

Kornelia Böhler-Sommeregger

## Die Ware Schönheit

Das Streben nach makelloser Schönheit ist so alt wie die Menschheit selbst. Dass Schönheit zur handelbaren Ware im großen Stil wurde, ist wohl eher ein Phänomen der letzten Jahrzehnte. Der mittelalterliche und frühneuzeitliche Mensch ist geprägt von einer gottesfürchtigen Demut, die sich in der Akzeptanz vorgegebener Umstände widerspiegelt.

In der Neuzeit steigt das Bedürfnis des Menschen, Vorstellbares tatsächlich umzusetzen, die Grenzen des Machbaren werden zunehmend weiter gesteckt.

Die Dinge werden messbar und wägbare, damit eng verbunden ist die Erstellung von Normen, denen sich der Mensch vielfach unterordnen muss, die er aber zum Teil auch freiwillig sucht. Einer Norm zu entsprechen, erzeugt das Gefühl der Zugehörigkeit zu einer bestimmten Gruppe. Damit verbunden ist ein Gefühl der Geborgenheit, das unsere heutigen Gesellschaftsstrukturen nicht mehr notwendigerweise vermitteln.

Schönheit schenkt Selbstbewusstsein. Selbstbewusstsein erhöht die Erfolgchancen im privaten und beruflichen Leben. Was also Wunder, dass das Geschäft mit der Schönheit im Aufwind liegt, umso mehr als ein Zeitalter der unbegrenzten Möglichkeiten suggeriert wird.

Das Geschäft mit der Schönheit reguliert sich selbst durch Angebot und Nachfrage. Dass die Nachfrage nicht erlischt, dafür sorgen Medien und Werbeindustrie, die ihrerseits vom Anbieter, sei es Industrie, Kleingewerbe oder Arzt, leben. Nutznießer ist ein scheinbar informierter Kunde, dessen Interesse zumindest soweit geweckt ist, im Angebot eine Chance auf Optimierung der eigenen Schönheit zu wittern. Auf diese Weise werden Legionen potentieller Kunden generiert.

Tatsächlich ist vieles machbar. Es muss uns aber auch bewusst sein, dass die Schönheitschi-

urgie nicht immer ein Garant für ein besseres Lebensgefühl ist. Die Schönheitschirurgie kann weder psychische Erkrankungen heilen, noch ist sie in der Lage, unrealistische Erwartungen zu friedeln zu stellen. Welchem Arzt sich der Konsument anvertraut, ist oft nicht logisch erklärbar, die Entscheidung erfolgt vielfach aus dem Bauch heraus, aus einem Gefühl der Geborgenheit und des präsumtiven Vertrauens. Die Expertise des behandelnden Arztes in Bezug auf einen definierten schönheitschirurgischen oder minimal-invasiven Eingriff kann vom Konsumenten nicht ausreichend antizipiert werden. Sicher ist, dass unabhängig von der Fachdisziplin für einen Behandlungserfolg nicht nur manuelles Geschick, sondern Ausbildungsqualität und hohe Anwendungsfrequenz Voraussetzung sind.

Auf der Suche nach Datenmaterial bin ich auf beträchtliche Hindernisse gestoßen, vor allem was den europäischen Markt betrifft. Für die USA können entsprechende Daten problemlos via Internet abgerufen werden. Was Österreich anbelangt, verfügt weder die Plastische Chirurgische Gesellschaft noch die Dermatologische Gesellschaft oder das Statistische Zentralamt über entsprechende Daten. Im folgenden werden Daten verschiedener Fachgruppierungen präsentiert, die untereinander zwar nicht direkt vergleichbar sind, aber den Markt hinlänglich gut umreißen.

Die Zahlen aus Deutschland verdanke ich Dr. Matthias Gensior, FA für Plastische und Ästhetische Chirurgie, Chirurgie und Handchirurgie. Er ist derzeit Sekretär der Gesellschaft für Ästhetische Chirurgie Deutschlands (GÄCD), und hat in dieser Funktion 2005 eine Mitgliederbefragung durchgeführt.

