

Anita Rieder

Schönheitsmedizin aus der Public Health-Perspektive

Zusammenfassung

Public Health definiert sich als die Wissenschaft von der Prävention von Erkrankungen, von Lebensverlängerung und Gesundheitsförderung mit Fokus auf Bevölkerungen und nicht so sehr auf das Individuum. Public Health geht davon aus, dass Krankheiten und Gesundheitsprobleme durch physische Faktoren, psychosoziale Faktoren und durch das soziale und gesundheitspolitische Umfeld beeinflusst sind. Das persönliche Gesundheitsverhalten wird als starker Einflussfaktor auf die Morbidität und Mortalität definiert. Die Public Health Perspektive bedeutet auch die „Big Picture“-Perspektive gemeinsam mit dem Public Health Auftrag, die Bedingungen zu erschaffen, unter denen Menschen gesund bleiben können – auch der Zugang zum Thema Schönheitsmedizin ist so zu sehen. Schönheitsmedizin kann sowohl aus einem Zustand mit der Zuordnung Krankheit in Anspruch genommen werden, oder aus einem Zustand eines sehr subjektiven sich krank Fühlens. Es kann somit zum Public Health Thema für viele werden, genauso aber auch zu einer sehr individuellen Behandlung führen.

Schlüsselwörter: Public Health, Schönheitsmedizin, Präventivmedizin, Gesundheitsförderung

Abstract

Public health is defined as the science of the prevention of illness, the prolongation of life, and health promotion with the focus rather on populations and than the individual. Public Health emanates from the assumption that illness and health problems are influenced not only by physical factors, but also psychosocial factors and through the social and health political environment. Personal health behaviour is defined as a strong influencing factor on morbidity and mortality. The public health perspective also means looking at the “big picture” with the mission to create the conditions in which people can remain healthy. The approach to plastic surgery can also be seen as such. Plastic surgery can be called upon in the case of defined illness, or in the case of the more subjective state of feeling unwell. Thus it can become a public health issue for many, as well as an individual treatment.

Keywords: Public Health, plastic surgery, preventive medicine, health promotion

Univ. Prof. Dr. med. Anita Rieder
Zentrum für Public Health, Institut für Sozialmedizin der Medizinischen Universität Wien
Rooseveltplatz 3, A-1090 Wien
Anita.Rieder@meduniwien.ac.at

Public Health definiert sich als die Wissenschaft von der Prävention von Erkrankungen, von Lebensverlängerung und Gesundheitsförderung mit Fokus auf Bevölkerungen und nicht so sehr auf das Individuum. Public Health geht davon aus, dass Krankheiten und Gesundheitsprobleme durch physische Faktoren, psychosoziale Faktoren und durch das soziale und gesundheitspolitische Umfeld beeinflusst sind. Das persönliche Gesundheitsverhalten wird als starker Einflussfaktor auf die Morbidität und Mortalität definiert.

Die zentralen Fragen der Public Health-Wissenschaft lauten:

- Wie lassen sich weitere Verbesserungen der Gesundheit erreichen bzw. der aktuelle Status vor dem Horizont neuer Gefahren (Umwelt, Infektionen, soziale Destruktion, usw.) sichern?
- Wie lässt sich eine verbesserte Effizienz im Gebrauch der gesundheitlichen Ressourcen einschließlich der Reduzierung eskalierender Kosten erreichen?

Public Health hat ein Mission Statement, welches lautet „*to fulfil society's interest in assuring conditions in which people can stay healthy*“. Die Public Health Perspektive bedeutet auch die „Big Picture“-Perspektive und so ist gemeinsam mit dem Public Health Mission Statement auch der Zugang zum Thema Schönheitsmedizin zu sehen. Wie definiert sich Schönheitsmedizin? Wie definiert sich Gesundheit? Die Definition von Schönheitsmedizin ist vermutlich noch schwieriger als die Definition von Gesundheit, auch wenn die Definition von Gesundheit viele Diskussionen auslöst und noch immer am Laufen hält. Die Konzepte von Gesundheit und Krankheit variieren nach Lebensalter, Geschlecht, aber auch sozioökonomischer Lage und soziokulturell-religiöser Orientierung. Konzepte, die Gesundheit repräsentieren, orientieren sich an Fähigkeiten oder Befindlichkeiten oder an Gesundheit als Voraussetzung von zum Beispiel Aktivitäten, Wohlbefinden und sozialen Funktionen.¹

Subjektive Konzepte von Krankheit zeigen ähnliche Grunderfahrungen laut Schwartz et al., wie

Krankheit als Beeinträchtigung, als Rollenverlust, Inaktivität, soziale Isolation und Abhängigkeit. Krankheit kann aber danach auch als Ruhephase, Chance für Ausstieg oder Reife erlebt werden.² Gesundheit sei zu einem Grundwert und einem Leitbegriff in unserer entwickelten Industriegesellschaft geworden, meinen Schwartz et al., wobei sie anführen, dass es auch Kritiker in diesem Sinn gibt, die von „*Healthism*“ sprechen.

