

Pressemappe

64. Jahrestagung

**Österreichische Gesellschaft für Plastische,
Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie**



Inhalt:

Aktueller Presstext

Pressestatements der Experten

Die Experten der Pressekonferenz

ÖGPRÄC: Qualität in der Plastischen Chirurgie zeigt sich dort, wo es für Patientinnen und Patienten entscheidend wird

Anlässlich ihrer 64. Jahrestagung zeigt die Österreichische Gesellschaft für Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie (ÖGPRÄC), was medizinische Qualität heute konkret bedeutet und warum fundierte Beratung, fachärztliche Expertise und realistische Erwartungen entscheidend für die Sicherheit von Patient:innen sind.

Wien/Aigen im Ennstal, 24. September 2026 – Ein ästhetischer Eingriff lässt sich heute mit wenigen Klicks finden und mitunter ebenso schnell buchen. Doch ebenso leicht zugänglich sind oftmals unseriöse Angebote, hinter denen nicht die erforderliche fachärztliche Qualifikation steht.

Gleichzeitig erweitern moderne rekonstruktive Verfahren die Behandlungsmöglichkeiten für betroffene Patient:innen – etwa nach Tumorerkrankungen oder schweren Verletzungen. Und mit künstlicher Intelligenz kommt eine weitere Entwicklung hinzu: Innerhalb weniger Sekunden entstehen Bilder, die Patient:innen zeigen, wie sie nach einer vermeintlichen ästhetischen Veränderung aussehen könnten.

So unterschiedlich diese Entwicklungen sind, sie führen zu einer gemeinsamen Frage: Woran können Patient:innen medizinische Qualität erkennen? Für die Österreichische Gesellschaft für Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie (ÖGPRÄC) entscheidet sich Qualität dabei nicht an einer

einzelnen Technik oder Behandlung, sondern an fachärztlicher Kompetenz, sorgfältiger Beratung und sicheren medizinischen Rahmenbedingungen.

Qualität beginnt vor dem Eingriff

Gerade im ästhetischen Bereich ist für Patient:innen nicht immer leicht zu erkennen, welche medizinische Qualifikation hinter einem Angebot steht. Eine bestimmte Behandlung oder Operation anzubieten, sagt noch wenig darüber aus, ob Risiken richtig eingeschätzt und mögliche Komplikationen beherrscht werden können. »Die wichtigste Frage vor einem ästhetischen Eingriff lautet deshalb nicht nur: Wer kann das machen? Sondern auch: Wem würde ich vertrauen, wenn der Verlauf schwierig wird?«, erklärt **Univ.-Doz. Dr. Rafic Kuzbari, Präsident der ÖGPRÄC**.

Die Fachgesellschaft sieht eine ihrer Aufgaben deshalb darin, Orientierung zu geben. Über ihre Arztsuche können Patientinnen und Patienten Fachärzt:innen für Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie finden. Eine „10-Punkte-Checkliste – Wie finde ich die richtige Ärztin/den richtigen Arzt?“ bietet darüber hinaus Kriterien zu Facharztausbildung und Befugnis, Aufklärung und Bedenkzeit, Kosten, Nachsorge und medizinischer Infrastruktur.

Fachärztliche Ausbildung als Basis für Patientensicherheit

»Eine fundierte fachärztliche Ausbildung bedeutet weit mehr, als eine Operationstechnik zu beherrschen. Entscheidend ist die ärztliche Kompetenz, eine sorgfältige Indikation zu stellen, Patientinnen und Patienten umfassend aufzuklären, Risiken richtig einzuschätzen und mögliche Komplikationen frühzeitig zu erkennen und zu behandeln. Genau darin zeigt sich medizinische Qualität – und letztlich auch Patientensicherheit.«, betont **Univ.-Prof. Dr. Matthias Rab**.

Die Mitgliedschaft in der Fachgesellschaft macht für Patient:innen eine wesentliche Voraussetzung für medizinische Qualität transparent und überprüfbar: die entsprechende fachärztliche Qualifikation.

Die Ausbildung zu Fachärzt:innen für Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie erstreckt sich über sechs Jahre und wird mit einer umfassenden Facharztprüfung abgeschlossen. Eine Besonderheit in Österreich ist der ausgeprägte praktische Teil: Geprüft werden neben operativen Fertigkeiten auch Diagnose, Indikationsstellung, Therapiewahl sowie das Erkennen und Behandeln möglicher Komplikationen.

Zur Patientensicherheit gehört aber auch eine fundierte Beratung. »Eine ästhetische Behandlung oder Operation muss stets eine wohlüberlegte persönliche Entscheidung sein. Eine umfassende Aufklärung durch eine Fachärztin oder einen Facharzt ist dafür unerlässlich.«, unterstreicht auch der Präsident **Univ.-Doz. Rafic Kuzbari**.

Öffentliche Versorgung: Mehr Operationen, veränderte Ressourcen

Qualität ist allerdings nicht allein eine Frage individueller ärztlicher Kompetenz. Sie benötigt auch entsprechende strukturelle Voraussetzungen.

