

Der eben erwähnte Carl Ferdinand von Graefe veröffentlichte 1818 das Werk „Rhinoplastik“ und es wird vermutet, dass die Bezeichnung „plastisch“ für diese Art von Chirurgie auf ihn zurück zu führen ist. Außerdem nahm er die erste Korrektur einer Gaumenspalte vor und leistete wichtige Beiträge im Bereich der Augenlidrekonstruktion. (Bennett, 1983, S. 152)

Etwa zur selben Zeit, 1816, operierte J. C. Carpue einen Patienten namens Captain Whitehouse mittels Stirnlappenplastik, welcher unter einer Nasendestruktion aufgrund einer Quecksilberbehandlung litt. Der Eingriff dauerte 15 Minuten, wurde ohne Anästhesie und Analgesie durchgeführt und verlief erfolgreich. Daraufhin etablierte sich diese „Indische Methode“ innerhalb weniger Jahre. (Bennett, 1983, S. 153)

Abbildung 2 zeigt eine Skizze des Ergebnisses nach der erklärten Prozedur.

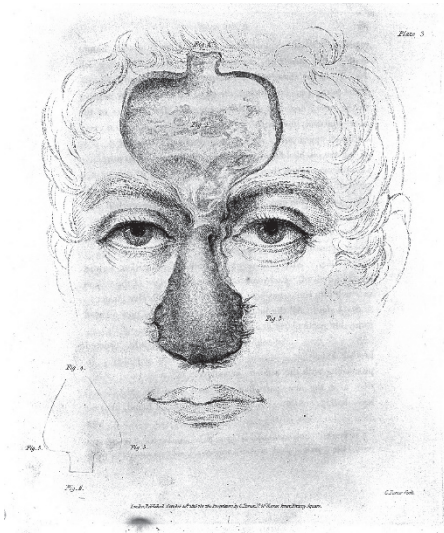


Abbildung 2 – Carpues Patient, Captain Whitehouse (Carpue, 1816)

Zeitgleich entwickelte sich auch die Technik der Hauttransplantation weiter. Während der Italiener Baronio 1804 noch an Schafen experimentierte, konnte bereits 1869 eine Epidermistransplantation am Patienten erfolgreich durch Jacques Louis Reverdin durchgeführt werden. Die Popularität dieses Eingriffes stieg, vor allem bei Verbrennungen, obwohl Infektionen häufig den Therapieerfolg gefährdeten. (Bennett, 1983, S. 153f.)

Die Abbildung 3 zeigt eine Zeichnung von Baronios Hauttransplantationsexperimenten am Schaf.



Abbildung 3 – Experimente mit Hauttransplantaten am Schaf (Baronio, 1804)

Während Jacques Louis Reverdin gröbere Hautteile auf granulierende Flächen anbrachte, konnte Carl Thiersch eine Methode etablieren, die bis heute Relevanz hat. 1886 entnahm er mittels Rasiermesser sehr dünne Hauttransplantate und erzielte somit dauerhafte Therapieerfolge.

Seine Beobachtungen bezüglich des Anwachsens und der Mikrozirkulation von Transplantaten bildeten die Grundlagen für die heutigen Spalthauttransplantationen. (Horch, 2009, S. 1134)

Auch im Bereich der Ästhetik waren Entwicklungen über die Zeit zu verzeichnen. Beispielsweise hat die kosmetische Rhinoplastik ihre Ursprünge in einer Publikation von Roe aus dem Jahr 1887, die von der Korrektur von Sattelnasendeformitäten handelt. (Hauben, 1983, S. 54)

Wie auch aus den vorherigen Abschnitten ersichtlich ist, entwickelte sich die Chirurgie ursprünglich aus dem Gebiet der Wundversorgung. Schon Galen schulte seine chirurgischen Fähigkeiten durch Erfahrungen, welche er in der Versorgung von verwundeten Gladiatoren sammelte. Im Laufe der Zeit schufen insbesondere die häufigen Kriege die Möglichkeit für Chirurgen, ihr Können zu verbessern. (Santoni-Rugiu & Sykes, 2007, S. 59)

Den Kriegsherren des 18. und 19. Jahrhunderts war bewusst, dass eine kämpfende Armee nur mithilfe medizinisch-chirurgischer Betreuung erfolgreich sein konnte. Diese Einstellung gilt als der Beginn bahnbrechender chirurgischer Therapieansätze in der Medizin. (Ärzte-Zeitung, 1999, S. 14)

Während des ersten Weltkrieges setzten sich Harold Gillies und Kelsey Fry mit der Behandlung von waffenbedingten Verletzungen des Gesichtes auseinander und begründeten damit das Fachgebiet der plastischen Chirurgie. Nach dem Ende des Krieges bildete Harold Gillies plastische Chirurgen in diesem Bereich aus und etablierte damit die rekonstruktive Chirurgie. Dies führte zu Weiterentwicklungen im Bereich der Verbrennungschirurgie, Wundheilung, metabolischen Störungen, Transplantationsimmunologie und Mikrochirurgie. (Bennett, 1983, S. 155)

Primäres Ziel der rekonstruktiven Chirurgie dieser Zeit war überwiegend die Defektdeckung und weniger das ästhetische und funktionelle Ergebnis. Dennoch konnten nach Schussverletzungen oder Verbrennungen erstaunliche Ergebnisse erzielt werden. (Germann, 2003, S. 788)

Gerade in den letzten Jahrzehnten fand eine kontinuierliche Optimierung von plastisch-chirurgischen Eingriffen statt. Durch die Verbesserung von Hauttransplantationen, aber auch durch die Transplantation von Gliedmaßen oder Weichgeweben, zeigten sich vor allem Fortschritte in der Verbrennungsmedizin. Im Bereich der Mikrochirurgie entwickelten sich die technischen Voraussetzungen ständig weiter, welche schließlich Replantationen und Gefäßanschlüsse ermöglichten.

Des Weiteren führte der Aufbau von spezialisierten handchirurgischen Zentren in den 1960er Jahren zu einer festen Etablierung der Handchirurgie im heutigen Spektrum der plastischen Chirurgie. (Horch, 2009, S. 1135-1138)

Die frühen Erkenntnisse der Anatomie und auch der Chirurgie wurden mittels Zeichnungen festgehalten. Die Genauigkeit der Holzschnitte und Stiche nahm über die Zeit zu, sodass diese nicht nur sehr detailliert waren, sondern auch eine hohe künstlerische Qualität aufwiesen. Erst die Erfindung des Drucks ermöglichte es, diese Kunstwerke zu reproduzieren und zu verbreiten. (Santoni-Rugiu & Sykes, 2007, S. 2)

Drei Beispiele hierfür wurden bereits in den vorherigen Abschnitten gezeigt und erläutert. Auch in der heutigen Zeit ist noch immer eine Verknüpfung zwischen Kunst und plastischer Chirurgie vorhanden.

Dies liegt darin begründet, dass plastische Chirurgen die Fähigkeit besitzen sollten, ein Bild zu visualisieren, das lediglich im Kopf des Patienten existiert, um abschätzen zu können, ob der jeweilige Patientenwunsch technisch und ästhetisch adäquat umsetzbar ist. (Fernandes & Metka, 2016, S. 331f.)

Hilfreich hierbei kann eine Begabung im Zeichnen oder im Formen von Skulpturen sein, da dies die präoperative Planung unterstützen kann. Künstlerische Fähigkeiten ermöglichen es außerdem, feine Anpassungen während des operativen Eingriffs vorzunehmen und ästhetische Ergebnisse eher vorherzusehen. (Jabir, 2014, S. 459)

Aus diesem Grund werden beispielsweise Kunstkurse für plastische Chirurgen angeboten, bei welchen das Formen von Skulpturen im Vordergrund steht. (Neal, 2016, S. 2072)

Mit zunehmender Erfahrung entwickelt sich so eine persönliche Perzeption von Größe, Form und räumlicher Wahrnehmung. Dies fördert die Einschätzung von Symmetrie und Proportion, was eine wichtige Rolle bei rekonstruktiven Eingriffen spielt. (Sepehripour & Patel, 2012, S. 639)

Ein Beispiel für eine aktuelle künstlerische Darstellung der plastischen Chirurgie ist in Abbildung 4 zu sehen. Die Bronze Skulptur verkörpert drei Bereiche des Fachgebietes. Dazu zählen die Korrektur von angeborenen Fehlbildungen und die Behandlung von traumatischen Verletzungen, sowie die Verjüngung eines alternden Gesichts. (Neal, 2016, S. 2073)



Abbildung 4 – Bronze Skulptur: Die Korrektur von angeborenen Fehlbildungen und traumatischen Verletzungen und die Verjüngung eines alternden Gesichts (Neal, 2016)

Ein weiteres Exempel für ein Kunstwerk der heutigen Zeit befindet sich im Jalisco Reconstructive Surgery Institute. Das Gemälde zeigt eine visuelle Zusammenfassung der wichtigsten historischen Ärzte und Prozeduren, die zur Entstehung der plastischen Chirurgie beitragen. Dargestellt sind beispielsweise Sushruta, Tagliocozzi, Dupuytren, Reverdin und Gillies. Es trägt den Titel: „Plastic and Reconstructive Surgery History and Philosophy“. (Guerrerosantos et al., 2015, S. 1018)

2.2 Globale Herausforderungen plastischer Chirurgie

Durch das Prinzip der Wiederherstellung von Form und Funktion, trägt die plastische Chirurgie maßgeblich zur globalen Reduktion von Todesfällen, Behinderungen und chirurgischen Erkrankungen bei. (Broer et al., 2016, S. 112)

Dies zeigt sich in der Publikation „Disease Control Priorities“ der World Bank. Hier werden 44 chirurgische Operationen genannt, die unabdingbar für die Gesundheit der Bevölkerung sind. Zu diesen zählen auch plastische Eingriffe, beispielsweise die Verbrennungschirurgie, die Wundversorgung und die Behandlung angeborener Fehlbildungen. (Mock et al., 2015, S. 2211)

Die plastische Chirurgie spielt hinsichtlich der globalen Entwicklung eine sehr wichtige Rolle. Denn rund fünf Milliarden Menschen, hauptsächlich aus Ländern mit geringem und mittlerem Einkommen, besitzen keinen Zugang zu sicherer, zeitgerechter und bezahlbarer chirurgischer Versorgung. (Broer et al., 2016, S. 110)

Besonders diese Länder sind jedoch häufig von Kriegen und Auseinandersetzungen betroffen. Die Bevölkerung leidet unter Verarmung sowie kriegsbedingten Verletzungen und hat häufig nicht die Möglichkeit einer Behandlung aufgrund des Mangels an chirurgischen Ressourcen. (Kouo-Ngambay et al., 2015)

Viele Organisationen, beispielsweise „INTERPLAST-Germany e.V.“ oder „Operation Smile“, führen unentgeltlich plastische Eingriffe in Entwicklungsländern durch. (Interplast Germany, 2013; Operation Smile, 2017)

Im Folgenden werden die zwei häufigsten Arten des Engagements beschrieben. Einerseits werden Kurzzeiteinsätze organisiert, bei denen Chirurgen in entsprechende Regionen reisen und dort Operationen über einen definierten Zeitraum durchführen. Andererseits gibt es longitudinale Modelle, mit dem Ziel nachhaltig chirurgische Kapazitäten aufzubauen. Dies wird durch Lehre, chirurgisches Training und den Aufbau von Infrastruktur gewährleistet. (Shrime et al., 2015, S. 11ff.)

Laut Interplast sind Einsatzschwerpunkte die Therapie von Gesichtsfehlbildungen, Lippen-, Kiefer- und Gaumenspalten und Handfehlbildungen. Außerdem werden Verbrennungen und Folgenarben, Tumore der Haut und des Kopfes, sowie Verletzungen, welche durch Kriege oder Unfälle verursacht wurden, behandelt. Ziel ist hierbei, die Patienten wieder in ihre Gesellschaft zu integrieren, da entsprechende Entstellungen häufig als göttliche Strafe interpretiert werden und zur sozialen Ausgrenzung führen können. Ferner verursachen beispielsweise unbehandelte Verbrennungen massive Funktionseinbußen. (Interplast Germany, 2013)

Operation Smile setzt sich vor allem für Kinder und Jugendliche in Entwicklungsländern ein und versucht durch die Zusammenarbeit mit Chirurgen, Pädiatern, Krankenschwestern und studentischen Hilfskräften eine chirurgische Versorgung in über 60 Ländern zu gewährleisten. (Operation Smile, 2017)

2.3 Grundlagen der plastischen Chirurgie

Laut der Deutschen Gesellschaft der Plastischen, Rekonstruktiven und Ästhetischen Chirurgen kann der Tätigkeitsbereich der plastischen Chirurgie durch vier Säulen symbolisiert werden. Hierbei handelt es sich um Rekonstruktive Chirurgie, Handchirurgie, Ästhetische Chirurgie und Verbrennungschirurgie, wobei in allen Bereichen die Forschung eine wichtige Rolle spielt. Dies spiegelt sich auch in Abbildung 5 wider. (DGPRÄC, 2009)

Gemäß der Website der DGPRÄC sind im Moment zentrale Themen der Forschung die Wundheilung, Arbeit mit Stammzellen und Biomaterialien, Gentherapie, Gefäßwachstum, allogene Gewebetransplantation und "Tissue Engineering" (DGPRÄC, o.J.b), also das künstliche Anzüchten von Geweben (Luther & Antwerpes, 2017).

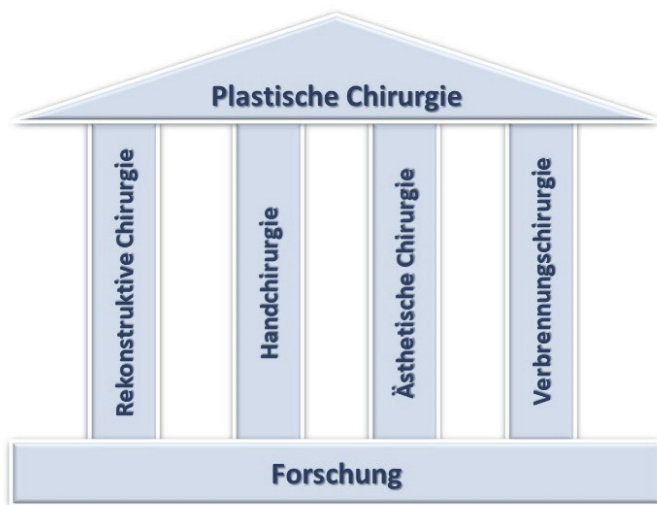


Abbildung 5 – Die vier Säulen der plastischen Chirurgie (In Anlehnung an DGPRÄC, 2009)

Um zu verdeutlichen, welches Spektrum an unterschiedlichen Verfahren durch die plastische Chirurgie abgedeckt wird, wird der folgende Abschnitt auf die einzelnen Säulen detailliert eingehen. Hierbei wurde auf eine Zusammenstellung der DGPRÄC Bezug genommen.

Die Wiederherstellung von Form und Funktion bildet den Kern der Rekonstruktiven Chirurgie. Der häufigste Eingriff ist hierbei der Brustaufbau mit Eigengewebe nach Mammakarzinom. Auch bei anderen Krebserkrankungen oder Tumoren der Haut oder der Weichteile werden die plastischen Chirurgen rekonstruktiv tätig. Nach Unfällen können abgetrennte Gliedmaßen wieder angefügt oder angeborene Fehlbildungen, wie Lippen-, Kiefer- oder Gaumenspalten bei Kindern, behoben werden. Weniger häufig, aber dennoch dem Bereich der plastischen Chirurgie zugehörig, sind Geschlechtsumwandlungen bei Transsexuellen. Da nicht nur das Aussehen, sondern auch die Funktion des Körpers nach der Operation eine wichtige Rolle spielt, zählen auch Rekonstruktionen von Muskeln, Sehnen, Nerven, Knochen und Knorpel zu dem Tätigkeitsbereich des plastischen Chirurgen. (DGPRÄC, o.J.d)

Die Handchirurgie entwickelte sich in der Mitte des 20. Jahrhunderts aus der Allgemeinchirurgie, der plastischen Chirurgie und der Orthopädie. Sie bildet ein Spezialfach, das mit unterschiedlichen Schwerpunkten von den drei Fachgebieten praktiziert wird. Der Fokus der Handchirurgie liegt hierbei auf einer atraumatischen Operationstechnik, die notwendig ist, um feine Strukturen wie Nerven, Gefäße und Sehnen nicht zu beschädigen. Um Nerven und Gefäße zu rekonstruieren, beispielsweise bei abgetrennten Fingern oder Transplantation von Zehen als Fingerersatz, kommen mikrochirurgische Verfahren

zum Einsatz. Die Hand ist gekennzeichnet durch ein äußerst komplexes Zusammenspiel von Knochen, Gelenken, Muskeln und Gefäß-Nerven-Bahnen, welche präzise Bewegungen erlauben. Gleichzeitig sind die Hände durch ihre Position stark exponiert, was eine hohe Verwundbarkeit bedingt. Um eine optimale Behandlung von Verletzungen oder Veränderungen gewährleisten zu können, sind umfangreiche anatomische Kenntnisse des plastischen Chirurgen Voraussetzung. (DGPRÄC, o.J.c)

Die ästhetisch plastische Chirurgie behandelt in der Regel gesunde Menschen, die mit ihrem äußeren Erscheinungsbild unzufrieden sind. Dies kann zu eingeschränktem Selbstvertrauen, Minderwertigkeitsgefühlen, bis hin zur Depression führen. Aus diesem Grund spielt die Beratung durch den Arzt eine entscheidende Rolle, um realistische Erwartungen gegenüber der geplanten Operation sicherzustellen. Risiken müssen ausführlich besprochen werden, da es sich um elektive Eingriffe an gesunden Menschen handelt, deren Kosten nicht von den Krankenkassen gedeckt werden. Treten aufgrund von Komplikationen Folgekosten auf, kann die Krankenversicherung den Patienten finanziell beteiligen. Die häufigsten ästhetischen Eingriffe betreffen die Brust, die Nase und das Ohr, wobei nach Möglichkeit minimalinvasive Verfahren angewendet werden. (DGPRÄC, o.J.a)

Nach der WHO-Definition zählt zum Gesundheitsbegriff nicht nur die Abwesenheit von Krankheiten, sondern auch ein Zustand des subjektiven Wohlbefindens. Aus diesem Blickwinkel betrachtet, kann die ästhetische Chirurgie, bei seriöser Indikationsstellung, eine Verbesserung der seelischen Gesundheit ermöglichen. (Germann, 2003, S. 789)

Ein Beispiel hierfür konnte Staffler 2013 in ihrer Hochschulschrift aufzeigen. Patienten nach Abdominoplastik oder Bodylifting wiesen eine verbesserte Lebensqualität auf. (Staffler, 2013, S. 79)

Beispiele für klassisch ästhetische Operationen sind Gesichtsstraffung, Nasenkorrektur, Ohrkorrektur, Haartransplantation, Faltentherapie, Brustvergrößerung und -verkleinerung, Schweißdrüsenkürettage, Hautstraffung, Fettabsaugung, Narbenkorrektur, Gesäßkorrektur oder Krampfaderbehandlung. (DGPRÄC, 2009)

Die vierte Säule bildet die Verbrennungschirurgie. Die Haut ist das größte Organ des Menschen und die plastische Chirurgie befasst sich hierbei mit Verbrühungen, Verbrennungen, Verätzungen oder Verletzungen durch Strom oder Blitzschlag, was häufig einen schmerzhaften und langen Heilungsprozess zur Folge hat. Oftmals handelt es sich um Notfälle, bei welchen Kreislaufstabilisierung, Schmerzkontrolle und Unterkühlungsschutz an erster Stelle stehen. Des Weiteren muss die Wunde vor Keimen geschützt werden. Im Verlauf spielen Wiederherstellung von Funktion und auch die ästhetische Behandlung eine große Rolle. Dies wird durch 38 spezialisierte Schwerverbrennungszentren gewährleistet, welche sich seit den sechziger Jahren in Deutschland etabliert haben. Diese verfügen über moderne Intensivmedizin, kontinuierliche Überwachung des Patienten, hohe Verfügbarkeit von Hauttransplantaten, Schleusen und klimatisierte Einzelzimmer. Außerdem werden Physio- und Ergotherapeuten sowie psychologische Betreuung zur Verfügung gestellt. (DGPRÄC, o.J.e)

Laut der VDÄPC ist der Facharztstitel für plastische und ästhetische Chirurgie seit 2005 anerkannt. Die ursprüngliche Bezeichnung des „Plastischen Chirurgen“ von 1992, wurde um den Titel „Ästhetischer Chirurg“ ergänzt. Für diesen Terminus muss nach Abschluss des Studiums der Humanmedizin eine mindestens sechsjährige Ausbildung durchlaufen werden, welche 600 selbstständige Eingriffe unter Anleitung eines erfahrenen Facharztes vorsieht. (VDÄPC, o.J.)

Diese Aufstellung des Tätigkeitsbereichs der plastischen Chirurgie soll zeigen, dass es sich um ein hoch spezialisiertes Fachgebiet handelt, welches ein breites Spektrum an unterschiedlichen Operationen abdeckt. Im folgenden Abschnitt wird noch auf die Grundlagen der Perzeption eingegangen, um den Überblick zu komplementieren.

2.4 Grundlagen der Perzeption

Der Begriff der Perzeption leitet sich aus dem Lateinischen ab und bedeutet „erfassen, ergreifen, wahrnehmen“. Perzeption beschreibt somit einen Vorgang der inneren und äußeren Wahrnehmung. (Bräuer, o.J.)

Laut einem Eintrag in der Encyclopædia Britannica gilt es als erwiesen, dass Unterschiede in der Ausbildung von Perzeption zwischen Individuen, zwischen Gruppen von Individuen und sogar im selben Individuum in Abhängigkeit von einem Ereignis, bestehen. Einflussfaktoren sind hierbei das Alter, Geschlecht, Training, Diskrepanz bezüglich Informationserhalt und kulturelle Einflüsse. (Encyclopædia Britannica, 2017)

„Unabhängig von ihrer Individualität und Subjektivität bildet Wahrnehmung das, was wir als Realität bezeichnen. Diese Realität manifestiert sich zu einer persönlichen Überzeugung und bildet unseren Glauben sowie die daraus resultierenden Erwartungen. [...]“ (Köhler, o.J.)

Diese von Köhler beschriebene „Realität“ ist es, was in unserer Studie in Bezug auf die plastische Chirurgie erfasst werden sollte. Ziel war es, ein Abbild der aktuell vorherrschenden Perzeption zu erheben und kritisch zu bewerten.

Die Wahrnehmung von plastischer Chirurgie wird durch unterschiedliche Einflüsse moduliert. Einige internationale Studien konnten bereits potentielle Faktoren ermitteln. Dazu zählten beispielsweise Serienkonsum (Nabi, 2009; Rossmann & Brosius, 2005), Mediennutzung (Reid & Malone, 2008) oder der Austausch mit Freunden und Verwandten (Agarwal, 2006).

Um herauszufinden, ob und inwieweit der breite Aufgabenbereich der plastischen Chirurgie in der Öffentlichkeit abgebildet ist und wie sich die Perzeption diesbezüglich verhält, wurde eine entsprechende Umfrage durchgeführt, welche im Folgenden erläutert wird.

3 Fragestellung der Studie

Die plastische Chirurgie umfasst ein breites Tätigkeitsspektrum, welches Rekonstruktive Chirurgie, Handchirurgie, Ästhetische Chirurgie und Verbrennungschirurgie beinhaltet. (DGPRÄC, 2009)

Verschiedene internationale Studien konnten jedoch belegen, dass der Allgemeinbevölkerung der Aufgabenbereich der plastischen Chirurgie nicht in vollem Umfang bewusst ist. (Blacam et al., 2015; Gill et al., 2011; Kim et al., 1997; Sinno et al., 2015)

Nachdem keine vergleichbaren Erhebungen aus Deutschland existieren, war es Ziel der vorliegenden Studie, kritisch zu untersuchen, wie das Fachgebiet der plastischen Chirurgie in der deutschen Öffentlichkeit wahrgenommen wird und ob das Aufgabenspektrum entsprechend abgebildet ist. (Broer et al., 2017; Heidekrueger et al., 2019) Weiterhin sollten konkrete Ansatzpunkte, um gegebenenfalls existierende Wissenslücken zu schließen, erarbeitet werden. Hierfür wurden im Voraus Alternativhypothesen spezifiziert, die mittels einer Face-to-Face-Befragung überprüft wurden. Die vier zentralen Hypothesen lauten (Heidekrueger et al., 2019):

- Die plastische Chirurgie wird oftmals eher negativ eingeschätzt.
- Das Aufgabenspektrum ist jedoch nur unzureichend bekannt.
- Das Negativ-Image und die Fehleinschätzungen beruhen oft auf einer falschen Darstellung der plastischen Chirurgie in den Medien und in der Öffentlichkeit.
- Durch Information der Öffentlichkeit und gegebenenfalls ärztlicher Kollegen und verbesserte Darstellung sollte sich dieser Zustand verbessern lassen.

Um diese Hypothesen zu testen, wurden drei vollstandardisierte und anonymisierte Fragebögen erstellt. Die Befragung mit der größten Fallzahl wurde deutschlandweit unter Passanten durchgeführt. Zwei Stichprobenvergleiche wurden durch Befragung von medizinischem Personal und unter Patienten der plastischen Chirurgie angestellt.

Langfristig soll diese Studie dazu beitragen, der Vielseitigkeit des Fachgebiets Rechnung zu tragen und eine umfassendere medizinische Versorgung zu gewährleisten. (Heidekrueger et al., 2019)

4 Material und Methodik

4.1 Kollektiv

Insgesamt wurden drei Befragungen in unterschiedlichen Kollektiven durchgeführt.

Das Kernstück der Studie bildete hierbei die Umfrage „Deutschland“. Die Zielpopulation bestand aus deutschen Bürgern unterschiedlicher Bundesländer und Bevölkerungsschichten, mit einer geplanten Stichprobengröße von 2000. Um eine Normalverteilung und eine repräsentative Stichprobe der deutschen Bevölkerung zu erhalten, wurde die Studie an öffentlichen Plätzen in ganz Deutschland durchgeführt. Diese Befragung fand im Zeitraum März 2016 bis Mai 2016 statt. Insgesamt konnten 2100 Bögen gesammelt und somit die geplante Fallzahl erreicht werden. (Heidekrueger et al., 2019)

Um Stichprobenvergleiche zur Umfrage „Deutschland“ anstellen zu können, wurden zwei weitere Erhebungen, unter medizinischem Personal und unter Patienten, durchgeführt. (Heidekrueger et al., 2019)

Die Befragung „Medizinisches Fachpersonal“ begann ebenfalls im März 2016 und wurde im Oktober 2016 beendet. Geplant war eine Stichprobengröße von 200-300 Teilnehmern. Eingeschlossen wurde medizinisches Fachpersonal, beispielsweise Ärzte, Physiotherapeuten und Krankenpfleger. Diese Befragung wurde persönlich von Frau Sabrina Wecker in München und Stuttgart durchgeführt. Orte der Umfrage waren hierbei das Klinikum rechts der Isar, das Deutsche Herzzentrum München und der 61. Kongress der DGGG in Stuttgart. In Summe konnten 212 ausgefüllte Fragebögen gesammelt werden.

Die Befragung „Patienten“ fand im Klinikum Bogenhausen in der plastischen Chirurgie statt und wurde im Zeitraum August 2016 bis August 2017 von Herrn Dr. Niclas Broer durchgeführt. Geplant war eine Stichprobengröße von circa 100 plastisch-chirurgischen Patienten, welche nicht vollständig erzielt werden konnte. Insgesamt wurde eine Fallzahl von 50 erreicht.

In allen drei Umfragen wurden lediglich deutsche Staatsbürger in die Befragung eingeschlossen, ferner existierten keine Ausschlusskriterien bezüglich der Kollektive.

4.2 Methodik

4.2.1 Fragebogenerstellung

Insgesamt wurden drei vollstandardisierte und anonymisierte Fragebögen mittels Evasys erstellt (vgl. 10.2 Fragebögen). (Electric Paper Evaluationssysteme GmbH, 2017)

Auf deren Aufbau und die einzelnen Fragen wird im Folgenden eingegangen.

Alle Bögen besitzen dieselbe Struktur und gliedern sich in einen ersten Teil, der demografische Daten erfasst und einen zweiten Teil, der den plastisch-chirurgischen Wissensstand erfragt. In weiteren Fragen wurden Faktoren ermittelt, welche die persönliche Wahrnehmung potentiell beeinflussen. (Broer et al., 2017; Heidekrueger et al., 2019)

Die entsprechenden Antworten wurden durch Ankreuzen markiert. Es bestand nicht die Möglichkeit von Freitextantworten, um die Auswertung zu vereinfachen und am Ende eine klare Statistik zu

erhalten.

Vor Beginn der Befragung wurde die Stichprobengröße und die Struktur der Fragen mit Statistikern der TUM abgestimmt, um aussagekräftige Analysen durchführen zu können. Die Erhebung der Daten erfolgte anonymisiert und wurde durch die Ethikkommission genehmigt. (Heidekrueger et al., 2019)

Alle Teilnehmer der Umfrage wurden darauf hingewiesen, dass die Studie die Perzeption der plastischen Chirurgie in der Öffentlichkeit erforscht. Des Weiteren sollten alle Fragen so spontan und intuitiv wie möglich beantwortet werden. Es erfolgte die Anmerkung, dass keine „richtigen“ oder „falschen“ Antworten existieren, sondern die persönliche Meinung im Vordergrund steht. Diese Hinweise sollten die Teilnehmer zu dem Thema hinführen. Durch die Aussage, dass kein Vorwissen vorausgesetzt wird, also die Fragen nicht falsch oder richtig beantwortet werden können, wurde ein möglichst spontanes und intuitives Beantworten der Fragen ermöglicht. Allgemein war pro Frage nur ein Kreuz, also eine Antwort, zulässig. Nur bei bestimmten Fragen, auf welche im Folgenden extra hingewiesen wird, war eine Mehrfachantwort erlaubt.

Die Fragen wurden möglichst einfach und verständlich formuliert. Auf Fachbegriffe wurde weitestgehend verzichtet, damit jeder Befragte, ohne Vorwissen, an der Umfrage teilnehmen konnte. Das erstellte Fragebogeninstrument stützt sich teilweise auf umfangreich validierte Fragen aus internationalen Untersuchungen. Dies wird unter „6.2.1 Fragebogeninstrument“ tiefergehend diskutiert. (Blacam et al., 2015; Dunkin et al., 2003; Gill et al., 2011; Hamilton et al., 2004; Kim et al., 1997; Rosenthal et al., 2001; Sinno et al., 2015; Tanna et al., 2010)

Auf diese Anmerkungen folgend, fand eine allgemeine Datenerfassung statt, welche bei allen drei Fragebögen übereinstimmt und in diesem Abschnitt genauer beschrieben wird.

Zunächst wurde der Wohnort der Studienteilnehmer über das Bundesland erfragt, welcher im Anschluss durch die Größe des Stadt- oder Gemeindetyps weiter spezifiziert wurde. Die Einteilung in die unterschiedlichen Kategorien orientierte sich an den Angaben des Bundesinstituts für Bau-, Stadt- und Raumforschung. (Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung, 2013)

Außerdem wurde das Alter der Teilnehmer nicht direkt erfasst, sondern in eine von sechs Kategorien eingeteilt (<20 Jahre, 21-30 Jahre, 31-40 Jahre, 41-50 Jahre, 51-60 Jahre, >60 Jahre).

Ferner wurde das Geschlecht durch drei Gruppen (männlich, weiblich, transsexuell) erfasst.

Die darauffolgende Frage ermittelte den höchsten Bildungsabschluss, dessen Einteilung sich an den Angaben des statistischen Bundesamtes orientierte. (Statistisches Bundesamt, 2016)

In der deutschlandweiten Befragung und in der Patientenerhebung wurde zusätzlich erfragt, ob es einen Arzt in der Familie oder im Bekanntenkreis gibt, da dies das Antwortverhalten potentiell beeinflussen könnte. Bei allen Fragen des ersten Teils bestand die Möglichkeit der Enthaltung.

Da der zweite Teil des Fragebogens in den drei Umfragen variiert, wird darauf in den folgenden Unterpunkten gesondert eingegangen.

4.2.1.1 Fragebogen „Deutschland“

Der zweite Abschnitt des Fragebogens „Deutschland“ begann mit zwei Fragen, die einem Polaritätsprofil entsprechen. Die Teilnehmer wurden darauf hingewiesen, möglichst spontan und intuitiv zu antworten, dementsprechend die Antwortmöglichkeit zu wählen, welche als Erstes in den Sinn kam. Aus diesem Grund bestand hier nicht die Möglichkeit der Enthaltung.

Diese Art der Erhebung wird auch als „semantisches Differenzial“ bezeichnet. Die Entscheidung für eine der beiden Antwortoptionen erfolgt hier aufgrund einer gefühlsmäßigen Affinität und weniger auf Basis eines sachlichen Zusammenhangs. Dieses Instrument erzielt vor allem dann aussagekräftige Ergebnisse, wenn unterschiedliche Urteilsobjekte vergleichend dargeboten werden. Lege Artis werden 20-30 Adjektivpaare genannt und im Anschluss daraus eine Struktur errechnet. (Döring & Bortz, 2016, S. 276)

Hierauf wurde in allen drei Umfragen verzichtet, da dies den Rahmen der Befragung überschritten hätte. Deshalb wurde das Polaritätsprofil lediglich in zwei Fragen repräsentiert, umso eine gefühlsmäßige und intuitive Antwort der Teilnehmer zu erhalten.

Die erste Frage erfasste, wie die Wichtigkeit des plastischen Chirurgen im Vergleich zu anderen Fachrichtungen eingeordnet wird. Als Auswahlmöglichkeiten standen „unwichtig“ und „sehr wichtig“ zur Verfügung.

Die zweite Frage ermittelte, wo die Arbeit plastischer Chirurgen eher beheimatet ist. Zur Auswahl standen hier „in Industriestaaten (z.B. Deutschland, USA)“ oder „in Entwicklungsländern (z.B. Pakistan, Nigeria)“. Diese Frage wurde gewählt, um zum einen die allgemeine Wahrnehmung diesbezüglich zu erfassen und zum anderen um herauszufinden, ob ein Bewusstsein für den globalen Einsatzbereich der plastischen Chirurgie vorhanden ist.

Bei beiden Polaritätsprofilen steht die persönliche und intuitive Wahrnehmung und Meinung im Vordergrund.

Die darauffolgenden Fragen (2.3-2.17, vgl. Fragebogen „Deutschland“, Anhang) konnten mittels Likert-Skala beantwortet werden, welche die Möglichkeiten „trifft voll zu“, „trifft zu“, „trifft eher zu“, „trifft eher nicht zu“, „trifft nicht zu“, „trifft überhaupt nicht zu“ umfasst. Dieses Antwortmodell wurde gewählt, da es die Angaben der Studienteilnehmer quantifizierbar macht. Die Likert-Skala wurde auf sechs Kategorien festgelegt, um zu verhindern, dass eine Tendenz zur mittleren Antwort entsteht, was beispielsweise bei fünf Optionen potentiell möglich wäre. Es bestand wiederum die Möglichkeit der Enthaltung.

Die Likert-Skala ist die am meisten verwendete Skala in den Sozialwissenschaften und geht auf den US-amerikanischen Sozialforscher Rensis Likert zurück. Sie kann eine bestimmte Fragestellung auf Intervallskalenniveau erfassen, wobei die verwendete Ratingskala mindestens fünfstufig sein muss. (Döring & Bortz, 2016, S. 269)

Die Frage 2.3 ermittelte die persönliche Wahrnehmung des eigenen Wissensstandes, indem die Studienteilnehmer angeben sollten, ob sie das Gefühl haben, im Laufe ihres Lebens genügend Informationen über den Aufgabenbereich des plastischen Chirurgen erfahren zu haben. Beispielsweise in der Schule, im Praxis-Wartezimmer oder im Krankenhaus. Die Antwort wird ebenfalls durch die oben genannte Likert-Skala kategorisiert.

Daraufhin wurden einige medizinische Indikationen genannt und die Teilnehmer wurden gebeten anzugeben, ob die Behandlung dieser Beschwerden, ihrer Meinung nach, in den Aufgabenbereich des plastischen Chirurgen fällt.

Die verschiedenen Indikationen stellten einen Querschnitt durch den Aufgabenbereich der plastischen Chirurgie dar. Pro Säule (DGPRÄC, 2009) wurde mindestens eine Krankheit genannt.

Diese wurden einfach formuliert, sodass jeder Studienteilnehmer die Aufgabe verstehen konnte. Beispiele für rekonstruktive Verfahren stellten „Lippenspalte Ihres Babys“, „Nasenoperation aufgrund von Atemproblemen“ und „Entfernung von Hautkrebs im Gesicht“ dar, während für ästhetische Operationen „Narbenkorrektur“, „Gesichtsstraffung (Facelift)“, „Brustvergrößerung“, „Brustverkleinerung“ und „Nasenoperation aus ästhetischen Gründen“ genannt wurden. Die Handchirurgie wird durch das Beispiel „Operation einer Hand- oder Fingerfraktur“ repräsentiert und die Verbrennungschirurgie durch die medizinische Indikation „akute Verbrennung“.

Der folgende Abschnitt diente dazu, Faktoren, die den Wissensstand und die persönliche Perzeption potentiell beeinflussen, mittels Likert-Skala zu ermitteln. Während die Frage 2.14 erfragte, ob Informationen über plastische Chirurgie aus diversen Medien, beispielsweise Zeitung, Boulevardpresse oder Werbung bezogen werden, detektierte Frage 2.15 eine mögliche Beeinflussung des Meinungsbildes über plastische Chirurgie durch die Familie oder den Freundeskreis.

Ferner wurde in der darauffolgenden Frage 2.16 untersucht, ob Menschen mit zu vielen Schönheitsoperationen als entstellt wahrgenommen werden, da dies ein Faktor für eine eher negative Bewertung der plastischen Chirurgie in der Öffentlichkeit sein könnte. Im weiteren Verlauf wurde erfragt, ob ein Wunsch nach umfassenderer Information über den Aufgabenbereich der plastischen Chirurgie besteht.

Die Frage 2.18 wurde ebenfalls mittels Likert-Skala beantwortet, welche aber andere Kategorien aufwies. Die Modifikation wurde vorgenommen, da der Konsum von Arztserien erfasst werden sollte. Das persönliche Fernsehverhalten konnte in die Kategorien „Ich verpasse keine Folge“, „Relativ regelmäßig“, „Gelegentlich“, „Eher weniger“, „Absolut selten“, „Nie“ oder „Keine Angabe“ eingeteilt werden. Als Beispiele für Arztserien wurden „Grey's Anatomy“, „Dr. House“, „Schwarzwaldklinik“ oder Sendungen, in denen mitunter plastische Chirurgie thematisiert wird, genannt. Die Sendungen „Grey's Anatomy“ und „Dr. House“ wurden gewählt, um eher jüngere Studienteilnehmer anzusprechen, wohingegen die Sendung „Schwarzwaldklinik“ ein Exempel für Serien sein sollte, die eher älteren Menschen bekannt sind.

Im letzten Abschnitt des Fragebogens wurde zusätzlich darauf hingewiesen, dass die Beantwortung der Fragen 2.19 und 2.20 explizit freiwillig ist, da es sich hierbei um Informationen der persönlichen Patientenakte handelt. Es wurde erfragt, ob der Studienteilnehmer sich selbst schon einmal einer plastischen Operation unterzogen hat oder in nächster Zeit einen plastisch-chirurgischen Eingriff plant. Falls hier mit „Ja“ geantwortet wurde, konnte in Frage 2.20 genauer klassifiziert werden, um welchen Eingriff es sich handelt, indem die entsprechende Operation einer der vier Säulen der plastischen Chirurgie zugeordnet wird (DGPRÄC, 2009), wobei Mehrfachantworten erlaubt waren. Selbstverständlich war bei beiden Fragen eine Enthaltung möglich. Für den Fall, dass der Teilnehmer Frage 2.19 mit „Nein“ beantwortete, endete die Umfrage.

4.2.1.2 Fragebogen „Medizinisches Fachpersonal“

Der demografische Teil des Fragebogens „Medizinisches Fachpersonal“ entsprach dem des Fragebogens „Deutschland“.

Auf die Frage, ob sich ein Arzt in der Familie oder im Bekanntenkreis befindet, wurde hier verzichtet, stattdessen wurde der Beruf der Studienteilnehmer genauer erfragt. Zur Auswahl standen unterschiedliche Facharztbezeichnungen und Ausbildungsberufe, welche sich an einer Übersicht von DocCheck Flexikon orientierten. (Westphalen et al., 2016)

Eine Mehrfachauswahl von Antworten war bei dieser Frage gestattet, da eine Person theoretisch mehrere Berufsbezeichnungen innehaben kann.

Der zweite Teil des Fragebogens, der sich auf die persönliche Perzeption der plastischen Chirurgie bezog, entsprach genau dem entsprechenden Abschnitt im Fragebogen „Deutschland“, sodass ein Stichprobenvergleich möglich war.

4.2.1.3 Fragebogen „Patienten“

Der Fragebogen „Patienten“ sollte einen zusätzlichen Stichprobenvergleich zur deutschlandweiten Umfrage liefern, aber auch gleichzeitig einen Einblick in die Wahrnehmung von plastischer Chirurgie durch betroffene Patienten liefern. Um Vergleichbarkeit zu ermöglichen, entsprach die allgemeine Datenerfassung genau dem ersten Teil des Fragebogens „Deutschland“. Der zweite Abschnitt der Befragung wurde bezüglich der Fragen und der Struktur modifiziert und überschneidet sich nur teilweise mit den beiden anderen Umfragen.

Zunächst wurde der Patient gebeten anzugeben, in welchen Bereich der plastischen Chirurgie sein geplanter oder durchgeführter Eingriff einzuordnen ist. Hierfür wurde wieder dieselbe Klassifikation wie schon in den Umfragen zuvor verwendet.

Im Anschluss folgte die Frage nach der Selbsteinschätzung des eigenen Wissenstandes, also ob der Patient das Gefühl hat, im Laufe seines Lebens genügend Informationen über den Aufgabenbereich des plastischen Chirurgen erfahren zu haben, um sich ein klares Bild von dessen Aufgabenbereich machen zu können. Die Beantwortung erfolgte anhand einer Likert-Skala.

Ferner sollte der Patient angeben, ob er sich bewusst war, dass es sich bei seinen Beschwerden um ein plastisch-chirurgisches Problem handelt. Als Antwortmöglichkeiten standen „Ja“, „Nein“ und „Keine Angabe“ zur Verfügung. Falls „Nein“ gewählt wurde, erfasste die darauffolgende Frage, ob der Studienteilnehmer überrascht war, dass der entsprechende Eingriff plastisch-chirurgischer Natur ist. Wiederum konnte mit „Ja“, „Nein“ und „Keine Angabe“ geantwortet werden.

Im weiteren Verlauf fanden sich wieder zwei Polaritätsprofile. Die erste Frage erfasste die persönliche Einschätzung der Wichtigkeit des plastischen Chirurgen.

Statt die internationale Vertretung der Arbeit der plastischen Chirurgie zu erfragen, wie in den Umfragen zuvor, wurde hier anstelle ermittelt, wie die Operation des Patienten von dessen Familie, Freunden oder Bekannten aufgefasst wird. Da die Beantwortung wieder möglichst intuitiv und spontan erfolgen sollte, standen als Antwortmöglichkeiten nur „überwiegend positiv“ und „überwiegend negativ“ zur Auswahl.

Die drei letzten Fragen sind aus den Fragebögen zuvor schon bekannt und erfassten mittels Likert-Skala die Serien- und Mediennutzung. Außerdem gab es die Option anzugeben, ob umfassendere Information über den Aufgabenbereich der plastischen Chirurgie gewünscht ist.

Bei allen Fragen bestand die Möglichkeit der Enthaltung, wobei die Fragen 2.5 und 2.6 hier eine Ausnahme bilden, da es sich um Polaritätsprofile handelt. Eine entsprechende Erklärung dafür kann aus dem Abschnitt 4.2.1.1 entnommen werden.

4.2.2 Durchführung der Umfrage

Die Umfrage „Deutschland“ sollte einen repräsentativen Querschnitt der deutschen Bevölkerung erfassen. Um eine Normalverteilung zu erreichen, wurde die Studie an öffentlichen Plätzen in ganz Deutschland als Face-to-face-Befragung durchgeführt. Da dies in einem angemessenen Zeitrahmen bewerkstelligt werden sollte, wurde die deutschlandweite Erhebung durch freiwillige Helfer unterstützt, deren Rekrutierung über das Netzwerk der Studienstiftung des deutschen Volkes erfolgte.

Nach Absprache mit den Statistikern der TUM und Genehmigung der Studie durch die Ethikkommission der Fakultät für Medizin der TU München, gingen die Fragebögen in Druck (vgl. 10.4 Votum Ethikkommission, Anhang).

Die Umfrage wurde als Papierumfrage durchgeführt, um zu gewährleisten, dass alle ehrenamtlichen Helfer die Möglichkeit haben, sich an der Studie zu engagieren, ohne auf ein mobiles Endgerät angewiesen zu sein. Jedem Helfer wurden 50 Bögen und ein Anweisungszettel zugesendet. Dieser Zettel enthielt alle wichtigen Informationen zur Durchführung der Umfrage, um sicherzustellen, dass die Studie geregelt und vergleichbar stattfindet (vgl. 10.3 Anweisungszettel, Anhang).

Da die Datenerfassung durch einen Evasys-Scanner erfolgen sollte, erhielten die Helfer ebenfalls eine Einweisung, wie die Kreuze auf dem Fragebogen bestmöglich zu setzen sind, um eine lückenlose Erfassung durch den Scanner zu ermöglichen. (Electric Paper Evaluationssysteme GmbH, 2017)

Die Umfragebögen wurden also nicht selbst von den Teilnehmern der Studie ausgefüllt, sondern der Umfragehelfer las die Fragen vor und setzte selbst das entsprechende Kreuz. So konnte eine gute Erfassungsqualität mittels Scanner erreicht werden.

Sowohl die Befragung des medizinischen Personals, als auch die Umfrage unter Patienten wurde der Einheitlichkeit halber als Papierumfrage durchgeführt.

4.3 Statistische Methoden

Die Fragebögen wurden mittels Evasys konzipiert, mit den Statistikern der TUM abgesprochen und mithilfe des Evasys-Scanners nach Beendigung der Umfrage am Hauptgebäude der TUM erfasst. Die rein deskriptive Beschreibung der Ergebnisse und die dazugehörigen Diagramme entstammen der ersten Auswertung mittels Evasys. (Electric Paper Evaluationssysteme GmbH, 2017)

Die darauffolgende statistische Hypothesentestung erfolgte mittels der Software „IBM SPSS Statistics 22“ durch Frau Sabrina Wecker, wobei bei bestimmten Fragestellungen Statistiker der TUM miteinbezogen wurden. (IBM, 2016)

Es wurde ein Signifikanzniveau von $\alpha=0,05$ festgelegt. Als Standard in statistischen Verfahren gilt, je kleiner der p-Wert, desto größer ist die Wahrscheinlichkeit, dass die Nullhypothese abgelehnt, bzw. die Alternativhypothese angenommen werden kann. Liegt der Testwert unter dem Signifikanzniveau von fünf Prozent, gilt das Ergebnis als signifikant.

Spezifische Anmerkungen zu den drei Umfragen finden sich in den folgenden Unterpunkten.

4.3.1 Umfrage in Deutschland

Bei der Auswertung mittels Evasys-Scanner wurden nicht korrekt erfasste Kreuze und nicht beantwortete Fragen aus der endgültigen Auswertung genommen.

Außerdem wurden Mehrfachantworten, bei Fragen, die lediglich Einfachantworten erlaubten, nicht gewertet. Aus diesem Grund ergeben sich abweichende Stichprobengrößen bei den unterschiedlichen Fragen, welche neben den entsprechenden Diagrammen eingesehen werden können.

Die statistische Auswertung erfolgte mittels „IBM SPSS Statistics 22“ durch Frau Sabrina Wecker. (IBM, 2016) Hier wurde bei allen Fragen die Variable „Keine Angabe“ aus der Analyse genommen, da kein Informationsgewinn durch diese Antwortmöglichkeit gegeben ist.

Aufgrund von geschlechtsspezifischer Gleichberechtigung, gab es bei der Frage nach dem Geschlecht der Studienteilnehmer die Antwortoption „transsexuell“. Nachdem lediglich 0,2% der Befragten diese Möglichkeit auswählten und es aufgrund der niedrigen Fallzahl zu einer Verzerrung bei statistischen Testungen kommen würde, wurde dies nach Anraten der Statistiker der TUM ebenfalls aus der Analyse genommen.

Des Weiteren konnte bei der Frage nach dem höchsten Bildungsabschluss keine Markierung bei der Variable „ohne Abschluss“ gefunden werden. Dies wurde sowohl mittels Scanner, als auch zusätzlich manuell überprüft. Aufgrund dessen wurde diese Antwortmöglichkeit aus der Statistik entfernt.

Die deskriptiven Daten wurden mittels relativer Häufigkeiten dargestellt. Zur Auswertung der Likert-Skalen wurden zusätzlich Mittelwert, Median und Standardabweichung herangezogen.

Die zuvor festgelegten Hypothesen (vgl. 3 Fragestellung der Studie) wurden konfirmatorisch und weitere Zusammenhänge explorativ in Kreuztabellen mittels zweiseitigem Chi-Quadrat-Test überprüft, da ausschließlich kategoriale unverbundene Variablen vorliegen. Für den p-Wert wurde der „Zusammenhang linear-mit-linear“ verwendet, weil dieser statistisch die Likert-Skala berücksichtigt. Zur näheren Beschreibung der Likert-Skalen wurde der Median herangezogen, da es sich häufig um nicht normalverteilte Diagramme handelt.

Alle getesteten Hypothesen werden im Anhang detailliert dargestellt (vgl. 10.1 Hypothesen) und in der Darstellung der Ergebnisse jeweils kursiv hervorgehoben.

4.3.2 Umfrage unter medizinischem Fachpersonal

Die statistische Analyse wurde bei allen drei Umfragen analog der Methodik der Umfrage „Deutschland“ durchgeführt (vgl. 1. Absatz von 4.3.1 Umfrage in Deutschland). Abweichungen hiervon werden im Folgenden dargestellt.

Aufgrund von geschlechtsspezifischer Gleichberechtigung, gab es bei der Frage nach dem Geschlecht der Studienteilnehmer die Antwortoption „transsexuell“. Nachdem niemand diese Möglichkeit auswählte, wurde diese ebenfalls aus der Analyse genommen.

Jeweils 0,5% der Teilnehmer gaben an, „ohne Abschluss“ oder „noch in schulischer Ausbildung“ zu sein. Da diese beiden Optionen nicht mit den entsprechenden Berufen übereinstimmen können und zudem eine geringe Fallzahl aufwiesen, wurden diese aus der Wertung genommen.

Des Weiteren konnten bei der Frage nach dem höchsten Bildungsabschluss keine Markierungen bei den Variablen „Haupt-/Volksschulabschluss“ und „Abschluss der polytechnischen Oberschule“

gefunden werden. Außerdem wurden in der demografischen Erhebung des Bundeslandes ebenfalls keine Kreuze bei „Bremen“, „Hamburg“, „Mecklenburg-Vorpommern“, „Rheinland-Pfalz“, „Saarland“ und „Thüringen“ erfasst. Dies wurde sowohl mittels Scanner, als auch zusätzlich manuell überprüft. Aufgrund dessen wurden diese Antwortmöglichkeiten aus der Statistik entfernt.

Ferner wählte keiner der Umfrageteilnehmer bei Frage 2.4, welche mittels Likert-Skala erfasst wurde, inwieweit „Narbenkorrektur“ in den Tätigkeitsbereich des plastischen Chirurgen fällt, die Antwortoption „trifft überhaupt nicht zu“, weshalb diese in den entsprechenden Diagrammen nicht vorhanden ist.

Da bei der Frage nach dem Beruf einige Bezeichnungen keine Markierung hatten und zudem auch keine Mehrfachnennungen vorlagen, wurden nur die Kategorien mit der höchsten Antwortbeteiligung speziellen Testungen unterzogen. Dazu zählten „Anästhesiologie“, „Chirurgie (alle Bereiche außer plastische und ästhetische Chirurgie)“, „Gynäkologie“, „HNO“, „Strahlentherapie“, „Krankenpfleger“ und „Physiotherapeut“.

In diesen sieben Subgruppen wurde bei der Frage 2.12, welche das Zuordnungsverhalten von „Nasenoperation aus ästhetischen Gründen“ zum Aufgabenspektrum der plastischen Chirurgie untersucht, kein Kreuz bei „trifft überhaupt nicht zu“ erfasst, weshalb diese Variable bei entsprechenden Diagrammen nicht vorhanden ist.

Die deskriptiven Daten wurden mittels relativer Häufigkeiten dargestellt. Zur Auswertung der Likert-Skalen wurden zusätzlich Mittelwert, Median und Standardabweichung herangezogen.

Die zuvor festgelegten Hypothesen (vgl. 3 Fragestellung der Studie) wurden konfirmatorisch und weitere Zusammenhänge explorativ in Kreuztabellen mittels zweiseitigem Chi-Quadrat-Test überprüft, da ausschließlich kategoriale unverbundene Variablen vorliegen. Für den p-Wert wurde der „Zusammenhang linear-mit-linear“ verwendet, da dieser statistisch die Likert-Skala berücksichtigt. Zur näheren Beschreibung der Likert-Skalen wurde der Median herangezogen, da es sich häufig um nicht normalverteilte Diagramme handelt.

Alle getesteten Hypothesen werden im Anhang detailliert dargestellt (vgl. 10.1 Hypothesen) und in der Darstellung der Ergebnisse jeweils kursiv hervorgehoben.

4.3.3 Umfrage unter Patienten

Die statistische Analyse wurde bei allen drei Umfragen analog der Methodik der Umfrage „Deutschland“ durchgeführt (vgl. 1. Absatz von 4.3.1 Umfrage in Deutschland). Abweichungen hiervon werden im Folgenden dargestellt.

Aufgrund von geschlechtsspezifischer Gleichberechtigung, gab es bei der Frage nach dem Geschlecht der Studienteilnehmer die Antwortoption „transsexuell“. Nachdem niemand die Möglichkeit auswählte, wurde diese ebenfalls aus der Analyse genommen.

Nachdem die Umfrage lediglich in einem Klinikum in München durchgeführt wurde, stammten alle befragten Patienten aus Bayern. Dementsprechend wurden bei der Frage nach dem Wohnort alle anderen möglichen Bundesländer aus der Wertung genommen, da niemand diese Option wählte.

Des Weiteren wurden bei der Frage nach dem höchsten Bildungsabschluss bestimmte Optionen nie angekreuzt, weshalb diese ebenfalls nicht weiter in die Statistik miteinbezogen wurden. Dazu zählten

folgende Abschlüsse: „Promotion“, „Habilitation“, „Abschluss der polytechnischen Oberschule“, „Fachschulabschluss“ und „ohne Abschluss“.

Die deskriptiven Daten wurden mittels relativer Häufigkeiten dargestellt. Zur Auswertung der Likert-Skalen wurden zusätzlich Mittelwert, Median und Standardabweichung herangezogen.

Die zuvor festgelegten Hypothesen (vgl. 3 Fragestellung der Studie) wurden konfirmatorisch und weitere Zusammenhänge explorativ in Kreuztabellen mittels zweiseitigem Chi-Quadrat-Test überprüft, da ausschließlich kategoriale unverbundene Variablen vorliegen. Für den p-Wert wurde der „Zusammenhang linear-mit-linear“ verwendet, da dieser statistisch die Likert-Skala berücksichtigt. Zur näheren Beschreibung der Likert-Skalen wurde der Median herangezogen, da es sich häufig um nicht normalverteilte Diagramme handelt.

Alle getesteten Hypothesen werden im Anhang detailliert dargestellt (vgl. 10.1 Hypothesen) und in der Darstellung der Ergebnisse jeweils kursiv hervorgehoben.

4.3.4 Vergleich der Umfragen „Deutschland“ und „Medizinisches Fachpersonal“

Der Vergleich der beiden Befragungen wurde ebenfalls mittels „IBM SPSS Statistics 22“ angestellt. (IBM, 2016)

Jegliche Besonderheiten der Statistik, wie ausgenommene Variablen oder der Umgang mit nicht erfassten Markierungen, wurden in den Abschnitten 4.3.1 und 4.3.2 erläutert und genauso auch hier berücksichtigt. Gegenüberstellungen fanden nur zwischen Fragen statt, die im selben Wortlaut in beiden Umfragen vorkamen.

Eine Ausnahme bildet die Erhebung des Bundeslandes, da die Befragung von medizinischem Personal, im Gegensatz zur deutschlandweiten Umfrage, lediglich im Raum München und Stuttgart stattfand, weshalb sich eine schiefe Verteilung der Antworten ergibt. Dementsprechend wurde hier auf eine vergleichende Testung verzichtet.

In den jeweiligen Testungen wurde stets mit der Gesamtheit des medizinischen Personals gerechnet und nicht nur mit den sieben Berufssubgruppen, die in Abschnitt 4.3.2 beschrieben wurden.

Die folgenden Alternativhypothesen wurden explorativ in Kreuztabellen mittels zweiseitigem Chi-Quadrat-Test überprüft, da ausschließlich kategoriale unverbundene Variablen vorliegen. Für den p-Wert wurde der „Zusammenhang linear-mit-linear“ verwendet, da dieser statistisch die Likert-Skala berücksichtigt. Deskriptive Daten wurden mittels relativer Häufigkeiten beschrieben.

Alle getesteten Hypothesen werden im Anhang detailliert dargestellt (vgl. 10.1 Hypothesen) und in der Darstellung der Ergebnisse jeweils kursiv hervorgehoben.

4.3.5 Vergleich der Umfragen „Deutschland“ und „Patienten“

Der Vergleich der beiden Befragungen wurde ebenfalls mittels „IBM SPSS Statistics 22“ angestellt. (IBM, 2016)

Jegliche Besonderheiten der Statistik, wie ausgenommene Variablen oder der Umgang mit nicht erfassten Markierungen, wurden in den Abschnitten 4.3.1 und 4.3.3 erläutert und genauso auch hier

berücksichtigt. Gegenüberstellungen fanden nur zwischen Fragen statt, die im selben Wortlaut in beiden Umfragen vorkamen.

Eine Ausnahme bildet die Erhebung des Bundeslandes, da die Befragung der Patienten, im Gegensatz zur deutschlandweiten Umfrage, lediglich in München stattfand, weshalb sich eine schiefe Verteilung der Antworten ergibt. Dementsprechend wurde hier auf eine vergleichende Testung verzichtet.

Die folgenden Alternativhypothesen wurden explorativ in Kreuztabellen mittels zweiseitigem Chi-Quadrat-Test überprüft, da ausschließlich kategoriale unverbundene Variablen vorliegen. Für den p-Wert wurde der „Zusammenhang linear-mit-linear“ verwendet, da dieser statistisch die Likert-Skala berücksichtigt. Deskriptive Daten wurden mittels relativer Häufigkeiten beschrieben.

Alle getesteten Hypothesen werden im Anhang detailliert dargestellt (vgl. 10.1 Hypothesen) und in der Darstellung der Ergebnisse jeweils kursiv hervorgehoben.

5 Ergebnisse

5.1 Umfrage in Deutschland

Zu Beginn wird rein deskriptiv das Ergebnis der Befragung beschrieben, die deutschlandweit durchgeführt wurde. Im Anschluss daran werden die Testungen erläutert. Kursiv im Text finden sich, im entsprechenden Textabschnitt, jeweils die zu testenden Alternativhypothesen. Zudem sind bedeutsame Ergebnisse fett hervorgehoben. Insgesamt wurden 2100 Fragebögen registriert, wobei entsprechende Ausschlüsse, die Statistik betreffend, im Material- und Methodenteil erklärt wurden.

Der erste Teil der Umfrage erfasste demografische Daten, welche im Folgenden dargestellt werden. Zunächst wurde der Wohnort der Studienteilnehmer über das Bundesland erfragt. Eine Normalverteilung über ganz Deutschland konnte nicht erreicht werden, da Baden-Württemberg mit 28,7% und Bayern mit 23,7% zahlenmäßig einen Überhang aufwiesen. (Heidekrueger et al., 2019) Im folgenden Diagramm (Abbildung 6) ist die Verteilung der Bundesländer aufgezeigt. Rechts neben der Abbildung kann abgelesen werden, wie viele Teilnehmer die Frage beantwortet haben (n=2069).

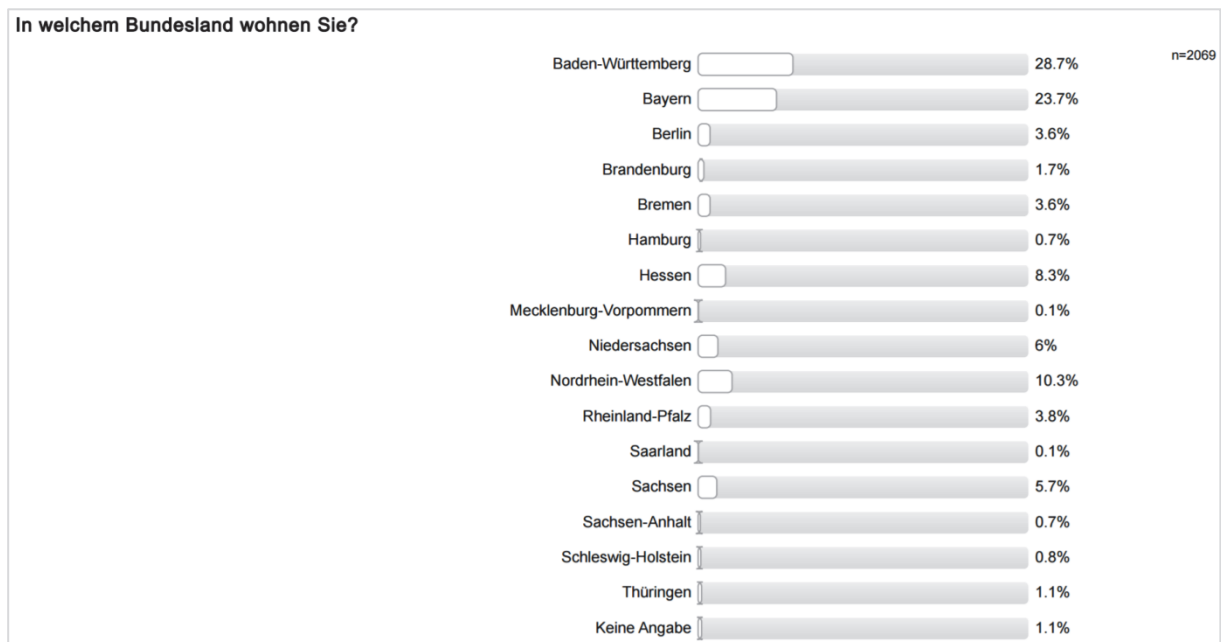


Abbildung 6 – D Verteilung der Bundesländer

In der nächsten Frage wurde der Wohnort weiter bezüglich des Stadt- oder Gemeindetyps klassifiziert. Dies ist in Abbildung 7 dargestellt. Obwohl die Befragung größtenteils an öffentlichen Orten in Großstädten durchgeführt wurde, konnte dennoch eine ausreichende Normalverteilung erzielt werden (n=2055). (Heidekrueger et al., 2019)

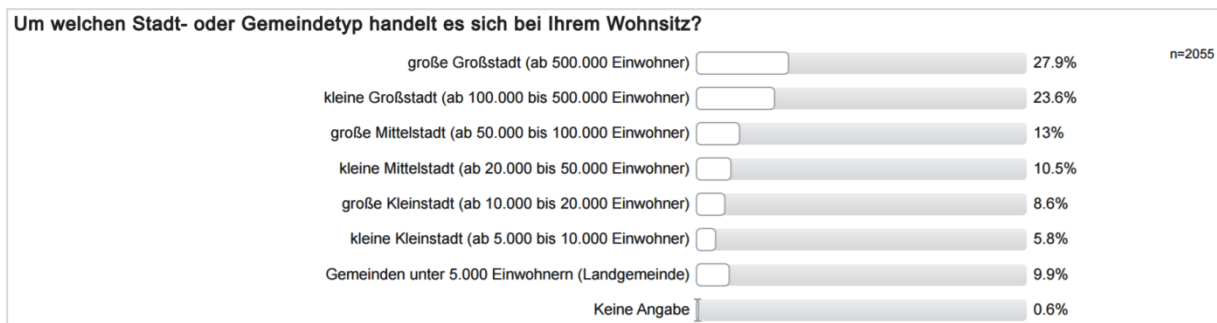


Abbildung 7 – D Verteilung des Stadt- oder Gemeindetyps

Die Teilnehmer wurden im weiteren Verlauf bezüglich ihres Alters in Kategorien eingeteilt. Alle Antwortoptionen weisen ungefähr dieselbe Anzahl an Teilnehmern auf, lediglich die Gruppe der 21-30-Jährigen bildet mit 35,9% einen Überschuss. Abbildung 8 zeigt die Verteilung. (Heidekrueger et al., 2019)

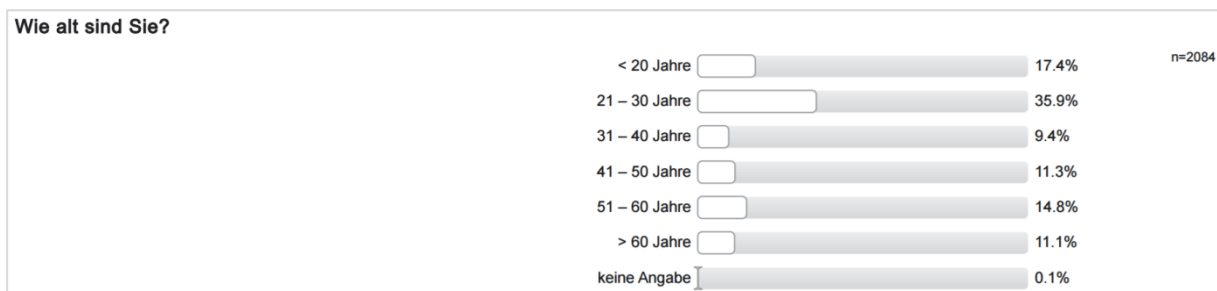


Abbildung 8 – D Altersverteilung

Die Geschlechter „männlich“ mit 47,6% und „weiblich“ mit 51,8% sind in etwa gleich verteilt (Heidekrueger et al., 2019). Die Antwortoption „transsexuell“ wurde lediglich von 0,2% der Teilnehmer gewählt, weshalb diese Kategorie im weiteren Verlauf bei der statistischen Testung ausgeschlossen wurde. In Abbildung 9 wurden noch alle Antwortmöglichkeiten dargestellt (n=2067).



Abbildung 9 – D Geschlechterverteilung

Bei der Frage nach dem höchsten Bildungsabschluss zeigte sich eine deutliche Tendenz zu höheren Abschlüssen (Heidekrueger et al., 2019). „Fachhochschul- oder Hochschulreife“ war mit 34,5% die meistgewählte Antwort. 25,5% der Teilnehmer gaben an, einen „Hochschulabschluss“ zu besitzen. Unterrepräsentiert waren „Lehre“ mit 6,8%, „Fachschulabschluss“ mit 2,2% oder „Fachhochschulabschluss“ mit 7,4%. Die Option „ohne Abschluss“ wurde hier entfernt, da keine Markierung erfasst werden konnte. Insgesamt wurden die Antworten von 2048 Teilnehmern gesammelt, deren Verteilung in Abbildung 10 aufgezeigt ist.

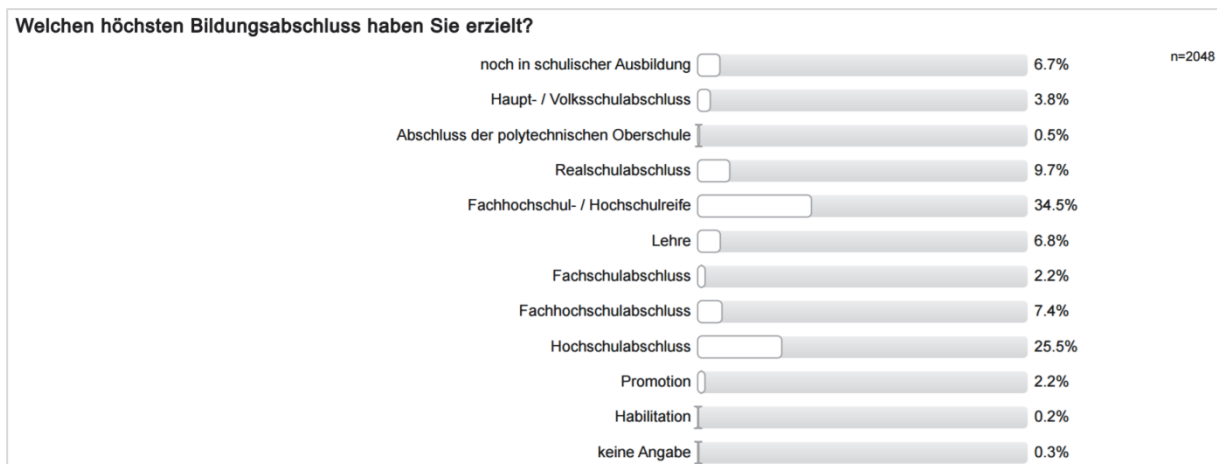


Abbildung 10 – D Verteilung des höchsten Bildungsabschlusses

50,8% der Studienteilnehmer gaben an, einen Arzt in der Familie oder im Bekanntenkreis zu haben. 47% verneinten die Frage, 2,2% enthielten sich. Insgesamt wurden hier 1982 Markierungen erfasst. Abbildung 11 zeigt die entsprechende grafische Verteilung.



Abbildung 11 – D Vorhandensein eines Arztes in der Familie oder im Bekanntenkreis

Auf die allgemeine Datenerfassung folgten Fragen, die sich auf die persönliche Perzeption der plastischen Chirurgie bezogen. Diese werden im Folgenden näher erläutert.

Der zweite Abschnitt des Fragebogens begann mit zwei Polaritätsprofilen. Die Studienteilnehmer wurden angewiesen, möglichst spontan und intuitiv zu antworten und die Option zu wählen, die ihnen als Erstes in den Sinn kam.

Zunächst sollte die Wichtigkeit des plastischen Chirurgen im Vergleich zu anderen Fachrichtungen beurteilt werden. **42,2% wählten die Antwortmöglichkeit „sehr wichtig“, während 57,8% die Option „unwichtig“ wählten.** (Broer et al., 2017; Heidekrueger et al., 2019) Dieses Ergebnis stützt die Alternativhypothese, dass plastische Chirurgie oftmals eher negativ eingeschätzt wird. 2077 Markierungen konnten erfasst werden. Aus Abbildung 12 kann die grafische Verteilung entnommen werden.

Alternativhypothese: Die plastische Chirurgie wird oftmals eher negativ eingeschätzt.

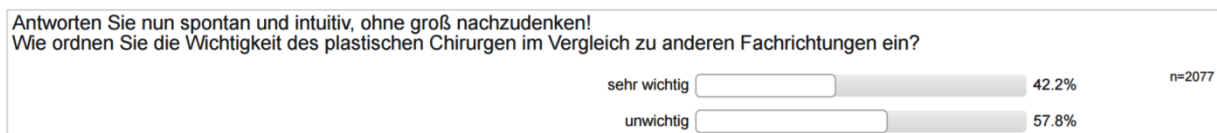


Abbildung 12 – D Wichtigkeit des plastischen Chirurgen

Das zweite Polaritätsprofil zeigt, wo die Teilnehmer der Umfrage die Arbeit plastischer Chirurgen eher vertreten sehen. Es wurden, wie in der Frage zuvor, 2077 Markierungen erfasst, wobei 88,3% die

Option „in Industriestaaten (z.B. Deutschland, USA)“ wählten. 11,7% gaben an, die Arbeit der plastischen Chirurgie eher „in Entwicklungsländern (z.B. Pakistan, Nigeria)“ vertreten zu sehen. Abbildung 13 stellt dies anschaulich dar.

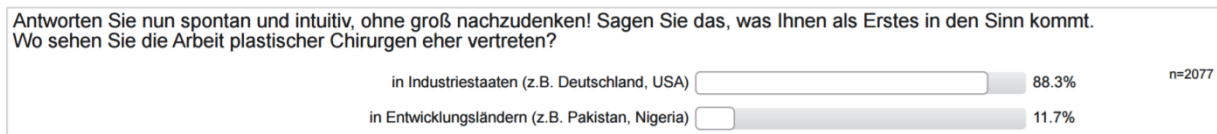


Abbildung 13 – D Globale Tätigkeit plastischer Chirurgie

Die folgenden Fragen wurden anhand einer Likert-Skala beantwortet, welche die Kategorien „trifft voll zu“ = 1, „trifft zu“ = 2, „trifft eher zu“ = 3, „trifft eher nicht zu“ = 4, „trifft nicht zu“ = 5, „trifft überhaupt nicht zu“ = 6 umfasst.

Die Abbildungen zeigen die Verteilung der Antworten als relative Häufigkeiten, die als Histogramm über der jeweiligen Antwortoption abgebildet werden. Außerdem wird in allen Likert-Skalen-Abbildungen der Mittelwert als roter Strich dargestellt, an den die Standardabweichung als schwarzes Intervall angebunden ist. Der Median stellt sich als blaues Dreieck dar. Dieser wird in den kommenden Beschreibungen häufig herangezogen, da es sich oft um schiefe, also nicht normalverteilte, Ergebnisse handelt. Rechts neben dem entsprechenden Diagramm können die Fallzahl sowie die errechneten Werte für Mittelwert, Median, Standardabweichung und Enthaltungen abgelesen werden.

Die folgende Frage sollte die Selbsteinschätzung des eigenen Wissensstandes erfassen. Es zeichnet sich, mit einem Median von $m=4$, ab, dass der größte Anteil der Studienteilnehmer, mit 29,3%, tendenziell keine ausreichenden Informationen über den Aufgabenbereich der plastischen Chirurgie besitzt. Die Likert-Skala wird grafisch in Abbildung 14 dargestellt ($n=2041$). Dieses Ergebnis stützt die Alternativhypothese, dass das Aufgabenspektrum der plastischen Chirurgie nicht ausreichend in der Bevölkerung bekannt ist.

Alternativhypothese: Das Aufgabenspektrum ist jedoch unzureichend bekannt.



Abbildung 14 – D Selbsteinschätzung des Wissensstandes

Im weiteren Verlauf der Umfrage wurden die Teilnehmer gebeten, die Behandlung bestimmter medizinischer Indikationen, anhand der oben genannten Likert-Skala, einzuordnen. War der Befragte der Meinung, dass die Therapie des Beschwerdebildes absolut dem Aufgabenbereich der plastischen Chirurgie zugerechnet werden kann, sollte dieser „trifft voll zu“ auswählen. War der Teilnehmer der Auffassung, dass die medizinische Indikation definitiv nicht zum Tätigkeitsspektrum des plastischen Chirurgen gehört, sollte er „trifft überhaupt nicht zu“ wählen. Die entsprechenden Abstufungen wurden bereits im vorherigen Abschnitt erläutert. In Abbildung 15 ist die Verteilung grafisch dargestellt.

Während **klassisch ästhetische Eingriffe**, wie „Narbenkorrektur“ ($md=2$), „Gesichtsstraffung“ ($md=1$), „Brustvergrößerung“ ($md=1$), „Brustverkleinerung“ ($md=1$) und „Nasenoperation aus ästhetischen Gründen“ ($md=1$) von der überwiegenden Mehrheit der Befragten **als Bestandteil der plastischen**

Chirurgie wahrgenommen wurden, wurde vor allem die „**Operation einer Hand- oder Fingerfraktur**“ (md=4) eher nicht dem entsprechenden Tätigkeitsspektrum zugewiesen. Das Beispiel „**akute Verbrennung**“, als Aufgabe der Verbrennungschirurgie, wurde von einem Großteil der Teilnehmer als Komponente der plastischen Chirurgie betrachtet (md=2), wohingegen sich **abweichende Ergebnisse bei rekonstruktiven Verfahren** zeigten. Hier herrschte bei „**Nasenoperation aufgrund von Atemproblemen**“ (md=3) und „**Entfernung von Hautkrebs aus dem Gesicht**“ (md=3) Uneinigkeit darüber, ob dies Aufgabe der plastischen Chirurgie sei. Dies spiegelt sich in den jeweiligen Histogrammen in Abbildung 15 wider. Die „**Korrektur einer Lippenspalte**“ bei einem Kind hingegen (md=2) wurde von den Teilnehmern tendenziell der plastischen Chirurgie zugewiesen. (Heidekrueger et al., 2019) Diese Ergebnisse bestätigen die Hypothese, dass das Aufgabenspektrum in der Öffentlichkeit nicht vollständig bekannt ist.

Alternativhypothese: Das Aufgabenspektrum ist jedoch unzureichend bekannt.

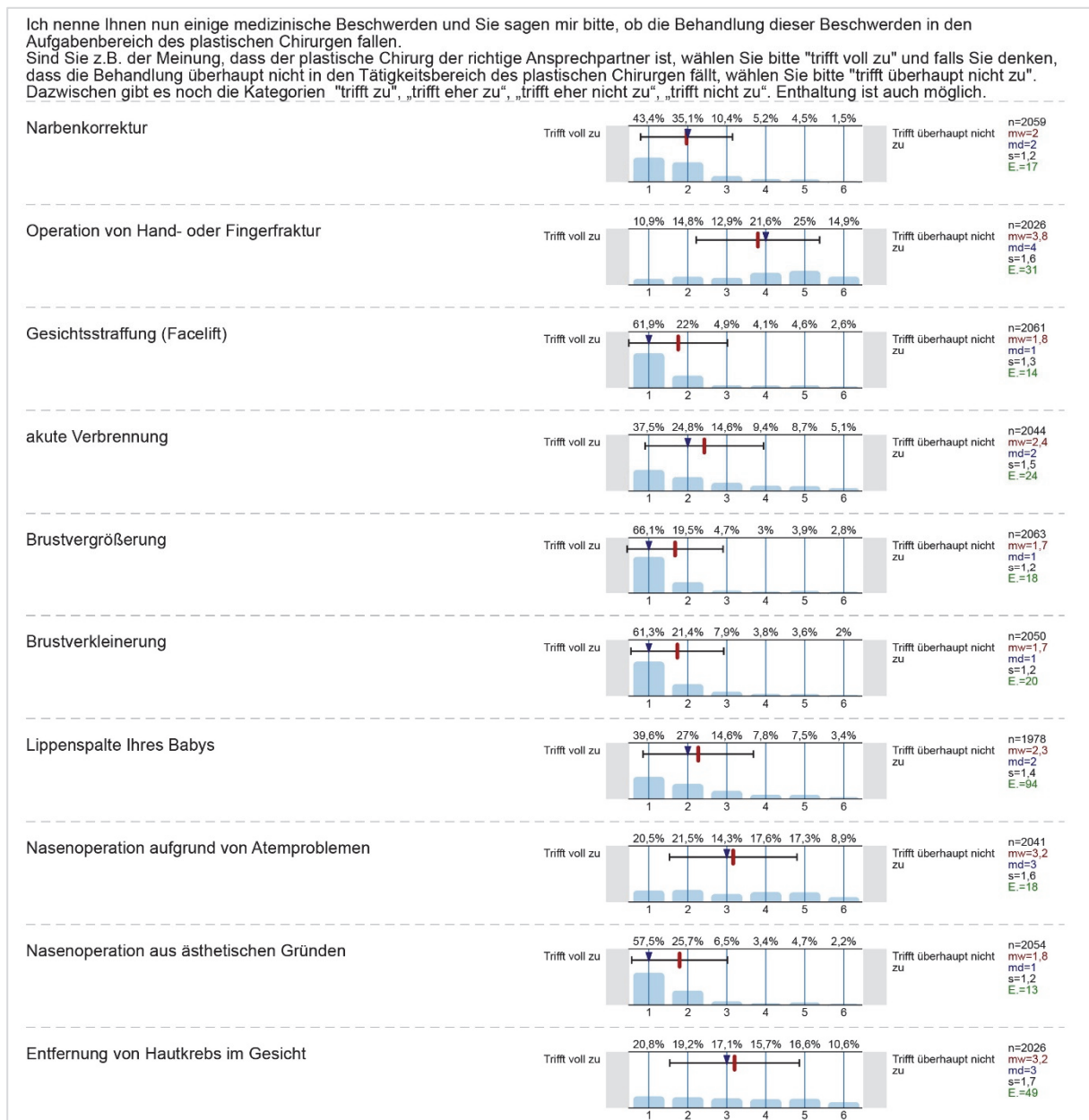


Abbildung 15 – D Aufgabenbereich der plastischen Chirurgie (Heidekrueger et al., 2019)

Die kommenden Fragen sollten potentielle Faktoren ermitteln, die die persönliche Perzeption beeinflussen.

In Abbildung 16 ist die Mediennutzung, von beispielsweise Zeitung, Boulevardpresse und Werbung, zum Informationsgewinn über plastische Chirurgie, dargestellt. Der Median ($md=3$) zeigt an, dass die genannten **Medien tendenziell der Beschaffung von Wissen über das Fachgebiet dienen** ($n=1977$). (Heidekrueger et al., 2019)



Abbildung 16 – D Mediennutzung

Dahingegen zeigt Abbildung 17, dass Familie und Freunde keine Einflussfaktoren für die Perzeption darstellen ($md=5$) (Heidekrueger et al., 2019). Hier antworteten 2057 Teilnehmer.



Abbildung 17 – D Beeinflussung durch Familie und Freunde

Auf die Frage, ob Menschen mit zu vielen Schönheitsoperationen als entstellt wahrgenommen werden, antwortete die überwiegende Mehrheit der Befragten mit „trifft voll zu“ ($md=1$), was sich in Abbildung 18 deutlich widerspiegelt ($n=2060$). Dieses Ergebnis stützt die Hypothese, dass das Negativeimage der plastischen Chirurgie auf einer falschen Darstellung in der Öffentlichkeit und in diesem Fall durch öffentlichkeitswirksame Persönlichkeiten beeinflusst wird.

Alternativhypothese: Das Negative-Image und die Fehleinschätzungen beruhen oft auf einer falschen Darstellung der plastischen Chirurgie in den Medien und in der Öffentlichkeit.



Abbildung 18 – D Entstellung durch Schönheitsoperationen

Trotz des Ergebnisses, dass der eigene Informationsgrad bezüglich plastischer Chirurgie ($md=4$) eher als nicht ausreichend eingeschätzt wird (s. Abbildung 14), zeigte sich in der folgenden Frage, dass tendenziell auch kein Wunsch nach umfassenderer Information besteht ($md=4$). Die entsprechende Verteilung ist aus Abbildung 19 zu entnehmen. 2025 Markierungen wurden hier korrekt erfasst. Dies widerspricht der These, dass durch Information der Öffentlichkeit der aktuelle Zustand verbessert werden könnte, da bei mangelndem Interesse an dargebotener Information, diese wahrscheinlich auch nicht wahrgenommen werden würde.

