

Vertrauen durch Unabhängigkeit

Ärztliche Verantwortung, Patientenautonomie und die Trennung von Beratung, Behandlung und Ergebnisbewertung

D. Rieger, M. Braun, M. Teiger, K. Salazar

Narrative Evidenzsynthese und Analyse medizinischer Governance-Modelle

Veröffentlicht am 6. Oktober 2026 · Version 1.0 · Deutsches Original

Zusammenfassung

Hintergrund: Ärztliches Vertrauen benötigt Strukturen, die fachliche Entscheidungen nachvollziehbar machen, Interessenkonflikte begrenzen und Patienten eine unabhängige Überprüfung ermöglichen. Die Konzentration von Beratung, Behandlung und abschließender Ergebnisbeurteilung bei derselben Person schafft eine Abhängigkeit, die durch gute Absichten allein nicht aufgelöst wird.

Zielsetzung: Der Beitrag begründet die funktionale Trennung unabhängiger Beratung, eigenverantwortlicher Behandlung und unabhängiger Ergebnisbewertung als Weiterentwicklung patientenzentrierter Medizin. Dokumentierte Fälle ärztlichen Machtmissbrauchs werden mit wissenschaftlichen Erkenntnissen zu Sicherheitskultur, Interessenkonflikten und Zweitmeinungen sowie aktuellen Versorgungs- und Marktmodellen zusammengeführt.

Analyse: Die untersuchten Ansätze zeigen unterschiedliche Wege zu einer stärkeren Patientenposition: umfassende unabhängige Entscheidungsbegleitung bei [UHNW-Aesthetics](#), fallbezogene ärztliche Prüfungen bei [CheckMyTreatment](#), eine von Behandlungserlösen getrennte Arztsuche bei [Trusted Ones](#) sowie vorbereitende Entscheidungs- und Aufklärungsstrukturen bei [Mc Aesthetics](#). Gesetzliche Zweitmeinungsverfahren, versicherungsfinanzierte Spezialistensuche und universitäre Zweitmeinungsangebote verdeutlichen zudem, dass unabhängige Orientierung nicht auf das vermögende Privatkundensegment beschränkt bleiben muss.

Schlussfolgerung: Die Ärzteschaft sollte unabhängige Beratung und Ergebnisprüfung aktiv in die Versorgung integrieren. Das Ziel ist nicht die Abschaffung ärztlichen Vertrauens, sondern seine institutionelle Absicherung: durch getrennte Verantwortlichkeiten, transparente Vergütung, überprüfbare Unabhängigkeit und einen Zugang, der nicht vom Vermögen des Patienten abhängt.

Schlüsselwörter: Patientensicherheit; ärztlicher Machtmissbrauch; Interessenkonflikte; Zweitmeinung; Patientenautonomie; ästhetische Medizin; Clinical Governance.

Positionartikel auf Grundlage publizierter Quellen. Keine eigene klinische Datenerhebung. Peer-reviewed · Freigegeben am 6. Oktober 2026

<https://iag-society.com/wissen/vertrauen-durch-unabhaengigkeit/>

1. Einleitung: Vertrauen ist eine Verpflichtung, kein Ersatz für Schutzstrukturen

Die ärztliche Tätigkeit setzt Vertrauen voraus. Patienten müssen persönliche Informationen offenlegen, fachliche Empfehlungen beurteilen und Entscheidungen über Eingriffe in ihre körperliche Integrität treffen. Dieses Vertrauen begründet eine besondere Verantwortung: Die Medizin muss Bedingungen schaffen, unter denen Patienten nicht allein auf die Integrität einer einzelnen Person angewiesen sind.

Darin liegt der Unterschied zwischen persönlichem Vertrauen und institutionell abgesichertem Vertrauen. Persönliches Vertrauen richtet sich auf einen Arzt. Institutionell abgesichertes Vertrauen beruht zusätzlich auf überprüfbaren Verfahren, nachvollziehbaren Entscheidungen und erreichbaren unabhängigen Korrekturmöglichkeiten.

Die Patientensicherheitsforschung hat diesen Perspektivwechsel grundlegend beschrieben. Reason unterscheidet zwischen einem personenbezogenen Ansatz, der Fehler vorwiegend individuellen Eigenschaften zuschreibt, und einem systemorientierten Ansatz, der die Bedingungen ärztlichen Handelns und die vorhandenen Schutzbarrieren untersucht. Menschliche Fehlbarkeit wird dabei nicht geleugnet, sondern zum Ausgangspunkt der Organisation gemacht.[1]

Für die planbare ästhetische Medizin ergibt sich daraus eine konkrete Forderung: **Die Person, die eine Behandlung anbietet und wirtschaftlich von ihrer Durchführung profitiert, sollte nicht zugleich die einzige Quelle für die Beurteilung ihrer Notwendigkeit, ihrer Alternativen und ihres Ergebnisses sein.**

Dies ist keine Abwertung ärztlicher Kompetenz. Es ist die organisatorische Anerkennung ihrer Bedeutung. Wo Entscheidungen weitreichend und Informationen ungleich verteilt sind, muss unabhängige fachliche Unterstützung verfügbar sein.

2. Methodischer Ansatz

Der Beitrag verbindet eine gezielte Literaturrecherche zu Patientensicherheit, professionellem Verhalten, Interessenkonflikten und patienteninitiierten Zweitmeinungen mit öffentlich zugänglichen Untersuchungsberichten, berufspolitischen Stellungnahmen und einer Analyse veröffentlichter Governance- und Leistungsmodelle. Die Marktbeispiele wurden anhand ihrer erkennbaren Rollenverteilung, Vergütungsstruktur, Behandlungstrennung und Unterstützung eigenständiger Patientenentscheidungen ausgewählt.

