

CONTROVERSIES IN AESTHETIC MEDICINE

1. THE FRAME CONDITIONS: SOCIETY AND IDENTITY OF THE AESTHETIC WORKING DOCTOR

Kontroversen in der ästhetischen Medizin: Die Rahmenbedingungen 1: Gesellschaft und Identität des ästhetisch arbeitenden Mediziners

DIRK BRANDL¹ UND VOLKER SCHRADER²

SCHLÜSSEWÖRTER: Ästhetische Medizin, Medizinphilosophie, Identität und Ästhetik, gesellschaftliche Relevanz Ästhetik

KEYWORDS: Aesthetic medicine, medical philosophy, identity and aesthetics, social relevance aesthetics

ZUSAMMENFASSUNG:

In Europa ist die gesellschaftliche Akzeptanz der ästhetischen Medizin gering, obwohl die Patientenzahlen steigen. Resultat der niedrigen gesellschaftlichen Bedeutung, die durch konservative Mediziner verursacht wird, ist eine Schwächung der Identität der ästhetisch arbeitenden Mediziner. Dieser Artikel untersucht die Ursachen für gestiegene Patientenzahlen trotz geringer Akzeptanz und zeigt Möglichkeiten auf, wie Identität zum Gegenstand der ästhetischen Medizin gesteigert werden kann.

SUMMARY:

In Europe, aesthetic medicine has only low social acceptance, although patient numbers are increasing. The result of the low level of social standing, which is caused by conservative members of the medical profession, is to weaken the sense of identity of aesthetic practitioners. This article examines the reasons for the growth in patient numbers, despite the low level of acceptance, and shows ways in which identification with the field of aesthetic medicine can be enhanced.

VORBEMERKUNG

Die nun folgende Artikelserie schließt nahtlos an die Serie von Dr. Ilja Kruglikov an, allerdings befasst sie sich mit den Rahmenbedingungen der ästhetischen Medizin. Sie soll aber genauso wie die vorherige Serie zum Diskurs und zur Reflexion über die ästhetische Tätigkeit anregen. Deshalb werden manche Themen auch provokativ zugespitzt dargestellt. Die Autoren haben diese Serie erarbeitet nach Auswertung von mehreren Hundert Gesprächen zur Betreuung der Mitglieder des NETZWERK-Globalhealth einerseits und andererseits einer Reihe von Diskussionen, die während der Aesthetic Holidays 2013 auf Mallorca zu 3 Themen stattgefunden haben, welche die meisten ästhetisch arbeitenden Mediziner permanent beschäftigen: Die Identität zur ästhetischen Medizin, die Frage der Patientenkommunikation und der Arzt-Patienten Beziehung, sowie die Frage der Patientengewinnung. Insofern ist diese Serie eigentlich mehr eine Gemeinschaftsarbeit aller Mitglieder des NETZWERKS. Das erste Thema beschreibt die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen, unter denen Ästhetik heute praktiziert wird.

DIE GESELLSCHAFTLICHE BEDEUTUNG DER ÄSTHETISCHEN MEDIZIN: AM JENSEITS

Die gesellschaftliche Akzeptanz der ästhetischen Medizin bzw. von deren Behandlungen kann durchaus differenziert betrachtet werden: In den Staaten der neuen Welt, beispielsweise in den USA, Brasilien oder Venezuela, ist die Akzeptanz vergleichsweise sehr hoch, was u.a. daran abzulesen ist, dass die Patienten in ihrem sozialen Umfeld über ihre Behandlungen berichten. In Europa hingegen, insbesondere in den deutschsprachigen Ländern, wird von den meisten Patienten nach Aussage ästhetisch arbeitenden Mediziner in der Regel nichts erzählt, oft nicht einmal dem eigenen Ehepartner oder der besten Freundin gegenüber. Dieser Unterschied wirft ein bezeichnendes Licht auf die gesellschaftliche Akzeptanz, denn wenn sie höher und die Ästhetik nicht tabuisiert wäre, könnte auch offen darüber kommuniziert werden. Die Forderung, dass es wünschenswert ist, die gesellschaftliche Akzeptanz der ästhetischen Medizin zu erhöhen und zu verbessern, kann wahrscheinlich von jedem ästhetisch arbeitenden Mediziner mitgetragen werden.

Obwohl die gesellschaftliche Akzeptanz nicht adäquat vorhanden, geschweige denn gestiegen ist, steigt die Zahl ästhetischer Behandlungen trotzdem seit Jahren kontinuierlich. Die Ursachen für diesen Anstieg der Behandlungszahlen werden im Laufe dieser Artikelserie einer Analyse unterzogen, in diesem Teil ist zunächst ein historischer Exkurs vorgesehen.

- 1 Dipl.-Ing., Sprecher Globalhealth Academy for Aesthetic Medicine
2 Dipl.-Päd., Psychologe und Berater Globalhealth Academy for Aesthetic Medicine

URSACHEN DER GESELLSCHAFTLICHEN NICHT-AKZEPTANZ

Beschäftigen wir uns zuerst mit den Gründen für die geringe gesellschaftliche Akzeptanz. Dazu erscheint es sinnvoll, die Haltung der entsprechenden Meinungsbildner gegenüber der ästhetischen Medizin zu analysieren. In erster Linie sind hier die Medizin als Gesundheitssystem und die das offizielle vorherrschende Meinungsbild prägenden Mediziner zu betrachten. Die ästhetische Medizin wird als Medizin von allen anderen Fachgruppen nicht akzeptiert und ausgegrenzt, weil sie nicht heilt im engeren Sinne. Ästhetische Medizin wird dadurch de facto aus dem Feld der Medizin ausgeschlossen. Sie dient lediglich und ausschließlich dazu, den Behandlern das Portemonnaie zu füllen. Dieses diskreditierende Argument der Geldmacherei neben dem der fehlenden Heilungsabsicht führt dazu, dass auch die medizinischen Institutionen wie die Krankenkassen und Ärztekammern dieselbe Meinung vertreten.

Witzigerweise wird diese Argumentation von Leuten vertreten, bei denen der Verdacht nahe liegt, dass sie damit von eigener Geldmacherei ablenken wollen, beispielsweise den doppelten Diagnostiken und der sehr teuren Gerätediagnostik. Es gibt sogar Ärztekammern, die für Fortbildungen im ästhetischen Bereich keine Fortbildungspunkte vergeben. Die Haltung der Kassen ist eindeutig, spielt doch die Diskreditierung ihnen geradezu in die Hände. Da mit ästhetischen Behandlungen keine Heilung einer Krankheit verbunden sei, wird eine Übernahme der damit verbundenen Kosten kategorisch abgelehnt. Ausnahmen sind unserer Kenntnis nach die Übernahme von Haarentfernungen bei Patienten, die sich einer Geschlechtsumwandlung unterzogen haben, sowie solche ästhetischen Behandlungen, die mit gängigen Krankheitsbildern assoziiert werden. Die Frage, ob die Haarentfernung nach einer Geschlechtsumwandlung als Heilung einer Krankheit angesehen werden kann, wird hier seltsamerweise nicht gestellt.

Die Haltung der Medien kann als ambivalent bezeichnet werden: höchst selten gibt es informative Artikel zu verschiedenen ästhetischen Verfahren, aber es gibt sie. Die meist als Autoren verpflichteten Mediziner nutzen dann diese scheinbar objektiven Texte dazu, in erster Linie sich selbst und die Behandlungen zu verkaufen, die sie favorisieren. In seriösen Gesundheitsmagazinen des TV findet eine Information von wenigen Ausnahmen abgesehen so gut wie nicht statt. Wenn überhaupt, dann allerhöchstens, um über ein neues Verfahren – meist kritisch – zu berichten. Weitere Sendungen sind noch nicht einmal im Gesundheitsbereich angesiedelt, sondern sie bedienen über das Vehikel der persönlichen „Patienten-Story“ eine ganz andere Zielgruppe, wobei dann eine ästhetische Behandlung die (Schein-)Lösung des Problems bringt: Beispielsweise leidet ein junges Mädchen unter kleinen Brüsten. Ihre Eltern schenken ihr zum 19. Geburtstag eine Brustvergrößerung, weil sie das Leiden ihrer Tochter nicht mehr länger mit ansehen können. Solche und ähnliche Stories sind reine Fiktion, weil in der Regel die dort präsentierten Kliniken und Ärzte im Tausch für Publizität die Behandlungskosten selber übernehmen. Die dritte Sparte veröffentlichter Meinung befasst sich

mit Fehlbehandlungen. Nach dem Motto „Bad News Are Good News“ wird dann ein Einzelschicksal dokumentiert, wobei der behandelnde Mediziner fast immer ganz schlecht wegkommt, manchmal sogar zu Recht. Diese individuellen medizinischen Fehlbehandlungen führen dann aber dazu, dass alle anderen Behandler ebenfalls in diese negative Kritik einbezogen werden. Sensation verkauft sich eben gut und Sendungen sind Informationsware. Kurzum, will man die Haltung der Medien beschreiben, muss man feststellen, dass sie eigentlich keine klare Meinung haben, sondern statt seriöser Information der Boulevard die Szene beherrscht. Als neue Macht etablieren sich gerade Portale und Bewertungsportale im Internet, bei denen oft ökonomische Interessen objektive Darstellungen oder Bewertungen behindern.

Hinzu kommen diffuse, nicht klar beschriebene Ideologien innerhalb der Gesellschaft, die eine größere Akzeptanz der Ästhetik verhindern: Eine solche Hintergrundideologie wäre beispielsweise die, dass jeder Mensch an sich schön ist, so wie er ist und deshalb ästhetische Behandlungen kategorisch abzulehnen sind. Derartige Ideologien finden sich übrigens auf jeder Seite des politischen Spektrums, sowohl in konservativen Kreisen als auch bei den „modernen“ Konservativen mit „ökologischem“ Weltbild.

Zusammenfassend kann hier festgestellt werden, dass ästhetische Medizin ausgehend von konservativen Mediziner gesellschaftlicher Ausgrenzung unterliegt, die dann ursächlich verantwortlich ist für den medialen Umgang mit diesem Thema. Ausgrenzung aber führt immer zu Privatisierung, und Privatisierung ist verantwortlich für die Auswüchse und Vorurteile, mit denen seriös arbeitende ästhetische Mediziner zu kämpfen haben. Die ganze Definition von ästhetischer und nichtästhetischer Medizin kann problematisiert werden. Die Trennung von rekonstruktiver und ästhetisch-plastischer Chirurgie ist rein willkürlich, wenn beispielsweise die Gesichtskonstruktion eines Verbrennungsoffiziers ganz eindeutig einer ästhetischen Verbesserung des Erscheinungsbildes dient. Wo hört hier rekonstruktiv auf und fängt ästhetisch an?

AUSWIRKUNGEN DER GERINGEN GESELLSCHAFTLICHEN AKZEPTANZ AUF DIE IDENTITÄT DES ÄSTHETISCH ARBEITENDEN MEDIZINERS

Wir können 2 Strategien ausmachen, wie die Mediziner mit der oben beschriebenen Realität umgehen: Die Erfahrenen und Erfolgreichen ignorieren den gesellschaftlichen Diskurs und konzentrieren sich auf ihre Tätigkeit, während insbesondere Anfänger mit Unsicherheit darauf reagieren. Beide Strategien führen nicht dazu, die Identifizierung zu stärken. Uneingeschränkte Identifizierung mit dem eigenen Arbeitsgegenstand jedoch ist eine unabdingbare Voraussetzung für die eigene Entwicklung im ästhetisch-medizinischen Bereich. Sie könnte dazu führen, die Akzeptanz der ästhetischen Medizin insgesamt zu erhöhen.

Die These, dass die geringe Akzeptanz eine starke Identifizierung verhindert, mag Widerspruch hervorrufen. Unserer Meinung nach hat jede Tätigkeit, die sich gegen einen gesellschaftlichen Konsens durchsetzen will, mit diesem Problem zu

kämpfen, wobei dieser Konsens im Falle der Ästhetik nicht existiert. Im Falle der ästhetischen Medizin sollte allein deshalb nicht von einem ablehnenden Konsens ausgegangen werden, eher schon von einer Kontroverse, weil der ganze Umgang mit dem Thema Verschönerung sehr stark nach Doppelmoral riecht: Offiziell werden ästhetische Maßnahmen abgelehnt, in Wirklichkeit aber lässt man sie an sich durchführen.

Das Problem existiert nicht nur in einer äußeren gesellschaftlichen Auseinandersetzung, es existiert ebenso in einer inneren Auseinandersetzung quasi im Kopf des Mediziners, seinem inneren Dialog, mag er diesen nun bewusst gestalten oder die Widersprüche, die seine Identität berühren, lediglich unbewusst wahrnehmen. Auswirkungen auf seine Handlungen, und dazu gehört in diesem Zusammenhang auch die Kommunikation, hat diese innere Auseinandersetzung allemal. Wie es so schön heißt, macht der Mediziner eine widersprüchliche Erfahrung statt der Erfahrung eines Widerspruchs. Letzteres wäre nämlich angemessen. Alle weiteren Probleme, die sich für Mediziner in der Ästhetik darstellen, können auf diese Identitätsschwächung zurückgeführt werden.

EXKURS: DIE HISTORISCHE ENTWICKLUNG DER ÄSTHETIK

Die Entwicklung der Ästhetik und die in den letzten Jahrzehnten kontinuierlich gestiegene Nachfrage in diesem Bereich kann nicht losgelöst von gesamtgesellschaftlichen Entwicklungen gesehen werden. Betrachtet man die Entwicklung seit dem Ende des zweiten Weltkriegs, ging es in den Nachkriegsjahren zunächst darum, die existentiellen Lebensfunktionen wiederherzustellen. Dieser Abschnitt ging über in die Phase des Wirtschaftswunders, in der vor allem „über die Stränge“ geschlagen wurde, was zu ersten ästhetischen Verwerfungen, insbesondere das Gewicht betreffend, führte. Die Zeit des Wirtschaftswunders wurde abgelöst von der 68er Generation, deren Erscheinen dazu führte, dass neben den politischen Veränderungen vor allem



Abb. 1: Rama Werbung der Nachkriegszeit.

auch gesellschaftliche Vielfalt mit unterschiedlichen Lebensmodellen gesellschaftliche Akzeptanz erlangte. Von der Wirtschaft wurde diese Entwicklung gierig aufgegriffen, weil sich durch Vielfalt der Konsum und damit auch der Profit steigern ließ.

Die jüngeren Tendenzen in Folge der 68er Umbrüche zeigen eine Entwicklung zu immer stärkerer Individualisierung auf. Diese Entwicklung hat das gesamte Konsumverhalten beeinflusst, ja sie ist sogar Voraussetzung für ein in den Grundstrukturen unverändertes Fortbestehen unseres Wirtschaftssystems. Während es früher fast ausschließlich um die Funktionalität von Produkten ging, zählt heute in erster Linie das äußere Erscheinungsbild, was sich darin zeigt, dass jeder einfache Wasserkocher heute ein eigenes Design erhält, sonst bleibt er unverkäuflich. Die gesamte Wohnkultur, aber nicht nur sie, ist diesen gehobenen Ansprüchen an das Design unterworfen. Design kann nicht losgelöst von Ästhetik gesehen werden, sondern ist ästhetischen Gesetzen unterworfen. Die Gesellschaft hat sich kontinuierlich seit Ende des zweiten Weltkriegs immer stärker „durchästhetisiert“. In diesem Zusammenhang ist vor allem die ästhetische Medizin zu sehen: Wenn Ästhetik innerhalb einer sich ausdifferenzierenden Gesellschaft eine immer größere Bedeutung gewinnt, dann gilt dies auch für die äußere Erscheinung der Mitglieder einer Gesellschaft. Die Designermarken und Kosmetika spiegeln diese Tendenz wider.

Hierauf ist vor allem die gestiegene Anzahl ästhetischer Behandlungen zurückzuführen, trotz geringer gesellschaftlicher Akzeptanz.

Aber täuschen wir uns nicht: Diese Entwicklung ist immer auch gekoppelt an wirtschaftliche Prosperität. Die Eurokrise war ein erstes Menetekel, wir sollten nicht davon ausgehen, dass wirtschaftliche Krisen, die dann die Menschen wieder auf ihre Grundbedürfnisse zurückwerfen, für alle Ewigkeit ausgeschlossen sind. Eine solche Entwicklung würde auch die Ästhetik tangieren. Einen Plan B für eine solche, manchmal ganz plötzlich einsetzende Veränderung in der Tasche zu haben, wäre in jedem Falle angebracht.

Es ist von der konservativen Medizin und deren Institutionen zu fordern, dass sie den Realitäten ins Auge blicken, umzudenken beginnen und die Ausgrenzung beenden. Die gesellschaftliche Bedeutung der Ästhetik ist ein Fakt, der nicht zu ignorieren ist, mag man ihn nun persönlich gut heißen oder nicht. Das Beispiel der historischen Veränderungen im Umgang mit homosexuellen Partnerschaften kann die konservative Medizin lehren, dass unsere Gesellschaft unterschiedlichen Lebensmodellen den notwendigen Freiraum verschafft, mag man auch persönlich Homosexualität oder Ästhetik ablehnen oder als vielleicht sogar „abnorm“ definieren.

LÖSUNGSANSÄTZE FÜR EINE STÄRKUNG DER IDENTITÄT

Wenn allein das Bewusstsein über die beschriebene Identitätsverunsicherung ausreichte, das Problem wenigstens für den behandelnden Mediziner zu lösen, wäre dies schön. Leider jedoch ist dies nicht so, sonst wäre die Behandlung psychischer Probleme überaus einfach und über den Akt der Bewusstwerdung zu lösen, was sie heute noch nicht ist.

WAS ALSO IST ZU TUN?

Dieser Artikel soll lediglich Tendenzen aufzeigen, wie Identität gestärkt werden kann:

Zunächst einmal ist es unbedingt notwendig, das Thema weiter zu reflektieren. Eine solche Reflexion setzt immer an der eigenen Person an: Wie wirkt sich die Identitätsschwächung in meiner eigenen Praxis und auf mich als Mediziner ganz konkret aus? Dies kann für jeden individuell verschieden sein, wie bereits angedeutet. Eine intensive Reflexion ohne Scheuklappen führt automatisch zu einer Identitätsstärkung. Zu dieser Reflexion sollte auch gehören, welches eigene Verhältnis zur Verschönerung der behandelnde Arzt hat, sieht er oder sie etwa auch die Ästhetik als „herumdoktern“ an der Oberfläche, dem schönen Schein an, als gar Verschleierung des Wesens einer Persönlichkeit? In diesen Zusammenhang gehört auch die Scham über das eigene Verschönerungsbedürfnis, die das gesellschaftliche Tabu persönlich erlebbar macht, obwohl die Veränderung der äußeren Erscheinung seit jeher Teil unserer menschlichen und sozialen Überlebensstrategie ist.

Ästhetische Medizin hat noch keinen Markenkern und keinen Markencharakter. Dies hat vielfältige Ursachen. Die Ausbildung ist außeruniversitär, meist in den Händen einzelner Unternehmen. Die Einrichtung ästhetischer Abteilungen in den Universitätskliniken dient nicht oder nur sehr marginal der Ausbildung kommender Ärztegenerationen, sondern soll die knappen Kassen füllen helfen.

Das Argument der reinen Geldmacherei hat deshalb Bestand, weil sich die ästhetische Medizin noch nicht auf ethische Grundsätze geeinigt hat. Eine gemeinsame Charta aller Organisationen und Ärzte und eine unabhängige und produktneutrale Ausbildung wie sie die Globalhealth Academy und andere Organisationen seit Jahren erarbeiten, könnten erste Schritte hin zur Bildung eines Markenkerns sein. Kurzum, die ästhetischen Mediziner könnten selbst eine ganze Menge dafür tun, dass sich das Erscheinungsbild im öffentlichen Bewusstsein ändert.

Wir möchten hier die These vertreten, dass eine offensiv geführte Auseinandersetzung dazu führen kann, die geringe Akzeptanz zu erhöhen und gleichzeitig die eigene Identität zu stärken. Dies ist nur möglich, wenn ästhetisch arbeitende Mediziner kooperieren anstatt sich den Konkurrenzgesetzen des Marktes zu unterwerfen. Dazu gehört, sich gegen die Ausgrenzung zur Wehr zu setzen, weil erst die Ausgrenzung zu den nicht zu leugnenden negativen Erscheinungsformen innerhalb der Ästhetik und zu ihrer Privatisierung führt.

Beispielhaft soll hier die Auseinandersetzung mit der konservativen Medizin diskutiert werden. Dazu ist der Begriff „Heilung“ zu problematisieren. Heilung kann als ein prozesshaftes Geschehen beschrieben werden, dass sich auf einer Linie zwischen 2 Antipoden bewegt, nämlich Homöostase und Deregulation, umgangssprachlich mit den Begriffen „Krankheit“ und „Gesundheit“ beschrieben. Betrachten wir den Begriff Gesundheit: Bereits 1948 hat die Weltgesundheitsorganisation den Begriff folgendermaßen in der Präambel ihrer Verfassung definiert: „Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity.“



Abb. 2a–c: Wasserkocher als Beispiel für die Durchästhetisierung unserer Gesellschaft.

Der Begriff des well-being, des sich Wohlfühlens, der Gesundheit definiert, kann uneingeschränkt auf die ästhetische Medizin angewandt werden. Ästhetische Medizin ist somit ein wichtiger Bestandteil eines Heilungsprozesses, denn sie bewirkt, dass sich Patienten besser fühlen.

Diese Argumentation dürften sogar konservative Mediziner akzeptieren, wenn sie sich auf die Grundsätze der WHO berufen. Nicht die ästhetische Medizin sollte in der Defensive sein, sondern die konservative Medizin, denn sie ist nicht in der Lage, neue wissenschaftliche und theoretische Entwicklungen zu integrieren, ja nicht einmal ihre eigenen Definitionen ernst zu nehmen, z.B. den kartesischen Dualismus zu

beenden und endlich zu akzeptieren, dass Körper und Psyche nur 2 verschiedene Seiten ein und derselben Medaille sind. Das Problematisieren eines statischen, rein symptombezogenen Krankheitsbegriffs, dessen alte Lösungsansätze zu einer einfachen Ursache-Wirkung Beziehung führen, wird heute in weiten Teilen der konservativen Medizin selbst durchgeführt, weil alle neueren wissenschaftlichen Forschungen gegen ein Festhalten an statischen Ursache-Wirkungsbeziehungen sprechen. Die „Pille gegen Kopfschmerz“ kann keinesfalls eine Heilung der hinter dem Symptom liegenden Problematik herbeiführen, dies ist mittlerweile jedem Mediziner klar.

Ästhetische Mediziner, die eine Reflexion ihrer Identitätsschwächung durch die gesellschaftliche Kontroverse durchgeführt haben, sind in der Lage, diese notwendige Auseinandersetzung offensiv zu führen, und sie werden dadurch, dass sie diese Auseinandersetzung endlich führen, ihre Identität zu ihrem Gegenstand stärken. Dieser kurze Argumentationsstrang kann durch eine weitere Sammlung von Argumenten viel intensiver aufgebaut werden, hier sollte lediglich eine Richtung aufgezeigt werden.

Dasselbe gilt für die Auseinandersetzung mit der reinen „Geldmacherei“: In Zeiten, in denen Mediziner durch ein marodes Gesundheitssystem dazu gezwungen werden, neue Geldquellen zu erschließen, um das eigene Überleben zu sichern, in denen eine überbordende Kassenbürokratie immense Gelder der Versicherten verschlingt, dürfte es nicht schwer fallen, diese Argumentation zu finden.

FAZIT

Die zukünftige ästhetische Medizin hat die Aufgabe, sich in die gesellschaftliche Auseinandersetzung einzumischen, denn sie hat wichtige Argumente zum gesellschaftlichen Diskurs

beizutragen. Zielrichtung ist dabei der Kampf gegen gesellschaftliche Ausgrenzung, weil Ausgrenzung zur Verschärfung und Privatisierung der Problematik führt. Diese Aufgabe wird auch die Identität der ästhetisch arbeitenden Mediziner zu ihrer Tätigkeit stärken und deshalb das Verhältnis zu den eigenen Patienten positiv beeinflussen.

Korrespondenzadresse:

Dipl.-Ing. Dirk Brandl
Mühlenstraße 19
D-48317 Drensteinfurt
brandl@network-globalhealth.com



Dirk Brandl
**FOTODOKUMENTATION
IN DER ÄSTHETISCHEN
MEDIZIN UND
DERMATOLOGIE**

iBook Store Apple
für iPad und Mac

25,95 €

Jahrestagung Österreichische Gesellschaft für Dermatologische Kosmetik und Altersforschung (ÖGDKA) und Arbeitsgruppe für Ästhetische Dermatologie und Kosmetologie der ÖGDV

19.–20. September 2014, Wien

Thema: „Hautgesundheit und Attraktivität – Praxiskatalog für jedes Lebensalter“

Wissenschaftliche Leitung:

Univ.-Prof. Dr. Eva-Maria Kokoschka
Univ.-Prof. Dr. Jolanta B. Schmidt
Univ.-Prof. Dr. Daisy Kopera

Ort:

Technisches Museum
Mariahilfer Straße 212
A-1140 Wien

Kongress-Sekretariat:

Wiener Medizinische Akademie
A-1090 Wien, Alser Straße 4
Tel.: +43 1 405138320
Fax: +43 1 4078274
kosmetologie@medacad.org

Fachausstellung:

Medizinische Ausstellungs- und
Werbegesellschaft
Freyung 6/3
A-1010 Wien
Tel.: +43 1 5366333
Fax: +43 1 5356016
maw@media.co.at

Weitere Informationen:

ÄRZTEZENTRALE MED.INFO
Helferstorferstraße 4
A-1014 Wien
Tel.: +43 1 53116-33, -82
Fax: +43 1 53116-61
azmedinfo@media.co.at

CONTROVERSIES IN AESTHETIC MEDICINE
THE FRAME CONDITIONS 2: THE NEW CHALLENGES OF AESTHETIC MEDICINE

KONTROVERSEN IN DER ÄSTHETISCHEN MEDIZIN

Die Rahmenbedingungen 2: Die neuen Herausforderungen der ästhetischen Medizin

DIRK BRANDL¹ UND JÜRGEN ELLWANGER²

SCHLÜSSELWÖRTER: Geschichte der minimal invasiven ästhetischen Medizin, Philosophie ästhetische Medizin, altersbegleitende Ästhetik

KEYWORDS: history of minimal invasive aesthetic medicine, philosophy of aesthetic medicine, age related treatment strategies

ZUSAMMENFASSUNG

Die historische Entwicklung der ästhetischen Medizin belegt eine fortwährende Tendenz hin zu minimal invasiveren ästhetischen Verfahren. Wir befinden uns heute in einem Prozess der Einführung innovativer minimalst invasiver Behandlungsoptionen, die dazu führen, dass die gesamte Philosophie der ästhetischen Behandlung revidiert werden sollte: Weg von der Einmalbehandlung und hin zur (schonenderen) minimal invasiven Mehrfachbehandlung sowie zur ästhetischen Begleitung des Alterungsprozesses auf allen Handlungsfeldern. Die Verbesserung und Erhaltung eines Zustandes war das Ideal von gestern – heute geht es um die Begleitung kontinuierlich stattfindender Veränderungsprozesse.

SUMMARY

Looking at aesthetics' history we are able to detect a clear tendency towards more and more minimal invasive treatment options. Today our new aims are focused on further and more minimal invasive interventions. This movement leads to new challenges: To find a better philosophical approach which is able to reflect the developments and to revise an old fundament of aesthetic philosophy which was based on the improvement and maintenance of a status and not of an aesthetic and continuous supervision of the aging process and therefore age related treatment strategies.

VORBEMERKUNG

Während vieler Fortbildungen, auf denen oft auch Chirurgen anwesend waren, haben wir eine Leidenschaft für operatives Arbeiten feststellen können. Die Tätigkeit des Operierens führt zu Befriedigung, löst manchmal Euphorie aus und wird als ein Erlebnis bewertet, das man auf keinen Fall missen möchte. Ein Nichtmediziner kann diese Befriedigung nur dann nachvollziehen, wenn er sie auf andere Tätigkeitsfelder überträgt, am besten eignen sich als Vergleich handwerkliche Tätigkeiten: Ein Schreiner, der an einem Tag einen schönen Tisch gebaut hat, strahlt eine ähnliche Befriedigung aus. Die Tätigkeit führt zu einem Ergebnis, und dieses Ergebnis hat seinen Wert, wenn die Arbeit gut ausgeführt wurde.

Auf diesem Hintergrund ist die Begeisterung des Chirurgen verständlich, schon gar nicht zu kritisieren. Dennoch ist anzumerken, dass wir es beim chirurgischen Handwerk mit dem

Werkstoff Mensch bzw. Patient zu tun bekommen, dem letztendlich die Befriedigung des Mediziners egal ist, sondern der ganz andere Wünsche und Bedürfnisse hat, die manchmal sogar diesem ärztlichen Bedürfnis entgegengesetzt sind. „Was steht im Vordergrund?“ ist die Frage aller Fragen für den mit Leib und Seele arbeitenden ästhetischen Mediziner, mit der sich der zweite Teil der Artikelserie beschäftigt.

DER PATIENT UND DIE ÄSTHETISCHE MEDIZIN

Durch den Einzug der minimal und minimalst invasiven Verfahren in die Ästhetik wurde die Patientenakzeptanz und damit die Zahl ästhetischer Behandlungen zweifellos gesteigert. Eine große Zahl von Patienten lehnten und lehnen die Risiken operativer Eingriffe aus ästhetischen Gründen ab, sei es zu Recht oder Unrecht. Verständlich sind in jedem Fall die Ängste vor Fehlern der Anästhesie, aber auch Behandlungsfehlern, die nicht oder nur mit viel Aufwand wieder revidiert werden können oder die in seltenen Fällen sogar tödliche Folgen haben. Eine fehlerhafte Botox Behandlung ist nach spätestens 3 Monaten verschwunden, eine fehlerhafte Fettabsaugung oder ein Facelift muss der Patient bis zu seinem Lebensende ertragen.

1 Sprecher NETZWERK-Globalhealth

2 Facharzt für Dermatologie, Dozent der Globalhealth Academy for Aesthetic Medicine



Abb. 1: Fettabsaugung aus den frühen Tagen. Riesige Kanülen, nicht klar definierte Patientenselektion und noch keine elaborierte Absaugtechnik führten zu derartigen Ergebnissen.

Betrachtet man heute Bilder der ersten durchgeführten Absaugungen wird einem ganz übel. Aus heutiger Sicht sind diese Ergebnisse keinesfalls zu akzeptieren, obwohl sie damals „State of the Art“ waren und einen tatsächlichen Fortschritt darstellten. Auch in den operativen Verfahren ist also

ebenfalls eine Entwicklung zu verzeichnen, die wir als eine Tendenz zu minimal invasiven operativen Techniken charakterisieren können.

Die Ästhetik hat deshalb kurioserweise einen Vorteil gegenüber anderen medizinischen Disziplinen, weil sie von vornherein von der Kassenmedizin ausgegrenzt wurde. Sie war immer schon seit ihrer Einführung eine Selbstzahlerleistung. Dadurch wurde aus einem Patienten zusätzlich auch noch ein Kunde und aus einer rein medizinischen Tätigkeit eine wirtschaftliche Transaktion. Wir sagen hier Vorteil, weil dadurch die normalen Regeln solcher Transaktionen auch für die Ästhetik Gültigkeit erhalten haben. Sätze wie „Der Kunde hat immer Recht.“ gelten zwar nur bis zu einer gewissen Grenze. Betrachten wir aber hier nicht die krankhaften Verirrungen psychisch gestörter Dismorphobie Patienten, sondern die ganz „normalen“ Patienten, dann müssen wir konstatieren, dass der Arzt ein Dienstleister ist, der seinen Patienten hilft, die eigenen Vorstellungen über ihr Aussehen zu erkennen und dann notwendige Veränderungen umzusetzen.

Dieser Umstand erhöht die Bedeutung der Arzt-Patienten Kommunikation. Hier hat die ästhetische Medizin eine klare Vorreiterrolle, die anderen medizinischen Disziplinen ebenfalls gut zu Gesicht stünde, bei denen Kommunikation auch heute noch als notwendiges Übel gilt, das den Arzt von der „eigentlichen“ Tätigkeit abhält.

Wenn also der Patient ein minimal invasiveres Verfahren einem operativen Eingriff vorzieht, der Arzt jedoch lieber operiert, weil ihm das mehr Spaß macht, liegt ein Widerspruch vor, den nicht der Patient, sondern der Arzt auflösen muss, denn schließlich will er etwas für den Patienten tun und nicht umgekehrt.

Wir möchten hier sogar behaupten, dass die ästhetische Medizin gegenüber anderen Disziplinen eine innovative Funktion übernimmt. Gerade bei „nicht medizinisch notwendigen Eingriffen“ wird der operierende Mediziner alles dafür tun, damit der Eingriff so schonend wie möglich verläuft und die Wundheilung so schnell und komplikationsarm wie möglich erfolgt.



Abb. 2 und 3: Bei kleinen Fettansammlungen können mit minimal invasiven Methoden - hier Injektions-Lipolyse – gute Ergebnisse erzielt werden. Fotos und Ergebnis: Dr. Kai Rezai, Münster.

Weil das NETZWERK-Lipolyse in diesem Bereich über die größte Kompetenz verfügt, hier eine kleine Geschichte der volumenreduzierenden Verfahren des Fettgewebes, die die Tendenz zur Minimalinvasivität illustriert. Dieselbe Entwicklung lässt sich für Faltenbehandlung oder Hautstraffung aufzeichnen.

Erstbehandlungen Fettabsaugung	70er Jahre durch Prof. Kesselring u.a.
Verbesserung der Kanülen zur Absaugung	Dr. Sattler, Dr. Fatemi u.a.
Einführung der Tumescenz Lokalanästhesie	Dr. Sattler u.a.
Seit 2000 neue Kombinationen der Absaugetechniken z.B. mit Ultraschall	z.B. Vaser Liposuktion
Entwicklung der Injektions-Lipolyse	1995-2005 Dr. Rittes (BR), Dr. Hasengschwandtner (A) mit dem NETZWERK-Lipolyse und Dr. Duncan (USA)
Entwicklung von Geräten zur Laser-Lipolyse, Ultraschall-Lipolyse und Cryo-Lipolyse	Seit 2005 drängen immer mehr Gerätehersteller in diesen lukrativen Markt
Entwicklung von schonenderen Kombinationen zur Fettreduktion	2013 Halbseitenvergleichsstudie von Prof. Tausch, Kiel mit Injektions-Lipolyse contra Injektions-Lipolyse + LDM Ultraschall, Veröffentlichung steht bevor

Beispiele sind hier die Vor- und Nachbehandlung mit dem LDM Ultraschall, der die Wundheilungszeit verkürzt und die Gefahr der Narbenbildung verringert oder die Vitamin C Hochdosis Infusionstherapie während und nach operativen Eingriffen, die mehrere Verbesserungen bewirkt: Kollagenneubildung unterstützend, Schmerz reduzierend und Wundheilung fördernd. Was in einem normalen Krankenhaus die Patienten (noch) nicht erhalten, erhalten sie in der ästhetischen Medizin zuerst, eben weil der Patient auch Kunde ist.



Abb. 4 und 5: Auch bei kleineren Fettkompartimenten des Körpers funktioniert die Injektions-Lipolyse gut.
Fotos und Ergebnis: Dr. Franz Hasengschwandtner, Schöneegg.

CHIRURGIE ALS STATISCHES BEHANDLUNGSMODELL

Bevor wir uns mit der den chirurgischen Verfahren zugrunde liegenden Philosophie beschäftigen, wollen wir hier nicht unerwähnt lassen, dass einige ästhetische Korrekturen nur durch eine Operation ausgeführt werden können: An erster Stelle sind hier Brustkorrekturen, Rhinoplastiken und Otopexien zu nennen, aber auch Tränensäcke lassen sich immer noch besser durch eine Blepharoplastik behandeln, als durch nicht überzeugende Alternativen. Und natürlich ist heute immer noch für große Fettkompartimente die Liposuktion das Verfahren der ersten Wahl.