Eine aktuelle Erhebung zur Versorgungssituation zeigt deutliche Veränderungen innerhalb der vergangenen drei Jahrzehnte. Die Zahl der Spitalsabteilungen mit der Bezeichnung Plastische Chirurgie stieg gegenüber 1995 von 9 auf 13 und damit um 44 Prozent. Die Zahl der verfügbaren Betten nahm im selben Zeitraum lediglich um 14 Prozent zu. Gleichzeitig hat sich die Zahl der jährlich durchgeführten Operationen österreichweit in etwa verdoppelt und liegt heute bei rund 25.000.

Auch die Arbeitsbedingungen haben sich verändert. Statistisch führt eine Fachärztin bzw. ein Facharzt im öffentlichen Krankenhaus heute rund 170 Operationen pro Jahr durch; 1995 waren es noch mehr als 300. Ein wesentlicher Faktor dafür sind nach Einschätzung der Fachgesellschaft die veränderten Arbeitszeitregelungen und die damit geringere Anwesenheitszeit von Chirurg:innen im Krankenhaus.

Univ.-Doz. Dr. Rupert Koller stellt sich damit auch eine Ausbildungsfrage: »Infrastrukturelle Ressourcen im öffentlichen System müssen evaluiert und erhalten werden.«

Besonderes Augenmerk richtet **Vizepräsident Rupert Koller** auf die geplante Zusammenlegung zweier Abteilungen im Wiener Gesundheitsverbund. »Als Fachgesellschaft müssen wir darauf achten, dass es dabei zu einer echten Zentrumsbildung mit exzellenter Qualität und ausreichenden Ressourcen kommt.«. Nur unter entsprechenden strukturellen Bedingungen könne die vorhandene Expertise für kommende Generationen von Plastischen Chirurg:innen weitergegeben und für Patient:innen erhalten werden.

Moderne Brustrekonstruktion: Welche Rekonstruktion passt zur individuellen Patientin?

Wie sehr medizinische Qualität auch eine langfristige Perspektive benötigt, zeigt die moderne Brustrekonstruktion. Brustkrebs ist die häufigste Krebserkrankung bei Frauen. In Österreich wurden 2023 rund 7.000 Neuerkrankungen registriert. Gleichzeitig haben sich die Überlebenschancen deutlich verbessert: Das relative Fünf-Jahres-Überleben liegt bei 88,2 Prozent. Ende 2024 lebten in Österreich rund 93.000 Menschen mit einer Brustkrebsdiagnose.

Damit verändert sich auch die Perspektive auf die Rekonstruktion nach einer Mastektomie. Für viele Frauen geht es nicht nur um die unmittelbare Wiederherstellung der Brust im Rahmen der Tumorbehandlung. Eine Rekonstruktion soll Körperbild und Lebensqualität unterstützen und möglichst über viele weitere Lebensjahre ein stabiles Ergebnis bieten. »Wenn Frauen ihre Brustkrebserkrankung heute mit hoher Wahrscheinlichkeit langfristig überleben, müssen wir auch bei der Rekonstruktion langfristig denken«, erläutert **apl. Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Elisabeth Russe**.

Grundsätzlich stehen für die Brustrekonstruktion Implantate und körpereigenes Gewebe zur Verfügung. Beide Verfahren haben ihren Stellenwert. Die medizinisch entscheidende Frage lautet daher nicht „Implantat oder Eigengewebe?“ im Sinne eines grundsätzlich besseren Verfahrens, sondern: Welche Rekonstruktion passt zur individuellen Patientin?

In diese Entscheidung fließen Tumorsituation und weitere onkologische Behandlung ebenso ein wie eine notwendige Bestrahlung, Anatomie und Gewebeverhältnisse, Begleiterkrankungen, individuelle Risikofaktoren, Lebenssituation und persönliche Wünsche. Moderne Rekonstruktion bedeutet damit zunehmend individualisierte Planung – mit dem Anspruch, nicht nur den nächsten Eingriff, sondern die langfristige Lebensperspektive der Patientin mitzudenken.

Wenn KI ein Ergebnis zeigt, das medizinisch vielleicht gar nicht möglich ist

Zunehmend bringen Patient solche KI-generierten Wunschbilder in die Ordination mit und fragen: „Wäre das bei mir möglich?“ Die KI berücksichtigt jedoch wesentliche medizinische Faktoren wie individuelle Anatomie, Haut- und Gewebebeschaffenheit, Funktion oder die Grenzen einer sicheren Operation nicht zuverlässig. Eine Nase etwa muss nicht nur ästhetischen Vorstellungen entsprechen, sondern auch eine gute Atmung ermöglichen.

Hinzu kommt: Wer sich selbst bereits mit der vermeintlichen Wunschnase oder veränderten Körperform gesehen hat, bringt dieses Bild als Vergleichsmaßstab mit. Selbst ein sehr gutes Operationsergebnis kann dann enttäuschen, wenn ihm ein künstlich erzeugtes Ideal gegenübersteht. Für Plastische Chirurg bedeutet das, nicht nur zu erklären, was eine Operation leisten kann, sondern auch, wo ihre medizinischen Grenzen liegen.