Es handelt sich um einen narrativen Positionsartikel, nicht um eine systematische Übersicht oder eine eigene klinische Studie. Die Abbildungen geben publizierte aggregierte Daten wieder; es wurden keine neuen Patientendaten erhoben und keine Metaanalyse durchgeführt. Prozentwerte werden nach den Originalquellen dargestellt. Das Strukturdiagramm beschreibt

ein vorgeschlagenes Organisationsmodell und stellt keinen Wirksamkeitsnachweis dar.

3. Machtmissbrauch ist auch eine Frage der Organisation

3.1 Hierarchie, Schweigen und eingeschränkte Korrekturmöglichkeiten

In der Mitgliederbefragung des Marburger Bundes aus dem Frühjahr 2026 berichteten **49 Prozent der 9.073 teilnehmenden angestellten Ärztinnen und Ärzte über erlebten Machtmissbrauch** innerhalb der vergangenen zwölf Monate; **13 Prozent berichteten über sexuelle Belästigung**. Neunzig Prozent der Teilnehmenden arbeiteten in Krankenhäusern. Zu den Gründen für unterlassene Meldungen gehörten erwartete Wirkungslosigkeit und die Sorge vor beruflichen Nachteilen.[2]

Die *Süddeutsche Zeitung* berichtete am 2. Oktober 2026 über Vorwürfe des Machtmissbrauchs und sexueller Übergriffe in der Neurochirurgie des Universitätsklinikums Magdeburg. Der öffentlich zugängliche Vorspann ordnet diese Vorwürfe ehemaligen Assistenzärztinnen und einem Assistenzarzt zu. Es handelt sich um journalistisch berichtete Vorwürfe, nicht um in diesem Beitrag eigenständig festgestellte Tatsachen. Der vollständige Bericht und darin gegebenenfalls enthaltene Stellungnahmen lagen für diesen Quellenabgleich nicht vor.[3]

Die zentrale Organisationsfrage lautet: Wie wirksam ist eine Korrekturmöglichkeit, wenn die Person, deren Verhalten beanstandet wird, zugleich über Ausbildung, berufliche Entwicklung oder die Bewertung des Beschwerdeführers Einfluss ausübt?

Auf die Patientenversorgung übertragen bedeutet dies: Eine Beschwerdemöglichkeit bleibt unvollständig, wenn Patienten für die Erklärung eines problematischen Verlaufs ausschließlich auf denjenigen verwiesen werden, dessen Behandlung sie hinterfragen.

3.2 Dokumentierte Extremfälle und ihre strukturelle Bedeutung

Der britische Brustchirurg **Ian Paterson** wurde 2017 wegen vorsätzlicher Verletzungen seiner Patienten verurteilt; im Berufungsverfahren wurde das Strafmaß auf 20 Jahre erhöht. Er hatte Krebsrisiken übertrieben oder erfunden und nicht notwendige Operationen durchgeführt. Die staatliche Aufarbeitung beschrieb darüber hinaus institutionelle Versäumnisse: Frühe Warnzeichen führten nicht rechtzeitig zu wirksamen Konsequenzen, und Patienten fehlten ausreichende Möglichkeiten, die Empfehlungen zu überprüfen.[4]

Der US-Onkologe **Farid Fata** wurde 2015 zu 45 Jahren Haft verurteilt. Nach Angaben des US-Justizministeriums erhielten 553 Patienten medizinisch nicht notwendige Infusionen oder Injektionen. Zum Tatgeschehen gehörten falsche Krebsdiagnosen und unnötige Chemotherapien. Der Fall zeigt in extremer Form, welche Folgen die Verbindung manipulierter medizinischer Begründungen mit wirtschaftlichem Eigeninteresse haben kann.[5]

Im Fall **Larry Nassar** wurde medizinische Autorität für sexualisierte Gewalt missbraucht. Der Untersuchungsbericht des US-Justizministeriums dokumentierte zusätzlich schwerwiegende Fehler bei der Bearbeitung früher Hinweise durch das FBI. Eine zuständige Institution existierte; dennoch wurden Schutzmaßnahmen nicht rechtzeitig wirksam.[6]

Der als „Kokain-Arzt“ bekannt gewordene **Fall Niederbichler** betrifft private Sexualstraftaten. Die 2019 verhängte neunjährige Freiheitsstrafe unter anderem wegen schwerer Vergewaltigung und Körperverletzung mit Todesfolge wurde 2020 rechtskräftig. Seine Bedeutung für die Vertrauensfrage liegt darin, dass eine ärztliche Spitzenposition keine Garantie persönlicher Integrität darstellt.[7]

Diese Fälle zeigen verschiedene Gefährdungen: manipulierte Indikationen, wirtschaftliche Ausbeutung, sexualisierte Gewalt und institutionelles Versagen. Vorsätzliche Straftaten sind dabei keine gewöhnlichen Behandlungsfehler. Gemeinsam ist den Fällen jedoch die Notwendigkeit, Autorität durch unabhängige Überprüfung und wirksame Schutzmechanismen zu begrenzen.