Grundsätzlich lassen sich drei Bezugssysteme im Zusammenhang mit Gesundheit und Krankheit analysieren:³

- „Bezugssystem Gesellschaft (speziell auch des Gesundheitssystems und legislativer Regelungen). Gesundheit und Krankheit werden hier unter dem Aspekt der Wertorientierung, eines normativen Rechts auf Gesundheit, der wirtschaftlichen Ausgaben der Gesellschaft und der gesellschaftlich legitimierten Definitionsmacht bei Krankheit (zur Feststellung von Leistungsminderung bzw. der Notwendigkeit, Hilfe zu gewähren) betrachtet.“
- „Bezugssystem der betroffenen Person: sich subjektiv gesund bzw. krank fühlen.“
- „Bezugssystem der Medizin und anderer Professionen: Gesundheit und Krankheit werden als Erfüllung bzw. als Abweichung von objektivierbaren Normen und physiologischer Regulation bzw. organischen Funktionen verstanden.“
„Mit dem medizinischen Fortschritt der vergangenen 100 Jahre, aber auch mit der sozialstaatlichen Entwicklung einer Zusammenarbeit zwischen Staat, Arbeitgebern, Krankenkassen und Ärzteschaft hat das ärztliche Definitionsmonopol von Krankheit neben der medizinimmanenten eine hohe gesellschaftliche Bedeutung erhalten: Diagnostische Entscheidungen bilden die Voraussetzung für die Übernahme der ‚Krankenrolle‘⁴ und einer staatlich abgesicherten Leistungsgewährung“.⁵

Schwartz et al. sehen es in großen Bereichen der Medizin als Wissenssystem angezeigt, von einer klaren Dichotomie Gesundheit/Krankheit zugunsten eines Kontinuums Abstand zu nehmen.

Während für die Medizin als Wissenssystem eine Dichotomie zwischen Gesundheit und Krankheit häufig nicht gegeben ist, erscheint es für die Medizin als Handlungssystem notwendig, klare Grenzen zwischen „gesund“ und „krank“ zu ziehen.

Diese Definitionen und Aussagen führen im Prinzip auch alle in die Diskussion der Schönheitsmedizin.

Schönheitsmedizin kann sowohl aus einem Zustand mit der Zuordnung Krankheit in Anspruch genommen werden oder aus einem Zustand eines sehr subjektiven Sich-krank-Fühlens. Es kann somit zum Public Health Thema für viele werden, genauso aber auch eine sehr individuelle Behandlung. Die Grauzonen zwischen Schönheitsmedizin und den klassischen in den Leistungskatalogen enthaltenen Bereichen der kurativen Medizin sind unterschiedlich groß und leichter oder schwerer abgrenzbar, da subjektive Faktoren stärkere oder schwächere Einflussfaktoren darstellen. Die Bezugssysteme spielen eine entsprechend große Rolle. Die gesellschaftlichen Faktoren sind in Bezug auf den Begriff oder die Begriffe der Gesundheit enorme „driver“ geworden. „Health sells“ wird in vielen Konzepten verfolgt. Wie man zu einem „added value“ kommt, ist letztendlich auch für die Gesundheitsgesellschaft und in einem Markt ein wesentliches Thema. Somit öffnet sich zwar der Gesundheitsbegriff, bleibt aber doch mit den genannten Bezugssystemen verbunden.

Es gibt noch andere Definitionen von Gesundheit, die hier noch erwähnt werden sollen, wie die von Hurrelmann.⁶

„Gesundheit ist dann gegeben, wenn eine Person konstruktiv Sozialbeziehungen aufbauen kann, sozial integriert ist, die eigene Lebensgestaltung an die wechselhaften Belastungen des Lebensumfeldes anpassen kann, dabei individuelle Selbstbestimmung sichern und den Einklang mit den genetischen, physiologischen und körperlichen Möglichkeiten herstellen kann.“⁷ Was brauchen Menschen für so ein dynamisches Gleichgewicht und für die Einstellung des Einklangles? Für man-

che wird es möglicherweise die Schönheitsmedizin sein, die sie darin unterstützt, einen solchen Zustand zu erreichen oder vielleicht eher ermöglicht, diesem Zustand einen Schritt näher zu kommen.