»Ein realistisches Bild ist noch lange kein medizinisch realistisches Ergebnis. Digitale Simulationen können in der ärztlichen Beratung sinnvoll sein, entscheidend ist aber die medizinische Einordnung: Was ist individuell erreichbar, sinnvoll und sicher? Eine Simulation kann Orientierung geben, sie ist jedoch niemals eine Garantie für das tatsächliche Operationsergebnis.«, betont **Dr. Albert Fuchs**.

ÖGPRÄC: Qualität schafft Orientierung und Sicherheit

Für die ÖGPRÄC schließt sich damit der Kreis zwischen medizinischem Fortschritt, Patient:innen und Verantwortung. Neue operative Möglichkeiten, moderne Rekonstruktionsverfahren und digitale Technologien erweitern das Spektrum der Plastischen Chirurgie – und stellen zugleich höhere Anforderungen an fachärztliche Kompetenz, Beratung und medizinische Einordnung. Qualität zeigt sich deshalb nicht erst im Operationssaal. Sie beginnt bei der Entscheidung für oder gegen einen Eingriff und begleitet Patient von der Aufklärung bis zur Nachsorge. Patient:innen müssen vertrauen können, was medizinisch möglich ist, wo Grenzen und Risiken liegen und wem sie ihre Gesundheit überantworten können.

Pressestatement (Reihenfolge der Statements ist gleich Reihenfolge am Panel)

Univ. Doz. Dr. Rafic Kuzbari, Präsident der ÖGPRÄC: Patientensicherheit, Qualität & Versorgung

Botox, Filler, Operation: Woran Patient:innen medizinische Qualität erkennen

Ein ästhetischer Eingriff ist heute schnell gefunden und oft mit wenigen Klicks gebucht. Ob die behandelnde Person aber tatsächlich ausreichend qualifiziert ist, Risiken richtig einschätzen und im Ernstfall eine Komplikation beherrschen kann, ist für Patient:innen wesentlich schwerer zu erkennen. Die Österreichische Gesellschaft für Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie (ÖGPRÄC) sieht deshalb eine zentrale Aufgabe darin, Orientierung zu geben. Denn der entscheidende Qualitätsunterschied liegt nicht darin, ob jemand eine bestimmte Technik anbietet, sondern welche medizinische Kompetenz dahintersteht.

»Eine Spritze zu setzen oder einen Eingriff technisch durchzuführen, ist nur ein Teil der Behandlung. Medizinische Qualität zeigt sich darin, die richtige Indikation zu stellen, Risiken zu erkennen, Grenzen zu kennen – und auch dann handeln zu können, wenn etwas nicht nach Plan verläuft.«, erklärt der amtierende Präsident der ÖGPRÄC Univ.-Doz. Dr. Rafic Kuzbari.

Die 2026 bekannt gewordenen Fälle illegaler Beautybehandlungen haben diese Frage erneut in den öffentlichen Fokus gerückt. Für die ÖGPRÄC sind sie vor allem Anlass, Patient:innen konkrete Kriterien an die Hand zu geben: Woran lässt sich seriöse ästhetische Medizin erkennen?

Fünf Fragen vor einem ästhetischen Eingriff

1. Welche medizinische Qualifikation liegt, vor?

Ein offiziell anerkannter Facharzttitel und die konkrete Befugnis für den geplanten Eingriff sind überprüfbar. Bezeichnungen wie „Beauty-Experte“ oder „Schönheitschirurg“ sind für sich allein kein Nachweis einer entsprechenden Facharztqualifikation.

2. Wird über Risiken genauso offen gesprochen wie über das gewünschte Ergebnis?

Eine seriöse Beratung erklärt nicht nur, was möglich ist. Sie spricht ebenso über Grenzen, Alternativen, mögliche Komplikationen, Nachbehandlungen und gegebenenfalls Folgekosten.

3. Gibt es ausreichend Zeit für die Entscheidung?

Bei ästhetischen Operationen ist Bedenkzeit gesetzlich vorgesehen. Das österreichische Ästhetische Operationsgesetz (ÄsthOpG) schreibt zwischen abgeschlossener ärztlicher Aufklärung und Einwilligung eine Frist von mindestens zwei Wochen vor. Die Einwilligung muss schriftlich erfolgen; operiert werden darf frühestens am darauffolgenden Tag. Eine ästhetische Operation ist damit bewusst keine Impulsentscheidung.

4. Ist die Nachsorge geklärt?

Patientensicherheit endet nicht mit dem Eingriff. Vorher sollte klar sein, wer bei Problemen erreichbar ist, wer Komplikationen beurteilt und für deren Behandlung zur Verfügung steht.

5. Würde die Ärztin oder der Arzt gegebenenfalls auch von einer Behandlung abraten?

Gerade darin zeigt sich ärztliche Verantwortung.