Alternativhypothese: Durch Information der Öffentlichkeit und gegebenenfalls ärztlicher Kollegen und verbesserte Darstellung sollte sich daher dieser Zustand verbessern lassen.



Abbildung 19 – D Wunsch nach Information

Bei der Frage nach Arztserienkonsum, zeigte der Median (md=5), dass dies keine Informationsquelle für die breite Öffentlichkeit darstellt (Heidekrueger et al., 2019). Die Verteilung der 2078 erkannten Markierungen sind in Abbildung 20 grafisch aufgezeigt. Bei diesem Ergebnis muss beachtet werden, dass ein starkes Altersgefälle festgestellt werden konnte. Darauf wird im weiteren Verlauf genauer eingegangen (s. Abbildung 22).

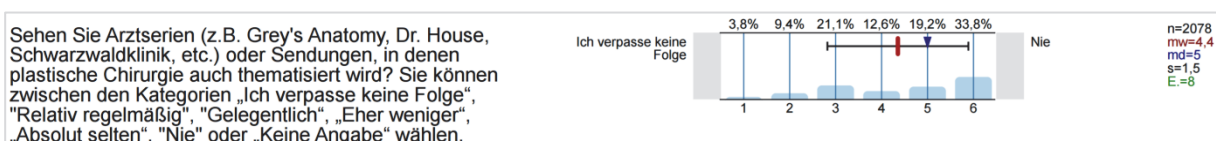


Abbildung 20 – D Serienkonsum

Die Beantwortung der beiden letzten Fragen wurde explizit als freiwillig gekennzeichnet. Da jedoch die gesamte Umfrage anonym durchgeführt wurde, gab es lediglich 1,6% Enthaltungen (n=2081). Die Teilnehmer wurden gebeten anzugeben, ob sie sich selbst schon mal einer plastischen Operation unterzogen haben oder in nächster Zeit ein plastisch-chirurgischer Eingriff geplant ist. Ein Großteil, 90%, verneinte diese Frage, 8,4% bejahten. Bei Verneinung endete die Umfrage, da die letzte Frage überflüssig wurde. Bei Bejahung konnten die Studienteilnehmer ihren Eingriff genauer klassifizieren, wobei die Hälfte aller, die zuvor mit „Ja“ geantwortet hatten, ihre Operation der „Ästhetischen Chirurgie“ zuordneten. Knapp ein Drittel gab „Rekonstruktive Chirurgie“ an, „Handchirurgie“ und „Verbrennungschirurgie“ waren seltener vertreten. Da bei der zweiten Frage Mehrfachantworten erlaubt waren und es auch einige Enthaltungen gab, soll die folgende Abbildung 21 lediglich als Orientierung dienen.

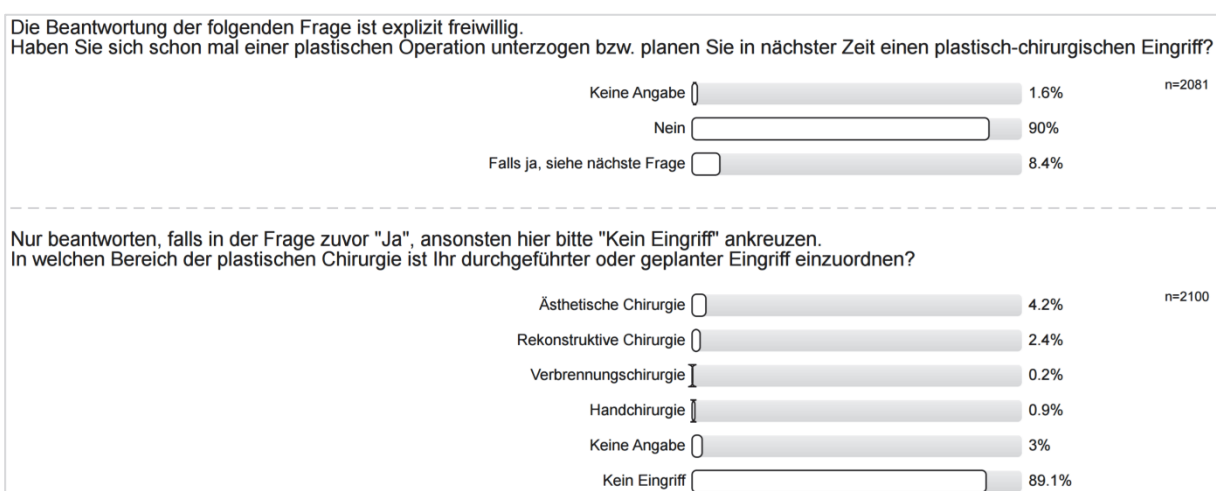


Abbildung 21 – D Eigene Operation

Auf diese rein deskriptive Erläuterung der Ergebnisse, folgt nun die Beschreibung der Testungen der Alternativhypothesen, die mittels SPSS durchgeführt wurden. (IBM, 2016)

Es wurde aufgrund kategorialer Variablen immer der zweiseitige Chi-Quadrat-Test und für den p-Wert der „Zusammenhang linear-mit-linear“ verwendet. Das Signifikanzniveau α wurde im Voraus auf 0,05 festgelegt.

Wie bereits im vorherigen Abschnitt bei Abbildung 20 erwähnt, muss bei der Seriennutzung die Altersverteilung beachtet werden. Auch wenn Arztserien für die breite Öffentlichkeit keine Informationsquelle für plastische Chirurgie darstellen ($md=5$), so konnte ein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Alter der Studienteilnehmer und dem Serienkonsum nachgewiesen werden ($p<0,001$). **Vor allem jüngere Altersgruppen gaben an, häufiger Arztserien zu konsumieren, als Ältere.** (Heidekrueger et al., 2019) Dies kann aus Abbildung 22 abgelesen werden und bedingt die Annahme der entsprechenden Alternativhypothese.

Alternativhypothese: Es besteht ein signifikanter Unterschied zwischen dem Alter der Teilnehmer und dem Serienkonsum.

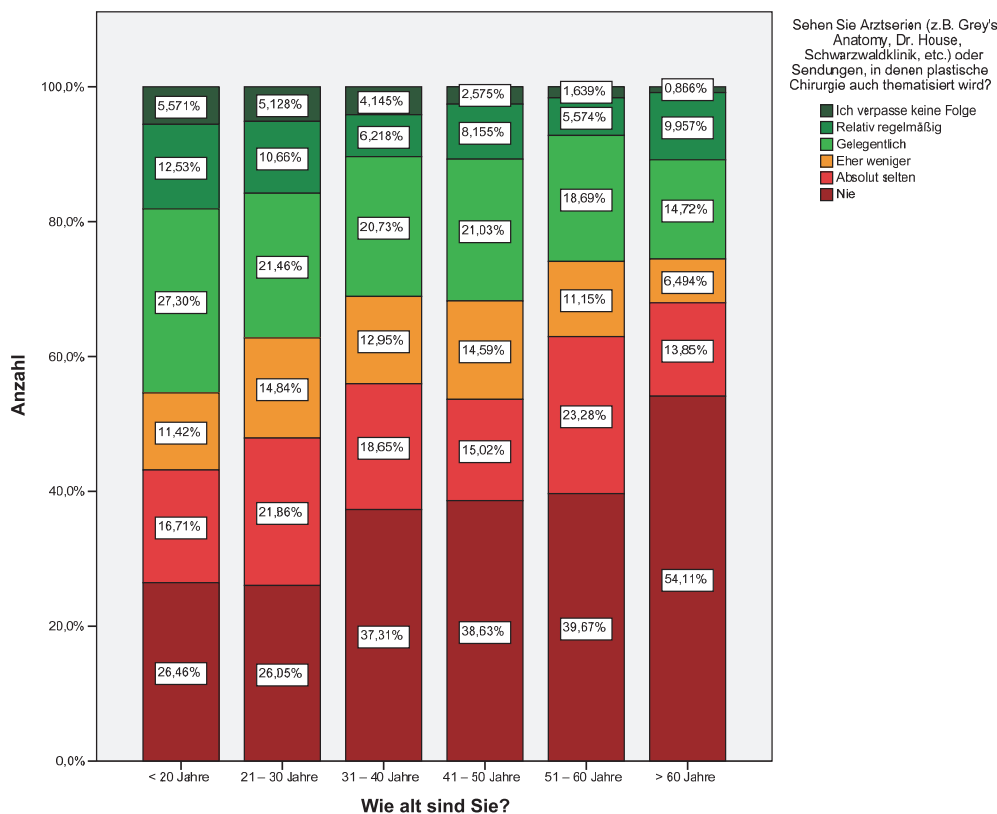


Abbildung 22 – D Alter – Serienkonsum

Es zeigte sich kein signifikanter Unterschied in der Häufigkeit eigener plastischer Operationen zwischen den Geschlechtern „männlich“ und „weiblich“ ($p=0,082$). Insgesamt gaben 7,28% der Männer und 9,44% der Frauen an, sich selbst schon einmal einem plastischen Eingriff unterzogen zu haben oder in nächster Zeit einen zu planen. Die entsprechende Alternativhypothese kann folglich abgelehnt werden.

Alternativhypothese: Es besteht ein Unterschied bezüglich eigener vorangegangener oder geplanter plastischer Operation und dem Geschlecht.

Die intuitive Beurteilung der Wichtigkeit der plastischen Chirurgie und die Wahrnehmung von

Entstellung durch zu viele Schönheitsoperationen, zeigten keine signifikante Assoziation im Antwortverhalten ($p=0,428$). Die jeweilige Alternativhypothese kann abgelehnt werden.

Alternativhypothese: Die intuitive Beurteilung der Wichtigkeit des plastischen Chirurgen ist assoziiert mit dem eigenen Empfinden von Entstellung durch Schönheitsoperationen.

Wie im Methodenteil beschrieben, wurde das Zuordnungsverhalten von verschiedenen medizinischen Indikationen zum Aufgabenspektrum der plastischen Chirurgie (vgl. 2.4-2.13, Fragebogen „Deutschland“, Anhang) auf Signifikanz mit einigen anderen Fragen explorativ getestet. Hierzu zählen: Das Alter der Teilnehmer, ob sich ein Arzt im persönlichen Umfeld befindet, der höchste Bildungsabschluss, das Bundesland, eigene vorangegangene oder geplante plastische Operation, die Beeinflussung durch Familie und Freunde, das Geschlecht, die Selbsteinschätzung der eigenen Informationslage, die Medien- und Seriennutzung und der Stadt- oder Gemeindetyp. Dies wird nun im Folgenden genauer erläutert.

Bei der Zuordnung von medizinischen Indikationen zum Tätigkeitsbereich des plastischen Chirurgen, konnten altersabhängige Unterschiede im Antwortverhalten detektiert werden. **Klassisch ästhetische Operationen wurden überwiegend von jüngeren Studienteilnehmern der plastischen Chirurgie zugeteilt, während rekonstruktive Verfahren, Verbrennungs- und Handchirurgie eher von älteren Befragten als Bestandteil des Fachgebiets aufgefasst wurden.** Die Abbildungen 23-26 stellen für die „ästhetische Nasenoperation“ ($p<0,001$), die „Brustvergrößerung“ ($p<0,001$), die „Brustverkleinerung“ ($p<0,001$) und für das „Facelift“ ($p<0,001$) den eben beschriebenen Zusammenhang grafisch dar. Aus den Diagrammen kann die Tendenz entnommen werden, dass jüngere Teilnehmer diese Eingriffe eher der plastischen Chirurgie zuordneten, als Ältere.

Alle anderen Operationen, auch die „Narbenkorrektur“, die eigentlich den klassisch ästhetischen Verfahren zuzuordnen ist, zeigten einen entgegengesetzten Zusammenhang. Abbildung 27 stellt dies für die Operation einer „Hand- oder Fingerfraktur“ ($p<0,001$) dar, Abbildung 28 für die „Entfernung von Hautkrebs aus dem Gesicht“ ($p<0,001$), Abbildung 29 für „Korrektur einer Lippenspalte“ ($p<0,001$), Abbildung 30 für „Narbenkorrektur“ ($p=0,005$) und Abbildung 31 für Verbrennungschirurgie ($p<0,001$). Die genannten Diagramme visualisieren, dass ältere Studienteilnehmer diese Verfahren eher dem Tätigkeitsspektrum der plastischen Chirurgie zuordneten, als Jüngere. Lediglich bei „Nasenoperation aufgrund von Atemproblemen“ konnte kein signifikanter altersabhängiger Zusammenhang gefunden werden ($p=0,138$). Die entsprechende Alternativhypothese kann also, mit Ausnahme von „Nasenoperation aufgrund von Atemproblemen“, angenommen werden. (Heidekrueger et al., 2019)

Alternativhypothese: Es besteht ein Zusammenhang zwischen dem Zuordnungsverhalten verschiedener medizinischer Indikationen zum Fachgebiet der plastischen Chirurgie und dem Alter der Teilnehmer.

Wie in Abbildung 22 skizziert, besteht ein Zusammenhang zwischen dem Alter der Teilnehmer und deren Serienkonsum. Gerade junge Menschen sahen häufiger Arztsendungen. Ferner ordneten jüngere Befragte signifikant häufiger ästhetische Eingriffe der plastischen Chirurgie zu, als ältere Befragte. Folglich könnte man eine Relation zwischen diesen beiden Resultaten vermuten. Zusammenfassend also, dass die vermehrte Seriennutzung jüngerer Studienteilnehmer dazu führt, dass diese ästhetische Eingriffe tendenziell eher als Aufgaben der plastischen Chirurgie betrachten. Für diese Theorie konnte keine Signifikanz mittels Mantel-Haenszel-Statistik nachgewiesen werden. Es ergaben sich für die vier ästhetischen Eingriffe folgende p-Werte: „Nasenoperation aus ästhetischen Gründen“ ($p=0,960$), „Brustvergrößerung“ ($p=0,065$), „Brustverkleinerung“ ($p=0,385$) und „Facelift“ ($p=0,443$). Die jeweilige Alternativhypothese wird dementsprechend abgelehnt. Die „Narbenkorrektur“, ebenfalls eine klassisch ästhetische Operation, wurde tendenziell von älteren Befragten dem Tätigkeitsspektrum der plastischen Chirurgie zugeteilt, wie im Absatz zuvor beschrieben, weshalb diese medizinische Indikation nicht mittels Mantel-Haenszel-Statistik, im Kontext der aktuellen Fragestellung, getestet wurde.

Alternativhypothese: Der Serienkonsum jüngerer Studienteilnehmer beeinflusst das Zuordnungsverhalten von ästhetischen Operationen zum Aufgabenspektrum der plastischen Chirurgie.

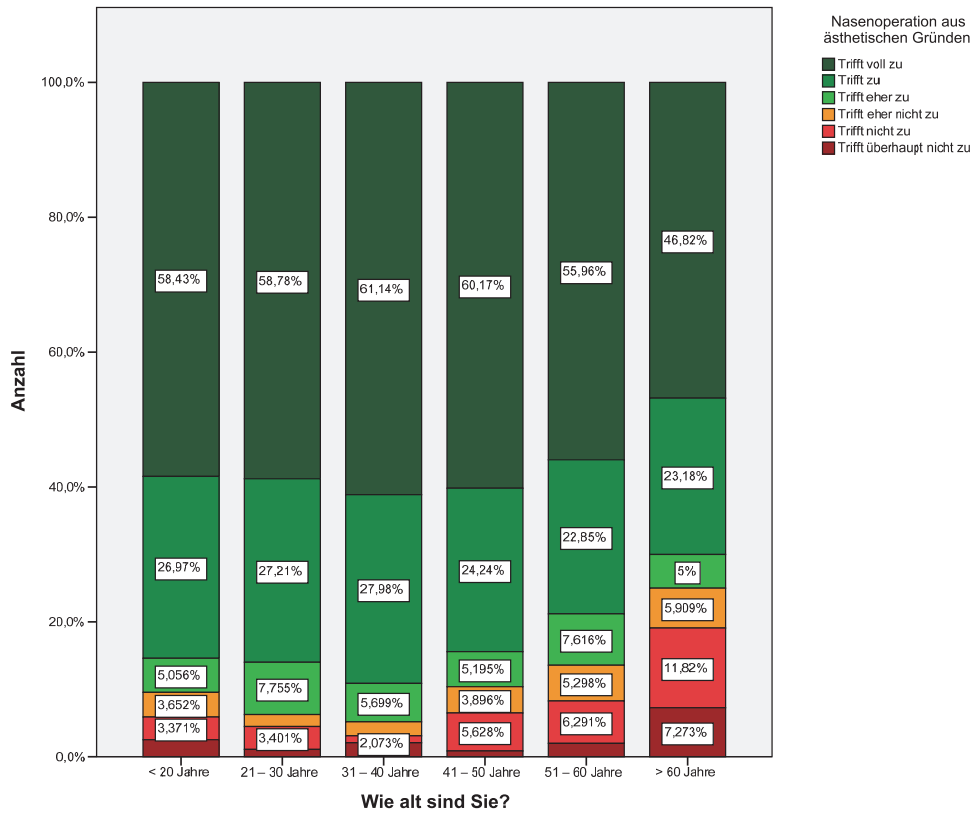


Abbildung 23 – D Alter – Nasenoperation aus ästhetischen Gründen

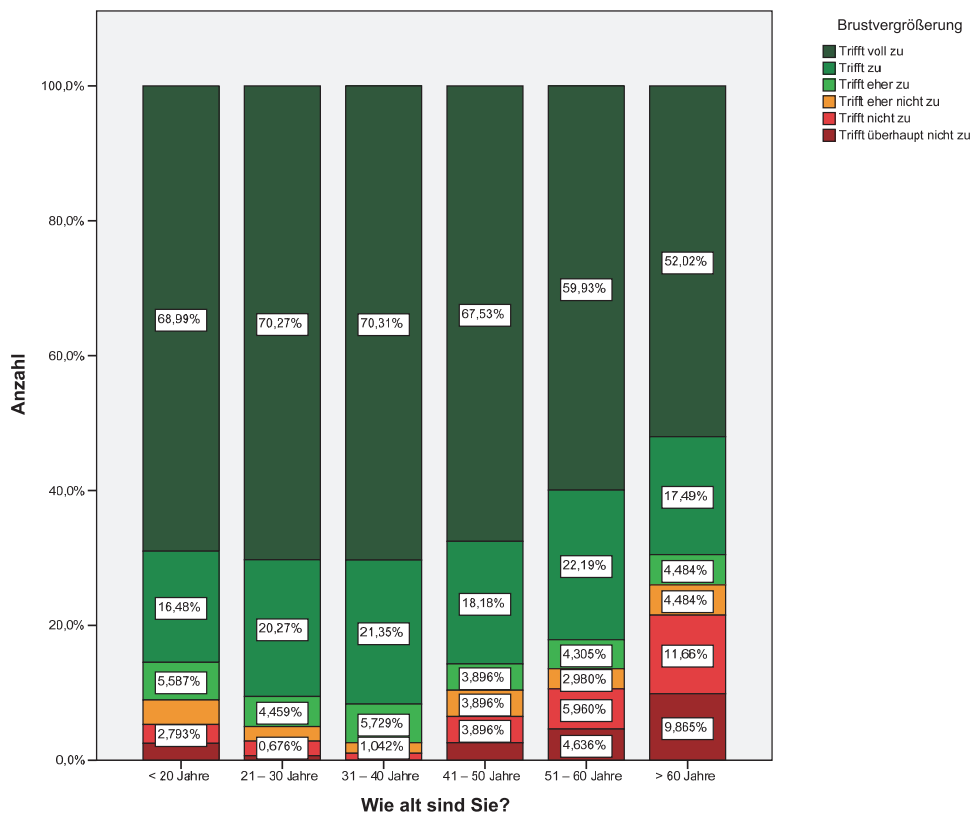


Abbildung 24 – D Alter – Brustvergrößerung

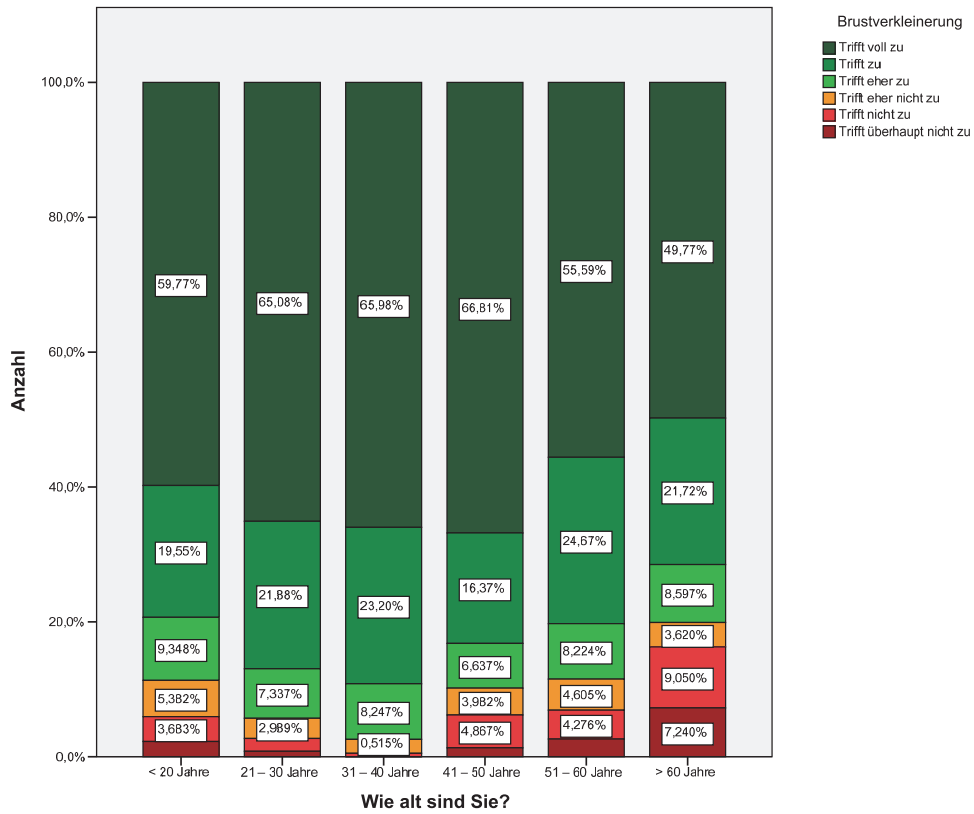


Abbildung 25 – D Alter – Brustverkleinerung

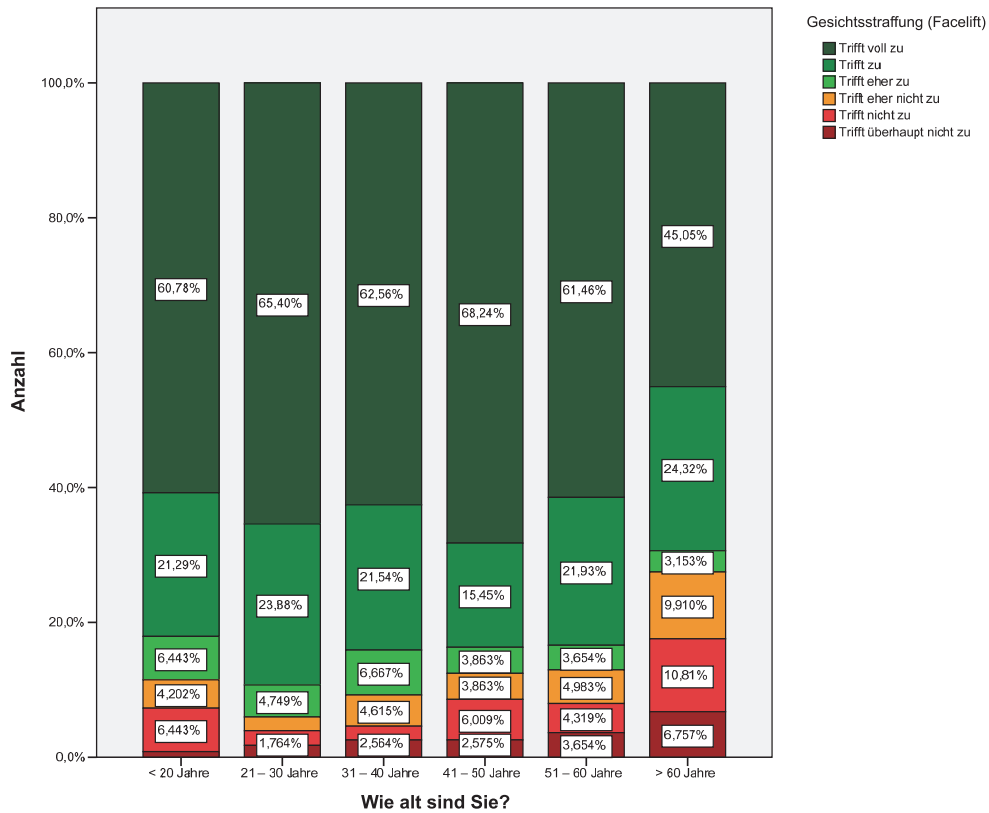


Abbildung 26 – D Alter – Facelift

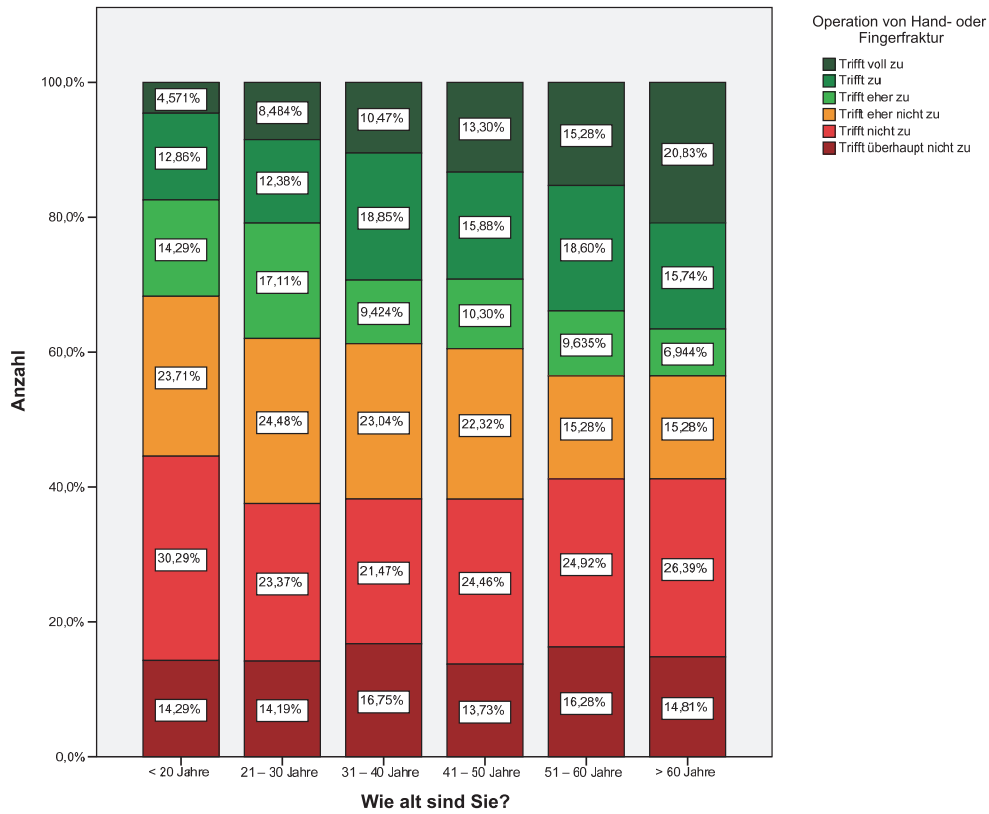


Abbildung 27 – D Alter – Hand- oder Fingerfraktur

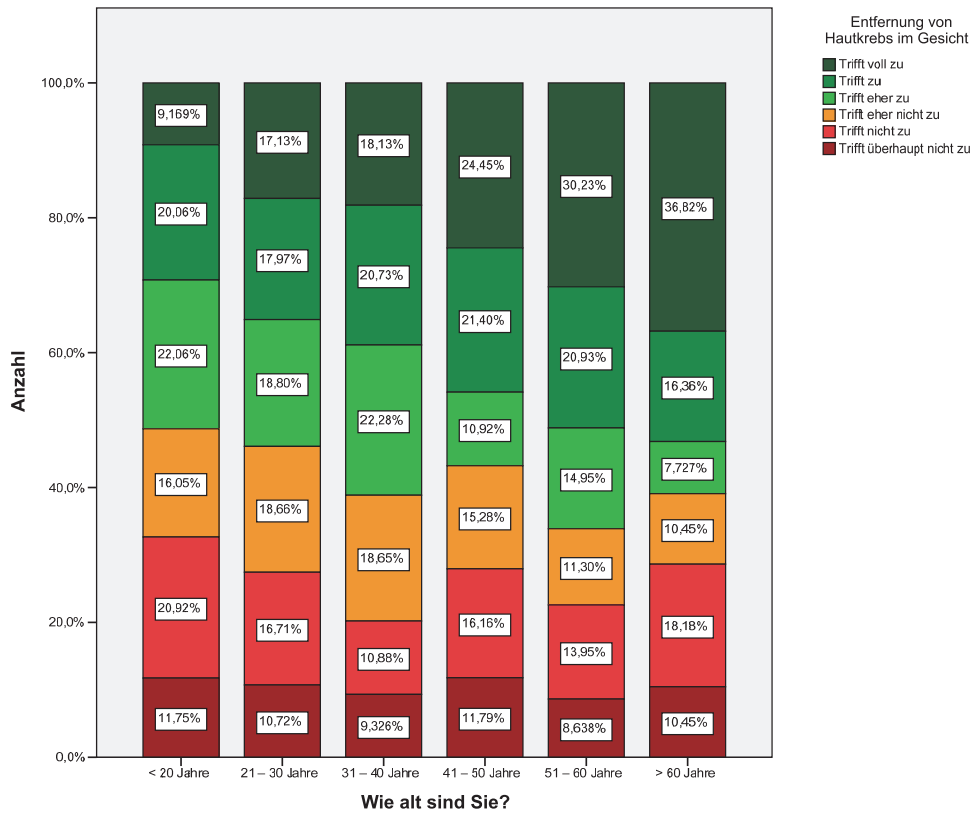


Abbildung 28 – D Alter – Hautkrebs

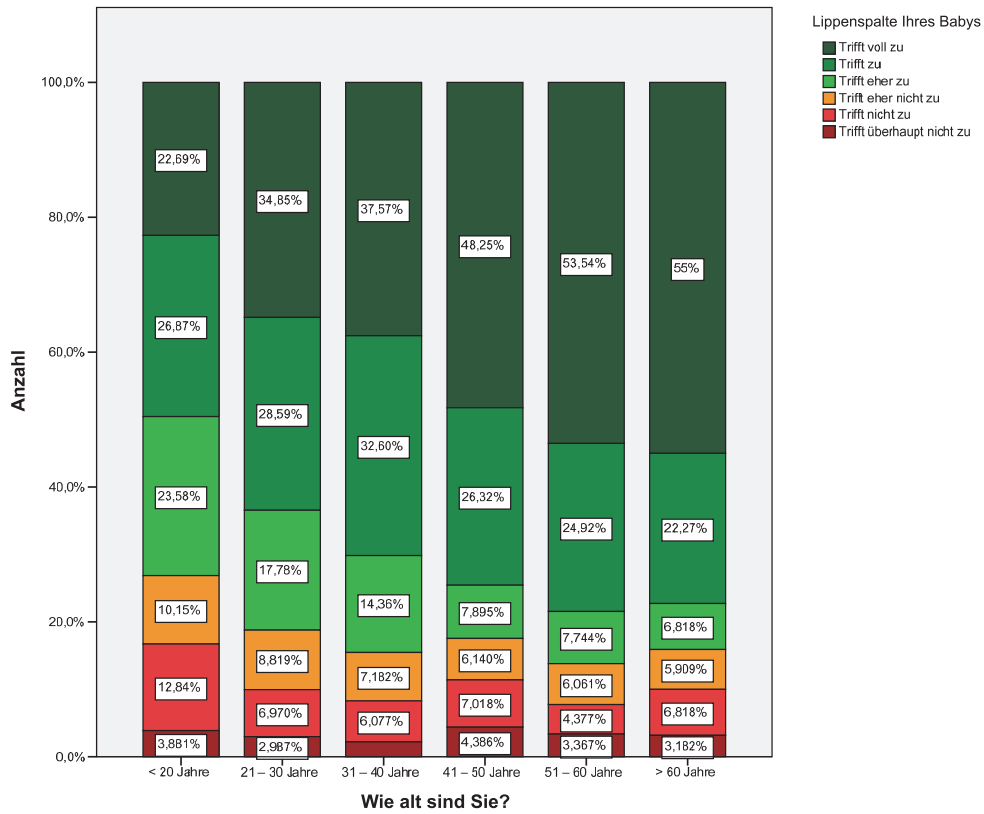


Abbildung 29 – D Alter – Lippenspalte

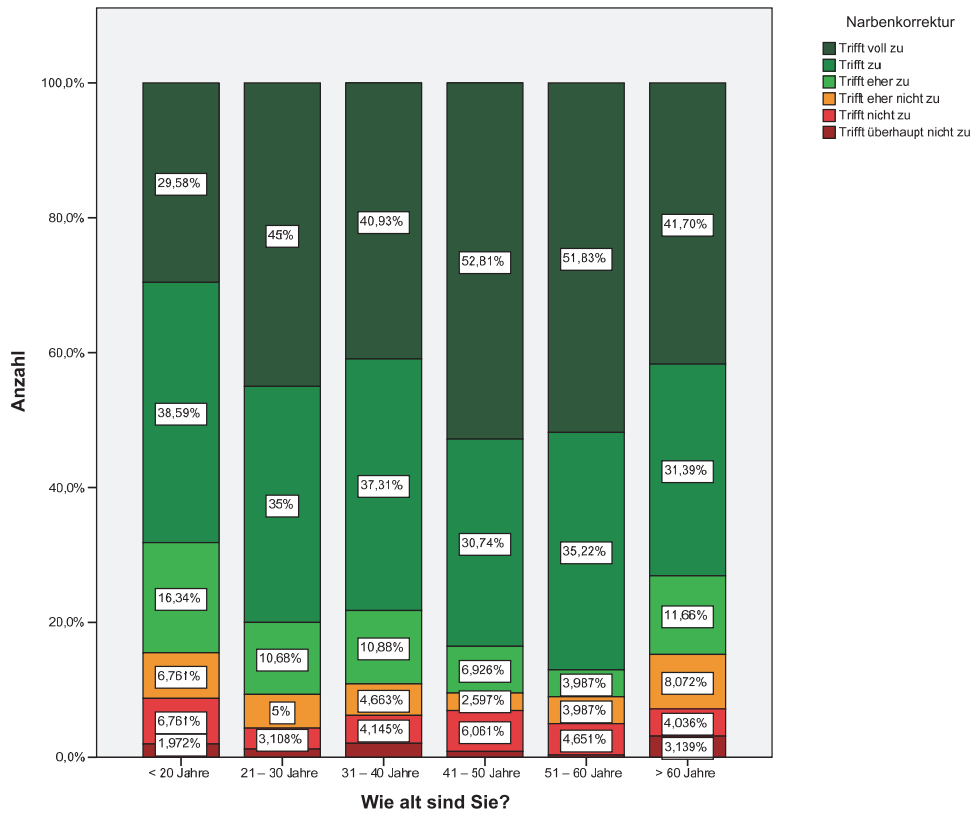


Abbildung 30 – D Alter – Narbenkorrektur

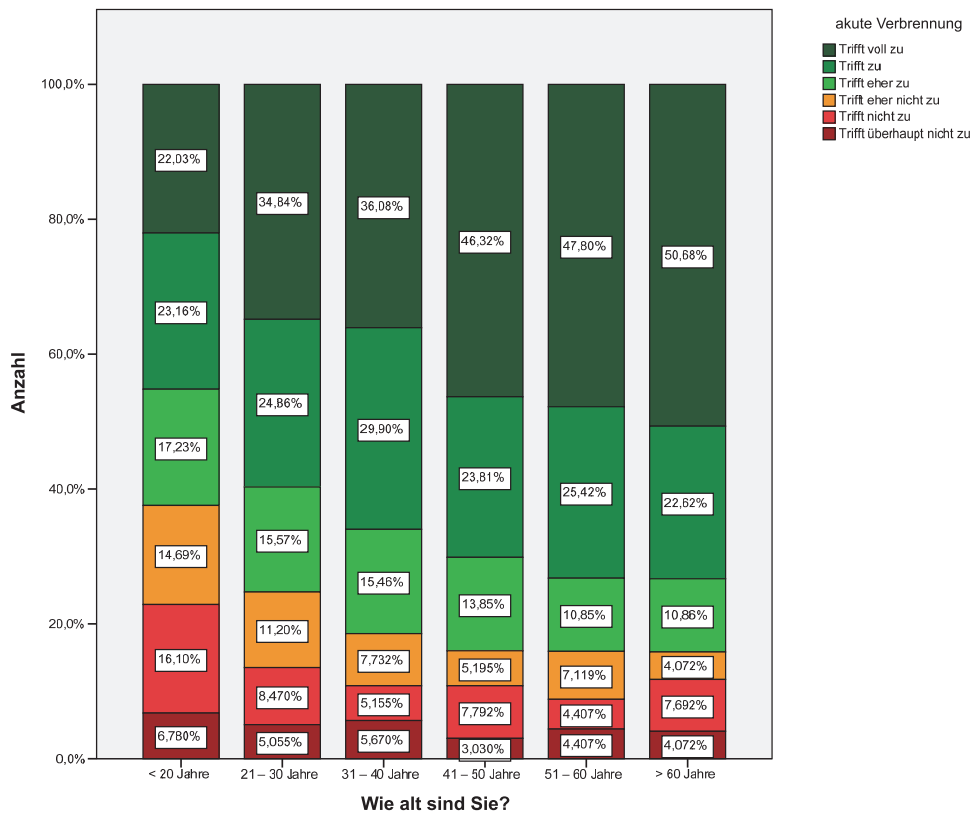


Abbildung 31 – D Alter – Verbrennung

Auch in Hinsicht auf die Tatsache, ob die Teilnehmer einen Arzt in der Familie oder im Bekanntenkreis haben, zeigten sich Unterschiede im Antwortverhalten. Einige kosmetische Verfahren, wie „ästhetische Nasenoperation“ ($p=0,044$), „Brustvergrößerung“ ($p=0,020$), „Brustverkleinerung“ ($p=0,029$) und „Narbenkorrektur“ ($p<0,001$), wurden signifikant häufiger dem Tätigkeitsbereich der plastischen Chirurgie zugeordnet, wenn die Studienteilnehmer angaben, einen Arzt in der Familie oder im Bekanntenkreis zu haben. Dies kann auch aus den Abbildungen 32-35 entnommen werden. Abbildung 36 stellt denselben Zusammenhang für ein rekonstruktives Verfahren, die „Korrektur einer Lippenpalte“ ($p=0,004$), dar. Für die eben genannten Verfahren kann die Alternativhypothese folglich angenommen werden. Es konnte kein signifikanter Unterschied bezüglich „Operation einer Hand- oder Fingerfraktur“ ($p=0,781$), „Facelift“ ($p=0,075$), „akute Verbrennung“ ($p=0,126$), „Nasenoperation aufgrund von Atemproblemen“ ($p=0,743$) und „Entfernung von Hautkrebs aus dem Gesicht“ ($p=0,606$) nachgewiesen werden.

Alternativhypothese: Es besteht ein Zusammenhang zwischen dem Zuordnungsverhalten verschiedener medizinischer Indikationen zum Fachgebiet der plastischen Chirurgie und ob sich ein Arzt im persönlichen Umfeld befindet.

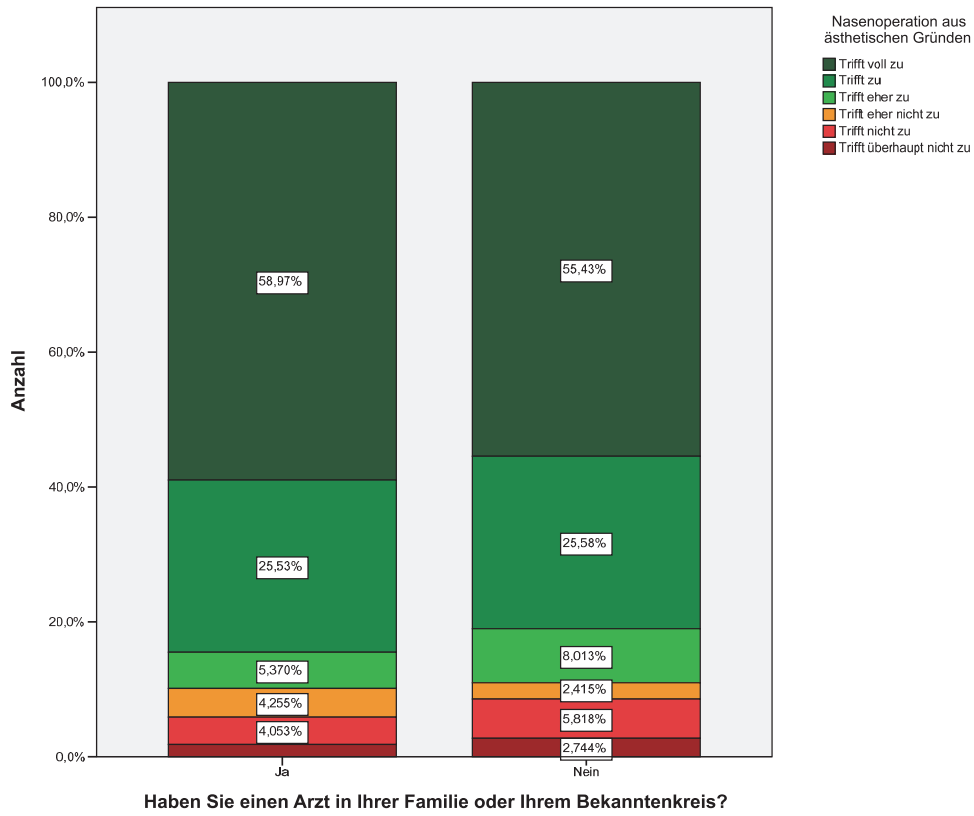


Abbildung 32 – D Arzt – Nasenoperation aus ästhetischen Gründen

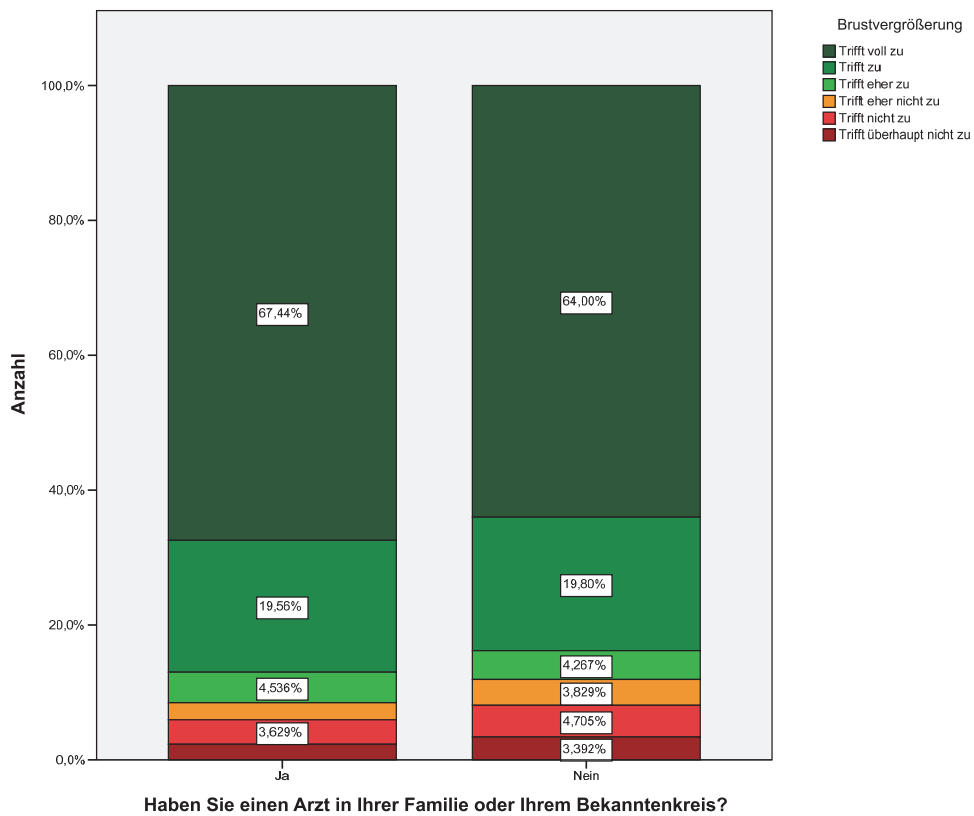


Abbildung 33 – D Arzt – Brustvergrößerung

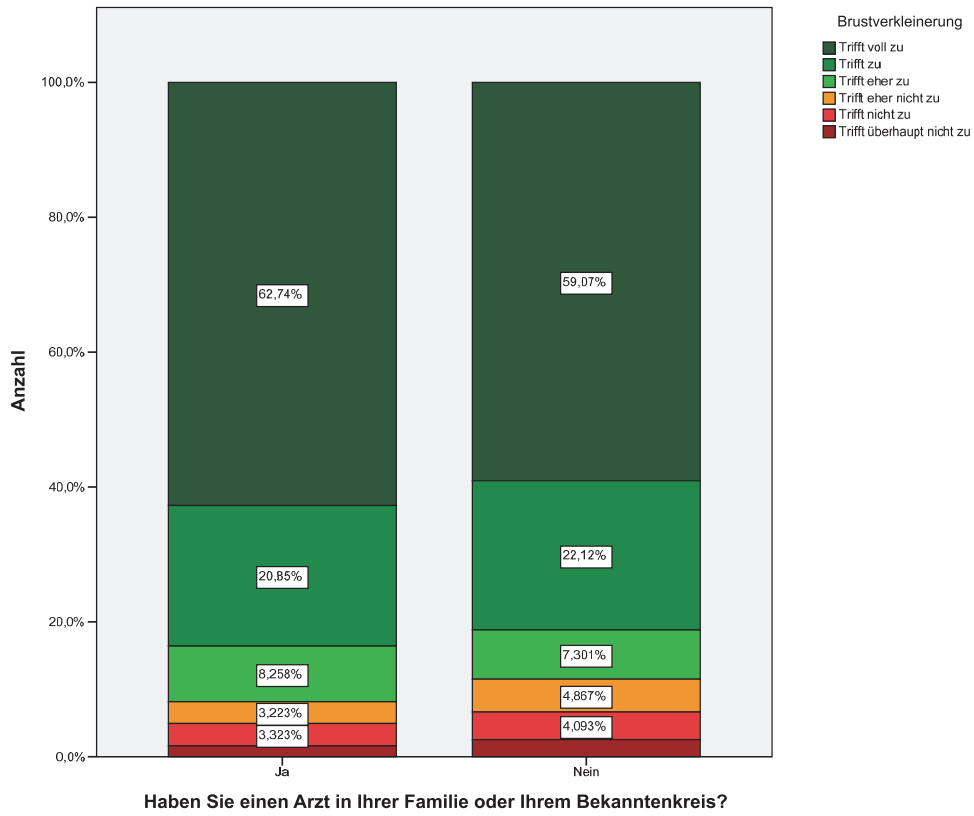


Abbildung 34 – D Arzt – Brustverkleinerung

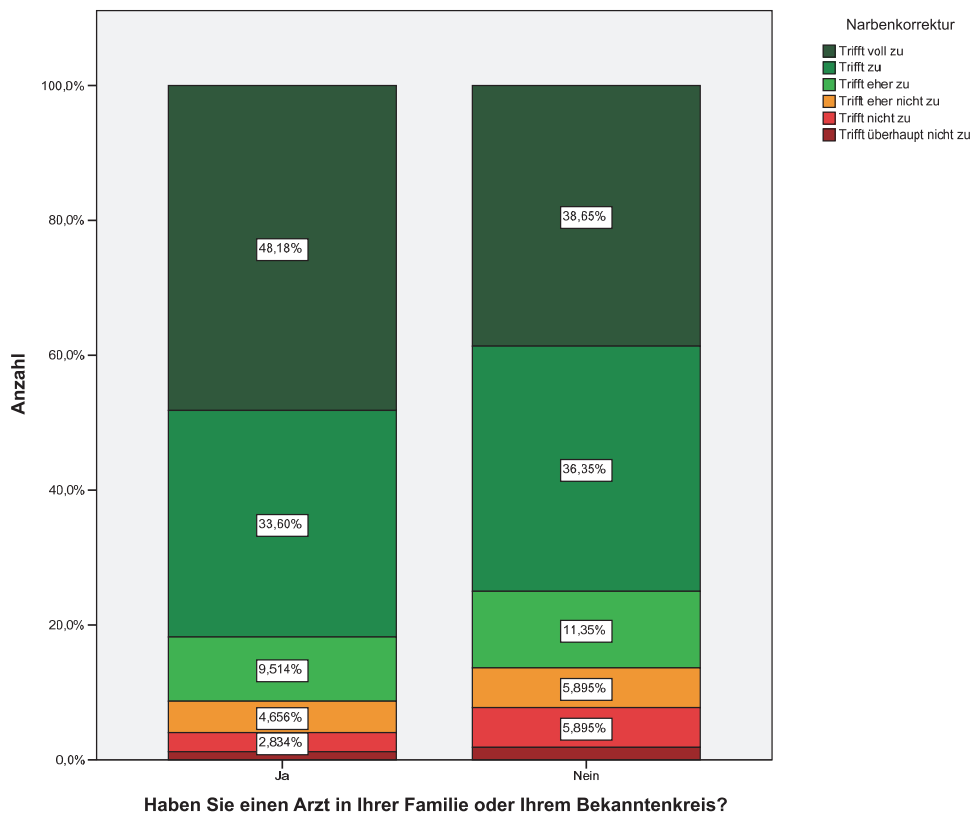


Abbildung 35 – D Arzt – Narbenkorrektur

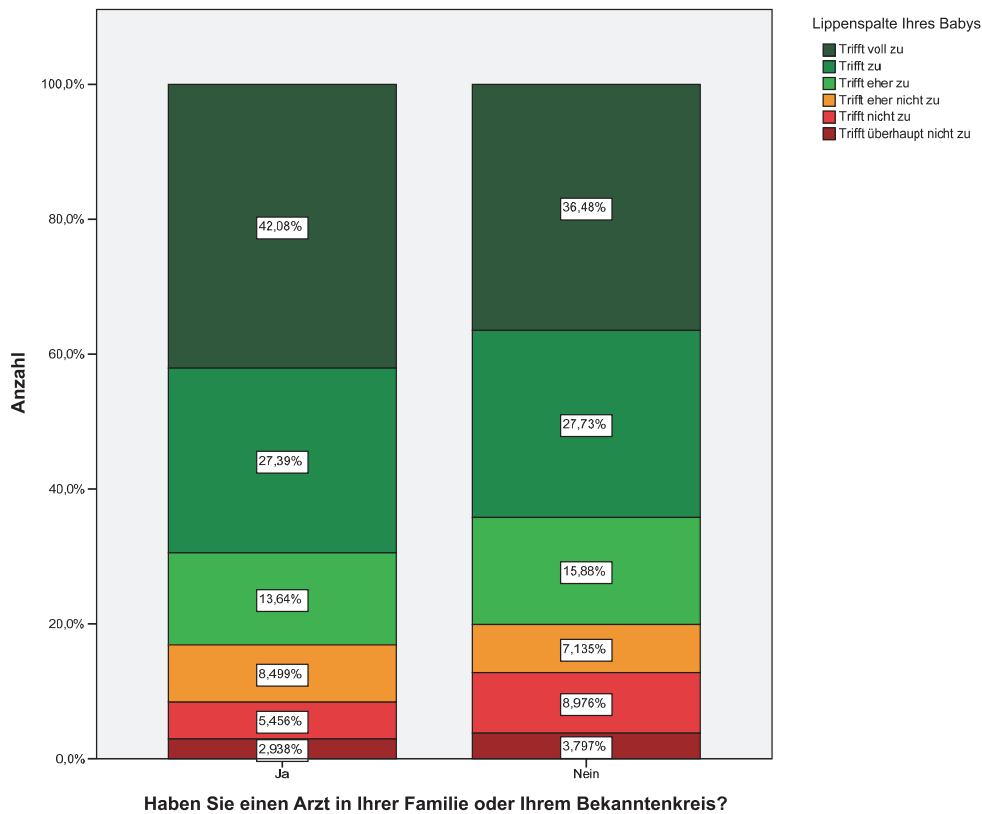
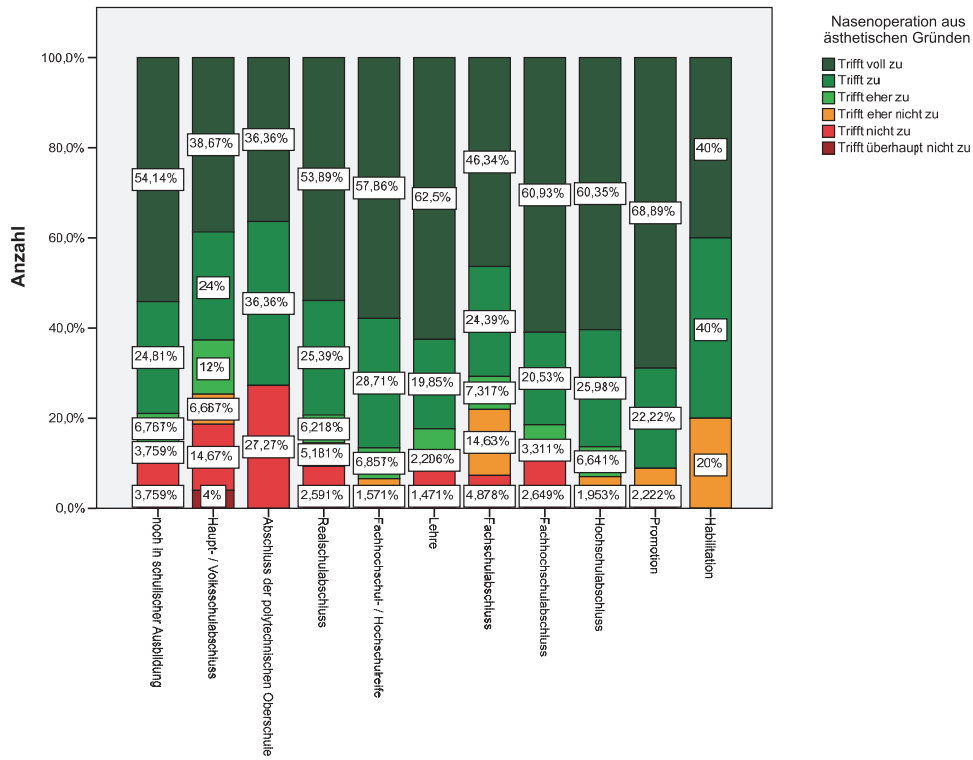


Abbildung 36 – D Arzt – Lippenspalte

Für einige medizinische Indikationen konnte, bei der Zuordnung zum Fachbereich der plastischen Chirurgie, ein Bildungsgefälle nachgewiesen werden. Hierbei zeigte sich ein statistisch signifikanter Zusammenhang zwischen dem höchsten Bildungsabschluss und der Zuordnung von „Nasenoperation aus ästhetischen Gründen“ ($p < 0,001$), „Narbenkorrektur“ ($p < 0,001$), „Facelift“ ($p = 0,002$), „Brustvergrößerung“ ($p < 0,001$), „Brustverkleinerung“ ($p < 0,001$), „akute Verbrennung“ ($p < 0,001$), „Lippenspalte“ ($p < 0,001$) und „Entfernung von Hautkrebs aus dem Gesicht“ ($p = 0,029$). **Je höher der Bildungsabschluss, desto eher erfolgte eine Zuordnung der entsprechenden medizinischen Indikationen zum Tätigkeitsbereich des plastischen Chirurgen.** Die Abbildungen 37-44 zeigen dies grafisch. Die jeweilige Alternativhypothese kann somit für die eben genannten Eingriffe angenommen werden.

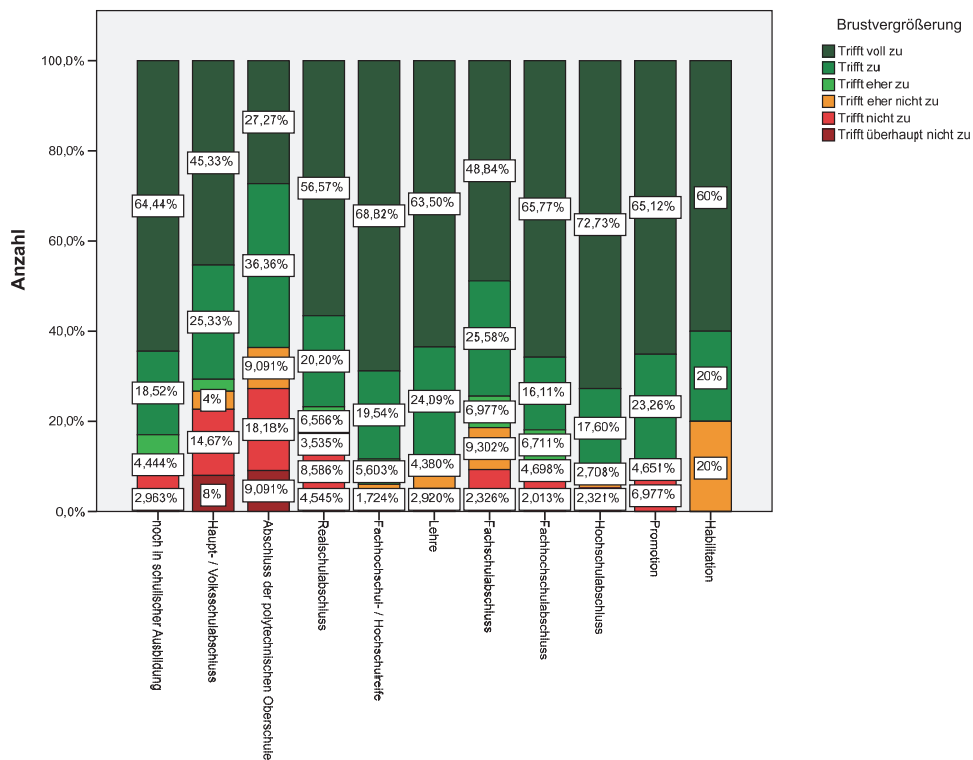
Für die „Operation einer Hand- oder Fingerfraktur“ ($p = 0,695$) und für die „Nasenoperation aufgrund von Atemproblemen“ ($p = 0,969$) konnte keine entsprechende Signifikanz nachgewiesen werden. (Heidekrueger et al., 2019)

Alternativhypothese: Es besteht ein Zusammenhang zwischen dem Zuordnungsverhalten verschiedener medizinischer Indikationen zum Fachgebiet der plastischen Chirurgie und dem höchsten Bildungsabschluss.



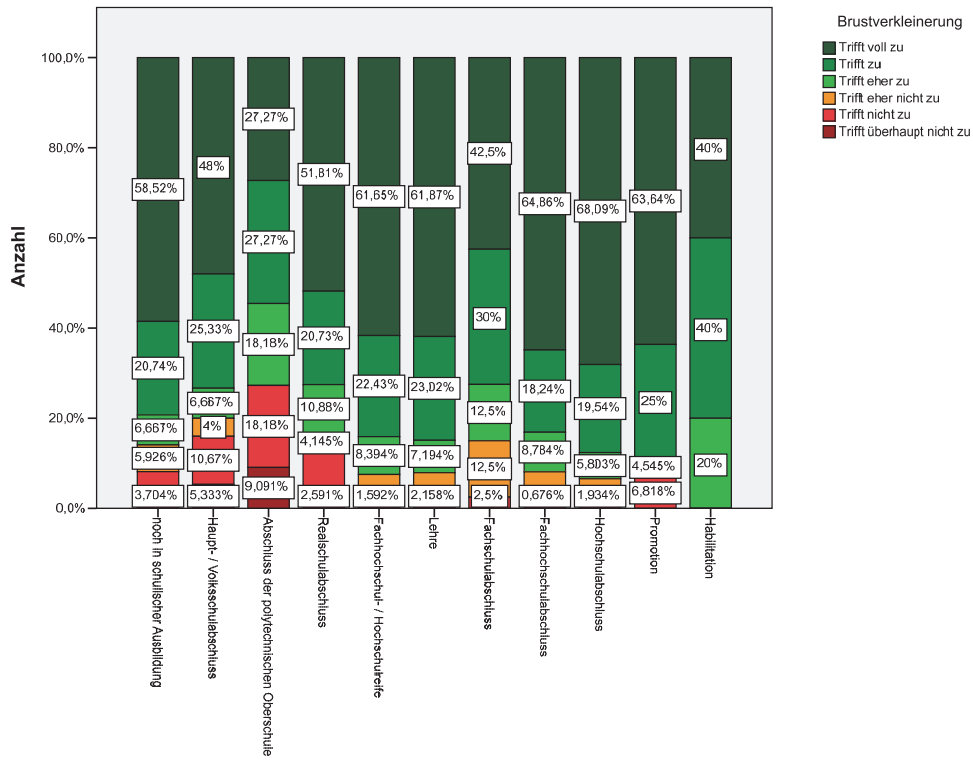
Welchen höchsten Bildungsabschluss haben Sie erzielt?

Abbildung 37 – D Bildung – Nasenoperation aus ästhetischen Gründen



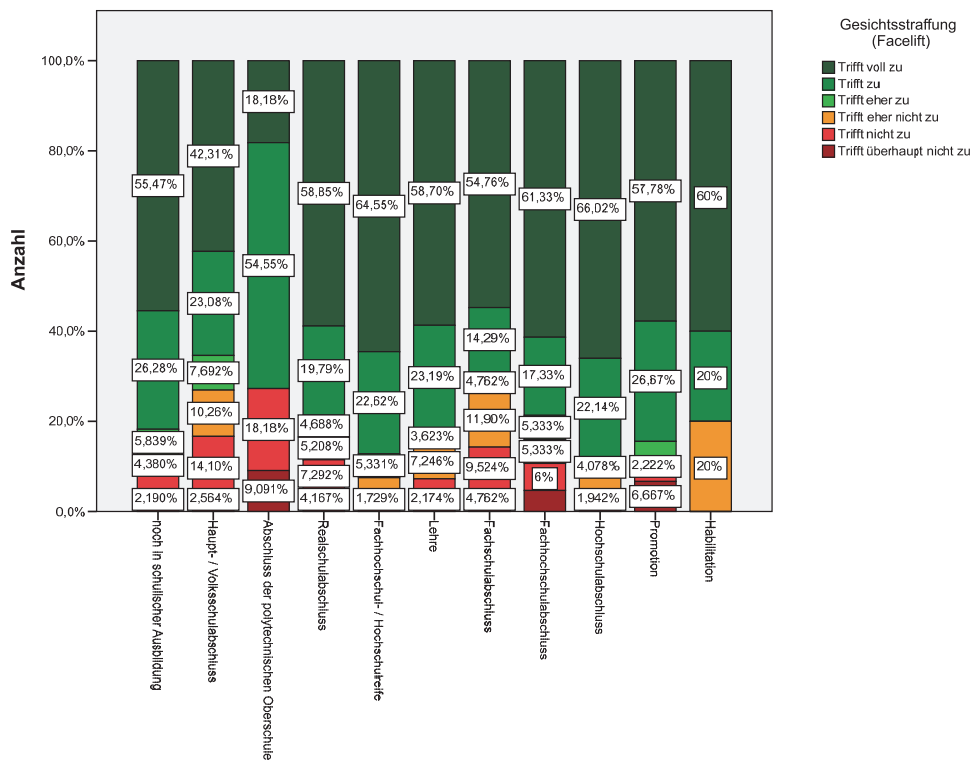
Welchen höchsten Bildungsabschluss haben Sie erzielt?

Abbildung 38 – D Bildung – Brustvergrößerung



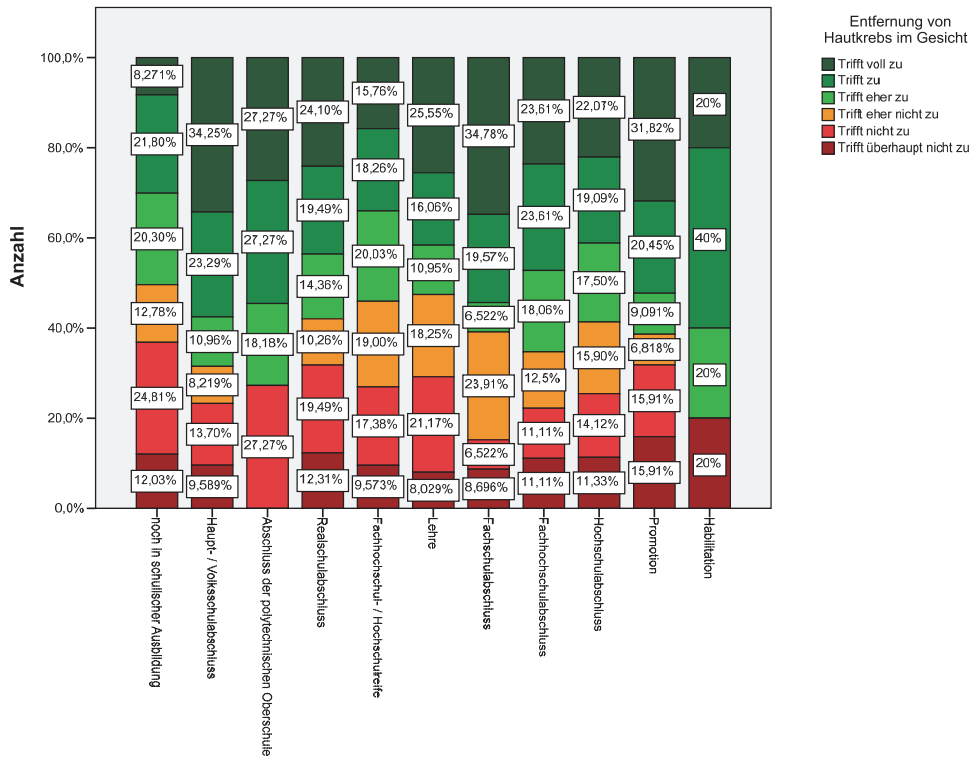
Welchen höchsten Bildungsabschluss haben Sie erzielt?

Abbildung 39 – D Bildung – Brustverkleinerung



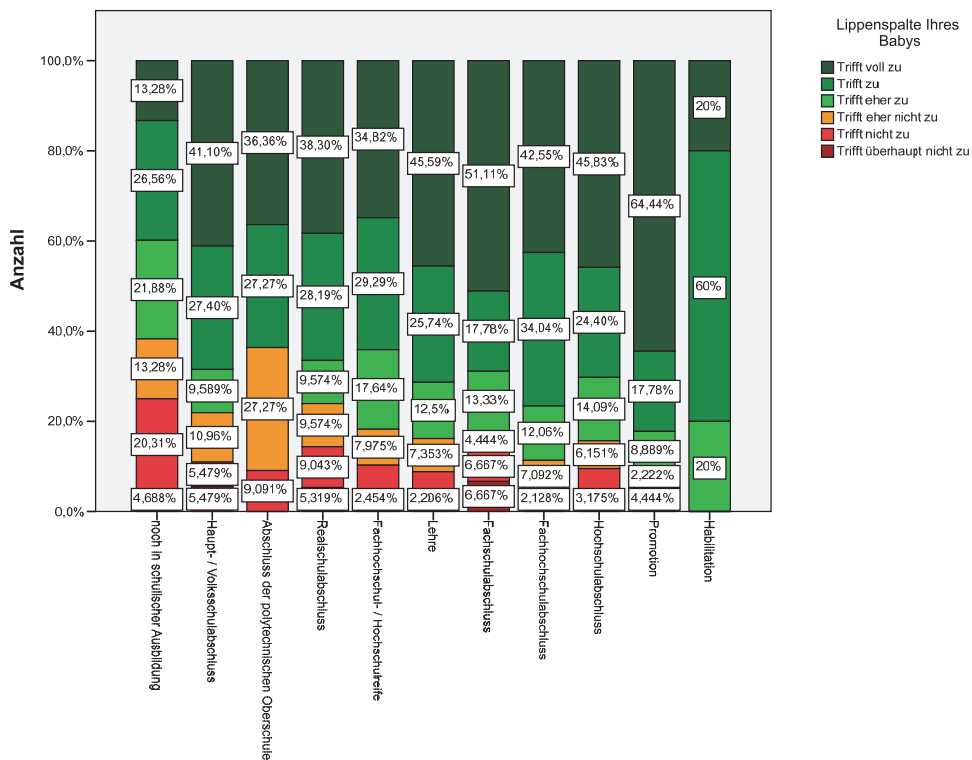
Welchen höchsten Bildungsabschluss haben Sie erzielt?

Abbildung 40 – D Bildung – Facelift



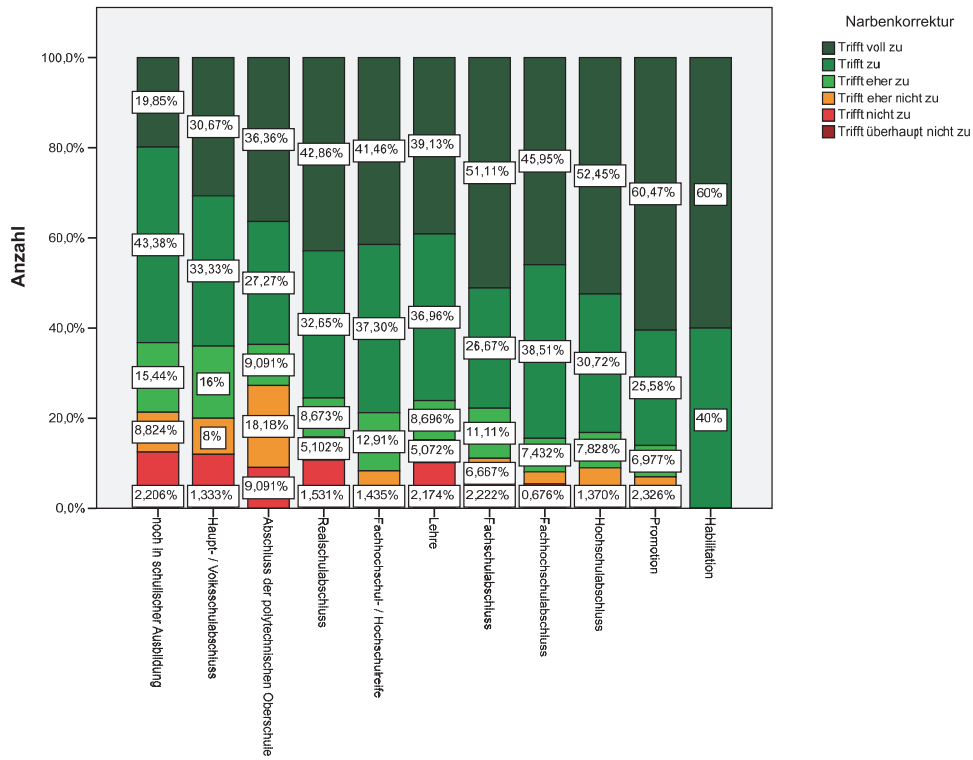
Welchen höchsten Bildungsabschluss haben Sie erzielt?

Abbildung 41 – D Bildung – Hautkrebs



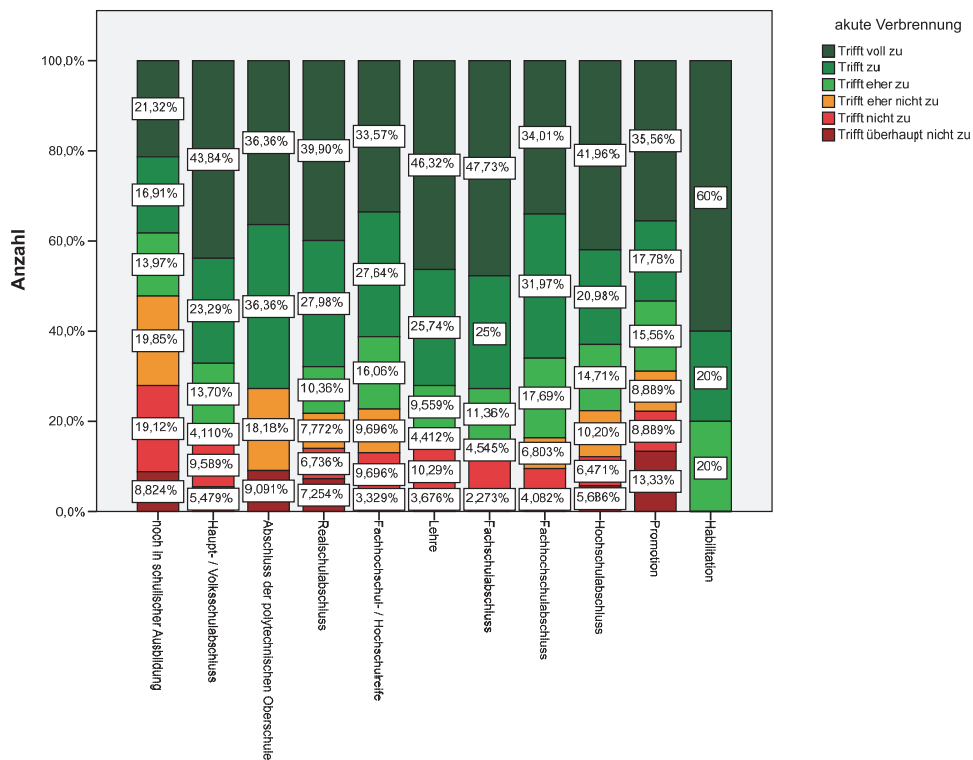
Welchen höchsten Bildungsabschluss haben Sie erzielt?

Abbildung 42 – D Bildung – Lippenspalte



Welchen höchsten Bildungsabschluss haben Sie erzielt?

Abbildung 43 – D Bildung – Narbenkorrektur (Heidekrueger et al., 2019)



Welchen höchsten Bildungsabschluss haben Sie erzielt?

Abbildung 44 – D Bildung – Verbrennung

Hinsichtlich der Zuordnung von medizinischen Indikationen zu dem Tätigkeitsspektrum der plastischen Chirurgie, konnten keine Unterschiede zwischen den Bundesländern nachgewiesen werden ($p > 0,05$). Die entsprechende Alternativhypothese wird folglich abgelehnt.

Alternativhypothese: Es besteht ein Zusammenhang zwischen dem Zuordnungsverhalten verschiedener medizinischer Indikationen zum Fachgebiet der plastischen Chirurgie und dem Bundesland.

Studienteilnehmer, die angaben, sich selbst schon einmal einer plastischen Operation unterzogen zu haben oder in nächster Zeit einen Eingriff zu planen, ordneten die „Narbenkorrektur“ ($p = 0,003$), die „Operation einer Hand- oder Fingerfraktur“ ($p < 0,001$), die Korrektur einer „Lippenspalte“ ($p = 0,001$) und die „Entfernung von Hautkrebs aus dem Gesicht“ ($p < 0,001$) signifikant häufiger dem Aufgabenbereich der plastischen Chirurgie zu, als Befragte, die selbst keinen plastischen Eingriff hatten. Dies ist in den Abbildungen 45-48 entsprechend dargestellt. Demgemäß kann die jeweilige Alternativhypothese für die eben genannten Operationen angenommen werden.

Für klassisch ästhetische Operationen, wie „Facelift“ ($p = 0,785$), „Brustvergrößerung“ ($p = 0,968$), „Brustverkleinerung“ ($p = 0,251$) oder „Nasenoperation aus ästhetischen Gründen“ ($p = 0,911$) konnte dieser Unterschied im Antwortverhalten nicht nachgewiesen werden. Es konnte ebenfalls keine entsprechende Signifikanz bezüglich „akuter Verbrennung“ ($p = 0,182$) oder „Nasenoperation aufgrund von Atemproblemen“ ($p = 0,075$) aufgezeigt werden.

Alternativhypothese: Es besteht ein Zusammenhang zwischen dem Zuordnungsverhalten verschiedener medizinischer Indikationen zum Fachgebiet der plastischen Chirurgie und eigener vorangegangener oder geplanter plastischer Operation.

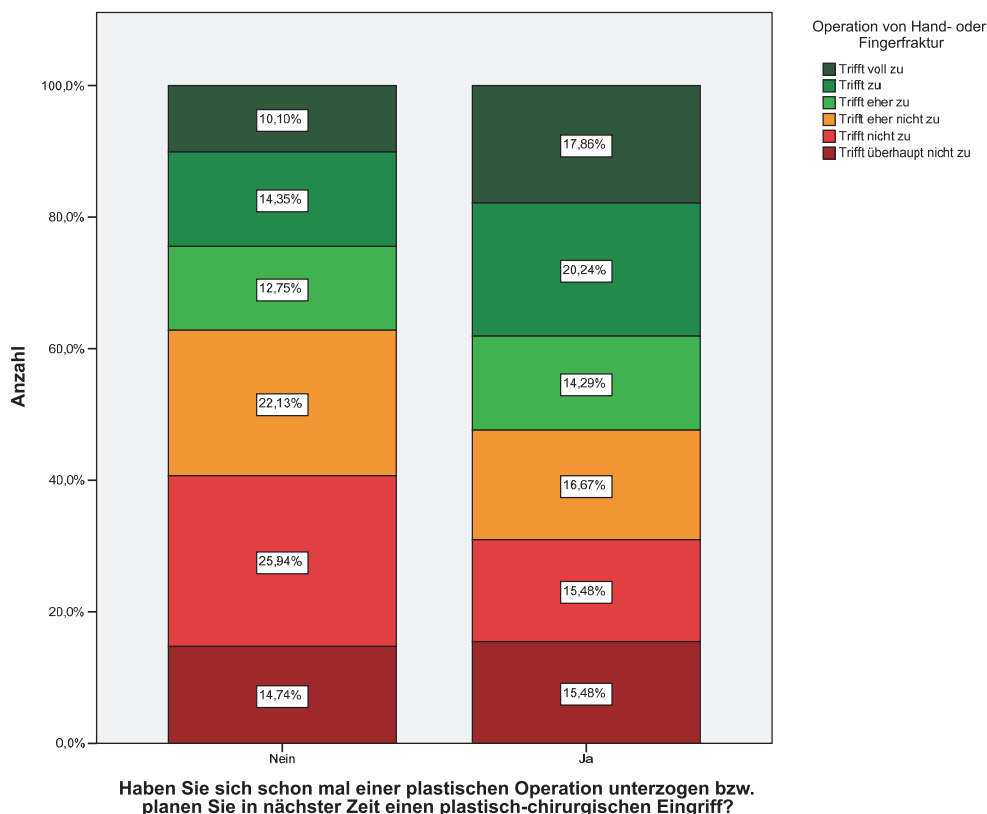


Abbildung 45 – D Eigene Operation – Hand- oder Fingerfraktur

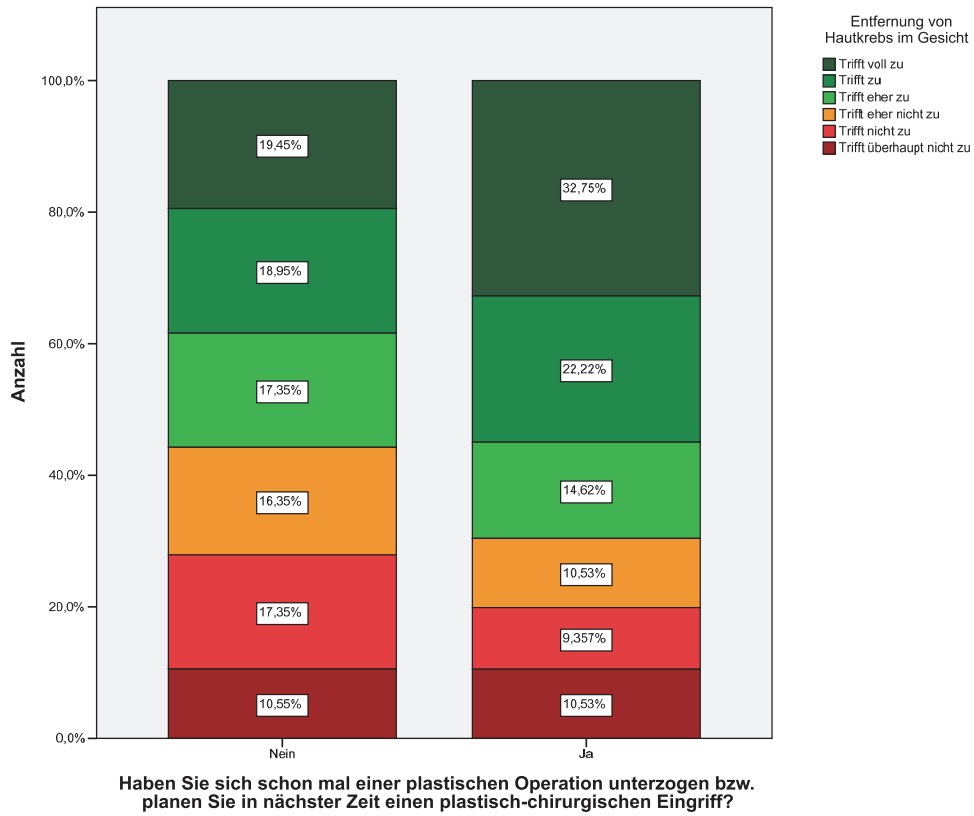


Abbildung 46 – D Eigene Operation – Hautkrebs

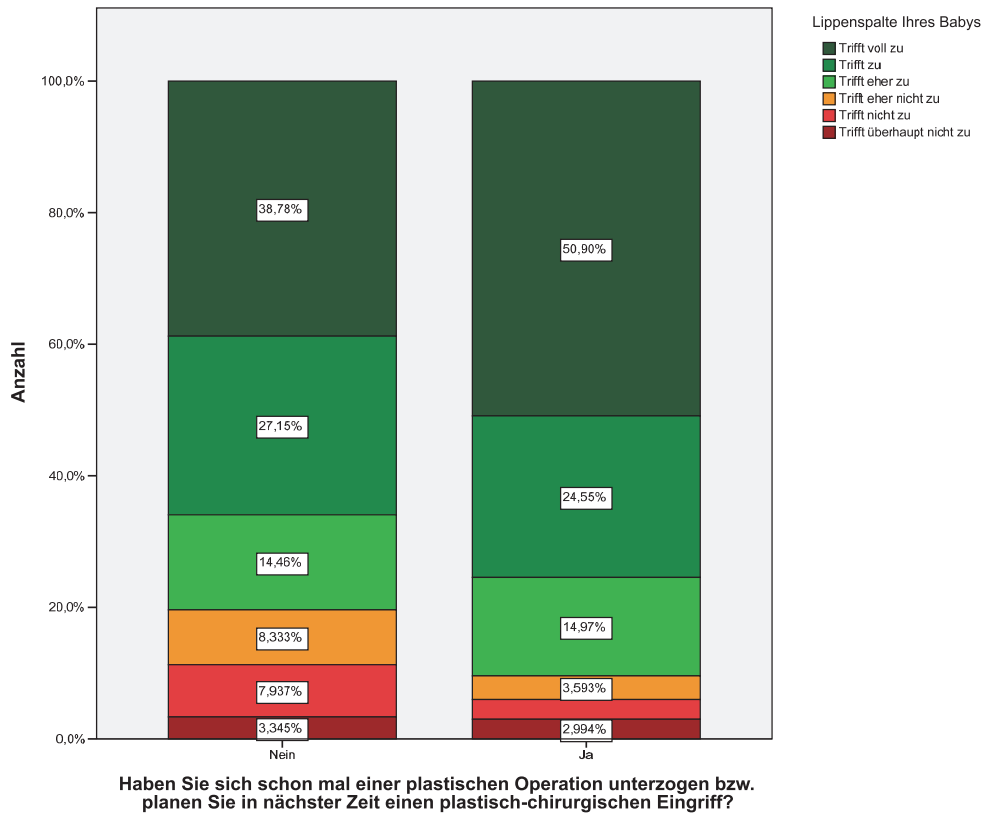


Abbildung 47 – D Eigene Operation – Lippenspalte

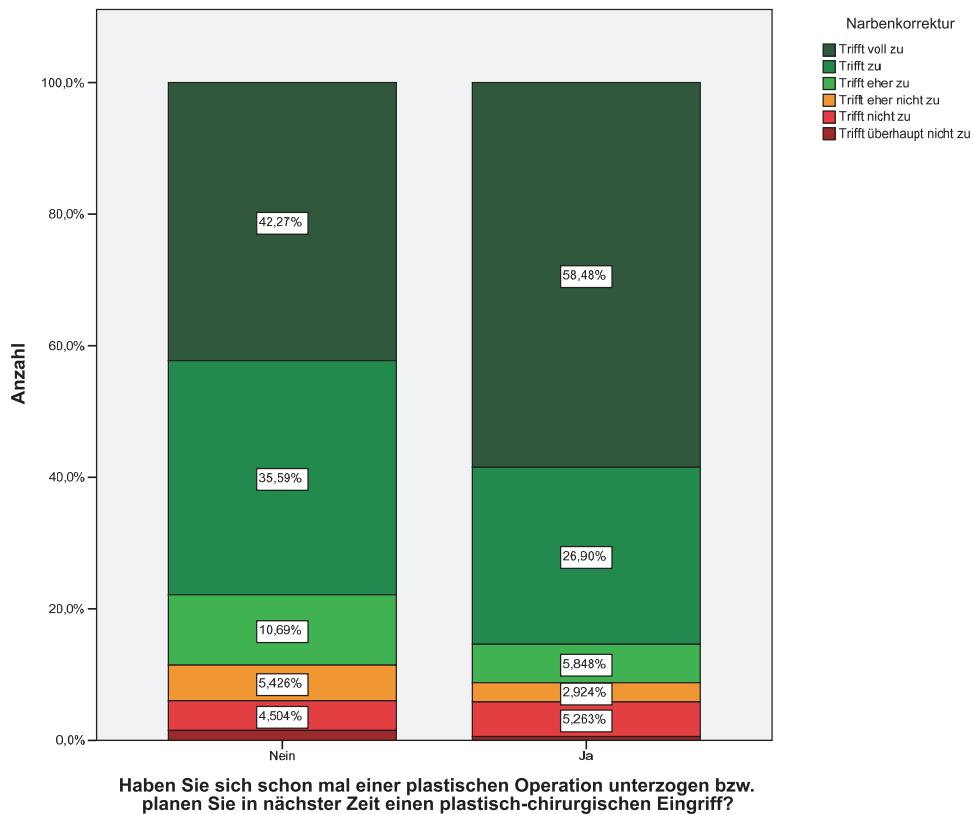


Abbildung 48 – D Eigene Operation – Narbenkorrektur

Abbildung 17 zeigt, dass bei einem Großteil der Studienteilnehmer keine Beeinflussung der eigenen Wahrnehmung durch die Familie oder den Freundeskreis vorliegt ($md=5$). Jedoch konnte detektiert werden, dass Befragte, die angaben, diesbezüglich von Familie oder Freunden beeinflusst zu werden, signifikant häufiger bestimmte medizinische Indikationen der plastischen Chirurgie als zugehörig anrechneten. Dies konnte für ästhetische und rekonstruktive Verfahren, wie „Narbenkorrektur“ ($p=0,003$), „Facelift“ ($p=0,003$), „Brustvergrößerung“ ($p=0,001$), „Brustverkleinerung“ ($p<0,001$), „Lippenspalte“ ($p=0,049$), „Nasenoperation aufgrund von Atemproblemen“ ($p=0,031$), „Nasenoperation aus ästhetischen Gründen“ ($p=0,001$) und „Entfernung von Hautkrebs aus dem Gesicht“ ($p=0,011$) nachgewiesen werden. Der Zusammenhang kann aus den Abbildungen 49-56 entnommen werden. Folglich wird die Alternativhypothese für die eben genannten plastischen Eingriffe angenommen. Für die „Operation einer Hand- oder Fingerfraktur“ ($p=0,109$) und für die Behandlung einer „akuten Verbrennung“ ($p=0,209$) konnte kein entsprechend signifikanter Unterschied aufgezeigt werden.

