

## **9 Seelische Aspekte bei Patienten mit dem Wunsch nach operativer Korrektur von Penislänge oder Peniskrümmung**

Werner Köpp und Wolfram Keller

### **9.1 Medizingeschichtlicher Hintergrund der ästhetischen Chirurgie**

Als im 19. und 20. Jahrhundert bei operativen Eingriffen vorbeugende hygienische Maßnahmen und die Beeinflussbarkeit des Schmerzerlebens medizinisches Allgemeinwissen wurden, stand zunächst die Beseitigung bzw. Korrektur von Krankheiten und Krankheitszuständen im Vordergrund. Zu diesem Zweck mussten nicht selten körperliche Deformierungen als unvermeidbare Folge in Kauf genommen werden, bevor neue prothetische Maßnahmen auch hier eine Erweiterung korrigierender und kompensatorischer Möglichkeiten eröffnete. Andererseits entstanden auch chirurgische Methoden zur Beseitigung angeborener oder erworbener Fehl- bzw. Missbildungen. Nun war es nur noch ein kleiner Schritt von der operativen Korrektur etwa der Nasenform wegen eingeschränkter Ventilation zur operativen Korrektur der Nasenform aus subjektiven (?), ästhetischen Gründen. Immer wichtiger wurden in dem mittlerweile als „Plastische und rekonstruktive Chirurgie“ bezeichneten chirurgischen Teilgebiet auch soziale Aspekte bei der Indikationsstellung für eine Operation: Z.B. schien es plausibel, Kindern mit abstehenden Ohren durch eine operative Korrektur zu helfen, eine drohende Stigmatisierung in der Schule abzuwenden. Nachdem entsprechende Operationstechniken entwickelt waren, wurden die plastischen Chirurgen aber auch immer häufiger mit Operationswünschen konfrontiert, die nicht rekonstruktiven Charakter (wie z.B. Brust-Wiederaufbau nach Karzinom-bedingter Brustamputation oder Haut-

plastiken nach Verbrennungen) hatten, sondern ausschließlich mit den kosmetischen Verschönerungswünschen der Betroffenen zusammenhingen.

Nach einer Mitteilung der *Gesellschaft für Ästhetische Chirurgie Deutschland e.V.* vom 28.09.2011 ([www.gacd.de](http://www.gacd.de), abgerufen am 10.04.2012) standen im Jahr 2010 bei Männern und Frauen laserchirurgische Eingriffe (häufig zu Gesichtshaut-Korrekturen) an erster Stelle; auf den Plätzen 2 und 3 folgten bei den Frauen Fettabsaugungen und Augenlid-Operationen, bei den Männern Augenlid-Operationen und Nasenkorrekturen. In der 14-stelligen Rankingliste steht bei den Frauen die „Intimchirurgie“ auf dem 7. Platz, während bei den Männern Peniskorrekturen überhaupt nicht auftauchen.

## 9.2 Ausprägungen und gängige Formen des zu klein oder verkrümmt erlebten Penis

2007 berichtete Spiegel-Online (Stöcker 2007) über eine wissenschaftliche Publikation von zwei britischen Wissenschaftlern (Wylie u. Eardley 2007), die zahlreiche medizinische Veröffentlichungen über das sog. *Small Penis Syndrome* (SPS) zusammengefasst hatten.

Die Autoren kommen in Übereinstimmung mit zahlreichen Publikationen zu der Einschätzung, dass den meisten Patienten entweder Informationen über die zu erwartenden Maße des Penis bei erwachsenen Männern fehlen oder dass eine körperdysmorphe Störung, die nach ICD-10 entweder im Zusammenhang mit einer hypochondrischen Störung (F45.2) oder sogar in Zusammenhang mit Wahnstörungen (F22.8) gesehen werden kann, vorliegt.