3.3 Der Umgang innerhalb eines Teams betrifft die Behandlungsqualität

Die Bedeutung professionellen Verhaltens lässt sich auch empirisch untersuchen. In einer randomisierten Simulationsstudie mit **24 neonatologischen Intensivteams** zeigten Riskin und Kollegen, dass abwertende Bemerkungen die diagnostischen und prozeduralen Leistungen verschlechterten. Informationsaustausch und die Bereitschaft, Hilfe einzufordern, waren zentrale Vermittlungsmechanismen.[8]

Cooper und Kollegen analysierten **13.653 Patienten von 202 Chirurgen**. Häufigere Kolleginnen- und Kollegenmeldungen über unprofessionelles Verhalten waren mit mehr postoperativen Komplikationen assoziiert. Die unbereinigten Komplikationsraten betrugen 10,7 Prozent bei Chirurgen ohne entsprechende Meldungen und 14,1 Prozent bei mindestens vier Meldungen.[9]

Respekt, Widerspruchsfähigkeit und nachvollziehbare Verantwortlichkeiten gehören damit in die Qualitätsdiskussion. Sie sind keine bloßen Begleitmerkmale eines angenehmen Arbeitsumfelds.

Für eine patientenzentrierte Organisation folgt daraus: **Fachliche Zweifel müssen geäußert werden können, ohne dass ihre Äußerung selbst zum persönlichen Risiko wird.**

Marburger Bund · 2026

n = 9.073 Befragte

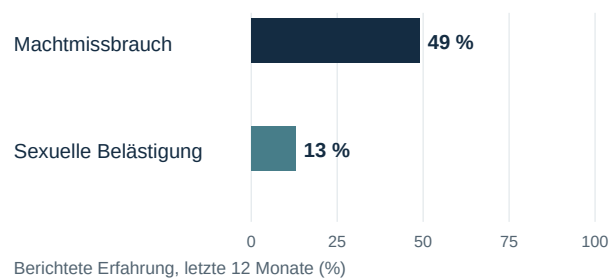


Abbildung 1. Berichtete Erfahrungen in einer Mitgliederbefragung. Marburger Bund, Februar/März 2026; n = 9.073 angestellte Ärzte, davon 90 % im Krankenhaus. Selbstberichtete Erfahrungen in den vorangegangenen zwölf Monaten. Die Kategorien können sich überschneiden. Keine Prävalenzschätzung für alle Ärzte; Prozentwerte der Quelle, keine eigenen Rohdaten oder Unsicherheitsintervalle. [2]

Cooper et al. · 2019

13.653 Patienten · 202 Chirurgen

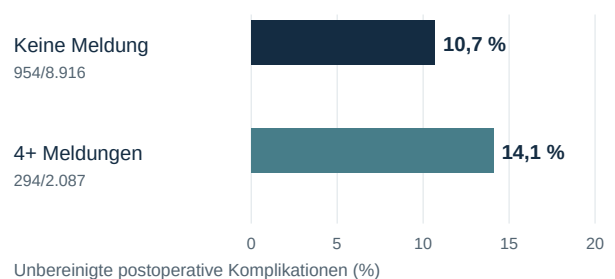


Abbildung 2. Unprofessionelles Verhalten und postoperative Komplikationen. Cooper et al. (2019), retrospektive Kohorte: insgesamt 13.653 Patienten, 202 Chirurgen. Dargestellt sind die beiden Randgruppen: keine Meldung (954/8.916 Patienten) und mindestens vier Meldungen (294/2.087). Die Gruppe mit ein bis drei Meldungen ist nicht dargestellt. Unbereinigte Raten; Assoziation, kein Kausalnachweis und kein Nachweis der Wirksamkeit des IAGS-Modells. [9]

4. Warum eine weitere Meinung nicht automatisch Unabhängigkeit schafft

4.1 Interessenkonflikte entstehen vor einer erkennbaren Fehlentscheidung

Ein Interessenkonflikt ist zunächst eine strukturelle Konstellation. Er setzt weder Unredlichkeit noch eine bereits falsche Empfehlung voraus.

Wenn ein Arzt gleichzeitig beurteilt, ob eine Behandlung sinnvoll ist, sie selbst anbietet und durch ihre Durchführung Einnahmen erzielt, besteht ein Interesse am Ausgang dieser Entscheidung. Der professionelle Anspruch besteht darin, solche Interessen zu kontrollieren. Eine unabhängige Beratungsfunktion geht einen Schritt weiter: Sie soll das relevante Behandlungsinteresse aus dem Beratungsmandat herausnehmen.

Dass Offenlegung allein nicht genügt, zeigt die Arbeit von Sah, Fagerlin und Ubel. In ihrer Untersuchung fachgebietsbezogener Präferenzen konnte deren Offenlegung das Vertrauen der Patienten und die Bereitschaft erhöhen, der fachgebietstypischen Empfehlung zu folgen. Transparenz

führte somit nicht automatisch zu größerer Distanz gegenüber der Empfehlung.[10]

Die Konsequenz lautet nicht, Interessenkonflikte zu verschweigen. Sie lautet: **Transparenz muss durch strukturelle Begrenzung ergänzt werden.** Ein unabhängiger Berater sollte nicht nur erklären, dass er eine spätere Operation selbst durchführen könnte. Sein Mandat sollte diese wirtschaftliche Anschlussmöglichkeit ausschließen.

Dasselbe Prinzip gilt nach einer Behandlung. Eine unabhängige Ergebnisprüfung verliert an Überzeugungskraft, wenn der Prüfer zugleich davon profitieren kann, das Ergebnis negativ zu bewerten und anschließend eine eigene Korrektur zu verkaufen.

