

Ganz schön operiert: Zur Legitimität der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie

Wustmann, Julia

Veröffentlichungsversion / Published Version

Dissertation / phd thesis

Zur Verfügung gestellt in Kooperation mit / provided in cooperation with:
transcript Verlag

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Wustmann, J. (2021). *Ganz schön operiert: Zur Legitimität der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie*. (Materialitäten, 27). Bielefeld: transcript Verlag. <https://doi.org/10.14361/9783839454404>

Nutzungsbedingungen:

Dieser Text wird unter einer CC BY Lizenz (Namensnennung) zur Verfügung gestellt. Nähere Auskünfte zu den CC-Lizenzen finden Sie hier:
<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>

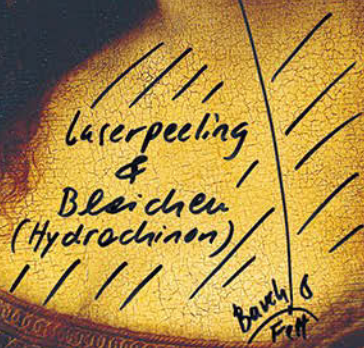
Terms of use:

This document is made available under a CC BY Licence (Attribution). For more information see:
<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0>

Julia Wustmann

Ganz schön operiert

Zur Legitimität
der Ästhetisch-Plastischen
Chirurgie



Julia Wustmann
Ganz schön operiert

Editorial

Körper, Bewegung und Raum sind in den Sozialwissenschaften noch wenig etablierte Forschungsfelder. Erst langsam setzt sich die Erkenntnis durch, dass das Soziale wesentlich über Körper, Bewegung und Raum konstituiert wird und dass diese Dimensionen des Sozialen wechselseitig aufeinander verwiesen sind. Dynamik gewinnt die Forschungsperspektive, wenn Körper, Bewegung und Raum nicht länger als ontologisch, physikalisch definiert oder materiell gegeben vorausgesetzt, sondern als sozial hergestellt angesehen werden.

Da Körper, Bewegung und Raum als materialisierte Formen gelten, standen sie lange Zeit in der Soziologie als Forschungsgegenstand nicht zur Diskussion und galten gar als das Andere des Sozialen. Neue Forschungsfelder machen seit wenigen Jahren jedoch deutlich, dass Körper sozial produziert werden und auch über ihre Materialität unlösbar in gesellschaftliche Prozesse und soziale Strukturen eingelassen sind. Damit ist eine fruchtbare soziologische Kontextualisierung von Körper, Bewegung und den über Körper-Bewegungen konstruierten Raum in Gang gekommen.

Die Reihe **Materialitäten** hat zum Ziel, die neu entstehende Soziologie von Körper, Bewegung und Raum zu dokumentieren und editorisch zu betreuen. Sie bietet eine profilierte und hochkarätige Plattform für sozialwissenschaftliche Texte, die dieses Themenfeld vermessen und vertiefen, Beiträge zur Theorie und zur Sozialgeschichte von Körper, Bewegung und Raum sowie empirische soziologische Analysen jener sozialen Felder, in denen Körper, Bewegung und Raum eine besondere Bedeutung gewinnen. Hierzu gehören Stadt und öffentlicher Raum, Sport und Spiel, Alltagskultur und populäre Kultur. Die Reihe will Anschlussstellen aufzeigen zu jenen Soziologien, die mit den Themenfeldern Körper, Bewegung und Raum eng verwandt sind – etwa Geschlechterforschung, Stadtsoziologie, Umweltsoziologie, Sportsoziologie, Medizinsoziologie. Und schließlich zielt die Reihe Materialitäten darauf ab, soziologische Forschung in diesen Themenfeldern zu bündeln und auf diese Weise Anknüpfungspunkte an interdisziplinäre und internationale Diskurse herzustellen.

Die Reihe wird herausgegeben von Gabriele Klein, Martina Löw und Michael Meuser.

Julia Wustmann (Dr. phil.) ist wissenschaftliche Mitarbeiterin am Lehrstuhl für Allgemeine Soziologie an der TU Dortmund. Ihr Forschungsfokus liegt auf Wandlungsprozessen spezifischer Wissenskulturen (vor allem Expert*innenwissen, Alltagswissen und Geschlechterwissen) sowie auf gesellschaftlichen Transformationsprozessen (der Globalisierung, Individualisierung und Digitalisierung) und dem Umgang mit Effekten dieser Prozesse auf Individualebene.

Julia Wustmann

Ganz schön operiert

Zur Legitimität der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie

[transcript]

Dissertation an der Fakultät Erziehungswissenschaft, Psychologie und Soziologie, Technische Universität Dortmund, 2019.

Die vorliegende Dissertation ging aus dem Forschungsprojekt »Das optimierte Geschlecht? Soziologische Explorationen zur (Neu)Kodierung der Geschlechterdifferenz am Beispiel der »Schönheitschirurgie« (GZ VI 507/2-1) hervor, das zwischen 2013 und 2015 von der DFG (Deutsche Forschungsgemeinschaft) gefördert wurde.



The EOSC Future project is co-funded by the European Union Horizon Programme call INFRAEOSC-03-2020, Grant Agreement number 101017536

Die freie Verfügbarkeit der E-Book-Ausgabe dieser Publikation wurde ermöglicht durch das Projekt EOSC Future.

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.



Dieses Werk ist lizenziert unter der Creative Commons Attribution 4.0 Lizenz (BY). Diese Lizenz erlaubt unter Voraussetzung der Namensnennung des Urhebers die Bearbeitung, Vervielfältigung und Verbreitung des Materials in jedem Format oder Medium für beliebige Zwecke, auch kommerziell. (Lizenztext: <https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>)

Die Bedingungen der Creative-Commons-Lizenz gelten nur für Originalmaterial. Die Wiederverwendung von Material aus anderen Quellen (gekennzeichnet mit Quellenangabe) wie z.B. Schaubilder, Abbildungen, Fotos und Textauszüge erfordert ggf. weitere Nutzungsgenehmigungen durch den jeweiligen Rechteinhaber.

Erschienen 2021 im transcript Verlag, Bielefeld

© Julia Wustmann

Umschlaggestaltung: Maria Arndt, Bielefeld

Umschlagabbildung: Sarah Illenberger

Korrektur: Anne Scheithauer

Druck: Majuskel Medienproduktion GmbH, Wetzlar

Print-ISBN 978-3-8376-5440-0

PDF-ISBN 978-3-8394-5440-4

<https://doi.org/10.14361/9783839454404>

Buchreihen-ISSN: 2703-027X

Buchreihen-eISSN: 2703-0288

Gedruckt auf alterungsbeständigem Papier mit chlorfrei gebleichtem Zellstoff.

Besuchen Sie uns im Internet: <https://www.transcript-verlag.de>

Unsere aktuelle Vorschau finden Sie unter www.transcript-verlag.de/vorschau-download

Inhalt

1. Ästhetisch-Plastische Chirurgie	
Annäherungen an ein un/bekanntes Phänomen	9
2. Theoretische Erkundungen zur Bestimmung	
der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie	25
2.1. Expert*innenentum, Profession und/oder Spezialist*innenentum? Eine	
indikatorische Bestimmung der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie	25
2.2. Optimal operiert – Operativ optimiert?	
Ästhetisch-Plastische Chirurgie als Körperarbeit und Enhancement	32
2.3. Das Kriterium der medizinischen Notwendigkeit.	
Ästhetisch-Plastische Chirurgie zwischen Kuration und Wunscherfüllung	36
2.4. Transformationsprozesse der Medizin.	
Ästhetisch-Plastische Chirurgie als Phänomen der Entgrenzung	40
2.5. Die Ästhetisch-Plastische Chirurgie im Kontext von reflexiven	
Modernisierungsprozessen	42
2.6. Forschungsgegenstand: Alltags- und Expert*innenwissen	
von Ästhetisch-Plastischer Chirurgie	55
3. Methodologische Annahmen und Forschungskonzeption	63
3.1. Erkenntnisinteresse: Die Erforschung von Alltagswissen,	
Expert*innenwissen und Körperwissen	63
3.2. Erhebungs- und Auswertungsverfahren: Expert*inneninterviews,	
Gruppendiskussionen und die Dokumentarische Methode	72
3.3. Das Sample der Studie: Vorstellung der interviewten	
Alltagsakteur*innen und Expert*innen	93
4. Grenzen der Definition	
Die Ästhetisch-Plastische Chirurgie innerhalb medizinischer Kontexte	101
4.1. Der Hippokratische Eid und/oder neue Brüste für die Menschheit	101
4.2. Die Ästhetisch-Plastische Chirurgie als rote Kirsche auf der weißen Torte	113

4.3. Grenzkonstruktionen zur Sonderstellung der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie innerhalb der Medizin	125
5. Grenzen der Wirkung	
Die Ästhetisch-Plastische Chirurgie innerhalb sozialer Dynamiken	131
5.1. Ästhetisch-Plastische Chirurgie als Effekt und Katalysator sozialer Wandlungsprozesse	131
5.2. Ästhetisch-Plastische Chirurgie als individuelles Risikomanagement im Kontext von Körperoptimierung	143
5.3. Grenzkonstruktionen zwischen Chancengleichheit und Perversion	156
6. Grenzen der Behandlung	
Zur Effektivität der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie	163
6.1. Ästhetisch-Plastische Chirurgie als stigmatisierende Symptom- statt Ursachenbehandlung	163
6.2. Ästhetisch-Plastische Chirurgie als eine spezifische Körperarbeit der Ent-Stigmatisierung	178
6.3. Grenzkonstruktionen zwischen Wunscherfüllung und Kuration	191
7. Grenzen der Berechtigung	
Zum professionellen Status der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie	197
7.1. Die strukturierende Ökonomisierung als Widerspruch zum ärztlichen Berufsethos ...	198
7.2. Wirtschaftlichkeit als nebensächliche Notwendigkeit sowie als Konkurrenz- und Risikogenerator	210
7.3. Grenzkonstruktionen zum professionellen Status der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie	229
8. Ganz schön operiert?! – Ein Fazit und Ausblick	237
Literatur	247
Danksagung	271

Gewidmet
Susanne & Werner

»...«

1. Ästhetisch-Plastische Chirurgie

Annäherungen an ein un/bekanntes Phänomen

Die Türen zur Klinik öffnen sich, der Arbeitsalltag beginnt. Im Wartezimmer sitzt bereits die erste Patientin auf einem mit goldenen Ranken verzierten Lehnstuhl. Sie wünscht sich makellose Haut für den Abschlussball. Ich entferne überschüssiges Fett aus der Wangenpartie, beseitige via Laserbehandlung auffallende Hautirritationen und injiziere Filler, um die Falten um die Nase herum auszugleichen. Mehrfach sagt die Patientin währenddessen »Au, das tut weh« und beginnt zu weinen. Im Anschluss an jeden abgeschlossenen Behandlungsschritt rechne ich die bisher entstandenen Kosten ab. Nach Beendigung aller Prozeduren strahlt die Patientin und verlässt glücklich die Klinik. Ich eile zurück in das mittlerweile gefüllte Wartezimmer, um die nächste Patientin aufzurufen. Es wird ein langer Arbeitstag werden, denn es stehen noch mehrere Lippenunterspritzungen, einige Rhinoplastiken und diverse Augenlidoperationen auf der heutigen Agenda.

Die dargestellte Szene ist eine Deskription exemplarischer Aufgaben und Abläufe, die man in der Spiele-App »Beauty Clinic Plastic Surgery« von Bravo Kids Media absolvieren kann. Im Zuge des Spiels versetzt man sich in die Rolle einer »Professional Beauty Doctor« und imitiert in spielerischer Art und Weise die Durchführung ästhetisch-plastischer Verfahren an ausschließlich weiblichen Patientinnen. Obwohl das Spiel in einem Comic-Stil gestaltet ist, sind Operationsbesteck, technische Geräte und gesetzte Schnitte wirklichkeitsnah dargestellt. Bei diesem App-Design handelt es sich nicht um eine Ausnahmeerscheinung, denn es existieren zahlreiche weitere Apps, wie »Celebrity Plastic Surgery Hospital«, »High School Clinic Affair« oder »Princess Girl Plastic Surgery«, die nach demselben Prinzip konzipiert sind. Spiele-Apps dieser Art werden mitunter als »educational game[s]«, also als pädagogisch lehrreiche Spiele (play.google.com 2018a) beworben, durch die Kinder viel über Medizin lernen könnten (vgl. play.google.com 2018b).

In Reaktion auf die Existenz und stetige Zunahme solcher Spiele-Apps initiierte im Januar 2017 das internationale Netzwerk »Endangered Bodies«, das sich für mehr Vielfalt in der öffentlichen Darstellung von Körpern einsetzt (vgl. endangeredbodies.org 2018), eine Online-Petition mit dem Titel »Stop cosmetic surgery

apps aimed at kids: #surgeryisnotagame«. Die Petition wurde explizit an Apple, Google und Amazon als Hauptanbieter solcher Spiele-Apps gerichtet und kritisiert die Verharmlosung der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie sowie die negativen Effekte, die diese Apps auf die Körperelbstbilder, insbesondere die von Kindern und Jugendlichen, haben (vgl. change.org 2018). In der Folge wurden bei allen drei Anbietern einige solcher Apps gelöscht, allerdings sind mittlerweile auch ähnlich entworfene Apps bei den gleichen und anderen Anbietern neu erschienen.

Die Diskussion um die Spiele-Apps ist nur ein Beispiel aus einer Reihe öffentlich geführter Debatten zu Intentionen, Effekten und Gefahren der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie. Denn bereits in der Vergangenheit entbrannten mehrfach ähnliche Auseinandersetzungen und Kontroversen. Im Rahmen einer 2015 vom Vatikan veranstalteten Konferenz zur Rolle der Frau in der Gesellschaft wurde die Ästhetisch-Plastische Chirurgie in einem Arbeitspapier des Päpstlichen Kulturrates als »Aggression gegen den weiblichen Körper« und als »Burka aus Fleisch« bezeichnet, durch die das natürliche Aussehen von Frauen verhüllt werde (Langer 2015). Die italienische Schauspielerin Nancy Brilli, die als Werbeträgerin der Veranstaltung tätig war, entgegnete den Äußerungen auf einer Pressekonferenz: »Wenn eine Frau ihr Aussehen operativ verändert, weil sie sich unwohl fühlt, verstehe ich nicht, warum dies dämonisiert oder kritisiert wird« (dpa 2015). Brilli drückt mit dieser Aussage zum einen ihr Unverständnis darüber aus, wie der Päpstliche Kulturrat die Nutzung von ästhetisch-plastischen Eingriffen interpretiert, zum anderen zeichnet sich in ihrer Aussage eine gegensätzliche Perspektive ab, die die Ästhetisch-Plastische Chirurgie positiv deutet, da sie Frauen auch helfen könne, sich wieder wohlfühlen.

In den 2000er Jahren sorgten Reality-TV-Shows zur Ästhetisch-Plastischen Chirurgie für ähnlich ambivalente Debatten. Eine der ersten Sendungen zum Thema war die von ProSieben ausgestrahlte Show »The Swan – Endlich schön!« (2004), die zeigte, wie Frauen durch Ästhetisch-Plastische Chirurgie eine »Verwandlung« vom hässlichen Entlein zum wunderschönen Schwan anstrebten. In der MTV-Sendung »I Want a Famous Face« (2004-2005) wurden junge Erwachsene dabei begleitet, wie sie sich ästhetisch-plastischen Operationen unterzogen, um wie eine berühmte Person auszusehen. In der Doku-Soap »Extrem schön! – Endlich ein neues Leben!« des Senders RTL II (2009-2018) wurden die Teilnehmer*innen für mehrere Wochen von ihrem sozialen Umfeld getrennt, durchliefen ein umfassendes »Make-Over«, zu dem auch mehrere ästhetisch-plastische Eingriffe zählten, und wurden ihren Familien und Freunden anschließend als »neue« Menschen vorgestellt.¹ Die verschiedenen Sendungen eint, dass die Geschichte der

1 Wie bereits bei den Spiele-Apps folgten auch bei den Fernsehsendungen zur Ästhetisch-Plastischen Chirurgie zahlreiche Ableger-Formate, die ähnlich konzeptualisiert waren. Zu den im deutschsprachigen Raum bekanntesten Sendungen zählen u.a. »Alles ist möglich«

jeweiligen Protagonist*innen als langer Leidensweg dargestellt wird, der durch die Hilfe von ästhetisch-plastischen Chirurg*innen endlich ein Ende findet.

Wie bei den Spiele-Apps formierte sich auch bei den TV-Shows rasch öffentlicher Protest. So wurde etwa auf Initiative der Bundesärztekammer 2004 die »Koalition gegen den Schönheitswahn« gegründet, die von Mediziner*innen, Kirchenvertretern, Politiker*innen sowie von diversen Verbänden und Kommissionen unterstützt wird. Die Koalition konstatiert, dass Ästhetisch-Plastische Chirurgie im Fernsehformat »für ein hohes Potenzial an Diskussionsstoff in der Gesellschaft gesorgt« habe und kritisiert »die Vermarktung schönheitschirurgischer Leistungen in den Medien als »unerträglichen« Tabubruch« (Bundesärztekammer 2018a). Als Reaktion auf die Gründung der Initiative veröffentlichte wiederum die Deutsche Gesellschaft für Ästhetisch-Plastische Chirurgie (DGÄPC) einen an die Koalition gerichteten Offenen Brief. Darin wurde u.a. kritisch angemerkt, dass die Namensgebung der Koalition die Patient*innen wie auch die Fachärzt*innen als »Schönheits-Wahnsinnige« diskreditieren würden (DGÄPC 2005: 4) und dass die Koalition gegründet worden sei,

»ohne zuvor diejenigen Spezialisten gefragt zu haben, die sich schwerpunktmäßig oder ausschließlich mit der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie beschäftigen. Diese Plastischen Chirurgen hätten Ihnen wertvolle, aktuelle und korrekte Informationen geben können, mit deren Hilfe eine umfassende Aufklärung der Öffentlichkeit über die angeprangerten Missstände möglich wäre.« (DGÄPC 2005: 3)

Die Reaktion der DGÄPC auf die Gründung der »Koalition gegen den Schönheitswahn« verdeutlicht, wie die anderen angeführten Beispiele, dass die Ästhetisch-Plastische Chirurgie in einer solchen Regelmäßigkeit, Intensität und Moralität hinsichtlich ihrer Zielsetzungen und Effekte öffentlich diskutiert wird, wie es kaum bei einer anderen medizinischen Disziplin der Fall ist. An den nachgezeichneten Debatten ist auffallend, dass die Deutungen der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie gegensätzlicher kaum ausfallen könnten – zwischen Traumberuf und Jugendgefährdung, zwischen Unterdrückung und Selbstbestimmung, zwischen Heilung und Schönheitswahn. Immer präsent ist innerhalb der Diskussionen dabei vor allem der Stellenwert der öffentlichen Wahrnehmung der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie, um die teilweise sehr vehement verhandelt und gestritten wird. Die Datengrundlage, auf die für die argumentativen Auseinandersetzungen häufig zurückgegriffen wird, ist indes eher undurchsichtig, wie ein weiteres Beispiel zeigt.

(2004, RTL), »Aus alt mach neu – Brigitte Nielsen in der Promi-Beauty-Klinik« (2008, RTL), »Beauty Queen« (2004, RTL), »Ein Leben für die Schönheit – Alltag der Schönheitschirurgen« (2010–2013, ATV), »Schönheit um jeden Preis – Letzte Hoffnung: Skalpell« (2004, RTL II), »Spieglein, Spieglein...« (2008, VOX).

Ein Fall, der Gerichte europaweit bis heute beschäftigt und wegen dem die Ästhetisch-Plastische Chirurgie bereits im Jahr 2010 im Zentrum des öffentlichen Interesses stand, betrifft die Firma Poly Implant Prothèse (PIP). Eine französische Behörde deckte auf, dass die Firma zur Füllung der von ihnen vertriebenen Brustimplantate billiges Industriesilikon verwendete. Die Implantate wurden umgehend vom Markt genommen, die Firma wurde zwangsliquidiert und der PIP-Gründer Jean-Claude Mas wurde wegen Betrugs und Täuschung verurteilt. Behörden wie Medizinerverbände riefen damals dazu auf, dass sich Betroffene die Implantate wegen der gesundheitsgefährdenden Folgen entfernen lassen sollten (vgl. Bubrowski 2017). Für Deutschland ergab sich jedoch die Schwierigkeit, dass nicht genau beziffert werden konnte, wie viele Implantate und bei wem genau diese eingesetzt wurden. Prof. Dr. Peter M. Vogt, damaliger Präsident der Deutschen Gesellschaft der Plastischen, Rekonstruktiven und Ästhetischen Chirurgen (DG-PRÄC), kommentierte zu diesem Umstand:

»Die wichtige Frage, wie viele Mamma-Implantate insgesamt und wie viele minderwertige PIP-Prothesen implantiert worden sind, lässt sich auch unter maximaler Datenrekutierung durch die Fachgesellschaften nur unzureichend beantworten. Die fragmentarische Datenlage über operierende Fachgruppen hinweg, mit unterschiedlich ausgeprägter Bereitschaft zur wissenschaftlichen Aufarbeitung des Implantatproblems, deutet immer mehr auf die Notwendigkeit eines zentralen Implantatregisters hin. [...] Gerade die Gruppe ästhetisch Operierender ist weit gefächert, zum Teil auch mit grenzüberschreitender Aktivität, was eine auch nur annähernd valide Datenakquise unmöglich macht.« (Vogt 2012: 41)

Die Feststellung, dass die Fachgesellschaften trotz größter Bemühungen keine Angaben zu Operationen geben können, in denen PIP-Prothesen eingesetzt wurden und dass dies verknüpft sei mit der breiten Fächerung der Gruppe von Mediziner*innen, die ästhetische Operationen vornehmen, verweist exemplarisch auf zwei potenziell problematische Umstände der Disziplin: Zum einen gibt es keine einheitliche, valide Datenlage zur Anzahl und Art von durchgeführten Operationen, zum anderen ist aufgrund verschiedener Regularien schwer zu ermitteln, wer genau zur »Gruppe ästhetisch Operierender« zählt. Welche Daten zu durchgeführten ästhetisch-plastischen Operationen ausfindig gemacht werden können, warum die Datenlage so »fragmentarisch« ist, wer ästhetisch-plastische Maßnahmen durchführen kann und darf und welche Eingriffe eigentlich zur Ästhetisch-Plastischen Chirurgie zählen, das wird im Folgenden unter Rückgriff auf die Informationen der diversen Fachgesellschaften beantwortet, um das Feld der Ästhetisch-Plastische Chirurgie genauer abzustecken.

Was ist Ästhetisch-Plastische Chirurgie? Fachdefinition und aktuelle Daten

Aus fachärztlicher Perspektive ist die Ästhetische Chirurgie, neben der Rekonstruktiven Chirurgie, der Verbrennungschirurgie und der Handchirurgie, ein Teilgebiet der Plastischen Chirurgie (vgl. DGPRÄC 2018a). Das Adjektiv »plastisch« geht auf das griechische »plássein« zurück und bedeutet »aus weicher Masse bilden, formen, gestalten« (Dudenredaktion 2014: 640).² Entsprechend befasst sich die Plastische Chirurgie mit dem operativen Bilden, Formen und Gestalten von Körper(masse)n und umfasst chirurgische Eingriffe, die »der Wiederherstellung, der durch angeborene Fehlbildungen, Krankheit, Unfall oder Alter gestörten Körperfunktionen und der Verbesserung der Körperform, einschließlich ästhetischer Veränderungen« dienen (DGPRÄC 2016). Chirurgische Maßnahmen, die dem zweiten Aspekt der ästhetischen Optimierung der Körperform dienen, bilden das Hauptaufgabengebiet des Fachbereichs »Ästhetische Chirurgie«. In dieser Teildisziplin der Plastischen Chirurgie sind Störungen des sogenannten äußeren Erscheinungsbilds von primärem Interesse, also vor allem sichtbare und damit die Ästhetik betreffende Anomalien und Veränderungen von Körperformen, die korrigiert werden sollen (vgl. VDÄPC 2018a).

Die angewendeten Verfahren werden unterteilt in chirurgische Operationen und minimal-invasive Maßnahmen. Derlei Eingriffe können rechtlich gesehen von allen approbierten Ärzt*innen angeboten und durchgeführt werden. Es dürfen sich allerdings nur diejenigen »Ästhetisch-Plastische Chirurg*innen« nennen, die über die Facharztqualifikation oder die Weiterbildung »Plastische und Ästhetische Operation« verfügen. Mediziner*innen aus anderen Fachgebieten (wie bspw. der Gynäkologie, der Dermatologie oder der Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde), die ästhetische Eingriffe vornehmen, die jedoch über keine entsprechende Zusatzausbildung verfügen, verwenden für diese Eingriffe rechtlich nicht geschützte Begriffe, wie den der »Schönheitschirurgie«, den der »Ästhetischen Medizin« oder den der »Kosmetischen Chirurgie«. Allerdings bewerben auch Fachärzt*innen der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie ihre Angebotspalette selbst mitunter als »Schönheitsoperationen« oder »ästhetisch-kosmetische Medizin«, was die fachbereichsspezifische Grenzziehung unscharf werden lässt. Die Bundesärztekammer verurteilt das Anbieten ästhetischer Eingriffe unter der Verwendung von rechtlich nicht geschützten Begriffen, da auf diese Weise Patient*innen eine Fachqualifikation suggeriert

2 Dass der Begriff »Plastik« neben einem medizinischen auch einen künstlerischen Wortsinn hat, wird von einigen Chirurg*innen der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie dahingehend in ihre Selbstverständnisse aufgenommen, dass sie sich als Künstler*in bzw. Bildhauer*in eines Kunstwerkes und die Ästhetisch-Plastische Chirurgie als ein Kunst-Handwerk verstehen (vgl. u.a. Klein 2014: 302f., Ensel 1996: 121-131).

werden könnte, die eventuell nicht besteht und somit eine Irreführung möglich ist (vgl. Bundesärztekammer 2012a).

Wie viele Ärzt*innen in Deutschland operative ästhetische Eingriffe durchführen, ist lediglich abschätzbar. Klar nachvollziehen lässt sich die Zahl der Mediziner*innen, die den Facharzttitel für Plastische und Ästhetische Chirurgie tragen: Für das Jahr 2018 beziffert die Bundesärztekammer die Anzahl dieser Fachärzt*innen auf 745 (Bundesärztekammer 2018b: 13). In dieser Zahl sind jedoch noch nicht jene Mediziner*innen enthalten, die auch ohne Facharztqualifikation ästhetische Operationen und Behandlungen durchführen. Zur Abschätzung dieser Zahl gab das Bundesministerium für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz ein Forschungsprojekt in Auftrag, welches ermittelte, dass im Jahr 2006 in Deutschland insgesamt 2.129 Ärzt*innen sowie Einrichtungen (mit und ohne Facharztqualifikation) ästhetische Eingriffe anboten (Korzak 2007: 12). Auf ähnliche Ergebnisse für Deutschland kommt auch ACREDIS, eine Gruppe von europäischen Spezialzentren für Ästhetisch-Plastische Chirurgie, die für das Jahr 2012 von etwa 680-700 Ärzt*innen mit ästhetisch-plastischer Facharztqualifikation und von etwa 900-1000 Ärzt*innen aus anderen Fachdisziplinen ausgehen, die auch ästhetisch-plastische Eingriffe anbieten (ACREDIS 2013: 2).

Ähnlich undurchsichtig verhält es sich mit den Zahlen zu jährlich in Deutschland durchgeführten ästhetisch-plastischen Eingriffen, denn auch dafür liegen keine verlässlichen und alle Maßnahmen erfassenden Daten vor. Dies ist u.a. auch der Vielzahl von Fachverbänden und -gesellschaften geschuldet, die sich der Ästhetischen Chirurgie bzw. Medizin widmen. Denn viele der teilweise miteinander konkurrierenden Verbände und Gesellschaften haben unterschiedliche Kriterien bei der Aufnahme von Mitgliedern, erheben jeweils unterschiedliche Daten und veröffentlichen regelmäßig oder auch nur von Zeit zu Zeit eigene Statistiken. Hinzu kommt, dass viele ästhetisch-plastische Chirurg*innen und Mediziner*innen meist mehreren Verbänden oder Gesellschaften angehören, was die Datenlage nochmals undurchsichtiger werden lässt.³ Einen Anhaltspunkt

3 Eine Übersicht über deutsche Fachverbände und -gesellschaften der Ästhetischen Chirurgie bzw. Medizin, die keinen Anspruch auf Vollständigkeit beansprucht, soll die Komplexität nochmals verdeutlichen: Arbeitsgemeinschaft Ästhetik und Dermatologische Institute e.V. (AADI), Deutsche Gesellschaft der Plastischen, Rekonstruktiven und Ästhetischen Chirurgen (DGPRÄC), Deutsche Gesellschaft für Ästhetische Botulinumtoxin-Therapie e.V. (DG-BT), Deutsche Gesellschaft für Ästhetisch-Plastische Chirurgie (DGÄPC), Deutsche Gesellschaft für Dermatochirurgie e.V. (DGDC), Deutsche Gesellschaft für Intimchirurgie und Genitalästhetik e.V. (DGINTIM), Deutsche Gesellschaft für Kosmetische Zahnmedizin e.V. (DGKZ), Deutsche Gesellschaft für Plastische und Wiederherstellungschirurgie (DGPW), Gesellschaft für Ästhetische Chirurgie Deutschland e.V. (GÄCD), Gesellschaft für ästhetische und rekonstruktive Intimchirurgie Deutschland e.V. (GAERID), German Society of Anti-Aging Medicine e.V. (GSAAM), Internationale Gesellschaft für Ästhetische Medizin e.V. (IGÄM), Vereinigung

bietet die jährlich erhobene Statistik der International Society of Aesthetic Plastic Surgery (ISAPS), dem weltweit führenden Berufsverband für Fachärzt*innen der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie. Für das Jahr 2018 beziffert die ISAPS-Statistik 385.906 operative und 536.150 minimal-invasive ästhetische Eingriffe, die in Deutschland durchgeführt wurden – im weltweiten Vergleich lag Deutschland damit auf dem vierten Platz (vgl. ISAPS 2019: 31).

Aus dem Vergleich der Zahlen aus dem Jahr 2018 mit denen aus den Vorjahreserhebungen lässt sich schlussfolgern, dass die Anzahl von ästhetisch-plastischen Eingriffen seit Jahren in Deutschland signifikant steigt. Ähnlich verhält es sich auch mit den Zahlen zu denjenigen, die diese Eingriffe durchführen, denn auch die Anzahl von Mediziner*innen mit der Facharztausbildung für Plastische und Ästhetische Chirurgie wächst seit Jahren stetig an, wie die folgende Tabelle verdeutlicht:

Tabelle 1.1 Eingriffszahlen ästhetisch-plastischer Maßnahmen (Deutschland)

ISAPS – International Survey on Aesthetic/Cosmetic Procedures	2010	2014	2018
Ästhetisch-Plastische Operationen	184.639	287.262	385.906
Minimalinvasive Eingriffe	170.796	246.360	536.150
Gesamtzahl durchgeführter Verfahren	355.435	533.622	922.056
Mediziner*innen mit Facharzttitel für Plastische und Ästhetische Chirurgie	156	469	745

(Quellen: ISAPS 2019: 18, 2015: 2f., 2013: 3; Bundesärztekammer 2018b: 13, 2014: 13, 2010: 12; eigene Darstellung)

In der folgenden Tabelle 1.2 ist die Rangliste der am häufigsten durchgeführten ästhetisch-plastischen Maßnahmen in Deutschland für das Jahr 2018 dargestellt. Laut der ISAPS führen Brustvergrößerungen die Rangliste der operativen Verfahren an, dicht gefolgt von Fettabsaugungen auf Platz zwei. Es folgt mit wenig Abstand die Prozedur der Augenlidoperation. Mit etwas geringeren Operationszahlen rangieren die Eingriffe der Bauchdecken- und Bruststraffung auf dem vierten und fünften Platz. Der Vergleich mit den Ranglisten der Vorjahreserhebungen (vgl. ISAPS 2015: 14; 2013: 10) fördert zutage, dass diese fünf Operationsverfahren seit Jahren in abwechselnder Reihenfolge die Rangliste dominieren. Das Ranking der häufigsten nicht-operativen Verfahren in Deutschland führen im Jahr 2018, wie auch in den vergangenen Jahren, mit deutlichem Abstand die minimalinvasiven

der Deutschen Ästhetisch-Plastischen Chirurgen (VDÄPC). Zur Problematik der Ermittlung von validen Daten im Bereich der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie vgl. ausführlicher Korzcak 2007.

Eingriffe mit Botulinumtoxin und Hyaluronsäure an. Mit weitaus weniger Eingriffen rangieren auf den folgenden Plätzen nicht-operative Alternativen zu Verfahren der Fettreduktion sowie zur Straffung und Glättung der Haut (vgl. ISAPS 2019: 18).