Gemäß repräsentativen Untersuchungen liegt die Penisgröße im nicht erigierten Zustand zwischen 8 und 13 cm, im erigierten Zustand zwischen 13 und 18 cm. Von einem Mikropenis sprechen die Urologen dann, wenn der Penis im nicht erigierten Zustand 4 cm oder weniger und im erigierten Zustand 7 cm oder weniger lang ist. Zu unterschiedlichen Beobachtungen der jeweiligen Penisgröße kommt es auch durch Unterschiede in der Körpergröße und im Körpergewicht. Bei übergewichtigen Männern kann ein Teil des Penis durch vermehrtes Fettgewebe im Schambereich verborgen sein. Beim Syndrom des zu kleinen Penis (SPS) befürchten die betroffenen Männer, dass ihr Penis im nicht erigierten Zustand für einen erwachsenen Mann zu klein ist. Diese Sorge kann durch eine ärztliche Untersuchung, die dem subjektiven Gefühl entgegensteht, nicht entkräftet werden.

Bei der Penisverkrümmung liegt eine Achsenabweichung des Penis (ausschließlich) im erigierten Zustand vor. Achsenabweichungen unter 20° werden als Normvariante angesehen. Erst größere Achsenabweichungen (von mehr als 30°) können dazu führen, dass der Geschlechtsverkehr nur noch eingeschränkt oder gar nicht mehr möglich ist.

Ätiologisch unterscheidet man eine erworbene Form der Penisdeviation (Induratio penis plastica, IPP) von der angeborenen Penisverkrümmung (Congenitale Penis-Deviation, CPD). Bei der IPP kommt es auf der Grundlage von entzündungsähnlichen Gewebeprozessen zu Verhärtungen im Bindegewebe des Penis, die manchmal sogar verkalken und meistens die Erektion schmerzhaft werden lassen. Bei der CPD wird die Verkrümmung des Penisschaftes vorwiegend durch ein unterschiedlich starkes Wachstum bestimmter Gewebeanteile (corpora cavernosa) hervorgerufen.

### 9.3 Häufigkeiten

In einer Studie von Lever et al. (2006, zit. n. Wylie u. Eardley 2007), an der mehr als 52.000 heterosexuelle Männer und Frauen teilnahmen, fanden 66% der Männer ihren Penis durchschnittlich groß, 22% fanden ihn groß und 12% klein. Nur 55% der Männer waren mit der Größe ihres Penis zufrieden (Wunsch nach größerem Penis bei 45%, nach kleinerem Penis bei 0,2% der Männer); interessant ist, dass 85% der Frauen mit der Penisgröße ihres Partners zufrieden waren. Die Autoren unterstreichen auch, dass Männer, die ihren Penis als groß beschreiben, ein positiveres Körperbild haben; sie ziehen aber die Möglichkeit in Betracht, dass nicht die Wahrnehmung des größeren Penis das eigene Körperbild günstig beeinflusst, sondern dass es auch umgekehrt sein könnte.

Die Männer, die ihren Penis als zu klein wahrnehmen, haben oft entweder kein ausreichendes Wissen über die natürliche Penisgröße oder sie unterliegen einer Verzerrung der Wahrnehmung ihres Körpers bzw. ihres Penis. Mondaini et al. (2002) berichten aus der urologischen Universitätsambulanz in Florenz (Italien) von 67 Männern, die sich zur operativen Korrektur ihres angeblich zu kleinen Penis vorstellten. Keiner von ihnen hatte einen wirklich (zu) kleinen Penis und keiner wurde daher operiert. Zu ganz ähnlichen Zahlen kam auch Shamloul (2005) in Ägypten.

Insgesamt kann man davon ausgehen, dass ungefähr die Hälfte aller Männer – wahrscheinlich kulturübergreifend – ihren Penis als zu klein empfinden bzw. ihn größer wünschen, ohne dass tatsächlich unterdurchschnittliche Größenverhältnisse vorliegen. Männer mit einem echten Mikropenis (Definition s. Kap. 9.2) vorliegt, dürften extrem selten sein.

Für die Penisverkrümmung lässt sich folgende Prävalenz-Situation beschreiben: Die Häufigkeit der IPP liegt nach Klotz et al. (2007) zwischen 3% und 4% der männlichen Bevölkerung in Mitteleuropa. Bei der Sichtung mehrerer aussagekräftiger Studien hatten Kendirci und Hellstrom (2004) allerdings Prävalenzangaben für die IPP von bis zu 8,9% gefunden, wenn auch ältere Männer (60- bis 80-Jährige) einbezogen wurden. Die Prävalenz für die CPD ist viel geringer und liegt bei ca. 0,04% (Ebbehoj u. Metz 1987).