Ziel dieser Erhebung war die Ermittlung der Anzahl der im Jahr 2005 von den Mitgliedern der

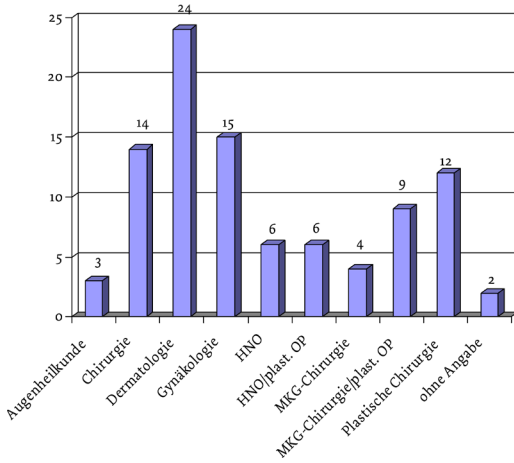


Abb. 1: Verteilung der Fachärzte der GÄCD; Dr. M. Gensior

GÄCD durchgeführten ästhetisch chirurgischen Eingriffe und deren Verteilung auf die verschiedenen Fachdisziplinen. An der Befragung haben sich

95 von 409 Mitgliedern beteiligt, das entspricht einer Rücklaufquote von 23,2%.

Die Mitglieder GÄCD rekrutieren sich aus verschiedenen Fachdisziplinen, wie: Augenheilkunde, Chirurgie, Dermatologie, Gynäkologie, HNO, MKG-Chirurgie und Plastische Chirurgie. (Abb. 1) Eine detaillierte Aufgliederung aller ästhetisch-chirurgischen Eingriffe zeigt, dass Laseroperationen bei weitem am häufigsten durchgeführt werden, dass minimal invasive Verfahren wie Botox und Augmentation zusammen genommen hier fast aufschließen und dass die ästhetische Phlebochirurgie ebenfalls eine sehr hohe Nachfrage genießt. (Abb. 2) Betrachtet man die Frequenz der Eingriffe bezogen auf die Körperregion, so führt im Rumpfbereich die Liposuktion, im Bereich der Extremitäten die ästhetische Phlebochirurgie, im Gesicht Botox und