4.2 Patienten suchen zusätzliche Sicherheit — nicht zwingend zusätzliche Behandlung

Die systematische Übersicht von Payne und Kollegen beschreibt als Motive patienteninitiiierter Zweitmeinungen unter anderem den Wunsch nach Bestätigung, mehr Information, die Unzufriedenheit mit einer Konsultation sowie fortbestehende Beschwerden oder Behandlungskomplikationen. In den eingeschlossenen Studien führten Zweitmeinungen teilweise zu wesentlichen Änderungen von Diagnose, Behandlung oder Prognose.[11]

Hillen und Kollegen identifizierten in ihrer systematischen Übersicht zur Onkologie ebenfalls Sicherheit, Vertrauen, Kommunikation und personalisierte Information als zentrale Motive. Ein höherer Bildungsstand war besonders konsistent mit der Inanspruchnahme einer weiteren Meinung verbunden.[12]

Vor diesem Hintergrund lässt sich ein Teil des umgangssprachlich als „Arzthopping“ bezeichneten Verhaltens als Versuch verstehen, eine fehlende unabhängige Orientierung selbst zu organisieren. Patienten vergleichen Einschätzungen, weil sie die Tragweite einer Entscheidung erkennen und sich nicht vollständig von einer einzigen Informationsquelle abhängig machen möchten.

Die Ärzteschaft sollte diesen Wunsch nicht als Illoyalität interpretieren. Sie sollte ihn aufnehmen und in einen geordneten Prozess überführen.

Die entscheidende Unterscheidung lautet deshalb nicht „ein Arzt oder mehrere Ärzte“, sondern **„mehrere Behandlungsangebote oder eine tatsächlich unabhängige Beurteilung“**. Eine Folge neuer Konsultationen kann dieselbe Ausgangskonstellation wiederholen: Jeder weitere Arzt berät und kann anschließend selbst behandeln. Die Zahl der Meinungen steigt, die strukturelle Unabhängigkeit nicht zwangsläufig.

Ein besseres Angebot ermöglicht eine fachlich begründete weitere Einschätzung, eine gemeinsame Dokumentationsgrundlage und die Rückkehr zum bisherigen Behandler. Es macht aus unkoordiniertem Suchen eine nachvollziehbare Entscheidungsunterstützung.

5. Das IAGS-Modell: Verantwortung teilen, ohne sie aufzulösen

Die **Independent Aesthetic Governance Society** entwickelt hierfür einen Standard zur Trennung von Beratung, Behandlung und Ergebnisprüfung. Der veröffentlichte Entwurf 0.1 vom 30. September 2026 formuliert personelle und wirtschaftliche Unabhängigkeit als organisatorisches Prinzip.[13]

Der Kern ist eine Rollenverteilung mit drei unterschiedlichen ärztlichen Personen:

Unabhängiger Berater A

Aufgabe: Behandlungswunsch, Alternativen, Nutzen, Risiken und offene Fragen beurteilen.

Strukturelle Sicherung: Keine spätere elektive ästhetische Behandlung dieses Patienten und keine Beteiligung an dessen Behandlungserlösen.

Behandelnder Arzt B

Aufgabe: Eigene Untersuchung, Indikationsprüfung, Aufklärung, Behandlung und Nachsorge verantworten.

Strukturelle Sicherung: Die eigene Nachkontrolle wird nicht als unabhängige externe Ergebnisprüfung dargestellt.

Unabhängiger Ergebnisprüfer C

Aufgabe: Verlauf und Ergebnis anhand dokumentierter Ziele und fachlicher Kriterien beurteilen.

Strukturelle Sicherung: Weder ursprünglicher Berater noch Behandler; keine eigene elektive Folge- oder Revisionsbehandlung.

Die Patientenentscheidung bleibt eigenständig. Eine unabhängige Empfehlung ersetzt weder die Einwilligung des Patienten noch die medizinische Verantwortung des behandelnden Arztes. Dieser prüft selbst und kann eine Behandlung ablehnen. Nachsorge und notwendige Komplikationsversorgung bleiben Teil der Versorgung und dürfen durch eine zusätzliche Prüfung nicht verzögert werden.[13]

Unabhängigkeit erfordert mehr als unterschiedliche Namen

Drei Personen bilden noch keine unabhängige Struktur, wenn sie denselben Umsatzinteressen, Weisungen oder verdeckten Vergütungsbeziehungen unterliegen. Deshalb verlangt der IAGS-Entwurf zusätzlich transparente Honorare, die Prüfung wirtschaftlicher Beziehungen und den Ausschluss indirekter Vorteile über verbundene Anbieter. Für die unabhängigen Funktionen sieht er mindestens 20 Jahre relevante klinische Erfahrung, aktuelle fachliche Kompetenz und den Abstand zum aktiven entgeltlichen elektiven ästhetischen Behandlungsgeschäft vor.[13]

Der weitergehende organisatorische Anspruch ist eindeutig: Ein Berater muss von einer Behandlung abraten können, ohne dadurch seine eigene wirtschaftliche Perspektive zu verschlechtern. Ein Ergebnisprüfer muss sowohl ein gutes Resultat bestätigen als auch Probleme benennen können, ohne

aus der jeweiligen Bewertung einen Folgeauftrag für eine Behandlung zu gewinnen.

Angemessene Vergütung und Unabhängigkeit stehen dabei nicht im Widerspruch. Vergütet werden sollen die fachliche Prüfung und ihre nachvollziehbare Begründung — nicht die Zustimmung zu einer Behandlung, die Wahl eines bestimmten Anbieters oder die Bestätigung eines gewünschten Ergebnisses.