## 9.4 Psychische Aspekte der betroffenen Männer

Die Fehleinschätzung der eigenen Penisgröße kann Ausdruck eines kognitiven Wissensdefizits oder eine Dysmorphophobie sein. Wenn das fehlende Wissen oder das fehlende Verständnis über die reguläre Penisgröße und die Legendenbildung darüber so weit verbreitet sind, taucht die Frage auf, inwieweit wir es mit einem umschriebenen Krankheitsbild oder einem epochen- und kulturübergreifenden Mythos zu tun haben, von dem auch die Hälfte jener Männer mit völlig unauffälliger Anatomie betroffen sind.

Die Antwort auf diese Frage ist jedenfalls bedeutungsvoll für eventuelle therapeutische Maßnahmen: Im günstigen Fall würde nämlich eine ärztliche Aufklärung über die feststellbaren Größenverhältnisse des Penis und der Vergleich mit den durchschnittlich zu erwartenden Maßen ein einfaches Wissensdefizit und die Sorge über den eigenen Körper korrigieren. Eine solche Aufklärung („education“) der Patienten wird durchaus von verschiedenen Autoren empfohlen (Mondaini et al. 2002; Mondaini u. Gontero 2005; Wylie u. Eardley 2007) und als erfolgreich bezeichnet. Ein solches Vorgehen kann zugleich als differenzialdiagnostischer Schritt verstanden werden, mit dem eine echte Dysmorphophobie ausgeschlossen oder der Verdacht darauf erhärtet werden kann.

Bleiben die Wahrnehmung und die darauf basierende Bewertung der betreffenden Männer trotz korrigierender Befunde gegen die ärztliche Aufklärung resistent, so wird das Vorliegen einer Dysmorphophobie wahrscheinlicher. Andererseits ist die Diskussion darüber, welche eigentlich die Kernkriterien einer Dysmorphophobie sind, in vollem Gange: Schwierigkeiten können Abgrenzungen zu Körperwahrnehmungsstörungen bei der Hypochondrie, bei Essstörungen oder bei psychotischen Störungen machen (s.a. Philipps et al. 2010); aber auch die Abgrenzung gegenüber häufig vorkommender, aber noch „normaler“ Körperfehleinschätzungen kann diagnostisch schwierig werden. Ganz allgemein wird man Folgendes sagen dürfen.



***Je größer die Diskrepanz zwischen dem Ausmaß eines wahrgenommenen körperlichen Phänomens und der ihm zugeschriebenen, subjektiven Bedeutung ist, desto relevanter werden psychopathologische Aspekte.***

So gesehen könnte man hinsichtlich der bedeutungsmäßigen Übertreibung ein Kontinuum vom wenig Neurotischen hin zur schwereren Strukturpathologie und vielleicht sogar zu psychosenahen Störungen annehmen.

Aber auch bei Männern mit einer Penisverkrümmung spielen seelische Faktoren eine enorm wichtige Rolle.

In einer eigenen Untersuchung haben die Autoren die Motive von 33 Männern mit angeborener Penisverkrümmung prä- und postoperativ untersucht (Keller et al. 1992).

Zum Zeitpunkt des Operationswunsches waren die meisten der untersuchten Patienten ohne Geschlechtspartner, etwa ein Drittel hatten noch nie Geschlechtsverkehr, mehr als zwei Drittel berichteten präoperativ über verschiedene funktionelle Sexualstörungen.