Auch müssen wir hier konstatieren, dass es in der Ästhetik auf ihre Verfahren bezogen keinen Stillstand geben kann und darf, denn einige Indikationen sind nur ganz begrenzt behandelbar - mit leichten Verbesserungen wenn es hoch kommt. Wir wollen hier die Themen Cellulite, Striae und Melasma ansprechen. Wenn wir ehrlich sind, müssen wir feststellen, dass diesen 3 Indikationen noch immer fehlende überzeugende therapeutische Möglichkeiten zu eigen sind, auch wenn zur Zeit vielfältig daran geforscht wird und einige Optionen verfügbar sind, die Lösungen versprechen.

Kommen wir nun zur Philosophie, die wir sehr gut mit Hilfe der chirurgischen Tätigkeit beschreiben können ohne sie auf diese beschränken zu wollen. Die der chirurgischen Tätigkeit zugrunde liegende Befriedigung einer handwerklich gut durchgeführten Operation ist, wir hatten es erwähnt, mehr als verständlich und kann sogar die Identität zur ästhetischen Medizin steigern. Sie sollte jedoch unbedingt ergänzt und wo notwendig korrigiert werden, wenn sie bislang dazu benutzt wurde, operative Tätigkeiten zu rechtfertigen. Diese Rechtfertigung führt zur

Fehleinschätzung und „Ideologisierung“ eigenen Verhaltens: Der Einschätzung, man könne ein statisches Ergebnis erzeugen. Die Bedeutung des Prozessbegriffes, der immer mehr philosophische und dadurch viele Wissenschaften und auch die Medizin beeinflussende Akzeptanz erhält, ist auch in der Ästhetik von herausragender Bedeutung.

Wir haben es nie mit einem Zustand zu tun, wir sind immer in einem prozessualen Geschehen wie dies von dem alten griechischen Ausdruck *Panta Rhei* (Alles fließt) so treffend bereits intuitiv vorweg genommen wurde. Betrachtet man den Menschen, dann ist die Vorstellung einer Zustandserhaltung abwegig. Bereits direkt nach der Geburt beginnt der Prozess des Alterns und endet erst dann, wenn wir unseren letzten Atemzug getan haben. Um beim Beispiel des Schreiners zu bleiben: Er kann sehr zufrieden mit seinem Tisch sein, wohl wissend, dass dieser sich bereits am nächsten Tag verändern und nach dem ersten Gebrauch bereits die Spuren des Lebens aufweisen wird.

EINE NEUE PHILOSOPHIE DER ÄSTHETISCHEN MEDIZIN

Die ästhetische Medizin wird durch das immer weiter vordringende Potential der Minimalinvasivität zur Revision ihrer philosophischen Grundlagen gezwungen. Die Vorstellung, man könne durch eine einmalige oder nur eine Indikation behandelnde Intervention einen neuen Zustand herbeiführen, der den Patienten befriedigt, sollte von einer neuen Philosophie verdrängt werden.

Der Philosophie nämlich, jeden Patienten entsprechend seinem aktuellen Status in seinem ästhetischen Alterungsprozess zu begleiten und immer zum richtigen Zeitpunkt die passenden Instrumente zur Verfügung zu haben, die diese Begleitung sinnvoll erscheinen zu lassen: Der jüngere Patient wird durch Maßnahmen präventiver Art unterstützt, sein Gewicht zu erhalten, die mimische Muskulatur zu entspannen und so Faltenbildung vorzubeugen oder durch Einschleusung von Vitaminen die Hautoberfläche gegen intrinsische und extrinsische Hautalterung zu schützen. Die Patientin mittleren Alters wird durch schonende Verfahren dabei begleitet, die Falten zu glätten, überflüssiges Fett im Ansatz zu reduzieren oder Volumen aufzufüllen, bei den Brüsten eben auch durch minimal invasive operative Maßnahmen. Der ältere Patient wird durch Anti Aging Medizin systemisch unterstützt, die Ästhetik erhält die Ausstrahlung des gesunden Alters statt der Jugendlichkeit und vitalisiert dort, wo es sinnvoll erscheint. Operative Verfahren sind dabei nicht ausgeschlossen, sondern sollten dann eingesetzt werden, wenn der Interventionsgrad zum Erreichen eines Ergebnisses diese erfordert, aber eben nur dann.

DAS ZIEL: SO SCHONEND UND WENIG INVASIV WIE MÖGLICH

Begreift man die Prozesshaftigkeit als Chance, dann sollten die beschriebenen neuen Entwicklungen als Zieldefinition mit ins Kalkül gezogen werden. Ziel sollte sein, alle Verfahren zu optimieren. Je weniger invasiv sie sind, desto weniger wird der Organismus systemisch belastet. Je biologischer oder ökologischer

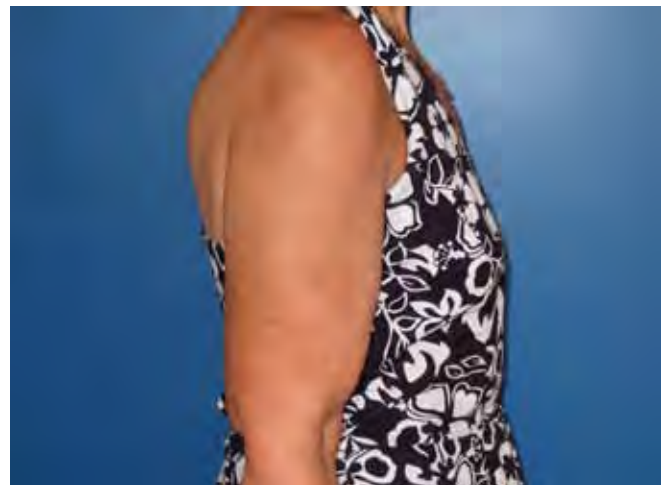


Abb. 6 und 7: Sehr gute Absaugtechnik in schwieriger Region. Besonders auffallend ist, dass sogar bei extremem Hautüberschuss eine ausreichende Hautstraffung erfolgt ist.
Dr. Sven von Saldern, Forsterpark Klinik Augsburg.

unsere Interventionen verlaufen, desto mehr stehen wir im Einklang mit den Bedürfnissen und den körperlichen Voraussetzungen der Patienten.

Klar definiertes Ziel einer ästhetischen Intervention sollte sein, die gewünschte Veränderung **so wenig invasiv wie möglich** durchzuführen. Weiteres Ziel der ästhetischen Medizin sollte sein, alle Entwicklungen zu unterstützen, die Alternativen bieten zu den bisherigen Verfahren, wenn sie schonender als die älteren Verfahren sind. In Kauf genommen werden sollte dabei – es sei denn der Patient hat andere Vorstellungen – die Notwendigkeit mehrmaliger Behandlungssitzungen, um etwa ein operatives Ergebnis mit einer schonenderen Methode zu erreichen.

NICHTINVASIVITÄT UND PROZESS: EINE HYPOTHESE

Entwickelt sich die ästhetische Medizin so rasant weiter wie in den vergangenen Jahrzehnten, können wir davon ausgehen,



**Abb. 8 und 9: Kanülen aus der Anfangszeit der Fettabsaugung.
Fotos: Dr. Horst Grübmeyer, Schlossparkklinik Ludwigsburg.**

dass sich die Entwicklung heute bereits in einem neuen Stadium befindet, das sich beschreiben lässt als weg von den minimal invasiven Verfahren und hin zu nicht oder minimalst invasiven Verfahren. Waren seit den 90er Jahren stürmische Entwicklungen hin zur Minimalinvasivität zu verzeichnen, werden die nächsten Jahrzehnte als Etappe hin zur Noninvasivität charakterisiert werden können.

Einige Beispiele: Die Techniken des Einschleusens von Substanzen haben sich bedeutend erweitert. Wir möchten neben der Iontophorese hier vor allem auch den JetPeel und ähnlich arbeitende Geräte hervorheben, die viel Einschleusungs- und Behandlungspotential aufweisen, indem sie schonende Peelings, nadellose Einschleusung von Substanzen und verschiedene Medien der Einschleusung (Luft, Sauerstoff, CO₂) zur Verfügung stellen. Der Begriff non invasiv ist allerdings auch hier nicht korrekt. Dasselbe gilt für den therapeutischen Ultraschall, der mächtige Entwicklungsschritte zur schonenden Behandlung unternommen hat, aber nur weil die Intervention



**Abb. 11 und 12: Absaugung State of the Art. Dr. Horst Grübmeyer,
Schlossparkklinik Ludwigsburg.**

über das Medium Schallwelle nicht sichtbar ist, ist sie dennoch nicht unbedingt schonend, wie uns in der Vergangenheit der fettauflösende Ultraschall gezeigt hat. Die fraktionierten Interventionen zeigen auch in den Bereichen Laser und Radiofrequenz, dass die Invasivität deutlich abnimmt. Noninvasivität ist ein Ziel, welches niemals ganz erreicht werden wird. Wir selbst haben ganz konkret die Erfahrungen mit den fettauflösenden Injectables machen können: Waren die Mitglieder des NETZWERK-Lipolyse in 2003 noch gerade als Exoten akzeptiert, sieht die Situation heute – nur 10 Jahre später – ganz anders aus: Kythera/Bayer ist im Zulassungsprozess für den Wirkstoff Desoxycholsäure, Lithera Inc. hat eine neue fettreduzierende Substanz in der klinischen Prüfung, das junge Start-Up Topokine hat sich die Rechte an einem Gel gesichert, das Fettpolster topisch auflösen soll und das NETZWERK selbst hat eine neue, nebenwirkungsarme Substanzkombination entwickelt, die ebenfalls im kommenden Jahrzehnt zur Marktreife geführt wird.

Unsere Hypothese lautet: Es wird zukünftig ein immer breiteres Spektrum minimalinvasiver Techniken geben, die in der ästhetischen Medizin eingesetzt werden. Die operativen Techniken werden sich auf einige wichtige Indikationen konzentrieren und dort ihre Techniken verfeinern. Der Einsatz dieser neuen Generation von Techniken wird begleitet von einer Veränderung des Behandlungsablaufs, weg von der Einmalbehandlung und hin zur mehrmaligen Behandlung, um dasselbe Ergebnis zu erreichen. Die Konsequenz aus diesen veränderten Rahmenbedingungen lautet: Die ästhetischen Mediziner sollten sich darauf einrichten, sich selbst und ihre Patienten darauf vorzubereiten, dass sie eine ästhetische und in der Anti Aging Medizin auch systemische Begleitung des Alterungsprozesses durchführen statt einmaliger und nur auf eine Indikation abzielender Behandlungen.

Die in vielen wissenschaftlichen Disziplinen – auch in der Medizin – ablaufende Abkehr von einem Weltbild, das uns über Jahrhunderte begleitet und den Wissenschaften zu

bedeutenden Erkenntnissen verholpen hat, gilt auch für die ästhetische Medizin. Gemeint ist hier die Abkehr vom kartesischen Weltbild, das eine statische Analyse in immer kleinere Einheiten zur herausragenden Erkenntnisgewinnung erhob und damit die Trennung von Körper und Geist manifestierte sowie den Körper des Menschen und seine Funktionalität als maschinenähnlich betrachtete. Diesem „mechanistischen“ Weltbild fühlte sich das alte, auf Zustände abzielende ästhetische Behandlungsmodell zugehörig. Das heutige, sich immer stärker durchsetzende Weltbild der Einheit von Körper und Psyche, des Betrachtens von Prozessen statt Zuständen, ist dem neuen Behandlungsmodell angemessener.

KONSEQUENZEN DER ENTWICKLUNG

Angenommen, die in diesem Artikel skizzierte Entwicklung setzt sich durch, wovon wir zutiefst überzeugt sind, auf welche Konsequenzen sollten wir uns dann vorbereiten?

Wir möchten hier insbesondere das Verhältnis von Arzt und Patient ansprechen, das sich aus verschiedenen Aspekten zusammensetzt. In jedem Fall wird diesem Verhältnis eine größere Bedeutung zukommen. Die Kommunikation Arzt-Patient wird nicht länger gekennzeichnet durch den Begriff „Verkauf einer einzelnen Dienstleistung“, sondern viel stärker durch den „Aufbau von Vertrauen“. Jedem Arzt könnte bewusst werden, dass ein neuer Patient ein Kandidat für die ästhetische Begleitung in seinem kontinuierlichen, altersbedingten, körperlichen Veränderungsprozess zur Harmonisierung seines Aussehens ist. Jede Investition von Zeit, um diesen neuen Patienten kennenzulernen, ist aus diesem Grunde mehr als berechtigt. Der ästhetische Mediziner, der die Wünsche des Patienten in seiner Kommunikation mit den Möglichkeiten der ästhetischen Behandlung in Kongruenz zu setzen vermag, und der deshalb auch manchmal die Vorstellungen des Patienten in eine realistische Betrachtung verändern muss, wird erfolgreich sein. Der langfristige Aufbau eines Patientenstamms, der auf der Basis von Vertrauen und Verständnis basiert, ist dabei mindestens ebenso wichtig wie die eigene Qualifikation und Fortbildung in den neuen Möglichkeiten ästhetischer Behandlungsformen. Die im ersten Artikel angesprochene Krise der Identität des ästhetisch arbeitenden Mediziners kann auch durch diese Veränderungen entschärft werden und helfen, das gesellschaftliche Bild des geldgierigen, sich nicht um die Belange des Patienten kümmernden Arztes abzulösen.

Die Annahme einer prozessorientierten Philosophie kann zudem Impulse geben für eine bessere Akzeptanz der Ästhetik in den Medien und der Bevölkerung.

SCHLUSSBEMERKUNG

Die in diesem Artikel skizzierte Entwicklung könnte operativ tätige Mediziner zu der Annahme verleiten, dass sie in Zukunft schlechtere Bedingungen vorfinden werden. Wir glauben, dass es davon abhängt, wie die operativ tätigen Ärzte mit der beschriebenen Entwicklung umgehen werden:

Diejenigen, die gegen sie ankämpfen und auf der alten philosophischen Basis weiter arbeiten, werden es sicher zukünftig schwerer haben. Diejenigen aber, die sie als richtige und notwendige Entwicklung akzeptieren, können aus der vermeintlichen Krise eine Chance erwachsen lassen. Bei Akzeptanz der Entwicklung besteht die Chance darin, dass diese Mediziner das bei weitem breiteste Spektrum möglicher ästhetischer Interventionen anbieten können.

Korrespondenzadresse:

Dipl.-Ing. Dirk Brandl
Mühlenstraße 19
D-48317 Drensteinfurt
brandl@network-globalhealth.com

Themenspezial zur 23. Jahrestagung der Deutschen Dermatologischen Lasergesellschaft e.V. in Bonn

Die diesjährige Jahrestagung der DDL, die vom 16. bis 18. Mai 2014 im Kameha Grand Hotel in Bonn stattfindet, steht unter dem Motto „Medizin und Ästhetik – Therapien praxisnah, effektiv und zukunftsweisend“. Die Teilnehmer lernen bei Live-OPs mit erfahrenen Operateuren bewährte Behandlungsmethoden und neuste Operationstechniken kennen, können eine Ausbildung zum Laserschutzbeauftragten absolvieren und sich über modernste Gerätetechnik informieren.

Ein ganzes Wochenende lang beraten zahlreiche Experten aus Dermatologie, Ästhetik und Laser-Medizin über anerkannte Behandlungsmethoden und informieren sich über neueste Trends der Branche. Unter dem Tagungsvorsitz von Frau Prof. Dr. -medic (RO) Alina Fratila dreht sich auf der diesjährigen Jahrestagung alles um eine umfassende Ausbildung im Bereich Laser-Medizin – von den soliden Grundlagen bis zum detaillierten Expertenwissen. In Diskussionsrunden, Workshops und Live-Demonstrationen erfahren Sie alles über die wissenschaftlich fundiertesten Therapien der ästhetischen Medizin und können auch die letzten Detailfragen klären. Erwartet werden ca. 350 Teilnehmer. Um das gewohnt hohe Niveau fortzusetzen, konnten auch für 2014 hochkarätige internationale Referenten gewonnen werden. Alle Informationen zur Anmeldung und zum Programm finden Sie unter www.ddl-jahrestagung.de.

CONTROVERSIES IN AESTHETIC MEDICINE

THE FRAME CONDITIONS: 3. AESTHETICS AS A TREATMENT MODEL – COMPOSITIONAL AESTHETICS

Kontroversen in der ästhetischen Medizin

Die Rahmenbedingungen:

3. Ästhetik als Behandlungsmodell – Die Kompositorische Ästhetik

DIRK BRANDL¹, MICHAEL J. WEIDMANN², HORST GRÜBMEYER³

SCHLÜSSELWÖRTER:

Kompositorische Ästhetik, Interventionsgrad, Verhältnis Arzt-Patient, unabhängige Ausbildung

ZUSAMMENFASSUNG:

Im ersten Teil dieser Artikelserie sind wir auf die historische Veränderung der Bedeutung der Ästhetik in unserer Gesellschaft eingegangen. Der zweite Teil behandelte Entwicklungen, die durch die stärkere Verbreitung minimal invasiver ästhetischer Verfahren initiiert wurden und deshalb eine neue philosophische Orientierung der Ästhetik erfordern. Im dritten Artikel geht es darum, dass wir uns mit der historischen Entwicklung der ästhetischen Medizin selbst und der Entwicklung ihres Behandlungsspektrums beschäftigen wollen, um daraus Erkenntnisse über die Herausforderungen zu gewinnen, die die Ästhetik zukünftig zu bewältigen haben wird. Gleichzeitig erscheint es uns sinnvoll, eine neue Qualität der Arzt-Patienten Beziehung und damit ein neues Behandlungsmodell vorzuschlagen, das wir zukünftig „Kompositorische Ästhetik“ nennen wollen. Ausgehend von der durch die historische Entwicklung gestützten Annahme, dass sich die ästhetische Medizin zunehmend in Richtung Minimalinvasivität bewegt, wird ein verändertes Behandlungs- und Ausbildungsmodell vorgeschlagen, das sich auf eine ästhetische prozessorientierte Begleitung des Alterungsprozesses der Patienten bezieht. Dieses wollen wir zukünftig mit dem Begriff „Kompositorische Ästhetik“ bezeichnen.

DIE HISTORISCHE ENTWICKLUNG DER ÄSTHETISCHEN MEDIZIN

Gehen wir zurück auf die modernen Anfänge der ästhetischen Medizin, etwa 30 bis 40 Jahre, dann sehen wir, dass zu Beginn der Entstehung dieses Behandlungsspektrums ausschließlich operative Verfahren zur Verfügung standen, zu denen es keine schonenderen Alternativen gab.

- 1 Sprecher Globalhealth Academy for Aesthetic Medicine
- 2 Facharzt für Dermatologie, Leiter Globalhealth Academy
- 3 Facharzt für Plastische und Ästhetische Chirurgie, Dozent der Globalhealth Academy

KEYWORDS:

Compositional Aesthetics, Intervention Level, Physician-Patient Relationship, Independent Education

SUMMARY:

In part 1 of our series we described the historical change of the meaning of aesthetics in our society. The second part covered the developments that were initiated through the growing prevalence of minimal invasive aesthetic procedures, which requires a new philosophic orientation in aesthetics. In part 3 we deal with the historical development of aesthetic medicine as a whole and its range of treatments as well. The reason behind is to come to findings about the challenges aesthetic medicine will be confronted with in the future. Simultaneously we would propose a new quality of the physician-patient relationship which we like to denote as „Compositional Aesthetics“. Starting from the assumption that aesthetic medicine will move towards more and more minimal invasive treatment options we suggest a change of the up-to-date treatment model and education influenced by companies. The new model has to be focused on the aging process of the patient. We would like to call this new model with the term „Compositional Aesthetics“.

Findige Mediziner und Entwickler haben die Ästhetik verändert, und diese Transformation findet noch immer statt. Vielfältige Einflüsse auch anderer medizinischer Disziplinen wurden integriert und neue Therapieformen entwickelten sich kontinuierlich. Die Behandlung von Spastikern mit Botulinumtoxin A wurde übertragen auf die gesamte Muskulatur auch gesunder Patienten, flexiblere Implantate führten zu neuen Techniken der Auffüllung von Volumen und Falten mit Fillern, interessante Wirkstoffe im Einsatz der Behandlung und Prävention von Fettembolien haben die Injektions-Lipolyse entstehen lassen, und neue therapeutische Ansätze zur Schmerztherapie führten zur Behandlung der Hautoberfläche mit Mesotherapie.

Neben diesen injizierbaren Substanzen waren Firmen sehr aktiv, die der Gerätemedizin neue Technologien zur Verfügung

stellten, welche einen Einfluss auf viele Indikationen hatten, die zuvor – wenn überhaupt – nur operativ behandelt werden konnten, z.B. Hautstraffung, Hautoberflächentherapien, Haar-entfernung oder Behandlung von Hautunregelmäßigkeiten. An erster Stelle ist hier der Einzug der Laser in die ästhetische Medizin zu nennen.

Die von I. Kruglikov [1–8] zu Recht in Frage gestellten theoretischen Grundlagen vieler Verfahren sollten nicht dazu herangezogen werden, die moderne Gerätemedizin zu verteufeln. Allerdings sind Wissenschaftler, Mediziner und die Entwickler in den Firmen aufgerufen, ihre theoretischen Gerüste wenn notwendig neu zu justieren, manchmal ihre Behandlungsprotokolle zu ändern und nicht über vermeintliche Studien und unbefriedigende theoretische Wirkungsmodelle, die keine große Validität haben, ihre Geräte an den Arzt zu bringen.

Natürlich gehören aktuell operative Verfahren zum Indikationsspektrum der ästhetischen Medizin und dies wird sicherlich auch so bleiben, wobei die Tendenz zu minimal invasiven chirurgischen Techniken zunimmt. Auch minimal invasive Verfahren dringen heute bereits in operative Bastionen ein, die eigentlich für uneinnehmbar gehalten wurden. Ein Beispiel: Der Macrolane Filler von Restylane zum Brustaufbau war – obwohl nicht sehr erfolgreich und mittlerweile für diese Indikation nicht mehr einsetzbar – ein erster Hinweis für mögliche Veränderungen der bisherigen Augmentationsverfahren. Viele Universitäten, darunter z.B. die Plastischen Chirurgen der Universität Regensburg, forschen daran, mit Eigenfett und Stammzellen Brustaufbauten durchzuführen. Diese Entwicklung ist, wie gesagt, nur der Anfang, nicht das Ende weiterer Veränderungen, die in den kommenden Jahren zu schonenderen Alternativen führen könnten.

EINZELBEHANDLUNG VERSUS PROZESSBEGLEITENDE ÄSTHETIK

Die im letzten Artikel angesprochene Veränderung von der Erreichung eines Zustands hin zur altersbegleitenden prozessualen Ästhetik wird heute bereits von einigen ästhetischen Medizinern durchgeführt. Parallel dazu existiert nach wie vor in großer Zahl die Einzelbehandlung. Beide Herangehensweisen an die Ästhetik werden über einen langen Zeitraum nebeneinander bestehen.

Es gibt nach wie vor viele Patienten, die damit zufrieden sind, ab und zu die mimischen Gesichtsfalten durch Botulinum Toxin A zu glätten. Wenn sie damit zufrieden sind, will niemand etwas an dieser Dienstleistung des Arztes ändern.

Gleichzeitig kann es so erscheinen, als wenn die prozessorientierte Begleitung einen nicht zu erbringenden Zeitaufwand der medizinisch-ästhetischen Praxis darstellt und damit auch unbezahlbar ist. Sicher, bei einem neuen Patienten ist ein höherer Zeiteinsatz erforderlich.

Sehr plakativ soll hier ein Beispiel durchgespielt werden:

Für das erste Gespräch nimmt sich der beratende Arzt soviel Zeit, wie er benötigt, um zunächst die Wünsche und Probleme seines neuen Patienten kennenzulernen. Wenn er Klarheit über diese Wünsche gewonnen hat, ist in einem nächsten Schritt sein

ästhetisch-medizinisches Wissen gefragt. Er sieht, was die Veränderung des den Patienten störenden Details bewirkt und was er dadurch nicht erreicht. Wenn die Veränderung nicht ausreicht, um den Patienten wirklich zufrieden zu stellen, muss er deshalb den Patienten sehr behutsam auf weitere Möglichkeiten hinweisen, die von ihm gewünschte Verbesserung seines äußeren Erscheinungsbildes zu erreichen. Wird Übereinstimmung zwischen Patient und Arzt erzielt, gehört bereits in die erste Sitzung eine vollständige Fotodokumentation des unbehandelten Ist-Zustandes sowie ein zeitlich abgestimmter Behandlungsvorschlag, der wenn möglich natürlich mit der Behandlung beginnt, die vom Patienten vorrangig gewünscht wird. Ist dies unmöglich, muss der Arzt sein verändertes Behandlungsregime mit dem Patienten abstimmen.

Welche Aspekte sollte ein solcher Behandlungsplan in jedem Fall beinhalten? In einem ersten Schritt sollten alle ästhetischen Möglichkeiten dazu eingesetzt werden, die äußere Erscheinung zu verbessern. Ist die Verbesserung erreicht, richtet sich das Augenmerk auf die Erhaltung. Bis zur gemeinsam mit dem Patienten zu erarbeitenden Erstellung des Behandlungsplanes ist sicher bei vielen Patienten eine Stunde, manchmal sogar noch mehr notwendig. Ist er aber erst einmal erstellt, handelt es sich nur noch um die Umsetzung des Planes. Höchstens alle 2 Jahre sollte dann in einem weiteren Gespräch überprüft werden, ob durch den Alterungsprozess bedingt weitere Behandlungen notwendig werden, etwa wenn Fettkompartimente stark abzusinken beginnen und damit die Gesichtsausstrahlung verändern. Insofern ist der zusätzliche Zeitaufwand überschaubar.

DIE KOMPOSITORISCHE ÄSTHETIK

Eine weitere Anforderung an den ästhetisch arbeitenden Mediziner ist bei Übernahme der oben beschriebenen Philosophie, dass er nicht länger einfach nur 1 oder 2 ästhetische Behandlungen anbieten kann. Er muss in der Lage sein, mindestens folgende unterschiedliche Aspekte zu behandeln, wenn auch nicht mit allen theoretisch möglichen Therapieoptionen:

- Hautoberfläche (Struktur, Textur, Teint)
- Hautveränderungen (z.B. Altersflecken)
- Falten (mimische, nichtmimische, aktinische, extrinsische...)
- Volumenauffüllung
- Reduktion

Unabhängig davon, welche konkrete Therapie eingesetzt wird, diese 5 Aspekte sind notwendig, um die neue Art der Arzt-Patienten Beziehung und die damit einhergehenden Behandlungen durchführen zu können.

Auch hier soll einschränkend hinzugefügt werden, dass nicht jeder ästhetisch arbeitende Mediziner alle Behandlungsmöglichkeiten selbst durchführen muss. Dazu sind ja Vernetzung und Kooperation auch verschiedener Fachrichtungen möglich und sinnvoll. Die operativen Behandlungen gehören in die Domäne operativ tätiger, in der Ästhetik ausgebildeter Kollegen (Plastische Chirurgie, Dermatochirurgie, Gynäkologie,

und HNO mit Zusatzbezeichnung plastische Operationen), minimal-invasivere Verfahren sind von einer größeren Gruppe behandelbar.

Wichtig ist in jedem Fall, dass der Arzt, kann er die notwendige Behandlung nicht selbst durchführen, mit Kollegen kooperiert, die die Intervention in seinem Sinne durchführen und gleichzeitig den Patienten in seiner Obhut belassen.

Um diese neue Art der Behandlung von der Einzel-Indikations-Behandlung abzusetzen, schlagen wir den Begriff der Kompositorischen Ästhetik vor. Mit diesem Begriff wollen wir zukünftig die ästhetische Begleitung des Alterungsprozesses belegen.

Wir sehen in der Kompositorischen Ästhetik zwei neue Behandlungstendenzen, die wir kurz beschreiben wollen:

Tendenz 1

Zur Komposition z.B. eines Gesichtes werden in einem Behandlungsregime mehrere zu behandelnde Indikationen zusammengefasst. In Abb. 1 sehen Sie die Behandlung mit Filler, BTX, Injektions-Lipolyse und MesoLift. Bei dieser Kompositionsbehandlung muss unbedingt die zeitliche Abfolge der Therapien berücksichtigt werden. Mit was wird begonnen, was kann gleichzeitig behandelt werden und was wird nacheinander behandelt? Im dargestellten Fall wurde mit der Reduktion der Hängebäckchen begonnen. Parallel fanden mehrere MesoLift Behandlungen statt, um die Hautstruktur zu verbessern. Auch die Behandlung mit Botulinum Toxin A konnte im oberen Gesichtsbereich bereits begonnen werden. Erst nach Abschluss der Lipolyse wurde mit der Augmentation und der Behandlung mit BTX im unteren Gesichtsbereich begonnen.

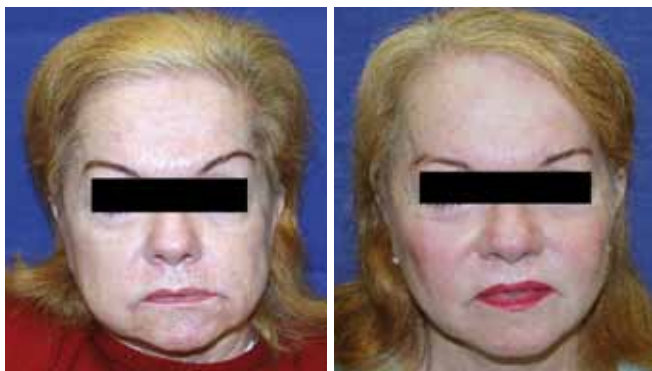


Abb. 1a+b: Kompositorische Ästhetik: Injektions-Lipolyse, BTX, Filler, MesoLift von Dr. Margrit Lettko, Wiesbaden

Tendenz 2

Die zweite Tendenz der Kompositorischen Ästhetik betrifft die Optimierung der Behandlung einer einzigen Indikation durch Kombinationsbehandlung mit mehreren Verfahren. Diese Optimierung kann eine Ergebnisverbesserung erzeugen oder aber die Nebenwirkungen reduzieren.

Auch hier ein Beispiel aus der Praxis des NETZWERK-Lipolyse: Den Mitgliedern waren die bei der Lipolyse auftretenden Nebenwirkungen zu hoch. Einige schmerzempfindliche Patienten haben

die Therapie abgebrochen, was dazu führte, dass innerhalb des Netzwerks eine breite Diskussion einsetzte, wie die Nebenwirkungen (starke Schwellung, Rötung, Schmerzen, Hämatome, Hitze) vor, während und nach der Behandlung zu beeinflussen sind, um die Patientenakzeptanz zu erhöhen ohne das Ergebnis zu schmälern. Resultat dieses Diskussionsprozesses war die Entwicklung des PSM – Pain und Side Effect Managements, das aus mehreren verschiedenen Bausteinen besteht. Die Patientenakzeptanz ist nach der Einführung des PSM erheblich gestiegen. In einem weiteren Schritt untersuchten wir die Möglichkeiten der Kombination des therapeutischen LDM Ultraschalls mit der Lipolyse mit dem Ergebnis, dass sich die Nebenwirkungen weiter reduzieren lassen und sogar noch die Wirkung gesteigert wird [9].

SYSTEMATISIERUNG DER KOMPOSITORISCHEN ÄSTHETIK

Wir wollen zur besseren Diagnostik und einer verbesserten Herangehensweise an die kompositorische Ästhetik nun einen ersten Versuch eines vollständigen systematisierten Aufbaus vorschlagen. Uns ist dabei bewusst, dass diese Systematisierung viele weitere Aspekte einschließen sollte und auch kontinuierlich weiterentwickelt werden muss, wenn im Portfolio des ästhetisch arbeitenden Mediziners neue innovative Therapieoptionen auftauchen.

Kompodium 1: Der Patient

Letztlich bestimmt der Patient das Behandlungsregime. Dabei sind folgende Aspekte im Patientengespräch durch den Arzt zu erfragen:

Welche Erwartungen hat der Patient an die ästhetische(n) Intervention(en)? Patienten mit überzogenen Erwartungen sollten dazu angeregt werden, beispielsweise durch realistische Vorher-Nachher Bilder, ihre Erwartungen zu überdenken und mit den vorhandenen Möglichkeiten in Kongruenz zu bringen. Ohne die Herstellung dieser Kongruenz sollte die Behandlung nicht begonnen werden. Hier beginnt die eigentliche Beratung.

Insbesondere ist darauf hinzuweisen, dass – wie bereits mehrfach in der Artikelserie betont – das Verhältnis Arzt-Patient einem Wandel unterliegt. Bei Patienten herrscht immer noch die Mentalität vor, möglichst schnell umfassend ästhetisch verändert zu werden. Um diese Mentalität zu ändern ist eine Kommunikation mit dem Patienten notwendig, die auch eine Herausforderung an den Arzt darstellt.

Die Erwartungshaltung des Patienten ist deshalb besonders wichtig, weil insbesondere Patienten mit Dysmorphophobie Syndrom davor bewahrt werden müssen, weitere Behandlungen an sich durchführen zu lassen. Diese Patienten gehören in die Hände eines erfahrenen Psychologen, der zunächst das Syndrom behandeln muss, bevor ästhetische Veränderungen durchgeführt werden können. Ohne eine Lösung des psychischen Problems kann keine körperliche Intervention den Patienten zufrieden stellen.

Eine weitere Problematik zeigen Patienten, die eine vollständige Veränderung ihrer Persönlichkeit (Barbie) anstreben. Auch für diese Patienten gilt, dass vor jeglicher Intervention eine psychologische Betreuung notwendig erscheint.

Welchen Grad der Invasivität kann der Patient akzeptieren? Es gibt bislang nur die Unterscheidung von operativ und minimal invasiv. Mit diesen beiden Möglichkeiten gehen 2 Aspekte einher, über die der Patient aufgeklärt werden sollte: Einmalige Intervention operativ gegen mehrmalige Intervention minimal invasiv sowie schnellere Veränderung operativ gegen langsamere Veränderung minimal invasiv des äußeren Erscheinungsbildes. Auch die Unterschiede der Resultate sollten klar herausgearbeitet werden. Die Erarbeitung und Differenzierung eines hierarchisch aufgebauten Interventionsgrades ist auch Gegenstand dieses Artikels, denn ohne diese differenziertere Bewertung ist die kompositorische Ästhetik nur ein Marketinggag.

Über welche finanziellen Möglichkeiten verfügt der Patient? Auch diese Frage ist von entscheidender Bedeutung für die Aufstellung eines Behandlungsplanes. Nicht alles, was sinnvoll ist, lässt sich von jedem Patienten realisieren. In diesem Fall sollte dem Patienten ein realistisch machbares Paket angeboten werden verbunden mit dem Hinweis, dass einige wichtige Möglichkeiten unberücksichtigt bleiben müssen. Letztlich sollte dann der Patient seine Prioritäten festlegen.

Kompodium 2: Der Interventionsgrad in Abhängigkeit von der Invasivität

Wir schlagen vor, den Begriff Interventionsgrad zur Benennung der differenzierten Beurteilung einer ästhetischen Intervention neu einzuführen. Die Begriffsbildung wird deshalb notwendig, weil die beiden Begriffe „operativ“ und „minimal invasiv“ die Realität nicht mehr adäquat widerzuspiegeln vermögen. Der Interventionsgrad sollte von uns deshalb unbedingt weiter differenziert werden. Diese Differenzierung ist partiell auch für die Entscheidungsfindung des Patienten von Bedeutung. Sie ist in jedem Fall wichtig für den behandelnden Arzt, um dem Patienten einen angemessenen Behandlungsvorschlag unterbreiten zu können, der seiner ethischen Entscheidung zu größtmöglicher Minimalinvasivität entspricht.