Tabelle 1.2 Häufigkeitsverteilung ästhetisch-plastische Maßnahmen (Deutschland)

ISAPS – International Survey on Aesthetic/Cosmetic Procedures	Top 5 Operationen 2018	Top 5 minimal-invasive Eingriffe 2018
	1. Brustvergrößerung (65.876)	1. Botulinumtoxin (321.702)
	2. Fettabsaugung (63.694)	2. Hyaluronsäure (174.900)
	3. Augenlidoperation (57.417)	3. Nichtinvasive Fettreduktion (14.850)
	4. Bauchdeckenstraffung (30.806)	4. Calcium-Hydroxylapatit (4.492)
	5. Bruststraffung (25.407)	5. Ablative Lasertherapie (4.223)

(Quelle: ISAPS 2019: 18; eigene Darstellung)

Zur Expansion und Etablierung der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie – ein historischer Exkurs

Die heutigen ästhetisch-plastischen Operationstechniken wurden bereits in der Zeit zwischen 1840 und 1900 innerhalb der Chirurgie entwickelt. Bis dato wurden zwar auch ästhetisch-operative Veränderungen vorgenommen, allerdings aufgrund der Langwierigkeit der Heilungsprozesse, der immensen Schmerzbelastung und des durch Infektionen sehr hohen Mortalitätsrisikos nur ausgesprochen selten (vgl. Gilman 2005a: 62, 72, 83). Mit dem beginnenden 20. Jahrhundert stieg jedoch die Anzahl ästhetisch-plastischer Operationen plötzlich rapide an, was mehreren Ursachen geschuldet war:

So setzten sich etwa zeitgleich zwei medizinische Innovationen durch, die maßgeblich die Risiken von Operationen verringerten: die Anästhesie, die ab den 1880er Jahren in Form von Äther zur Narkose und Kokain zur örtlichen Betäubung angewandt wurden, sowie die Mitte der 1860er Jahre entwickelte Asepsis, im Rahmen derer Wunden mit desinfizierender Karbolsäure behandelt und Operationsbesteck sowie die Hände von Chirurg*innen mit Chlor gereinigt wurden (vgl. Gilman 2005a: 62f., Ramsbrock 2011: 114). Darüber hinaus bedingten auch die körperlichen Folgen des Ersten Weltkrieges das Erstarken der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie, insoweit dieser Krieg aufgrund der zahlreichen und massiven Verletzungen und Verstümmelungen ein »Experimentierfeld für plastische Chirurgen« (Ramsbrock 2011: 136) darstellte, auf dem Operationstechniken neu entwickelt, optimiert und ausdifferenziert wurden (vgl. Ramsbrock 2011: 124-137; Gilman 2001: 157-168).

Im Zuge der Entwicklungen der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie zu Beginn des 20. Jahrhunderts änderte sich allmählich auch die Funktion der Eingriffe.

Durch die risikosenkenden Fortschritte der Anästhesie und Asepsis wurden nicht mehr nur medizinisch notwendige Operationen, sondern auch von Patient*innen gewünschte Eingriffe durchgeführt (vgl. Gilman 2005a: 83). Waren bis dahin die durch Infektionskrankheiten⁴, Unfälle, Kämpfe und Bestrafungen verursachten Entstellungen und die daraus resultierende Angst vor gesellschaftlicher Stigmatisierung der hauptsächliche Anlass für ästhetische Operationen, so nahmen zu Beginn des 20. Jahrhunderts Operationen zu, mit denen die Absicht verbunden war »to minimize or eradicate physical signs of race or ethnicity that they [die Patient*innen; Anmerk. J.W.] believe mark them as ›other« (Haiken 1997: 175f.). In Europa galten zu dieser Zeit vor allem Jüdinnen und Juden als ›other‹, also ›anders‹, und entsprechend wurde über ästhetische Operationen versucht, ein vermeintlich jüdisches Aussehen zu verschleiern, denn mit stereotypen Körperbildern wie der ›Hakennase‹ oder ›Moritz-Ohren‹ wurden stigmatisierende Zuschreibungen wie Krankheit und Verderbtheit verbunden (vgl. Davis 2008: 45; Gilman 2005b: 114ff.).⁵

Neben Eingriffen, die vermeintliche ethnische Körperauffälligkeiten verbergen sollten, gewannen im 20. Jahrhundert auch allmählich jene Operationen an Beliebtheit, die Alterserscheinungen – allen voran diejenigen im Gesichtsbereich – behandelten. So wurde das erste Facelift im Jahre 1901 durchgeführt, wobei die angewendete Technik sogar selbst von der Patientin, einer polnischen Aristokratin, vorgeschlagen wurde. Rasch folgten die erste kosmetisch indizierte Augenlidstraffung im Jahr 1906, die erste operative Behandlung von Hängewangen im Jahr 1912, die erste Maßnahme zur Entfernung von Doppelkinnen im Jahr 1919, die ersten subkutanen Eigenfettunterspritzungen in den 1920er Jahren und schließlich wurden ab den 1940er Jahren vermehrt Verfahren zur Brustvergrößerung durch Siliko-

4 Syphilis war eine der zentralen Infektionskrankheiten, mit deren Folgen sich ästhetisch-plastische Chirurgen beschäftigten. Die sich im 16. Jahrhundert in Europa epidemisch ausbreitende Krankheit hatte nicht selten das Zersetzen der Nase, oder, wenn die Syphilis vererbt wurde, eine entstellte Nasenform, die sogenannte ›Sattelnase‹, zur Folge. Mit der Krankheit ging ein hoher Grad der Stigmatisierung einher, da die Kirche die Krankheit als Gottesstrafe auslegte. Aber auch ohne religiöse Interpretation blieb das Stigma bestehen, denn Syphilis wurde und wird vor allem beim Geschlechtsverkehr übertragen. Entsprechend wurde eine sichtbare Entstellung durch Syphilis als Folge eines moralischen Fehlverhaltens gedeutet (vgl. Davis 1995: 15; Gilman 2001: 49-60).

5 In den USA führte die Einwanderungsbewegung am Ende des 19. Jahrhunderts bzw. am Anfang des 20. Jahrhunderts dazu, dass ästhetisch-plastische Operationen zunahmen, da viele Immigrierende versuchten, sich nicht nur sozial, sondern auch körperlich zu assimilieren und mögliche Stigmatisierungen aufgrund ihres Aussehens zu vermeiden. Ein weiteres Beispiel ethnisch motivierter Ästhetischer Chirurgie betrifft die nach dem Zweiten Weltkrieg u.a. von Koreaner*innen, Japaner*innen und Chines*innen gewünschte Augenlid-Operation, durch die ein ›westliches‹, d.h. doppeltes Augenlid erzielt werden sollte (vgl. Davis 2008: 46; Gilman 2005b: 112ff., 122-127).

ninjektionen und -implantaten entwickelt und optimiert (vgl. Gilman 2005a: 84-91, 98-102).

In Folge des Wandels der Intention plastischer Eingriffe etablierte sich die Unterscheidung von Wiederherstellungschirurgie – mit der Absicht, den »natürlichen« Zustand des Körpers wiederherzustellen –, und rein ästhetischer Chirurgie – mit dem Streben, das ästhetische »Normalmaß« zu übertreffen (vgl. Gilman 2005a: 96ff.). Als ein charakteristisches Merkmal für die vorrangig ästhetisch motivierte Chirurgie galt eine gänzlich neue Indikationsstellung. So hielt Dr. Eugen Holländer, einer der Pioniere der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie, in seinem Beitrag zur kosmetischen Chirurgie im 1912 erschienenen »Handbuch der Kosmetik« fest:

»Ist eine Operation und der Vorschlag zu einer solchen in der übrigen Medizin meist das Resultat ärztlicher Überlegungen und Besprechungen, so ist der Modus bei kosmetischen Eingriffen ein umgekehrter. Der Patient kommt zum Chirurgen und will seinen Schaden kuriert haben, denn dieser liegt ja meistens offen zutage. Der Schönheitsfehler erübrigt eine gelehrte Diagnose.« (Holländer 1912: 672)

Für die Ästhetisch-Plastische Chirurgie sei also kennzeichnend, dass Patient*innen nicht nur die Diagnostik, sondern auch die Auswahl der Behandlungsmaßnahmen selbst vornähmen. Dieses Phänomen hätte keiner weiteren Diskussion bedurft, wenn nicht die »Zahl der unberechtigten Wünsche nach operativer Veränderung [...] eine unglaublich große« geworden wäre (Holländer 1912: 673). Dass die Chirurg*innen mit einer immer größer werdenden Zahl von Patient*innen konfrontiert wurden, die den Wunsch nach einer ästhetisch-operativen Veränderung hegten, führte den Berufsstand zu der Frage: »Wie soll sich nun der Arzt dem Verlangen solcher Patienten gegenüber verhalten?« (ebd.: 672). Viele zeitgenössische Mediziner*innen sahen das in der hippokratischen Tradition stehende Prinzip »primum non nocere« (lat. für »erstens nicht schaden«) verletzt, da ästhetisch-plastische Chirurg*innen nicht zum Ziel (gehabt) hätten, Krankheiten zu heilen, sondern »lediglich« Schönheit zu erschaffen. Dass zur Erlangung eines ästhetischeren Erscheinungsbilds das risikoreiche Verletzen von an sich unversehrten Körpern in Kauf genommen wurde, sahen viele der damaligen Mediziner*innen als unvereinbar mit dem ärztlichen Berufsethos (vgl. Ramsbrock 2011: 138; Gilman 2005a: 96f.). Doch wie Holländer, der der Ästhetischen Chirurgie selbst kritisch gegenüberstand, einwendet:

»Andere seriöse Ärzte nehmen in der Diskussion über diesen Gegenstand eine andere Stellung ein und behaupten, dem Wunsch solcher Patienten, berechtigt oder unberechtigt, könne Folge geleistet werden ohne jede ethische Beeinträchtigung des Standesgefühls, und machen im Bewußtsein ihrer technischen Sicherheit jede Operation, die gewünscht und bezahlt wird [...].« (Holländer 1912: 673)

Es gab demnach auch Ärzt*innen, die den Hippokratischen Eid als vereinbar mit der Durchführung rein ästhetische Operationen ansahen und die sich nach den Wünschen der Patient*innen richteten, ohne eine Bewertung dieser vorzunehmen. Diese kritisch geführte Diskussion über die Berechtigung und die Wirkung Ästhetisch-Plastischer Chirurgie beschränkte sich jedoch nicht nur auf einen innermedizinischen Diskurs, sondern reichte weit darüber hinaus, denn mit »der Anzahl der Verfahren und Eingriffe stieg [...] auch das gesellschaftliche Stigma im Zusammenhang mit der Schönheitschirurgie« (Gilman 2005a: 96). Die Stigmatisierung betraf aber nicht nur Personen, die ästhetisch-plastische Eingriffe wünschten, sondern ebenso jene, die diese anboten und vollzogen, und die Stigmatisierung ging nicht nur von anderen Mediziner*innen aus, sondern eben auch von der Gesellschaft.

Dass die gesellschaftliche Anerkennung bzw. Ablehnung für den Berufsstand der ästhetisch-plastische Chirurg*innen von fundamentaler Bedeutung war, zeigt sich u.a. auch in der medizinischen Fachliteratur, in der das soziale Miteinander in der Öffentlichkeit immer wieder in Bezug auf die Entwicklung der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie thematisiert wurde. So beantwortet etwa die Chirurgin Suzanne Noël in ihrem Werk »Die Ästhetische Chirurgie und ihre soziale Bedeutung« (1932) die Frage, warum sie sich ausgerechnet der Ästhetischen Chirurgie zugewandt habe, mit mehreren Falldarstellungen von Personen, die sie operiert hat. Allesamt teilen ein tragisches Schicksal und hätten durch ihr operatives Wirken wieder Arbeit und Lebenszufriedenheit finden können (vgl. Noël 1932: 10-15). Sie vollendet ihren Bericht mit folgendem Resümee:

»Jetzt hat sich die ästhetische Chirurgie ihren Platz errungen. Die Schwierigkeiten sind zum großen Teil beseitigt. Zuerst mußte die beschränkte Gesinnung überwunden werden, die in ihr etwas beinahe Verabscheuenswertes sah [...].« (Noël 1932: 15)

Die Erklärung, dass »Schwierigkeiten« aus dem Weg geräumt und »beschränkte« Ansichten überwunden werden mussten, zeugt von langwierigen Anstrengungen um die gesellschaftliche Anerkennung der Ästhetischen Chirurgie. Diese Anerkennung sei ihr aber nun zuteil geworden, sie habe sich »ihren Platz errungen«, sie werde nach einem mühsamen Prozess von der Gesellschaft endlich als legitim akzeptiert. Zumindest verwunderlich ist nun aber, dass knapp achtzig Jahre nach dieser Aussage die Ästhetisch-Plastische Chirurgie immer noch und in einer sehr ähnlichen Weise mit der Frage nach ihrem Stand innerhalb der Gesellschaft beschäftigt zu sein scheint.

So werden etwa die jährlich veröffentlichten Statistiken der Vereinigung der Deutschen Ästhetisch-Plastischen Chirurgen (VDÄPC) stets hinsichtlich des gesellschaftlichen Stellenwerts der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie kommentiert. Die Ergebnisse der Umfrage für das Jahr 2015 interpretiert der damalige Präsident der

VDÄPC, Prof. Dr. E. Magnus Noah, mit den Worten: »Unsere Zahlen zeigen, dass die Ästhetisch-Plastische Chirurgie inzwischen auch in Deutschland – ähnlich wie in den USA – zunehmend zur Selbstverständlichkeit wird« (VDÄPC 2016). Ein Jahr später meinte der neu gewählte Präsident, Prof. Dr. Dennis von Heimburg, resümierend zu den Ergebnissen: »Die Ästhetisch-Plastische Chirurgie ist inzwischen in der Mitte der Gesellschaft angekommen« (VDÄPC 2017). Mit den Aussagen, dass die Ästhetisch-Plastische Chirurgie zur »Selbstverständlichkeit« geworden und in der »Mitte der Gesellschaft« angekommen sei, wird impliziert, dass sie zur Normalität geworden sei und in der Gesellschaft nicht mehr als eine Absonderlichkeit wahrgenommen werde. In beiden Statements wird auch betont, dass dieser Umstand »inzwischen« der Fall sei. Damit wird angedeutet, dass es eine Entwicklung hin zur gesellschaftlichen Akzeptanz gab, die allerdings bis jetzt andauert.

Kommentierungen zum gesellschaftlichen Ansehen der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie beschränken sich jedoch nicht nur auf die VDÄPC, sondern werden auch von anderen Fachgesellschaften, wie etwa bei der DGPRÄC, veröffentlicht. In der Pressemitteilung zur Bekanntgabe des 2017 neu gewählten Präsidenten der DGPRÄC, Prof. Dr. Riccardo Giunta, wird festgehalten, dass es ihm darum ginge, die »Plastische Chirurgie sichtbarer [zu] machen« (DGPRÄC 2017). Die Disziplin solle »in der öffentlichen Wahrnehmung optimiert werden [...] 2018 werde daher die Öffentlichkeitsarbeit anlässlich des 50. Jubiläums der DGPRÄC verstärkt« (ebd.). Auch an diesem Statement wird deutlich, dass dem öffentlichen Ansehen der eigenen Disziplin ein hoher Wert beigemessen wird. Darüber hinaus wird betont, dass es noch Steigerungspotenzial hinsichtlich der gesellschaftlichen Wahrnehmung gebe, weshalb Bemühungen getätigt werden sollen, diese noch weiter zu verbessern.

Was die Aussage von Dr. Noël mit denen von Prof. Dr. Noah, Prof. Dr. von Heimburg und Prof. Dr. Giunta eint, ist die Annahme über eine gesellschaftliche Ablehnung der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie, die nach einem langwierigen Prozess nun im Begriff ist, überwunden zu werden. Was die jeweiligen Überlegungen trennt, sind allerdings über acht Jahrzehnte, d.h. bereits vor einem knappen Jahrhundert wie auch gegenwärtig bleibt die Ästhetisch-Plastische Chirurgie nicht unberührt von Fragen nach ihrer Berechtigung und ihren Absichten, ihren Möglichkeiten und Grenzen sowie nach ihren Ergebnissen und Effekten. Darüber hinaus verdeutlichen die Aussagen, dass die Ästhetisch-Plastische Chirurgie in Bezug auf ihre Legitimität ständig im Werden begriffen ist, denn trotz andauernder Konstatierungen von gesellschaftlicher Akzeptanz der Disziplin sind ästhetisch-plastische Chirurg*innen fortlaufend darum bemüht, eben diese Akzeptanz zu erzeugen, einzufordern und/oder zu verteidigen. Das zeigt sich nicht etwa nur in den Bemühungen um eine optimierte Öffentlichkeitsarbeit, wie es in der Vorankündigung zum 50. Jubiläum der DGPRÄC formuliert wurde, sondern auch darin, dass ästhetisch-plastische Chirurg*innen die ambivalent geführten Debatten mindestens

komentieren oder sogar argumentativ mitgestalten, wie die eingangs dargestellten Beispiele zu Reality-TV-Sendungen und zum PIP-Skandal gezeigt haben.

Auffallend an den angeführten Kommentierungen und Aussagen ästhetisch-plastischer Chirurg*innen ist, dass für die An- oder Aberkennung der Legitimität der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie vor allem die gesellschaftliche Perspektive immer wieder als Bezugspunkt herangezogen wird: Ob die Öffentlichkeit, die korrekt über die Ästhetisch-Plastische Chirurgie aufgeklärt werden müsse, oder die gesellschaftliche Stigmatisierung, die Patient*innen und Mediziner*innen der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie drohe; ob die Kinder und Jugendlichen, die durch die Ästhetisch-Plastische Chirurgie gefährdet seien oder aber die Gesellschaft, für die die Ästhetisch-Plastische Chirurgie zur Selbstverständlichkeit werde; der gesellschaftlichen Perspektive scheint fortwährend ein hoher Wert im Urteil über die Berechtigung der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie zugeschrieben zu werden.

Die vorliegende Arbeit setzt an dem dargestellten spannungsreichen Zusammenhang zwischen gesellschaftlichen Betrachtungsweisen und medizinprofessionellen Eigenverständnissen an und fragt nach gegenwärtigen Mustern der (De-)Legitimierung der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie in Deutschland.

Zur Beantwortung dieser Frage wird in einem ersten Schritt erfasst, wie die Ästhetisch-Plastische Chirurgie aus einer dezidiert soziologischen Perspektive heraus bestimmt werden kann (Kap. 2). So wird zunächst diskutiert, ob die Ästhetisch-Plastische Chirurgie als ein Expert*innentum, eine Profession oder als ein Spezialist*innentum bestimmt werden kann (Kap. 2.1). Im Anschluss wird aufgezeigt, inwieweit die Ästhetisch-Plastische Chirurgie als optimierende Körperarbeit gefasst (Kap. 2.2) und wie sie zwischen verschiedenen Medizinverständnissen verortet werden kann (Kap. 2.3). In den folgenden Unterkapiteln wird zum einen anhand der Darstellung verschiedener Transformationsprozesse, die die Medizin gegenwärtig durchläuft, aufgezeigt, warum die Ästhetisch-Plastische Chirurgie als ein Phänomen der Entgrenzung gerahmt werden kann (Kap. 2.4). Zum anderen wird die Ästhetisch-Plastische Chirurgie im Kontext reflexiver Modernisierungsprozesse verortet und es werden die sich daraus ergebenden Konsequenzen für das Feld der Medizin wie auch für die Alltagswelt aufgezeigt (Kap. 2.5). Abschließend wird, mit Blick auf die Personengruppen, die in dieser Studie in den Fokus gerückt werden, der Forschungsstand rekonstruiert und die konkreten Fragestellungen dieser Forschungsarbeit formuliert (Kap. 2.6).

Im Anschluss an die theoretische Bestimmung der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie als Forschungsgegenstand wird in Kapitel 3 dargelegt, wie die Erforschung des Verhältnisses der gesellschaftlichen Betrachtungsweisen und der medizinprofessionellen Eigenverständnisse methodologisch gefasst und methodisch umgesetzt wurde. Zunächst werden die Spezifika des Alltags- und Expert*innenwissens als den zentral interessierenden Wissensbeständen dieser Studie herausgearbeitet (Kap. 3.1). Daran anschließend wird dargelegt, welche Verfahren zur Erhebung

der jeweiligen Wissensformen ausgewählt wurden, wie sich die Auswahl der im Rahmen dieser Forschungsarbeit interviewten Personen begründet, welche inhaltlichen Schwerpunkte in der Befragung gesetzt wurden, welche Modi der Befragung sich aus der Forschungskonzeption ergaben sowie welches Auswertungsverfahren zur Interpretation der Daten Anwendung fand (Kap. 3.2). Innerhalb des letzten Unterkapitels werden schließlich die interviewten Akteur*innen der Alltagswelt und die Chirurg*innen der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie bzw. der Ästhetischen Medizin näher vorgestellt (Kap. 3.3).

Die empirischen Rekonstruktionen (Kap. 4 bis 7) untergliedern sich jeweils in ein Unterkapitel, in dem die rekonstruierten Orientierungen der Alltagsakteur*innen dargestellt werden, in ein Unterkapitel, das die Analysen zu den Orientierungen der Chirurg*innen versammelt sowie in ein Unterkapitel, in welchem die Ergebnisse der vorangegangenen Unterkapitel abschließend miteinander diskutiert werden. Die ersten beiden empirisch ausgerichteten Kapitel (Kap. 4 und 5) sind durch die Unternehmungen der Alltagsakteur*innen und Chirurg*innen, die Ästhetisch-Plastische Chirurgie zu bestimmen, dominiert. In Kapitel 4 wird dargestellt, wie die interviewten Personengruppen die Ästhetisch-Plastische Chirurgie in innermedizinischen Kontexten verorten, um eine erste definitorische Bestimmung dieser medizinischen Fachdisziplin vorzunehmen und um für sich (und untereinander) zu ergründen, was die Ästhetisch-Plastische Chirurgie im Vergleich zu anderen Fachdisziplinen kennzeichnet. In Kapitel 5 wird geschildert, wie die interviewten Alltagsakteur*innen und Chirurg*innen darüber hinaus auch versuchen, die Ästhetisch-Plastische Chirurgie hinsichtlich ihrer Wirkungsweise innerhalb sozialer Entwicklungsdynamiken und Wandlungsprozesse zu bestimmen, um eine weitere Eingrenzung des Gegenstandsbereiches zu erreichen.

Die darauffolgenden empirischen Kapitel (Kap. 6 und 7) widmen sich den alltagsweltlichen und medizinprofessionellen Verhandlungen zur Anwendung der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie. In Kapitel 6 werden Analysen vorgestellt, die durch die Erörterung der Frage nach den individuellen Effekten und der generellen Effektivität ästhetisch-plastischer Eingriffe getragen werden, wofür die Alltagsakteur*innen wie auch die Chirurg*innen den Blick dezidiert auf die Patient*innen als den Nutzer*innen dieser Eingriffe richten. Im sich anschließenden Kapitel 7 werden dagegen jene rekonstruierten Orientierungen der Alltagsakteur*innen und Chirurg*innen zusammengeführt, die den Aspekt der Berechtigung zum Thema haben. Dabei werden zum einen Verhandlungen einbezogen, in denen die Frage nach der Rechtmäßigkeit derjenigen Personen, die Ästhetisch-Plastische Chirurgie praktizieren, diskutiert wird. Zum anderen werden auch Verhandlungen dargestellt, in denen der Fokus auf den Grenzen der Befugnis zur Ausübung ästhetisch-plastischer Eingriffe liegt.

In einem abschließenden Schritt (Kap. 8) werden die rekonstruierten Orientierungen der interviewten Alltagsakteur*innen und Chirurg*innen der Ästhetisch-

Plastischen Chirurgie bzw. Ästhetischen Medizin in Bezug auf relevante Gemeinsamkeiten und wesentliche Unterschiede zusammenführend dargestellt. Im Anschluss daran werden die herausgearbeiteten Orientierungen hinsichtlich der zentralen Forschungsfrage nach gegenwärtigen Mustern der (De-)Legitimierung von Ästhetisch-Plastischer Chirurgie vergleichend diskutiert und es wird ein Forschungsausblick an sich anschließende Forschungsfragen eröffnet.

2. Theoretische Erkundungen zur Bestimmung der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie

Was ist Ästhetisch-Plastische Chirurgie? Diese Frage war bereits in den einführenden Darlegungen leitend: zum einen im Exkurs zur Entstehung und Entwicklung der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie und zum anderen im Rekurs auf aktuelle Erhebungen zur Nutzung dieser. Aufgezeigt wurde, was historisch und statistisch als Ästhetisch-Plastische Chirurgie gefasst wird. Im folgenden Kapitel wird sich erneut dieser Frage zugewandt, nun allerdings mit dem Schwerpunkt darauf, wie Ästhetisch-Plastische Chirurgie aus einer dezidiert soziologischen Sichtweise bestimmt werden kann. Dafür wird die Ästhetische-Plastische Chirurgie zunächst innerhalb definitorischer Debatten zum Expert*innen- und Spezialist*innen-Begriff sowie im professionssoziologischen Kontext verortet. Folgend wird erörtert, inwiefern die Ästhetisch-Plastische Chirurgie als Körperarbeit gefasst werden kann, bevor im Anschluss daran diskutiert wird, welche Medizinverständnisse die Ästhetisch-Plastische Chirurgie tangieren. Daran anknüpfend wird der Zusammenhang zwischen der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie und verschiedenen Entgrenzungsprozessen der Medizin ergründet. Schließlich wird auch aufgezeigt, wie die Ästhetisch-Plastische Chirurgie (und die in diesem Forschungskontext interessierenden Personengruppen) im Kontext der Theorie Reflexiver Modernisierung verortet werden kann, bevor abschließend der Forschungsstand rekonstruiert und die Forschungsfragen der vorliegenden Arbeit vorgestellt werden.

2.1. Expert*innentum, Profession und/oder Spezialist*innentum? Eine indikatorische Bestimmung der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie

Im alltagsweltlichen Sprachgebrauch und teilweise auch in medizinfachspezifischen Selbstbeschreibungen lassen sich mindestens drei, teilweise synonym verwendete Ausdrücke ausmachen, die in der Darstellung von Mediziner*innen Anwendung finden: So ist wahlweise von Spezialist*innen, von Expert*innen oder aber auch von Professionellen die Rede. Im Unterschied dazu werden diese Voka-

bularien im soziologischen Begriffsrepertoire als analytisch voneinander zu trennende Termini unterschieden, mit deren jeweiliger Verwendung unterschiedliche inhaltliche Schwerpunkte gesetzt werden. Im Folgenden wird über die detaillierte Auseinandersetzung mit den Begriffen des Spezialist*innen- und Expert*innentums sowie dem der Profession erklärt,¹ als was die Ästhetisch-Plastische Chirurgie und die sie praktizierenden Mediziner*innen begriffsanalytisch gefasst werden können.

Zunächst wird sich der Differenzierung von Spezialist*innen- und Expert*innentum zugewendet. Wenn jemand als Spezialist*in von etwas bezeichnet wird und gleichfalls, wenn jemandem zugeschrieben wird, eine gewisse Expertise für etwas aufzuweisen, dann ist damit in der Regel gemeint, dass jemand ein Sonderwissen besitzt, das nur sehr wenige vorweisen können. Der Unterschied zwischen beiden liegt nach Michaela Pfadenhauer (2017) nun darin, dass Spezialist*innen über einen bestimmten Teilbereich eines Sonderwissensbestands verfügen, während Expert*innen eine Übersicht über einen eben solchen haben. Diese Aufteilung sei darin begründet, dass Spezialist*innen und Expert*innen unterschiedliche Funktionen erfüllen: Während Erstere ein Sonderwissen in Form eines klar abgegrenzten Wissensteilgebiets benötigen, um fachgebietsspezifische Aufgaben erfüllen zu können, müssen Letztere einen »Überblick über einen Sonderwissensbereich« haben, um »innerhalb dessen prinzipielle Problemlösungen anbieten bzw. auf Einzelfragen applizieren« zu können (Pfadenhauer 2017: 1, H.i.O.; vgl. ebd.).

Das Wissen, über das ästhetisch-plastische Chirurg*innen verfügen, kann vor dieser Folie zum einen dem Spezialist*innentum zugeordnet werden, denn Chirurg*innen der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie spezialisieren sich im Laufe ihrer Facharztausbildung und späteren Tätigkeitsausübung auf bestimmte Teilgebiete der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie und verfügen über ein entsprechend »spezialisierte[s] Sonderwissen« (Pfadenhauer 2003: 27), etwa zu den Themenbereichen Rhinoplastik, Labienkorrektur oder Liposuktion. Allerdings durchlaufen ästhetisch-plastische Chirurg*innen vor ihrer Facharztausbildung auch ein grundlegendes Medizinstudium sowie eine mehrjährige Weiterbildung im Fachbereich Chirurgie. Sie verfügen also auch über »Expertenwissen als eine Art »Überblickswissen« über spezialisierte Sonderwissensbereiche« (ebd.), insoweit sie auf den grundlegenden, umfassenderen Gebieten der Humanmedizin

1 Da im Folgenden vor allem die Unterschiede zwischen Spezialist*innentum, Profession und Expert*innentum aufgezeigt werden, soll zumindest an dieser Stelle auch auf eine wesentliche Gemeinsamkeit verwiesen werden. Nach Ronald Hitzler sind Spezialist*innen, Professionelle und Expert*innen »Typen sozial approbierte[r] ›Wissende[r]« (Hitzler 1994: 14). Als Oberkategorie für diese Typen könne nach Hitzler die auf Florian Znaniecki zurückgehende Formulierung des »Man of Knowledge« dienen (Znaniecki 1940). In dieser generisch maskulinen Formulierung finden weibliche ›Wissende‹ allerdings keinerlei sprachlich Berücksichtigung, weshalb viel eher von »Wo/man« die Rede sein sollte.

und Chirurgie ausgebildet werden. Entsprechend ist die Ästhetisch-Plastische Chirurgie zuvorderst als ein *Expert*innen* zu fassen, auf Basis dessen auch Spezialisierungen auf Teilbereiche des dem Expert*innentums zugrundeliegenden Sonderwissensbestands erfolgen können.

In Bezug auf das Verhältnis von Expert*innentum und Profession führt Pfadenhauer weiter aus, dass Professionalität »eine typisch *moderne*² Form von Expertentum« darstellt (Pfadenhauer 2017: 2; vgl. dazu auch Hitzler 1994). Der Frage, ob und inwieweit von der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie auch als einem »*professionalisierte[n]* Expertentum« (Pfadenhauer 2017: 1; Herv. J.W.) gesprochen werden kann, wird sich im Folgenden über die Klärung des Begriffs der Profession angenähert. Innerhalb des soziologischen Teilbereichs, der sich der Erforschung von Professionen widmet, gibt es aufgrund der darin versammelten diversen und sich teilweise widersprechenden gesellschaftstheoretischen Positionen keine einheitliche Definition von Profession (vgl. Pfadenhauer/Sander 2010: 361).³ Trotz der Differenzen lassen sich allerdings einige Kriterien bzw. Bedingungen ausmachen, die über die theoretischen Positionsgrenzen hinweg zur Bestimmung von Profession bzw. eines gelungenen Prozesses von Professionalisierung herangezogen werden (vgl. ebd.: 362; Miege 2018: 453).⁴

Einigkeit herrscht darüber, dass mit dem Begriff der Profession bestimmte Berufe bzw. Berufsgruppen gemeint sind, die sich von anderen dahingehen unter-

-
- 2 Nach Pfadenhauer ist das vor-moderne Expertentum »im Sinne einer durch Gnadestand, Be-Geisterung, Geheimlehre, Zauberkraft oder dergleichen *glaubhaft* gemachten Befähigung« zu verstehen, das »in der Moderne mittels Zertifizierung auf eine transsituativ *verlässliche* Grundlage gestellt« wird (Pfadenhauer 2017: 2, H.i.O.) – galten vormals u.a. etwa Schamanen als Expert*innen in der Behandlung von Krankheiten und Gebrechen, so sind es heute Ärzt*innen, die als Expert*innen dieser Tätigkeiten gelten.
 - 3 Aufgrund der zahlreichen theoretischen Konzeptualisierungen von und empirischen Analysen zu Professionen besteht innerhalb der Professionssoziologie nicht nur Uneinigkeiten hinsichtlich einer einheitlichen Definition des Gegenstands, sondern es wird darüber hinaus auch eine Debatte über die Systematisierung der zahlreichen professionssoziologischen Arbeiten geführt (vgl. zur Übersicht über die unterschiedlichen professionssoziologischen Ansätze und anschließenden Schematisierungsversuche u.a. Miege 2003, 2018; Pfadenhauer 2003; Pfadenhauer/Sander 2010; Schmeiser 2006; zum Überblick über professionssoziologische Arbeiten, die dezidiert die Medizin zum Thema haben, vgl. Bollinger 2018).
 - 4 Eine Profession anhand formaler Kriterien zu beschreiben, wird innerhalb der Professionssoziologie als veralteter Ansatz angesehen. Eine solche indikatorische Bestimmung soll auch keineswegs die alleinige Grundlage darstellen, auf derer die Frage danach, ob die Ästhetisch-Plastische Chirurgie über die Legitimität verfügt, als Profession verstanden zu werden, beantwortet wird. Vielmehr beabsichtigt das folgende Vorgehen, eine merkmalsorientierte Eingrenzung anhand formaler Kriterien zu erreichen, die dann den Ausgangspunkt für eine tiefgreifende Bestimmung bietet, welche dezidiert die Perspektiven der Personen einbezieht, um die es in dieser Arbeit geht: die ästhetisch-plastischer Chirurg*innen und die der Alltagsakteur*innen.

scheiden, dass sie eine »relative Zuständigkeit« (Mieg 2018: 453, H.i.O.) für einen von der Gesellschaft als bedeutsam verstandenen Problembereich innehaben und sie, daran anschließend, die Verantwortung für das Wissen über Ursachen und Handlungsweisen bezüglich dieses Problembereichs tragen. Im Fall der Medizin und der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie umfasst der Problembereich Erkrankungen des menschlichen Körpers, für deren ursächliche Erklärungen und therapeutischen Behandlungen Mediziner*innen über ein spezifisches Wissen verfügen (vgl. ebd.).