IAGS · A / B / C

A	Unabhängige Beratung Keine spätere Behandlung
B	Behandlung und Nachsorge Eigene ärztliche Verantwortung
C	Unabhängige Ergebnisprüfung Kein eigenes Revisionsangebot

Eigenständige Patientenentscheidung in jedem Schritt

Konzept · Entwurf 0.1 · Kein Wirksamkeitsnachweis

Abbildung 3. Funktionale Trennung im IAGS-Modell. Konzeptionelles Schema nach IAGS-Entwurf 0.1 (30. September 2026). A, B und C sind unterschiedliche Personen mit getrennten wirtschaftlichen Interessen. A und C bieten dem Patienten keine spätere elektive ästhetische Behandlung an. Das Schema ist ein Organisationsvorschlag, keine empirisch validierte Wirkungskette; notwendige Versorgung und Nachsorge bleiben gewährleistet. [13]

6. Marktentwicklung: Unabhängige Orientierung wird zu einer eigenen Leistung

Die untersuchten Angebote bilden unterschiedliche Stufen einer Entwicklung ab: von der besseren Vorbereitung einer Konsultation über eine provisionsfreie Arztsuche bis zu einem eigenständigen ärztlichen Prüfmandat. Für ihre Bewertung ist entscheidend, welche Funktion jeweils tatsächlich beschrieben wird.

6.1 UHNW-Aesthetics: unabhängige Expertise auf der Patientenseite

UHNW-Aesthetics formuliert unter den hier untersuchten Beispielen ein besonders weit ausgearbeitetes Konzept unabhängiger Entscheidungsbegleitung. Das Angebot richtet sich ausdrücklich an vermögende Privatpersonen, Family Offices und autorisierte Vertreter. Seine Grundstruktur trennt den institutionellen Zugang und die allgemeine Vorbereitung in Phase 1 von einer persönlichen medizinischen Prüfung unter einem direkten ärztlichen Mandat in Phase 2.[14]

Der wesentliche Unterschied zu einer Behandlungsklinik besteht darin, dass UHNW-Aesthetics nicht selbst behandelt. Auch die im Prüfmandat tätigen Spezialisten übernehmen innerhalb dieses Mandats keine klinische Behandlung. Die veröffentlichten Regeln sehen die Prüfung relevanter Beziehungen und die Offenlegung der Vergütung vor.[14]

Das persönliche Mandat kann, entsprechend seinem vereinbarten Umfang, bereits vor der ersten Behandlungskonsultation ansetzen: Unterlagen werden geordnet, fachliche Fragen vorbereitet und offene Punkte zu Behandlungsstruktur, Klinik, Anästhesie und Nachsorge identifiziert. Hinzukommen können die unabhängige Begleitung einer Konsultation, die Dokumentation unterschiedlicher Einschätzungen sowie definierte Entscheidungspunkte für Fortsetzung, zusätzliche Voraussetzungen, Aufschub oder das Abraten vom Vorhaben. Auch wesentliche Planänderungen und postoperative Verantwortlichkeiten können in den vereinbarten Prüfprozess einbezogen werden.[14]

Damit wird „Augenhöhe“ praktisch übersetzt. Der Patient muss nicht selbst die Fachkenntnisse eines Spezialisten erwerben. Er erhält Zugang zu einer fachlich qualifizierten Gegenprüfung, die seine Fragen ordnet und Empfehlungen nachvollziehbar macht. Ärztliche Expertise steht dann nicht ausschließlich auf der Seite des Behandlungsangebots, sondern auch auf der Seite der unabhängigen Bewertung.

Die institutionelle und wirtschaftliche Trennung ist dabei zentral: UHNW-Aesthetics beschreibt weder eine Auswahl des Behandlers durch die Institution noch eine Beteiligung an dessen Behandlungshonorar; die persönliche medizinische Prüfung wird direkt mit dem beauftragten Arzt organisiert. Die Wahl des Arztes und der Klinik verbleibt beim Patienten.[14]

Die gesellschaftliche Herausforderung liegt im Zugang. Ein auf vermögende Privatpersonen und Family Offices zugeschnittenes Modell schafft noch keine allgemeine Versorgungsmöglichkeit. Die daraus abzuleitende Forderung ist deshalb nicht, diesen Ansatz abzuwerten, sondern sein Schutzprinzip zu verbreitern: **Unabhängige fachliche Unterstützung darf nicht zum Privileg derjenigen werden, die sich eine umfassende persönliche Governance leisten können.**

6.2 CheckMyTreatment: unabhängige Prüfung als abgegrenztes ärztliches Mandat

CheckMyTreatment überträgt Teile dieses Prinzips in kleinere, klar definierte Prüfleistungen. Das Angebot unterscheidet kostenfreie allgemeine Orientierung von einer persönlichen ärztlichen Einordnung vor oder nach einer Behandlung. Die individuelle Leistung wird unmittelbar durch den ausgewählten Facharzt verantwortet und abgerechnet.[15]

Besonders relevant ist die veröffentlichte Trennungsregel: Der Prüfarzt übernimmt keine spätere Behandlung desselben Falls. Vor der Zuordnung sollen Qualifikation, passende Erfahrung, frühere Behandlungsbeziehungen und mögliche Interessenkonflikte geprüft werden. Identität und Berufsinformationen werden vor einer verbindlichen Buchung oder Zahlung offengelegt.[15]

Die Website nennt unverbindliche Preisrahmen ab **150 Euro** für eine schriftliche nichtoperative Prüfung, ab **250 Euro** für bestimmte schriftliche oder videobasierte Prüfungen und ab **500 Euro** für eine vertiefte operative Videoprüfung. Damit wird ein abgegrenztes unabhängiges Urteil in einem

niedrigeren absoluten Preisbereich als eine umfassende persönliche Begleitung konzipiert.[15]

Der strukturelle Beitrag besteht nicht in einer zusätzlichen Verkaufsberatung, sondern in einem eigenständigen Prüfauftrag. Dessen Wert liegt auch darin, eine bestehende Behandlung nachvollziehbar zu bestätigen oder weitere Klärung zu empfehlen, ohne selbst eine Anschlussbehandlung anzubieten.

