

MSH Medical School Hamburg
University of Applied Sciences and Medical University

Fakultät Humanwissenschaft

Masterstudiengang Klinische Psychologie & Psychotherapie

Masterarbeit

**Brustoperation bei Frauen: Booster für
Selbstwert, Selbstbild und sexuelle
Zufriedenheit?
Ein prä-post Vergleich**

vorgelegt von:	Helen Eileen Bender
Matrikelnummer:	202804046
vorgelegt am:	03.02.2022
Semester:	4
Modulbezeichnung:	M16 - Masterarbeit mit Kolloquium
Erstgutachter:	Prof. Dr. Erich Kasten
Zweitgutachter:	Dr. Med. Christina Brunner

Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis	IV
Symbolverzeichnis	V
Abstract.....	1
Vorwort.....	2
Danksagung	2
1 Einleitung	3
2 Stand der Forschung	7
2.1 Theoretischer Hintergrund	10
2.1.1 Schönheitschirurgie	10
2.1.2 Ästhetische Operationen	11
2.1.3 Brustvergrößerung	11
2.1.4 Körperbild	13
2.1.5 Selbstbild	14
2.1.6 Selbstwert.....	15
2.1.7 Selbstwertgefühl	15
2.1.8 Sexuelle Zufriedenheit	16
2.2 Herleitung der Fragestellung	17
3 Methodik	18
3.1 Literaturrecherche.....	18
3.2 Untersuchungsdesign.....	19
3.3 Probandengenerierung	19
3.4 Studiendurchführung	19
3.5 Erhebungsinstrumente.....	20
3.5.1 Messinstrument zur Erfassung des Selbstwerts	20
3.5.2 Messinstrument zur Erfassung der sexuellen Zufriedenheit.....	21
3.5.3 Messinstrument zur Erfassung Selbstbilds	22
3.7 Statistische Auswertungsverfahren	23

4 Ergebnisse	24
4.1 Deskriptive Datenanalyse	24
4.1.2 Deskriptive Statistik der Messinstrumente	25
4.2 Hauptergebnisse.....	27
4.3 Nebenergebnisse	31
5 Diskussion.....	31
5.1 Diskussion Hypothese 1	32
5.2 Diskussion Hypothese 2	33
5.3 Diskussion Hypothese 3	34
5.4 Diskussion Hypothese 4	35
5.5 Diskussion Hypothese 5	37
5.6 Diskussion Nebenergebnisse	38
6 Limitation und Methodische Kritik	39
8 Fazit und Ausblick.....	43
Literaturverzeichnis	45
Anhang 1	55
Anhang 2	64

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Mittelwertvergleiche der Konstrukte prä- versus postoperativ	27
Tabelle 2: Mittelwertvergleich Partnerschaftszufriedenheit prä- versus postoperativ	28
Tabelle 3: Mittelwertvergleich Wohlbefinden in Bademode und Unterwäsche prä- versus postoperativ	29
Tabelle 4: Vergleich der Ergebnisse des t-Tests	29
Tabelle 5: Mittelwertvergleich Zufriedenheit mit der Brust prä- versus postoperativ	31

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Parameter und Zugangswege zur Brustvergrößerung mit Silikonimplantaten.....	18
Abbildung 2: Formel des t-Tests.....	29

Abkürzungsverzeichnis

MSWS = Multidimensionale Selbstwertkala

DKB-35 = Dresdner Körperbildfragebogen

SDI-2 = Sexual Desire Inventory

FLZ = Fragebogens zur Lebenszufriedenheit

ASW = Allgemeine Selbstwertschätzung

KSW = Körperbezogene Selbstwertschätzung

ESWS = Emotionale Selbstwertschätzung

SWKO = Soziale Selbstwertschätzung – Sicherheit im Kontakt

SWKR = Soziale Selbstwertschätzung – Umgang mit Kritik

LSWS = Leistungsbezogene Selbstwertschätzung

SWPA = Selbstwertschätzung physische Attraktivität

SWSP = Selbstwertschätzung Sportlichkeit

Symbolverzeichnis

N = Stichprobengröße

M = Mittelwert

SD = Standardabweichung

df = Freiheitsgrade

p = Signifikanzniveau

T = T-Statistik

R = Spanne

α = Cronbachs Alpha

d = Cohens d

r_{tt} = Test-Retest-Reliabilität

Abstract

Die vorliegende Arbeit untersucht die Veränderung des Selbstbildes, des Selbstwertes und der sexuellen Zufriedenheit bei Frauen vor und nach ihrer geplanten Brustvergrößerung. Dazu wird die folgende Forschungsfrage gestellt: *„Inwiefern verändert sich das Selbstbild, der Selbstwert und die sexuelle Zufriedenheit bei Frauen vor und nach ihrer geplanten Brustoperation?“*. Die Daten wurden in vier plastisch-ästhetischen Praxen in Hamburg mithilfe von plastisch-ästhetischen Chirurgen zu zwei Zeitpunkten, prä- sowie postoperativ erhoben. Die Stichprobe umfasst $N = 47$ Patientinnen und die Datenerhebung erfolgte mittels vier standardisierter Fragebögen mit dem Paper-Pencil-Verfahren. Anhand mehrerer t-Tests, für die Mittelwertanalyse der Gruppen prä- und postoperativ, erfolgte die statistische Auswertung. Die Auswertung der Studie zeigt, dass sich für alle Variablen, Selbstwert, Selbstbild und sexuelle Zufriedenheit, eine signifikante Verbesserung nach der Brustoperation ergibt. Auch die Partnerschaftszufriedenheit und das Wohlbefinden der Patientinnen, sich in Unterwäsche und Bademode zu zeigen stieg signifikant nach der Operation an. Die Studie zeigt, dass der Selbstwert, das Selbstbild und die Sexualität, sowie die Partnerschaftszufriedenheit und das Wohlbefinden in Unterwäsche und Bademode eine positive Veränderung durch eine geplante Brustoperation erzielen. Weitere Forschungen in diesem Bereich könnten andere Arten der Brustoperation hinsichtlich der in dieser Studie behandelten Variablen untersuchen.

Vorwort

Zu Beginn dieser Studienarbeit ist es mir wichtig zu verdeutlichen, dass dies, unabhängig von den hier dargestellten Ergebnissen, weder eine Verharmlosung noch ein Aufruf für Frauen sein sollte sich leichtfertig einer Brustoperation zu unterziehen. Die Ergebnisse dieser Studie basieren rein auf den Daten von Frauen die bereits eine Brustoperation geplant hatten, weil sie unzufrieden mit ihrer Brust waren. Daher können und dürfen die hier vorliegenden Ergebnisse nicht auf die Allgemeinheit der Frauen verallgemeinert werden. Jede Operation birgt Gefahren und Risiken, die nicht außer acht gelassen werden dürfen und einer umfangreichen Aufklärung bedürfen. Der Entscheidung für eine Brustoperation sollte ein langer Entscheidungsprozess mit einem qualifizierten plastisch-ästhetischen Chirurgen vorangegangen sein. Außerdem muss so eine Entscheidung aus freien und eigenem Willen geschehen; das heißt eine Brustoperation für sich selbst und nicht für jemand anderen durchführen zu lassen. Jeder Mensch ist auf seine eigene Art und Weise einzigartig und schön und es bedarf keiner „Schönheitsoperation“ um „perfekt“ zu sein.

Danksagung

An dieser Stelle möchte ich mich bei all denjenigen bedanken, die mich während der Anfertigung dieser Masterarbeit unterstützt und motiviert haben.

Zuerst gebührt mein Dank Herrn Prof. Dr. Erich Kasten, der meine Masterarbeit betreut und begutachtet hat. Für die hilfreichen Anregungen und die konstruktive Kritik bei der Erstellung dieser Arbeit möchte ich mich herzlich bedanken.

Ich danke Frau Dr. Med. Brunner die mir ihre Patientinnen für die Befragung zur Verfügung gestellt und mich tatkräftig bei der Datenerhebung unterstützt hat. Des Weiteren bedanke ich mich, dass sie ihre kostbare Zeit aufgeopfert hat um mir bei allen medizinischen Aspekten dieser Arbeit zur Seite zu stehen und die Zweitgutachtung übernommen hat. Ein besonderer Dank gilt allen Teilnehmerinnen meiner Befragung, ohne die diese Arbeit nicht hätte entstehen können. Mein Dank gilt ihrer Informationsbereitschaft und die freiwillige Aufopferung ihrer Zeit.

Abschließend möchte ich mich bei meinen Eltern bedanken, die mir mein Studium durch ihre Unterstützung ermöglicht haben und stets ein offenes Ohr für mich hatten.

1 Einleitung

Die Zahlen der operativen Eingriffe im Bereich der Brust steigen durch die zunehmende Sicherheit und die verbesserten Möglichkeiten stetig an. Auf der einen Seite können durch diese Eingriffe nachvollziehbare Leiden gemindert werden, auf der anderen Seite wächst der Wunsch nach dem „perfekten“ Körper vor allem bei Frauen immer weiter an (Dorn, Gallitzendörfer, Walgenbach, Borkenhagen & Rohde, 2008).

Laut der American Society of Plastic Surgeons (2007) ist die Augmentation der Brust auf dem ersten Platz der „top five“ der kosmetischen Eingriffe bei Frauen. Jenes Phänomen zieht sich bereits seit einiger Zeit durch den Lauf der Geschichte, da die Zahl der plastisch-ästhetischen Eingriffe in den letzten 30 Jahren kontinuierlich gestiegen ist. Alleine im Jahr 2019 wurden in Deutschland rund 66.972 Schönheitsoperationen nur zur Brustvergrößerung durchgeführt (ISAPS, 2020).

Der Erfolg eines chirurgischen Eingriffs an der Brust wurde bis vor einigen Jahrzehnten nur anhand von Kriterien wie beispielsweise die Langzeitmorbidity und -mortality, Länge des Krankenhausaufenthaltes und Komplikationsraten bewertet. Wichtig vor allem im plastisch-ästhetischen Bereich ist jedoch ebenfalls die Verbesserung von bestimmten Bereichen des Alltags, beispielsweise die körperliche Aktivität, das physische und psychische Wohlbefinden sowie die Sexualität (Troidl, Kusche, Vestweber, Eypasch, Koeppen & Bouillon, 1987; Heuschen, Heuschen & Herfarth, 1998).

Das Ziel eines ästhetisch-chirurgischen Eingriffs an der Brust ist es, die anatomische Strukturen und die äußere Erscheinung der Patientin dementsprechend umzugestalten, dass sich ihr subjektives Selbstbild verbessert. Als erfolgreich kann ein Eingriff neben den technischen Aspekten dann angesehen werden, wenn die Patientin mit ihrem postoperativen Ergebnis zufrieden ist (Totis, 2010). Deshalb ist in den vergangenen Jahrzehnten die plastische und ästhetische

Medizin durch ihren großen technischen Fortschritt zu einem wichtigen Aspekt bezüglich der Körperformung und der Ästhetik geworden (Staffler, 2013). Die Entscheidung einer Frau für einen ästhetisch-chirurgischen Eingriff an der Brust wird von der Mehrheit der heutigen Gesellschaft akzeptiert und die Stigmatisierung nimmt stetig ab. So gehen Frauen offener mit ihren Eingriffen um und machen anderen Frauen Mut den gleichen Schritt zu wagen und ihre individuelle Lebensqualität, den Selbstwert und das Körperbild somit positiv zu beeinflussen (Reichenberger, Biedermann & Germann, 2011).

Im Jahr 1948 hat die World Health Organisation (WHO) dem Begriff der „Gesundheit“ einen wichtigen Teil hinzugefügt und zwar, dass: „Gesundheit nicht nur die Abwesenheit von Krankheit und Gebrechlichkeit ist, sondern vielmehr ein Zustand des umfassenden körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens (World Health Organisation, 1948). Als Gesundheit gilt also nicht mehr nur die Abwesenheit von Krankheit, sondern auch das geistige und soziale Wohlbefinden (WHOQOL-Group, 1993). Außerdem wird ein stabiles Selbstwertgefühl und ein positives Verhältnis zum eigenen Körper von der WHO als Grundbedingungen für Gesundheit als wesentlich angesehen (Berberich, Rösing und Neutze, 2006). Das subjektive Wohlbefinden spielt in der plastischen und ästhetischen Chirurgie eine essentielle Rolle. Ein operativer Eingriff ist heutzutage kein rein medizinischer Eingriff mehr, sondern Gründe wie beispielsweise ein Vorteil im Bezug auf physische Attraktivität und des Auftretens in der Öffentlichkeit in Verbindung mit einem verbessertes psychischen Wohlbefinden stehen im Vordergrund (Foustanos, Pantazi & Zavrides, 2007).

Vor allem große Brüste, bis auf wenige Ausnahmen, gelten in der westlichen Kultur seit jeher als sehr attraktiv und anziehend. Bereits 3000 v. Chr. wurden erste einfache Brusthalter und Korsetts verwendet um die Attribute der Brust hervorzuheben und sie entsprechend zu korrigieren (Sarwer, Nordmann & Herbert, 2000). Auch in Europa wird zur heutigen Zeit eine Frau als besonders schön empfunden, wenn sie einen westlichen Hautton hat, groß, sportlich, aber nicht übermäßig muskulös oder extrem dünn ist und eine große Brust hat. Dieses

Ideal wird dementsprechend von vielen Frauen angestrebt (Boeger, 2010). Außerdem gilt die weibliche Brust vor allem in der westlichen Kultur als Sinnbild der weiblichen Sexualität und wird häufig gezielt in der Werbung eingesetzt um bestimmte Produkte zu vermarkten, ganz nach dem Motto „Sex sells“ (Haensel & Rath, 2004). Hinzukommt, dass die Identität einer Frau zu einem großen Teil von der Brust abhängig gemacht wird, wodurch eine ungewöhnlich Form oder Größe das Selbstwertgefühl deutlich vermindern kann und sich in negativer Form auf die individuelle Lebensqualität auswirkt (Reichenberger, Biedermann & Germann, 2011). Daher ist auch anzunehmen, dass die eigene Brust tief in der Gesamtpersönlichkeit und dem Körpergefühl einer Frau verankert ist (Dorf Müller, 2006). Auch für die äußeren Betrachter und nicht nur für die Frau selbst spielt die Brust eine besondere Rolle, da durch sie Sinnlichkeit, Weiblichkeit, Fruchtbarkeit und die Kraft, Leben zu nähren, symbolisiert wird (Birtchnell, Whitfield & Lacey, 1990). Da die weibliche Brust zum Großteil aus Fett- und Drüsengewebe besteht, ist sie anhand von Sport und Ernährung im Gegensatz zu anderen Körperteilen kaum bis gar nicht formbar. Gerade deshalb ist die Brust eine so beliebte Körperstelle bei Frauen im Bereich der plastisch-ästhetischen Chirurgie (Dorn et al., 2008). Mester (1982a) brachte den Wunsch von Frauen nach einer Brustvergrößerung gut auf den Punkt: „In der weit überwiegenden Mehrzahl stellte ausgesprochenes Mißbehagen über die Unansehnlichkeit des Busens das einzige offenkundige Symptom dar. Er wird als „zu klein“ empfunden und das weibliche Selbstbewußtsein insgesamt von seinem Umfang und seiner Gestalt abhängig gemacht“.

Wiederholt wurden ästhetisch-chirurgische Operationen in der Vergangenheit mit psychischen Konflikten und Problemen in Zusammenhang gebracht und es wurden Stimmen laut, die der Meinung sind, dass diese Art von Operationen „im Dienst der Psyche“ stattfinden würden (Möller, Mohr, Unterhorst & Stirn, 2017). Was ist an dieser Aussage dran und in „welchem Dienste“ finden diese Operationen wirklich statt?