Bei diesem spezifischen Wissen, das als ein weiteres Kriterium für Profession gilt, handelt sich um ein »berufsbezogene[s], mithin »professionelle[s] – teilweise als »theoretisches« spezifizierte[s] – Wissen« (Pfadenhauer/Sander 2010: 362), das in der Regel im Laufe einer akademischen Ausbildung oder im Zuge eines Hochschulstudiums erlangt wird (vgl. Mieg 2018: 453). Auch für die Ästhetisch-Plastische Chirurgie trifft dieses Kriterium zu. Denn man muss, um ästhetisch-plastische*r Chirurg*in zu werden, ein Studium der Humanmedizin, eine zweijährige Weiterbildung auf dem Gebiet der Chirurgie und eine anschließende vierjährige Weiterbildung im Bereich der Ästhetischen und Plastischen Chirurgie absolvieren, bevor über eine abschließende Prüfung der Facharzttitel erlangt werden kann (vgl. VDÄPC 2018b). Die zu erwerbenden Inhalte dieses fachspezifischen Expert*innenwissens sind vor allem in den bundeslandspezifischen Weiterbildungsordnungen der Ärztekammern festgeschrieben.

An die relative Zuständigkeit und das notwendige Expert*innenwissen knüpft sich als ein weiteres Kriterium von Profession eine »eindeutige, meist formalrechtliche Definition des Tätigkeitsfeldes«, die u. a. an Bildungstiteln und/oder Zertifikaten festgemacht wird (Pfadenhauer/Sander 2010: 362). In Deutschland ist die »Plastische Chirurgie« als eigenständiges Fachgebiet mitsamt eigenem Facharzttitel seit 1992 anerkannt, bis dato wurde sie lediglich als Teildisziplin der »Allgemeinen Chirurgie« untergeordnet. Der Facharzttitel der Plastischen Chirurgie wurde im Jahr 2005 um den Schwerpunkt der Ästhetik erweitert und lautet seither »Facharzt/Fachärztin für Plastische und Ästhetische Chirurgie« (vgl. Maas 2005: 30ff.; Korzcak 2007: 19). Nach den Heilberufe-Kammergesetzen der Bundesländer geht mit dem Innehaben der Facharztkompetenz nicht nur die Befähigung einher, dass Fachärzt*innen auf ihrem jeweiligen Fachgebiet, wie dem der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie, tätig sein können, sondern gleichzeitig auch die »Gebietsbeschränkung«, die wiederum bedingt, dass Fachärzt*innen ausschließlich innerhalb ihres Fachgebiets praktizieren dürfen (vgl. Igl/Welti 2018: 52).

Ein weiteres Professionskriterium, das im engen Zusammenhang mit der Zuständigkeits- und Wissensexklusivität steht, ist die Entstehung und Etablierung von Berufsverbänden »zur Selbstverwaltung der Profession, ihrer typischen Wissensbestände und Praktiken der Berufsausübung« (Pfadenhauer/Sander 2010: 362; vgl. auch Mieg 2018: 453). Der Beginn der Bildung von Berufsverbänden der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie kann für Deutschland auf das Jahr 1955 datiert

werden, in dem innerhalb der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH) die »Arbeitsgemeinschaft für Plastische und Wiederherstellungschirurgie« gegründet wurde, die aufgrund des hohen Interesses sogar 1961 zur eigenständigen »Sektion für Plastische und Wiederherstellungschirurgie« erklärt wurde. Diese wurde auf internationaler Ebene jedoch nicht als deutsche Interessenvertretung akzeptiert, woraufhin die »Deutsche Gesellschaft für Plastische und Wiederherstellungschirurgie« (DGPW) gegründet wurde, von der sich 1968 wiederum einige Mitglieder abspalteten und die »Vereinigung der Deutschen Plastischen Chirurgen« (VDPC, seit 2005 DGPRÄC) ins Leben riefen, die sich als wissenschaftliche Gesellschaft und Berufsverband in einem Verband (vgl. DGPRÄC 2018b).

Die VDPC erreichte 1978, dass für die Erlangung des Facharztstitels »Chirurg – Plastische Chirurgie« eine zweijährige Weiterbildung zusätzlich zur bis dahin bestehenden Weiterbildung im Fachbereich Chirurgie erforderlich wurde. Im Jahr 1979 konkurrierten die VDPC und die weiterhin auch bestehende DGPW auf einem internationalen Fachkongress darum, wer als die alleinige deutsche Interessenvertretung anerkannt wird – die VDPC setzte sich dabei durch. Die VDPC erreichte 1992 schließlich auf dem Deutschen Ärztetag, dass »Plastische Chirurgie« zur eigenständigen Gebietsbezeichnung inklusive eigenem Facharzttitel und eigener Weiterbildungsordnung wurde (vgl. DGPRÄC 2018b). Dieser kurze historische Abriss zur Berufsverbandsbildung auf dem Gebiet der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie⁵ demonstriert die Bedeutsamkeit und Wirkmacht von Berufsverbänden für die Verwaltung der Wissensbestände und Berufspraktiken einer Profession (wie eigene Gebietsbezeichnung, Facharzttitel, Weiterbildungsordnung etc.).

Schließlich wird auch »eine (teils altruistisch verstandene) Gemeinwohlorientierung« (Pfadenhauer/Sander 2010: 362) bzw. die Bezugnahme auf einen in der Gesellschaft als zentral geltenden Wert (vgl. Miege 2018: 453) als weiteres Kriterium für Profession angegeben. Für den Bereich der Medizin wird »Gesundheit« als ein solcher gesellschaftlich relevanter Wert gesehen (vgl. ebd.). Deutlich wird dies u.a. in der 2017 vom Weltärztebund (WMA) modernisierten Fassung des Genfer Gelöbnisses (eine modernisierte Fassung des Hippokratischen Eids aus dem Jahr 1948, dessen Ursprung etwa 500 vor Christus liegt), in der die moralischen Prinzipien des Berufsstands der Ärzt*innen geregelt ist. So heißt es in dem Gelöbnis: »Die Gesundheit und das Wohlergehen meiner Patientin oder meines Patienten werden

5 Wie in Kap. 1 bereits dargestellt, gibt es in Deutschland für den Bereich der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie heute noch zahlreiche Fachgesellschaften und -verbände, die teils konkurrierend nebeneinander bestehen. Neben der »Deutschen Gesellschaft der Plastischen, Rekonstruktiven und Ästhetischen Chirurgen« (DGPRÄC), der »Deutschen Gesellschaft für Ästhetisch-Plastische Chirurgie« (DGÄPC) und der »Vereinigung der Deutschen Ästhetisch-Plastischen Chirurgen« (VDÄPC), als den drei größten Fachgesellschaften bzw. -vereinen, existieren zahlreiche weitere Fachgesellschaften mit fachspezifischen Schwerpunktsetzungen.

mein oberstes Anliegen sein« (WMA 2017). Ähnliche Ausführungen zum Aspekt ›Gesundheit‹ finden sich auch in der Berufsordnung der in Deutschland tätigen Ärzt*innen, in der festgehalten ist: »Ärztinnen und Ärzte dienen der Gesundheit des einzelnen Menschen und der Bevölkerung« (Bundesärztekammer 2018c: A2). Mit der Setzung von ›Gesundheit‹ als zentralem Wert ihres beruflichen Handelns, der dem Gemeinwohl der Bevölkerung diene, erfüllen Mediziner*innen wie etwa ästhetisch-plastische Chirurg*innen also auch dieses Kriterium einer Profession.

Vor dem Hintergrund der bisherigen Ausführungen zu Kriterien einer Profession(alisierung) verwundert es nicht, dass die Medizin, neben der Theologie und Jurisprudenz, seit Anbeginn professionssoziologischer Debatten über die theoretischen Positionsgrenzen hinweg als prototypisches Beispiel für eine Profession thematisiert wird (vgl. u.a. Freidson 1970, Hitzler/Pfadenhauer 1999, Lachmund 1987, Larson 1977: 19-39, Parsons 1958). Everett Hughes spricht pointiert sogar von der Medizin als der »queen of the professions« (Hughes 1993: 374). Die Ästhetisch-Plastische Chirurgie wird in dieser Arbeit jedoch nicht allein als Profession gefasst. Vielmehr soll den eingangs ausgeführten Differenzen zwischen Spezialist*innen- und Expert*innentum begrifflich Rechnung getragen werden, indem in dieser Arbeit Ästhetisch-Plastische Chirurgie als »[p]rofessionalisiertes Expertentum« (Pfadenhauer 2017: 1) gefasst wird. Ein modernes Expert*innentum also, das die Bedingungen einer formal gelungenen Professionalisierung aufweist.

Das professionalisierte, moderne Expert*innentum zeichnet sich nach Pfadenhauer im Weiteren über das Innehaben von Lizenz und Mandat aus (Pfadenhauer 2017: 2), eine kategoriale Unterscheidung, die Everett Hughes (1993 [1971]) in die professionssoziologische Diskussion eingeführt hat. Nach Hughes ist eine Lizenz eine »specific legal permission«, die es Professionellen ermöglicht »to deviate in some measure from some common modes of behavior« (Hughes 1993: 287f.). Vertreter*innen einer Profession ist es also formal(rechtlich) erlaubt, spezifische Handlungen vorzunehmen, die von alltäglichen Handlungen abweichen und die anderen Personen ohne diese »legal permission« nicht erlaubt sind. Angewendet auf die Ästhetisch-Plastische Chirurgie kann damit bspw. die über die Facharzt-ausbildung formalrechtlich zertifizierte Befähigung gemeint sein, die Körper von Patient*innen im Zuge modifizierender Operationen aufzuschneiden, was in außermedizinischen Kontexten verboten ist, da es dort als Verletzung gelten würde.

Mit dem Innehaben eines Mandats sind Professionelle hingegen dazu befähigt »to define – not merely for themselves, but for others as well – proper conduct with respect to the matters concerned in their work« (Hughes 1993: 287). Vertreter*innen einer Profession verfügen aufgrund des Mandats also über eine Definitionshoheit, aus der heraus sie in Bezug auf ihr Tätigkeitsfeld festlegen können, welche Verhaltensweisen als angemessen anzusehen sind. Mediziner*innen konstituieren bspw., was als gesund und was als krank gewertet wird, und bestimmen dadurch,

abstrakter formuliert, was die Bedarfe von Menschen sind und wie diese exklusiv durch sie erfüllt werden können: »[P]rofessionals do not merely serve; they define the very wants which they serve« (Hughes 1993: 424, H.i.O.).

In Bezug auf eine solche Deutungshoheit führt Hughes allerdings einschränkend aus, dass erst wenn »such a presumption is granted as legitimate, a profession in the full sense has come into being« (Hughes 1993: 288). Eine Profession gilt erst dann als Profession, wenn es von der Gesellschaft als legitim akzeptiert wird, dass der Berufsstand über eine solche Definitionsmacht verfügt, wie sie mit dem Innehaben von Lizenz und Mandat einhergeht. Ergo verfügen Berufsstände nicht qua ihrer Existenz über Lizenz und Mandat. Vielmehr werden sie von einem Berufsstand, wie dem der Medizin, eingefordert (»to claim«) und können in einem Aushandlungs- und Durchsetzungsprozess, der gerade in der Etablierungsphase eines Berufs äußerst konflikthaft verlaufen kann, erlangt werden (vgl. Hughes 1993: 287ff.).

Die bisherigen Ausführungen haben deutlich gemacht, dass die Ästhetisch-Plastische Chirurgie nach formal(rechtlich)en Kriterien, also einer rein indikatorischen Bestimmung nach, als professionalisiertes Expert*innen-tum gefasst werden kann. Allerdings ist festzuhalten, dass ein indikatorischer Ansatz aufgrund miteinander verwobener und aufeinander aufbauender Kriterien eine gewisse einheitliche Modellhaftigkeit impliziert, nach der Professionalisierungsprozesse vermeintlich schemahaft ablaufen (vgl. bspw. das Phasenmodell nach Wilensky 1964). Dass Professionalisierungsprozesse jedoch auch variieren können, machte bereits Andrew Abbott (1991) deutlich.

Darüber hinaus ist auch zu bedenken, dass in einer ausschließlich indikatorischen Bestimmung nicht dem Umstand Rechnung getragen wird, dass Professionalisierung kein abgeschlossener, geschweige denn ein irreversibler Prozess ist, denn, wie Ursula Rabe-Kleberg festhält: »Professionen bilden sich und wachsen an, sie teilen sich und vereinigen sich wieder, passen sich an oder sterben ab, höhere Professionen saugen weniger qualifizierte auf, unterschiedliche aber ähnliche konkurrieren durchaus über längere Zeit« (Rabe-Kleberg 1996: 289). Dass auch eine scheinbar gestandene Profession, wie die der Medizin, von derartigen Wandlungsprozessen nicht verschont bleibt und dass das ärztliche Urteil zunehmend in Frage gestellt wird, zeigen u.a. die öffentlich kontrovers geführten Debatten zur Impfpflicht und zur Sterbehilfe (vgl. zur Krise der medizinischen Profession Kap. 2.5.1).

Mit einer ausschließlichen indikatorischen Bestimmung des Professionsstatus drohen des Weiteren andere wesentliche Faktoren, die diesen ebenfalls konstitutiv beeinflussen, übersehen zu werden. So zeichnete sich schon in den Ausführungen zur Gemeinwohrrhetorik sowie zu Hughes' Unterscheidung von Lizenz und Mandat ab, dass die gesellschaftliche Anerkennung ein wesentlicher Faktor in der Frage nach der Legitimität eines Expert*innentums als Profession ist. So können Mediziner*innen zwar in ihren Statuten festhalten, dass ihr oberstes Ziel die Ge-

sundheit der Bevölkerung ist, und sie können auch die Definitionshoheit dafür beanspruchen, aber wenn ihnen dies nicht von der Gesellschaft als legitim zugestanden wird, so ist auch der Status als Profession nicht gesichert. Ebenso bliebe in einer rein indikatorischen Perspektive auch verborgen, ob und inwieweit Mediziner*innen in ihrem Selbstverständnis auf gesellschaftliche Verhandlungen über ihren Berufsstand Bezug nehmen und ob und inwieweit berufsideelle, formalrechtliche Festsetzungen für sie überhaupt eine Rolle spielen.

Vor diesem Hintergrund sind die Ausführungen dieses Kapitels zur indikatorischen Bestimmung der Ästhetisch-Plastischen als eine Ausgangsbasis zu verstehen, von der aus weitere Rekonstruktionen von Verhandlungen zur Legitimität der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie erfolgen werden. Die indikatorische Bestimmung ist insoweit von Bedeutung, als das über diese zunächst geklärt werden konnte, dass die Ästhetisch-Plastische Chirurgie als Teilgebiet der Medizin rein formal als professionalisiertes Expert*innentum gefasst werden kann. Inwieweit diesem formalrechtlichen Status der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie auch gesellschaftliche Legitimität zuteilwird und in welcher Weise ästhetisch-plastische Chirurg*innen ihr berufliches Handeln selbst plausibilisieren bzw. legitimieren, wird in den empirischen Rekonstruktionen der alltagsweltlichen und professionellen Deutungen dargestellt (vgl. Kap. 7). Zuvor wird jedoch weiter geklärt, wie die Ästhetisch-Plastische Chirurgie und die sie praktizierenden Mediziner*innen aus einer soziologischen Sichtweise heraus gerahmt werden können. Diesem Vorhaben wird sich im Folgenden über die Frage genähert, was im Zuge ästhetischer-plastischer Eingriffe eigentlich »gemacht« wird.

2.2. Optimal operiert – Operativ optimiert? Ästhetisch-Plastische Chirurgie als Körperarbeit und Enhancement

Im Rahmen von Ästhetisch-Plastischer Chirurgie werden Körper vermessen und aufgeschnitten, in Körper wird injiziert und implantiert, Körper werden reduziert und modelliert – all dies ist zunächst einmal: Arbeit. Es handelt sich um »work that focuses directly on the bodies of others [...] that thus become the object of the worker's labour« (Twigg et al. 2011: 1). Die Arbeit von ästhetisch-plastischen Chirurg*innen ist also dadurch gekennzeichnet, dass sie auf in der Regel andere, fremde Körper bezogen ist, die zu Objekten dieser Arbeit werden. Entsprechend kann die von ästhetisch-plastischen Chirurg*innen verrichtete Arbeit begrifflich konkreter als auf Andere gerichtete *Körperarbeit* (»body work«) bezeichnet werden (zum Verhältnis von Körper und Arbeit vgl. Gimlin 2007, McDowell 2009, Meuser 2014, Shilling 2005: 73-100, Wolkowitz 2006).

Für die von ästhetisch-plastischen Chirurg*innen geleistete Körperarbeit ist des Weiteren charakteristisch, dass sie vergütet wird. Es ist »paid work performed on the bodies of others« (Gimlin 2007: 365; Herv. J.W.), denn soweit es sich nicht um rekonstruktive, sondern um rein ästhetische Eingriffe handelt, müssen die Kosten durch die Patient*innen selbst getragen werden.⁶ In diesem Sinne ist die Ästhetisch-Plastische Chirurgie eine Form körperbezogener Dienstleistungsarbeit. Körperarbeit dieser Art, also bezahlte Arbeit am Körper anderer mit dem Ziel der Ästhetisierung dieser Körper, wird u.a. auch von Nageldesigner*innen, Tätowierer*innen, Kosmetiker*innen oder Friseur*innen geleistet (vgl. u.a. Black 2004, Dunkel/Rieder 2004, Gimlin 2002, Kang 2003, Liebold 2018).⁷

Ästhetisch-Plastische Chirurgie ausschließlich als Körperarbeit im Sinne einer Arbeit zu bestimmen, die am Körper anderer Personen verrichtet wird, würde allerdings zu kurz greifen. Denn Ästhetisch-Plastische Chirurgie kann auch für die Personen, die diese wünschen, planen und durchführen lassen, als eine Form der Körperarbeit gefasst werden. Deutlich wird dies aber erst, wenn von der Vorstellung von Arbeit als reiner Dienstleistung abrückt wird. So führt Anne Honer in ihren Analysen zum Bodybuilding, unter Rückgriff auf Alfred Schütz und Thomas Luckmann (1984), zum Begriff Arbeit aus:

»Der Mensch arbeitet dann und immer dann, wenn er handelt, um etwas Bestimmtes in der Umwelt zu bewirken, wenn er eine *bestimmte* Veränderung der Umwelt im Entwurf anvisiert. Arbeit ist damit nicht in Abgrenzung etwa zu Spiel, zu Sport, zu Hobby oder zu Freizeit bestimmt, sondern in Abgrenzung zu Denken und Wirken, mit denen zusammen es die Grundformen von *Handeln* bildet.« (Honer 2011: 106; H.i.O.)

Die Nutzung der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie kann, den Ausführungen Honers folgend, als Körperarbeit gefasst werden, insoweit ein ästhetisch motivierter

-
- 6 Im Gegensatz zu rekonstruktiven Eingriffen werden rein ästhetische Eingriffe nur in Ausnahmefällen von den Krankenkassen übernommen. Die Frage der Kostenübernahme durch Krankenkassen ist im Sozialgesetzbuch (SGB V) geklärt. So besagt §12 Absatz 1, dass Leistungen »das Maß des Notwendigen nicht überschreiten [dürfen]. Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, können Versicherte nicht beanspruchen, dürfen die Leistungserbringer nicht bewirken und die Krankenkassen nicht bewilligen« (§12 SGB V Abs. 1). Erstattet werden folglich nur die als medizinisch notwendig angesehenen Leistungen, die die Gesundheit und Leistungsfähigkeit wiederherstellen und/oder erhalten.
- 7 Des Weiteren wird Arbeit am Körper anderer im Dienstleistungsbereich (allerdings ohne Schwerpunkt auf Ästhetik) beispielsweise von Pfleger*innen (McDowell 2009, Twigg 2000), Sexarbeiter*innen (Küppers 2018, Sanders 2004) oder auch Bestatter*innen (Howarth 1996) geleistet. In der Forschung zu körperbezogener Dienstleistungsarbeit wird darüber hinaus diskutiert, inwieweit Emotionsarbeit auch als Körperarbeit gefasst werden kann (vgl. zu Flugbegleiter*innen Hochschild 1990, zu Versicherungsvertreter*innen Rastetter 2008 und zu Nageldesigner*innen Kang 2003).

chirurgischer Eingriff eine im Entwurf anvisierte Modifikation des Körpers darstellt, die das Ziel verfolgt, den eigenen Körper zu einem spezifischen Ideal hin zu verändern. Eine Person, die einen ästhetisch-plastischen Eingriff vornehmen lassen möchte, informiert sich in der Regel über Websites, recherchiert zu den gewünschten Operationen, er*sie vereinbart Beratungsgespräche, vergleicht Angebote, geht Verträge ein und leistet damit, wenn auch in indirekter Weise, Körperarbeit im Sinne einer »Arbeit am eigenen Körper« (Meuser 2014: 69).

Diese Form der Körperarbeit, die Debra Gimlin für den angloamerikanischen Raum begriffsspezifischer als »body appearance work« bezeichnet (Gimlin 2007: 355), findet sich zahlreich in der Alltagswelt: Ob das Workout im Fitnessstudio, das Tätowieren, das Frisieren und Schminken oder etwa das Abnehmen über eine Diät – fortwährend wird Arbeit am eigenen Körper geleistet (vgl. u.a. Ach/Pollmann 2006, Crossley 2006, Degele 2004, Honer 2011, Stinson 2001). Körperarbeit als Arbeit am eigenen Körper ist mitunter aber eben auch auf körperbezogene Dienstleistungsarbeit angewiesen, wie es bei ästhetisch-plastischen Operationen der Fall ist, die nur schwerlich an sich selbst durchgeführt werden können.⁸

Eine weitere Schärfung erfährt die Bestimmung der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie aus soziologischer Perspektive durch die Kontrastierung mit anderen Teildisziplinen der Plastischen Chirurgie. So modifizieren alle Maßnahmen der Plastischen Chirurgie Körper operativ, doch die Besonderheit ästhetisch-plastischer Verfahren besteht darin, dass die operative Modifikation einer anderen Logik folgt, als etwa rekonstruktiv-plastische Eingriffe. Die Rekonstruktive Chirurgie, so formuliert es der Chirurg Sir Harold Delf Gillies, sei »an attempt to return to normal«, die Ästhetisch Chirurgie hingegen sei »an attempt to surpass the normal« (Gillies/Millard 1957: 32, zitiert nach Gilman 1998: 3). Während erstere also darauf abziele, einen verloren gegangenen körperlichen Zustand wieder zu erreichen, sei die Ästhetisch-Plastische Chirurgie darauf ausgelegt, eben diesen Zustand zu übertreffen: Körper sollen schöner, straffer, jünger als zuvor erscheinen. Ein weiteres Spezifikum der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie besteht folglich darin, dass

8 Im Spektrum dessen, was als Körperarbeit verhandelt wird, lassen sich neben der Arbeit am Körper anderer und der Arbeit am eigenen Körper auch weitere Formen ausmachen. So führt Meuser in einer überblicksartigen Zusammenfassung der verschiedenen Konnotationen auch die »Arbeit mittels des Körpers« an, welche von Gimlin für angloamerikanischen Raum als »body-making at work« bezeichnet wird. Die Forschungsarbeiten zu dieser Form der Körperarbeit untersuchen entweder die physiologischen und psychologischen Auswirkungen von körperlich geleisteter Arbeit auf den Körper oder rekonstruieren die Prozesse, in denen Körper durch Arbeit hervorgebracht werden (vgl. Gimlin 2007: 363ff.; Meuser 2014: 66). Darüber hinaus führt Meuser eine weitere Form der Körperarbeit an, die dadurch gekennzeichnet ist, dass sie in therapeutischen bzw. pädagogischen Kontexten geleistet wird (vgl. Meuser 2014: 68f.).

dadurch Körper über ein als ›normal‹ definiertes Maß hinaus *verbessert* werden (vgl. Gilman 2005a: 96ff.).

Aufgrund dieser Optimierungslogik, die der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie als medizinischer Disziplin inhärent ist, kann sie als eine Form dessen gefasst werden, was in bioethischen Debatten unter dem Begriff des »Enhancement« diskutiert wird (vgl. Ach/Lüttenberg 2012, Parens 1998a, Schöne-Seifert/Talbot 2009). Unter Enhancement – meist als »Verbesserung«, »Steigerung« oder auch »Optimierung« übersetzt – werden solche Eingriffe gefasst, »die die menschliche Gestalt oder Leistungsfähigkeit über das Maß hinaus verbessern sollen, das für die Erhaltung oder Wiederherstellung von Gesundheit erforderlich ist« (Juengst 2009: 25). Je nachdem, an/in welchem Körperbereich derlei Maßnahmen eingesetzt werden, werden sie als Gentechnologisches Enhancement (vgl. u.a. Körner/Erber-Schropp 2016; Welling 2014), Neuro-Enhancement (vgl. u.a. Erny et al. 2018; Schöne-Seifert et al. 2009; Schütz et al. 2016) oder – wie im Falle der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie – als Body-Enhancement (vgl. u.a. Klein 2014; Little 2009; Stroop 2011) klassifiziert.

Einige Vertreter*innen der Debatte um Enhancement, wie etwa der Bioethiker John Harris, plädieren allerdings für eine weiter gefasste Definition: »In the context of interventions which impact on human functioning, an enhancement is clearly anything that makes a change, a difference for the better« (Harris 2007: 36). In diesem Verständnis von Enhancement, das sich nicht nur auf pharmazeutische, biotechnische oder operative Mittel und Maßnahmen beschränkt, würden auch das Färben der Haare, welches mitunter das äußere Erscheinungsbild verbessert, oder der Kaffee in der Mittagspause, der die Konzentrationsfähigkeit steigern kann, als Enhancement zählen (vgl. Ach/Lüttenberg 2012: 34-37). Allerdings droht bei einem so weit gefassten Enhancement-Begriff der Erkenntnisgewinn verloren zu gehen, weswegen in dieser Arbeit ausschließlich dann von Enhancement die Rede ist, wenn »eine begriffliche Rückbindung [...] an Zwecke der Medizin« (Kettner 2012: 24) gegeben ist.

Die Mehrheit der Mittel und Maßnahmen, die heutzutage als Enhancement-Praktiken verhandelt und angewandt werden, wurden ursprünglich in medizinischen Kontexten als präventive Methoden oder therapeutische Verfahren entwickelt (vgl. Ach/Lüttenberg 2012: 34). Der Einsatz an gesunden, unversehrten Körpern zum Zwecke der Leistungssteigerung oder ästhetischen Optimierung wird als »off-label-Gebrauch« bezeichnet, um zu verdeutlichen, dass es sich um einen »Einsatz abseits der ursprünglichen Zwecksetzung und Zulassung« handelt (Schöne-Seifert/Stroop 2015: 2; H.i.O.). Auch die aktuell verwendeten Verfahren der ästhetisch-plastischen Chirurgie wurden zunächst innerhalb der Rekonstruktiven Chirurgie als medizinischem Bereich entwickelt, um Entstellungen durch krankheits- oder kriegsbedingte Verletzungen zu behandeln. Erst im Zuge der Einführung von Anästhesie und Antisepsis hielten die Methoden Einzug in nicht-

medizinische Kontexte und wurden zunehmend auch aus allein ästhetischen Gründen angewandt (vgl. Kap. 1).

Diesem Verständnis von Enhancement liegt zudem eine Relation zugrunde, die sich bisher nur andeutete, im Folgenden aber näher ausgeführt wird. Denn die Bezeichnung »Enhancement«, verstanden als Verbesserung, Optimierung bzw. Steigerung, impliziert auch stets, dass es ein ›Anderes‹ gibt, zu dem Enhancement im Vergleich eine Komparation darstellt (vgl. Hornbergs-Schwetzel 2008: 207). Die gängigste Demarkationslinie, die zur relationalen Bestimmung von Enhancement gezogen wird, ist diejenige zwischen »Enhancement« und »Therapie« (»treatment«). Während unter dem Terminus »Enhancement«, wie im vorangegangenen Kapitel dargestellt, solche Eingriffe subsumiert werden, die die Optimierung von körperlichen Eigenschaften und Funktionen zum Ziel haben, die im medizinischen Bereich als nicht-pathologisch gelten, werden dem Begriff der »Therapie« hingegen Maßnahmen zugeordnet, die darauf gerichtet sind, Krankheiten und Behinderungen eines vormals gesunden Körpers zu heilen oder zumindest zu lindern (vgl. Hoffmann 2006: 201ff.; Juengst 2009: 28; Lenk 2002: 27-35; Parens 1998b: 3ff.).

Als paradigmatisches Beispiel für die Unterscheidung von Enhancement und Therapie lässt sich erneut die Abgrenzung der Ästhetisch-Plastische Chirurgie von der Rekonstruktiven Chirurgie anführen. Während Erstere versucht, medizinisch nicht auffällige Körpermerkmale zu verbessern bzw. zu steigern, widmet sich Letztere der Behandlung von als pathologisch kategorisierten Körperfunktionen und -eigenschaften. Welche Konzepte die Unterscheidung von Enhancement und Therapie tragen und welche Konsequenzen sich aus diesen für die Bestimmung der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie ergeben, wird Gegenstand des anschließenden Kapitels sein.

2.3. Das Kriterium der medizinischen Notwendigkeit. Ästhetisch-Plastische Chirurgie zwischen Kuration und Wunscherfüllung

Die Entscheidung, ob ein Eingriff als Enhancement oder als Therapie eingeordnet wird, basiert auf medizinischen Kategorien, die wiederum maßgeblich von Ärzt*innen selbst bestimmt werden. In diesem Zusammenhang führt Matthias Kettner Forschungsarbeiten des amerikanischen Bioethik-Forschungsinstituts »The Hastings Center« an, in denen die Selbstverständnisse von Mediziner*innen untersucht und auf Basis derer allgemeine Zielsetzungen der Medizin abgeleitet wurden. Zu diesen Zielen zählen die »Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung«, die »Erleichterung von Schmerz und Leid, die von Krankheiten verursacht werden«, das »Heilen von Krankheiten« sowie die »Fürsorge, wenn eine Heilung nicht möglich ist« und schließlich auch das »Vermeiden eines frühzeiti-

gen Todes und Streben nach einem friedvollen Tod« (vgl. Kettner 2006: 7). Diese Zielsetzungen stehen laut Kettner für ein klassisches *kuratives* Verständnis von Medizin (vgl. ebd., Kettner 2012), in welchem die Therapie als die gängige Form der Behandlung fungiert.

Das vorherrschende kurative Medizinverständnis sei, so Kettners Einwand, jedoch nur eine historisch spezifische Ausformung und verfüge nicht, so etabliert und selbstverständlich es erscheinen mag, über eine »Ewigkeitsgarantie« (vgl. Kettner 2012: 15). So unterliegt das Grundverständnis von Medizin einem sich fortlaufend vollziehenden Wandel, was sich exemplarisch u.a. an der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie zeige. Die potenziellen Eingriffe und Maßnahmen dieser Disziplin fordern das klassische kurative Medizinverständnis heraus und bedingen einen Wandlungsprozess, in welchem das kurative Medizinverständnis um die Vorstellung einer *wunscherfüllenden*⁹ Medizin erweitert werde. Dies bedeute aber keinesfalls, dass ein kuratives zugunsten eines wunscherfüllenden Verständnisses abgelöst werde. Viel eher würde im Falle einer Verstärkung dieser Wandlungstendenzen das »kurative Grundverständnis [...] zwar weiterhin gelten, jedoch nicht mehr als das unangefochtene und zentrale Selbstverständnis von Medizin innerhalb unserer Kultur« (ebd.: 17; vgl. ebd. 14-17).