Alternativhypothese: Es besteht ein Zusammenhang zwischen dem Zuordnungsverhalten verschiedener medizinischer Indikationen zum Fachgebiet der plastischen Chirurgie und der Beeinflussung durch Familie und Freunde.

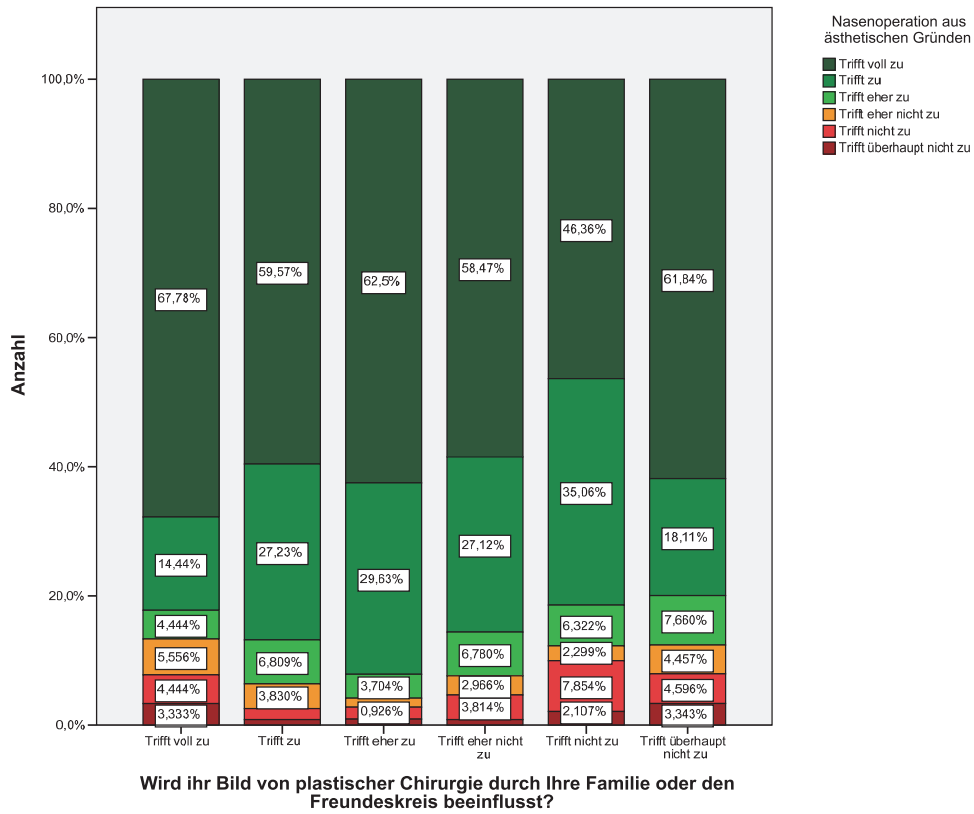


Abbildung 49 – D Familie und Freunde – Nasenoperation aus ästhetischen Gründen

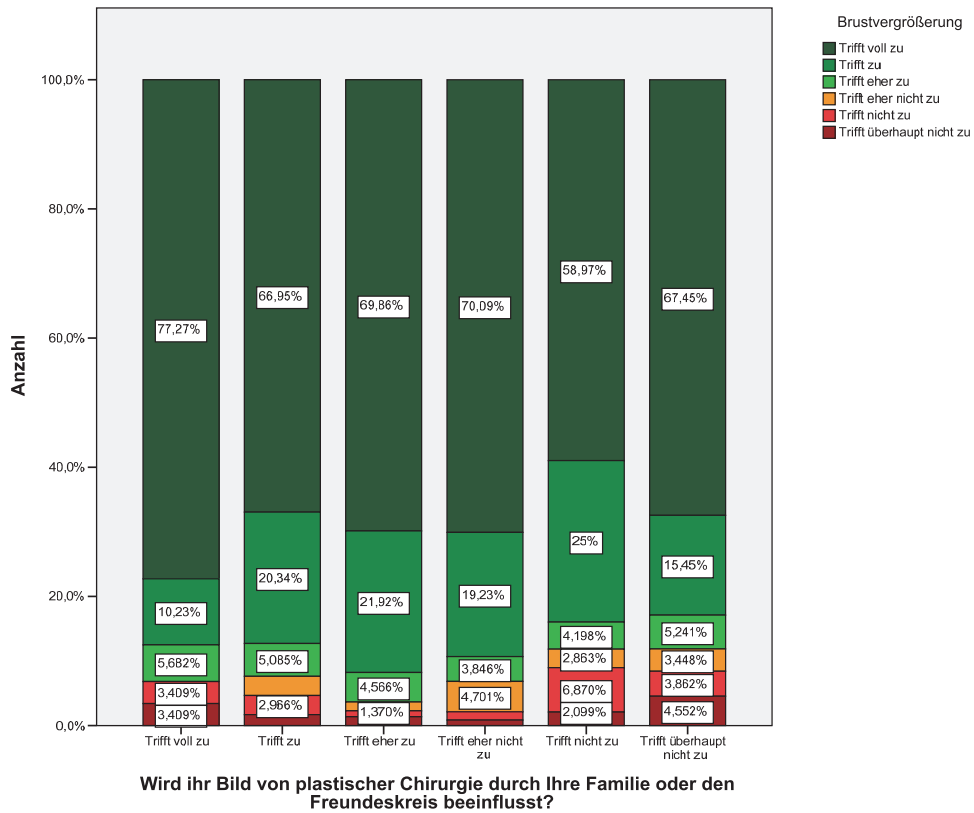


Abbildung 50 – D Familie und Freunde – Brustvergrößerung

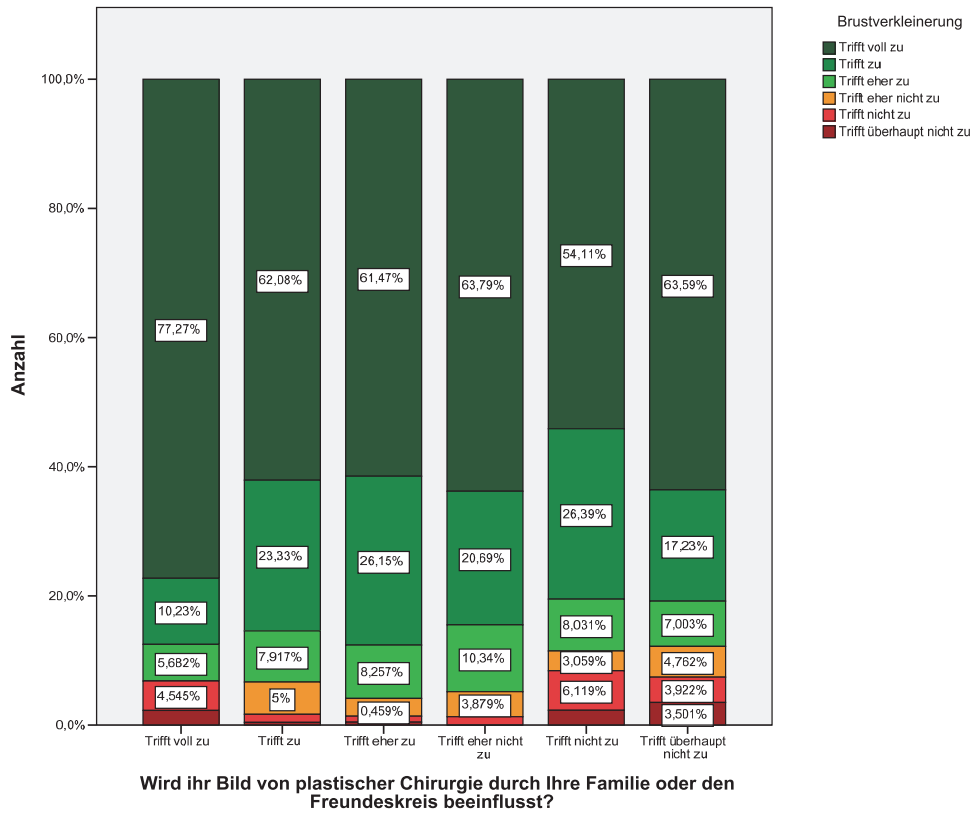


Abbildung 51 – D Familie und Freunde – Brustverkleinerung

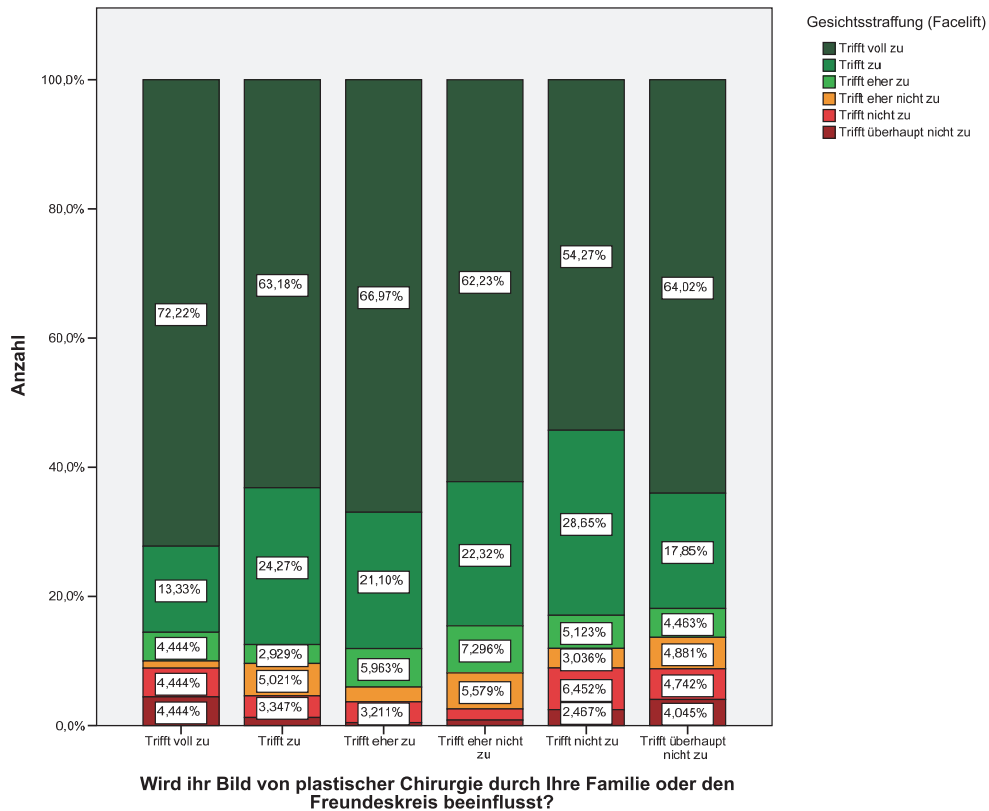


Abbildung 52 – D Familie und Freunde – Facelift

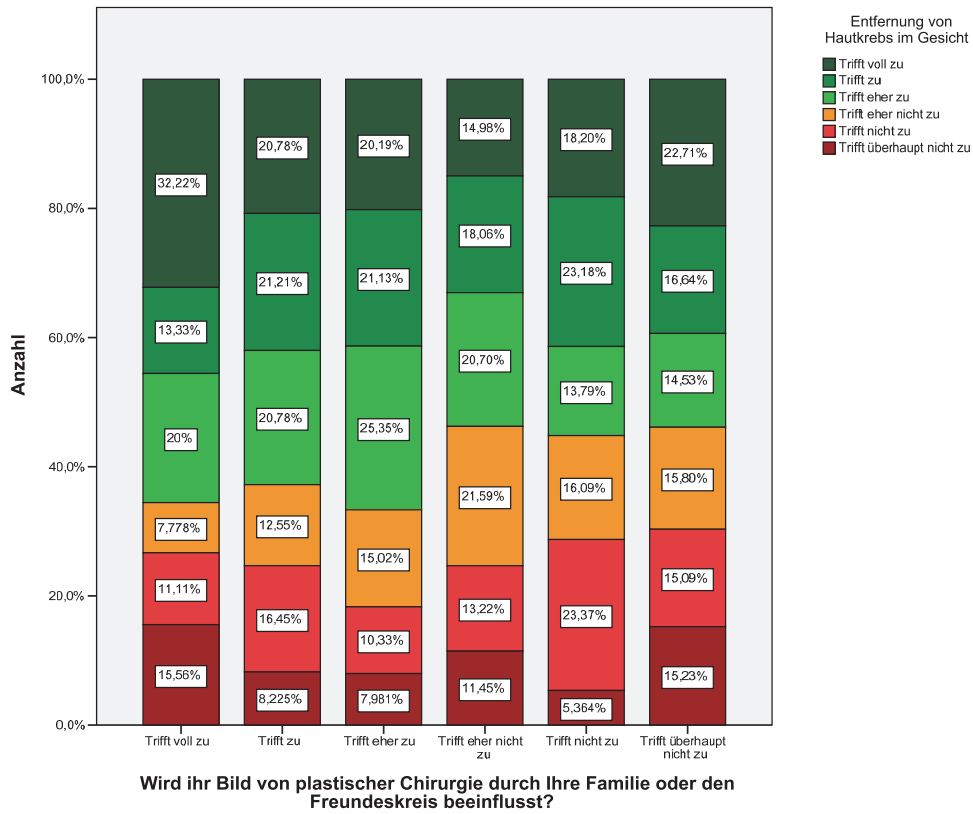


Abbildung 53 – D Familie und Freunde – Hautkrebs

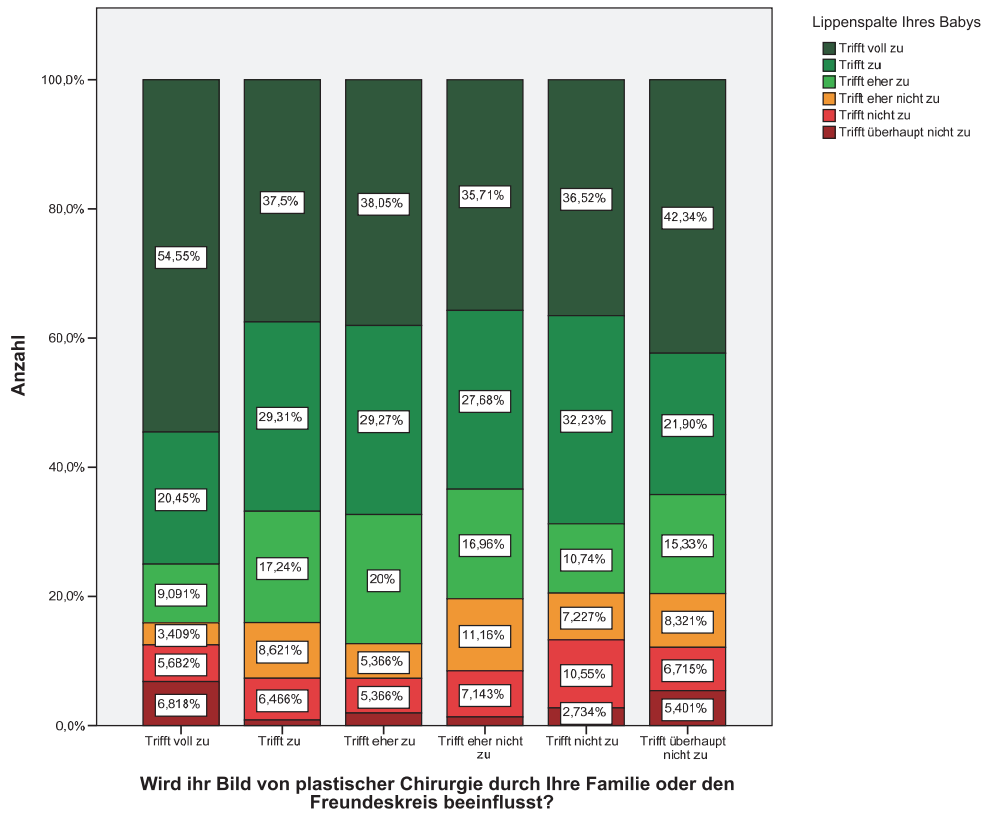


Abbildung 54 – D Familie und Freunde – Lippenspalte

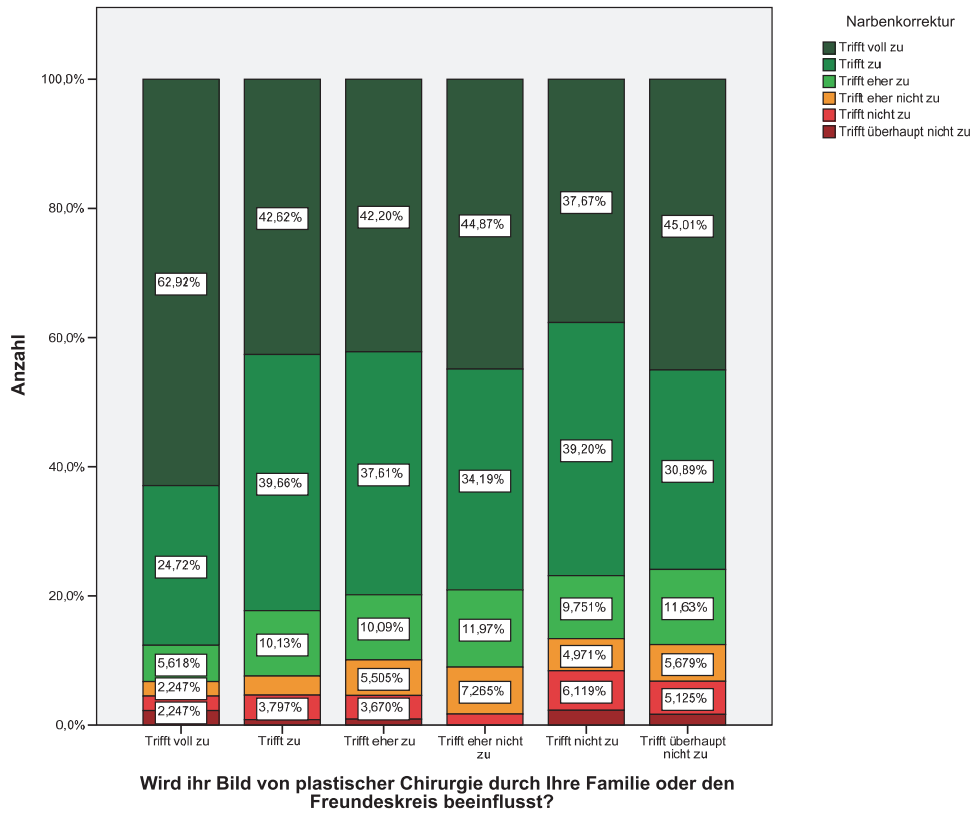


Abbildung 55 – D Familie und Freunde – Narbenkorrektur

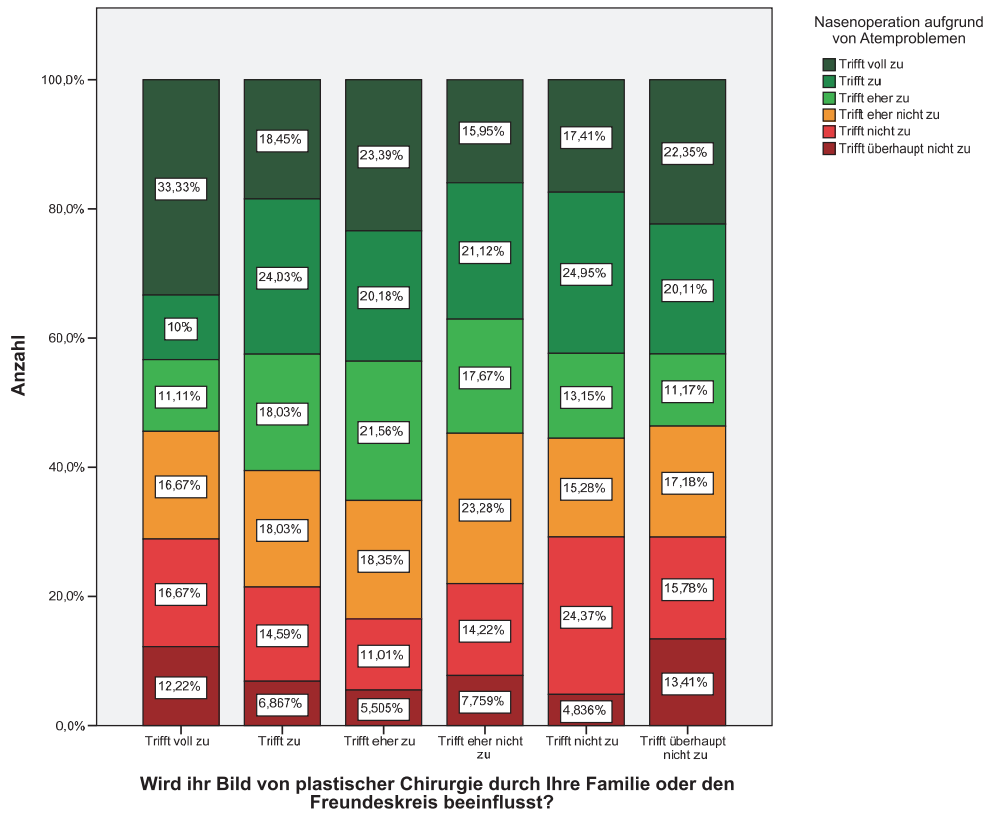


Abbildung 56 – D Familie und Freunde – Nasenoperation aufgrund von Atemproblemen

Ferner konnte ein geschlechterspezifischer Unterschied im Zuordnungsverhalten der medizinischen Indikationen zum Aufgabenspektrum der plastischen Chirurgie nachgewiesen werden. Frauen betrachteten signifikant häufiger die „Narbenkorrektur“ ($p=0,040$), die „akute Verbrennung“ ($p=0,004$), die Korrektur einer „Lippenspalte“ ($0,047$), die „Nasenoperation aufgrund von Atemproblemen“ ($p=0,013$) und die „Nasenoperation aus ästhetischen Gründen“ ($p=0,023$) als Bestandteil der plastischen Chirurgie, im Vergleich zu männlichen Teilnehmern. Dieser Unterschied kann auch aus den Abbildungen 57-61 abgelesen werden. Somit kann die jeweilige Alternativhypothese, für die eben genannten medizinischen Indikationen, angenommen werden.

Bei klassisch ästhetischen Eingriffen, wie „Facelift“ ($p=0,112$), „Brustvergrößerung“ ($p=0,877$) oder „Brustverkleinerung“ ($p=0,220$) war kein Unterschied nachweisbar. Für die „Operation einer Hand- oder Fingerfraktur“ ($p=0,180$) oder die „Entfernung von Hautkrebs aus dem Gesicht“ ($p=0,549$) konnte ebenfalls keine entsprechende Signifikanz aufgezeigt werden.

Alternativhypothese: Es besteht ein Zusammenhang zwischen dem Zuordnungsverhalten verschiedener medizinischer Indikationen zum Fachgebiet der plastischen Chirurgie und dem Geschlecht.

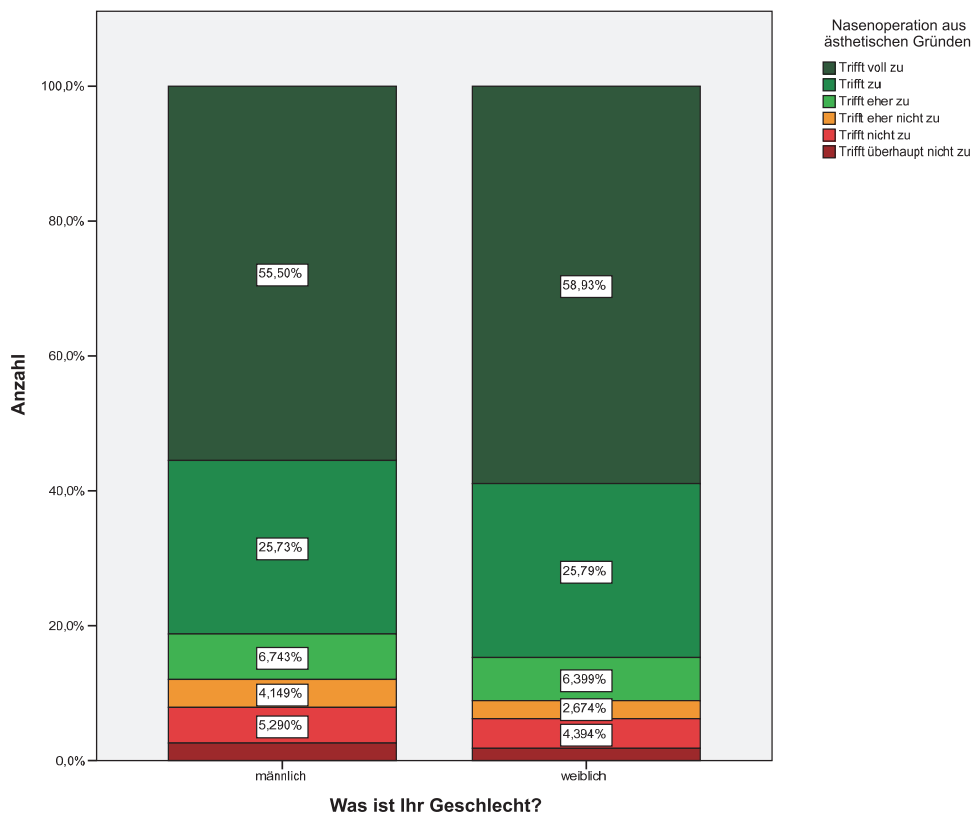


Abbildung 57 – D Geschlecht – Nasenoperation aus ästhetischen Gründen

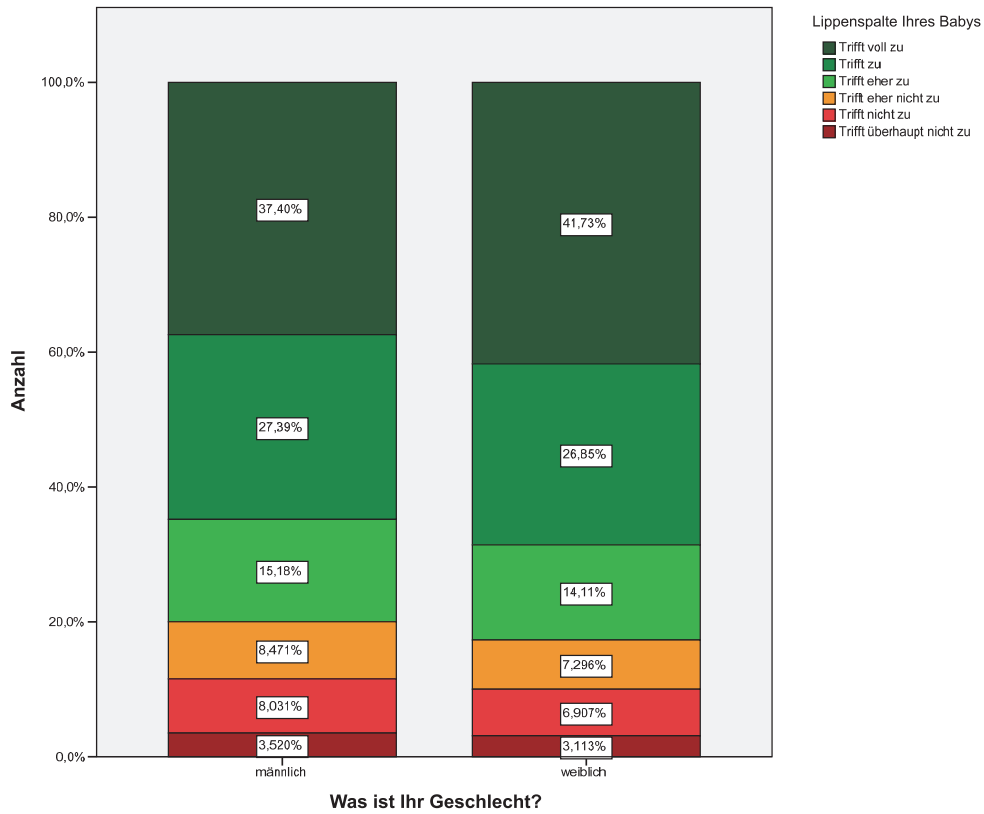


Abbildung 58 – D Geschlecht – Lippenspalte

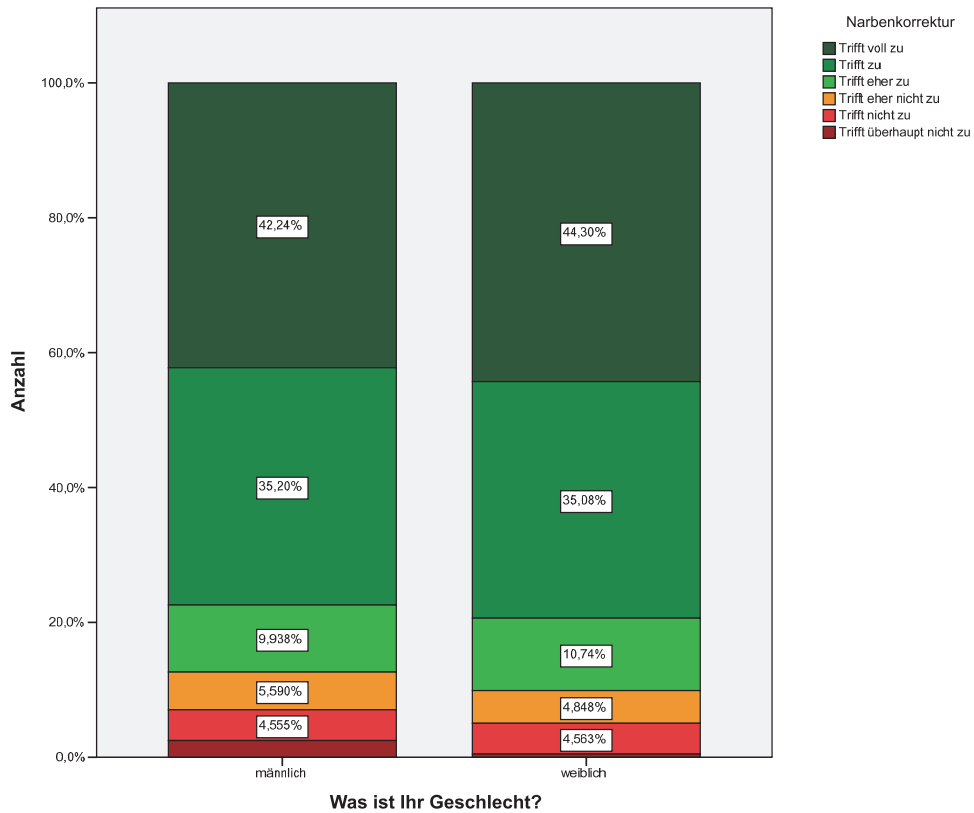


Abbildung 59 – D Geschlecht – Narbenkorrektur

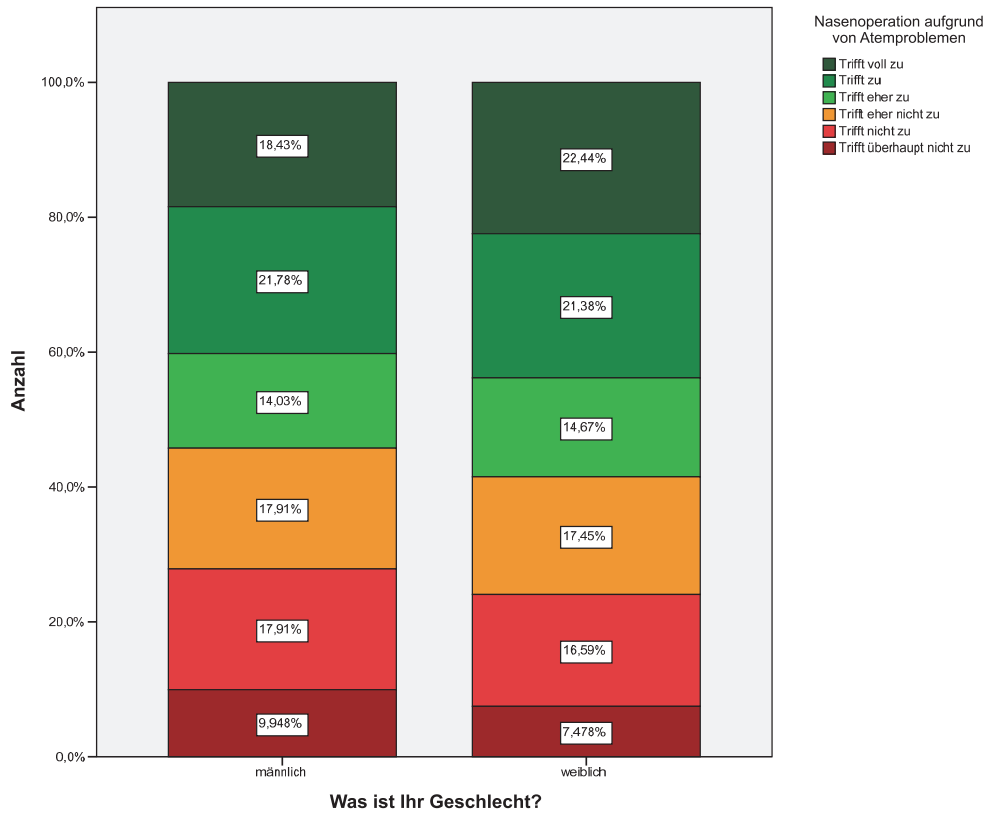


Abbildung 60 – D Geschlecht – Nasenoperation aufgrund von Atemproblemen

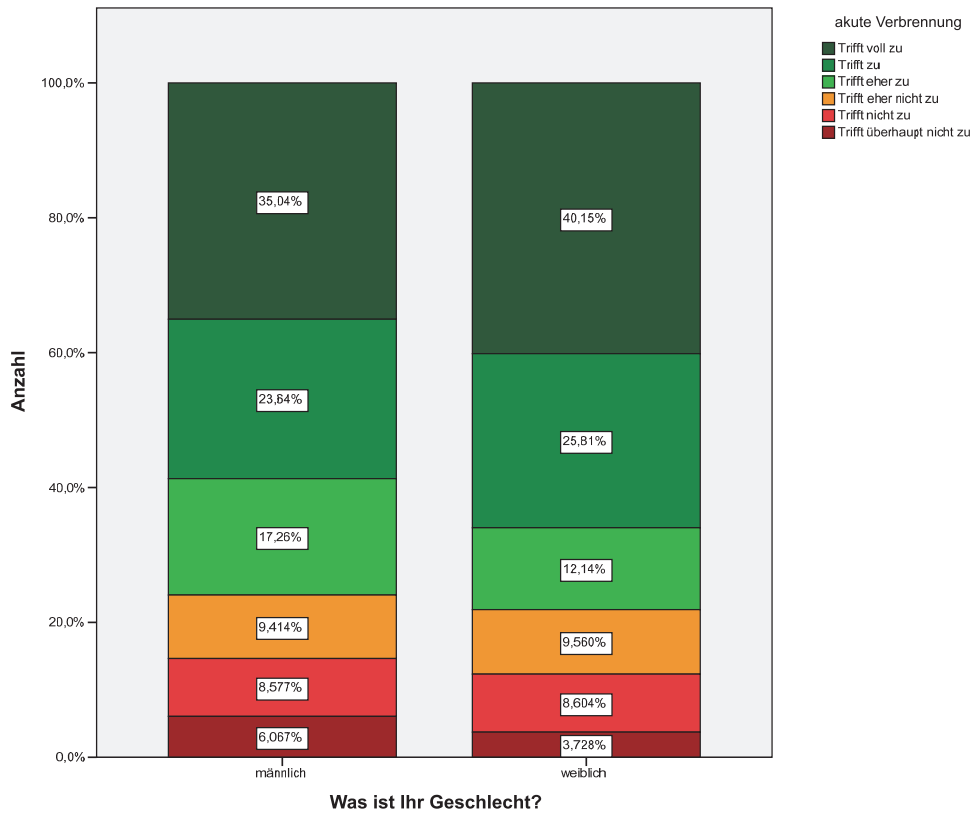


Abbildung 61 – D Geschlecht – Verbrennung

Abbildung 14 zeigt, dass der größte Teil der Teilnehmer ihren eigenen Informationsgrad bezüglich plastischer Chirurgie als tendenziell nicht ausreichend ($md=4$) einschätzt. Es konnte detektiert werden, dass ein Zusammenhang zwischen der eigenen Einschätzung und dem Zuordnungsverhalten von medizinischen Indikationen zum Aufgabenspektrum der plastischen Chirurgie besteht. Dieser signifikante Zusammenhang konnte für alle medizinischen Beschwerden nachgewiesen werden. Lediglich die „Nasenoperation aufgrund von Atemproblemen“ ($p=0,641$) zeigte keine entsprechende Signifikanz. Bis auf diese Ausnahme kann die dazugehörige Alternativhypothese angenommen werden. Die nachfolgenden Abbildungen 62-70 zeigen dieses Ergebnis grafisch für die „Narbenkorrektur“ ($p<0,001$), die „Operation einer Hand- oder Fingerfraktur“ ($p=0,037$), das „Facelift“ ($p<0,001$), die „akute Verbrennung“ ($p<0,001$), die „Brustvergrößerung“ ($p=0,004$), die „Brustverkleinerung“ ($p<0,001$), die „Korrektur einer Lippenspalte“ ($p<0,001$), die „Nasenoperation aus ästhetischen Gründen“ ($p<0,001$) und für die „Entfernung von Hautkrebs aus dem Gesicht“ ($p=0,008$).

Alternativhypothese: Es besteht ein Zusammenhang zwischen dem Zuordnungsverhalten verschiedener medizinischer Indikationen zum Fachgebiet der plastischen Chirurgie und der Selbsteinschätzung der eigenen Informationslage.

Diese Beobachtung bestätigt außerdem die Hypothese, dass bessere Information der Öffentlichkeit den vorhandenen Mangel an Wissen über plastische Chirurgie beheben könnte, zumal ein hoher Anteil der Studienteilnehmer den eigenen Wissensstand als eher nicht ausreichend einschätzt ($md=4$). Gleichzeitig muss aber beachtet werden, dass der größte Teil der Befragten auch tendenziell keine umfassendere Information wünscht ($md=4$), wie in Abbildung 19 dargestellt.

Alternativhypothese: Durch Information der Öffentlichkeit und gegebenenfalls ärztlicher Kollegen und verbesserte Darstellung sollte sich daher dieser Zustand verbessern lassen.

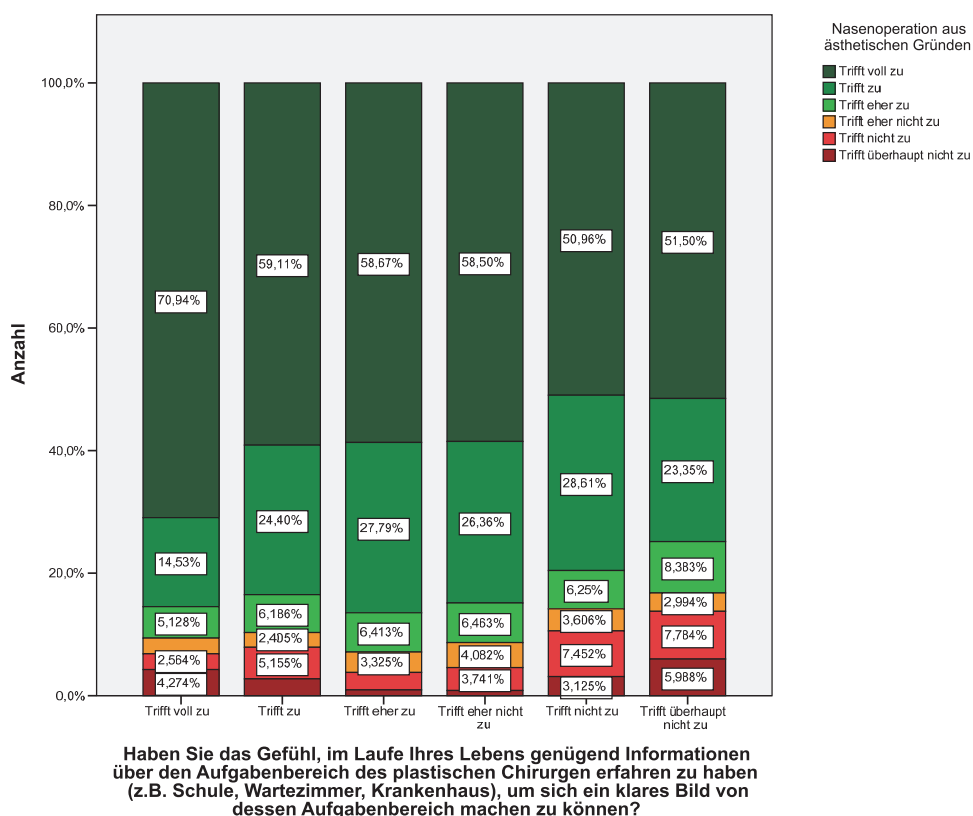
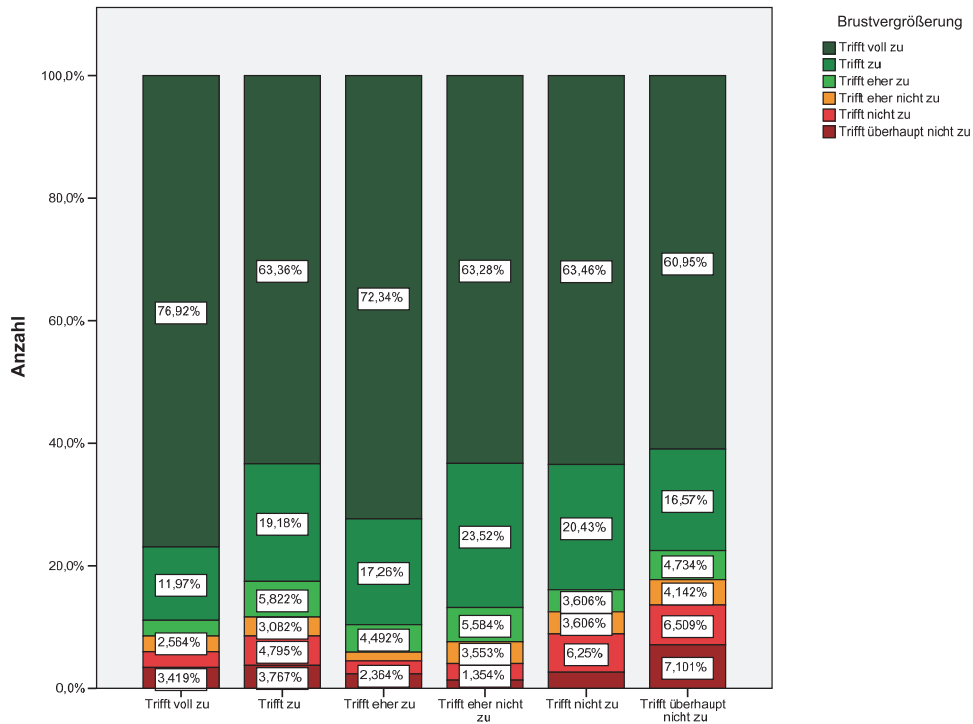
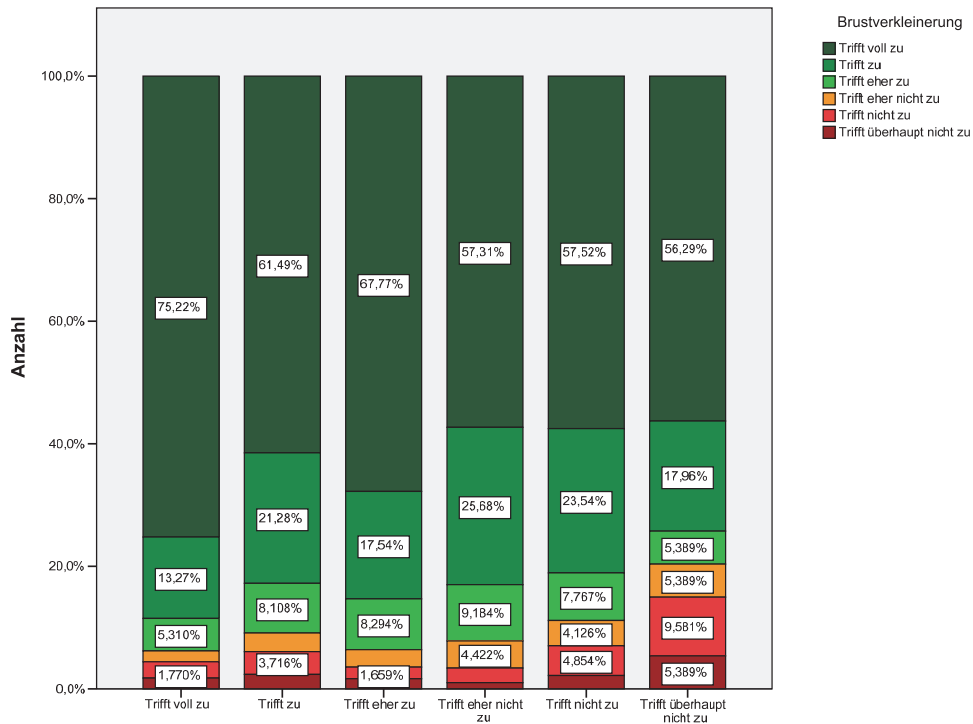


Abbildung 62 – D Wissensstand – Nasenoperation aus ästhetischen Gründen



Haben Sie das Gefühl, im Laufe Ihres Lebens genügend Informationen über den Aufgabenbereich des plastischen Chirurgen erfahren zu haben (z.B. Schule, Wartezimmer, Krankenhaus), um sich ein klares Bild von dessen Aufgabenbereich machen zu können?

Abbildung 63 – D Wissensstand – Brustvergrößerung



Haben Sie das Gefühl, im Laufe Ihres Lebens genügend Informationen über den Aufgabenbereich des plastischen Chirurgen erfahren zu haben (z.B. Schule, Wartezimmer, Krankenhaus), um sich ein klares Bild von dessen Aufgabenbereich machen zu können?

Abbildung 64 – D Wissensstand – Brustverkleinerung

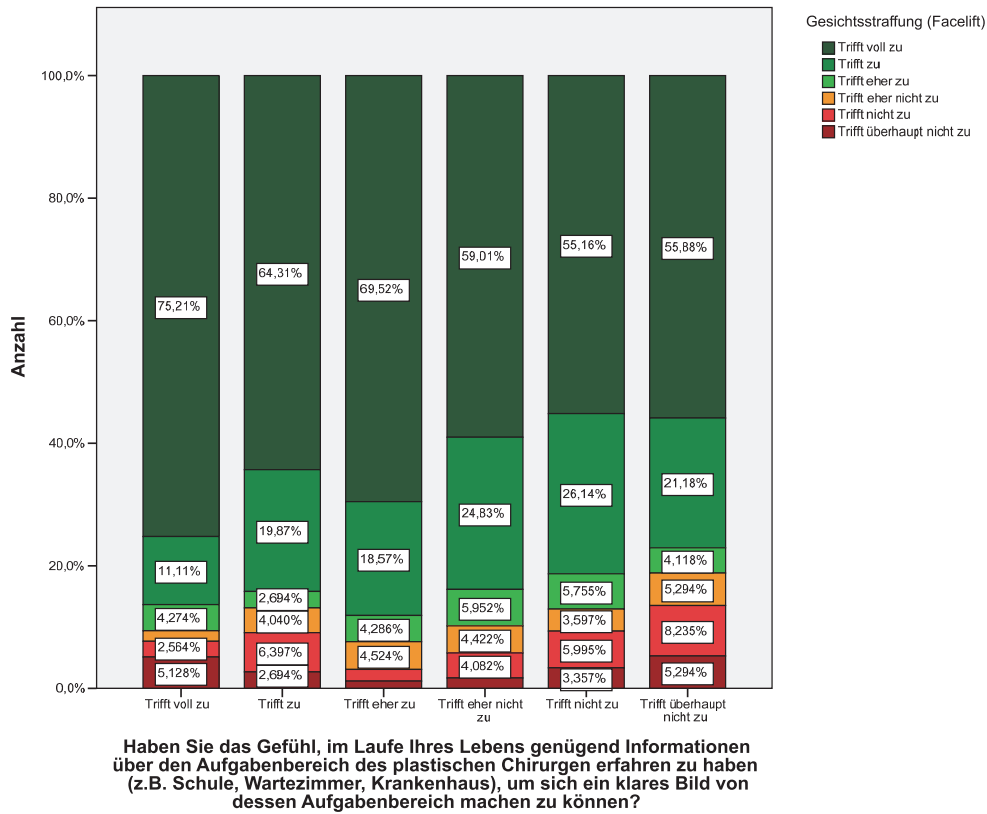


Abbildung 65 – D Wissensstand – Facelift

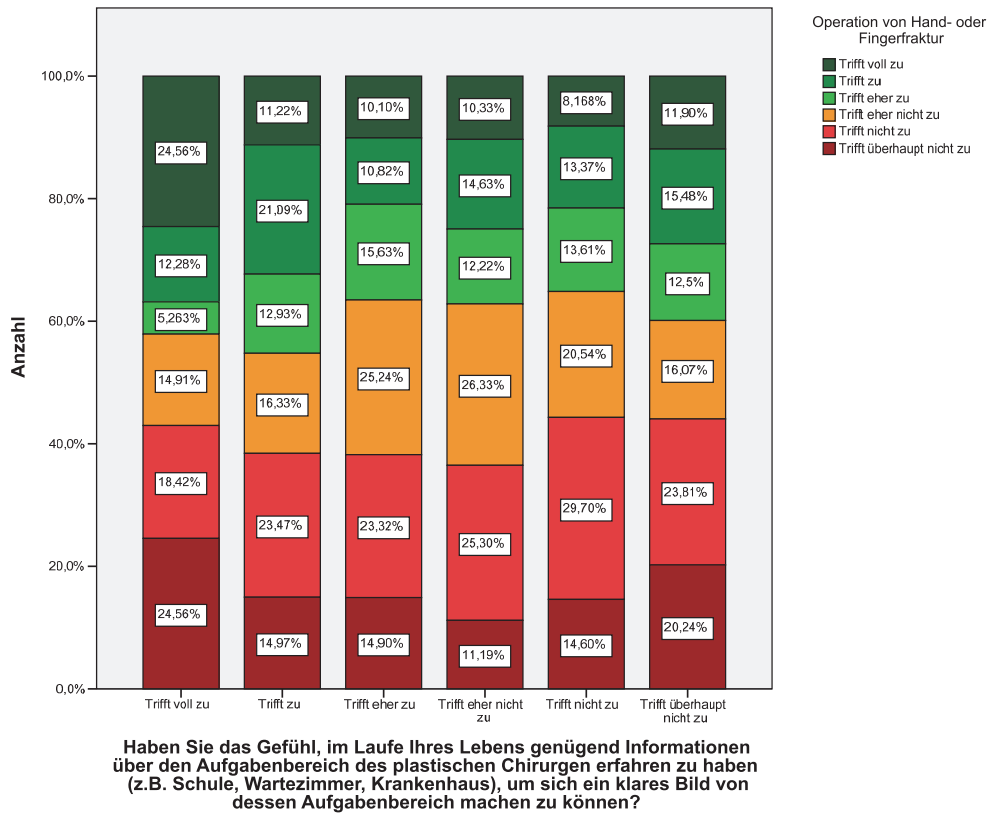


Abbildung 66 – D Wissensstand – Hand- oder Fingerfraktur

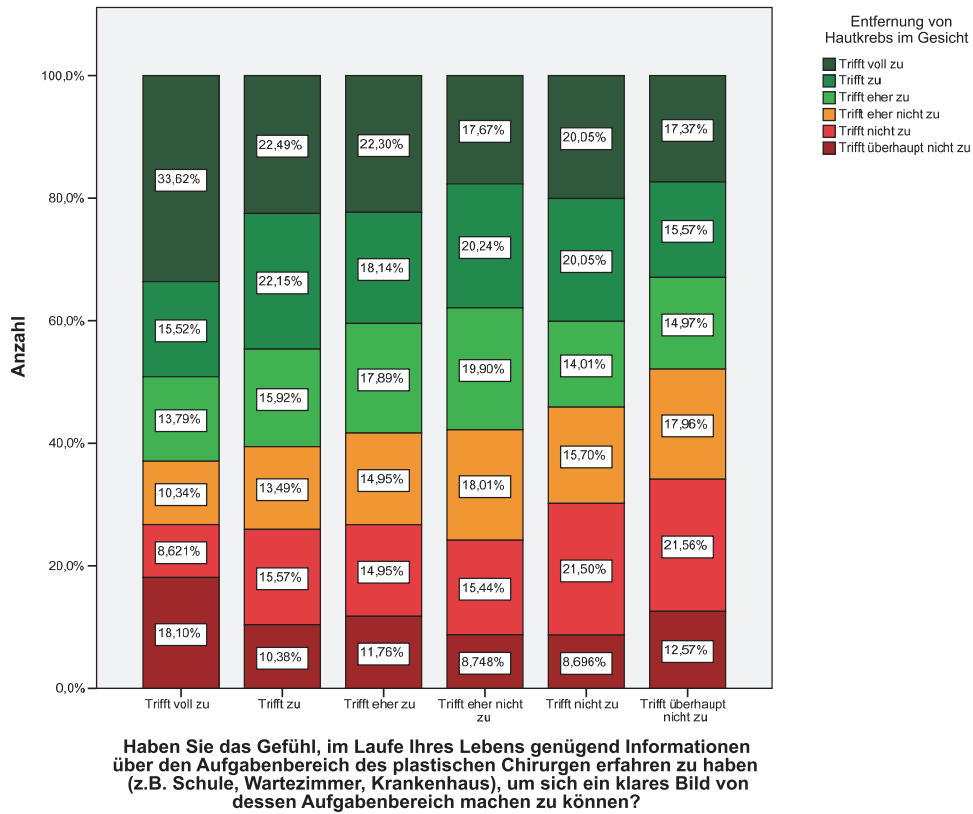


Abbildung 67 – D Wissensstand – Hautkrebs

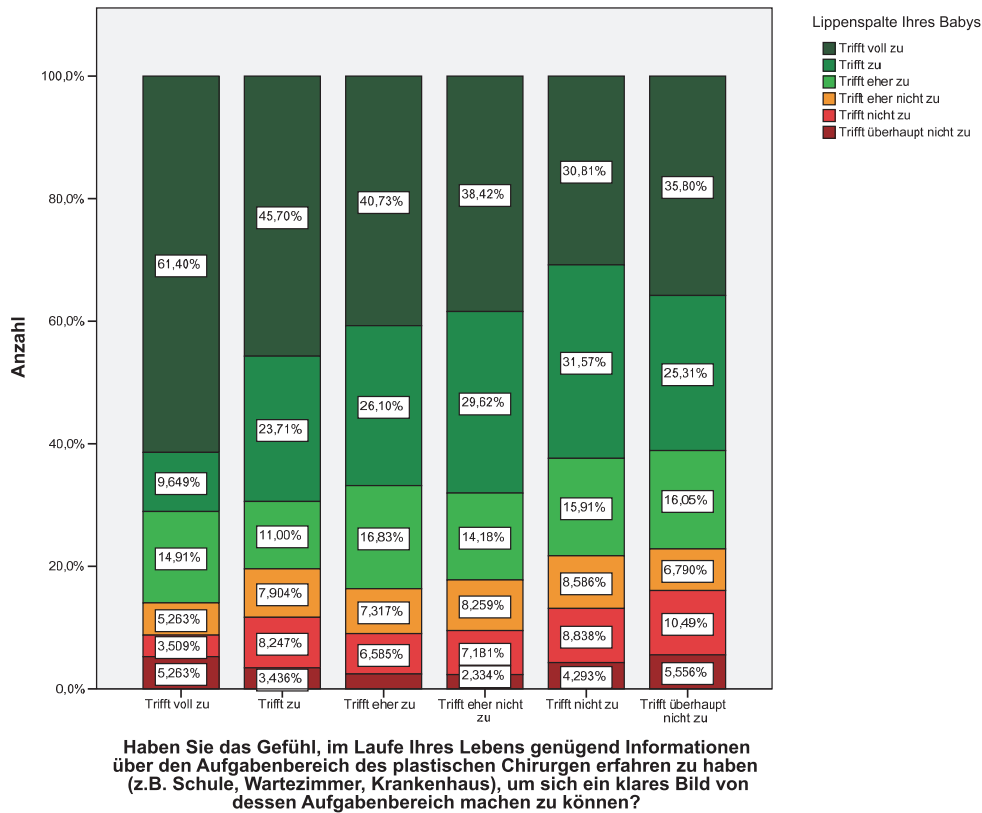


Abbildung 68 – D Wissensstand – Lippenspalte

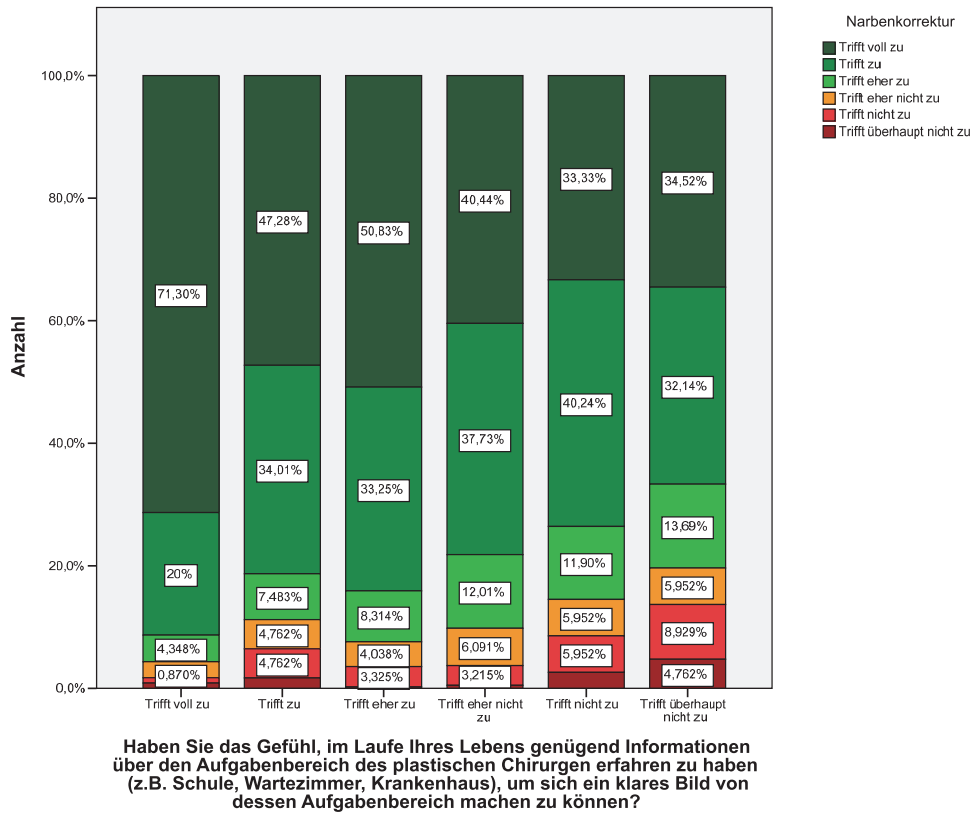


Abbildung 69 – D Wissensstand – Narbenkorrektur

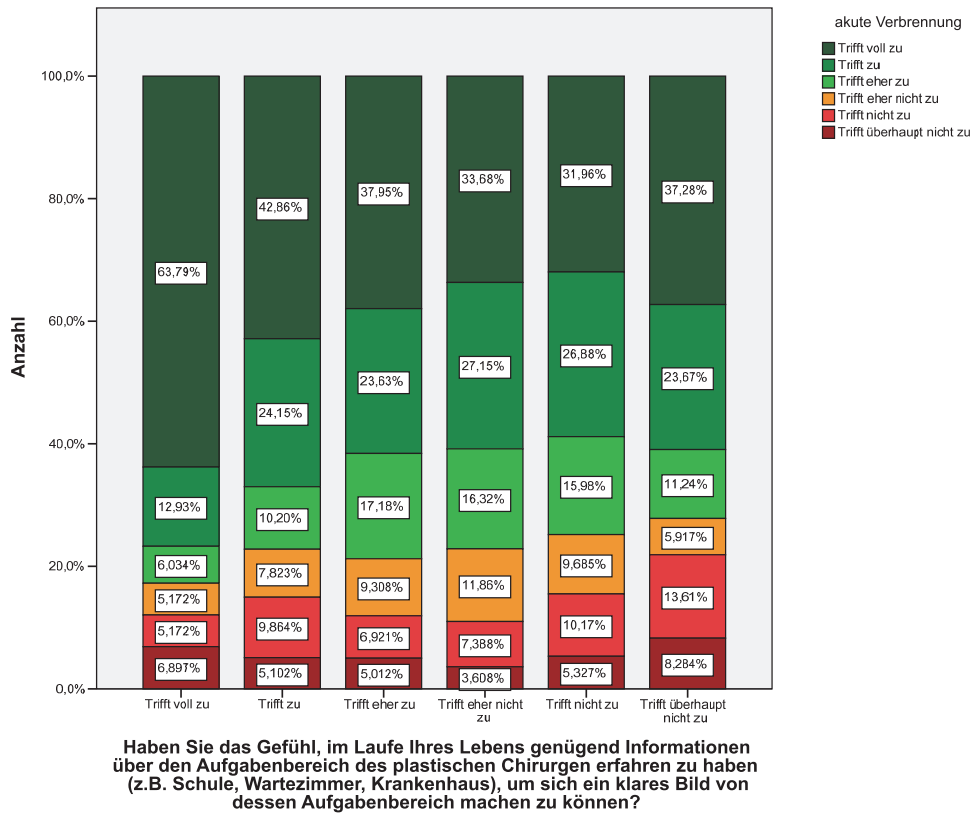


Abbildung 70 – D Wissensstand – Verbrennung

Des Weiteren konnte gezeigt werden, dass Mediennutzung, beispielsweise von Zeitung, Boulevardpresse oder Werbung, einen signifikanten Unterschied in der Zuordnung von „Narbenkorrektur“ ($p=0,003$), „akuter Verbrennung“ ($p=0,002$), „Lippenspaltenkorrektur“ ($p=0,011$) und „Nasenoperation aus ästhetischen Gründen“ ($p=0,043$) zum Tätigkeitsspektrum der plastischen Chirurgie bedingt. Die Abbildungen 71-74 zeigen, dass Studienteilnehmer, die angaben, Informationen über das Fachgebiet aus den angeführten Medien zu beziehen, signifikant häufiger die oben genannten medizinischen Indikationen als der plastischen Chirurgie zugehörig wahrnahmen. (Heidekrueger et al., 2019)

Für die restlichen medizinischen Indikationen konnte kein entsprechender signifikanter Zusammenhang nachgewiesen werden. Dazu zählen die „Operation einer Hand- oder Fingerfraktur“ ($p=0,754$), das „Facelift“ ($p=0,241$), die „Brustvergrößerung“ ($p=0,388$), die „Brustverkleinerung“ ($p=0,638$), die „Nasenoperation aufgrund von Atemproblemen“ ($p=0,222$) und die „Entfernung von Hautkrebs aus dem Gesicht“ ($p=0,082$). Folglich kann die entsprechende Alternativhypothese nur bedingt für die oben genannten Indikationen angenommen werden.

Alternativhypothese: Es besteht ein Zusammenhang zwischen dem Zuordnungsverhalten verschiedener medizinischer Indikationen zum Fachgebiet der plastischen Chirurgie und der Mediennutzung.

Diese Beobachtung bestätigt außerdem zum Teil die Hypothese, dass bessere Information der Öffentlichkeit, beispielsweise mittels medienwirksamer Werbung, den vorhandenen Mangel an Wissen über plastische Chirurgie beheben könnte.

Alternativhypothese: Durch Information der Öffentlichkeit und gegebenenfalls ärztlicher Kollegen und verbesserte Darstellung sollte sich daher dieser Zustand verbessern lassen.

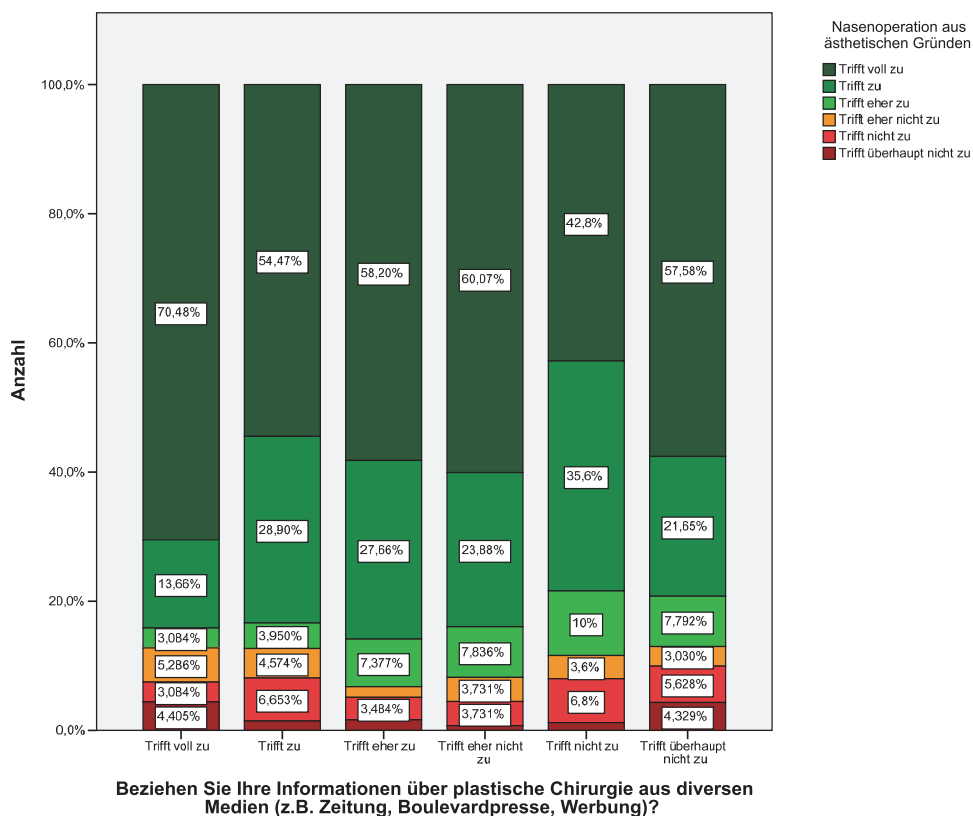


Abbildung 71 – D Medien – Nasenoperation aus ästhetischen Gründen

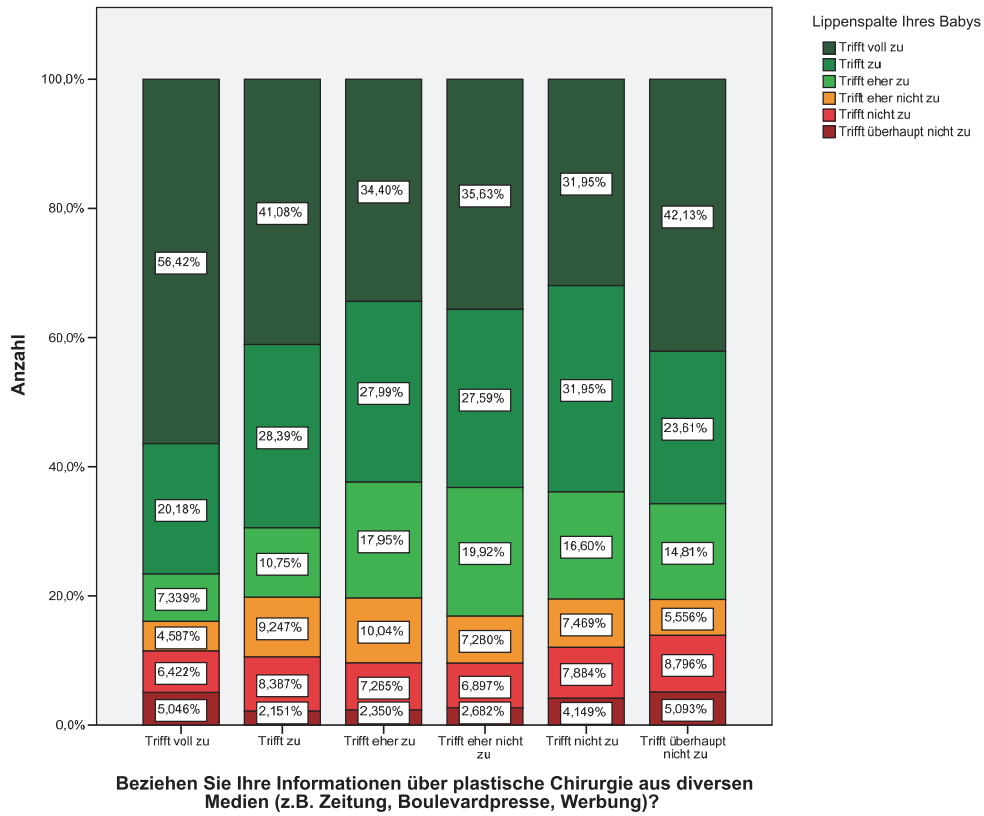


Abbildung 72 – D Medien – Lippenspalte

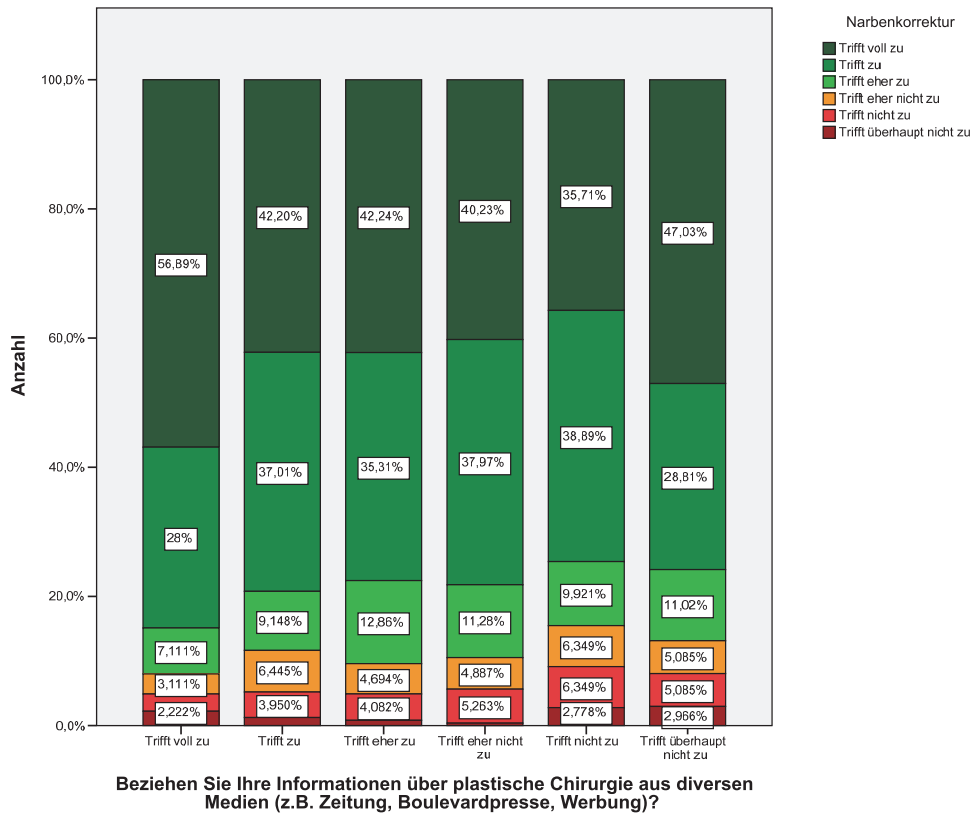


Abbildung 73 – D Medien – Narbenkorrektur

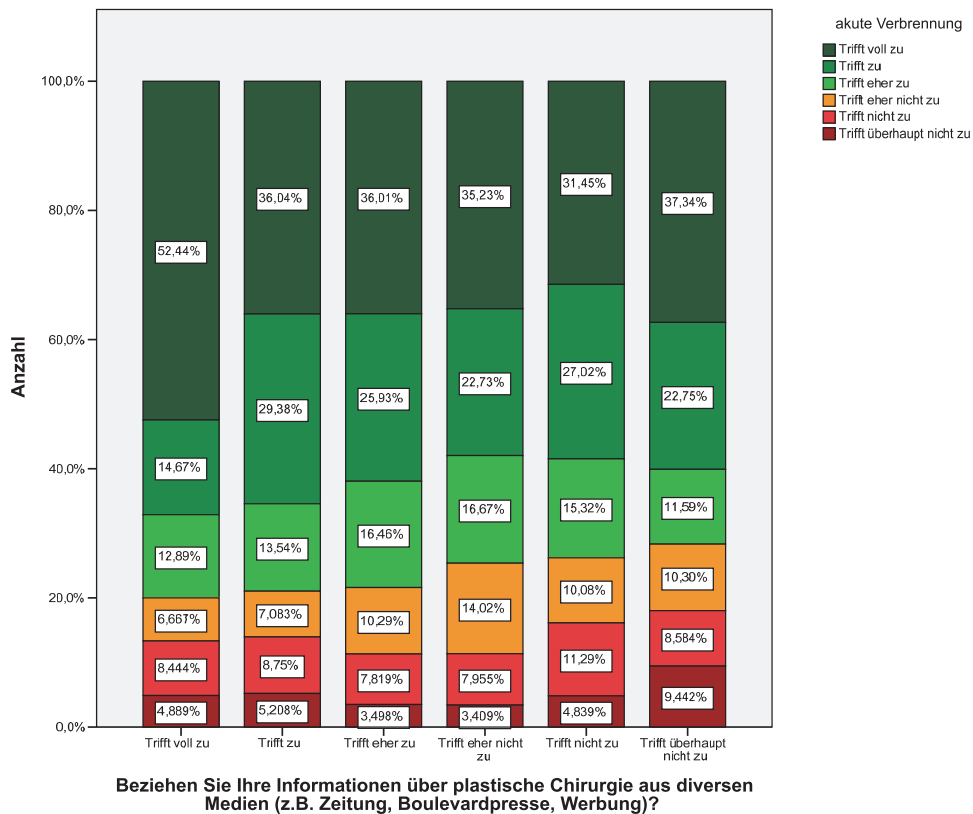


Abbildung 74 – D Medien – Verbrennung

Die „Gesichtsstraffung“ ($p=0,013$) und die Behandlung einer „akuten Verbrennung“ ($p=0,048$) wurden signifikant häufiger als Aufgabe der plastischen Chirurgie betrachtet, wenn die Teilnehmer angaben, vermehrt Arztserien oder Sendungen, die plastische Chirurgie mitunter thematisieren, zu konsumieren (Heidekrueger et al., 2019). Dieser Zusammenhang wird grafisch in den Abbildungen 75 und 76 dargestellt. Für alle anderen medizinischen Indikationen konnte keine entsprechende Signifikanz nachgewiesen werden. Dazu zählen die „Narbenkorrektur“ ($p=0,510$), die „Brustvergrößerung“ ($p=0,379$), die „Brustverkleinerung“ ($p=0,379$), die „Operation einer Hand- oder Fingerfraktur“ ($p=0,676$), die „Korrektur einer Lippenspalte“ ($p=0,976$), die „Nasenoperation aufgrund von Atemproblemen“ ($p=0,898$), die „Nasenoperation aus ästhetischen Gründen“ ($p=0,179$) und die „Entfernung von Hautkrebs im Gesicht“ ($p=0,851$).

Die entsprechende Alternativhypothese kann folglich nur bedingt für die oben genannten zwei medizinischen Indikationen angenommen werden.

Alternativhypothese: Es besteht ein Zusammenhang zwischen dem Zuordnungsverhalten verschiedener medizinischer Indikationen zum Fachgebiet der plastischen Chirurgie und dem Serienkonsum.

Diese Beobachtung bestätigt außerdem zum Teil die Hypothese, dass bessere Information der Öffentlichkeit, beispielsweise durch Aufklärung in Arztserien, den vorhandenen Mangel an Wissen über plastische Chirurgie beheben könnte.

Alternativhypothese: Durch Information der Öffentlichkeit und gegebenenfalls ärztlicher Kollegen und verbesserte Darstellung sollte sich daher dieser Zustand verbessern lassen.