Mittlerweile ist klar, dass das persönliche Selbstwertgefühl jeder Person von dem individuelle äußeren Erscheinungsbild beeinflusst wird und ihm wird eine

besondere Wichtigkeit in der Gesellschaft zugeschrieben (Foustanos, Pantazi & Zavrides, 2007), denn Schönheit, physische Attraktivität und Erfolg stehen in einer engen Beziehung zueinander (Reichenberger, Biedermann & Germann, 2011). Das Spektrum der Motive für ästhetisch-chirurgische Eingriffe ist weitreichend und wird in der Regel in interne beziehungsweise internale, also selbst gesteuerte, und externe beziehungsweise externale, also von außen geleitete Motiven unterteilt (Borkenhagen & Brähler, 2014). Die strikte Trennung von internen und externen Motiven ist meist nicht möglich, da beide sich beeinflussen und in einer Beziehung zueinander stehen (Sarwer, 2007). Trotzdem können die Motive für einen ästhetisch-chirurgischen Eingriff als mehr oder weniger legitim bewertet werden. So sind interne Motive wie beispielsweise die subjektive Unzufriedenheit mit der Form oder Größe der Brust in der Regel ein legitimer Grund für einen Eingriff, da diese Patientinnen mit realistischen Erwartungen und postoperativer Zufriedenheit assoziiert werden. Externe Motive hingegen zum Beispiel eine Brustvergrößerung weil es der Wunsch des Partners ist, sind ein weniger legitimer Grund sich einem ästhetisch-chirurgischen Eingriff zu unterziehen, vor allem weil diese Patientinnen oft mit unrealistischen Erwartungen und einer niedrigen postoperativen Zufriedenheit assoziiert werden (Sarwer, 2005). Als zentrales aber auch notwendiges Motiv für einen ästhetisch-chirurgischen Eingriff gilt die Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper oder mit einer bestimmten Körperregion (Crerand, Infield & Sarwer, 2007; Javo & Sørli, 2010; Markey & Markey, 2009; Sarwer, 2011). Die Unzufriedenheit mit der eigenen Brust, die bis hin zu einer innerlichen Ablehnung reichen kann, kann langfristig zu einem geringen Selbstwertgefühl und einem gemindertem Selbstbewusstsein führen. Dies äußert sich oft in einem großem Schamerleben, woraus nicht selten Ängste und sozialer Rückzug resultieren können. Bestimmte Aktivitäten, wie beispielsweise Schwimmen oder generell das Umziehen in Umkleiden werden gemieden, da das ungeliebte Körperteil von Anderen gesehen werden könnte. Aber auch intime Kontakte werden aufgrund der Unzufriedenheit mit der eigene Brust vermieden wodurch sich als Folge dessen partnerschaftliche Probleme und sexuelle Schwierigkeiten entwickeln können (Rohde & Dorn, 2007).

Meist lässt sich zwischen dem subjektiven Wunschbild der Frau und ihrem objektiven Erscheinungsbild eine große Diskrepanz erkennen, welche durch einen operativen Eingriff verringert werden soll. Zudem sind unter anderem folgende Motive relevant, wenn es um die Entscheidung geht sich einem ästhetisch-chirurgischen Eingriff an der Brust zu unterziehen: Wunsch nach einer idealen Figur (geprägt durch die Medien), eingeschränkte Kleidungsauswahl, niedriges Selbstwertgefühl, geringes Selbstvertrauen, positive Veränderung des psychischen Wohlbefindens, negatives soziales Feedback hinsichtlich des Aussehens beziehungsweise bestimmter Körperregionen (Adams, 2010; Javo & Sørli, 2010; Korczak, 2007; Markey & Markey, 2009; Nikolic, Janjic, Marinkovic, Petrovic & Božic, 2013; Sorice, Li, Canales & Furnas, 2017; Thorpe, Ahmed & Steer, 2004; Totis, 2010; Unterdorfer, Deutinger, Langer, Richter & Wimmer-Puchinger, 2009). Langfristig gesehen kann ein negativ geprägtes Körperbild mit Depressionen einhergehen, da das Sozialverhalten durch die körperliche Unzufriedenheit beeinträchtigt werden kann. Durch den sozialen Rückzug fehlt die soziale Unterstützung sowie die positiven Rückmeldungen von außen und es entsteht eine Hoffnungslosigkeit bezüglich der Verbesserung des eigenen Zustandes. Aber auch Essstörungen stehen in Verbindung mit der Unzufriedenheit des eigenen Körpers, da sie den Versuch darstellen die Kontrolle über den Körper wiederzuerlangen (Rohde & Dorn, 2007).

Neben den hier genannten Motiven existieren selbstverständlich viele weitere individuelle und soziokulturell bedingte Motive für ästhetisch-chirurgische Eingriffe an der Brust, die sich beispielsweise hinsichtlich des Alters unterscheiden. Eine Brustoperation ist daher für die betroffenen Frauen eine lang ersehnte Lösung auf ihre der ästhetischen und funktionellen Probleme, die in der Regel einem langen Entscheidungsprozess vorausgegangen ist (Granitzka, 1994; Hinderer, 1990; Kunert, 1989).

2 Stand der Forschung

Im Hinblick auf den Status quo im Bereich der plastisch-ästhetischen Brustoperation im Zusammenhang mit dem Selbstwert, Selbstbild und Sexualität ist es sinnvoll, sich der bisher veröffentlichten Literatur zu widmen und den

aktuellen Stand der Forschung zu beleuchtet, um die Notwendigkeit und Relevanz des Themas zu verdeutlichen.

Schon seit frühester Zeit der Menschheit spielt das Aussehen im Alltag eine große Rolle. Das Interesse an der körperlichen Schönheit und Figuren reicht weit in die Vergangenheit zurück und schon vor Jahrhunderten wurden Körper, wie Gott sie erschuf, gemalt und Skulpturen dessen geformt. Die Vorstellungen eines schönen Körpers ändern sich bis heute noch von Kultur zu Kultur, aber trotzdem können alle Figuren eine Gemeinsamkeit aufweisen: sie besitzen einen Sinn für Proportionen und ein gewisses Maß an Harmonie (Staffler, 2013).

Vor allem für Frauen erscheint ihr eigenes Aussehen als enorm wichtig, denn sowohl Männer als auch Frauen stimmten aufgrund eigener Erfahrungen der Aussage zu, dass Frauen mehr anhand ihres Aussehens bewertet werden als Männer (Sieverding, 1993). Das heißt die Identifikation bei Frauen mit sich selbst erfolgt in der Regel über ihren eigenen Körper, was bei Unzufriedenheit häufig zu Leid, Verunsicherung und einer kontinuierlichen Auseinandersetzung mit dem eigenen Körper führen kann. Sowohl das Selbstwertgefühl aber auch die Identität ist dadurch gefährdet und ein Wunsch nach Veränderung um bewundert zu werden und sich im eigenen Körper wohl zu fühlen entwickelt sich (Posch, 1999). Im Falle der Unzufriedenheit mit der eigenen Brust kann der Wunsch nach Veränderung in der Regel mit einem plastisch-chirurgischen Eingriff erfüllt werden.

Mehrere Studien (Bellmann & Hinze, 1986; Mester, 1982b; Edgerton & McClary, 1958) konnten zeigen, dass die Motivation einen plastisch-chirurgischen Eingriff an der Brust durchführen zu lassen in vielen Fällen mit dem Wunsch nach mehr Zufriedenheit mit dem eigenen Körper zusammenhing, um sich selbst weiblicher zu fühlen, da Frauen sich vor ihrer Brustoperation oftmals nicht als vollwertige Frau fühlten und sich mehr weibliche Attribute und weibliche Ausstrahlung wünschten. In seiner Untersuchung kam Badura (1983) zu dem Ergebnis, dass der Wunsch nach einem plastisch-chirurgische Eingriffe an der Brust bei Frauen durch ein herabgesetztes Selbstwerterleben entsteht, das sich nach der Brustoperation positiv verändert. Ähnliche Erkenntnisse konnte auch Totis (2010)

in seiner Studie vorweisen; unter anderem dass es bei 9 von 10 Patientinnen zu einer statistisch signifikanten Verbesserung von Alltagsaktivitäten nach der Brustoperation kam.

Beispielsweise verringerte sich die Angst ins Schwimmbad zu gehen postoperativ signifikant und 92 Prozent der Patientinnen fühlten sich nach ihrer Brustoperation besser in ihrem Körper und nahmen sich insgesamt als attraktiver wahr. Zudem konnte Totis (2010) in der selben Untersuchung zeigen, dass die Patientinnen nach der Brustoperation weniger Probleme damit hatten sich unbedeckt in einem Spiegel zu betrachten, was direkte und positive Auswirkung im Bezug auf die subjektive Selbstachtung und Sexualität hatte, sowie ein erhöhtes Selbstbewusstsein nach der Brustoperation aufbaute.

Wenderlein und Hoffmann (1983) kamen in ihrer Untersuchung ebenfalls zu dem Ergebnis, dass die Mehrzahl der Frauen ein verbessertes Selbstwertgefühl seit der Brustoperation angaben und zufriedener mit ihrer gesamten äußeren Erscheinungsbild waren. Darüber hinaus zeigten Haensel & Rath (2004), dass der psychische Leidensdruck einer Frau durch eine Brustvergrößerung in einem großen Umfang reduziert werden kann.

Auch im Bereich der Sexualität konnten positive Entwicklungen nach einer Brustoperation entdeckt werden, da die subjektive Zufriedenheit von Frauen mit der eigenen Sexualität vor allem vom eigenen Körperbild im Zusammenhang mit der Nacktheit abhängt (Klaiberg, Würz, Brähler & Schumacher, 2001). Je wohler sich eine Frau in ihrem Körper fühlt, wozu eine Brustoperation in der Regel beiträgt, desto zufriedener ist sie mit ihrer Sexualität. So konnte Totis (2010) zeigen, dass 71 Prozent der Patientinnen eine Sexualitätsverbesserung nach der Operation genossen, obwohl diese von nur 11 Prozent erwartet wurde. Außerdem gaben die Frauen nach ihrer Operation an, generell zufriedener im gesamten Bereich der Sexualität zu sein (Wenderlein & Hoffmann, 1983). Ebenso kamen Honigman, Phillips und Castle (2004) in ihrem Review von 37 retrospektiven und prospektiven Studien zu dem Ergebnis, dass Patientinnen die sich einer ästhetisch-chirurgischen Brustoperationen unterzogen haben in der Regel sehr

zufrieden mit dem Ergebnis waren und von einem positiven psychosoziales Outcome, sowie einer positiven Veränderung hinsichtlich Selbstwert, Body Image, mentaler Gesundheit und Stimmung profitierten.

Bei einer Befragung von Patientinnen 18 Monate nach ihrem ästhetisch-chirurgische Eingriff an der Brust, ob das Ergebnis ihren Erwartungen entspricht, beantworteten 88% der operierten Patientinnen mit „Ja“. Außerdem konnte gezeigt werden, dass sich der Selbstwert, das Körperbild und das sexuelle Erleben nach der Operation signifikant verbessert hat. Hinzu kommt, dass ebenfalls die sozialen Bezüge wie die soziale Resonanz, die soziale Potenz und die Partnerbeziehung von den Patientinnen nach ihrer Operation als verbessert eingeschätzt wurden (Liedtke, Badura & Jung, 1985).

Aristoteles (384-322 BC) sagte einst: „...ändert sich das Aussehen des Körpers, so ändert dies zugleich auch den Zustand der Seele.“ Der Schwerpunkt der vorliegenden Studie wird durch dieses Zitat gut beschrieben, da der mögliche Einfluss einer ästhetisch-plastischen Brustoperation auf die sexuelle Zufriedenheit, den Selbstwert und das Selbstbild untersucht werden soll, worauf im folgenden vertieft eingegangen wird.

2.1 Theoretischer Hintergrund

Im folgenden Abschnitt werden, die einzelnen Begriffe, die die Studienarbeit umfasst näher erläutert, um ein besseres Verständnis für die Thematik zu schaffen.

2.1.1 Schönheitschirurgie

Der Begriff der Schönheitschirurgie stellt keinen Fachbegriff dar, sondern ist lediglich ein häufig gebrauchter umgangssprachlicher Ausdruck für ästhetische Operationen, der zum einen von Ärzten für Plastische und Ästhetische Chirurgie, aber auch von Laien genutzt wird. Die Schönheitschirurgie kann in rekonstruktive und ästhetische Operationen gegliedert (Korczak, 2007) werden, wobei für diese

Studienarbeit nur die ästhetische Operationen relevant sind und deshalb nur diese näher erklärt werden.

2.1.2 Ästhetische Operationen

„Ästhetische Operationen sind im Gegensatz zu rekonstruktiven Operationen nicht zwingend erforderlich. Sie hängen eng mit kulturell-gesellschaftlichen Attitüden und der subjektiven Lebensqualität zusammen. Sie sollen in der Regel das eigene Körper selbstbild verbessern, damit Selbstvertrauen und Selbstsicherheit festigen und die Attraktivität steigern. Ästhetische Operationen weisen somit eine stark psychologische Komponente auf bei der der Leidensdruck eine nicht unerhebliche Rolle spielen kann. Sofern der Leidensdruck psychiatrische Diagnosen hervorruft, ist auch eine medizinische Indikation gegeben. Diese führt dann aber zur Verordnung von Psychotherapie und nicht zur Verordnung ästhetischer Operationen, wie im Urteil des Bundessozialgerichtes vom 20.2.1993 hervorgehoben wurde.“ (Korczak, 2007).

Zusammenfassend kann demnach gesagt werden, dass die ästhetische Chirurgie sich in einer Art Grauzone bewegt indem sie rein medizinisch nicht notwendige aber wunscherfüllende Operationen durchführt (Germann, 2011).

2.1.3 Brustvergrößerung

Die Brustvergrößerung wird in medizinischen Fachkreisen „Mammaaugmentation“ genannt und ist einer der beliebtesten ästhetischen Eingriffe bei Frauen.

Im präoperativen Prozess des Eingriffs an der Brust sollte eine genaue Anamnese und Beratung erfolgen, um Kontraindikationen wie eine körperdysmorphe Störung, fehlende psychische Reife oder unrealistische Erwartungen auszuschließen. Außerdem sollte das Brustwachstum anamnestisch abgeschlossen sein, die Patientin muss die Volljährigkeit erreicht haben und auch die Frage nach geplanten Schwangerschaften sollte geklärt werden.

Neben der Besprechung des Patientenwunsches muss der Patient über alle allgemeinen und speziellen Komplikationen des geplanten Verfahrens aufgeklärt werden. Es kann sinnvoll sein den prä- sowie postoperativen Verlauf anhand einer

Fotodokumentation festzuhalten. Goldstandard bei einer Brustvergrößerung ist die sogenannte implantatbasierte Augmentation, das bedeutet, dass die Brust nach bestimmten Parametern vermessen wird, damit das Implantat perfekt an die anatomischen Voraussetzungen der Patientin angepasst wird. Folgende Parameter werden deshalb präoperativ bestimmt (siehe *Abb. 1*): 1. Mamillen-Jugulum-Abstand, 2. Brusthöhe, 3. Brustbreite, 4. Mamillen-Submammärfalten-Abstand.

Bei der präoperativen Planung einer Brustoperation stehen außerdem drei grundlegende Entscheidungen an, der operativer Zugang, die Implantatlage sowie die Implantatform. Die Implantate die bei einer Brustvergrößerung verwendet werden, unterscheiden sich in ihrer Form von einander und werden in anatomische und runde Implantate unterteilt (Reichenberger, Biedermann & Germann, 2011). Die anatomischen, auch tropfenförmige Implantaten genannt, unterscheiden sich in der horizontalen von der vertikalen Achse wobei die Projektion kranial abnimmt. Die runden Implantate weisen eine höhere Projektion auf und sind dementsprechend in beiden Achsen gleich groß. Eine Rotation des Implantats stellt deshalb keine ästhetischen Beeinträchtigung, im Gegensatz zu dem anatomischen Implantaten, dar. Die anatomischen Implantate lassen den kranialen Übergang weicher erscheinen und tragen in den beiden oberen Quadranten der Brust weniger stark auf. Bei den runde Implantate wird der Übergang hingegen verstärken und es bildet sich ein deutlicheres Dekolleté (Heden, Bronz & Elberg, 2009).