Diese Differenzierung sollte auf Basis von vier Kriterien getroffen werden: Nebenwirkungen, Reversibilität von Behandlungsfehlern oder Komplikationen, Komplikationsrate/Risikoprofil und Schwere der potentiellen Komplikationen im schlimmsten Fall. Als fünftes ergänzendes Kriterium sollte die Studien- und Publikationssituation mit einfließen. Natürlich liegen bislang für diese hier gelisteten Kriterien keine umfassenden Statistiken vor, eine der Forderungen insbesondere an ästhetisch wirkende Verbände und Gesellschaften, um ihre gesellschaftliche Akzeptanz zu erhöhen. Interventionsgrad und Wirkung (Ergebnis) sollten unbedingt in Relation zueinander gesetzt werden.

Wichtig ist für uns bei diesem 2. Kompodium, dass für den behandelnden Arzt neben den Wünschen des Patienten auch sein eigener Anspruch die Entscheidungsfindung beeinflusst. Wenn wir dem Theorem folgen wollen, dass immer dasjenige Verfahren zum Einsatz kommen sollte, welches die geringste Invasivität bei gleichbleibender Ergebnisqualität benötigt, gehört diese Entscheidung auch auf die Seite des behandelnden Arztes.

Ärzte, die aus finanziellen Erwägungen heraus Patienten von den teuersten Behandlungen überzeugen (müssen) – und wir alle wissen, dass es solche Fälle gibt – haben in der neuen

kompositorischen Ästhetik keinen Platz. Diese ist nicht kurz-, sondern mittel- und langfristig finanziell attraktiv, vielleicht sogar attraktiver als der bisherige Umgang.

Uns ist bewusst, dass die hier abgebildete Tabelle nur ein erster Einstieg zur hierarchischen Strukturierung der gängigsten Verfahren sein kann.

Alle ästhetisch arbeitenden Ärzte sind aufgefordert zur Mitarbeit, um diese Tabelle zu ergänzen, zu korrigieren und wo möglich mit Evidenz basierten Daten, z.B. Publikationen zur Häufigkeit und den Risiken der beschriebenen Komplikationen – so vorhanden – zu unterlegen. Eine vollständigere Strukturierung und Systematisierung des Interventionsgrades kann nur das Gemeinschaftswerk vieler Kollegen sein. Die Tabelle zeigt unseren ersten Vorschlag für eine abgestufte Differenzierung.

Kompodium 3: Die Qualifikation des behandelnden Mediziners

Die Qualifikation ist nach unserer mehr als zehnjährigen Erfahrung einer der neuralgischen Punkte, der von der ästhetischen Medizin selbst verbessert werden könnte und damit auch zur Hebung ihrer gesellschaftliche Akzeptanz beitragen würde. Die vom NETZWERK-Globalhealth gegründete Globalhealth Academy for Aesthetic Medicine und einige andere Organisationen verfolgen genau dieses Ziel.

Wir wollen hier kurz die neuralgischen Punkte benennen, um daraus die Idee zu entwickeln, die wir auch zukünftig – hoffentlich mit vielen Kollegen und Kooperationspartnern – verfolgen werden:

Nicht jeder Mediziner kann alle Verfahren erlernen. Die Notwendigkeit zur Spezialisierung ist in jedem Fall gegeben. Alle operativen Verfahren sind allein schon wegen ihres Interventionsgrades den Disziplinen vorbehalten, die bereits während des Studiums die notwendigen operativen Grundlagen lehren. Eine Vernetzung von Medizinerinnen mit unterschiedlichen Qualifikationen ist heute bereits empfehlenswert und wird morgen zur Notwendigkeit.

Die weitere Fortbildung auch operativ erfahrener Kollegen in speziell auf die Ästhetik zugeschnittenen Ausbildungen wird bereits sehr gut – zu mindestens bei den plastischen Chirurgen – durchgeführt. Jede Art von schneller und oberflächlicher Ausbildung, wie sie von einigen Firmen betrieben wird, ist von allen seriös arbeitenden Kollegen abzulehnen. Eine gut durchgeführte Fettabsaugung erfordert neben einer elaborierten Technik auch ein großes Maß an Erfahrung, die nicht in einem Tageskurs zu erlangen ist.

Die universitäre Ausbildung der Ästhetik ist so gut wie nicht existent. Eine Ausnahme bildet der Studiengang für Laser an der Universität Greifswald. Dieses Fehlen universitärer Ausbildung ist eine der Ursachen vieler Komplikationen, die verhindert werden könnten, wenn Mediziner bereits während ihres Studiums mit den ästhetischen Verfahren konfrontiert würden.

Eine gute Ausbildung erfordert die Zusammenarbeit von Theorie und Praxis. Die Universitäten könnten dazu beitragen, die theoretischen Grundlagen sehr viel vertiefender zu erarbeiten, während andererseits erfahrene Praktiker ebenfalls zu einer Verbesserung des Ausbildungsstandes noch stärker als bisher beitragen könnten. Eine gute Mischung beider Bereiche wäre eine optimale Konstellation.

INTERVENTIONS-GRAD	VERFAHREN	WIRKUNG	NEBENWIRKUNGEN	RISIKOPROFIL**	KOMPLIKATIONEN	REVERSIBILITÄT
operativ +++	ausgedehnter operativer Eingriff, Body-Lift, Bauchdeckenplastik, Facelift, Brustreduktion/-straffung	lang anhaltende Straffung von Gesicht, Brust und Bauch; kleineres Brustvolumen	Schwellungen, Hämatome, Nachblutungen, Schmerzen, Rötungen, Inflammation*; 2–3 Wochen; OP Narbe	höher als 10 % Vollnarkose	Keloidbildung, Nekrosen, Nervenschäden	keine
operativ ++	Brustaugmentation, Mid Facelift, Rhinoplastik	größeres Brustvolumen, Straffung mittlere Gesichtspartie, Nasenformkorrektur	NW 1–2 Wochen OP Narbe	Bis 10 % Vollnarkose	Keloidbildung, Implantatentfernung wg. Infekt, Kapselfibrose	keine
operativ +	Fettabsaugung, Laserlipo, Wasserstrahl-lipo, Blepharoplastik, Otopexie, Full-Face CO ₂ , Laserpeel	Fettreduktion größerer Kompartimente, Entfernung Tränensäcke und Schlupflider, angelegte Ohren, Hautglättung Gesicht	NW 3–6 Tage OP Narbe	5–8 % Lokalanästhesie Vollnarkose	Keloidbildung, Konturunregelmäßigkeit, Dellen, Verbrennung	keine bzw. teilweise Verbesserung möglich
operativ	kleiner operativer Eingriff, z.B. Exzision Lipom; Intralesionale Kryo-Keloidbehandlung	Entfernung störender Hautveränderungen, Keloideinschmelzung, Narbenkorrekturen	NW 1–10 Tage OP Narbe	5–10 % Lokalanästhesie	Infekt	keine, bzw. lange Dauer bis 3 Monate bei Kryo
invasiv +++	begrenzte lokale Ablation CO ₂ Laser, Phenolpeeling	Straffung mittlere Dermis und Epidermis, Entfernung von Hautveränderungen, Hautneubildung Gesicht	NW bis zu 21 Tage	bis 10 % Vollnarkose	Narben, persistierende Rötung, Hyperpigmentierung Verbrennung, Infekt	keine, bzw. Verbesserung Rötung und Hyperpigmentierung durch Meso und Lumixyl Brightening Creme
invasiv ++	tiefes TCA Peeling	Straffung obere Dermis und Epidermis	NW bis zu 14 Tage	bis 5 % Lokalanästhesie oder Vollnarkose	persistierende Hautschäden und Rötungen, Hyperpigmentierung	3 Monate und mehr
invasiv +	Mittleres TCA Peeling, fraktionierter CO ₂ Laser, Radiofrequenz, Fokussierter Ultraschall	Hautstraffung Gesicht und Körper	NW 7–14 Tage	bis 3 % Lokalanästhesie Block	persistierende Rötung, Hyperpigmentierung	1 Monat
invasiv	fraktionierter Erbium YAG Laser, fraktionierter RF, Kryo-Lipolyse	Hautoberflächenverbesserung, Reduktion kleinerer Fettkompartimente	NW 7 Tage	bis 2 % Lokalanästhesie Block	Hyper- und Depigmentierung, Verbrennung	teilweise
minimal invasiv +++	tiefe Filler Injektionen Gesicht; Filler für Orbita Rand (Tränenrinne) und Lippen; Farbstoff Laser, IPL und Dioden Laser; ND-YAG; Alexandrit, Diode, Nd-YAG	Volumenaugmentation, Rosazea, Teleangiektasien, Angiome, größere Angiome, Besenreiser, Epilation	NW 4–6 Tage	1–2 % Lokalanästhesie Block	Nekrose bei intravasaler Injektion, Granulombildung auch materialabhängig, Pigmentstörungen, Verbrennungen	teilweise, 2–10 Monate; nur nach Exzision vollständig; gilt für alle hier gelisteten Laser, 6–12 Monate, nicht reversibel
minimal invasiv ++	Needling, Farbstofflaser, Injektions-Lipolyse, oberflächlicher Filler	Verbesserung Hautoberfläche, Aknenarben, Brandnarben, Striae, Reduktion kleiner Fettkompartimente	NW 3–8 Tage	0,5–1 % Lokalanästhesie topisch ohne Anästhesie	Hyperpigmentierung, Schorfbildung, postalleg. Reaktion, Nekrose	vollständig 3–6 Monate, vollständig 14 Tage, vollständig 1–3 Monate, teilweise 2–10 Monate
minimal invasiv +	Botulinum Toxin A; leicht vernetzte HA, z.B. AchHyal; Fruchtsäurepeel	Verbesserung Hautoberfläche, Knitterfältchen, Verbesserung mimisch verursachter Falten	moderate NW 3 Tage	0,3–0,5 % ohne Anästhesie	falsche oder zu starke Ausschaltung mimischer Muskulatur, Hyperpigmentierung	vollständig 3 Monate
minimal invasiv	Mesotherapie	Prophylaxe, Erhaltung und Verbesserung geschädigter Haut	moderate NW bis zu 3 Tage	unter 0,1 % ohne Anästhesie	Hyperpigmentierung, allergische Reaktion	vollständig 6 Wochen
minimalst invasiv	LDM US, JetPeel, Hydrafacial, Elektroporation	moderate Verbesserung Hautoberfläche	geringe lokale Reaktionen	unter 0,05 %	Hautirritation	vollständig 3 Tage
non invasiv	Cosmeceuticals	Schutz und Erhaltung der Haut	Keine lokalen oder systemischen Reaktionen	0	0	0

* Schwellungen, Hämatome, Nachblutungen, Schmerzen und Inflammation können bei fast jedem Eingriff auftreten. Wir wollen deshalb nicht in jeder Spalte dieselbe Aufzählung durchführen, sondern bezeichnen diese fünf Nebenwirkungen kurz mit NW.

** Die unter Risikoprofil angegebenen Prozentzahlen sind nicht wissenschaftlich belegt, sondern eine reine Schätzung. Insofern sind sie in jedem Fall angreifbar.

Objektivität der vermittelten Inhalte ist ein anzustrebendes Ideal. Sie kann nur dann größere Bedeutung gewinnen, wenn sich viele Ärzte zur Kooperation entschließen, denn durch Konsens ergibt sich immer ein größerer Grad von Objektivität und damit Standardisierung. Einschränkend muss jedoch ergänzt werden, dass Konsens nicht dazu führen darf, Entwicklungen zu bremsen, wo diese notwendig werden. Konsens bedeutet nicht „kleinster gemeinsamer Nenner“, sondern die intensive gemeinsame Auseinandersetzung, bis ein Konsens auf hohem Niveau erreicht wird.

Neutralität ist ebenfalls eine notwendige Bedingung der Verbesserung ästhetischer Ausbildung. Viele Fortbildungen werden von Firmen organisiert und gesponsert. Dies ist nicht zu kritisieren, wenn neben den auf einzelne Produkte zugeschnittenen Fortbildungen solche existieren, die eine neutrale Wissensvermittlung anbieten. Dies ist – zu mindestens in der minimal invasiven Ästhetik – heute nur eingeschränkt der Fall. Unsere Erfahrung zeigt, dass Firmen mit qualitativ hochwertigen Produkten bereit sind, auch eine neutrale Darstellung von Verfahren und Techniken zu unterstützen.

Die aufgelisteten Schwachstellen sind nicht einfach zu lösen. Auch die Globalhealth Academy ist dazu allein nicht in der Lage, sie kann sich deshalb nur als einen der Vorreiter einer Entwicklung definieren, die alle ästhetischen Mitspieler erfassen muss. Dies sind die Fachverbände und Gesellschaften, die Universitäten, die einzelnen Mediziner, die staatlichen Institutionen, aber auch die Firmen, die in diesem Markt ihr Geld verdienen. Nur eine Kooperation vieler verschiedener Player kann dazu führen, gemeinsam definierte Ziele wie die oben diskutierten zu erreichen.

In der Globalhealth Academy stoßen wir vor allem an ökonomische Grenzen, denn wir können als Ärztenetzwerk preislich nicht mit gesponserten Fortbildungen konkurrieren. Unsere Vision, die auf der Philosophie einer möglichst kostenlosen Ausbildung basiert – denn diese könnte schnell zu verbesserten Qualitätsstandards führen – lässt sich nur umsetzen, wenn wir Mitstreiter gewinnen, die mit uns gemeinsam die oben beschriebenen neuralgischen Punkte lösen wollen. Diese Vision hat die Gestalt einer fächerübergreifenden universitären Ausbildung in Kompositorischer Ästhetik, die im Rahmen z.B. einer Stiftung durchgeführt werden könnte. Im Beirat einer solchen Stiftung könnten alle Gesellschaften und Fachverbände, die beteiligten Universitäten sowie die Firmen vertreten sein, die eine neutrale Ausbildung unterstützen, weil sie diese nicht fürchten müssen. Die Globalhealth Academy ist jedenfalls offen für eine solche Kooperation, weil die Zeit mehr als reif dafür ist. Unserer Meinung nach ist es besser, diese Veränderung kommt von allen gesellschaftlichen Kräften, den einzelnen Mediziner und einigen aufgeschlossenen Universitäten als dass sie von oben per Gesetz vom Staat verordnet wird wie beispielsweise in Frankreich geschehen.

ZUSAMMENFASSUNG UND SCHLUSSFOLGERUNGEN

Ausgehend von der durch die historische Entwicklung gestützten Annahme, dass sich die ästhetische Medizin zunehmend in Richtung Minimalinvasivität bewegt, wird ein verändertes

Behandlungs- und Ausbildungsmodell vorgeschlagen, dass sich auf eine ästhetische prozessorientierte Begleitung des Alterungsprozesses der Patienten bezieht. Diese wollen wir zukünftig mit dem Begriff „Kompositorische Ästhetik“ bezeichnen.

Um dieses neue Behandlungsmodell umzusetzen, schlagen wir eine von vielen ästhetischen Mediziner getragene Systematisierung der Bandbreite der uns zur Verfügung stehenden ästhetischen Behandlungsoptionen vor, die dazu dienen soll, den altersbegleitenden Prozess in jedem Augenblick optimal durchführen zu können.

Als erstes Kompendium steht dabei der Patient im Vordergrund: Seine Bedürfnisse, seine Probleme und sein augenblicklicher Status bilden die Grundlage jeder ästhetischen Intervention.

Das zweite Kompendium schlägt eine bessere und detailliertere Differenzierung sowie die Einführung des Begriffes Interventionsgrad vor, weil bislang lediglich die Unterscheidung von operativ und minimal invasiv existiert.

Ein drittes Kompendium setzt an der Fortbildung ästhetisch arbeitender Mediziner an, denn Neutralität der Ausbildung und Kooperation von Institutionen, Universitäten, Organisationen und erfahrenen Praktikern (Diplom, Master) ist eine notwendige Voraussetzung zur Erhöhung der gesellschaftlichen Akzeptanz ästhetischer Behandlungen.

Korrespondenzadresse:

Dipl.-Ing. Dirk Brandl
Mühlenstraße 19
D-48317 Drensteinfurt
brandl@network-globalhealth.com

Literatur:

1. Kruglikov I (2012) Kontroversen der Ästhetischen Medizin: 1. Inwieweit stimmen die Grundlagen? Kos Med 33: 182–191.
2. Kruglikov I (2012) Kontroversen der Ästhetischen Medizin: 2. Simplex sigillum veri der Photoepilation. Kos Med 33: 238–242.
3. Kruglikov I (2013) Kontroversen der Ästhetischen Medizin: 3. Neokollagenes: „Die unendliche Geschichte. Kos Med 34: 20–24.
4. Kruglikov I (2013) Kontroversen der Ästhetischen Medizin: 4. Enigma der Cellulite. Kos Med 34: 68–73.
5. Kruglikov I (2013) Kontroversen der Ästhetischen Medizin: 5. Body contouring – Eine einheitliche Vielfalt. Kos Med 34: 114–120.
6. Kruglikov I (2013) Kontroversen der Ästhetischen Medizin: 6. Skin Tightening Methoden – Das Märchen des Kollagenschrumpfens. Kos Med 34: 166–171.
7. Kruglikov I (2013) Kontroversen der Ästhetischen Medizin: 7. Kryolipolyse – Apoptose vs. Thermogenese. Kos Med 34: 202–207.
8. Kruglikov I (2013) Kontroversen der Ästhetischen Medizin: 8. Behandlungsschema – Das verbotene Thema. Kos Med 34: 261–265.
9. Tausch I und Kruglikov I: The Benefit of Supportive Application of Dual-Frequency Ultrasound in Patients Treated by Injection Lipolysis, Veröffentlichung voraussichtlich JCAD 2014

CONTROVERSIES IN AESTHETIC MEDICINE

THE FRAME CONDITIONS 4: THE AESTHETIC PRACTICE – FROM SINGLE TREATMENT TO A JOYFUL EXPERIENCE

Kontroversen in der ästhetischen Medizin

Die Rahmenbedingungen 4: Die ästhetische Praxis – von der Einzelbehandlung zum Wohlfühlerlebnis

DIRK BRANDL¹ UND MARKUS STEINERT²

SCHLÜSSELWÖRTER: Kompositorische Ästhetik, Ästhetische Praxis, Medical Spa, Teamorganisation

KEYWORDS: Compositional aesthetics, aesthetic practice, medical spa, team organization

ZUSAMMENFASSUNG:

Eine wichtige Voraussetzung für die Weiterentwicklung der Ästhetischen Medizin ist die optimale Anpassung der Rahmenbedingungen in der Praxis. Nur so können verbesserte Bedingungen für alle am ästhetischen Prozess Beteiligten (Patienten, Ärzte und Praxisteam) gewährleistet werden. In diesem Teil der Kontroversen soll gezeigt werden, wie die ästhetische Praxis aufgebaut sein soll, damit sie den Herausforderungen der Kompositorischen Ästhetik genügen kann. Um dieses Ziel zu erreichen, möchten wir zunächst die „Neue ästhetische Praxis“ genauer definieren und alle dazugehörenden Tätigkeiten und Strukturen beschreiben.

SUMMARY:

An important requirement for the development of Aesthetic Medicine is the optimal adaptation of the increased framework in medical practice. This requirement will guarantee improved conditions for all participants of the aesthetic process (patients, doctors and medical staff). In this part of the controversies we present how the aesthetic practice should be constructed so that it can meet the challenges of Compositional Aesthetics. To achieve this goal, we first want to define the „new aesthetic practice“ accurately and describe any associated activities and structures.

DIE ZIELE DER ÄSTHETISCHEN PRAXIS

Ziele sind dazu da, einen Orientierungsrahmen aufzuzeigen. Die Messbarkeit von Zielen ist wichtig, damit die Erreichung oder auch nur Teilerreichung festgestellt werden kann. Der Vergleich des Erreichten mit dem angestrebten Ziel ermöglicht uns, die nächsten Schritte der Weiterentwicklung ableiten zu können. Nur mit einer eindeutigen, positiven und spezifischen Zieldefinition können alle Beteiligten die gleiche Vorstellung von dem haben, was erreicht werden soll. Allem berechtigten Ehrgeiz zum Trotz sollten Projektziele auch realistisch und erreichbar sein. Denn negative Bewertungen der Ist-Situation münden meist in anhaltenden Frusterlebnissen und können dazu führen, dass Ziele gar nicht mehr angestrebt werden.

Wie sollte eine ästhetische Praxis aufgebaut sein, damit die Kompositorische Ästhetik dort erfolgreich durchgeführt werden kann?

Beschreiben wir zunächst die Erwartungen unserer Patienten: Die Situation für den Patienten sollte so gestaltet werden, dass er gern in die Praxis kommt und diese mit einem Gefühl des Wohlbefindens wieder verlässt. Im ersten Artikel dieser Serie (Gesellschaft und Identität des ästhetisch arbeitenden Mediziners, KM 1.14) haben wir bereits die Präambel der WHO mit der Definition von Gesundheit zitiert: „Well Being“ bedeutet keinesfalls nur die Abwesenheit von Krankheit.

In Medizinerkreisen wird oft der Slogan „NO PAIN – NO GAIN“ verwendet. „Wer schön sein will muss also leiden“? Wir sind der Meinung, dass bereits der ästhetische Behandlungsprozess selbst Wohlbefinden auslösen soll. Um den Anforderungen an die moderne Ästhetik gerecht werden zu können, sollte bereits hier ein Umdenken erfolgen. Der neue Slogan der Kompositorischen Ästhetik sollte deshalb lauten „NO PAIN - MORE GAIN“!

Die Definition des ersten Zielkriteriums lautet folglich: Je nebenwirkungärmer und schmerzärmer die Behandlungen durchgeführt werden können, desto wohler fühlt sich der Patient in der Behandlungssituation. Deshalb ist eine der ersten Herausforderungen an die zukünftige ästhetische Praxis, alle Mittel einzusetzen, um dem Patienten die Behandlung(en) so angenehm wie möglich zu machen.

Dazu ein Beispiel aus unserer ästhetischen Praxis: Ein Mitglied unseres Netzwerks testete den LDM™-Ultraschall zur

¹ Sprecher Globalhealth Academy for Aesthetic Medicine

² Facharzt für Dermatologie, stellv. Direktor NETZWERK-Lipolyse, Dozent für Laser an Universität Greifswald und der Globalhealth Academy for Aesthetic Medicine

Schmerzreduktion bei Fillern und Mesotherapie Quaddeln. Nach Aussage der behandelten Patienten war die Schmerzempfindung durch zusätzlichen LDM™-Ultraschall deutlich reduziert (auf einer Skala von 1–10 ohne LDM bei 7–8, mit LDM bei 2). Für die Patienten ist also eine LDM-Vorbehandlung zur besseren Akzeptanz der Therapie spürbar und sinnvoll. Aufgrund des Zeitfaktors wird der schmerzlindernde Ultraschall von dem Mitglied nicht weiter eingesetzt. Denn die Vorbehandlung – ausgeführt von einer geschulten Medizinischen Fachangestellten (MFA) – dauert ca. 20 Minuten und stört dadurch den Praxisablauf.

Betrachten wir uns diese Problematik der ästhetischen Praxis genauer: Natürlich sind derartige Zusatzleistungen trotz des zeitlichen Mehraufwands manchmal nicht zusätzlich abrechenbar. Deshalb liegt es uns fern, die Entscheidung des Behandlers gegen den Einsatz zu bewerten. Für die von der Kompositorischen Ästhetik angestrebte langfristige Patientenbindung ist sie jedoch durchaus kontraproduktiv. Für die langfristige Patientenbindung gilt in erster Linie ein Kriterium: Der Patient wird nämlich bevorzugt dort bleiben, wo die Behandlungsergebnisse stimmen und er sich gut behandelt fühlt. Er weiß durch das Verhalten des Praxisteams, dass die Praxis alles dafür tun wird, um die Nebenwirkungen so gering wie möglich zu halten.

Für den Patienten zählt nicht nur die einzelne Behandlung – es geht um ein Erlebnis, das ihm die ästhetische Praxis bietet. Dieser positive Eindruck beginnt bereits beim Ambiente und der Begrüßung in der Praxis und setzt sich fort in der Dokumentation, der Vorbehandlung mit Cosmeceuticals bis zum Highlight, der Begegnung mit dem Arzt und dessen Behandlung. Weitere Maßnahmen zur Reduktion der Nebenwirkungen, evtl. mit Cosmeceuticals oder Ultraschall runden dann das Erlebnis ab. Die Praxis agiert dabei als einheitlicher Organismus, der dem Patienten die Behandlung zum Erlebnis werden lässt.

Angelsächsische Länder sind seit Jahren bestrebt, die oben definierte Zielvorstellung mit der Konzeption des Medical Spa umzusetzen. Wir möchten dennoch auf einen wichtigen Unterschied hinweisen: Auch wenn das Ziel des Wohlfühlens für den Patienten bei beiden Konzeptionen gleich ist, unterscheiden sich die Methoden. Bei der Kompositorischen Ästhetik soll das Wohlfühlgefühl durch unsere Aktivitäten und unser ernsthaftes Bemühen ausgelöst werden. Wir wollen vermitteln, dass unser professionelles Engagement allein dem Wohlbefinden des Patienten gilt und alle Behandlungen individuell auf ihn zugeschnitten sind.

Beim Medical Spa hingegen wird das Wohlfühlgefühl nur durch die Anwendungen selbst erreicht: Neben Massage, Sauna, Packungen und anderen Anwendungsformen kann sich der Patient auch noch medizinisch behandeln lassen.

In einigen Praxen werden heute bereits einige Kriterien unserer Vision umgesetzt. In anderen Praxen fehlen die passenden Rahmenbedingungen: In einer viel frequentierten dermatologischen Kassenpraxis mit hohem Patientendurchlauf müssen andere Ausgangsbedingungen berücksichtigt werden als in einer ausschließlich auf ästhetische Medizin orientierten Privatpraxis oder einer Klinik für ästhetisch-operative Medizin. Wir wollen anregen, dass auch innerhalb der Kassenpraxis eine

eigenständige Einheit für die Ästhetik umsetzbar ist, die als „Praxis in der Praxis“ organisiert wird. Eine langfristige Patientenbindung kann nur dort erreicht werden, wo diese aufgebaut wird. Zur Verdeutlichung wollen wir die zukünftige ästhetische Praxis aus verschiedenen Perspektiven beschreiben: Aus Sicht des Patienten, des Arztes und seines unterstützenden Teams.

DIE ÄSTHETISCHE PRAXIS AUS PERSPEKTIVE DES PATIENTEN

Der folgende Abschnitt soll zeigen, wie eine Behandlung aus Sicht einer Patientin im Idealfall aussehen kann. Versetzen wir uns in die Lage einer Patientin, die einen Tag vor der geplanten Behandlung von der Praxismanagerin angerufen wird. Dieser Anruf soll sicherstellen, dass die Patientin pünktlich zum Termin erscheint. Dabei kann die Situation gleichzeitig für eine positive Zukunfts-Vorstellung (Future Pacing [1]) des Patienten genutzt werden. Mit den abschließenden Worten „Ich freue mich darauf, dass unser medizinisches Team Ihnen Morgen dazu verhelfen wird, der Vorstellung Ihres zukünftigen Aussehens einen weiteren Schritt näher zu kommen.“ wird ganz natürlich eine gewisse Erwartung geweckt, die mit positiven Gefühlen besetzt wurde. Die Begründung für diesen Anruf kann vielfältiger Natur sein: Bitten Sie die Patientin, eine Viertel Stunde früher oder später zu kommen oder aus Dokumentationsgründen dieselbe Unterwäsche zu tragen wie bei der letzten Behandlung.

Aus Sicht der Patientin gibt es in der medizinisch-ästhetischen Praxis der Zukunft keine Wartezeiten: Alle Stationen während ihres Aufenthaltes in der Praxis sind so gut organisiert, dass die Termine der Patientin miteinander vernetzt sind.

Sie werden freundlich mit Ihrem Namen begrüßt, ja sogar erwartet und direkt von der Medizinischen Fachangestellten (MFA) von einer Station zur nächsten geführt. Im Büro der Praxismanagerin ordnet diese die geplante Behandlung im Zusammenhang mit dem bisherigen Behandlungsablauf nochmals in den aktuellen Behandlungsplan des Arztes ein: „Bei unserem letzten Treffen wurden Ihr Doppelkinn und die Hängebäckchen mit Injektions-Lipolyse behandelt. Gleichzeitig haben wir Ihre Stirn und Augenregion von den mimischen Falten befreit. Haben Sie die Schwellung und den leichten Schmerz, den die Lipolyse verursacht, gut überstanden?“ Die Patientin berichtet, dass die Schwellung schneller zurück gegangen ist als erwartet. Und dass die Schmerzen im Vergleich zur ersten Lipolysebehandlung viel besser zu ertragen waren.

Darauf könnte die Praxismanagerin erwidern: „Ich möchte Herrn Dr. X nicht vorgreifen, aber aufgrund Ihrer positiven Erfahrung könnten wir eventuell heute schon zum nächsten Behandlungsschritt übergehen, nämlich der Auffüllung der Gesichtspartien im Wangenbereich. Entscheidend für die Einschätzung des Arztes sind aber die Dokumentationsbilder. In jedem Fall möchte ich Sie schon vorab darüber informieren, wie wir das Volumen auffüllen wollen.“ Bereits zu Beginn des Gespräches über die Volumenaugmentation mit einem tiefen Filler wird der Patientin das von ihr gewünschte Getränk gebracht. Nach der Erstinformation über die Fillerbehandlung wird der Patientin das Aufklärungsformular ausgehändigt mit

der Bitte, es während der medizinischen Vorbehandlung aufmerksam durchzulesen. Zusätzlich zur Fillerbehandlung ist eine MesoLift Behandlung vorgesehen, über die die Patientin bereits beim letzten Nachbehandlungstermin der vorangegangenen Therapie aufgeklärt wurde.

Zusammen mit der Medizinische Fachangestellten (MFA) erreicht die Patientin die nächste Station: Für die abschließende Dokumentation der letzten Gesichtsbehandlung werden nun Messungen mit einem diagnostischen Ultraschall für die Haut sowie die Fotodokumentation durchgeführt. Die Fotos und Ultraschallbilder werden von der für die Dokumentation zuständigen Assistentin sofort digital in der Patientenakte archiviert, damit sie dem behandelnden Arzt jederzeit bei Bedarf zur Verfügung stehen.

Nach der Dokumentation tritt die Kosmetikerin in Aktion. Zunächst soll sie die Patientin vor der Behandlung abschminken, damit die Behandlung gut durchgeführt werden kann und dann durch ein leichtes Fruchtsäurepeeling die Haut für die Mesotherapie Behandlung empfänglicher machen.

Im nächsten Schritt steht die Schmerzreduktion im Mittelpunkt: An den Stellen, wo Volumen aufgefüllt werden soll, wird ein topisches Anästhetikum aufgetragen. So kann der Arzt in einigen Gesichtsbereichen größere Quaddeln setzen. Durch die Vorbehandlung mit dual frequentem Ultraschall kann die Volumengebung in tieferen Schichten schmerzfreier durchgeführt werden. Während der 20minütigen Behandlung hat die Patientin Gelegenheit, sich das Aufklärungsformular zur Fillerbehandlung durchzulesen.

Da im Behandlungsraum bereits alles für die nächsten Behandlungen vorbereitet ist, kann der Arzt mit der Analyse der Hängebäckchen-Behandlung beginnen. Gemeinsam mit der Patientin betrachtet er die Vorher-Nachher Fotodokumente. Die Lipolyse hat der Patientin im unteren Gesichtsbereich eine klare Kontur zurückgegeben. Lediglich an zwei sehr kleinen Punkten ist noch ein Rest zurückgeblieben, der die klare Konturlinie durchbricht. Zwei Injektionen genügen, um diese ein drittes Mal zu behandeln.

Bei der anschließenden Augmentation wird durch Injektion einer stark vernetzten Hyaluronsäure in die entsprechende Wangenpartie verloren gegangenes Volumen gezielt ausgeglichen und damit das ästhetisch harmonischere Aussehen wieder hergestellt. Die Kombination aus lokalem Anästhetikum in Verbindung mit der Ultraschallvorbehandlung gewährleistet einen nahezu schmerzfreien Eingriff. Die Patientin wird bereits zur Mesotherapie Behandlung erwartet, die bei optimaler Organisation und Vorbereitung nur wenig Zeit des Mediziners in Anspruch nimmt. Zum Abschluss der Behandlung erläutert der Arzt nochmals, was bei der nächsten Behandlung durchgeführt werden soll, nämlich die Behandlung der Lippen- und Augenregion.

Eine Medizinische Fachangestellte (MFA) bedeckt die Patientin mit einer Kühlmaske, um evtl. aufkommenden Schwellungen entgegen zu wirken. Zur Stärkung der Immunbalance und Vermeidung und Reduzierung von Hämatomen und Schwellungen bekommt die Patientin ein Bromelainpräparat, das sie bei Bedarf einnehmen kann. Die Kosmetikerin behandelt mit einer Vitamin C Lösung eines Cosmeceuticals nach, schminkt die Patientin und informiert über geeignete Präparate zur

Nachbehandlung von eventuell auftretenden Nebenwirkungen der Mesotherapie, die entweder in der Praxis oder einer Apotheke erhältlich sind.

Das abschließende Gespräch im Büro der Praxismanagerin dient dazu, alle bisher durchgeführten Behandlungen zusammen zu fassen und die nötigen Tipps und Hinweise für das richtige Verhalten der Patientin nach dem Eingriff zu erläutern. Dabei wird die Patientin insbesondere auf die Gefahren der Sonnenexposition (Dauer, Sonnenschutz) hingewiesen. Sowohl der individuell optimale Sonnenschutz als auch Vitamin-C-Präparate können vor Ort erworben werden. Im Hinblick auf die nächste Sitzung sollte ein Termin in den darauffolgenden 14 Tagen vereinbart werden. Am Empfang wird der Patientin nach Aushändigung der erworbenen Präparate die Rechnung ausgestellt, die direkt durch Kreditkartenzahlung beglichen werden kann.

DIE ÄSTHETISCHE PRAXIS AUS SICHT DES PRAXISTEAMS

Unabhängig von der „Größe“ der ästhetischen Praxis und der Patientenzahl bleibt das Grundgerüst der Arbeitsabläufe stets gleich: Eine perfekte Organisation ist grundlegende Voraussetzung für den reibungslosen Ablauf. Durch eine exakte Vorbereitung gestalten Sie Ihre Arbeitsabläufe optimal! Die verschiedenen Aufgaben können durchaus komplett von einer Assistentin allein übernommen werden oder aber nach Bereichen getrennt in den Zuständigkeitsbereich verschiedener Mitarbeiter fallen.

ORGANISATION DER VERSCHIEDENEN ARBEITSABLÄUFE

Empfang, Telefon- und Emailkommunikation

Der Empfangsbereich ist die „Visitenkarte“ der Praxis, an der Patienten und Patientinnen freundlich willkommen geheißen werden. Bereits beim Betreten der Praxis sollen sie einen ersten positiven Eindruck gewinnen – alleine schon durch das optisch ansprechende Erscheinungsbild. Ein gut organisierter Empfang entlastet den ganzen Praxisablauf. Mindestens genauso wichtig wie der erste Blickkontakt ist der Prozess des Telefonierens. Aus diesem Grund ist der professionelle Telefonkontakt als unsichtbare Visitenkarte ein weiterer wichtiger Prozess innerhalb des Praxisalltags. Die richtige Präsenz im Internet und andere Marketinginstrumente sorgen außerdem für die entsprechende Resonanz. Diese Aufgabe übernimmt die Praxismanagerin in enger Abstimmung mit dem Praxisinhaber. In vielen Ländern verfügen erfolgreich arbeitende Praxen bereits über speziell geschulte Mitarbeiter, die mit dem erforderlichen Wissen den Praxisinhaber von administrativen und organisatorischen Aufgaben entlasten. Zu diesem Know-how gehören neben dem Praxisempfang auch die Bereiche Terminmanagement, Personaleinsatz, Behandlungskoordination, Patientenberatung, Kommunikation, Leistungsdokumentation, Abrechnung oder Buchhaltung. Mit der Einführung der Kompositorischen Ästhetik wird der Bedarf an Praxismanagern auch in Deutschland steigen.