Die wunscherfüllende Medizin unterscheidet sich von der kurativen Medizin vor allem hinsichtlich des zugrundeliegenden Verständnisses von Gesundheit und Krankheit. Während in einem kurativen Medizinverständnis Gesundheit als ein Zustand gilt, der sich durch die Abwesenheit von Krankheit auszeichnet und der im Fall des Bestehens einer Krankheit wieder erreicht werden soll, wird Gesundheit in einem wunscherfüllenden Medizinverständnis als »komplexe, positive, sozio-biophysische Qualität« gefasst (Junker/Kettner 2009: 67), deren Steigerungspotenzial unendlich ist. Entsprechend verfolgt eine kurative Medizin eine pathogenetische Vorgehensweise, über die die Ursachen für Erkrankungen erklärt werden sollen, während die wunscherfüllende Medizin salutogenetisch konzeptualisiert ist und entsprechend zu ergründen versucht, was Gesundheit entstehen lässt, wie sie erhalten und gefördert werden kann (vgl. ebd.: 67f., Kettner 2012: 20). Daran schließt sich letztendlich auch an, nach welchem Prinzip über den Einsatz von Mitteln und Maßnahmen entschieden wird:

»Im herkömmlichen medizinischen Grundverständnis reguliert Medizin normativ den Einsatz ihrer Mittel an etablierten Kriterien für Behandlungsbedürftigkeit (Indikationen). [...] Im Denken der wunscherfüllenden Medizin hingegen genügt

9 Der von Kettner vorgeschlagene Begriff der »wunscherfüllenden Medizin« kann dahingehend kritisiert werden, dass der Terminus »Wunsch« nicht umfassend die Spezifika der aktuellen Tendenzen im medizinischen Bereich trennscharf absteckt, insoweit auch die klassische kurative Medizin Wünsche erfüllt, wie etwa den Wunsch danach, wieder vollständig zu genesen (zur ausführlichen terminologischen Kritik vgl. Eichinger 2013: 12-16).

für einen Einsatz des Wissens und Könnens, dessen die Medizin mächtig ist, dass der Einsatz *lege artis* nicht schädlich ist (›Kontraindikationen‹) [...]« (Kettner 2012: 20; H.i.O.)

Idealtypisch lässt sich die Unterscheidung zwischen dem kurativen und dem wunscherfüllenden Medizinverständnis wieder auf die Abgrenzung der Rekonstruktiven von der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie anwenden. ›Gesundheit‹ wird im Sinne der Rekonstruktiven Chirurgie darüber erreicht, dass Krankheit in Form von Verletzungen und Verstümmelungen über operative Maßnahmen überwunden wird. Die Eingriffe der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie zielen hingegen darauf ab, Gesundheit – verstanden als eine steigerungsfähige Qualität, die nicht relational an Krankheit gebunden ist – von einem Normalzustand aus zu verbessern. Die Unterscheidung von Indikation und Kontraindikation verdeutlicht einmal mehr, dass das kurative Medizinverständnis weiterhin das vorherrschende Verständnis ist, wird doch bereits über die Formulierung »Kontra« suggeriert, dass die Kontraindikation etwas vom Normalfall Abweichendes darstellt. Angewendet auf das Feld der Chirurgie lässt sich ableiten, dass die Rekonstruktive Chirurgie als diejenige Chirurgie, die der herkömmlichen Indikation folgt, der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie als der ›Anderen‹ gegenübergestellt wird, denn diese schadet zwar niemanden, aber sie behandelt eben auch nicht das, was kategorisch als medizinisch notwendig erachtet wird.

Das aktuell dominierende kurative Verständnis von Medizin, mitsamt den damit verbundenen Unterscheidungen von Gesundheit und Krankheit, von Therapie und Enhancement, von Indikation und Kontraindikation, verfügt über eine weitreichende Wirkmächtigkeit. Denn diese Kategorisierungen regulieren, was solidarisch finanzierte, gesetzliche Krankenversicherung *bewilligen* und sie regeln damit auch, was Mediziner*innen grundlegend *bewirken* sollen. Die Ästhetisch-Plastische Chirurgie wird dem folgend nicht nur kategorisch, sondern auch in der alltagsweltlichen und medizinalltäglichen Praxis faktisch zum ›Anderen‹. Eine solche kategoriale Zuordnung überhaupt vorzunehmen, wird indes der Notwendigkeit der praktischen Handlungsfähigkeit des Gesundheitswesens zugeschrieben (vgl. Lenk 2006: 64f.; Kettner 2012: 14).

Allerdings, darauf wurde zuvor bereits verwiesen, verfügen eben diese Kategorien und damit auch das kurative Medizinverständnis nicht über eine Ewigkeitsgarantie. Dies zeigt sich vor allem in der medizinischen Alltagspraxis, in der sich die zunächst simpel und schlüssig erscheinenden Unterteilungen aufgrund des ständigen Wandels der Vorstellung vom medizinisch Notwendigen verkomplizieren. So galt bspw. der operative Wiederaufbau der Brust in Folge einer tumorbedingten Mastektomie lange Zeit als medizinisch nicht notwendig, da durch diese weder die Lebenserwartung verlängert noch die Prognose verbessert werden könne. Mittlerweile ist der Brustwiederaufbau zum gängigen und von den Krankenkassen fi-

nanziierten Bestandteil der Mammakarzinom-Behandlung geworden (vgl. Finckenstein 2000: A-157). Umgekehrt wurden bis in die 1980er Jahre auch immer wieder Kosten für ästhetische Eingriffe, die auf einem rein psychischen Leiden beruhten, von den Krankenkassen übernommen. Dieser Umstand änderte sich erst mit einem Urteil des Bundessozialgerichts aus dem Jahr 1993, welches besagte, dass ein psychisches Leiden aufgrund subjektiv wahrgenommener Körpermängel nicht chirurgisch, sondern psychotherapeutisch zu behandeln sei (vgl. Reinmüller 2011: A-2102).

Doch nicht nur der stetige Wandel der Vorstellungen vom medizinisch Notwendigen fordert das kurative Medizinverständnis heraus, sondern auch die Interpretationsbedürftigkeit medizinischer Kategorien. Exemplarisch lässt sich das am Beispiel Gesundheit illustrieren. So basiert zwar das deutsche Krankenversicherungssystem auf einem kurativen Medizinverständnis, das Gesundheit als Abwesenheit von Krankheit fasst, allerdings existieren auch andere etablierte, weit hin rezipierte und politisch wirksame Gesundheitskonzeptionen, wie etwa die der World Health Organization (WHO) aus dem Jahr 1948: »Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity« (who.int 2018). Die Definition der WHO fasst unter Gesundheit also nicht ausschließlich die physische Unversehrtheit, sondern auch weitere Determinanten wie das psychische und soziale Wohlbefinden. Ein solches Gesundheitsverständnis, das auch die subjektive Wahrnehmung einbezieht, deckt sich sinngemäß mit der Vorstellung von Gesundheit als mehrdimensionaler Qualität, wie sie der wunsch erfüllenden Medizin zugrunde liegt (vgl. Kettner 2012: 19ff.; Lenk 2006: 68ff.).

Die Pluralität von teilweise gegensätzlichen Gesundheitsverständnissen (vgl. ausführlicher zur Bedeutungsvielfalt des Gesundheitsbegriffs Lenk 2002: 35-42; Lenk 2006) und die sich daraus ergebende Deutungsoffenheit von Gesundheit und den relational dazu stehenden Kategorien spiegelt sich dergestalt auch im deutschen Gesundheitswesen wider. Dieses ist zwar an den Grundsätzen der kurativen Medizin orientiert, nichtsdestotrotz finden sich zum einen Beispiele, bei denen Eingriffe, obwohl sie nicht oder nicht ausschließlich die physische Verfasstheit behandeln, sondern auch die psychische oder soziale Befindlichkeit tangieren, von den Krankenkassen teilweise oder komplett finanziell getragen werden. Zu diesen zählen die bereits erwähnte Brustrekonstruktion nach einer Krebserkrankung und auch das Anlegen abstehender Ohren aufgrund von Stigmatisierungserfahrungen.

Zum anderen gibt es Beispiele, bei denen medizinische Indikationen mit ästhetischen Absichten zusammenfallen und bei denen entsprechend von Fall zu Fall abgewogen wird, inwieweit das gesetzliche Krankenversicherungssystem dafür aufkommt. Botox wird bspw. einerseits zur medizinischen Behandlung von Migräne genutzt, kann andererseits aber auch einen ästhetischen Gewinn bringen, indem Falten reduziert werden. Ähnliches gilt für Augenlidstraffungen, die der pathologischen Einschränkung des Sichtfeldes entgegenwirken, gleichzeitig aber auch

einen rein ästhetischen Effekt haben. Angesichts einer solchen Deutungsoffenheit schlussfolgert der Plastische Chirurg Dr. Johannes Reinmüller: »Man erkennt hier die Willkür bei der Interpretation von Urteilen beziehungsweise bei der Definition von Gesundheit, welche sich auf Entscheidungen bei der Kostenübernahme überträgt« (Reinmüller 2011: A-2102).

2.4. Transformationsprozesse der Medizin. Ästhetisch-Plastische Chirurgie als Phänomen der Entgrenzung

Der am Beispiel der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie nachgezeichnete Wandel medizinischer Grundverständnisse sowie die trotz aller Festlegungsversuche vorherrschende und sich verstärkende Deutungsoffenheit medizinischer Kategorien können als Teilaspekte dessen begriffen werden, was Peter Wehling und Willy Viehöver als Prozess der »Entgrenzung der Medizin« beschreiben (Wehling/Viehöver 2011: 7). Mit Entgrenzung beschreiben sie, dass das medizinische Feld einen transformativen Prozess durchläuft, der dadurch gekennzeichnet ist, »dass die Grenzen medizinischen Handelns sowie des medizinischen Gegenstands- und Zuständigkeitsbereichs unscharf und uneindeutig werden oder sich sogar ganz auflösen« (ebd.: 9). Wehling und Viehöver untergliedern diesen Transformationsprozess in mehrere Elemente, von denen einige, wie folgend gezeigt wird, auch exemplarisch an der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie nachvollzogen werden können.

Eines dieser Elemente, die den Transformationsprozess kennzeichnen, bezeichnen Wehling und Viehöver als »Grenzüberschreitung«, worunter sie den Umstand fassen, dass medizinische Maßnahmen, die vormalig nur an als krank definierten Personen zum Einsatz gebracht wurden, nun auch an gesunden, d.h. pathologisch unauffälligen Personen angewandt werden (vgl. Wehling/Viehöver 2011: 10, H.i.O.). Diese Tendenz lässt sich auch für die Ästhetisch-Plastische Chirurgie nachzeichnen, deren Techniken und Methoden, wie bereits in Kapitel 1 beschrieben, einst für verletzte, verstümmelte, entstellte, also als krank betrachtete Personen entwickelt wurden, die heutzutage aber in Folge der Mortalitätssenkung durch Anästhesie und Antisepsis auch bei kategorisch gesunden Menschen durchgeführt werden.

Die »Grenzverwischung« stellt ein weiteres Element dar, mit welchem beschrieben wird, dass die einstmalig klare Unterscheidung zwischen Gesundheit und Krankheit zusehends unscharf wird und die Übergänge zwischen diesen beiden Kategorien stetig fließender werden (vgl. Wehling/Viehöver 2011: 10, H.i.O.). In diesem Zusammenhang führen die Autoren Personengruppen an, die im Zuge gendiagnostischer Fortschritte zu »gesunden Kranken« werden, d.h. zu Personen, die noch gesund sind, aber aufgrund genetischer Dispositionen in Zukunft potenziell erkranken könnten (vgl. ebd.). Eine Auslegung der Grenzverwischung

als Gleichzeitigkeit von Gesundheit und Krankheit lässt sich für die Ästhetisch-Plastische Chirurgie nicht diagnostizieren. In ihrem Falle kann eher von einer Grenzverwischung im Sinne eines Unschärf-Werdens der Kategorien von gesund und krank gesprochen werden, wie es bei dem nachgezeichneten Wandel vom medizinischen Grundverständnis mitsamt der damit implizierten Kategorisierungen und Konsequenzen für das gesetzliche Krankenversicherungssystem der Fall ist.

Mit dem Begriff der »Grenzverschiebung« beziehen Wehling und Viehöver des Weiteren eine Dynamik mit in die Überlegungen ein, in Folge derer Menschen, die zuvor als gesund verstanden wurden, auf einmal Kriterien von Krankheit erfüllen (Wehling/Viehöver 2011: 9, H.i.O.). Die Autoren untermauern diese Annahme mit dem Beispiel der Schüchternheit, die verstärkt als Teil der therapiebedürftigen Sozialphobie ausgelegt wird (vgl. ebd.). Im Falle der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie lässt sich eine solche Dynamik am Beispiel der Intimchirurgie ausmachen. Analysen zur Verhandlung von Intimchirurgie auf Webseiten von ästhetisch-plastischen Chirurg*innen fördern zutage, dass der weibliche Genitalbereich als »von Natur aus« defizitär dargestellt wird. Im Zuge dieser Darstellungen werden weibliche Genitalien pathologisiert und argumentativ zu etwas Behandlungsbedürftigen erklärt, dessen sich die Intimchirurgie annehme (vgl. Meßmer 2017: 177ff.) – vormals als »normal« geltende Genitalien werden auf diesem Wege zum Gegenstand therapeutischer Maßnahmen.¹⁰

Wehling und Viehöver führen darüber hinaus auch ein viertes Element des Entgrenzungsprozesses der Medizin an: die »Grenzpluralisierung« (Wehling/Viehöver 2011: 10; H.i.O.). Unter diesem Phänomen fassen sie den Umstand, dass durchaus auch eindeutige Grenzen zwischen Kategorien wie gesund und krank bestehen, dass diese aber von unterschiedlichen Akteursgruppen je spezifisch gezogen werden (vgl. ebd.). Genau nach diesem Umstand der potenziell unterschiedlichen Grenzziehungen fragt die vorliegende Arbeit. Zur Beantwortung eben dieser Frage wurden Interviews mit ästhetisch-plastischen Chirurg*innen als professionelle Akteur*innen und Gruppendiskussionen mit Alltagsakteur*innen geführt (vgl. zu den konkreten Fragstellungen Kap. 2.6, zum methodischen Vorgehen Kap. 3). Da die In-Beziehung-Setzung der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie

10 Das Phänomen der Grenzverschiebung deckt sich in weiten Teilen mit dem in den 1960er und 70er Jahren vor allem im angloamerikanischen Raum entwickelten Begriff der »medicalization«, zu Deutsch Medikalisierung. Peter Conrad definiert Medikalisierung als »a process by which nonmedical problems become defined and treated as medical problems, usually in terms of illnesses or disorders« (Conrad 1992: 209). Der Prozess der Medikalisierung, in welchem nicht-medizinische zu medizinischen Problemen werden, betreffen neben der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie bspw. auch das Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Störung (ADHS) oder die erektile Dysfunktion (vgl. Conrad 2007; zu den Ursprüngen des Medikalisierungsbegriffs vgl. Illich 1976, Zola 1972; zum Zusammenhang von Ästhetisch-Plastischer Chirurgie und Medikalisierung vgl. u.a. Meßmer 2013, Viehöver 2011)

mit dem Phänomen der Grenzpluralisierung auf die empirische Rekonstruktion der Grenzziehungen dieser beiden Personengruppen angewiesen ist, wird nicht bereits an dieser Stelle, sondern erst in den empirischen Analysen ausführlich darauf Bezug genommen.

Wie in diesem Kapitel argumentiert, sind dem medizinischen Feld Wandlungsprozesse – und damit einhergehend Probleme der Deutungsoffenheit – in Form von Verschiebungen, Überschreitungen und Verwischungen bezüglich der eigenen Grenzziehungen genuin eigen. Die Ästhetisch-Plastische Chirurgie ist dergestalt als Effekt solcher Dynamiken zu verstehen, da sich die Ästhetisch-Plastische Chirurgie erst im Verlauf dieser Entwicklungen als Teildisziplin der Chirurgie herausbilden konnte. Sie ist aber auch gleichzeitig ein Katalysator dieser Dynamiken, da sie die Entwicklungen stetig provoziert und befördert. Welche Folgen sich aus einem solchen Entgrenzungsprozess für Mediziner*innen und für Alltagsakteur*innen ergeben, wird Gegenstand des nun folgenden Kapitels sein.

2.5. Die Ästhetisch-Plastische Chirurgie im Kontext von reflexiven Modernisierungsprozessen

Ein Prozess der Entgrenzung, wie ihn Wehling und Viehöver (2011) für das medizinische Feld nachgezeichnet haben, hat keineswegs zur Folge, dass Grenzziehungen gänzlich in Auflösung begriffen sind. Viel eher gestaltet sich dieser Transformationsprozess der Medizin im Allgemeinen und der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie im Speziellen in durchaus differenzierterer Weise, nämlich in Form von Überschreitungen, Verwischungen, Verschiebungen und Pluralisierungen gängiger Grenzziehungen. Eine Konsequenz, die sich nach den Vertreter*innen der Theorie der reflexiven Modernisierung aus einem derartigen Prozess ergibt, besteht darin, dass *»Entgrenzung Entscheidung erzwingt: je mehr Entgrenzung, desto mehr Entscheidungszwänge, desto mehr provisorisch-moralische Grenzkonstruktionen, das heißt Grenzpolitik«* (Beck et al. 2004: 15, H.i.O.). Was diese erst einmal sehr abstrakt formulierte und entsprechend voraussetzungsvolle Aussage konkret für ästhetisch-plastischen Chirurg*innen und auch für Alltagsakteur*innen bedeutet, wird im Folgenden anhand einer schrittweisen Erklärung der einzelnen Aspekte konkretisiert. Begonnen wird dafür mit der Skizzierung der Theorie reflexiver Modernisierung als Grundlage der zitierten Aussage.

Der Ausgangspunkt der Theorie reflexiver Modernisierung ist die Beobachtung eines um die 1960er Jahren einsetzenden sozialstrukturellen Wandels der Gesellschaft, der mit etablierten sozial- und geisteswissenschaftlichen Kategorien und Konzepten nicht mehr adäquat beschreibbar war. Vertreter*innen der Theorie reflexiver Modernisierung, allen voran Ulrich Beck, interpretieren diese Entwicklungen als einen Bruch innerhalb der Moderne, der begrifflich in der Abgrenzung einer

einfachen Ersten Moderne von einer reflexiven Zweiten Moderne gefasst wird (vgl. u.a. Beck/Lau 2005: 107f.; Beck et al. 2001: 17ff.). Die Erste Moderne, deren Beginn auf den Übergang vom 19. zum 20. Jahrhundert datiert wird, sei »durch eine Figuration sich gegenseitig stützender Institutionen, wie dem Nationalstaat, dem fordristischen Unternehmen, der Kernfamilie, dem System industrieller Beziehungen, dem Wohlfahrtsstaat und der unhinterfragten Wissenschaft« charakterisiert (Beck/Lau 2005: 109). Dieser Figuration liegt eine Ordnungs- und Handlungslogik zugrunde, die einem sogenannten »Entweder-Oder«-Prinzip folgt. Diese spezifische Logik ermöglicht zum einen eindeutige, kategoriale Grenzziehungen (zwischen Personen, Tätigkeiten und Gegenständen). Zum anderen ergeben sich aus dieser Logik klar voneinander unterscheidbare Handlungs- und Lebensformen, die wiederum eindeutig die Zuschreibung spezifischer Befähigungen, Ansprüche und Pflichten sowie Verantwortlichkeiten regeln (vgl. ebd.: 109f.; Beck et al. 2004: 15f., 23).

Der Übergang in eine reflexive Zweite Moderne ab den 1960er Jahren ist dadurch gekennzeichnet, dass die Handlungs- und Ordnungslogik der Ersten Moderne an Aussagekraft verlieren und zusehends begründungsbedürftig werden. Denn angesichts aktueller Entgrenzungs- und Pluralisierungsprozesse in verschiedensten gesellschaftlichen Bereichen (von Wirtschaft und Politik, über Familien- und Arbeitsverhältnisse bis hin zu Technik und Forschung), ist zu beobachten, dass »[d]ie institutionalisierten Unterscheidungen, Standardisierungen, Normen und Rollensysteme der Ersten Moderne [...] nicht mehr aufrechtzuerhalten« sind, sie beschreiben nicht mehr angemessen die gegenwärtige gesellschaftliche Realität (Beck et al. 2004: 16). Den Ursprung dieser sozialstrukturellen Wandlungsprozesse verorten Reflexive Modernisierungstheoretiker*innen im Prozess der Modernisierung selbst:

»Während in der Ersten Moderne bestimmte Basisinstitutionen wie der Nationalstaat, die Kernfamilie, die geschlechtliche Arbeitsteilung, die standardisierte Form der Erwerbsarbeit oder das Wissensmonopol der Wissenschaft von den Prozessen der Rationalisierung, kritischen Hinterfragung, Vermarktlichung und Optimierung ausgenommen waren, werden sie nun zum Gegenstand nachholender, radikalierter Modernisierung.« (Beck/Lau 2005: 110)

Eine solche nachholende, radikalisierte, mitunter als »forciert« bezeichnete Modernisierung¹¹ entzieht also der Ersten Moderne die bis dato noch verbliebenen Selbstverständlichkeiten und Eindeutigkeiten – es vollzieht sich die »Modernisierung der Moderne« (Beck et al. 2001: 11; H.i.O.). Die sozialen Bereiche bzw. institutionellen Felder, die bisher von Modernisierungsprozessen ausgenommen waren und als uneingeschränkt gegeben angenommen wurden, werden zunehmend erklärungsbedürftig, da sie auf einmal als kontingent und folglich auch als gestaltbar wahrgenommen werden (vgl. Beck/Lau 2005: 110). Im Zuge dieses Unschärfwerdens etablierter Grenzen und Kategorien kommt es dazu, dass das »Entweder-Oder«-Prinzip im zunehmenden Maß von einem »Sowohl-als-Auch-Prinzip« mindestens überlagert und zum Teil sogar von diesem abgelöst wird. In Folge dessen ergeben sich »Verantwortungs- und Entscheidungskrisen« (Beck et al. 2004: 24), da bisher gültige Zuständigkeiten uneindeutig werden. Die Herausforderung bestehe fortan darin, eine neue Logik zu entwickeln, die sich von institutionalisierten Dichotomien und Dualismen¹² loslöst und dem Prinzip des »Sowohl-als-Auch« gerecht wird (vgl. ebd.: 16; Beck/Lau 2005: 110).

Die Beständigkeit einer neuen, reflexiv-modernen Ordnung sei vor diesem Hintergrund vor allem davon abhängig, ob diese dazu in der Lage ist, Problemlösungen für die Ambi- und Polyvalenzen, die durch das Unschärfwerden der Grenzen entstanden sind, zu entwickeln. Denn für Institutionen wie auch für Individuen besteht weiterhin die Notwendigkeit, »Zuordnungs- und Grenzentscheidungen treffen [zu müssen]; sie müssen ihren zeitlichen, räumlichen und sachlichen Zuständigkeitsbereich abstecken« (Beck et al. 2004: 33). Misslingt dies, so kann das negative Auswirkungen auf die Handlungskoordination in den jeweiligen sozialen Bereichen haben und potenziell die grundlegende Infragestellung der Berechtigung zur Folge haben (vgl. ebd.). Daher schlussfolgern Beck et al., dass Forschungsaktivitäten zur reflexiven Modernisierung u.a. der »Frage nach neuen Begründungs- und Legitimationsformen« (ebd.: 54; H.i.O.) nachgehen sollten, denn

11 Die Dynamik, dass soziale Prozesse auf sich selbst rückwirken, ist für Beck der Anlass, von einer *reflexiven* Moderne zu sprechen: »Der Modernisierungsprozeß wird »reflexiv«, sich selbst zum Thema und Problem« (Beck 1986: 26, H.i.O.). Beck betont stets, dass der Begriff der Reflexivität (im Sinne struktureller, nicht-intendierter Nebenfolgen) keinesfalls mit dem Begriff der Reflexion (im Sinne einer intentionalen Handlung) zu verwechseln oder gar gleichzusetzen sei (zur begrifflichen Differenzierung vgl. Beck 1996: 300ff.).

12 Es wäre irreführend, jeglichen Dualismus und jedwede Dichotomie unmittelbar mit dem Begriff der Grenze gleichzusetzen. Allerdings betonen Beck, Bonß und Lau – und die vorliegende Arbeit schließt sich diesem Verständnis an –, dass der Begriff der Grenze als Metapher nutzbar gemacht werden kann und soll, denn als Metapher verwendet, ermöglicht dieser »höchst unterschiedliche empirische Sachverhalte aus einem einheitlichen Blickwinkel zu betrachten: z.B. die Grenzen zwischen Einflusssphären, kategoriale Unterscheidungen oder die Differenz zwischen verschiedenen Typen des Wissens« (Beck et al. 2004: 24).

es gilt zu bestimmen, ob die in der Ersten Moderne für spezifischen Bereiche, wie Politik, Recht oder Wissenschaft, etablierten Formen der Legitimierung auch in der Zweiten Moderne ihre Gültigkeit bewahren oder ob andere Formen und Quellen der Begründung und Legitimation entstehen (vgl. ebd.: 54f.).

2.5.1. Medizin in der Krise? Konsequenzen der reflexiven Modernisierung eines modernen Feldes

Für die Medizin als einem zentralen institutionellen Feld moderner Gesellschaften gilt der Natur-Gesellschafts-Dualismus als bedeutendstes Basisprinzip, aus dem sich sinngemäß weitere Unterscheidungen, wie der zwischen Leben und Tod, Soma und Psyche sowie Gesundheit und Krankheit ableiten (vgl. Viehöver et al. 2004: 65, 76f.). Doch die Natur-Gesellschafts-Unterscheidung bildet nicht nur die Basis von Medizin, sie dient der Medizin darüber hinaus auch als Entscheidungsgrundlage, anhand derer Verantwortlichkeiten und Kompetenzen zugeschrieben sowie Zuständigkeitsbereiche abgegrenzt werden. Durch dieses Basisprinzip ist etwa geregelt, wer wann als behandlungsbedürftig gilt und wer die Behandlungszuständigkeit bei bestimmten Krankheitsfällen innehat. In diesem Sinne sorgt die Unterscheidung von Natur und Kultur für Entscheidungs- und damit grundlegend für Handlungsentlastung von Akteur*innen. Aber auch diese institutionalisierte Grenzmarkierung zwischen Natur und Gesellschaft verliert nach Viehöver et al. (2004) seit den 1960er Jahren an Trennschärfe (ebd.: 65ff.). Die Ursache liegt vor allem in Prozessen wie

»immer weiter reichende[n] wissenschaftlich-technische[n] Eingriffe[n] in ›natürliche‹ Wirkungszusammenhänge, die nicht nur auf der Ebene nicht-intendierter Folgen Natur vergesellschaften, sondern auch beständig neue Teile der ›Natur‹ gesellschaftlich-instrumentell verfügbar machen wollen.« (Viehöver et al. 2004: 66)

Die wohl bekanntesten und drastischsten Beispiele für die Verfügbarmachung von bisher unzugänglichen Teilen der Natur über technologische Eingriffe sind die Genforschung sowie die Reproduktionsmedizin (vgl. Viehöver et al. 2004). Beide Bereiche bilden angesichts ihrer stetigen technischen Weiterentwicklungen, aktuell etwa die Genomeditierungsmethode »CRISPR/Cas« (Albrecht et al. 2017) oder das Kryokonservierungsverfahren »Social Freezing« (vgl. Feiler 2020, 2019), den Gegenstand zahlreicher kontrovers geführter öffentlicher Debatten. Aber auch vergleichsweise weniger drastische Eingriffe wie das Doping im Sport (Gugutzer 2009) stehen beispielhaft für die medizin-technologische Erschließung und gezielte Bearbeitung des menschlichen Körpers. All diese Beispiele zeigen auf, dass die Unterscheidungen entlang des Natur-Gesellschafts-Dualismus keine »in der ›Natur der Dinge‹ liegenden, sondern kontingente, umstrittene, unscharfe und mitunter

mehrdeutige soziale Konventionen sind« (Viehöver et al. 2004: 66). Durch Methoden und Verfahren werden Fragen zur (Un-)Eindeutigkeit virulent: Ab welchem Punkt gilt ein Körper als krank, bis zu welchem als gesund? Ab wann wird etwas als lebendig verstanden, bis wann ist es leblose Materie? Bis wohin spricht man von einem natürlichen, ab wann von einem künstlichen Körper?

Auch die Ästhetisch-Plastische Chirurgie irritiert gängige Unterscheidungen, die sich aus der Natur-Gesellschafts-Abgrenzung ergeben und lässt diese mitunter auch unscharf werden. So stellen sich auch bei Körpern, die durch ästhetisch-plastische Eingriffen modifiziert werden u.a. Fragen nach den Grenzziehungen zwischen Natürlichkeit und Künstlichkeit. Wie ist es bspw. einzuordnen, wenn ein Gesicht natürlich aussieht und sich ebenso anfühlt, aber erst durch eine medizintechnische Behandlung mit Botulinumtoxin (Botox), also durch ein in diesem Sinne künstliches Einwirken, als solches erst entstanden ist? Oder wenn auf operativem Wege Haare implantiert werden, wodurch aber letztlich ein natürlich wirkendes Ergebnis erzielt wird? Ähnlich verhält es sich auch bei der Frage nach der Unterscheidung von Soma und Psyche als Entscheidungsgrundlage für die Übernahme der Kosten durch die Krankenkassen. Generell gilt zwar, dass es für die Kostenübernahme von ästhetisch-plastischen Operationen einer somatischen Begründung bedarf, nichtsdestotrotz finden sich aber auch Beispiele wie das Ohrenanlegen bei Jugendlichen aufgrund befürchteter Stigmatisierung oder die Brustrekonstruktion nach einer Mammakarzinom-Behandlung, die jeweils aus einer psychogenen Begründung heraus medizinisch vorgenommen und finanziell übernommen werden.

Durch derlei Transformationen im medizinischen Feld, die die institutionellen Unterscheidungen der Ersten Moderne infrage stellen, irritieren und unscharf werden lassen, sieht sich das institutionelle Handeln der Medizin mit Problemen neuer Art konfrontiert, die nicht mehr ohne Weiteres durch den Rückgriff auf naturwissenschaftliches Wissen gelöst werden können, »denn Wissenschaft selbst wird nun zum Produzenten *kategorialer Uneindeutigkeiten*« (Viehöver et al. 2004: 67, H.i.O.). Die Wissenschaft verliere im Übergang zur reflexiven Moderne ihren Stellenwert als zentrale unwidersprochene Legitimationsquelle, den sie in der Ersten Moderne innehatte und das, obwohl sie in der Zweiten Moderne immer mehr Wissen produziert. Dies wird damit begründet, dass Wissenschaft zum einen nicht nur mehr Wissen, sondern gleichzeitig auch mehr Nicht-Wissen (und damit Ungewissheiten) produziert. Zum anderen verfügen die Ergebnisse wissenschaftlicher Forschung über eine immer kürzere Halbwertszeit und widersprechen sich auch mitunter (vgl. Beck/Lau 2005: 110; Böschen 2003; Böschen/Wehling 2004).

Auch die Medizin und daran anschließend die Ästhetisch-Plastische Chirurgie betrifft diese Entwicklung der Wissenschaft, denn die Medizin greift in ihrem institutionellen Handeln nicht nur auf naturwissenschaftliche Forschungsergebnisse zurück, sie produziert auch dergleichen, da zur Medizin, wie Hitzler und Pfaden-

hauer (1999) am Beispiel der Uniklinik ausführen, nicht allein die Praxis und Ausbildung, sondern eben auch die wissenschaftliche Forschung gehöre (vgl. ebd.: 97). Diese Mehrdimensionalität kann begrifflich in der Bezeichnung der Medizin als »praktischer Handlungswissenschaft« zusammengeführt werden (Eichinger 2018: 196).

Angesichts der Entwicklungen, die das institutionelle Feld der Medizin in den letzten Jahrzehnten und vor allem seit den 1960er Jahren erfahren hat, verwundert es nicht, dass die Medizin parallel zu diesen Entwicklungen immer wieder auch zum Gegenstand von öffentlicher wie auch innerwissenschaftlicher Kritik wurde. Dieter Lenzen (1991) unterscheidet in einer Zusammenfassung der internationalen medizinkritischen Diskussion – für die er u.a. die mittlerweile als klassisch bezeichneten machtkritischen Werke von Ivan Illich (1976) und Michel Foucault (1973) einbezieht – neun Typen der Kritik an der Medizin. Grundlegend wird der Medizin vorgeworfen, dass sie im Versuch, die Menschen zu heilen, diese mitunter auch krank mache (»Iatrogenese«); dass sie weitaus weniger dazu beitrage, den Gesundheitsstatus der Allgemeinheit zu verbessern als angenommen (»Leistungsschwäche«) und dass sie einzelne Krankheitsfälle zugunsten von Wahrscheinlichkeits- und Risikofaktorrechnungen vernachlässige (»Probabilisierung«) (vgl. Lenzen 1991: 15-20). Darüber hinaus normiere die Medizin über kategoriale Bestimmungen (Cholesterinwerte-Tabellen, Body-Mass-Index o.ä.) den Menschen (»Normierung«), sie übe daran anschließend Macht und Kontrolle über die Bevölkerung aus (»Soziale Herrschaft«), etwa indem sie verpflichtende Maßnahmen wie die U-Untersuchungen bei Kindern einführe, und sie ziele letztlich darauf, den medizinischen Tätigkeits- und Zuständigkeitsbereich systematisch auszuweiten (»Universalisierung«) (vgl. ebd.: 22-32). Schließlich wird an der Medizin, neben den Trends der »Verrechtlichung« und der vor allem organisationsförmigen »Selbstimmunisierung«, auch die Tendenz einer zum Teil selbst verantworteten »Ökonomisierung« kritisiert (ebd.: 17, 20ff.).