Die Implantate werden bei der Operation entweder hinter den Brustmuskel, „subpektoral“, oder vor den Brustmuskel, „subglandulär“, platziert. Die „subpektorale“ Platzierung ist in der Regel körperlich anstrengender und schmerzhafter, da der Brustmuskel durch diese Technik aufgedehnt wird. Außerdem können die Implantate entweder durch Schnitte in der Furche unter der Brust, um die Brustwarze oder in der Achselhöhle eingesetzt werden (siehe *Abb. 1*), ausschlaggebend kann hier das Volumen des Implantats sein (Langbein, Skalnik & Tschachler-Roth, 2001).

Mögliche Risiken und Nebenwirkungen einer Brustvergrößerung können unter anderem Nachblutungen, Probleme bei der Wundheilung, Reißen oder ein Verrücken des Implantats, Kapselbildungen oder Entzündungen im Wundbereich sein (Mang & Strunz, 2005). Wenn beispielsweise zu große Implantate eingesetzt werden, spannt sich die Haut zu sehr und es kann zu Durchblutungsstörungen und Verlust gesunden Gewebes kommen. Außerdem kann es bei Einschnitten die die Brustwarze einbeziehen zu Schädigung von Milchgängen und Verlust der Stillfähigkeit kommen (Langbein, Skalnik & Tschachler-Roth, 2001).

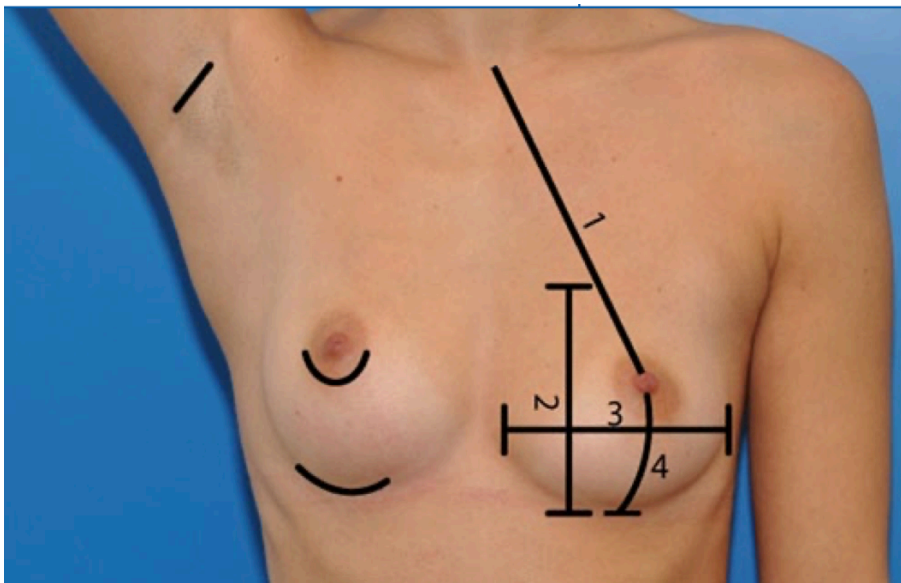


Abb. 1: Parameter und Zugangswege zur Brustvergrößerung mit Silikonimplantaten (Reichenberger, Biedermann & Germann, 2011)

2.1.4 Körperbild

Das Körperbild umfasst das formale Wissen, die Fantasien, Einstellungen, Gedanken, Bewertungen und Bedeutungszuschreibungen im Bezug auf den eigenen Körper. Jenes ist zum einen persönlichkeitspsychologisch und zum anderen soziodemografisch geprägt. Bei den genannten Einstellungen und Bewertungen des eigenen Körpers spielt vor allem der kulturelle Kontext mit den dazugehörigen körperbezogenen sozialen Umgangsformen eine große Rolle (Röhricht, Seidler, Joraschky, Borkenhagen, Lausberg, Lemche, Loew, Porsch, Schreiber-Willnow & Tritt, 2005). Das Körperbild ist im Laufe des Lebens einer stetigen Veränderung ausgesetzt und passt sich den altersspezifischen und

biographischen Körperveränderungen an (Langer & Wimmer-Puchinger, 2011). Mehrere Faktoren tragen zu der Entstehung des Körperbildes bei, wobei die kulturelle Sozialisation, die alle soziokulturellen Vorstellungen über die Bedeutung des menschlichen Erscheinungsbildes und über den menschlichen Körper einer Kultur beinhaltet, den wichtigsten Faktor darstellt. Außerdem zählen alle zwischenmenschlichen Erfahrungen, besonders die der Primärfamilie und unter Gleichaltrigen, alle physische Veränderungen und Eigenschaften beispielsweise chronische Erkrankungen, Behinderungen, Schwangerschaften und Persönlichkeitsfaktoren, beispielsweise das Internalisieren des soziokulturellen Schlankheitsideals oder frühe körperliche Reife, zu weiteren wichtigen Faktoren des Körperbildes (Cash, 2005).

Das individuelle Körperbild wird demnach von persönlichen, internalen Einflussfaktoren und Gegebenheiten aber auch von äußeren, externalen sozialen und kulturellen Faktoren beeinflusst. Das Körperbild kann aber auch durch sogenannte Resilienzfaktoren, vor negativen Einflüssen geschützt werden. Dazu zählen beispielsweise sich in der eigenen Geschlechterrolle wohl zu fühlen, von den Eltern akzeptiert zu werden und eine positive Einstellung gegenüber sich selbst und seiner Gesundheit zu haben (Barker & Galambos, 2003; Choate, 2005; Ohring, Graber & Brooks-Gunn, 2002).

2.1.5 Selbstbild

Das Selbstbild oder auch Selbstkonzept genannt umfasst das Wissen, das eine Person über sich selbst hat, welches im Langzeitgedächtnis gefestigt ist. Es ist abhängig von den Ansichten, die man über sich selbst hat. Das Selbstbild umfasst unter anderem individuelle Aspekte wie das Aussehen, Eigenschaften, Wünsche und Meinungen. Außerdem birgt es das Wissen bezüglich sozialer Beziehungen, beispielsweise Familie und Freunde, die Zugehörigkeit zu verschiedenen Kategorien, beispielsweise das Geschlecht und über diverse innere Abläufe, beispielsweise aller Art von Emotionen (Herkner, 1996).

Das Selbst beziehungsweise Selbstbild definiert Asendorpf (2007) wie folgt: „Psychologische Aspekte der eigenen Person werden in der Psychologie als das Selbst bezeichnet. Dazu gehört vor allem das subjektive Bild von der eigenen

Person (das Selbstkonzept) und die Bewertung der eigenen Person (das Selbstwertgefühl)“ (Asendorpf, 2007, S. 252).

Das Selbstbild ist trotz der Gleichartigkeit zum Fremdbild von diesem abzugrenzen, da das Selbstbild erheblich umfangreicher und genauer als das Fremdbild ist. Eine Person hat nämlich eine viel größere Erkenntnis über sich selbst und kennt sich viel besser als eine andere Person (Herkner, 1996).

2.1.6 Selbstwert

Der Selbstwert stellt die Wertschätzung, die eine Person selbst für ihre individuellen Eigenschaften, Fähigkeiten und Verhaltensweisen hat, dar (Woolfolk, 2008).

Rosenberg (1979) versteht unter dem Selbstwert „die positive oder negative Bewertung der eigenen Person“, weshalb der Selbstwert als Einstellung zu sich selbst gesehen werden kann. Für diese Selbstbewertung braucht eine Person ein umfangreiches Wissen über sich selbst und die damit verbundene Befähigung zu Selbstbewusstsein und -erkenntnis. Die Selbstbewertung setzt sich somit aus zwei Komponenten zusammen, zum einen der emotionalen und zum anderen der kognitiven Komponente (Scholl & Sydow, 2002).

Unterschieden wird außerdem zwischen dem expliziten und dem impliziten Selbstwert. Der explizite Selbstwert entsteht durch die bewusste und rationale Verarbeitung von selbst-bezogenen Informationen. Der implizite Selbstwert bildet sich durch die Verwertung von automatischen und intuitiven affektiven Erlebnissen (Schröder-Abé, Rudolph, Schütz, & Wiesner, 2007). Beide Komponenten des Selbstwertes bilden sich auf Grundlage der Interaktion mit Anderen, wobei sich implizite Annahmen bezüglich des Selbst bereits in frühester Kindheit und explizite Annahmen erst später bilden (DeHart, Pelham & Tennen, 2006).

2.1.7 Selbstwertgefühl

Das Selbstwertgefühl bezeichnet die „subjektive Bewertung der eigenen Persönlichkeit, die Zufriedenheit mit sich selbst“ (Asendorpf, 2007, S. 265). Es

entsteht zum einen aus den Generalisierungen der erfahrungsabhängigen Selbstbewertungen (Haußer, 1995) und der Gesamtheit der Selbsteinschätzungen (Frey & Benning, 1983). Außerdem ist das Selbstwertgefühl von der eigenen Bewertung einzelner Situationen und Geschehnissen geprägt und ist somit aus sozialpsychologischer Betrachtungsweise als sozial-abhängig einzustufen (Frey & Benning, 1983).

Nach Branden (2010) umfasst das Selbstwertgefühl zwei Komponenten, die in wechselseitigem Zusammenhang stehen. Zum einen die Selbstwirksamkeit, „ein Gefühl von Urvertrauen angesichts der Herausforderungen des Lebens“ und zum anderen die Selbstachtung, „ein Gefühl, daß man es wert ist und verdient, glücklich zu sein“. Die Selbstwirksamkeit und Selbstachtung gelten daher als Stützen des Selbstwertgefühls und zeichnen dieses aus. Wenn eine der beiden Stützen nicht vorhanden ist, gilt das als Gefährdung für das Selbstwertgefühl (Branden, 2010).

Eine Person mit einem stark positiv ausgeprägten Selbstwertgefühl, gilt als zufriedener mit ihrem Leben und der damit verbundenen Rolle darin. Dieses positive Selbstwertgefühl setzt sich unter anderem aus Selbstzufriedenheit, Selbstakzeptanz und Selbstvertrauen zusammen (Menze-Sonneck, 1998). Ein geringes oder negativ ausgeprägtes Selbstwertgefühl führt dementsprechend zu einem Gefühl des Unwohlseins und Deplatziertheit (Branden, 2010).

2.1.8 Sexuelle Zufriedenheit

Ein Individuum gilt dann als sexuell zufrieden, wenn es eine unzweifelhafte subjektive Gewissheit darüber besitzt, ob es mit der eigenen Sexualität zufrieden ist oder nicht (Derogatis & Melisaratos, 1979; Renaud, Byers & Pan, 1997). Demnach lässt sich die sexuelle Zufriedenheit mit einer einzelnen Frage beantworten und ist somit immer eine subjektive Einschätzung (Zhou, Hofman, Gooren & Swaab, 1995).

Das Interpersonal Exchange Model of Sexual Satisfaction (Lawrence & Byers, 1995) geht beispielsweise davon aus, dass die sexuelle Zufriedenheit anhand der Kosten und Gewinne, die mit der sexuellen Interaktion zusammenhängen und die Zufriedenheit mit der Beziehung in Verbindung steht.

Für die Definition der sexuellen Zufriedenheit als überdauerndes Gefühl muss die aktuelle sexuelle Befriedigung abgetrennt werden. Bei der aktuellen sexuellen Befriedigung geht es nämlich lediglich um einen kurzfristigen emotionalen Impuls, der situationsspezifisch auf Bedürfnisbefriedigungen beruht. Die überdauernde sexuelle Zufriedenheit ergibt sich aus der Fähigkeit, das Sexualleben in nicht sexuelle Aspekte der Beziehung zu integrieren, aus einer guten Balance der partnerschaftlichen Sexualität, sowie aus den eigenen Erwartungen an das Sexualleben. Sexuelle Zufriedenheit kann demnach trotz sexueller Dysfunktionen entstehen und eine Abwesenheit von Dysfunktionen garantiert nicht direkt sexuelle Zufriedenheit (Levine, 1992).

2.2 Herleitung der Fragestellung

Im Rahmen der vorliegenden Masterarbeit wurde bisher der aktuelle Stand der Forschung bezüglich der Veränderung von Selbstwert, Selbstbild und sexueller Zufriedenheit vor und nach einer Brustoperation beleuchtet.

Die Konstrukte Selbstwert, Selbstbild und sexuelle Zufriedenheit stehen hierbei in direkter Beziehung zu der Brustoperation. Die prä-post Veränderung soll anhand mehrerer Hypothesen untersucht werden.

Basierend auf den theoretischen Annahmen und bisherigen empirischen Befunden lassen sich für die vorliegende Studie folgende Hypothesen ableiten:

H1: Frauen die sich einer Brustoperation unterzogen haben, sind im Vergleich prä- vs. postoperativ signifikant zufriedener mit ihrem Sexualleben.

H2: Frauen die sich einer Brustoperation unterzogen haben, weisen im Vergleich prä- vs. postoperativ einen signifikant höheren Selbstwert auf.

H3: Frauen die sich einer Brustoperation unterzogen haben, haben im Vergleich prä- vs. postoperativ ein signifikant positiveres Selbstbild.

H4: Frauen die sich einer Brustoperation unterzogen haben, weisen im Vergleich prä- vs. postoperativ eine signifikant höhere Partnerschaftszufriedenheit auf.

H5: Frauen die sich einer Brustoperation unterzogen haben, haben im Vergleich prä- vs. postoperativ ein signifikant größeres Wohlbefinden sich in Bademode und Unterwäsche zu zeigen.

Die konkrete Fragestellung lautet: *„Inwiefern verändert sich das Selbstbild, der Selbstwert und die sexuelle Zufriedenheit bei Frauen vor und nach ihrer geplanten Brustoperation?“*.

3 Methodik

In diesem Abschnitt wird die empirische Bearbeitung der Hypothesen dargestellt. Es wird auf die Stichprobe, die verwendeten Messinstrumente, den Studienablauf, das statistische Verfahren und die Durchführung der Untersuchung eingegangen.

3.1 Literaturrecherche

Die systematische Literaturrecherche erfolgte bereits im März 2020. Nach Festlegung der konkret formulierten Fragestellung begann die Suche in den Datenbanken: Psychinfo, Psynindex, ResearchGate und Pubmed. Ebenfalls wurden Google Scholar und die Universitätsbibliotheken (Medical School Hamburg und Universität Hamburg) bei der Literaturrecherche zur Hilfe herangezogen. Schlagwörter, wie: „Sexualität, sexuality, sexuelle Zufriedenheit, sexual satisfaction, Brustoperation, Mammaaugmentation, breast operation, Selbstwert, self-esteem, Selbstwertgefühl, Selbstbild, Körperbild, Partnerschaft, relationship, ästhetische Operation, plastisch-ästhetischer Eingriff“ wurden verwendet, um alle Themenbereiche der Fragestellung abzudecken und die bestmögliche Anzahl an Treffern zu erhalten.

3.2 Untersuchungsdesign

Bei dem für diese Erhebung ausgewählten Studiendesign handelt es sich um ein Ein-Gruppen Prä-Post-Design, das heißt es wurde eine Messwiederholung mit den selben Probandinnen anhand derselben Fragebögen zu zwei unterschiedlichen Zeitpunkten durchgeführt. Die empirische Untersuchung an den Patientinnen erfolgte zweimal, ein Fragebogen für vor der Operation und ein Fragebogen für nach der Operation, sowohl prospektiv und retrospektiv, mittels der in *Abschnitt 3.5* vorgestellten Fragebögen zur Selbsteinschätzung. Es handelt sich um eine nicht-randomisierte und nicht-kontrollierte Untersuchung. Die Methodik wurde vor Studienbeginn festgelegt und wurde während des Messzeitraums nicht mehr verändert.