Die persönliche Patientenbegleitung

Von der Begrüßung bis zur Verabschiedung begleitet eine Assistentin durch die einzelnen Stationen der ästhetischen

Behandlung. Stets mit Blick auf das Wohlbefinden des Patienten, das auch die Versorgung mit Getränken einschließt.

Die Vorbesprechung

Um das Gespräch mit dem behandelnden Arzt systematisch vorzubereiten, sollten folgende Aufgaben bearbeitet werden: Die Erhebung von allgemeinen Daten bei neuen Patienten (Anamnese). Fragen des Patienten zu speziellen Therapieformen können mit ersten Informationen bereits im Vorgespräch beantwortet werden. Natürlich können Anamnese und die Information zur Therapie auch erfolgen, nachdem der Patient mit dem Arzt im Hinblick auf die Wünsche und Vorstellungen des Patienten ein Behandlungskonzept erarbeitet hat. Die Risikoaufklärung muss jedoch zwingend durch den behandelnden Arzt erfolgen. Anders ist die Situation bei bereits behandelten Patienten, die die Praxis zu einer weiteren Sitzung im Rahmen einer Behandlungsserie aufsuchen. Hier kann der Patient bereits die anderen Stationen durchlaufen.

Die Dokumentation

Hier werden alle für die Ergebnisbewertung notwendigen Daten erhoben wie z.B. Umfangmessungen, Fotodokumentation sowie Gewichts- oder Größenmessung bzw. Ultraschallmessungen. Diese Daten werden so archiviert, dass sie dem behandelnden Arzt jederzeit bei Bedarf zur Verfügung stehen. Insbesondere sollten die Dokumentationsbilder bereits in der Patientenakte vorhanden sein, wenn der Patient den Behandlungsraum betritt [2].

Die kosmetische Vorbehandlung

Die professionell ausgebildete Kosmetikerin verfügt über die nötige Kenntnis und Erfahrung für die individuell erforderliche Vor- und Nachbehandlung. Dieses Know-how gewährleistet die exakte Umsetzung des vorliegenden Behandlungsprotokolls zur geplanten Therapie (z.B. vor einer Mesotherapie ein oberflächliches Peeling mit einer Fruchtsäure oder der Einsatz eines Dermabrasionsgeräts). Gleichzeitig ist sie dafür zuständig, dass Patientinnen professionell abgescminkt werden.

Die Medizinische Vorbehandlung

Die medizinische Vorbehandlung kann aus verschiedenen Aufgabenbereichen bestehen, die von einer Medizinischen Fachangestellten (MFA) durchgeführt oder vorbereitet werden können. Hierzu gehören beispielsweise die Ultraschall Vorbehandlung oder Kälteanwendung zur Schmerzreduktion, das Vorbereiten einer Infusion im Rahmen einer Anti Aging Membrantherapie, einer Vitamin C Hochdosistherapie oder auch die Applikation topischer Anästhetika zu einem optimalen Zeitpunkt.

Die Behandlung

Zusammen mit dem Patienten prüft der Arzt anhand der objektiven, quantifizierbaren und reproduzierbaren Dokumentation des Behandlungsverlaufs und den subjektiven Schilderungen des Patienten das bisher erreichte Behandlungsergebnis. So kann der Patient seine subjektiven Empfindungen mit den messbaren Ergebnissen (Fotodokumentation im Verlauf der Behandlung, Messwerte) vergleichen. Der subjektive Eindruck des Patienten ist eine wertvolle



Unterstützung für den Arzt zur Überprüfung, Beurteilung und Modifikation des Behandlungskonzepts. Erst nach abschließender Beurteilung beginnt nach der Aufklärung des Patienten über die Risiken die weitere Behandlung. Im effektiv organisierten Praxisalltag werden umgehend alle erforderlichen Vorbereitungen getroffen.

Die medizinische Nachbehandlung

Sofern eine medizinische Nachbehandlung erforderlich und sinnvoll ist, wird der reibungslose Übergang zur Nachbehandlung sichergestellt. Auch bei der Nachbehandlung wird der Patient in den Mittelpunkt gestellt und sein Befinden durch Kühlung sowie Verabreichung von Getränken verbessert.

Die Kosmetische Nachbehandlung

Nach Abschluss aller medizinischen Behandlungen kann die Kosmetikerin zusätzlich individuell auf die Bedürfnisse des Patienten abgestimmte Cosmeceuticals verabreichen und/oder zur Eigenbehandlung mitgeben. Das erneute Schminken bei Patientinnen gehört ebenfalls in diese Kategorie, um einen möglichst guten Zustand der Gesellschaftsfähigkeit wieder herzustellen.

Die Nachbesprechung und Terminvergabe

Über das empathische Gespräch mit der Patientin kann die Praxismanagerin das Fazit der Patientin erfragen. Wichtige Aspekte sind hier Fragen nach der Verträglichkeit und Akzeptanz der Behandlungsmethode und dem Empfinden der Patienten im Hinblick auf ihr Wohlbefühl. Fühlt sich die Patientin gut behandelt?

STRUKTUR DER ÄSTHETISCHEN PRAXIS

Um die Zufriedenheit der Patienten zu erhöhen und gleichzeitig die Fehlerquote bei den Arbeitsabläufen zu senken, ist eine systematische Vorbereitung der jeweiligen Behandlung unumgänglich. Nur wenn jeder im Team seinen Zuständigkeitsbereich kennt und weiß, was zu einer Behandlung gehört, kann diese exakt vorbereitet werden. In jedem Fall ist eine gute Organisation und Abstimmung der Aufgabenbereiche für einen reibungslosen Ablauf und das fehlerfreie Gelingen wichtig. Im Überblick soll hier gezeigt werden, wie die unterschiedlichen Zuständigkeitsbereiche strukturiert sein können.

Organisation

In diesen Bereich fallen alle Tätigkeiten, die einen reibungslosen Ablauf gewährleisten: Von der Terminvergabe, über die telefonische Terminbestätigung einen Tag vor der Behandlung bis zur Begleitung während der gesamten Behandlung ist eine geschulte und kompetente Assistentin für diese organisatorischen Tätigkeiten zuständig.

Kommunikation

Sowohl die Kommunikation zwischen Arzt und Praxisteam als auch die persönliche Betreuung der Patientin sollte in die Zuständigkeit einer Assistentin fallen, um einen reibungslosen Praxisablauf zu gewährleisten. Der Patient empfindet es als äußerst angenehm, wenn er von der telefonischen Erstberatung bis zur Beratung und Betreuung in der Praxis einen persönlichen Ansprechpartner in der Praxis hat.

Dokumentation

Die Dokumentation sollte unbedingt von eigens ausgebildeten Kräften durchgeführt werden. Nur so kann eine objektive, messbare und reproduzierbare Dokumentation der Behandlungserfolge auch für den Patienten visualisierbar gemacht werden. Sie bekommt bei minimal invasiven ästhetischen Behandlungen eine immer größere Bedeutung.

Medizinische Kosmetik

Die medizinische Praxis der Zukunft wird auf professionell ausgebildete Kosmetikerinnen nicht verzichten können. Dieser Aufgabenbereich inkludiert medizinische Kosmetik durch Cosmeceuticals ebenso wie kosmetisch-medizinische Behandlungen oder die Vor- und Nachbehandlung verschiedener Therapieformen.

Medizinische Behandlung

Alle medizinischen Behandlungen, die der Arzt an qualifizierte MTAs oder Medizinische Fachangestellte (MFA) delegieren kann, tragen zu seiner Entlastung bei.

Arztassistenz

Die optimale und sorgfältige Vorbereitung der Behandlungsräume ist eine grundlegende Voraussetzung dafür, dass der Arzt effektiv und sicher behandeln kann. Insbesondere Injectables und Geräte sollten so präpariert sein, dass der Arzt seine ganze Aufmerksamkeit dem Patienten widmen kann. Die Behandlung kann schnell und effektiv durchgeführt werden, der Patient steht im Mittelpunkt!

Administration

Für das erfolgreiche Praxismanagement ist es wichtig, ein Grundwissen über betriebswirtschaftliche Abläufe einer Praxis zu haben. So kann nicht nur die Organisation entsprechend gesteuert werden. Dieses Wissen ermöglicht, Dokumentation, Archivierung und Auswertung der relevanten Daten und Dokumente vorzunehmen. Die Themen Praxisgebühr, Zahlungsverkehr und Verträge z.B. mit Dienstleistern spielen hierbei eine Rolle. Das erfolgreiche Management einer Praxis erfordert einerseits beste Organisations- und Strukturierungskompetenzen, andererseits sind ausgeprägte Kommunikationsfähigkeiten und Führungskompetenzen von ebenso großer Bedeutung. Umso wichtiger ist es, Aufgaben in der Arztpraxis zu delegieren. Je besser

die Mitarbeiter/innen in den unterschiedlichen Bereichen ausgebildet sind, desto höher ist deren Identifikation mit Ihrer Praxis. Klare Strukturen sind zielführend, damit qualifizierte Mitarbeiter ihre Kernkompetenzen optimal umsetzen können. Der Aufbau von Vertrauen ist bei der Arzt-Patienten Beziehung immer ein Prozess. Team-Bildung ist eine wesentliche Voraussetzung für die Initialisierung der Kompositorischen Ästhetik. Mit Hilfe einer professionellen Kommunikation im Praxisteam wird eine wertschätzende Kultur aufgebaut, eine wichtige Grundlage für die bewusste Patientenorientierung.

Die hier von uns beschriebene Struktur gilt grundsätzlich für alle ästhetischen Interventionen unabhängig vom Interventionsgrad. Dennoch ist anzumerken, dass mit Steigerung des Interventionsgrades, insbesondere wenn operative Verfahren eingesetzt werden, sich die Bedeutung für das sich Wohlfühlen ebenfalls steigert. Viele operativ tätige Ärzte haben deshalb bereits ein ähnliches Schema in ihre Praxisabläufe integriert.

DIE ÄSTHETISCHE PRAXIS AUS DER PERSPEKTIVE DES BEHANDELNDEN ARZTES

Wenn wir es mit einer Praxis in der Praxis zu tun haben, sollten folgende Überlegungen durchgeführt werden: Lohnt es sich, ein Institut zu gründen evtl. mit eigens dafür ausgebildeten Kräften oder ist eine mögliche andere Organisationsform denkbar? In jedem Fall müssen die hier beschriebenen Tätigkeiten so sinnvoll in einen normalen Praxisablauf integriert werden können, dass das eigentliche Ziel, dem Patienten ein Wohlfühlerlebnis zu ermöglichen, nicht untergeht und trotzdem die normale Praxis nicht dadurch gefährdet wird.

Welche Aufgaben bleiben dem Arzt? Um auf dem Gesundheitsmarkt der Zukunft erfolgreich bestehen zu können, müssen sich Praxen ökonomisch und strategisch gut aufstellen. Der Arzt hat mit der Entscheidung, die Praxis für Kompositorische Ästhetik aufzubauen, einige Zusatzaufgaben übernommen: die klar strukturierte Aufgabenbeschreibung für die Mitarbeiter sowie die Unterstützung und Investition bei deren Einarbeitung und Schulung in die Kernkompetenzen wie beispielsweise Kommunikationsfähigkeit oder Fotodokumentation, um das angestrebte Niveau seiner ästhetische Praxis zu erreichen.

Erfolgreich arbeitende Praxen verfügen über fachlich gut qualifizierte und motivierte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die an leitender oder unterstützender Stelle ihr Wissen kompetent einsetzen können. Nutzen Sie die Möglichkeit, Aufgaben zu delegieren, wo Sie dies gemäß Standesrecht und vor allem aus Ihrer beruflichen Ethik und mit Ihrer Kernkompetenz können. Wir wissen natürlich um die Problematik, die mit den Mitarbeitern und ihrer Motivation verbunden wird. Gut motivierte Mitarbeiter werden nach dem Lesen unseres Artikels in vielen ästhetischen Praxen in Zukunft hoffentlich häufiger anzutreffen sein. Wir möchten mit diesem Bericht zum Nachdenken anregen. Wie gut funktioniert Ihr persönliches Praxismanagementmodell und wo könnten Sie es verbessern? Welches Strategiekonzept führt dazu, noch überzeugender neue Patienten zu gewinnen und die Stamm-Patienten zu behalten? Gerade in Dienstleistungsunternehmen sind die Kompetenzen der Mitarbeiter in erheblichem Maße ausschlaggebend für den Erfolg des Unternehmens.

Wenn das Team dank der richtigen Potentialeinschätzung steht, hat der Arzt noch drei weitere Aufgaben in Bezug auf die Ästhetik zu erfüllen: Er ist der wichtigste Kommunikator zum Patienten, er hat die Verpflichtung, sich in allen wichtigen neuen Entwicklungen der ästhetischen Medizin fortzubilden und er hat die Freiheit gewonnen, sich ausschließlich auf seine Behandlungen konzentrieren zu können. Und ist es nicht genau das, was er sich immer schon gewünscht hat?

Die Aufgabe der Arzt-Patienten Kommunikation wurde bereits in allen anderen Artikeln dieser Serie diskutiert. Wenn wir davon sprechen, dass sich diese Aufgabe verändern wird, so wollen wir hier auch darauf hinweisen, dass eine erfolgreiche langfristige Begleitung nur dann erfolgen wird, wenn sich die Kommunikation des behandelnden Arztes nicht ausschließlich auf den Wohlfühlfaktor bezieht. Die Patienten werden immer anspruchsvoller, was die zeitliche Dimension der Behandlung betrifft. Die Erwartung, dass ein Ergebnis nicht durch mehrere Behandlungen, sondern sofort in einer Sitzung erreichbar ist, muss vom Arzt überzeugend erklärt und nachvollziehbar diskutiert werden. Es wird immer wieder über diese Erwartungen der Patienten berichtet. Es fallen dabei Begriffe wie „sofort“ und „schnell“. Diese Erwartung sollte nicht ignoriert werden, und selbstverständlich kann alles dafür getan werden, um ein möglichst gut sichtbares Ergebnis in möglichst kurzer Zeit zu erreichen. Alles bedeutet jedoch nicht, den Wünschen des Patienten

einfach nachzugeben, es bedeutet auch, nachvollziehbar zu erklären, warum Qualität sich nicht „beschleunigen“ lässt.

SCHLUSSBEMERKUNG

Diese Beschreibung darüber, wie die neue Praxis für ästhetische Medizin im Idealfall aussieht, dient als Basis für einen Vergleich: Aus unserer Perspektive lohnt ein nicht bewertender Blick auf Ihren aktuellen Status in jedem Fall. Sie können ganz unvoreingenommen vergleichen, um gezielt notwendige Maßnahmen zum Erreichen des Ziels umzusetzen. So lassen sich effektiv Arbeitsabläufe optimieren, Fehlerquoten senken und gleichzeitig die Zufriedenheit Ihrer Patienten erhöhen.

Korrespondenzadresse:

Dipl.-Ing. Dirk Brandl
Mühlenstraße 19
D-48317 Drensteinfurt
brandl@network-globalhealth.com

1 Future Pacing ist ein Begriff, der der Kommunikationstechnik des Neurolinguistischen Programmierens (NLP) entstammt. NLP kann für jede Form von Kommunikation hilfreich sein. Die beiden wichtigsten Autoren hierzu sind Bandler und Grinder.

2 Dirk Brandl, Fotodokumentation in der ästhetischen Medizin und Dermatologie, iBook Store von Apple



Entfernung von Tattoos und benignen Pigmentläsionen mit einzigartigen Ergebnissen.

Tattoo-Entfernung*



Bildquelle: Dr. J. Dover & Dr. K. Arndt

Pigmentierte Läsionen



Bildquelle: Dr. R. Saluja

Aknenarben*



Bildquelle: Dr. R. Saluja



*Die Behandlungen von **Tattoos** und **Aknenarben** mit PicoSure™ haben die **Zulassung der FDA**.



Cynosure Hamburg GmbH

Dammtorwall 7a | D-20354 Hamburg
Tel.: +49 (0) 40 36 00 66 56-0
Fax: +49 (0) 40 36 00 66 56-8
E-Mail: infogermany@cynosure.com

www.picosure.de

www.cynosure.de



KOSMETISCHE MEDIZIN

5.14

ORGANSCHAFTEN: Arbeitsgemeinschaft Kosmetik und Dermatologische Institute e.V.
Austrian Academy of Cosmetic Surgery & Aesthetic Medicine
Cosmetic Dermatology Society of India
Deutsche Gesellschaft für Ästhetische Botulinumtoxin-Therapie e.V.
Deutsche Gesellschaft Augmentation und Faltentherapie e.V.
Network-Globalhealth
Österreichische Gesellschaft für Kosmetische Dermatologie und Altersforschung
Vereinigung für ästhetische Dermatologie und Lasermedizin e.V.

35
JAHRE
KOSMETISCHE
MEDIZIN

.....
DIE ANATOMIE DES
SUPERFIZIELLEN
MUSCULO-APONEUROTISCHEN
SYSTEMS (SMAS)
.....

DIE BEDEUTUNG VON
PRÄVENTION UND
POSTVENTION FÜR DIE
ZUKUNFT DER ÄSTHETIK
.....

EPIDERMALE UND DERMALE
HYDRORATION
HISTOLOGISCH CHARAKTERISIERT
.....

ABSTRACTS
DER 15. JAHRESTAGUNG DER
AUSTRIAN ACADEMY OF COSMETIC
SURGERY AND AESTHETIC MEDICINE
.....

ABRECHNUNGSFALLE 252
.....



CONTROVERSIES IN AESTHETIC MEDICINE

THE FRAME CONDITIONS 5: THE IMPORTANCE OF PREVENTION AND POSTVENTION FOR THE FUTURE OF AESTHETICS

KONTROVERSEN IN DER ÄSTHETISCHEN MEDIZIN

Die Rahmenbedingungen 5: Die Bedeutung von Prävention und Postvention für die Zukunft der Ästhetik

DIRK BRANDL¹, GISELA FUNKE², WOLFGANG PHILIPP-DORMSTON³

SCHLÜSSELWÖRTER: Ästhetik, Prävention, Postvention

KEY WORDS: aesthetics, prevention, postvention

ZUSAMMENFASSUNG:

In den letzten 10 Jahren ist der Begriff Prävention stark in Mode gekommen. Es klingt ja auch zunächst gut, wenn man Vorbeugen kann statt Heilen muss. Jetzt beginnt man auch durch neuere Studien bedingt die Grenzen der Präventionsmedizin zu erkennen, insbesondere ist hier die Vorsorge in den Fokus gerückt, wie sicherlich alle Leser zur Kenntnis genommen haben. Prävention muss also wirklich Sinn machen und nicht ausschließlich der Sanierung der Konten dienen. Dennoch macht Prävention natürlich in vielen Bereichen Sinn. In der Ästhetik spielte sie bis heute lediglich eine untergeordnete Rolle. Dieser Teil der Artikelserie soll allen ästhetischen Medizinern eine Perspektive aufzeigen, warum die Erhaltung zukünftig in der Ästhetik eine größere Bedeutung bekommen wird.

SUMMARY:

During the last decade the term “prevention” has become very popular. And doesn't it sound very good to prevent instead of to cure? Today the topic is discussed because of newer studies more critical. In particular the term “provision” has come into the focus of the public discussion. Prevention really has to make sense for the patient and not only to rehabilitate the financial situation of public clinics. Nevertheless prevention can make sense. In aesthetic medicine it only played a minor role until now. This part of our article series will present a new perspective for aestheticians concerning the topic maintenance/preservation.

DIE BEDEUTUNG DER PRÄVENTION IN DER AKTUELLEN ÄSTHETIK

Bislang wurde das Thema Prävention in der Ästhetik oft stiefmütterlich behandelt. Der Begriff der Prävention wurde leichtfertig nicht evidenz-basiert verwendet. Kleine universitäre Gruppen publizieren seit Jahrzehnten weltweit Studien zu dermatokosmetischen Wirkstoffen. Die Erhaltungstherapie ist nach der Verbesserung eines Zustandes aber immer schon Teil der Ästhetik gewesen. Zum Beispiel die kontinuierliche Behandlung mit Botulinumtoxin A (BTX) oder Fillern. Hintergrund für diese Marginalisierung ist die im 2. Artikel beschriebene Philosophie der auf Zustände orientierten Behandlung. Im 3. Artikel wurde der neue Ansatz, die **Kompositorische Ästhetik** beschrieben, die auf die ästhetische Begleitung des Alterungsprozesses abhebt, also prozess- statt statusorientiert ist. Diese muss zwangsläufig davon ausgehen, dass nicht irgendwann ein Zustand erreicht wird, der ästhetische Begleitung initiiert. Im Gegenteil: Da die Beschaffenheit des Großorgans Haut sich

jeden Tag verändert, ist hier der prozessorientierte Ansatz als vorteilhaft anzusehen. Wir gehen deshalb davon aus, dass die Prävention dazu dienen wird, den Alterungsprozess (hier: der Haut) zu verlangsamen. Hier kreuzen sich die Wege von Ästhetik, Kosmetik und Anti Aging Medizin. Die Prävention hat es in der Ästhetik besonders schwer. Im Gegensatz zur Behandlung eines veränderten Hautbildes soll mit der Prävention ein guter Hautzustand noch länger erhalten bleiben. Ästhetisch orientierte Patienten sind jedoch an Ergebnissen interessiert, die eine rasche Verbesserung zeigen müssen. Der behandelnde Arzt bedarf zusätzlicher Argumente sowie der Motivation, sich mit dem Patienten in einen Überzeugungsprozess zu begeben. Vorteil der Präventionsbehandlung könnte sein, ästhetisch sensible Patienten vom neuen präventiven Behandlungskonzept zu überzeugen und sie hierdurch auch an die Praxis zu binden. Wie ein solcher Überzeugungsprozess aussehen könnte, ist auch Gegenstand dieses Artikels.

BEGRIFFSBESTIMMUNG

Ausgehend von unserer theoretischen Prämisse, dass der ästhetische Mediziner einen Prozess begleitet, erscheint es sinnvoll, Klarheit über die Gemeinsamkeiten und Unterschiede von Erhaltung und Prävention zu gewinnen.

1 Sprecher Globalhealth Academy for Aesthetic Medicine

2 Fachärztin für Dermatologie

3 Facharzt für Dermatologie, Direktor Hautzentrum Köln

Betrachten wir den jeweiligen Hautstatus, dann ist zu konstatieren, dass wir es in jedem Fall mit dem Thema Erhaltung zu tun haben. Erhaltung ist mithin als übergeordneter Begriff zu verstehen, der zwei unterschiedliche Etappen eines Prozesses umfasst:

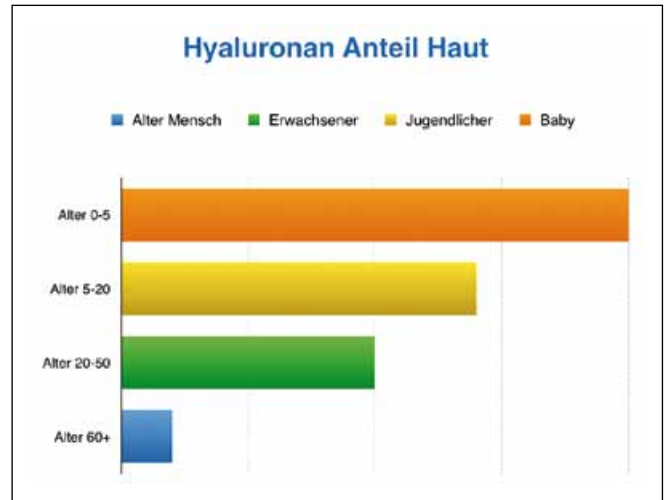
Etappe 1: Der Hautzustand eines Patienten ist so beschaffen, dass keine ästhetischen Interventionen notwendig sind. Eine Verbesserung des Aussehens ist nicht erforderlich. Eine ästhetische Behandlung hat bisher nicht stattgefunden. Die Erhaltung wird hier als präventive Behandlung verstanden mit dem Ziel, eine ästhetische Behandlung möglichst lange auf der Altersskala hinauszuschieben. Diese Behandlungsform wollen wir zukünftig als Prävention bezeichnen, also als vorbeugende Maßnahme.

Etappe 2: Hier sind bereits sichtbare Veränderungen des Hautzustands oder der Kontur eingetreten, die eine ästhetische Behandlung erforderlich gemacht haben. In diesem Fall dient die Erhaltung nicht dem ursprünglichen, sondern dem ästhetisch behandelten Zustand. Diese Behandlung wollen wir zukünftig mit Postvention bezeichnen. Hier sollen erforderliche therapeutische Maßnahmen bezeichnet werden die den Hautalterungsprozess verlangsamen.

HAUTALTERUNG UND FALTEN

Die Haut als unser größtes Organ mit einem komplexen Aufbau hat vielfältige Austauschprozesse des Körpers mit seiner Umwelt zu regulieren. Sie garantiert die Stabilität des Organismus. Sie stellt somit ein durchlässiges und zugleich festes Gebilde dar. Die Zellmembran stellt auf zellulärer Ebene eine ähnliche funktionelle Einheit dar. Der Austausch zwischen Zelle und Milieu wird durch Proteine gesteuert und unterliegt altersbedingten Veränderungsprozessen.

Auch bei der Haut sind starke Veränderungsprozesse zu beobachten. Nehmen wir als Beispiel nur den Hyaluronananteil bei Babies und alten Menschen, der sich gravierend unterscheidet. Im Alter von 50 Jahren haben wir ca. 50% des Hyaluronans bereits verloren. Ab dem 60. Lebensjahr sinkt der Anteil nochmals extrem. Der Abnahme von Hyaluronan kann präventiv bislang nicht vorgebeugt werden. Andere Prozesse lassen sich durchaus präventiv behandeln. Hier handelt es sich vor allem um den Einfluss der



Freien Radikale auf die Haut sowie weitere an der extrinsischen Hautalterung beteiligte Umwelteinflüsse wie UV Strahlung etc.

PRÄVENTION UND BEHANDLUNG

Die dermatologische Hautbehandlung ist in der Regel lokal und nicht systemisch angelegt. In der lokalen Prävention haben sich bislang auch die wichtigsten Entwicklungen vollzogen. Wir möchten 4 Gruppen beschreiben, die einen Einfluss auf lokale Prävention haben sowie eine Gruppe, die eine systemische Prävention denkbar erscheinen lässt:

Gruppe 1: Topisch anwendbare Cosmeceuticals

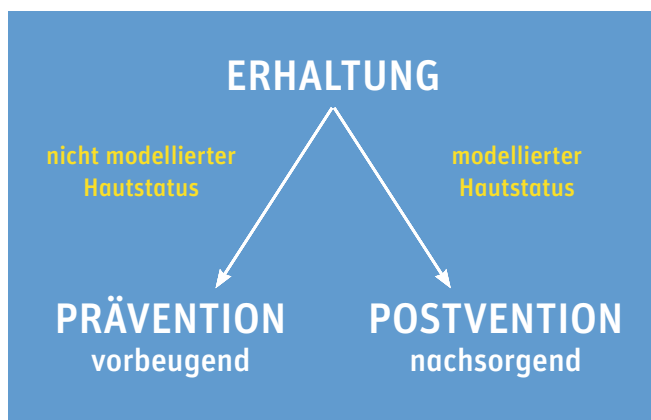
Hier sind in den vergangenen 10 Jahren die meisten Studien durchgeführt worden. Alle eingesetzten Wirkstoffe haben vor allem die Funktion einer längeren Erhaltung eines guten Hautstatus. Zu diskutieren ist in diesem Zusammenhang natürlich die Problematik der Einschleusung durch die Hautbarriere und damit die Verringerung der Wirksamkeit. Hier haben sich in den letzten Jahren entscheidende innovative Entwicklungen vollzogen. Die Entwicklung neuer Liposome und der Nano-Transport Systeme kann dazu führen, dass künftig weitere non invasive Möglichkeiten für die Ästhetik zur Verfügung stehen.

Gruppe 2: Neue Einschleusungsverfahren

Die Kombinationsbehandlung topisch anwendbarer Wirkstoffe wie Cosmeceuticals sowie mesotherapeutischer Materialien mit neuen Einschleusungsverfahren wie Needling, JetPeel oder Microporation hat sich als wirkungssteigernd erwiesen. Die Wirkstoffe werden durch die Öffnung der Hautbarriere besser in tiefere Hautschichten eingeschleust. Da diese Verfahren erst in den letzten 5–10 Jahren entwickelt wurden, ist hier die Studienlage deutlich schlechter.

Gruppe 3: Injectables für die Einschleusung durch mesotherapeutische Verfahren

Die Wirkstoffe werden direkt an den Wirkort injiziert. Ein topisches Auftragen und Überwinden der Hautbarriere ist nicht mehr erforderlich. An erster Stelle bei der Prävention sind hier Vitamine



und andere antioxidative Wirkstoffe zu nennen. Die Zuführung von Vitaminen in die Haut könnte die Widerstandsfähigkeit gegen Umwelteinflüsse erhöhen und deshalb zur Verlängerung eines gesunden Hautbildes beitragen. Dies ist logisch, aber bislang wissenschaftlich nicht verifiziert. Das Problem des Rückgangs von Hyaluronan ist damit nur bedingt über Filler zu lösen.

Gruppe 4: BTX A zur Vermeidung des Aufkommens mimischer Gesichtsfalten

Hier gibt es bislang bei ästhetisch tätigen Medizinerinnen die meisten Erfahrungen. BTX A wird in geringen Dosen injiziert und verhindert so die Ausbildung dynamischer Falten. Die Studienlage ist allerdings auch hier mehr als mäßig. Umfangreiche Untersuchungen mit einer Kontrollgruppe, die eine lange zeitliche Distanz überblicken, sind nur mit einem hohen finanziellen Aufwand durchführbar.

Gruppe 5: Systemische Prävention

Neben diesen lokalen Behandlungen sind durchaus auch systemische Behandlungen zur Prävention und Erhaltung der Haut denkbar. Hier ist eine intensivere Beschäftigung sicherlich sinnvoll. Das Potential der systemischen Therapie wird bislang nicht oder nur von wenigen genutzt. Die Schwierigkeit des studienunterlegten Beweises ist auch hier nicht von der Hand zu weisen. Beispielhaft sollen hier zwei Substanzen benannt werden die unterschiedliche Ziele haben:

- Hochdosiertes Vitamin C kann die Neubildung von Collagen anregen.
- Hochgereinigtes Phosphatidylcholin kann die Zellmembran der Hautzellen flexibler und damit durchlässiger machen.

Dies führt zu einer Verbesserung vieler mit der Hautvitalisierung assoziierter Prozesse.

HAUTALTERUNGSPROZESS UND STRATEGISCHE PRÄVENTIONSBEHANDLUNG

Die Schnelligkeit von Hautalterungsprozessen ist von vielen Faktoren abhängig. Zu nennen wären hier: Ernährungsverhalten, Nikotin- und Alkoholkonsum, kontinuierliche Aufenthalte in der Sonne oder auf der Sonnenbank, aber auch genetische Faktoren. Mindestens 80 % der sichtbaren Hautalterung sind bedingt durch extrinsische Faktoren. Ultraviolette und infrarote Anteile des Lichtes sind vorrangig verantwortlich für wahrnehmbare Hautveränderungen. Für jeden Patienten ist eine individuelle Bestimmung des Hautstatus sinnvoll, um die entsprechenden präventiven Maßnahmen festlegen zu können.

Ausgehend von objektiv messbaren Parametern lassen sich die 5 beschriebenen Gruppen entsprechend dem aktuellen Hautstatus optimal einsetzen. Das von Dermatokosmetikern¹ für die Gruppe 1 vorgeschlagene individuelle Behandlungskonzept kann hier nur unterstützt werden. Das Behandlungskonzept besteht aus 3 Stufen.

- Stufe 1: Objektivierung/Bestimmung des individuellen Hautzustands;

- Stufe 2: Hautalterungs-Check zur Bestimmung des Hautalterungstyps und -stadium;
- Stufe 3: Individueller Behandlungsplan für minimalst-invasive Verfahren dermatokosmetischer Wirkstoffe.

Die Behandlungsziele dermatokosmetischer Wirkstoffe sind dabei wie folgt zu definieren:

- Stabilisierung der Hautbarriere
- hohe antioxidative Kapazität
- Anregung der Fibroblastenaktivität
- Förderung einer gleichmäßigen Pigmentierung²

Im Artikel 3 dieser Serie³ wird der Interventionsgrad als eine logische Hierarchie möglicher Behandlungskonzepte beschrieben. Dies liefert eine systematische und praktische Hilfe für die Anwendung der kompositorischen Ästhetik. Das gleiche gilt auch für die Prävention.

Die Gruppen 1–4 liefern minimalst invasive Interventionsmuster, wobei die Ziele durch den individuellen Behandlungsplan nach objektiv messbaren Kriterien vorgegeben werden.

Will der ästhetisch behandelnde Mediziner eine Abteilung für Kosmetik in seiner Praxis einbauen, oder mit ihr assoziieren, muss sich diese Abteilung zwangsläufig von den vielen Kosmetikstudios absetzen. Die Besonderheiten der Dermatokosmetik in der ästhetischen Praxis können wie folgt definiert werden:

1. Cosmeceuticals als Wirkstoffe einzusetzen ist nur der medizinischen Praxis vorbehalten. Sie enthalten Wirkstoffe in höherer Konzentration als in normalen Kosmetikprodukten. Eine wissenschaftlich exakte Erforschung der Wirkstoffe ist notwendig.
2. Die Kosmetik kann zusätzlich vielfältige Aufgaben für die normale Dermatologie übernehmen wie Nagel- oder Fußbehandlungen, die nichts mit der Ästhetik zu tun haben.
3. Schließlich kann die Kosmetik zur Installierung der kompositorischen Ästhetik beitragen, indem sie in dem Behandlungsablauf wie in Artikel 4⁴ beschrieben vom behandelnden Arzt vorgegebene Aufgaben der Vor- und Nachbehandlung übernimmt.

Kosmetische Abteilungen arbeiten dann wirtschaftlich erfolgreich, wenn eine ästhetische Praxis für kompositorische Ästhetik gegründet oder in eine Kassenpraxis als separate Einheit integriert wurde. Unbedingt erforderlich ist dabei, dass die kosmetische Einheit rechtlich in der Lage ist, die Wirkstoffe selbst zu verkaufen. Der Aufwand rechnet sich ansonsten nicht. Kosmetische Einheiten müssen immer auch als separate Einheiten wirtschaftlich erfolgreich agieren.

POSTVENTION

Postventive Maßnahmen gehören aufgrund der Behandlungsstrukturen seit langem zum ästhetischen Alltag. Insbesondere Behandlungen mit BTX A und Hyaluronsäure Fillern, aber auch mesotherapeutische Behandlungen sind ohne eine Erhaltungstherapie sinnlos.

Dennoch sollte die Frage aufgeworfen werden, ob weitere Erhaltungsmaßnahmen dazu dienen könnten, die Verlängerung ästhetischer Ergebnisse gleich welchen Interventionsgrades zu bewirken. Eine andere Aufgabe sinnvoll eingebauter Cosmeceuticals kann die Verringerung von auftretenden Nebenwirkungen und die Beschleunigung von Heilungsprozessen, etwa beim Needling, sein. Neben den bereits erwähnten Cosmeceuticals, deren Einsatz auch postventiv sinnvoll ist, sollten abgestimmt auf die jeweilige therapeutische Maßnahme Behandlungsregimes für die Erhaltung kosmetischer Interventionen entwickelt werden. Dies ist bislang selten der Fall.

SCHLUSSFOLGERUNGEN

Erhaltung mit seinen beiden Komponenten Prävention und Postvention wird in der zukünftigen ästhetischen Praxis eine zunehmende Bedeutung erlangen. Will man die Kompositorische Ästhetik in die ästhetische Praxis einführen, ist die Patientenaufklärung – insbesondere jüngerer Patienten – über Hautalterungsvorgänge und ihre Vermeidung unumgänglich und sinnvoll. Die hier aufgezeigten Möglichkeiten der Prävention sind ein erster Anfang. Weitere prä- und postventive Optionen, beispielsweise systemische Maßnahmen, werden in den kommenden Jahren dazu beitragen, das Thema Prävention noch präsenter in den Köpfen der Generation Nachhaltigkeit zu verankern.