„Eine seriöse ästhetische Beratung muss auch ein Nein zulassen. Nicht jeder Wunsch sollte automatisch zu einer Behandlung führen. Gute Medizin bedeutet, Nutzen und Risiko abzuwägen und Erwartungen realistisch einzuordnen.“

Warum Facharztkompetenz entscheidend ist

Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie ist weit mehr als die Beherrschung einzelner ästhetischer Techniken. Die Facharztausbildung umfasst neben der ästhetischen Chirurgie unter anderem rekonstruktive Chirurgie, Mikrochirurgie, Verbrennungsmedizin, plastisch-chirurgische Onkologie, Handchirurgie, die Behandlung von Fehlbildungen.

Diese Breite ist auch für ästhetische Eingriffe relevant. Fachkompetenz bedeutet nicht nur, einen geplanten Eingriff durchführen zu können. Sie bedeutet auch, Wundheilung, Gewebedurchblutung, Narbenbildung und anatomische Zusammenhänge zu verstehen und Komplikationen erkennen und behandeln zu können.

»Die wichtigste Frage vor einem ästhetischen Eingriff lautet deshalb nicht nur: Wer kann das machen? Sondern auch: Wem würde ich vertrauen, wenn der Verlauf schwierig wird?«

Orientierung für Patient:innen

Die ÖGPRÄC stellt auf ihrer Website www.plastischechirurgie.org konkrete Orientierungshilfen zur Verfügung. Die „10-Punkte-Checkliste – Wie finde ich die richtige Ärztin/den richtigen Arzt?“ behandelt unter anderem Facharztausbildung und Befugnis, Aufklärung, Bedenkzeit, Kosten, Nachsorge und medizinische Infrastruktur.

Über die ÖGPRÄC-Arztsuche können Patient:innen zudem Mitglieder der Fachgesellschaft finden. Für ordentliche Mitglieder ist die entsprechende Facharztqualifikation für Plastische Chirurgie Voraussetzung. Die Mitgliedschaft kann keinen bestimmten Behandlungserfolg garantieren, macht aber eine wesentliche Voraussetzung transparent und überprüfbar: die fachärztliche Qualifikation.

Weitere Informationen zu gesetzlichen Befugnissen, zum ÄsthOpG und zur Frage, welche Ärzt:innen welche ästhetischen Eingriffe durchführen dürfen, bietet die Österreichische Ärztekammer. Auch das öffentliche Gesundheitsportal stellt unabhängige Patienteninformationen zu ästhetischen Behandlungen, Aufklärung und Risiken bereit.

»Wir wollen Patientinnen und Patienten nicht sagen, ob sie einen ästhetischen Eingriff machen lassen sollen. Wir wollen ihnen die Informationen geben, mit denen sie eine sichere und informierte Entscheidung treffen können.«

Pressestatement Univ.-Prof. Dr. Matthias Rab: »Begeben Sie sich in die Hände eines Profis!«

Für fachgerechte und qualitativ auf höchstem Niveau stehende ästhetische Behandlungen und Chirurgie sollen sich Patient:innen ausreichend informieren und in die Hände eines Profis begeben.

Wo findet man solche Profis? Ganz einfach auf der ÖGPRÄC-Homepage.

Was findet man dort? Ausschließlich Fachärzte des Faches Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie.

Diese haben sich einer mehr als 6-jährigen Ausbildung in diesem Fach und einer allen Qualitätskriterien der Akademie der Ärzte und der ÖÄK folgenden theoretischen und praktischen Facharztprüfung unterzogen. Der praktische Aufgabenteil der Facharztprüfung ist einzigartig in Europa! In vielen Bereichen sind die Levels dieser nationalen Facharztprüfung höher als jene der EBOPRAS (Europäischen Facharztprüfung). In den anderen wenigen Bereichen versucht der Vorstand der ÖGPRÄC im Schulterschluss mit allen Beiräten, diese Niveaus zu heben.

Einzigartig im deutschsprachigen Raum ist auch das seit 2013 bestehende Ästhetische-OP-Gesetz. In Europa gibt es ähnliche Gesetze nur noch in Frankreich, Belgien, Norwegen und Dänemark. Die jungen Kolleg:innen werden im vollsten Umfang über Inhalt, Kontraindikationen, Fristen und Exekution dieses Gesetzes von der ÖGPRÄC geschult. Dies zum Schutz der Patient:innen und zur Erhaltung bzw. Anhebung der Qualität der ästhetischen Medizin.

Besonderes Hauptaugenmerk setzen die österreichischen und europäischen Facharztprüfungskommissionen auch auf das Schärfen der Interaktion der jungen Fachärzt:innen mit den zukünftigen Patient:innen im Sinne von Diagnose und Indikationsstellung, Therapieplanung und ev. Komplikationsbehandlung. Ganz nach dem Zitat von Sir Harold Gillies (bekannter britischer Gründer der Plastischen Chirurgie): „Decisions are more important than incisions“ (Indikationsstellungen sind wichtiger als die OP selbst).