3.3 Probandengenerierung

Für die geplante Studie wurden Frauen ab 18 Jahren, die sich entweder bereits einer Brustoperation unterzogen hatten oder kurz vor ihrer Operation standen, einmal für die Zeit vor der Operation und einmal für die Zeit nach der Operation anhand des selben Fragebogens hinsichtlich der Konstrukte sexuelle Zufriedenheit, Selbstwert und Selbstbild befragt. Eingeschlossen in die Studie wurden nur Probandinnen die sich einer rein ästhetischen Augmentation der Brüste zur Behandlung von beispielsweise: Mammahypoplasie (Mikromastie), Mammaaplasie, Mammaasymmetrie, Tubulären Brüsten unterzogen hatten. Frauen mit einer Rekonstruktion der Brust nach einer Krebserkrankung wurden beispielsweise aus der Studie ausgeschlossen, da andere Motive und Operationsmethoden hinter dem Eingriff stehen.

3.4 Studiendurchführung

Die Probandinnen wurden anhand drei plastischer Chirurgen aus Hamburg (Dr. Med. Christina Brunner, Dr. Med. Carolin Eimer und Dr. Med. Bernd Klesper) sowie im privaten Umfeld generiert. Patientinnen die ihre Brustoperation bereits durchgeführt hatten, bekamen beide Fragebögen gleichzeitig ausgehändigt und

sollten den einen mit ihren Erfahrungen vor der Operation und den zweiten aus jetziger Sicht beantworten. Patientinnen bei denen die Operation erst bevorstand bekamen vor ihrer Operation den ersten Fragebogen und 5 bis 6 Monate nach der Operation den zweiten Fragebogen bei der Kontrolluntersuchung. Die Fragebogenerhebung (siehe *Abschnitt 3.5 Erhebungsinstrumente*) wurde mit Hilfe des Paper-Pencil-Verfahrens, indem die Fragebögen in der Praxis von den Chirurgen ausgehändigt wurden, ausgefüllt. Ebenfalls bestand die Möglichkeit online via Unipark an der Studie teilzunehmen. Die Befragung fand vom 01.03.2020 bis zum 10.12.2021 statt. Zu Beginn der Umfrage wurden die Teilnehmer über die Datenschutzrichtlinien aufgeklärt und mussten vor Beginn des Fragebogens zustimmen. Im nächsten Schritt wurde eine kurze Einleitung und Erklärung zum Studieninhalt gegeben. Die Erhebungsdauer betrug circa 10 Minuten.

3.5 Erhebungsinstrumente

Zur Untersuchung der Fragestellung der vorliegenden Arbeit über die Veränderung der Konstrukte Selbstwert, Selbstbild und sexuelle Zufriedenheit vor und nach einer Brustoperation bei Frauen wurde der Selbstwert mithilfe der Multidimensionalen Selbstbeschreibungsskala, (Schütz, Rentzsch & Sellin, 2016), im folgenden *MSWS* genannt, das Selbstbild mittels des Dresdner Körperbildfragebogen (Pöhlmann, Thiel & Joraschky, 2008), im folgenden *DKB-35* genannt und die sexuelle Zufriedenheit mit dem Sexual Desire Inventory (Kuhn, Koenig, Donoghue, Hillecke & Warth, 2014), im folgenden *SDI-2* genannt, sowie dem Fragebogens zur Lebenszufriedenheit (Fahrenberg, Myrtek, Schumacher, Brähler, 2000), im folgenden *FLZ* genannt, mit der Subskala „Sexualität“, erhoben. Die verwendeten Fragebögen und ihre einzelnen Bestandteile zur Erhebung der drei Konstrukte werden im Folgenden näher erläutert.

3.5.1 Messinstrument zur Erfassung des Selbstwerts

Der Selbstwert wurde anhand der *MSWS* (Schütz, Rentzsch & Sellin, 2016) erhoben. Der *MSWS* basiert auf einem hierarchischen Mehr-Facettenmodell der

Selbstwertschätzung und umfasst insgesamt 32 Items. Diese 32 Items werden in sechs Facetten erfasst: 1. Emotionale Selbstwertschätzung (*ESWS*), 2. Soziale Selbstwertschätzung – Sicherheit im Kontakt (*SWKO*), 3. Soziale Selbstwertschätzung – Umgang mit Kritik (*SWKR*), 4. Leistungsbezogene Selbstwertschätzung (*LSWS*), 5. Selbstwertschätzung physische Attraktivität (*SWPA*), 6. Selbstwertschätzung Sportlichkeit (*SWSP*). Für die Auswertung werden aber nur die Subskalen *ASW* (Allgemeine Selbstwertschätzung) und *KSW* (Körperbezogene Selbstwertschätzung) unterteilt. Die internen Konsistenzen für die Subskalen liegen zwischen $\alpha = .76$ und $\alpha = .87$ und der Retest-Reliabilitätskoeffizient reichte von $r_{tt} = .69$ bis $r_{tt} = .82$.

Auf Grundlage von Untersuchungen mit klinischen Gruppen und Befunden aus mehreren Bereichen der Psychologie zum Beispiel der Gesundheitspsychologie, der Sportpsychologie, Personalpsychologie ecetera, können die Validitätswerte als gut bezeichnet werden. Zudem gibt es Nachweise, dass das Verfahren für die Veränderungsmessung geeignet ist. Grundlage der neuen Normierung ist eine Jugendlichenstichprobe von $N = 672$ Personen, sowie eine Erwachsenenstichprobe von $N = 636$ Personen. Die vorliegenden Normen umfassen sowohl Mädchen und Jungen, sowie Männer und Frauen aus verschiedenen Altersbereichen.

3.5.2 Messinstrument zur Erfassung der sexuellen Zufriedenheit

Die Zufriedenheit mit der Sexualität beziehungsweise dem Sexualleben wurde anhand des *SDI-2* (Kuhn, Koenig, Donoghue, Hillecke & Warth, 2014) erhoben. Das *SDI-2* ist die deutschsprachige 10-Item-Kurzversion des 14-Item *SDI-2* von Spector, Carey & Steinberg (1996) und erhebt spezifisch das sexuelle Verlangen einer Person. Bei der Auswertung wird zwischen zwei Faktoren unterschieden: der Faktor 1 bezieht sich auf das sexuelle Verlangen mit Interaktion, das heißt es wird der Wunsch nach sexueller Aktivität mit einem Partner erfragt. Faktor 2 bezieht sich auf das Verlangen ohne Interaktion, das heißt es wird das sexuelle Verlangen mit sich selbst erfasst. Die internen Konsistenzen für die Subskalen liegen zwischen $\alpha = .78$ und $\alpha = .87$ und die Stabilitäten liegen zwischen $r_{tt} = .76$ und $r_{tt} = .83$. Der ins deutsche übersetzte Fragebogen wurde anhand einer Stichprobe von

$N = 156$ Personen auf seine psychometrischen Eigenschaften untersucht.

Die Zufriedenheit mit der Sexualität wurde außerdem anhand des *FLZ* (Fahrenberg, Myrtek, Schumacher, Brähler, 2000) mit der Subskala „Sexualität“, erhoben. Die Subskala besteht aus 7 Items, die auf einer 7-stufigen Ratingskala (von „sehr unzufrieden“ bis „sehr zufrieden“) von den Patientinnen beantwortet werden müssen. Beispielitems für die Subskala „Sexualität“ sind: „Mit der Häufigkeit meiner sexuellen Kontakte bin ich ...“. Die interne Konsistenz der Skala liegt zwischen $\alpha = .82$ und $\alpha = .95$. Anhand mehrerer Faktorenanalysen, sowie die Beziehung der Skalen zu anderen Persönlichkeitsmerkmalen kann die Validität als gesichert bezeichnet werden. Die Normierung umfasst eine Stichprobe von $N = 2.870$ Personen im Alter von 14 bis 92 Jahren und ist somit bevölkerungsrepräsentativ. Zudem existierten Normen, welche in sieben Altersgruppen und geschlechtsspezifisch gegliedert sind.

3.5.3 Messinstrument zur Erfassung Selbstbilds

Zur Erfassung des Selbstbilds wurde der *DKB-35* (Pöhlmann, Thiel & Joraschky, 2008) genutzt, der die subjektive Einstellung gegenüber des eigenen Körperbildes erfasst. Der *DKB-35* erfasst insgesamt 5 Komponenten des Körperbildes: darunter zählen: Vitalität, Selbstakzeptanz, Körpernarzissmus, Körperkontakt und Sexuelle Erfüllung, wobei für die Datenerhebung die Subskala der Selbstakzeptanz ausreichend war. Die Antworten können anhand einer 5-stufigen Likert-Skala beantwortet werden, welche von „1= gar nicht“ bis „5 = völlig“ reicht. Die interne Konsistenzen für die Subskala liegt bei $\alpha = .93$. Die Objektivität des *DKB-35* ist durch die standardisierten Instruktion und Nominierung im Hinblick auf die Durchführung, Auswertung und Interpretation gegeben. Für die Stabilität ergab sich $r_{tt} = .82$ und $r_{tt} = .91$ über einen Zeitraum von sieben Tagen. Die Normwerte basieren auf einer Stichprobe von $N = 2.520$ Personen im Alter von 14 und 95 Jahren. Es liegen sowohl geschlechts- sowie altersspezifische Normwerte vor.

3.6 Zusätzlich erfragte Daten

Für die Studie wurden zunächst soziodemografische Daten, wie Alter, Anzahl der Kinder sowie Partnerschaft und die damit verbundene Partnerschaftszufriedenheit erfragt. Die Beschäftigung mit dem eigenen Körper kommt in der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie besonders zur Geltung und der Entschluss zu einer Operation wird durch die Unzufriedenheit mit einem oder mehreren Körpermerkmalen getroffen. Daher ist es sinnvoll, die Zufriedenheit beziehungsweise Unzufriedenheit mit dem eigenen Äußeren in einzelne Körperteile aufgeteilt in die Berechnung der Studie einzubeziehen. Deshalb wurde die subjektiv empfundene äußere Erscheinung anhand gezielter Körperbereiche abgefragt, das heißt die Patientin wurde gefragt wie sie ihre Beine, Po, Bauch, Gesicht, Brust et cetera findet, indem sie sie auf einer 7-stufigen Skala (-3 hässlich bis 3 sehr attraktiv) bewertete. Es wurde außerdem erhoben, an welchen Körperteilen sich die Patientin besonders ungern von dem Partner berühren lässt und wie sie sich in Unterwäsche, Bademode und nackt, ebenfalls auf einer 7-stufigen Skala (-3 hässlich bis 3 sehr attraktiv) bewertet, findet. Um die prä- und post ausgefüllten Fragebögen für die Auswertung den selben Probandinnen zuordnen zu können, musste jeweils ein individueller vierstelliger Code erstellt werden.

3.7 Statistische Auswertungsverfahren

Anhand einer zu Beginn der Datenerhebung durchgeführten A Priori G*Power Analyse wurde eine Stichprobengröße von $N = 44$ Probandinnen angestrebt. Die erhobenen Daten wurden in ein statistisches Auswertungsprogramm übertragen und dort weiter verwendet. Die statistische Auswertung erfolgt anhand der Statistik- Software SPSS 25 und beinhaltet die deskriptive Statistik sowie den t-Test für abhängige beziehungsweise verbundene Stichproben. Anhand der univariaten Auswertung sollte getestet werden, ob und wie sich die Messwerte zu den zwei Messzeitpunkten unterschieden. Für den t-Test für abhängige Stichproben wurde sich entschieden, da dieser testet, ob die Mittelwerte zweier abhängiger Stichproben verschieden sind.

Es wird von abhängigen oder verbundenen Stichproben gesprochen, wenn zwei Messwerte aus unterschiedlichen Gruppen sich gegenseitig beeinflussen. In dieser Studie stammen die Messwerte von der gleichen Probandin, die ihre erste Messung vor und ihre zweite Messung nach der Brustoperation hatte und diese verglichen werden sollten. Voraussetzungen für den t-Tests für abhängige Stichproben sind, dass die Variablen intervallskaliert sind, die verschiedenen Messwertpaare voneinander unabhängig sind und dass die Unterschiede zwischen den verbundenen Testwerten in der Grundgesamtheit normalverteilt sind (Bortz & Schuster, 2010).

Die Teststatistik t berechnet sich wie folgt:

$$t = \frac{\bar{x}_d}{\text{Standardfehler der Mittelwertsunterschiede}} = \frac{\bar{x}_d}{\hat{\sigma}_{\bar{x}_d}} = \frac{\bar{x}_d}{\sqrt{\frac{\sum_{i=1}^n (d_i - \bar{x}_d)^2}{(n-1)n}}}$$

$df = n - 1$

Abb. 2: Formel des t-Tests

In dem Forschungsprojekt wurden die Regeln guter Wissenschaftlicher Praxis der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG) und des Bundesministeriums für Bildung und Forschung (BMBF) ausdrücklich anerkannt und eingehalten.

4 Ergebnisse

In diesem Abschnitt wird zunächst auf die deskriptive Statistik eingegangen und die erhobenen Fragen zum Körpergefühl werden beleuchtet.

Danach folgt die Darstellung der Ergebnisse, die für die Hypothesenprüfung relevant sind.

4.1 Deskriptive Datenanalyse

Im Rahmen der Datenerhebung wurden 100 Fragebögen an Patientinnen ausgeteilt, wobei nur $N = 62$ Frauen die Fragebögen ausgefüllt zurückgaben. Die

Befragung wurde dementsprechend von 38 Teilnehmerinnen frühzeitig abgebrochen oder gar nicht begonnen. Von den $N = 62$ Teilnehmerinnen mussten einige Daten bereinigt werden, da es sich entweder um lückenhaft oder falsch ausgefüllte Fragebögen handelte, eingetragenen Daten nicht erkennbar waren oder der Fragebogen nur präoperativ und nicht postoperativ ausgefüllt wurde. Nach der Selektion des Datensatzes blieb eine tatsächliche Stichprobe von $N = 47$ Frauen übrig. Die Stichprobe setzt sich zu 100% aus Frauen zusammen. Zudem wurde das Alter der Frauen erfasst. Das Durchschnittsalter der Probandinnen liegt bei $M = 31.43$ Jahren mit einer Standardabweichung von $SD = 10.174$ Jahren bei einer Spanne von $R = 19$ bis 58 Jahren. Insgesamt hatten 28 der Probandinnen keine Kinder und 19 Probandinnen mindestens ein Kind. Zehn der 19 Probandinnen haben ein Kind, sieben Probandinnen haben zwei Kinder und jeweils eine Probandin hat drei und vier Kinder. 37 der Probandinnen befinden sich in einer Partnerschaft, davon neun ohne zusammen wohnen, 27 mit zusammen wohnen und eine Probandin gab an sich in einer lockeren Freundschaft-plus Partnerschaft zu befinden. Zehn der Probandinnen gaben an Single zu sein, wobei zwei davon regelmäßige flüchtige und kurze Bekanntschaften haben. Sowohl die Anzahl der Kinder als auch der Partnerschaftsstatus veränderte sich bei keiner Probandin im Vergleich prä-versus postoperativ.

4.1.2 Deskriptive Statistik der Messinstrumente

Zunächst werden die einzelnen deskriptiv berechneten Statistiken der Konstrukte dargestellt, bevor sie in den Vergleich zueinander gestellt werden. Für die Gruppen prä- versus postoperativ wurde jeweils der Mittelwert und die Standardabweichung der vier verwendeten Fragebögen berechnet und gegenüber gestellt. Die Mittelwertvergleiche sind in *Tabelle 1* zusammengefasst.