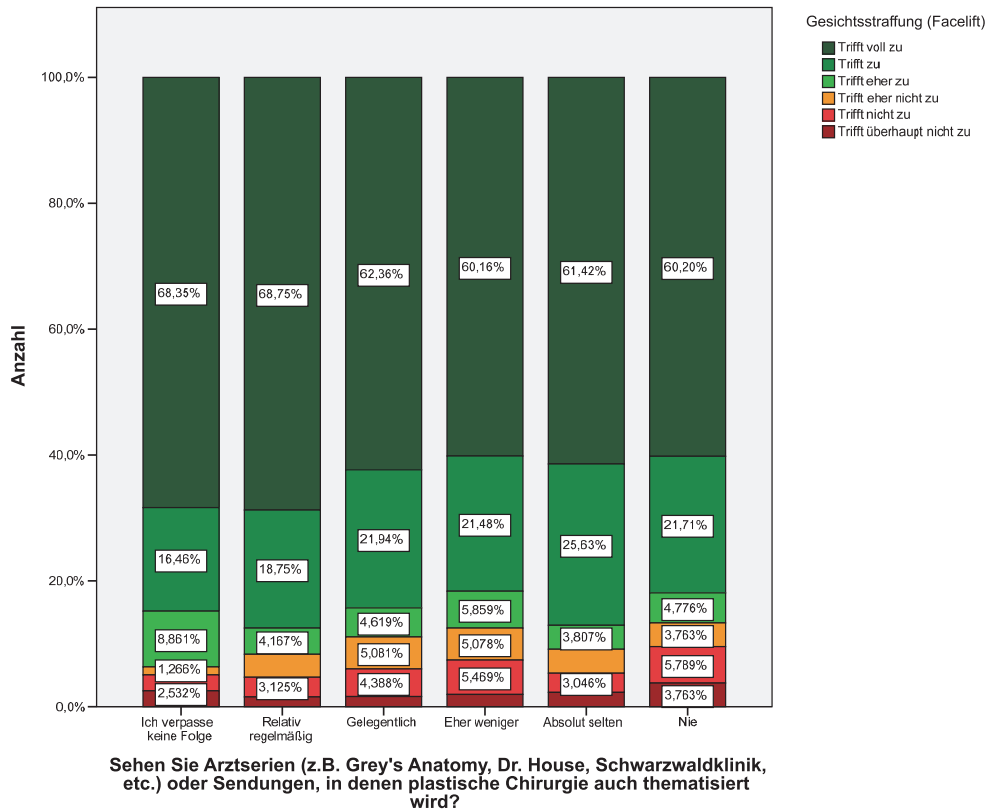


Abbildung 75 – D Arztserien – Facelift

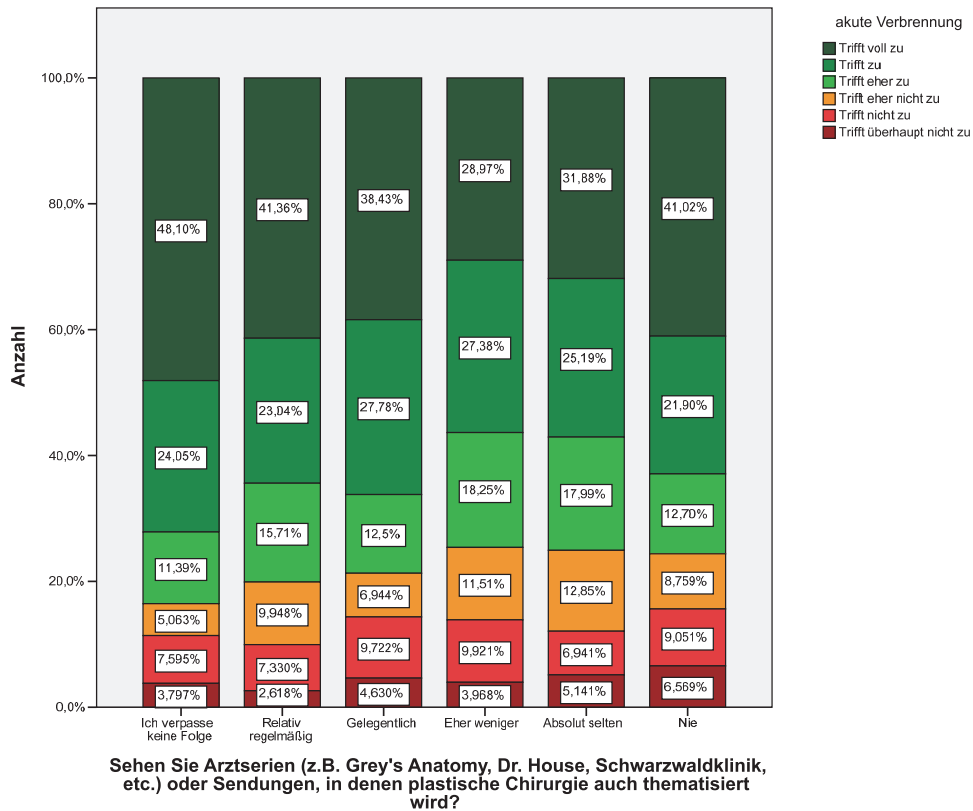


Abbildung 76 – D Arztserien – Verbrennung

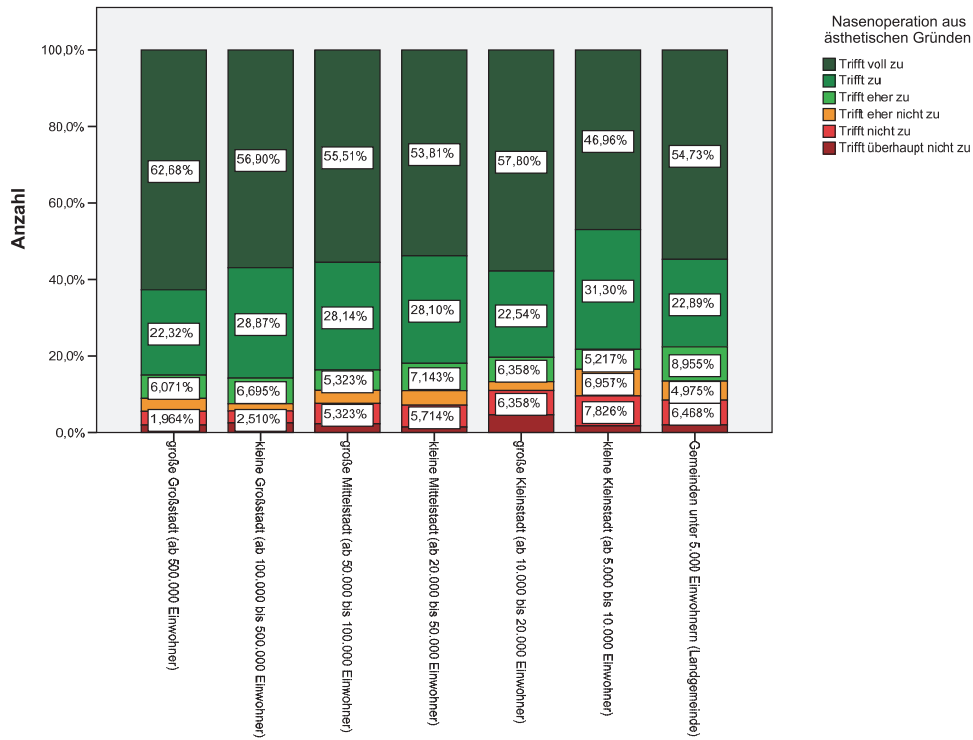
Die Beobachtungen bezüglich Medien- und Seriennutzung widerlegen teilweise die Alternativhypothese, dass das Negativ-Image und die Fehleinschätzungen bezüglich plastischer Chirurgie auf einer falschen Darstellung in den Medien und in der Öffentlichkeit beruhen. **Einige medizinische Indikationen wurden durch vermehrten Medien- und Serienkonsum sogar häufiger als Aufgabenbereich der plastischen Chirurgie wahrgenommen.** Diese beiden Informationskanäle tragen also zumindest in gewisser Weise zu einem höheren Wissensstand bei. Allerdings konnte dieser Zusammenhang nicht für alle medizinischen Beschwerden belegt werden, sodass die Hypothese weder vollständig angenommen, noch abgelehnt werden kann.

Alternativhypothese: Das Negativ-Image und die Fehleinschätzungen beruhen oft auf einer falschen Darstellung der plastischen Chirurgie in den Medien und in der Öffentlichkeit.

Abbildung 15 zeigt, dass klassisch ästhetische Operationen von der überwiegenden Mehrheit der Befragten dem Tätigkeitsspektrum der plastischen Chirurgie zugerechnet werden. Dies spiegelt sich auch in den Abbildungen 77-80 wider, wobei ein Stadt-Land-Gefälle für bestimmte medizinische Indikationen festgestellt werden konnte. Dazu zählen das „Facelift“ ($p=0,010$), die „Brustvergrößerung“ ($p=0,009$), die „Brustverkleinerung“ ($p=0,008$) und die „Nasenoperation aus ästhetischen Gründen“ ($p=0,001$).

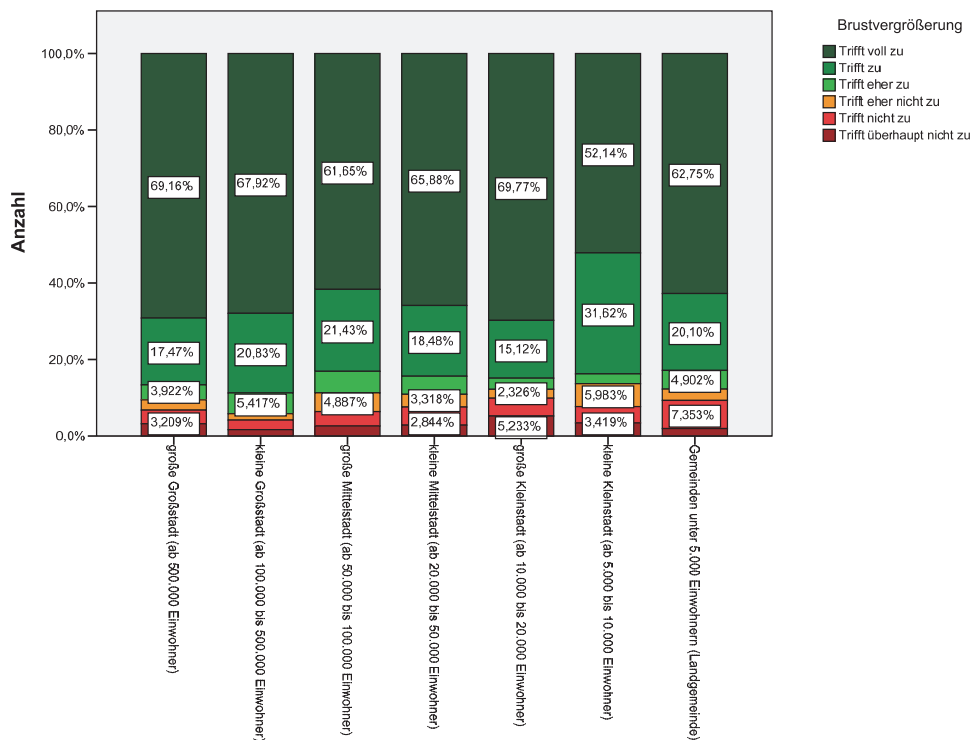
Je kleiner der jeweilige Stadt- oder Gemeindetyp, desto weniger wurden diese Indikationen als der plastischen Chirurgie zugehörig betrachtet. Derselbe Zusammenhang konnte auch für ein rekonstruktives Verfahren, die „Nasenoperation aufgrund von Atemproblemen“ ($p<0,001$), nachgewiesen werden. Dies ist in Abbildung 81 grafisch dargestellt. Für die eben genannten medizinischen Indikationen kann folglich die jeweilige Alternativhypothese angenommen werden. Allerdings konnte keine entsprechende Signifikanz aufgezeigt werden für das Antwortverhalten bezüglich „Narbenkorrektur“ ($p=0,052$), „Operation von Hand- oder Fingerfraktur“ ($p=0,688$), „akuter Verbrennung“ ($p=0,648$), „Lippenspalte“ ($p=0,643$) und „Entfernung von Hautkrebs aus dem Gesicht“ ($p=0,640$). (Heidekrueger et al., 2019)

Alternativhypothese: Es besteht ein Zusammenhang zwischen dem Zuordnungsverhalten verschiedener medizinischer Indikationen zum Fachgebiet der plastischen Chirurgie und dem Stadt- oder Gemeindetyp.



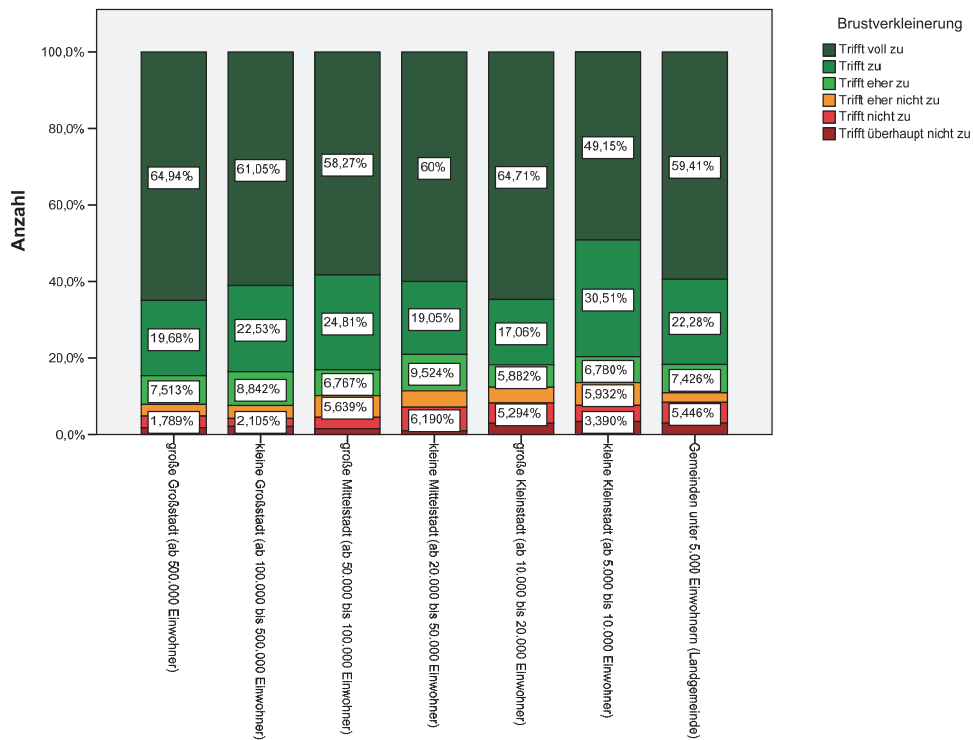
Um welchen Stadt- oder Gemeindetyp handelt es sich bei Ihrem Wohnsitz?

Abbildung 77 – D Stadt- oder Gemeindetyp – Nasenoperation aus ästhetischen Gründen



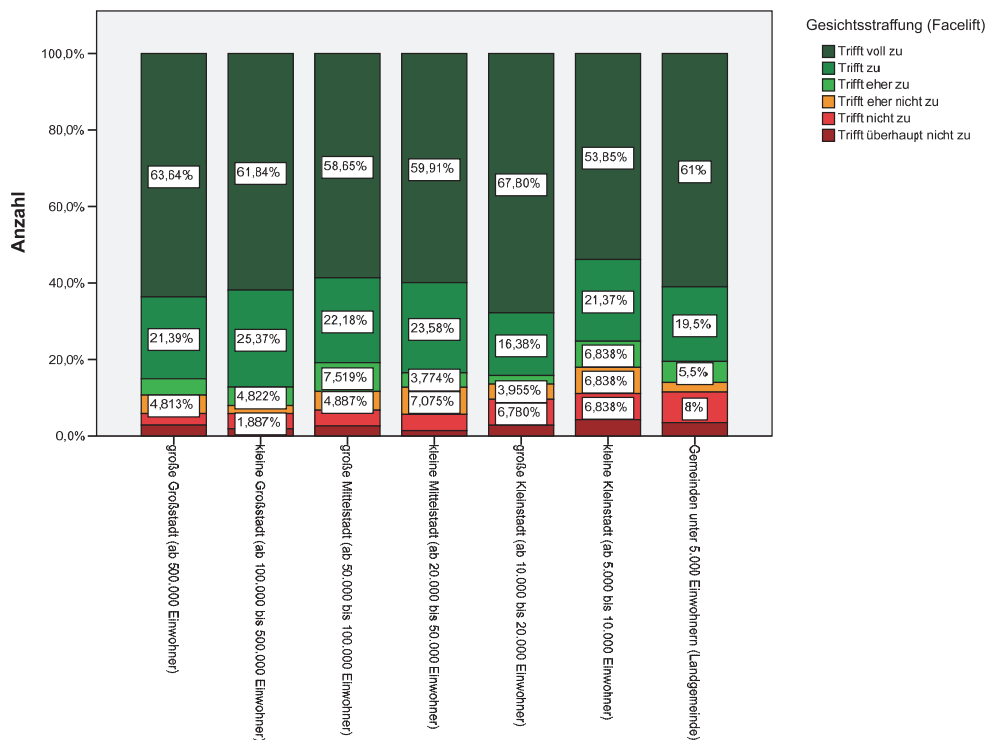
Um welchen Stadt- oder Gemeindetyp handelt es sich bei Ihrem Wohnsitz?

Abbildung 78 – D Stadt- oder Gemeindetyp – Brustvergrößerung



Um welchen Stadt- oder Gemeindetyp handelt es sich bei Ihrem Wohnsitz?

Abbildung 79 – D Stadt- oder Gemeindetyp – Brustverkleinerung



Um welchen Stadt- oder Gemeindetyp handelt es sich bei Ihrem Wohnsitz?

Abbildung 80 – D Stadt- oder Gemeindetyp – Facelift

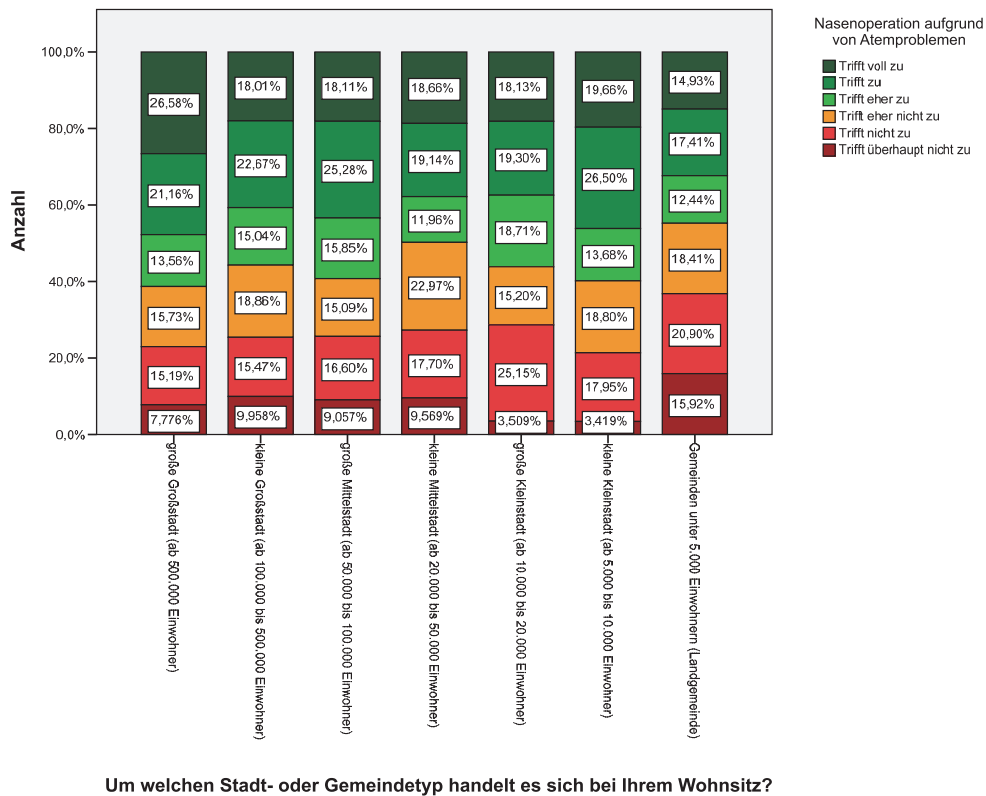


Abbildung 81 – D Stadt- oder Gemeindetyp – Nasenoperation aufgrund von Atemproblemen (Heidekrueger et al., 2019)

5.2 Umfrage unter medizinischem Fachpersonal

Zu Beginn wird rein deskriptiv das Ergebnis der Befragung beschrieben, die unter medizinischem Fachpersonal durchgeführt wurde. Im Anschluss daran werden die Testungen erläutert. Kursiv im Text finden sich, im entsprechenden Textabschnitt, jeweils die zu testenden Alternativhypothesen. Zudem sind bedeutsame Ergebnisse fett hervorgehoben. Insgesamt wurden 212 Fragebögen registriert, wobei entsprechende Ausschlüsse, die Statistik betreffend, im Material- und Methodenteil erklärt wurden.

Der erste Teil der Umfrage erfasste demografische Daten, welche im Folgenden dargestellt werden. Zunächst wurde der Wohnort der Studienteilnehmer über das Bundesland erfragt.

Eine Normalverteilung über ganz Deutschland konnte nicht erreicht werden, da Baden-Württemberg mit 17,1% und Bayern mit 67,3% zahlenmäßig einen Überhang aufwiesen (Heidekrueger et al., 2019). In der folgenden Abbildung 82 ist die Verteilung der Bundesländer aufgezeigt. Rechts neben dem Diagramm kann abgelesen werden, wie viele Teilnehmer die Frage beantwortet haben (n=199).

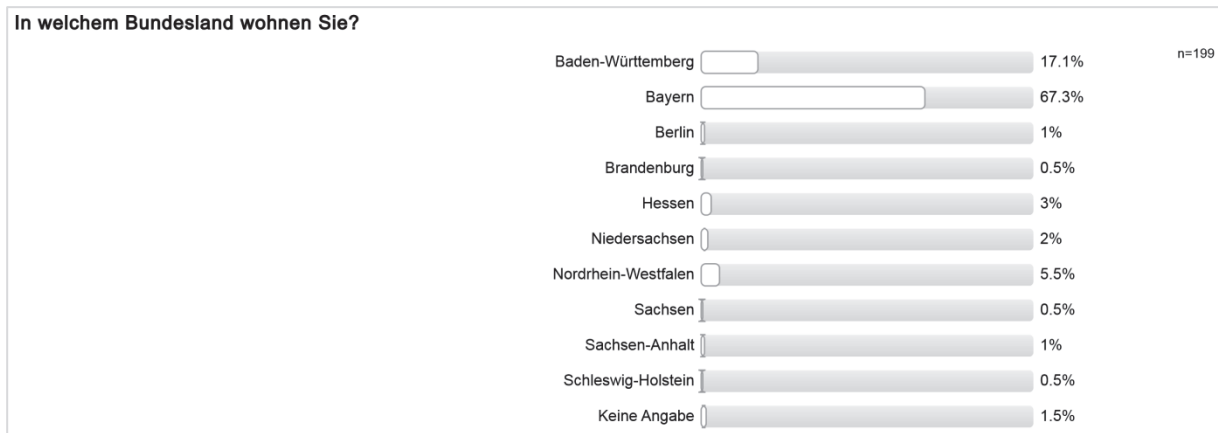


Abbildung 82 – M Verteilung der Bundesländer

In der nächsten Frage wurde der Wohnort, bezüglich des Stadt- oder Gemeindetyps, genauer klassifiziert. Dies ist in Abbildung 83 dargestellt. Ein Großteil der Befragten, 60,4%, gab an, in einer großen Großstadt zu leben (n=197).

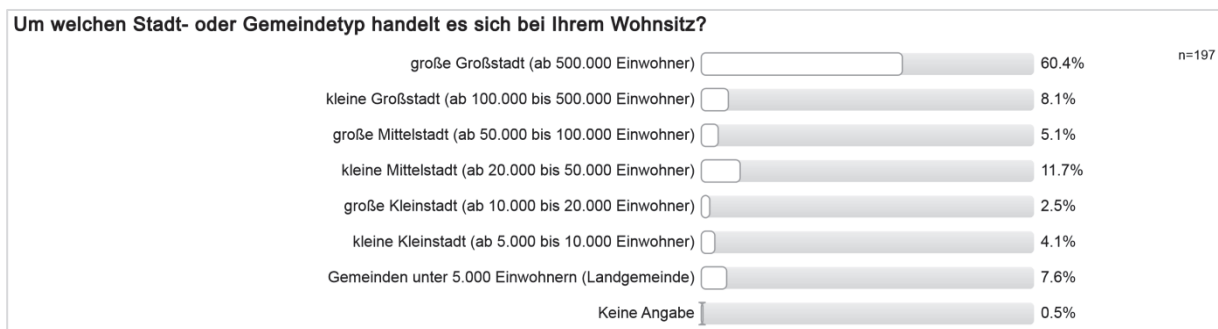


Abbildung 83 – M Verteilung des Stadt- oder Gemeindetyps

Die Teilnehmer wurden im weiteren Verlauf bezüglich ihres Alters in Kategorien eingeteilt. Es kann eine Normalverteilung angenommen werden, was aus Abbildung 84 hervorgeht (n=201).

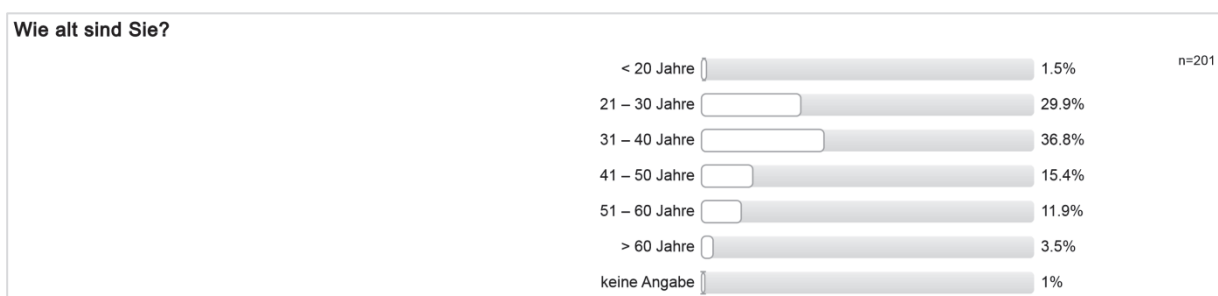


Abbildung 84 – M Altersverteilung

Die Geschlechter waren in etwa gleich verteilt. Insgesamt nahmen 48,2% Männer und 51,3% Frauen an der Befragung teil (Heidekrueger et al., 2019). Die Antwortoption „transsexuell“ wurde nie gewählt,

weshalb diese Kategorie im weiteren Verlauf bei der statistischen Testung ausgeschlossen wurde. 0,5% der Teilnehmer enthielten sich. In Abbildung 85 sind alle Antwortmöglichkeiten dargestellt (n=193).



Abbildung 85 – M Geschlechterverteilung

Bei der Frage nach dem höchsten Bildungsabschluss zeigte sich eine deutliche Tendenz zu höheren Abschlüssen. „Promotion“ war mit 36,8% die meistgewählte Antwort. 24,3% der Teilnehmer gaben an, einen „Hochschulabschluss“ zu besitzen, 11,4% waren habilitiert. Niemand wählte „Abschluss der polytechnischen Oberschule“ oder „Haupt-/Volksschulabschluss“, weshalb diese beiden Optionen im folgenden Diagramm fehlen. Die Antwortmöglichkeiten „noch in schulischer Ausbildung“ und „ohne Abschluss“ sind hier, der Vollständigkeit halber, noch dargestellt, werden aber in der weiteren Testung aus der Statistik genommen, wie bereits im Material- und Methodenteil erläutert. Insgesamt wurden die Antworten von 185 Teilnehmern erfasst, deren Verteilung in Abbildung 86 aufgezeigt ist.

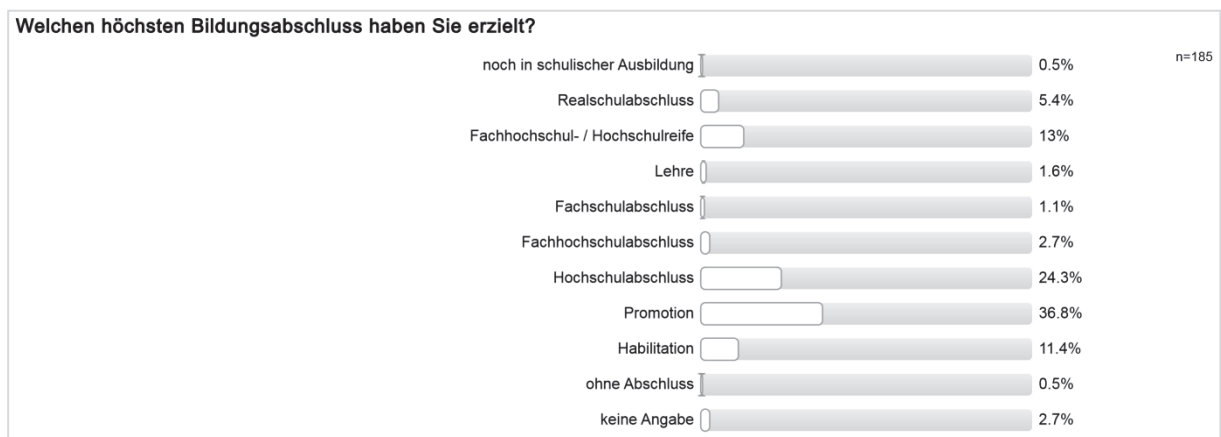


Abbildung 86 – M Verteilung des höchsten Bildungsabschlusses

Abbildung 87 zeigt eine Häufigkeitsverteilung der unterschiedlichen Berufe des befragten medizinischen Fachpersonals. Wie dem Diagramm entnommen werden kann, haben einige Berufsbezeichnungen keine Markierungen und Andere nur einen sehr geringen Anteil, weshalb in der weiteren statistischen Auswertung nur die sieben Subgruppen mit der höchsten Beteiligung verglichen wurden. Dazu zählen „Anästhesiologie“ mit 5,7%, „Chirurgie (alle Bereiche außer plastische und ästhetische Chirurgie)“ mit 16%, „Gynäkologie“ mit 32,5%, „HNO“ mit 4,2%, „Strahlentherapie“ mit 6,1%, „Krankenpfleger“ mit 4,2% und „Physiotherapeut“ mit 6,1%. Diese sieben Kategorien umfassen 74,8% aller Befragten und damit 159 Teilnehmer absolut. Insgesamt beantworteten 212 Personen diese Frage, wobei 4,2% keine Angabe zu ihrem Beruf machten.

Was ist Ihr Beruf?

n=212

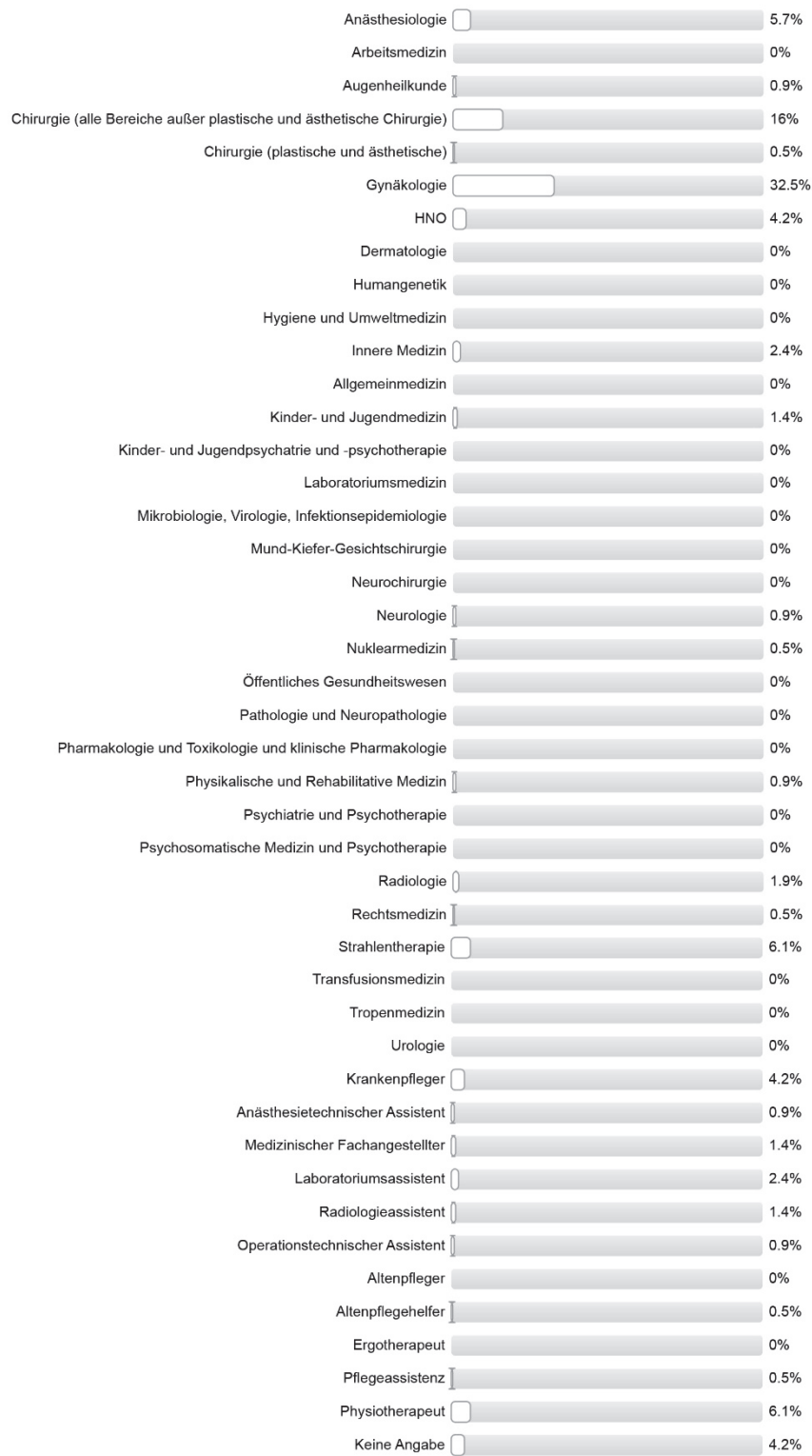


Abbildung 87 – M Verteilung der Berufe

Im weiteren Verlauf der Erhebung folgten Fragen, die die persönliche Perzeption der plastischen Chirurgie genauer ermitteln und potentielle Einflussfaktoren detektieren sollten. Dieser Umfrageabschnitt entspricht dem der deutschlandweiten Erhebung. Dementsprechend wird nun das Ergebnis der beiden Polaritätsprofile erläutert.

Die Studienteilnehmer wurden angewiesen, möglichst spontan und intuitiv zu antworten und die Option zu wählen, die ihnen als Erstes in den Sinn kam. Wie Abbildung 88 zeigt, gaben **53,7% aller Umfrageteilnehmer an, die plastische Chirurgie im Vergleich zu anderen Fachrichtungen intuitiv als „sehr wichtig“ einzuschätzen. 46,3% wählten die Option „unwichtig“**. (Heidekrueger et al., 2019) Dieses Ergebnis spricht tendenziell gegen die Alternativhypothese, dass plastische Chirurgie oftmals eher negativ eingeschätzt wird. Insgesamt beantworteten 177 Personen diese Frage.

Alternativhypothese: Die plastische Chirurgie wird oftmals eher negativ eingeschätzt.

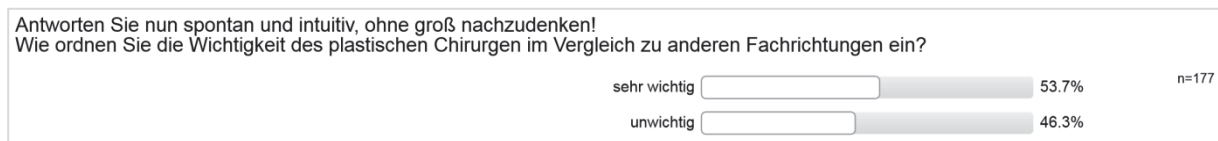


Abbildung 88 – M Wichtigkeit des plastischen Chirurgen

Im zweiten Polaritätsprofil wurde erfragt, wo die Arbeit plastischer Chirurgen eher als vertreten wahrgenommen wird. Hier gab die große Mehrheit von 82% intuitiv „in Industriestaaten (z.B. Deutschland, USA)“ an. 18% der Teilnehmer wählten „in Entwicklungsländern (z.B. Pakistan, Nigeria)“. Dies kann aus Abbildung 89 entnommen werden (n=178).



Abbildung 89 – M Globale Tätigkeit plastischer Chirurgie

Die Beantwortung der folgenden Fragen erfolgte wieder mittels Likert-Skala, welche die Kategorien „trifft voll zu“ = 1, „trifft zu“ = 2, „trifft eher zu“ = 3, „trifft eher nicht zu“ = 4, „trifft nicht zu“ = 5, „trifft überhaupt nicht zu“ = 6 umfasst.

Die Abbildungen zeigen die Verteilung der Antworten als relative Häufigkeiten, die als Histogramm über den jeweiligen Antwortoptionen abgebildet werden. Außerdem wird in allen Likert-Skalen-Abbildungen der Mittelwert als roter Strich dargestellt, an den die Standardabweichung als schwarzes Intervall angebunden ist. Der Median stellt sich als blaues Dreieck dar. Dieser wird in den kommenden Beschreibungen häufig herangezogen, da es sich oft um schiefe, also nicht normalverteilte, Ergebnisse handelt. Rechts neben dem entsprechenden Diagramm können die Fallzahl sowie die errechneten Werte für Mittelwert, Median, Standardabweichung und Enthaltung abgelesen werden.

Die folgende Frage erfasste die Selbsteinschätzung des eigenen Informationsgrades. Der Median von $m=3$ zeigt an, dass die Studienteilnehmer der Meinung sind, tendenziell ausreichend Informationen über den Aufgabenbereich der plastischen Chirurgie zu besitzen. Die Likert-Skala wird grafisch in Abbildung 90 dargestellt ($n=194$).



Abbildung 90 – M Selbsteinschätzung des Wissensstandes

Im weiteren Verlauf der Umfrage wurde das medizinische Personal gebeten, die Behandlung bestimmter medizinischer Indikationen anhand der oben genannten Likert-Skala einzuordnen. War der Befragte der Meinung, dass die Therapie des Beschwerdebildes absolut dem Aufgabenbereich der plastischen Chirurgie zugerechnet werden kann, sollte dieser „trifft voll zu“ auswählen. War der Teilnehmer der Auffassung, dass die medizinische Indikation definitiv nicht zum Tätigkeitsspektrum des plastischen Chirurgen gehört, sollte er „trifft überhaupt nicht zu“ wählen. Die entsprechenden Abstufungen wurden bereits im vorherigen Abschnitt erläutert. In Abbildung 91 ist die Verteilung grafisch dargestellt.

Während **klassisch ästhetische Operationen**, wie „Narbenkorrektur“ ($md=2$), „Facelift“ ($md=1$), „Brustvergrößerung“ ($md=1$), „Brustverkleinerung“ ($md=1$) und „ästhetische Nasenoperation“ ($md=1$), vom überwiegenden Teil der Befragten **dem Aufgabenbereich der plastischen Chirurgie zugeordnet wurden, zeigte sich bei der „Operation einer Hand- oder Fingerfraktur“ ($m=4$), dass diese Indikation tendenziell nicht dem entsprechenden Tätigkeitsspektrum zugerechnet wurde.** Die Behandlung einer „akuten Verbrennung“ wurde von der Mehrheit der Umfrageteilnehmer der plastischen Chirurgie zugerechnet, was sich im Median ($m=2$) widerspiegelt. Gerade **bei rekonstruktiven Verfahren herrschte Uneinigkeit** unter den Befragten, was in Abbildung 91 aus dem Histogramm abgelesen werden kann. Des Weiteren zeigt sich dies in den entsprechenden Medianen, wie bei der Korrektur einer „Lippenspalte“ ($md=3$), der „Nasenoperation aufgrund von Atemproblemen“ ($md=4$) und der „Entfernung von Hautkrebs aus dem Gesicht“ ($md=3$). Diese Ergebnisse bestätigen die Alternativhypothese, dass das Aufgabenspektrum der plastischen Chirurgie auch unter medizinischem Personal unzureichend bekannt ist.

Alternativhypothese: Das Aufgabenspektrum ist jedoch unzureichend bekannt.

Ich nenne Ihnen nun einige medizinische Beschwerden und Sie sagen mir bitte, ob die Behandlung dieser Beschwerden in den Aufgabenbereich des plastischen Chirurgen fallen.
Sind Sie z.B. der Meinung, dass der plastische Chirurg der richtige Ansprechpartner ist, wählen Sie bitte "trifft voll zu" und falls Sie denken, dass die Behandlung überhaupt nicht in den Tätigkeitsbereich des plastischen Chirurgen fällt, wählen Sie bitte "trifft überhaupt nicht zu". Dazwischen gibt es noch die Kategorien "trifft zu", "trifft eher zu", "trifft eher nicht zu", "trifft nicht zu". Enthaltung ist auch möglich.

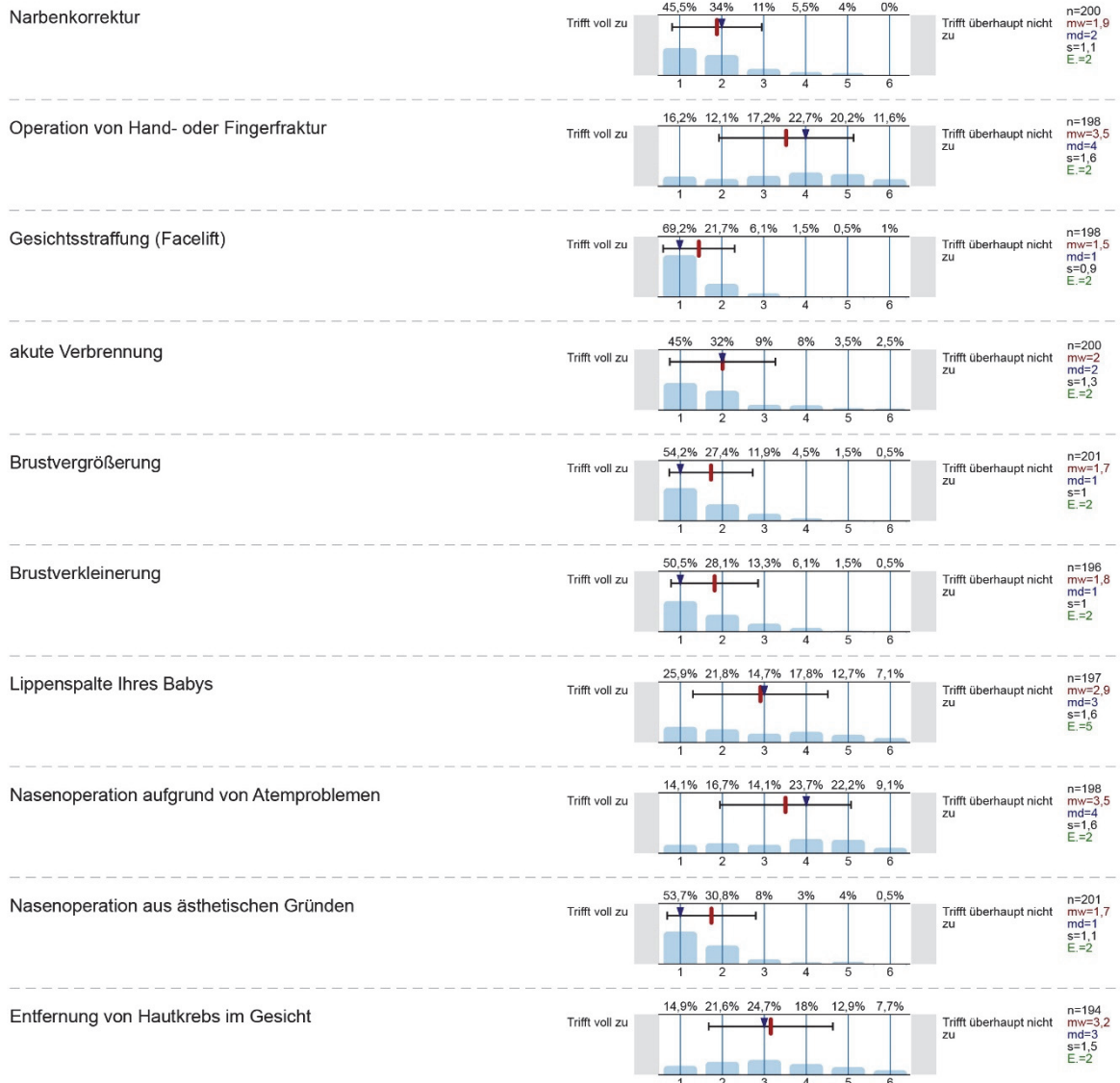


Abbildung 91 – M Aufgabenbereich der plastischen Chirurgie (Heidekrueger et al., 2019)

Die folgenden Fragen sollten potentielle Faktoren ermitteln, die die persönliche Perzeption beeinflussen.

In Abbildung 92 ist die Mediennutzung, von beispielsweise Zeitung, Boulevardpresse und Werbung, zum Informationsgewinn über plastische Chirurgie, dargestellt. Der Median (md=4) zeigt an, dass die genannten Medien tendenziell nicht der Beschaffung von Wissen über das Fachgebiet dienen (n=178).



Abbildung 92 – M Mediennutzung

Das nächste Diagramm zeigt deutlich, dass Familie und Freunde, hinsichtlich der persönlichen Wahrnehmung von plastischer Chirurgie, nicht als Einflussfaktoren betrachtet werden ($md=5$). 42,8% der Studienteilnehmer wählten sogar die Antwortoption „trifft überhaupt nicht zu“. Dies ist in Abbildung 93 grafisch dargestellt ($n=194$).



Abbildung 93 – M Beeinflussung durch Familie und Freunde

Auf die Frage, ob Menschen durch zu viele Schönheitsoperationen als entstellt wahrgenommen werden, antwortete die überwiegende Mehrheit der Befragten mit „trifft voll zu“ ($md=1$), was sich in Abbildung 94 deutlich widerspiegelt ($n=201$). Dieses Ergebnis stützt die Alternativhypothese, dass das Negativeimage der plastischen Chirurgie auf einer falschen Darstellung in der Öffentlichkeit und in diesem Fall durch öffentlichkeitswirksame Persönlichkeiten beeinflusst wird.

Alternativhypothese: Das Negative-Image und die Fehleinschätzungen beruhen oft auf einer falschen Darstellung der plastischen Chirurgie in den Medien und in der Öffentlichkeit.



Abbildung 94 – M Entstellung durch Schönheitsoperationen

Ein Großteil des medizinischen Fachpersonals gab an, tendenziell keine umfassenderen Informationen über den Aufgabenbereich der plastischen Chirurgie zu wünschen. Dies kann aus Abbildung 95 entnommen werden und spiegelt sich auch im Median ($m=4$) wider ($n=193$). Dies widerspricht prinzipiell der These, dass durch Information ärztlicher Kollegen der aktuelle Zustand verbessert werden könnte, da bei mangelndem Interesse an dargebotener Information, diese möglicherweise auch nicht wahrgenommen werden würde. Hierauf wird im Abschnitt „6.3 Diskussion der Ergebnisse“ detailliert eingegangen.

Alternativhypothese: Durch Information der Öffentlichkeit und gegebenenfalls ärztlicher Kollegen und verbesserte Darstellung sollte sich daher dieser Zustand verbessern lassen.



Abbildung 95 – M Wunsch nach Information

Bei der Frage nach der Seriennutzung, die plastische Chirurgie thematisiert, zeigte der Median (md=4), dass dies eher keine Informationsquelle für medizinisches Fachpersonal darstellt. Die Verteilung der 197 erfassten Markierungen wird in Abbildung 96 grafisch verdeutlicht. Bei diesem Ergebnis muss beachtet werden, dass ein Altersgefälle festgestellt werden konnte. Darauf wird im weiteren Verlauf genauer eingegangen (s. Abbildung 98).

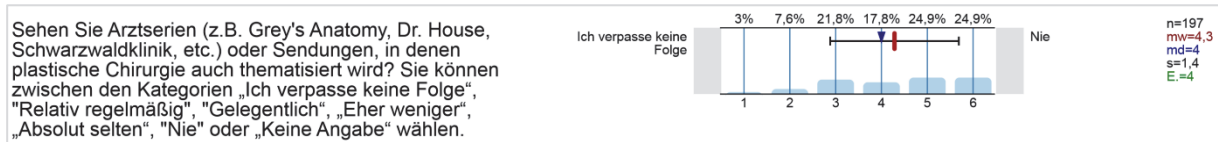


Abbildung 96 – M Serienkonsum

Die Beantwortung der beiden letzten Fragen wurde explizit als freiwillig gekennzeichnet. Insgesamt konnten hier 188 Markierungen erfasst werden, wovon 6,9% Enthaltungen waren. Die Teilnehmer wurden gebeten anzugeben, ob sie sich selbst schon mal einer plastischen Operation unterzogen haben oder in nächster Zeit ein plastisch-chirurgischer Eingriff geplant ist. Ein Großteil, 87,2%, verneinte diese Frage, 5,9% bejahten. Bei Verneinung endete die Umfrage, da die letzte Frage hinfällig wurde. Bei Bejahung konnten die Studienteilnehmer ihren Eingriff genauer klassifizieren, wobei 4,2% aller, die zuvor mit „Ja“ geantwortet hatten, ihre Operation der „Ästhetischen Chirurgie“ zuordneten. 1,9% der Befragten gaben „Rekonstruktive Chirurgie“ an, „Handchirurgie“ und „Verbrennungschirurgie“ waren nicht vertreten.

Da bei der zweiten Frage Mehrfachantworten erlaubt waren und es auch einige Enthaltungen gab, soll Abbildung 97 lediglich als Orientierung dienen.

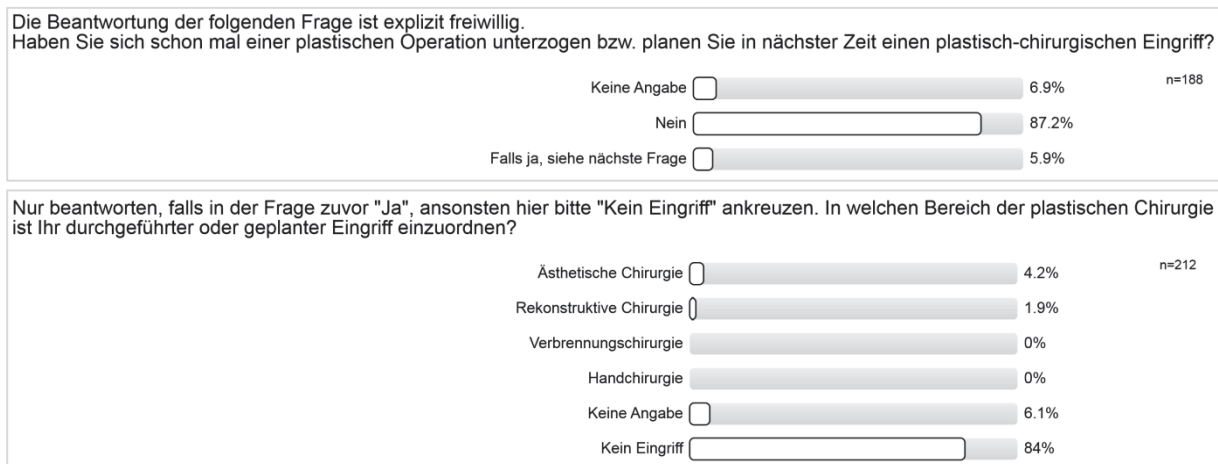


Abbildung 97 – M Eigene Operation

Auf diese rein deskriptive Erläuterung der Ergebnisse, folgt nun die Beschreibung der Testungen der Alternativhypothesen, die mittels SPSS durchgeführt wurden. (IBM, 2016)

Es wurde aufgrund der kategorialen Variablen immer der zweiseitige Chi-Quadrat-Test und für den p-Wert der „Zusammenhang linear-mit-linear“ verwendet. Das Signifikanzniveau α wurde im Voraus auf 0,05 festgelegt.

Wie bereits im vorherigen Abschnitt bei Abbildung 96 erwähnt, muss bei der Seriennutzung die Altersverteilung beachtet werden. Auch wenn Arztserien für den größeren Teil des medizinischen Personals

tendenziell keine Informationsquelle für plastische Chirurgie darstellen ($md=4$), so konnte ein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Alter der Studienteilnehmer und dem Fernsehverhalten nachgewiesen werden ($p=0,013$). Vor allem jüngere Altersgruppen gaben an, häufiger Arztserien zu konsumieren, als Ältere. Dies kann aus Abbildung 98 abgelesen werden und bedingt die Annahme der entsprechenden Alternativhypothese.

Alternativhypothese: Es besteht ein signifikanter Unterschied zwischen dem Alter der Teilnehmer und dem Serienkonsum.

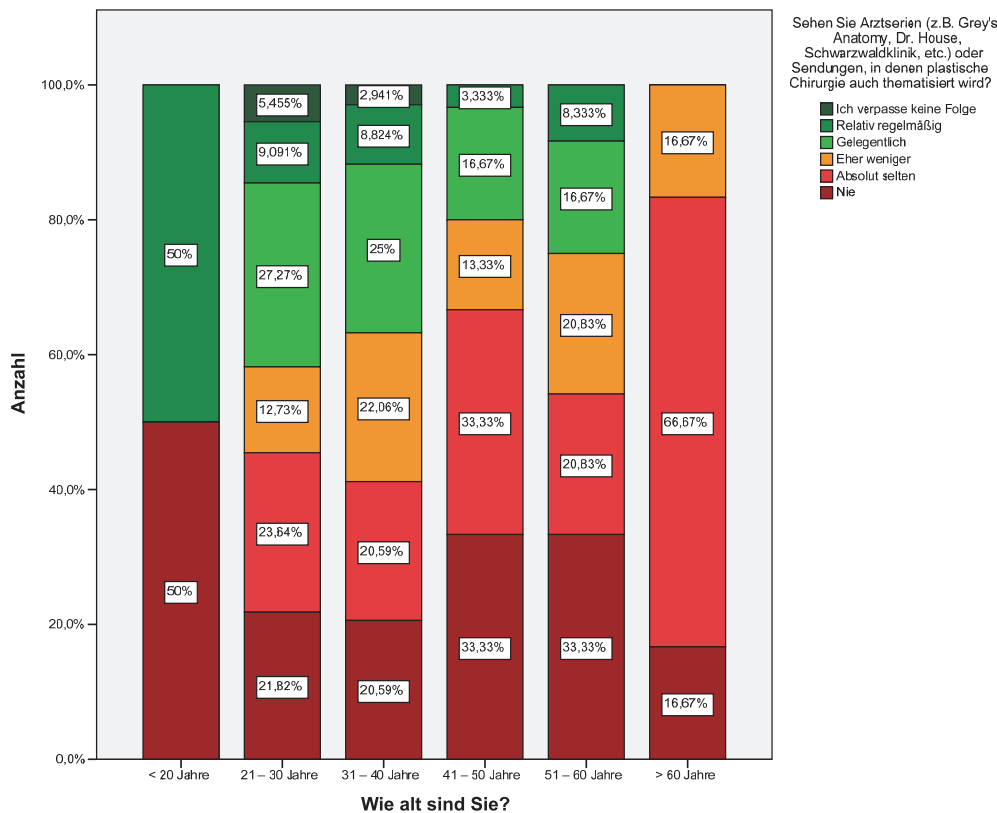


Abbildung 98 – M Alter – Serienkonsum

Es zeigte sich kein signifikanter Unterschied in der Häufigkeit eigener plastischer Operationen zwischen den Geschlechtern „männlich“ und „weiblich“ ($p=0,237$). Insgesamt gaben 3,85% der Männer und 8,33% der Frauen an, sich selbst schon mal einem plastisch operativen Eingriff unterzogen zu haben oder in nächster Zeit einen zu planen. Die entsprechende Alternativhypothese kann folglich abgelehnt werden.

Alternativhypothese: Es besteht ein Unterschied bezüglich eigener vorangegangener oder geplanter plastischer Operation und dem Geschlecht.

Die intuitive Beurteilung der Wichtigkeit der plastischen Chirurgie und die Wahrnehmung von Entstehung durch zu viele Schönheitsoperationen, zeigten keine signifikante Assoziation im Antwortverhalten ($p=0,844$). Die jeweilige Alternativhypothese kann abgelehnt werden.

Alternativhypothese: Die intuitive Beurteilung der Wichtigkeit des plastischen Chirurgen ist assoziiert mit dem eigenen Empfinden von Entstehung durch Schönheitsoperationen.

Wie im Methodenteil beschrieben, wurde das Zuordnungsverhalten der verschiedenen medizinischen Indikationen zum Aufgabenspektrum der plastischen Chirurgie (vgl. 2.4-2.13, Fragebogen „Medizinisches Fachpersonal“, Anhang) auf Signifikanz mit einigen anderen Fragen explorativ getestet. Hierzu

zählen: Das Alter der Teilnehmer, der höchste Bildungsabschluss, eigene vorangegangene oder geplante plastische Operation, die Beeinflussung durch Familie und Freunde, das Geschlecht, die Selbsteinschätzung der eigenen Informationslage, die Medien- und Seriennutzung, der Stadt- oder Gemeindetyp und der Beruf. Dies wird nun im Folgenden genauer erläutert.

Bei der Zuordnung von medizinischen Indikationen zum Tätigkeitsbereich des plastischen Chirurgen, konnten keine altersabhängigen Unterschiede im Antwortverhalten detektiert werden. Es zeigten sich keine Unterschiede in der Beantwortung der Fragen. Dies spiegelt sich auch in den entsprechenden p-Werten wider, wie „Narbenkorrektur“ ($p=0,793$), „Operation von Hand- oder Fingerfraktur“ ($p=0,229$), „Facelift“ ($p=0,424$), „akute Verbrennung“ ($p=0,322$), „Brustvergrößerung“ ($p=0,777$), „Brustverkleinerung“ ($p=0,999$), Korrektur einer „Lippenspalte“ ($p=0,898$), „Nasenoperation aufgrund von Atemproblemen“ ($p=0,881$), „Nasenoperation aus ästhetischen Gründen“ ($p=0,356$), „Entfernung von Hautkrebs aus dem Gesicht“ ($p=0,640$). Demzufolge kann die entsprechende Alternativhypothese abgelehnt werden.

Alternativhypothese: Es besteht ein Zusammenhang zwischen dem Zuordnungsverhalten verschiedener medizinischer Indikationen zum Fachgebiet der plastischen Chirurgie und dem Alter der Teilnehmer.

Während klassisch ästhetische Operationen, wie „Narbenkorrektur“ ($p=0,279$), „Facelift“ ($p=0,415$), „Brustvergrößerung“ ($p=0,582$), „Brustverkleinerung“ ($p=0,496$) und „Nasenoperation aus ästhetischen Gründen“ ($p=0,639$), keine bildungsspezifischen Unterschiede in der Zuordnung zum Tätigkeitsspektrum der plastischen Chirurgie zeigten, konnte für zwei rekonstruktive Verfahren Signifikanz nachgewiesen werden.

Die Korrektur einer „Lippenspalte“ ($p=0,002$) und die „Nasenoperation aufgrund von Atemproblemen“ ($p=0,002$) wurden signifikant häufiger der plastischen Chirurgie als Aufgabe zugerechnet, je höher der Bildungsabschluss war. Dies kann auch aus den Abbildungen 99 und 100 entnommen werden, wobei beachtet werden muss, dass sich „Fachschulabschluss“ ($n=2$) und „Fachhochschulabschluss“ ($n=4/5$), aufgrund der sehr geringen Fallzahl, nicht optimal in das Gesamtbild der Diagramme einfügen. Dennoch kann die beschriebene Tendenz erkannt und durch die Abbildungen veranschaulicht werden.

Für eine weitere rekonstruktive Operation, die „Entfernung von Hautkrebs aus dem Gesicht“ ($p=0,308$), konnte dieser Zusammenhang nicht bewiesen werden. Auch für die „Operation einer Hand- oder Fingerfraktur“ ($p=0,547$) und für die Behandlung einer „akuten Verbrennung“ ($p=0,311$) wurde kein signifikantes Ergebnis erzielt.

Nachdem der oben beschriebene Zusammenhang nicht für alle medizinischen Beschwerden belegt werden konnte, kann die entsprechende Hypothese weder vollständig angenommen, noch abgelehnt werden.

Alternativhypothese: Es besteht ein Zusammenhang zwischen dem Zuordnungsverhalten verschiedener medizinischer Indikationen zum Fachgebiet der plastischen Chirurgie und dem höchsten Bildungsabschluss.

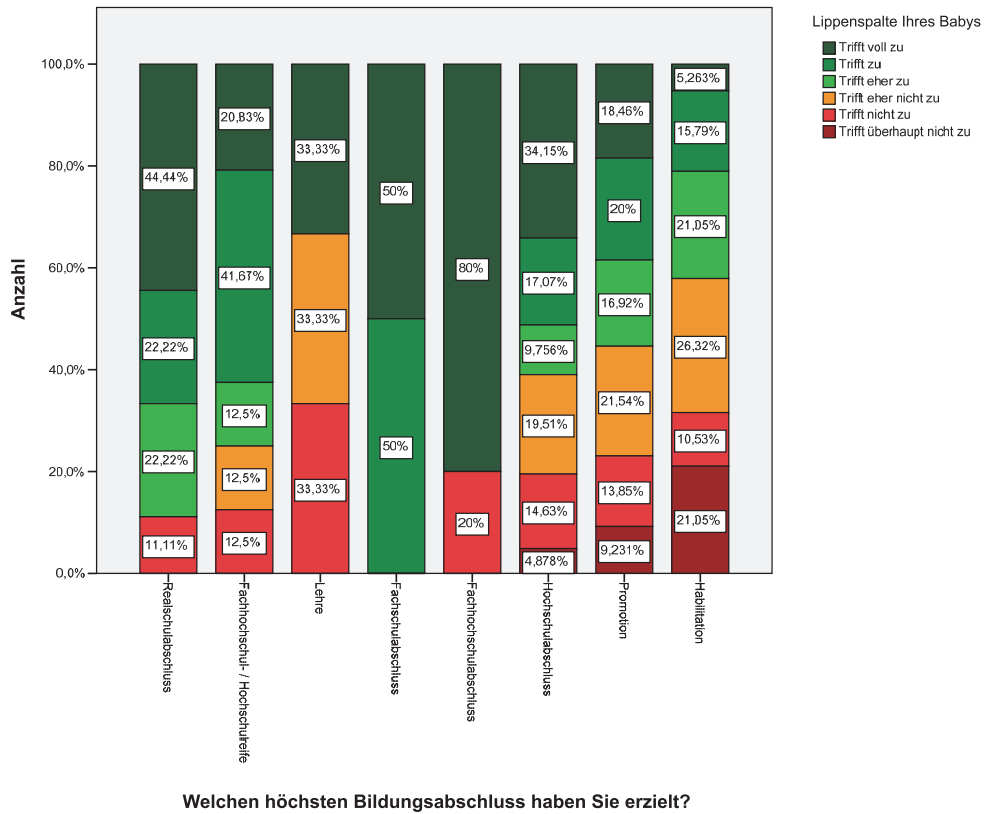


Abbildung 99 – M Bildung – Lippenspalte

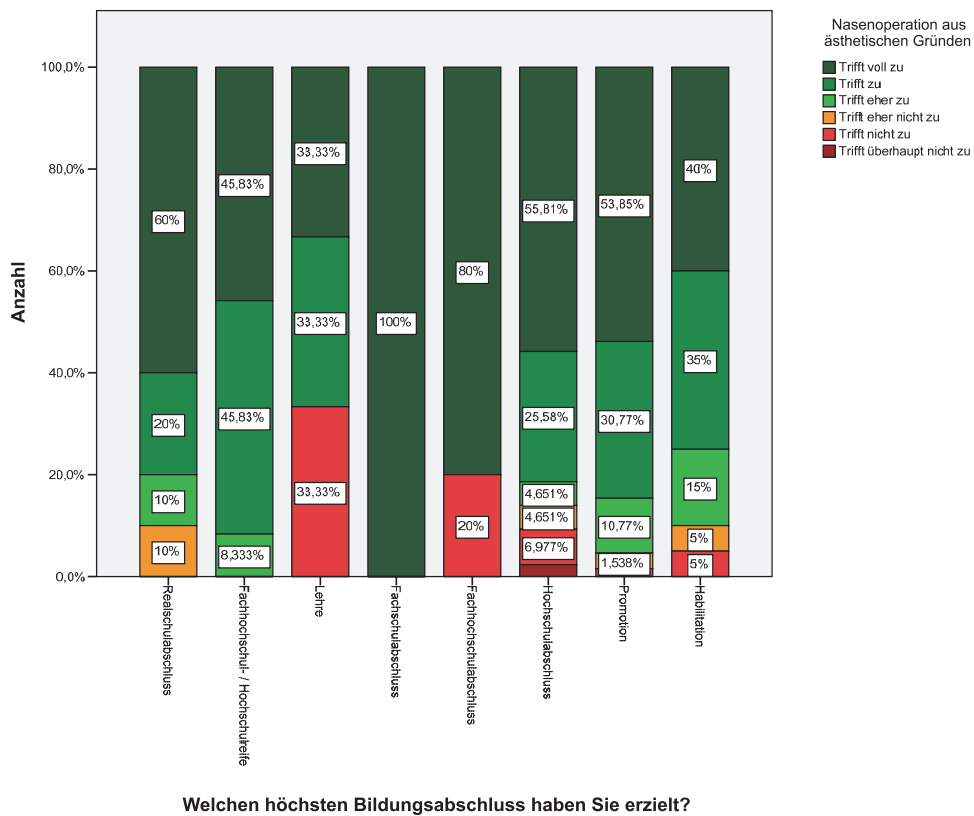


Abbildung 100 – M Bildung – Nasenoperation aus ästhetischen Gründen

Studienteilnehmer, die angaben, sich selbst schon mal einer plastischen Operation unterzogen zu haben oder in nächster Zeit einen Eingriff zu planen, zeigten keine Unterschiede in der Zuordnung von medizinischen Indikationen zum Fachgebiet der plastischen Chirurgie. Dies spiegelt sich auch in den p-Werten wider. Es zeigten sich keine Unterschiede, selbst wenn eigene Patientenerfahrung vorlag, bei „Narbenkorrektur“ ($p=0,411$), „Operation einer Hand- oder Fingerfraktur“ ($p=0,258$), „Facelift“ ($p=0,415$), „akuter Verbrennung“ ($p=0,933$), „Brustvergrößerung“ ($p=0,108$), „Brustverkleinerung“ ($p=0,100$), Korrektur einer „Lippenspalte“ ($p=0,593$), „Nasenoperation aufgrund von Atemproblemen“ ($p=0,128$), „Nasenoperation aus ästhetischen Gründen“ ($p=0,603$) und „Entfernung von Hautkrebs aus dem Gesicht“ ($p=0,653$). Folglich kann die entsprechende Alternativhypothese abgelehnt werden.

Alternativhypothese: Es besteht ein Zusammenhang zwischen dem Zuordnungsverhalten verschiedener medizinischer Indikationen zum Fachgebiet der plastischen Chirurgie und eigener vorangegangener oder geplanter plastischer Operation.

Aus Abbildung 93 geht hervor, dass ein Großteil des medizinischen Fachpersonals die Familie oder den Freundeskreis nicht als Einflussfaktor für die persönliche Perzeption betrachtet ($md=5$). Jedoch konnte gezeigt werden, dass die „Operation einer Hand- oder Fingerfraktur“ signifikant häufiger als Aufgabe der plastischen Chirurgie betrachtet wird, wenn die Befragten angaben, von der Familie oder den Freunden beeinflusst zu werden ($p=0,024$). Dieser Zusammenhang geht auch aus Abbildung 101 hervor, wobei wieder beachtet werden muss, dass lediglich zwei Teilnehmer auf der X-Achse die Option „trifft voll zu“ wählten, weshalb sich diese Säule nicht optimal in das Gesamtdiagramm einfügt. Die Tendenz kann dennoch abgelesen und durch die Grafik veranschaulicht werden.

Für die restlichen medizinischen Indikationen konnte keine entsprechende Signifikanz nachgewiesen werden, wie „Narbenkorrektur“ ($p=0,741$), „Facelift“ ($p=0,935$), „akute Verbrennung“ ($p=0,096$), „Brustvergrößerung“ ($p=0,067$), „Brustverkleinerung“ ($p=0,176$), Korrektur einer „Lippenspalte“ ($p=0,756$), „Nasenoperation aufgrund von Atemproblemen“ ($p=0,224$), „Nasenoperation aus ästhetischen Gründen“ ($p=0,125$) und „Entfernung von Hautkrebs aus dem Gesicht“ ($p=0,531$). Dementsprechend kann die jeweilige Alternativhypothese weder vollständig abgelehnt, noch angenommen werden.

Alternativhypothese: Es besteht ein Zusammenhang zwischen dem Zuordnungsverhalten verschiedener medizinischer Indikationen zum Fachgebiet der plastischen Chirurgie und der Beeinflussung durch Familie und Freunde.

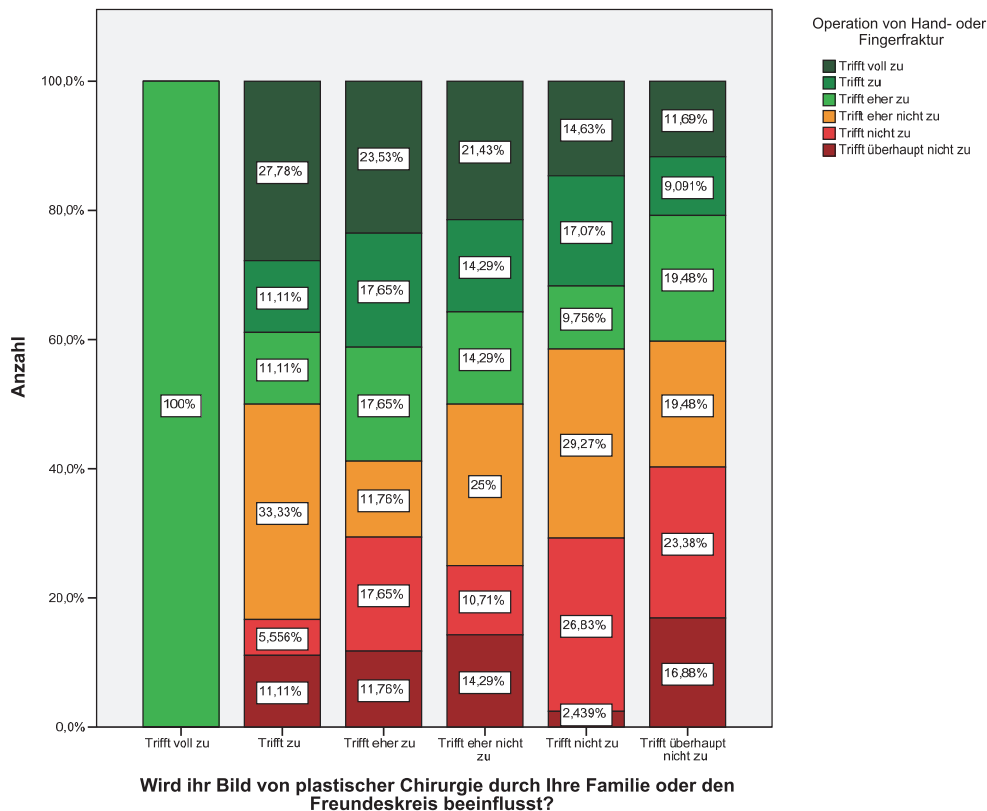


Abbildung 101 – M Familie und Freunde – Hand- oder Fingerfraktur

Es konnten keine geschlechterspezifischen Unterschiede im Zuordnungsverhalten der medizinischen Indikationen zum Aufgabenbereich der plastischen Chirurgie festgestellt werden, wobei die Korrektur einer „Lippenspalte“ eine Ausnahme bildet ($p=0,041$).

Weibliches medizinisches Fachpersonal war, im Vergleich zu männlichen Studienteilnehmern, signifikant häufiger der Meinung, dass die Operation einer „Lippenspalte“ Aufgabe der plastischen Chirurgie sei. Dies kann auch aus Abbildung 102 entnommen werden.

Alle anderen medizinischen Indikationen wiesen keinen entsprechenden Zusammenhang auf, was sich in den p-Werten widerspiegelt, wie bei „Narbenkorrektur“ ($p=0,292$), „Operation von Hand- oder Fingerfraktur“ ($p=0,475$), „Facelift“ ($p=0,354$), „akute Verbrennung“ ($p=0,941$), „Brustvergrößerung“ ($p=0,981$), „Brustverkleinerung“ ($p=0,929$), „Nasenoperation aufgrund von Atemproblemen“ ($p=0,365$), „Nasenoperation aus ästhetischen Gründen“ ($p=0,062$) und „Entfernung von Hautkrebs aus dem Gesicht“ ($p=0,487$). Nachdem der Zusammenhang nur für eine medizinische Indikation nachweisbar war, kann die entsprechende Alternativhypothese weder vollständig angenommen, noch abgelehnt werden.

Alternativhypothese: Es besteht ein Zusammenhang zwischen dem Zuordnungsverhalten verschiedener medizinischer Indikationen zum Fachgebiet der plastischen Chirurgie und dem Geschlecht.

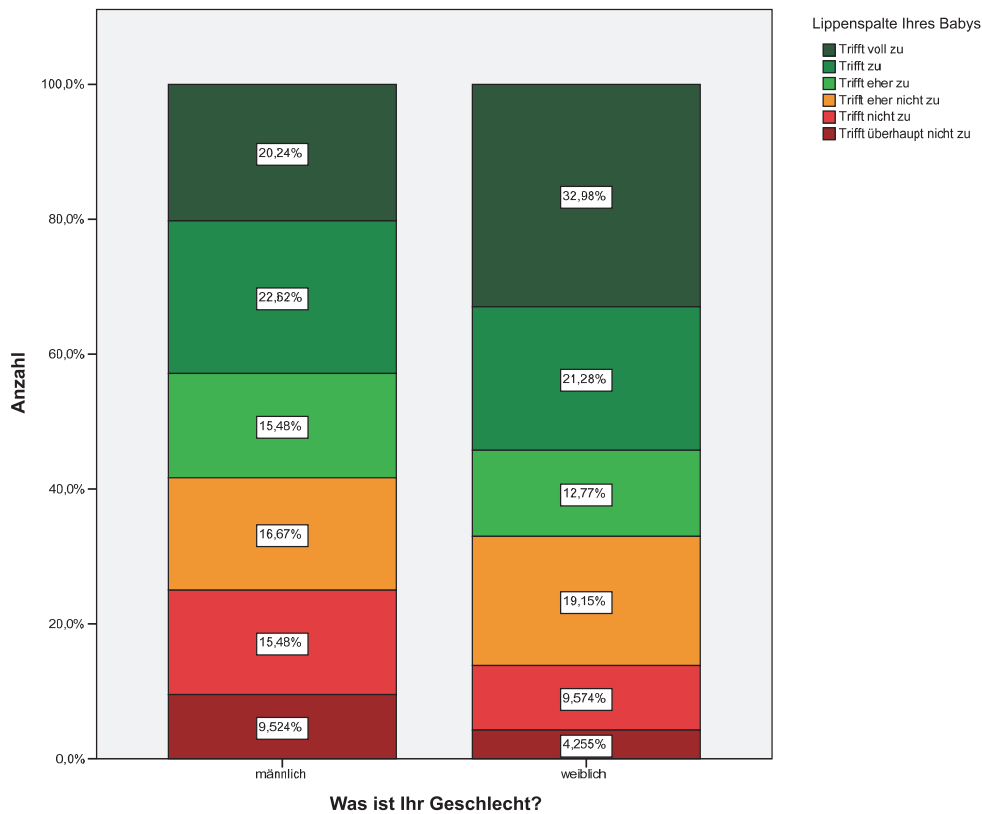


Abbildung 102 – M Geschlecht – Lippenspalte

Es konnte gezeigt werden, dass die „Nasenoperation aufgrund von Atemproblemen“ signifikant seltener dem Tätigkeitsbereich der plastischen Chirurgie zugerechnet wurde, je höher das befragte medizinische Personal seinen eigenen Wissensstand bezüglich plastischer Chirurgie einschätzte ($p=0,006$). Dieser Zusammenhang wird in Abbildung 103 grafisch verdeutlicht. Hier kann abgelesen werden, dass Befragte, die angaben, genügend Informationen zu besitzen, um sich ein Bild über den Aufgabenbereich der plastischen Chirurgie machen zu können, die „Nasenoperation aufgrund von Atemproblemen“ seltener eben dieser Fachrichtung zuordneten. Bei Abbildung 103 gilt, auf der X-Achse bei der Variable „trifft überhaupt nicht zu“, zu beachten, dass die Stichprobengröße hier lediglich $n=4$ betrug, weshalb sich die entsprechende Säule nicht optimal in das Diagramm einfügt. Dennoch ist der Gesamtzusammenhang zu verstehen und wird grafisch verdeutlicht.

Ein konträrer, aber auch signifikanter Zusammenhang konnte für die Zuordnung von der „Brustvergrößerung“ zum Tätigkeitsspektrum der plastischen Chirurgie nachgewiesen werden ($p=0,040$). Abbildung 104 zeigt, dass diese medizinische Indikation eher dem Fachgebiet zugewiesen wird, wenn die Studienteilnehmer selbst der Meinung waren, genügend Informationen und somit einen ausreichenden Wissensstand über plastische Chirurgie zu besitzen.

Auch hier gilt, dass auf der X-Achse bei der Variable „trifft überhaupt nicht zu“ die Fallzahl lediglich $n=4$ betrug, weshalb sich diese Säule nicht optimal in das Diagramm einfügt. Dennoch unterstützt die Abbildung 104 dabei, den Zusammenhang nachzuvollziehen.

Diese Beobachtung stützt die Hypothese, dass umfassendere Information, von beispielsweise ärztlichen Kollegen, den vorhandenen Mangel an Wissen über plastische Chirurgie beheben könnte. Gleichzeitig muss aber beachtet werden, dass der größte Teil der Befragten auch tendenziell keine umfassendere Information wünscht ($md=4$), wie in Abbildung 95 dargestellt. Nachdem dieser

Zusammenhang auch nur für die „Brustvergrößerung“ gezeigt werden konnte, kann diese Hypothese weder vollständig angenommen, noch abgelehnt werden.

Alternativhypothese: Durch Information der Öffentlichkeit und gegebenenfalls ärztlicher Kollegen und verbesserte Darstellung sollte sich daher dieser Zustand verbessern lassen.

Für alle anderen medizinischen Indikationen, wie „Narbenkorrektur“ (p=0,205), „Operation von Hand- oder Fingerfraktur“ (p=0,860), „Facelift“ (p=0,307), „akute Verbrennung“ (p=0,051), „Brustverkleinerung“ (p=0,204), Korrektur einer „Lippenspalte“ (p=0,094), „Nasenoperation aus ästhetischen Gründen“ (p=0,908) und „Entfernung von Hautkrebs aus dem Gesicht“ (p=0,748), konnte kein entsprechender signifikanter Unterschied nachgewiesen werden. Dementsprechend kann auch die entsprechende Alternativhypothese weder vollständig angenommen, noch abgelehnt werden.

Alternativhypothese: Es besteht ein Zusammenhang zwischen dem Zuordnungsverhalten verschiedener medizinischer Indikationen zum Fachgebiet der plastischen Chirurgie und der Selbsteinschätzung der eigenen Informationslage.

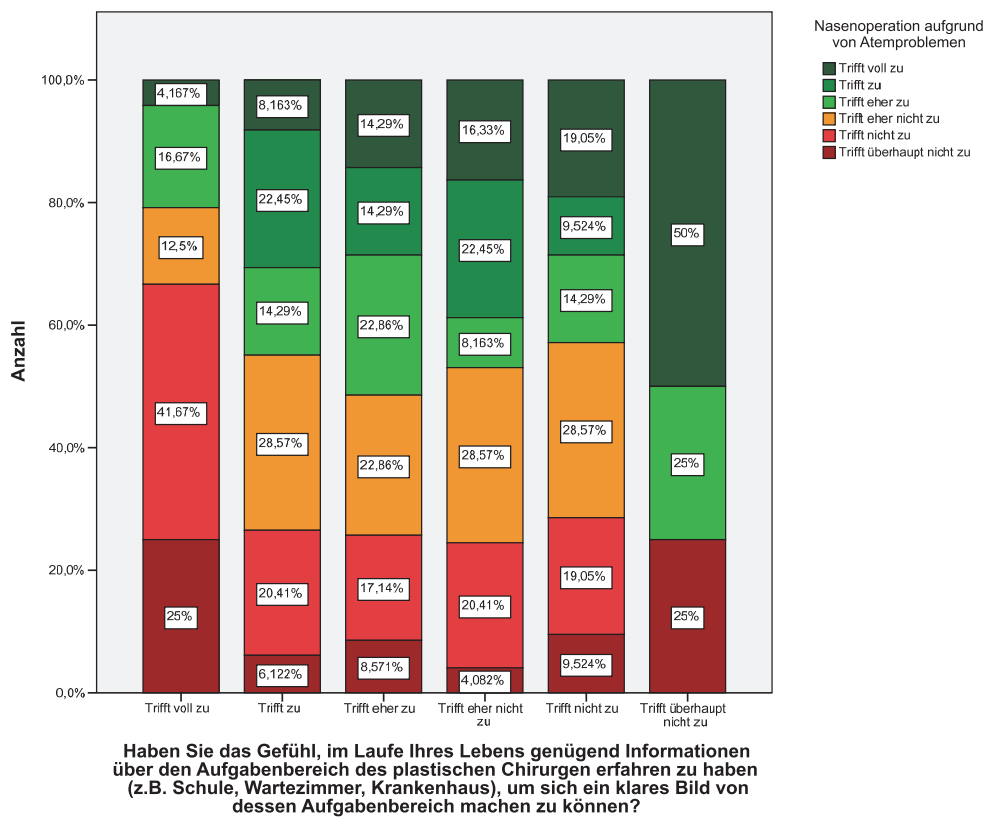


Abbildung 103 – M Wissensstand – Nasenoperation aufgrund von Atemproblemen

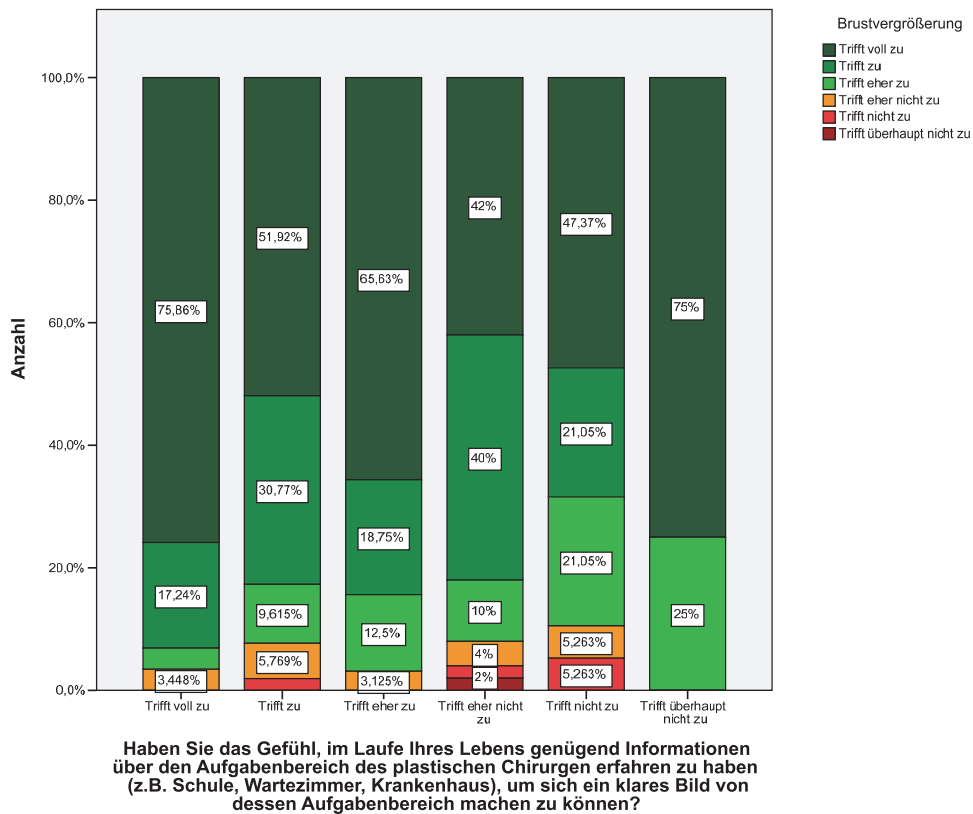


Abbildung 104 – M Wissensstand – Brustvergrößerung

Des Weiteren konnte gezeigt werden, dass Mediennutzung, beispielsweise von Zeitung, Boulevardpresse oder Werbung, keinen signifikanten Unterschied in der Zuordnung von medizinischen Indikationen zum Fachgebiet der plastischen Chirurgie bedingt. Die Behandlung der verschiedenen Beschwerden wurde nicht häufiger oder seltener als Aufgabe der plastischen Chirurgie betrachtet, wenn die Teilnehmer angaben, Zeitung, Werbung oder Boulevardpresse als Informationsquelle zu nutzen. Dieses Ergebnis kann aus den entsprechenden p-Werten abgelesen werden, wie bei „Narbenkorrektur“ ($p=0,304$), „Operation von Hand- oder Fingerfraktur“ ($p=0,310$), „Facelift“ ($p=0,499$), „akute Verbrennung“ ($p=0,151$), „Brustvergrößerung“ ($p=0,179$), „Brustverkleinerung“ ($p=0,324$), Korrektur einer „Lippenspalte“ ($p=0,398$), „Nasenoperation aufgrund von Atemproblemen“ ($p=0,094$), „Nasenoperation aus ästhetischen Gründen“ ($p=0,723$) und „Entfernung von Hautkrebs aus dem Gesicht“ ($p=0,557$). Die jeweilige Alternativhypothese kann folglich abgelehnt werden.