Nur 8 Patienten der 21 in die Nachuntersuchung einbeziehbaren Patienten waren mit dem späteren Operationsergebnis zufrieden. Die zufriedenen Patienten zeichneten sich testpsychologisch und im semistrukturierten psychodynamischen Interview durch eine geringere Psychopathologie (u.a. seltener Sexualstörungen), häufiger vorhandene Partnerschaften und realistische Erwartungen an die Operation aus. Die 13 anderen nachuntersuchten Patienten waren überwiegend unzufrieden; einer dieser Patienten verübte sogar drei Monate nach der Operation – es war seine dritte Penisoperation! – Selbstmord. Die unzufriedene Patientengruppe wies eine erhöhte Psychopathologie (u.a. häufiger Sexualstörungen), fehlende Partnerschaft und unrealistische Erwartungen an das Operationsergebnis auf. Mehr als die Hälfte hatte noch niemals einen Geschlechtsverkehr erlebt. Das Ausmaß der Peniskrümmung spielte für die postoperative Zufriedenheit keine entscheidende Rolle.<sup>1</sup>

Von den meisten Patienten wurde vordergründig als Motiv für den Wunsch nach operativer Korrektur angegeben, dass der Geschlechtsverkehr durch die Penisverkrümmung erschwert oder sogar unmöglich sei oder dass sie eine solche Situation befürchteten, wenn sie noch nie Geschlechtsverkehr hatten.

Die Persönlichkeit dieser Patienten ist gekennzeichnet durch soziale Ängste, Kontakt- und Beziehungsstörungen, Selbstwertprobleme, soziale Isolation und Misstrauen insbesondere in Verbindung mit der Kontaktaufnahme zu Frauen – besonders dann, wenn es um intime Beziehungen geht. Die Patienten fürchten, der Lächerlichkeit und Beschämung ihrer Umgebung, besonders durch Frauen, ausgesetzt zu sein. Sie erleben ihren Körper und speziell die Penisdeviation über das Maß der Anomalie hinaus als missgestaltet und Quelle ihrer Selbstunsicherheit und sozialen Ängste. Der Selbstwert der eigenen Person wird ausgeprägt über das Aussehen definiert. Da sie sich selbst als hässlich einschätzen, fühlen sich die Betroffenen entsprechend minderwertig. Durch das Vermeiden von bestimmten sozialen Situationen geraten viele dieser Patienten nach und nach in eine soziale Selbstisolation.

Die Fixierung auf eine körperliche Anomalie als Ursache psychischer Beeinträchtigung kann als Entlastungs- und Alibifunktion bei einer primären Selbstwert- und Beziehungsstörung aufgefasst werden. Als OP-Motivation rückte bei den meisten Patienten im Gespräch der Wunsch nach mehr Selbstvertrauen in den Vordergrund. Er war verknüpft mit dem Anliegen, die Hemmungen in der Kontaktaufnahme zu Frauen durch eine Operation zu verlieren.

1 Angaben für die gesamte Ausgangsgruppe (N = 33): Bis 30° Krümmungswinkel 13 Pat., bis 60° Krümmungswinkel 15 Pat., über 60° Krümmungswinkel 4 Pat., ohne Angabe 1 Pat.

Darüber hinaus hat auch der Wunsch nach einem perfekten Körper für viele eine große Bedeutung.

## **9.5 Probleme im Umgang mit betroffenen Patienten im medizinischen Alltag bzw. Ergebnisse chirurgischer Peniskorrekturen**

Die meisten Patienten, die eine Korrektur der Penisgröße – egal ob operativ oder nicht operativ – wünschen, sind mit dem Ergebnis unzufrieden. Wylie und Eardley (2007) erwähnen in ihrer Übersicht, dass das Internet zwar voller Hinweise auf z.T. kostspielige Möglichkeiten zur Penisvergrößerung sei, dass es aber kaum Belege für die Wirksamkeit der angepriesenen Methoden, z.B. Vakuumpumpen, Zug- oder Streckinstrumente für den Penis, Ringe um Skrotum oder Penis, gebe. Seriöse Studien, die die Wirksamkeit überprüften, zeigten eher dürftige Ergebnisse und mehrheitlich Unzufriedenheit bei den Männern, die die Methoden in Anspruch nahmen. Solche Anwendungen können auch zu Verletzungen von Gewebsstrukturen des Penis führen.