Gesundheit kann auch abhängen von Normen. Wenn der Body Mass Index und die Prävalenz des Übergewichtes in einer Bevölkerung steigen, so verschiebt sich mit der Zeit die Norm, was als Übergewicht empfunden und angesehen wird, unabhängig von medizinischen Definitionen. Aussehen und Erscheinungsbild prägen damit auch die äußerlichen Normen der Gesundheit.

Der Fortschritt der Medizin und auch der Präventivmedizin verhindert vieles an akuten oder späteren Komplikationen durch Krankheiten. Es entsteht damit auch eventuell eine bestimmte „fix the problem“-Einstellung. Dieses „fix the problem“ ist im kurativen Bereich wie im präventiven Bereich sicher oft problematisch, weil sich „Gesundheit“ nicht wieder so einfach herstellen lässt bzw. ein Zustand wieder erreicht wird, der keinerlei Einschränkungen oder Veränderungen bedeutet. Ein Beispiel ist der Typ 2-Diabetes. Man könnte 40 – 60 Prozent neuer Diabetesfälle bei Risikogruppen verhindern⁸, wenn einfache Maßnahmen, die vor allem im Lebensstilbereich liegen, getroffen werden würden, die jedoch langfristig durchgeführt werden müssen. Eine kurzfristige Maßnahme mit Langzeitwirkung ist in diesem Fall nicht bekannt. Das „fix the problem“-Prinzip lässt sich hier kaum umsetzen. In der Schönheitsmedizin kommt man in manchen Bereichen diesem Prinzip wohl schon eher näher, jedoch kann dieses „fix the problem“ selbst zum Problem werden, wenn die Outcomekriterien vor allem aus subjektiven Kriterien bestehen.

Insgesamt ist es vielleicht nicht nur ein Phänomen unserer Zeit, dass Schönheitsmedizin ein zentrales Gesundheitsthema ist, und die Trends in der Anzahl der Eingriffe, der Anwendungen und die Zahl der PatientInnen steigen. Der Fortschritt in der Medizin beeinflusst natürlich auch stark den Fortschritt in der Schönheitsmedizin und einen sich entsprechend entwickelnden Markt.

Cosmetic Plastic Surgery

11 million cosmetic procedures

7% ↑ from 2004

48% ↑ from 2000 to 2006

\$11.5 billion spent on cosmetic procedures

Surgical Cosmetic Procedures

1.9 million cosmetic surgical procedures

2% ↑ from 2005

3% ↓ from 2000

55% ↑ in breast augmentation

First time as #1 procedure since the 1992 silicone implant restriction

22% ↓ in facelifts from 2000 to 2006

Top Five Surgical Cosmetic Procedures

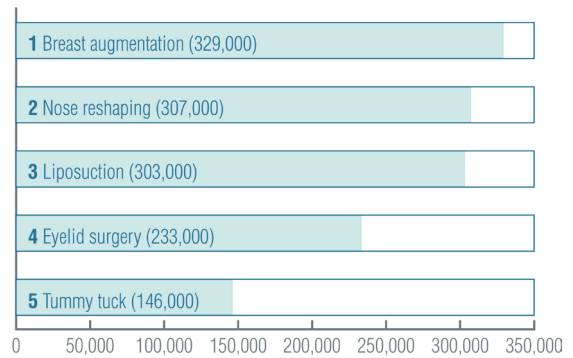


Abb. 1: 2006 Quick Facts Cosmetic and Reconstructive Plastic Surgery Trends⁹

Die Vereinigung der Deutschen Ästhetisch-Plastischen Chirurgen veröffentlichte Zahlen (2004) zu den entsprechenden Eingriffen im Jahr 2002 im Vergleich zu 1990. Es kam zu einem Anstieg von 109.000 Eingriffen auf 660.000 Eingriffe im Jahr. Die 3 häufigsten Lokalisationen waren Extremitäten einschließlich Hand (210.000), Brust (160.000) und Gesicht (150.000). Frauen sind die häufigsten PatientInnen, nämlich zu 86 – 88 Prozent (Vereinigung der Deutschen Ästhetisch-Plastischen Chirurgen, 2004). 30% der PatientInnen sind über 50 Jahre, 10% sind unter 20 Jahre.