Für die Berechnung der Selbstwerts mussten zunächst die Items eins, zwei, vier, fünf, sechs, sieben, neun, zehn, zwölf, vierzehn, sechzehn, siebzehn, achtzehn, zwanzig, einundzwanzig, zweiundzwanzig, dreiundzwanzig, vierundzwanzig,

fünfundzwanzig, achtundzwanzig, neunundzwanzig, dreißig und zweiunddreißig der *MSWS* transformiert werden, da diese Items bei zustimmenden Antworten, inhaltlich negative Einschätzungen anzeigen. Der *MSWS* unterscheidet mehrere verschiedene Dimensionen des Selbstwerts und unterteilt das Konstrukt in unterschiedliche Faktoren. Deshalb ist es bei der Auswertung empfehlenswert, die Dimensionen einzeln zu berechnen, statt einen gemeinsamen Wert zu bestimmen.

Aufgrund dessen werden die Ergebnisse der verschiedenen Dimensionen getrennt voneinander aufgezeigt. Nachdem die Items transformiert waren, wurden deshalb zunächst zwei Subskalen des Selbstwerts gebildet. Es wurde unterschieden zwischen der allgemeinen Selbstwertschätzung (*ASW*) und der körperbezogenen Selbstwertschätzung (*KSW*). Dann wurde der Mittelwert des Selbstwerts jeweils prä- und postoperativ berechnet. Die deskriptive Statistik ergab für die Subskala *ASW* „präoperativ“ einen Mittelwert von $M = 4.846$ mit einer Standardabweichung von $SD = 1.113$ und für *ASW* „postoperativ“ einen Mittelwert von $M = 5.344$ mit einer Standardabweichung von $SD = .985$. Bei der Subskala *KSW* „präoperativ“ ergab sich ein Mittelwert von $M = 4.376$ mit einer Standardabweichung von $SD = 1.076$ und für *ASW* „postoperativ“ einen Mittelwert von $M = 5.061$ mit einer Standardabweichung von $SD = .977$.

Bei dem *DKB-35* mussten ebenfalls zunächst die Items fünf bis acht transformiert werden, da diese Items bei zustimmenden Antworten, inhaltlich negative Einschätzungen anzeigen. Bei der Berechnung ergab sich anschließend für „präoperativ“ ein Mittelwert von $M = 2.617$ mit einer Standardabweichung von $SD = .689$ und für „postoperativ“ einen Mittelwert von $M = 3.611$ mit einer Standardabweichung von $SD = .605$.

Die Sexualität wurde mittels zwei Fragebögen erhoben um zum einen die sexuelle Zufriedenheit und zum anderen das sexuelle Verlangen erheben zu können.

Für die sexuelle Zufriedenheit, die anhand des *FLZ* erhoben wurde ergab sich „präoperativ“ ein Mittelwert von $M = 4.057$ mit einer Standardabweichung von

$SD = .453$ und für „postoperativ“ einen Mittelwert von $M = 4.939$ mit einer Standardabweichung von $SD = .709$.

Der *SDI-2*, für die Erhebung des sexuellen Verlangens ergab „präoperativ“ einen Mittelwert von $M = 3.610$ mit einer Standardabweichung von $SD = 1.006$ und „postoperativ“ einen Mittelwert von $M = 4.095$ mit einer Standardabweichung von $SD = .744$.

Tabelle 1: Mittelwertvergleiche der Konstrukte prä- versus postoperativ

	Selbstwert		Selbstbild	Sexualität	
	ASW <i>M(SD)</i>	KSW <i>M(SD)</i>	DKB-35 <i>M(SD)</i>	FLZ <i>M(SD)</i>	SDI-2 <i>M(SD)</i>
Präoperativ	4.846 (1.113)	4.376 (1.076)	2.617 (.689)	4.057 (.453)	3.610 (1.006)
Postoperativ	5.58 (1.51)	5.061 (.977)	3.611 (.605)	4.939 (.709)	4.096 (.744)

Notiz*: ASW = Allgemeine Selbstwertschätzung; KSW = Körperbezogene Selbstwertschätzung; DKB-35 = Dresdner Körperbildfragebogen; FLZ = Fragebogen zur Lebenszufriedenheit; SDI-2 = Sexual Desire Inventory
Notiz**: *M*: Mittelwert; *SD*: Standardabweichung

Für die Interpretation der Daten ist hinzuzufügen, dass je höher der Skalenwert der Ergebnisse der Fragebögen ausfällt, das jeweilige Konstrukt dementsprechend stärker ausgeprägt ist.

4.2 Hauptergebnisse

Wie bereits in *Abschnitt 3.7* beschrieben, werden die Hypothesen anhand eines t-Tests für abhängige Stichproben geprüft. Vor der Berechnung des t-Tests wurden die Daten auf die Voraussetzungen für den t-Test mit abhängigen Stichproben untersucht. Die Prüfung hat ergeben, dass alle Voraussetzungen für die Berechnung erfüllt sind. Die beiden Gruppen sind abhängig voneinander, die Werte sind metrisch und es liegt eine Normalverteilung vor. Zur Analyse der vorliegenden Daten, werden die Mittelwerte prä- sowie postoperativ verglichen und Cohens d ermittelt. Die Effektstärken teilen sich folgendermaßen ein: $|d| = 0.2$ entspricht einem kleinen Effekt, $|d| = 0.5$ entspricht einem mittleren Effekt, $|d| = 0.8$ entspricht einem großen Effekt.

Anhand des Mittelwertvergleiches der Partnerschaftszufriedenheit prä- versus postoperativ soll überprüft werden ob und in welcher Weise sich die Partnerschaftszufriedenheit bei den Frauen vor und nach ihrer Brustoperation verändert hat. Die Abfrage erfolgte anhand einer 7-stufigen Likert-Skala wobei -3 = *sehr unglücklich* und 3 = *sehr glücklich* bedeutet. Da sich nur 37 von den 47 Probandinnen in einer Partnerschaft befinden wurden die zehn Probandinnen ohne Partnerschaft für diese Berechnung ausgeschlossen.

Es ergab sich „präoperativ“ einen Mittelwert von $M = 2.28$ mit einer Standardabweichung von $SD = .974$ und „postoperativ“ ein Mittelwert von $M = 2.69$ mit einer Standardabweichung von $SD = .467$. In der gepaarten Differenz ergibt sich ein Mittelwert von $M = -.417$ mit einer Standardabweichung von $SD = .806$. Der t-Wert beträgt $t(35) = -3.101$ mit einer Signifikanz von $p = .004$. Um die Effektstärke d zu ermitteln ist folgende Rechnung notwendig:

$$d = |-.417| : .806 = 0.517$$

Es handelt sich hierbei um einen Effekt mittlerer Größe, $d = 0.517$.

Tabelle 2: Mittelwertvergleich Partnerschaftszufriedenheit prä- versus postoperativ

Partnerschaftszufriedenheit	
	$M(SD)$
Präoperativ	2.28 (.974)
Postoperativ	2.69 (.467)

Notiz*: M : Mittelwert; SD : Standardabweichung

Als nächstes wurde getestet ob und inwiefern es einen prä- versus postoperativen Unterschied gibt, hinsichtlich des Wohlbefindens wenn die Probandinnen sich in Unterwäsche und Bademode zeigen. Dieses Item wurde anhand einer 7-stufigen Likert-Skala wobei -3 = *starke Ablehnung (nein)* und 3 = *starke Zustimmung (ja)* bedeutet, erhoben.

Es ergab sich „präoperativ“ ein Mittelwert von $M = .446$ mit einer Standardabweichung von $SD = 1.307$ und „postoperativ“ ein Mittelwert von $M = 2.191$ mit einer Standardabweichung von $SD = .621$. In der gepaarten Differenz

ergibt sich ein Mittelwert von $M = -1.744$ mit einer Standardabweichung von $SD = 1.127$. Der t-Wert beträgt $t(46) = -10.612$ mit einer Signifikanz von $p = .000$.

$$d = |-1.744| : 1.127 = 1.547$$

Es handelt sich hierbei um einen großen Effekt, $d = 1.547$.

Tabelle 3: Mittelwertvergleich Wohlbefinden in Bademode und Unterwäsche prä- versus postoperativ

Wohlbefinden in Bademode und Unterwäsche	
	<i>M(SD)</i>
Präoperativ	0.446 (1.307)
Postoperativ	2.191 (.621)

Notiz*: *M*: Mittelwert; *SD*: Standardabweichung

Tabelle 4: Vergleich der Ergebnisse des t-Tests

	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>T</i>	<i>df</i>	<i>Sig. (2-seitig)</i>
Selbstwert ASW	-.498	.551	-6.196	46	.000
Selbstwert KSW	-.685	.669	-7.019	46	.000
Sexualität FLZ	-.881	.672	-8.980	46	.000
Sexualität SDI-2	-.485	.658	-5.049	46	.000
Bademode und Unterwäsche	-1.744	1.127	-10.612	46	.000
Selbstbild	-.994	.801	-8.511	46	.000
Partnerschaftszufriedenheit	-.417	.806	-3.101	35	.004

Notiz*: *M*: Mittelwert der post minus prä -Subtraktion; *SD*: Standardabweichung; *T*: t-Wert; *df*: Freiheitsgrad; *Sig.*: Signifikanz

Die Veränderung hinsichtlich der Sexualität der Probandinnen prä- versus postoperativ wurde anhand zwei Fragebögen erhoben. Für das sexuelle Verlangen, welches anhand des *SDI-2* erhoben wurde, ergab sich ein t-Wert von $t(46) = - 5.049$, $p = .000$ (für den Mittelwertvergleich siehe *Tabelle 1*). In der gepaarten Differenz ergibt sich ein Mittelwert von $M = - .485$ mit einer Standardabweichung von $SD = .658$.

$$d = |- .485| : .658 = 0.737$$

Es handelt sich hierbei um einen großen Effekt, $d = 0.744$.

Die sexuelle Zufriedenheit, erhoben mithilfe der Subskala „Sexualität“ des FLZ, ergab einen t-Wert von $t(46) = - 8.980$, $p = .000$ (für den Mittelwertvergleich siehe *Tabelle 1*). In der gepaarten Differenz ergibt sich ein Mittelwert von $M = - .881$ mit einer Standardabweichung von $SD = .672$.

$$d = |- .881| : .672 = 1.311$$

Es handelt sich hierbei um einen großen Effekt , $d = 1.311$.

Für das Selbst- beziehungsweise Körperbild ergibt sich ein t-Wert von $t(46) = - 8.511$, $p = .000$ (für den Mittelwertvergleich siehe *Tabelle 1*). In der gepaarten Differenz ergibt sich ein Mittelwert von $M = - .994$ mit einer Standardabweichung von $SD = .801$.

$$d = |- .994| : .801 = 1.240$$

Es handelt sich hierbei um einen großen Effekt, $d = 1.240$.

Der Selbstwert, erhoben anhand der *MSWS* wurde für die Berechnung in zwei Subskalen unterteilt. Für die Subskala *ASW* ergibt sich ein t-Wert von $t(46) = - 6.196$, $p = .000$ (für den Mittelwertvergleich siehe *Tabelle 1*). In der gepaarten Differenz ergibt sich ein Mittelwert von $M = - .498$ mit einer Standardabweichung von $SD = .551$.

$$d = |- .498| : .551 = .903$$

Es handelt sich hierbei um einen großen Effekt, $d = .903$.

Für die zweite Subskala *KSW* ergibt sich ein t-Wert von $t(46) = - 7.019$, $p = .000$ (für den Mittelwertvergleich siehe *Tabelle 1*). In der gepaarten Differenz ergibt sich ein Mittelwert von $M = - .685$ mit einer Standardabweichung von $SD = .669$.

$$d = |-.685| : .669 = .758$$

Es handelt sich hierbei um einen großen Effekt, $d = .758$.

4.3 Nebenergebnisse

Es wurde zudem erhoben inwiefern sich die Zufriedenheit mit der eigenen Brust vor und nach der Brustoperation verändert hat. Die Abfrage erfolgte anhand einer 7-stufigen Likert-Skala wobei - 3 = *hässlich bis 3 sehr attraktiv* bedeutet. Für die Zufriedenheit mit der eigenen ergab sich „präoperativ“ einen Mittelwert von $M = -1.76$ mit einer Standardabweichung von $SD = 1.122$ und „postoperativ“ ein Mittelwert von $M = 2.70$ mit einer Standardabweichung von $SD = .462$. In der gepaarten Differenz ergibt sich ein Mittelwert von $M = -4.489$ mit einer Standardabweichung von $SD = 1.159$. Der t-Wert beträgt $t(46) = -26.565$ mit einer Signifikanz von $p = .000$. Die Effektstärke d berechnet sich folgendermaßen:

$$d = |-4.489| : 1.159 = 3.873$$

Es handelt sich hierbei um einen großen Effekt, $d = 0.517$.

Tabelle 5: Mittelwertvergleich Zufriedenheit mit der Brust prä- versus postoperativ

Zufriedenheit mit der Brust	
	$M(SD)$
Präoperativ	- 1.76 (1.122)
Postoperativ	2.70 (.462)

Notiz*: M : Mittelwert; SD : Standardabweichung

5 Diskussion

Das Ziel der vorliegenden Forschungsarbeit war es zu untersuchen, inwiefern sich der Selbstwert, das Selbstbild und die sexuelle Zufriedenheit vor und nach einer Brustoperation bei Frauen verändert. Es wurde außerdem untersucht, inwiefern sich die Partnerschaftszufriedenheit und das Wohlbefinden der Probandinnen in Bademode und Unterwäsche zu zeigen, verändert hat. Für diese Untersuchung wurden insgesamt fünf Hypothesen anhand mehrerer t-Tests getestet.

In diesem Abschnitt werden zunächst die Ergebnisse interpretiert, mit vorherigen Forschungsergebnissen in Verbindung gebracht und abschließend diskutiert, wobei die Vorgehensweise und die Stichprobe kritisch diskutiert, sowie vorhandene Limitierungen aufgezeigt werden. Das Fazit und ein Ausblick auf zukünftige Forschungen zu dem vorliegenden Thema bilden den Schluss der Arbeit.

5.1 Diskussion Hypothese 1

H1: Frauen die sich einer Brustoperation unterzogen haben, sind im Vergleich prä- vs. postoperativ signifikant zufriedener mit ihrem Sexualleben.

Diese Hypothese wurde eines Mittelwertvergleiches mithilfe eines t-Tests für abhängige Stichproben geprüft. Die Berechnung zeigt, dass es tatsächlich einen signifikanten Unterschied zwischen den Gruppen, sowohl für das sexuelle Verlangen und die sexuelle Zufriedenheit, prä- und postoperativ gibt ($p = .000$). Beide Variablen weisen eine signifikante Steigerung nach der Brustoperation auf, das heißt die sexuelle Zufriedenheit hat sich bei allen Frauen ins positive verändert. Aus *Tabelle 1* (Mittelwertvergleiche der Konstrukte prä- versus postoperativ) ist zu entnehmen, dass die sexuelle Zufriedenheit (*FLZ*), eine etwas stärkere Steigerung des Mittelwerts aufweist als das sexuelle Verlangen (*SDI-2*). Dies, könnte daran liegen, dass bei dem *SDI-2* auch das eigene Masturbationsverhalten erhoben wird und die Brustoperation nur eine Auswirkung auf die sexuelle Interaktion mit einem Sexualpartner hat. Auf Grundlage der Ergebnisse kann die erwartete *H1* bestätigt werden. Das hier vorliegende Ergebnis stimmt mit vorangegangenen Forschungsergebnissen, die in Abschnitt 2 beleuchtet wurden, überein. So zeigte Totis (2010) beispielsweise dass eine Brustoperation bei Frauen eine direkte und positive Auswirkung auf die Sexualität hat und 71 Prozent der Probandinnen seiner Studie eine Sexualitätsverbesserung genossen. Zudem kamen auch Klaiberg und Kollegen (2001) zu dem Ergebnis, dass je wohler sich eine Frau in ihrem Körper fühlt, dementsprechend auch die sexuelle Zufriedenheit positiver ausfällt. Wenderlein und Hoffmann (1983) konnten

zeigen, dass Frauen nach ihrer Brustoperation generell mehr Zufriedenheit im Sexualbereich aufweisen als vor ihrer Operation. Auch die postoperative signifikante Verbesserung des sexuellen Erlebens bei den Patientinnen in der Untersuchung von Liedtke, Badura und Jung (1985) unterstützt das Ergebnis dieser Untersuchung. Haensel und Rath (2004) zeigen in ihrer Untersuchung auf, dass die weibliche Brust vor allem in der westlichen Kultur als Sinnbild der weiblichen Sexualität gilt, weshalb eine Zufriedenheit mit der eigenen Brust zu großer Wahrscheinlichkeit zu einer generellen sexuellen Zufriedenheit führen kann.