Gerade der letztgenannte Aspekt der Ökonomisierung der Medizin wird in Bezug auf die Ästhetisch-Plastische Chirurgie als wunscherfüllender Medizin gegenwärtig kontrovers diskutiert. Giovanni Maio (2007) zählt ästhetisch-plastische Verfahren zu den typischsten Beispielen dienstleistungsmedizinischer Eingriffe, die Kliniken wie auch Praxen aufgrund der sich verschärfenden wirtschaftlichen Lage zusätzlich anbieten, um ihre jeweilige Existenz abzusichern (Maio 2007: 189f.). Durch diese Tendenz drohe eine »Deprofessionalisierung der Ärzteschaft«, da Ärzt*innen im Zuge dieser Entwicklungen zum einen die Freiheit verlören, ihr Handeln alleinig am Wohl der Patient*innen auszurichten (Maio 2012: A805). Zum anderen stünden Vorgänge, die mit einer Ökonomisierung einhergehen, wie etwa das gezielte Schalten von Werbung, im Konflikt mit dem ärztlichen Selbstverständnis, das den Ärzt*innenberuf als einen freien, nicht-gewerblichen

Beruf fasst (vgl. ebd.); zur Diskussion um die Kommerzialisierung der Medizin vgl. auch Karsch 2015).

Trotz dieser möglichen, zum Teil bereits beobachtbaren Auswirkungen nimmt das Angebot von dienstleistungsmedizinischen Eingriffen stetig zu, d.h., um eine wirtschaftliche Rhetorik zu bedienen, die steigende Nachfrage wird kontinuierlich befriedigt, wie die Tabelle 1.1 zur statistischen Entwicklung der Eingriffszahlen ästhetisch-plastischer Maßnahmen illustriert (vgl. Kap. 1). Die Ästhetisch-Plastische Chirurgie wird in einer solchen ökonomischen Lesart zur »Erfüllungsgehilfin einer fragwürdigen Konsumgesellschaft« (Maio 2007: 192; vgl. Kettner/Junker 2007: 186). Würden Ärzt*innen auch öffentlich in dieser Lesart, also als mehr an wirtschaftlichen Gewinnen denn am Gemeinwohl orientiert, wahrgenommen, dann wäre die Unterstellung einer persönlichen Bereicherung nicht fern, die moralische Ressource des Berufsstandes wie auch der Status als professionelles Expert*innenstünden zur Disposition (vgl. Meuser 2004: 193).

Konkretisiert und weiter ausgeführt hat diese Überlegung die zentrale Ethikkommission der Bundesärztekammer, die mit direktem Verweis auf die Ästhetisch-Plastische Chirurgie in einer Stellungnahme davor warnt, dass das den Berufsstand konstituierende »antizipatorische Systemvertrauen« verloren gehen könne, wenn Ärzt*innen von der Gesellschaft als vornehmlich wirtschaftlich orientierte Dienstleister*innen wahrgenommen werden würden (vgl. Bundesärztekammer 2012b: A 2001). Im Falle des Verlusts eines solchen Vertrauens gebe es keinen Anlass mehr, »der Ärzteschaft die Regelung der eigenen Angelegenheiten und die Überwachung der ordnungsgemäßen Erfüllung ärztlicher Berufspflichten in Selbstverwaltung zu überantworten« (ebd.). Das Einräumen von Privilegien, wie sie mit dem Professionsstatus einhergehen (vgl. Kap. 2.1), wäre also im Falle einer zunehmenden Ökonomisierung nicht mehr gerechtfertigt.

Wenn, überspitzt formuliert, die Medizin zum Markt wird, wie es teilweise bereits diagnostiziert wird, dann bleibt auch das Verhältnis zwischen Ärzt*innen und Patient*innen davon nicht unberührt. Vor dem Hintergrund einer tendenziell zunehmenden Ökonomisierung bzw. angesichts der Ausweitung medizinischer Angebote ohne direkten Krankheitsbezug, wird ein Wandel in der Beziehung von Ärzt*innen zu Patient*innen konstatiert: Die Rolle von Patient*innen entwickle sich hin zu der von Klient*innen, Kund*innen bzw. Konsument*innen, die Rolle von Ärzt*innen wandle sich im selben Zuge zu am Kund*innenwunsch orientierten Dienstleister*innen, die ihre Verfahren und Maßnahmen auf einem »zweiten Gesundheitsmarkt« anböten (vgl. Bundesärztekammer 2012b: A 2000; Conrad 2005: 8f.; Kettner/Junker 2007: 186; Maio 2009: 21).

Eine weitere Analyse zum Wandel des Verhältnisses liefert Meuser, der eine Transformation der Haltung von Patient*innen gegenüber Ärzt*innen beschreibt, die er begrifflich als »Übergang von ›naiv habitueller‹ zu ›elaboriert-reflexiver‹ Akzeptanz« fasst (Meuser 2004: 200). Die vormalis dominierende naiv-habituelle

Akzeptanz, die dadurch gekennzeichnet ist, das den Ratschlägen und Diagnosen von Ärzt*innen unhinterfragt Folge geleistet wird, werde zusehends von einer elaboriert-reflexiven Akzeptanz abgelöst, durch welche den Urteilen von Ärzt*innen nicht mehr ohne Weiteres uneingeschränkt Glauben geschenkt wird (vgl. ebd.). Im Anschluss an die Überlegungen von Meuser schlussfolgert Pfadenhauer auf einer abstrakteren, nicht ausschließlich die Medizin fokussierende Ebene, dass Klient*innen entsprechend dieser Entwicklung die »Fall-Angemessenheit professioneller Expertise [hinterfragen] und [...] im Zweifelsfall eine zweite Meinung (eines Professionellen gleicher Provenienz) oder den Wechsel auf einen »Anbieter« eines konkurrierenden Deutungssystems in Betracht« ziehen (Pfadenhauer 2017: 4).

Daneben sei die Autorität von Professionellen auch durch die vermehrte Einforderung von Mitspracherechten auf Seiten der Klient*innen beeinträchtigt, deren Ursprung u.a. in der durch soziale Bewegungen entstandenen Interessensvertretungen verortet wird. Zum anderen trage auch die Demokratisierung von Wissen, durch die auch Nicht-Professionelle Zugang zu vormals zugangsbeschränkten Sonderwissensbeständen haben, zur Infragestellung von professioneller Expertise bei (vgl. Pfadenhauer 2017: 3f.). Zumindest für die Medizin sei den dargestellten Analysen aber die folgende Einschätzung von Dr. Jörg-Dietrich Hoppe, ehemaliger Präsident der Bundesärztekammer und des Deutschen Ärztetages, zur zukünftigen Entwicklung der Beziehung zwischen Patient*innen und Ärzt*innen relativierend hinzugefügt:

»Schwerkranke Patienten, die durch ihre Erkrankung stark bedroht sind, werden ihre Ärztinnen und Ärzte als fürsorgliche Partner und Hoffnungsträger sehen. Patienten mit chronischen Erkrankungen und solche mit nicht lebensbedrohlichen Episodenerkrankungen werden in ihrem Arzt den Partner als Berater suchen. Patienten, die [...] lediglich Wünsche nach ärztlichen Verrichtungen äußern, die bezüglich ihrer Durchführung unter Arztvorbehalt stehen, z.B. plastische Operationen zur Veränderung des äußeren Erscheinungsbildes, werden ihren Arzt als Auftragnehmer und sich selbst als Kunden betrachten.« (Hoppe 2009: 7)

Diese Ausführungen sollen im Anschluss an die Ausführungen zum Wandel der Medizin im Zuge der reflexiven Modernisierung abschließend verdeutlichen, dass es sich bei den Tendenzen der Ökonomisierung und Dienstleistungsorientierung, die maßgeblich auch das Verhältnis von Patient*innen und Ärzt*innen wandeln, lediglich um *eine* sich abzeichnende Entwicklung handelt (vgl. dazu auch Maio 2014: 91-103). Denn es bestehen auch weiterhin noch Beziehungsgeflechte, die für die klassische, kurative Medizin typisch sind, also Verhältnisse zwischen Menschen, die immer noch die Rolle von Patient*innen innehaben und der Heilung und Linderung bedürfen, und Ärzt*innen, die auch zukünftig ihr Handeln an der kurativen Fürsorge ausrichten. Welche Konsequenzen sich aus dem dahinter liegenden

Prozess der reflexiven Modernisierung und den damit einhergehenden Grenzerzonen etablierter Kategorisierungen nun für Alltagsakteur*innen ergeben, soll im folgenden Kapitel diskutiert werden.

2.5.2. »Von der Bastelbiographie zur Bastelbiologie«?¹³ Alltagsweltliche Konsequenzen reflexiver Modernisierungsprozesse

Der Bruch innerhalb der Moderne und der Übergang in eine reflexive Zweite Moderne habe nach Beck nicht nur Auswirkungen auf spezielle Bereiche wie den der Medizin, sondern auch auf das für die Industriegesellschaft typische soziale Binnengefüge an sich (soziale Klassen, Familie, Geschlechter- und Arbeitsverhältnisse u. ä.) sowie auf die in diesem Gefüge verankerten Gewissheiten der Lebensführung (vgl. Beck 1986: 115). Trotz weiterhin bestehender und auch sich neu entwickelnder Ungleichheitsstrukturen kam es, insbesondere nach dem Zweiten Weltkrieg, zu einer generellen Zunahme von Mobilität, Einkommen, Konsum und Bildung, auf Grundlage derer ein »gesellschaftlicher Individualisierungsschub von bislang unerkannter Reichweite und Dynamik« stattgefunden hat bzw. stattfindet (ebd.: 116; H.i.O.; vgl. ebd.: 121f.).

Die sich vollziehende Individualisierung, die die Lebenslagen, Lebensweisen und Lebensführung jedes*r Einzelnen betreffen, umfasst nach Beck drei Dimensionen. So komme es erstens zu einer Herauslösung von Individuen aus historisch gewachsenen, traditionellen Sozialformen und -bindungen, was er als »Freisetzungsdimension« bezeichnet. Mit der »Entzauberungsdimension« beschreibt er zweitens, dass vormals etablierte Selbstverständlichkeiten und Gewissheiten hinsichtlich des Handlungswissens und der Wertvorstellungen verloren gingen. Es folge drittens eine neue Art und Weise sozialer Einbindung, was er als »Kontroll- und Reintegrationsdimension« bezeichnet (vgl. Beck 1986: 206). Durch den Verlust eines verlässlichen sozialen Binnengefüges, wie es in der klassischen Industriegesellschaft vorherrschte, in Verbindung mit dem bereits beschriebenen Uneindeutigwerden etablierter institutioneller Grenzziehungen, haben die an die Individuen gestellten Anforderungen gravierend zugenommen: Für den* die Einzelne*n ist eine individuelle Lebensgestaltung und -organisation möglich geworden, gleichzeitig ist er*sie aber auch dazu gezwungen, diese selbstständig zu bewerkstelligen (vgl. ebd.: 216ff.).

Im Rahmen dieser Überlegungen entwickelten Honer und Hitzler die Idee der »Bastelexistenz« (vgl. u.a. Hitzler/Honer 1994, Hitzler 1999), mit welchem sie die alltagsweltliche Konsequenz des Individualisierungsprozesses konkretisieren. Die alltägliche Lebenswelt sei aufgrund von Modernisierungsprozessen wie dem der

13 Beck-Gernsheim 2013: 81

Individualisierung zersplittert und statt vorgegebener Lebensverläufe und normativer Orientierungen bestehe nun eine Vielzahl von Gestaltungsmöglichkeiten und Sinnangeboten. Für den*die Einzelne*n ergibt sich daraus im alltäglichen Leben eine Fülle von zu bewältigenden Entscheidungssituationen, für die es keine verlässlichen Patentlösungen mehr gebe. Somit haben Menschen die Chance wie auch die Notwendigkeit¹⁴, ihr eigenes Leben aus einer Vielzahl von Optionen zu gestalten. Im Umkehrschluss bedeutet dies aber ebenso, dass sie das von ihnen gewählte und gestaltete Leben selbst zu verantworten haben. Die Idee der Bastelexistenz beschreibt also, im Anschluss an die Theorie der reflexiven Modernisierung, eine »reflexive Form des individualisierten Lebensvollzugs« (vgl. Hitzler/Honer 1994: 311; H.i.O.; vgl. ebd.: 307ff.).

Der Mensch der Alltagswelt werde in dieser Art des individualisierten Lebensvollzugs zum »Sinnbastler«, der sich aus den vielfältigen Lebenssinn- bzw. Lebensstiloptionen seine eigene »Sinn-Heimat« zusammenstellt (vgl. Hitzler/Honer 1994: 311). Nicht ohne Grund sprechen Honer und Hitzler in Bezug auf die alltägliche Lebenswelt metaphorisch vom »Basteln«, denn sie wollen damit begrifflich unterstreichen, dass es sich eben nicht um ein planvolles und reflektiertes Vorgehen, sondern um ein »zwischen Dilettantismus und Genialität changierendes Werkeln und Wirken« handelt (ebd.: 310). Im Gegensatz dazu gebe es aber auch »professionelle Sinn-Konstrukteure« (ebd.: 311), zu denen auch die Ärzteschaft gezählt werden kann, die in einer weitaus systematischeren Weise symbolische Sinnwelten erzeugt und verteidigend aufrechterhält:

»Die symbolische Sinnwelt der Ärzteschaft konstituiert sich aus der Gesamtheit der Elemente der professionellen Berufsform, den gesellschaftlichen Rollenerwartungen, den Normen und Werten des Berufsstandes sowie dem Experten- und Erfahrungswissen des Kollektivs und der Individuen.« (Karsch 2015: 26)

In modernen Gesellschaften mit einer immer komplexeren, sozialen Wissensverteilung sind Alltagsakteur*innen als »Sinnbastler« allerdings in zunehmendem Maße auch auf professionelle »Sinnkonstrukteure« mit ihren spezifizierten Sonderwissensbeständen angewiesen, um kompetent handeln zu können (vgl. Hitzler 1994: 21f.). Über ein solches Wissen verfügen, wie in Kapitel 2.1 dargestellt u.a. Vertreter*innen des Ärztestandes. Der*die Einzelne gerät jedoch durch das Unschärfwerden von etablierten Grenzziehungen im Zuge der reflexiven Modernisierung, wie es auch für das professionalisierte Expert*innentum der Medizin im vorangegangenen Kapiteln nachgezeichnet wurde, in eine widersprüchliche

14 Wenn im Verlauf dieser Arbeit in Aussagen zur Theorie reflexiver Modernisierung von »Notwendigkeit« oder auch »Müssen« die Rede ist, dann meint dies »nicht direkten Zwang, aber erst recht nicht bloße Freiwilligkeit. Man könnte, bewusst paradox, von freiwilligem Zwang sprechen« (Beck-Gernsheim 1994: 324).

Situation, denn der*diejenige »ist außerstande, sich der Definitionsmacht der Expertensysteme zu entziehen, deren Urteil [er*sie; J.W.] nicht trauen kann und dennoch trauen muß« (Beck 2007: 107).

Dieser relationale Umstand von Angewiesenheit und Uneindeutigkeit ist insoweit bedeutsam, als dass das von Alltagsakteur*innen selbst zu verantwortende Basteln der eigenen Existenz auch die »körperliche Verfassung« sowie die »leibliche Befindlichkeit« miteinschließt (Hitzler 2002: 76). Die in der Ersten Moderne etablierten Grenzziehungen des medizinischen Feldes, dessen Gegenstand maßgeblich der menschliche Körper ist, sind im Übergang zur Zweiten Moderne unscharf geworden und dienen Alltagsakteur*innen folglich auch nicht mehr als verlässliche Orientierung. Aufgrund der Gleichzeitigkeit der Zunahme von Gestaltungsoptionen des eigenen Körpers einerseits und der Abnahme von institutionellen Regelungen bezüglich des Wie und Wozu dieser Möglichkeiten andererseits geht damit nicht nur eine gewisse Handlungsentlastung verloren, sondern der*die Einzelne ist auch in Bezug auf den Umgang, die Deutung und die Gestaltung des eigenen Körpers letztlich auf sich selbst verwiesen (vgl. Beck-Gernsheim 2013: 82f.).

Für Elisabeth Beck-Gernsheim (2013) sind die Entwicklungen derart markant, dass sie ein »neue[s] Stadium von Individualisierung« konstatiert, das im Zuge der Expansion medizintechnologischer Optionen beginnt. Dieses sei gekennzeichnet durch »eine Freisetzung nicht mehr nur aus den Vorgaben und Zwängen von Stand, Klasse, Familie, Geschlechterverhältnissen und so weiter, sondern jetzt auch aus den Vorgaben und Zwängen der Biologie« (Beck-Gernsheim 2013: 83). Denen von Beck-Gernsheim diskutierten medizintechnologischen Beispielen der Gentechnologie und der Reproduktionsmedizin lässt sich in Bezug auf die Expansion auch die Ästhetisch-Plastische Chirurgie hinzufügen. So expandiert diese in der Alltagswelt in dem Sinne, dass sie immer mehr Personen erreicht (z.B. über die zahlreichen in Kapitel 1 aufgezählten medialen Unterhaltungsformate), dass sie auch von immer mehr Personen erreicht werden kann (z.B. über Webseiten von Chirurg*innen, Online-Preisvergleichsportale und dem sog. »Medizin-Tourismus«) und dass sie immer mehr angewandt und genutzt wird, was Tabelle 1.1 zu den statistischen Eingriffszahlen ästhetisch-plastischer Maßnahmen verdeutlicht (vgl. Kap. 1).

Die Eigenverantwortlichkeit, die die Akteur*innen im Zuge der reflexiven Modernisierung für ihre eigene Lebensgestaltung übernehmen (müssen), schlägt sich in Bezug auf den Körper zuvorderst in einem geänderten Verständnis wieder: Der Körper, einst verstanden als gottgegebenes, unabänderliches Schicksal, wird zum einen zur zu gestaltenden Aufgabe und zum anderen zum gestaltbaren »Rohmaterial« (Beck-Gernsheim 1994: 324; zur »Rohstoffisierung« vgl. auch Villa 2013a). Dies meint nicht, dass die biologische Natur durch medizintechnologische Verfahren unnötig geworden sei oder gar überwunden wird, sondern dass der Körper, verstanden als bearbeitbares Material, den Ausgangspunkt einer Gestaltung bildet (vgl. Beck-Gernsheim 1994: 323f.). Gerade das Beispiel der Ästhetisch-Plastischen

Chirurgie verdeutlicht in prototypischer Weise, was mit dem Verständnis des Körpers als gestaltbarem Material gemeint ist, ermöglichen doch gerade Verfahren dieser medizinischen Teildisziplin die buchstäbliche Formbarkeit von Körpern.

Die Gestaltung des Körpers kann sich, je nachdem für oder gegen welche Maßnahmen aus der sich stetig vergrößernden Auswahl sich Akteur*innen entscheiden, höchst unterschiedlich, eben individuell ausfallen. Der Umstand, dass sich Akteur*innen gegenüber der Vielzahl von Optionen verhalten (müssen), d.h. Entscheidungen treffen (müssen), veranlasst Beck-Gernsheim zu der Schlussfolgerung, dass wir uns mittlerweile nicht mehr nur in einem Zeitalter der »Bastelbiographie« im Sinne der Idee der Bastelexistenz von Honer und Hitzler, sondern auch in einem Zeitalter der »Bastelbiologie« befinden (Beck-Gernsheim 2013: 83). Der Körper wird dergestalt, wie es Anthony Giddens treffend beschreibt, zu einem »phenomenon of choices and actions« (Giddens 1991: 8).

In dem Maße, in dem der Körper durch neue Handlungsräume und -freiheiten, wie sie durch die Gentechnologie, die Reproduktionsmedizin und eben auch durch die Ästhetisch-Plastische Chirurgie eröffnet werden, gezielt modifiziert werden kann, wird der Körper im Umkehrschluss aber gleichermaßen immer mehr ›leistbar‹. Denn ein fitter, gesunder und schöner Körper ist nicht mehr länger eine Frage des Zufalls oder Glücks, sondern kann über die Nutzung verschiedener Medizintechnologien erreicht werden. Die ›Leistbarkeit‹ von körperlicher Fitness, Gesundheit und Schönheit provoziert jedoch eine Verschiebung der Zielsetzungen von Körpergestaltung: Es gilt gegenwärtig, ganz im Sinne eines »unternehmerischen Selbst« (Bröckling 2007: 46), den Körper auf einen optimalen Zustand hin zu analysieren und zu bearbeiten.

Diese Entwicklung geht Hand in Hand mit einer generellen Aufwertung des Körpers, deren Ursprung im Säkularisierungsprozess verortet wird. Mit dem Schwinden der Gottesgläubigkeit wandelten sich auch das Verhältnis und die Wahrnehmung des Körpers, denn ohne die Aussicht auf ein Jenseits, konzentrierten sich fortan alle Hoffnungen und Bemühungen auf das Diesseits und damit auch auf den Körper (vgl. Beck-Gernsheim 1994: 319, vgl. dazu auch Imhof 1983). Der Körper avanciert zur »Diesseitsreligion« (Gugutzer 2012: 286) und das Hier und Jetzt ist voll von Möglichkeiten ihn zelebrierend zu gestalten. Diese Möglichkeiten reichen von Friseur-, Kosmetik- und Nageldesign- und Fitnessstudios, über Spa-/Wellness-Zentren, Reizstrom-Muskeltrainings und Ernährungs(trend)prinzipien wie Clean Eating, Superfood oder Paleo bis hin zu franchised Praxen der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie, in denen die Botox-Behandlung als schnell erledigter ›Lunchtime‹-Eingriff angeboten wird. Analytisch und begrifflich wird diese gegenwärtig zu beobachtende Aufwertung des Körpers in Diagnosen wie der »somatic society« (Turner 1996), dem »body turn« (Gugutzer 2006), der »Inszenierungsgesellschaft« (Willems/Jurga 1998) oder der »Konjunktur des Körpers« gefasst (Bette 1989: 17).

In einem solchen Prozess der Aufwertung, wie er sich gegenwärtig abzeichnet, »gerät der Körper zunehmend in den Fokus selbstreflexiver Aufmerksamkeit« und »Körperarbeit [wird] zu einer zentralen Identitätsstrategie« (Meuser 2014: 68). Der Körper gewinnt im sozialen Gefüge also als einsetzbare (symbolische) Ressource an Bedeutung und entsprechend wird für ihn konsumiert und in ihn investiert, da durch ihn Distinktion und/oder Zugehörigkeit ausgedrückt werden kann. Der*die einzelne ist jedoch, wie bereits beschrieben, in diesem Vorgang auf sich selbst verwiesen. Folglich müssen sich alltagsweltliche Akteur*innen eigenverantwortlich mit den neu entstehenden Handlungsspielräumen und -freiheiten, die durch die zahlreichen Angeboten der Körperbearbeitung entstehen, auseinandersetzen und sich zu ihnen positionieren. Denn es besteht aufgrund von Entgrenzungprozessen keine gesellschaftliche Übereinstimmung und damit auch kein übergeordneter Orientierungsrahmen bezüglich der Angebote mehr und es

»beginnt ein Zustand der allgemeinen Bastelmoral. Da kann jeder anfangen, sich seine eigene Meinung zu bilden, was die neuen Optionen angeht. Ob ihnen dieses oder jenes Verfahren erstrebenswert, zulässig oder verwerflich erscheint, ob sie diese oder jene Behandlung versuchen wollen oder ablehnen, auf solche und ähnliche Fragen können die Individuen nur im Horizont ihres eigenen Weltbildes und ihrer eigenen Wünsche nach Antworten suchen.« (Beck Gernsheim 2013: 91)

Welche Meinungen sich Alltagsakteur*innen zu den für sie immer sichtbareren und erreichbareren Optionen der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie bilden, was sie dabei als berechtigt und was als legitim erachten, das bildet, neben der Frage nach den Begründungs- und Legitimationsformen von ästhetisch-plastischen Chirurg*innen, den zweiten Forschungsschwerpunkt dieser Arbeit. Mit der Betrachtung von Alltagsakteur*innen als »Sinnbastler*innen« und Mediziner*innen als »Sinn-Konstrukteur*innen« wird dabei ein Rahmen gesetzt, der davon absieht, Modernisierung als ein genuin sozialstrukturelles Problem zu begreifen. Vielmehr wird mit dieser Betrachtung eine Perspektive verfolgt, in der Modernisierung vorrangig als ein individuell zu bewältigendes Handlungsproblem verstanden wird (vgl. Hitzler 1999: 84f.). In dieser handlungstheoretischen Ausrichtung¹⁵ wird der Fokus entsprechend weniger auf die Rekonstruktion institutioneller Rahmenbedingungen, sondern vielmehr auf die Analyse der sozialen Praxis gelegt (vgl.: ebd.: 97). Die konkreten, an dieser handlungstheoretischen Perspektive

15 Auch wenn eine solche handlungstheoretische Schwerpunktsetzung dem Erkenntnisinteresse dieser Arbeit angemessen ist, bildet sie trotzdem nur *eine* Möglichkeit, die Ästhetisch-Plastische Chirurgie theoretisch zu fassen. Eine andere Variante der Rahmung besteht etwa darin, die Ästhetisch-Plastische Chirurgie im Anschluss an Foucault als biopolitische Disziplinierung zu interpretieren (vgl. u.a. Lenk 2006, Maasen 2008, Villa 2013b, Wehling 2011).

ausgerichteten Fragestellungen zur Ästhetisch-Plastischen Chirurgie werden im folgenden Kapitel formuliert.

2.6. Forschungsgegenstand: Alltags- und Expert*innenwissen von Ästhetisch-Plastischer Chirurgie

Bevor auf die konkreten Fragestellungen dieser Arbeit eingegangen wird, soll zunächst das Forschungsfeld zur Ästhetisch-Plastischen Chirurgie erkundet werden, um das Erkenntnisinteresse und die Ausrichtung der vorliegenden Arbeit einzuordnen und zu begründen. Das Forschungsfeld zur Ästhetisch-Plastischen Chirurgie ist allerdings derart umfangreich, dass auf jene Studien und Analysen, die nicht dezidiert die Personengruppen thematisieren, die in der vorliegenden Forschungsarbeit im Fokus stehen (also ästhetisch-plastische Chirurg*innen und Alltagsakteur*innen) nur Schlaglichter geworfen werden können. Neben den zahlreichen, bereits angeführten Analysen, die die Ästhetisch-Plastische Chirurgie thematisieren oder zumindest tangieren, lässt sich ein Schwerpunkt vor allem in der Forschung zu und mit Patient*innen ausmachen. Die Studien zu diesem Schwerpunkt befassen sich mit den Motiven und Entscheidungsregeln von Patient*innen der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie sowie mit den Konsequenzen und Folgen, die diese nach vollzogenen ästhetisch-plastischen Eingriffen erfahren haben (vgl. u.a. Adams 2010; Borkenhagen 2014; Davis 2008; Gimlin 2012; Milothridis et al. 2016, Pitts-Taylor 2009, Raisborough 2016).

Ein weiterer Forschungszweig beschäftigt sich mit dem Verhältnis von Ästhetisch-Plastischer Chirurgie und (Sozialen) Medien. In den Forschungsarbeiten mit einer solchen Schwerpunktsetzung wird analysiert, wie Ästhetisch-Plastische Chirurgie in verschiedenen Medienformaten verhandelt wird, welche Auswirkungen die Darstellung von Ästhetisch-Plastischer Chirurgie in diesen Medienformaten auf subjektive Körperwahrnehmungen hat und welchen Einfluss Medien wiederum auf das Feld der Ästhetisch-Plastische Chirurgie haben (vgl. u.a. Ashikali et al. 2014, Banet-Weiser/Portwood-Stacer 2006, Borkenhagen 2011, Inthorn/Bittner 2012, Jones 2008, Müller 2005, Seier/Surma 2008, Villa 2008a, Wagner 2014). Des Weiteren finden sich auch Studien zur länderspezifischen Nutzung und Deutung von Ästhetisch-Plastischer Chirurgie (vgl. u.a. Hormozi et al. 2018, Leem 2017, Liebelt 2019, Menon 2017) sowie, an diesen Kontext anschließend, Analysen, die das Phänomen des Medizintourismus am Beispiel der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie diskutieren (vgl. u.a. Ackerman 2010, Holliday et al. 2013).

Mit Blick auf die Personengruppen, die im Zentrum dieser Arbeit stehen, lässt sich zunächst ein Forschungszweig ausmachen, der sich explizit den ästhetisch-plastische Chirurg*innen widmet. In einem Teil der Studien dieses Forschungs-

zweiges wird der Fokus vor allem auf das Verhältnis zwischen Chirurg*innen der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie und ihren Patient*innen gelegt. So führte Debra Gimlin Interviews mit 16 amerikanischen und britischen Chirurg*innen der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie sowie mit 80 Frauen aus Großbritannien und Amerika, die ästhetisch-plastische Eingriffe haben durchführen lassen. Die Studie rekonstruierte, im thematischen Rahmen des Ärzt*innen-Patient*innen-Verhältnisses, verschiedene Otherring-Prozesse, die sich innerhalb der spezifischen Situation des Beratungsgesprächs ergeben (vgl. Gimlin 2010). Auch Alexander Edmonds widmete sich in einem Forschungsprojekt dem Ärzt*innen-Patient*innen-Verhältnis im Kontext der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie. Er führte diesbezüglich in Rio de Janeiro über mehrere Jahre hinweg Gespräche mit Patient*innen der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie, nahm ethnographische Erkundungen in Krankenhäusern vor und interviewte auch ästhetisch-plastische Chirurg*innen. Den Fokus seiner Analyse legt er auf Legitimationsmuster von Ärzt*innen (und auch von Patient*innen), jedoch konzentriert er sich bei den Rekonstruktionen von derlei Mustern vorwiegend auf die Unterscheidung von Rekonstruktiver und Ästhetischer Chirurgie und untersucht vor allem Fälle, die diese Unterscheidung herausfordern (vgl. Edmonds 2013). Im Unterschied zu diesen Studien wird in der hier vorgelegten Forschungsarbeit zum einen statt der Beziehung zwischen Patient*innen und Chirurg*innen analysiert, sondern das Verhältnis der Orientierungen zwischen Chirurg*innen und Alltagsakteur*innen. Zum anderen wird keine Beschränkung hinsichtlich bestimmter Settings (Beratungsgespräche) oder Themen (Rekonstruktion vs. Ästhetik) vorgenommen – auch wenn diese Aspekte in den Analysen der erhobenen Daten als Teilaspekte besprochen werden.

Einen weiteren Schwerpunkt der Studien zu ästhetisch-plastischen Chirurg*innen bilden Analysen zu (mitunter legitimatorischen) Selbstdarstellungen. So arbeitet etwa Angelica Ensel in einer kulturwissenschaftlichen Untersuchung zur Selbstdarstellungen von ästhetisch-plastischen Chirurg*innen anhand von Interviews, Literaturanalysen und eigenen Beobachtungen aus Hospitationen in Kliniken verschiedene Rollenbilder, wie etwa den ›Magier‹, den ›Künstler‹ oder den ›Priester‹, heraus (vgl. Ensel 1996). Die Frage nach Legitimitätsverhandlungen von ästhetisch-plastischen Chirurg*innen, die in der vorliegenden Arbeit von besonderem Interesse sind, spielt in der Untersuchung von Ensel jedoch nur eine weitestgehend randständige Rolle. In einer ähnlichen Studie zu Selbstdarstellungen von ästhetisch-plastischen Chirurg*innen von Regina Klein wurde das Augenmerk verstärkt auf legitimatorische Aspekte gelegt. Die Autorin führte Interviews mit ästhetisch-plastischen Chirurg*innen durch, die sie einer tiefenhermeneutischen Kulturanalyse unterzog. Im Anschluss an die Theorie reflexiver Modernisierung fragt Klein sich nach professionellen Grenzziehungspraxen und rekonstruiert, ähnlich zu den von Ensel herausgearbeiteten Rollenbildern, typi-

sierte Varianten der Selbstdarstellung, wie etwa die »entbindende Landhebamme« oder den »formenden Bildhauer«, und zeigt auf, wie diese Selbstdarstellungen legitimiert werden (vgl. Klein 2014).