Dazu passen auch die Outcome-Resultate operativer Korrekturversuche von Cy et al. (2004): Die meisten – fast zwei Drittel – der Patienten waren unzufrieden mit dem Ergebnis der Operation, die eine Penisvergrößerung zum Ziel hatte. Mehr als die Hälfte der Betroffenen planten, sich erneut operieren zu lassen. Die Autoren kommen zu der folgenden, ernüchternden – aber eigentlich erwartbaren – Einschätzung:

*„Patienten mit Penis-bezogener Dysmorphophobie haben oft unrealistische Erwartungen an das Operationsergebnis. Die Spaltung des suspensiven Ligamentes und/oder andere Vergrößerungstechniken führen zu keinem signifikanten Längenzuwachs des Penis und sind daher auch keine Behandlungsmöglichkeit für die auf den Penis-bezogene Dysmorphophobie. Diese Tatsache in Verbindung mit der hohen Zahl postoperativ unzufriedener Patienten sollte Chirurgen eine Warnung sein, ein chirurgisches Vorgehen als Methode der ersten Wahl in der Behandlung der Penis-bezogenen Dysmorphophobie anzusehen.“ (Cy et al. 2004, Übersetzung der Autoren)*

Was für die Patienten mit dem Wunsch nach Penisvergrößerung gesagt wurde, trifft weitgehend auch für diejenigen Patienten zu, die eine operative Korrektur einer Penisverkrümmung anstreben. Bei den Persönlichkeitsmerkmalen dieser Patienten besteht oft eine große Ähnlichkeit mit dem Krankheitsbild der Dysmorphophobie. Es handelt sich dabei um ein Krankheitsbild, bei der die Betroffenen befürchten, durch einen Defekt, der für andere entweder überhaupt nicht oder lediglich minimal erkennbar ist, stark entstellt zu sein.

Die Betroffenen fühlen sich in der Öffentlichkeit von anderen beobachtet – daher der bezeichnende Begriff des „Umkleidekabinen-Syndroms“ bei Män-

nern mit SPS. Sie fürchten, die (vermeintliche) Entstellung sei Anlass zu Ablehnung und Verachtung, was häufig einen Rückzug aus dem gesellschaftlichen Leben zur Folge hat. Diese Patienten beschäftigen sich übermäßig mit dem eingebildeten Mangel oder der vermeintlichen Entstellung der äußeren Erscheinung. Bei einer eventuell vorliegenden leichten körperlichen Anomalie steht die Besorgnis in keinerlei Verhältnis zum Ausmaß der Anomalie und ist in jedem Fall stark übertrieben. Diese Befunde werden in der wissenschaftlichen Literatur immer wieder bestätigt (s. z.B. Lambrou et al. 2011).

Die übermäßige Beschäftigung erzeugt einen klinisch relevanten Leidensdruck oder Beeinträchtigungen im sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Lebensbereichen, verbunden mit dem Wunsch, den Anlass der Befürchtungen operativ korrigieren zu lassen.

Die Dismorphophobie beginnt meist in der Jugend (zwischen dem 14. und dem 20. Lebensjahr) – einer Zeit, in der viele Jugendlichen pubertätsbedingt ohnehin verunsichert sind, was denn nun schön oder hässlich, gerade in oder out, normal oder abnorm sei. Die Dismorphophobie kann bis ins hohe Alter andauern. Auch depressive Verstimmungen bis hin zu schweren Depressionen sind vielfach Folgen einer Dismorphophobie. Schließlich können Selbstaggression und Selbsthass bei den Betroffenen zu Selbstmordgedanken und im schlimmsten Fall zu Selbstmordversuchen führen.

## 9.6 Unerwünschte Wirkungen und Gefahren erfüllter Operationswünsche

Patienten mit einer Dismorphophobie tauchen generell sehr häufig im Bereich der kosmetischen Chirurgie auf. Sie wünschen sich eine operative Korrektur von Nase, Brust, Ohren und eben auch des Penis. Die Organläsion, die durch die Operation selbst verursacht wird, kann später erneut zum Anlass für Beschämungen und weitere Operationswünsche werden. Dies trifft in vollem Umfang auch für Patienten zu, die eine operative Korrektur ihres Penis wünschen.