Alternativhypothese: Es besteht ein Zusammenhang zwischen dem Zuordnungsverhalten verschiedener medizinischer Indikationen zum Fachgebiet der plastischen Chirurgie und der Mediennutzung.

Diese Beobachtung spricht gegen die Hypothese, dass bessere Information von ärztlichen Kollegen, beispielsweise mittels medienwirksamer Werbung, den vorhandenen Mangel an Wissen über plastische Chirurgie beheben könnte.

Alternativhypothese: Durch Information der Öffentlichkeit und gegebenenfalls ärztlicher Kollegen und verbesserte Darstellung sollte sich daher dieser Zustand verbessern lassen.

Ebenso konnten bezüglich des Arztserienkonsums keine signifikanten Unterschiede, hinsichtlich der Zuordnung der medizinischen Beschwerden zum Aufgabenspektrum der plastischen Chirurgie, aufgezeigt werden. Die jeweiligen p-Werte bringen dies zum Ausdruck, wie bei „Narbenkorrektur“ ($p=0,100$), „Operation von Hand- oder Fingerfraktur“ ($p=0,230$), „Facelift“ ($p=0,212$), „akute Verbrennung“ ($p=0,815$), „Brustvergrößerung“ ($p=0,518$), „Brustverkleinerung“ ($p=0,833$), Operation

einer „Lippenspalte“ ($p=0,052$), „Nasenoperation aufgrund von Atemproblemen“ ($p=0,157$), „Nasenoperation aus ästhetischen Gründen“ ($p=0,656$) und „Entfernung von Hautkrebs aus dem Gesicht“ ($p=0,637$). Folglich wurde die entsprechende Alternativhypothese abgelehnt.

Alternativhypothese: Es besteht ein Zusammenhang zwischen dem Zuordnungsverhalten verschiedener medizinischer Indikationen zum Fachgebiet der plastischen Chirurgie und dem Serienkonsum.

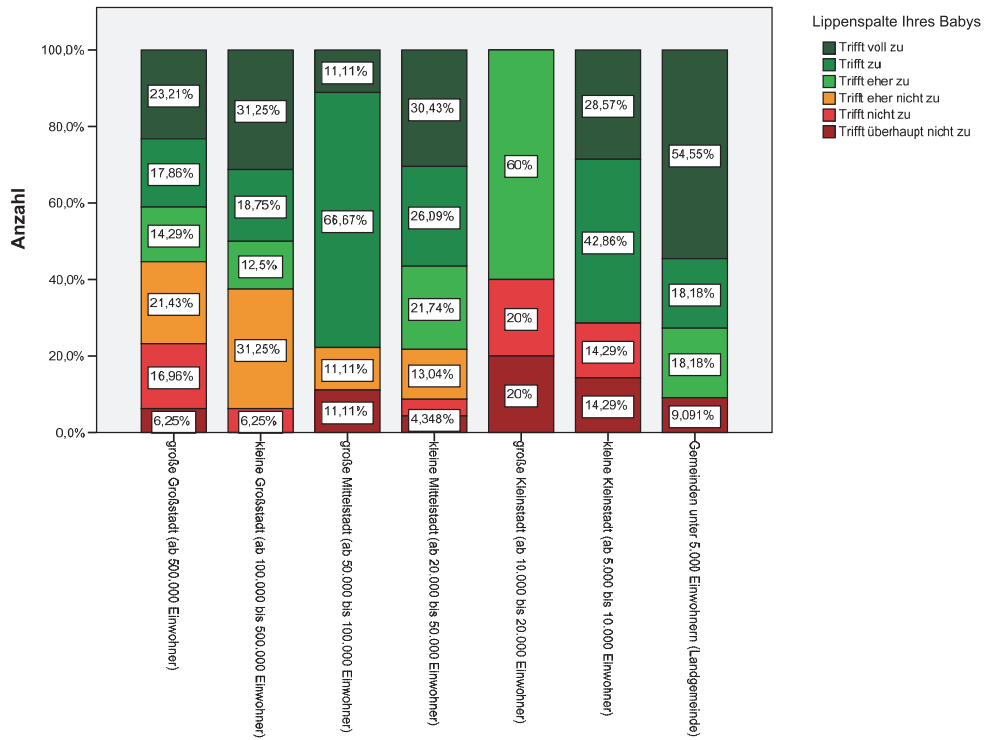
Die Beobachtungen bezüglich Medien- und Serienkonsum widerlegen die Alternativhypothese, dass das Negativ-Image und die Fehleinschätzungen, bezüglich plastischer Chirurgie, auf einer falschen Darstellung der plastischen Chirurgie in den Medien und in der Öffentlichkeit beruhen. Die medizinischen Indikationen wurden durch Medien- und Seriennutzung weder häufiger, noch seltener, als Aufgabe der plastischen Chirurgie wahrgenommen.

Alternativhypothese: Das Negativ-Image und die Fehleinschätzungen beruhen oft auf einer falschen Darstellung der plastischen Chirurgie in den Medien und in der Öffentlichkeit.

Zwei rekonstruktive Verfahren, die Korrektur einer „Lippenspalte“ ($p=0,039$) und die „Nasenoperation aufgrund von Atemproblemen“ ($p=0,030$), wurden signifikant häufiger dem Aufgabenbereich der plastischen Chirurgie zugeordnet, je kleiner der Stadt- oder Gemeindetyp des Umfrageteilnehmers war. Für diese beiden Verfahren konnte also ein Stadt-Land-Gefälle nachgewiesen werden, das sich konträr zu dem der deutschlandweiten Umfrage verhält. Die Abbildungen 105 und 106 stellen diesen Zusammenhang grafisch dar, wobei beachtet werden muss, dass bei der Variable „Große Kleinstadt“ die Fallzahl $n=4/5$ beträgt, weshalb sich die entsprechende Säule im Diagramm nicht optimal in das Gesamtbild einfügt. Der Zusammenhang kann dennoch erfasst werden.

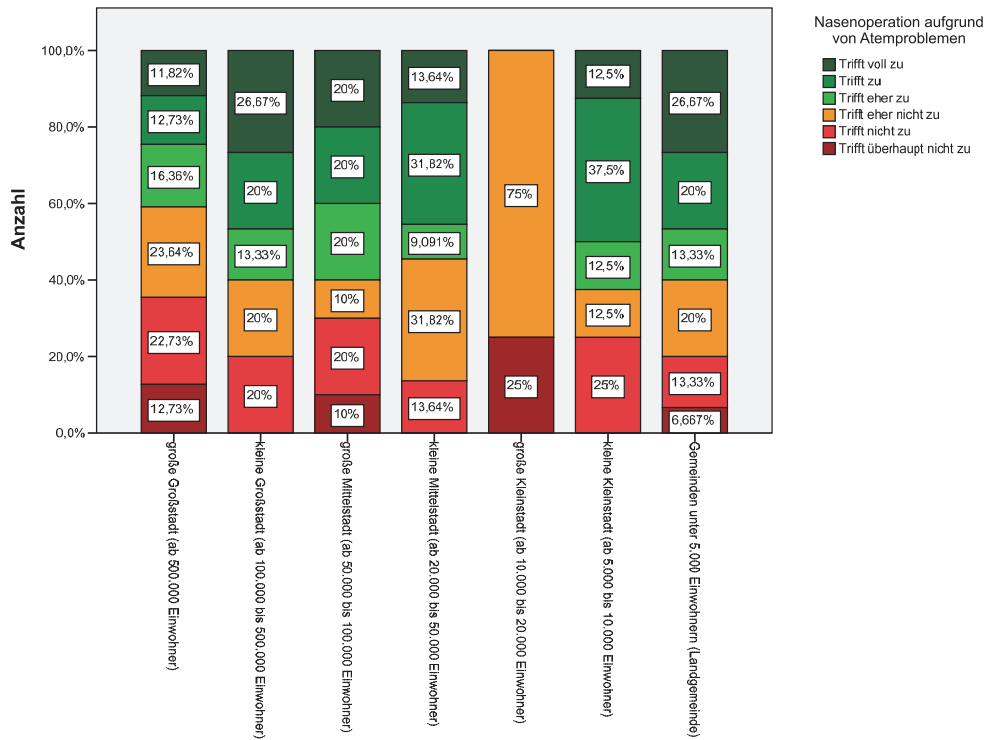
Alle anderen medizinischen Indikationen wiesen keine entsprechende Signifikanz auf, was sich in den jeweiligen p-Werten widerspiegelt. Dies zeigt sich bei „Narbenkorrektur“ ($p=0,632$), „Operation von Hand- oder Fingerfraktur“ ($p=0,319$), „Facelift“ ($p=0,412$), „akute Verbrennung“ ($p=0,297$), „Brustvergrößerung“ ($p=0,926$), „Brustverkleinerung“ ($p=0,654$), „Nasenoperation aus ästhetischen Gründen“ ($p=0,954$) und „Entfernung von Hautkrebs aus dem Gesicht“ ($p=0,583$). Dementsprechend kann die entsprechende Alternativhypothese weder vollständig angenommen, noch abgelehnt werden.

Alternativhypothese: Es besteht ein Zusammenhang zwischen dem Zuordnungsverhalten verschiedener medizinischer Indikationen zum Fachgebiet der plastischen Chirurgie und dem Stadt- oder Gemeindetyp.



Um welchen Stadt- oder Gemeindetyp handelt es sich bei Ihrem Wohnsitz?

Abbildung 105 – M Stadt- oder Gemeindetyp – Lippenspalte



Um welchen Stadt- oder Gemeindetyp handelt es sich bei Ihrem Wohnsitz?

Abbildung 106 – M Stadt- oder Gemeindetyp – Nasenoperation aufgrund von Atemproblemen

Wie im Methodenteil beschrieben, wurden die sieben Berufssubgruppen mit der höchsten Antwortbeteiligung untereinander, hinsichtlich ihres Zuordnungsverhaltens von medizinischen Indikationen zum Tätigkeitsbereich der plastischen Chirurgie, verglichen.

Diese Subgruppen umfassten sowohl ärztliche Fachgebiete, als auch medizinische Ausbildungsberufe. Dazu zählten „Anästhesiologie“, „Chirurgie (alle Bereiche außer plastische und ästhetische Chirurgie)“, „Gynäkologie“, „HNO“, „Strahlentherapie“, „Krankenpfleger“ und „Physiotherapeut“. Die Variable „Chirurgie (alle Bereiche außer plastische und ästhetische Chirurgie)“ wird im Folgenden der Einfachheit halber als „Chirurgie“ abgekürzt.

Die Abbildungen 107-116 stellen das Antwortverhalten der Subgruppen grafisch für jeweils eine medizinische Indikation dar.

Mittels SPSS wurden die Mediane der medizinischen Indikationen für die jeweiligen Berufsgruppen berechnet. (IBM, 2016)

Die Likert-Skala reichte, wie dem Fragebogen „Medizinisches Fachpersonal“ entnommen werden kann, von „trifft voll zu“=1 bis „trifft überhaupt nicht zu“=6. „Trifft voll zu“ bedeutet, dass die medizinische Indikation vollkommen als Aufgabe der plastischen Chirurgie betrachtet wird und „trifft überhaupt nicht zu“ meint, dass das Beschwerdebild definitiv nicht von plastischen Chirurgen behandelt wird.

Für die „Narbenkorrektur“ ergaben sich folgende Werte:

„Anästhesiologie“ (md=1), „Chirurgie“ (md=2), „Gynäkologie“ (md=2), „HNO“ (md=1), „Strahlentherapie“ (md=1), „Krankenpfleger“ (md=1) und „Physiotherapeut“ (md=2).

Dies bedeutet, dass alle Subgruppen überwiegend die Meinung vertraten, dass die Korrektur einer Narbe zum Tätigkeitsspektrum der plastischen Chirurgie zählt, was auch aus Abbildung 107 entnommen werden kann.

Ein statistisch signifikanter Unterschied im Antwortverhalten bestand zwischen „Anästhesiologie“ und „Chirurgie“ ($p=0,031$), „Anästhesiologie“ und „Gynäkologie“ ($p=0,016$), „Chirurgie“ und „Krankenpflege“ ($p=0,038$) und „Gynäkologie“ und „Krankenpflege“ ($p=0,020$).

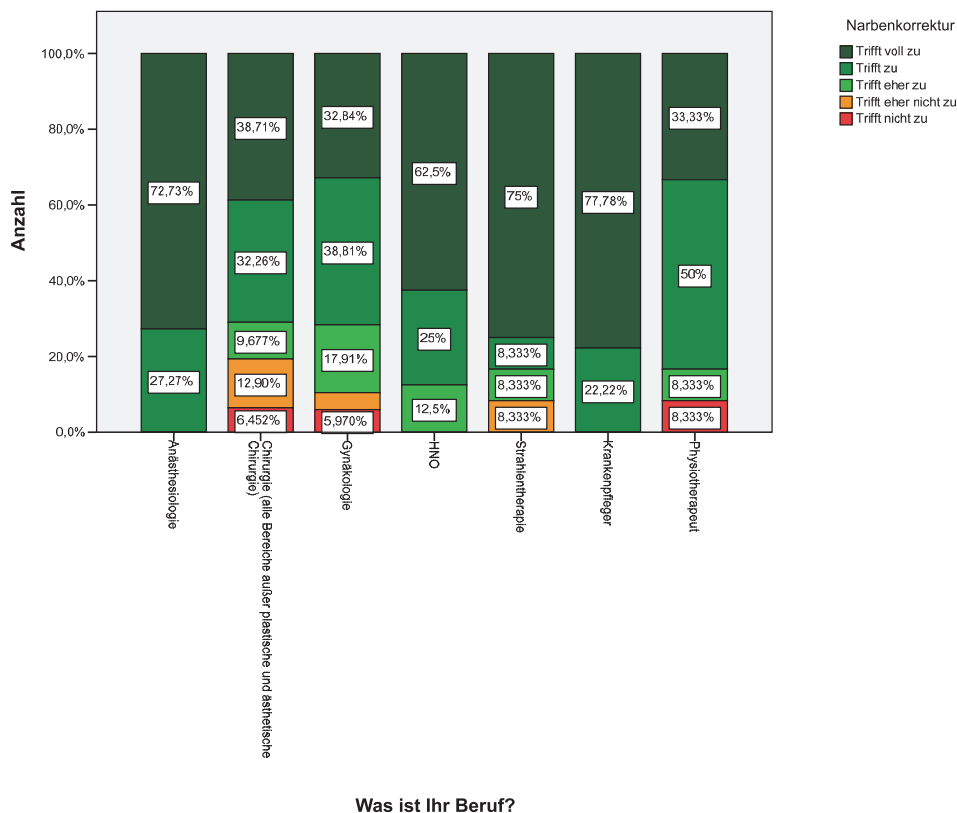


Abbildung 107 – M Berufe Subgruppen – Narbenkorrektur

Die „Operation einer Hand- oder Fingerfraktur“ wurde von der Mehrheit des medizinischen Personals tendenziell nicht als der plastischen Chirurgie zugehörig betrachtet. Dies spiegelt sich in den entsprechenden Medianen wider: „Anästhesiologie“ (md=4), „Chirurgie“ (md=4), „Gynäkologie“ (md=4), „HNO“ (md=4,5), „Strahlentherapie“ (md=3), „Krankenpfleger“ (md=3) und „Physiotherapeut“ (md=5). Die Abbildung 108 zeigt diese Ergebnisse grafisch.

Signifikante Abweichungen im Zuordnungsverhalten zeigten sich zwischen „Chirurgie“ und „Strahlentherapie“ ($p=0,010$), „HNO“ und „Strahlentherapie“ ($p=0,020$), „Gynäkologie“ und „Physiotherapie“ ($p=0,018$), „Krankenpflege“ und „Physiotherapie“ ($p=0,037$) und zwischen „Strahlentherapie“ und „Physiotherapie“ ($p=0,005$).

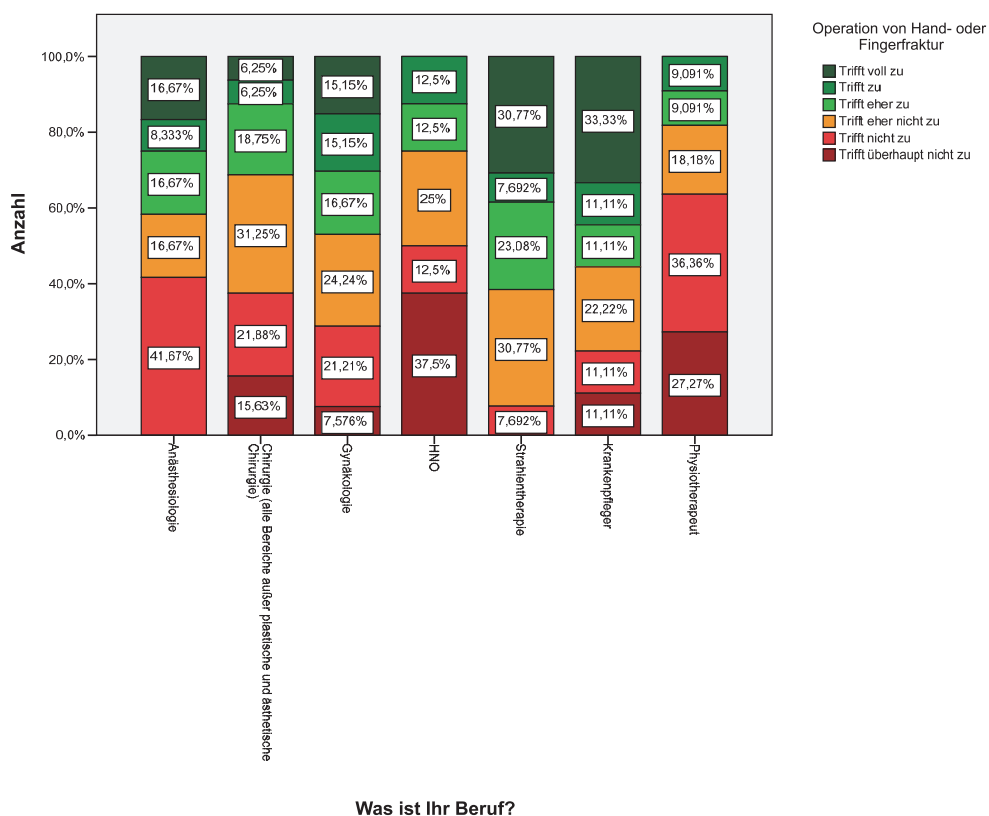


Abbildung 108 – M Berufe Subgruppen – Hand- oder Fingerfraktur

Die „Gesichtsstraffung“ wurde von dem Großteil der sieben Subgruppen als Aufgabe der plastischen Chirurgie betrachtet, was in Abbildung 109 dargestellt ist. Es ergaben sich folgende Mediane: „Anästhesiologie“ (md=1), „Chirurgie“ (md=1), „Gynäkologie“ (md=1), „HNO“ (md=2), „Strahlentherapie“ (md=1), „Krankenpfleger“ (md=1), „Physiotherapeut“ (md=1). Es konnten keine signifikanten Antwortunterschiede zwischen den 7 Berufsgruppen nachgewiesen werden.

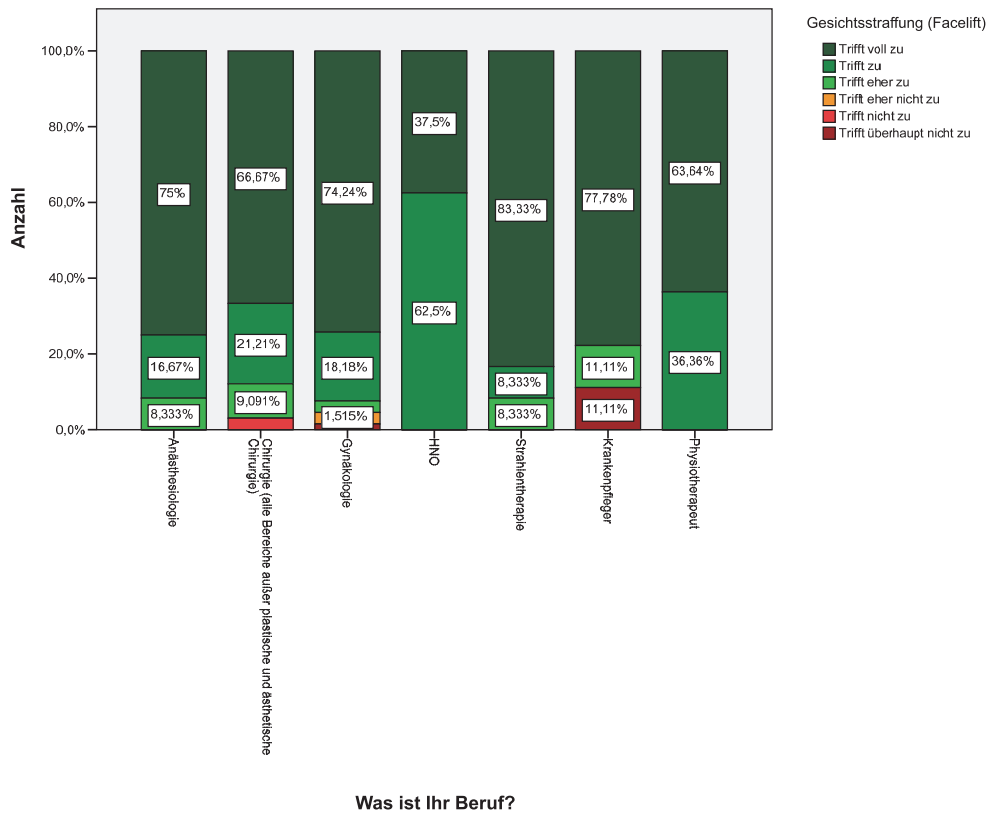


Abbildung 109 – M Berufe Subgruppen – Facelift

Wie Abbildung 110 zeigt, ordnete die Mehrheit der Subgruppen die Behandlung einer „akuten Verbrennung“ dem Aufgabenbereich der plastischen Chirurgie zu. Dies zeigt sich auch in den entsprechenden Medianen: „Anästhesiologie“ (md=1,5), „Chirurgie“ (md=2), „Gynäkologie“ (md=2), „HNO“ (md=2), „Strahlentherapie“ (md=1), „Krankenpfleger“ (md=1) und „Physiotherapeut“ (md=1). Dementsprechend fanden sich auch keine signifikanten Unterschiede im Antwortverhalten zwischen den sieben Subgruppen.

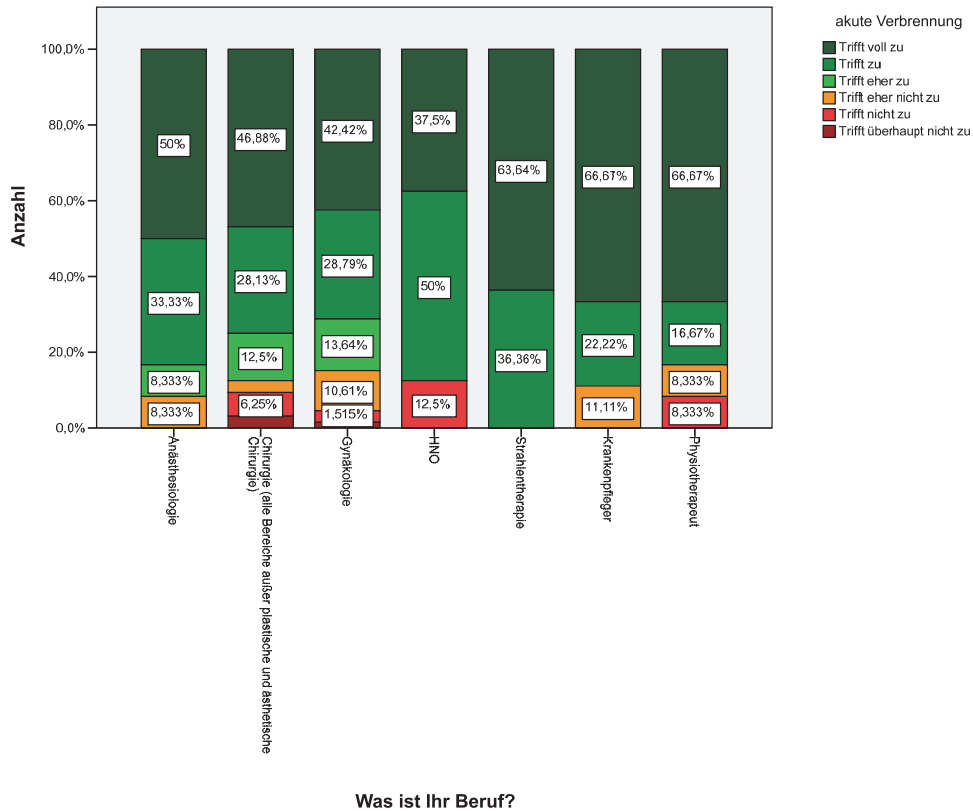


Abbildung 110 – M Berufe Subgruppen – Verbrennung

Die Einordnung einer „Brustvergrößerung“ in das Tätigkeitsspektrum der plastischen Chirurgie, kann aus Abbildung 111 entnommen werden. Die Berufssubgruppen waren überwiegend der Meinung, dass dies eine Aufgabe der plastischen Chirurgie ist. Folgende Mediane wurden berechnet: „Anästhesiologie“ (md=1), „Chirurgie“ (md=1), „Gynäkologie“ (md=2), „HNO“ (md=1), „Strahlentherapie“ (md=1,5), „Krankenschwester“ (md=1) und „Physiotherapeut“ (md=1). Auch hier ergaben sich keine signifikanten Antwortunterschiede zwischen den sieben Berufsgruppen.

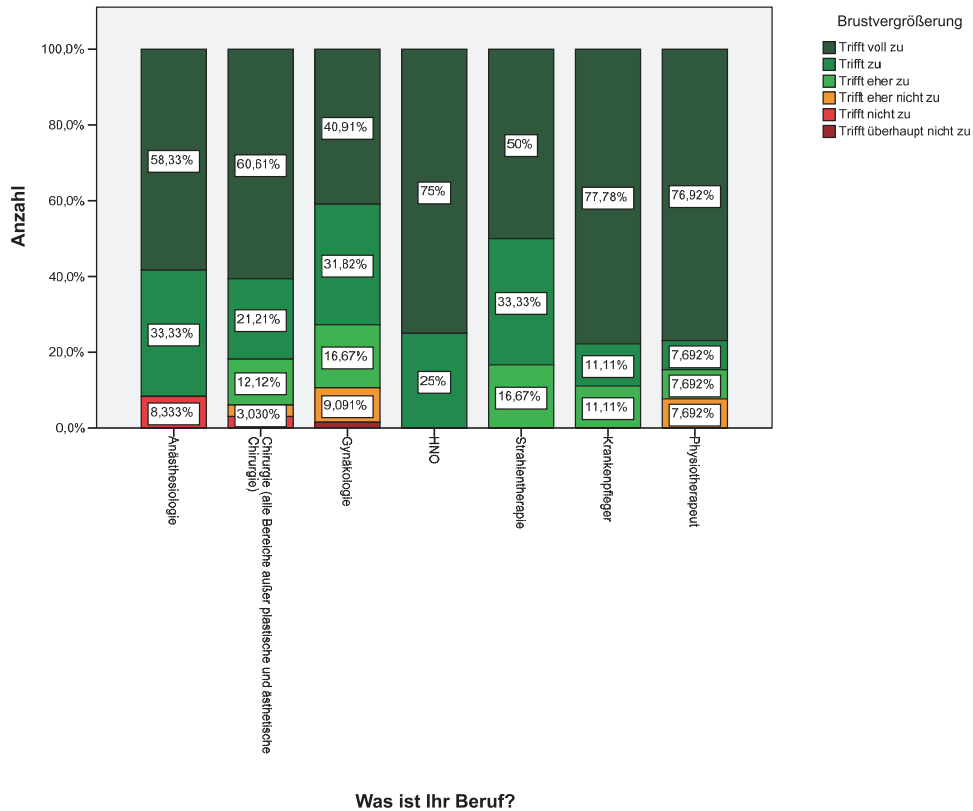


Abbildung 111 – M Berufe Subgruppen – Brustvergrößerung

Die Zuordnung der „Brustverkleinerung“ zum Aufgabenbereich der plastischen Chirurgie, ergab ein ähnliches Bild, wie aus Abbildung 112 entnommen werden kann. Die Mediane lauten entsprechend für die sieben Berufsgruppen: „Anästhesiologie“ (md=1), „Chirurgie“ (md=1), „Gynäkologie“ (md=2), „HNO“ (md=1), „Strahlentherapie“ (md=2), „Krankenpfleger“ (md=1) und „Physiotherapeut“ (md=1). Signifikante Unterschiede im Antwortverhalten konnten zwischen „Chirurgie“ und „Gynäkologie“ ($p=0,036$) und zwischen „Gynäkologie“ und „Krankenpflege“ ($p=0,028$) nachgewiesen werden.

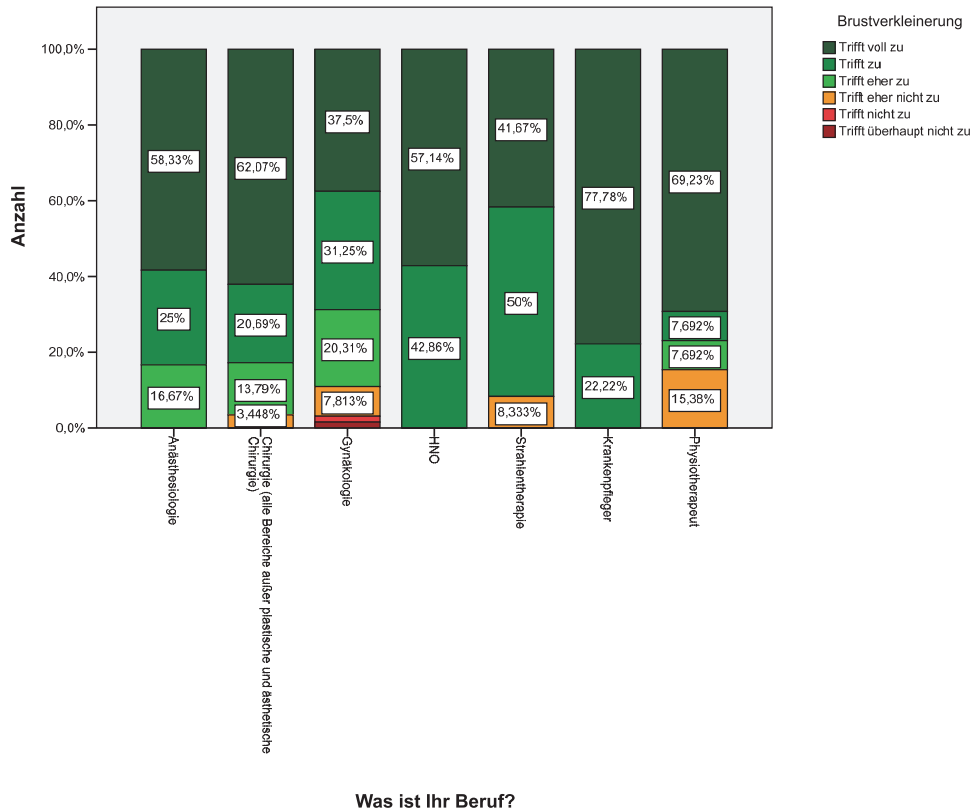


Abbildung 112 – M Berufe Subgruppen – Brustverkleinerung

Bei der Einordnung der Korrektur einer „Lippenspalte“ zeigten sich Unterschiede zwischen den Subgruppen. Dies wird grafisch in Abbildung 113 dargestellt und kann aus den Medianen abgelesen werden: „Anästhesiologie“ (md=4,5), „Chirurgie“ (md=3), „Gynäkologie“ (md=3), „HNO“ (md=4), „Strahlentherapie“ (md=3), „Krankenpfleger“ (md=1) und „Physiotherapeut“ (md=2).

Hierbei war ein signifikanter Unterschied zwischen „Anästhesiologie“ und „Chirurgie“ im Zuordnungsverhalten nachweisbar ($p=0,016$). Auch zwischen „Anästhesiologie“ und „Gynäkologie“ ($p=0,001$), „Anästhesiologie“ und „Strahlentherapie“ ($p=0,031$), „Anästhesiologie“ und „Krankenpflege“ ($p=0,004$) und zwischen „Anästhesiologie“ und „Physiotherapie“ ($p=0,004$) wurden signifikante Unterschiede aufgezeigt. Abweichungen wurden ebenfalls zwischen „Chirurgie“ und „HNO“ ($p=0,034$), „Gynäkologie“ und „HNO“ ($p=0,006$), „Gynäkologie“ und „Krankenpflege“ ($p=0,041$), „HNO“ und „Krankenpflege“ ($p=0,004$), „HNO“ und „Physiotherapie“ ($p=0,002$) und zwischen „HNO“ und „Strahlentherapie“ ($p=0,029$) als signifikant errechnet.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die Berufsgruppen „Anästhesiologie“ und „HNO“ die Korrektur einer „Lippenspalte“ eher nicht als Aufgabe der plastischen Chirurgie betrachten.

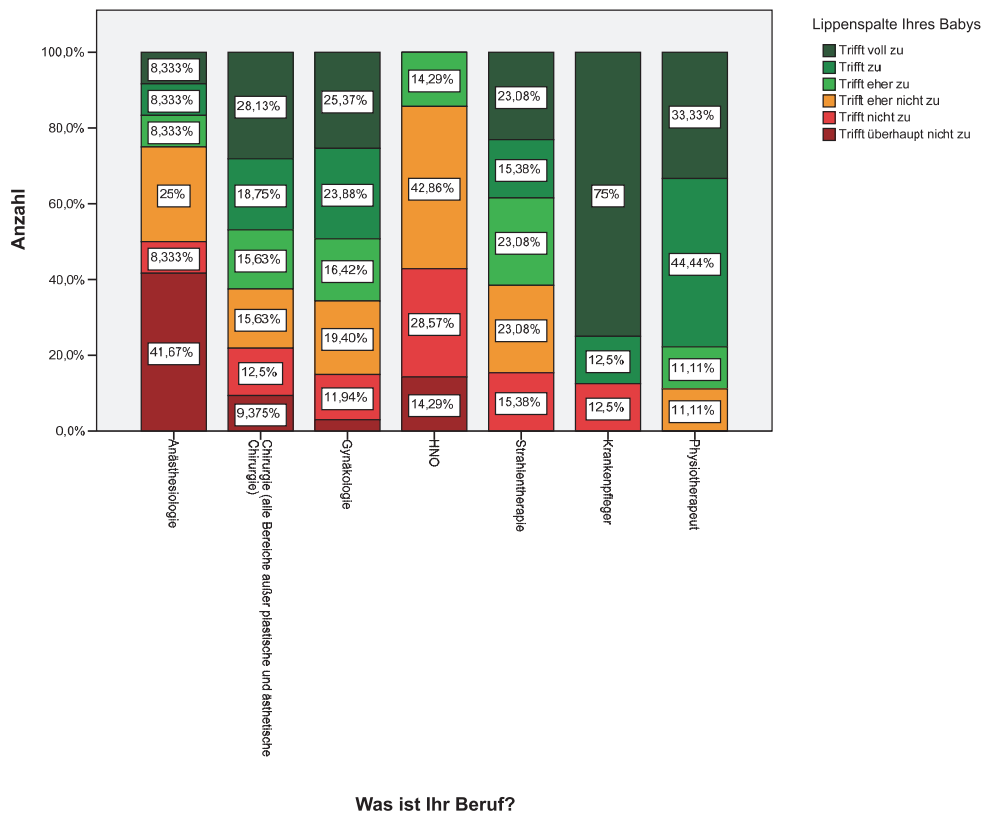


Abbildung 113 – M Berufe Subgruppen – Lippenspalte

Ein ebenso heterogenes Bild zeigte sich, bei der Zuordnung der „Nasenoperation aufgrund von Atemproblemen“ zum Tätigkeitsspektrum der plastischen Chirurgie, in Abbildung 114. Die errechneten Mediane je Subgruppe lauten: „Anästhesiologie“ (md=4), „Chirurgie“ (md=3), „Gynäkologie“ (md=4), „HNO“ (md=5,5), „Strahlentherapie“ (md=4), „Krankenpfleger“ (md=2) und „Physiotherapeut“ (md=3).

Signifikante Unterschiede im Antwortverhalten konnten zwischen „Anästhesiologie“ und „Krankenpflege“ (p=0,036), „Chirurgie“ und „HNO“ (p=0,007), „Gynäkologie“ und „HNO“ (p=0,001), „Krankenpflege“ und „HNO“ (p=0,002), „Physiotherapie“ und „HNO“ (p<0,001), „Strahlentherapie“ und „HNO“ (p=0,010), „Strahlentherapie“ und „Krankenpflege“ (p=0,028) und zwischen „Strahlentherapie“ und „Physiotherapie“ (p=0,049) nachgewiesen werden.

Gerade die Gruppen „Anästhesiologie“, „Gynäkologie“, „HNO“ und „Strahlentherapie“ waren überwiegend der Meinung, dass die „Nasenoperation aufgrund von Atemproblemen“ keine Aufgabe der plastischen Chirurgie ist.

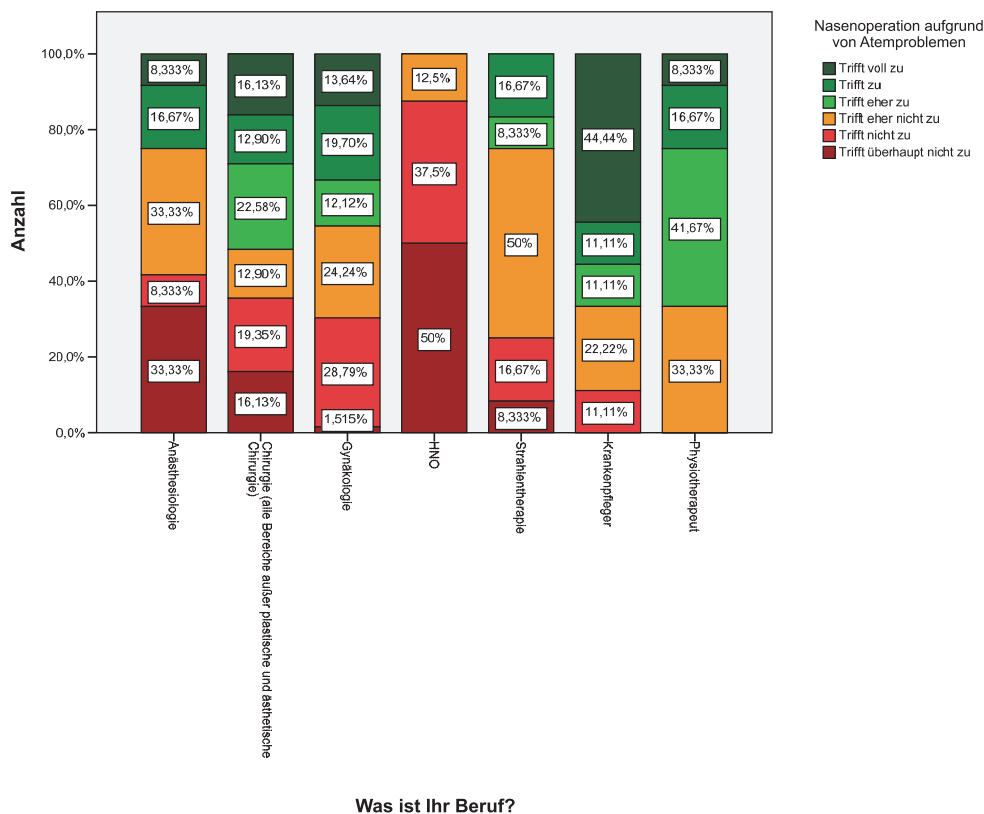


Abbildung 114 – M Berufe Subgruppen – Nasenoperation aufgrund von Atemproblemen (Heidekrueger et al., 2019)

Die „Nasenoperation aus ästhetischen Gründen“ hingegen, wurde von der Mehrheit des medizinischen Fachpersonals als Aufgabe der plastischen Chirurgie betrachtet, wobei die Subgruppe der „HNO“-Ärzte abweicht. Dies stellt sich grafisch in Abbildung 115 und in den jeweiligen Medianen dar: „Anästhesiologie“ (md=2), „Chirurgie“ (md=1), „Gynäkologie“ (md=1), „HNO“ (md=3), „Strahlentherapie“ (md=1), „Krankenpfleger“ (md=1) und „Physiotherapeut“ (md=1).

Hierbei gab es signifikante Unterschiede im Antwortverhalten zwischen „Anästhesiologie“ und „Gynäkologie“ ($p=0,034$), „Anästhesiologie“ und „Physiotherapie“ ($p=0,026$), „Chirurgie“ und „HNO“ ($p=0,021$), „Gynäkologie“ und „HNO“ ($p<0,001$), „Krankenpflege“ und „HNO“ ($p=0,034$) und zwischen „Physiotherapie“ und „HNO“ ($p=0,002$).

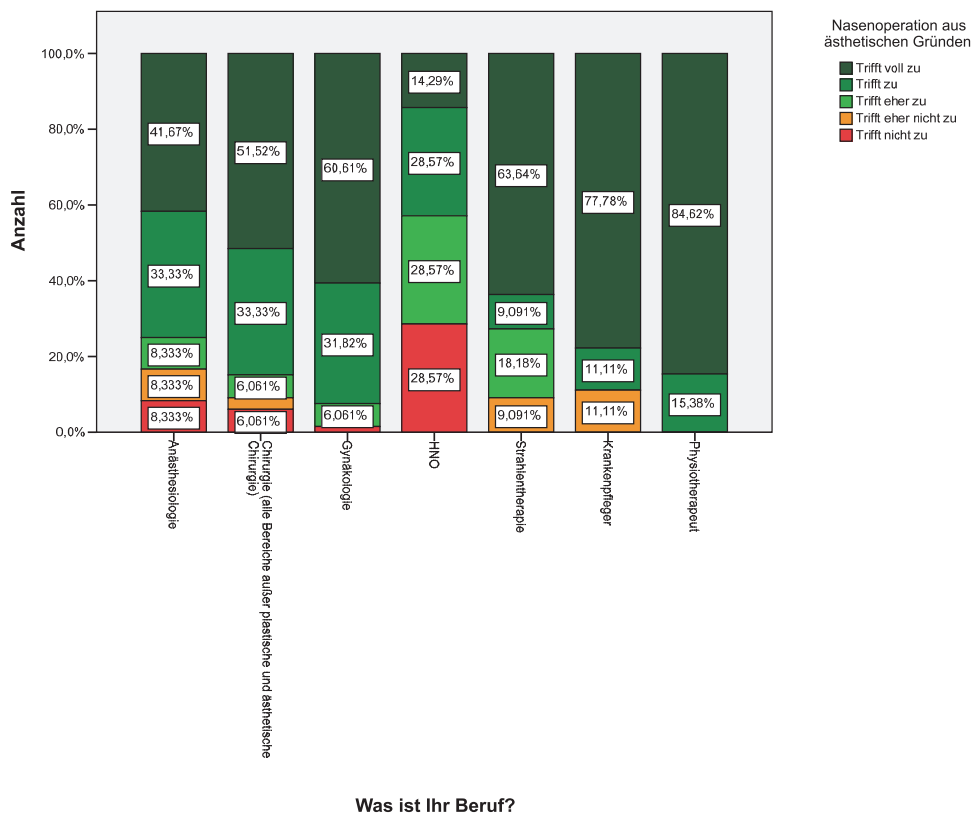


Abbildung 115 – M Berufe Subgruppen – Nasenoperation aus ästhetischen Gründen

Die Einordnung von „Entfernung von Hautkrebs aus dem Gesicht“ weist ein relativ homogenes Bild auf, wobei das Antwortverhalten der „HNO“-Ärzte eine Abweichung zeigt. Abbildung 116 verdeutlicht dies grafisch. Die entsprechenden Mediane lauten: „Anästhesiologie“ (md=3), „Chirurgie“ (md=3), „Gynäkologie“ (md=3), „HNO“ (md=5), „Strahlentherapie“ (md=3), „Krankenpfleger“ (md=3) und „Physiotherapeut“ (md=3).

Dementsprechend konnte auch ein signifikanter Unterschied im Zuordnungsverhalten zwischen „Anästhesiologie“ und „HNO“ ($p=0,022$), „Chirurgie“ und „HNO“ ($p=0,010$), „Gynäkologie“ und „HNO“ ($p=0,002$), „Krankenpflege“ und „HNO“ ($p=0,009$), „Physiotherapie“ und „HNO“ ($p=0,017$) und zwischen „Strahlentherapie“ und „HNO“ ($p=0,035$) nachgewiesen werden.

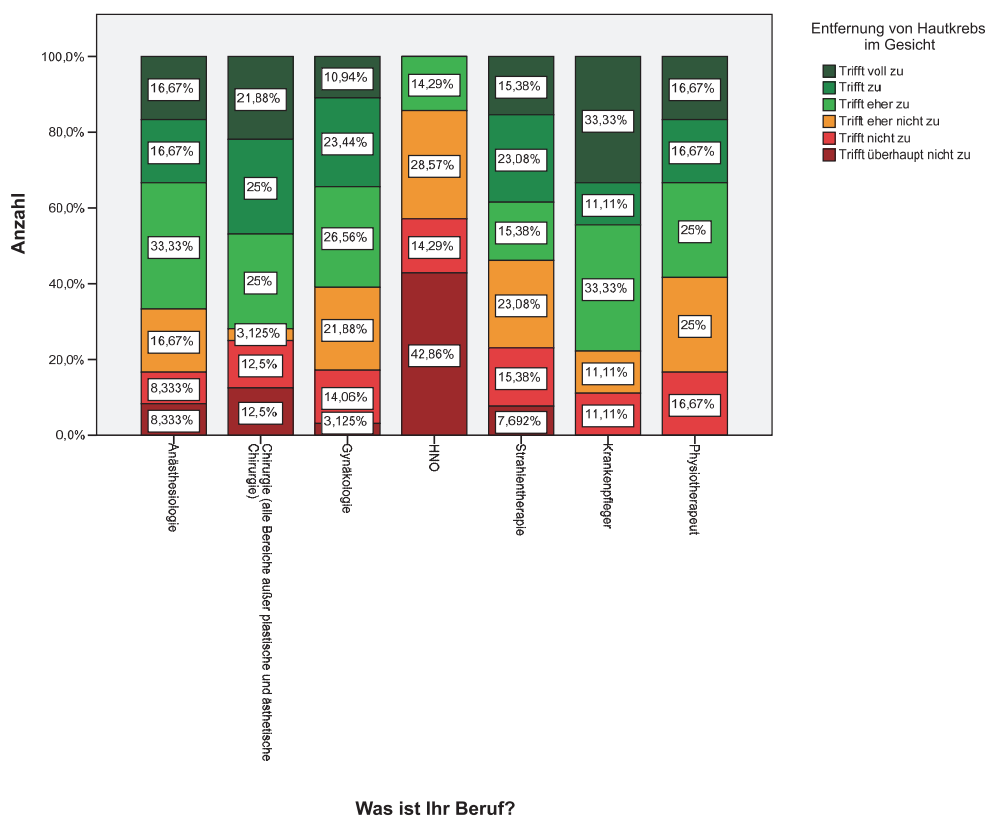


Abbildung 116 – M Berufe Subgruppen – Hautkrebs

Die Alternativhypothese, dass ein Zusammenhang zwischen der Zuordnung der medizinischen Indikationen zum Aufgabenspektrum der plastischen Chirurgie und dem Beruf der Umfrageteilnehmer nachweisbar ist, konnte nur teilweise bestätigt werden. Da dies nicht für alle medizinischen Beschwerden und Berufsgruppen signifikant war, kann die entsprechende Hypothese weder vollständig angenommen, noch abgelehnt werden.

Alternativhypothese: Es besteht ein Zusammenhang zwischen dem Zuordnungsverhalten verschiedener medizinischer Indikationen zum Fachgebiet der plastischen Chirurgie und dem Beruf.

Jedoch bestätigte der Berufsgruppenvergleich die Hypothese, dass das Aufgabenspektrum der plastischen Chirurgie unter medizinischem Personal nicht umfassend bekannt ist und sich diesbezüglich teils starke Unterschiede zwischen verschiedenen medizinischen Berufen aufzeigen ließen.

Alternativhypothese: Das Aufgabenspektrum ist jedoch unzureichend bekannt.

5.3 Umfrage unter Patienten

Zu Beginn wird rein deskriptiv das Ergebnis der Befragung beschrieben, die unter Patienten der plastischen Chirurgie durchgeführt wurde. Im Anschluss daran werden die Testungen erläutert. Kursiv im Text finden sich, im entsprechenden Textabschnitt, jeweils die zu testenden Alternativhypothesen. Zudem sind bedeutsame Ergebnisse fett hervorgehoben. Insgesamt wurden 50 Fragebögen registriert, wobei entsprechende Ausschlüsse, die Statistik betreffend, im Material- und Methodenteil erklärt wurden.

Der erste Teil der Umfrage erfasste demografische Daten, welche im Folgenden dargestellt werden. Zunächst wurde der Wohnort der Studienteilnehmer über das Bundesland erfragt. Da die Befragung lediglich in einem Klinikum in Bayern durchgeführt wurde, stammten alle Befragten aus diesem einen Bundesland, was im folgenden Diagramm 117 dargestellt ist (Heidekrueger et al., 2019). Rechts neben der Abbildung kann abgelesen werden, wie viele Teilnehmer die Frage beantwortet haben (n=50).

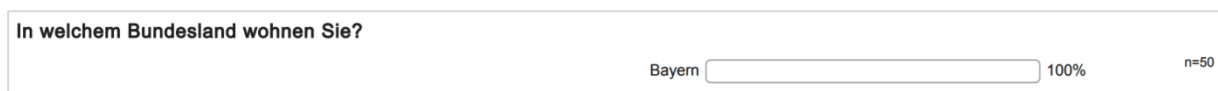


Abbildung 117 – P Verteilung der Bundesländer

In der nächsten Frage wurde der Wohnort weiter bezüglich des Stadt- oder Gemeindetyps klassifiziert, was aus Abbildung 118 zu entnehmen ist. Ein Großteil der Befragten, 39,1%, gab an, in einer großen Großstadt zu leben. Die restlichen Teilnehmer verteilten sich auf die übrigen Stadt- und Gemeindetypen (n=50).

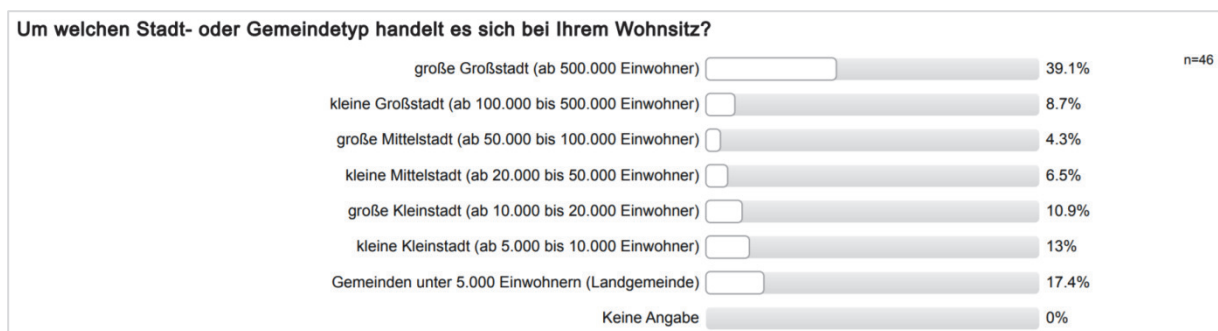


Abbildung 118 – P Verteilung des Stadt- oder Gemeindetyps

Die Teilnehmer wurden, im weiteren Verlauf, bezüglich ihres Alters in Kategorien eingeteilt. Es zeigte sich unter den Befragten eine Tendenz in Richtung älterer Patienten, was aus Abbildung 119 ersichtlich ist (n=47).

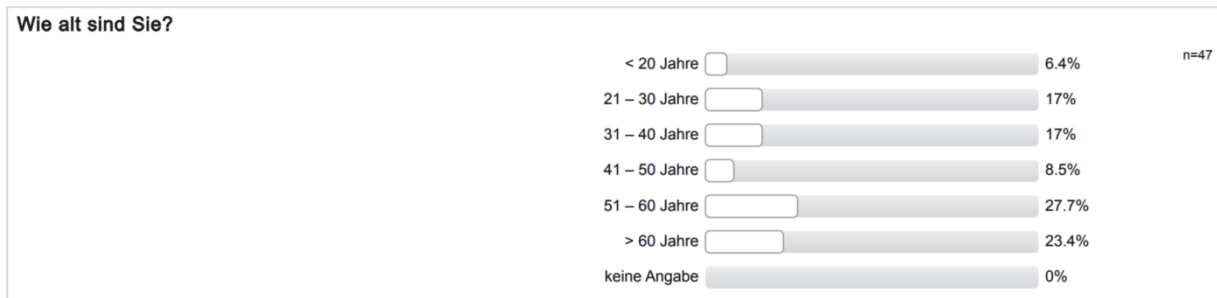


Abbildung 119 – P Altersverteilung

Die Geschlechter waren nicht gleich verteilt. Insgesamt nahmen 32% Männer und 68% Frauen an der Befragung teil. (Heidekrueger et al., 2019) Die Antwortoption „transsexuell“ wurde nie gewählt, weshalb diese Kategorie im weiteren Verlauf bei der statistischen Testung ausgeschlossen wurde. Es gab keine Enthaltungen. In Abbildung 120 sind noch alle Antwortmöglichkeiten dargestellt (n=50).



Abbildung 120 – P Geschlechterverteilung

Bei der Frage nach dem höchsten Bildungsabschluss waren „Haupt-/Volksschulabschluss“ und „Realschulabschluss“ die meistgewählten Optionen. 17,1% gaben an, einen „Hochschulabschluss“ zu besitzen. Die Optionen „ohne Abschluss“, „Abschluss der polytechnischen Oberschule“, „Fachschulabschluss“, „Promotion“ und „Habilitation“ wurden hier entfernt, da keine Markierungen erfasst werden konnten. Insgesamt wurden die Antworten von 41 Teilnehmern aufgenommen, deren Verteilung in Abbildung 121 aufgezeigt ist.

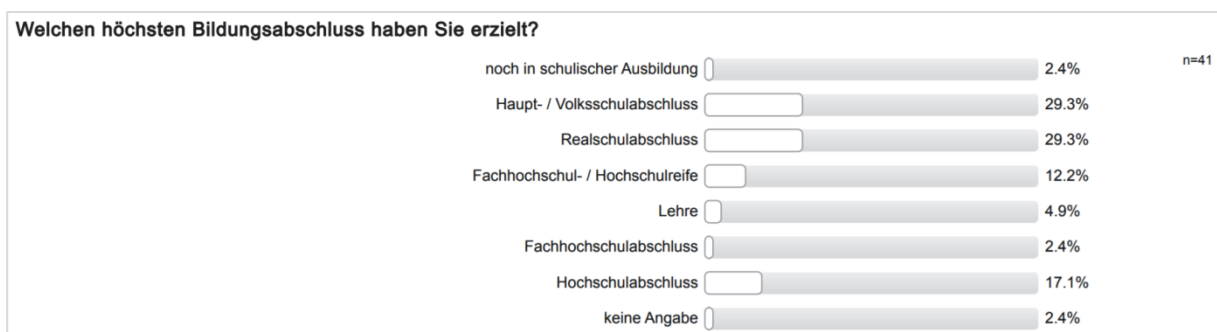


Abbildung 121 – P Verteilung des höchsten Bildungsabschlusses

33,3% der Studienteilnehmer gaben an, einen Arzt in der Familie oder im Bekanntenkreis zu haben. 60% verneinten die Frage, 6,7% enthielten sich. Insgesamt wurden hier 45 Markierungen erfasst. Abbildung 122 zeigt die entsprechende grafische Verteilung.



Abbildung 122 – P Vorhandensein eines Arztes in der Familie oder im Bekanntenkreis

Auf die allgemeine Datenerfassung folgten Fragen, die sich auf die persönliche Perzeption der plastischen Chirurgie bezogen. Diese werden im Folgenden näher erläutert.

Die Studienteilnehmer wurden gebeten ihren durchgeführten oder geplanten plastischen Eingriff genauer zu klassifizieren, wobei circa ein Drittel aller Operationen der „ästhetischen Chirurgie“ zuzuordnen waren. 40 % der Patienten nahmen die „Rekonstruktive Chirurgie“ in Anspruch und 20% waren Patienten der „Verbrennungschirurgie“. „Handchirurgie“ war mit 2% seltener vertreten. (Heidekrueger et al., 2019)

Da bei dieser Frage Mehrfachantworten erlaubt waren und es auch einige Enthaltungen (12%) gab, soll Abbildung 123 lediglich als Orientierung dienen (n=50).



Abbildung 123 – P Eigene Operation

Die Beantwortung der folgenden Fragen erfolgte anhand einer Likert-Skala, welche die Kategorien „trifft voll zu“ = 1, „trifft zu“ = 2, „trifft eher zu“ = 3, „trifft eher nicht zu“ = 4, „trifft nicht zu“ = 5, „trifft überhaupt nicht zu“ = 6 umfasst.

Die Abbildungen zeigen die Verteilung der Antworten als relative Häufigkeiten, die als Histogramm über der jeweiligen Antwortoption abgebildet werden. Außerdem wird in allen Likert-Skalen-Abbildungen der Mittelwert als roter Strich dargestellt, an den die Standardabweichung als schwarzes Intervall angebunden ist. Der Median stellt sich als blaues Dreieck dar. Dieser wird in den kommenden Beschreibungen häufig herangezogen, da es sich oft um schiefe, also nicht normalverteilte, Ergebnisse handelt. Rechts neben dem entsprechenden Diagramm können die Fallzahl sowie die errechneten Werte für Mittelwert, Median, Standardabweichung und Enthaltung abgelesen werden.

Die Patienten wurden gebeten eine Einschätzung des eigenen Informationsgrades, hinsichtlich plastischer Chirurgie, abzugeben. Es zeichnete sich ab (m=3), dass ein Großteil der Befragten tendenziell ausreichend Informationen über den Aufgabenbereich der plastischen Chirurgie besitzt. Die Likert-Skala wird grafisch in Abbildung 124 dargestellt (n=47).

Haben Sie das Gefühl, im Laufe Ihres Lebens genügend Informationen über den Aufgabenbereich des plastischen Chirurgen erfahren zu haben (z.B. Schule, Wartezimmer, Krankenhaus), um sich ein klares Bild von dessen Aufgabenbereich machen zu können? Sie können zwischen den Kategorien „trifft voll zu“, „trifft zu“, „trifft eher zu“, „trifft eher nicht zu“, „trifft nicht zu“, „trifft überhaupt nicht zu“ oder „keine Angabe“ wählen.

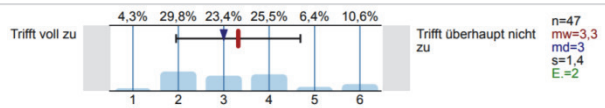


Abbildung 124 – P Selbsteinschätzung des Wissensstandes

Im weiteren Verlauf wurde eruiert, wie die Patienten ihre Beschwerden selbst im Voraus einschätzten. Über die Hälfte, 55,1%, gaben an, dass ihnen bereits bewusst gewesen sei, dass es sich bei der eigenen medizinischen Indikation um den Zuständigkeitsbereich der plastischen Chirurgie handelte. **38,8% verfügten im Voraus nicht über dieses Wissen**, 6,1% enthielten sich (n=49). Abbildung 125 stellt dies grafisch dar. (Heidekrueger et al., 2019)

Dass knapp 40% der befragten Patienten nicht bewusst war, dass ihre eigene Operation plastisch-chirurgischer Natur ist, stützt die Alternativhypothese, dass das Aufgabenspektrum der plastischen Chirurgie nicht umfassend in der Bevölkerung bekannt ist.

Alternativhypothese: Das Aufgabenspektrum ist jedoch unzureichend bekannt.

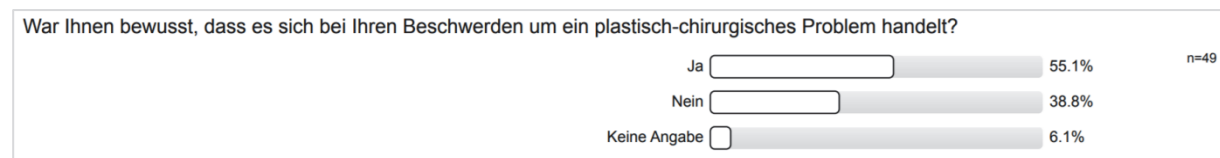


Abbildung 125 – P Selbsteinschätzung der eigenen Operation 1

Alle Patienten, denen in der vorherigen Frage nicht bewusst war, dass es sich bei ihrer eigenen medizinischen Indikation um ein plastisch-chirurgisches Problem handelte, wurden nun weiterbefragt. Von den 38,8% der Vorfrage zeigte sich die Mehrheit überrascht, dass der Eingriff plastisch-chirurgischer Natur war. Die entsprechende Verteilung ist in Abbildung 126 aufgezeigt (n=48).

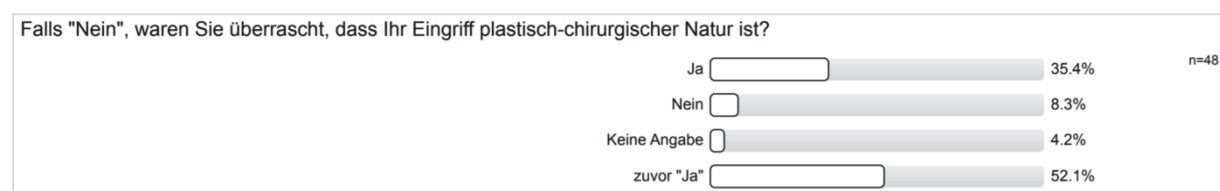


Abbildung 126 – P Selbsteinschätzung der eigenen Operation 2

Im Folgenden finden sich zwei Polaritätsprofile. Die Studienteilnehmer wurden angewiesen, möglichst spontan und intuitiv zu antworten und die Option zu wählen, die ihnen als Erstes in den Sinn kam. Zunächst sollte die Wichtigkeit des plastischen Chirurgen im Vergleich zu anderen Fachrichtungen beurteilt werden. **97,8% wählten die Antwortmöglichkeit „sehr wichtig“**, während 2,2% die Option „unwichtig“ wählten. 45 Markierungen konnten erfasst werden. Aus Abbildung 127 kann die grafische Verteilung entnommen werden.



Abbildung 127 – P Wichtigkeit des plastischen Chirurgen

Das zweite Polaritätsprofil erfasste, wie der operative Eingriff des befragten Patienten von dessen sozialem Umfeld aufgefasst wurde. Es wurden 46 Markierungen erfasst, wobei **93,5% die Option „überwiegend positiv“ wählten**. 6,5% gaben an, dass eher eine negative Bewertung vorliegt. Abbildung 128 stellt dies anschaulich dar.

Dieses Ergebnis widerspricht der Hypothese, dass die plastische Chirurgie eher negativ attribuiert ist. *Alternativhypothese: Die plastische Chirurgie wird oftmals eher negativ eingeschätzt.*



Abbildung 128 – P Einschätzung der eigenen Operation durch das Umfeld

Ferner wurden potentielle Einflussfaktoren auf die persönliche Perzeption ermittelt.

Die folgende Frage erfasste den Serienkonsum, der plastische Chirurgie thematisiert. Hier zeigte der Median (md=3), dass dies tendenziell eine Informationsquelle für Patienten darstellt. Die Verteilung der 47 erkannten Markierungen, ist in Abbildung 129 grafisch dargestellt.

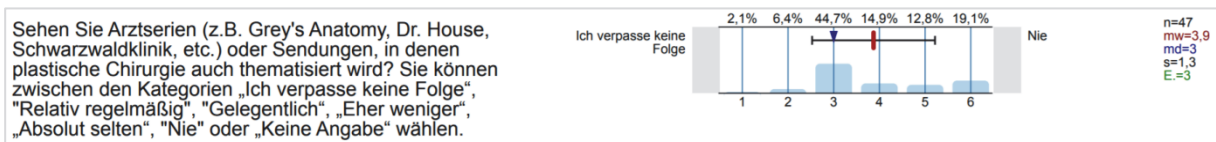


Abbildung 129 – P Serienkonsum

Im Weiteren wurden auch Medien als potentielle Informationsquellen erfragt. Der Median von m=4 zeigt an, dass Zeitung, Werbung und Boulevardpresse eher nicht der Beschaffung von Wissen über das Fachgebiet dienen. Abbildung 130 zeigt die Verteilung grafisch (n=45).



Abbildung 130 – P Mediennutzung

Ein Großteil aller befragten Patienten, die sich bereits in medizinischer Behandlung befanden, gab an, an umfassenderer Information bezüglich plastischer Chirurgie interessiert zu sein. Dies spiegelt auch der Median von $m=2$ wider. Die Verteilung der erfassten 42 Markierungen ist in Abbildung 131 dargestellt.



Abbildung 131 – P Wunsch nach Information

Auf diese rein deskriptive Erläuterung der Ergebnisse, folgt nun die Beschreibung der Testungen der Alternativhypothesen, die mittels SPSS durchgeführt wurden. (IBM, 2016)

Es wurde aufgrund der kategorialen Variablen immer der zweiseitige Chi-Quadrat-Test und für den p-Wert der „Zusammenhang linear-mit-linear“ verwendet. Das Signifikanzniveau α wurde im Voraus auf 0,05 festgelegt.

Es konnten keine signifikanten altersspezifischen Unterschiede, hinsichtlich des Bewusstseins, dass die eigene Operation plastisch-chirurgischer Natur ist, nachgewiesen werden ($p=0,100$). Die entsprechende Alternativhypothese kann abgelehnt werden.

Alternativhypothese: Es bestehen altersspezifische Unterschiede in Hinsicht auf das Bewusstsein, dass die eigene Operation plastisch-chirurgischer Natur ist.

Altersabhängig verhielt sich dagegen die Einschätzung des eigenen Wissensstandes über plastische Chirurgie. Diese Testung war signifikant, weshalb die jeweilige Alternativhypothese angenommen werden kann ($p=0,020$). Das folgende Diagramm 132 zeigt, dass tendenziell jüngere Patienten den eigenen Informationsgrad hinsichtlich plastischer Chirurgie als besser einschätzen, als ältere Studienteilnehmer.

Alternativhypothese: Es bestehen altersspezifische Unterschiede in Hinsicht auf die Einschätzung des eigenen Wissensstandes über plastische Chirurgie.

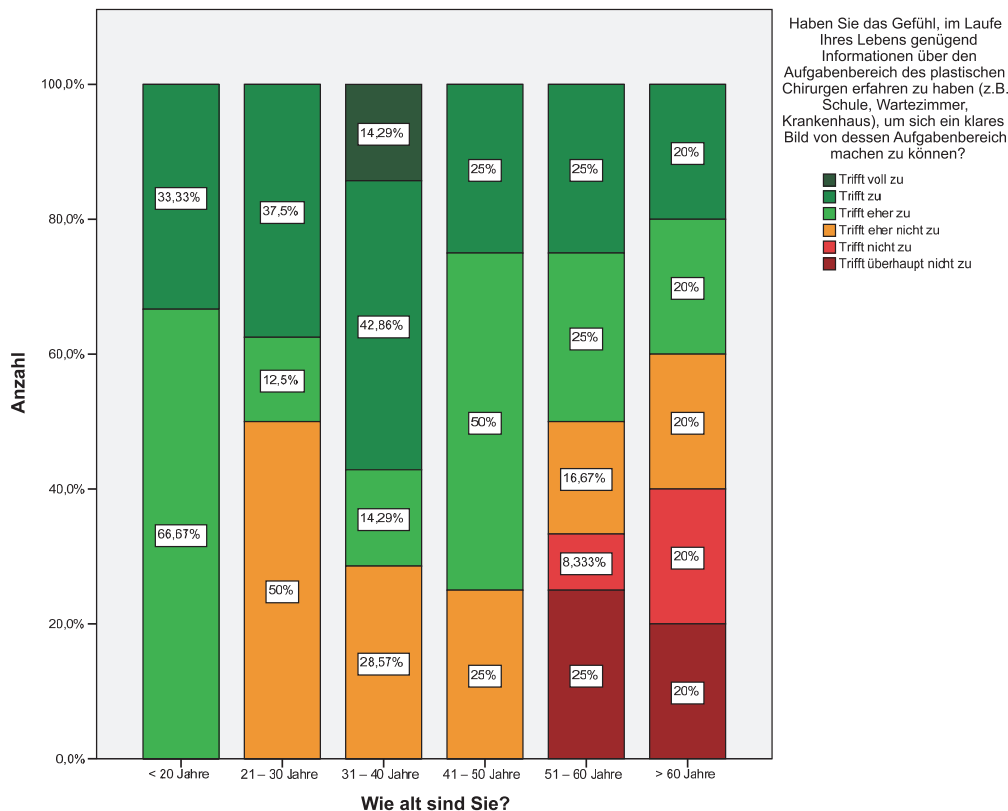


Abbildung 132 – P Alter – Selbsteinschätzung des Wissensstandes

In der spontanen und intuitiven Beurteilung der plastischen Operation durch Freunde und Familie konnten keine signifikanten altersabhängigen Unterschiede nachgewiesen werden ($p=0,959$). Die entsprechende Alternativhypothese kann folglich abgelehnt werden.

Alternativhypothese: Es bestehen altersspezifische Unterschiede in Hinsicht auf die Beurteilung der Operation durch Freunde und Familie.

Ebenfalls gab es keine signifikanten altersspezifischen Unterschiede in Hinsicht auf die Nutzung von Medien, wie Zeitung, Werbung oder Boulevardpresse, zur Informationsbeschaffung über plastische Chirurgie ($p=0,410$). Die Alternativhypothese kann entsprechend ebenfalls abgelehnt werden.

Alternativhypothese: Es bestehen altersspezifische Unterschiede in Hinsicht auf die Informationsbeschaffung mittels Medien, wie Zeitung, Werbung oder Boulevardpresse.

Allerdings zeigten sich altersabhängige Unterschiede bezüglich des Wunsches nach umfassenderer Information über plastische Chirurgie ($p=0,002$). Wie in Abbildung 133 zu sehen ist, hatten gerade jüngere Patienten weniger Interesse an zusätzlicher Information, als Ältere. Die entsprechende Alternativhypothese kann folglich angenommen werden.

Alternativhypothese: Es bestehen altersspezifische Unterschiede in Hinsicht auf den Wunsch mehr Informationen über plastische Chirurgie zu erhalten.

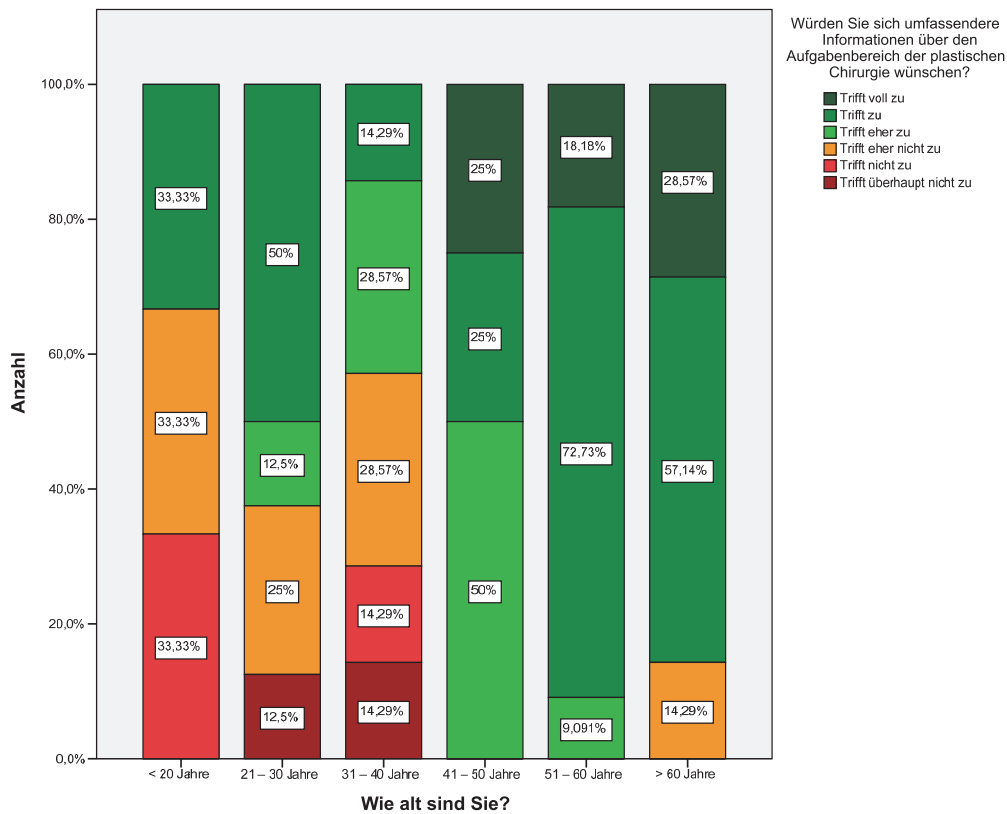


Abbildung 133 – P Alter – Wunsch nach Information

Es zeigten sich signifikante Unterschiede in der Art der plastischen Operation, in Abhängigkeit vom Alter. Dies konnte für „ästhetische“ ($p=0,039$) und „rekonstruktive“ ($p=0,016$) Eingriffe gezeigt werden. Keine altersspezifischen Unterschiede konnten für „Verbrennungschirurgie“ ($p=0,322$) und „handchirurgische“ ($p=0,228$) Verfahren bewiesen werden.

Die folgende Abbildung 134 zeigt, dass ästhetische Behandlungen tendenziell von jüngeren Patienten in Anspruch genommen wurden. Konträr verhält sich das Ergebnis bei rekonstruktiven Operationen. Ältere Patienten unterzogen sich „rekonstruktiven“ Verfahren signifikant häufiger, als jüngere Umfrageteilnehmer, wie Abbildung 135 verdeutlicht. Die entsprechende Alternativhypothese kann nur teilweise, für ästhetische und rekonstruktive Chirurgie, bestätigt werden.

Alternativhypothese: Es bestehen altersspezifische Unterschiede in Hinsicht auf die Art des vorgenommenen oder geplanten Eingriffs.

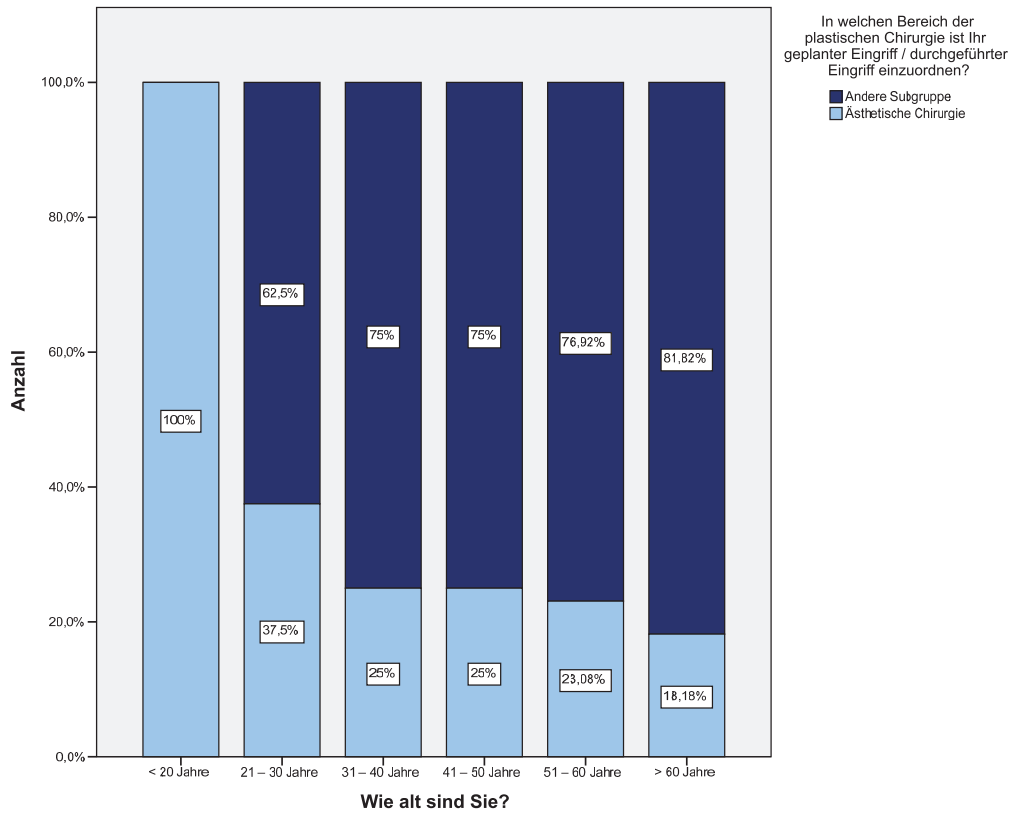


Abbildung 134 – P Alter – Ästhetische Operation

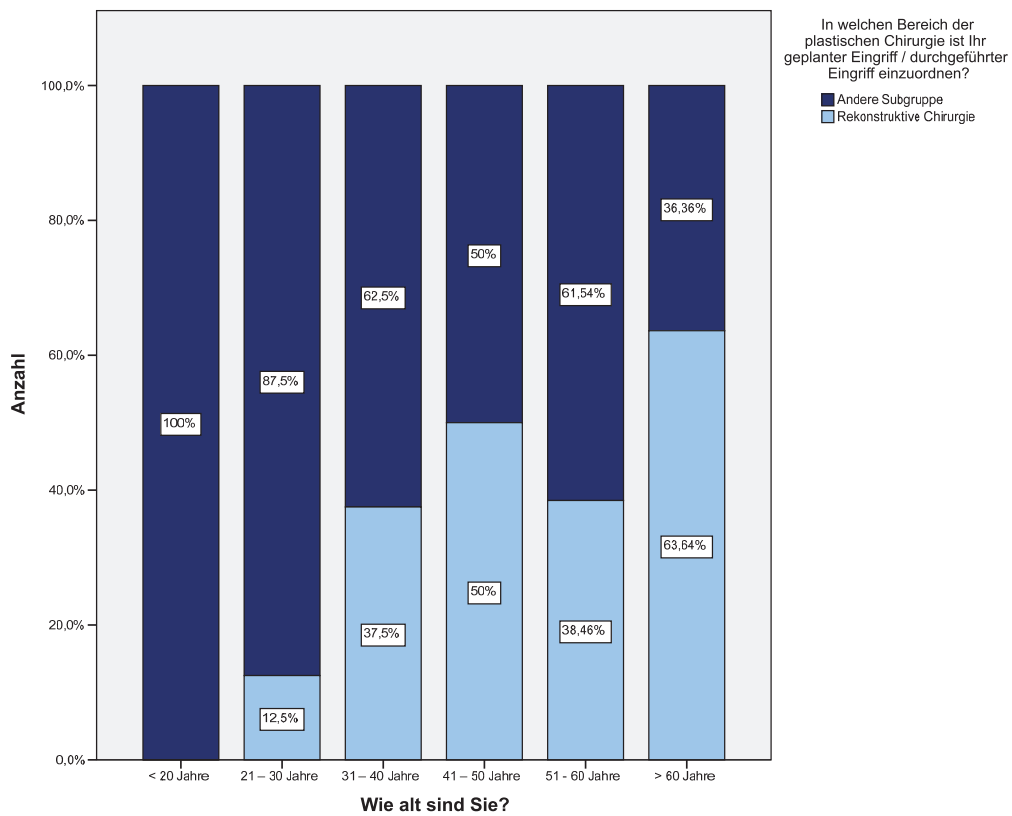


Abbildung 135 – P Alter – Rekonstruktive Operation

Ferner konnten keine altersabhängigen Unterschiede in Hinsicht auf den Arztserienkonsum nachgewiesen werden ($p=0,154$). Ebenfalls zeigten sich keine altersspezifischen Unterschiede, die intuitive Beurteilung der Wichtigkeit der plastischen Chirurgie betreffend ($p=0,230$). Die Altersgruppen verhielten sich diesbezüglich vergleichbar, weshalb die jeweiligen Alternativhypothesen abgelehnt werden können.

Alternativhypothese: Es bestehen altersspezifische Unterschiede in Hinsicht auf den Serienkonsum.

Alternativhypothese: Es bestehen altersspezifische Unterschiede in Hinsicht auf die Beurteilung der Wichtigkeit der plastischen Chirurgie.

Ferner konnte gezeigt werden, dass ein Arzt in der Familie oder im Bekanntenkreis signifikant das Bewusstsein beeinflusst, dass die eigene Operation plastisch-chirurgischer Natur ist ($p=0,044$). Die folgende Abbildung 136 veranschaulicht den beschriebenen Zusammenhang. Die entsprechende Alternativhypothese kann folglich angenommen werden.

Alternativhypothese: Ein Arzt in der Familie oder im Bekanntenkreis beeinflusst signifikant das Bewusstsein, dass die eigene Operation plastisch-chirurgischer Natur ist.

Des Weiteren stützt dieses Ergebnis die Hypothese, dass durch umfassendere Information, beispielsweise durch gut informierte Ärzte, der Wissensmangel hinsichtlich plastischer Chirurgie behoben werden könnte.

Alternativhypothese: Durch Information der Öffentlichkeit und gegebenenfalls ärztlicher Kollegen und verbesserte Darstellung sollte sich daher dieser Zustand verbessern lassen.