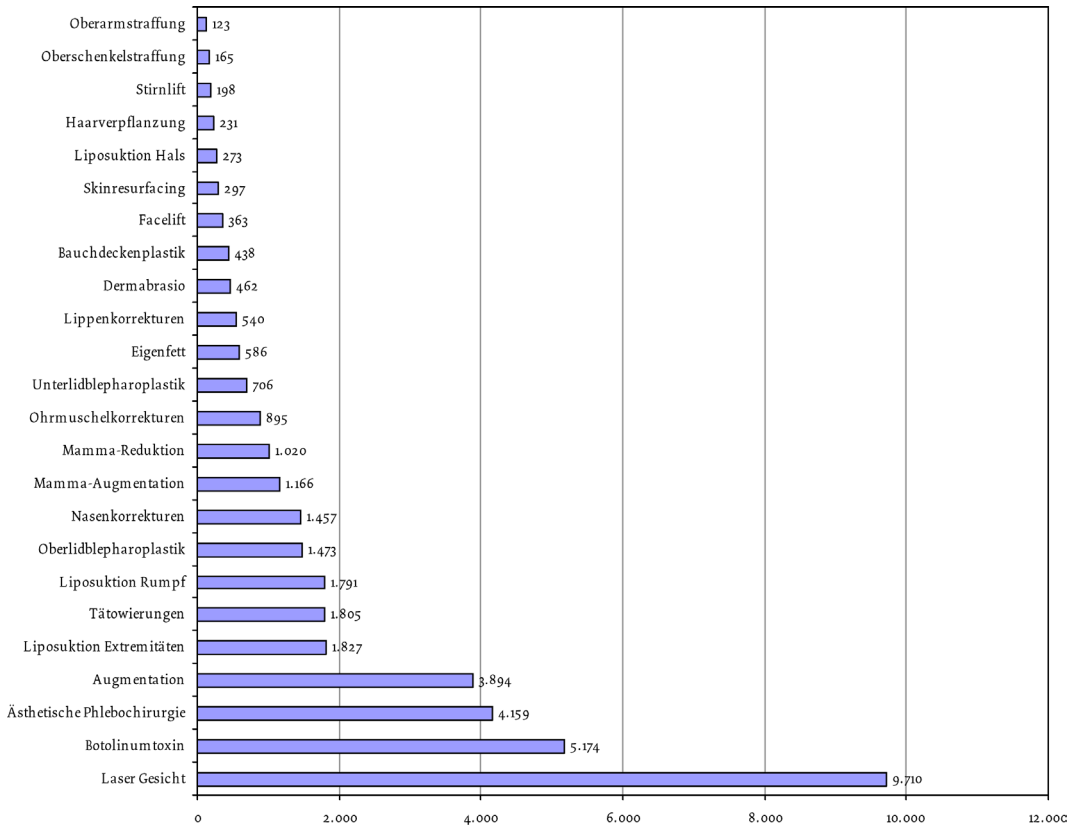


Abb. 2: Verteilung kosmetischchirurgischer Eingriffe 2005; Dr. M. Gensior

<b>Kosten minimal-invasiv (in EUR)</b>	<b>USA</b>	<b>Deutschland</b>
Botox	279	310
Laser skin resurfacing	1.521	3.580
Sclerotherapie	239	102
Filler	423 – 692	160 – 460
Fettransplant	903	1.020
Chem. Peeling	483	767

Tab. 1: Kosten für minimal-invasive Eingriffe, Vergleich Deutschland/USA

<b>Kosten plastisch chirurgisch (in EUR)</b>	<b>USA</b>	<b>Deutschland</b>
Liposuction	2.323	3.580
Rhinoplastik	3.511	3.580
Brustaugmentation	2.620	6.140
Blepharoplastik	2.534	1.530
Abdominoplastik	4.402	5.120

Tab. 2: Kosten für plastisch chirurgische Eingriffe, Vergleich Deutschland/USA

Laser vor der Augmentation. Trendanalysen von 2004 auf 2005 zeigen eine Zunahme phlebochirurgischer Eingriffe bei Frauen und laserchirurgischer Eingriffe bei Männern.

Auch die American Academy of Facial Plastic and Reconstructive Surgery hat eine Trendanalyse 2004/2005 durchgeführt. Bei den Mitgliedern dieser Gesellschaft handelt es sich ausschließlich um Plastische Chirurgen, daher fließen in diese Analyse auch rekonstruktive chirurgische Eingriffe mit ein. Darüber hinaus ist die Gesellschaft mit 1.348 registrierten Mitgliedern etwa 3-mal so groß wie die GÄCD. Insgesamt waren 145 Fragebögen auswertbar (GÄCD, 95 Fragebögen). Es zeigt sich, dass die Zahl der 2005 durchgeführten Eingriffe etwa doppelt so hoch war wie bei den deutschen Kollegen – wobei, wie bereits erwähnt, rekonstruktive Eingriffe mitberücksichtigt wurden, und auch das ärztliche Kollektiv sich von der GÄCD unterscheidet, insofern, als die AAFPRS nur plastische Chirurgen, die GÄCD aber auch Ärzte anderer Fachrichtungen miteinschließt. Ein einheitlicher Trend in Europa wie USA zeigt sich insofern, als die Zahl chirurgischer Eingriffe eher rückläufig ist, während minimal-invasi-

ve Eingriffe boomen. Die Kosten der jeweiligen Eingriffe differieren zwischen Deutschland und den USA erheblich. (Tab. 1 und 2) Von einigen wenigen Ausnahmen abgesehen scheint eine Behandlung in den USA jedoch kostengünstiger zu sein.

Univ.-Prof. Dr. Kornelia Böehler-Sommeregger  
 Universitätsklinik für Dermatologie  
 Währinger Gürtel 18-20, A-1090 Wien  
 Kornelia.Boehler@meduniwien.ac.at