Den Selbstdarstellungen von ästhetisch-plastischen Chirurg*innen widmet sich auch Anna-Katharina Meßmer in einer multimodalen Webseitenanalyse, in der sie die diskursive Formung der Subjektposition »Intimchirurg*in« rekonstruiert. In Bezug auf das Thema der Legitimität zeichnet die Autorin analytisch u.a. die bedeutende Rolle von Autorisierungspraktiken, wie Bewertungsportalen und Evaluationen, im Diskurs um die Intimchirurgie nach (vgl. Meßmer 2017). Mit der Thematik der Intimchirurgie befasst sich auch eine Studie von Virginia Braun (2005), in der nicht nur Medienberichte zu Intimchirurgie analysiert, sondern auch Interviews mit Chirurg*innen geführt wurden, die Intimchirurgie anbieten und durchführen. Allerdings lag der Fokus dieser Studie weniger auf Legitimierungsmustern der Chirurg*innen, sondern vielmehr auf der Rekonstruktion der (medialen und ärztlichen) Verhandlung des Themas »female sexual pleasure« (vgl. Braun 2005). In Abgrenzung zu diesen Forschungsdesigns wird im Rahmen dieses Forschungsvorhabens nicht nur ein Teilaspekt, sondern das gesamte Feld der Ästhetisch-Plastische Chirurgie beleuchtet. Darüber hinaus erfolgt auch der empirische Zugang nicht über Webseiten oder Medienberichte (in Kombination mit anderen Datensorten), sondern ausschließlich über Interviews mit ästhetisch-plastischen Chirurg*innen und Alltagsakteur*innen (vgl. Kap. 3).

Fabian Karsch analysiert in seiner Studie »Medizin zwischen Markt und Moral« (2015) den öffentlichen Diskurs zur modernen Medizin und bezieht in seine Analyse zum einen öffentliche Dokumente und zum anderen leitfadengestützte Interviews mit Mediziner*innen ein. Im Rahmen der Erhebung von Interviews hat er neben Mediziner*innen aus der Orthopädie und der Dermatologie auch ästhetisch-plastische Chirurg*innen interviewt. Karsch legt den thematischen Schwerpunkt für sein Forschungsvorhaben auf den Zusammenhang von einer zunehmenden Kommerzialisierung der Medizin und den Selbstverständnissen und moralischen Grundorientierungen von Ärzt*innen (vgl. Karsch 2015). Im Gegensatz zu Karsch's Studie wird der Fokus dieser Forschungsarbeit jedoch nicht auf die gesamte Medizin gelegt, sondern dezidiert auf die Ästhetisch-Plastische Chirurgie, die bei Karsch nur einen Teilaspekt bildet. Dementgegen wird die zunehmende Marktwirtschaftlichkeit der Medizin, die in Karschs Studie den Ausgangspunkt und Rahmen bildet, in dieser Studie dagegen lediglich als ein thematischer Punkt neben anderen behandelt (vgl. Kap. 7).

Im Rahmen seiner Analysen rekonstruiert Karsch u.a. auch von Mediziner*innen angewandte Legitimationsstrategien in Bezug auf deren ärztliches Handeln im Kontext zunehmender Kommerzialisierungsprozesse. Die Ärzteschaft rahmt er dafür als Profession und fragt dezidiert nach legitimatorischen Mustern ärztlicher Professionalität und professioneller Integrität (vgl. Karsch 2015). In diesem Ansatz

deckt sich die Konzeption der vorliegenden Forschungsarbeit mit derjenigen von Karsch, insoweit auch in dieser ein Schwerpunkt auf den Aspekt der Professionalität gelegt wird. Der Fokus wird hier jedoch, in Abgrenzung zu Karschs Konzeption, ausschließlich auf die Ästhetisch-Plastische Chirurgie gelegt, in der Annahme, dass diese Disziplin im Vergleich zu anderen medizinischen Fachbereichen schon immer ökonomisch(er) strukturiert war und sie somit nicht ohne Weiteres mit anderen Medizindisziplinen gleichgesetzt werden kann (vgl. Kap. 1).

Einen ersten Ansatz zu einer empirischen Analyse des Professionsstatus, die sich dezidiert ästhetisch-plastischen Chirurg*innen widmet, unternahmen Diana Dull und Candace West (1991) in einer Studie, in der sie sowohl Chirurg*innen dieser Fachdisziplin als auch Patient*innen interviewten, die ästhetisch-plastische Eingriffe vornehmen ließen. Sie analysieren, welche Rolle Gender in den Darstellungen der Motive (zur Nutzung bzw. in der Anwendung von Ästhetisch-Plastischer Chirurgie) einnimmt. Die Autorinnen nehmen jedoch zwei Setzungen vor, die nur randständig begründet werden: So gehen sie davon aus, dass a) die Ästhetisch-Plastische Chirurgie eine Profession ist und b) sich die Ästhetisch-Plastische Chirurgie in Bezug auf ihren Professionsstatus in einem Dilemma befindet, deren Lösung sie mit dem Fokus auf geschlechtertheoretische Überlegungen zu rekonstruieren suchen (vgl. Dull/West 1991: 54f.). Die vorliegende Arbeit knüpft an diese Überlegungen an, indem u.a. der Professionsstatus von Chirurg*innen der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie als zentraler Aspekt in die Konzeption aufgenommen wird. Jedoch wird im Rahmen dieser Arbeit der Professionsstatus nicht als Faktum gesetzt, sondern es wird untersucht, ob sich dieser in einer interaktionistischen Perspektive überhaupt rekonstruieren lässt (vgl. Kap. 7).

Neben Karsch, der Legitimationsmuster von Mediziner*innen verschiedenster Disziplinen rekonstruiert, beschäftigt sich auch Barbara Meili in einer Forschungsarbeit mit Legitimationsstrategien und sie legt dafür den Fokus explizit auf ästhetisch-plastische Chirurg*innen. Anhand von Interviews mit ästhetisch-plastischen Chirurg*innen rekonstruiert sie verschiedene »Legitimationsstrategien«, die diese anwenden, um sich selbst aber auch um ihr Tätigkeitsfeld zu plausibilisieren (vgl. Meili 2008). Die Autorin bezeichnet ihre Analyse als »Momentaufnahme« einer »Umbruchssituation«, die dadurch gekennzeichnet sei, dass sich Ästhetisch-Plastische Chirurgie trotz fehlender Akzeptanzbasis normalisiere (vgl. ebd: 139). Das Anliegen dieser Arbeit begründet sich, an die Überlegungen Meilis anknüpfend, darin, ein Jahrzehnt später über Expert*inneninterviews mit ästhetisch-plastischen Chirurg*innen einen erneuten Blick auf diese Umbruchssituation zu werfen und zu erkunden, ob sich seitdem Entwicklungen ergeben haben und wenn ja, wodurch diese gekennzeichnet sind.

Den Ausgangspunkt von Meilis Untersuchung bildet eine Recherche in Internetforen, zu Stellungnahmen und Artikeln in Printmedien, die ergab, dass Ästhetisch-Plastische Chirurgie noch keine Selbstverständlichkeit darstelle, son-

dern vielmehr gegenwärtig Gegenstand kontroverser öffentlicher Debatten sei – eine Einschätzung, die auch die vorliegende Arbeit, wie in Kap. 1 dargestellt, zehn Jahre später teilt (vgl. Meili 2008: 120, 125). Nach Meili kommt der öffentlichen Diskussion hinsichtlich der Legitimität der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie eine bedeutende Rolle zu, denn über diese »wird nicht abgehoben in Ethikkommissionen entschieden; vielmehr entscheidet die Alltagspraxis über die Verschiebung der Grenzen legitimen Eingreifens. Verschiedene Akteure handeln legitime gesellschaftliche Deutungen aus und arbeiten an der Grenzziehung« (Meili 2008: 124). Die Überlegung, dass die Legitimität der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie von mehreren Akteur*innengruppen ausgehandelt wird, ist auch eine Annahme dieser Arbeit, wie in den einleitenden Ausführungen sowie in der Darstellung von Professionalisierungskriterien aufgezeigt wurde (vgl. Kap. 2.1). Ziel dieser Arbeit ist es jedoch, in Abgrenzung zu Meilis Konzeption, die Alltagspraxis in einem Ansatz zu erforschen, der über Eindrücke von medialen Diskursen und alltagsweltlichen Beobachtungen hinausgeht.

In Bezug auf diesen zweiten Schwerpunkt der Erkundung der Alltagspraxis bzw. alltagsweltlicher Verhandlungen zu Ästhetisch-Plastischer Chirurgie soll ebenfalls ein Blick in die aktuelle Forschungslandschaft geworfen werden, um zu eruieren, welche Forschungsansätze bereits existieren. So lassen sich diesbezüglich vor allem im angloamerikanischen Raum einige Studien ausmachen, die im Fachbereich der Psychologie durchgeführt wurden. Diese widmen sich den gesellschaftlichen Einstellungen und Haltungen (»attitudes«) bzw. der Akzeptanz (»acceptance«) gegenüber Ästhetisch-Plastischer Chirurgie und setzen dafür den Fokus vorrangig auf »non-surgicals«, also auf Personen, die (noch) keine ästhetisch-plastischen Eingriffe haben vornehmen lassen (vgl. u.a. Delinsky 2005, Henderson-King/Henderson-King 2005, Sarwer et al. 2005, Slevec/Tiggemann 2010, Swami et al. 2009).

Im Rahmen dieser quantitativ ausgerichteten Studien wurden Befragungen mit vorab entwickelten Items durchgeführt und statistisch ausgewertet. Die Studien kommen zu dem Ergebnis, dass diese gesellschaftlichen Haltungen und Einstellungen zur Ästhetisch-Plastischen Chirurgie je nach herangezogenen Items (u.a. selbst gemachte oder durch andere vermittelte Erfahrungen mit Ästhetisch-Plastischer Chirurgie, Alter, Körper- und Selbstwertgefühl, Einfluss der Medienberichterstattung, Geschlecht usw.) stark variieren. Entsprechend breit gefächert sind die generellen Schlussfolgerungen der Studien, die mal von überwiegend negativen, mal von tendenziell positiven Einstellung gegenüber der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie ausgehen (vgl. bspw. Delinsky 2005: 2023; Sarwer et al. 2005: 935).¹⁶

16 Darüber hinaus gibt es auch einige Studien, die sich der Frage nach der gesellschaftlichen Verhandlung von Ästhetisch-Plastischer Chirurgie über die statistische Analyse von Soci-

Der Forschungszugang dieser Arbeit erfolgt, in Abgrenzungen zu den angeführten Studien, nicht standardisiert, sondern explorativ-interpretativ. Begründet wird ein solches Forschungsdesign damit, dass nicht nur Einstellungen, Haltungen und/oder Bewertungen, sondern auch die ihnen zugrunde liegenden Orientierungen erkundet werden sollen. Darüber hinaus wurde auf die Erhebung über standardisierte Einzelbefragungen verzichtet, da es, wie Friedrich Pollock bereits Mitte der 1950er Jahre festhielt, kaum möglich ist, »Einstellungen, Meinungen und Verhaltensweisen der Menschen in einer Isoliertheit zu studieren, in der sie kaum je vorkommen« (Pollock 1955: 34). Um den Spezifika alltagsweltlicher Orientierungen und den Herausforderungen in der Rekonstruktion dieser gerecht zu werden, wurden daher Gruppendiskussionen mit Alltagsakteur*innen statt Einzelbefragungen durchgeführt (zu den methodologischen Annahmen und der Forschungskonzeption vgl. Kap. 3).

Vor dem Hintergrund der skizzierten Forschungslandschaft zu Ästhetisch-Plastischer Chirurgie mit besonderem Blick auf die Personengruppen der Chirurg*innen und der Alltagsakteur*innen gilt es nun, die konkreten Forschungsfragen dieser Studie zu formulieren. Ein erster Fragekomplex der Arbeit widmet sich der Perspektive der ästhetisch-plastischen Chirurg*innen. Wie in Kapitel 2.5 aufgezeigt wurde, kommt es im Zuge der reflexiven Modernisierung zu verschiedenen Entgrenzungsprozessen, die im Falle der Medizin das Unscharfwerden etablierter kategorialer Grenzziehungen wie Gesundheit/Krankheit oder Therapie/Enhancement zur Folge haben. Vor diesem Hintergrund wird die Frage virulent, welche Grenzkonstruktionen ästhetisch-plastische Chirurg*innen anstelle etablierter Grenzen ziehen. Genauer formuliert soll von Interesse sein, welche bekannten und/oder neuen Formen der Begründung und Legitimierung sie heranziehen, um sich selbst und ihr Handeln im Kontext der beschriebenen Entgrenzungsprozesse zu plausibilisieren und auf welche Weise(n) sie sich als Vertreter*innen eines professionellen Expert*innentums inszenieren.

Ein zweiter Fragekomplex richtet den Blick auf die Personengruppe der Alltagsakteur*innen. Mit der somatischen Rahmung von Individualisierung wurde aufgezeigt, dass sich die Körpergestaltung im Zuge reflexiver Modernisierung auf radikale Weise individualisiert (vgl. Kap. 2.5.2). Daraus ergeben sich die Fragen, wie Ästhetisch-Plastische Chirurgie, verstanden als eine Form von Körperarbeit, auf alltagsweltlicher Ebene gedeutet wird und wie sich Alltagsakteur*innen

al Media Beiträgen in Kombination mit Befragungen annähern (vgl. u.a. Fogel/King 2014, Kalendar et al. 2018). Allerdings zielen die Schlussfolgerungen dieser Studien weniger auf Rekonstruktionen von Einschätzungen zur generellen Akzeptanz der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie als vielmehr auf die Erstellung von Handlungsanleitungen für ästhetisch-plastische Chirurg*innen, die einer effektiv(er)en Nutzung von Social Media dienen sollen.

mit den durch die Ästhetisch-Plastische Chirurgie neu entstehenden Handlungsoptionen auseinandersetzen. In Bezug auf die Idee der »Bastelexistenz« interessiert konkreter formuliert, in welchem Umfang, auf welche Art und Weise unter welchen Schwerpunktsetzungen Sinn-Angebote im Kontext der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie von der*dem Einzelnen für das eigene Leben adaptiert und/oder abgelehnt werden.

Schließlich wird in einem dritten Fragekomplex das Verhältnis zwischen professionellen Akteur*innen und Alltagsakteur*innen in mehrdimensionaler Hinsicht in den Blick genommen. Es wurde aufgezeigt, dass sich der Status einer Profession nicht allein aus formalrechtlichen Kriterien herleitet, sondern dass auch die gesellschaftliche Anerkennung eine konstitutive Rolle spielt (vgl. Kap. 2.1). Daher wird zum einen danach gefragt, wie Alltagsakteur*innen ästhetisch-plastischen Chirurg*innen Legitimität zuschreiben und/oder aberkennen. Vice versa soll erkundet werden, wie ästhetisch-plastische Chirurg*innen auf derlei potenzielle und/oder bereits erlebte An- und Aberkennungen ihrer Legitimität argumentativ reagieren. Daran anschließend wird auch das Verhältnis zwischen Expert*innen- und Alltagswissen zum Gegenstand der Analyse werden, indem nach gemeinsamen und unterschiedlichen Bezügen und Argumentationsmustern gefragt wird.

3. Methodologische Annahmen und Forschungskonzeption

Der Forschungsfokus dieser Arbeit liegt auf gegenwärtigen Mustern der (De-)Legitimierung Ästhetisch-Plastischer Chirurgie in Deutschland. Vor dem Hintergrund der Theorie reflexiver Modernisierung wird zur Erkundung dieser Muster das Verhältnis von gesellschaftlichen Betrachtungsweisen und medizinprofessionalen Eigenverständnissen in Bezug auf die Ästhetisch-Plastische Chirurgie rekonstruiert. Im folgenden Kapitel wird erläutert, wie dieses Forschungsvorhaben methodisch realisiert wurde. Dafür wird zunächst erklärt, was die Spezifika der jeweiligen Erkenntnisgegenstände (Alltags- und Expert*innenwissen) dieser Arbeit bestimmt und welche Konsequenzen sich daraus für die Befragung ergaben. Im darauffolgenden Schritt wird begründet, welche Erhebungsverfahren gewählt wurden, wie sich die Auswahl und Anfrage der Interviewpersonen gestaltete, welche inhaltlichen Kernpunkte zur Befragung von Bedeutung waren, welcher Modus der Befragung sich daraus ergab und schließlich, welches Verfahren zur Auswertung der Daten zur Anwendung kam. In einem abschließenden Schritt werden dann die interviewten Gruppen der Alltagsakteur*innen und der Chirurg*innen vorgestellt.

3.1. Erkenntnisinteresse: Die Erforschung von Alltagswissen, Expert*innenwissen und Körperwissen

Das zentrale Erkenntnisinteresse dieser Arbeit gilt dem Alltags- und Expert*innenwissen zu Ästhetisch-Plastischer Chirurgie als einer spezifischen Form der Körperarbeit. Als erstes sind die Kerncharakteristika dieser beiden Wissensformen herauszuarbeiten. Dieser Schritt ist insoweit notwendig, als dass die Ergreifung der Kerncharakteristika des Alltags- wie auch des Expert*innenwissens maßgeblich mit der Bestimmung der Personengruppen, die Träger*innen dieser jeweiligen Wissensformen sind, in einem Zusammenhang steht. D.h. über die Beantwortung der Frage, was die Kennzeichen dessen sind, was erfragt werden soll (Alltags- und Expert*innenwissen), kann daran anschließend ermittelt werden, *wer* zu den Per-

sonengruppen zählt (Alltagsakteur*innen und Expert*innen) und wie diese Personengruppen befragt und die hier interessierenden Wissensformen ergründet werden können.

Vorweg wird sich dem Expert*innenwissen und -status als einem Schwerpunkt dieser Arbeit gewidmet. Wie bereits in Kapitel 2.1 begründet, können Chirurg*innen der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie aufgrund ihres Wissens als Expert*innen kategorisiert werden. Sie verfügen zwar aufgrund ihrer absolvierten Facharztausbildung im Bereich der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie über ein »spezialisierte[s] Sonderwissen« (Pfadenhauer 2003: 27), da sie jedoch vor dieser Facharztausbildung auch ein Humanmedizinstudium sowie eine mehrjährige Weiterbildung im Fachbereich Chirurgie durchlaufen, verfügen sie auch über »Expertenwissen als eine Art ›Überblickswissen‹ über spezialisierte Sonderwissensbereiche« (ebd.), da das Studium der Humanmedizin und Chirurgie die umfassendere, grundlegendere Basis und Voraussetzung für die Spezialisierung auf die Ästhetisch-Plastische Chirurgie bildet. Entsprechend ihrer Wissensbestände sind ästhetisch-plastische Chirurg*innen also als Expert*innen zu verstehen, die außerdem eine auf einem Sonderwissen beruhende Spezialisierung besitzen.¹

Das Expert*innenwissen, über das die ästhetisch-plastischen Chirurg*innen verfügen und auf dem ihr Status als Expert*innen basiert, ist in sich jedoch wiederum sehr breit gefächert. Da der Schwerpunktsetzung der vorliegenden Arbeit nach nicht alles Wissen von Interesse ist, über das die Expert*innen verfügen, ist es notwendig, nochmals zu spezifizieren, welche Facetten dieser Wissensform für die Beantwortung der Forschungsfragen von besonderer Bedeutung sind. Bogner et al. (2014) schlagen eine »methodisch motiviert[e]« Dreiteilung vor (ebd.: 17): So ließe sich innerhalb des Expert*innenwissens zunächst ein »technische[s] Wissen« identifizieren, das ein Art Fachwissen im Sinne von Kenntnissen zu »Daten, Fakten, ›sachdienliche Informationen‹« sowie zu »Tatsachen« darstellt (ebd.: 17). Davon unterscheiden die Autor*innen ein »Prozesswissen«, das vor allem Wissen zu Organisationsstrukturen, Handlungsroutinen und Vorkommnissen beinhaltet (ebd.: 18). Schließlich existiere neben diesen beiden Facetten des Expert*innenwissens noch das »Deutungswissen«, das »die subjektiven Relevanzen, Sichtweisen, Interpretationen, Deutungen, Sinnentwürfe und Erklärungsmuster« der Expert*innen sowie »normative Dispositionen« zu Intentionen und Beurteilungen umfasst (ebd.: 18f.).²

1 Mit der Bestimmung ästhetisch-plastischer Chirurg*innen als Expert*innen aufgrund ihres je in der Fachausbildung erworbenen Wissens ist die Expert*innendefinition in der vorliegenden Forschungsarbeit streng an die Berufsrolle gebunden. Es gibt jedoch auch Ansätze zur Expert*innenbestimmung, in denen der Expert*innenstatus nicht notwendigerweise mit einer bestimmten Berufsrolle verbunden sein muss (vgl. Meuser/Nagel 2009: 467-470).

2 Diese Unterteilung von Expert*innenwissen in unterschiedliche Facetten stellt jedoch nur eine Möglichkeit der Einteilung dar. So unterscheiden Meuser und Nagel bspw. das Expert*innenwissen in die Formen »Betriebswissen« und »Kontextwissen« (Meuser/Nagel 2009: 470f.).

Im Kapitel zu den Forschungsfragen (vgl. Kap. 2.6) wurde deutlich, dass bezüglich der ästhetisch-plastischen Chirurg*innen vor allem von Interesse ist, welcher etablierten und/oder neuen Formen der Legitimierung sie sich bedienen, um sich und ihre Disziplin vor dem Hintergrund zunehmender Entgrenzungsprozesse der Medizin zu plausibilisieren. Daraus lässt sich ableiten, dass im Hinblick auf die dargestellte Dreiteilung des Expert*innenwissens vor allem das *Deutungswissen* der ästhetisch-plastischen Chirurg*innen im Forschungsfokus steht. Denn genau jenes Deutungswissen versammelt die subjektiven Sichtweisen der Expert*innen auf sich und ihr Handeln. Es ist jedoch zu beachten, wie Bogner et al. betonen, dass »subjektiv« nicht gleichbedeutend mit »individuell« ist, denn »die Deutungsperspektiven [...] können durchaus kollektiv geteilt werden, z.B. innerhalb bestimmter Expertenkulturen oder Organisationen« (Bogner et al. 2014: 19). Diese Annahme einer »geteilte[n], kollektive[n] Dimension« (ebd.) von Expert*innen einer »Kultur« folgt auch die Argumentation in dieser Arbeit in Bezug auf das Verständnis von ästhetisch-plastischen Chirurg*innen als Expert*innen einer Disziplin.

Ästhetisch-plastische Chirurg*innen können jedoch nicht nur als Expert*innen, sondern auch als *professionalisierte* Expert*innen bezeichnet werden, insoweit die Ästhetisch-Plastische Chirurgie zumindest nach einer indikatorischen Bestimmung die Merkmale einer Profession erfüllt (vgl. Kap. 2.1). Da jedoch eine rein an Indikatoren ausgerichtete Definition als unzureichend bestimmt werden kann, insoweit mehrere Merkmale u.a. von der Zuerkennung anderer Personengruppen abhängig sind, wird die vorliegende Arbeit um die Frage ergänzt, wie sich die ästhetisch-plastischen Chirurg*innen als Vertreter*innen eines professionellen Expert*innentums inszenieren. Um diese Perspektive adäquat in die empirischen Rekonstruktionen miteinzubeziehen, wird in der Analyse der Blick nicht nur auf Legitimierungen der ästhetisch-plastischen Chirurg*innen, sondern außerdem auf ihre Darstellungen von »professioneller Kompetenz« gerichtet, wie sie Hitzler und Pfadenhauer (1999) in Bezug auf Mediziner*innen konzeptionell ausgearbeitet haben (ebd.: 97). Aus einer sozialwissenschaftlichen Sichtweise sind für Hitzler und Pfadenhauer weniger die vermeintlich objektive Kompetenz von Bedeutung, sondern

»vielmehr die (vielfältigen) ›Objektivationen‹ des Kompetenz-Anspruchs. Gegenstand einer Kompetenzanalyse kann – aus methodischen Gründen – mithin nur die *Darstellung* von Kompetenz sein, die dazu dient, andere dazu zu bewegen, den, der die Kompetenz beansprucht, in einer bestimmten Weise zu sehen – nämlich als befugt, befähigt, bereit ›zu etwas‹, das selber *nicht* offensichtlich ist.« (Hitzler/Pfadenhauer 1999: 108; H.i.O.)

Der Begriff der professionellen Kompetenz umfasst allerdings, ebenso wie der Begriff des Expert*innenwissens, mehrere Bedeutungsebenen. In Hinblick auf die Personengruppe der Mediziner*innen haben Hitzler und Pfadenhauer

entsprechend dieser Multidimensionalität eine Heuristik erstellt, die die professionelle Kompetenz von Mediziner*innen systematisch unterteilt. Grundlegend unterscheiden die Autor*innen eine »praktische« von einer »symbolische[n] Kompetenz«, wobei diese jeweils weiter untergliedert werden (vgl. Hitzler/Pfadenhauer 1999: 108). So umfasst die praktische Kompetenz einerseits technikbasierte Kenntnisse und Fähigkeiten zur praktischen Ausübung der professionellen Tätigkeit (»instrumentelle Kompetenz«) und andererseits Wissen und Fertigkeiten zum adäquaten Agieren innerhalb des Professionskontextes (»strukturelle Kompetenz«) (vgl. ebd.: 108f.). Die symbolische Kompetenz untergliedert sich wiederum in ein Repertoire an Plausibilisierungen der professionellen Tätigkeit hinsichtlich ihrer Bedeutung, Intention, ihrem Mehrwert und Risiko (»legitimatorische Kompetenz«) sowie in die Fähigkeit, neuartige Lösungen für Herausforderungen zu entwickeln, die sich im Zuge reflexiver Modernisierung herausbilden (»reflexive Kompetenz«) (vgl. ebd.: 108f.).

Da die Frage nach der Inszenierung der ästhetisch-plastischen Chirurg*innen als professionalisierten Expert*innen in ein grundlegendes Forschungsinteresse an gegenwärtigen Mustern der (De-)Legitimierung von ästhetisch-plastischen Chirurg*innen eingebettet ist, kann abgeleitet werden, dass für die Fragestellung dieser Forschungsarbeit aus den verschiedenen Dimensionen professioneller Kompetenz vor allem die *legitimatorische* Kompetenz von besonderem Interesse ist. Da dieser Arbeit jedoch zudem die Annahme von Entgrenzungsprozessen der Medizin zugrunde liegt, die sich im Zuge reflexiver Modernisierung vollziehen, wird auch die reflexive Kompetenz relevant. Beide Formen von Kompetenz werden entsprechend für die Konzeption der Datenerhebung (vor allem des Leitfadens) sowie für die Analyse der empirischen Erhebungen berücksichtigt. Neben der legitimatorischen bzw. reflexiven Kompetenz der ästhetisch-plastischen Chirurg*innen als (professionalisierten) Expert*innen ist ebenso von Relevanz, wie die Ästhetisch-Plastische Chirurgie und diejenigen, die diese praktizieren, gesellschaftlich verhandelt werden. Ein Zusammenhang dieser beiden Sichtweisen lässt sich aus einem weiteren Charakteristikum des Expert*innenwissens ableiten, welches von Bogner et al. wie folgt ausgeführt wird:

»Wir interviewen Experten nicht allein deshalb, weil sie über ein bestimmtes Wissen verfügen. Von Interesse ist dieses Wissen vielmehr, sofern es in *besonderem Ausmaß praxiswirksam* wird. Wir befragen Experten, weil ihre Handlungsorientierungen, ihr Wissen und ihre Einschätzungen die Handlungsbedingungen anderer Akteure in entscheidender Weise (mit-)strukturieren. Das Expertenwissen, mit anderen Worten, erhält seine Bedeutung über seine soziale Wirkmächtigkeit.«
(Bogner et al. 2014: 13; H.i.O.)

Eine derartige soziale Wirkmächtigkeit zeichnet sich in Bezug auf die Ästhetisch-Plastische Chirurgie vor allem in deren Expansion ab. So existieren bspw. zahl-

reiche Fernsehformate, in denen Personen durch ästhetische Operationen zu vermeintlich schöneren und deswegen glücklicheren Menschen »verwandelt« werden. Ebenso verheißungsvoll begegnen einem Werbeverlinkungen auf Facebook oder Plakatwerbungen an U-Bahnstationen, die versprechen, dass ästhetisch-plastische Eingriffe nicht nur zu einem besseren Aussehen, sondern auch zu mehr Selbstvertrauen führten (vgl. Kap. 1). Kurzum: Die Ästhetisch-Plastische Chirurgie ist in der Alltagswelt präsent. Dass sie nicht nur sozial präsent, sondern auch sozial wirksam ist, zeigen bspw. die stetig steigenden Nutzungszahlen, wie in Tab. 1.1 in Kapitel 1 illustriert. Wie im Kapitel 2.5.2 im Kontext der Reflexiven Modernisierung argumentiert, eröffnen sich den Akteur*innen der Alltagswelt zudem mehr Möglichkeiten der Körpergestaltung – auch über immer zahlreicher werdende Angebote von ästhetisch-plastischen Chirurg*innen. Gleichzeitig sind Akteur*innen aufgrund stetig abnehmender institutioneller Regelungen zum Ziel und Zweck dieser Körpergestaltungsoptionen auf sich selbst verwiesen – eben auch in Fragen zur Deutung und Gestaltung des eigenen Körpers (vgl. Beck-Gernsheim 2013: 82f.). Im Zuge reflexiver Modernisierungsprozesse ist also der*die Einzelne nicht nur für die eigene Lebensgestaltung, sondern zudem für die eigene Körpergestaltung letztlich eigenverantwortlich.

Der Körper wird somit zum »phenomenon of choices and actions« (Giddens 1991: 8), was zum einen anzeigt, dass der*dem Einzelnen mehr Optionen und Entscheidungsmöglichkeiten offen stehen, sie*er sich zum anderen aber gegenüber dieser Vielzahl von Optionen der Körpergestaltung, zu denen auch ästhetisch-plastische Eingriffe zählen, in irgendeiner Weise verhalten und selbstbestimmt wie eigenverantwortlich Entscheidungen treffen muss. Diese Ausführungen leiten über zum zweiten Forschungsschwerpunkt dieser Arbeit: dem Alltagswissen zu Ästhetisch-Plastischer Chirurgie als einer spezifischen Form der Körperarbeit. Welche Charakteristika diese Wissensform aufweist und was die Träger*innen dieses Wissens kennzeichnet, wird nun im Fokus stehen. Eine erste Annäherung an wesentliche Merkmale und die Bedeutung des Alltagswissens liefert eine bildhafte Beschreibung von Peter L. Berger und Thomas Luckmann:

»Mein Alltagswissen ist wie ein Instrument, mit dem ich mir einen Pfad durch den Urwald schneide. Er wirft einen schmalen Lichtkegel auf das, was gerade vor mir liegt und mich unmittelbar umgibt. Überall sonst herrscht weiter Dunkelheit.«
(Berger/Luckmann 1982 [1969]: 46)

Ein zentrales Merkmal des Alltagswissens besteht nach Berger und Luckmann also darin, dass wir den »Urwald« der sozialen Wirklichkeit auf Basis eben dieses Wissens erfahren. Aufgrund dieser Bedeutsamkeit wird das Alltagswissen auch als »das elementare Wissenssystem« bezeichnet, bedingt es doch, wie wir uns tagtäglich in der Welt orientieren (vgl. Matthes/Schütze 1981: 20). Entsprechend dieser umfangreichen Bedeutsamkeit ist das Alltagswissen, ähnlich wie das Expert*innen-

wissen, breit gefächert. Zur Multidimensionalität des Alltagswissen sei in Anlehnung und Erweiterung an Berger und Luckmann das exemplarische Beispiel des Telefons erwähnt: Man weiß, wie man ein Telefon benutzt, um jemanden anzurufen, ohne dabei den technischen Aufbau des Gerät verstehen zu müssen; man weiß, dass man sich am Telefon kommunikativ anders verhalten muss als in face-to-face-Interaktionen; man weiß auch, an wen man sich wenden muss, wenn das Telefon kaputt gegangen ist; man weiß, dass man während einer Opernaufführung nicht telefonieren sollte, so wie man weiß, dass man die Zeitverschiebung einrechnen muss, wenn man einen Freund in New York anrufen will (vgl. Berger/Luckmann 1982 [1969]: 44).

Das Alltagswissen umfasst also Wissensbestände und -vorräte zu routinisierten Vorgängen und Fertigkeiten, genauso wie zu verinnerlichteten Norm- und Wertvorstellungen (vgl. Pofel et al. 1997: 55). Mit all diesen »konkreten Gehalten« bildet das Alltagswissen »eine notwendige Orientierungs- und Interpretationsgrundlage für Handlungsprozesse« im Alltagsleben (Matthes/Schütze 1981: 48). Dass das Alltagswissen, welches Menschen die Bewältigung der gesellschaftlichen Praxis ermöglicht, *notwendig* ist, ergibt sich wiederum aus der Notwendigkeit, dass Menschen in ihrer jeweiligen, sie umgebenden Realität handeln *müssen*, um in der sozialen Wirklichkeit leben und an ihr teilhaben zu können. Aufgrund dieser Notwendigkeiten sind das Alltagswissen und daran anschließend auch das Alltagshandeln durch einen grundsätzlich pragmatischen Charakter geprägt (vgl. Pofel et al. 1997: 55).