Korrespondenzadresse:

Dipl.-Ing. Dirk Brandl
Mühlenstraße 19
D-48317 Drensteinfurt
brandl@network-globalhealth.com

Quellennachweis

- 1 Dermatokosmetik, Martina Kerscher unter Mitarbeit von Stefanie Williams, Steinkopff Verlag 2004, 2009, ISBN 978-3-7985-1546-8
- 2 Vortrag Prof. Martina Kerscher, Globalhealth Academy Mallorca, Juni 2013
- 3 Kontroversen der ästhetischen Medizin – Die Rahmenbedingungen 3: Ästhetik als Behandlungsmodell, Brandl, Weidmann, Grübmeier in: Kosmetische Medizin 3.14, S. 18-23
- 4 Kontroversen der ästhetischen Medizin - Die Rahmenbedingungen 4: Die ästhetische Praxis – von der Einzelbehandlung zum Wohlfühl-erlebnis, Brandl, Steinert in: Kosmetische Medizin 4.14, S. 24-29

Die Komplettlösung gegen Narben. LEGATO™ II

Legato II ist die medizinisch-ästhetische Plattform speziell für das revolutionäre dreistufige Behandlungskonzept iTED zur Durchdringung der Epidermis von Alma Lasers.

Die Kombination aus **Mikroplasma-Handstück** zur fraktionierten Ablation und dem **Schalldruck-Handstück IMPACT** zum anschließenden Einbringen von Wirkstoffen in die Dermis liefert bessere Ergebnisse bei kürzeren Ausfallzeiten für eine Vielzahl schwer zu behandelnder Indikationen, insbesondere Narben und Dehnungsstreifen.



Mikroplasma-Handstück

Mit verschiedenen Roller-Aufsätzen für

- hypertrophe Narben (rot),
- Dehnungsstreifen oder Aknenarben (grün),
- sanfte Peelings (blau)

sowie stationäre Aufsätze für lokalisierte Narben und Arbeiten mit hohem thermischen Effekt.



IMPACT-Handstück

Mit dem Ultraschallaufsatz emittiert das **IMPACT-Handstück** Schall- und Druckwellen, wodurch zuvor aufgetragene Wirkstoffe sanft durch die Mikrokanäle in tiefere Hautschichten befördert werden.



Alma Lasers gehört zu den weltweit führenden Anbietern von modernen, hochwertigen Technologien für Dermatologie, Plastische Chirurgie und Ästhetik mit über 13.000 installierten Systemen für ästhetische und medizinische Behandlungslösungen.

Gerne beraten wir Sie zu unseren Technologien und senden Ihnen nähere Informationen zu unseren Produkten. Bitte kontaktieren Sie uns unter info@alma-lasers.de oder +49 (0)911 / 89 11 29-0.



Alma Lasers GmbH
Nordostpark 100 – 102
90411 Nürnberg · Deutschland
Tel: +49 (0)911 / 89 11 29-0
www.alma-lasers.de

Alma
Lasers™

KOSMETISCHE MEDIZIN

6.14

ORGANSCHAFTEN: Arbeitsgemeinschaft Kosmetik und Dermatologische Institute e.V.
Austrian Academy of Cosmetic Surgery & Aesthetic Medicine
Cosmetic Dermatology Society of India
Deutsche Gesellschaft für Ästhetische Botulinumtoxin-Therapie e.V.
Deutsche Gesellschaft Augmentation und Faltentherapie e.V.
Network-Globalhealth
Österreichische Gesellschaft für Kosmetische Dermatologie und Altersforschung
Vereinigung für ästhetische Dermatologie und Lasermedizin e.V.

35
JAHRE
KOSMETISCHE
MEDIZIN

.....
DIE NEUROBIOLOGIE
DER GESICHTSERKENNUNG
.....

KONTROVERSEN IN DER
ÄSTHETISCHEN MEDIZIN
TEIL 6
.....

DIE BEHANDLUNG
MELANOZYTÄRER NÄVI
.....

NACHRUF VERLEGER
DR. EDUARD GROSSE
.....

CONTROVERSIES IN AESTHETIC MEDICINE
THE FRAME CONDITIONS 6: BEYOND ONE'S OWN NOSE

KONTROVERSEN IN DER ÄSTHETISCHEN MEDIZIN

Die Rahmenbedingungen 6: über den Tellerrand hinaus

DIRK BRANDL¹ UND VOLKER SCHRADER²

SCHLÜSSELWÖRTER: Prozessorientierte Ästhetik, Paradigmenwechsel Ästhetik, Netzwerktheorie, Systemtheorie

KEYWORDS: process oriented aesthetics, paradigm change aesthetics, network theory, system theory

ZUSAMMENFASSUNG

Es hat schon immer einen befruchtenden Austausch zwischen der Ästhetik und den anderen Fachgruppen gegeben. Ästhetische Medizin war verantwortlich für die Einbeziehung des äußeren Erscheinungsbildes alter Menschen in die Anti Aging Medizin, die anderen Fachdisziplinen aber haben auch die Entwicklung der Ästhetik stark beeinflusst. Dies wird auch in Zukunft so bleiben. Seit Beginn des letzten Jahrhunderts ist die ganze Wissenschaftstheorie und -philosophie im Umbruch durch neue Erkenntnisse in der Physik und Biologie, die nicht mehr mit den herkömmlichen Erklärungsmodellen erfasst werden können, und diese Entwicklung hat die Medizin längst erreicht. Welche Möglichkeiten das neue Wissenschaftsparadigma der ästhetischen Medizin bietet, soll Gegenstand dieses Artikels sein.

SUMMARY

Since its beginning exists a cross-fertilizing link between aesthetic medicine and other faculties. Aesthetics were responsible for the integration of superficial treatment options of elder patients into anti-aging therapies, in contrary many other faculties have influenced the development of aesthetic medicine as well. Future developments will not change this cross-link. Since the beginning of the last century the model of science theory and philosophy is in a process of revolutionary changes caused by new findings in physics and biology, and nowadays this development has already touched medicine. These new findings cannot be explained by using the old model of science theory. Topic of this article will be the opportunities that can be offered to aesthetics by the new scientific paradigm.

HISTORISCHER RÜCKBLICK IN DIE ÄSTHETIK

Die Ästhetik hat in der Vergangenheit neue Erkenntnisse, Entwicklungen und Therapien immer schon wie ein Schwamm aufgesaugt, ja sie ist sogar entstanden aus einer konservativen Disziplin, der rekonstruktiven Chirurgie. In den letzten Jahrzehnten wurden immer neue Therapien entwickelt, die ursprünglich für streng medizinische Indikationen zum Einsatz kamen. Mit Lasern wurden zunächst Erkrankungen der Haut behandelt, bevor ihr Potential für die Ästhetik entdeckt wurde. Botulinumtoxin A ist nach wie vor das einzige Mittel, um Spastikern ein einigermaßen erträgliches Leben zu ermöglichen. Die Orthopädie hat durch Hyaluronsäureinjektionen Gelenkprobleme beheben können, und Mesotherapie wurde bekanntlich für die Behandlung von Schmerzen entwickelt. All diese Werkzeuge sind heute zentrale Therapieoptionen für ästhetische Behandlungen.

Auch das Umfeld der Ästhetik wird von anderen Fachgruppen beeinflusst. Bromelain-Papain Enzyme werden in der Sportmedizin seit Jahrzehnten zur Behandlung von Sportverletzungen

verwandt. Ihre Wirkung in der Nachbehandlung von Operationen und Entzündungen, Schwellungen, Hämatome hervorruhenden Therapien ist erst vor einiger Zeit in der Ästhetik bemerkt worden. Es lohnt also immer wieder, einen Blick auf die Entwicklungen in anderen Disziplinen zu werfen, denn diese werden auch in Zukunft die Ästhetik bereichern.

DIE ENTSTEHUNG EINES NEUEN PARADIGMAS FÜR DIE WISSENSCHAFT

Manchem Leser mag es merkwürdig vorkommen, dass hier über Quantenmechanik geredet wird. Doch zu Anfang des vergangenen Jahrhunderts wurden in der Physik Phänomene beobachtet, die zu gravierenden Auswirkungen auf die Physik, aber darüber hinaus auch auf andere Wissenschaften hatten, die bis heute anhalten. Wir haben in den anderen Artikeln bereits immer wieder auf diese Auswirkungen Bezug genommen, wenn wir davon reden, dass die neue Ästhetik prozessorientiert ist. Die Erkenntnisse in der Physik der subatomaren Teilchen wurden zum Transmissionsriemen eines neuen Wissenschaftsparadigmas.

Zunächst wurden sie von den Physikern selbst bezweifelt, was in Einsteins berühmten Satz gipfelte: „Gott würfelt nicht!“. Später jedoch musste Einstein die für sein Physikverständnis unbequemen Wahrheiten zur Kenntnis nehmen und hat diese

- 1 Dipl.-Ing., Sprecher Globalhealth Academy for Aesthetic Medicine
- 2 Dipl.-Päd., Psychologe und Berater Globalhealth Academy for Aesthetic Medicine



Visualisierung von Bewegung © Volker Schrader, Lightworks Gallery

schließlich auch akzeptiert. Um welche Wahrheiten – un bequem waren sie damals nur für das alte von Newton entwickelte mechanistische Physikmodell – handelte es sich, und warum sind diese auch für andere Wissenschaften – auch die Ästhetik – von fundamentaler Bedeutung?

Als man in der Quantenphysik die Bewegung von subatomaren Teilchen untersuchte, stieß man auf die erste unbequeme Tatsache, dass die Bewegungsrichtung abhängig vom Betrachter war. Hier wurde die Unabhängigkeit wissenschaftlicher Erkenntnis vom Betrachter in Frage gestellt, sondern im Gegenteil nachgewiesen, dass der Betrachter die Richtung der Teilchen beeinflusste. In der Medizin haben wir ja mit dem Placebo Effekt ein ähnliches Phänomen, das die Beziehung zwischen Arzt und Patient neu definiert. Konnte sich der Mediziner früher als einzig handelndes Subjekt sehen, der das Objekt „Patient“ behandelte mit von ihm selbst unabhängigen Ergebnissen, ist diese Sichtweise heute nicht länger zu halten. Dazu später mehr.

Eine weitere Erkenntnis der Quantenphysik war, dass alle subatomaren Teilchen, die in unserem Universum existieren, miteinander verbunden sind, und zwar in einer nicht-zeitlichen Dimension [1]. Diese Erkenntnis hat zahlreiche Wissenschaften beeinflusst, insbesondere die Systemtheorie. Wenn alles miteinander verbunden ist, so die Schlussfolgerung, muss es zusätzlich zur Begrenzung einzelner Einheiten auch etwas Verbindendes geben, dass man mit dem Begriff des Netzwerks belegen kann. Um

beim Menschen zu bleiben: Er kann als unabhängige Einheit gesehen werden, die begrenzt ist durch die Haut. Dieser Definition des Menschen widersprachen die Erkenntnisse unserer Sozialwissenschaften, aber auch der Naturwissenschaften, die eine vollständig andere Definition des Menschen lieferten, nämlich den Menschen als Teil eines Netzwerks und als Einheit, die zu allem anderen gehört und Teil von ihm ist. Beeindruckend ist hier die mathematische Verifizierung durch die komplexe Mathematik in der Chaostheorie (Butterfly Effekt).

Eine dritte Erkenntnis wurde mit dem Begriff der Selbstorganisation belegt. Erstmals hat der Nobelpreisträger Prigogine nachgewiesen, dass Systeme, die sich jenseits eines Gleichgewichts befinden, dazu neigen, neue Ordnungen aus sich selbst heraus herzustellen. Dieses Phänomen wurde von ihm als dissipative Struktur bezeichnet. Mittlerweile ist nachgewiesen, dass nahezu jedes dynamische System dazu neigt, sich selbst zu organisieren. Beispielsweise in der Astronomie, die sich mit der Entwicklung des Universums beschäftigt, spielt diese Erkenntnis eine nicht unerhebliche Rolle, denn durch sie wird erstmals ein Modell angeboten, das einen Schöpfer überflüssig macht. Auch in den Netzwerktheorien ist die Selbstorganisation von herausragender Bedeutung. Dynamische Systeme sind grundsätzlich immer zur Selbstorganisation fähig. Insbesondere ist diese Erkenntnis von Bedeutung, weil wir in allen Lebensbezügen mit Netzwerken, die in Netzwerken nisten, die in Netzwerken nisten



Visualisierung von Bewegung © Volker Schrader, Lightworks Gallery

konfrontiert sind [2]. So kann eine Familie ebenso als Netzwerk betrachtet werden wie eine medizinische Praxis wie die ästhetische Medizin wie die Medizin als Ganzes.

Die weitaus wichtigste Erkenntnis wurde bereits durch Newton vorbereitet, hat ihre vollständige Erklärung aber erst durch die Quantenmechanik erfahren. Bei der Untersuchung des Lichtes wurde sein Doppelcharakter erkannt, je nachdem wie man es betrachtet: es ist materiell und besteht aus Teilchen, es ist energetisch und besteht aus Wellen. Die Quantenphysik hat denselben Doppelcharakter auch bei den Elektronen der Atome nachgewiesen. Hier besteht also ein klarer Link zu unserer materiellen Welt, der ja bei den Photonen des Lichtes nicht sofort gegeben ist. Als Welle betrachtet hat Materie eine energetische Form.

Seit Jahren bereits schlägt sich die Wissenschaft mit der Frage herum, ob oder wie Homöopathie wirkt. Das sie „irgendwie“ wirkt, wird heute nur noch von den konservativsten Kreisen geleugnet oder ihre Wirkung – hier kommt das Argument sehr gelegen – auf den Placebo Effekt zurückgeführt. Niemand kann leugnen, dass in einem homöopathischen Kügelchen kein nachweisbarer Wirkstoff mehr vorhanden ist. Ob Energie oder Information – wie behauptet wird – enthalten ist, lässt sich heute noch nicht endgültig nachweisen, obwohl die Entwicklung neuer Methoden zur Messung beispielsweise in der Biophotonik erhebliche Fortschritte macht. Logisch ist das System allerdings, denn warum sollten nicht Informationen in etwas enthalten sein, wenn man die Quantenphysik als Erklärungsmodell hinzuzieht? Auch beim Placebo Effekt wirkt ja etwas, was nicht substanzial ist, mithin ist der Placebo Effekt sogar eine Bestätigung der Quantenphysik. Letztlich muss die Medizin sich nach den quantenmechanischen Erkenntnissen unbedingt die Frage neu stellen: Was bedeutet Leben? Die Beantwortung dieser Frage kann nur auf eine Erklärung hinauslaufen, die den Doppelcharakter des Lebens berücksichtigt: Es ist materielle Substanz, aber dies reicht

nicht aus – denn auch eine tote Leber ist substanzial – und es ist gleichzeitig energetisch, d.h. es ist beständigen Austauschprozessen unterworfen, die es erst zu etwas Lebendigem machen.

Zwischen den Befürwortern und Gegnern der Homöopathie tobt ein ideologischer Grabenkampf, den wir hier nicht aufgreifen wollen. Den Befürwortern ist auferlegt, eindeutige wissenschaftlich haltbare Methoden zur Beweisbarkeit zu entwickeln, den Gegnern sei ins Stammbuch geschrieben, dass nicht alles falsch sein muss, was heute noch nicht vollständig beweisbar ist. Die Akzeptanz der Akupunktur zeigt, dass medizinische Therapie durchaus in der Lage ist, mit zwei ganz unterschiedlichen medizinischen Systemen zu koexistieren, die beide „richtig“ oder „falsch“ sein können.

ABGRENZUNG DES NEUEN PARADIGMAS VON DER BISHERIGEN WISSENSCHAFTSTHEORIE

Die letzten Jahrhunderte wurden geprägt durch ein Wissenschaftsmodell, das uns einen immensen Erkenntnisgewinn beschert hat und das deshalb nur sehr schwer loszulassen ist. Es ist immer noch die Hauptphilosophie unseres Erkenntnisgewinns und wird nur dort erweitert, wo Erkenntnisse vorliegen, die durch es nicht mehr erklärt werden können. Gemeint ist das von Descartes entwickelte dualistische (kartesianische) Modell, das auf einer immer weiteren Reduktion von Zusammenhängen beruht und für diese letzten Entitäten die Analyse zum Erkenntnisgewinn bereithält. Ein Höhepunkt dieser Art des Herangehens an die Wirklichkeit wurde wenig später durch Newton mit seiner mechanistischen Theorie der Bewegung der Himmelskörper gesetzt, die, einem Uhrwerk gleich, ihre Bahnen durch den Kosmos zu ziehen scheinen.

Im Zusammenhang mit den Life Sciences wird hier das Modell des Menschen als Maschine zur Verfügung gestellt. Dieses Modell hat die moderne Medizin entstehen lassen und zu einer Vertiefung unseres Wissens in allen Naturwissenschaften, in der Medizin vor allem über unseren Körper, geführt.

Im „Cogito, ergo sum“ Descartes wird dem Denken gegenüber der Materie Priorität eingeräumt. Aus heutiger Sicht ist dies schlichtweg falsch: Unser Körper – so alle neueren neurologischen Studien – reagiert, bevor er denkt. Wie in der Physik jedoch stößt das alte Modell augenblicklich fortwährend an seine Grenzen. In der Medizin sind die neuen Erkenntnisse in der Neurobiologie über die Prozesse, die sich in unserem Gehirn abspielen (die neuronalen Netzwerke), nicht länger dualistisch erklärbar. Auch die Genetik gerät zunehmend in Erklärungsnot. Mit der Entschlüsselung des genetischen Codes hat man eine Tür aufgestoßen, die zu Erkenntnissen geführt hat, die ebenfalls eine prozesshafte Betrachtung erfordern. Die mit Sozialgenetik beschriebene Offenheit des genetischen Codes, die eben nicht deterministisch ist, sondern der Genaktivität eine viel flexiblere Rolle zuschreibt, ist nicht kartesianisch erklärbar. Gene können lernen und Codes verändern sich mit den gemachten Erfahrungen.

Immer dann, wenn einfache reduktionistische Methoden ein Phänomen nicht erklären können, und dies ist vor allem bei den kleinsten Einheiten wie den subatomaren Teilchen, aber auch

den subzellulären Einheiten der Fall, geht es in Richtung systemtheoretische, netzwerkbezogene Erklärungen. Eine system- und netzwerkorientierte Betrachtungsweise muss zwangsläufig auch neue Definitionen für Prozesse erarbeiten, die allgemeiner Natur sind, wie beispielsweise für die Begriffe Krankheit, Gesundheit, Heilung, Psyche, Körper oder Leben. All diese Begriffe beschreiben Aspekte eines Prozesses oder Knoten eines Netzwerks, je nachdem, welche Perspektive gerade eingenommen wird.

AUSWIRKUNGEN DES NEUEN PARADIGMAS AUF DIE ÄSTHETISCHE MEDIZIN

Netzwerke

Wenn wir die ästhetische Praxis als Netzwerk betrachten, wer ist denn dann eigentlich Bestandteil dieses Netzwerks? Ziemlich wahrscheinlich wird jeder Leser zustimmen, dass alle Mitarbeiter einer Praxis als Netzwerkglieder zu betrachten sind. Weniger klar dürfte sein, ob auch die zu behandelnden Patienten als integrale Bestandteile des Praxisnetzwerks anzusehen sind.

Unsere Position ist dazu eindeutig: Patienten sind im neuen Paradigma nicht länger als Objekte zu betrachten, sondern als wichtige Glieder oder Knoten, als Bestandteile eines Ganzen, das sich als Praxis organisiert. Diese Zuordnung hat gravierende

Auswirkungen auf alle Verhältnisse, die sich in einer Praxis selbstorganisiert gebildet haben. Insbesondere auch deshalb, weil die Patienten das dynamischste Element des Netzwerks bilden, das zu neuen Formen der Selbstorganisation führen kann.

In diesem Artikel interessieren uns insbesondere einige Netzwerkaspekte, die existentielle Bedeutung für die Zukunft jeder Praxis, aber eben auch der ästhetischen Praxis haben, nämlich das Verhältnis von Arzt und Patient, das Verhältnis von Arzt und Team sowie das Verhältnis von Team und Patient.

Wirkungen

Wenn es so ist, wie alle neueren Studien und selbst die Bundesärztekammer [3] behaupten, dass die Kommunikation und Interaktion zwischen Arzt und Patient als Placebo Effekt weitreichende Konsequenzen für einen Behandlungserfolg hat, dann müssen wir uns intensiver mit diesem Phänomen auseinandersetzen. Placebo wollen wir hier nicht im engeren Sinne als Scheinarzneimittel betrachten, sondern im erweiterten Sinne, den alle Studien und Untersuchungen nahelegen, nämlich dass der behandelnde Arzt oder besser noch die Beziehung zwischen ihm und seinem Patienten einen gravierenden Einfluss auf Vorgänge des Organismus hat, ohne überhaupt eine Behandlung mit einem Wirkstoff durchgeführt zu haben. Die Schamanen und Heiler primitiver Kulturen wussten intuitiv um diesen Zusammenhang.

Perfectha[®]

Französische Hyaluronsäure
im Dienst der Schönheit

E-Brid Technologie:

- 90% quervernetzte und 10% nicht-quervernetzte HA sorgen für die perfekte Hydratation der Haut
- Geringe Produktmenge für hohe Füllkapazität
- Hohe Elastizität und niedrige Viskosität garantieren geringen Kraftaufwand bei der Unterspritzung

LABORATOIRE
ObvieLine
FRANCE

A SINCLAIR Company

Sinclair Pharma GmbH
Westhafenplatz 1
60327 Frankfurt Am Main

T: 069/710456330
F: 069/710456450





Visualisierungen von Bewegung © Volker Schrader, Lightworks Gallery



Paradigmenwechsel der Wissenschaften – Zeitstrahl

1922	Vorlesung Niels Bohr Göttingen
20er Jahre	Charles Elton Animal Ecology Nahrungsgemeinschaften, später Ökosystem
	Walter Cannon Einführung Begriff Homöostase als Selbstregulationsmechanismus
50er Jahre	Bertalanffys entwickelt die Systemtheorie für die Biologie mit offenen Systemen
	Macy Konferenzen von Norbert Wiener entwickelten erstes kybernetisches Modell des Geistes, Rückkopplungsschleifen als Grundorganisation der Beständigkeit von Systemen
	Einführung des Begriffs „Selbstorganisation“
60er Jahre	Haken veröffentlicht nichtlineare Lasertheorie als Bindeglied zur Quantenphysik
70er Jahre	Prigogine untersucht dissipative Strukturbildungen
	Manfred Eigen entdeckt Hyperzyklen als selbstorganisierende Systeme
	Maturana entdeckt, dass Leben ein Prozess der Kognition ist durch Autopoiese
	Mathematik der komplexen Zahlen, Chaostheorie, fraktale Geometrie

Dieser Einfluss zeigt ja gerade die massive Wirkung, die sich innerhalb eines Netzwerks abspielen kann. Jeder Mediziner hat selbst bereits diese Erfahrung gemacht, dass ein Patient eine besonders gute therapeutische Wirkung gezeigt hat. Innerhalb unseres Netzwerks haben wir die Abhängigkeit „objektiver“ Ergebnisse von den entsprechenden Kommunikatoren und ihren (unbewussten) Kommunikationsstrategien untersucht. Wir mussten dies tun, denn wir waren mit manchmal verwirrenden Ergebnissen konfrontiert, die unbedingt geklärt werden mussten, nämlich dass z.B. die Injektions-Lipolyse bei vielen unserer Mitglieder sehr gute Ergebnisse brachte, während einige wenige Mitglieder berichteten, dass sie gar keine oder nur schlechte Ergebnisse hatten. Zuvor hatten wir andere Ursachen bereits ausgeschlossen wie z.B. die Frage, ob alle nach denselben Protokollen behandelt hatten, denselben Wirkstoff in derselben Dosierung etc. Die beschriebenen Abweichungen konnten also nichts mit einzelnen Patienten zu tun haben, sondern mit den Verhältnissen zwischen Arzt-Team-Patienten. Diese Verhältnisse aber sind genau die Netzwerkaspekte, die über die Produktivität oder Nichtproduktivität und damit den Erfolg eines Systems entscheiden.

Ob etwas wirkt, hat also auch mit den Verhältnissen von Arzt, Team und Patienten zu tun. Damit eine Wirkung sich entfalten kann, sollte uns klar sein, dass nicht nur die eingesetzte Therapie, sondern auch psychische, kommunikative und soziale Aktivitäten notwendig sind. Die psycho-physische Einheit Mensch, die von Descartes voneinander getrennt wurde, um die rein physischen Vorgänge untersuchen zu können, hat uns deshalb mehr Potential zu bieten, als es das kartesianische Modell annimmt. Diese Trennung liefert auf vielen Untersuchungsebenen falsche oder verzerrte Ergebnisse. Eine Arzneimittelzulassung ist ja nur deshalb so schwierig, weil eine objektive Wirkung eines Wirkstoffs nachgewiesen werden muss. Dies ist nachgerade paradox, wenn als erwiesen gilt, dass diese unabhängige Wirkung nicht oder nur in sehr begrenztem Rahmen existiert.

Aber gehen wir doch näher auf die scheinbar objektive Wirkung in der Ästhetik ein, denn hier kann ja jeder sehen, ob eine Wirkung eintritt oder nicht. Wenn der Laser sein Licht auf die Haut sendet, ist dies ja eine „objektive“ Wirkung. Jeder behandelnde Mediziner aber wird sofort zustimmen, dass die Behandlungsergebnisse – auch mit denselben Energien – sich individuell stark unterscheiden, was bei klassisch „objektiven“ Effekten nicht auftreten dürfte. Dasselbe werden erfahrene Ärzte auch für BTX- oder Fillerbehandlungen einräumen, wo sehr unterschiedliche Dosierungen eingesetzt werden müssen, um bei verschiedenen Patienten mit ähnlichem anatomischen Aufbau denselben Effekt zu erzielen.

Welche Konsequenz erheischt diese Erkenntnis? Will ein Arzt großen Erfolg und gute Ergebnisse erzielen, bleibt ihm nichts anderes übrig, als eine zusätzliche Tätigkeit durchzuführen: Er muss seinen Patienten sehr gut kennen- und verstehen lernen. Ohne diese Tätigkeit werden durchschnittliche Ergebnisse erzielt. Diese Aktivität steht in diametralem Gegensatz zur Passivbehandlung eines Patienten nach kartesischem Muster. Viele Ärzte, insbesondere solche mit viel Erfahrung, wissen intuitiv um diesen Zusammenhang und handeln dementsprechend. Durch seine Beziehungsaktivität heilt der Arzt nicht, sondern er moderiert den Selbstheilungsprozess des Patienten. Dies gilt nicht allein für die konservative Medizin, sondern auch

für die Ästhetik, selbst wenn der Arzt sagen könnte, er habe die Veränderung durch sein Eingreifen herbeigeführt. Ob sich der Patient besser fühlt, was einen Heilungsprozess ja definiert nach WHO, wird durch Interaktion, nicht durch alleinige Aktion des Arztes ausgelöst, auch wenn es auf den ersten Blick so aussehen mag.

ÜBERZEUGUNGEN

Eine große Rolle spielen auch eigene Überzeugungen, mit denen sich unsere Ärzte während unserer letzten Fortbildung auf Mallorca beschäftigt haben. Wenn alle, Arzt, Patient und Team von einer Therapie überzeugt sind, wird dieser Vorgang andere Ergebnisse hervorbringen, als wenn alle von einer Therapie nicht überzeugt sind, oder auch nur ein Glied des Netzwerks nicht überzeugt ist. Ein Arzt, der mit Helferinnen zusammenarbeitet, die die Überzeugung haben, dass die eingesetzte Therapie „nichts bringt“, obwohl er von ihr überzeugt ist, wird es trotz eigener positiver Überzeugung, sehr schwer haben.

Mit diesem Thema hat sich die Kommunikationswissenschaft bereits vor mehr als 40 Jahren beschäftigt. Das Phänomen wurde von zahlreichen Autoren beschrieben, zuletzt von Paul Watzlawick [4] und es wurde zu Recht als „Self Fulfilling Prophecy“ oder sich selbst erfüllende Prophezeiung bezeichnet.


ELLANSÉ™
A touch of youth

Der erste Filler mit individuell bestimmbarer Haltbarkeit



ELLANSÉ gehört zu einer neuen Fillergeneration für länger anhaltende ästhetische Resultate. Der Patient hat die Möglichkeit, die für ihn passende Dauer der Korrektur selbst zu bestimmen. ELLANSÉ regt nicht nur die Kollagenneogenese an, sondern erhöht auch die Patientenzufriedenheit mit einem sofortigen Effekt.

AQTIS 
 Medical
 a SINCLAIR company

Sofortige Korrektur



Verbessertes Gesichtsvolumen



4 verschiedene Haltbarkeiten



Optimales Ergebnis mit wenig Materialeinsatz

Ganz einfach ausgedrückt bedeutet es in unserem Zusammenhang, dass ein Arzt, der von einer Therapie nicht überzeugt ist und diese trotzdem ausführt, unbewusste Handlungen durchführen wird, die seine Überzeugung bestätigen. Überzeugungen stabilisieren sich selbst und uns, und gerade deshalb ist es sehr schwierig, sie wahrzunehmen und zu verändern. Sie dienen der Erzeugung einer Identität, die aber nicht die Identität des ästhetisch arbeitenden Mediziners sein muss.

Überzeugungen haben durch ihren unbewussten Handlungsspekt starke Auswirkungen auf andere am Kommunikationsprozess Beteiligte, hier vor allem natürlich auf die Patienten. Ohne dass der Arzt jemals über seine Überzeugungen gesprochen hätte, werden diese dennoch vom Patienten wahrgenommen, weil sie in allen Handlungen des Arztes geronnen sind. Es lohnt also, will man Erfolg haben, eigene Überzeugungen wahrzunehmen und diese zu bearbeiten. Unsere ganze Serie von Artikeln sollte beispielsweise dazu dienen, Überzeugungen in Frage zu stellen oder transparent zu machen. Es ist deshalb für jeden ästhetisch arbeitenden Mediziner notwendig, zu bestimmen, welche Therapien er von seiner Überzeugung her anbieten kann und welche nicht. Um auch hier ein Beispiel zu geben: Die in den letzten Jahren aufkommende Intimchirurgie geht vielen Chirurgen einfach zu weit. Wenn ein solcher Eingriff gegen die eigenen Überzeugungen und ethischen Vorstellungen von einem Chirurgen durchgeführt wird, kann dies nicht gut sein.

Überzeugungen spielen heute eine große Rolle in der Trauma Forschung, die gezeigt hat, dass sie Einfluss nehmen können auf die Genaktivität und sich quasi in jeder Zelle festsetzen, also physisch manifestieren. Grundüberzeugungen (z.B. „Ich bin nicht erfolgreich.“) sind deshalb nur sehr schwer zu verändern, und dieser Aspekt kann aus diesem Grunde nicht Gegenstand dieses Artikels sein.

Was aber in jedem Fall zum Thema Überzeugungen gesagt werden kann ist, dass es für den behandelnden Arzt wichtig ist, nicht nur eigene Überzeugungen zu reflektieren, sondern die Überzeugungen seiner Patienten zu erfahren. Es macht wenig Sinn, gegen die Überzeugung eines Patienten eine Behandlung durchzuführen. Dies sind dann meist die Fälle von Unzufriedenheit oder Konflikten mit der Praxis, und jeder kennt diese Fälle. Ein wenig mehr Aufmerksamkeit in der Beratung zu Behandlungen, ob der Patient Zeichen von Nichtübereinstimmung zeigt, obwohl er scheinbar zustimmt, kann der ästhetischen Praxis viel Ungemach und zusätzliche Arbeit ersparen. Innere Zerrissenheit – „Der Arzt ist so nett und ich kann deshalb nicht nein sagen, obwohl ich eigentlich müsste.“ – kann dem Patienten nicht vorgeworfen werden. Sie bedeutet oft, dass der Patient keinen Konflikt heraufbeschwören möchte. Ihm das Gefühl zu geben, dass seine widerstreitenden Gefühle beim behandelnden Arzt oder anderen Mitgliedern des Teams gut aufgehoben sind, erleichtert eine offene Kommunikation und diese führt zu besserer Patientenselektion und höherer Akzeptanz. Von erfahrenen Ästhetikern hören wir immer wieder den Satz, dass es besser ist und häufig zu mehr Empfehlungen führt, wenn sie Patienten ablehnen. Eine wohlwollende Ablehnung demonstriert, dass man die Ästhetik und jeden einzelnen Patienten Ernst nimmt und nicht nach dem Verdienst schießt, was wichtig ist für

den praktizierenden ästhetischen Arzt im Verhältnis zu seinen Patienten.

Ein jeder Knoten eines Netzwerks ist gleich wichtig. Zwar spielt die Beziehung von Arzt und Patient eine übergeordnete Rolle, dies bedeutet jedoch nicht, dass die Verhältnisse einzelner Mitglieder des Teams zu einzelnen Patienten nicht genauso wichtig sind. Eine sorgfältige Auswahl der Personen, die innerhalb einer Praxis für die Ästhetik zuständig sind, sollte unbedingt berücksichtigen, welches Verhältnis die Mitarbeiter zur Ästhetik haben. Wenn eine negative Disposition vorliegt, kann diese nur schwer verändert werden, was übrigens auch nicht Aufgabe des Arztes sein kann.

SCHLUSSFOLGERUNGEN

Das neue Paradigma der Wissenschaft wird sich in den kommenden Jahrzehnten über alle Fachdisziplinen ausdehnen müssen, weil Prozesse, Verbindungen bzw. Beziehungen und Verhältnisse zur Vertiefung neuer Erkenntnisse in den Fokus der Aufmerksamkeit rücken. Die neue Wissenschaftstheorie wird ihre Erkenntnisse vor allem über die Betrachtung von Prozessen und den diesen zugrunde liegenden Netzwerken erweitern. Die ästhetische Medizin kann von diesem neuen Paradigma profitieren, ja sie kann sich in ihrer Außenseiterrolle sogar besonders dadurch profilieren, dass sie heute bereits umsetzt, was in einigen Jahrzehnten auf jede Arztpraxis oder Klinik oder Universität zukommen wird, die erfolgreich arbeiten will. Insbesondere spielen dort Prozesse eine Rolle, wo Menschen miteinander interagieren und kommunizieren. Hier wird das neue Paradigma Möglichkeiten eröffnen, die ästhetisch arbeitenden Ärzten eine bessere Patienten- und Teamselektion eröffnen und zugleich die Verhältnisse so gestalten, dass offene Kommunikation von gleichberechtigten Teilen eines Systems oder Knoten eines Netzwerks die Erfolgsquote ästhetischer Behandlungen steigern wird.

Korrespondenzadresse:

Dipl.-Ing. Dirk Brandl
Mühlenstraße 19
D-48317 Drensteinfurt
brandl@network-globalhealth.com

Literatur:

1. Gribbin J (2004) Auf der Suche nach Schrödingers Katze. München: Piper
2. Capra F (1999) Lebensnetz: ein neues Verständnis der lebendigen Welt. München: Knaur-Taschenbuch-Verl.
3. Placebo in der Medizin – Eine Stellungnahme – Herausgegeben von der Bundesärztekammer auf Empfehlung ihres Wissenschaftlichen Beirats. Überarbeitete Fassung vom Vorstand der Bundesärztekammer in seiner Sitzung vom 27.08.2010 zur Kenntnis genommen. Ursprüngliche zustimmende Kenntnisnahme durch den Vorstand der Bundesärztekammer in seiner Sitzung vom 25.03.2010.
4. Watzlawick P (1988) Anleitung zum Unglücklichsein. München: Piper

CONTROVERSIES IN AESTHETIC MEDICINE:
THE FRAME CONDITIONS 7: THE SOCIAL POWER OF BEAUTY

Kontroversen in der ästhetischen Medizin: Die Rahmenbedingungen 7: Die soziale Macht der Schönheit

MARGRIT LETTKO¹ UND DIRK BRANDL²

SCHLÜSSELWÖRTER: Attraktivität, Morphen, Attraktivitätsstereotyp, Symmetrie, sexueller Dimorphismus

KEYWORDS: attractiveness, morphing, attractiveness stereotype, symmetry, sexual dimorphism

ZUSAMMENFASSUNG:

In der ästhetischen Medizin haben wir es mit der Optimierung von vielfältigen Faktoren zu tun, die unser Gegenüber als „schön“ oder „attraktiv“ wahrnimmt. Schönheit hat immer eine soziale Bedeutung und ist nie losgelöst von den gesellschaftlichen Verhältnissen zu sehen. Unser Spiegelbild betrachten wir nicht nur mit unseren Augen, sondern vor allem auch mit den Augen der anderen. Dies zeigt die gesellschaftliche Bedeutung von etwas zutiefst Persönlichem. Ästhetische Medizin kann nur dann erfolgreich arbeiten, wenn wir hinter die Fassade blicken und verstehen, warum Menschen attraktiver werden wollen.