Infos unter <https://plastischechirurgie.org/arzt-aerztin-finden/10-punkte-checkliste-wie-finde-ich-die-richtige-aerztin-arzt/>

Pressestatement Prim. Univ.-Doz. Dr. Rupert Koller, Vizepräsident der ÖGPRÄC: »Infrastrukturelle Ressourcen im öffentlichen System müssen evaluiert und erhalten werden.«

Die Plastische Chirurgie wird in Österreich mittlerweile längst nicht mehr ausschließlich mit Schönheitsoperationen assoziiert. Die Bedeutung des Faches in der Tumorchirurgie, bei der Versorgung schwerer Verletzungen, Fehlbildungen und Infektionen ist in der breiten Öffentlichkeit angekommen. Dementsprechend wird der Versorgungsauftrag des Faches auch vom Gesundheitsministerium anerkannt.

In einer kürzlich durchgeführten Erhebung aus dem Jahr 2025 zeigten sich im Vergleich zu einer ähnlichen Untersuchung, die 1995 veröffentlicht wurde, folgende Entwicklungen:

Die absolute Anzahl der Spitalsabteilungen mit der Bezeichnung „Plastische Chirurgie“ hat um 44 Prozent von 9 auf 13 zugenommen, die Anzahl der verfügbaren Betten im selben Zeitraum hingegen lediglich um 14 Prozent – entsprechend dem allgemeinen Trend zu einer Reduktion beziehungsweise Verkürzung stationärer Aufenthalte. Trotz dieser scheinbaren Reduktion der Ressourcen konnte die österreichweite Zahl der Operationen pro Jahr in etwa verdoppelt werden und liegt heute bei rund 25.000.

Statistisch gesehen führt eine Fachärztin oder ein Facharzt im öffentlichen Krankenhaus etwa 170 Operationen pro Jahr durch; 1995 waren es noch mehr als 300 Operationen jährlich. Das kann vor allem dem zwischenzeitlich eingeführten Ärztarbeitszeitgesetz zugeschrieben werden, das die Präsenz der Chirurginnen und Chirurgen im Spital deutlich reduziert. In diesem Zusammenhang ist darauf zu achten, dass die Ausbildungsqualität nicht unter der geringeren Operationsfrequenz leidet.

Im Wiener Gesundheitsverbund ist derzeit die Zusammenführung zweier Abteilungen geplant. Als Fachgesellschaft müssen wir darauf achten, dass daraus ein echtes Zentrum mit exzellenter Qualität und ausreichenden Ressourcen entsteht und nicht allein Einsparungen oberste Priorität haben. Nur so können wir die herausragende Expertise, die an unseren Abteilungen vorhanden ist, auch an zukünftige Generationen von Plastischen Chirurginnen und Chirurgen weitergeben und den uns anvertrauten Patientinnen und Patienten zur Verfügung stellen.

Pressestatement apl. Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Elisabeth Russe: »Wenn Frauen ihre Brustkrebserkrankung heute mit hoher Wahrscheinlichkeit langfristig überleben, müssen wir auch bei der Rekonstruktion langfristig denken. Brustrekonstruktion ist Teil moderner Brustkrebsbehandlung.«

Moderne Brustrekonstruktion: Sicherheit, Lebensqualität und Langzeitperspektive

Brustkrebs ist die häufigste Krebserkrankung bei Frauen. In Österreich wurden 2023 rund 7.000 Neuerkrankungen registriert. Gleichzeitig sind die Überlebenschancen heute sehr gut: Das relative 5-Jahres-Überleben liegt bei 88,2 Prozent. Ende 2024 lebten in Österreich rund 93.000 Menschen mit einer Brustkrebsdiagnose.

Brustkrebs betrifft überwiegend Frauen im höheren Lebensalter, aber auch jüngere Frauen mitten im Berufs- und Familienleben erkranken. Für viele Patientinnen liegen nach Abschluss der Krebstherapie

noch Jahrzehnte ihres Lebens vor. Zwei Jahre nach einer Brustkrebsdiagnose sind beispielsweise 84,3 Prozent der 30- bis 54-jährigen Frauen wieder erwerbstätig. Damit gewinnt auch die Brustrekonstruktion eine langfristige Bedeutung. Es geht nicht nur darum, nach einer Mastektomie die Brust wiederherzustellen, sondern um Körperbild, Lebensqualität und eine möglichst stabile Rekonstruktion für viele weitere Lebensjahre.

Implantat oder Eigengewebe: Die passende Rekonstruktion für jede Patientin

Für die Brustrekonstruktion stehen grundsätzlich zwei Wege zur Verfügung: die Rekonstruktion mit einem Implantat und die Rekonstruktion mit körpereigenem Gewebe. Beide Verfahren haben ihren Stellenwert. Die entscheidende Frage ist daher nicht, welches Verfahren grundsätzlich besser ist, sondern welches Verfahren am besten zur jeweiligen Patientin passt. Die Entscheidung hängt unter anderem von der Tumorsituation und weiteren onkologischen Behandlung, einer notwendigen Bestrahlung, Anatomie und Gewebeverhältnissen, Begleiterkrankungen und Risikofaktoren sowie von Lebenssituation und persönlichen Wünschen der Patientin ab. Auch die aktuelle S3-Leitlinie unterstreicht diese Langzeitperspektive: Patientinnen sollen darüber aufgeklärt werden, dass die Eigengewebsrekonstruktion bei wichtigen patientenberichteten Ergebnissen langfristig Vorteile gegenüber der Implantatrekonstruktion zu haben scheint.