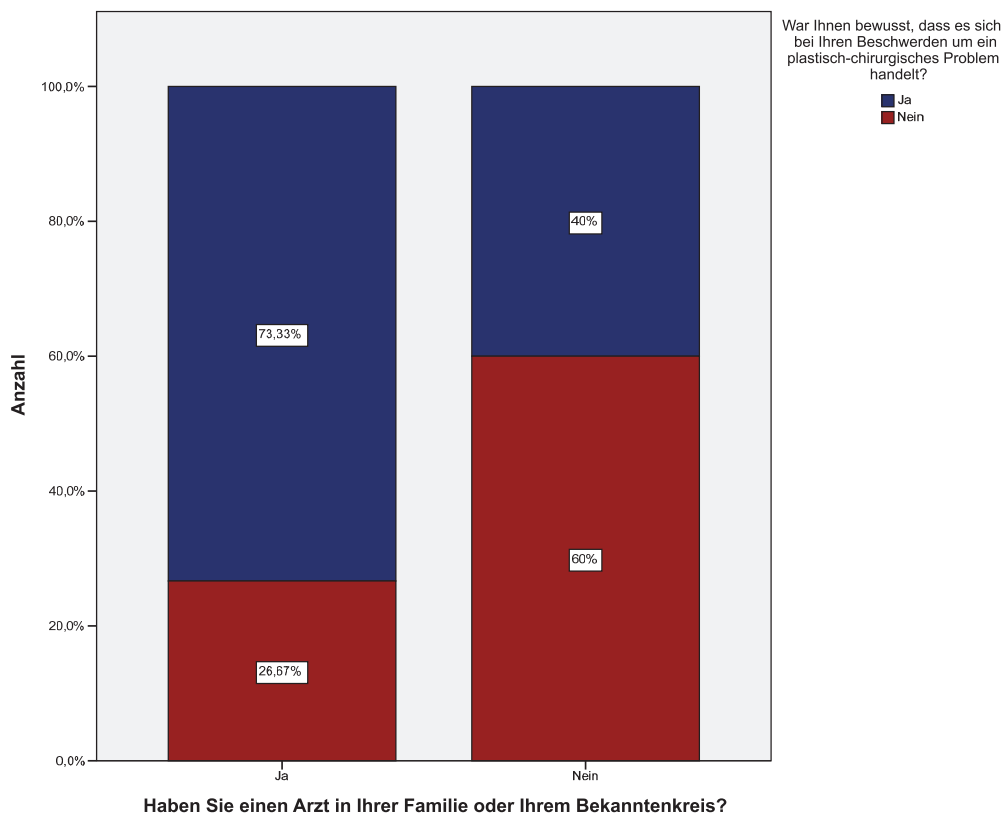


Abbildung 136 – P Arzt – Einschätzung der eigenen Operation

Dagegen konnte kein signifikanter Unterschied in der Einschätzung des eigenen Wissensstandes über plastische Chirurgie in Abhängigkeit von dem Bewusstsein, dass die eigene Operation plastisch-chirurgischer Natur ist, gezeigt werden ($p=0,062$), weshalb die entsprechende Alternativhypothese abgelehnt werden kann.

Alternativhypothese: Es besteht ein signifikanter Unterschied in der Einschätzung des eigenen Wissensstandes über plastische Chirurgie in Abhängigkeit von dem Bewusstsein, dass die eigene Operation plastisch-chirurgischer Natur ist.

Ebenfalls bestanden keine signifikanten Unterschiede bezüglich des Bewusstseins, dass die eigene Operation plastisch-chirurgischer Natur ist, in Abhängigkeit von der Informationsbeschaffung mittels Medien ($p=0,925$). Dies führt ebenfalls zur Ablehnung der jeweiligen Alternativhypothese.

Alternativhypothese: Die Informationsbeschaffung mittels Medien ist mit dem Bewusstsein assoziiert, dass die eigene Operation plastisch-chirurgischer Natur ist.

Dieses Ergebnis stützt die Hypothese, dass Fehleinschätzungen hinsichtlich plastischer Chirurgie auf einer falschen Darstellung in den Medien beruhen, bzw. tragen diese nicht zu einem Informationsgewinn bei.

Alternativhypothese: Das Negativ-Image und die Fehleinschätzungen beruhen oft auf einer falschen Darstellung der plastischen Chirurgie in den Medien und in der Öffentlichkeit.

Die Art der durchgeführten Operation war nicht mit dem Bewusstsein assoziiert, dass die eigene Operation plastisch-chirurgischer Natur ist. Die p-Werte für die jeweiligen Untergruppen spiegeln dies wider: „Ästhetische Chirurgie“ ($p=0,073$), „Rekonstruktive Chirurgie“ ($p=0,266$), „Verbrennungschirurgie“ ($p=0,532$), „Handchirurgie“ ($p=0,233$). Die entsprechende Alternativhypothese kann abgelehnt werden.

Alternativhypothese: Es bestehen Unterschiede zwischen der Art der Operation und dem Bewusstsein, dass die eigene Operation plastisch-chirurgischer Natur ist.

Ferner zeigten sich keine signifikanten Unterschiede bezüglich des Bewusstseins, dass die eigene Operation plastisch-chirurgischer Natur ist, in Abhängigkeit von der Seriennutzung ($p=0,088$), was zur Ablehnung der jeweiligen Alternativhypothese führt.

Alternativhypothese: Der Serienkonsum ist signifikant mit dem Bewusstsein assoziiert, dass die eigene Operation plastisch-chirurgischer Natur ist.

Dieses Ergebnis stützt die Hypothese, dass Fehleinschätzungen hinsichtlich plastischer Chirurgie auf einer falschen Darstellung in Arztserien beruhen, bzw. tragen diese nicht zu einem Informationsgewinn bei.

Alternativhypothese: Das Negativ-Image und die Fehleinschätzungen beruhen oft auf einer falschen Darstellung der plastischen Chirurgie in den Medien und in der Öffentlichkeit.

Des Weiteren bestanden keine bildungsabhängigen Unterschiede in Hinsicht auf das Bewusstsein, dass die eigene Operation plastisch-chirurgischer Natur ist ($p=0,723$). Die entsprechende Alternativhypothese wurde abgelehnt.

Alternativhypothese: Es bestehen bildungsabhängige Unterschiede in Hinsicht auf das Bewusstsein, dass die eigene Operation plastisch-chirurgischer Natur ist.

Ebenfalls zeigten sich keine bildungsabhängigen Unterschiede bezüglich der Einschätzung des eigenen Wissensstandes über plastische Chirurgie ($p=0,629$), was ebenfalls zur Ablehnung der jeweiligen Alternativhypothese führte.

Alternativhypothese: Es bestehen bildungsabhängige Unterschiede in Hinsicht auf die Einschätzung des eigenen Wissensstandes über plastische Chirurgie.

Überdies konnten keine bildungsabhängigen Unterschiede hinsichtlich der Art der durchgeführten Operation nachgewiesen werden.

Die p-Werte der Untergruppen zeigen dies: „Ästhetische Chirurgie“ ($p=0,363$), „Rekonstruktive Chirurgie“ ($p=0,231$), „Verbrennungschirurgie“ ($p=0,731$), „Handchirurgie“ ($p=0,312$). Dies bedingt die Ablehnung der entsprechenden Alternativhypothese.

Alternativhypothese: Es bestehen bildungsabhängige Unterschiede in Hinsicht auf die Art der eigenen Operation.

Es konnten keine signifikanten Unterschiede zwischen den Arten der durchgeführten Operationen und der Beurteilung des Eingriffs durch Freunde und Familie nachgewiesen werden. Die jeweiligen p-Werte für die Untergruppen lauten: „Ästhetische Chirurgie“ ($p=0,163$), „Rekonstruktive Chirurgie“ ($p=0,137$), „Verbrennungschirurgie“ ($p=0,539$), „Handchirurgie“ ($p=0,792$). Die entsprechende Alternativhypothese kann abgelehnt werden.

Alternativhypothese: Die Art der eigenen Operation steht in Zusammenhang mit der Beurteilung des Eingriffs durch Freunde und Familie.

Es konnten keine geschlechterspezifischen Unterschiede in Hinsicht auf das Bewusstsein, dass die eigene Operation plastisch-chirurgischer Natur ist, nachgewiesen werden ($p=0,137$). Dies bedingt die Ablehnung der entsprechenden Alternativhypothese.

Alternativhypothese: Es bestehen geschlechtsspezifische Unterschiede in Hinsicht auf das Bewusstsein, dass die eigene Operation plastisch-chirurgischer Natur ist.

Ferner zeigten sich keine geschlechterspezifischen Unterschiede bezüglich der Art der Operation. Die p-Werte der Subgruppen spiegeln dies wider: „Ästhetische Chirurgie“ ($p=0,238$), „Rekonstruktive Chirurgie“ ($p=0,391$), „Verbrennungschirurgie“ ($p=0,177$), „Handchirurgie“ ($p=0,145$). Dies führte zur Ablehnung der entsprechenden Alternativhypothese.

Alternativhypothese: Es bestehen geschlechtsspezifische Unterschiede in Hinsicht auf die Art der Operation.

Patienten, die einen ästhetischen Eingriff erhielten, hatten signifikant weniger das Bedürfnis nach zusätzlicher Information über plastische Chirurgie, als Patienten, die sich einer anderen plastischen Operation unterzogen ($p=0,030$). Dies kann aus der folgenden Abbildung 137 entnommen werden. Die Form des Diagramms ist durch die geringe Fallzahl bedingt, weshalb sich bei den beiden rechten Säulen jeweils 100% ergeben, da hier $n=2$ betrug. Dennoch kann die beschriebene Tendenz erkannt und durch die Abbildung veranschaulicht werden.

Der gezeigte Zusammenhang konnte für die anderen Subgruppen nicht nachgewiesen werden: „Rekonstruktive Chirurgie“ ($p=0,363$), „Verbrennungschirurgie“ ($p=0,557$), „Handchirurgie“ ($p=0,188$). Daraus folgt, dass die jeweilige Alternativhypothese nur bedingt für die Subgruppe der „Ästhetischen Chirurgie“ angenommen werden konnte, für die anderen Untergruppen erfolgte eine Ablehnung.

Alternativhypothese: Die Art der eigenen Operation ist assoziiert mit dem Wunsch nach mehr Information über plastische Chirurgie.

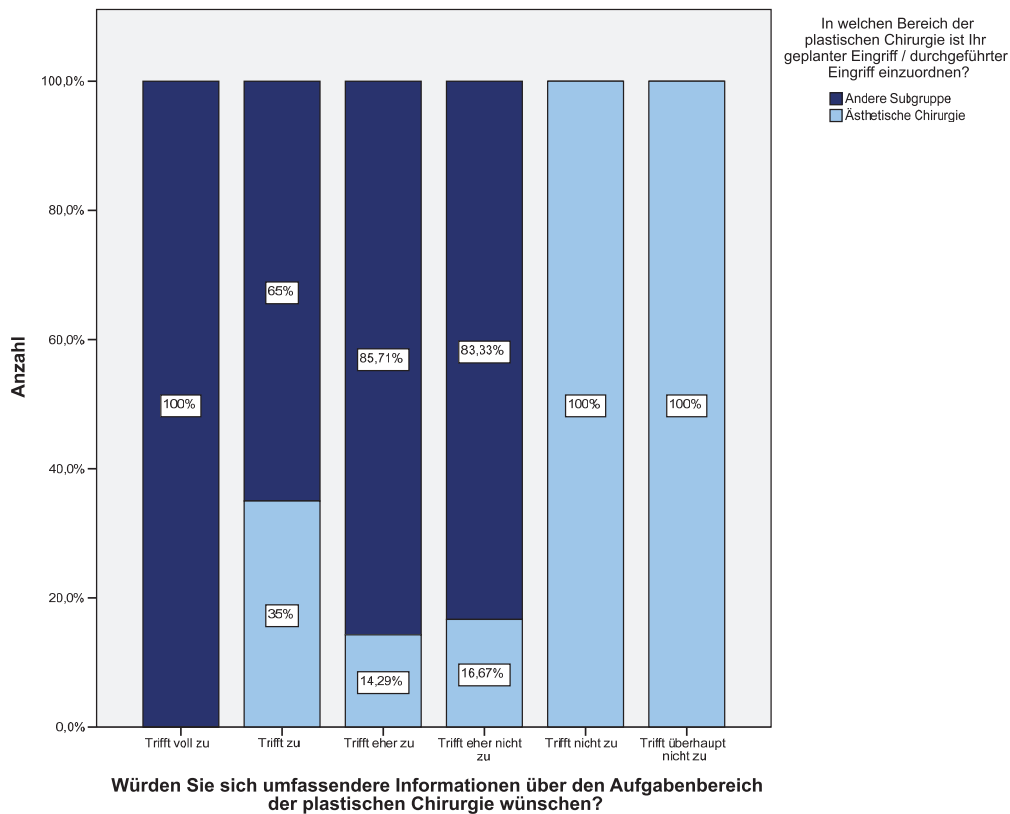


Abbildung 137 – P Wunsch nach Information – Ästhetische Chirurgie

Patienten, die einen ästhetischen Eingriff erhielten, konsumierten signifikant häufiger Arztserien oder Serien, die plastische Chirurgie thematisieren, als Patienten, die sich einer anderen plastischen Operation unterzogen ($p=0,035$) (Heidekrueger et al., 2019). Die folgende Abbildung 138 beschreibt dies grafisch. Der gezeigte Zusammenhang konnte für die anderen Subgruppen nicht nachgewiesen werden: „Rekonstruktive Chirurgie“ ($p=0,753$), „Verbrennungschirurgie“ ($p=0,257$), „Handchirurgie“ ($p=0,512$). Daraus folgt, dass die jeweilige Alternativhypothese nur bedingt für die Subgruppe der „Ästhetischen Chirurgie“ angenommen werden konnte, für die anderen Untergruppen erfolgte eine Ablehnung.

Alternativhypothese: Es besteht ein Zusammenhang zwischen dem Serienkonsum und der Art der eigenen Operation.

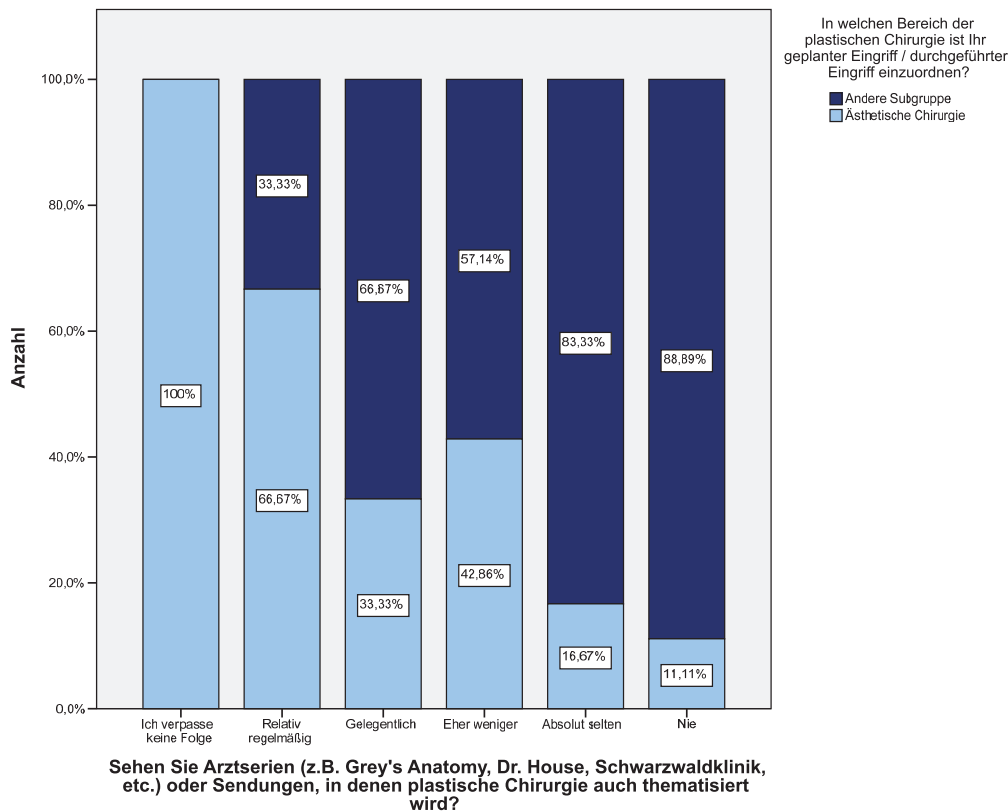


Abbildung 138 – P Arztserien – Ästhetische Chirurgie

Hinsichtlich des Stadt- oder Gemeindetyps konnten keine signifikanten Unterschiede in der Einschätzung des eigenen Wissensstandes über plastische Chirurgie nachgewiesen werden ($p=0,739$), was die Ablehnung der entsprechenden Alternativhypothese bedingte.

Alternativhypothese: Es besteht ein Stadt-Land-Gefälle bezüglich der Einschätzung des eigenen Wissensstandes.

Des Weiteren zeigten sich keine signifikanten Unterschiede bezüglich des Stadt- oder Gemeindetyps und der Beurteilung der Operation durch Freunde und Familie ($p=0,486$). Daraus folgte eine Ablehnung der jeweiligen Alternativhypothese.

Alternativhypothese: Es besteht ein Stadt-Land-Gefälle in Hinsicht auf die Beurteilung der eigenen Operation durch Freunde und Familie.

Ebenfalls gab es hinsichtlich des Stadt- und Gemeindetyps keine signifikanten Unterschiede bezüglich der Art der durchgeführten Operation.

Die p-Werte für die jeweiligen Untergruppen spiegeln dies wider: „Ästhetische Chirurgie“ ($p=0,230$), „Rekonstruktive Chirurgie“ ($p=0,951$), „Verbrennungschirurgie“ ($p=0,661$), „Handchirurgie“ ($p=0,302$). Die entsprechende Alternativhypothese konnte abgelehnt werden.

Alternativhypothese: Es besteht ein Stadt-Land-Gefälle in Hinsicht auf die Art der eigenen Operation.

Es konnten keine Unterschiede in der Beurteilung der Wichtigkeit der plastischen Chirurgie, in Abhängigkeit von der Art der eigenen Operation nachgewiesen werden. Eine Ausnahme bildet die „Handchirurgie“ ($p<0,001$). Nachdem hier die Fallzahl allerdings lediglich $n=1$ beträgt, ist das Ergebnis kritisch zu bewerten. Die p-Werte der anderen Subgruppen lauten: „Ästhetische Chirurgie“ ($p=0,480$), „Rekonstruktive Chirurgie“ ($p=0,393$), „Verbrennungschirurgie“ ($p=0,642$). Aufgrund der fraglichen Signifikanz im handchirurgischen Bereich, wurde die entsprechende Alternativhypothese abgelehnt.

Alternativhypothese: Es bestehen Unterschiede in der Beurteilung der Wichtigkeit der plastischen Chirurgie in Abhängigkeit von der Art der eigenen Operation.

5.4 Vergleich der Umfragen „Deutschland“ und „Medizinisches Fachpersonal“

Nach der Vorstellung der Ergebnisse der drei Befragungen, soll im Folgenden ein Vergleich zwischen der deutschlandweiten Befragung und jener unter medizinischem Fachpersonal angestellt werden, um potentiell bestehende Unterschiede aufzudecken.

Kursiv im Text finden sich, im entsprechenden Textabschnitt, jeweils die zu testenden Alternativhypothesen. Zudem sind bedeutsame Ergebnisse fett hervorgehoben. Auch wenn sich die beiden Umfragegruppen aufgrund des Studiendesigns bezüglich des Bundeslandes nicht komparabel verhalten, konnten dennoch einige Hypothesen überprüft werden.

Zunächst werden Gegenüberstellungen von demografischen Daten vorgestellt, im Anschluss folgen Vergleiche zwischen den beiden Studienarmen, welche die Perzeption plastischer Chirurgie betreffen.

Sowohl hinsichtlich des Alters der Befragten ($p=0,260$), als auch bezüglich des Geschlechts ($p=0,825$), konnten keine signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Umfragegruppen nachgewiesen werden (Heidekrueger et al., 2019). Das bedeutet, dass die beiden Studienkollektive diesbezüglich vergleichbar sind und die entsprechenden Alternativhypothesen abgelehnt werden können.

Alternativhypothese: Das Alter der Studienteilnehmer beider Gruppen variiert.

Alternativhypothese: Die Verteilung der Geschlechter weicht zwischen den beiden Befragungen ab.

Bezüglich des Bildungsstandes bestehen Unterschiede zwischen den beiden Studienarmen. Im Vergleich zur deutschlandweiten Befragung, wies das Kollektiv des medizinischen Personals signifikant höhere Bildungsabschlüsse auf ($p < 0,001$) (Heidekrueger et al., 2019). Hinsichtlich dieses Merkmals sind die beiden Gruppen nur bedingt vergleichbar und die entsprechende Alternativhypothese kann angenommen werden. Die folgende Abbildung 139 verdeutlicht die Differenzen. Das befragte medizinische Personal, das einen hohen Anteil an Ärzten einschließt, weist berufsbedingt deutlich höhere Raten an „Habilitationen“, „Promotionen“ und „Hochschulabschlüssen“ auf, als der Durchschnitt der deutschen Bevölkerung.

Alternativhypothese: Es bestehen bildungsspezifische Unterschiede zwischen den beiden Kollektiven.

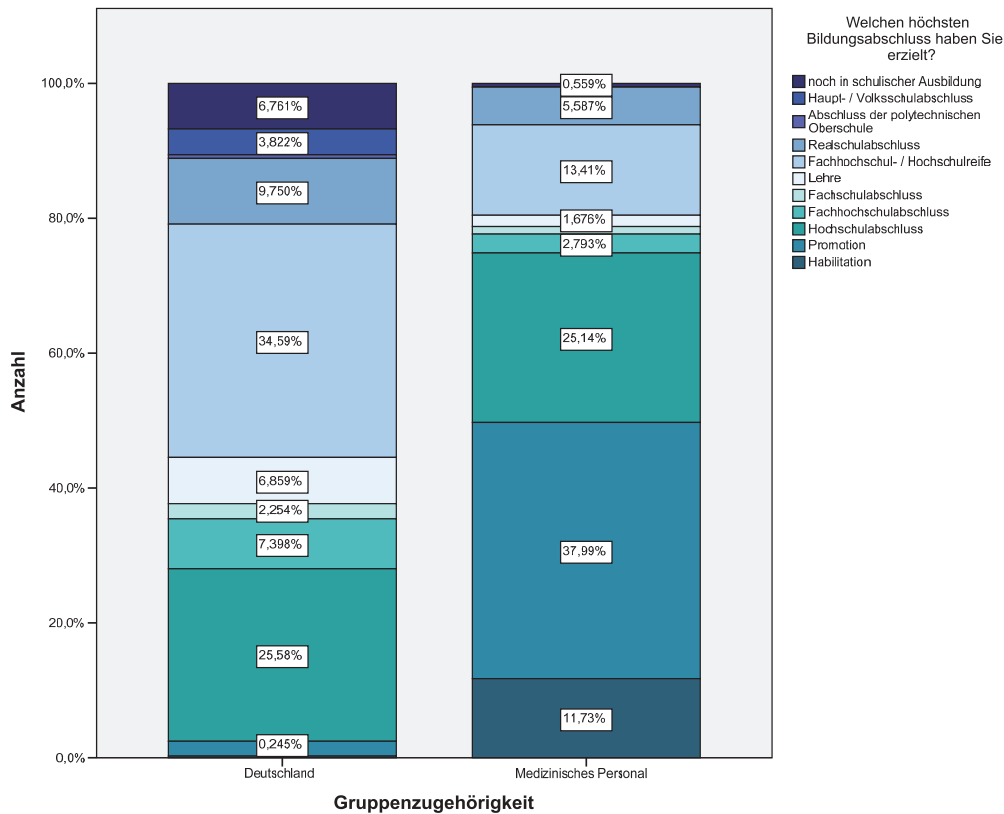


Abbildung 139 – D-M Verteilung des höchsten Bildungsabschlusses

Deutliche Differenzen waren hinsichtlich des Stadt- oder Gemeindetyps, den die jeweiligen Befragten als Wohnort angaben, nachweisbar ($p < 0,001$). Obwohl beide Umfragen überwiegend in Großstädten durchgeführt wurden, zeigte sich, dass medizinisches Fachpersonal signifikant häufiger den Wohnort in großen Großstädten hatte, wohingegen sich im deutschlandweiten Durchschnitt eine breitere Streuung zeigte (Heidekrueger et al., 2019). Demgemäß kann die jeweilige Alternativhypothese angenommen werden. Abbildung 140 verdeutlicht das Ergebnis grafisch.

Alternativhypothese: Der Stadt- oder Gemeindetyp, den die jeweiligen Befragten als Wohnort angaben, unterscheidet sich zwischen der deutschlandweiten Umfrage und der unter medizinischem Personal.

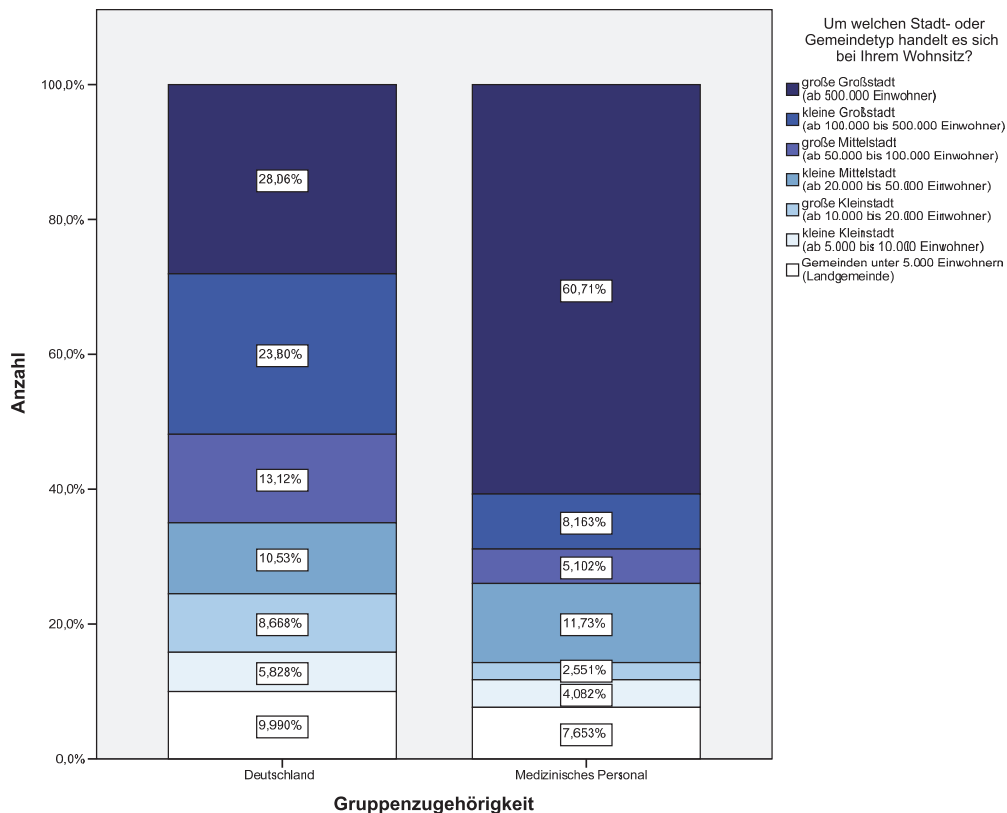


Abbildung 140 – D-M Verteilung des Stadt- oder Gemeindetyps

Bei beiden Polaritätsprofilen konnten Unterschiede im Antwortverhalten, zwischen der deutschlandweiten Stichprobe und der Umfrage unter medizinischem Fachpersonal, nachgewiesen werden.

Der Studienarm „Medizinisches Fachpersonal“ bewertete intuitiv die plastische Chirurgie, im Vergleich zur deutschlandweiten Umfrage, signifikant häufiger als „sehr wichtig“ ($p=0,003$) (Heidekrueger et al., 2019). Lediglich 42,18% der Teilnehmer der Umfrage „Deutschland“ wählten diese Option. Folglich kann die jeweilige Alternativhypothese angenommen werden. Abbildung 141 zeigt die entsprechenden Verhältnisse. Aus diesem Diagramm geht auch hervor, dass ein großer Anteil der Teilnehmer in beiden Gruppen die plastische Chirurgie intuitiv als unwichtig beurteilt, in der deutschlandweiten Befragung sogar 57,82%.

Alternativhypothese: Die intuitive Beurteilung der Wichtigkeit plastischer Chirurgie zeigt Abweichungen zwischen den beiden Kollektiven.

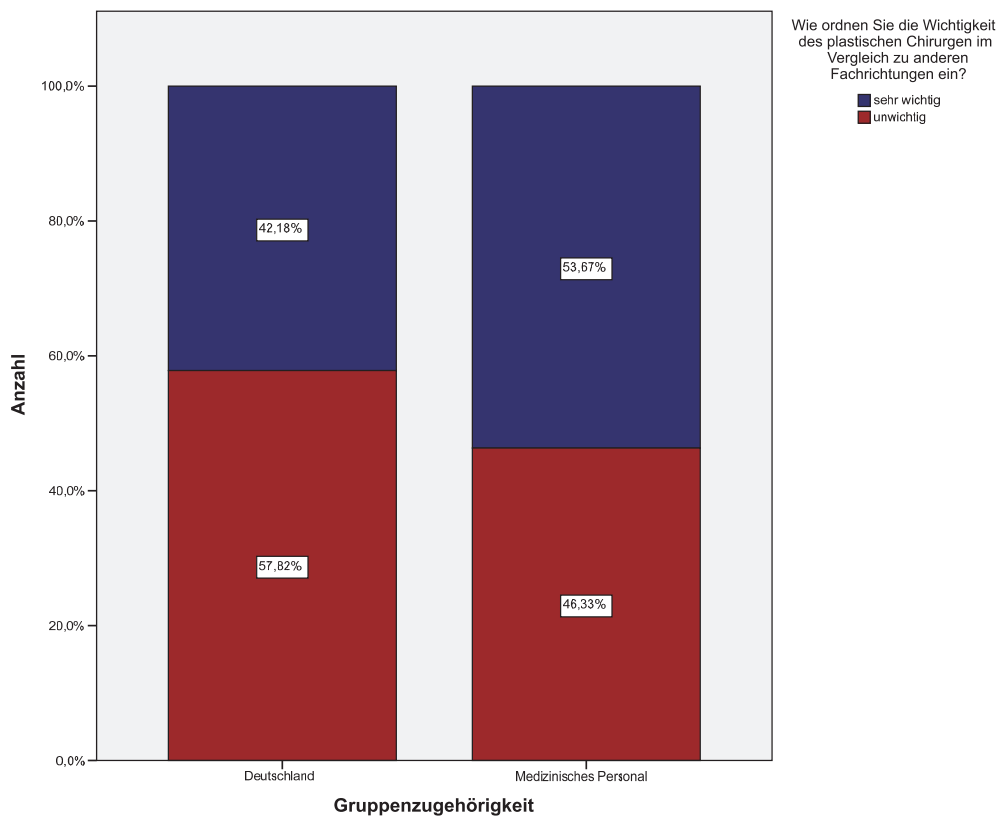


Abbildung 141 – D-M Wichtigkeit des plastischen Chirurgen

Auch bei der spontanen Beantwortung der Frage, wo die Arbeit plastischer Chirurgen global vertreten ist, zeigten sich Unterschiede zwischen den beiden Umfragegruppen. Das medizinische Personal wählte, im Vergleich zur deutschlandweiten Stichprobe, signifikant häufiger „in Entwicklungsländern (z.B. Pakistan, Nigeria)“ ($p=0,013$). Trotz dieses Ergebnisses gab die überwiegende Mehrheit in beiden Kollektiven an, die Tätigkeit plastischer Chirurgie eher in Industriestaaten zu lokalisieren, was auch aus Abbildung 142 zu entnehmen ist. Demgemäß kann die entsprechende Alternativhypothese angenommen werden.

Alternativhypothese: Die intuitive Beantwortung der Frage, wo die Arbeit plastischer Chirurgen vertreten ist, variiert zwischen der deutschen Bevölkerung und medizinischem Personal.

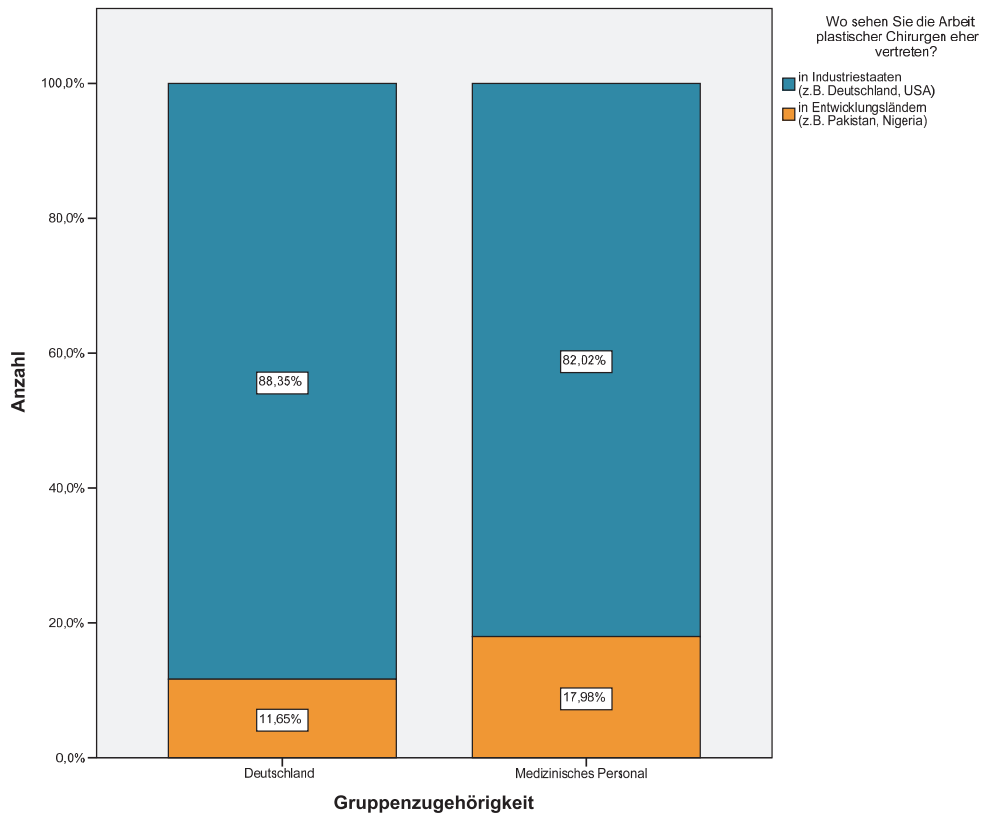


Abbildung 142 – D-M Globale Tätigkeit plastischer Chirurgie

Die persönliche Einschätzung des eigenen Informationsgrades bezüglich plastischer Chirurgie wies Differenzen zwischen den Gruppen auf. Das medizinische Fachpersonal schätzte den eigenen Wissensstand bezüglich plastischer Chirurgie, im Vergleich zur deutschlandweiten Stichprobe, häufiger als ausreichend ein ($p < 0,001$). Dies ist grafisch in Abbildung 143 dargestellt und bestätigt die entsprechende Alternativhypothese.

Alternativhypothese: Die persönliche Einschätzung des eigenen Wissensstandes bezüglich plastischer Chirurgie weist Differenzen zwischen den Gruppen auf.

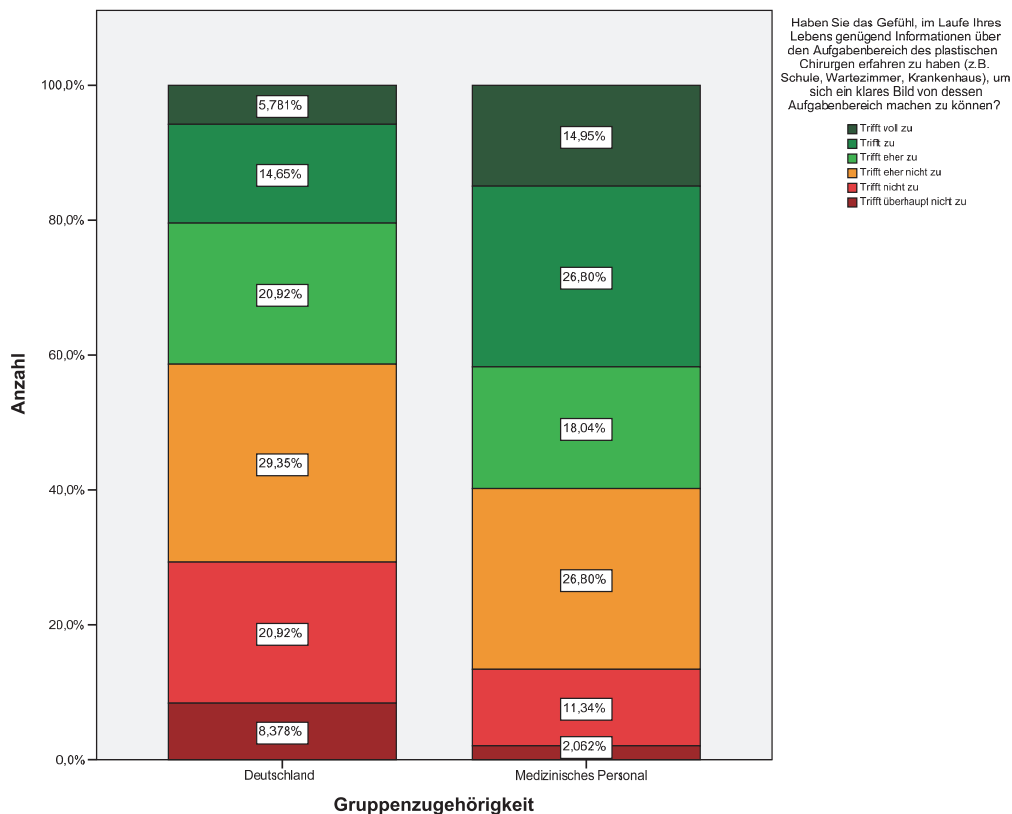


Abbildung 143 – D-M Selbsteinschätzung des Wissensstandes

Bei der Zuordnung von medizinischen Indikationen zum Aufgabenbereich der plastischen Chirurgie, zeigten sich teilweise Unterschiede zwischen den beiden Studienarmen. Klassisch ästhetische Eingriffe, wie „Narbenkorrektur“ ($p = 0,335$), „Brustvergrößerung“ ($p = 0,521$), „Brustverkleinerung“ ($p = 0,334$) und „Nasenoperation aus ästhetischen Gründen“ ($p = 0,598$) zeigten keine Differenzen im Antwortverhalten zwischen den Kollektiven. Auch für die „Entfernung von Hautkrebs aus dem Gesicht“ ($p = 0,720$) konnten keine Unterschiede nachgewiesen werden. Diese Prozeduren wurden von beiden Studiengruppen dem Tätigkeitsspektrum der plastischen Chirurgie vergleichbar zugeordnet. (Heidekrueger et al., 2019)

Zwei rekonstruktive Verfahren, die Korrektur einer „Lippenspalte“ ($p < 0,001$) und die „Nasenoperation aufgrund von Atemproblemen“ ($p = 0,005$), wurden, im Vergleich zur deutschlandweiten Stichprobe, signifikant seltener von medizinischem Personal als Aufgabe der plastischen Chirurgie eingeordnet. Dies spiegelt sich in den Abbildungen 144 und 145 wider und ist auf subgruppenspezifische Antworten innerhalb der Befragung „Medizinisches Fachpersonal“, beispielsweise durch HNO-Ärzte, zurückzuführen. (Heidekrueger et al., 2019)

Hinsichtlich Verbrennungs- und Handchirurgie zeigte sich ein konträres Bild. Hier konnte gezeigt werden, dass medizinisches Fachpersonal signifikant häufiger die „Operation einer Hand- oder Fingerfraktur“ ($p=0,026$) oder die Behandlung einer „akuten Verbrennung“ ($p<0,001$) dem Aufgabenbereich der plastischen Chirurgen zuordneten. Dieser Zusammenhang konnte auch für ein ästhetisches Verfahren, das „Facelift“ ($p=0,001$), bewiesen werden. (Heidekrueger et al., 2019)
 Grafisch wird dies in den Abbildungen 146-148 dargestellt.

Die entsprechende Alternativhypothese kann folglich nur für bestimmte medizinische Indikationen, welche gerade genannt wurden, bestätigt werden. Nachdem die Zusammenhänge aber nicht für alle Beschwerdebilder signifikant nachweisbar waren, kann die Hypothese weder vollständig angenommen, noch abgelehnt werden.

Alternativhypothese: Es besteht ein signifikanter Unterschied zwischen der deutschen Durchschnittsbevölkerung und medizinischem Personal in der Zuordnung von medizinischen Indikationen zum Aufgabenspektrum der plastischen Chirurgie (vgl. Frage 2.4-2.13, Fragebogen „Medizinisches Fachpersonal“ und Fragebogen „Deutschland“, Anhang).

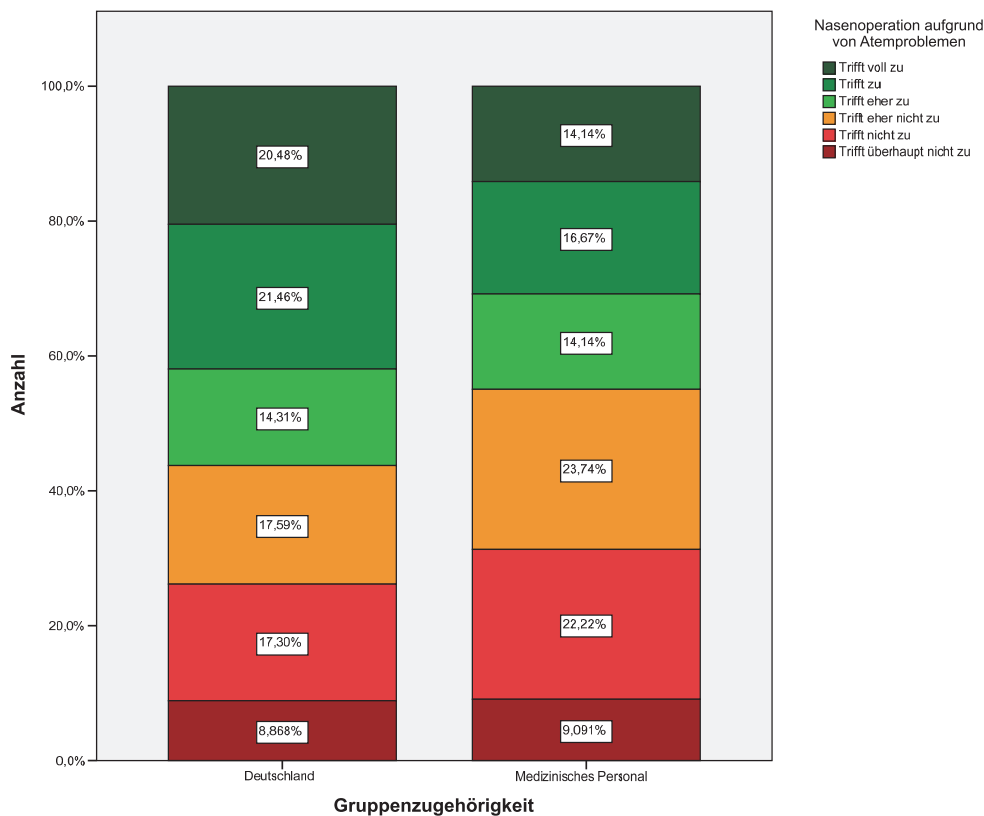


Abbildung 144 – D-M Nasenoperation aufgrund von Atemproblemen

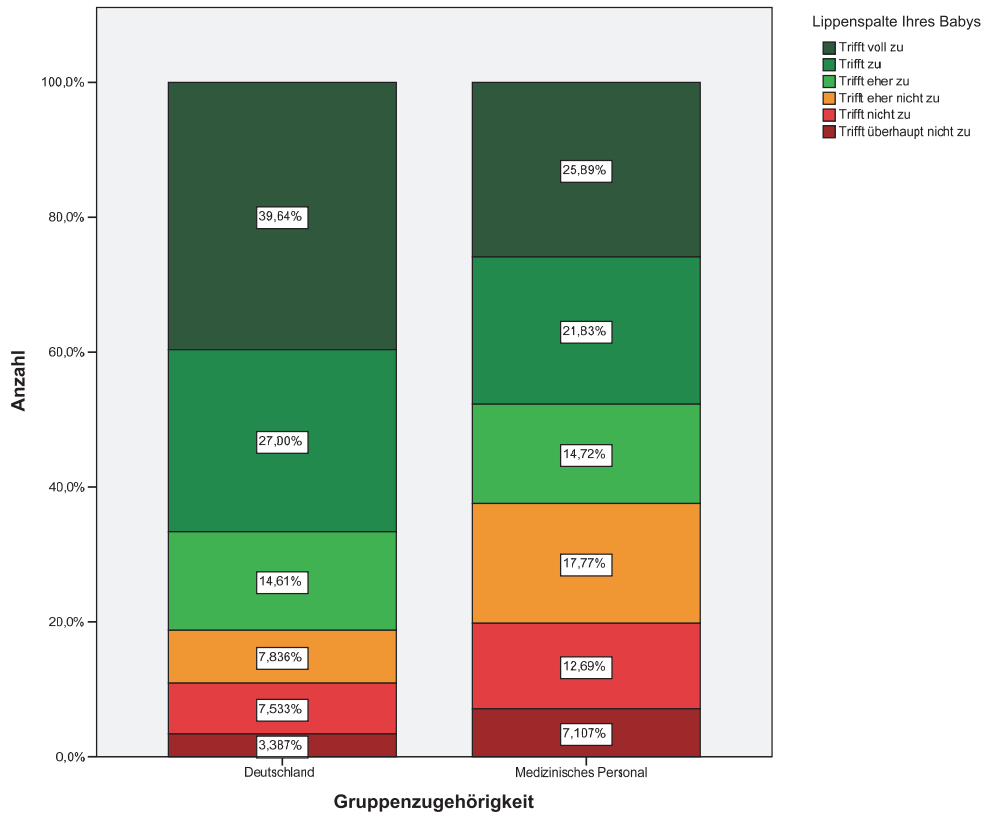


Abbildung 145 – D-M Lippenspalte

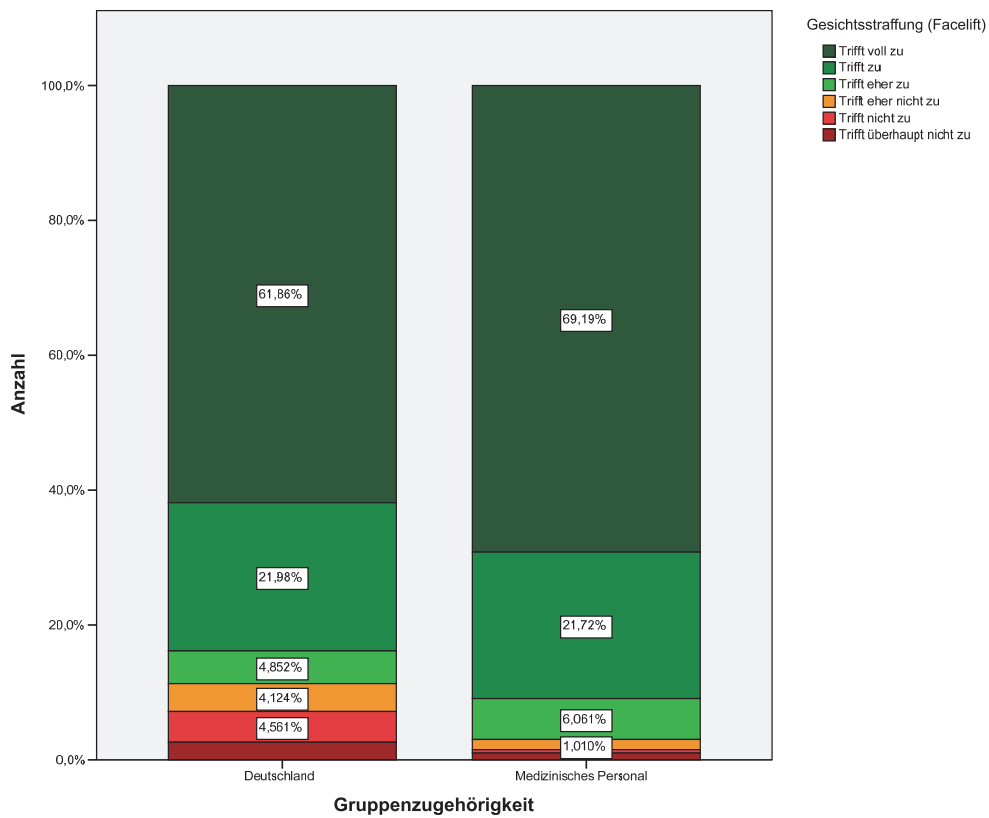


Abbildung 146 – D-M Facelift

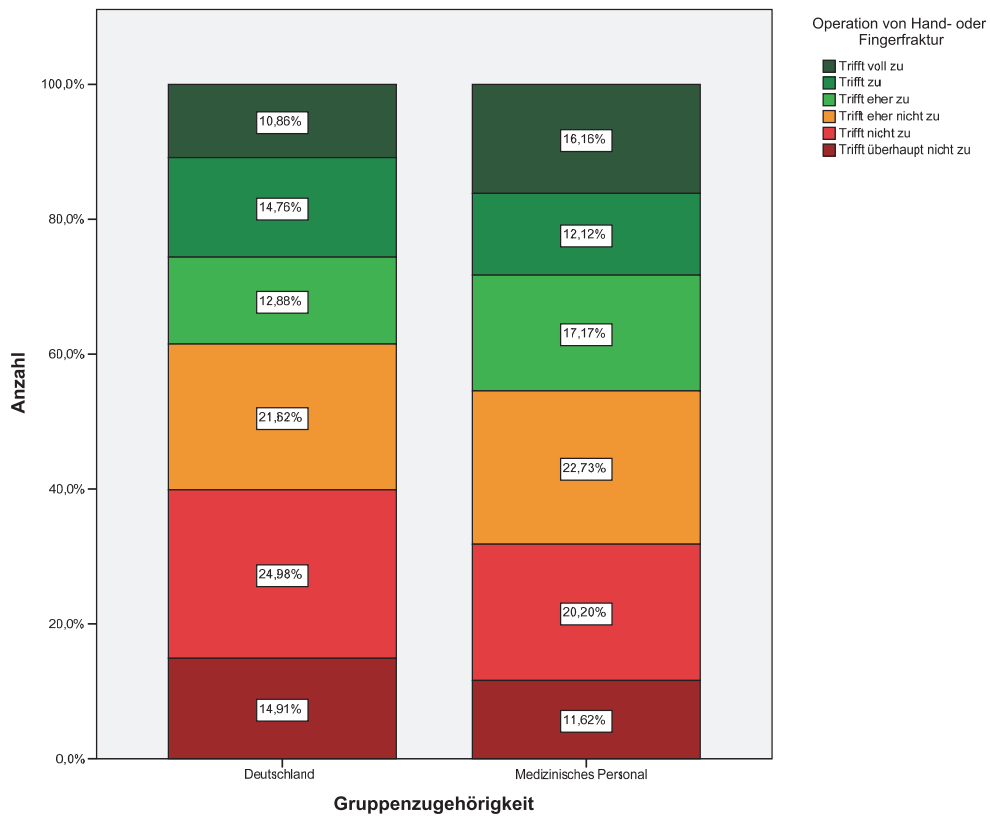


Abbildung 147 – D-M Hand- oder Fingerfraktur

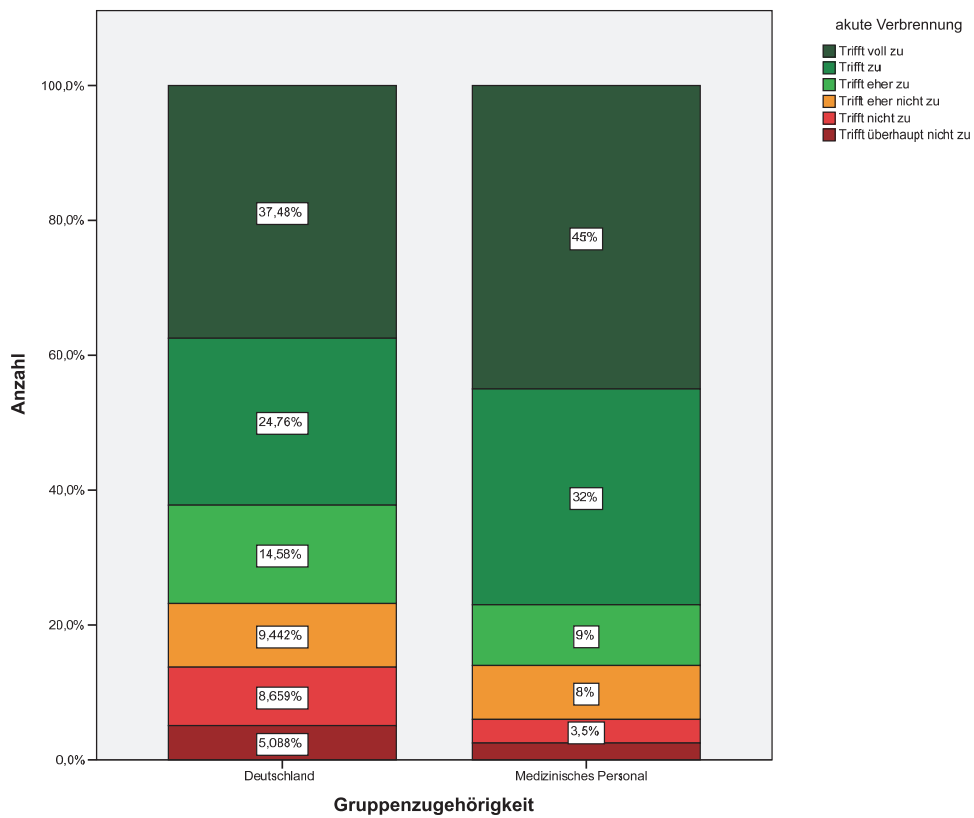


Abbildung 148 – D-M Verbrennung

Des Weiteren zeigten sich zwischen den Studienkollektiven Unterschiede in der Nutzung von Medien, wie beispielsweise Zeitung, Werbung oder Boulevardpresse, mit dem Ziel des Informationsgewinns über plastische Chirurgie.

Es konnte nachgewiesen werden, dass die Stichprobe „Deutschland“, im Vergleich zum medizinischen Fachpersonal, signifikant häufiger etwaige Medien heranzieht, um Wissen bezüglich plastischer Chirurgie zu sammeln ($p < 0,001$). Dies bestätigt demzufolge die entsprechende Alternativhypothese. Aus Abbildung 149 ist zu entnehmen, dass über die Hälfte der deutschlandweit Befragten, Medien tendenziell als Informationsquelle ansehen, wohingegen über die Hälfte des erhobenen medizinischen Personals dies tendenziell nicht tut.

Alternativhypothese: Es besteht eine abweichende Mediennutzung zum Informationsgewinn zwischen der deutschen Bevölkerung und dem medizinischen Personal.

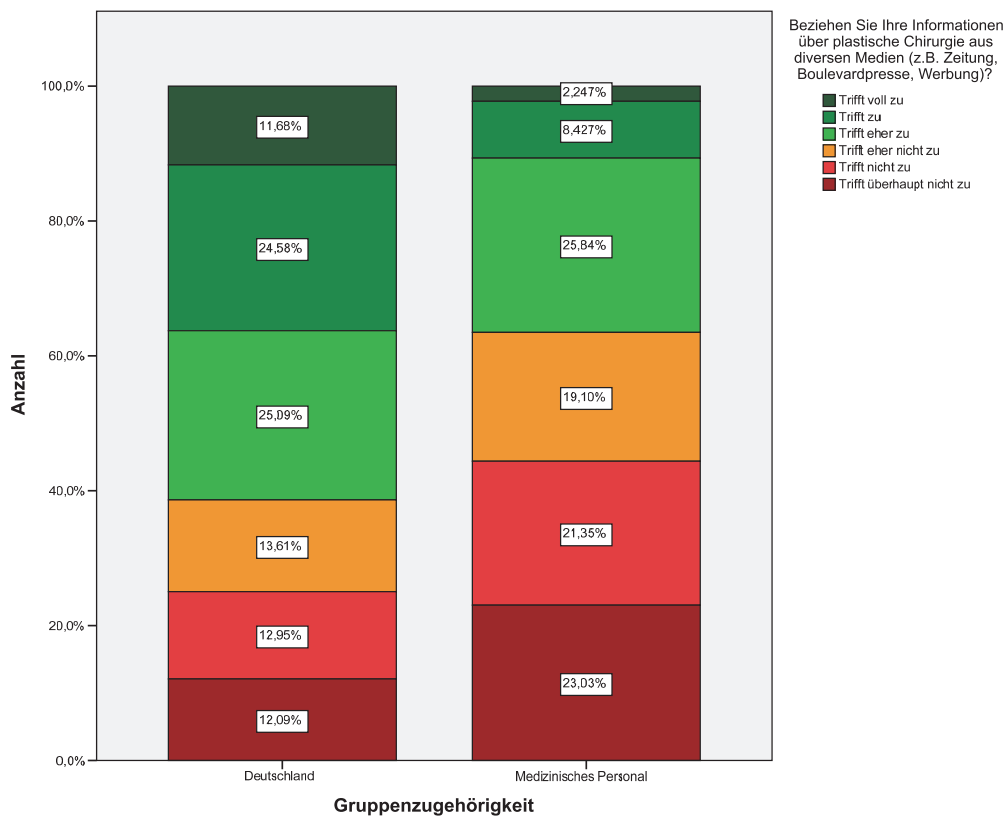


Abbildung 149 – D-M Mediennutzung

Auch die Beeinflussung der Perzeption durch Familie oder Freunde nimmt einen unterschiedlichen Stellenwert zwischen den beiden Umfragegruppen ein. Ein Großteil der Studienteilnehmer misst diesem potentiellen Faktor tendenziell keine Rolle bei, wie aus Abbildung 150 entnommen werden kann. Jedoch zeigt sich, dass die deutschlandweite Stichprobe signifikant häufiger durch Familie oder Freunde, in Bezug auf deren persönliche Perzeption von plastischer Chirurgie, beeinflusst wird ($p=0,018$). Folglich kann die jeweilige Alternativhypothese angenommen werden.

Alternativhypothese: Die Familie und der Freundeskreis weisen einen unterschiedlichen Stellenwert als Einflussfaktoren für die beiden Gruppen auf.

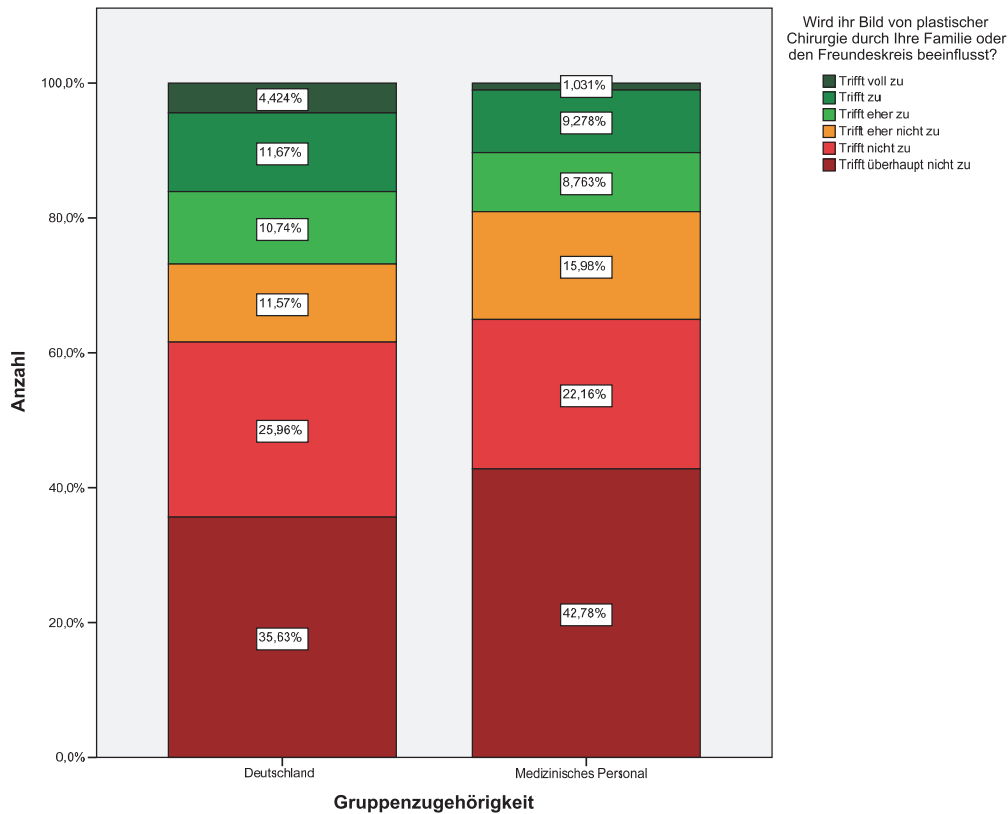


Abbildung 150 – D-M Beeinflussung durch Familie und Freunde

Bezüglich der Wahrnehmung von Entstellung durch Schönheitsoperationen, bestehen Abweichungen im Antwortverhalten zwischen den beiden Befragungen.

Die überwiegende Mehrheit beider Kollektive gab an, manche Menschen aufgrund zu vieler Schönheitsoperationen als missgestaltet zu empfinden. Allerdings zeigte sich, dass Teilnehmer der deutschlandweiten Umfrage signifikant häufiger diese Meinung vertraten, im Vergleich zur Erhebung unter medizinischem Personal ($p=0,009$). Dies bestätigt die entsprechende Alternativhypothese. Die Abbildung 151 zeigt die Tendenz grafisch.

Alternativhypothese: Bezüglich der Wahrnehmung von Entstellung durch zu viele Schönheitsoperationen, bestehen Abweichungen im Antwortverhalten zwischen den beiden Befragungen.

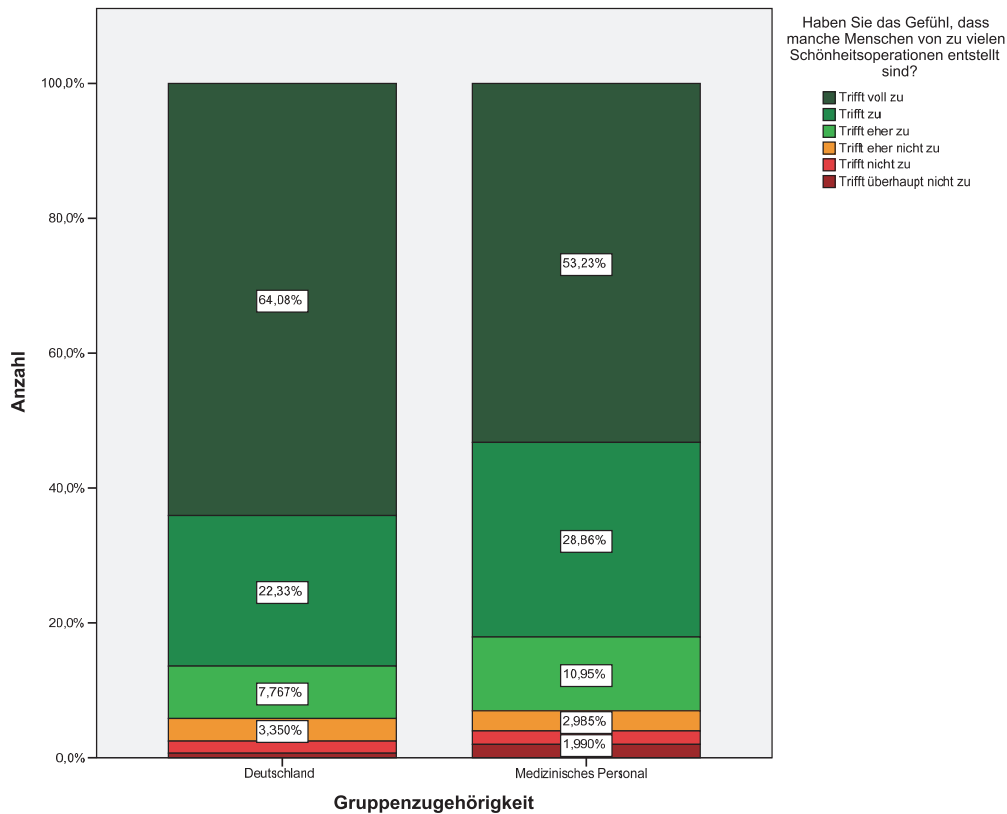


Abbildung 151 – D-M Entstellung durch Schönheitsoperationen

Der Wunsch nach umfassenderer Information hinsichtlich plastischer Chirurgie ist unterschiedlich stark zwischen den beiden Gruppen ausgeprägt. Die deutschlandweite Stichprobe gab, im Vergleich zum medizinischem Fachpersonal, signifikant häufiger an, ein Bedürfnis nach zusätzlicher Information zum Tätigkeitspektrum der plastischen Chirurgie zu haben ($p=0,049$). Folglich kann die entsprechende Alternativhypothese angenommen werden. Dennoch spiegelt Abbildung 152 wider, dass in beiden Umfragegruppen über die Hälfte der Teilnehmer tendenziell keine weitere Aufklärung wünscht.

Alternativhypothese: Der Wunsch nach umfassenderer Information über plastische Chirurgie ist unterschiedlich stark zwischen den beiden Kollektiven ausgeprägt.

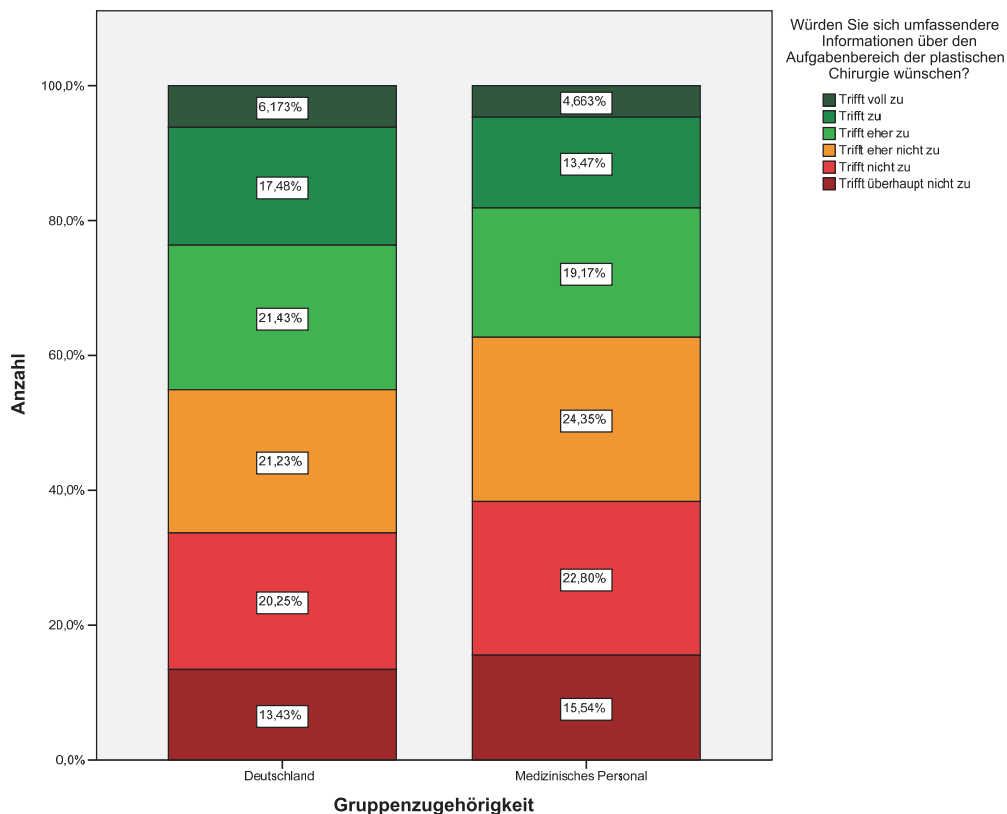


Abbildung 152 – D-M Wunsch nach Information

Bei der Erhebung des Serienkonsums, der Arztserien oder Serien, die plastische Chirurgie auch thematisieren, miteinschließt, konnten keine signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Umfragekollektiven nachgewiesen werden ($p=0,532$). Die Gruppen verhalten sich bezüglich des Konsumverhaltens komparabel, weshalb die entsprechende Alternativhypothese abgelehnt werden kann.

Alternativhypothese: Der Serienkonsum variiert zwischen den beiden Umfragegruppen.

Auch bei der Frage nach eigener vorangegangener oder in nächster Zeit geplanter plastischer Operation, zeigten sich keine Häufigkeitsunterschiede zwischen der deutschlandweiten Umfrage und der Erhebung unter medizinischem Fachpersonal ($p=0,300$). Es kann angenommen werden, dass die beiden Gruppen bezüglich dieses Merkmals vergleichbar sind, weshalb auch hier die jeweilige Alternativhypothese abgelehnt werden kann.

Alternativhypothese: Es gibt Unterschiede in der Häufigkeit eigener plastischer Operationen zwischen den beiden Umfragegruppen.

5.5 Vergleich der Umfragen „Deutschland“ und „Patienten“

Im Folgenden soll ein Vergleich zwischen der deutschlandweiten Befragung und jener unter Patienten angestellt werden, um potentiell bestehende Unterschiede aufzudecken.

Kursiv im Text finden sich, im entsprechenden Textabschnitt, jeweils die zu testenden Alternativhypothesen. Zudem sind bedeutsame Ergebnisse fett hervorgehoben. Auch wenn sich die beiden Umfragegruppen aufgrund des Studiendesigns bezüglich des Bundeslandes nicht komparabel verhalten, konnten dennoch einige Hypothesen überprüft werden.

Zunächst werden Gegenüberstellungen von demografischen Daten vorgestellt, im Anschluss folgen Vergleiche zwischen den beiden Studienarmen, welche die Perzeption plastischer Chirurgie betreffen.

Im direkten Vergleich zeigten sich Unterschiede im Alter der Studienteilnehmer. Die deutschlandweite Befragungsgruppe war im Durchschnitt jünger, als die der Patienten, was in Abbildung 153 grafisch dargestellt ist ($p < 0,001$). Die beiden Kollektive verhielten sich bezüglich dieses Merkmals nicht vergleichbar, weshalb die entsprechende Alternativhypothese angenommen werden konnte. (Heidekrueger et al., 2019)

Alternativhypothese: Das Alter der Studienteilnehmer beider Gruppen variiert.

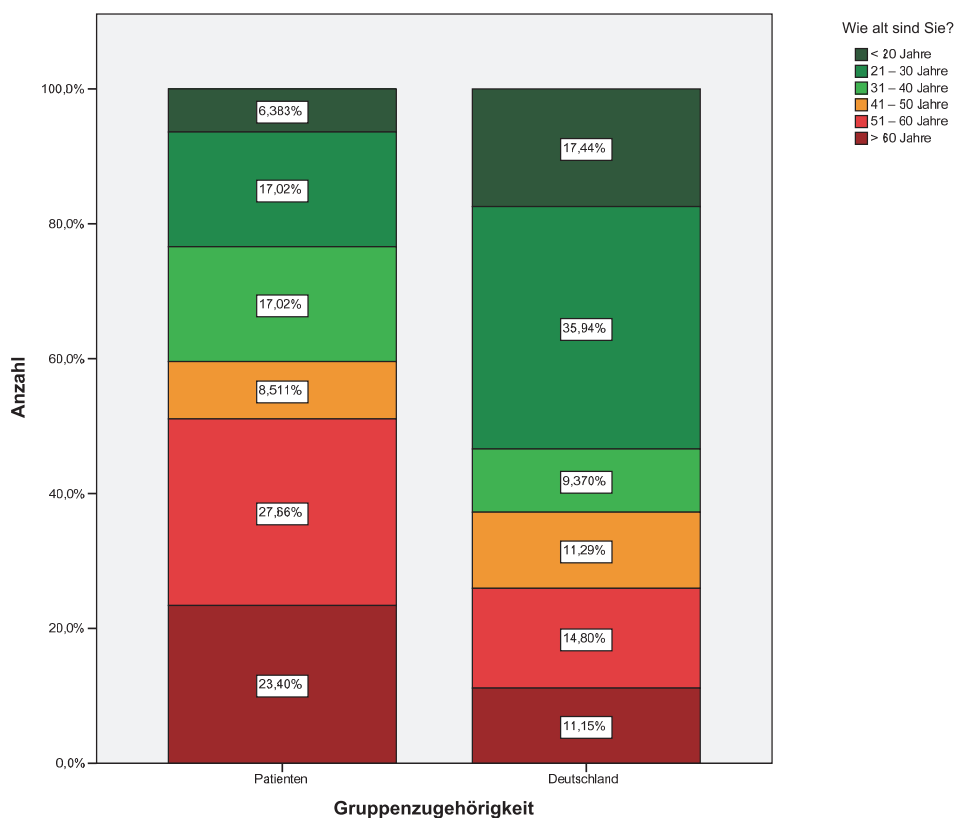


Abbildung 153 – D-P Altersverteilung

Auch bezüglich der Geschlechterverteilung verhielten sich die beiden Studiengruppen nicht komparabel. Wie Abbildung 154 zeigt, hatte das Patientenkollektiv einen signifikant höheren Frauenanteil ($p=0,026$). Folglich wurde die entsprechende Alternativhypothese angenommen.

Alternativhypothese: Die Verteilung der Geschlechter weicht zwischen den beiden Befragungen ab.

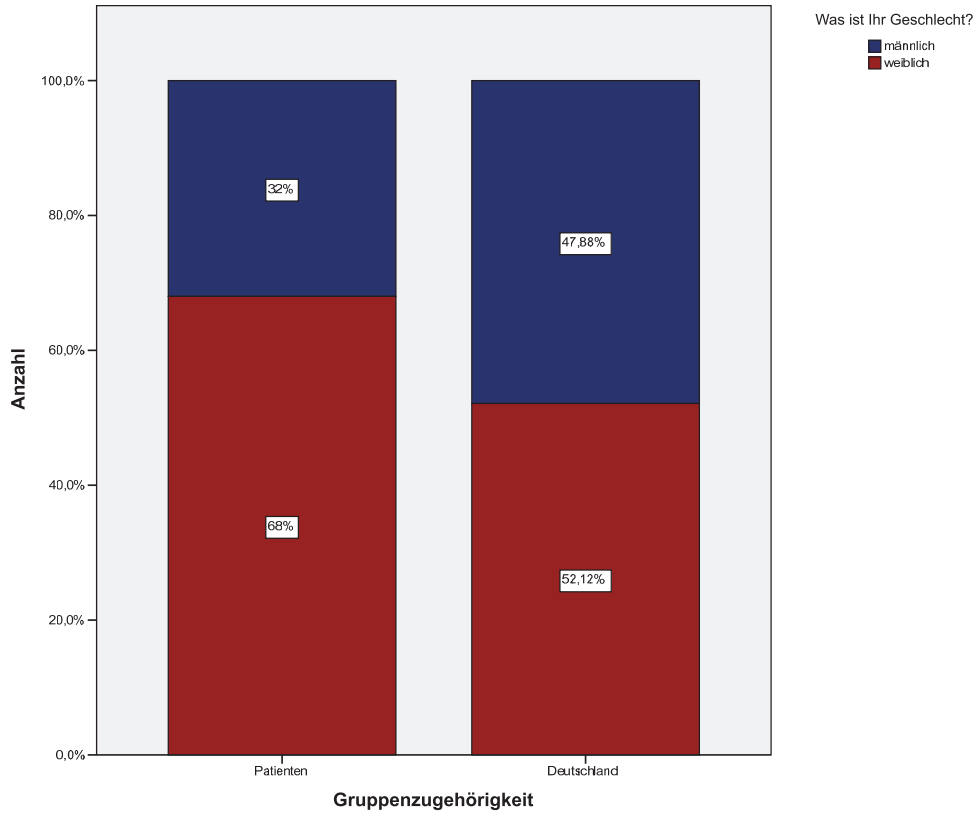


Abbildung 154 – D-P Geschlechterverteilung

Ferner zeigten sich bildungsspezifische Unterschiede zwischen den beiden Gruppen ($p < 0,001$). Die Studienteilnehmer der deutschlandweiten Gruppe wiesen tendenziell höhere Bildungsabschlüsse auf, als das Patientenkollektiv (Heidekrueger et al., 2019). Dies ist im folgenden Diagramm 155 grafisch dargestellt. Die beiden Kollektive verhielten sich bezüglich dieses Merkmals nicht vergleichbar, weshalb die entsprechende Alternativhypothese angenommen werden konnte.

Alternativhypothese: Es bestehen bildungsspezifische Unterschiede zwischen den beiden Kollektiven.

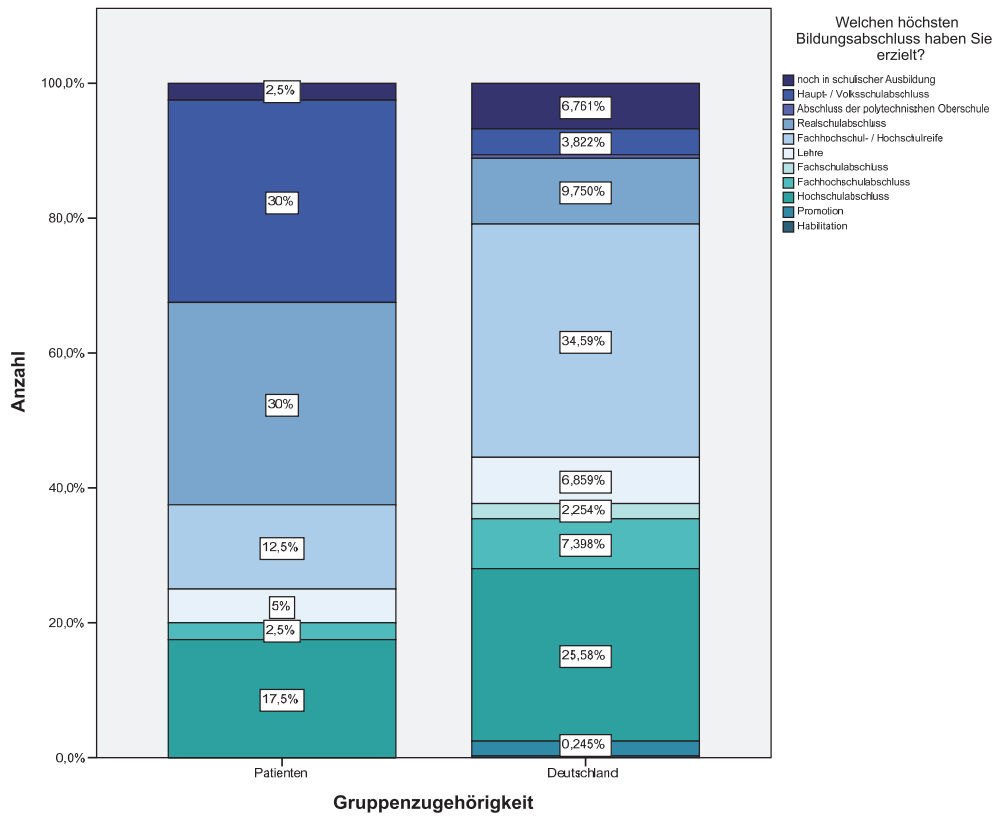


Abbildung 155 – D-P Verteilung des höchsten Bildungsabschlusses

Des Weiteren konnte nachgewiesen werden, dass das Patientenkollektiv signifikant seltener einen Arzt in der Familie oder im Bekanntenkreis aufwies, als die Teilnehmer der deutschlandweiten Befragung ($p=0,037$). In Abbildung 156 ist dies grafisch dargestellt.

Folglich verhalten sich die beiden Kollektive bezüglich dieses Merkmals ebenfalls nicht vergleichbar, weshalb die entsprechende Alternativhypothese angenommen werden konnte.

Alternativhypothese: Es bestehen Unterschiede in Hinsicht auf die Häufigkeit eines Arztes in der Familie oder im Freundeskreis.

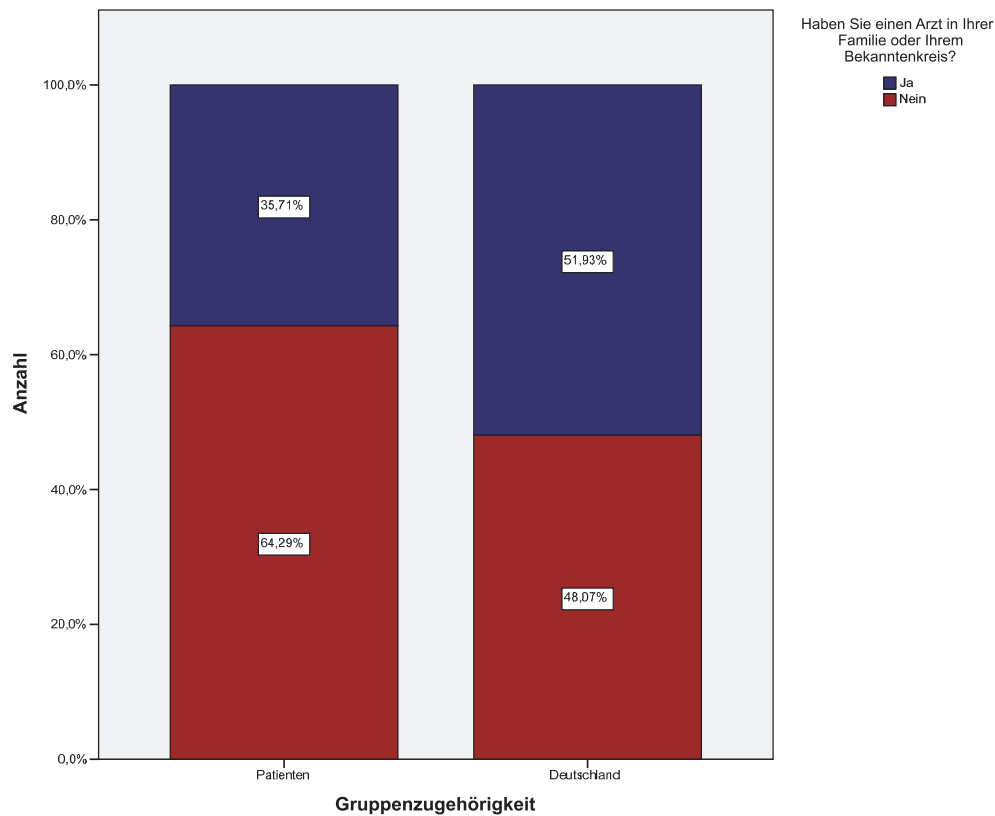


Abbildung 156 – D-P Vorhandensein eines Arztes in der Familie oder im Bekanntenkreis

Es bestanden keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich des Stadt- oder Gemeindetyps, zwischen den Teilnehmern beider Umfragegruppen ($p=0,134$). Diese verhalten sich in Bezug auf das Merkmal vergleichbar, weshalb die jeweilige Alternativhypothese abgelehnt werden konnte. (Heidekrueger et al., 2019)

Alternativhypothese: Der Stadt- oder Gemeindetyp, den die jeweiligen Befragten als Wohnort angeben, unterscheidet sich zwischen der deutschlandweiten Umfrage und der unter Patienten.