SUMMARY:

Aesthetic medicine deals with the optimization of multiple factors, which are reflected by our fellows as „beautiful“ or „attractive“. Beauty therefore implies always a social importance and cannot be seen detached from social relations. At our mirror image we look first with the eyes of others. This demonstrates the social evidence of something fundamentally personal. Aesthetics will only be successful, if we can have a look behind the facade and understand, why people are wishing to become more attractive.

ASPEKTE DER GLOBALISIERUNG

Karl Marx charakterisierte unser Wirtschaftssystem als ein System, in welchem Arbeiter und Angestellte freigesetzt wurden, ihre Arbeitskraft als Ware zu verkaufen. Wenn es doch dabei geblieben wäre! Zwar ist der Warencharakter der Arbeitskraft nach wie vor die Grundlage unserer entwickelten Wirtschaftssysteme, und heute, im Zeitalter der Globalisierung mag diese Charakterisierung insbesondere noch zutreffen für die produzierende Industrie, die mittlerweile in die Exportproduktionszentren (EPZ) in China, Nordkorea oder Bangladesch ausgelagert ist [1]. Die Marketingabteilungen, die diese Produkte entwickeln und designen, den Bedarf wecken und uns Konsumenten davon überzeugen, sie zu kaufen, liegen nach wie vor in den Metropolen des Geldes in Europa und den USA. Und auch die Firmen, die die Produktion optimieren, finden sich noch immer in den Zentren der Macht. Wer hier arbeiten will, muss mehr verkaufen als nur seine Arbeitskraft oder Qualifikation. Hier wird Persönlichkeit gekauft, und wer sich an diesen Fleischtöpfen niederlassen will, muss viel dafür tun, um

attraktiv zu sein, also dem schönen Schein der Ware genügen. Dies sind die ökonomischen Hintergründe, warum immer mehr Menschen sich damit beschäftigen, attraktiver zu werden. Attribute der Attraktivität können sehr vielfältig sein, je nachdem, wer uns betrachtet: Für den Chef einer Baufirma ist ein Arbeiter attraktiv, der Muskelberge sein eigen nennt, für den Chef einer Telefonmarketingfirma spielt das Aussehen so gut wie keine Rolle, dafür aber die Stimme umso mehr. Überall, wo direkter Kontakt zwischen Kunde und Verkäufer besteht, sind vielfältigere Attribute gefragt.

Aber wie funktioniert das, wenn wir jemanden als schön bzw. attraktiv bewerten? Worin sind die Gründe zu sehen, warum eine Person als attraktiv und eine andere als unattraktiv betrachtet wird? Mit diesen Fragen beschäftigt sich dieser Artikel.

Catherine Hakim, Soziologin an der London School of Economics, hat vor kurzem das Buch „Erotisches Kapital, das Geheimnis erfolgreicher Menschen“ [2] herausgebracht. Grund dafür war ihre Erkenntnis, dass Attraktivität im öffentlichen Leben immer wichtiger wird. Unter erotischem Kapital versteht sie „eine schwer greifbare Mischung aus äußerer Schönheit, sozialer Attraktivität und Sex-Appeal, die manche Menschen besonders anziehend macht“ [3]. Bedeutung und Wert von erotischem Kapital würde enorm in unserer sexualisierten und individualisierten modernen Gesellschaft wachsen und sei ihrer Meinung nach nicht weniger wichtig als wirtschaftliches (Gut und Geld), kulturelles (was man weiß) und soziales Kapital

- 1 Dozentin Globalhealth Academy, Diplompsychologin, Ärztin für Allgemeinmedizin mit Schwerpunkt Ästhetik
- 2 Sprecher Globalhealth Academy für ästhetische Medizin

(wen man kennt), wobei der Begriff „Kapital“ hier missverständlich benutzt wird.

Letztlich sagt Hakim nichts anderes, als dass Attraktivität unsere wichtigste zwischenmenschliche Währung ist. Diese Aussage ist sicher richtig, auch wenn jeder durch seine eigenen Interessen geleitet den Filter Attraktivität wirken lässt.

WARUM BEEINFLUSST ATTRAKTIVITÄT UNSER SOZIALES UMFELD UND UNS SELBST?

Wir wollen nur kurz einige Hinweise auf das „warum“ geben, die aber notwendig sind, um die einsetzenden Mechanismen bei der Begegnung mit einem attraktiven Menschen besser zu verstehen. Der größte Teil des Artikels beschäftigt sich damit, wie stark Attraktivität unser soziales Umfeld beeinflusst.

Dabei sollten wir unterscheiden zwischen der Erstwahrnehmung, die uns innerhalb der ersten 150 Millisekunden eine Antwort darauf gibt, ob wir jemanden als attraktiv wahrnehmen und weiteren Signalen, die wir im Prozess des näheren Kennenlernens verarbeiten. Obwohl sich die menschlichen Gesellschaften innerhalb der letzten 10.000 Jahre zivilisatorisch enorm entwickelt haben, besteht der Ersteindruck vor allem aus sehr instinktiven Feedbacks, die auf einen viel längeren Zeitraum der menschlichen Entwicklung verweisen und eigentlich zu unserer tierischen Natur gehören. Alle Attraktivitätsattribute erlauben es uns, eine Selektion zu betreiben, die auf den Mechanismen der Reproduktion aufbaut. Die unbewusste und instinktgeleitete Frage, die dabei eine Rolle spielt, ist die nach der Entwicklung des eigenen Genpools in eine vorteilhafte Richtung.

Die Wahrnehmung von Attraktivität scheint über alle Kulturen hinweg eine gemeinsame Basis zu haben, die für die Mehrzahl der Attraktivitätsforscher der Anlass war, eine Art angeborene Tendenz anzunehmen. Soziale Faktoren, bzw. gesellschaftliche Sozialisation sollen danach keine Rolle spielen.

In diesem Zusammenhang muss man sich natürlich die Frage stellen, was „kulturübergreifend“ heißt? Im Zuge der Globalisierung gibt es kaum noch eine Kultur oder einen Landstrich, bei dem die westliche Kultur nicht schon als Exportware zu bemerken wäre. Wen wundert es also, dass westliche Archetypen von Schönheit mittlerweile überall anzutreffen sind?

WANN WIRD EIGENTLICH EIN MENSCH ALS ATTRAKTIV BEURTEILT?

Die drei wichtigsten Theorien zur Attraktivitätsforschung sind die

- Durchschnittshypothese,
- Symmetriehypothese,
- und die Theorie des sexuellen Dimorphismus.

Wir möchten uns mit diesen drei Hypothesen insbesondere deshalb auseinandersetzen, weil auf Kongressen oder in Artikeln zur Ästhetik immer wieder auf sie zurückgegriffen wird. Falls ein ästhetisch arbeitender Mediziner daraus Rückschlüsse für seine Arbeit zieht, könnte er fatale Fehlentscheidungen treffen, denn:



Abb. 1: Hinter die Fassade blicken...

Es gibt etliche Forschungsarbeiten zu diesen drei Theorien, die bei genauerer Betrachtung Widersprüche und methodische Mängel aufweisen. Keine der aufgestellten Theorien der Attraktivitätsforschung scheint die Attraktivität wirklich wissenschaftlich valide erklären zu können.

AD 1. DURCHSCHNITTLICHKEIT

In der Attraktivitätsforschung gilt die These, dass Durchschnittlichkeit die Voraussetzung für Attraktivität ist [4]. Durchschnittlich bezieht sich hier auf den mathematischen Durchschnitt einer Population. Mit Hilfe einer Morphing-Software wurden mathematische Durchschnittsgesichter entwickelt und mit den Originalgesichtern verglichen. Daraus leiteten die Wissenschaftler die in der Attraktivitätsforschung noch heute gültige Durchschnittshypothese ab.

Bei näherer Prüfung der Studien fallen jedoch einige sehr markante Mängel auf, die sich einerseits auf die angewendeten



Abb. 2: Für die Ästhetik des Bildes ist Symmetrie nicht von Bedeutung, sondern die Erzeugung von Gleichgewicht.

Methoden beziehen, andererseits auch auf die zugrundeliegenden Hypothesen (es kann nur das gefunden werden, nach dem auch gefragt worden ist), die wir hier nur anreißen möchten und die Gründl [5] hervorragend herausgearbeitet hat. Auf diese Arbeit beziehen wir uns im Folgenden. Er belegt detailliert, dass die Aussage der Durchschnittlichkeit auf Falschannahmen beruht und demnach schlicht falsch ist. Wenn überhaupt, dann hat Durchschnittlichkeit nur einen geringen, nicht signifikanten Einfluss und das nur, wenn man die attraktiveren Gesichter morphet. Gründls Untersuchungen zeigen, dass der scheinbar große attraktivitätssteigernde Effekt der Durchschnittlichkeit auf Artefakte des Morphens selbst zurückzuführen ist. Durch die Bildverarbeitung kommt es zu einer besseren Hautbeschaffenheit. Makel werden kleiner oder gar nicht mehr sichtbar, die Haut wird glatter.

Die Beschaffenheit der Haut spielt bei der Beurteilung der Attraktivität eine bedeutende Rolle, was gut zu verstehen ist, schließlich ist makellose Haut ein untrügliches Zeichen für Gesundheit und vor allem für Jugendlichkeit. Je gesünder bzw. jugendlicher sich die Haut durch ihre Textur, Gleichmäßigkeit der Färbung und des Farbtones selbst darstellt, umso attraktiver wird die Person eingeschätzt. Durchschnittliche Gesichtsproportionen führen zu nichts anderem als zu einem mittelmäßigen Aussehen.

AD 2. SYMMETRIE

Muss das Gesicht symmetrisch sein, damit es schön wirkt? Immerhin gilt Symmetrie als äußeres Zeichen von genetischer Gesundheit. Die Theorie der Attraktivitätsforschung besagt: Ist die äußere Gestalt symmetrisch, ist die Wahrscheinlichkeit von gesunden Genen deutlich größer und damit auch von überlebensfähigen Nachkommen [7].

Ob Symmetrie wirklich der einzige Indikator für genetische Qualität ist, mag im Augenblick dahingestellt sein. Es gibt viele Studien zur Symmetrie und Attraktivität, die je nach verwendeter Methodik unterschiedlich ausfallen.

Gründl [5] konnte unter Berücksichtigung von bisherigen methodischen Mängeln aufzeigen, dass die Symmetrie-Hypothese als widerlegt angesehen werden muss. Vermeintliche Einflüsse von Symmetrie auf die Attraktivität von Gesichtern basieren nach ihm auf Methodenartefakten. Demnach ist Symmetrie (nicht die pathologische) als Attraktivitätskriterium völlig irrelevant. Attraktivität kann auch durch eine perfekte Optimierung der Gesichtsproportionen nicht gesteigert werden. Im Umkehrschluss heißt das auch, dass attraktivere Gesichter vom Betrachter automatisch als symmetrischer wahrgenommen werden. Die Asymmetrie als solche, falls sie nicht extrem ist, wird überhaupt nicht zur Kenntnis genommen.

AD 3. SEXUELLER DIMORPHISMUS

Die folgenden Ausführungen berufen sich wiederum auf Gründl [5]. Sexueller Dimorphismus bedeutet, dass attraktive Gesichter besonders geschlechtstypisch aussehen, also typisch feminin bzw. typisch maskulin.

Die Kindchen-Schema-Hypothese, wonach Zeichen eines Kindes zur Attraktivität der Frau gehören, ist eng verwandt mit dieser Hypothese. Der theoretische Hintergrund der Hypothese „Sexueller Dimorphismus“ ist in der Evolutionspsychologie zu suchen.

Hohes Testosteron bedingt danach starke Ausprägung von sekundären männlichen Geschlechtsmerkmalen, aber auch hohe Krankheitsanfälligkeit, da Testosteron das Immunsystem unterdrückt, was bisher nur bei Tieren festgestellt, nicht jedoch bei Menschen nachgewiesen werden konnte.

Da eine hohe Krankheitsanfälligkeit für die Fortpflanzung nicht besonders vorteilhaft wäre, wird jetzt die Handicap-Hypothese herangezogen. Danach würden es sich nur besonders gesunde, mit einem genetisch bedingten fähigen Immunsystem ausgestattete Männer leisten können, solche sekundären Geschlechtsmerkmale auszubilden (Immunkompetenz-Handicap-Hypothese). Bei Frauen hingegen soll ein niedriger Testosteronwert von Vorteil sein, da daraus eine verminderte Krankheitsanfälligkeit hervorgeht.

Der gleiche Marker, das Testosteron, wird also geschlechtsabhängig bewertet, was nicht für die Stimmigkeit der Hypothese spricht. Damit die Hypothese trotzdem stimmt, wird dann der Östrogenspiegel der Frau und die daraus sich ergebenden weiblichen Geschlechtsmerkmale herangezogen. Hoher Östrogenspiegel = weibliche Geschlechts(=Gesichts)merkmale = bessere Fruchtbarkeit.

Empirische Befunde zur Aussage, dass männliche Gesichtsmarkmale bei Männern deren Attraktivität steigern, sind je nach angewandeter Methode (anthropometrische Messung, experimentelle Manipulation mittels Computer, direkte Ratingskalen) sehr unterschiedlich. Das spricht mit großer Wahrscheinlichkeit für methodische Artefakte. Gründl [5] vermutet einen möglicherweise kurvilinearen Zusammenhang zwischen männlichen Gesichtszügen und Attraktivität. Dafür sprechen auch die unterschiedlichen Aussagen der Frauen, die mal Machos, mal Softies bevorzugen. Die typisch kindlichen Merkmale sind, mit einigen Ausnahmen, deckungsgleich mit den weiblichen Merkmalen, weshalb viele Untersuchungen das Kindchen Schema zugrunde legen.

Der Vergleich der bisherigen Studien wie auch der von Gründl neu konzipierten Experimente zeigen, dass die Hypothese des sexuellen Dimorphismus wohl nur für die Frauengesichter gilt. Frauengesichter, die dem Kindchen Schema angenähert wurden, wurden als attraktiver bewertet, wenn der Anteil 40 % nicht überschritt.

Laut Cunningham [9] ist es die Mischung aus Kindlichkeit und Reife, die weibliche Schönheit anziehend macht. Das Reifezeichen, das hier eine Rolle spielt, ist die Höhe der Wangenknochen sowie das Abschmelzen des Wangenfettes und der dabei entstehende Wangenschatten – dieses Mischungsverhältnis ist allerdings variabel und ändert sich je nach Persönlichkeit, Anforderung oder Zeitgeist.

Der weniger attraktive Mann scheint ebenso von kindlichen Zügen zu profitieren, der schon als attraktiv bewertete Mann dagegen nicht. Es kommt beim Mann wohl eher auf die Mischung von kindlichen und maskulinen Merkmalen an. Soweit zu den drei Hypothesen der Attraktivitätsforschung.

In unserer Praxis der Anwendung bzw. Begleitung ästhetischer Therapien können wir mit diesen drei Hypothesen nichts anfangen. Sie sind in keinem Fall dazu geeignet, uns bei unserer Tätigkeit zu unterstützen. Wir möchten deshalb hier unsere Erfahrungen aus der Praxis heraus darstellen.

Attraktivität ist nach unserer Erfahrung eindeutig mit Jugendlichkeit verbunden. Diese Aussage ist zwar auf der einen Seite trivial, auf der anderen Seite ist es gerade das, was uns für unsere Arbeit interessiert. Es ist nicht die von den Patienten so nachdrücklich hervorgehobene Falte, die so „störend“ wirkt, sondern es sind Merkmale, die sich aufgrund der veränderten Knochenstruktur, der Fettreduktion in bestimmten Teilen des Gesichtes und der Hautveränderung ergeben. Es gibt die für uns typischen Altersmerkmale, zum Beispiel den Volumenverlust im Mittelgesicht oder umgekehrt die Volumenzunahme der Hängebäckchen. Hier setzen wir an. Wir versuchen, dem Gesicht die Merkmale der Jugendlichkeit zurückzugeben. Kein plastischer Chirurg nähert bei einem Facelift das Gesicht dem Durchschnitt an, sondern den herausragenden Merkmalen der Jugendlichkeit und damit der Vitalität. Weder Durchschnitt noch Symmetrie noch sexueller Dimorphismus sind attraktiv, sondern Jugendlichkeit, wobei der Terminus Jugendlichkeit nicht suggerieren soll, dass wir empfehlen, ältere Menschen zu Jugendlichen zu transformieren. Was wir wollen ist, durch ästhetische Eingriffe die Zeichen des Alters zu mildern, und deshalb bemühen wir uns, alle altersbedingten Veränderungen zu reduzieren. Schönheit und Jugend stehen in enger Korrelation zueinander. Ein glattes, durch ein Facelift sehr gestrafftes Gesicht bekommt durch den Eingriff nicht unbedingt eine höhere Attraktivität, wenn nicht auch gleichzeitig andere Altersmerkmale ausgeglichen werden.

In diesem Zusammenhang trifft es sich gut, dass M. Kerscher gerade (Kosmetische Medizin 6/14) eine Untersuchung zu mit Fillern behandelten Patienten vorgestellt hat, die genau diesen Link zur Jugendlichkeit aufzeigt.

DIE WICHTIGSTEN KENNZEICHEN DES JUGENDLICHEN GESICHTES

Wenn wir die ästhetischen Therapien richtig einsetzen wollen, benötigen wir eine genaue Kenntnis darüber, welche Zeichen oder Attribute uns denn den Eindruck von Jugendlichkeit vermitteln. Zur Beschaffenheit der Haut hatten wir bereits wichtige Hinweise gegeben. Die Beschaffenheit der Haut ist zwar wichtig, aber mit glatter Haut ist man noch lange nicht schön.

Die „Superschönen“ haben große Augen (eher der Augenöffnungsgrad), höhere Augenbrauen, betonte Wangenknochen, kleine Nase, volle Lippen (Zeichen der Jugend, nicht des Kindes), grazile Kiefer- und Kinnpartie. Nicht alle Zeichen des Kindchen Schemas erhöhen die Attraktivität, so z. B. die Pausbacken des Kindes. Attraktive Gesichter brauchen den Wangenschatten.

Es gehört auch noch eine weitere Zutat hinzu: Die so genannten Ausdruckszeichen. Freundliches Lächeln, weite Pupillen, hohe Augenbrauen, durch die eine Botschaft übermittelt wird: Hier kommt ein Freund [9]. Wir lesen etwas in Gesichter hinein, auch wenn dieses Attribut in Wirklichkeit nicht vorhanden ist. Menschen mit einer starken Zornesfalte z. B. oder



Abb. 3: Figur und Grund verschmelzen zu einer ganzheitlichen Wahrnehmungseinheit.

vertiefter Merkfalte entfachen Gefühle in uns, vor denen wir uns nicht schützen können. Unsere Einschätzungen auf Grundlage dieser Gefühle passieren blitzschnell.

Der Wahrnehmungspsychologe Todorov [12] nimmt aufgrund seiner Untersuchungen mit 3D-Gitternetz – mathematisch kodierten Gesichtern an, dass diese Gesichter mit zufälligen negativen Merkmalen automatisch mit Gesichtern verglichen werden, die diesen Gefühlsausdruck in sich tragen. Er spricht von „overgeneralization“. Todorov hat auch herausgefunden, dass die Wahrnehmung von Vertrauenswürdigkeit eng mit der Wahrnehmung von Attraktivität gekoppelt ist. Renz [6] schreibt: „Wer glücklich aussieht, lässt bei uns die Vertrauenssaite klingen, und wer als vertrauenswürdig wahrgenommen wird, wird auch als anziehend empfunden“.

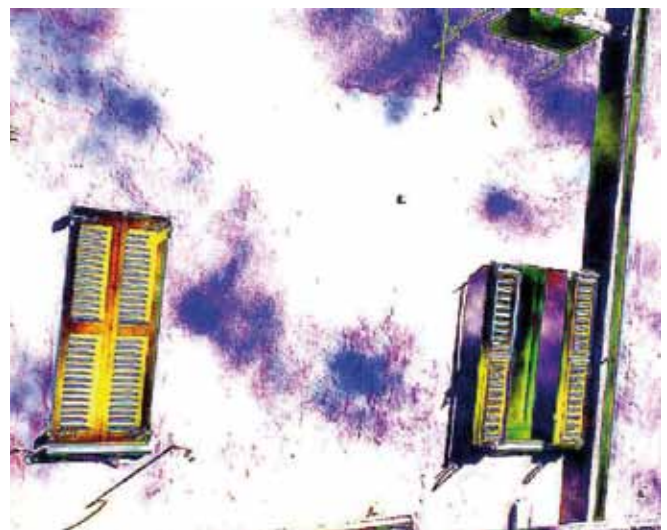


Abb. 4: Inhalt und Form zusammen bilden die Nachricht oder Aussage.



Abb. 5: Die Zerstörung alter Strukturen erschafft neue.

Die Mischung für Attraktivität ist also Kind, Frau/Mann und Freund, und zwar für beide Geschlechter. Schönheit ist aber mehr als die Summe ihrer Teile. Die eigentliche Schönheit ist ein Produkt unseres Gehirns und damit unserer Erfahrungen.

Die ersten 150 Millisekunden, die uns entscheiden lassen, ob wir ein Gesicht als attraktiv oder unattraktiv bewerten, wären ohne die Gestaltwahrnehmung nicht möglich. Die Wahrnehmungspsychologie hat uns dazu bereits in den 30er Jahren des letzten Jahrhunderts wichtige Hinweise gegeben. Wir sind in der Lage, etwas ganzheitlich wahrzunehmen (Figur-Grund Beziehung), was wir für alle koordinatorischen und sensomotorischen Fertigkeiten benötigen. Es entsteht ein mentales Bild, das auf groben Verallgemeinerungen beruht. Dabei spielt alles, was wir wahrnehmen, eine Rolle. Wenn jemand eine warme, weiche Stimme hat, entsteht ein anderes mentales Bild, als wenn jemand eine piepsige Stimme hat. Es ist unsere Schöpfung, hervorgegangen aus unseren Erfahrungen. In diesem Zusammenhang möchten wir natürlich auch auf den Artikel von Frank et. al. in der Kosmetischen Medizin 6/14 verweisen, die eine genauere Beschreibung der holistischen Gesichtserkennung detailliert nach den neuesten neurobiologischen Studien dargestellt haben, die naturgemäß weit über die Erkenntnisse der Wahrnehmungspsychologie der 30er Jahre des letzten Jahrhunderts hinausweisen.

DIE GESELLSCHAFTLICHE SIGNIFIKANZ DER ATTRAKTIVITÄT

Mag auch der erste Eindruck durch unsere instinktiven Reproduktionsmechanismen gesteuert sein, es gehört weit mehr dazu, auf längere Sicht auf andere Menschen attraktiv zu wirken. Mit dem ersten Eindruck haben wir nur die erste Schwelle überwunden, mehr nicht.

Betrachten wir zunächst die Auswirkungen von Attraktivität. Bernd Guggenberger, Professor für politische Wissenschaften, sagt: "Der Schöne lebt in einer anderen Welt; ihn umgibt ein

Faraday'scher Käfig sozialer Hegung und fürsorglicher Begehrt". Und weiter: „Schönheit verkörpert soziale Macht in ähnlich reiner Unmittelbarkeit wie sonst nur noch die rohe Körperkraft.“ Schönheit sei ihrem Wesen nach zutiefst undemokratisch und verstieße aufs Größte gegen unser Empfinden für Gerechtigkeit. Was wir verdienen, soll verdient sein. Die Schönheit sei eines unserer letzten Tabus und ein großes „Ärgernis in der Epoche der Egalität“ [13]. So gesehen kann man Schönheit nur noch als Skandal betrachten, mit der schon ganz früh einsetzenden Erfahrung der sozialen Macht der Attraktiven.

ERGEBNISSE DER ATTRAKTIVITÄTSFORSCHUNG

Attraktive Menschen werden in vielen gesellschaftlichen Bereichen, sozialen Situationen, ja sogar in persönlichen Interaktionen bevorzugt. Dies legen uns zu mindestens zahlreiche Studien nahe, die Einzelaspekte untersucht haben. Wir möchten hier einige der Studien in kürzerer Form benennen, ohne zu sehr ins Detail zu gehen, weil diese Studien unsere Arbeit in der Ästhetik kaum beeinflussen. Was wir dazu lediglich erinnern sollten, ist die Tatsache, dass Menschen aus gutem Grund ihre Attraktivität steigern wollen.

ATTRAKTIVITÄTSSTEREOTYP

In der Vergangenheit gab es viele Studien zu der provokanten Frage: Ist schön auch gut? Ihre Ergebnisse waren sich ziemlich ähnlich. Den Attraktiven wurden mehr Fähigkeiten und bessere Charaktereigenschaften zugesprochen oder angedichtet, und zwar unabhängig vom Geschlecht sowohl der Bewerteten als auch der Bewerter. Je attraktiver eine Person ist, umso mehr gute Eigenschaften hat sie (Attraktivitätsstereotyp). Es ist definitiv besser, schön bzw. attraktiv zu sein, denn es zahlt sich schon in der Kindheit aus. Schöne haben einen deutlichen Vorsprung, bekommen mehr Aufmerksamkeit und mehr Geduld entgegengebracht.

VON KINDESBEINEN AN

Aufgrund einer Metaanalyse schloss Langlois [14], dass attraktive Kinder und Erwachsene nicht nur positiver beurteilt werden als unattraktive Kinder und Erwachsene – selbst von denen, die sie kennen, sondern dass sie auch positiver behandelt werden. Solche Urteile gehen auch in die Interaktion von Mutter und Kind ein. Mutterliebe ist demnach nicht absolut und nicht immer bedingungslos [15].

INTELLIGENZ

Fast alle Studien in der Vergangenheit haben gezeigt, dass die attraktiveren Menschen im Vergleich zu den weniger attraktiven auch als kompetenter und intelligenter wahrgenommen werden. Am stärksten ist diese stereotype Macht, wenn so gut wie keine relevanten Informationen bezüglich der Kompetenz und der Intelligenz vorliegen. Diese stereotype Einschätzung führt dann zwangsläufig dazu, dass solche Menschen auch anders

behandelt werden, ohne dass sich die Handelnden darüber bewusst wären [16].

SOZIALE KOMPETENZ

Das Entgegenkommen der Umwelt hat nachhaltigen Einfluss auf die Entwicklung der Persönlichkeit und die sozialen Kompetenzen und scheint sogar deren intellektuelle Entwicklung zu beschleunigen. Der kumulative Einfluss von derartigen positiven Interaktionen muss Spuren in der Persönlichkeit und in der sozialen Kompetenz hinterlassen.

KARRIERE

Attraktive Bewerber haben bei Einstellungen die besseren Karten und kommen auch später schneller auf der Karriereleiter nach oben [17]. Schon Markus Möbius und Tanya Rosenblatt von der Harvard Universität haben 2004 experimentell gezeigt [18], dass die Attraktiveren klar bei der Einstellung und beim Gehalt bevorzugt wurden, wobei das bessere Auftreten der Attraktiveren auf höhere soziale Kompetenz zurückzuführen war und deren bessere kommunikativen Fähigkeiten. Laut Hakim scheint der Geschäftswert von erotischem Kapital zu steigen und steigt um ein Vielfaches, wenn zusätzlich noch ökonomisches, kulturelles und soziales Kapital vorhanden ist. Wer Geld hat, kann sich eine schöne Frau oder einen schönen Mann leisten. Die Wahrscheinlichkeit, dass solche Verbindungen auch Kinder mit überdurchschnittlichem erotischem Kapital zeugen, muss größer als in anderen Verbindungen sein. Der Gedanke, dass sich dadurch auf lange Sicht auch biologisch manifestierte Klassenunterschiede entwickeln, ist nicht von der Hand zu weisen. Bei der Bewerbung für eine Führungsposition wird bei Frauen allerdings schnell das Stereotyp „Weibchen“ herausgeholt – „weich, wenig Durchsetzungskraft“. Die Wirtschaftswoche empfiehlt deshalb ihren Leserinnen sogar maskuline Ausrüstung.

STATUS UND GEHALT

Gerade im Bereich der Arbeit scheint sich der Einflussfaktor Attraktivität zunehmend zu festigen. Je mehr Dienstleistung erwartet wird, um so wichtiger wird dieser Faktor. Der Attraktivitätsvorsprung aus der Kindheit bleibt auch im weiteren Leben erhalten. In den Chefetagen sind die Großen unter sich. Mehr als 90% der Manager in den führenden deutschen Firmen sind 1,80m und größer. Fast 50% misst über 1,90m. Der Durchschnittsmann ist 1,77m. Bei Männern scheint Körpergröße wichtig zu sein, wenn es um die Position und um das Einkommen geht [19], bei Frauen spielt dies wohl keine Rolle. Eine Größe von 1,91m bei Männern und 1,60m bei Frauen gilt als die beste Voraussetzung für berufliches Vorankommen. Das schönste Drittel der Männer verdient 5% mehr, bei Frauen 4%. [17].

Das Wirken des Attraktivitätsstereotyps scheint sich zwar nicht auf Erste-Eindruck-Situationen zu beschränken, ist hier aber am mächtigsten. Je besser wir jemanden kennen, desto geringer wird das Gewicht des Stereotyps. Wer mit einem angenehmen Äußeren gesegnet ist, hat schlichtweg mehr Bonität.



Abb. 6: Der Betrachter kreiert sein eigenes Bild.

Wir leben in einer von Schönheit dominierten Klassengesellschaft, nur wir merken es nicht oder wir wollen es nicht wahrhaben.

DER ÄSTHETISCHE EINGRIFF

Hammermesh [17] hat sich die Frage gestellt, ob wir etwas für unsere Schönheit tun können. Er beantwortet sie mit einem Nein. Aus einem hässlichen Entlein würde auch durch die beste Kosmetik und das schönste Kleid keine schöne Prinzessin. Was die Natur uns mitgibt, sei ausschlaggebend. Jeder schönheitsbezogene chirurgische Eingriff stünde in keinem Verhältnis zum Ergebnis, vorausgesetzt, es handelt sich nicht um die Beseitigung von extremen pathologischen Veränderungen.

Dieser Aussage ist bedingt zuzustimmen. Patienten sehen nach einem chirurgischen Eingriff oft nur anders, aber nicht unbedingt attraktiver aus. In vielen Fällen müssen zusätzliche Therapien folgen wie Hautverbesserung, Volumenauffüllung, Reduzierung von übermäßiger Mimik. Was wir mit unserer Arbeit des ästhetischen Mediziners erreichen, ist die Initiierung eines psychischen Prozesses. Der behandelte Patient verändert sein Selbstbild positiv und fühlt sich glücklicher und selbst

attraktiver. Die Folge ist ein höheres Selbstvertrauen und eine sich daraus entwickelnde gesteigerte Attraktivität. Dadurch initiieren wir einen mit positiven Merkmalen belegten Prozess. Schon Heckmann et al. [20] zeigten 2003 auf, dass BTX A behandelte Personen von ihrem Gegenüber entspannter und glücklicher eingeschätzt wurden.

2008 gingen Alam M et al [21] noch einen Schritt weiter, indem sie hypothesierten, dass der durch das Pharmakon hervorgebrachte Gesichtsausdruck auch die Gefühle des Behandelten beeinflussen würde (facial feedback hypothesis).

Übersetzt heißt dies, dass ein bei uns künstlich hergestellter Gesichtsausdruck nicht nur unsere Gefühle selbst beeinflusst (Rückkopplung beim Sender), sondern dass dieser aufgrund des Nachahmungsreflexes (Spiegelneuronen!) beim Gegenüber ebenfalls zu einem entsprechendem Gesichtsausdruck führt und ebenfalls durch Rückkopplung zu einer entsprechenden Gefühlsveränderung seinerseits (Empfängerrückkopplung).

Dieser beidseitige Feedbackmechanismus kann dazu führen, dass man seine Welt positiver wahrnimmt, aber es führt auch dazu, dass man die entsprechenden Emotionen schwerer erkennt, z. B. bei der Behandlung der Glabella die Gefühle von Ärger [22].

SCHLUSSFOLGERUNGEN

Die hier zitierten Untersuchungen befassen sich mit Ergebnissen, die alle einen winzigen Ausschnitt eines Gesamtbildes der Attraktivität einer Person beleuchten, mehr nicht. Unser Gesamtbild ist sicher von vielen anderen Faktoren abhängig und natürlich auch nicht zuletzt von unserem eigenen Bewusstsein, dass sich entweder von Bildern beherrschen lässt oder aber diese beherrscht und die eigenen Reaktionen kritisch hinterfragt. Wir sollten deshalb akzeptieren: Attraktivität ist eine Entscheidungsprämisse und beeinflusst jedes Individuum.

Die ästhetisch arbeitenden Mediziner sollten sich unserer Meinung nach nicht von Studien einer vermeintlichen Ästhetik leiten lassen, sondern sich mit den individuellen Gegebenheiten des Patienten befassen. Das Ziel ist die Rückkehr zu den Attributen von Jugendlichkeit und damit Vitalität. Lassen Sie sich ein Bild des Patienten mitbringen, das ihn 10 Jahre jünger zeigt und arbeiten Sie die Veränderungen ab.

Leider treffen wir auch auf Patienten, die man als Opfer des Schönheitswahns bezeichnen muss. Mit diesen werden wir uns im nächsten Artikel beschäftigen. Ästhetische Medizin kann unserer Ansicht nach durch ihre Tätigkeit zur Entwicklung von egalitären Gesellschaften beitragen. Ästhetische Mediziner jedoch sollten sich des Ziels ihrer Eingriffe stärker bewusst werden, wenn sie diese Entwicklung aktiv beeinflussen wollen.