6.3 Trusted Ones: Trennung von Arztsuche und Behandlungserlös

Trusted Ones setzt an einer anderen Stelle an: bei der Auswahl eines Arztes. Das veröffentlichte Modell trennt die Vergütung für die Suche von den späteren Arzt- und Klinikkosten. Eine Behandlungsprovision und eine käufliche Priorisierung im Matching werden ausgeschlossen. Patientenkontakte sollen nicht verkauft werden; der Patient entscheidet selbst über die Kontaktaufnahme mit der vorgeschlagenen Praxis.[16]

Die Website nennt Grundpreise von **100 Euro** für einen definierten Preisvergleich, **250 Euro** für „Trusted Premium“ und **500 Euro** für „Trusted Premium Plus“. Diese Beträge betreffen die Suchleistung; Behandlungskosten sind nicht enthalten.[16]

Dies ist eine Form der Governance des Zugangs: Die Auswahl soll nicht davon abhängen, welcher Arzt mehr für Sichtbarkeit oder Vermittlung bezahlt. Eine solche Suchleistung erfüllt eine andere Aufgabe als ein unabhängiges medizinisches Urteil über die Behandlungsindikation. Beide Funktionen lassen sich jedoch sinnvoll verbinden: zunächst klären, welche Option medizinisch und persönlich vertretbar ist, und anschließend anhand transparenter Kriterien nach geeigneten Behandlern suchen.

6.4 Mc Aesthetics: Schutz beginnt bereits vor der Konsultation

Auch im klinischen Behandlungszugang lassen sich konkrete Veränderungen erkennen. **Mc Aesthetics** stellt in seiner aktuellen Website eine strukturierte Wunschkklärung vor die persönliche ärztliche Beratung. Patienten sollen zunächst formulieren, was sie bewahren und was sie verändern möchten. Die Vorbereitung kann im eigenen Tempo erfolgen; Fotos und Wunschbilder sind freiwillig.[17]

Die veröffentlichte Philosophie betont individuelle Ziele, realistische Erwartungen, verständliche Informationen und Raum für eine überlegte Entscheidung. Möglichkeiten, Risiken und Nachsorge werden als zusammengehörige Bestandteile des Behandlungswegs dargestellt.[17]

Damit werden bereits im digitalen Zugang Elemente einer stärkeren Patientenposition umgesetzt. Der erste Kontakt wird nicht ausschließlich als Terminbuchung gestaltet, sondern als Vorbereitung einer medizinischen Entscheidung. Patienten sollen mit eigenen Fragen und geklärten Erwartungen in das Gespräch eintreten.

Der Beitrag liegt hier in einem strukturierten Entscheidungszugang innerhalb eines behandlungsnahen Angebots. Die vollständige personelle und wirtschaftliche

Trennung unabhängiger Beratung, Behandlung und externer Ergebnisprüfung ist ein darüber hinausgehender Entwicklungsschritt.

Für Kliniken und Praxen ergibt sich daraus ein konkreter Ansatz: Eine gute digitale Patientenreise darf nicht auf **„Termin wählen – bezahlen – Behandlung erhalten“** reduziert werden. Sie muss Entscheidungsfähigkeit aufbauen, bevor sie einen Behandlungsauftrag organisiert.

6.5 Außerhalb des Luxussegments: bestehende Versorgungswege

Das deutsche Zweitmeinungsverfahren zeigt, dass strukturelle Unabhängigkeit bereits Teil regulärer Versorgung sein kann. § 27b SGB V schließt für das gesetzliche Verfahren aus, dass die Zweitmeinung bei dem Arzt oder der Einrichtung eingeholt wird, die den betreffenden Eingriff durchführen sollen. Der Gemeinsame Bundesausschuss definiert hierfür Eingriffe sowie Anforderungen an Qualifikation und Unabhängigkeit.[18]

BetterDoc verdeutlicht einen weiteren Finanzierungsweg. Versicherte und Beschäftigte kooperierender Versicherungen oder Arbeitgeber können eine strukturierte Spezialistensuche ohne eigene Rechnung nutzen. Das Unternehmen beschreibt eine qualitätsbezogene Recherche und schließt finanzielle Anreize zur bevorzugten Nennung bestimmter Ärzte oder Kliniken aus.[19]

Auch universitäre Einrichtungen unterstützen die Trennung von fachlicher Einschätzung und Bindung an einen neuen Behandler. Das **NCT/UCC Dresden** stellt ausdrücklich klar, dass eine dort eingeholte onkologische Zweitmeinung keine anschließende Behandlung im eigenen Haus voraussetzt. Die Empfehlung kann mit den bisher behandelnden Ärzten besprochen werden.[20]

Diese Beispiele zeigen: Unabhängige Orientierung muss weder ausschließlich privat finanziert noch mit einem Anbieterwechsel verbunden sein. Sie kann als eigenständige Leistung organisiert, kollektiv finanziert und in bestehende Behandlungspfade eingebunden werden.

7. Von der Reaktion auf Schäden zur Gestaltung sicherer Entscheidungen

Der Marburger Bund fordert verbindliche Regeln, verlässliche Anlaufstellen, konsequente Reaktionen auf Grenzverletzungen und Veränderungen der Führungskultur. Der Deutsche Ärztinnenbund fordert gesetzlich verankerte unabhängige Beschwerdestellen sowie einheitliche Schutz- und Präventionsstandards.[2,21]

Die IAGS-Forderung ergänzt diese Ansätze zeitlich und funktional. Eine Beschwerdestelle wird überwiegend dann relevant, wenn ein Problem bereits wahrgenommen wird. Eine unabhängige Beratungsfunktion kann vorher ansetzen: bevor eine Empfehlung zur Entscheidung, eine Entscheidung zur Zahlung und eine Zahlung zu einem Eingriff führt.