5.2 Diskussion Hypothese 2

H2: Frauen die sich einer Brustoperation unterzogen haben, weisen im Vergleich prä- vs. postoperativ einen signifikant höheren Selbstwert auf.

Diese Hypothese wurde ebenfalls anhand eines Mittelwertvergleiches mithilfe eines t-Tests für abhängige Stichproben geprüft. Für diese Studie wurde der *MSWS* für die Datenanalyse in zwei Subskalen unterteilt. Für beiden Subskalen (*ASW* und *KSW*) konnte ein signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen prä- und postoperativ festgestellt werden. Interessant ist der direkte Mittelwertvergleich (siehe *Tabelle 1*) der beiden Subskalen. Die *ASW* weist vor der Operation einen größeren Mittelwert auf als die *KSW*, was vermutlich an der körperlichen Unzufriedenheit durch die subjektiv unschöne Brust liegt. Daraus ließe sich schließen, dass bei dieser Gruppe an Frauen primär körperliche Aspekte den Selbstwert vermindert haben und nicht der Selbstwert der beispielsweise mit beruflichem Erfolg und Leistungen verknüpft ist.

Zu ähnlichen Ergebnissen kamen bereits vorige Studien, Badura (1983) kam in seiner Untersuchung bereits zu dem Ergebnis, dass hinter dem Wunsch nach einem plastisch-chirurgische Eingriffe an der Brust bei Frauen ein herabgesetztes Selbstwernerleben steht, das sich nach der Brustoperation merklich ins positiv verändert. Ein ähnliches Ergebnis zeigte sich auch bei Wenderlein und Hoffmann (1983), da die Mehrzahl der Frauen ein verbessertes Selbstwertgefühl seit der

Brustoperation angeben. In ihrem Review von 37 retrospektiven und prospektiven Studien kamen Honigman, Phillips und Castle (2004) zu dem Ergebnis, dass Patientinnen die sich einer ästhetisch-chirurgischen Brustoperationen unterzogen haben von einer positiven Veränderung hinsichtlich Selbstwert und Stimmung profitierten. Selbst bei einer Befragung von Patientinnen 18 Monate nach ihrem ästhetisch-chirurgische Eingriff an der Brust, konnte eine signifikante Verbesserung des Selbstwerts gezeigt werden (Liedtke, Badura & Jung, 1985). Das eine Brustoperation den Selbstwert einer Frau positiv beeinflussen kann (Reichenberger, Biedermann & Germann, 2011) zeigen mehrere Studien aus der Vergangenheit und stützen somit die Ergebnisse dieser Forschungsarbeit. Die Hypothese 2 kann basierend auf den Ergebnissen bestätigen werden.

5.3 Diskussion Hypothese 3

H3: Frauen die sich einer Brustoperation unterzogen haben, haben im Vergleich prä- vs. postoperativ ein signifikant positiveres Selbstbild.

Mitthilfe eines t-Tests wurde die Hypothese zur Veränderung des Selbstbildes prä-versus postoperativ untersucht. Die ausgewerteten Daten des *DKB-35* zeigen eine signifikante Steigerung des Selbstbildes bei den Probandinnen nach ihrer Operation. Das Selbstbild steigerte sich knapp um einen ganzen Wert der Likert-Skala (siehe *Tabelle 1*), was interessant ist, da tatsächlich nur ein Teil des Körpers verändert wurde und nicht das ganze Aussehen. Dieses Ergebnis zeigt was für einen großen Teil die Brust bei Frauen für ihr subjektives Selbstbild ausmacht und die Weiblichkeit nach außen vermittelt. Das sich das Selbstbild nach der geplanten Brustoperation ins positive verändert passt beispielsweise mit den Befunden zusammen, dass große Brüste als sehr attraktiv und anziehend gelten (Sarwer, Nordmann & Herbert, 2000) und eine große Oberweite von der Allgemeinheit als schön empfunden wird (Boeger, 2010). Es macht demnach Sinn, dass Frauen eine Steigerung in der Zufriedenheit mit dem eigenen Selbstbild erhalten, nachdem sie sich ihre Brüste vergrößern lassen.

Da die subjektive Zufriedenheit von Frauen vor allem vom eigenen Körperbild im Zusammenhang mit der Nacktheit abhängt und Brüste bei Frauen eine zentrale Rolle im Bezug auf das Nackt sein einnehmen, lässt sich daraus schließen, dass Frauen sich nach ihrer Operation unbekleidet wohler fühlen und einen Anstieg in der Zufriedenheit mit dem eigenen Körper- und Selbstbild genießen (Klaiberg, Würz, Brähler & Schumacher, 2001)

Vorangegangene Untersuchungen zeigten außerdem, dass eine Brustoperation zu einer allgemeinen Zufriedenheit mit dem eigenen äußeren Erscheinungsbild führt (Wenderlein und Hoffmann, 1983), das Körperbild positiv beeinflussen (Reichenberger, Biedermann & Germann, 2011) und von einer positiven Veränderung hinsichtlich des eigenen Körperbildes profitieren (Honigman, Phillips und Castle, 2004). Auch langfristig konnte bei Patientinnen 18 Monate nach ihrem ästhetisch-chirurgische Eingriff an der Brust immer noch eine signifikante Verbesserung des Körper- und Selbstbildes gezeigt werden (Liedtke, Badura & Jung, 1985).

Basierend auf den hier vorliegenden Ergebnissen und den Bezug zur vorhandenen Literatur kann die *Hypothese 3* bestätigt werden.

5.4 Diskussion Hypothese 4

H4: Frauen die sich einer Brustoperation unterzogen haben, weisen im Vergleich prä- vs. postoperativ eine signifikant höhere Partnerschaftszufriedenheit auf.

Um zu untersuchen ob und inwiefern sich die Partnerschaftszufriedenheit vor und nach einer geplanten Brustoperation verändert hat, wurde ein t-Test zum Mittelwertvergleich herangezogen. Vorab nochmals kurz die Erklärung, dass sich von der Gesamtstichprobe $N = 47$ nur $n = 37$ Probandinnen in einer Partnerschaft befinden und nur diese in die Berechnung eingeschlossen wurden. Außerdem handelt es sich bei allen $n = 37$ Probandinnen um die Partnerschaft mit dem selben Partner prä- sowie postoperativ. Die Partnerschaftszufriedenheit steigerte sich signifikant nach der Operation. Dies könnte daran liegen, dass mehrere Faktoren mit der Partnerschaftszufriedenheit zusammen hängen. Es lässt sich

vermuten, dass sich die Unzufriedenheit der Frauen mit ihrer Brust vor ihrer Operation negativ auf die Beziehung ausgewirkt hat. Zum einen kann die Partnerschaftszufriedenheit mit dem Sexualleben in einer Beziehung zusammenhängen. Die sexuelle Zufriedenheit hat nach der Brustoperation bei den Frauen signifikant zugenommen (siehe *Abschnitt 5.1*), was sich dementsprechend auch positiv auf die Partnerschaftszufriedenheit auswirkt. Außerdem lässt sich vermuten, dass eine Partnerschaft zufriedener ist, wenn die Partner mit sich selbst zufrieden sind. Da sich der Selbstwert und das Selbstbild postoperativ (siehe *Abschnitt 5.2* und *5.3*) ebenfalls signifikant verbessert haben, könnte diese Vermutung zutreffen.

Rohde und Dorn (2007) postulierten, dass sich durch die Unzufriedenheit mit der eigene Brust als Folge oftmals partnerschaftliche Probleme entwickeln können. Im Umkehrschluss geht dies mit den Ergebnissen dieser Studie konform, da die Partnerschaftszufriedenheit nach der Operation signifikant angestiegen ist. Das heißt, dass die Zufriedenheit mit der eigenen Brust die Partnerschaftszufriedenheit wieder steigen zu lassen.

Auch in der Untersuchung von Totis (2010) zeigte sich eine signifikante Verbesserung der Partnerschaftszufriedenheit im Vergleich prä versus postoperativ, genau wie in dieser Untersuchung. Für Frauen, die mit ihrem Körper- und Selbstbild unzufrieden sind, empfinden sich vor dem Partner als nicht mehr attraktiv und sexuell begehrt. Dies wirkt sich negativ auf die Beziehung aus und führt zu partnerschaftlichen Problemen. Nach der Operationen, bei der die Unzufriedenheit mit der Brust behoben wurde, lernen Frauen ihren Körper wieder anzunehmen und sich gegenüber des Partners wieder zu öffnen. Das wieder rum führt dann zu einer Steigerung der Partnerschaftszufriedenheit im Vergleich prä-versus postoperativ (Bitzer, 2008), jenes zeigt sich auch in den hier vorliegenden Ergebnissen. Potrek-Rose, und Jacob (2003) postulieren, dass Beziehungen und Partnerschaften von dem Selbstwert beeinflusst werden, Menschen mit einem hohen Selbstwert weisen demnach Vorteile in zwischenmenschlichen Interaktionen auf die sich positiv auf diese auswirken. Die in dieser Studie vorliegenden Ergebnisse könnten durch diese Aussage gestützt werden, da sich

der Selbstwert bei den Frauen nach der Operation signifikant gesteigert hat und das wieder rum einen positiven Einfluss auf die Partnerschaft hat.

Die *Hypothese 4* kann somit bestätigt werden.

5.5 Diskussion Hypothese 5

H5: Frauen die sich einer Brustoperation unterzogen haben, haben im Vergleich prä- vs. postoperativ ein signifikant größeres Wohlbefinden sich in Bademode und Unterwäsche zu zeigen.

Als letztes wurde mittels eines t-Tests der Unterschied prä- versus postoperativ im Wohlbefinden sich in Bademode und Unterwäsche zu zeigen untersucht.

Die Untersuchung zeigt, dass es nicht nur eine signifikante Verbesserung im Wohlbefinden nach der Brustoperation gibt, sich in Bademode und Unterwäsche zu zeigen, sondern dass es einen großen Unterschied in den Mittelwerten gibt (siehe *Tabelle 3*). Zu ähnlichen Ergebnissen kam bereits Totis (2010), der postuliert, dass sich die Angst ins Schwimmbad zu gehen signifikant verringerte, nachdem sich die Frauen einer Brustoperation unterzogen haben. Diese Angst hängt mit Bewertungen von außen im Bezug auf den eigenen Körper und vor allem der ungewollten Brust in Bademode zusammen. Zudem kam Totis (2010) zu dem Ergebnis, dass Frauen nach ihrer Brustoperation weniger Probleme hatten sich unbekleidet zu zeigen, was mit diesen Ergebnissen sich in Unterwäsche zu zeigen und sich dabei wohl zu fühlen konform geht.

Generell meiden Frauen, die sich in ihrem Körper unwohl fühlen Aktivitäten, die entweder leicht bekleidet oder mit körperbetonter Kleidung ausgeführt werden, aus Scham von anderen gesehen und bewertet zu werden. Schwimmen oder das Umziehen in öffentlichen Umkleiden sind präoperativ mit großer Angst verbunden, postoperativ hingegen nimmt diese Angst ab und Aktivitäten in Bademode, Unterwäsche oder leicht bekleidet stellen kein Problem mehr für die Frauen dar (Rohde & Dorn, 2007). Da in vorangegangenen Studien, wie in *Abschnitt 5.3* und in dieser Untersuchung eine signifikante Verbesserung des eigenen Körperbeziehungswise Selbstbildes nach der Brustoperation gezeigt werden konnte, lässt sich daraus der Schluss ziehen, dass vor allem das Körper- und Selbstbild

der Frau eine große Rolle spielt wenn es darum geht sich in Bademode oder Unterwäsche zu zeigen. Auch die Sexualität ist maßgeblich dafür ob sich eine Frau gerne in Bademode, Unterwäsche oder leicht bekleidet zeigt. Je offener und zufriedener sie mit ihrer Sexualität ist, desto leichter fällt es ihr sich in diese Kleidungsstücken zu präsentieren. Da die sexuelle Zufriedenheit nach der Brustoperation zugenommen hat, können zwischen den Ergebnissen der *Hypothese 1 und 5* Zusammenhänge erstellt werden. Die Hypothese 5 kann aufgrund dessen bestätigt werden.

5.6 Diskussion Nebenergebnisse

Um zu überprüfen inwiefern die signifikante Verbesserung der Variablen in *Abschnitt 5.1 bis 5.5* wirklich mit der Zufriedenheit der neuen Brust zusammenhängen wurde zum Schluss noch der Unterschied zwischen der Zufriedenheit mit der Brust vor und nach der Operation berechnet. Hier zeigte sich ganz klar ein signifikanter Anstieg in der Zufriedenheit mit der eigenen Brust nach der Brustoperation (siehe *Tabelle 5*). Augenscheinlich war dieses Ergebnis zu erwarten, da Studien die in der Vergangenheit durchgeführt wurden zu dem selben Ergebnis kamen. Honigman, Phillips und Castle (2004) zeigten in ihrem Review von 37 retrospektiven und prospektiven Studien, dass die Frauen in der Regel sehr zufrieden mit dem Ergebnis waren und Liedtke, Badura & Jung (1985) zeigten in ihrer Untersuchung 18 Monate postoperativ, dass 88 Prozent der Frauen mit ihrem plastisch-ästhetischen Eingriff an der Brust zufrieden waren. Es ist aber trotzdem wichtig sich die tatsächlichen Zahlen anzuschauen, da es immer passieren kann, dass die Brust nicht so operiert wurde wie es gewünscht war oder sie als zu groß oder klein nach der Operation empfunden wird. Immer öfters lassen sich Frauen nach einiger Zeit ihre Implantate entfernen oder austauschen, weil diese nicht der Vorstellung entsprochen haben, gerade deshalb ist es wichtig mindestens einige Monate zwischen der Operation und der zweiten Befragung vergehen zu lassen um ein eindeutiges Ergebnis erheben zu können. Denn das Ergebnis direkt nach der Operation entspricht in der Regel nicht dem Endergebnis, da die Brust meist noch etwas weicher wird und ein Stück nach unten absinkt.

Zudem lässt sich vermuten, dass die die signifikante Verbesserung im Selbstwert, Selbstbild, Sexualität, Wohlbefinden in Bademode und Unterwäsche, sowie die Partnerschaftszufriedenheit im engen Zusammenhang mit der signifikanten Zufriedenheit der neuen Brust steht.

Zum Schluss gibt es noch Ergebnisse, die nicht vorenthalten werden sollen obwohl sie nicht explizit durch die standardisierten Fragebögen erhoben wurden. Bei vielen Fragebögen wurden auf der Rückseite Kommentare vermerkt. Hier nur einige Beispiele verschiedener Probandinnen: *„Die Brustoperation hat mein Leben verändert.“*, *„Ich könnte nicht glücklicher sein.“*, *„Ich fühle mich endlich wieder wie ich Selbst.“*, *„Mein größter Wunsch ist endlich in Erfüllung gegangen, jetzt muss ich mich nicht mehr verstecken.“*, *„Ich kann nun endlich wieder ohne Scham alle Dinge tun, die ich sonst gemieden habe.“*

Diesen Probandinnen war es offensichtlich wichtig, diese Dinge die nicht direkt über die Fragebögen abgedeckt wurden, ebenfalls loszuwerden. Es zeigt sich eine deutliche Verbesserung der allgemeinen Zufriedenheit der Patientinnen auch abseits der für diese erhobenen Variablen. Außerdem ist es interessant zu sehen, was die Veränderung eines Körperteils mit dem gesamten Wohlbefinden einer Person tun kann. Diese Kommentare verstärken die erhobenen Ergebnisse nochmals und stellen sicher, dass alle aufgestellten Hypothesen bestätigt werden können.