Korrespondenzadresse:

Dipl.-Ing. Dirk Brandl
Mühlenstraße 19
D-48317 Drensteinfurt
brandl@network-globalhealth.com

Literatur:

- Klein N (2001): No Logo!, Riemann Verlag.
- Hakim C (2011) Erotisches Kapital. Das Geheimnis erfolgreicher Menschen. Campus Verlag Frankfurt
- Hakim C (2010): Erotik ist das Kapital des modernen Menschen. In: Welt am Sonntag Nr. 18.
- Langlois JH, Riggman LA (1990) Attractive faces are only averages. *Psychological Science* 1: 115-121.
- Gründl M (2011) Determinanten psychischer Attraktivität – der Einfluss von Durchschnittlichkeit, Symmetrie und sexuellem Dimorphismus auf die Attraktivität von Gesichtern. Habilitationsschrift, Regensburg.
- Renz U (2009) Schönheitsformel.de/bloq.
- Jones BC, Little AC, Penton-Voak IS, Tiddeman BP, Burt DM, Perrett DI (2001) Facial symmetry and judgements of apparent health: support for a „good genes“ explanation of the attractiveness-symmetry relationship. *Evol Hum Behav* 22: 417-429.
- Braun M, Gründl C, Marberger C, Scherber C (2001) Beautycheck – Ursachen und Folgen von Attraktivität. Projektabschlussbericht. Zu bekommen unter www.beautcheck.de.
- Cunningham MR (1986) Measuring the physical attractiveness: quasi-experiments on the sociobiology of female facial beauty. *J Pers Soc Psychol* 50: 925-935.
- Cunningham MR, Barbee AP, Pike CL (1990) What do women want? Facialmetric assessment of multiple motives in the perception of male facial physical attractiveness. *J Pers Soc Psychol* 59: 61 – 72.
- Renz, Ulrich: Schönheit. Eine Wissenschaft für sich, Lübeck 2006
- Todorov A, Said CP, Engell AD, Oosterhof NN (2008) Understanding evaluation of faces on social dimensions. *Trends Cogn Sci* 12: 455-460.
- Guggenberger B (1997) Einfach schön. Dtv Verlag Hamburg S. 23.
- Langlois JH, Kalakanis L, Rubenstein AJ, Larson A, Hallam M, Smoot M (2000) Maxims or myths of beauty? A meta-analytic and theoretical review. *Psychol Bull* 126: 390-423.
- Langlois JH, Riggman LA, Casey RJ, Ritter JM, Rieser-Danner LA, Jenkins VY (1987) Infant Preferences for Attractive Faces: Rudiments of a Stereotype? *Dev Psychol* 23: 363-369.
- Kanazawa S (2011) Intelligence and physical attractiveness. *Intelligence* 39: 7-14.
- Hammermesh DS (2011) Beauty pays, Princeton.
- Möbius M, Rosenblatt T (2006) Why beauty matters, *Am Econ Rev* 96
- Spanhel F (2010) Der Einfluss der Körpergröße auf Lohnhöhe und Berufswahl. Aktueller Forschungsstand und neue Ergebnisse auf Basis des Mikrozensus. In: *Wirtschaft und Statistik*, H.2, S.170-178.
- Heckmann M, Teichmann B, Schröder U, Sprengelmeyer R, Caballos-Baumann AO (2003)
- Pharmacologic denervation of frown muscles enhances baseline expression of happiness and decreases baseline expression of anger, sadness, and fear. *J Am Acad Dermatol* 49: 213-6.
- Alam M, Barrett KC, Hodapp RM, Arndt KA (2008) Botulinum toxin and the facial feedback hypotheses: Can looking better make you feel happier? *J Am Acad Dermatol* 58: 1061-72.
- Havas DA, Glenberg AM, Gutowski KA, Lucarelli MJ, Davidson RJ (2010) Cosmetic use of botulinum toxin-A affects processing of emotional language. *Psychol Sci* 2010: 895-900.

KONTROVERSEN IN DER ÄSTHETISCHEN MEDIZIN
DIE RAHMENBEDINGUNGEN 8: DIE SOZIALE OHNMACHT DER SCHÖNHEIT

Kontroversen in der ästhetischen Medizin

Die Rahmenbedingungen 8: Die soziale Ohnmacht der Schönheit

MARGRIT LETTKO¹ UND DIRK BRANDL²

SCHLÜSSELWÖRTER: Dismorphophobie, Barbie, Schönheitswahn, Piercing, Tätowierung

KEYWORDS: dismorphophobia, Barbie, beauty mania, piercing, tattoo

ZUSAMMENFASSUNG:

Durch die Vergesellschaftung der Individualität und die Auswirkungen der gesellschaftlichen und sozialen Rahmenbedingungen, die sich in vielfältigen Symptomen spiegeln können, zeigen immer mehr Patienten Krankheitsbilder, die die gesellschaftlichen Ursachen eher verschleiern als erklären. Die Verherrlichung der Äußerlichkeit führt zu krankhaften Zügen vor allem dann, wenn Menschen sich auf ihre Erscheinungsform reduzieren. Die Profiteure dieser Entwicklung sind die multinationalen Unternehmen, die ausschließlich an Steigerung des Umsatzes und damit ihres Profits interessiert sind, nicht an intakten gesellschaftlichen und sozialen Beziehungen. Kaufen von Schönheit wird dort zur Droge, wo zerstörte Zwischenmenschlichkeit den Alltag bestimmt. Wie können ästhetische Mediziner ihre Patienten und sich selbst davor schützen, ästhetische Körperlösungen zu kaufen und zu verkaufen, die Patienten nicht zufrieden stellen können? Zeigen nicht gerade die Patienten, die von uns als psychisch krank stigmatisiert werden, in Wirklichkeit nur gesunde Reaktionen auf krank machende Verhältnisse? Neben den Hintergründen für diese Entwicklung beschäftigen wir uns in diesem Artikel auch mit einfachen Möglichkeiten der Erkenntnis darüber, ob eine ästhetische Intervention sinnvoll ist oder nicht und wie ein solidarischer Umgang mit derartigen Patienten aussehen kann.

SUMMARY:

Through the socialization of individuality and the impact of social conditions that may manifest itself in a variety of symptoms, more and more patients are assigned to pathologies that obscure the social causes rather than to explain them. The glorification of externality shows morbid traits, where people reduce themselves on their outward appearance. The beneficiaries of this development are the multinational companies that are only interested in increasing sales and thus their profits, but not in intact societies and social relations. Buying beauty becomes a drug, when destroyed relationships determine everyday life. How can aesthetic physicians and their patients protect themselves from buying or selling aesthetic body solutions, that cannot satisfy patients? Do patients who are stigmatized as mentally ill not show in fact healthy and correct responses against pathogenic conditions? In addition to the background to this development, we deal in this article with simple ways how to decide whether an aesthetic intervention is useful or not and how to show solidarity with such patients.

Attraktivität tun können und sich dennoch niemals zufrieden fühlen. Sie reduzieren sich immer mehr auf ihr Äußeres. Biologie muss nicht mehr Schicksal sein. Der Wunsch nach Individualität und Einzigartigkeit beginnt beim ersten Piercing oder einer ersten Tätowierung und führt zur Ganzkörper­tätowierung und den vielfältigen Piercings bis hin zur vollständigen Veränderung des Körpers und damit der Persönlichkeit.

Wir hatten ja bereits aufgezeigt, dass die Freisetzung der Menschen in unserer Industriegesellschaft die Arbeitskraft zur Ware gemacht hat. Die Auswirkungen dieses Warencharakters wurden ebenfalls schon sehr früh beschrieben: Sie führen zu zwei Aspekten, die wir alle tagtäglich bei uns selbst erleben, nämlich der Verdinglichung (wir selbst werden zur Ware) und der Entfremdung. Wenn wir zur Ware werden, bewirkt dies, dass wir zu Teilnehmern des Marktes werden und somit in Konkurrenz zu allen anderen stehen, also verdinglichte Verhältnisse eingehen, und dies führt zu den bekannten Phänomenen der Entfremdung von uns selbst und auch von unseren Mitmenschen, die wir mit dem Begriff der zerstörten Zwischenmenschlichkeit beschreiben können.

ASPEKTE DER GLOBALISIERUNG

Im Artikel über die soziale Macht der Schönheit (Kosmetische Medizin 1/2015) hatten wir aufgezeigt, dass Attraktivität eine immer größere Bedeutung für unsere soziale Existenz bekommt. Heute beschäftigen wir uns mit den Schattenseiten dieser Entwicklung und ihren Ursachen. Die Symptome, die uns vermehrt im gesellschaftlichen Umfeld und eben auch in der ästhetischen Praxis begegnen, sind vielfältig. Sie beginnen bei Menschen, die glauben, dass sie noch so viel für die Steigerung ihrer

- 1 Dozentin Globalhealth Academy, Diplompsychologin, Ärztin für Allgemeinmedizin mit Schwerpunkt Ästhetik
- 2 Sprecher Globalhealth Academy für ästhetische Medizin



Abb. 1: Verlassene Gemeinsamkeit.

Wir alle erleben diese Auswirkungen in den hohen Scheidungsraten und in unserer Unfähigkeit, uns unabhängig von unserer Gesellschaftlichkeit sehen zu können, besser, schöner, attraktiver als unsere Mitmenschen sein zu müssen. Diese Bedingungen führen zu zerstörter Zwischenmenschlichkeit, die uns zu den willfährigen Objekten der Industrie machen, deren einziges Interesse darin besteht, uns so viel wie möglich zu verkaufen.

Die Leere in uns muss gefüllt werden: Mit erhöhtem Konsum, mit gesellschaftlicher Anerkennung, mit Gewinnern statt Verlierern. Weil wir alle diesen Bedingungen unterworfen sind, haben wir alle damit zu tun und kämpfen darum, die entfremdeten Verhältnisse nicht zur einzigen Prämisse unseres Seins werden zu lassen. Insofern sind wir gar nicht so weit von denen entfernt, die ebenfalls um ihre Individualität kämpfen, nur auf eine andere Art und Weise.

Es ist mehr als spannend zu beobachten, dass unser Drang zur Individualität schon wieder gesellschaftliche Züge angenommen hat, die das Individuelle zur Norm machen. In diesem Spannungsfeld bewegen wir uns, wenn Patienten zu uns kommen, um sich wiederzufinden: Oft sind es verlorene Seelen, die um ihre Existenz kämpfen.

EXKURS: KLEINE GESCHICHTE DER INTERVENTION

Es gab noch niemals den „natürlichen“ Körper. Schon immer war unser Aussehen abhängig von den jeweiligen kulturellen Bedingungen. Wie wir aussahen, war davon abhängig, wo und wann wir geboren wurden, welche Hautfarbe wir hatten, was gerade

„in“ und als attraktiv gewertet wurde, um nur einige Bedingungen zu nennen. Unsere Körperlichkeit wurde gescaant und bewertet und wir wurden danach sozial und ökonomisch eingestuft. Bereits in jedem primitiven Stamessystem waren Körperveränderungen an der Tagesordnung.

Extrem lange Hälse, tellerförmige Lippen, Tattoos, Scarifizierungen, Bemalungen oder Piercings gehörten ebenso dazu wie sehr kleine Füße im alten China. Oder denken wir an die „Brautmästung“, das sog. „labluh“ in Westafrika, Mauretanien, das noch heute üblich ist. Die „Auserwählten“ werden zwangsgemästet, wobei die Tagesration dieser jungen Frauen bis zu 10.000 kcal beträgt. Schlanke Frauen gelten als Schande der Familie. Die Hochzeit ist das erstrebenswerte Ziel. An diesem Tag wird das junge Mädchen, das noch ein Kind ist, meist einem sehr viel älteren Mann zugeführt, mit einem Gewicht von rund 100 kg [1].

Die Ethnologen haben sich natürlich über die Funktion derartiger Interventionen Gedanken gemacht. Einerseits werden damit Gruppen- oder Stammeszugehörigkeiten nach außen dokumentiert und mithin Identität. Zum anderen zeigen sie aber auch, dass in bestimmten Gesellschaften stammesbezogene Schönheitsideale vorherrschen. Ein gutes Beispiel sind die Fidschi Inseln. Bei den Südseeeinulanern war Dickleibigkeit ein Attribut von Schönheit ganz im Gegensatz zu unserem heutigen Ideal.

Seit es dort Fernseher gibt, verändert sich die kulturelle Identität kontinuierlich in Richtung westliches Ideal. Heute ist unser Schönheitsideal auch für die Fidschis eine Vorlage. Und nicht nur für die Fidschis: Asiatinnen lassen sich bereits im jungen



Abb. 2: Einsamkeit schürt unrealistische Träume.



Abb. 3: Schöne neue Warenwelt.

Alter eine Augenoperation schenken, und Chinesinnen lassen sich ihre Beine um bis zu 10 cm verlängern. Rundere asiatische Gesichtskonturen werden mit BTX Injektionen in hohen Dosen in den Masseter in Kombination mit Injektions-Lipolyse dem westlichen Archetyp angepasst. Die plastischen Chirurgen zeigen immer wieder neue Trends auf: Po Implantate haben derzeit in den USA hohe Steigerungsraten. Auch Genitalverschönerungen liegen voll im Trend der plastischen Chirurgie und sind das am schnellsten wachsende Segment dieser Fachrichtung nach dem Motto: Design your vagina.

Die Entwicklung der ästhetischen Medizin weckt neue Bedürfnisse bei den Patienten. Kaum eine Frauenzeitschrift ist ohne einen Artikel über die Umgestaltung des Körpers. Sie erscheint leicht und machbar und suggeriert, dass es als eine Art Selbstwertschätzung gilt, wenn man sich um dieses Produkt Körper kümmert.

Zukünftig wird es nur noch ein einziges Muster für Schönheit geben, die Vielfalt verschiedener Schönheitsideale wird abgeschafft. Dafür bilden sich innerhalb der westlichen Kultur verschiedene Strömungen. Kaum ein Fußballer, der nicht tätowiert ist. Überhaupt haben Tätowierungen und Piercings die aktuellen

Trends bestimmt. Kein Wunder, lassen sie sich doch einfach und langfristig anbringen und spiegeln die vollendete Illusion von Individualität. Hier bilden sich in kleinen Peer Groups beständig neue Muster, die allerdings auch bedingt durch die sozialen Netzwerke blitzschnell vom Mainstream übernommen werden. Gutes Beispiel war die Veränderung der Männerfrisur. In der 68er Generation waren die langen Haare äußerer Ausdruck einer inneren Protesthaltung gegen die konservative Ideologie von Männlichkeit. In unserer Zeit sagen Äußerlichkeiten nichts mehr aus. Über 80 % aller Fußballer der WM 2014 hatten dieselbe Frisur (Olaseku = Oben lang, Seiten kurz), oben länger, gegerter Irokese, an den Seiten und hinten glatt rasiert oder ganz kurz geschnitten. Diese große Uniformität ist darauf zurückzuführen, dass sich Äußerlichkeit ihrer Beziehung zum Inhalt entledigt hat und dass die sozialen Netzwerke tagesaktuell neue Trends verbreiten können.

WIE GESELLSCHAFTLICHE OHNMACHT PRODUZIERT WIRD

Es kommt nicht von ungefähr, dass wir häufig vom „Schönheitswahn“ oder „Schönheitskult“ sprechen. Unser Unbewusstes wird die ganze Zeit angetriggert ohne dass wir dies überhaupt wahrnehmen. In der Werbung und in vielen TV Programmen wie „Germany's Next Top Model“ werden uns spindeldürre Mädchen vorgeführt, die unbedingt einmal Model werden wollen. 2.000 bis 5.000 mal pro Woche, so wird geschätzt, werden wir mit Bildern digital manipulierter Körper konfrontiert, die uns die Idee eines Körpers vermitteln, den es in Wirklichkeit gar nicht gibt. In der Werbung werden wir beständig dazu aufgefordert, etwas für unseren Körper zu tun. Seit Facebook und Instagram muss man befürchten, dass der eigene, nicht ausreichend getunte und optimierte Körper dort zur Schau gestellt wird.

Eine der gravierendsten Auswirkungen ist die, dass wir ständig hinter einem unwirklichen Schönheitsideal hinterherlaufen. Das wir es niemals erreichen können, ist fatal und führt zu einer nie endenden Spirale, verknüpft mit psychischen Erkrankungen.

Der Gedanke, nicht schön genug zu sein, beschäftigt die heutige Frau ständig. Sie opfert Zeit, Geld, Nerven und ihre innere Freiheit, ganz abgesehen von der guten Laune.

Wir fühlen uns schlecht, da uns suggeriert wird, dass wir selbst für unseren Körper verantwortlich sind. Er kann und muss perfektioniert werden. Die Schönheitsnormen sind nach Posch [2] schon so verinnerlicht, dass sie gar nicht mehr als solche wahrgenommen werden und die Menschen glauben, dass das Schönheitshandeln dem eignen Wohlbefinden dient. Posch spricht von „einem Korsett im Kopf“. Susie Orbach, britische Psychoanalytikerin, glaubt sogar, dass wir die letzte Generation sein könnten, die noch in einem Körper lebt, so wie wir ihn kennen [3].

Hier einige Zahlen, die uns zu denken geben müssen:

Nur rund 10 % der deutschen Frauen fühlen sich wohl und finden sich schön [4]. Sie sehen nur die statische Schönheit und klammern die anderen Faktoren aus. In den USA sieht es

folgendermaßen aus: 1972 waren 23 % der befragten Frauen mit ihrem Aussehen unzufrieden [5], 1986 waren es schon 38 % [6] und 1996 lag die Unzufriedenheit bei 56 % [7].

Den Österreichern geht es nicht anders. Schon 90 % der Mädchen im Teenager-Alter waren mit ihrem Körper und ihrer Erscheinung unzufrieden, mehr als 50 % unternahmen ungesunde Maßnahmen zur Gewichtskontrolle [8]. Bei den erwachsenen Frauen im Durchschnittsalter von 47 Jahren waren es 83 %, die mit ihren Körperproportionen unzufrieden [9] waren.

59 % der Frauen unterzogen sich einer Diät, nur um attraktiver zu sein, nur 41 % aus gesundheitlichen Gründen [10]. Mädchen und Frauen zeigten sich auch vulnerabel und unzufriedener als Männer, eine Tendenz, die sich in der jüngeren Vergangenheit deutlich erhöhte. Dies zeigt sich bereits bei 14-jährigen Mädchen und Jungen. Auch Kindern wird diese Sorge um die Figur schon früh vermittelt. Sie lernen, dass nur die Schlanksten auch die Schönsten sind. In Deutschland wünscht sich bereits jedes 5. Kind zwischen 9 und 14 Jahren eine Schönheitsoperation [11].

Wir bekommen ein schlechtes Gewissen, wenn wir unseren Körper nicht formen und verschönern. Wir müssen es tun, wenn wir dazugehören wollen. Die Bilder und Normen globaler Stilikonen werden den Menschen – vor allem den jungen Leuten – in aller Welt über die Medien eingepreßt. Schönheitsnormen verengen sich immer mehr, da die ästhetische Vielfalt der Globalisierung zum Opfer fällt. Diejenigen, die nicht diesen Normen entsprechen, selbst diejenigen, die ihnen entsprechen, tragen oft eine beklemmende Körperunsicherheit in sich. Die Schönen zählen nicht zu den Glücklichen und können somit ihre „Schönheit“ gar nicht genießen. Sich um sich selbst kümmern ist ein moralisches Gebot. Das Individuum gilt heute als haftbar für seinen Körper und wird nach ihm beurteilt. Wir werden von Bildern überflutet, die uns vermitteln, dass unser Körper ständiger Optimierung bedarf. Alle Studien diesbezüglich zeigten, dass der mediale Einfluss in diesem Zusammenhang eindeutig schädlich ist und zu Körperunzufriedenheit, gestörtem Essverhalten und der Besessenheit nach einem schlanken Körper führt.

Personen, die zum Beispiel weniger Medien konsumierten, waren signifikant zufriedener mit ihrem Körper. Dies zeigte eine internationale Studie mit über 7000 Personen in 10 Weltregionen [12].

WARUM GESELLSCHAFTLICHE OHNMACHT PRODUZIERT WIRD

Einsame und entwurzelte Menschen sind die besten Kunden. Die Jagd nach Schönheit ist ein Supergeschäft. Menschen, die sich so annehmen wie sie sind und damit glücklich sind, sind keine Geschäftspartner. Je unglücklicher ein Mensch ist, umso mehr lässt er sich von den Glücksversprechungen beeinflussen. Je unerschwinglicher dieses Glück, umso besser die Geschäfte.

Die Auffassung, dass Biologie nicht mehr Schicksal sein muss, wird immer populärer und mit ihr die Einstellung, dass sich für jedes subjektiv wahrgenommene körperliche Problem eine körperliche Lösung finden lässt. Je mehr wir daran glauben und je mehr Möglichkeiten sich bieten, die man nutzen könnte, um so mehr verschärft sich das Problem. Die Therapeuten sehen



Abb. 4: Verkaufte Illusionen.



Abb. 5: Wichtigste Beziehung: Mensch und Ware.



Abb. 6: Unrealistische Träume schüren Einsamkeit.

zunehmend den Körper als einen Ort der zunehmenden Unzufriedenheit und schwerwiegenden Störungen. Orbach [3] spricht von einer Körperinstabilität und von Körperscham. Er ist „Ausdruck einer zeitlichen, geografischen, geschlechtsspezifischen, religiösen und kulturellen Einbindung.“ (S.14).

Derjenige, der sich formen lässt, sucht nach einer individuellen Verbesserung und gleicht doch dadurch immer mehr einer Massenschönheit, da überall die gleichen Schönheitsideale gelten. Man sieht plötzlich überall ähnliche Gesichter und Körper und die gleichen wohlgeformten Brüste. Diese Entwicklung ist nicht nur schichtenübergreifend, sondern zeigt aufgrund der Massenverbreitung der Medien auch interkulturelle Wirkung.

DAS KÖRPERSELBSTBILD

Es gibt so viele verschiedene Strategien, mit den beschriebenen gesellschaftlichen Widersprüchen umzugehen, wie es Menschen gibt. Diejenigen, die sich der Behandlung durch ästhetische Mediziner zuwenden, sehen zweifellos eine Lösung ihrer Probleme in der Veränderung ihres Körper selbstbildes. Die Attraktivität des Körpers hat im Selbstbild eine extrem große Bedeutung, die ihr in Wirklichkeit gar nicht zukommen kann. Der Psychologe Hans Behrbohm hat in der FACE [13] jüngst beschrieben, dass der ästhetische Veränderungswunsch mit nahezu jeder psychischen Störung assoziiert werden kann. Dies erscheint logisch, wenn man davon ausgeht, dass die Beziehung zum eigenen Körper eine wichtige und generelle Determinante psychischer Aktivität ausmacht. Da Körper und Psyche immer zusammenspielen bzw. jeweils nur die Kehrseite derselben Medaille sind, wird dies auch in der ästhetischen Medizin der Fall sein.

Jeder erfahrene ästhetisch arbeitende Mediziner hat bereits Patienten kennengelernt, die geglaubt haben, ihre psychischen Probleme durch einen ästhetischen Eingriff lösen zu können. Diese Patienten sind im Übrigen sehr geschickt in ihrer Kommunikation und deshalb nicht einfach zu erkennen.

Wenn, wie Behrbohm sagt, so viele verschiedene psychische Störungen Patienten zur Ästhetik bringen können, wie kann der ästhetische Mediziner damit umgehen? Die Hinweise, die Behrbohm gibt, betreffen nur die Kommunikationssituation, nicht jedoch die von ihm beschriebenen Krankheitsbilder: relative Anpassungsstörungen, Persönlichkeitsstörungen, Depression, Komorbiditäten, soziale Phobien, Angststörungen, Zwangsstörungen, somatoforme Störungen, körperdysmorphie Störungen, Operationssucht (Münchhausen-Syndrom) und Schizophrenie.

Es kann nicht erwartet werden, dass der ästhetische Arzt zusätzlich ein Psychologiestudium absolviert. Dies scheint aber fast notwendig, will man eine fundierte Einschätzung treffen. Trotzdem soll dieser Artikel Hilfestellung geben, Patienten und ihre Bedürfnisse klarer einzuschätzen.

Wie wir bereits im Artikel 3 [14] dieser Serie beschrieben haben, kommt der Kommunikation im ersten Gespräch mit einem neuen Patienten sehr große Bedeutung zu. Es kommt bei dieser Kommunikation nicht allein darauf an, zu erkennen, welchen Veränderungswunsch der Patient hat, und auch nicht nur darauf an, unrealistische Wünsche in realistische im Bewusstsein des Patienten zu verändern, und auch nicht, ob eine Veränderung in einen Behandlungsplan der Kompositorischen Ästhetik mündet. In erster Linie kommt es doch darauf an, zu erkennen, ob der Patient überhaupt geeignet ist, ästhetisch behandelt zu werden.

DIE ARZT-PATIENTEN KOMMUNIKATION IM ERSTEN GESPRÄCH

Der behandelnde Arzt sollte einer klaren Kommunikationsstrategie folgen, um herauszufinden, ob der Patient für eine Behandlung geeignet ist.

Diese beinhaltet folgende Punkte:

Punkt 1: Hier können die Hinweise von Behrbohm durchaus hilfreich sein. Eine offene Kommunikationssituation schaffen. Möglichst keine Fragen zu Anfang stellen, die der Patient mit Ja oder Nein beantworten kann. Hilfreich sind hier die so genannten W-Fragen: was, warum, wie zwingen dazu, Aspekte von Persönlichkeit freizugeben. Erst anschließend können Fragen eingestreut werden, die dem Arzt weitere Informationen bringen, etwa die Frage, ob bereits ästhetische Behandlungen durchgeführt wurden, oder aber ob man sich zum ersten Mal in einer ästhetischen Sprechstunde befindet? Falls bereits ästhetische Behandlungen durchgeführt wurden, sollte sich unbedingt die Frage nach der Anzahl und den behandelnden Ärzten anschließen. Auch die Frage, warum man einen Arztwechsel vornimmt, kann weitergehende Informationen liefern.

Wenn wir von Patienten mit geschickter Kommunikationsstrategie sprechen, meinen wir damit, dass sie in der Lage sind, die Schwächen ihrer Kommunikationspartner intuitiv zu erkennen und ihre eigene Kommunikation darauf einzustellen. Beispielsweise werden solche Patienten, die von Arzt zu Arzt wandern, immer behaupten, sie suchten den besten Arzt für ihr Problem und die anderen Ärzte hätten sie falsch behandelt und deshalb seien sie heute hier. Jeder von uns ist empfänglich für Lob und das wissen diese Patienten genau.



NETZWERK-Globalhealth

Globalhealth Academy for Aesthetic Medicine

**Kommende Workshoptermine Sommer 2015 &
M.A.S.T.E.R.-Conference, 12./13.09.15 in Berlin**

Intensiv-Fortbildungen mit Hands-On Training



Termin

Thema

JUNI

4.-7.6.2015

Summer Academy - Mallorca

Kursangebote:
Injektions-Lipolyse; Ästhetische Mesotherapie;
Needling; LipoPower Kur; Lasertherapien;
PRP; Filler; Cellulite

JULI

11.07.2015

Aesthetic-Weekend - Frankfurt

Injektions-Lipolyse Basiskurs:
Workshop zur sofortigen Therapieaufnahme

11.07.2015

LipoPower Kur mit Phosphatidylcholin:
Membrantherapeutikum mit AntiAging-Effekt

11.07.2015

Einsatz von Hormonen in der Ästhetik

12.07.2015

Injektions-Lipolyse Advanced-Kurs:
Workshop für fortgeschrittene Anwender

SEPTEMBER

M.A.S.T.E.R. - Conference - Berlin

12.09.2015

M.A.S.T.E.R. - Conference (englisch)
Key lectures: lipolysis, mesotherapy & other minimal
invasive procedures

13.09.2015

Training Day (englisch)
Courses for beginners and advanced Members

SEPTEMBER

Aesthetic-Weekend - Münster

26.09.2015

Injektions-Lipolyse Basiskurs:
Workshop zur sofortigen Therapieaufnahme

27.09.2015

Einsatz von Hormonen in der Ästhetik

27.09.2015

Ästhetische Mesotherapie & Needling:
Haut-, Haarausfall- und Narbenverbesserung

Qualität spricht für sich!

Hier die Bewertungen der Teilnehmer unserer bisherigen Kurse:
202 Fortbildungen mit 1756 Bewertungen von Teilnehmern
Gesamtnote: 1,4

NETZWERK Kontakt: Frau Anna G. Keller

Tel.: +49 (0)25 08 - 21 59 - 200 • Fax: +49 (0)25 08 - 21 59 - 111 • e-mail: workshop@netzwerk-globalhealth.de
NETZWERK-Globalhealth • Mühlenstr. 19 • 48317 Drensteinfurt

Weitere Informationen unter: www.globalhealth-academy.de

Punkt 2: Versuchen Sie zu erkennen, welche Bedeutung diese Patienten ihrem eigenen Körper beimessen. Können Sie erkennen, dass sie ausschließlich körperorientiert sind, sollten Sie dies als ein Anzeichen einer Störung des Körper selbstbildes betrachten. Es gehört Erfahrung dazu, die Schwere der Störung zu beurteilen, denn darauf kommt es an. Wir alle haben mit Störungen des Körper selbstbildes zu tun, hier spielt es eine Rolle, ob die Störung dominant ist.

Punkt 3: Wie ausgeprägt ist der Wunsch nach Veränderung? Ein Extrembeispiel ist die Komplettauslöschung der eigenen Person, etwa wenn jemand wie Barbie aussehen will. Es ist bereits verdächtig, wenn die Patienten Bilder bekannter Personen mitbringen und so aussehen wollen wie das Idol oder auch nur dieselbe Nase wünschen.

DIE ABLEHNUNG EINES PATIENTEN

Die Ablehnung einer Behandlung stürzt den Arzt immer in ein Dilemma. Schließlich will er ja zu Recht seine Dienstleistung verkaufen. Er lebt vom Verkauf seiner Dienstleistung und handelt bei einer Ablehnung gegen seine eigenen Interessen. Dies stimmt allerdings nur bedingt. Im Vergleich mit dem entstehenden Verlust kann eine falsch diagnostizierte Behandlung zu erheblich höheren Verlusten führen. Jahrelange Prozesse um Schadensersatz, Stalking des Arztes und psychischer Terror können die Folge sein. Heute spielen auch Bewertungsportale eine zunehmend größere Rolle und können zur Existenzgefährdung führen, wenn schlechte Bewertungen abgegeben werden. Deshalb ist es gut, wenn der Arzt seinem Gefühl vertraut und nur das macht, was er ruhigen Gewissens verantworten kann.

In der Kommunikation sollte er deshalb ehrlich sein und dem Patienten vermitteln, dass er nichts tun kann, um zu helfen. Entweder der Patient oder viel häufiger noch die Patientin hat keine ästhetischen Probleme oder wenn doch, ist eine vorherige psychologische Beratung angemessen, damit das ästhetische Ergebnis wirklich genossen werden kann. Den Patienten dabei das Gefühl zu geben, dass sie eine eigentlich angemessene Reaktion auf Verhältnisse zeigen, die unerträglich sind, kann das solidarische Erleben fördern und dadurch den Patienten mit der Ablehnung des Arztes befrieden.

SCHLUSSFOLGERUNGEN

Nahezu jeder Patient, der in seiner psychischen Struktur von der gesellschaftlichen Norm vermeintlich psychischer Gesundheit abweicht, kann seine Strategie, den für ihn unhaltbaren Zustand zu verändern, auf den eigenen Körper richten. Diese Strategie, wenn sie die körperliche Veränderung als Allheilmittel begreift, kann nicht zu Gesundheit im WHO Sinne führen, sondern sie gleicht den Bemühungen des Sisyphos. Derartige Patienten abzulehnen ist aus ethischen Gründen heraus unbedingt erforderlich. Sie zu behandeln wäre unethisch, denn die ästhetische Medizin ist nicht in der Lage, die Fixierung des Körper selbstbildes in einer negativen Position zu beenden. Die Ablehnung einer Behandlung sollte von uns nicht gleich gesetzt werden mit der Ablehnung der Person. Der Person ist im Gegenteil mit

Hochachtung und Solidarität zu begegnen, denn sie zeigt gesunde Reaktionen auf krank machende Verhältnisse. Sie kämpft um den unbeschädigten Erhalt ihres Selbst, wie immer dieser Kampf auch aussehen mag.

Korrespondenzadresse:

Dipl.-Ing. Dirk Brandl
Mühlenstraße 19
D-48317 Drensteinfurt
brandl@network-globalhealth.com

© Fotos zum Thema Entfremdung und zerstörte Zwischenmenschlichkeit: Volker Schrader, www.lightworks-gallery.de

Literatur

1. Institut für Islamfragen 30.07.2012 aus arabischen Zeitung arabic.cnn.com.
2. Posch W, Projekt Körper. Wie der Kult um die Schönheit unser Leben prägt. Campus, Frankfurt/New York.
3. Orbach S, Bodies, Schlachtfelder der Schönheit, Zürich-Hamburg, 2010.
4. Umfrage der Bauer Media Group bei über 1.000 Frauen und Männern bei Lesern der Frauenzeitschrift „Laura“, im Alter zw. 18 und 55 Jahren.
5. Walster E, Bornstedt G. The happy american body: A survey report. Psychol Today 1973.
6. Cash TF, Winstead BA, Janda LH (1986) The great American shape-up: Body image survey report. Psychology Today.
7. Garner DM (1997) The 1997 body image survey results. Psychology Today.
8. De Zwaan M, Wimmer-Puchinger B, Baldaszi E: Essstörungen: Wie groß ist das Problem in Wien? Erhebung bei Wiener SchülerInnen. Unveröffentlichte Studie, Wien 2000.
9. Wimmer-Puchinger B, Langer-Strobich M: Schlankheit – immer noch ein Ideal? Erhebung bei 657 Wiener Frauen. Unveröffentlichte Studie, Wien 2004.
10. Karmasin Motivforschung im Auftrag des Wiener Programms für Frauengesundheit: Die Wahrnehmung von Frauenbildern in den Medien aus der Sicht von Frauen in Österreich. 2007. Zu beziehen über www.frauengesundheit-wien.at.
11. Laut dem „Kinderbarometer“ der Bausparkasse LBS.
12. Swami V et al: The attractive female body weight and female body dissatisfaction in 26 countries across 10 world regions: Results of the International Body Project I. Personality and Social Psychology Bulletin 2010; 36(3): 309–25.
13. Behrbohm H: Psychologie und Ästhetische Chirurgie, Face 4, 2014, S 68-71.
14. Brandl D, Weidmann M, Grübmeier H (2014): Kontroversen in der ästhetischen Medizin, Die Rahmenbedingungen: 3. Ästhetik als Behandlungsmodell – die Kompositorische Ästhetik. Kosmet Med 35: 122–127.

CONTROVERSIES IN AESTHETIC MEDICINE
THE FRAME CONDITIONS 9: AESTHETICS AND EXISTENCE

Kontroversen in der ästhetischen Medizin

Die Rahmenbedingungen 9: Ästhetik und Existenz

DIRK BRANDL¹, SAID HILTON², DIRK EICHELBERG³

SCHLÜSSELWÖRTER: Existenz, Verkauf, Erfolg, Team, Partner, Medizinmarketing

KEYWORDS: existence, sale, success, team, partner, marketing

ZUSAMMENFASSUNG:

Innerhalb unseres Netzwerks und auch auf zahlreichen Kongressen ist uns durch viele Gespräche mit Kollegen oder Netzwerkmitgliedern bewusst geworden, dass die Existenzsituation des einzelnen Arztes einen wichtigen Anteil daran hat, ob die Ästhetik erfolgreich in die Praxis eingeführt oder ausgeübt wird und damit dazu beitragen kann, dass sich sowohl die ökonomische Situation in der Praxis verbessert als auch Freude und Spaß an der täglichen Arbeit gesteigert werden. Manchmal sind die Voraussetzungen zur Einführung so schwierig, dass zwar ein großes Interesse an der Ästhetik besteht, die täglichen Herausforderungen jedoch soviel Kraft und Aufmerksamkeit in Anspruch nehmen, dass der Schritt zu einer Veränderung der Praxisstruktur und des Praxisangebotes nicht durchgeführt wird. In anderen Fällen kommt es zum Motivationsverlust dadurch, dass vielfältige zusätzliche Aufgaben die Ästhetik an den Rand drängen und dem Behandler damit den Spaß nehmen. Dieser Artikel beschäftigt sich mit diesen ganz grundsätzlichen Problemen der ästhetischen Praxis und bietet Lösungsmöglichkeiten an.

SUMMARY:

Within our network and also on numerous congresses we have realized through many discussions with colleagues and network members that the existential situation of the single physician plays an important role in ensuring that aesthetic medicine is successfully introduced or applied in the medical office, and can therefore help to ensure that both the economic situation improves in practice as well as joy and fun to the daily work increases. Sometimes the conditions are so difficult to introduce that although there is a great interest in aesthetics, however, take the daily challenges as much power and attention, that the step is not performed to a change in practice structure and the practice range. In other cases, it comes to a loss of motivation by the fact that a variety of additional tasks urge the aesthetics to the edge, and thus take the practitioner to have fun. This article deals with these very basic problems of aesthetic practice and offers possible solutions.

DIE EXISTENZSITUATION

Wir möchten hier einige Beispiele aus unserer Gesprächspraxis aufführen:

- Ein junger Mediziner mit starken Ambitionen, ästhetische Behandlungen in seiner Praxis einzuführen, hat 2 kleine Kinder, die ihn so in Anspruch nehmen, dass er nicht einmal seine aktuellen Aufgaben zur eigenen Zufriedenheit erledigt und beständig von einem schlechten Gewissen geplagt wird. In diese Kategorie gehören auch die Trennung von einem geliebten Partner oder die Pflege der schwerkranken Mutter.