Die Alternative lautet deshalb nicht „Aufsicht oder Unabhängigkeit“. Notwendig ist eine Verbindung aus wirksamer Aufarbeitung und vorbeugender

Entscheidungsorganisation. Sexualisierte Gewalt erfordert zusätzlich eigenständige Schutzkonzepte, insbesondere nachvollziehbare Untersuchungsabläufe, respektierte Abbruchwünsche und erreichbare externe Ansprechstellen.

Für die Ärzteschaft ergeben sich drei zusammenhängende Aufgaben.

Erstens muss unabhängige Prüfung als professioneller Bestandteil guter Medizin akzeptiert werden. Patienten dürfen für eine weitere Einschätzung nicht ihre Behandlungsbeziehung aufs Spiel setzen müssen. Befunde und Empfehlungen sollen so dokumentiert sein, dass andere qualifizierte Ärzte sie nachvollziehen können.

Zweitens muss der Zugang sozial tragfähig organisiert werden. Eine alleinige Selbstzahlerlösung würde Schutzmöglichkeiten ungleich verteilen. Für geeignete Bereiche kommen Versicherungsleistungen, unabhängige gemeinsame Finanzierungsmodelle und klar abgegrenzte, bezahlbare Prüfmandate infrage. Die finanzierende Stelle darf dabei keinen Einfluss auf das medizinische Urteil erhalten.

Drittens muss der Nutzen überprüft werden. Maßgeblich sind das Verständnis von Risiken und Alternativen, die Übereinstimmung der Entscheidung mit den Patientenpräferenzen, die Angemessenheit der Indikation, patientenberichtete Ergebnisse, Komplikationen sowie Kosten und Zugangsgerechtigkeit. Eine Verringerung von Behandlungen allein ist kein ausreichender Qualitätsnachweis.

Ruetters und Kollegen fordern für Zweitmeinungsprogramme ausdrücklich eine Evaluation, die vom Anbieter unabhängig ist. Dieser Maßstab muss auch für neue Governance-Initiativen gelten.[22]

8. Schlussfolgerung

Ärztliches Vertrauen darf nicht mit dem Verzicht auf unabhängige Absicherung verwechselt werden. Gerade weil medizinische Empfehlungen eine hohe persönliche Bedeutung haben, müssen Patienten sie überprüfen lassen können, ohne in eine neue wirtschaftliche oder institutionelle Abhängigkeit zu geraten.

Die analysierten Angebote zeigen unterschiedliche Bausteine dieser Entwicklung: UHNW-Aesthetics beschreibt eine umfassende unabhängige Entscheidungsbegleitung, CheckMyTreatment abgegrenzte ärztliche Prüfmandate, Trusted Ones eine von Behandlungserlösen getrennte Arztsuche und Mc Aesthetics einen stärker vorbereiteten, patientenorientierten Beratungszugang. Gesetzliche und institutionelle Zweitmeinungsangebote ergänzen diese Entwicklung außerhalb des exklusiven Privatkundensegments.

Die Aufgabe der Ärzteschaft besteht nun darin, aus solchen Bausteinen nachvollziehbare Standards zu entwickeln und deren Zugang zu verbreitern. Nicht jede Leistung erfordert dieselbe Prüftiefe. Jede als unabhängig bezeichnete Leistung muss jedoch tatsächlich unabhängig organisiert sein.

Patienten müssen nicht beweisen, dass sie vertrauen können. Medizinische Strukturen müssen zeigen, dass dieses Vertrauen gerechtfertigt ist.

Limitation

Die narrative Fall- und Marktanalyse erlaubt weder eine Häufigkeitsschätzung ärztlichen Fehlverhaltens noch einen Wirksamkeitsnachweis einzelner Anbieter oder des gesamten Governance-Modells; veröffentlichte Angebotsbeschreibungen ersetzen keine unabhängige Prüfung ihrer Umsetzung, und kein Organisationsmodell kann sämtliche Fehler oder Übergriffe ausschließen.