Zudem ist es auch eindrücklich, dass die Frauen die präoperativ angegeben haben ungern an der Brust vom Partner berührt zu werden diese Aussage postoperativ nicht mehr unterstützten.

6 Limitation und Methodische Kritik

In folgendem Abschnitt der Limitationen und methodischen Kritik wird vor allem auf Begrenzungen, aber auch auf die Stärken der Studie eingegangen.

Als eine Limitation der Studie kann die Stichprobengröße gesehen werden. Trotz der Erreichung der gewünschten Stichprobengröße $N = 44$, die vor Beginn durch die A Priori G*Power Analyse festgelegt wurde, ist die tatsächlich erreichte

Stichprobengröße von $N = 47$ zu wenig, um eine reliable Aussage hinsichtlich der Ergebnisse für die Allgemeinheit von Frauen mit Brustoperation treffen zu können. Grund für die verhältnismäßig kleine Stichprobe sind mehrere Variablen. Zum einen musste der Fragebogen von den Patientinnen zweimal ausgefüllt werden; einmal prä- und einmal postoperativ. Einige verteilte Fragebögen kamen gar nicht zurück, da es den Frauen offenbar zu viel Mühe war den selben Fragebogen doppelt auszufüllen. Vor allem bei den Teilnehmerinnen, die retrospektiv an der Studie teilnahmen, war die „Aufgabenstellung“ nicht ganz klar und sie sendeten nur den postoperativ ausgefüllten Fragebogen zurück. Bei einem Teil der Patientinnen, die prospektiv teilnahmen, gab es das Problem, dass sie nach circa sechs Monaten, als der zweiten Fragebogen postoperativ ausgefüllt werden sollte, nicht mehr erreichbar waren oder keine Rückmeldung kam. All diese Daten konnten dann leider nicht in die Auswertung aufgenommen werden. Besser wäre es beispielsweise gewesen, wenn statt einem selbst auszufüllenden Fragebogen ein Interview jeweils vor und nach der Operation geführt worden wäre, um die Erhebung kontrollierter stattfinden zu lassen, um Aspekte wie lückenhafte Fragebögen oder nur das Ausfüllen prä- oder postoperativ zu vermeiden. Um nochmals auf die retro- und prospektive Datenerhebung zurückzukommen, kann diese ebenfalls kritisiert werden. Besser wäre es gewesen, wenn die Studie entweder rein prospektiv oder rein retrospektiv erhoben worden wäre. Bei den retrospektiven Probandinnen lag bis zu einem Jahr zwischen der Operation und dem präoperativen Fragebogen. So lässt sich im Nachhinein nicht ausschließen, dass manche der präoperativ ausgefüllten Fragebögen nicht zu 100 Prozent der Realität zu dem damaligen Zeitpunkt entsprochen haben.

Als eine weitere Limitation kann das gewählte Paper-Pencil-Verfahren zur Erhebung der Daten gesehen werden. Durch die Länge des Fragebogens und die erhobene Anzahl war es sehr zeitaufwändig die Daten von den Bögen in das Statistikprogramm SPSS zu übertragen. Außerdem kann es so schneller zu Fehlern bei der Übertragung kommen und eine Verfälschung der Daten wäre die Folge dessen. Hinzukommt, dass Fragebögen so ungewollt verschwinden können, indem sie verlegt werden oder auf postalischem Weg verloren gehen. Dies könnte

beispielsweise anhand einer reinen online Umfrage oder anhand eines Interviews, welches direkt digital übertragen wird, umgangen werden.

Begrenzungen ergaben sich außerdem bei der Erhebung des sexuellen Verlangens und der sexuellen Zufriedenheit. Dieser Abschnitt des Fragebogens wurde entweder gar nicht oder nur teilweise bearbeitet. Leider hat keine dieser Probandinnen einen Kommentar vermerkt, weshalb dieser Teil unbearbeitet geblieben ist. Es lässt sich deshalb nur die Vermutung aufstellen, dass Sexualität nach wie vor ein schambesetztes Thema darstellt und es den manchen Probandinnen unangenehm war, trotz dessen die Erhebung anonym erfolgte, die Fragen zu beantworten. Die sexuelle Zufriedenheit und das sexuelle Verlangen scheint immer noch ein Tabuthema vor allem für und bei Frauen zu sein, was sich auch in der aktuellen Studienlage wieder spiegelt.

Eine Empfehlung für weitere Forschungen wäre, neben den drei Variablen Selbstwert, Selbstbild und sexuelle Zufriedenheit ebenfalls eine klinisch-psychologisch relevante Variable wie beispielsweise „Depressivität“ oder „Ängstlichkeit“ zuzüglich zu erheben um zu erforschen inwiefern eine Brustoperation Einfluss auf die psychische Gesundheit hat. Aber auch Variablen wie „Körperdysphorie“ oder „Operationssucht“ wären interessant mit in eine ähnliche Studie in der Zukunft aufzunehmen.

Außerdem wäre es interessant gewesen, die Erhebung zu drei statt zwei Zeitpunkten durchzuführen. Einmal vor der Operation, die zweite 6 Monate nach der Operation und dann ein Follow-up nach einem bis eineinhalb Jahren. So könnte sich kontrollieren lassen, ob die Ergebnisse der zweiten Erhebung konstant sind oder es nach der Operation ein Hoch bezüglich der untersuchten Variablen gab, das nach einiger Zeit wieder abflacht. Dies war zeitlich leider nicht möglich und könnte mit ähnlichen Schwierigkeiten einhergehen bezüglich des Fehlens der kompletten drei Fragebögen wie in dieser Erhebung. Zudem wäre es aufschlussreich gewesen, wenn nicht nur Patientinnen mit einer reinen Mammaaugmentation, sondern auch Patientinnen mit einer Mammarekonstruktion beispielsweise nach einer Brustkrebserkrankung in die Studie einbezogen worden wären, da sich die Motive bei den verschiedenen Formen der Brustoperation

voneinander unterscheiden und die Ergebnisse für die Variablen je nach Gruppe eventuell anders ausfallen würden. Positiv lässt sich hier aber gegenüberstellen, dass der Forschungsbereich zu Frauen mit Mammakarzinom und Brustoperationen schon sehr breit gefächert ist. Hier wäre es schwierig geworden einen neuen Forschungsbereich zu beleuchten, was mit dieser Studie funktioniert hat. Für weitere Forschungsvorhaben würde sich anbieten eine Veränderung bezüglich der Operationsmethode vorzunehmen. Statt einer Untersuchung von Frauen mit einer Mammaaugmentation, Frauen mit einer Mammareduktion hinsichtlich ähnlicher Variablen zu untersuchen. Dafür könnten sich ähnliche Ergebnisse zeigen wie in dieser Studie obwohl die Motive für die Operation auseinander gehen. Im Grunde könnte eine ähnliche Untersuchung für alle plastisch-ästhetischen Eingriffe durchgeführt werden. Je nach Körperregion unterscheiden sich die Motive für einen Eingriff, aber der Drang zur Selbstoptimierung besteht bei allen. Eine weitere Verbesserung für kommende Forschungsbeiträge zu dieser Thematik wäre neben der Selbsterhebung auch eine Fremderhebung durchzuführen. Es würde neben der Patientin eine weitere nahestehende Person, beispielsweise der Partner falls vorhanden, zu den gleichen Variablen über die Frau vor und nach ihrer Brustoperation befragt. Vor allem für die Partnerschaft, auf die im folgenden noch näher eingegangen wird könnte dies großen Sinn machen, aber auch für Items wie das Körper- oder Selbstbild der Frau ergeben sich höchstwahrscheinlich unterschiedliche Ergebnisse je nach Fremd oder Selbstbeurteilung. In den meisten Fällen sind Frauen sehr selbstkritisch und finden viele Mängel am eigenen Körper, die Außenstehende gar nicht wahrnehmen oder nicht als schlimm erachten. Solche Ergebnisse könnten Frauen vor Augen führen, dass die Selbst- und Fremdwahrnehmung verzerrt ist und es im Grunde keine teils risikoreiche Operation benötigt. Als letzte Limitation könnte die Hypothese bezüglich der Zufriedenheit mit der Partnerschaft aufgezeigt werden. Zu einer Partnerschaft gehören zwei Personen, in dieser Untersuchung wurden aber nur die Frauen und nicht der Partner zur Partnerschaftszufriedenheit befragt. Interessant wäre es gewesen von beiden Partnern eine Einschätzung sowohl prä- sowie postoperativ zu vergleichen um herauszufinden ob sich nur aus Sicht der operierten Frauen

oder auch aus Sicht des Partners eine positive Veränderung eingestellt hat. So könnte näher untersucht werden welche Faktoren in die Partnerschaftszufriedenheit hineinspielen. Dazu kann auch ein spezifischer Partnerschaftsfragebogen aus mehreren Items genutzt werden um einen größeren Überblick über die Partnerschaft zu erhalten, anstatt die Partnerschaftszufriedenheit wie in dieser Studie mit nur einer Frage zu erheben.

Als Stärke dieser Studie stellte sich trotz dessen die gute Zusammenarbeit im Zuge der Datenerhebung mit den plastisch-ästhetischen Chirurgen heraus. Sie halfen tatkräftig mit die gewünschte Probandinnenanzahl zu generieren, denn ohne diese Unterstützung hätte die erreichte Stichprobengröße nicht erhoben werden können. Ein weiterer positiver Aspekt dieser Studie ist, dass alle erwarteten Hypothesen die basierend auf der vorliegenden Literatur bestätigt werden konnten.

8 Fazit und Ausblick

Ziel der Studie war es herauszufinden, ob und inwiefern die selben Frauen sich hinsichtlich ihres Selbstwerts, Selbstbilds und ihrer sexuellen Zufriedenheit vor und nach ihrer geplanten Brustoperation unterscheiden. Die Hypothesen gingen davon aus, dass sich alle drei Variablen postoperativ signifikant steigern. Dies konnte anhand der erhobenen Daten bestätigt werden. Es kann demnach von prägnanten Ergebnissen gesprochen werden, da das Selbstbild, der Selbstwert und die sexuelle Zufriedenheit einen signifikanten Unterschied im Vergleich prä-versus postoperativ, mit Steigerung nach der Operation, aufweisen. Durch weitere Forschungen und Untersuchungen der in dieser Studie bestätigten Hypothesen könnte gegebenenfalls ein Denkanstoß an das Gesundheitssystem gegeben werden, Frauen mit dem Wunsch nach einer Brustvergrößerung finanziell zu unterstützen, um zum einen den subjektiven Leidensdruck der Frauen zu verringern und ihnen unter anderem helfen ihren Selbstwert und das Selbstbild zu steigern. Höchstwahrscheinlich spielen noch viele weitere Faktoren und Motive für eine Brustoperation die klinisch relevant sind eine Rolle die in dieser Studie nicht

erfasst wurden, weshalb es wünschenswert wäre, weitere Forschungsbeiträge für eine tiefere Durchdringung des Themas zu erarbeiten.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass alle Hypothesen bestätigt werden können und Frauen signifikant zufriedener mit ihrer Sexualität, ihrem Selbstbild und ihrem Selbstwert sind, nachdem sie sich ihrer geplanten Brustoperation unterzogen haben. Außerdem steigt die Partnerschaftszufriedenheit bei den Frauen nach ihrer Brustoperation signifikant an und haben postoperativ weniger Probleme sich in Bademode und Unterwäsche zu zeigen. Zukünftige Studien könnten anhand von Langzeituntersuchungen dahingehend weitergeführt werden, dass sie zu mindestens drei Messzeitpunkten stattfinden, um den Langzeiteffekt einer Brustoperation zu erfassen und weitere Konstrukte in den Vergleich zu setzen.

Literaturverzeichnis

American society of plastic surgeons (2007) Statistics. <http://www.plasticsurgery.org/media/statistics/loader.cfm>

Aristoteles (384-322)

Asendorpf, J. (2007). Psychologie der Persönlichkeit (4., überarb. u. aktualis. Aufl.). Berlin: Springer.

Badura H. O. (1983): Zum somatopsychischen Einfluß plastischer Brustoperationen. [Psychosomatic effect of mammoplasty]. In: Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie. 1983, 33 (5): 179-182.

Barker, E. T. & Galambos, N. L. (2003). Body dissatisfaction of adolescent girls and boys: risk and resource factors. *Journal of Early Adolescence*, 23 (2), 141-165.

Bellmann, K. P., & Hinze, O. (1986). Reduktionsplastik der weiblichen Brust. *Zentralblatt für Chirurgie*, 111, 929-934.

Berberich, H.J., Rösing, D. & Neutze, J. Salutogenese und Sexualmedizin. *Urologe* 45, 960–966 (2006). <https://doi.org/10.1007/s00120-006-1092-9>

Birtchnell, S., Whitfield, P. & Lacey, JH. (1990). Motivational factors in women requesting augmentation und reduction mammoplasty. *Journal of Psychosomatic Research* 34(5): 509– 514

Bitzer, J., 2008. Die sexuelle Dysfunktion der Frau – Ursachen und aktuelle Therapieoptionen. unimed, Bremen, London, Boston.

- Boeger, A. (2010). Körper und Geschlecht im Jugendalter: Schlaglichter auf eine Entwicklungsaufgabe für beide Geschlechter. In G. Steins (Hrsg.), *Handbuch Psychologie und Geschlechterforschung* (S. 133-152). Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Borkenhagen, A. (2001) Gemachte Körper: Aspekte des Körpererlebens von Brustreduktions- bzw. Brustaufbaupatientinnen. *Psychotherapie & Sozialwissenschaft* 4: 306–315.
- Borkenhagen, A. & Brähler, E. (2014). Schönheitsoperationen. In E. Brähler (2014), *Body Modificationen* (S.41-55). Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Branden, N. (2010). Die 6 Säulen des Selbstwertgefühls. Erfolgreich und zufrieden für ein starkes Selbst. Aus dem Amerikanischen von Anni Pott. Ungekürzte Taschenbuchausgabe. München, Zürich: Piper Verlag.
- Büsing, S., Hoppe, C. & Liedtke, R. (2001). Sexuelle Zufriedenheit von Frauen - Entwicklung und Ergebnisse eines Fragebogens. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie - PSYCHOTHER PSYCHOSOM MED PSYC.* 51. 68-75. 10.1055/s-2001-10757.
- Cash, T. F. (2005). Body image and plastic surgery. In D. B. Sarwer, T. Pruzinsky, T. F. Cash, R. M. Goldwyn, J. A. Persing & L. A. Whitaker (Eds.), *Psychological aspects of reconstructive and cosmetic plastic surgery: clinical, empirical, and ethical perspectives* (pp. 37-59). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Choate, L. H. (2005). Toward a theoretical model of women's body image resilience. *Journal of Counseling & Development*, 83, 320-330.

- Crerand, C., E., Infield, A., L. & Sarwer, D., B. (2007). Psychological considerations in cosmetic breast augmentation. *Plastic Surgical Nursing*, 27, 146-154.
- DeHart, T., Pelham, B., & Tennen, H. (2006). What lies beneath: Parenting style and implicit self-esteem. *Journal of Experimental Social Psychology*, 42, 1-17.
- Derogatis, L. R., & Melisaratos, N. (1979). The DSFI: A multidimensional measure of sexual functioning. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 5(3), 244–281. <https://doi.org/10.1080/00926237908403732>
- Dorf Müller, M. (2006) Plastische Chirurgie. Grundlagenbeitrag aus der Sicht der Psychologie. *Zeitschrift für medizinische Ethik* 52: 155–167
- Dorn, A., Gallitzendörfer, F., Walgenbach, K., Borkenhagen, A. & Rohde, A. (2008). Brustaugmentation und Schamlippenreduktion – für die moderne Frau ein Muss? *Gynäkologe* 41, 995–1004. <https://doi.org/10.1007/s00129-008-2239-0>
- Edgerton, M. T., & McClary, A. R. (1958). Augmentation mammoplasty; psychiatric implications and surgical indications; (with special reference to use of the polyvinyl alcohol sponge ivalon). *Plastic and reconstructive surgery and the transplantation bulletin*, 21(4), 279–305.
- Fahrenberg J., Myrtek M., Schumacher J., Brähler E. (2000) Fragebogen zur Lebenszufriedenheit (FLZ). Handanweisung. Hogrefe, Göttingen.
- Frey, D. & Benning, E. (1983). Das Selbstwertgefühl. In: MANDL, Heinz/ HUBER, Günter L.(Hg.): *Emotion und Kognition*. München-Wien-Baltimore: Urban & Schwarzenberg Verlag. S.148-182.