Die Österreichische Gesellschaft für plastische, ästhetische und rekonstruktive Chirurgie (ÖFPÄRC) spricht von 40.000 PatientInnen pro Jahr mit ästhetischen Eingriffen, 90% an Frauen (2006).

Die Zahlen in den USA sind natürlich entspre-

chend hoch, und der Trend nach oben bei Frauen und bei Männern ist anhaltend. In den Abbildungen 1, 2 und 3 sieht man die Aufteilung der entsprechenden Eingriffe.

Surveys (2004, 2005, 2006) der American Academy of Facial Plastic and Reconstructive Surgery (Februar 2007) gingen unter anderem der Frage nach, was die Zukunft für diese plastischen ChirurgInnen bereit halten wird. Die größten Zustimmungen der ChirurgInnen fanden sich bei Statements wie nach der Frage der Patientensicherheit (94%), die eine immer größere Rolle spielen wird, weiters nach der Ausweitung auf größere Bevölkerungen, auch verstärkt ethnischer Gruppen. Die Frage nach zusätzlichen Angeboten durch die ChirurgInnen von allgemeinen Lifestylemaßnahmen und Wellnessangeboten wird zunehmend weniger

Minimally-Invasive Cosmetic Procedures

9.1 million minimally-invasive cosmetic procedures

8% ↑ from 2005

66% ↑ from 2000 to 2006

420% ↑ in Botox® from 2000 to 2006

59% ↑ in hyaluronic acid injectables

First time in top 5

22% ↓ in cellulite treatment from 2005

Top Five Minimally-Invasive Cosmetic Procedures

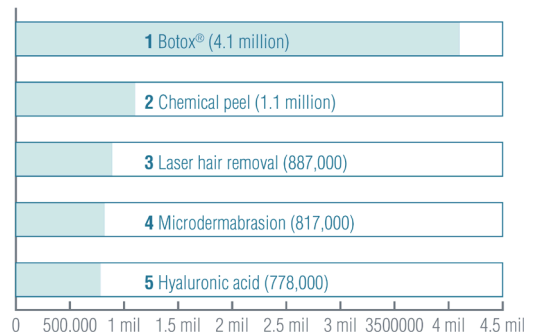


Abb. 2: 2006 Quick Facts Cosmetic and Reconstructive Plastic Surgery Trends – Minimally invasive cosmetic procedures⁹

Reconstructive Plastic Surgery

5.3 million reconstructive procedures

3% ↓ from 2005

31% ↓ in breast reconstruction from 2000 to 2006

5% ↑ in dog bite repairs from 2005

23% ↑ in breast reduction from 2000 to 2006

Top Five Reconstructive Procedures

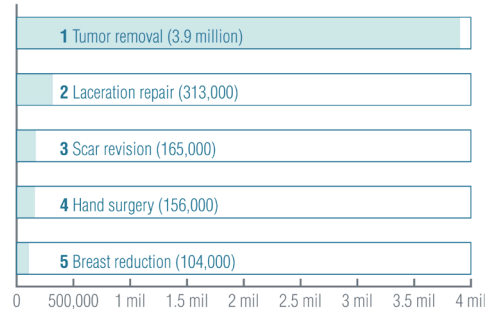


Abb. 3: 2006 Quick Facts Cosmetic and Reconstructive Plastic Surgery Trends – Reconstructive plastic surgery⁹

zustimmend betrachtet, ebenso die Fragen nach Spas und Realityshows und deren Relevanz und Popularität (Abb. 4).

Die Patientensicherheit ist immer ein Grundsatz, jedoch ist dies in der Schönheitsmedizin – hier vergleichbar mit präventiven Maßnahmen, die in einer gesunden (oder symptomlosen) Population eingesetzt werden – noch viel stärker ein

Abwägen von Nutzen und Risiko. Bei (schweren) Erkrankungen unterliegt die Nutzen-Risiko-Abwägung einer anderen Grundvoraussetzung, und „keine Maßnahme“ zu setzen ist zumeist nicht die Option.