Individualität muss beachtet werden

»Qualität bedeutet nicht, jeder Patientin dasselbe Verfahren anzubieten. Qualität bedeutet, dass jede Frau ihre geeigneten Möglichkeiten kennt und gemeinsam mit einem erfahrenen Team die für sie richtige Entscheidung treffen kann.« versichert Frau Professorin Russe.

Eigengewebe und Implantat: unterschiedliche Stärken

Bei der autologen Rekonstruktion wird die Brust aus körpereigenem Gewebe wiederhergestellt, häufig mikrochirurgisch mit Haut und Fettgewebe vom Unterbauch als sogenannter DIEP-Lappen. Der Eingriff ist zunächst aufwendiger als eine Implantatrekonstruktion, dafür entsteht eine Rekonstruktion aus lebendem, körpereigenem Gewebe.

Implantatbasierte Rekonstruktionen ermöglichen häufig einen kürzeren und weniger aufwendigen Ersteingriff und sind für viele Patientinnen eine sehr gute Lösung. Moderne präpektoriale Techniken sowie Netze und andere Materialien haben die Möglichkeiten zusätzlich erweitert. Langfristig müssen jedoch mögliche Kapselkontrakturen, Implantatverlust sowie spätere Revisions- oder Wechseloperationen berücksichtigt werden. Eine besondere Rolle spielt dabei eine notwendige Bestrahlung.

»Neue Materialien können die Operation unterstützen, ersetzen aber weder die richtige Indikationsstellung noch rekonstruktive Expertise. Implantate, Eigengewebe und neue Materialien sind keine konkurrierenden Konzepte, sondern unterschiedliche Verfahren mit unterschiedlichen Stärken.«, betont apl. Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Elisabeth Russe.

ÖGPRÄC: Qualität muss messbar sein

»Qualität muss messbar sein. Nur wenn wir unsere Ergebnisse kennen und vergleichen, können wir Versorgung systematisch weiter verbessern.«, so Elisabeth Russe. Wie sicher eine moderne mikrochirurgische Brustrekonstruktion heute durchgeführt werden kann, zeigen die Daten des deutschen DGPRÄC-Registers. In einer prospektiven multizentrischen Analyse wurden 3.926 Patientinnen mit 4.577 DIEP-Rekonstruktionen aus 22 Zentren erfasst. Der vollständige Verlust der Rekonstruktion lag bei lediglich 2,0 Prozent.

Eine aktuelle Langzeitanalyse umfasst inzwischen 5.671 mikrochirurgische Rekonstruktionen bei 4.909 Patientinnen aus 22 Zentren. Solche Register ermöglichen strukturiertes Benchmarking und die kontinuierliche Überprüfung der eigenen Ergebnisse. Für Österreich liegen derzeit keine vergleichbar umfassenden nationalen Registerdaten zur Brustrekonstruktion vor. Hier liegt eine Chance, Versorgungsqualität künftig noch transparenter zu erfassen und weiterzuentwickeln.

Zugang zum gesamten Spektrum

Moderne Brustrekonstruktion bedeutet deshalb mehr als die technisch erfolgreiche Wiederherstellung einer Brust. Patientinnen sollten Zugang zum gesamten Spektrum der Rekonstruktion haben, von modernen implantatbasierten Verfahren bis zur komplexen mikrochirurgischen Eigengewebstrekonstruktion.

Welche Methode gewählt wird, sollte sich an der individuellen Patientin orientieren und nicht daran, welche Rekonstruktionsmethode an einem Standort gerade verfügbar ist. »Wir behandeln heute nicht nur den Brustkrebs. Wir behandeln Frauen, die nach ihrer Erkrankung noch viele Jahre und oft Jahrzehnte ihres Lebens vor sich haben. Deshalb muss auch die Brustrekonstruktion langfristig gedacht werden: onkologisch sicher, individuell gewählt und mit Blick auf Lebensqualität und mögliche Folgeoperationen. Jede Frau sollte Zugang zu der für sie geeigneten Rekonstruktion haben.«, erläutert apl. Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Elisabeth Russe.

Facts & Figures

	Zahl
Brustkrebs-Neuerkrankungen Österreich 2023	7.041
Relatives 5-Jahres-Überleben	88,2 %
Menschen mit Brustkrebsdiagnose in Österreich Ende 2024	93.040
30–54-Jährige, zwei Jahre nach Brustkrebsdiagnose wieder erwerbstätig	84,3 %
DGPRÄC-Register 2021	4.577 DIEP-Rekonstruktionen / 22 Zentren
Vollständiger Lappenverlust	2,0 %
Aktuelle deutsche Langzeitanalyse 2026	5.671 freie Lappen / 4.909 Patientinnen / 22 Zentren

Ausgewählte Literatur:

Statistik Austria. Austrian National Cancer Registry: Incidence, mortality, 5-year survival and prevalence of cancer 2023. Datenstand 2026.