- Foustanos A, Pantazi L, Zavrvides H. Representations in Plastic Surgery: The impact of Self-Image and Self Confidence in the Work Environment. *Aest Plast Surg* 31 (2007) 435-442.
- Germann, G. (2011). Ästhetische Chirurgie. *Chirurg* 82, 757 (<https://doi.org/10.1007/s00104-011-2091-y>)
- Granitzka, S. (1994). Reduktionsplastik mit kaudalem und zentralem Stiel. *Plastische Operationen an der weiblichen Brust*. Hans Marseille, München.
- Haensel, V.J., & Rath, W. (2004). Körperliche und seelische Befindlichkeit vor und nach formverändernden Operationen der weiblichen Brust.
- Haußer, K. (1995). *Identitätspsychologie*. Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag.
- Heden, P., Bronz, G., Elberg, J. (2009). Long-term safety and effectiveness of style 410 highly cohesive silicone breast implants. *Aesthetic Plastic Surgery* 33:430–438
- Herkner, W. (1996). *Lehrbuch Sozialpsychologie*. „Einführung in die Sozialpsychologie“. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Hans-Huber Verlag.
- Heuschen, U.A., Heuschen, G., Herfarth, C. Lebensqualität nach Proktokolektomie wegen Colitis ulcerosa. *Chirurg* 69 (1998) 1045-1051
- Hinderer, U.T. (1990). Development of concepts in reduction mammoplasty and ptosis. In: *Aesthetic Surgery of the Breast*. Philadelphia, London, Toronto, Montreal, Sydney, Tokyo: W.B. Saunders Co., 1990, pp. 565–603.
- Honigman, R., Phillips, K. & Castle, D. (2004) A review of psychosocial outcomes for patients seeking cosmetic surgery. *Plastic and Reconstructive Surgery* 113(4):1229–1237

- ISAPS. (26. November, 2020). Anzahl an Brustvergrößerungen* in ausgewählten Ländern im Jahr 2019 (in 1.000) [Graph]. In Statista. Zugriff am 05. Oktober 2021, von <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/258341/umfrage/laender-mit-den-meisten-brustvergroesserungen/>
- Javo, I. M. & Sørli, T. (2010). Psychosocial characteristics of young Norwegian women interested in liposuction, breast augmentation, rhinoplasty, and abdominoplasty: a population-based study. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 125 (5), 1536-1543.
- Klaiberg, A., Würz, J., Brähler, E. & Schumacher, J. (2001). Was beeinflusst die Zufriedenheit von Frauen mit ihrer Sexualität und ihrer Partnerschaft? *Der Gynäkologe*. 34. 259-269.
- Korcza, D. (2007). *Schönheitsoperationen: Daten, Probleme, Rechtsfragen*. GP Forschungsgruppe: Institut für Grundlagen- und Programmforschung. Bundesanstalt für Ernährung und Landwirtschaft, Bonn. Abgerufen am 17.11.2021 von <http://download.ble.de/05HS020.pdf>
- Kuhn, W., Koenig, J., Donoghue, A., Hillecke, T.K. & Warth, M. (2014). SDI-2 - Sexual Desire Inventory - deutschsprachige Kurzversion. *Tests Info*.
- Kunert, P. (1989) Form und Methode-zur Theorie der Mammareduktionsplastik. *Frauenarzt*. 6:565-578.
- Langbein, K., Skalnik, C. & Tschachler-Roth, E. (2001). *Wa(h)re Schönheit. Chirurgische und dermatologische Schönheitsbehandlungen Methoden, Kosten, Risiken*. Wien, München, Zürich, Mosaik: Verlag München in der Verlagsgruppe Bertelsmann GmbH, Orac Verlag.

- Langer, M. & Wimmer-Puchinger, B. (2011). Der gemachte Körper - die genormte Frau. In B. Lüttenberg, A. Ferrari & J. S. Ach (Hrsg.)(2011), Im Dienste der Schönheit? Interdisziplinäre Perspektiven auf die ästhetische Chirurgie, Bd. 11 (S. 71-89). Berlin: Lit Verlag.
- Levine, B. (1992) Sexual Life: A Clinicians's Guide. New York; Plenum Press.
- Liedtke, B., Badura, H. O., & Jung, H. (1985). Änderung der psychosomatischen Situation nach operativer Augmentation und Reduktion der weiblichen Brust. Katamnestische Untersuchung aus operativ-gynäkologischer und psychosomatischer Sicht. Geburtshilfe und Frauenheilkunde, 45(5), 316–319. <https://doi.org/10.1055/s-2008-1036466>
- Mang, W. & Strunz, U. (2005). Schönheit maßgeschneidert. Alles über Schönheitsoperationen. 1. Auflage. Berlin: Econ Ullstein Buchverlage GmbH.
- Markey, C. N. & Markey, P. M. (2009). Correlates of young women's interest in obtaining cosmetic surgery. Sex Roles, 61, 158-166.
- Menze-Sonneck, A. (1998). Mädchen und junge Frauen im Sportverein. Sportkarrieren und Fluktuation im Turnen. Schorndorf: Verlag Karl Hofmann.
- Mester, H. (1982a). Motive einer kosmetischen Operation der Brüste. Schwierigkeiten der Indikationsstellung. Sexualmedizin 11: 433-439.
- Mester, H. (1982b). Der Wunsch einer Frau nach Veränderung der Busengröße – ein Beitrag zur Frage der Dymorphophobie. Zeitschrift für Psychosomatische Medizin; 28: 69–91.
- Möller, J., Mohr, S., Unterhorst, K. & Stirn, A. (2017). Plastisch-ästhetisch-chirurgische Operationen im Dienst der Psyche? Journal für Ästhetische Chirurgie. 1-7. [10.1007/s12631-017-0097-0](https://doi.org/10.1007/s12631-017-0097-0).

Multidimensionale Selbstwertkala (MSWS), 2016. 2. Aufl., A. Schütz, K. Rentzsch & I. Sellin, [www.testzentrale.de], [DIA, KLI, PER]. <https://dorsch.hogrefe.com/stichwort/multidimensionale-selbstwertkala-msws>

Ohring, R., Graber, J. A. & Brooks-Gunn, J. (2002). Girls' recurrent and concurrent body dissatisfaction: correlates and consequences over 8 years. *International Journal of Eating Disorders*, 31 (4), 404-415.

Joraschky, P., Lausberg, H. & Pöhlmann, K. (2008). Körperorientierte Diagnostik und Psychotherapie bei Essstörungen (S. 57 – 72). Gießen: Psychosozial-Verlag.

Posch, Waltraud (1999). Körper machen Leute. Der Kult um die Schönheit. Frankfurt/Main; New York: Campus Verlag GmbH.

Potrek-Rose, F., & Jacob, G. (2003). Selbstzuwendung, Selbstakzeptanz, Selbstvertrauen- Psychotherapeutische Intervention zum Aufbau von Selbstwertgefühl. Stuttgart: Klett-Cotta.

Prentki, D. (2010). Sexuelle Zufriedenheit von Frauen: Eine Studie zum Vergleich verschiedener Altersgruppen (1. Aufl.). Diplomica Verlag.

Reichenberger, M., Biedermann, N., Germann, G. (2011). Ästhetische Mammaaugmentation. *Der Chirurg* 82: 782-788.

Renaud, C., Byers, E. & Pan, S. (1997). Sexual and relationship satisfaction in mainland China. *Journal of Sex Research*. 34. 399-410. 10.1080/00224499709551907.

Rohde, A. & Dorn, A. (2007) Gynäkologische Psychosomatik und Gynäkopsychiatrie. Das Lehrbuch. Schattauer, Stuttgart New York

- Röhricht, F., Seidler, K.-P., Joraschky, P., Borkenhagen, A., Lausberg, H., Lemche, E., Loew, T., Porsch, U., Schreiber-Willnow, K. & Tritt, K. (2005). Konsensuspapier zur terminologischen Abgrenzung von Teilaspekten des Körpererlebens in Forschung und Praxis. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 55 (3/4), 183-190.
- Rosenberg, M. (1979). *Components of Rosenberg's self-esteem scale*. Conceiving the self. New York: Basic Books.
- Sarwer, D., Nordmann, J. & Herbert, J. (2000) Cosmetic breast augmentation surgery: a critical overview. *Journal of Women's Health & Gender-Based Medicine* 9(8): 843–856
- Sarwer, D. B. (2005). Psychological assessment of cosmetic surgery patients. In D. B. Sarwer, T. Pruzinsky, T. F. Cash, R. M. Goldwyn, J. A. Persing & L. A. Whitaker (Eds.), *Psychological aspects of reconstructive and cosmetic plastic surgery: clinical, empirical, and ethical perspectives* (pp. 267-283). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Sarwer, D. B. (2007). The psychological aspects of cosmetic breast augmentation. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 120 (7), 110-117.
- Sarwer, D. B. (2011). Discussion: High prevalence of Body Dysmorphic Disorder symptoms in patients seeking rhinoplasty. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 128 (2), 518-519.
- Scholl, W., & Sydow, H. (Hrsg.). (2002). *Mobilität im Jugend- und Erwachsenenalter [Mobility in youth and adulthood]*. Münster: Waxmann.
- Schröder-Abé, M., Rudolph, A., Schütz, A., & Wiesner, A. (2007). Self-esteem discrepancies and defensive reactions to social feedback. *International Journal of Psychology*, 42, 174-183.

Sieverding, M. (1993). Geschlecht und physische Attraktivität. In M. Hassebrauck M. & R. Niketta (Hrsg.), Physische Attraktivität (S. 235 -269). Göttingen: Hogrefe.

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

The WHOQOL-Group (1993). Measuring quality of life. <http://www.who.int>.

The WHOQOL-Group. Study protocol for the World Health Organization project to develop a Quality of life assessment instrument. Quality of Life Research 2 (1993) 153-159.

Totis, A. (2010). Lebensqualität, Persönlichkeitsveränderungen, Selbstwertschätzung und klinische Ergebnisse nach Brustaugmentation: eine retrospektive Studie. Unveröffentlichte Dissertation, Technische Universität München.

Troidl, H., Kusche, J., Vestweber, K.H., Eypasch, E., Koeppen, L., Bouillon, B. Quality of life: an important endpoint both in surgical practice and research. Journal of Chronic Diseases 40 (1987) 523-528

Wenderlein, J.M. & Hoffmann, E. Psychosozialer Nutzen augmentations- und reduktionsplastischer Operationen an der weiblichen Brust im Vergleich. Retrospektive Studie an 122 Frauen (1983). Langenbecks Archiv für Chirurgie 1983;359(3):171-9. German. doi: 10.1007/BF01250979. PMID: 6876996.

Woolfolk, A. (2008). Pädagogische Psychologie. 10. Auflage - bearbeitet und übersetzt von Prof. Dr. Ute Schönplüg. München: Pearson.

Zhou, J.N., Hofman, M., Gooren, L. & Swaab, D. (1995). A sex difference in the human brain and its relation to transsexuality. *Nature* 378, 68–70. <https://doi.org/10.1038/378068a0>

Anhang 2

Eigenständigkeitserklärung

Name, Vorname: Bender, Helen Eileen

Matrikelnummer: 202804046

Titel der Abschlussarbeit: Brustoperation bei Frauen: Booster für Selbstwert, Selbstbild und sexuelle Zufriedenheit?

Ich erkläre, dass ich die Abschlussarbeit ohne fremde Hilfe und nur unter Verwendung der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe. Die Stellen, die anderen Werken (einschließlich solcher aus elektronischen Datenbanken oder aus dem Internet) wörtlich oder sinngemäß entnommen sind, habe ich unter Angabe der Quelle und Einhaltung der Regeln wissenschaftlichen Zitierens kenntlich gemacht. Dies gilt auch für Zeichnungen, Skizzen, bildliche Darstellungen und dergleichen.

Ort, Datum: Hamburg, den 03.02.2022

Unterschrift: 

Optional:

Elektronische Veröffentlichung meiner Abschlussarbeit

1. Rechtseinräumung

Ich räume der MSH Medical School Hamburg GmbH (im Folgenden: die Hochschule) das nicht exklusive, kostenfreie, zeitlich unbefristete Recht ein, (a) die Abschlussarbeit und (b) zugehörige Metadaten und Abstracts, die von mir geliefert und/oder durch die Hochschule ergänzt werden,

- auf ihrem Publikationsserver zu veröffentlichen,
- im Internet öffentlich zugänglich zu machen,
- in andere Datenformate zu konvertieren,
- elektronische Vervielfältigungsstücke anzufertigen und zu speichern.

Die Hochschule darf dabei Dritte als Hilfspersonen einschalten. Sie ist nicht zur Nutzung der genannten Rechte verpflichtet und ist insbesondere frei in der Entscheidung, ob und wann sie die Abschlussarbeit veröffentlicht und wie lange sie diese öffentlich zugänglich macht.

Sollte die Abschlussarbeit veröffentlicht werden, so ist mir bewusst, dass die Hochschule gesetzlich dazu verpflichtet ist, die Abschlussarbeit an die Deutsche Nationalbibliothek sowie die Staats- und Universitätsbibliothek Hamburg zu liefern.

2. Kein Verstoß gegen gesetzliche Vorschriften oder Rechte Dritter

Ich versichere, dass der Nutzung der in Ziffer 1 eingeräumten Rechte durch die Hochschule keine Rechtshindernisse entgegenstehen. Sollte ich Kenntnis von etwa-

igen Rechtshindernissen erlangen, setze ich die Hochschule davon unverzüglich in Kenntnis. Sollte die Hochschule dies verlangen, übergebe ich ihr unverzüglich alle notwendigen Informationen und Daten zur Klärung eventueller Rechtshindernisse, die der Nutzung der in Ziffer 1 eingeräumten Rechte entgegenstehen könnten. Von etwaigen Ansprüchen Dritter, die sich aus der Verletzung ihrer Rechte durch die Veröffentlichung meiner Abschlussarbeit ergeben, stelle ich die Hochschule frei.

3. Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten

Ich nehme zur Kenntnis, dass die Hochschule für die Dauer der Nutzung der in Ziffer 1 eingeräumten Rechte, also zeitlich unbefristet, meinen Namen und geeignete Metadaten zur Abschlussarbeit (personenbezogene Daten im Sinne der Datenschutzgrundverordnung, DSGVO) verarbeitet. Insbesondere können diese Daten im Internet öffentlich zugänglich gemacht werden und an die Deutsche Nationalbibliothek, die Staats- und Universitätsbibliothek Hamburg und an Hilfspersonen der Hochschule im Sinne der Ziffer 1 weitergegeben werden.

Rechtsgrundlage für die Verarbeitung sind Art. 6 Abs. 1 lit. b und lit. c DSGVO.

Mir stehen hinsichtlich der Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten gegenüber der Hochschule Rechte auf Auskunft, Berichtigung, Löschung oder Einschränkung der Verarbeitung zu sowie ein Beschwerderecht bei der zuständigen Aufsichtsbehörde.

Den Datenschutzbeauftragten der Hochschule erreiche ich unter datenschutz@medicalschoo-hamburg.de.

Ort, Datum: Hamburg, den 03.02.2022

Unterschrift: 