Die „wünscherfüllende Medizin“ hat wie alle anderen Bereiche der Medizin den ethischen Grundsätzen zu folgen. Kettner spricht in diesem

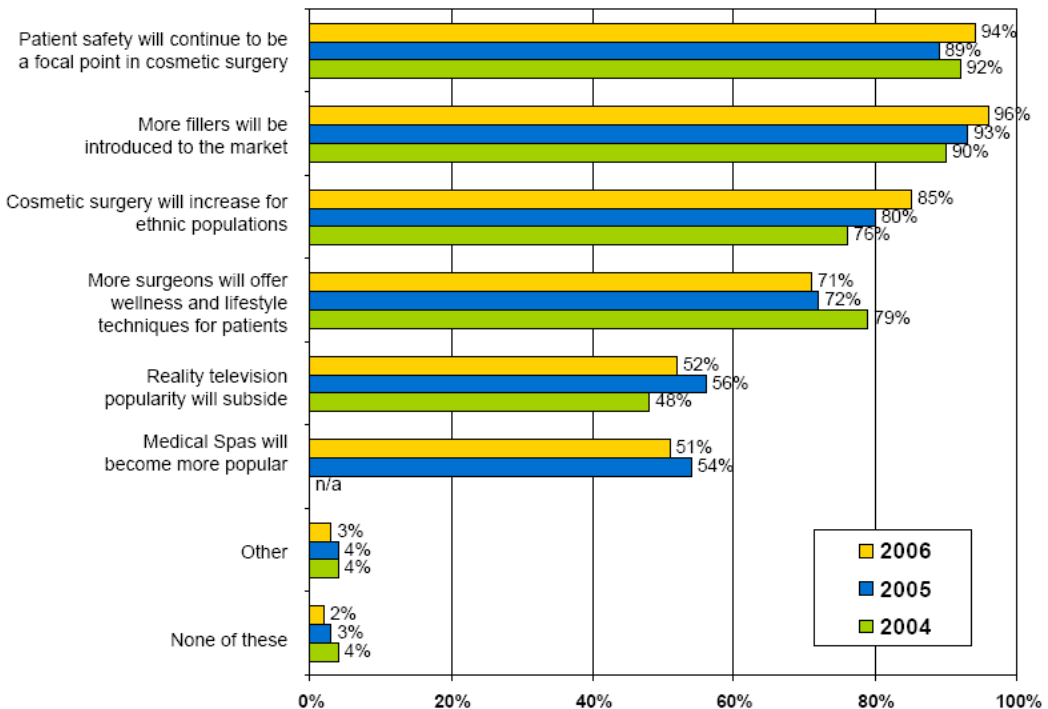


Abb. 4: Trends in facial plastic surgery - Report 2007¹⁰

Zusammenhang von zwei moralisch-normativ begrenzenden Argumenten:¹¹

- Nutzen-Risiko-Argumente
- Kohärenzargumente: Die Wunscherfüllung muss stimmig sein und zu allem Übrigen, was der Person richtig, wichtig und wahr ist, passen.

Eine andere ethische Frage wird auch in der wissenschaftlichen Literatur aufgeworfen, wie jene der *“Prophylactic interventions on children: balancing human rights and public health”*.¹² Als Beispiel wird die Korrektur von abstehenden Ohren bei Kindern in einem Alter, wo sie selber noch nicht entscheiden können, angeführt. Intuitiv würde man einer solchen Korrektur sicher zustimmen, vor allem aufgrund der Normen, denen wir unterworfen sind, ist es jedoch ethisch vertretbar?

Die wissenschaftlichen Fragestellungen im Zusammenhang mit Schönheitsmedizin sind vielfache. Es sind nicht nur die Ergebnisse, die optisch und funktionell messbar sind, sondern immer stärker die Konsequenzen und die Auseinandersetzung mit den betroffenen Populationen (wobei es noch vorwiegend Frauen sind). Eine der wissenschaftlichen Fragestellungen beschäftigt sich seit einigen Jahren mit der Suizidgefährdung von Frauen mit Brustimplantaten, mit der Häufigkeit von Depressionen und anderen psychischen Erkrankungen,¹³ wie auch von Borderline-Störungen in dieser Population.

Auf der anderen Seite zeigt die wissenschaftliche Befassung mit den Ergebnissen der Brustverkleinerung signifikante positive Auswirkungen auf Schmerz, soziale, mentale Funktion, subjektiven Gesundheitszustand, etc. Diese sind damit auch Argumente für die Übernahme der Kosten durch die Öffentliche Hand.¹⁴ Die Langzeiteffekte und Outcomes werden in vielen Bereichen, die heute in der Schönheitsmedizin im sogenannten Vormarsch sind, von besonderem, auch wissenschaftlichem Interesse sein.