Leitlinienprogramm Onkologie. S3-Leitlinie Früherkennung, Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Mammakarzinoms, Version 5.0/5.1, 2025/2026; Kapitel Brustrekonstruktion.

Heidekrueger PI, Moellhoff N, Horch RE, et al. Overall Complication Rates of DIEP Flap Breast Reconstructions in Germany – A Multi-Center Analysis Based on the DGPRÄC Prospective National Online Registry for Microsurgical Breast Reconstructions. J Clin Med. 2021;10:1016.

von Fritschen U, Fertsch S, Arkudas A, et al. Have Outcomes Improved in Microsurgical Breast Reconstruction? An 8-Year Prospective Longitudinal Study of 5,671 Flaps Across 22 Centers. J Reconstr Microsurg. 2026.

Broyles JM, Balk EM, Adam GP, et al. Implant-based versus Autologous Reconstruction after Mastectomy for Breast Cancer: A Systematic Review and Meta-analysis. Plast Reconstr Surg Glob Open. 2022;10:e4180.

Pressestatement Dr. Albert Fuchs: »KI verändert nicht nur Bilder, sondern auch Erwartungen und genau diese Erwartungen müssen wir im ärztlichen Gespräch wieder mit der medizinischen Realität zusammenbringen.«

Ein Foto ist heute in wenigen Sekunden verändert: eine schmalere Nase, eine straffere Haut, eine andere Körperform. Künstliche Intelligenz zeigt uns dabei nicht irgendeinen Menschen. Sie zeigt uns uns selbst – so, wie wir vielleicht gerne aussehen würden.

Genau das macht diese Bilder so wirksam. Und genau das stellt uns in der plastischen Chirurgie vor eine neue Herausforderung.

Bildbearbeitung kennen wir seit Jahren. Viele von uns haben schon einmal einen Filter für Selfies verwendet, um die Haut glatter erscheinen zu lassen oder kleine Falten zu retuschieren. Auch solche Bilder können unsere Vorstellung von Schönheit beeinflussen.

Mit generativer KI kommt jedoch eine neue Qualität hinzu: Veränderungen wirken mitunter so fotografisch echt, dass sie wie ein bereits erreichtes Operationsergebnis erscheinen.

Doch ein realistisches Bild ist noch lange kein medizinisch realistisches Ergebnis.

In unseren Ordinationen begegnen uns zunehmend Patientinnen und Patienten, die solche Bilder mitbringen. Ihre Frage ist oft: „Wäre das bei mir möglich?“

Eine verfügbare KI zur Fotobearbeitung berücksichtigt aber nicht zuverlässig, was wir bei der Planung einer Operation beurteilen müssen: die individuelle Anatomie, die Beschaffenheit von Haut und Gewebe, bestehende Narben, die Funktion und die Grenzen einer sicheren Behandlung. Eine Nase muss beispielsweise nicht nur zum Gesicht passen. Sie muss auch eine gute Atmung ermöglichen. Die KI prüft nicht, ob der Weg dorthin operativ möglich oder medizinisch vertretbar ist.

Das eigentliche Problem beginnt deshalb häufig schon vor dem Beratungsgespräch. Wer sich einmal mit seiner vermeintlichen Wunschnase oder Wunschfigur gesehen hat, nimmt dieses Bild mit – auch innerlich.

Selbst wenn jemand ausdrücklich sagt: „Ich weiß, dass das vielleicht nicht möglich ist“, erscheint dieses Wunschbild bereits fest verankert. Eine sachliche Erklärung, warum es nicht erreichbar ist, lässt es oft nicht einfach verschwinden.

Damit verändert sich auch der Maßstab, an dem ein späteres Ergebnis gemessen wird.

Ein sehr gutes Operationsergebnis kann subjektiv enttäuschen, wenn der Vergleichspunkt ein künstlich erzeugtes Ideal ist. Diese Diskrepanz erleben wir in der Beratung und in der postoperativen Phase als zusätzliche Herausforderung. Sie verlangt Zeit, Einfühlungsvermögen und eine besonders klare Aufklärung.

Für uns bedeutet das: Wir müssen nicht nur erklären, was eine Operation leisten kann. Wir müssen zunehmend auch erklären, warum ein KI-Bild etwas verspricht, das eine Operation nicht einlösen oder erreichen kann.

Unsere Empfehlung ist deshalb, mögliche Veränderungen zuerst im ärztlichen Beratungsgespräch zu besprechen, statt sich vorab mit KI ein vermeintliches Operationsergebnis erstellen zu lassen.

Auch wir können in der Beratung mit digitaler Bildbearbeitung arbeiten. Der entscheidende Unterschied liegt in der medizinischen Einschätzung: Welche Veränderung ist bei diesem Menschen grundsätzlich erreichbar? Welche Grenzen bestehen? Und was ist sinnvoll und sicher?

Diese Überlegungen müssen bereits in die Darstellung einfließen.