Die Gefahr, eine Dismorphophobie zu übersehen, ist erheblich: Einerseits drängen die Patienten selbst auf eine Operation und andererseits möchten die operativ geschulten Ärztinnen und Ärzte ihr eigenes Wissen und Können in den Dienst der Patienten stellen und anwenden.

Um einen Circulus vitiosus von Organfixierung, operativen Korrekturversuchen, Verschlechterung des psychischen Gesamtbefundes und erneutem Operationsbegehren zu vermeiden, ist es notwendig, diejenigen Patienten, die dysmorphophobische Merkmale aufweisen, bzw. unrealistische Heilserwartungen hinsichtlich ihrer sozialphobischen bzw. narzisstischen Störungen an eine kosmetische Operation richten, präoperativ zu erkennen und sie für eine indizierte Psychotherapie zu motivieren.

## 9.7 Rechtliche Aspekte und gesetzliche Regelungen

Altintas und Altintas (2011) weisen darauf hin, dass der Arzt nicht nur aus ethischen, sondern auch aus rechtlichen Gründen (§ 631 BGB) verpflichtet ist, den Patienten über das gesamte Spektrum der medizinischen Maßnahmen bei ästhetisch-plastischen Operationen und möglichen Folgen aufzuklären. In einschlägigen Fachkreisen ist man allerdings der Ansicht, dass dies nur durch die entsprechenden Fachärzte gewährleistet werden kann. Ganz allgemein wird dabei vom freien Willen des Patienten ausgegangen, wenn er der Maßnahme zustimmt bzw. diese wünscht.

Schwenzer (2002) betont die besonderen Anforderungen an Aufklärungspflicht und Dokumentation des Arztes, wenn medizinisch nicht indizierte Eingriffe – also reine Wahleingriffe des Patienten – durchgeführt werden sollen.

Ratajczak und Zentai (2004, S. 41) unterstreichen in diesem Zusammenhang, dass sich jeder Patient (auf eigene Kosten) zwar so oft und so viel er will „verschönern“ lassen kann und dass der beauftragte Arzt zu den erforderlichen Maßnahmen auch befugt sei. Er dürfe aber solche Behandlungen nur durchführen,

*„solange der Patient nicht erkennbar unter einer psychischen Störung leide, die Ursache für den Operationswunsch sei. Der Arzt sollte vor allem zurückhaltend sein, wenn eine Besserung des von dem Patienten beklagten Zustandes von vornherein medizinisch ausgeschlossen erscheine. In einem solchen Fall sollte psychologische oder psychiatrische Hilfe hinzugezogen werden. In einem solchen Fall ist ggf. die Behandlung aus psychiatrischen Gründen kontraindiziert.“*

## 9.8 Fazit für den Umgang im klinischen Alltag

Prädiktoren für einen negativen postoperativen Verlauf nach Peniskorrektur sind in Anlehnung an Strian (1984):

- unrealistische (magische) Erwartungen bezüglich des Operationsergebnisses und der sozialen Konsequenzen
- zeitlicher Zusammenhang des OP-Wunsches mit einer Partner- oder Lebenskrise
- Unzufriedenheit mit vorausgegangenen (kosmetischen) Operationen
- eine noch nie eingegangene Partnerschaft (unter Berücksichtigung des Alters)
- noch nie stattgefundenener Geschlechtsverkehr
- präoperativ vorhandene funktionelle Sexualstörungen
- ausgeprägte Selbstwert-, Beziehungs- und Kontaktstörungen

Aus psychosomatisch-psychotherapeutischer und aus psychiatrischer Sicht sollte in jedem Fall zum Nachweis oder Ausschluss einer Dysmorphophobie



(oder einer anderen seelischen Störung wie z.B. Persönlichkeitsstörung, Hypochondrie, Essstörung oder Psychose) ein fachübergreifendes Vorgehen zur Abklärung der Operationsindikation bzw. des Operationswunsches vom Chirurgen veranlasst werden. Je geringer die seelischen Störungsaspekte des Patienten sind und je stärker seine körperlichen Einschränkungen ärztlich bestätigt werden können, desto aussichtsreicher erscheint ein operatives Vorgehen auch im Hinblick auf die subjektive postoperative Zufriedenheit. Umgekehrt gilt aber auch: Je stärker die seelischen Störungsaspekte des Patienten sind und je weniger seine geschilderten körperlichen Einschränkungen ärztlich – quasi objektivierend – als wahrscheinlich angenommen werden können, desto aussichtsloser erscheint ein operatives Vorgehen auch im Hinblick auf die subjektive postoperative Zufriedenheit.