- Eine Kollegin hat eine Praxis vor einigen Monaten übernommen mit einer sehr hohen Kreditbelastung für neue Investitionen. Ihre einzige Konzentration ist darauf gerichtet, mit dem vorhandenen Potential die Belastung zu tragen. Bei einer Einführung der Ästhetik fürchtet sie zunächst Umsatzeinbußen, die sie sich nicht leisten kann. Auch die Gründung einer neuen Praxis oder Ortswechsel können unter diese Kategorie subsumiert werden.
- Der Kauf eines Grundstücks in guter Lage und der Neubau eines größeren Hauses belasten einen Allgemeinmediziner so stark, dass er keine Möglichkeit sieht, seinem Hamsterrad zu entfliehen. Hierunter zählen alle Notwendigkeiten, Interessen und Bedürfnisse außerhalb der Praxisituation, beispielsweise auch die Finanzierung des Studiums mehrerer Kinder.
- Ein alteingesessener Dermatologe in einer Gemeinschaftspraxis hat Ärger mit seinem Partner. Diese Auseinandersetzung belastet psychisch und physisch so stark, dass er kürzer treten muss. Auch ein schlechtes Betriebsklima, unmotivierter Mitarbeiter oder Auseinandersetzungen z.B. in einem MVZ können hierzu gerechnet werden.

- 1 Sprecher NETZWERK-Globalhealth
- 2 Facharzt für Dermatologie, Medical Skin Center, Düsseldorf
- 3 Facharzt für Dermatologie, Praxis-Klinik Dr. Eichelberg & Partner, Dortmund

Anzeige Asclepion



- Eine für ihre guten Ergebnisse in der Ästhetik bekannte Ärztin mit Kassenpraxis hat den ganzen Tag einen großen Patientendurchlauf und kann nur an den Abenden ästhetische Behandlungen durchführen. Diese Situation belastet sie seit Jahren. Fehlende Zeitökonomie deutet auf eine ungeordnete Praxisorganisation hin. Diese kann sich auf vielfältige Art und Weise äußern.
- In einer Allgemeinarztpraxis im ländlichen Gebiet fällt es der Praxisinhaberin schwer, neue Patienten zu gewinnen. Ähnlich gelagerte Standortprobleme können beispielsweise auch durch Problemviertel in größeren Städten entstehen.
- Eine Arztpraxis hat vor allem ältere Patienten mit vielfältigen Gesundheitsproblemen, bei denen Ästhetik nicht die erste Priorität hat. Dieses Beispiel wirft die Frage auf, wie ich meine Zielgruppe optimal ansprechen kann.

Dieser Artikel wird verantwortet sowohl von zwei Medizinern mit unterschiedlicher Praxisstruktur als auch von einem der Moderatoren des NETZWERK-Globalhealth. Hintergrund für diese Kooperation ist, möglichst viele verschiedene Perspektiven zu integrieren.

Für das NETZWERK-Globalhealth kann gesagt werden: Wenn wir über diese verständlichen existentiellen Hindernisse nachdenken, dann beginnen wir sofort, unsere eigene Situation als

Netzwerk BackOffice und Moderatoren zu überdenken und finden viele Parallelen. Wir befinden uns in einer ganz ähnlicher Situation wie viele unserer Mitglieder. Deshalb empfinden wir zunächst nichts anderes als Solidarität mit den hier geschilderten Verhältnissen und können diese sehr wohl nachvollziehen. Auch uns belastet die ökonomische Herausforderung manchmal so stark, dass oft weiterführende Ideen auf der Strecke bleiben oder zurückgestellt werden müssen, weil einfach nicht das Potential vorhanden ist, um diese zu realisieren.

Die Frage, wie der tägliche existentielle Überlebenskampf nicht als Hindernis erscheint, dass von erfolgreichen Umsetzungen abhält, sondern wie wir diese Herausforderung nutzen können, um unsere existenzielle Situation so zu verbessern, dass wir unsere Visionen realisieren, beschäftigt uns sehr oft und bestimmt unsere Reflexionen. Wir möchten deshalb nicht auf die oben geschilderten einzelnen Situationen eingehen und von oben herab scheinbare Lösungen vorschlagen, denn wir glauben nicht daran, dass dies von außen möglich ist, sondern wir möchten lieber den Weg skizzieren, wie wir mit dieser an Widersprüchen reichen Situation umgehen.

ALLGEMEINE ÜBERLEGUNGEN ZUR NUTZUNG DES EXISTENZWIDERSPRUCHS

Obwohl in unserer Zeit nahezu jeder diesem Existenzwiderspruch ausgesetzt ist oder war, sind erstaunlicherweise einige Ärzte sehr erfolgreich. Die These, die wir dem zugrunde legen ist, dass diese Ärzte den Existenzwiderspruch erfolgreich genutzt haben. Die Ursachen dieses Widerspruchs können nicht aufgelöst werden ohne eine grundlegende Veränderung unserer ökonomischen Strukturen, deshalb kann eine Lösung nur darin bestehen, diesen existenten Widerspruch zu nutzen. Erfolg sollte dabei nicht allein auf die Kategorie ökonomischer Erfolg beschränkt werden, er kann sich auch in anderen Feldern zeigen.

Wenn wir unsere eigene Situation der Netzwerk Organisation betrachten, dann sehen wir uns nicht in der Situation, diesen Widerspruch bereits erfolgreich genutzt zu haben, vielmehr sehen wir uns lediglich auf einem guten Weg. Deshalb sind diese Überlegungen als eine Art Etappenergebnis zu bewerten. Wir empfinden diese Situation deshalb als produktiv, produktiver als wenn wir bereits alle Widersprüche für uns bearbeitet hätten.

Dieser Artikel soll alle diesem Thema zugehörigen Aspekte, die in den vorherigen Artikeln ausführlich diskutiert wurden, nochmals kurz mit aufnehmen, um hier ein vollständiges Bild möglicher gangbarer Wege aufzuzeigen sowie einige weitere Aspekte diskutieren, die nur am Rande mit der Ästhetik selbst zu tun haben.

1. Identität

Identität mit der eigenen Existenzsituation ist für uns der Schlüssel zu allem anderen (KM 1-2014). Je stärker die Identität, desto klarer zeichnen sich Lösungswege aus der Existenzfalle ab. Dazu gehört auch die Identität zur Ästhetik. Nur wer für die Ästhetik „brennt“, kann dort erfolgreich werden.

2. Team

Wenn die Herausforderung als Teamaufgabe verstanden wird, ist sie zu lösen. Dies bedeutet, die eigene Praxis als wichtigen Teil des eigenen Netzwerks zu betrachten und alle Einflüsse von innen und außen zu reflektieren, ohne sie zu bewerten.

3. Netzwerk

Zum Netzwerk gehört unbedingt die familiäre Situation dazu. Bestehen hier unterschiedliche oder gemeinsame Auffassungen, wie Praxis und Familie oder Freunde miteinander harmonieren sollen, kann dies die Konflikte verstärken oder minimieren.

4. Kollegen

Dieser Punkt zielt ab auf die höher geordnete Netzwerkebene, zum Beispiel die Ebene der ästhetischen Mediziner oder der Injektions-Lipolyse. „Wie viel bin ich bereit zu geben oder möchte ich nur erhalten?“ ist hier die entscheidende Frage.

5. Patienten

Das Verhältnis zu den eigenen Patienten wurde in der Artikelserie kontinuierlich thematisiert. Wir haben bislang einen Begriff nicht eingebracht, der bei Medizinern stark tabuisiert ist: Verkauf. Dieser Artikel soll sich unter anderem auch mit diesem Begriff auseinandersetzen und ihm positive Aspekte abgewinnen.

Grundsätzlich wollen wir die Hypothese aufstellen, dass alle hier geschilderten Probleme mit starker Identität zur Ästhetik und durch die Fähigkeit zur Kommunikation, Kooperation und Strukturierung bearbeitet werden können. Dies gilt für alle Aspekte, also Team, Kollegen, Netzwerke oder Patienten.

Stimmen die Rahmenbedingungen jedoch nicht, kann die Praxis nicht erfolgreich arbeiten und die oben geschilderten Fähigkeiten verpuffen. Dies betrifft sowohl rechtliche als auch steuerliche Aspekte, die Organisationsform (Institut, Privatpraxis, Kassenpraxis, ...) sowie den Praxisaufbau und das Marketing. Nur wenn all diese Aspekte als Faktoren für Erfolg und Misserfolg betrachtet werden, sind die Rahmenbedingungen so gestrickt, dass Erfolg erst ermöglicht wird.

TEAM UND PARTNER

Auseinandersetzungen zwischen mehreren Praxispartnern resultieren in der Regel aus Konflikten über die richtige Praxisführung. Typisches Beispiel eines solchen Konfliktes ist der Einstieg eines jüngeren Arztes in eine gut eingeführte Praxis. Der Konflikt, der sich hier abspielt, ist der, dass der ältere Partner fast immer „Alles beim Alten“ lassen möchte (Es läuft doch ganz gut!), während der Neueinsteiger das Bedürfnis hat, sich einzubringen und zu realisieren. Führt dies zu Konflikten, dann stecken dahinter

AUSZEICHNUNGEN UND INNOVATIVE FORTSCHRITTE 2015

Mit Beiträgen von:

Dr. Gerd Kautz, Dr. Tanja Fischer, Prof. Falk G. Bechara, Prof. Thomas Vogt, Dr. Cornelia S.L. Müller, Dr. Wolfgang Kimmig, Prof. Uwe Paasch, Prof. Michael Drosner, Yvonne Marquardt, Prof. Jens Malte Baron, Dr. Ingrid Kautz, Dr. Michael J. Weidmann, Dr. Sebastian Cotofana, Dr. Gerhard Sattler, Dr. Stefanie Lübberding, Dr. Ingo Stoffels, Prof. Matthias Möhrle et al.

Mit Präsentationen neuer Produkte, Therapien und Verfahren von:

Kryolipolyse | Deckert Medizintechnik, Therapienetzwerke | NETZWERK-Globalhealth, Medical Beauty | Reviderm AG, Botulinumbehandlung | Galderma Laboratorium GmbH et al.



Erscheinung
1x jährlich

LEBENDIGE WISSENSCHAFT
SPITZENFORSCHUNG

Ein Kooperationsprojekt der Informationszentrale des Instituts für Wissenschaftliche Veröffentlichungen (IWV) mit der ALPHA Informationsgesellschaft mbH

Redaktionsleitung und Publikationsmarketing:
Christiane Cornwell, cornwell@alphapublic.de
Verkaufsleitung: Peter Asel, peter.asel@alphapublic.de
Anzeigenkoordination: ALPHA Informationsgesellschaft mbH



Informationen erhalten Sie unter:
info@institut-wv.de | www.institut-wv.de
www.alphapublic.de

Bestellungen kostenfrei
per E-Mail: info@institut-wv.de,
Tel.: 06206 939-0 oder an
ALPHA Informationsgesellschaft mbH,
Finkenstraße 10, 68623 Lampertheim
– mit Angabe Ihrer Adresse möglich.



Ängste, die in der Kommunikation nicht offen ausgesprochen werden und die dann dazu führen, dass sich die beiden Positionen, die ja durchaus verständlich sind, immer mehr verhärten, weil beide sich nicht richtig verstanden fühlen. Wichtig erscheint uns in diesem Zusammenhang, was auch für neue persönliche Beziehungen gilt, die wir hier als Analogbeispiel heranziehen wollen: Viele Konflikte in Beziehungen resultieren aus der falschen Annahme, dass ein positives Gefühl, zum Beispiel Begeisterung, allein ausreicht, um eine Beziehung lebendig werden zu lassen und ihr eine solide Basis zu geben. Die Praxis allerdings zeigt ein vollständig anderes Bild mit dem Effekt der kontinuierlich steigenden Trennungszahlen. Geht man jedoch von der Annahme aus, dass eine Beziehung nur über die notwendige Auseinandersetzung über den gemeinsamen Weg entstehen kann und nicht durch ein positives Gefühl, hat man eine korrekte Auseinandersetzungsebene eingenommen, die die Möglichkeit bietet, Gemeinsamkeit zu erzeugen. Was für persönliche Beziehungen gilt, gilt gleichermaßen auch für Geschäftspartnerschaften. Erst wenn ich meinen Partner vollständig verstehen gelernt habe – und dies geht nur über die Konfrontation mit den eigenen Vorstellungen von Zusammenleben oder Zusammenarbeiten – kann so etwas wie Gemeinsamkeit entstehen.

Diese Art von Auseinandersetzungen kann es auch auf hierarchisch untergeordneten Ebenen geben, etwa zwischen

Praxisinhaber und angestellten Ärzten oder zwischen Praxisinhaber und Helferinnen. Hier ist vor allem das Einfühlungsvermögen des Praxisinhabers gefordert, denn sie oder er verfügt über die Macht, die eigenen Vorstellungen undiskutiert durchzusetzen.

Ein Team – seien es gleichberechtigte Partner oder Angestellte – kann nur dann erfolgreich zusammenfinden, wenn alle Beteiligten sich eingebunden fühlen mit ihren jeweiligen individuellen Interessen und unter dem Blickwinkel des individuellen Zugangs zu einer gemeinsam zu erzeugenden Situation. Geschieht dies nicht, sind Konflikte vorprogrammiert. In vielen Fällen, insbesondere wenn die Praxisinhaber Veränderungen (manchmal berechtigterweise) fürchten und deshalb verhindern, kann eine unabhängige Instanz – Mediation oder Moderation – dazu führen, dass Konflikte von vornherein ausgeschlossen werden oder bereits bestehende Konflikte aufgelöst werden. Ein Team wird dadurch zum Team, wenn es in der Lage ist, Konflikte erfolgreich im Sinne aller Beteiligten zu lösen. Finanzielle Anreize für die Mitarbeiter sind empfehlenswert und können mit dazu beitragen, die Motivation zu erhöhen.

Noch ein wichtiger Hinweis sei uns gestattet: Ästhetische Behandlungen können nie „noch oben drauf“ auf den Praxis-Alltag gepackt werden, sondern man muss sich zwingen (!), andere Tätigkeiten zu opfern. Es geht also nicht primär um das „mehr Geld verdienen“, sondern ausschließlich um das „anders Geld verdienen“. Der Umsatz kann nur einmal gemacht werden. Viele Ärzte wollen die Ästhetik nur als zusätzliches Standbein, um den Gewinn zu steigern. Das wird in der Regel nur dann funktionieren, wenn gewinnschwächere, zeitaufwändige Leistungen abgestoßen werden.

Auch hier kann wiederum die Parallele zum Netzwerk Back-Office gezogen werden. Wir haben als eine unserer Schwächen identifiziert, dass jede Abteilung ausschließlich auf sich selbst orientiert ist und nicht auf die gemeinsamen Ziele des ganzen Büros und noch weiter gedacht des ganzen NETZWERK-Globalhealth und seiner Therapienetzwerke. Nur wenn es uns gelingt, den begonnenen Prozess der Integration von sich selbst organisierenden Einheiten, Austausch der Abteilungen zur Synergiebildung sowie Akzeptanz eines jeden Mitarbeiters von klaren Direktiven der Personen, die den Überblick über die Entwicklung und den aktuellen Status des Büros haben, erfolgreich abzuschließen und dadurch gemeinsame Fähigkeiten zu entwickeln, werden wir unseren Erfolg steigern können. Das Problem ist nicht die Konkurrenz oder der gesättigte Markt, das größte Problem ist die Herstellung von Strukturen, die chaotische Entwicklungen minimieren und sich stattdessen an einem gemeinsamen Ziel orientieren.

NETZWERK

In vorangegangenen Artikeln wurde immer wieder darauf hingewiesen, dass wir alle als Organismen Bestandteile von Netzwerken sind, nicht allein Individuen. Manchmal scheint es so auszusehen, als wenn unsere Gesellschaft immer mehr in Richtung Vereinzelung driftet, dies aber nur, weil grundlegende Prinzipien wie beispielsweise die Zugehörigkeit zu bestehenden

Netzwerken ignoriert werden. Wir möchten an dieser Stelle zwei unterschiedliche Ebenen ansprechen.

Die eine Ebene behandelt die Zugehörigkeit von privaten Beziehungen zum Praxisnetzwerk. In früherer Zeit war jedem klar, dass Familien aufeinander angewiesen sind und nur zusammen Herausforderungen bewältigen konnten. Es ist nicht einmal hundert Jahre her, dass die Großfamilie eine wichtige Voraussetzung für Überleben in unserer Gesellschaft bot. Der Praxisinhaber kann nur dann seine Kraft auf die Praxis konzentrieren, wenn er oder sie den Rücken frei hat. Auch hier geht es wieder um Konfliktlösungsstrategien und die Erkenntnis eigener Wünsche und Bedürfnisse.

Die grundlegenden Fragen, die beantwortet werden müssen, lauten: Wie wichtig sind mir meine persönlichen Beziehungen? Wie viel Zeit bin ich bereit, in persönliche Beziehungen zu investieren? Was erwarte ich von meinen persönlichen Beziehungen? Was kann ich leisten an Arbeit, um meine persönlichen Beziehungen zu erhalten und zu verbessern? Wo benötige ich Unterstützung, um durch eine erfolgreiche Praxis zum Erhalt und zur Entwicklung meiner persönlichen Beziehungen beitragen zu können?

Die zweite Ebene betrifft die übergeordnete Zugehörigkeit. Als Praxisinhaber ist man automatisch im Netzwerk der Medizin oder der ästhetischen Medizin, um einen kleineren Rahmen

zu beschreiben. Wir wollen hier den Widerspruch intellektuell auflösen, der zu bestehen scheint zwischen den eigenen und allgemeinen Interessen.

Nehmen wir als Beispiel eine Meldung der AOK, die über DPA an viele Zeitungen gegangen ist und am 27. Mai 2015 zu lesen war: Hier wird aufgezeigt, dass Ärzte und Kliniken unnötige medizinische Angebote wie die Früherkennungsuntersuchung bei Eierstöcken anbieten. Ohne diesen Fall in seiner ganzen Dimension zu beleuchten, wollen wir ihn dennoch zur Klärung der oben beschriebenen Ebene nutzen. Es ist sicher nicht zu bezweifeln, dass unnötige Leistungen verkauft werden. Dass dies gerade auch bei Patienten geschieht, die nichts mit Ästhetik zu tun haben, zeigt, dass wir es mit einem Problem zu tun haben, das alle Fachgruppen betrifft. Der Ästhetik wird ja immer schon Geldmacherei vorgeworfen, hier aber findet sie statt, und zwar mit dem Verkaufsargument Angst. Die zweite Ebene der Dimension ist die, dass die AOK als Kasse als scheinbarer Anwalt der Patienten möglichst in einem Licht dargestellt sein will, das Patienten zwischen den Zeilen signalisieren soll, dass alle notwendigen Leistungen von ihr bezahlt werden, was so heute keinesfalls mehr zutrifft. Was diese Auseinandersetzung zwischen Ärzteschaft und Kassen bei Patienten bewirkt, ist Misstrauen in die Ärzte, denn bei den Patienten wird durch eine derartige Meldung das Vertrauen erschüttert. Eine weitere


ELLANSÉ™
A touch of youth



Der erste Filler mit individuell bestimmbarer Haltbarkeit

ELLANSÉ gehört zu einer neuen Fillergeneration für länger anhaltende ästhetische Resultate. Der Patient hat die Möglichkeit, die für ihn passende Dauer der Korrektur selbst zu bestimmen. ELLANSÉ regt nicht nur die Kollagenneogenese an, sondern erhöht auch die Patientenzufriedenheit mit einem sofortigen Effekt.

AQTIS 
 Medical
 a SINCLAIR company

Sofortige Korrektur



Verbessertes Gesichtsvolumen



4 verschiedene Haltbarkeiten



Optimales Ergebnis mit wenig Materialeinsatz



Dimension wird durch die Medien vertreten, die diese Meldung unkommentiert publizieren. Übertragen wir dieses Beispiel auf die Ästhetik: Bei der Ablehnung der Ästhetik kommen immer zwei Argumente zusammen: nicht notwendige Leistung und Geldmacherei. Ob eine Leistung für einen bestimmten Patienten notwendig ist oder nicht, bestimmt allein der Patient, zumindest in der Ästhetik, bei der keine medizinische Indikation vorliegt. Dass jede Leistung bezahlt werden muss, spricht mehr für als gegen die Ästhetik, denn hier sind die Verhältnisse klar, transparent und für jeden erkennbar. Jeder ästhetische Mediziner, der eine Leistung verkauft, die ein Patient nicht benötigt oder die dem Patienten nicht das bringt, was er sich erhofft, schadet langfristig sich selbst und er schadet allen anderen ästhetischen Medizinern. Derjenige aber, der seine medizinische Tätigkeit seriös ausübt, auch wenn dabei kurzfristige Umsätze nicht erzielt werden, nutzt dem Netzwerk der ästhetischen Medizin und langfristig auch sich selbst, denn er wird zufriedene Patienten haben und dadurch auch wirtschaftlichen Erfolg.

DIE ZIELGRUPPEN- UND STANDORTPROBLEMATIK

.....
Diese Problematik sollten wir differenziert betrachten, obwohl beide Probleme auch häufig miteinander verbunden sind.

Grundsätzlich sollte jedem Neueinsteiger in ästhetische Angebote klar sein, dass unabhängig von einer sehr guten Qualifikation auch ein langer Atem notwendig ist. Es braucht einige Zeit, sich zu profilieren und zu etablieren. Aus finanziellem Druck heraus „mal“ Ästhetik machen, wird fast immer (!) scheitern.

Mit Hilfe dieser Fragestellung lässt sich sehr gut die zielgruppenspezifische Kommunikation erläutern. Wenn ich mit meiner Praxis in Niedersachsen auf dem flachen Land sitze, habe ich auf jeden Fall ein anderes Publikum als in München Schwabing oder am Prenzlauer Berg in Berlin. Natürlich sollte die Kommunikation auf den jeweiligen Partner eingestellt werden, wir werden auch in den weiteren Abschnitten des Artikels noch detaillierter darauf eingehen.

Um ein Beispiel zu geben: Wenn ein Bauer fragt, was das denn sei, die Injektions-Lipolyse, könnte es sein, dass wir ihn einfach vor den Spiegel stellen und ihm sein Doppelkinn zeigen und durch Handstraffung demonstrieren, wie es nach einer Behandlung aussehen könnte. Eine dem intellektuellen Niveau entstammende Patientin will vielleicht eher wissen, wie die Behandlung funktioniert, eine auf Nachhaltigkeit und Natürlichkeit orientierte Patientin will die Inhaltsstoffe der Therapie kennenlernen. In diese Kategorie fallen auch Patienten, die zum Beispiel Botox Behandlungen ablehnen, weil ein „Nervengift“ eingesetzt wird. Ein Behandler kann nur die Therapien vertreten, von denen er selbst überzeugt ist. Es gibt auch Ärzte, die etwas gegen BTX Behandlungen haben. Solange sie nicht überzeugt sind, sollten sie die Therapie nicht anbieten.

Ein sehr gutes Beispiel für einen intelligenten Umgang in einer kleineren Stadt am Rande des Ruhrgebietes hat kürzlich eine Kollegin [1] in einem Interview gegeben: In dieser Region bedarf es einer klaren Strategie, um Patienten für ästhetische Behandlungen zu öffnen. Einer Filler- oder Botox Behandlung würden diese Patienten nicht einfach zustimmen, dazu sind die Vorurteile zu groß. Mit einer sehr schonenden Mesolift Behandlung in den Problemzonen des Gesichts (Periobital- und Perioralregion) kann sie ihre skeptischen Patienten zunächst davon überzeugen, die Mesobehandlung auf das ganze Gesicht auszudehnen. Später haben sich diese Patienten auch geöffnet für andere Behandlungsoptionen. Gehe ich als Arzt jedoch davon aus, dass ich in der falschen Gegend sitze, habe ich gegen meine eigenen Überzeugungen zu kämpfen, die intelligente Strategien wie die geschilderte verhindern.

Was kann ich tun, wenn die Zielgruppe, die ich ansprechen will, nicht in meiner ärztlichen Kassenpraxis verkehrt? Diese Fragestellung ist zunächst zu differenzieren. Aus einem „nicht“ sollte zunächst einmal ein „weniger“ in der eigenen Wahrnehmung werden. Es hilft in solchen Fällen sicher nicht allein, wenn ich Informationen im Wartezimmer auslege. In einem solchen Fall helfen zwei Strategien: Ich verschaffe mir einen Überblick über meine Patienten, indem ich alle Patientendaten analysiere. Auch in einer solchen Praxis sind Patienten zu finden, die auf ästhetische Behandlungen angesprochen werden wollen. Eine solche Ansprache könnte beispielsweise darin bestehen, dass man die Patienten darüber informiert, dass die Praxis jetzt auch etwas ganz Neues anbietet und man ihnen das neue Angebot gern näher erläutern möchte.

Es gibt unbezweifelbar bessere oder schlechtere Standortbedingungen. Aber wie gravierend ist die Standortfrage wirklich? Die Anzahl der Patienten, die heute über eine Internetsuche den richtigen Arzt wählen, ist im vergangenen Jahrzehnt erheblich gestiegen. Mehr als 30 % der Patienten kommen über dieses Medium. Dies unterstreicht, wie wichtig eine sehr gut aufgebaute und leicht zu findende eigene Homepage ist. Natürlich lassen sich neben dem Internet weitere Maßnahmen, die wir unter die Rubrik Marketing einordnen wollen, durchführen wie beispielsweise Praxis-TV.

Wir alle wissen, dass persönliche Empfehlungen einen großen Einfluss auf die Arztwahl haben. Aus einer kleinen Gruppe sehr zufriedener Patienten kann schnell ein größeres Reservoir werden. Wichtig erscheint uns in diesem Zusammenhang, dass man die Patienten bittet, den Arzt und die Behandlung weiterzuempfehlen, wenn sie zufrieden sind. Im Übrigen kann beispielsweise auch das Zentrum einer Metropole zum Problemstandort werden, nämlich dann, wenn beispielsweise wie in der Münchner City oder der Düsseldorfer Königsallee das Angebot so groß ist, dass sich Konkurrenz und damit einhergehend Preisdumping herausbilden und damit die eigene Tätigkeit erschweren.

DER VERKAUF EINER ÄSTHETISCHEN DIENSTLEISTUNG AN DIE PATIENTEN

Wir hatten bereits erwähnt, dass der Begriff Verkauf in der Medizin nicht gerade beliebt ist. Dafür gibt es sicher zahlreiche Gründe. Während einer Fortbildung für medizinische Helferinnen wurde von der Trainerin, einer Office Managerin, der Begriff Verkauf benutzt. Danach schalteten mindestens 50 % der Teilnehmerinnen komplett ab. Auf Nachfrage wurde deutlich, dass viele in medizinischen Berufen Tätige sich den Beruf gerade deshalb ausgesucht hatten, weil dort kein Verkauf stattfindet. Dies gilt nicht nur für Helferinnen, sondern gleichermaßen für Ärzte.

Wir wollen ausgehend von diesem Beispiel zwei Aspekte diskutieren. Es ist eine komplette Illusion zu glauben, dass Medizin nichts mit Verkauf zu tun hat. Auch hier möchten wir wiederum auf die früheren Artikel verweisen: Verkauft wird nicht allein ein einzelnes Produkt oder eine einzelne Dienstleistung, verkauft wird heute die ganze Persönlichkeit. Insofern ist jede Begegnung immer auch ein Verkauf, denn wir alle unterliegen den Bedingungen unserer modernen Warengesellschaft. Neu hinzugekommen in der Medizin ist heute allerdings die Konkurrenz. Früher war der Verkauf medizinischer Leistungen einfach, heute unterliegt er den Kriterien der Warengesellschaften fast ebenso wie alle anderen Wirtschaftszweige und damit auch zum Beispiel dem Kriterium der Überproduktion, also dem Ungleichgewicht von Angebot und Nachfrage.

Zweitens zeigt dieses Beispiel, dass der Begriff Verkauf negativ belegt ist. Wer von uns ist noch nicht von einem unseriösen Verkäufer hereingelegt worden? Aus den negativen eigenen Erfahrungen heraus wird etwas bewertet, dass eigentlich ein notwendiges Vehikel für das Funktionieren unserer Gesellschaft darstellt, nämlich die Distribution von Waren und Dienstleistungen. Ohne diesen Akt würde unsere Gesellschaft nicht existieren können. Auch hier können wir wieder die Klammer bilden zwischen den individuellen Interessen und den Interessen des Netzwerks der Distribution. Unsere Gesellschaft macht es uns sehr leicht, unser Einzelinteresse gegen das übergeordnete Netzwerk zu stellen und dies umso mehr, wenn der Verkauf sich nicht wiederholt, zum Beispiel wenn wir in einen Laden gehen und dort ein Produkt kaufen. In der modernen Ästhetik ist dies jedoch ganz anders: Wir gehen davon aus, dass immer mehr Patienten davon überzeugt sein werden, dass die Kompositorische Ästhetik mit ihrem prozessorientierten, altersbegleitenden Ansatz für sie das Richtige ist. Hier geht es also nicht um einen einmaligen Akt, sondern um Kontinuität. Es wäre nachgerade fatal, einem Patienten aus kurzfristigen

Ihr Nadelspezialist

Spezialkanülen für die ästhetische Medizin



- **Spezial-Kanülen**
27G - 33G in 4, 6 & 12 mm
5fach Schliff, extra dünnwandig
- **Atraumatische/Stumpfe - Kanülen**
22G - 30G in 25 - 70 mm - flexibel, extra dünnwandig
- **Schneid - Kanülen**
16G - 18G in 25 - 40 mm - flexibel, extra dünnwandig
- **Cyro-Shape Nadel**
Nadel zur Keloidbehandlung mit flüssigem Stickstoff

Zu beziehen über:

Lichtblick GmbH · Mühlenstr. 19 · 48317 Drensteinfurt
Tel.: 02508 / 21 59-300 · Fax: 02508 / 21 59-333



Interessen heraus eine Behandlung „aufzuschwatzen“, die er nicht benötigt.

Um eine existentielle Situation zu verbessern ist deshalb auch die Notwendigkeit gegeben, eine Identität zum Verkauf zu haben. Wenn die Überzeugung besteht, dass die eigene Qualifikation dazu berechtigt, Patienten optimal zu behandeln, dann gibt es eigentlich keinen Grund, warum die eigenen Fähigkeiten nicht verkauft werden sollten.

VERKAUFSTECHNIKEN – KOMMUNIKATIONSTECHNIKEN

Verkaufen will genauso gelernt sein wie Medizin. Es handelt sich um Spezialwissen, das nicht unbedingt jedem sofort zugänglich ist. Doch auch der Begriff Verkaufsschulung ist nicht gerade positiv belegt. Er klingt in den Ohren Unwissender wie das Erlernen von Manipulationstechniken. Das Gegenteil ist der Fall, wenn die oben genannten Prämissen zur Richtschnur des eigenen Handelns werden. Es gibt sehr viele verschiedene Ansätze, um Verkauf zu erlernen. Wir wollen hier zwei der aktuellsten und erfolgreichsten herausheben.

1. Das Enneagramm

Das Enneagramm wird benutzt, um das Gegenüber besser zu erkennen. Es ist ein sehr altes Modell und dient dazu, eine einzelne Persönlichkeit zu klassifizieren. In Verkaufsschulungen wird dieses differenzierte Modell stark vereinfacht benutzt, indem jede Person in eine von drei Kategorien eingeordnet wird: Grün, Blau oder Rot. Grün ist assoziiert mit Gefühl. Dieser Persönlichkeitstyp wird nur dann reagieren, wenn seine Gefühle beteiligt sind (Emotionaltriade). Der blaue Typ wird charakterisiert als derjenige, der über rationale Argumente erreicht wird (Sozialtriade) und der rote Typ wird von Aktivität gesteuert (Handlungstriade). In einer sehr kurzen Verkaufssituation kann diese Typisierung helfen, die richtigen Worte zu finden, wenn es gelingt, den Kommunikationspartner einer der drei Kategorien zuzuordnen. Das Enneagramm ist weitaus differenzierter, jeder der drei Grundtypen hat drei verschiedene Typisierungen, deshalb Triade. Es kann dabei helfen, die innere Welt meines Gegenübers besser zu verstehen. Das Enneagramm wird in sehr vielen unterschiedlichen Verkaufsschulungen eingesetzt und es kann tatsächlich eine Hilfe sein, um eine Kommunikation so zu gestalten, dass alle Kommunikationspartner mit der Kommunikation zufrieden sind und sich verstanden fühlen.

2. Das Neurolinguistische Programmieren (NLP)

NLP diente ursprünglich als Kommunikationstechnik, die es ermöglichte, Patienten mit psychischen Problemen besser zu helfen, beispielsweise Phobien schnell zu behandeln. Die Technik entstand durch eine geniale Idee der beiden Psychologen Bandler und Grinder. Die beiden untersuchten die Kommunikationsstrategien der erfolgreichsten Psychologen unabhängig von den eingesetzten Therapien und entwickelten daraus ihr System. Später wurden diese Erkenntnisse auf viele andere Kommunikationsbereiche übertragen, u.a. auch auf den Verkauf. Wie jede Technik kann auch NLP zur Manipulation eingesetzt werden.

Eigentlich jedoch dient es dazu, die Kommunikationspartner durch verschiedene Strategien zu verbinden und einen emotionalen Gleichklang zu erzeugen. Es dient nicht dazu, eigene Interessen durchzusetzen. Umgekehrt dient es natürlich auch nicht dazu, eigene Interessen zu ignorieren.

Beide hier beschriebenen Möglichkeiten der Erweiterung des eigenen Handlungsspektrums können dazu genutzt werden, eine Kommunikationssituation (Verkaufssituation) so zu gestalten, dass alle am Prozess Beteiligten zufrieden sind. Welche Verkaufstechniken auch immer man sich aneignet, es handelt sich immer darum, das Gegenüber und seine Bedürfnisse besser zu verstehen und die eigene Kommunikation auf diese Persönlichkeit abzustimmen. Es grenzt fast schon an Überheblichkeit zu glauben, man benötige diese Techniken nicht. Denn es ist eine Missachtung des Kommunikationspartners, sich nicht auf seine Bedingungen einzustellen.

FAZIT

Die existentielle Situation einer ästhetisch arbeitenden oder im Aufbau befindlichen Praxis muss unbedingt berücksichtigt werden. Nur, wenn es gelingt, die vor allem auf den/die Praxisinhaber wirkenden Kräfte im Sinne einer Verbesserung der Praxissituation zu nutzen, kann sich langfristiger Erfolg einstellen.

Gibt es also so etwas wie eine Formel für Erfolg in der Ästhetik? Wir sagen ja: Wer eine starke Identität zur Ästhetik aufgebaut hat, wird dafür sorgen, dass die Praxis Rahmenbedingungen bekommt, die ästhetische Behandlungen wirtschaftlich profitabel gestalten. Diese Rahmenbedingungen bieten die Möglichkeit, die eigenen Fähigkeiten zu entwickeln, die sich nicht allein auf die Behandlungen selbst beziehen, sondern vor allem auch kommunikative Fähigkeiten sowie Teamführung und -motivation mit einschließen. Ein gut geführtes Team mit einer Orientierung auf gemeinsam zu erreichende Ziele, eine Beachtung aller mit dem Praxisnetzwerk einhergehenden Netzwerkaspekte wie die persönliche Situation, eine detaillierte Analyse der Zielgruppen- und Standortsituation sowie die Übereinstimmung und Verbindung mit übergeordneten Zielen bieten die beste Garantie für Erfolg.

Korrespondenzadresse:

Dipl.-Ing. Dirk Brandl
Mühlenstraße 19
D-48317 Drensteinfurt
brandl@network-globalhealth.com

Literatur:

1. Ästhetische Mesotherapie erfolgreich durchführen, Interview mit Dr. Gisela Funke, Kosmetische Medizin 5.14