Die Wissensbestände und -vorräte, die das Alltagswissen auszeichnen, sind in der Regel unreflektiert, d.h. man muss sich bspw. nicht jedes Mal, wenn man eine Freundin anruft, bewusst machen, wie der Wahlvorgang funktioniert, wie man sich begrüßt etc., man weiß es einfach. Erst in Problem- und Krisensituationen, in denen die routinisierten Wahrnehmungs- und Handlungsmuster gestört oder irritiert werden, d.h. sie nicht in ihrer gewohnten Weise funktionieren, werden die jeweils durch die Krise betroffenen Parts des Alltagswissens bewusst reflektiert. Derartige Krisensituationen können etwa durch Konfrontation mit anderen, mitunter fremden Wissensvorräten oder aber durch neuartige Erfahrungen und Ereignisse verursacht sein. Sie werden dann entweder – im Sinne des pragmatischen Charakters des Alltagswissens – legitimatorisch in die routinisierten Gewohnheiten und Ansichten eingearbeitet oder führen zu Revidierungen derselben (vgl. Matthes/Schütze 1981: 22; Pofel et al. 1997: 58).

Wie können diese Überlegungen zu Charakteristika des Alltagswissens mit dem zweiten Forschungsschwerpunkt dieser Arbeit zusammengeführt werden? Zunächst einmal lässt sich festhalten, dass alle Menschen alltäglich Körperarbeit im Sinne einer Arbeit am eigenen Körper vollziehen und diese reicht vom täglichen Zähneputzen, Frisieren und Rasieren, über das morgendliche Sportworkout bis hin zum neuen Diätversuch. All diese Beispiele geleisteter Körperarbeit sind alltägliche Handlungsvorgänge, die auf für gewöhnlich unreflektierten Alltags-

wissensbeständen und -vorräten basieren und an diesen orientiert sind. Man ›weiß‹ einfach, ohne es sich jedes Mal bewusst zu machen, wie man eine Rasur durchführt, sich die Zähne putzt, den Crosstrainer benutzt usw. Man ›weiß‹ auch, ohne es reflektierend zu verbalisieren, bspw. auf welche Vorstellung hin der Körper oder einzelne Körperpartien durch diese Körperarbeitspraktiken gestaltet werden soll (und auf welche Weise auf keinen Fall). Somit basiert auch geleistete Körperarbeit häufig auf Alltagswissensbeständen und -vorräten zu routinisierten Handlungen und Fertigkeiten sowie normativen Vorstellungen zu möglichen Zielen der Bearbeitung von Körpern. Die alltägliche Arbeit am Körper ist also in vielen Fällen auch an normativen Körperidealen orientiert, zu denen neben Gesundheit und Fitness auch Schönheit zählt (vgl. Meuser 2014). D.h. dass die Norm- und Wertvorstellungen zu Körpern und deren Gestaltung auch Bestandteile des Alltagswissens darstellen. Körperarbeit, die auf die Erreichung von spezifischen Schönheitsidealen ausgerichtet ist, kann folglich als »Schönheitshandeln« gefasst werden (vgl. Degele 2004), denn die Idealvorstellungen von Körpern sind als Bestandteil von Alltagswissensbeständen und -vorräten handlungsanleitend.

Das Alltagswissen zu Ästhetisch-Plastischer Chirurgie, als zweitem Forschungsschwerpunkt dieser Arbeit, wird, vor dem Hintergrund der Überlegungen zu Charakteristika des Alltagswissens, über die Analyse dessen rekonstruiert, wie Alltagsmenschen die Handlungsoptionen zu Körperbearbeitung – die die Ästhetisch-Plastische Chirurgie ihnen potenziell eröffnet – im Kontext ihres Körperarbeits-›Alltags‹ einordnen und bewerten. D.h. vor dem Hintergrund, dass sich die Gestaltung des eigenen Körpers im Zuge reflexiver Modernisierungsprozesse radikal individualisiert hat, gilt es zu erforschen, inwieweit die*der Einzelne Sinn-Angebote, die sich im Kontext der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie eröffnen, im Abgleich mit ihrem*seinen alltäglichen Schönheitshandeln bewertet, adaptiert oder vielleicht ablehnt. Denn die im Alltag ›herrschenden Rationalitäten und handlungsleitenden Vorstellungen‹, auch jene zu Körperidealen und -gestaltung, beziehen sich zudem maßgeblich darauf, »was in der jeweiligen Alltags- oder Lebenssituation [als; J.W.] ›gut‹, ›nützlich‹, ›vernünftig‹, ›normal‹ oder ›zumutbar‹« wahrgenommen wird (Poferl et al. 1997: 59).

Ähnlich wie bei der Bestimmung des Expert*innenwissens gilt es auch für das Alltagswissen zu ergründen, wer als Träger*innen dieser Wissensform ausgemacht wird und entsprechend zur Personengruppe zählt, die im Rahmen dieses Forschungsvorhabens im Fokus steht. Eine gängige Sozialfigur, die zur Bestimmung von Nicht-Expert*innen genutzt wird, ist die des ›Laien‹ (bzw. der ›Laiin‹) (vgl. u.a. Hitzler 1994, Honer 1994, Liebold/Trinczek 2009, Meuser/Nagel 2009; Pfadenhauer 2010). In der soziologischen Diskussion hat vor allem Walter M. Sprondel diese relationale Unterscheidung – im Anschluss an die von Alfred Schütz vorgenommene idealtypische Differenzierung von dem »Experten«, dem »Mann auf der Straße« und dem »gut informierten Bürger« – etabliert (vgl. Schütz 1972, Sprondel

1979). Die Bestimmung einer Person als ›Laie‹ (bzw. ›Laiin‹) und damit als Träger*in einer spezifischen, vom Expert*innennwissen zu unterscheidenden Wissensform, knüpft Sprondel an eine Bedingung:

»[S]trukturell betrachtet ist jemand Laie dann – und nur dann – wenn es in einem gegebenen historischen Sozialverband (aus traditionellen Gründen) als selbstverständlich, (aus ›rationalen‹ Gründen) als zweckmäßig, oder (aus moralischen Gründen) als geboten gilt, bei der Lösung von Problemen ein entsprechendes Expertenwissen zu konsultieren.« (Sprondel 1979: 149)

Die Voraussetzung, dass jemand als Laie bzw. Laiin verstanden wird, besteht also nach Sprondel darin, dass sich diese Person wegen eines nicht allein lösbaren Problems an eine*n Expert*in aufgrund ihres*seines Expert*innenwissens wendet. Im Kontext der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie sind jene Personen, von denen ästhetisch-plastische Chirurg*innen als Expert*innen aufgesucht werden, in der Regel Patient*innen, die bei Chirurg*innen der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie Problemlösungen suchen, die sie selbst nicht leisten können. Den Fokus jedoch allein auf diejenigen zu richten, die Expert*innen konsultieren, würde zu kurz greifen, denn Patient*innen erkennen die ästhetisch-plastischen Chirurg*innen in ihrem Status als Expert*in bereits über die Konsultierung an und stehen der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie entsprechend ihres Anliegens grundlegend befürwortend gegenüber. Aus dem Blick geraten beim Begriff des Laien bzw. der Laiin aber jene Personen, die der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie skeptisch bis kritisch gegenüberstehen und/oder sich aufgrund ihrer im Alltagswissen verankerten Wahrnehmungsmuster gegen diese Form der Körperarbeit als Problemlösung entscheiden.

Ebenso unpassend wie der Begriff des Laien bzw. der Laiin erscheint ebenfalls der von Sprondel thematisierte Begriff des »Amateurs« (vgl. Sprondel 1979: 141). Nach Sprondel ist ein*e Nicht-Expert*in dann als Amateur zu sehen, wenn die betreffende Person darum bemüht ist, ein Wissen zu erlangen, das üblicherweise an das Innehaben bestimmter (beruflicher) Rollen geknüpft ist. So verfügt nach Sprondel etwa eine chronisch kranke Person in Bezug auf seine*ihre Krankheit mitunter über ein derart detailliertes Wissen, dass er*sie es durchaus mit dem Wissen der behandelnden Ärzt*innen aufnehmen könnte. Die Person gilt dennoch als Amateur*in, weil der Erwerb des Wissens »individuell-biographischen Motiven entspringt und weder Zugangs- noch Karrierevoraussetzung seines [*ihres; J.W.] eigenen Berufs darstellt« (ebd.). Somit würde gleichfalls der Begriff »Amateur*in« nicht adäquat diejenigen Personen erfassen, die Träger*innen des Alltagswissens sind (auch wenn Amateur*innen sicherlich über ein Alltagswissen verfügen). Denn mit der Verwendung des Begriffs »Amateur*in« wird weniger das Alltagswissen, sondern vielmehr das Expert*innenwissen, um dessen Aneignung ein*e Amateur*in bemüht ist, in den Vordergrund gerückt.

Um nun die Träger*innen des Alltagswissens terminologisch adäquat zu fassen, wird in dieser Arbeit stattdessen der Begriff der*des Alltagsakteur*in gewählt. Mit dieser Begriffswahl sind dreierlei Annahmen verbunden. Erstens wird damit die Annahme angezeigt, dass Menschen »handlungsfähig[e] Träger[*innen] des Sozialen« und soziale Strukturen wiederum »handlungsprägend[e] Einheiten« sind, die auf Akteur*innen wirken (Kron/Winter 2009: 44; H.i.O.). Mit dem Begriff »Akteur*in« ist zweitens die handlungstheoretische Annahme verbunden, dass die Träger*innen des Alltagswissens nicht einfach Personen sind, die sich irgendwie verhalten, sondern die im Sinne Max Webers sinnhaft handeln (vgl. Weber 1972 [1922]). Den Sinn einer Handlung können, so die dritte Annahme, die Akteur*innen kommunikativ an andere vermitteln, was für Forschende bedeutet, dass sie über forcierte Kommunikation mit Akteur*innen den Handlungssinn derselben deutend verstehen können. Nach Uwe Schimank stellt »Handeln« wiederum einen Vorgang dar, der »durch etwas hervorgebracht [wird] – ein Handlungsvorgang durch einen Akteur, der dabei natürlich stets im jeweiligen situativen Kontext des betreffenden Handelns gesehen werden muss« (Schimank 2011: 27). Der Kontext, in dem die Akteur*innen im Rahmen dieser Arbeit gesehen werden, ist der des Alltags bzw. konkreter formuliert, derjenige alltäglicher Körperarbeitspraktiken, die angeleitet sind durch Wahrnehmungs- und Orientierungsmuster des Alltagswissens.

Eine solche terminologische Setzung ermöglicht nicht nur jene zu befragen, die Ästhetisch-Plastische Chirurgie genutzt haben, sondern auch jene, die überlegen, einen ästhetisch-plastischen Eingriff vornehmen zu lassen, und jene, die grundlegend diese Form der Körperarbeit ablehnen, wie auch jene, die Ästhetisch-Plastische Chirurgie unter bestimmten Umständen als adäquates Mittel der Wahl betrachten, sowie schließlich auch jene, die indifferent gegenüber dem Thema sind. Mit der sich aus dem Terminus »Alltagsakteur*in« ergebenden Vielfältigkeit an möglichen Orientierungen und Personen geht auch einher, dass ein Teil der zu befragenden Alltagsakteur*innen aller Wahrscheinlichkeit nach wenig bis keine Erfahrung mit Ästhetisch-Plastischer Chirurgie gemacht haben wird. Diese »unerfahrenen« Personen zur Ästhetisch-Plastischen Chirurgie zu befragen, bedeutet – vor dem Hintergrund der dargestellten Charakteristika des Alltagswissens –, dass eine Art Krisensituation hervorgerufen wird, insoweit die Alltagsakteur*innen über die Thematisierung von Ästhetisch-Plastischer Chirurgie mit neuen bzw. ungewohnten Aspekten konfrontiert werden und so gewissermaßen gezwungen sind, einen Teil ihres Alltagswissens zu reflektieren und die Ästhetisch-Plastische Chirurgie als neuen Aspekt in ihre gewohnten Wahrnehmung- und Orientierungsmuster einzuarbeiten. Das dargestellte Verständnis von Alltagswissen sowie von Alltagsakteur*innen als Träger*innen dieser Wissensform bildet den grundlegenden Rahmen, von dem aus die zweite Forschungsfrage zur alltagsweltlichen Verhandlung von Ästhetisch-Plastischer Chirurgie als einer spezifischen Form der Körperarbeit empirisch beantwortet wird.

Bevor im Folgenden dargestellt wird, welche Expert*innen und welche Alltagsakteur*innen auf welche Weise für diese Forschungsarbeit befragt wurden, gilt es noch zu klären, wie der abschließenden Forschungsfrage nach dem Verhältnis des Expert*innen- und Alltagswissens begegnet wird. Mit der Zentrierung auf diese beiden Wissensbestände zu Ästhetisch-Plastischer Chirurgie interessiert zuvorderst, wie Körper und die Arbeit an diesen in Form von chirurgischen Eingriffen und Operationen verhandelt wird. Der Körper sowie dessen Bearbeitung wird also als ein »Gegenstand von Wissensbeständen betrachtet« (Hirschauer 2008: 974; H.i.O.). Ein solches Verständnis kann wiederum unter dem gegenwärtig in der Soziologie diskutierten Begriff des »Körperwissen[s]« bzw., konkreter gefasst, unter der Bezeichnung des »Wissen[s] vom Körper« subsumiert werden (vgl. Alkemeyer 2010, Hirschauer 2008, Keller/Meuser 2011). Das Wissen vom Körper ist ein »ausdifferenziertes, kognitiv verfügbares Wissen über Aufbau und Funktionsweisen des Körpers, über Körpernormen sowie entsprechende Gestaltungsmöglichkeiten und Inszenierungsformen des Körpers« (Keller/Meuser 2011: 12).

Das Wissen vom Körper umfasst dieser Charakterisierung folgend nicht nur medizinische Wissensbestände von Expert*innen wie etwa ästhetisch-plastischen Chirurg*innen, sondern auch alltagsweltliche Wissensbestände vom Körper (vgl. Alkemeyer 2010: 295, Hirschauer 2008: 974, Keller/Meuser 2011: 9f.). Somit können die in dieser Forschungsarbeit interessierenden Wissensbestände als zwei unterschiedliche »Dimensionen« des Wissens vom Körper gefasst werden (vgl. Keller/Meuser 2011: 18). Diese vorgeschlagene theoretische Rahmung eröffnet den analytischen Blick darauf, wie sich das Verhältnis dieser beiden Wissensformen zueinander gestaltet, d.h. welche Gemeinsamkeiten und Unterschiede bestehen, ob sie aufeinander aufbauen, nebeneinander bestehen oder gar oppositionell einander gegenüberliegen (vgl. Alkemeyer 2010: 295; Hirschauer 2008: 974).

3.2. Erhebungs- und Auswertungsverfahren: Expert*inneninterviews, Gruppendiskussionen und die Dokumentarische Methode

Anhand der Bestimmungen des Expert*innen- und Alltagswissen sowie der Träger*innen dieser Wissensformen wird nun anschließend begründet, a) welche Verfahren zum Einsatz kommen, um die jeweiligen Wissensformen zu erheben, b) wie die Auswahl und die Anfrage der Expert*innen und Alltagsakteur*innen als den Träger*innen der jeweiligen Wissensformen erfolgt, c) zu was und auf welche Weise die Alltagsakteur*innen und Expert*innen befragt werden und schließlich d) mit welchem methodischen Vorgehen die erhobenen Daten ausgewertet werden.

Verfahren zur Erhebung von Expert*innen- und Alltagswissen

Zur Erhebung der Wissensbestände von ästhetisch-plastischen Chirurg*innen wurde im Rahmen dieser Forschungsarbeit das Verfahren des Expert*inneninterviews gewählt. Dieses Interviewverfahren ist zwar in empirischen Forschungskontexten eines der am häufigsten angewendeten Verfahren, aber aufgrund von unzureichender methodologischer Reflexion erfolgte die Anwendung und Analyse von Expert*inneninterviews lange Zeit recht »hemdsärmelig« (vgl. Meuser/Nagel 2009: 465). Seit etwa Mitte der 1990er Jahre werden innerhalb der soziologischen Diskussion jedoch vermehrt Bemühungen unternommen, diese Lücke zu schließen, indem die Besonderheiten und Herausforderungen dieses Interviewverfahrens sowie die Spezifika des Expert*innenbegriffs methodisch reflektiert und anhand dieser Reflexion auch konkrete Anwendungs- und Auswertungsweisen vorgeschlagen werden (vgl. u.a. Bogner et al. 2014; Gläser/Laudel 2004; Meuser/Nagel 2009, 1994; Mieg/Brunner 2004; Pfadenhauer 2007).

Das Verfahren des Expert*inneninterviews wird von Bogner et al. (2014) entsprechend der Multidimensionalität des Expert*innenwissens hinsichtlich unterschiedlicher Zielsetzungen untergliedert. So unterscheiden die Autor*innen »systematisierende Experteninterview[s]«, über die technik- und prozessbasiertes Sachwissen erhoben werden, von »[e]xplorative[n] Experteninterviews«, die einen ersten Einblick in das Feld geben und über die so erste Hypothesen generiert werden können. Diese beiden Interviewformen grenzen sie dann nochmals von »theoriegenerierende[n] Experteninterview[s]« ab, über die das Deutungswissen der befragten Expert*innen ermittelt wird (Bogner et al. 2014: 22-25). Da vor dem Hintergrund der Forschungsfragen bei den ästhetisch-plastischen Chirurg*innen in erster Linie das Deutungswissen von Interesse ist, wird der Schwerpunkt für die Erhebung auf das theoriegenerierende Expert*inneninterview gelegt. Denn das wesentliche Ziel dieser Form von Expert*inneninterview ist die Erfassung der »subjektiven Dimension« des Wissens von Expert*innen in Form von »Handlungsorientierungen, implizite[n] Entscheidungsmaximen, handlungsanleitende[n] Wahrnehmungsmuster[n], Weltbilder[n], Routinen usw.« (Bogner et al. 2014: 25). Zu dieser subjektiven Dimension können auch die in diesem Forschungskontext interessierenden gegenwärtigen Legitimationsmuster ästhetisch-plastische Chirurg*innen zu ihrer eigenen Disziplin sowie zu ihrem ärztlichen Handeln gezählt werden.

Im Rahmen theoriegenerierender Interviews werden Expert*innen in der Regel lediglich hinsichtlich eines Teilaspekts ihrer Person adressiert, nämlich in Bezug auf ihre Rolle als ein*e bestimmte*r Funktionsträger*in (vgl. Bogner et al. 2014: 25). Im Falle der ästhetisch-plastischen Chirurg*innen meint dies, dass sie vor allem in der Funktion als praktizierende Fachärzt*innen für eine spezifische medizinische Disziplin interviewt werden. Jedoch interessiert mit dem Fokus auf das Deutungs-

wissen nicht (nur) ein bestimmtes Fachwissen, über das die ästhetisch-plastischen Chirurg*innen ohne Zweifel verfügen, »sondern eben all jenes Wissen, das für den professionellen Handlungsrahmen, für den wir uns interessieren, relevant ist: Das können gerade auch Alltagsweisheiten, Bauernregeln usw. sein« (ebd.: 25). In diesem Sinne können auch Ausführungen relevant sein, die genuin im Privatleben verortet sind, solange sie zugleich von den ästhetisch-plastischen Chirurg*innen wesentlich in Beziehung zu ihrem ärztlichen Handeln gesetzt werden (vgl. ebd.).

Die Bezeichnung »theoriegenerierend« vermittelt bereits, was das Ziel dieser Form des Expert*inneninterviews ist: Es geht darum, über die Analyse und Interpretation des erhobenen empirischen Materials Sinnzusammenhänge zu rekonstruieren und anhand dieser abstrahierende Theorien (etwa in Form von Typologien) zu entwickeln. Aufgrund dessen wird das theoriegenerierende Expert*inneninterview im Vergleich zu den anderen Formen von Expert*inneninterviews als grundlegend qualitatives Forschungsvorgehen verstanden (vgl. Bogner et al. 2014: 25). Inwieweit dies bei den Interviews mit den Chirurg*innen der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie erfolgt ist, wird in den Ausführungen zum methodischen Vorgehen bei der Auswertung dieser Interviewdaten ausführlicher beschrieben.

Zuvor wird jedoch noch vorgestellt, welches Verfahren zur Anwendung kommt, um das Alltagswissen der Alltagsakteur*innen zu erheben. In den bisherigen Studien zu alltagsweltlichen Einstellungen zu Ästhetisch-Plastischer Chirurgie werden, wie in Kapitel 2.6 ausgeführt, vor allem standardisierte Zugänge in Form von Einzelbefragungen gewählt. Wie jedoch Friedrich Pollock bereits Mitte der 1950er Jahre festhielt, ist es kaum möglich, »Einstellungen, Meinungen und Verhaltensweisen der Menschen in einer Isoliertheit zu studieren, in der sie kaum je vorkommen« (Pollock 1955: 34). Diese Überlegung stammt aus der 1955 unter dem Titel »Gruppenexperiment« veröffentlichten Studie, die von einer Forschungsgruppe des Frankfurter Instituts für Sozialforschung unter der Leitung von Pollock durchgeführt wurde und die das Gruppendiskussionsverfahrens im deutschsprachigen Raum³ bekannt machte (vgl. Pollock 1955).

Bereits in dieser Studie war »Alltag« ein wesentliches Thema, insoweit Pollock die These vertrat, dass autoritäre und anti-demokratische Einstellungen und Meinungen im Alltag des Nachkriegsdeutschlands noch weitaus verbreiteter waren als bis dato angenommen. Es wurde vermutet, dass Demokratiemisstrauen und Autoritätsgläubigkeit latent auf der Ebene des Alltagsbewusstseins lägen und dass die

3 Im angelsächsischen Raum wurden Gruppendiskussionen erstmals von Kurt Lewin (1936) angewendet. Im Fokus stand bei Lewin jedoch die Erforschung (sozial-)psychologischer Gruppendynamiken und -prozesse und weniger die Ausarbeitung des Verfahrens der Gruppendiskussion selbst (vgl. Lamnek 2005, S. 18f.). Im Folgenden haben sich vor allem im angelsächsischen Raum die Verfahrenen der »group discussion« und der »focus group« entwickelt (vgl. ausführlich zur Entwicklungsgeschichte und inhaltlichen Differenzierung Bohnsack/Przyborski 2007: 496ff.; Loos/Schäffer 2001: 15-19).

zu dieser Zeit gängigen Einzelbefragungen der Meinungsforschung keinen Zugang zu dieser Ebene bringen könnten (vgl. Bohnsack 2010a: 105f.; Bremer 2004: 105). Im Gegensatz dazu vertrat Pollock die Annahme, dass Einstellungen und Meinungen erst dann deutlich hervortreten würden, »wenn das Individuum – etwa in einem Gespräch – sich gezwungen sieht, seinen Standpunkt zu bezeichnen und zu behaupten« (Pollock 1955: 32).

An diese empirischen Forschungsarbeiten anschließend, entwickelte Werner Mangold in seiner 1960 erschienen Dissertation »Gegenstand und Methode des Gruppendiskussionsverfahrens«, unter Rückgriff auf das Material Pollocks, das Verfahren der Gruppendiskussion konzeptionell weiter. Mangold wendete sich von der Vorstellung Pollocks ab, dass sich individuelle Meinungen über Diskussionen und Auseinandersetzungen schrittweise herauskristallisieren würden. Stattdessen betonte Mangold die ineinandergreifende und sich wechselseitig steigernde Gruppeninteraktion der Diskussionsteilnehmer*innen. Mit dieser konzeptionellen Umorientierung versuchte Mangold dem kollektiven Charakter von Gruppeninteraktionen noch stärker Rechnung zu tragen und Gruppendiskussionen nicht nur als eine bloße Aneinanderreihung von einzelnen Redebeiträgen, sondern als ein Ergebnis von kollektiven Interaktionen zu fassen (vgl. Bohnsack 2010a: 106f.; Loos/Schäffer 2001: 21f.).

Ralf Bohnsack knüpfte in kritischer Auseinandersetzung an die Ergebnisse und Überlegungen Mangolds an. Er hob einerseits hervor, dass es Mangold zwar gelungen war, kollektive Orientierungen anhand des empirischen Materials aufzuzeigen, er bemängelte jedoch, dass diese rekonstruierte »empirische Evidenz des Kollektiven« sich letztendlich nicht mit dem »theoretischen Verständnis des Kollektiven« vereinbaren ließe, welches Mangold in seiner Konzeption konstatierte (vgl. Bohnsack 2010b: 207; H.i.O.). Denn diese war noch stark durch die Arbeiten Durkheims geprägt, in welchen das Kollektive »im Sinne der dem Einzelnen exterioren (äußerlichen) und mit Zwang ausgestatteten Normen verstanden« wurde (ebd.). Diese theoretische Annahme stand widersprüchlich zur empirischen Rekonstruktion eines die einzelnen Individuen integrierenden und sich (durch sie) gegenseitig verstärkenden Kollektivs (vgl. ebd.; Bohnsack 2010a: 107f.).

Bohnsack (u.a. 1989, 2010a) begegnete in seiner Weiterentwicklung des Gruppendiskussionsverfahrens der Problematik des inadäquaten Kollektivbegriffs dadurch, dass er sich vom Durkheim'schen Kollektivverständnis distanzierte und stattdessen auf das Konzept des »konjunktiven Erfahrungsraum[s]« nach Karl Mannheim (1980: 230) zurückgriff. Ein konjunktiver Erfahrungsraum ist nach Mannheim durch die Ähnlichkeiten von gemachter Erfahrung bzw. durch eine im Laufe der Sozialisation entstandene, gemeinsame »*Erlebnisschichtung*« (Mannheim 1970 [1964]: 535f.; H.i.O.) charakterisiert. Es ist jedoch nicht notwendig, dass diese Erfahrungen und Erlebnisse von Akteur*innen direkt und unmittelbar gemeinsam, sondern viel eher, dass sie »in einer strukturähnlichen, in einer

homologen Art und Weise gemacht werden« (vgl. Przyborski 2004: 48). Gedanklich an Mangold anschließend, ist für Bohnsack eine Gruppe(ndiskussion) folglich »nicht der soziale Ort der *Genese* und *Emergenz*, sondern derjenige der *Artikulation* und *Repräsentation* [...] kollektiver Erlebnisschichtung« (vgl. Bohnsack 2010c: 378; H.i.O.).

Für die Erforschung der alltagsweltlichen Wissensbestände und der ihnen zugrundeliegenden Orientierungen zu Ästhetisch-Plastischer Chirurgie wird sich den methodologischen Überlegungen zu Gruppeninteraktionsdynamiken und der darauf aufbauenden Konzeption Bohnsacks zu Kollektivität angeschlossen und folglich das Gruppendiskussionsverfahren als Erhebungsform gewählt. Mit der Entscheidung für ein solches Vorgehen wird auch eine Abgrenzung zu den bisherigen Studien über alltagsweltliche Einstellungen zu Ästhetisch-Plastischer Chirurgie vorgenommen (vgl. Kap. 2.6), insoweit in diesen vor allem standardisierte Einzelbefragungen angewandt wurden. Wie die an Bohnsack anschließende methodologische Konzeption konkret methodisch (Auswahl Alltagsakteur*innen und Auswertung) umgesetzt wurde, wird im Anschluss weiter ausgeführt.⁴

Auswahl und Anfrage der Alltagsakteur*innen und Expert*innen

Im Folgenden wird nun nachgezeichnet, auf welcher Grundlage mögliche Alltagsakteur*innen und Expert*innen für die Erhebung ausgewählt und angefragt wurden. In Bezug auf Alltagsakteur*innen ist zunächst festzuhalten, dass deren alltagsweltliche Wahrnehmungs- und Deutungsmuster nicht nur ihrem Alltagswissen zugrunde liegen, sondern als Orientierungen auch ihr Alltagshandeln anleiten und folglich auch beeinflussen, wie Alltagsakteur*innen ihr alltägliches Leben gestalten bzw. stilisieren: auf welche Weise sie sich bevorzugt kleiden, welche Speisen sie präferieren, in welchem Kiez sie am liebsten wohnen, was sie gern in ihrer Freizeit unternehmen usw. In der sozialwissenschaftlichen Forschung werden derlei Aspekte des Alltagshandelns und die Verhältnisse zwischen diesen unter dem Begriff des »Lebensstils« als einem »relativ stabile[n], regelmäßig wiederkehrende[n] Muster der alltäglichen Lebensführung« verhandelt und erforscht (Geißler 2014: 110; vgl. auch Otte/Rössel 2012; Richter 2005; Wustmann/Pfadenhauer 2017).

Allerdings können sich alltägliche Verhaltensroutinen, wie die exemplarisch angeführten, sowie die jeweilig damit zusammenhängenden Lebensstile bereits

4 Die Gruppendiskussionen mit den Alltagsakteur*innen wurden im Rahmen des von der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG) geförderten Drittmittelprojekts »Das optimierte Geschlecht? Soziologische Explorations zur (Neu)Kodierung der Geschlechterdifferenz am Beispiel der ›Schönheitschirurgie‹« erhoben, das unter der Leitung von Prof.in Dr.in Paula-Irene Villa stand. die Gruppendiskussionen wurden zwischen Juli 2013 und November 2014 durchgeführt und dauerten zwischen 75-120 Minuten. Die Expert*inneninterviews wurden erst im Nachgang ohne einen direkten Projektbezug zwischen April 2018 bis September 2018 durchgeführt und liefen zwischen 30-90 Minuten.

über biographische Wendepunkte, wie etwa die eigene Familiengründung oder den berufsbedingten Umzug ändern, was eine gewisse Unbeständigkeit von Lebensstilen zur Folge hat (vgl. Hradil 2006: 5). Stefan Hradil sieht dagegen im Konzept sozialer Milieus eine tiefergreifende, konstantere Variante zur Erfassung von alltagsweltlichen Orientierungen.⁵ Nach Hradil kann eine Gruppierung von Personen dann als ein soziales Milieu bezeichnet werden, wenn diese

»jeweils ähnliche Wertehaltungen, Prinzipien der Lebensgestaltung, Beziehungen zu Mitmenschen und Mentalitäten aufweisen. [...] Diejenigen, die dem gleichen sozialen Milieu angehören, interpretieren und gestalten ihre Umwelt folglich in ähnlicher Weise und unterscheiden sich dadurch von anderen sozialen Milieus. Gelegentlich wird neben Mentalitäten auch das typische Umfeld (Beruf, Wohnen, Einkommen etc.) als Definitionsmerkmal sozialer Milieus herangezogen. In manchen Milieudefinitionen ist zusätzlich das Alltagsverhalten der Menschen eingeschlossen, insoweit es Folge milieuspezifischer Mentalitäten ist.« (Hradil 2006: 4)

Um die in dieser Arbeit interessierenden Orientierungen, die den Alltagswissensbeständen zugrunde liegen und entsprechend das Interpretieren von der und Handeln in der Alltagswelt anleiten, adäquat zu erfassen, wurde das Sampling der Gruppendiskussionen am Konzept der sozialen Milieus angelehnt. Berücksichtigt werden zudem Lebensstilkomponenten, die mitunter auch als Teilaspekte von sozialen Milieus gelten. Die Kontaktierung möglicher Personengruppen aus unterschiedlichen sozialen Milieus orientierte sich wiederum an einem weiteren Kennzeichen sozialer Milieus, das Gerhard Schulze an einer verstärkten »Binnenkommunikation« festmacht (vgl. Schulze 1992: 174). Unter diesem Merkmal wird gefasst, dass sich Personen, die dem gleichen sozialen Milieu angehören, nicht notwendigerweise kennen müssen, aber es ist wahrscheinlicher, dass sich Angehörige eines Milieus in der Alltagswelt (wie im Beruf oder bei Freizeitaktivitäten) begegnen, als dass Personen unterschiedlichen Milieus in ihrem Alltagsleben aufeinan-

5 Dass sozialstrukturelle Aspekte von nicht unwesentlicher Bedeutung für Alltagswissensbestände sind, haben bereits Matthes und Schütze in ihrer breit rezipierten Einführung zum Band »Alltagswissen, Interaktion und gesellschaftliche Wirklichkeit« (1981) betont: »Auserdem wird man davon ausgehen müssen, dass systematisch unterschiedliche inhaltliche Versionen des Alltagswissensbestandes mit ähnlichem oder gar identischem Geltungsbereich an unterschiedlichen Bezugsaggregaten bzw. »Bezugsverhältnissen« [...] mit unterschiedlicher sozial struktureller Verankerung (wie z.B. an Schichtungsaggregaten, Berufsgruppen, Freizeitgruppen, politischen Organisationen, am Vorstellungsaggregat von der »breiten Mittelschicht« usw. bzw. am vorgestellten und erfahrenen Verhältnis gegenüber diesen) festgemacht sind, sodass in einer komplexen Gesellschaft konkurrierende alltagsweltliche Deutungsprogramme zur Verarbeitung sozialer Ereignisse zur Verfügung stehen« (Matthes/Schütze 1981: 21).

dertreffen. Um die höhere Binnenkommunikation als ein Merkmal sozialer Milieus in Bezug auf das Sampling zu berücksichtigen, wurden ausschließlich mit Realgruppen, also Personengruppen, die ebenfalls außerhalb der Forschungssituation bestehen, Gruppendiskussionen durchgeführt.