Hoch signifikant war dagegen der Unterschied in der intuitiven Beurteilung der Wichtigkeit der plastischen Chirurgie ($p < 0,001$). **Die befragten Patienten schätzten die Wichtigkeit des plastischen Chirurgen, im Vergleich zu anderen Fachrichtungen, signifikant häufiger als „sehr wichtig“ ein, als die deutschlandweite Befragungsgruppe.** (Heidekrueger et al., 2019)

Die folgende Abbildung 157 zeigt dies grafisch. Die entsprechende Alternativhypothese kann angenommen werden.

Alternativhypothese: Die intuitive Beurteilung der Wichtigkeit plastischer Chirurgie zeigt Abweichungen zwischen den beiden Kollektiven.

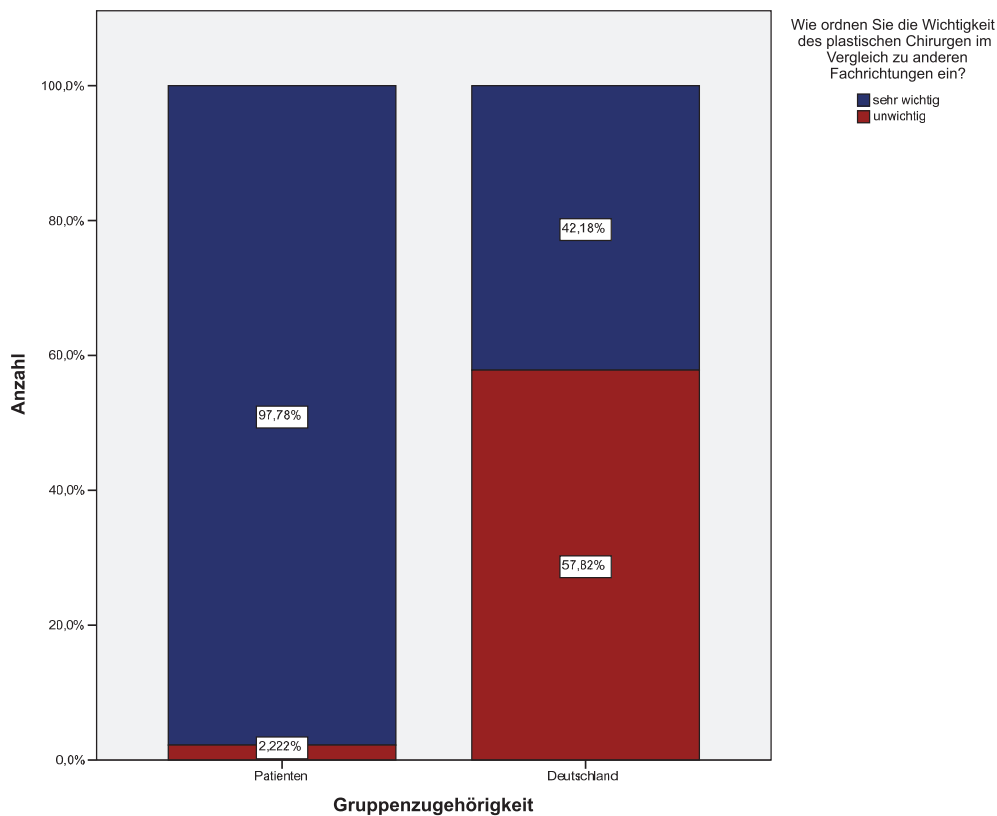


Abbildung 157 – D-P Wichtigkeit des plastischen Chirurgen

Die persönliche Einschätzung des eigenen Informationsgrades bezüglich plastischer Chirurgie wies keine Differenzen zwischen den Gruppen auf ($p = 0,052$). Das Antwortverhalten bezüglich dieses Merkmals war in beiden Gruppen vergleichbar, weshalb die jeweilige Alternativhypothese abgelehnt werden konnte.

Alternativhypothese: Die persönliche Einschätzung des eigenen Wissensstandes bezüglich plastischer Chirurgie weist Differenzen zwischen den Gruppen auf.

Die Studienteilnehmer der deutschlandweiten Gruppe nutzten signifikant häufiger Medien zum Informationsgewinn über plastische Chirurgie, als die befragten Patienten ($p=0,005$). (Heidekrueger et al., 2019)

Die Abbildung 158 verdeutlicht diesen Unterschied grafisch. Die entsprechende Alternativhypothese kann angenommen werden.

Alternativhypothese: Es besteht eine abweichende Mediennutzung zum Informationsgewinn zwischen der deutschen Bevölkerung und dem Patientenkollektiv.

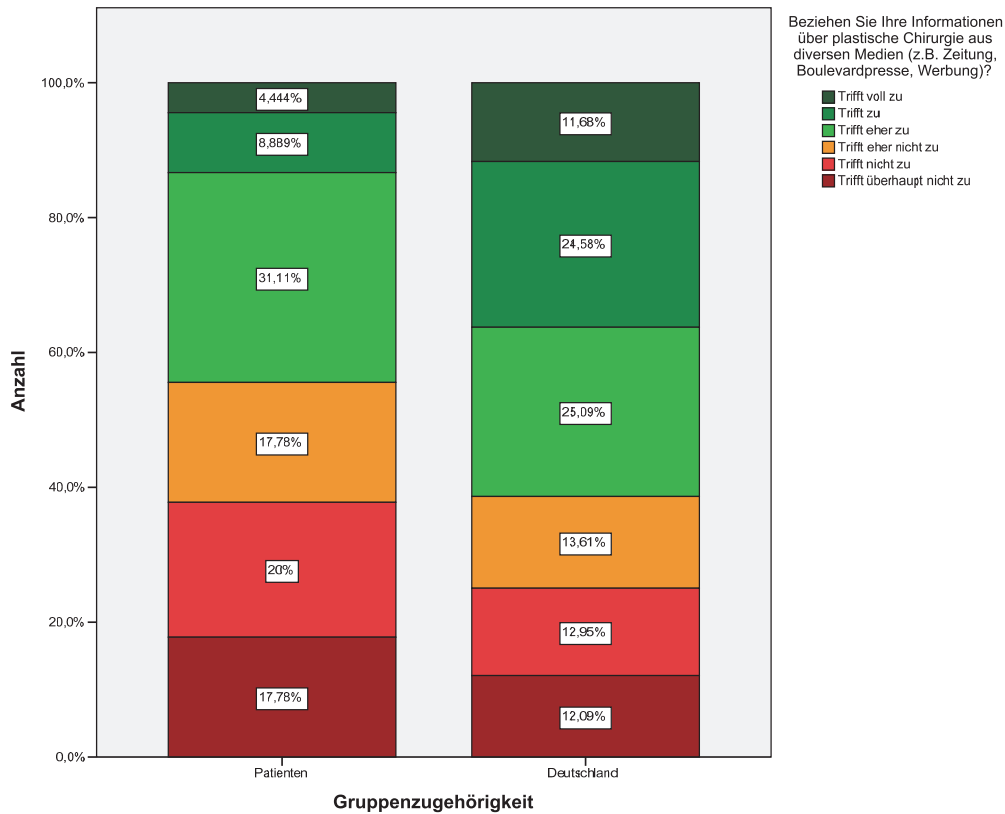


Abbildung 158 – D-P Mediennutzung

Ferner zeigte sich, dass der Wunsch nach umfassenderer Information über plastische Chirurgie zwischen den beiden Kollektiven unterschiedlich stark vorhanden ist ($p < 0,001$). Auf Seiten der Patienten war dieser signifikant stärker ausgeprägt, als in der deutschlandweiten Befragungsgruppe. Die Abbildung 159 zeigt dies grafisch auf. Die entsprechende Alternativhypothese kann angenommen werden.

Alternativhypothese: Der Wunsch nach umfassenderer Information über plastische Chirurgie ist unterschiedlich stark zwischen den beiden Kollektiven ausgeprägt.

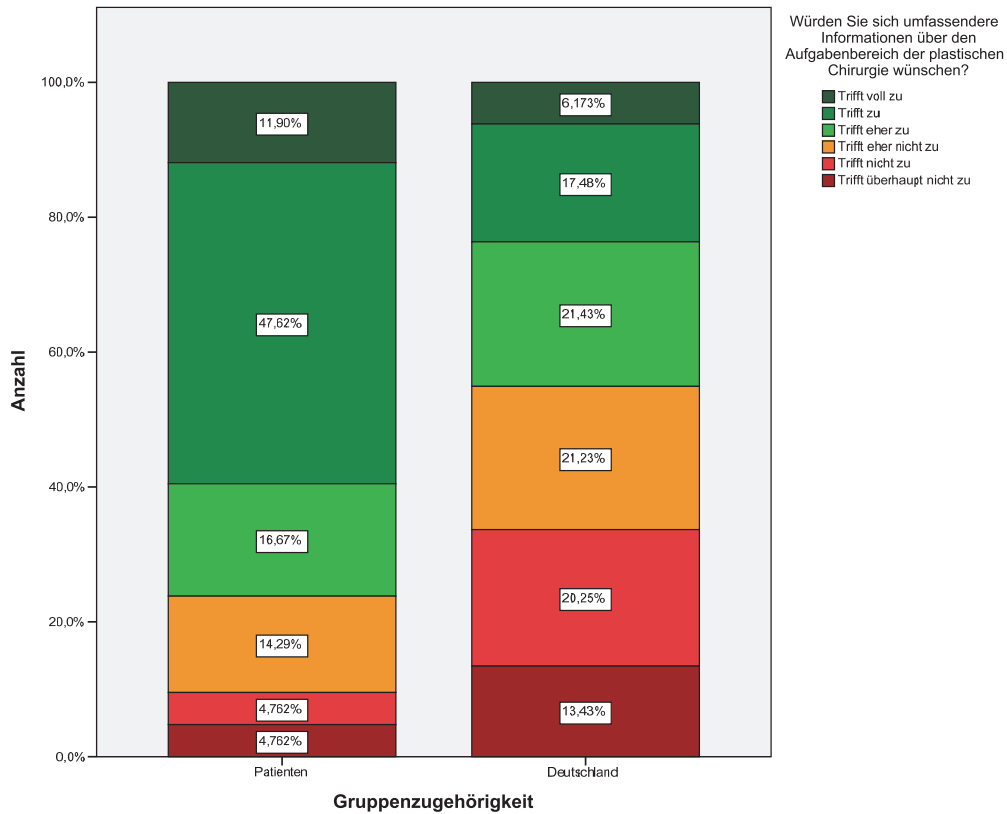


Abbildung 159 – D-P Wunsch nach Information

Des Weiteren konnten Unterschiede im Serienkonsum nachgewiesen werden. **Die Befragten des Patientenkollektives gaben signifikant häufiger an, Arztserien oder Sendungen, die plastische Chirurgie thematisieren, zu konsumieren, als die der deutschlandweiten Umfrage** ($p=0,033$) (Heidekrueger et al., 2019). Die folgende Abbildung 160 verdeutlicht den Unterschied. Folglich kann die jeweilige Alternativhypothese angenommen werden.

Alternativhypothese: Der Serienkonsum variiert zwischen den beiden Umfragegruppen.

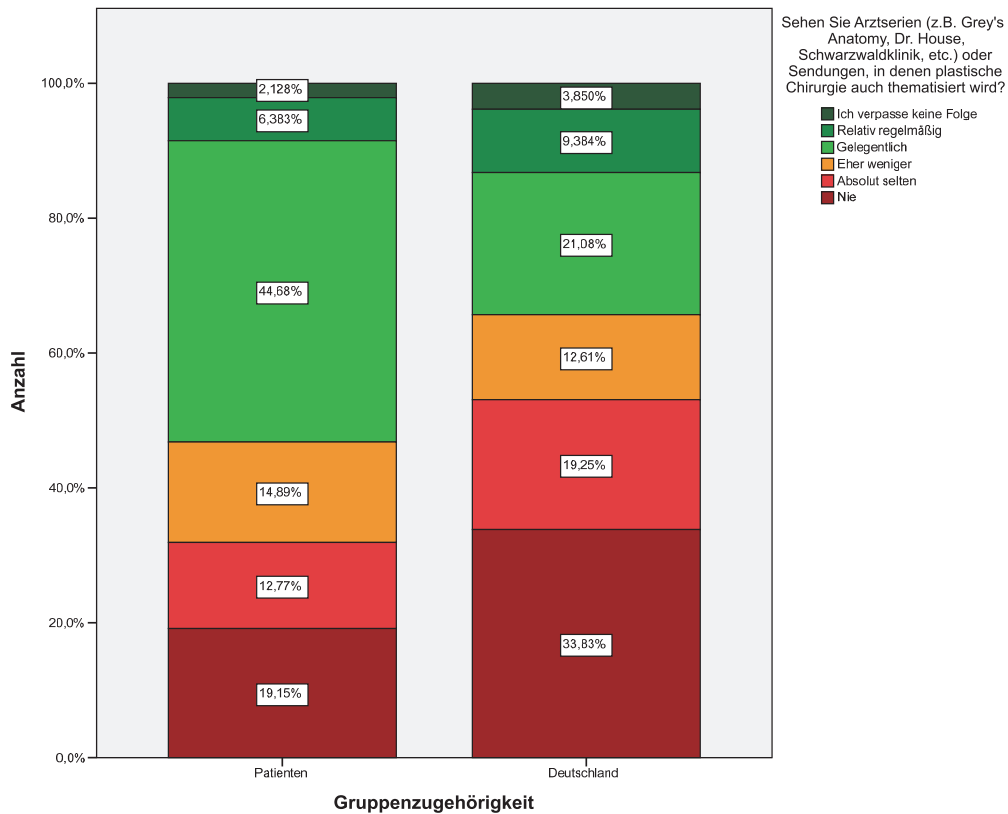


Abbildung 160 – D-P Serienkonsum

6 Diskussion

6.1 Kurzzusammenfassung

Mit der Studie „Kritische Perzeptionsanalyse der plastischen Chirurgie in Deutschland“ wurde erstmals deutschlandweit eine Erhebung des Wissensstandes über plastische Chirurgie und deren Perzeption in der Allgemeinbevölkerung durchgeführt. Des Weiteren wurden Stichprobenvergleiche mit einer Umfrage unter medizinischem Personal und unter Patienten angestellt. Insgesamt liegen Daten von 2100 Teilnehmern der deutschlandweiten Umfrage vor. Die Fallzahl des befragten medizinischen Personals liegt bei 212, die der Patienten bei 50.

Während klassisch ästhetische Eingriffe und die Verbrennungschirurgie von dem Studienkollektiv der deutschlandweiten Befragung als Bestandteil der plastischen Chirurgie wahrgenommen wurden, wurde vor allem die Handchirurgie tendenziell nicht dem entsprechenden Tätigkeitsspektrum zugewiesen. Abweichende Ergebnisse zeigten sich bei rekonstruktiven Verfahren. Hier herrschte bezüglich „Nasenoperation aufgrund von Atemproblemen“ und „Entfernung von Hautkrebs aus dem Gesicht“ Uneinigkeit darüber, ob dies Aufgabe der plastischen Chirurgie sei. Die Korrektur einer „Lippenpalte“ bei einem Kind hingegen, wurde von den Teilnehmern überwiegend der plastischen Chirurgie zugewiesen. (Heidekrueger et al., 2019)

In diesem Zusammenhang konnten beispielsweise Wohnort, Alter der Studienteilnehmer und Bildungsstand assoziiert und Faktoren ermittelt werden, welche die Perzeption statistisch beeinflussen. Im direkten Vergleich mit den beiden weiteren Studienkollektiven konnten einige Gemeinsamkeiten und Unterschiede detektiert werden.

6.2 Diskussion der Methoden

6.2.1 Fragebogeninstrument

Insgesamt wurden drei vollstandardisierte und anonymisierte Fragebögen mittels Evasys erstellt. (Electric Paper Evaluationssysteme GmbH, 2017)

Alle besitzen dieselbe Struktur und gliedern sich in einen ersten Teil, der demografische Daten erfasst und einen zweiten Teil, der den plastisch-chirurgischen Wissensstand erfragt. In weiteren Fragen werden Faktoren, die die persönliche Wahrnehmung potentiell beeinflussen, ermittelt. (Broer et al., 2017; Heidekrueger et al., 2019) Auf die Möglichkeit von Freitextantworten wurde verzichtet, um die Auswertung zu vereinfachen und eine klare Statistik zu erhalten.

Vor Beginn der Befragung wurde die Stichprobengröße und die Struktur der Fragen mit Statistikern der TUM abgestimmt, um aussagekräftige Analysen durchführen zu können. Die Erhebung der Daten erfolgte anonymisiert und wurde durch die Ethikkommission genehmigt. (Heidekrueger et al., 2019)

Die Fragen wurden möglichst einfach und verständlich formuliert. Auf Fachbegriffe wurde weitestgehend verzichtet, damit jeder Befragte, ohne Vorwissen, an der Umfrage teilnehmen konnte.

Das erstellte Fragebogeninstrument stützt sich teilweise auf umfangreich validierte Fragen aus internationalen Untersuchungen. Bei diesen vergleichbaren Erhebungen aus dem Ausland, wurden ebenfalls medizinische Indikationen genannt, die das Spektrum der plastischen Chirurgie repräsentieren. Diese sollten von den Teilnehmern der behandelnden Fachrichtung zugeordnet werden. (Blacam et al.,

2015; Dunkin et al., 2003; Gill et al., 2011; Hamilton et al., 2004; Kim et al., 1997; Rosenthal et al., 2001; Sinno et al., 2015; Tanna et al., 2010)

Dieser Ansatz wurde so modifiziert, dass die Studienteilnehmer anhand einer Likert-Skala beurteilen konnten, inwieweit sie die entsprechenden medizinischen Indikationen dem Aufgabenbereich des plastischen Chirurgen zuordnen würden. Dies ermöglichte quantifizierbare Ergebnisse. Allerdings wussten die Studienteilnehmer bereits zu Beginn der Umfrage, dass der Fragebogen von plastischer Chirurgie handelt, was möglicherweise zu einem Bias im Zuordnungsverhalten führte. Diese Auswirkungen könnten beispielsweise durch Verblindung kontrolliert werden, was aber in dem verwendeten Studiendesign nicht umsetzbar war.

Andere internationale und nationale Untersuchungen konnten Effekte auf die persönliche Perzeption durch unterschiedliche Formen von Medien belegen, weshalb diesbezüglich Fragen in unsere Studie integriert wurden, um zu ermitteln, ob ähnliche Effekte in Deutschland vorliegen. Diese wurden wiederum mittels Likert-Skala erhoben. (Crockett et al., 2007; Denadai et al., 2015; Wagner, 2014)

Außerdem wurde, ähnlich wie in zwei anderen Publikationen, die Wichtigkeit der plastischen Chirurgie ermittelt. (Blacam et al., 2015; Hamilton et al., 2004)

Hierbei stellte insbesondere das Polaritätsprofil ein Problem dar, da die Anzahl der Items, lege artis, höher sein sollte (Heidekrueger et al., 2019). Dies war aufgrund des ohnehin sehr umfangreichen Designs des Fragebogens nicht möglich.

Ein weiterer Schwachpunkt der Studie ist folgende Frage: „Haben Sie das Gefühl, dass manche Menschen von zu vielen Schönheitsoperationen entstellt sind?“. Es kann angenommen werden, dass die Formulierung zu einem Bias der Antworten führte.

Ebenfalls kritisch zu bewerten ist folgendes Polaritätsprofil: „Wo sehen Sie die Arbeit plastischer Chirurgen eher vertreten?“. Es besteht die Möglichkeit, dass durch die Befragung von Menschen aus Industriestaaten ein Bias im Antwortverhalten bewirkt wurde.

In Nachfolgeuntersuchungen sollte deshalb darauf geachtet werden, die eben genannten Fragen anders zu formulieren oder zu erheben und zudem ein vollständiges Polaritätsprofil zu ermitteln.

6.2.2 Durchführung der Umfrage

Alle drei Befragungen wurden als Papierumfrage durchgeführt.

Die Zielpopulation der deutschlandweiten Erhebung bestand aus deutschen Bürgern aus unterschiedlichen Bundesländern und Bevölkerungsschichten, mit einer geplanten Stichprobengröße von 2000. Um eine Normalverteilung zu erreichen, wurde die Studie an öffentlichen Plätzen in ganz Deutschland durchgeführt. Da dies in einem angemessenen Zeitrahmen bewerkstelligt werden sollte, wurde die deutschlandweite Befragung durch freiwillige Helfer unterstützt, deren Rekrutierung über das Netzwerk der Studienstiftung des deutschen Volkes erfolgte. Jedem Helfer wurden 50 Bögen und ein Anweisungszettel zugesandt. Dieser Zettel enthielt alle wichtigen Informationen zur Durchführung der Umfrage, um sicherzustellen, dass die Studie geregelt und vergleichbar stattfindet (vgl. „Anweisungszettel“, Anhang). Die deutschlandweite Befragung fand im Zeitraum März 2016 bis Mai 2016 statt. Insgesamt konnten 2100 Bögen gesammelt werden und somit die geplante Fallzahl erreicht werden.

Die Umfrage unter medizinischem Fachpersonal begann ebenfalls im März 2016 und wurde im Oktober 2016 beendet. Geplant war eine Stichprobengröße von 200-300 deutschen Teilnehmern. Diese

Befragung wurde persönlich von Frau Sabrina Wecker, nach Einwilligung der entsprechenden Ansprechpartner, in München und Stuttgart durchgeführt. Orte der Umfrage waren hierbei das Klinikum rechts der Isar, das Deutsche Herzzentrum München und der 61. Kongress der DGGG in Stuttgart. In Summe konnten 212 ausgefüllte Fragebögen gesammelt werden. Aufgrund der standortlimitierten Erhebung sind diese Daten nicht für ganz Deutschland repräsentativ.

Die Befragung von Patienten fand im Klinikum Bogenhausen in der plastischen Chirurgie statt und wurde im Zeitraum August 2016 bis August 2017 von Herrn Dr. Niclas Broer durchgeführt. Geplant war ebenfalls eine Stichprobengröße von 200-300 deutschen Teilnehmern, welche nicht vollständig erreicht werden konnte. Insgesamt wurde eine Fallzahl von 50 erreicht, weshalb die erhobenen Daten lediglich als Orientierung dienen sollen und nur bedingt repräsentativ sind.

Durch das Studiendesign einer Face-to-Face-Befragung, mit einem vollstandardisierten Fragebogeninstrument, konnte deutschlandweit ein breiter Durchschnitt der Bevölkerung erreicht werden. Allerdings kann dies einen Interviewer-Bias bedingen.

Hierbei werden bestimmte Populationswerte durch die Anwesenheit oder das Verhalten des Fragestellers über- oder unterschätzt. (Baur & Blasius, 2014, S. 50)

Bei der deutschlandweiten Befragung wurde einer systematischen Verzerrung entgegengewirkt, indem eine große Anzahl an Helfern die Daten erhob. Dennoch zeigte sich bei den Ergebnissen der deutschlandweiten Umfrage, dass Befragte vor allem aus den Bundesländern „Bayern“ und „Baden-Württemberg“ stammten und ein großer Anteil zu der Altersgruppe der „21-30“-Jährigen zählte. (Heidekrueger et al., 2019) Dies ist möglicherweise darauf zurückzuführen, dass die Mehrheit der freiwilligen Umfragehelfer ebenfalls in diesen Bundesländern wohnte und der entsprechenden Altersgruppe angehörten.

Allerdings ist festzuhalten, dass keine übereinstimmenden Untersuchungen dazu vorliegen, inwieweit das Geschlecht, das Alter, die Ethnizität oder der soziale Status der Interviewer zu einem Bias der Daten führen. (Davis et al., 2009, S. 23f.)

Während einige internationale Erhebungen dasselbe oder ein vergleichbares Studiendesign (Hamilton et al., 2004; Kim et al., 1997; Rosenthal et al., 2001; Sinno et al., 2015) verwendeten, ergaben sich auch unter Anwendung anderer Umfragemethoden, beispielsweise mittels Telefon-, Webbasierter- oder unpersönlicher Fragebogenerhebung (Dunkin et al., 2003; Gill et al., 2011; Tanna et al., 2010), vergleichbare Ergebnisse.

Die Datenerhebung der beiden anderen Studienkollektive (Umfrage „Medizinisches Fachpersonal“, Umfrage „Patienten“) wurde jeweils von lediglich einem Interviewer durchgeführt, weshalb empfohlen wird, Nachfolgeuntersuchungen ebenfalls mit mehreren Umfragehelfern, auch aus unterschiedlichen Altersgruppen, durchzuführen oder das Studiendesign beispielsweise in eine Telefonumfrage umzuwandeln, um entsprechende Interviewer- und standortbasierte Effekte zu minimieren.

6.2.3 Statistische Auswertung

Die statistische Auswertung der Umfragedaten erfolgte mittels der Software „IBM SPSS Statistics 22“ durch Frau Sabrina Wecker. (IBM, 2016)

Es wurde ein Signifikanzniveau von $\alpha=0,05$ festgelegt. Die zuvor festgelegten Hypothesen wurden konfirmatorisch und weitere Zusammenhänge explorativ in Kreuztabellen mittels zweiseitigem Chi-Quadrat-Test überprüft, da ausschließlich kategoriale unverbundene Variablen vorlagen.

Für den p-Wert wurde der „Zusammenhang linear-mit-linear“ verwendet, weil dieser statistisch die Likert-Skala berücksichtigt. Zur näheren Beschreibung der Likert-Skalen wurde der Median herangezogen, da es sich häufig um nicht normalverteilte Diagramme handelte. Die Analysen wurden durch Statistiker der TUM betreut, sodass diese den allgemein geltenden Maßstäben folgen und deren Richtigkeit gewährleistet werden kann.

Kritisch beurteilt werden muss, dass einige Alternativhypothesen erst nach Beendigung der Umfrage aufgestellt und entsprechend getestet wurden. Diese wurden dementsprechend als „explorativ“ gekennzeichnet.

Begründet wird dieses Vorgehen dadurch, dass die Studie ein Meinungsbild erhebt und nach Beendigung der Umfrage mit Zufallsbefunden gerechnet werden konnte. Folglich wurden im Voraus zur Bearbeitung der Fragestellung vier Hypothesen festgelegt, welche der Fragebogen überprüfen sollte. Ergebnisse darüber hinaus wurden retrospektiv explorativ untersucht.

6.3 Diskussion der Ergebnisse

6.3.1 Umfrage in Deutschland

Die deutschlandweite Erhebung zeigte, dass die ästhetische Chirurgie und die Verbrennungschirurgie überwiegend als Aufgaben der plastischen Chirurgie wahrgenommen wurden, wohingegen die Bedeutung der Handchirurgie, als Bestandteil der plastischen Chirurgie, nicht ausreichend unter der Bevölkerung abgebildet ist. Abweichende Ergebnisse zeigten sich bei rekonstruktiven Verfahren. Bezüglich der Eingriffe „Nasenoperation aufgrund von Atemproblemen“ und „Entfernung von Hautkrebs aus dem Gesicht“ herrschte Uneinigkeit, ob diese in das Spektrum der plastischen Chirurgie zählen. Die Korrektur einer „Lippenspalte“ bei einem Kind hingegen, wurde von den Teilnehmern überwiegend der plastischen Chirurgie zugewiesen. (Heidekrueger et al., 2019)

Eine von Dunkin et al. in England durchgeführte Studie ergab ähnliche Ergebnisse. Auch hier wurden ästhetische Verfahren und die Verbrennungschirurgie überwiegend als Aufgaben des plastischen Chirurgen betrachtet. Ebenso wurde die Handchirurgie nicht als Bestandteil des plastisch-chirurgischen Spektrums aufgefasst. Abweichend von unserer Erhebung, wurde die „Entfernung von Hautkrebs aus dem Gesicht“ überwiegend der plastischen Chirurgie zugeordnet. Während unsere Studie zeigen konnte, dass die „Lippenspaltenkorrektur“ als Aufgabe der plastischen Chirurgie in der Bevölkerung abgebildet ist, ergaben sich in England diesbezüglich keine übereinstimmenden Ergebnisse. (Dunkin et al., 2003, S. 440; Heidekrueger et al., 2019)

Eine andere britische Studie von Ameerally et al. bestätigte einerseits die Ergebnisse von Dunkin et al. hinsichtlich „Tumorentfernungen im Gesicht“, zeigte aber auch, dass die Behandlung von „Lippen“- oder „Gaumenspalten“ ebenfalls als Domäne der plastischen Chirurgie verstanden wird. (Ameerally et al., 1994, S. 144)

Kim et al. führten in Amerika eine vergleichbare Erhebung durch. Übereinstimmend zu unserer Befragung zeigte sich, dass die ästhetische Chirurgie und die Korrektur einer „Lippenspalte“ überwiegend als Bestandteil der plastischen Chirurgie verstanden werden. Ebenfalls wurde nachgewiesen, dass die Handchirurgie in der Öffentlichkeit als plastische Disziplin nicht bekannt ist. Ähnlich zu unserer Studie wurde auch die Behandlung von „Hautkrebs“ nicht dem plastischen Chirurgen zugeordnet. (Kim et al., 1997, S. 428; Heidekrueger et al., 2019)

Eine aktuellere Studie aus Amerika von Sinno et al. bestätigte die öffentliche Wahrnehmung von ästhetischer Chirurgie und von „Lippen- oder Gaumenspaltenkorrektur“ als Aufgabe der plastischen Chirurgie. Eingriffe, wie die Behandlung von „Unterkiefer“- , „Hand“- oder „Fingerfrakturen“ oder „Daumenreplantationen“ wurden als Bereich anderer Fachrichtungen verstanden. (Sinno et al., 2015, S. 1239; Heidekrueger et al., 2019)

Agarwal erhob Daten in Indien, welche mit unseren Ergebnissen vorwiegend übereinstimmen. Er kam zu dem Ergebnis, dass die indische Bevölkerung plastische Chirurgie als ästhetische Chirurgie und Verbrennungschirurgie betrachtet. Prozeduren, wie „Hand“- oder „Tumorchirurgie“ wurden nicht mit plastischer Chirurgie assoziiert. Im Gegensatz zu unserer Studie, wurden Traumatologie und die Behandlung angeborener Fehlbildungen weniger als Bestandteil des Aufgabenspektrums der plastischen Chirurgie aufgefasst. (Agarwal, 2006)

Eine australische Erhebung von Gill et al. ergab, dass folgende drei Bereiche als Fachbereich der plastischen Chirurgie verstanden werden. Dazu zählten rekonstruktive Chirurgie, ästhetische Chirurgie und Verbrennungschirurgie, was weitestgehend mit unseren Ergebnissen übereinstimmt. Die australischen Studienteilnehmer betrachteten die Dermatologen als zuständige Fachärzte für die „Entfernung von Hautkrebs aus dem Gesicht“, anstelle der plastischen Chirurgen. Bezüglich Handchirurgie zeigten sich vergleichbare Ergebnisse zu unserer Erhebung. (Gill et al., 2011, S. 670)

Die Wichtigkeit des plastischen Chirurgen, im Vergleich zu anderen Fachrichtungen, wurde mittels Polaritätsprofil beurteilt. 57,8% der Studienteilnehmer betrachteten die plastische Chirurgie als „unwichtig“, weniger als die Hälfte aller Befragten wählte die Option „sehr wichtig“. (Broer et al., 2017; Heidekrueger et al., 2019)

Eine Studie aus Irland von Blacam et al. erhob die Wichtigkeit der plastischen Chirurgie, ebenfalls im Vergleich zu anderen Fachrichtungen, mittels fünfstufiger Likert-Skala. Die plastische Chirurgie wurde bezüglich der Wichtigkeit in der Patientenversorgung auf den letzten Platz eingeteilt. Dies zeigt eine ähnliche Tendenz, wie unsere Ergebnisse. Die Autoren konnten demonstrieren, dass die breite Öffentlichkeit die plastische Chirurgie vorwiegend mit kosmetischer Chirurgie gleichsetzt. (Blacam et al., 2015, S. 203; Heidekrueger et al., 2019)

Unsere Studie identifizierte Medien, beispielsweise Zeitung, Werbung oder Boulevardpresse, als Informationsquelle bezüglich plastischer Chirurgie, während Familie oder Freunde tendenziell nicht als Einflussfaktoren betrachtet wurden. Arztserien wurden von der Allgemeinheit vorwiegend nicht konsumiert, dennoch konnte gezeigt werden, dass gerade jüngere Altersgruppen dieses Informationsmedium verwenden. In unserer Erhebung besteht eine Assoziation zwischen dem Bildungsstand der Befragten und dem Wissensstand über plastische Chirurgie. (Heidekrueger et al., 2019)

Das Studiendesign von Agarwal ist mit unserer Studie vergleichbar, da er ebenfalls potentielle Einflussfaktoren hinsichtlich der Perzeption ermittelte. Im Vergleich zur deutschen Bevölkerung, nutzten über die Hälfte der indischen Befragten Medien, vor allem Fernsehen und Magazine, als Informationsquelle über plastische Chirurgie. 41% der Teilnehmer gaben auch eine Beeinflussung durch Freunde und Verwandte an. Eine Korrelation zwischen Bildungsstand der Befragten und dem Wissensstand über plastische Chirurgie konnte nicht nachgewiesen werden. (Agarwal, 2006)

Adeyemo et al. erhoben Daten über plastische Chirurgie in Nigeria. Die Studienteilnehmer, die Wissen über ästhetische und rekonstruktive Verfahren aufwiesen, gaben an, den Großteil der Information durch das Fernsehen zu erhalten. Gerade Reality-TV-Sendungen, welche plastische Chirurgie thematisieren, schienen die Perzeption maßgeblich zu beeinflussen. (Adeyemo et al., 2010, S. 580)

Unsere Studie konnte für die „Gesichtsstraffung“ und die Behandlung einer „akuten Verbrennung“ ebenfalls zeigen, dass diese Eingriffe häufiger dem Aufgabenbereich der plastischen Chirurgie zugewiesen wurden, wenn die Befragten angaben, Arztserien zu nutzen. Diesbezüglich decken sich die Ergebnisse mit der nigerianischen Erhebung.

Sowohl unsere Studie, als auch vergleichbare internationale Erhebungen, kommen zu übereinstimmenden Ergebnissen bezüglich der Perzeption und des Wissensstandes über plastische Chirurgie in der Öffentlichkeit. Das Tätigkeitsspektrum der plastischen Chirurgie ist nicht ausreichend abgebildet und unterliegt tendenziell einem negativen Image.

6.3.2 Umfrage unter medizinischem Fachpersonal

Die Erhebung unter medizinischem Personal ergab, dass klassisch ästhetische Operationen und die Verbrennungschirurgie vom überwiegenden Teil der Befragten dem Aufgabenbereich der plastischen Chirurgie zugeordnet wurden, während die „Operation einer Hand- oder Fingerfraktur“ tendenziell nicht dem entsprechenden Tätigkeitsspektrum zugerechnet wurde. Gerade bezüglich rekonstruktiver Verfahren zeigten sich Uneinigkeit und teilweise breite Streuungen unter den Befragten. (Heidekrueger et al., 2019)

Die im vorherigen Abschnitt bereits erwähnte Publikation von Kim et al. in Amerika, untersuchte unter anderem eine Gruppe von Hausärzten. Es zeigte sich, dass diese Stichprobe vorwiegend rekonstruktive Chirurgie mit plastischer Chirurgie assoziierte. Besonders die Behandlung angeborener Fehlbildungen wurde dem Tätigkeitsspektrum zugeordnet. Dies widerspricht unseren Ergebnissen. Übereinstimmend mit unserer Untersuchung ist das Antwortverhalten bezüglich Handchirurgie, ästhetischer Chirurgie und „Entfernung von Hautkrebs“. (Kim et al., 1997, S. 428; Heidekrueger et al., 2019)

Eine ebenfalls aus den USA stammende Studie von Tanna et al. schloss Hausärzte, Kinderärzte und Ärzte der Inneren Medizin ein. Diese Kohorte ordnete „Augenlidchirurgie“ dem Tätigkeitsbereich der plastischen Chirurgie zu, wohingegen die Korrektur einer „Lippen- oder Gaumenspalte“ und die Behandlung von „Gesichtsfrakturen“ überwiegend als Aufgaben der Gesichts- und Kieferchirurgen betrachtet wurden. Die Entfernung von „Hautkrebs aus dem Gesicht“ wurde von den Teilnehmern nicht als Bestandteil der plastischen Chirurgie eingeordnet.

Die Ergebnisse hinsichtlich angeborener Fehlbildungen und Hautkrebsbehandlung decken sich mit denen unserer Studie. Ebenfalls übereinstimmend sind die Resultate bezüglich Hand- und ästhetischer Chirurgie. (Tanna et al., 2010, S. 645; Heidekrueger et al., 2019)

Tanna et al. hielten zudem fest, dass Hausärzte oft als Koordinatoren für die Patientenversorgung fungieren. Dementsprechend ist eine gute Aufklärung auf Seiten der Hausärzte hinsichtlich plastischer Chirurgie unerlässlich, um eine geeignete Behandlung für den Patienten zu gewährleisten. (Tanna et al., 2010, S. 649; Heidekrueger et al., 2019)

In einem Kommentar zu der eben genannten Studie, prangert Song an, dass sich zunehmend mehr plastische Chirurgen niederlassen und auf ästhetische Chirurgie spezialisieren, was bedingt, dass weniger plastische Chirurgen tatsächlich Hand- oder Gesichtstraumata und angeborene Fehlbildungen

versorgen. Seiner Meinung nach führt dies dazu, dass Allgemeinmediziner Ärzte anderer Fachrichtungen, mit teilweise überschneidenden Aufgabenbereichen mit der plastischen Chirurgie, für Überweisungen bevorzugen. (Song, 2010, S. 651f.)

Eine ähnliche Tendenz konnten wir in unserer Erhebung feststellen. In der Gegenüberstellung von sieben befragten Berufsgruppen, konnten teilweise deutliche Unterschiede in der Wahrnehmung von plastischer Chirurgie aufgezeigt werden. Der Eingriff „Nasenoperation aufgrund von Atemproblemen“ wurde beispielsweise von der Berufsgruppe der HNO-Ärzte nicht als Aufgabe der plastischen Chirurgie betrachtet. (Heidekrueger et al., 2019)

Heinz-Gerhard Bull beschreibt in seinem Artikel „Wer darf was in der ästhetischen Chirurgie?“ die Überschneidung mehrerer Fachbereiche in Deutschland. Es bestehen teilweise ähnliche Betätigungsfelder zwischen plastischer Chirurgie und beispielsweise Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie oder Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde. (Baur, 2012, S. 42) Dies könnte das Antwortverhalten der HNO-Mediziner in unserer Studie erklären. (Heidekrueger et al., 2019)

Eine britische Studie von Dunkin et al. erhob den Wissensstand bezüglich plastischer Chirurgie unter Allgemeinmediziner. Dieses Kollektiv wies die „Korrektur einer Narbe“, die „Verbrennungschirurgie“, die „Melanombehandlung“ und die „Hauttransplantation“ dem Aufgabenbereich der plastischen Chirurgie zu. Auch die Behandlung von „Lippenspalten“ wurde der plastischen Chirurgie zugeordnet. Ästhetische Eingriffe, wie „Facelift“, „Brustvergrößerung“, „-verkleinerung“ und „kosmetische Nasenoperation“, wurden klar als Tätigkeiten der plastischen Chirurgie betrachtet. Ein Großteil der befragten Hausärzte war der Meinung, dass eine „posttraumatische Nasenoperation“ Aufgabe der HNO-Ärzte sei. Gerade „hand- und mikrochirurgische Eingriffe“ wurden anderen Fachrichtungen zugeteilt. (Dunkin et al., 2003, S. 440f.)

Die Ergebnisse bezüglich Handchirurgie, Verbrennungschirurgie und ästhetischer Chirurgie decken sich mit unseren Erhebungen. Abweichungen zu dieser Studie bestehen hinsichtlich rekonstruktiver Verfahren. Während die britischen Hausärzte diese Operationen als Aufgaben der plastischen Chirurgie betrachteten, gab es in unserem Kollektiv breite Streuungen, vor allem im Vergleich zwischen den Berufsgruppen.

Die Unterschiede zwischen den beiden Studien sind möglicherweise auf die Befragung unterschiedlicher Kollektive zurückzuführen. Wie im Absatz zuvor erwähnt, betrachteten manche, von uns befragten Fachrichtungen, bestimmte Eingriffe möglicherweise als deren Tätigkeitsbereich, was Verzerrungen, im Vergleich zu einer reinen Hausarztbefragung, bedingt.

Eine andere britische Studie von Ameerally et al. erhob Antworten von Hausärzten, die bestimmte medizinische Indikationen der Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie, der plastischen Chirurgie oder der HNO-Heilkunde zuordnen sollten. Es zeigte sich, dass die „Entfernung von Muttermalen und Tumoren im Gesicht“, die Korrektur von „Lippen- oder Gaumenspalten“ und ästhetische Veränderungen im Gesicht am häufigsten als Aufgaben der plastischen Chirurgie betrachtet wurden. (Ameerally et al., 1994, S. 144)

Die Ergebnisse decken sich mit denen von Dunkin et al., widersprechen sich aber hinsichtlich der rekonstruktiven Verfahren mit unseren Erhebungen. Möglicherweise ist dies wiederum durch die unterschiedlichen befragten Kollektive erklärbar.

Kritisch zu reflektieren ist die Frage nach dem Wunsch nach mehr Information über plastische Chirurgie. Ein Großteil des medizinischen Fachpersonals gab an, tendenziell keine umfassenderen Informationen über den Aufgabenbereich der plastischen Chirurgie zu wünschen.

Dies widerspricht prinzipiell der These, dass durch Information ärztlicher Kollegen der aktuelle Zustand verbessert werden könnte, da bei mangelndem Interesse an dargebotener Information, diese möglicherweise auch nicht wahrgenommen werden würde. Andererseits zeigt Abbildung 88, dass 46,3% die plastische Chirurgie als unwichtig beurteilen und zudem sind aus Abbildung 91 Wissensdefizite bezüglich plastischer Chirurgie zu entnehmen. Es wäre wichtig zunächst diese Informationslücken seitens des medizinischen Fachpersonals zu beheben und die Frage zu wiederholen, da bei fehlender Aufklärung eine adäquate Beantwortung der Frage nur bedingt möglich ist.

Sowohl unsere Studie, als auch vergleichbare internationale Erhebungen, kommen zu übereinstimmenden Ergebnissen bezüglich der Perzeption und des Wissensstandes über plastische Chirurgie unter medizinischem Personal. Unterschiede bestehen bezüglich der befragten Fachrichtungen und der Einschätzung rekonstruktiver Verfahren.

Bei Nachfolgeuntersuchungen könnte beispielsweise lediglich eine Kohorte derselben Fachrichtung in Deutschland untersucht werden, um vergleichbare Daten zu erhalten.

Das Tätigkeitsspektrum der plastischen Chirurgie ist unter medizinischem Personal ebenfalls nicht ausreichend abgebildet und unterliegt tendenziell einem negativen Image.

6.3.3 Umfrage unter Patienten

Unsere Erhebung unter Patienten ergab, dass lediglich 55,1% der Befragten bewusst war, dass deren Operation plastisch-chirurgischer Natur ist. (Heidekrueger et al., 2019)

In diesem Kontext ist der Begriff „Gesundheitskompetenz“ zu nennen.

Laut Schaeffer et al. haben Menschen mit einer inadäquaten Gesundheitskompetenz „[...] große Schwierigkeiten damit, gesundheitsrelevante Informationen [zu] finden, [zu] verstehen, ein[zu]ordnen sowie nutzen zu können [...]“. Laut dieser Studie von 2017 weisen 54,3% der befragten Deutschen eine eingeschränkte Gesundheitskompetenz auf. (Schaeffer et al., 2017, S. 56)

In einer Publikation von Ismail et al. zeigte sich, dass im Rahmen der plastischen Chirurgie gerade Patienten mit traumatischen Verletzungen, niedrigem Bildungsstand und einer gesetzlichen Versicherung das höchste Risiko hatten, eine niedrige Gesundheitskompetenz aufzuweisen. (Ismail et al., 2015, S. 59)

Unser Resultat trifft lediglich einen Teil der Begriffsdefinition von „Gesundheitskompetenz“, weshalb es nur bedingt zum Vergleich mit den oben genannten Studien herangezogen werden kann. Dennoch konnte unsere Studie allgemein zeigen, dass ein großer Anteil der befragten Patienten kein ausreichendes Bewusstsein über die plastisch-chirurgische Natur des eigenen Eingriffs besaß. Dies deckt sich mit dem oben genannten Ergebnis von Schaeffer et al..

Ismail et al. konnten spezifische Faktoren identifizieren, welche die Gesundheitskompetenz beeinflussen. Ein entsprechender Zusammenhang zwischen dem Bildungsstand und dem Bewusstsein über die plastisch-chirurgische Natur der eigenen Operation, war in unserer Studie nicht signifikant nachweisbar.

Ein Großteil unserer Patienten beurteilte die plastische Chirurgie im Vergleich zu anderen Fachrichtungen intuitiv als „sehr wichtig“. Des Weiteren gaben 93,5% an, dass Freunde und Familie den geplanten oder durchgeführten Eingriff als „überwiegend positiv“ einschätzten.

Dies spricht dafür, dass Personen, die selbst mit plastischer Chirurgie in Kontakt gekommen sind und diesbezüglich informiert sind, eher das Fachgebiet positiv beurteilen. Dementsprechend ist in Betracht

zu ziehen, dass sich die negative Einschätzung vieler Befragter durch qualitative Wissensvermittlung verbessern lassen würde.

Kalick führte 1979 ein Experiment durch, bei welchem Probanden prä- und postoperative Fotos von Patienten gezeigt wurden. Es ergab sich, dass die Individuen der postoperativen Bilder als erstrebenswertere Persönlichkeiten und eher als potentielle Ehepartner eingeschätzt wurden. Ferner wurde ihnen ein glücklicheres Leben attribuiert, als denselben Personen vor der jeweiligen ästhetischen Operation. Diese Veränderung in der sozialen Auffassung war auf die Verbesserung der persönlichen Erscheinung zurückzuführen. (Kalick, 1979, S. 128)

Diese Ergebnisse decken sich mit der Einschätzung der von uns befragten Patienten, hinsichtlich ihrer Freunde und Familie. Für einen vollständigen Vergleich wäre es allerdings notwendig, das soziale Umfeld des Patienten zusätzlich persönlich zu befragen.

Unsere Studie identifizierte Arztserien als Informationsquelle bezüglich plastischer Chirurgie, während Medien, wie Zeitung, Werbung oder Boulevardpresse, tendenziell nicht als Einflussfaktoren betrachtet wurden. Des Weiteren konnte gezeigt werden, dass Patienten, die eine ästhetische Operation erhalten hatten, signifikant häufiger Arztserien sahen, als Patienten anderer plastischer Eingriffe. (Heidekrueger et al., 2019)

Vergleichbare Beobachtungen, bezüglich des Serienkonsums, konnten Fogel und King machen. Diese amerikanische Studie von 2014 zeigte, dass College Studenten, die Reality-TV-Sendungen über ästhetische Chirurgie sahen und diese als realistisch einschätzten, tendenziell der kosmetischen Chirurgie positiver gegenüberstanden. (Fogel & King, 2014, S. 237; Heidekrueger et al., 2019)

Auch ein Studienvergleich von Nabi aus 2009 ergab, dass der Konsum von kosmetischen Make-over-Sendungen mit dem Wunsch nach eigenen ästhetischen Veränderungen assoziiert ist. Gerade junge Menschen, die unzufrieden mit ihrem Körper sind, neigten dazu, sich mit den Programmteilnehmern zu vergleichen, was den Wunsch nach kosmetischer Chirurgie verstärken könnte. (Nabi, 2009, S. 22; Heidekrueger et al., 2019)

Des Weiteren zeigten Sarwer et al., dass Frauen, die das Schönheitsideal der Medienwelt verinnerlicht hatten, positivere Haltungen gegenüber ästhetischer Chirurgie einnahmen. (Sarwer et al., 2005, S. 937)

Ferner präsentierte Sperry 2007 eine Studie, welche ergab, dass das Publikum von Reality-TV-Sendungen, vor allem von ästhetischen Make-over-Sendungen, hoch assoziiert ist mit Unzufriedenheit in Bezug auf den eigenen Körper, Essstörungen und Interesse und Zuwendung zu kosmetischer Chirurgie. (Sperry, 2007, S. 55)

Ein Teil des Fernsehpublikums fühlte sich unter Druck gesetzt, sich einer kosmetischen Operation zu unterziehen. (Sperry et al., 2009, S. 9)

Crockett et al. fanden 2007 heraus, dass Reality-TV-Sendungen über plastische Chirurgie signifikant die Perzeption und die Entscheidungsfindung eines Patienten hinsichtlich kosmetischer Eingriffe beeinflussen. (Crockett et al., 2007, S. 316; Heidekrueger et al., 2019)

Diese verschiedenen Studien decken sich mit den Ergebnissen unserer Erhebung hinsichtlich Serienkonsum unter Patienten.

Ferner ergab unsere Befragung, dass ästhetische Behandlungen tendenziell von jüngeren Patienten in Anspruch genommen werden, während sich ältere Befragte signifikant häufiger rekonstruktiven Operationen unterzogen. Des Weiteren waren knapp 70% aller befragten Patienten weiblich.

Die bereits genannte Studie von Sarwer et al., die Frauen mit einem mittleren Alter von 20,5 Jahren untersuchte, zeigte, dass sich fünf Prozent dieser Kohorte bereits selbst einer ästhetischen Operation unterzogen hatten. (Sarwer et al., 2005, S. 931f.)

Dies deckt sich mit unserem Ergebnis hinsichtlich des Patientenalters bei kosmetischen Eingriffen.

Eine Erhebung der „Deutschen Gesellschaft für Ästhetisch-Plastische Chirurgie“ aus dem Jahr 2015 ergab ebenfalls, dass die Altersgruppe der 18-30-Jährigen den Großteil der Patienten der ästhetischen Chirurgie ausmacht, wobei sich in den letzten Jahren eine Verschiebung in höhere Altersklassen bemerkbar machte. Ebenfalls übereinstimmend mit unseren Daten zeigte sich, dass Patienten mit Brustvergrößerungen im Schnitt 32 Jahre alt sind, wohingegen Lidstraffungen tendenziell von über 50-Jährigen in Anspruch genommen werden. (Spiering, 2015, S. 8f.)

Ferner konnten Swami et al. zeigen, dass Frauen signifikant häufiger plastische Operationen in Betracht ziehen, als Männer. (Swami et al., 2008, S. 211)

Dieses Resultat deckt sich mit dem unserer Erhebung, das ergab, dass ein Großteil der Patienten weiblich war.

Kritisch zu bewerten ist bei unserer Patientenbefragung nicht nur die geringe Fallzahl, sondern auch der beschränkte Anteil an handchirurgischen Eingriffen.

Ein weiterer Schwachpunkt ist die Beurteilung der eigenen Operation durch Familie und Freunde. Es muss in Betracht gezogen werden, dass hier ein Bias der Antworten vorliegt, da die Patienten kurz vor oder nach dem jeweiligen Eingriff befragt wurden, ohne dass der künftige Verlauf und eine langfristige Beurteilung des Ergebnisses absehbar wären. Es kann gemutmaßt werden, dass Patienten, die chirurgische Hilfe bei einem medizinischen Problem erfahren, sich zum Zeitpunkt der Operation positiv über den Eingriff aussprechen und dies eine Verzerrung bedingt.

Ein Review von Castle et al. stützt diese Vermutung. Hier wurden mehrere Studien der letzten Jahre zusammengefasst, mit dem Resultat, dass die meisten Patienten mit dem Ergebnis ihrer plastischen Operation zufrieden waren und sich danach besser fühlten. (Castle et al., 2002, S. 602)

Deshalb sollten in Nachfolgeuntersuchungen eine höhere Fallzahl und eine längere Beobachtungszeit, beispielsweise zu mehreren Zeitpunkten, angestrebt werden.

6.3.4 Vergleich der Umfragen „Deutschland“ und „Medizinisches Fachpersonal“

Im direkten Vergleich zwischen den Studienkollektiven „Deutschland“ und „Medizinisches Fachpersonal“ zeigten sich Unterschiede in der Zuordnung von medizinischen Indikationen zum Aufgabenbereich der plastischen Chirurgie.

Zwei rekonstruktive Verfahren, die „Korrektur einer Lippenpalte“ und die „Nasenoperation aufgrund von Atemproblemen“ wurden, im Vergleich zur deutschlandweiten Stichprobe, signifikant seltener von medizinischem Fachpersonal als Aufgabe der plastischen Chirurgie eingeordnet. Dies ist möglicherweise auf berufsgruppenspezifische Antworten innerhalb der Befragung „Medizinisches Fachpersonal“, beispielsweise der HNO-Ärzte, zurückzuführen. (Heidekrueger et al., 2019)

Das medizinische Personal wies Verbrennungs- und Handchirurgie signifikant häufiger dem Aufgabenbereich der plastischen Chirurgen zu. Dieser Zusammenhang konnte auch für ein ästhetisches Verfahren, das „Facelift“, bewiesen werden. (Heidekrueger et al., 2019)

Unterschiede zwischen den Kohorten zeigten sich auch bezüglich der Beurteilung der Wichtigkeit der plastischen Chirurgie im Vergleich zu anderen Fachrichtungen. Das medizinische Personal wählte signifikant häufiger die Option „sehr wichtig“, im Vergleich zum deutschen Kollektiv. (Heidekrueger et al., 2019)

Kritisch zu betrachten ist, dass die beiden Umfragen hinsichtlich „Bundesland“ und „Stadt- bzw. Gemeindetyp“ nicht vergleichbar waren und stark variierten. Außerdem wies die Umfrage unter medizinischem Personal eine deutlich geringere Fallzahl auf.

Es existieren keine vergleichbaren nationalen oder internationalen Stichprobenvergleiche, weshalb mögliche Unterschiede oder Gemeinsamkeiten nicht diskutiert werden können.

Für Nachfolgeuntersuchungen empfiehlt es sich, auf vergleichbare demografische Daten zu achten. Außerdem könnten weitere Erhebungen im In- oder Ausland dazu beitragen, unsere Ergebnisse kritisch zu bewerten.

Zusammenfassend geht aus diesem Vergleich hervor, dass das befragte medizinische Personal ein breiteres Vorwissen und eine umfassendere Wahrnehmung von plastischer Chirurgie, im Vergleich zur deutschen Stichprobe, aufweist. Dennoch ist das volle Tätigkeitsspektrum in beiden Kollektiven nicht ausreichend abgebildet.

6.3.5 Vergleich der Umfragen „Deutschland“ und „Patienten“

Im direkten Vergleich zwischen den Studienkollektiven „Deutschland“ und „Patienten“ zeigten sich Unterschiede in der intuitiven Einschätzung der Wichtigkeit des plastischen Chirurgen, im Vergleich zu anderen Fachrichtungen. Wobei beide Kollektive den persönlichen Wissensstand über plastische Chirurgie gleich beurteilten.

Die Patientenkohorte empfand die plastische Chirurgie signifikant häufiger als „sehr wichtig“, als die deutsche Vergleichsgruppe. (Heidekrueger et al., 2019)

Während die deutschlandweite Kohorte signifikant häufiger Informationen über plastische Chirurgie aus Medien bezog, konsumierten die befragten Patienten vermehrt Arztserien. (Heidekrueger et al., 2019)

Der Wunsch nach umfassenderer Information über plastische Chirurgie war auf Seiten der Patienten deutlich stärker ausgeprägt, als in der deutschlandweiten Vergleichsgruppe.

Kritisch zu betrachten ist, dass das Antwortverhalten der beiden Umfragegruppen hinsichtlich „Bundesland“, „Alter“, „Geschlecht“, „Bildungsabschluss“ und dem „Vorhandensein eines Arztes im sozialen Umfeld“ nicht vergleichbar war und teilweise stark variierte. Außerdem wies die Patientenbefragung eine deutlich geringere Fallzahl auf.

Es existieren keine vergleichbaren nationalen oder internationalen Stichprobenvergleiche, weshalb mögliche Unterschiede oder Gemeinsamkeiten nicht diskutiert werden können. Für Nachfolgeuntersuchungen empfiehlt es sich, auf vergleichbare demografische Daten zu achten. Außerdem könnten weitere Erhebungen im In- oder Ausland dazu beitragen, unsere Ergebnisse kritisch zu bewerten.

6.4 Schlussfolgerung

Unsere Erhebungen zeigten, dass das Tätigkeitsspektrum der plastischen Chirurgie, sowohl in einer Stichprobe der deutschen Bevölkerung, als auch unter medizinischem Personal, nicht ausreichend abgebildet wird. Teilweise besaßen selbst Patienten der plastischen Chirurgie kein ausreichendes Bewusstsein über die plastisch-chirurgische Natur des eigenen Eingriffs. Der Vielseitigkeit des Faches wird nicht zur Genüge Rechnung getragen. Deshalb werden im Folgenden mögliche Zielsetzungen formuliert, die den aktuellen Zustand potentiell verändern könnten.

Eine Verbesserung des derzeitigen Wissensstandes in der Bevölkerung würde Patienten die Möglichkeit eröffnen, bei bestimmten medizinischen Indikationen Zweitmeinungen einzuholen. Beispielsweise könnte sich ein Betroffener sowohl bei einem HNO-Arzt, als auch bei einem plastischen Chirurgen, bezüglich seiner „Rhinoplastik aufgrund von Atemproblemen“ beraten lassen. Langfristig betrachtet, könnte so eine bessere medizinische Versorgung gewährleistet werden.

Shah et al. hielten in ihrer amerikanischen Studie fest, dass die Kombination aus medizinischem Marketing in der Öffentlichkeit und einer Vielzahl unterschiedlicher Fachärzte, die Wahl eines geeigneten Arztes und den Erhalt wichtiger Informationen für Patienten erschwert. (Shah et al., 2017, S. 544)
Eine verständlichere Darstellung der plastischen Chirurgie in der Öffentlichkeit könnte deshalb eine mögliche Zielsetzung sein.

Des Weiteren ergab eine im DGÄPC-Magazin veröffentlichte Umfrage, dass mehr als ein Drittel aller befragten ästhetisch-chirurgischen Patienten zuvor eine Zweit- und Drittmeinung eingeholt hatten. Zum Teil bei anderen plastischen Chirurgen, teilweise auch bei Ärzten anderer Fachrichtungen. (Spiering, 2015, S. 16)

Eine ähnliche Entwicklung, bezüglich der drei anderen Säulen der plastischen Chirurgie, wäre anzustreben.

Ein weiterer Aspekt betrifft das Ergebnis von plastischen Operationen. Um ein zufriedenstellendes Resultat zu erhalten, ist es laut Wildgoose et al. notwendig, die Erwartungen und Motivation des Patienten zu identifizieren und ihn bei der Entscheidungsfindung zu unterstützen. Gerade psychologisch vorbelastete Patienten müssen erkannt und unrealistische Ansprüche besprochen werden. (Wildgoose et al., 2013, S. 156f.)

Eine gründlichere Information der Bevölkerung könnte diesen Prozess unterstützen.

Auch hinsichtlich globaler Herausforderungen der plastischen Chirurgie könnte ein verbessertes Wissen und eine umfassendere Perzeption zu einer Entwicklung beitragen. Lediglich 11,65% der deutschen Stichprobe gaben intuitiv an, die Arbeit plastischer Chirurgie in Entwicklungsländern vertreten zu sehen. Ehrenamtliche Organisationen, wie in der Einleitung vorgestellt, könnten durch Aufklärung über plastische Chirurgie mehr in den Fokus der Bevölkerung rücken und möglicherweise von zunehmender Unterstützung profitieren.

Es bestehen unterschiedliche Möglichkeiten über plastische Chirurgie zu informieren und die öffentliche Perzeption zu verbessern. Unsere Studie ergab, dass Medien, wie Zeitung, Werbung und Boulevardpresse, tendenziell eine Informationsquelle darstellen. (Heidekrueger et al., 2019)

Reid und Malone erkannten ebenfalls das Potential der Medien hinsichtlich öffentlicher Aufklärung. Sie analysierten alle, im Jahr 2006 in England veröffentlichten Zeitungen, auf den Begriff „Plastische

Chirurgie“. In 89% der Fälle wurde „Plastische Chirurgie“ im Kontext der kosmetischen Chirurgie verwendet, lediglich 10% handelten von rekonstruktiven Verfahren.

Diese einseitige Darstellung in den Medien führt zu einem eingeschränkten Bild über plastische Chirurgie in der Öffentlichkeit, weshalb Reid und Malone mehr Einsatz fordern, um das volle Tätigkeitsspektrum abzubilden. (Reid & Malone, 2008, S. 866)

Patel gibt in “Defeating the Negative Stereotypes of Plastic Surgery” Ratschläge, wie Aufklärung hinsichtlich plastischer Chirurgie ablaufen könnte. Er schlägt plastischen Chirurgen vor, Protokoll über die Anzahl kosmetischer Eingriffe zu führen, um zu verdeutlichen, welche umfangreiche Ausbildung absolviert werden muss, um ein erfahrener Chirurg zu werden. Des Weiteren sollten auch alle anderen Eingriffe dokumentiert werden, um die Vielfalt der plastischen Chirurgie aufzuzeigen. Außerdem sollte das Engagement für humanitäre Einsätze hervorgehoben werden und die zusammengetragenen Informationen medial verbreitet werden. (Patel, 2010, S. 117)

Laut unserer Erhebung stellen Arztserien oder Sendungen, die plastische Chirurgie thematisieren, kein geeignetes Informationsmedium für die breite Bevölkerung dar, könnten aber genutzt werden, um jüngere Menschen anzusprechen, da diese sich in unserer Umfrage als serienaffin erwiesen. Auch Patienten der ästhetischen Chirurgie konsumierten Arztserien überdurchschnittlich oft, weshalb auch diese ein potentiell Publikum für TV-vermittelte Informationen darstellen.

Diese Beobachtung, hinsichtlich jüngerer Menschen, konnten auch Pearl und Weston in ihrer Studie von 2003 bestätigen. Sie befragten amerikanische Schüler über plastische Chirurgie und erhoben deren Informationsquellen. 96% gaben an, in Teenagerzeitschriften und Fernsehen Auskunft zu erhalten. (Pearl & Weston, 2003, S. 629)

Zwar sind Fernsehen und Serien ein mögliches Informationsmedium, allerdings konnten Denadai et al. zeigen, dass gerade Reality-TV-Sendungen in Brasilien, die ästhetische Chirurgie thematisieren, einen negativen Einfluss auf die Perzeption von plastischer Chirurgie haben. (Denadai et al., 2015, S. 1008) Unsere Studie deckt sich nicht vollständig mit der eben genannten brasilianischen Erhebung, da teilweise ein positiver Effekt nachgewiesen werden konnte. Die Behandlung einer „Verbrennung“ und das „Facelift“ wurden von Serienkonsumenten signifikant häufiger als Aufgabe der plastischen Chirurgie betrachtet, als von Teilnehmern, die keine Arztserien sahen.

Eine amerikanische Studie von Fogel und King stimmt mit unseren Resultaten überein. Es konnte gezeigt werden, dass College Studenten, die Reality-TV-Sendungen über ästhetische Chirurgie konsumierten und diese als realistisch einschätzten, tendenziell der kosmetischen Chirurgie positiver gegenüberstanden. (Fogel & King, 2014, S. 237)

Rossmann und Brosius postulierten, dass die Art der Darstellung in Fernsehsendungen diesbezüglich eine Rolle spielen könnte. (Rossmann & Brosius, 2005, S. 527)

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass eine realitätsnahe Darstellung der plastischen Chirurgie in entsprechenden Sendungen ein mögliches Ziel wäre.

Eine amerikanische Studie von Borzekowski und Rickert untersuchte die Internetnutzung von Jugendlichen zum Informationsgewinn über medizinische Themen. Sie konnten zeigen, dass gerade das Internet eine beliebte Quelle darstellt, um Antworten auf sensible Gesundheitsthemen zu erhalten. (Borzekowski & Rickert, 2001, S. 813)

Ahmad et al. erhoben in Pakistan ebenfalls eine Umfrage unter Jugendlichen. Sie konnten bestätigen, dass Informationen am häufigsten aus dem Internet und Magazinen gewonnen werden. (Ahmad et al., 2013, S. 109)

Zusammenfassend spielen, in Bezug auf die Aufklärung Jugendlicher, Fernsehen, Serien, Zeitschriften und das Internet wichtige Rollen. Diese Medien stellen mögliche Zugangswege dar, um das Spektrum der plastischen Chirurgie unter Teenagern in vollem Umfang zu repräsentieren. Im Kontext unserer Studie könnten diese genannten Medien zur Behebung des vorhandenen Bildungs- und Stadt-Land-Gefälles genutzt werden, da der Zugriff auf Informationen hier weder standort- noch personengebunden ist.

Unsere Erhebung deckte auch unter medizinischem Personal Wissenslücken auf. Die amerikanische Studie von Tanna et al. kam zu vergleichbaren Ergebnissen und konnte zeigen, dass für Hausärzte plastische Chirurgen nicht an erster Stelle für Patientenüberweisungen standen, selbst wenn die jeweiligen medizinischen Indikationen Hauptaufgaben der plastischen Chirurgie waren. Die zunehmende Subspezialisierung und Überschneidungen verschiedener Fachrichtungen, führen zu einem unklaren Bild über das tatsächliche Spektrum der plastischen Chirurgie. Deshalb ist Aufklärung auch unter Ärzten anderer Fachrichtungen essenziell für die Zukunft. (Tanna et al., 2010, S. 649)

Eine Möglichkeit, Ärzte bezüglich plastischer Chirurgie zu schulen, stellte Rowsell vor. Er sprach sich für die aktive Lehre von plastischer Chirurgie im Medizinstudium an englischen Universitäten aus. So werden angehende Ärzte früh an das Tätigkeitsspektrum der plastischen Chirurgie herangeführt. (Rowsell, 1986, S. 242)

Davis et al. griffen diesen Ansatz auf und überprüften vor und nach einer Intervention das Wissen von Medizinstudenten hinsichtlich plastischer Chirurgie. Die Intervention umfasste einen eintägigen Kurs, der verschiedene Bereiche der plastischen Chirurgie behandelte. Es konnte ein positiver Lerneffekt nachgewiesen werden. (Davis et al., 2010, S. 1679)

In Summe bestehen verschiedene Möglichkeiten zur Aufklärung der Öffentlichkeit und umfassenderer Information von Ärzten anderer Fachrichtungen. Sowohl unsere Studie, als auch internationale Erhebungen, konnten entsprechende Perspektiven aufzeigen. Zum aktuellen Zeitpunkt existieren, abgesehen von Davis et al., allerdings keine Interventionsstudien, die die Wirksamkeit von bestimmten Aufklärungsmethoden überprüfen. Dies wäre in Hinblick auf die zukünftige Abbildung der plastischen Chirurgie im öffentlichen Meinungsbild von Interesse.

7 Zusammenfassung

Die plastische Chirurgie umfasst ein breites Tätigkeitsspektrum, welches Rekonstruktive Chirurgie, Handchirurgie, Ästhetische Chirurgie und Verbrennungschirurgie beinhaltet. (DGPRÄC, 2009)

Zum aktuellen Zeitpunkt existieren keine Studien, inwieweit dieser Aufgabenbereich in der deutschen Bevölkerung bekannt ist und wie sich die öffentliche Wahrnehmung von plastischer Chirurgie gestaltet. Ziel der durchgeführten Untersuchung war daher, ein Meinungsprofil einer repräsentativen Stichprobe der deutschen Bevölkerung zu erstellen, dieses kritisch zu analysieren und Stichprobenvergleiche mit zwei weiteren Kollektiven, bestehend aus medizinischem Personal und Patienten, anzustellen.

Hierfür wurde deutschlandweit eine Face-to-Face-Befragung, mittels vollstandardisiertem und anonymisiertem Fragebogeninstrument, durchgeführt. Schwerpunkte dieses Fragebogens waren neben einer demografischen Datenerhebung, die Erfassung des Wissensstandes bezüglich plastischer Chirurgie und die Ermittlung potentieller Einflussfaktoren der Perzeption. Die statistische Auswertung erfolgte mittels „IBM SPSS Statistics 22“, vorwiegend unter Verwendung zweiseitiger Chi-Quadrat-Tests. (IBM, 2016)

Die Erhebung der beiden Stichprobenkollektive erfolgte weitestgehend analog.

Insgesamt wurden 2100 Personen deutschlandweit befragt. Es konnte gezeigt werden, dass die ästhetische Chirurgie und die Verbrennungschirurgie überwiegend als Aufgabe der plastischen Chirurgie wahrgenommen wurden, wohingegen die Bedeutung der Handchirurgie nicht ausreichend unter der Bevölkerung abgebildet ist. Variierende Ergebnisse zeigten sich bei rekonstruktiven Verfahren. Bei der Zuordnung unterschiedlicher medizinischer Indikationen zum Aufgabenbereich der plastischen Chirurgie, konnte ein Bildungsgefälle nachgewiesen werden. Beispielsweise wurde die Korrektur einer „Lippenspalte“ signifikant häufiger als Tätigkeit der plastischen Chirurgie betrachtet, je höher der Bildungsabschluss der Teilnehmer war ($p < 0,001$). (Heidekrueger et al., 2019)

Des Weiteren zeigte sich mitunter ein Stadt-Land-Gefälle. Eine „Nasenoperation aufgrund von Atemproblemen“ wurde, zum Beispiel, signifikant seltener als der plastischen Chirurgie zugehörig betrachtet, je kleiner der jeweilige Stadt- oder Gemeindetyp des Studienteilnehmers war ($p < 0,001$). Ferner konnte eine potentielle Beeinflussung der Perzeption durch Medien, Arztserien, den Freundeskreis und die Familie detektiert werden. (Heidekrueger et al., 2019)

Aus dem Stichprobenvergleich mit dem medizinischen Personal ($n=218$) ging hervor, dass dieses ein breiteres Vorwissen und eine umfassendere Wahrnehmung von plastischer Chirurgie, im Vergleich zur deutschen Stichprobe, aufwies.

Unterschiede zwischen den Kohorten zeigten sich beispielsweise bezüglich der Beurteilung der Wichtigkeit der plastischen Chirurgie. Das medizinische Personal wählte signifikant häufiger die Option „sehr wichtig“, im Vergleich zum deutschen Kollektiv ($p=0,003$). (Heidekrueger et al., 2019)

Dennoch ist das volle Tätigkeitsspektrum in beiden Kollektiven nicht ausreichend abgebildet.

Ferner zeigte der Stichprobenvergleich mit der Patientenkohorte ($n=50$), dass diese die plastische Chirurgie ebenfalls signifikant häufiger als „sehr wichtig“ einschätzte, als die deutsche Vergleichsgruppe ($p < 0,001$). (Heidekrueger et al., 2019)

Gerade Arztserien oder Sendungen, die plastische Chirurgie thematisieren, wurden von Patienten der ästhetischen Chirurgie überdurchschnittlich konsumiert. (Heidekrueger et al., 2019)

Jedoch zeigte sich auch hier, dass lediglich 55% aller befragten Patienten die plastisch-chirurgische Natur ihrer eigenen Operation bewusst war. (Heidekrueger et al., 2019)

Zusammenfassend ließen sich folgende Hypothesen stützen (Heidekrueger et al., 2019):

- Die plastische Chirurgie wird oftmals eher negativ eingeschätzt. (Hierfür spricht der hohe Anteil an Befragten, die die plastische Chirurgie als „unwichtig“ beurteilten: Umfrage „Deutschland“ (57,8%) und „Medizinisches Fachpersonal“ (46,3%))
- Das Aufgabenspektrum ist jedoch unzureichend bekannt.
- Durch Information der Öffentlichkeit und gegebenenfalls ärztlicher Kollegen und verbesserte Darstellung sollte sich daher dieser Zustand verbessern lassen.

Die folgende Hypothese konnte aufgrund kontroverser Ergebnisse weder vollständig angenommen, noch abgelehnt werden (Heidekrueger et al., 2019):

- Das Negativ-Image und die Fehleinschätzungen beruhen oft auf einer falschen Darstellung der plastischen Chirurgie in den Medien und in der Öffentlichkeit.

Diese Befunde verdeutlichen, dass hinsichtlich der Abbildung der plastischen Chirurgie im öffentlichen Meinungsbild und auch unter medizinischen Kollegen Aufklärungsbedarf besteht, um der Vielseitigkeit des Fachgebiets Rechnung zu tragen und langfristig eine umfassendere medizinische Versorgung zu gewährleisten. (Heidekrueger et al., 2019)

Die folgenden Abbildungen 161 und 162 stellen eine abschließende Zusammenfassung der wichtigsten Studienergebnisse und potentiellen Lösungsansätze dar.