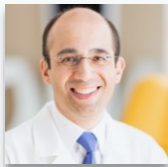
Dabei gilt ausdrücklich: Auch eine ärztlich erstellte Simulation ist keine Garantie. Sie dient der Verständigung über eine realistische Zielrichtung. Individuelle Heilung und das tatsächliche Operationsergebnis lassen sich nicht exakt vorhersagen.

Als Fachgesellschaft ist uns wichtig, dass Patientinnen und Patienten ihre Entscheidung auf einer verlässlichen Grundlage treffen können. Dazu gehören verständliche Informationen, realistische Erwartungen und die Freiheit, sich auch gegen einen Eingriff zu entscheiden.

Entscheidend wird sein, KI künftig gezielt in Beratung und Aufklärung einzusetzen, damit sie unseren Patientinnen und Patienten hilft, realistische Erwartungen zu entwickeln und fundierte Entscheidungen zu treffen.

Expert:innen am Panel des Pressegesprächs der 64. Jahrestagung der ÖGPRÄC

Univ.-Doz. Dr. Rafic Kuzbari



Promovierte 1988 an der Medizinischen Fakultät der Universität Wien. Er absolvierte seine Facharztausbildung für Plastische Chirurgie am AKH Wien und am Wilhelminenspital (Klinik Ottakring). Von 1996 bis 2011 war er dort als Oberarzt, stellvertretender Abteilungsvorstand und interimistischer Leiter tätig. Seit 2011 leitet er das Kuzbari Zentrum für Ästhetische Medizin mit Spezialisierung auf ästhetische Gesichtschirurgie und Rhinoplastik.

Univ.-Prof. Dr. Matthias Rab



Facharzt für Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie und Fellow des European Board of Plastic, Reconstructive and Aesthetic Surgery (EBOPRAS). Nach Ausbildung in Wien und Auslandsaufenthalten in Deutschland und den USA übernahm er die Leitung der Abteilung für Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie am Klinikum Klagenfurt. Rab ist Vorstandsmitglied und Generalsekretär der ÖGPRÄC, Prüfer bei EBOPRAS sowie Vorsitzender der Facharztprüfungskommission und der Kommission für Ästhetische Operationen der Österreichischen Ärztekammer. Zudem ist er Treasurer der UEMS Section of Plastic Surgery und Präsident der Deutschsprachigen Arbeitsgemeinschaft für Mikrochirurgie (DAM). Seine Schwerpunkte liegen in der rekonstruktiven und ästhetischen Kopf-Hals-Chirurgie, der peripheren Nerven- und Handchirurgie sowie der Mikrochirurgie.

Prim. Univ.-Doz. Dr. Rupert Koller



Vize-Präsident der ÖGPRÄC, ehemaliger Präsident der Österreichischen Gesellschaft für Senologie, Abteilungsvorstand der Abteilung für Plastische, Ästhetische und Rekonstruktive Chirurgie an den Kliniken Ottakring (seit 2003) und Landstraße (seit 2020) des Wiener Gesundheitsverbundes. Vizepräsident ÖGPRÄC und der Österreichischen Gesellschaft für Senologie – Forum für Brustgesundheit.

Spezialgebiete: Rekonstruktionen nach onkologischen Eingriffen, Handchirurgie, Ästhetische und Rekonstruktive Chirurgie im Gesicht (z.B. nach Facialislähmung)

Prof.ⁱⁿ Priv.-Doz.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Elisabeth Russe:



»Ich engagiere mich gerne in der ÖGPRÄC, weil mir unser Fach und seine Weiterentwicklung sehr am Herzen liegen. Die Plastische Chirurgie begleitet mich schon seit meiner Kindheit. Sie ist für mich viel mehr als nur ein Beruf und begeistert mich immer wieder aufs Neue.

In unserer Arbeit erleben wir täglich, wie wichtig der offene Austausch, die Unterstützung junger Kolleginnen und Kollegen und das Miteinander in unserer Gemeinschaft sind. Qualität entsteht dort, wo wir unser Wissen teilen, uns gegenseitig unterstützen und gemeinsam Neues gestalten. Genau das macht unsere Gesellschaft für mich so wertvoll.«

Dr. Albert Fuchs



Facharzt für Plastische, Ästhetische und Rekonstruktive Chirurgie und führt die Praxis Fox Plastic Surgery mit Standorten in Wien und Neusiedl am See. Operativ hat er sich auf die Nasen- und Brustchirurgie spezialisiert, die den Schwerpunkt seiner täglichen Arbeit bildet. Neben der eigenen Ordination ist er im Wiener Gesundheitsverbund (WIGEV) tätig und verbindet so private Praxis und klinische Versorgung. Als Vorstandsmitglied der ÖGPRÄC verantwortet er zudem den Bereich Public Relations und vertritt das Fach in der öffentlichen Kommunikation.

Für Presse- und Interviewanfragen:

Dr.ⁱⁿ Britta Fischill

britta@fischill.at | mobil: +43 676 303 96 99

ab 01. Oktober 2026:

Mag.^{ra} Lisa Haider

lisa.haider@sisteract.at | mobil: +43 676 719 36 77

.....
.....
.....