Nur durch ein interdisziplinäres Vorgehen besteht die Chance abzuwenden, dass in eine schwere seelische Störung „hinein operiert“ wird und der Patient in die Gefahr kommt, dass seine seelische Störung chronifiziert bzw. fixiert und damit verschlimmert wird.

## Literatur

- Altintas AA, Altintas MA (2011) Der Arzt, die ethisch-moralische Verpflichtung und die ästhetisch-plastische Chirurgie. In: Lüttenberg B, Ferrari A, Ach JS (Hrsg.) Im Dienste der Schönheit? 5–13. LIT Verlag Dr. W. Hopf Berlin
- Ebbehoj J, Metz P (1987) Congenital penile angulation. *Br J Urol* 60, 264–266
- Keller W, Köpp W, Wunder B, Kelami A (1992) Psychosomatic Evaluation of patients with congenital penile deviation. A postoperative catamnestic follow-up. *Int Urol Nephrol* 24, 439–446
- Kendirci M, Hellstrom WJG (2004) Critical analysis of surgery for Peyronie's disease. *Curr Opin Urol* 14, 381–388
- Klotz T, Mathers MJ, Sommer F (2007) Induratio penis plastica – eine verschwiegene Erkrankung. *Dtsch Arztebl* 104(5), A 263–267
- Lambrou C, Veale D, Wilson G (2011) Appearance concerns comparisons among persons with body dysmorphic disorder and nonclinical controls with and without aesthetic training. *Body Image* 9, 86–92
- Lever J, Fredericijk DA, Peplau LA (2006) Does size matter? Men's and women's views on penis size across the lifespan. *Psychol Men Masculinity* 3, 129–143
- Li CY, Kumar P, Agrawal V, Minhas S, Ralph DJ (2004) The role of surgery for penile dysmorphophobia and congenital micropenis. *BJU Int* 93 (Suppl. 4), 71
- Mondaini N, Gontero P (2005) Idiopathic short penis: myth or reality? *BJU Int* 95, 8–9
- Mondaini N, Ponchiotti R, Gontero P, Muir G, Natali A, Di Loro F, Caldarera E, Biscioni S, Rizzo M (2002) Penile length is normal in most men seeking penile lengthening procedures. *Int J Impot Res* 14, 283–286
- Phillips KA, Wilhelm S, Koran LM, Didie ER, Fallon BA, Feusner J, Stein DJ (2010) Body dysmorphic disorder: some key issues for DSM-V. *Depression Anxiety* 27, 573–591
- Ratajczak T, Zentai S (2004) Rechtliche Aspekte der Cosmetic Dentistry. *ZWP-Zahnarzt-Wirtschaft-Praxis* 3, 40–41
- Schwenzer N (2002) Kosmetik oder Ästhetik. Welche Schönheitskorrekturen sind sinnvoll? *Journal der Dt. Ges. f. Plastische u. Wiederherstellungschirurgie (DGPW)* 14(25), 10–11
- Shamloul R (2005) Treatment of men complaining of short penis. *Urol* 65, 1183–1185
- Stöcker C (2007) Die kleinste Angst des Mannes. Spiegel-Online vom 4. Juli 2007. Online im Internet: <http://www.spiegel.de/wissenschaft/mensch/0,1518,druck486199,00.html> (abgerufen am 02.10.2012)
- Strian F (1984) Die Dysmorphophobie als Kontraindikation kosmetischer Operationen. *Handchirurgie* 16, 193–245
- Wylie KR, Eardley I (2007) Penile size and the 'small penis syndrome'. *BJU Int* 99, 1449–1455