Wie viele plastische Chirurgen beziehungsweise kosmetische Chirurgen braucht der „Markt“ beziehungsweise die Gesellschaft und die Bevölkerung? In einer rezenten Ausgabe des BMJ geht

Zaman den Fragen nach *„Do plastic surgeon trainees want to become cosmetic surgeons?“* und *„Have the rights of the individual surpassed the rights of the community?“* Zuletzt kommt er zu dem Schluss, dass wir vermutlich viel mehr Public Health-Spezialisten als Schönheitschirurgen brauchen – *„Probably we need public health specialists more than we need plastic surgeons“*¹⁵. Aus Public Health Sicht sicherlich eine nicht unwesentliche Debatte, die für einen Public Health Professional mit großer Sicherheit in der Bejahung der Frage resultiert.

Jedoch muss sich der Public Health Bereich auch die Frage stellen, was Schönheitsmedizin aus der Public Health Sicht zur Bevölkerungsgesundheit beiträgt? Eine wohl noch schwierigere Frage, die zum Beispiel schon aus der Sicht der Brustverkleinerung anders zu beantworten sein wird, als vermutlich im Zusammenhang mit der Brustvergrößerung. Im Public Health Bereich befinden wir uns häufig in einem Spannungsfeld, so auch wenn es um den Stellenwert der Schönheitsmedizin geht. Wir müssen uns auch die Frage stellen, wie viel Schönheitsmedizin haben wir mit verursacht durch Gesundheitskampagnen, intensives Thematisieren von Altern und Anti-Ageing, von Übergewicht und Adipositas, etc.

Soziale Diskussionen über den Zugang zu Schönheitsmedizin, sind ebenso ein Spannungsfeld wie die Diskussion um die Schnittmenge zwischen Privatmedizin und Übernahme von Kosten durch das Öffentliche Gesundheitswesen. Strategien zu formulieren, um die Bevölkerung und PatientInnen zu informierten Einstellungen (*„Attitudes“*) und Entscheidungen zu führen,¹⁶ wird immer dringlicher werden.

Referenzen

- 1 Schwartz F. W. et al. (Hrsg.), *Das Public Health Buch*, Urban & Fischer, München (2003), 2. Auflage
- 2 Schwartz F. W. et al., siehe Ref. 1
- 3 nach Schwartz F. W. et al., S. 23-24, siehe Ref. 1
- 4 Parsons T., *The Social System*, The Free Press, New York (1951)

- 5 Schwartz F. W. et al., S. 24, siehe Ref. 1
- 6 Hurrelmann K., Laaser U. (Hrsg.), *Gesundheitswissenschaften. Handbuch für Lehre, Forschung und Praxis*, Beltz, Weinheim, Basel (1993)
- 7 Hurrelmann K., Laaser U., siehe Ref. 6
- 8 Rieder A. et al., *Österreichischer Diabetesbericht 2004. Daten, Fakten, Strategien*, <http://www.alternmitzukunft.at/cono3DE/page.asp?id=619> (2004)
- 9 American Society of Plastic Surgeons ASPS Procedural Statistics represent procedures performed by ASPS Member Surgeons certified by The American Board of Plastic Surgery, Inc.® as well as other physicians certified by American Board of Medical Specialties-recognized boards. © ASPS 2007
- 10 American Academy of Facial Plastic and Reconstructive Surgery, February 2007
- 11 Kettner M., *Wunscherfüllende Medizin zwischen Kommerz und Patientendienlichkeit*, *Ethik Med* (2006); 18: 81-91
- 12 Hodges F. M. et al., *Prophylactic interventions on children: balancing human rights with public health*, *J Med Ethics* (2002); 28: 10-16
- 13 McLaughlin J. K. et al., *Increased risk of suicide among patients with breast implants: Do the epidemiologic data support psychiatric consultation?*, *Psychosomatics* (2004); 45: 277-280
 McLaughlin J. K. et al., *Suicide Among Women with Cosmetic Breast Implants: A Review of the Epidemiologic Evidence*, *J Long Term Eff Med Implants* (2003); 13: 445-450
 Villeneuve P. J. et al., *Mortality among Canadian Women with Cosmetic Breast Implants*, *Am J Epidemiol.* (2006); 164: 334-341
- 14 Klassen A. et al., *Should breast reduction surgery be rationed? A comparison of the health status of patients before and after treatment: postal questionnaire survey*, *Br Med J* (1996); 313: 454-457
- 15 Zaman M. J. S., *We don't need another 400 plastic surgeons*, *Br Med J* (2007): 334-344
- 16 Beispiel: Fonds Soziales Wien, *Selbst ist die Frau: Schönheit um jeden Preis*, www.fsw.at (2006)