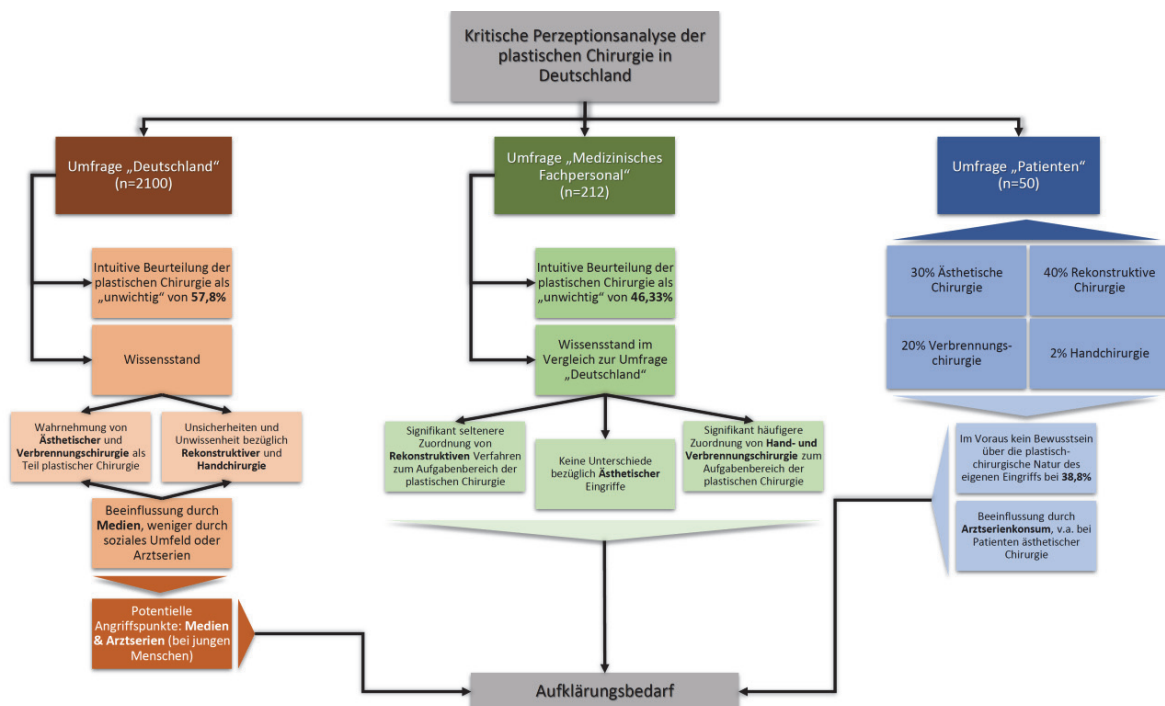


Abbildung 161 – Zusammenfassung (Heidekrueger et al., 2019)

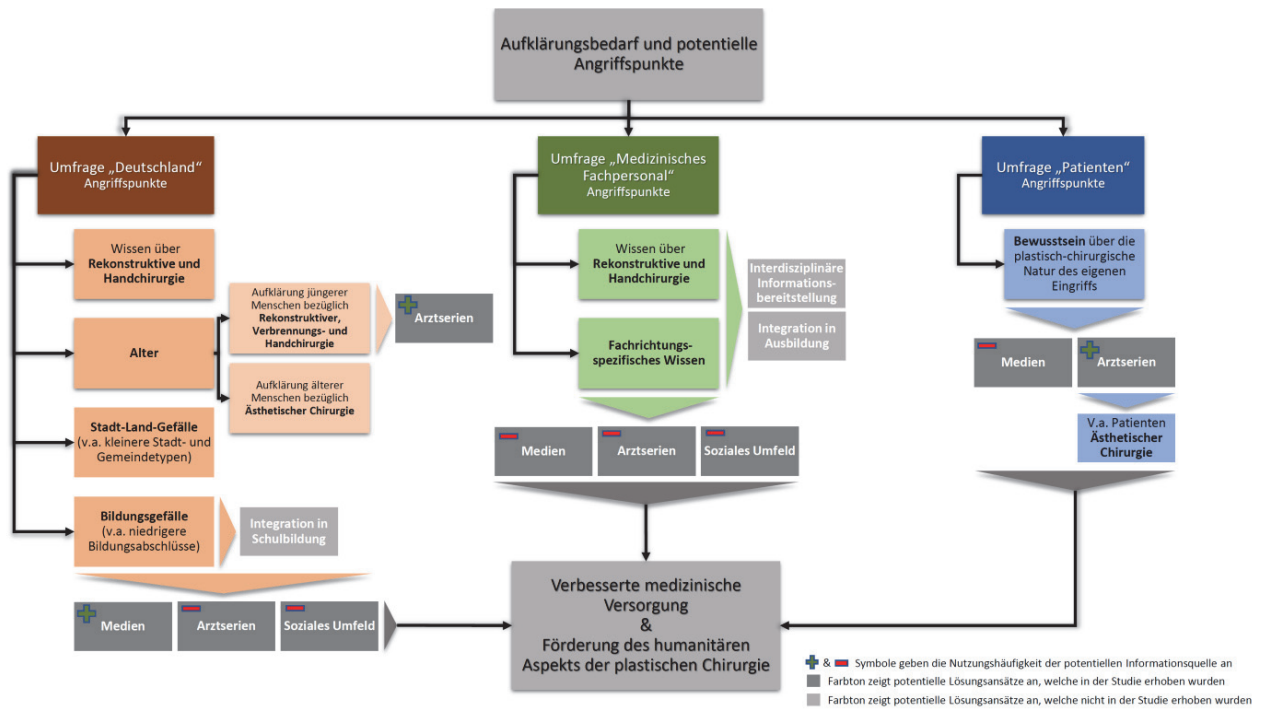


Abbildung 162 – Potentielle Lösungsansätze (Heidekrueger et al., 2019)

8 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1 – Rhinoplastik mittels Armhautlappen (Tagliocozzi, 1597)	7
Abbildung 2 – Carpues Patient, Captain Whitehouse (Carpue, 1816).....	8
Abbildung 3 – Experimente mit Hauttransplantaten am Schaf (Baronio, 1804)	8
Abbildung 4 – Bronze Skulptur: Die Korrektur von angeborenen Fehlbildungen und traumatischen Verletzungen und die Verjüngung eines alternden Gesichts (Neal, 2016).....	10
Abbildung 5 – Die vier Säulen der plastischen Chirurgie (In Anlehnung an DGPRÄC, 2009)	12
Abbildung 6 – D Verteilung der Bundesländer	26
Abbildung 7 – D Verteilung des Stadt- oder Gemeindetyps	27
Abbildung 8 – D Altersverteilung.....	27
Abbildung 9 – D Geschlechterverteilung	27
Abbildung 10 – D Verteilung des höchsten Bildungsabschlusses	28
Abbildung 11 – D Vorhandensein eines Arztes in der Familie oder im Bekanntenkreis.....	28
Abbildung 12 – D Wichtigkeit des plastischen Chirurgen	28
Abbildung 13 – D Globale Tätigkeit plastischer Chirurgie	29
Abbildung 14 – D Selbsteinschätzung des Wissensstandes.....	29
Abbildung 15 – D Aufgabenbereich der plastischen Chirurgie (Heidekrueger et al., 2019)	30
Abbildung 16 – D Mediennutzung	31
Abbildung 17 – D Beeinflussung durch Familie und Freunde	31
Abbildung 18 – D Entstellung durch Schönheitsoperationen.....	31
Abbildung 19 – D Wunsch nach Information.....	32
Abbildung 20 – D Serienkonsum.....	32
Abbildung 21 – D Eigene Operation	32
Abbildung 22 – D Alter – Serienkonsum.....	33
Abbildung 23 – D Alter – Nasenoperation aus ästhetischen Gründen	35
Abbildung 24 – D Alter – Brustvergrößerung	35
Abbildung 25 – D Alter – Brustverkleinerung	36
Abbildung 26 – D Alter – Facelift	36
Abbildung 27 – D Alter – Hand- oder Fingerfraktur.....	37
Abbildung 28 – D Alter – Hautkrebs	37
Abbildung 29 – D Alter – Lippenspalte	38
Abbildung 30 – D Alter – Narbenkorrektur.....	38
Abbildung 31 – D Alter – Verbrennung.....	39
Abbildung 32 – D Arzt – Nasenoperation aus ästhetischen Gründen	40
Abbildung 33 – D Arzt – Brustvergrößerung.....	40
Abbildung 34 – D Arzt – Brustverkleinerung	41
Abbildung 35 – D Arzt – Narbenkorrektur	41
Abbildung 36 – D Arzt – Lippenspalte.....	42
Abbildung 37 – D Bildung – Nasenoperation aus ästhetischen Gründen.....	43
Abbildung 38 – D Bildung – Brustvergrößerung	43
Abbildung 39 – D Bildung – Brustverkleinerung.....	44
Abbildung 40 – D Bildung – Facelift.....	44
Abbildung 41 – D Bildung – Hautkrebs	45
Abbildung 42 – D Bildung – Lippenspalte	45
Abbildung 43 – D Bildung – Narbenkorrektur (Heidekrueger et al., 2019)	46
Abbildung 44 – D Bildung – Verbrennung	46
Abbildung 45 – D Eigene Operation – Hand- oder Fingerfraktur	47
Abbildung 46 – D Eigene Operation – Hautkrebs	48

Abbildung 47 – D Eigene Operation – Lippenspalte	48
Abbildung 48 – D Eigene Operation – Narbenkorrektur	49
Abbildung 49 – D Familie und Freunde – Nasenoperation aus ästhetischen Gründen	50
Abbildung 50 – D Familie und Freunde – Brustvergrößerung	50
Abbildung 51 – D Familie und Freunde – Brustverkleinerung	51
Abbildung 52 – D Familie und Freunde – Facelift	51
Abbildung 53 – D Familie und Freunde – Hautkrebs	52
Abbildung 54 – D Familie und Freunde – Lippenspalte	52
Abbildung 55 – D Familie und Freunde – Narbenkorrektur	53
Abbildung 56 – D Familie und Freunde – Nasenoperation aufgrund von Atemproblemen	53
Abbildung 57 – D Geschlecht – Nasenoperation aus ästhetischen Gründen	54
Abbildung 58 – D Geschlecht – Lippenspalte	55
Abbildung 59 – D Geschlecht – Narbenkorrektur	55
Abbildung 60 – D Geschlecht – Nasenoperation aufgrund von Atemproblemen	56
Abbildung 61 – D Geschlecht – Verbrennung	56
Abbildung 62 – D Wissensstand – Nasenoperation aus ästhetischen Gründen	57
Abbildung 63 – D Wissensstand – Brustvergrößerung	58
Abbildung 64 – D Wissensstand – Brustverkleinerung	58
Abbildung 65 – D Wissensstand – Facelift	59
Abbildung 66 – D Wissensstand – Hand- oder Fingerfraktur	59
Abbildung 67 – D Wissensstand – Hautkrebs	60
Abbildung 68 – D Wissensstand – Lippenspalte	60
Abbildung 69 – D Wissensstand – Narbenkorrektur	61
Abbildung 70 – D Wissensstand – Verbrennung	61
Abbildung 71 – D Medien – Nasenoperation aus ästhetischen Gründen	62
Abbildung 72 – D Medien – Lippenspalte	63
Abbildung 73 – D Medien – Narbenkorrektur	63
Abbildung 74 – D Medien – Verbrennung	64
Abbildung 75 – D Arztserien – Facelift	65
Abbildung 76 – D Arztserien – Verbrennung	65
Abbildung 77 – D Stadt- oder Gemeindetyp – Nasenoperation aus ästhetischen Gründen	67
Abbildung 78 – D Stadt- oder Gemeindetyp – Brustvergrößerung	67
Abbildung 79 – D Stadt- oder Gemeindetyp – Brustverkleinerung	68
Abbildung 80 – D Stadt- oder Gemeindetyp – Facelift	68
Abbildung 81 – D Stadt- oder Gemeindetyp – Nasenoperation aufgrund von Atemproblemen (Heidekrueger et al., 2019)	69
Abbildung 82 – M Verteilung der Bundesländer	70
Abbildung 83 – M Verteilung des Stadt- oder Gemeindetyps	70
Abbildung 84 – M Altersverteilung	70
Abbildung 85 – M Geschlechterverteilung	71
Abbildung 86 – M Verteilung des höchsten Bildungsabschlusses	71
Abbildung 87 – M Verteilung der Berufe	72
Abbildung 88 – M Wichtigkeit des plastischen Chirurgen	73
Abbildung 89 – M Globale Tätigkeit plastischer Chirurgie	73
Abbildung 90 – M Selbsteinschätzung des Wissensstandes	74
Abbildung 91 – M Aufgabenbereich der plastischen Chirurgie (Heidekrueger et al., 2019)	75
Abbildung 92 – M Mediennutzung	76
Abbildung 93 – M Beeinflussung durch Familie und Freunde	76
Abbildung 94 – M Entstellung durch Schönheitsoperationen	76

Abbildung 95 – M Wunsch nach Information.....	76
Abbildung 96 – M Serienkonsum.....	77
Abbildung 97 – M Eigene Operation	77
Abbildung 98 – M Alter – Serienkonsum	78
Abbildung 99 – M Bildung – Lippenspalte	80
Abbildung 100 – M Bildung – Nasenoperation aus ästhetischen Gründen.....	80
Abbildung 101 – M Familie und Freunde – Hand- oder Fingerfraktur	82
Abbildung 102 – M Geschlecht – Lippenspalte	83
Abbildung 103 – M Wissensstand – Nasenoperation aufgrund von Atemproblemen.....	84
Abbildung 104 – M Wissensstand – Brustvergrößerung	85
Abbildung 105 – M Stadt- oder Gemeindetyp – Lippenspalte	87
Abbildung 106 – M Stadt- oder Gemeindetyp – Nasenoperation aufgrund von Atemproblemen	87
Abbildung 107 – M Berufe Subgruppen – Narbenkorrektur	89
Abbildung 108 – M Berufe Subgruppen – Hand- oder Fingerfraktur	90
Abbildung 109 – M Berufe Subgruppen – Facelift.....	91
Abbildung 110 – M Berufe Subgruppen – Verbrennung	92
Abbildung 111 – M Berufe Subgruppen – Brustvergrößerung	93
Abbildung 112 – M Berufe Subgruppen – Brustverkleinerung.....	94
Abbildung 113 – M Berufe Subgruppen – Lippenspalte	95
Abbildung 114 – M Berufe Subgruppen – Nasenoperation aufgrund von Atemproblemen (Heidekrueger et al., 2019).....	96
Abbildung 115 – M Berufe Subgruppen – Nasenoperation aus ästhetischen Gründen.....	97
Abbildung 116 – M Berufe Subgruppen – Hautkrebs	98
Abbildung 117 – P Verteilung der Bundesländer.....	99
Abbildung 118 – P Verteilung des Stadt- oder Gemeindetyps	99
Abbildung 119 – P Altersverteilung	100
Abbildung 120 – P Geschlechterverteilung	100
Abbildung 121 – P Verteilung des höchsten Bildungsabschlusses	100
Abbildung 122 – P Vorhandensein eines Arztes in der Familie oder im Bekanntenkreis.....	101
Abbildung 123 – P Eigene Operation.....	101
Abbildung 124 – P Selbsteinschätzung des Wissensstandes	102
Abbildung 125 – P Selbsteinschätzung der eigenen Operation 1.....	102
Abbildung 126 – P Selbsteinschätzung der eigenen Operation 2.....	102
Abbildung 127 – P Wichtigkeit des plastischen Chirurgen	103
Abbildung 128 – P Einschätzung der eigenen Operation durch das Umfeld	103
Abbildung 129 – P Serienkonsum	103
Abbildung 130 – P Mediennutzung	103
Abbildung 131 – P Wunsch nach Information	104
Abbildung 132 – P Alter – Selbsteinschätzung des Wissensstandes	105
Abbildung 133 – P Alter – Wunsch nach Information	106
Abbildung 134 – P Alter – Ästhetische Operation	107
Abbildung 135 – P Alter – Rekonstruktive Operation.....	107
Abbildung 136 – P Arzt – Einschätzung der eigenen Operation	108
Abbildung 137 – P Wunsch nach Information – Ästhetische Chirurgie	111
Abbildung 138 – P Arztserien – Ästhetische Chirurgie	112
Abbildung 139 – D-M Verteilung des höchsten Bildungsabschlusses	114
Abbildung 140 – D-M Verteilung des Stadt- oder Gemeindetyps	115
Abbildung 141 – D-M Wichtigkeit des plastischen Chirurgen	116
Abbildung 142 – D-M Globale Tätigkeit plastischer Chirurgie.....	117

Abbildung 143 – D-M Selbsteinschätzung des Wissensstandes	118
Abbildung 144 – D-M Nasenoperation aufgrund von Atemproblemen	119
Abbildung 145 – D-M Lippenpalte	120
Abbildung 146 – D-M Facelift	120
Abbildung 147 – D-M Hand- oder Fingerfraktur.....	121
Abbildung 148 – D-M Verbrennung.....	121
Abbildung 149 – D-M Mediennutzung	122
Abbildung 150 – D-M Beeinflussung durch Familie und Freunde	123
Abbildung 151 – D-M Entstellung durch Schönheitsoperationen	124
Abbildung 152 – D-M Wunsch nach Information	125
Abbildung 153 – D-P Altersverteilung	126
Abbildung 154 – D-P Geschlechterverteilung.....	127
Abbildung 155 – D-P Verteilung des höchsten Bildungsabschlusses.....	128
Abbildung 156 – D-P Vorhandensein eines Arztes in der Familie oder im Bekanntenkreis	129
Abbildung 157 – D-P Wichtigkeit des plastischen Chirurgen.....	130
Abbildung 158 – D-P Mediennutzung.....	131
Abbildung 159 – D-P Wunsch nach Information	132
Abbildung 160 – D-P Serienkonsum	133
Abbildung 161 – Zusammenfassung (Heidekrueger et al., 2019).....	149
Abbildung 162 – Potentielle Lösungsansätze (Heidekrueger et al., 2019)	150

9 Literaturverzeichnis

- Adeyemo, W. L., Mofikoya, B. O., Bamgbose, B. O. (2010). Knowledge and perceptions of facial plastic surgery among a selected group of professionals in Lagos, Nigeria. *Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery : JPRAS*, 63(4), S. 578-582. Abgerufen von <https://doi.org/10.1016/j.bjps.2009.01.046>, Abrufdatum: 15.12.2017
- Agarwal, P. (2006). Perception of plastic surgery in the society. *Indian Journal of Plastic Surgery*, 37(2), S. 110-114
- Ahmad, M., Mohmand, H., Ahmad, N. (2013). Views of College Students on Plastic Surgery. *World Journal of Plastic Surgery*, 2(2), S. 104-110
- Ameerally, P., Fordyce, A. M., Martin, I. C. (1994). So you think they know what we do? The public and professional perception of oral and maxillofacial surgery. *British Journal of Oral & Maxillofacial Surgery*, 32(3), S. 142-145. Abgerufen von [https://doi.org/10.1016/0266-4356\(94\)90097-3](https://doi.org/10.1016/0266-4356(94)90097-3), Abrufdatum: 21.04.2017
- Ärzte-Zeitung, o.V. (1999). Der Chirurg Dr. Detlef Rüster erzählt über die Anfänge seiner Zunft von der Steinzeit bis zum 19. Jahrhundert Schrecken und Sternstunden der Alten Chirurgie. *Ärzte-Zeitung*. (130), S. 14
- Baronio, G. (1804). Degli innesti animali. Milano: 'Stamp. del Genio,' Sheep with skin removed from grafting. Unter Lizenz L0014019 bei <http://catalogue.wellcomelibrary.org/record=b1119969>. Abgerufen von <https://wellcomecollection.org/works/wnr6zy2j>, Abrufdatum: 26.02.2020
- Baur, N., Blasius, J. (2014). Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung. *Springer VS, Wiesbaden: Springer Fachmedien*, S. 50
- Baur, R. (2012). Lifestyle-Medizin - von der medizinischen Indikation zum modischen Trend. 22. *Kölner Symposium der Arbeitsgemeinschaft Rechtsanwälte im Medizinrecht e.V. Schriftenreihe Medizinrecht*, S. 42. Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag Berlin Heidelberg. Abgerufen von <http://dx.doi.org/10.1007/978-3-642-23991-5>, Abrufdatum: 21.04.2017
- Bennett, J. P. (1983). Aspects of the history of plastic surgery since the 16th century. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 76(2), S. 152-156
- Blacam, C. de, Kilmartin, D., Mc Dermott, C., Kelly, J. (2015). Public perception of Plastic Surgery. *Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery : JPRAS*, 68(2), S. 197-204. Abgerufen von <https://doi.org/10.1016/j.bjps.2014.10.008>, Abrufdatum: 25.08.2017
- Borzekowski, D. L., Rickert, V. I. (2001). Adolescent cybersurfing for health information: A new resource that crosses barriers. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 155(7), S. 813
- Bräuer, H. (o.J.). Perzeption. Abgerufen von http://www.philosophie-woerterbuch.de/online-woerterbuch/?tx_gbwbbphilosophie_main%5Bentry%5D=667&tx_gbwbbphilosophie_main%5Baction%5D=show&tx_gbwbbphilosophie_main%5Bcontroller%5D=Lexicon&cHash=4ac42b0cef788b236b9e5bd06229d9fe, Abrufdatum: 15.12.2017
- Broer, P. N., Jenny, H. E., Ng-Kamstra, J. S., Juran, S. (2016). The Role of Plastic Surgeons in Advancing Development Global. *World Journal of Plastic Surgery*, 5(2), S. 109-113
- Broer, P. N., Wecker, S., Machens, H.-G., Ninkovic, M., Heidekrueger, P. (2017). Kritische Perzeptionsanalyse der plastischen Chirurgie in der Öffentlichkeit. *Meeting Abstract*. Abgerufen von <https://www.egms.de/static/en/meetings/dgpraec2017/17dgpraec242.shtml>, Abrufdatum: 14.06.2018
- Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung, o.V. (2013). Laufende Stadtbeobachtung - Raumabgrenzungen: Stadt- und Gemeindetypen in Deutschland. Abgerufen von

http://www.bbsr.bund.de/BBSR/DE/Raumbeobachtung/Raumabgrenzungen/StadtGemeindetyp/StadtGemeindetyp_node.html, Abrufdatum: 19.02.2017

- Carpue, J. C. (1816). An account of two successful operations for restoring a lost nose from the integuments of the forehead in the cases of two officers of His Majesty's Army; to which are prefixed historical and physiological remarks on the nasal operation; including descriptions of the Indian and Italian methods. London: Longman, Hurst, Rees, Orme and Brown. Unter Lizenz L0014020 bei <http://catalogue.wellcomelibrary.org/record=b1054461>. Abgerufen von <https://wellcomecollection.org/works/qn6bkztp>, Abrufdatum: 26.02.2020
- Castle, D. J., Honigman, R. J., Phillips, K. A. (2002). Does cosmetic surgery improve psychosocial well-being?. *The Medical Journal of Australia*, 176(12), S. 601-604
- Crockett, R. J., Pruzinsky, T., Persing, J. A. (2007). The influence of plastic surgery "reality TV" on cosmetic surgery patient expectations and decision making. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 120(1), S. 316-324. Abgerufen von <https://doi.org/10.1097/01.prs.0000264339.67451.71>, Abrufdatum: 25.08.2017
- Davis, C. R., O'Donoghue, J. M., McPhail, J., Green, A. R. (2010). How to improve plastic surgery knowledge, skills and career interest in undergraduates in one day. *Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery : JPRAS*, 63(10), S. 1677-1681. Abgerufen von <https://doi.org/10.1016/j.bjps.2009.10.023>, Abrufdatum: 25.08.2017
- Davis, R. E., Couper, M. P., Janz, N. K., Caldwell, C. H., Resnicow, K. (2009). Interviewer effects in public health surveys. *Health Education Research*, 25(1), S. 14-26. Abgerufen von <https://doi.org/10.1093/her/cyp046>, Abrufdatum: 30.08.2017
- Denadai, R., Araujo, K. M., Samartine Junior, H., Denadai, R., Raposo-Amaral, C. E. (2015). Aesthetic Surgery Reality Television Shows: Do they Influence Public Perception of the Scope of Plastic Surgery? *Aesthetic Plastic Surgery*, 39(6), S. 1000-1009. Abgerufen von <https://doi.org/10.1007/s00266-015-0577-6>, Abrufdatum: 30.08.2017
- DGPRÄC - Deutsche Gesellschaft der Plastischen, Rekonstruktiven und Ästhetischen Chirurgen e.V., o.V. (o.J.a). Ästhetische Chirurgie. Abgerufen von <http://www.dgpraec.de/aesthetik>, Abrufdatum: 22.02.2017
- DGPRÄC - Deutsche Gesellschaft der Plastischen, Rekonstruktiven und Ästhetischen Chirurgen e.V., o.V. (o.J.b). Forschung. Abgerufen von <http://www.dgpraec.de/forschung>, Abrufdatum: 22.02.2017
- DGPRÄC - Deutsche Gesellschaft der Plastischen, Rekonstruktiven und Ästhetischen Chirurgen e.V., o.V. (o.J.c). Handchirurgie. Abgerufen von <http://www.dgpraec.de/handchirurgie>, Abrufdatum: 22.02.2017
- DGPRÄC - Deutsche Gesellschaft der Plastischen, Rekonstruktiven und Ästhetischen Chirurgen e.V., o.V. (o.J.d). Rekonstruktive Chirurgie. Abgerufen von <http://www.dgpraec.de/rekonstruktion>, Abrufdatum: 22.02.2017
- DGPRÄC - Deutsche Gesellschaft der Plastischen, Rekonstruktiven und Ästhetischen Chirurgen e.V., o.V. (o.J.e). Verbrennungschirurgie. Abgerufen von <http://www.dgpraec.de/verbrennung>, Abrufdatum: 22.02.2017
- DGPRÄC - Deutsche Gesellschaft der Plastischen, Rekonstruktiven und Ästhetischen Chirurgen e.V., o.V. (2009). Die vier Säulen der plastischen Chirurgie. Abgerufen von <http://alt.dgpraec.de/dgpraec/4-saeulen/>, Abrufdatum: 22.02.2017
- Döring, N., Bortz, J. (2016). Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften (5. Auflage, vollständig überarbeitete, aktualisierte und erweiterte Auflage 2016). *Springer-Lehrbuch*, S. 269 und S. 276. Abgerufen von <http://dx.doi.org/10.1007/978-3-642-41089-5>, Abrufdatum: 25.08.2017

- Dunkin, C. S. J., Pleat, J. M., Jones, S. A. M., Goodacre, T. E. E. (2003). Perception and reality - a study of public and professional perceptions of plastic surgery. *British Journal of Plastic Surgery*, 56(5), S. 437-443. Abgerufen von [https://doi.org/10.1016/S0007-1226\(03\)00188-7](https://doi.org/10.1016/S0007-1226(03)00188-7), Abrufdatum: 30.08.2017
- Electric Paper Evaluationssysteme GmbH, o.V. (2017). Software. *EvaSys V7.1 (2151)*. Abgerufen von <https://evasys.zv.tum.de/evasys/indexeva.php>, Abrufdatum: 10.12.2017
- Encyclopædia Britannica, o.V. (2017). perception. Abgerufen von <http://academic.eb.com.eaccess.ub.tum.de/levels/collegiate/article/perception/110465>, Abrufdatum: 15.12.2017
- Fernandes, J. W., Metka, S. (2016). Art and Plastic Surgery. *Aesthetic Plastic Surgery*, 40(2), S. 331-333. Abgerufen von <https://doi.org/10.1007/s00266-016-0616-y>, Abrufdatum: 10.12.2017
- Fogel, J., King, K. (2014). Perceived Realism and Twitter Use Are Associated with Increased Acceptance of Cosmetic Surgery among Those Watching Reality Television Cosmetic Surgery Programs. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 134(2), S. 233-238. Abgerufen von <https://doi.org/10.1097/PRS.0000000000000322>, Abrufdatum: 30.08.2017
- Germann, G. (2003). Plastische Chirurgie heute. Haupt- und Nebenwege. *Der Chirurg*, 74(9), S. 788-789. Abgerufen von <https://doi.org/10.1007/s00104-003-0728-1>, Abrufdatum: 26.09.2017
- Gill, P., Bruscinio-Raiola, F., Leung, M. (2011). Public perception of the field of plastic surgery. *ANZ Journal of Surgery*, 81(10), S. 669-672. Abgerufen von <https://doi.org/10.1111/j.1445-2197.2011.05753.x>, Abrufdatum: 25.08.2017
- Guerrerosantos, J., Fernandez-Diaz, O. F., Fernandez-Diaz, H. (2015). A Brief History of Plastic Surgery: A Mural's Perspective. *Aesthetic Plastic Surgery*, 39(6), S. 1018-1019. Abgerufen von <https://doi.org/10.1007/s00266-015-0544-2>, Abrufdatum: 15.03.2017
- Hamilton, G. S., Carrithers, J. S., Karnell, L. H. (2004). Public Perception of the Terms "Cosmetic," "Plastic," and "Reconstructive" Surgery. *Archives of Facial Plastic Surgery*, 6(5), S. 315-320. Abgerufen von <https://doi.org/10.1001/archfaci.6.5.315>, Abrufdatum: 25.07.2017
- Hauben, D. J. (1983). Die Geschichte der Rhinoplastik. *Laryngo-Rhino-Otologie*, 62(02), S. 53-55. Abgerufen von <https://doi.org/10.1055/s-2007-1008380>, Abrufdatum: 15.03.2017
- Heidekrueger, P. I., Wecker, S., Machens, H.-G., Prantl, L., Ehrl, D., Giunta, R., Daigeler, A., Lehnhardt, M., Ninkovic, M., Broer, P. N. (2019). Kritische Perzeptionsanalyse der plastischen Chirurgie in Deutschland [A critical analysis of perception of plastic surgery in Germany]. *Der Chirurg: Zeitschrift für alle Gebiete der operativen Medizin*, 90(3), S. 211-222. Abgerufen von <https://doi.org/10.1007/s00104-018-0702-6>, Abrufdatum: 26.02.2020
- „Reprinted by permission from Springer Nature Customer Service Centre GmbH: Springer Medizin, Der Chirurg: Heidekrueger, P. I., Wecker, S., Machens, H.-G., Prantl, L., Ehrl, D., Giunta, R., Daigeler, A., Lehnhardt, M., Ninkovic, M., Broer, P. N. (2019). [Kritische Perzeptionsanalyse der plastischen Chirurgie in Deutschland; A critical analysis of perception of plastic surgery in Germany]. *Der Chirurg; Zeitschrift für alle Gebiete der operativen Medizin*, 90(3), S. 211-222. Abgerufen von <https://doi.org/10.1007/s00104-018-0702-6>, [COPYRIGHT] (2019). The final publication is available at link.springer.com“
- Horch, R. E. (2009). Zur Entwicklung der Plastischen Chirurgie: Rückblick auf 80 Jahre "Der Chirurg" [The development of plastic surgery: retrospective view of 80 years of "Der Chirurg" (The Surgeon)]. *Der Chirurg; Zeitschrift Für Alle Gebiete Der Operativen Medizin*, 80(12), S. 1132-1139. Abgerufen von <https://doi.org/10.1007/s00104-009-1778-9>, Abrufdatum: 15.03.2017
- IBM, o.V. (2016). Software. *SPSS Statistics V22.0*. Abgerufen von <https://www.ibm.com/support/pages/spss-statistics-220-available-download>, Abrufdatum: 15.02.2017

- Interplast Germany, o.V. (2013). Wie hilft INTERPLAST-Germany? Abgerufen von <http://www.interplast-germany.de/>, Abrufdatum: 21.04.2017
- Ismail, I. K., Burns, S., Rezak, K., Adetayo, O., Agag, R., Roth, M. Z., Patel, A. (2015). An Evaluation of Health Literacy in Plastic Surgery Patients. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 136(4 Suppl), S. 59. Abgerufen von <https://doi.org/10.1097/01.prs.0000472352.03727.70>, Abrufdatum: 25.07.2017
- Jabir, S. (2014). Plastic surgery - a blend of art and science. *European Journal of Plastic Surgery*, 37(8), S. 459-460. Abgerufen von <https://doi.org/10.1007/s00238-014-0951-7>, Abrufdatum: 15.03.2017
- Kalick, S. M. (1979). Aesthetic Surgery: How It Affects the Way Patients Are Perceived by Others. *Annals of Plastic Surgery*, 2(2), S. 128-134. Abgerufen von <https://doi.org/10.1097/0000637-197902000-00007>, Abrufdatum: 16.08.2017
- Kim, D. C., Kim, S., Mitra, A. (1997). Perceptions and Misconceptions of the Plastic and Reconstructive Surgeon. *Annals of Plastic Surgery*, 38(4), S. 426-430. Abgerufen von <https://doi.org/10.1097/0000637-199704000-00020>, Abrufdatum: 23.08.2017
- Köhler, A. (o.J.). Hintergrundwissen "Wahrnehmung / Wahrnehmungspsychologie": Mehrwert-Infos für Vielleser, Mehr-Wisser, Besserwisser. Abgerufen von <https://www.imageberater-nrw.de/ib-kompetenzbereiche/psychologie/hintergrundwissen-wahrnehmung-wahrnehmungspsychologie/>, Abrufdatum: 15.12.2017
- Kouo-Ngamby, M., Dissak-Delon, F. N., Feldhaus, I., Juillard, C., Stevens, K. A., Ekeke-Monono, M. (2015). A cross-sectional survey of emergency and essential surgical care capacity among hospitals with high trauma burden in a Central African country. *BMC Health Services Research*, 15, S. 478. Abgerufen von <https://doi.org/10.1186/s12913-015-1147-y>, Abrufdatum: 01.09.2017
- Lorenz, S. M. L. V. (2009). Chirurgische Entwicklungen im deutschsprachigen Raum vom Ende des 19. Jahrhunderts (1880) bis zum Beginn des 2. Weltkriegs im heutigen Fachgebiet der Plastischen und Ästhetischen Chirurgie. *Dissertation, Technische Universität München. Institut für Geschichte und Ethik der Medizin*, S. 155
- Luther, M., Antwerpes, F. (2017). Tissue Engineering: Definition. Abgerufen von http://flexikon.doccheck.com/de/Tissue_Engineering, Abrufdatum: 22.02.2017
- Mock, C. N., Donkor, P., Gawande, A., Jamison, D. T., Kruk, M. E., Debas, H. T. (2015). Essential surgery: Key messages from Disease Control Priorities 3rd edition. *The Lancet*, 385(9983), S. 2209-2219. Abgerufen von [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)60091-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)60091-5), Abrufdatum: 23.02.2017
- Nabi, R. L. (2009). Cosmetic Surgery Makeover Programs and Intentions to Undergo Cosmetic Enhancements: A Consideration of Three Models of Media Effects. *Human Communication Research*, 35(1), S. 1-27. Abgerufen von <https://doi.org/10.1111/j.1468-2958.2008.01336.x>, Abrufdatum: 16.08.2017
- Neal, S. L. (2016). Bronze sculpture depicts the correction of congenital defects, traumatic defects, and rejuvenation of the aging face. The Art of Plastic Surgery, *JAMA*, S. 2072-2073. Die Lizenz wurde persönlich durch Steven Lloyd Neal MD erteilt. Abgerufen von <https://doi.org/10.1001/jama.2016.17592>, Abrufdatum: 28.02.2020
- Neal, S. L. (2016). The Art of Plastic Surgery. *JAMA*, 316(20), S. 2072-2073. Abgerufen von <https://doi.org/10.1001/jama.2016.17592>, Abrufdatum: 13.03.2017
- Operation Smile, o.V. (2017). Vision: Why we exist. Abgerufen von <http://www.operationsmile.org/>, Abrufdatum: 21.04.2017
- Patel, A. (2010). Defeating the negative stereotypes of plastic surgery. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 126(2), S. 116-117. Abgerufen von <https://doi.org/10.1097/PRS.0b013e3181de1a04>, Abrufdatum: 25.08.2017

- Pearl, A., Weston, J. (2003). Attitudes of adolescents about cosmetic surgery. *Annals of Plastic Surgery*, 50(6), S. 628-629. Abgerufen von <https://doi.org/10.1097/01.SAP.0000054365.54173.95>, Abrufdatum: 25.08.2017
- Reid, A. J., Malone, P. S. C. (2008). Plastic surgery in the press. *Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery : JPRAS*, 61(8), S. 866-869. Abgerufen von <https://doi.org/10.1016/j.bjps.2008.06.012>, Abrufdatum: 27.08.2017
- Rosenthal, E., Clark, J. M., Wax, M. K., Cook, T. A. (2001). Emerging perceptions of facial plastic surgery among medical students. *Otolaryngology - Head and Neck Surgery : Official Journal of American Academy of Otolaryngology - Head and Neck Surgery*, 125(5), S. 478-482. Abgerufen von <https://doi.org/10.1067/mhn.2001.119676>, Abrufdatum: 15.08.2017
- Rossmann, C., Brosius, H.-B. (2005). Vom hässlichen Entlein zum schönen Schwan? Zur Darstellung und Wirkung von Schönheitsoperationen im Fernsehen. *M&K Medien & Kommunikationswissenschaft*, 53(4), S. 507-532. Abgerufen von <https://doi.org/10.5771/1615-634x-2005-4-507>, Abrufdatum: 15.12.2017
- Rowell, A. R. (1986). The place of plastic surgery in the undergraduate surgical curriculum. *British Journal of Plastic Surgery*, 39(2), S. 241-243. Abgerufen von [https://doi.org/10.1016/0007-1226\(86\)90090-1](https://doi.org/10.1016/0007-1226(86)90090-1), Abrufdatum: 16.08.2017
- Santoni-Rugiu, P., Sykes, P. J. (2007). A History of Plastic Surgery. Berlin, Heidelberg: *Springer-Verlag Berlin Heidelberg*, S.2 und S. 59. Abgerufen von <http://dx.doi.org/10.1007/978-3-540-46241-5>, Abrufdatum: 02.03.2017
- Sarwer, D. B., Cash, T. F., Magee, L., Williams, E. F., Thompson, J. K., Roehrig, M., Tantleff-Dunn, S., Agliata, A. K., Wilfley, D. E., Amidon, A. D., Anderson, D. A., Romanofski, M. (2005). Female college students and cosmetic surgery: An investigation of experiences, attitudes, and body image. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 115(3), S. 931-937. Abgerufen von <https://doi.org/10.1097/01.PRS.0000153204.37065.D3>, Abrufdatum: 06.12.2017
- Schaeffer, D., Berens, E.-M., Vogt, D. (2017). Health Literacy in the German Population. *Deutsches Ärzteblatt International*, 114(4), S. 53-60. Abgerufen von <https://doi.org/10.3238/arztebl.2017.0053>, Abrufdatum: 03.03.2018
- Sepehrpour, S., Patel, A. (2012). Art, artistry, and plastic surgery. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 130(4), S. 638-640. Abgerufen von <https://doi.org/10.1097/PRS.0b013e318262f646>, Abrufdatum: 25.08.2017
- Shah, A., Patel, A., Smetona, J., Rohrich, R. J. (2017). Public Perception of Cosmetic Surgeons versus Plastic Surgeons: Increasing Transparency to Educate Patients. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 139(2), S. 544-557. Abgerufen von <https://doi.org/10.1097/PRS.0000000000003020>, Abrufdatum: 03.03.2018
- Shrime, M. G., Sleemi, A., Ravilla, T. D. (2015). Charitable platforms in global surgery: a systematic review of their effectiveness, cost-effectiveness, sustainability, and role training. *World Journal of Surgery*, 39(1), S. 10-20. Abgerufen von <https://doi.org/10.1007/s00268-014-2516-0>, Abrufdatum: 16.08.2017
- Sinno, S., Barr, J., Wilson, S., Smith, B. D., Tanna, N., Saadeh, P. B. (2015). Public Perceptions of Plastic Surgery: Analysis and Implications. *The Journal of Craniofacial Surgery*, 26(4), S. 1238-1241. Abgerufen von <https://doi.org/10.1097/SCS.0000000000001756>, Abrufdatum: 05.09.2017
- Song, D. H. (2010). Discussion: Professional perceptions of plastic and reconstructive surgery: what primary care physicians think. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 126(2), S. 651-652. Abgerufen von <https://doi.org/10.1097/PRS.0b013e3181de199b>, Abrufdatum: 05.09.2017

- Sperry, S. (2007). Reality Cosmetic Surgery Makeovers: Potential Psychological and Behavioral Correlates. *Graduate Theses and Dissertations. University of South Florida, Scholar Commons*, S. 55. Abgerufen von <https://scholarcommons.usf.edu/etd/3887/>, Abrufdatum: 25.07.2017
- Sperry, S., Thompson, J. K., Sarwer, D. B., Cash, T. F. (2009). Cosmetic surgery reality TV viewership: Relations with cosmetic surgery attitudes, body image, and disordered eating. *Annals of Plastic Surgery*, 62(1), S. 7-11. Abgerufen von <https://doi.org/10.1097/SAP.0b013e31817e2cb8>, Abrufdatum: 25.07.2017
- Spiering, M. (2015). Zahlen, Fakten und Trends in der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie 2015. Deutsche Gesellschaft für Ästhetisch-Plastische Chirurgie. *DGÄPC-MAGAZIN*, S. 8-16
- Staffler, V. (2013). Lebensqualität, Selbstwertgefühl und emotionale Stabilität nach Abdominoplastik und Bodylift. *Dissertation, Technische Universität München. Klinikum rechts der Isar, Klinik für Plastische Chirurgie und Handchirurgie*, S. 79
- Statistisches Bundesamt, o.V. (2016). Bildungsstand: Bevölkerung nach Bildungsabschluss in Deutschland. Abgerufen von <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/BildungForschungKultur/Bildungsstand/Tabellen/Bildungsabschluss.html>, Abrufdatum: 19.02.2017
- Swami, V., Arteche, A., Chamorro-Premuzic, T., Furnham, A., Stieger, S., Haubner, T., Voracek, M. (2008). Looking good: Factors affecting the likelihood of having cosmetic surgery. *European Journal of Plastic Surgery*, 30(5), S. 211-218. Abgerufen von <https://doi.org/10.1007/s00238-007-0185-z>, Abrufdatum: 16.08.2017
- Tagliocozi, G. (1597). Gasparis Taliacotli ... De curtorum chirurgia per insitionem: Libri dvo. In quibus es omnia, quae ad huius chirurgiae, narium acilicet, aurium, ac labiorum per inaitionem reataurandorum cum theoricen, tum practicen pertinere videbantur, clarissima methodo cumulatissimè declarantur. Additis cutis traducis instrumentorum omnium, atque deligationum iconibus, & tabulis. Unter Lizenz Typ 525.97.820, Houghton Library, Harvard University, <http://id.lib.harvard.edu/alma/990071123350203941/catalog>. Abgerufen von https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Houghton_Typ_525.97.820_-_De_curtorum_chirurgia_per_insitionem,_icon_octua_-_cropped.jpg, Abrufdatum: 26.02.2020
- Tanna, N., Patel, N. J., Azhar, H., Granzow, J. W. (2010). Professional perceptions of plastic and reconstructive surgery: What primary care physicians think. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 126(2), S. 643-650. Abgerufen von <https://doi.org/10.1097/PRS.0b013e3181de1a16>, Abrufdatum: 15.08.2017
- VDÄPC - Vereinigung der Deutschen Ästhetisch-Plastischen Chirurgen, o.V. (o.J.). Facharzt für Plastische und Ästhetische Chirurgie. Abgerufen von <http://www.vdaepc.de/service-informationen/der-facharzt/>, Abrufdatum: 25.02.2017
- Wagner, E. (2014). Schönheitschirurgie-Patientinnen als „ugly dopes“? Zur Medialität der Entscheidungsfindung für plastisch-chirurgische Eingriffe. *Berliner Journal Für Soziologie*, 24(1), S. 89-110. Abgerufen von <https://doi.org/10.1007/s11609-014-0240-0>, Abrufdatum: 17.09.2017
- Westphalen, G., Antwerpes, F., Mathies, L., Merz, S., Abels, B., Nicolay, N. (2016). Facharzt: Fachgebiete. Abgerufen von <http://flexikon.doccheck.com/de/Facharzt>, Abrufdatum: 19.02.2017
- Wildgoose, P., Scott, A., Pusic, A. L., Cano, S., Klassen, A. F. (2013). Psychological screening measures for cosmetic plastic surgery patients: A systematic review. *Aesthetic Surgery Journal*, 33(1), S. 152-159. Abgerufen von <https://doi.org/10.1177/1090820X12469532>, Abrufdatum: 03.12.2017

10 Anhang

10.1 Hypothesen

10.1.1 Umfrage in Deutschland

Die im Voraus festgelegten Alternativhypothesen lauten (Heidekrueger et al., 2019):

- Die plastische Chirurgie wird oftmals eher negativ eingeschätzt.
- Das Aufgabenspektrum ist jedoch unzureichend bekannt.
- Das Negativ-Image und die Fehleinschätzungen beruhen oft auf einer falschen Darstellung der plastischen Chirurgie in den Medien und in der Öffentlichkeit.
- Durch Information der Öffentlichkeit und gegebenenfalls ärztlicher Kollegen und verbesserte Darstellung sollte sich daher dieser Zustand verbessern lassen.

Explorativ wurden folgende Alternativhypothesen überprüft:

- Es besteht ein signifikanter Unterschied zwischen dem Alter der Teilnehmer und dem Serienkonsum.
- Es besteht ein Unterschied bezüglich eigener vorangegangener oder geplanter plastischer Operation und dem Geschlecht.
- Die intuitive Beurteilung der Wichtigkeit des plastischen Chirurgen ist assoziiert mit dem eigenen Empfinden von Entstellung durch Schönheitsoperationen.
- Es besteht ein Zusammenhang zwischen dem Zuordnungsverhalten verschiedener medizinischer Indikationen zum Fachgebiet der plastischen Chirurgie (vgl. Frage 2.4-2.13, Fragebogen „Deutschland“, Anhang) und
 - dem Alter der Teilnehmer
 - ob sich ein Arzt im persönlichen Umfeld befindet
 - dem höchsten Bildungsabschluss
 - dem Bundesland
 - eigener vorangegangener oder geplanter plastischer Operation
 - der Beeinflussung durch Familie und Freunde
 - dem Geschlecht
 - der Selbsteinschätzung der eigenen Informationslage
 - der Mediennutzung
 - dem Serienkonsum
 - dem Stadt- oder Gemeindetyp.

Für eine Hypothesenüberprüfung wurde eine Mantel-Haenszel-Statistik erstellt, da hier drei Variablen miteinander getestet werden sollten und dies nicht adäquat mittels Chi-Quadrat-Test durchgeführt werden konnte. Die Alternativhypothese, die auf diese Weise explorativ geprüft wurde, lautet:

- Der Serienkonsum jüngerer Studienteilnehmer beeinflusst das Zuordnungsverhalten von ästhetischen Operationen zum Aufgabenspektrum der plastischen Chirurgie.

10.1.2 Umfrage unter medizinischem Fachpersonal

Die im Voraus festgelegten Alternativhypothesen lauten:

- Die plastische Chirurgie wird oftmals eher negativ eingeschätzt.
- Das Aufgabenspektrum ist jedoch unzureichend bekannt.
- Das Negativ-Image und die Fehleinschätzungen beruhen oft auf einer falschen Darstellung der plastischen Chirurgie in den Medien und in der Öffentlichkeit.
- Durch Information der Öffentlichkeit und gegebenenfalls ärztlicher Kollegen und verbesserte Darstellung sollte sich daher dieser Zustand verbessern lassen.

Explorativ wurden folgende Alternativhypothesen überprüft:

- Es besteht ein signifikanter Unterschied zwischen dem Alter der Teilnehmer und dem Serienkonsum.
- Es besteht ein Unterschied bezüglich eigener vorangegangener oder geplanter plastischer Operation und dem Geschlecht.
- Die intuitive Beurteilung der Wichtigkeit des plastischen Chirurgen ist assoziiert mit dem eigenen Empfinden von Entstellung durch Schönheitsoperationen.
- Es besteht ein Zusammenhang zwischen dem Zuordnungsverhalten verschiedener medizinischer Indikationen zum Fachgebiet der plastischen Chirurgie (vgl. Frage 2.4-2.13, Fragebogen „Medizinisches Fachpersonal“, Anhang) und
 - dem Alter der Teilnehmer
 - dem höchsten Bildungsabschluss
 - eigener vorangegangener oder geplanter plastischer Operation
 - der Beeinflussung durch Familie und Freunde
 - dem Geschlecht
 - der Selbsteinschätzung der eigenen Informationslage
 - der Mediennutzung
 - dem Serienkonsum
 - dem Stadt- oder Gemeindetyp
 - dem Beruf (Lediglich die beschriebenen sieben Subgruppen wurden untersucht.).

(Das Bundesland wurde hier nicht getestet, da keine Normalverteilung vorliegt und einige Variablen aus der statistischen Wertung genommen werden mussten.)

10.1.3 Umfrage unter Patienten

Die im Voraus festgelegten Alternativhypothesen lauten:

- Die plastische Chirurgie wird oftmals eher negativ eingeschätzt.
- Das Aufgabenspektrum ist jedoch unzureichend bekannt.
- Das Negativ-Image und die Fehleinschätzungen beruhen oft auf einer falschen Darstellung der plastischen Chirurgie in den Medien und in der Öffentlichkeit.
- Durch Information der Öffentlichkeit und gegebenenfalls ärztlicher Kollegen und verbesserte Darstellung sollte sich daher dieser Zustand verbessern lassen.

Explorativ wurden folgende Alternativhypothesen überprüft:

- Es bestehen altersspezifische Unterschiede in Hinsicht auf das Bewusstsein, dass die eigene Operation plastisch-chirurgischer Natur ist.
- Es bestehen altersspezifische Unterschiede in Hinsicht auf die Einschätzung des eigenen Wissensstandes über plastische Chirurgie.
- Es bestehen altersspezifische Unterschiede in Hinsicht auf die Beurteilung der Operation durch Freunde und Familie.
- Es bestehen altersspezifische Unterschiede in Hinsicht auf die Informationsbeschaffung mittels Medien, wie Zeitung, Werbung oder Boulevardpresse.
- Es bestehen altersspezifische Unterschiede in Hinsicht auf den Wunsch mehr Informationen über plastische Chirurgie zu erhalten.
- Es bestehen altersspezifische Unterschiede in Hinsicht auf die Art des vorgenommenen oder geplanten Eingriffs.
- Es bestehen altersspezifische Unterschiede in Hinsicht auf den Serienkonsum.
- Es bestehen altersspezifische Unterschiede in Hinsicht auf die Beurteilung der Wichtigkeit der plastischen Chirurgie.
- Ein Arzt in der Familie oder im Bekanntenkreis beeinflusst signifikant das Bewusstsein, dass die eigene Operation plastisch-chirurgischer Natur ist.
- Es besteht ein signifikanter Unterschied in der Einschätzung des eigenen Wissensstandes über plastische Chirurgie in Abhängigkeit von dem Bewusstsein, dass die eigene Operation plastisch-chirurgischer Natur ist.
- Die Informationsbeschaffung mittels Medien ist mit dem Bewusstsein assoziiert, dass die eigene Operation plastisch-chirurgischer Natur ist.
- Es bestehen Unterschiede zwischen der Art der Operation und dem Bewusstsein, dass die eigene Operation plastisch-chirurgischer Natur ist.
- Der Serienkonsum ist signifikant mit dem Bewusstsein assoziiert, dass die eigene Operation plastisch-chirurgischer Natur ist.
- Es bestehen bildungsabhängige Unterschiede in Hinsicht auf das Bewusstsein, dass die eigene Operation plastisch-chirurgischer Natur ist.
- Es bestehen bildungsabhängige Unterschiede in Hinsicht auf die Einschätzung des eigenen Wissensstandes über plastische Chirurgie.
- Es bestehen bildungsabhängige Unterschiede in Hinsicht auf die Art der eigenen Operation.
- Die Art der eigenen Operation steht in Zusammenhang mit der Beurteilung des Eingriffs durch Freunde und Familie.
- Es bestehen geschlechtsspezifische Unterschiede in Hinsicht auf das Bewusstsein, dass die eigene Operation plastisch-chirurgischer Natur ist.
- Es bestehen geschlechtsspezifische Unterschiede in Hinsicht auf die Art der Operation.
- Die Art der eigenen Operation ist assoziiert mit dem Wunsch nach mehr Information über plastische Chirurgie.
- Es besteht ein Zusammenhang zwischen dem Serienkonsum und der Art der eigenen Operation.
- Es besteht ein Stadt-Land-Gefälle bezüglich der Einschätzung des eigenen Wissensstandes.
- Es besteht ein Stadt-Land-Gefälle in Hinsicht auf die Beurteilung der eigenen Operation durch Freunde und Familie.
- Es besteht ein Stadt-Land-Gefälle in Hinsicht auf die Art der eigenen Operation.
- Es bestehen Unterschiede in der Beurteilung der Wichtigkeit der plastischen Chirurgie in Abhängigkeit von der Art der eigenen Operation.

10.1.4 Vergleich der Umfragen „Deutschland“ und „Medizinisches Fachpersonal“

Folgende Alternativhypothesen wurden explorativ untersucht:

- Das Alter der Studienteilnehmer beider Gruppen variiert.
- Die Verteilung der Geschlechter weicht zwischen den beiden Befragungen ab.
- Es bestehen bildungsspezifische Unterschiede zwischen den beiden Kollektiven.
- Der Stadt- oder Gemeindetyp, den die jeweiligen Befragten als Wohnort angaben, unterscheidet sich zwischen der deutschlandweiten Umfrage und der unter medizinischem Personal.
- Die intuitive Beurteilung der Wichtigkeit plastischer Chirurgie zeigt Abweichungen zwischen den beiden Kollektiven.
- Die intuitive Beantwortung der Frage, wo die Arbeit plastischer Chirurgen vertreten ist, variiert zwischen der deutschen Bevölkerung und medizinischem Personal.
- Die persönliche Einschätzung des eigenen Wissensstandes bezüglich plastischer Chirurgie weist Differenzen zwischen den Gruppen auf.
- Es besteht ein signifikanter Unterschied zwischen der deutschen Durchschnittsbevölkerung und medizinischem Personal in der Zuordnung von medizinischen Indikationen zum Aufgabenspektrum der plastischen Chirurgie (vgl. Frage 2.4-2.13, Fragebogen „Medizinisches Fachpersonal“ und Fragebogen „Deutschland“, Anhang).
- Es besteht eine abweichende Mediennutzung zum Informationsgewinn zwischen der deutschen Bevölkerung und dem medizinischen Personal.
- Die Familie und der Freundeskreis weisen einen unterschiedlichen Stellenwert als Einflussfaktoren für die beiden Gruppen auf.
- Bezüglich der Wahrnehmung von Entstellung durch zu viele Schönheitsoperationen, bestehen Abweichungen im Antwortverhalten zwischen den beiden Befragungen.
- Der Wunsch nach umfassenderer Information über plastische Chirurgie ist unterschiedlich stark zwischen den beiden Kollektiven ausgeprägt.
- Der Serienkonsum variiert zwischen den beiden Umfragegruppen.
- Es gibt Unterschiede in der Häufigkeit eigener plastischer Operationen zwischen den beiden Umfragegruppen.

10.1.5 Vergleich der Umfragen „Deutschland“ und „Patienten“



Folgende Alternativhypothesen wurden explorativ untersucht:

- Das Alter der Studienteilnehmer beider Gruppen variiert.
- Die Verteilung der Geschlechter weicht zwischen den beiden Befragungen ab.
- Es bestehen bildungsspezifische Unterschiede zwischen den beiden Kollektiven.
- Es bestehen Unterschiede in Hinsicht auf die Häufigkeit eines Arztes in der Familie oder im Freundeskreis.
- Der Stadt- oder Gemeindetyp, den die jeweiligen Befragten als Wohnort angaben, unterscheidet sich zwischen der deutschlandweiten Umfrage und der unter Patienten.
- Die intuitive Beurteilung der Wichtigkeit plastischer Chirurgie zeigt Abweichungen zwischen den beiden Kollektiven.
- Die persönliche Einschätzung des eigenen Wissensstandes bezüglich plastischer Chirurgie weist Differenzen zwischen den Gruppen auf.
- Es besteht eine abweichende Mediennutzung zum Informationsgewinn zwischen der deutschen Bevölkerung und dem Patientenkollektiv.

- Der Wunsch nach umfassenderer Information über plastische Chirurgie ist unterschiedlich stark zwischen den beiden Kollektiven ausgeprägt.
- Der Serienkonsum variiert zwischen den beiden Umfragegruppen.

10.2 Fragebögen

Alle Fragebögen wurden vorveröffentlicht in „Der Chirurg“. (Heidekrueger et al., 2019)

EvaSys	Perzeption plastischer Chirurgie in der Öffentlichkeit - Deutschland	 
TU München		Sabrina Wecker
Klinikum Bogenhausen		Promotion

Bitte so markieren: Bitte verwenden Sie einen Kugelschreiber oder nicht zu starken Filzstift. Dieser Fragebogen wird maschinell erfasst.
 Korrektur: Bitte beachten Sie im Interesse einer optimalen Datenerfassung die links gegebenen Hinweise beim Ausfüllen.

Mit dieser Studie möchten wir die Perzeption (Wahrnehmung) der plastischen Chirurgie in der Öffentlichkeit erforschen. Beantworten Sie bitte alle Fragen so spontan und intuitiv wie möglich. Ich möchte ausdrücklich betonen, dass es keine „richtigen“ oder „falschen“ Antworten gibt und ich lediglich an Ihrer persönlichen Meinung interessiert bin.
 Dafür stelle ich Ihnen zuerst ein paar allgemeine demographische Fragen.

1. Allgemeine Datenerfassung

1.1 **In welchem Bundesland wohnen Sie?**

<input type="checkbox"/> Baden-Württemberg	<input type="checkbox"/> Bayern	<input type="checkbox"/> Berlin
<input type="checkbox"/> Brandenburg	<input type="checkbox"/> Bremen	<input type="checkbox"/> Hamburg
<input type="checkbox"/> Hessen	<input type="checkbox"/> Mecklenburg-Vorpommern	<input type="checkbox"/> Niedersachsen
<input type="checkbox"/> Nordrhein-Westfalen	<input type="checkbox"/> Rheinland-Pfalz	<input type="checkbox"/> Saarland
<input type="checkbox"/> Sachsen	<input type="checkbox"/> Sachsen-Anhalt	<input type="checkbox"/> Schleswig-Holstein
<input type="checkbox"/> Thüringen	<input type="checkbox"/> Keine Angabe	

1.2 **Um welchen Stadt- oder Gemeindetyp handelt es sich bei Ihrem Wohnsitz?**

<input type="checkbox"/> große Großstadt (ab 500.000 Einwohner)	<input type="checkbox"/> kleine Großstadt (ab 100.000 bis 500.000 Einwohner)	<input type="checkbox"/> große Mittelstadt (ab 50.000 bis 100.000 Einwohner)
<input type="checkbox"/> kleine Mittelstadt (ab 20.000 bis 50.000 Einwohner)	<input type="checkbox"/> große Kleinstadt (ab 10.000 bis 20.000 Einwohner)	<input type="checkbox"/> kleine Kleinstadt (ab 5.000 bis 10.000 Einwohner)
<input type="checkbox"/> Gemeinden unter 5.000 Einwohnern (Landgemeinde)	<input type="checkbox"/> Keine Angabe	

1.3 **Wie alt sind Sie?**

<input type="checkbox"/> < 20 Jahre	<input type="checkbox"/> 21 – 30 Jahre	<input type="checkbox"/> 31 – 40 Jahre
<input type="checkbox"/> 41 – 50 Jahre	<input type="checkbox"/> 51 – 60 Jahre	<input type="checkbox"/> > 60 Jahre
<input type="checkbox"/> keine Angabe		

1.4 **Was ist Ihr Geschlecht?**

<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> transsexuell
<input type="checkbox"/> Keine Angabe		

1.5 **Welchen höchsten Bildungsabschluss haben Sie erzielt?**

<input type="checkbox"/> noch in schulischer Ausbildung	<input type="checkbox"/> Haupt- / Volksschulabschluss	<input type="checkbox"/> Abschluss der polytechnischen Oberschule
<input type="checkbox"/> Realschulabschluss	<input type="checkbox"/> Fachhochschul- / Hochschulreife	<input type="checkbox"/> Lehre
<input type="checkbox"/> Fachschulabschluss	<input type="checkbox"/> Fachhochschulabschluss	<input type="checkbox"/> Hochschulabschluss
<input type="checkbox"/> Promotion	<input type="checkbox"/> Habilitation	<input type="checkbox"/> ohne Abschluss
<input type="checkbox"/> keine Angabe		

1.6 **Haben Sie einen Arzt in Ihrer Familie oder Ihrem Bekanntenkreis?**

<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Keine Angabe
-----------------------------	-------------------------------	---------------------------------------

2. Umfrage

Die folgenden Fragen beziehen sich auf Ihre persönliche Perzeption der plastischen Chirurgie.

2.1 Antworten Sie nun spontan und intuitiv, ohne groß nachzudenken! Wie ordnen Sie die Wichtigkeit des plastischen Chirurgen im Vergleich zu anderen Fachrichtungen ein? sehr wichtig unwichtig

2.2 Antworten Sie nun spontan und intuitiv, ohne groß nachzudenken! Sagen Sie das, was Ihnen als Erstes in den Sinn kommt. Wo sehen Sie die Arbeit plastischer Chirurgen eher vertreten? in Industriestaaten (z.B. Deutschland, USA) in Entwicklungsländern (z.B. Pakistan, Nigeria)

2.3 Haben Sie das Gefühl, im Laufe Ihres Lebens genügend Informationen über den Aufgabenbereich des plastischen Chirurgen erfahren zu haben (z.B. Schule, Wartezimmer, Krankenhaus), um sich ein klares Bild von dessen Aufgabenbereich machen zu können? Sie können zwischen den Kategorien „trifft voll zu“, „trifft zu“, „trifft eher zu“, „trifft eher nicht zu“, „trifft nicht zu“, „trifft überhaupt nicht zu“ oder „keine Angabe“ wählen.

Trifft voll zu
 Trifft zu
 Trifft eher zu
 Trifft eher nicht zu
 Trifft nicht zu
 Trifft überhaupt nicht zu
 Keine Angabe

F6914U0P1PL0V0 28.02.2016, Seite 1/2

2. Umfrage [Fortsetzung]

Ich nenne Ihnen nun einige medizinische Beschwerden und Sie sagen mir bitte, ob die Behandlung dieser Beschwerden in den Aufgabenbereich des plastischen Chirurgen fallen.
Sind Sie z.B. der Meinung, dass der plastische Chirurg der richtige Ansprechpartner ist, wählen Sie bitte "trifft voll zu" und falls Sie denken, dass die Behandlung überhaupt nicht in den Tätigkeitsbereich des plastischen Chirurgen fällt, wählen Sie bitte "trifft überhaupt nicht zu". Dazwischen gibt es noch die Kategorien "trifft zu", "trifft eher zu", "trifft eher nicht zu", "trifft nicht zu". Enthaltung ist auch möglich.

	Trifft voll zu	Trifft zu	Trifft eher zu	Trifft eher nicht zu	Trifft nicht zu	Trifft überhaupt nicht zu	Keine Angabe
2.4 Narbenkorrektur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.5 Operation von Hand- oder Fingerfraktur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.6 Gesichtstraffung (Facelift)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.7 akute Verbrennung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.8 Brustvergrößerung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.9 Brustverkleinerung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.10 Lippenpalte Ihres Babys	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.11 Nasenoperation aufgrund von Atemproblemen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.12 Nasenoperation aus ästhetischen Gründen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.13 Entfernung von Hautkrebs im Gesicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2.14 Beziehen Sie Ihre Informationen über plastische Chirurgie aus diversen Medien (z.B. Zeitung, Boulevardpresse, Werbung)? Sie können weiterhin zwischen den Kategorien „trifft voll zu“, „trifft zu“, „trifft eher zu“, „trifft eher nicht zu“, „trifft nicht zu“, „trifft überhaupt nicht zu“ oder „keine Angabe“ wählen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.15 Wird ihr Bild von plastischer Chirurgie durch Ihre Familie oder den Freundeskreis beeinflusst?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.16 Haben Sie das Gefühl, dass manche Menschen von zu vielen Schönheitsoperationen entstellt sind?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.17 Würden Sie sich umfassendere Informationen über den Aufgabenbereich der plastischen Chirurgie wünschen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Ich verpasse keine Folge	Relativ regelmäßig	Gelegentlich	Eher weniger	Absolut selten	Nie	Keine Angabe
2.18 Sehen Sie Arztserien (z.B. Grey's Anatomy, Dr. House, Schwarzwaldklinik, etc.) oder Sendungen, in denen plastische Chirurgie auch thematisiert wird? Sie können zwischen den Kategorien „Ich verpasse keine Folge“, „Relativ regelmäßig“, „Gelegentlich“, „Eher weniger“, „Absolut selten“, „Nie“ oder „Keine Angabe“ wählen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2.19 Die Beantwortung der folgenden Frage ist explizit freiwillig. Haben Sie sich schon mal einer plastischen Operation unterzogen bzw. planen Sie in nächster Zeit einen plastisch-chirurgischen Eingriff? Keine Angabe Nein Falls ja, siehe nächste Frage

2.20 Nur beantworten, falls in der Frage zuvor "Ja", ansonsten hier bitte "Kein Eingriff" ankreuzen.
In welchen Bereich der plastischen Chirurgie ist Ihr durchgeführter oder geplanter Eingriff einzuordnen?

<input type="checkbox"/> Ästhetische Chirurgie	<input type="checkbox"/> Rekonstruktive Chirurgie	<input type="checkbox"/> Verbrennungschirurgie
<input type="checkbox"/> Handchirurgie	<input type="checkbox"/> Keine Angabe	<input type="checkbox"/> Kein Eingriff



Bitte so markieren: Bitte verwenden Sie einen Kugelschreiber oder nicht zu starken Filzstift. Dieser Fragebogen wird maschinell erfasst.
 Korrektur: Bitte beachten Sie im Interesse einer optimalen Datenerfassung die links gegebenen Hinweise beim Ausfüllen.

Mit dieser Studie möchten wir die Perzeption (Wahrnehmung) der plastischen Chirurgie unter medizinischen Kollegen erforschen. Beantworten Sie bitte alle Fragen so spontan und intuitiv wie möglich. Ich möchte ausdrücklich betonen, dass es keine „richtigen“ oder „falschen“ Antworten gibt und ich lediglich an Ihrer persönlichen Meinung interessiert bin. Dafür stelle ich Ihnen zuerst ein paar allgemeine demographische Fragen.

1. Allgemeine Datenerfassung

- 1.1 In welchem Bundesland wohnen Sie?
- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Baden-Württemberg | <input type="checkbox"/> Bayern | <input type="checkbox"/> Berlin |
| <input type="checkbox"/> Brandenburg | <input type="checkbox"/> Bremen | <input type="checkbox"/> Hamburg |
| <input type="checkbox"/> Hessen | <input type="checkbox"/> Mecklenburg-Vorpommern | <input type="checkbox"/> Niedersachsen |
| <input type="checkbox"/> Nordrhein-Westfalen | <input type="checkbox"/> Rheinland-Pfalz | <input type="checkbox"/> Saarland |
| <input type="checkbox"/> Sachsen | <input type="checkbox"/> Sachsen-Anhalt | <input type="checkbox"/> Schleswig-Holstein |
| <input type="checkbox"/> Thüringen | <input type="checkbox"/> Keine Angabe | |
- 1.2 Um welchen Stadt- oder Gemeindetyp handelt es sich bei Ihrem Wohnsitz?
- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> große Großstadt (ab 500.000 Einwohner) | <input type="checkbox"/> kleine Großstadt (ab 100.000 bis 500.000 Einwohner) | <input type="checkbox"/> große Mittelstadt (ab 50.000 bis 100.000 Einwohner) |
| <input type="checkbox"/> kleine Mittelstadt (ab 20.000 bis 50.000 Einwohner) | <input type="checkbox"/> große Kleinstadt (ab 10.000 bis 20.000 Einwohner) | <input type="checkbox"/> kleine Kleinstadt (ab 5.000 bis 10.000 Einwohner) |
| <input type="checkbox"/> Gemeinden unter 5.000 Einwohnern (Landgemeinde) | <input type="checkbox"/> Keine Angabe | |
- 1.3 Wie alt sind Sie?
- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> < 20 Jahre | <input type="checkbox"/> 21 – 30 Jahre | <input type="checkbox"/> 31 – 40 Jahre |
| <input type="checkbox"/> 41 – 50 Jahre | <input type="checkbox"/> 51 – 60 Jahre | <input type="checkbox"/> > 60 Jahre |
| <input type="checkbox"/> keine Angabe | | |
- 1.4 Was ist Ihr Geschlecht?
- | | | |
|---------------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> männlich | <input type="checkbox"/> weiblich | <input type="checkbox"/> transsexuell |
| <input type="checkbox"/> Keine Angabe | | |
- 1.5 Welchen höchsten Bildungsabschluss haben Sie erzielt?
- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> noch in schulischer Ausbildung | <input type="checkbox"/> Haupt- / Volksschulabschluss | <input type="checkbox"/> Abschluss der polytechnischen Oberschule |
| <input type="checkbox"/> Realschulabschluss | <input type="checkbox"/> Fachhochschul- / Hochschulreife | <input type="checkbox"/> Lehre |
| <input type="checkbox"/> Fachschulabschluss | <input type="checkbox"/> Fachhochschulabschluss | <input type="checkbox"/> Hochschulabschluss |
| <input type="checkbox"/> Promotion | <input type="checkbox"/> Habilitation | <input type="checkbox"/> ohne Abschluss |
| <input type="checkbox"/> keine Angabe | | |
- 1.6 Was ist Ihr Beruf?
- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Anästhesiologie | <input type="checkbox"/> Arbeitsmedizin | <input type="checkbox"/> Augenheilkunde |
| <input type="checkbox"/> Chirurgie (alle Bereiche außer plastische und ästhetische Chirurgie) | <input type="checkbox"/> Chirurgie (plastische und ästhetische) | <input type="checkbox"/> Gynäkologie |
| <input type="checkbox"/> HNO | <input type="checkbox"/> Dermatologie | <input type="checkbox"/> Humangenetik |
| <input type="checkbox"/> Hygiene und Umweltmedizin | <input type="checkbox"/> Innere Medizin | <input type="checkbox"/> Allgemeinmedizin |
| <input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendmedizin | <input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie | <input type="checkbox"/> Laboratoriumsmedizin |
| <input type="checkbox"/> Mikrobiologie, Virologie, Infektionsepidemiologie | <input type="checkbox"/> Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie | <input type="checkbox"/> Neurochirurgie |
| <input type="checkbox"/> Neurologie | <input type="checkbox"/> Nuklearmedizin | <input type="checkbox"/> Öffentliches Gesundheitswesen |
| <input type="checkbox"/> Pathologie und Neuropathologie | <input type="checkbox"/> Pharmakologie und Toxikologie und klinische Pharmakologie | <input type="checkbox"/> Physikalische und Rehabilitative Medizin |
| <input type="checkbox"/> Psychiatrie und Psychotherapie | <input type="checkbox"/> Psychosomatische Medizin und Psychotherapie | <input type="checkbox"/> Radiologie |
| <input type="checkbox"/> Rechtsmedizin | <input type="checkbox"/> Strahlentherapie | <input type="checkbox"/> Transfusionsmedizin |
| <input type="checkbox"/> Tropenmedizin | <input type="checkbox"/> Urologie | <input type="checkbox"/> Krankenpfleger |
| <input type="checkbox"/> Anästhesietechnischer Assistent | <input type="checkbox"/> Medizinischer Fachangestellter | <input type="checkbox"/> Laboratoriumsassistent |
| <input type="checkbox"/> Radiologieassistent | <input type="checkbox"/> Operationstechnischer Assistent | <input type="checkbox"/> Altenpfleger |
| <input type="checkbox"/> Altenpflegehelfer | <input type="checkbox"/> Ergotherapeut | <input type="checkbox"/> Pflegeassistent |
| <input type="checkbox"/> Physiotherapeut | <input type="checkbox"/> Keine Angabe | |

2. Umfrage

- Die folgenden Fragen beziehen sich auf Ihre persönliche Perzeption der plastischen Chirurgie.
- 2.1 Antworten Sie nun spontan und intuitiv, ohne groß nachzudenken! Wie ordnen Sie die Wichtigkeit des plastischen Chirurgen im Vergleich zu anderen Fachrichtungen ein? sehr wichtig unwichtig
- 2.2 Antworten Sie nun spontan und intuitiv, ohne groß nachzudenken! Sagen Sie das, was Ihnen als Erstes in den Sinn kommt. Wo sehen Sie die Arbeit plastischer Chirurgen eher vertreten? in Industriestaaten (z.B. Deutschland, USA) in Entwicklungsländern (z.B. Pakistan, Nigeria)



2. Umfrage [Fortsetzung]

2.3 Haben Sie das Gefühl, im Laufe Ihres Lebens genügend Informationen über den Aufgabenbereich des plastischen Chirurgen erfahren zu haben (z.B. Schule, Wartezimmer, Krankenhaus), um sich ein klares Bild von dessen Aufgabenbereich machen zu können? Sie können zwischen den Kategorien „trifft voll zu“, „trifft zu“, „trifft eher zu“, „trifft eher nicht zu“, „trifft nicht zu“, „trifft überhaupt nicht zu“ oder „keine Angabe“ wählen.

Trifft voll zu Trifft zu Trifft eher zu Trifft eher nicht zu Trifft nicht zu Trifft überhaupt nicht zu Keine Angabe

Ich nenne Ihnen nun einige medizinische Beschwerden und Sie sagen mir bitte, ob die Behandlung dieser Beschwerden in den Aufgabenbereich des plastischen Chirurgen fallen. Sind Sie z.B. der Meinung, dass der plastische Chirurg der richtige Ansprechpartner ist, wählen Sie bitte "trifft voll zu" und falls Sie denken, dass die Behandlung überhaupt nicht in den Tätigkeitsbereich des plastischen Chirurgen fällt, wählen Sie bitte "trifft überhaupt nicht zu". Dazwischen gibt es noch die Kategorien "trifft zu", "trifft eher zu", "trifft eher nicht zu", "trifft nicht zu". Enthaltung ist auch möglich.

2.4 Narbenkorrektur Keine Angabe

2.5 Operation von Hand- oder Fingerfraktur

2.6 Gesichtstraffung (Facelift)

2.7 akute Verbrennung

2.8 Brustvergrößerung

2.9 Brustverkleinerung

2.10 Lippenspalte Ihres Babys

2.11 Nasenoperation aufgrund von Atemproblemen

2.12 Nasenoperation aus ästhetischen Gründen

2.13 Entfernung von Hautkrebs im Gesicht

2.14 Beziehen Sie Ihre Informationen über plastische Chirurgie aus diversen Medien (z.B. Zeitung, Boulevardpresse, Werbung)? Sie können weiterhin zwischen den Kategorien „trifft voll zu“, „trifft zu“, „trifft eher zu“, „trifft eher nicht zu“, „trifft nicht zu“, „trifft überhaupt nicht zu“ oder „keine Angabe“ wählen.

2.15 Wird ihr Bild von plastischer Chirurgie durch Ihre Familie oder den Freundeskreis beeinflusst?

2.16 Haben Sie das Gefühl, dass manche Menschen von zu vielen Schönheitsoperationen entstellt sind?

2.17 Würden Sie sich umfassendere Informationen über den Aufgabenbereich der plastischen Chirurgie wünschen?

2.18 Sehen Sie Arztserien (z.B. Grey's Anatomy, Dr. House, Schwarzwaldklinik, etc.) oder Sendungen, in denen plastische Chirurgie auch thematisiert wird? Sie können zwischen den Kategorien „Ich verpasse keine Folge“, „Relativ regelmäßig“, „Gelegentlich“, „Eher weniger“, „Absolut selten“, „Nie“ oder „Keine Angabe“ wählen.

Ich verpasse keine Folge Relativ regelmäßig Gelegentlich Eher weniger Absolut selten Nie Keine Angabe

2.19 Die Beantwortung der folgenden Frage ist explizit freiwillig. Haben Sie sich schon mal einer plastischen Operation unterzogen bzw. planen Sie in nächster Zeit einen plastisch-chirurgischen Eingriff? Keine Angabe Nein Falls ja, siehe nächste Frage

2.20 Nur beantworten, falls in der Frage zuvor "Ja", ansonsten hier bitte "Kein Eingriff" ankreuzen. In welchen Bereich der plastischen Chirurgie ist Ihr durchgeführter oder geplanter Eingriff einzuordnen?

Ästhetische Chirurgie Rekonstruktive Chirurgie Verbrennungschirurgie
 Handchirurgie Keine Angabe Kein Eingriff



Bitte so markieren: Bitte verwenden Sie einen Kugelschreiber oder nicht zu starken Filzstift. Dieser Fragebogen wird maschinell erfasst.
 Korrektur: Bitte beachten Sie im Interesse einer optimalen Datenerfassung die links gegebenen Hinweise beim Ausfüllen.

Mit dieser Studie möchten wir die Perzeption (Wahrnehmung) der plastischen Chirurgie unter Patienten erforschen. Beantworten Sie bitte alle Fragen so spontan und intuitiv wie möglich. Ich möchte ausdrücklich betonen, dass es keine „richtigen“ oder „falschen“ Antworten gibt und ich lediglich an Ihrer persönlichen Meinung interessiert bin.
 Dafür stelle ich Ihnen zuerst ein paar allgemeine demographische Fragen.

1. Allgemeine Datenerfassung

- 1.1 **In welchem Bundesland wohnen Sie?**
- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Baden-Württemberg | <input type="checkbox"/> Bayern | <input type="checkbox"/> Berlin |
| <input type="checkbox"/> Brandenburg | <input type="checkbox"/> Bremen | <input type="checkbox"/> Hamburg |
| <input type="checkbox"/> Hessen | <input type="checkbox"/> Mecklenburg-Vorpommern | <input type="checkbox"/> Niedersachsen |
| <input type="checkbox"/> Nordrhein-Westfalen | <input type="checkbox"/> Rheinland-Pfalz | <input type="checkbox"/> Saarland |
| <input type="checkbox"/> Sachsen | <input type="checkbox"/> Sachsen-Anhalt | <input type="checkbox"/> Schleswig-Holstein |
| <input type="checkbox"/> Thüringen | <input type="checkbox"/> Keine Angabe | |
- 1.2 **Um welchen Stadt- oder Gemeindetyp handelt es sich bei Ihrem Wohnsitz?**
- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> große Großstadt (ab 500.000 Einwohner) | <input type="checkbox"/> kleine Großstadt (ab 100.000 bis 500.000 Einwohner) | <input type="checkbox"/> große Mittelstadt (ab 50.000 bis 100.000 Einwohner) |
| <input type="checkbox"/> kleine Mittelstadt (ab 20.000 bis 50.000 Einwohner) | <input type="checkbox"/> große Kleinstadt (ab 10.000 bis 20.000 Einwohner) | <input type="checkbox"/> kleine Kleinstadt (ab 5.000 bis 10.000 Einwohner) |
| <input type="checkbox"/> Gemeinden unter 5.000 Einwohnern (Landgemeinde) | <input type="checkbox"/> Keine Angabe | |
- 1.3 **Wie alt sind Sie?**
- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> < 20 Jahre | <input type="checkbox"/> 21 – 30 Jahre | <input type="checkbox"/> 31 – 40 Jahre |
| <input type="checkbox"/> 41 – 50 Jahre | <input type="checkbox"/> 51 – 60 Jahre | <input type="checkbox"/> > 60 Jahre |
| <input type="checkbox"/> keine Angabe | | |
- 1.4 **Was ist Ihr Geschlecht?**
- | | | |
|---------------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> männlich | <input type="checkbox"/> weiblich | <input type="checkbox"/> transsexuell |
| <input type="checkbox"/> Keine Angabe | | |
- 1.5 **Welchen höchsten Bildungsabschluss haben Sie erzielt?**
- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> noch in schulischer Ausbildung | <input type="checkbox"/> Haupt- / Volksschulabschluss | <input type="checkbox"/> Abschluss der polytechnischen Oberschule |
| <input type="checkbox"/> Realschulabschluss | <input type="checkbox"/> Fachhochschul- / Hochschulreife | <input type="checkbox"/> Lehre |
| <input type="checkbox"/> Fachschulabschluss | <input type="checkbox"/> Fachhochschulabschluss | <input type="checkbox"/> Hochschulabschluss |
| <input type="checkbox"/> Promotion | <input type="checkbox"/> Habilitation | <input type="checkbox"/> ohne Abschluss |
| <input type="checkbox"/> keine Angabe | | |
- 1.6 **Haben Sie einen Arzt in Ihrer Familie oder Ihrem Bekanntenkreis?**
- | | | |
|-----------------------------|-------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Keine Angabe |
|-----------------------------|-------------------------------|---------------------------------------|

2. Umfrage

- Die folgenden Fragen beziehen sich auf Ihre persönliche Perzeption der plastischen Chirurgie.
- 2.1 In welchen Bereich der plastischen Chirurgie ist Ihr geplanter Eingriff / durchgeführter Eingriff einzuordnen?
- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Ästhetische Chirurgie | <input type="checkbox"/> Rekonstruktive Chirurgie | <input type="checkbox"/> Verbrennungschirurgie |
| <input type="checkbox"/> Handchirurgie | <input type="checkbox"/> Keine Angabe | |
- 2.2 Haben Sie das Gefühl, im Laufe Ihres Lebens genügend Informationen über den Aufgabenbereich des plastischen Chirurgen erfahren zu haben (z.B. Schule, Wartezimmer, Krankenhaus), um sich ein klares Bild von dessen Aufgabenbereich machen zu können? Sie können zwischen den Kategorien „trifft voll zu“, „trifft zu“, „trifft eher zu“, „trifft eher nicht zu“, „trifft nicht zu“, „trifft überhaupt nicht zu“ oder „keine Angabe“ wählen.
-
- Trifft voll zu Trifft zu Trifft eher zu Trifft eher nicht zu Trifft nicht zu Trifft überhaupt nicht zu Keine Angabe



2. Umfrage [Fortsetzung]

- 2.3 War Ihnen bewusst, dass es sich bei Ihren Beschwerden um ein plastisch-chirurgisches Problem handelt? Ja Nein Keine Angabe
- 2.4 Falls "Nein", waren Sie überrascht, dass Ihr Eingriff plastisch-chirurgischer Natur ist? Ja Nein Keine Angabe
 zuvor "Ja"
- 2.5 Antworten Sie nun spontan und intuitiv, ohne groß nachzudenken!
 Wie ordnen Sie die Wichtigkeit des plastischen Chirurgen im Vergleich zu anderen Fachrichtungen ein? sehr wichtig unwichtig
- 2.6 Antworten Sie nun spontan und intuitiv, ohne groß nachzudenken!
 Wie wird Ihr Eingriff von Familie, Freunden, Bekannten aufgefasst? überwiegend positiv überwiegend negativ
- 2.7 Sehen Sie Arztserien (z.B. Grey's Anatomy, Dr. House, Schwarzwaldklinik, etc.) oder Sendungen, in denen plastische Chirurgie auch thematisiert wird? Sie können zwischen den Kategorien „Ich verpasse keine Folge“, „Relativ regelmäßig“, „Gelegentlich“, „Eher weniger“, „Absolut selten“, „Nie“ oder „Keine Angabe“ wählen.
- 2.8 Beziehen Sie Ihre Informationen über plastische Chirurgie aus diversen Medien (z.B. Zeitung, Boulevardpresse, Werbung)? Sie können ab nun wieder zwischen den Kategorien „trifft voll zu“, „trifft zu“, „trifft eher zu“, „trifft eher nicht zu“, „trifft nicht zu“, „trifft überhaupt nicht zu“ oder „keine Angabe“ wählen.
- 2.9 Würden Sie sich umfassendere Informationen über den Aufgabenbereich der plastischen Chirurgie wünschen?



10.3 Anweisungszettel

Hallo liebe Helferinnen und Helfer,

ich kann gar nicht oft genug betonen, wie dankbar ich für eure Unterstützung bin!!!

Bevor ihr nun startet, noch ein paar kleine Tipps und Hinweise:

1. Bitte führt die Umfrage in Deutschland durch. Wo in Deutschland ist euch überlassen, solange ihr Leute erfasst, die in Deutschland leben. Ihr dürft mit der Umfrage beginnen, sobald ihr diesen Zettel in der Hand haltet. Bitte sendet mir die Bögen bis spätestens einschließlich **30.04.16** (Umfrageschluss) zurück!
2. Umfragen durchführen ist legal, allerdings nicht auf Privatgrund. Also haltet euch bitte an öffentliche Plätze, z.B. Parks, Fußgängerzonen, etc.. Außerdem bitte keinen Stand o.Ä. aufstellen, denn dafür braucht man in Deutschland ebenfalls eine Genehmigung.
3. Ein Fragebogen besteht aus Vorder- und Rückseite, also insgesamt ein Blatt Papier pro befragter Person. Dieses Papier bitte nicht lochen, tackern oder stark knicken. Auf jedem Blatt befindet sich ein Scann-Code, der nicht beschädigt werden sollte.
4. Bitte verwendet zum Setzen der Kreuze einen Kugelschreiber oder einen nicht zu starken Filzstift. Der Fragebogen ist doppelseitig und deshalb sollte sich die Farbe nicht durchdrücken.
5. Wie das Kreuz zu setzen ist oder wie ihr richtig korrigiert, steht ganz oben auf dem Fragebogen.
6. Pro Frage darf nur immer **EIN** Kreuz gesetzt werden. Kommen bei einer Frage zwei oder mehr Kreuze oder kein Kreuz vor, wird der gesamte Bogen aussortiert. Einzige Ausnahme bildet die letzte Frage (2.20), hier ist eine Mehrfachauswahl möglich.
7. Sobald ihr eine/einen Freiwilligen gefunden habt, lest bitte zunächst die oberste Zeile vor: „Mit dieser Studie möchten wir die Perzeption der plastischen Chirurgie in der Öffentlichkeit erforschen. Bitte beantworten Sie alle Fragen so spontan und intuitiv wie möglich. Ich möchte ausdrücklich betonen, dass es keine „richtigen“ oder „falschen“ Antworten gibt und ich lediglich an Ihrer persönlichen Meinung interessiert bin. Dafür stelle ich Ihnen zuerst ein paar allgemeine demographische Fragen.“ Danach könnt ihr einfach **der Reihenfolge nach** alle Fragen durchgehen, vorlesen und selbst die Kreuze setzen.
8. Ab Frage 2.3 bis Frage 2.18 erfolgt die Beantwortung anhand einer Skala. Hier könnt ihr gerne die Befragten mit in den Fragebogen sehen lassen, da es manchen eventuell leichter fällt, eine Entscheidung zu treffen, wenn sie die Skala sehen können und nicht nur die Unterteilung der Skala hören. Trotzdem setzt bitte die Kreuze selbst.
9. Die letzten beiden Fragen sind explizit freiwillig. Falls ein Befragter hierzu keine Antwort geben möchte, kreuzt bitte sowohl bei 2.19, als auch bei 2.20 „Keine Angabe“ an.
Falls ein Befragter bei 2.19 mit „Nein“ antwortet, würde ich euch bitten, bei 2.20 noch den Punkt „Kein Eingriff“ auszuwählen, auch wenn 2.20 eigentlich nur relevant ist, wenn zuvor bei 2.19. „Ja“ ausgewählt worden ist. Wird nämlich bei 2.20 kein Kreuz gesetzt, wird der ganze Bogen aussortiert. Bitte checkt am Ende der Umfrage nochmals kurz, ob wirklich überall ein Kreuz sitzt.

Vielen, vielen Dank für eure Hilfe!!

Für Rückfragen stehe ich gerne jederzeit zur Verfügung.

Ganz liebe Grüße,

Sabrina

10.4 Votum Ethikkommission

<p>Technische Universität München · Fakultät für Medizin · Ethikkommission Ismaninger Str. 22 · 81675 München · Germany</p>	 <p>Technische Universität München</p>
<p>Städtisches Klinikum München GmbH Standort Bogenhausen Klinik für Plastische, Rekonstruktive, Handchirurgie und Verbrennungschirurgie PD Dr. Niclas Broer Englschalkinger Str. 77 81925 München</p>	 <p>Fakultät für Medizin Ethikkommission</p>
<p>München, 22.03.2016/Bearbeiter: S unser Zeichen: 104/16 S (bitte bei Schriftwechsel angeben) Beratung nach § 15 Berufsordnung für Ärzte in Bayern</p>	<p>Prof. Dr. Georg Schmidt Vorsitzender Prof. Dr. Kurt Ulm Stellvertretender Vorsitzender Ismaninger Str. 22 81675 München Germany Tel +49 89 4140 4371 Fax +49 89 4140 4199 ethikkommission@mri.tum.de www.ek.med.tum.de</p>
<p>Studientitel: Perzeption plastischer Chirurgie in der Öffentlichkeit</p>	
<p>Sehr geehrter Herr Dr. Broer, die Ethikkommission hat Ihren Antrag vom 06.02.2016 (Eingang am 17.02.2016) geprüft und in der Sitzung am 15.03.2016 beraten.</p>	
<p>Die Ethikkommission erhebt keine Einwände gegen die Durchführung der Studie.</p>	
<p>Wir empfehlen allerdings, den Dissertationsbeauftragten der medizinischen Fakultät, Prof. Dr. med. Ernst Rummeny, zu kontaktieren, um abzuklären, ob das Projekt als Dissertation von der Fakultät akzeptiert werden kann.</p>	
<p>Bei Änderungen (Amendment) sind die geänderten Unterlagen in Schriftform und elektronischer Form vorzulegen. Alle Änderungen und Ergänzungen sind optisch hervorzuheben (z.B. Durchstreichen von Textstellen, die gelöscht werden, farbiges Hervorheben neuer Textstellen).</p>	
<p>Die ethische und rechtliche Verantwortung für die Durchführung dieser Studie verbleibt bei Ihnen. Änderungen des Protokolls sind zur erneuten Prüfung (Studie in Schriftform und elektronischer Form) vorzulegen. Das Studienende ist anzuzeigen und ein Kurzbericht über das Ergebnis der Studie ist vorzulegen.</p>	
<p>Mit freundlichen Grüßen</p>	
 <p>Prof. Dr. Georg Schmidt Vorsitzender der Ethikkommission</p>	

11 Danksagung

Herrn Priv.-Doz. Dr. P. Niclas Broer danke ich für die Überlassung des Themas, für die ausgezeichnete Betreuung und tatkräftige Unterstützung bei der Durchführung der gesamten Arbeit.

Ebenfalls danke ich Univ.-Prof. Dr. med. Hans-Günther Machens, Herr Prof. Dr. med. Milomir Ninkovic und Dr. med. Paul Heidekrüger für die Ermöglichung dieser Promotion und die Unterstützung während dieser Zeit.

Zum Dank verpflichtet bin ich allen Umfrageteilnehmern, die durch ihre Mitwirkung diese Studie erst ermöglicht haben.

Mein besonderer Dank gilt allen ehrenamtlichen Umfragehelferinnen und -helfern, die durch ihren selbstlosen Einsatz einen großen Beitrag zu dieser Doktorarbeit geleistet haben. Dieses Zeichen von Menschlichkeit werde ich nie vergessen.

Meinen Eltern, Toni und Gabriele, sowie meinem Bruder Roman und Tobi möchte ich für ihre Unterstützung und Ermutigung sowohl während des Studiums, als auch darüber hinaus danken.

Namentlich und alphabetisch alle Umfragehelfer:

Basel Bettina, Baumann Benno, Baumann Thilo, Biker Patrick, Bliznyuk Artem, Böger Lukas, Bonsch Rosina, Bornstein Tim, Braun Anais, Burghart Miriam, Creon Laura, Daiber Vincent, Danhofer Anna, Danhofer Herbert, Danhofer Ingrid, Dörries Timo, Dr. Broer Niclas, Dumberger Stefanie, Eifer Anna, Fiorá Anna, Gaal Tom, Galler Britta, Gugliuzza Lidia, Haberfellner Flora, Häntzschel Maximilian, Hark Vera, Harth Maximilian, Henning Sarah, Hoffmann Ute, Högerle Valerie, Höttler Alexander, Ivers Robin, Jacobi Arija, Joschko Denis, Junghanns Anne, Kirschner Dieter, Kirschner Gabriele, Kirschner Tobias, Klein Elena, Kleißler Regina, Köhler Friederike, Kreuzer Anita, Kühn Tabitha, Laskus Elisabeth, Lindner Javed, Maion Fabio, Merkle Magnus, Miehle-Honecker Sarah, Neufeld Sebastian, Peinelt-Schmidt Sabine, Petersen Carsten, Pfister Antonia Mariette, Pfordt Christian, Porten Anastasia, Prinz Nathalie, Rehwinkel Hannah, Richter Johannes, Rueß Ramona, Rümmler Christin, Schlegel Christiane, Schumann Dorothea, Spethmann Maria, Stakne Carina, Steger Simone, Stieglitz Laura-Marie, Tebben Annika, Theisinger Hannah, Twelsiek Marleen, Weber Sulamith, Wehrs Merlin, Weiken Lilian, Wenzel Vanessa, Wunsch Saskia, Wyrwich Julia, Zentgraf Michael.