Literatur und Quellen

- Reason J. Human error: models and management. *BMJ*. 2000;320:768–770. DOI: [10.1136/bmj.320.7237.768](https://doi.org/10.1136/bmj.320.7237.768). PubMed.
- Marburger Bund. *Strukturelles Problem im Krankenhaus: Machtmissbrauch und sexuelle Belästigung*. Mitgliederbefragung und Pressemitteilung, 14. April 2026. [Pressemitteilung](#).
- Haase K. Bericht zu Vorwürfen des Machtmissbrauchs und sexueller Übergriffe am Universitätsklinikum Magdeburg. *Süddeutsche Zeitung*. 2. Oktober 2026. [Artikel](#).
- Attorney General's Office; Department of Health and Social Care, United Kingdom. Mitteilung zum Strafmaß gegen Ian Paterson, 3. August 2017; *Government response to the independent inquiry report into the issues raised by former surgeon Ian Paterson: 12-month implementation progress update*, 15. Dezember 2022. [Mitteilung zum Strafmaß. Umsetzungsbericht](#).
- United States Department of Justice. *Detroit Area Doctor Sentenced to 45 Years in Prison for Providing Medically Unnecessary Chemotherapy to Patients*. 10. Juli 2015. [Originalmitteilung](#).
- United States Department of Justice, Office of the Inspector General. Untersuchungsbericht zur Bearbeitung der Missbrauchsvorwürfe gegen Lawrence Gerard Nassar durch das FBI. Report 21-093. Juli 2021. [Untersuchungsbericht](#).
- Ärzte Zeitung/dpa. Urteil gegen „Kokain-Arzt“ ist rechtskräftig. 20. März 2020. [Artikel](#).
- Riskin A, Erez A, Foulk TA, et al. The Impact of Rudeness on Medical Team Performance: A Randomized Trial. *Pediatrics*. 2015;136:487–495. DOI: [10.1542/peds.2015-1385](https://doi.org/10.1542/peds.2015-1385). PubMed.
- Cooper WO, Spain DA, Guillaumondegui O, et al. Association of Coworker Reports About Unprofessional Behavior by Surgeons With Surgical Complications in Their Patients. *JAMA Surgery*. 2019;154:828–834. DOI: [10.1001/jamasurg.2019.1738](https://doi.org/10.1001/jamasurg.2019.1738). PubMed.
- Sah S, Fagerlin A, Ubel P. Effect of physician disclosure of specialty bias on patient trust and treatment choice. *PNAS*. 2016;113:7465–7469. DOI: [10.1073/pnas.1604908113](https://doi.org/10.1073/pnas.1604908113). PubMed.
- Payne VL, Singh H, Meyer AND, et al. Patient-initiated second opinions: systematic review of characteristics and impact on diagnosis, treatment, and satisfaction. *Mayo Clinic Proceedings*. 2014;89:687–696. DOI: [10.1016/j.mayocp.2014.02.015](https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2014.02.015). PubMed.
- Hillen MA, Medendorp NM, Daams JG, Smets EMA. Patient-Driven Second Opinions in Oncology: A Systematic Review. *The Oncologist*. 2017;22:1197–1211. DOI: [10.1634/theoncologist.2016-0429](https://doi.org/10.1634/theoncologist.2016-0429). PubMed.
- Independent Aesthetic Governance Society. *Governance-Modell; IAGS-Standard für unabhängige ästhetische Entscheidungsprozesse*. Entwurf 0.1, 30. September 2026. [Governance-Modell. Standards](#).
- UHNW-Aesthetics. *Independent Decision Control; Phase 2: Independent Physician Decision Support; Structural Independence*. Online-Angebots- und Governance-Beschreibungen. Quellenstand der Manuskriptfassung: 6. Oktober 2026. [Startseite](#). [Decision Support](#). [Conflicts of Interest](#).

15. CheckMyTreatment. *Ärztliche Prüfmodelle; Qualität und Unabhängigkeit*. Quellenstand der Manuskriptfassung: 6. Oktober 2026. [Startseite](#) und [Prüfmodelle. Qualität und Unabhängigkeit](#).
16. Trusted Ones. *Unabhängigkeit; Leistungen und Preise*. Quellenstand der Manuskriptfassung: 6. Oktober 2026. [Unabhängigkeit](#). [Leistungen](#).
17. Mc Aesthetics. *Beratungsvorbereitung; Philosophie und Anspruch*. Quellenstand der Manuskriptfassung: 6. Oktober 2026. [Startseite](#). [Philosophie und Anspruch](#).
18. Sozialgesetzbuch V, § 27b; Gemeinsamer Bundesausschuss. *Zweitmeinung bei planbaren Eingriffen; Zweitmeinungs-Richtlinie*. Quellenstand der Manuskriptfassung: 6. Oktober 2026. [§ 27b SGB V. Zweitmeinungs-Richtlinie](#).
19. BetterDoc. *Ablauf und Kosten; Unternehmensgesundheit und Unabhängigkeitsgrundsätze*. Quellenstand der Manuskriptfassung: 6. Oktober 2026. [So funktioniert es](#). [Startseite](#).
20. Nationales Centrum für Tumorerkrankungen/UniversitätsKrebsCentrum Dresden. *Zweitmeinung*. Quellenstand der Manuskriptfassung: 6. Oktober 2026. [Zweitmeinungsangebot](#).
21. Deutscher Ärztinnenbund. *Systemversagen: DÄB fordert konsequentes Vorgehen gegen Machtmissbrauch*. 22. April 2026. [Stellungnahme](#).
22. Ruetters D, Keinki C, Schroth S, Liebl P, Huebner J. Is there evidence for a better health care for cancer patients after a second opinion? A systematic review. *Journal of Cancer Research and Clinical Oncology*. 2016;142:1521–1528. DOI: [10.1007/s00432-015-2099-7](#). [PubMed](#).

Transparenzhinweis

Der Beitrag vertritt eine Position der IAGS-Initiative und enthält ausgewählte Anbieterbeispiele, kein unabhängiges Anbieterranking. Die Angaben zu den Angebots- und Governance-Strukturen beruhen auf den bezeichneten Veröffentlichungen und Selbstdarstellungen.

Interessenkonflikte: Die Erklärungen der Autoren liegen vor. Die Autoren geben an, dass im Zusammenhang mit diesem Beitrag keine Interessenkonflikte bestehen.

Begutachtung und redaktionelle Freigabe: 6. Oktober 2026. Beide Gutachter haben das Manuskript freigegeben. Die schriftlichen Gutachten, die manuskriptbezogenen Interessenerklärungen der Gutachter und die abschließende redaktionelle Entscheidung liegen nach Bestätigung der Redaktion intern vor.

Zitierhinweis

D. Rieger, M. Braun, M. Teiger, K. Salazar. Vertrauen durch Unabhängigkeit. Independent Aesthetic Governance Society. 2026; IAGS-2026-001. Version 1.0.

<https://iag-society.com/wissen/vertrauen-durch-unabhaengigkeit/>

RIS, BibTeX und ein kopierbarer Literaturhinweis stehen auf der Artikelseite bereit. Es wurde keine DOI vergeben.