Für die Akquirierung von möglichen Gruppen wurde zunächst über Freunde, Bekannte, Kolleg*innen und Verwandte Kontakt zu einzelnen Personen hergestellt, die bestimmten Gruppen angehören, die über mindestens ein Thema, das vor allem Lebensstilaspekte tangiert, miteinander verbunden sind (ehrenamtliche Tätigkeiten, berufliche Passionen, politische Engagements, jahrelange Freundschaften, gemeinsame Hobbys etc.). Erschien durch die Kontaktperson der Eindruck nach einer wahlweise langjährigen, intensiven oder »eingeschworenen« Gemeinschaft, also vor allem danach, dass sie ein gemeinsames Weltbild zu teilen schienen, wurde der Kontakt zur gesamten Gruppe gesucht und eine Gruppendiskussion organisiert. Zur Dokumentation der Gruppencharakteristika wurden vor der Gruppendiskussion Selbstbeschreibungen der Gruppen durch die jeweilige Kontaktperson verfasst, die vor allem Lebensstilaspekte thematisierten. Nach den Gruppendiskussionen wurden sozialstrukturelle Eckdaten aller Gruppendiskussionsteilnehmer*innen wie Alter und Bildungs-/Berufslaufbahn erfasst (zur Debatte um die Gewichtung sozialstruktureller Merkmale und zur Diskussion um die Bedeutung von Individualisierungs- und Pluralisierungsprozessen innerhalb der Milieu- und Lebensstilforschung vgl. u.a. Geißler 2014: 121-126; Hradil/Spellerberg 2011; Kopetsch/Burkart 1999: 285-292).

Schließlich gilt es allerdings zu bedenken, dass es sich bei sozialen Milieus um »von Sozialwissenschaftlern »künstlich« abgegrenzte und benannte Gruppierungen« (Hradil 2006: 7) handelt und Menschen in der Regel nicht nur einem, sondern mehreren sozialen Milieus angehören, manchmal nur am Rande oder zwischen diesen stehen. Daher wurde auf die Erstellung und den Versuch der Erfüllung einer repräsentativen, deutlich unterscheidbaren Milieu-Landschaft verzichtet. Anstelle dessen erfolgte die Auswahl der Personengruppen für die Gruppendiskussionen, mit Blick auf die charakteristischen Merkmale von sozialen Milieus, in erster Linie nach dem Prinzip der maximalen Kontrastierung, mit der Absicht, auf diesem Wege möglichst unterschiedliche Milieus und Orientierungen zu erfassen (zur Darstellung der einzelnen Gruppen vgl. Kap. 3.3).

Für die Akquirierung der ästhetisch-plastischen Chirurg*innen als Interviewpartner*innen war vor allem das Merkmal der Facharztausbildung im Bereich der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie wesentlich. Anhand dieses Merkmals wurden deutschlandweit sowohl Chirurg*innen der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie kontaktiert, die in Krankenhäusern und Kliniken praktizieren, wie auch Chirurg*innen mit entsprechender Facharztausbildung, die im niedergelassenen Bereich, also mit einer eigenen Praxis für Ästhetisch-Plastische Chirurgie arbeiten. Aus den insgesamt über sechzig per E-Mail versandten oder telefonisch durchgeführten

und oftmals mehrfach wiederholten Interview-Anfragen, ergaben sich schließlich vier Expert*inneninterviews mit ästhetisch-plastischen Chirurg*innen. Das fünfte Interview mit Dr.ⁱⁿ Jupiter bildete dahingehend eine Ausnahme, dass sie zwar eine Facharztausbildung absolviert hat, jedoch nicht im Bereich der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie (was im Zuge der Kontaktierung jedoch nicht bemerkt wurde). Zur potenziellen Kontrastierung wurde sich dazu entschieden, auch mit Dr.ⁱⁿ Jupiter als Chirurgin, die Ästhetische Medizin praktiziert, ein Expert*inneninterview durchzuführen.

Alle Chirurg*innen, mit denen ein Interview durchgeführt werden konnte, führten zum Zeitpunkt der Interviews eine eigene Praxis, auch wenn sie zuvor mitunter in Kliniken praktiziert haben. Das Ziel des Samples war es jedoch, ein ausgeglichenes Verhältnis zwischen in Krankenhäusern und Kliniken arbeitenden Chirurg*innen und in Privatpraxen praktizierenden Chirurg*innen zu erzielen. Allerdings ergab sich trotz vieler Bemühungen keine Option für ein Interview mit einer*inem Chirurg*in, der*die innerhalb einer Klinik oder eines Krankenhauses arbeitet. Entsprechend ergibt sich für das Sample dahingehen ein Bias, dass nur Chirurg*innen im niedergelassenen Bereich interviewt werden konnten. Ein weiterer Bias ergibt sich auch darüber, dass ausschließlich Chirurg*innen interviewt wurden, die in Großstädten praktizieren und somit potenziell differierende Handlungsprobleme und Orientierungen von ästhetisch-plastischen Chirurg*innen, die in kleineren Städten oder ländlicheren Gebieten praktizieren, keine Berücksichtigung finden (vgl. zur Darstellung der interviewten Chirurg*innen Kap. 3.3).

Inhaltliche Kernpunkte und Modus der Befragung

Die Vorbereitung und Durchführung der Gruppendiskussionen mit den Alltagsakteur*innen orientierte sich an zwei zentralen Prämissen: prinzipielle Offenheit und Selbstläufigkeit. Während erstere Prämisse beabsichtigt, den Relevanzsystemen der zu Interviewenden innerhalb der Gruppendiskussion genügend Raum zu lassen, um auch unvorhergesehene oder unerwartete Aspekte der Interviewten nicht zu übersehen, zielt die zweite Prämisse der Selbstläufigkeit darauf ab, dass eine Gruppendiskussion idealerweise wie ein »natürliches« Gespräch ablaufen soll, auch wenn ersichtlich ist, dass dieses Ideal in »künstlich« geschaffenen Forschungssituationen wie Gruppendiskussionen nie in Gänze erreicht werden kann (vgl. Lamnek 2005: 43, 96; Loos/Schäffer 2001: 51).

Der Prämisse der prinzipiellen Offenheit wurde zum einen darüber begegnet, dass die Konstruktion des Diskussionsleitfadens für die Gruppendiskussionen zwar grundlegend am Erkenntnisinteresse des Forschungsvorhabens ausgerichtet war, jedoch keine festgelegten, vorformulierten Diskussionsfragen erstellt, sondern vielmehr potenziell interessierende Themenbereiche erfasst wurden (vgl.

Lamnek 2005: 95ff.). Damit sollte zum einen ermöglicht werden, dass die Relevanzsetzungen der Alltagsakteur*innen nicht durch eine zu starre Vorstrukturierung unterdrückt werden, zum anderen sollte durch die Eingrenzung von Themenbereichen statt der Vorformulierung von expliziten Fragen erreicht werden, dass auch unerwartete, neue Aspekte der Alltagsakteur*innen zu den jeweiligen Themenbereichen zum Vorschein kommen können.

Darüber hinaus wurde der erstellte Diskussionsleitfaden innerhalb der Diskussion flexibel gehandhabt, was bedeutet, dass weder eine Reihenfolge festgelegt wurde, in der die verschiedenen Themenbereiche besprochen werden sollten, noch dass es als notwendig erachtet wurde, dass alle Themenbereiche in jeder Gruppendiskussion angesprochen werden mussten. Mit dieser Vorgehensweise sollte dem explorativen Charakter des Forschungsvorhabens Rechnung getragen werden und zudem wurde damit beabsichtigt, die Relevanzsetzungen der Alltagsakteur*innen (und damit ihre Themenwahl und Diskussionsabfolge) nicht zu unterminieren (vgl. Lamnek 2005: 96f.). In der folgenden Abbildung 1.1 ist der Diskussionsleitfaden ersichtlich, der im Rahmen der Gruppendiskussionen mit den Alltagsakteur*innen verwendet wurde.

Als »Grundreiz«, also als Eingangsstimulus für den Beginn der Gruppendiskussion wurde den Alltagsakteur*innen eine Übersicht zu statistischen Entwicklungen der Nutzung von Ästhetisch-Plastischer Chirurgie gegeben. Verdeutlicht werden sollte mit diesen statistischen Daten, dass die Nutzung der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie, wie auch in Kapitel 1 dieser Arbeit dargestellt, von Jahr zu Jahr zunimmt. In Bezugnahme auf diese aufgezeigte Tendenz wurden die Alltagsakteur*innen anschließend gefragt, was ihnen dazu »durch den Kopf« gehe. Mit dieser Formulierung wurde beabsichtigt, ausschließlich wertende Positionierung zu den statistischen Zahlen zu vermeiden, was durch andere Begriffe wie »einschätzen« oder »bewerten« eher provoziert worden wäre. Stattdessen sollte mit der Frageformulierung auch die Möglichkeit der assoziativen Erweiterung um andere Themen eröffnet werden, die sich an das Thema der statistischen Tendenz potenziell anschließen: Wer lässt das machen? Woher kommt diese Tendenz? Was hat die Tendenz für gesellschaftliche Effekte? usw. (zu Grundreizen bei Gruppendiskussionen vgl. Lamnek 2005: 149ff.).⁶

6 Darüber hinaus sei auch noch angemerkt, dass im Eingangsstimulus bzw. zu Beginn jeder Gruppendiskussion die Formulierungen »ästhetisch-plastischer Eingriff« sowie »Schönheitsoperation« durch die Forscherin verwendet wurden. Beide Begrifflichkeiten zirkulieren in der Alltagswelt, jedoch meist in unterschiedlichen Kontexten und mit differierenden Konnotationen. Durch die abwechselnde Verwendung dieser Termini zu Beginn der Gruppendiskussionen sollte den Alltagsakteur*innen die »Wahl« gelassen werden, welche Bezeichnung sie entsprechend ihres Relevanzsystems verwenden wollen. Somit sollte eine mögliche Beeinflussung durch die Forscherin vermieden werden.

Abbildung 1.1 Diskussionsleitfaden der Gruppendiskussionen

In ### (Jahr) lag die Zahl der Patientinnen und Patienten, die einen ästhetisch-plastischen Eingriff vornehmen ließen, in Deutschland bei ### (statistische Angabe). Bereits ein Jahr später lag die Zahl bei rund ### (statistische Angabe). Im Jahr ### wurden, dieser Tendenz folgend, ### (statistische Angabe) sog. Schönheitsoperationen in Deutschland durchgeführt. Hinzukommen noch einmal ### (statistische Angaben) kleinere, minimal-invasive Eingriffe wie das Aufspritzen der Lippen oder die Faltenbehandlung mit Botox. Meine Frage nun an Sie: Was geht Ihnen bei diesen Zahlen durch den Kopf?

- **Nutzung der ÄPC:** Ursprung der (steigenden) Nutzungszahlen; zukünftige Tendenzen der Nutzung von Ästhetisch-Plastischer Chirurgie
- **Körper/teile:** Unterscheidung/Bewertung von behandelten Körperpartien; Rolle der Sichtbarkeit/Nicht-Sichtbarkeit behandelter Körperpartien
- **Effekte von ÄPC:** Wahrnehmung Patient*innen; Relevanz von Künstlichkeit/Natürlichkeit; bis wohin ... ab wann ist etwas schon/nicht mehr künstlich/natürlich;
- **Verhältnis ÄPC und Medizin:** Ästhetisch-Plastische Chirurgie im Kontext von Medizin (Beeinflussung, Sonderrolle, Bestandteil, Tendenzen)
- **Geschlecht:** Wahrnehmung (und Begründung) von Unterschieden/Gemeinsamkeiten, Begründung in Bezug auf Gründe für Eingriff, gewählte Eingriffe, behandelte Körper/teile)
- **Legitimation:** Stellen Sie sich vor, eine Bekannte oder ein Bekannter versucht Ihnen gegenüber zu begründen, warum sie oder er einen ästhetisch-plastischen Eingriff machen lassen will. Welche Gründe wären für Sie in Ordnung, welche könnten Sie nicht nachvollziehen?

Die darauffolgenden Themenbereiche wurden anhand des Erkenntnisinteresses in Bezug auf das Alltagswissen skizzenhaft formuliert und umfassen im Groben die Einschätzung und Kontextualisierung der (zunehmenden) Nutzung von Ästhetisch-Plastischer Chirurgie, die Frage nach potenziell unterschiedlichen Gewichtungen von ästhetisch-plastisch bearbeiteten Körperpartien, die

Wahrnehmung und Einschätzung von Effekten, die durch ästhetisch-plastische Eingriffe erzielt werden, die Verhältnisbestimmung von Ästhetisch-Plastischer Chirurgie zum Verständnis von Allgemeiner Medizin sowie die Relevanz der Kategorie Geschlecht im Kontext der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie. Schließlich wurde das Thema Legitimität, für den Fall, dass es nicht von der Gruppe aus angesprochen werden würde, über ein konstruiertes Beispiel einbezogen, welches dazu auffordern sollte, Zu- oder Aberkennungen von Legitimität hinsichtlich der Entscheidungen für einen ästhetisch-plastischen Eingriff zu verbalisieren.⁷

Der zweiten Prämisse der Selbstläufigkeit der Gruppendiskussionen wurde darüber begegnet, dass in der Moderation stets eine »nondirektive Gesprächsführung« verfolgt wurde (Lamnek 2005: 156). Zu einer solchen Art der Gesprächsführung zählt, dass die Forscherin als Moderatorin der Gruppendiskussion zwar den Gesprächsrahmen vorgibt, den Ablauf und die Schwerpunktsetzungen jedoch den Diskutant*innen überlässt. Grundlegend gilt das »Abstinenzprinzip«, d.h. die Forscherin versucht in den Hintergrund zu treten, um eine Beeinflussung der Diskussion zu vermeiden (Loos/Schäffer 2001: 51). Es ist dennoch bei einem nondirektiven Moderationsstil möglich und nötig, diskussionsmotivierende, immanente Nachfragen zu Themen zu stellen, die die Gruppe selbst aufgeworfen hat und die darauf abzielen, Beschreibungen oder auch Erzählungen zu generieren (Wie? Was? Wer? Wozu? Warum? etc.). Darüber hinaus ist es vor allem im späteren Verlauf der Gruppendiskussion mit Blick auf das Erkenntnisinteresse gerechtfertigt, als Forscherin ergänzend selbst Themenbereiche, entsprechend des Diskussionsleitfadens vorzuschlagen (vgl. Lamnek 2005: 43; Loos/Schäffer 2001: 52f.).

In der Planung der Expert*inneninterviews mit den ästhetisch-plastischen Chirurg*innen wurde ebenfalls ein Leitfaden entwickelt, denn eine gewisse Vorstrukturierung ist – im Gegensatz zu anderen Interviewformen, wie dem narrativem Interview – notwendig, da sonst droht, dass der*die Forscher*in von den zu interviewenden Expert*innen als inkompetent und unvorbereitet wahrgenommen wird. Daher werden Expert*inneninterviews, unabhängig davon, auf welche Form von Expert*innenwissen sie abzielen, stets über einen Leitfaden teilstrukturiert vorbereitet, um das Themenfeld entlang des Erkenntnisinteresses einzugrenzen und ggf. eine Orientierungshilfe in der konkreten Erhebungssituation zu haben. Die Form des zu untersuchenden Expert*innenwissens bestimmt

7 Im Diskussionsleitfaden wurden keine Themenbereiche die ästhetisch-plastischen Chirurg*innen betreffend aufgenommen, da zum Zeitpunkt der Erhebung der Gruppendiskussionen noch nicht geplant war, auch kontrastiv Expert*inneninterviews mit ästhetisch-plastischen Chirurg*innen zu führen. Wie sich jedoch im Laufe der Erhebungen der Gruppendiskussionen herausstellte, thematisierten die Alltagsakteur*innen auch ohne Anreiz von »außen« diejenigen, die die Ästhetisch-Plastische Chirurgie praktizieren.

jedoch den Grad der Strukturierung von Leitfäden für Expert*inneninterviews. Während etwa für systematisierende Interviews, die auf das Sachwissen von Expert*innen abzielen, eine stärkere Strukturierung des Leitfadens vorgenommen wird, ist für theoriegenerierende Interviews, die das Deutungswissen der Expert*innen erheben wollen, ein weniger strukturierter, offenerer Leitfaden üblich (vgl. Bogner et al. 2014: 25-28; Meuser/Nagel 2009: 472).

Da in diesem Forschungsvorhaben der Fokus auf dem Deutungswissen von ästhetisch-plastischen Chirurg*innen liegt, wurde entsprechend ein weniger strukturierter Leitfaden entwickelt, der – ähnlich wie der Diskussionsleitfaden der Gruppendiskussionen – vor allem verschiedene Themenschwerpunkte versammelt, die in den Expert*inneninterviews angesprochen werden sollten. Zur Erstellung des Leitfadens wurden zunächst entlang der Forschungsfragen eine Vielzahl möglicher Themen gesammelt, die aus der forschenden Perspektive von Interesse sind, die potenziell von den ästhetisch-plastischen Chirurg*innen selbst angesprochen werden könnten, die aktuell in sozialwissenschaftlichen Debatten verhandelt werden oder die gegenwärtig im medizinischen oder rechtlichen Kontext zur Ästhetisch-Plastischen Chirurgie dominieren, wie etwa (neue) rechtliche Regelungen, Änderungen von Berufsordnungen, entsprechende Skandalthematisierungen in den Medien o.ä. Die so ermittelten Themen wurden im Anschluss in verschiedene thematische Blöcke sortiert, wobei die Sortierung weder eine feste Reihenfolge noch ein abzuarbeitendes Schema darstellt, sondern lediglich der Orientierung dient, um den Relevanzen der Interviewten genügend Raum zur Entfaltung zu geben (für die Erstellung und Anwendung von Leitfäden in Expert*inneninterviews vgl. Bogner et al. 2014: 32f.; Meuser/Nagel 2009: 473f.).

Im Anschluss daran wurden die noch sehr stark an den Forschungsfragen ausgerichteten Themenblöcke reduziert und interviewtauglich umformuliert, denn Forschungsfragen folgen einer gänzlich anderen Logik als Interviewfragen: »Erstere sind formuliert in Hinblick auf theoretische Annahmen und Überlegungen, letztere sind formuliert in Hinblick auf den Wissens- und Erfahrungshorizont der Befragten« (Bogner et al. 2014: 33f.). Die Auswahl und Umformulierung der verschiedenen Themenkomplexe und Fragen orientierte sich daran, dass sie – im forschungsrelevanten Rahmen – zu Beschreibungen und Erzählungen sowie deutenden Äußerungen und Einschätzungen der ästhetisch-plastischen Chirurg*innen anregen sollten (vgl. ebd.: 33). Unter diesen Prämissen entstand der Leitfaden für die theoriegenerierenden Expert*inneninterviews mit den ästhetisch-plastischen Chirurg*innen, wie nachfolgend in Abb. 1.2 präsentiert.

Als beschreibungsgenerierender Eingangsstimulus wurde die Frage nach intrinsischen (motivationalen) und/oder extrinsischen (beeinflussenden) Gründen der Entscheidung für die Ästhetisch-Plastische Chirurgie als Fachdisziplin gewählt. An diese schloss sich die Aufforderung zur Darstellung des individuellen beruflichen Werdegangs der Chirurg*innen, wobei deutlich gemacht wurde, dass

Abbildung 1.2 Leitfaden Expert*inneninterviews

<p>Ich habe online bereits einiges zu Ihrem erfolgreichen beruflichen Werdegang lesen können – wie etwa zu ### (Studium) oder zu Ihrer Tätigkeiten in ### (Stadt), bevor Sie dann ### (Jahr) hier in ### (Stadt) Ihre eigene Praxis eröffnet haben. Können Sie mir beschreiben, wie Sie zur Ästhetisch-Plastischen Chirurgie gekommen sind? Was waren Ihre Motivationen, was hat Sie beeinflusst?</p>	
Beratungsgespräche	(Ziele, Kosten, Wünsche, Gründe)
Selbstwahrnehmung	(Physis/Psyche, Gesundheit/Krankheit, Ästhetik/Funktion)
Behandlungsmethoden	(Grenzen, Trends, Vorlieben)
Medien	(Bewertungsportale, Wünsche, mediales Interesse)
Wandel	(Technik, Optimierung, Arzt-Patient)
<p>Spezifische Herausforderungen Ihrer Profession? Typischer Arbeitsalltag? Männer – Frauen Nase – Ergebnis – Orientierung</p>	
<p>Begriff »Schönheitschirurg«? Entgrenzung Medizin Psychotherapie – Chirurgie Optimierung</p>	

Kernpunkte der Berufsbiographie bereits durch Recherchen bekannt sind, was zum einen Interesse und Engagement vermitteln und zum anderen die Chirurg*innen dazu motivieren sollte, nicht nur die ›bloßen‹ Fakten des beruflichen Werdegangs wiederzugeben (zu Gestaltungsmöglichkeiten von Eingangsstimuli bei Expert*inneninterviews vgl. Bogner et al. 2014: 60f.).

Die entwickelten Hauptthemenblöcke des Leitfadens, die vor allem den Rahmen für immanente Nachfragen bilden, beziehen sich dann vorrangig auf fünf Schwerpunkte. Wenn die Chirurg*innen das Thema »Beratungsgespräche« ansprechen, so wurde je nach Gesprächsverlauf danach gefragt, ob es eine Zielsetzung für solche Gespräche gibt, wie die Kostenberechnung und -abrechnung vorgenom-

men wird sowie mit welchem Wünschen und aus welchen Gründen Patient*innen sie aufsuchen. Wenn die Interviewten ihre »Selbstwahrnehmung« als ästhetisch-plastische*r Chirurg*in thematisierten, dann wurde über Nachfragen das Interesse darauf gelenkt, wie sie sich innerhalb ihres Selbstverständnisses zwischen verschiedenen Spektren positionieren. So wurde mitunter nachgefragt, was sie als »krank« und was als »gesund« verstehen, auf was ihr ärztliches Handeln ausgerichtet sei (Behandlung der Psyche und/oder Physis) und wie sie sich zwischen den Polen Ästhetik und Rekonstruktion verorten.

Erzählten die Chirurg*innen über »Behandlungsmethoden«, wurde in der Regel nachgefragt, bis wohin sie etwas behandeln (Grenzen), wie sie sich zu neu erscheinenden Behandlungsmethoden verhalten (Trends) oder auch, welche Behandlungsmethoden sie aus welchen Gründen bevorzugen (Vorlieben). Richtete sich das Gespräch auf das Thema »Medien«, so war von Interesse, wie die Chirurg*innen Online-Bewertungsportale einschätzen, wie sie sich zu durch Medien beeinflussten Patient*innenwünschen verhalten und auch, ob und wie sie das mediale Interesse und die mediale Präsenz der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie begründen (können). Schließlich wurden in Bezug auf das Thema »Wandel« auch (Nach-)Fragen zu technischen und gesellschaftlichen Dimensionen von Wandlungsprozessen sowie auch zu Wandlungstendenzen in der Beziehung von Patient*in und Ärzt*in gestellt.

Den erarbeiteten Themenblöcken folgten zwei Frageblöcke mit einzelnen Stichpunkten. Der erste Block beinhaltet Back-Up-Fragen, die meist im Falle eines Stockens des Interviews eingesetzt wurden. So konnten die Chirurg*innen in einem solchen Fall etwa sehr allgemein nach den spezifischen Herausforderungen ihrer Profession oder nach ihrem typischen Arbeitsalltag gefragt werden, oder sie wurden um spezielle Einschätzungen gebeten, wie etwa zum Frauen-Männer-Verhältnis in der Nutzung der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie (und wie sie dies begründen würden), oder sie wurden gefragt, wie sie damit umgehen, wenn jemand sie mit dem Wunsch nach einer Nase wie der von Meghan Markle, als einer Person des öffentlichen Lebens, aufsucht. Der zweite Fragenblock versammelt zentrale Aspekte, die die Alltagsakteur*innen innerhalb der Gruppendiskussion zu Ästhetisch-Plastischer Chirurgie und den sie praktizierenden Ärzt*innen geäußert haben.

Mit der Absicht einer Kommentierung, (Selbst-)Positionierung und/oder (Gegen-)Einschätzung durch die ästhetisch-plastischen Chirurg*innen wurden diese danach gefragt, wie sie zum Begriff der*des »SchönheitsChirurg*in« stehen, wie sie die von den Alltagsakteur*innen konstatierte Tendenz einer »Entgrenzung der Medizin« einschätzen würden, für die die Ästhetisch-Plastische Chirurgie innerhalb der Gruppendiskussionen als prototypisch angeführt wurde, warum statt eines chirurgischen Eingriffs nicht eine Psychotherapie bei Patient*innen der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie durchgeführt würde und schließlich, welche

Rolle sie der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie im Rahmen eines von den Alltagsakteur*innen konstatierten gesellschaftlichen Optimierungsprozesses zurechnen würden.

Als Ideal der Gesprächsführung von Expert*inneninterviews wird in der method(olog)ischen Literatur zum Thema vor allem die Interviewer*innen-Rolle des »Co-Experte[n]« (Bogner et al. 2014: 52) und des »Quasi-Experten« (Pfadenhauer 2007: 454) angeführt. Mit diesen Bezeichnungen wird vermittelt, dass auch wenn Interviewer*innen nicht in demselben Maße Expert*innen sein können, wie es die Befragten sind, trotzdem die Bemühung unternommen werden soll, hinsichtlich von Fachkenntnissen und -wissen eine gewisse Quasi-Expertise zu erlangen, um ein durch Kollegialität und Gleichberechtigung gekennzeichnetes »Interviewsetting zu erzeugen, das der Gesprächssituation *unter* Experten möglichst nahe kommt« (Pfadenhauer 2007: 454; H.i.O.; vgl. Bogner et al. 2014: 52). In mindestens zweierlei Hinsicht war es im Rahmen dieses Forschungsvorhabens nicht möglich, die Interviewerinnen-Rolle einer Quasi-Expertin einzunehmen: Zum einen ergaben sich vor allem professionsbedingte Zugangsbeschränkungen im Bereich der Medizin (etwa durch die ärztliche Schweigepflicht oder durch beschränkte Zugänge zu spezifischen medizinischen Wissen), die eine Quasi-Expertise verhindern.

Weit schwerwiegender war jedoch der Umstand, wie mich die interviewten Chirurg*innen zum anderen wahrgenommen und adressiert haben. Denn die Wahrnehmung durch die interviewten Personen hat maßgeblich einen Einfluss darauf, welche Rolle man überhaupt als Interviewer*in einnehmen kann, und die Wahrnehmung kann je nach »Alter, Geschlecht, Kleidung, Habitus, [...] Titel[-] und organisationaler Herkunft« der interviewenden Person variieren (vgl. Bogner et al. 2014: 54). So wurde ich mit meiner Interviewanfrage für mein Promotionsprojekt, das im Bereich der Soziologie angesiedelt ist, von den Chirurg*innen in der Regel wahlweise als Nicht-Medizinerin, als junger/unpromovierter Mensch und in einigen Fällen auch explizit als Frau im Sinne von Nicht-Mann adressiert. Unabhängig davon, wie sehr ich um eine Quasi-Expertise bemüht war, verhinderte auch die wahrgenommene »Andersartigkeit« meiner Person ein »Gespräch auf gleicher Augenhöhe« (Pfadenhauer 2007: 449; zur Wahrnehmung interviewender Personen und sich daraus ergebender Interaktionseffekte vgl. Abels/Behrens 2009).

Darüber hinaus ist mit Blick auf das interessierende Deutungswissen der ästhetisch-plastischen Chirurg*innen problematisch, dass über die Interviewer*innenrolle als Co-Expert*in »[v]ieles, was gerade für theoriegenerierende Experteninterviews interessant ist, [...] nicht thematisiert [wird], weil es unausgesprochen als ohnehin geteilt unterstellt wird« (Bogner et al. 2014: 52). Angesichts der erschwerten Umsetzbarkeit und der Nachteile, die sich aus der Interviewer*innenrolle als Co- bzw. Quasi-Expertin ergaben, habe ich stattdessen die dazu gegensätzliche Rolle des »Laien« (bzw. in meinem Fall der Laiin) gewählt (vgl. Bogner et al. 2014: 52). Zwar mindert diese Rolle mitunter die Möglichkeiten, die Gesprächs-

situation zu strukturieren und zu steuern, jedoch erlaubt sie aufgrund der suggerierten und/oder wahrgenommenen geringeren Kompetenz der interviewenden Person auch ein weniger eingeschränktes Agieren als bei der Rolle als Quasi- bzw. Co-Expert*in, »denn gerade die ihm [oder ihr; J.W.] unterstellte Naivität führt zur Preisgabe von Wissen, mit dem sonst strategisch umgegangen werden würde« (ebd.: 53; vgl. ebd.: 52f.). Mit der Einnahme der Rolle der Laiin geht einher, dass ich als Interviewerin mit den Befragten nicht dasselbe Wissen teile, was dazu führt, dass die Befragten selbst die grundlegendsten Orientierungen, Relevanzen und Annahmen, also vor allem Aspekte des Deutungswissens, ausführlich darstellen und plausibilisieren müssen (vgl. ebd.: 53).

Jedoch beschränkte sich mein Auftreten (und die Wahrnehmung durch die Chirurg*innen) nicht nur auf die Rolle der Laiin, was vor allem dem letzten Fragekomplex zu Auszügen aus den Gruppendiskussionen geschuldet ist. Denn die ausgewählten Aspekte haben das Potenzial, von den ästhetisch-plastischen Chirurg*innen als Kritik an ihnen und ihrer Fachdisziplin empfunden zu werden. Entsprechend dieser möglichen Wahrnehmung habe ich mich mit letzteren Fragen außerdem auch in eine Rolle begeben, die man in Anlehnung an den Typus des »Kritiker[s]« bei Bogner et al. (2014: 53) als *vermittelnde* Kritikerin bezeichnen kann. Denn ich habe die interviewten Chirurg*innen nicht gebeten, zu meinen persönlichen Annahmen Stellung zu beziehen, sondern ich habe sie – vermittelt über die Aussagen der Alltagsakteur*innen – mit Orientierungen konfrontiert, die von den Chirurg*innen mitunter als negativ konnotiert ausgelegt werden können. Bei etlichen Nachteilen, die mit dieser Interviewer*innen-Rolle einhergehen, besteht ein wesentlicher Vorteil darin, dass der*die Befragte »Legitimationsdiskurse [präsentiert] und [...] damit die normativen Prämissen der eigenen Orientierung offen[legt]; er gibt Begründungen, die wir womöglich sonst nicht erhalten hätten« (Bogner et al. 2014: 53). Somit eröffnen sich über die Rolle der vermittelnden Kritikerin auch Zugänge zu dem im Forschungsfokus stehenden Deutungswissen.⁸

Die Gruppendiskussionen mit den Alltagsakteur*innen wie auch die Expert*inneninterviews mit den Chirurg*innen wurden nach den Richtlinien TiQ (Talk in Qualitative Research) transkribiert und anonymisiert (vgl. Bohnsack et al. 2013: 399f.).

8 Bogner et al. unterscheiden darüber hinaus noch weitere Wahrnehmungsformen von Interviewer*innen, wie die »Interviewerin als Komplizin«, die interviewende Person als »Evaluator« oder auch der Interviewer als »Autorität« (vgl. Bogner et al. 2014: 53f.), die jedoch aufgrund fehlender Merkmale von mir als Forscherin nicht erfüllt werden konnten oder die keinen Zugang zum Deutungswissen der ästhetisch-plastischen Chirurg*innen eröffnet hätten.

Auswertung über Dokumentarische Methode

Die Auswertung der erhobenen Daten aus den Gruppendiskussionen mit Alltagsakteur*innen und den Expert*inneninterviews mit ästhetisch-plastischen Chirurg*innen erfolgte mittels der Dokumentarischen Methode, die Ralf Bohnsack in kritischer Auseinandersetzung mit den Arbeiten Karl Mannheims (1980, 1970 [1964]), Harold Garfinkels (1967) und Werner Mangolds (1973, 1960) zu einem systematischen Auswertungs- und Interpretationsverfahren der qualitativen Sozialforschung (weiter-)entwickelt hat (vgl. Bohnsack 1992, 1989). Ursprünglich wurde die Dokumentarische Methode von Bohnsack entwickelt, um Gruppendiskussionen zu interpretieren. Mittlerweile wurde vor allem durch Arnd-Michael Nohl – in Anknüpfung und Erweiterung an die Arbeiten von Bohnsack und denen von Fritz Schütze (1987) – auch ein systematisch ausgearbeiteter Ansatz zur dokumentarischen Interpretation von Interviews mit Einzelpersonen, wie etwa Expert*innen, entwickelt (vgl. Nohl 2017, 2006, 1995).

Die gemeinsame Basis der dokumentarischen Interpretation von Gruppendiskussionen wie auch von Einzelinterviews besteht nach Nohl darin, dass beide Erhebungsformen auf die Generierung von Erzählungen abzielen und auf die Erfassung von Orientierungen und Erfahrungen der Interviewten ausgelegt sind. Die Rekonstruktion des Verhältnisses zwischen Orientierungen und Erfahrungen, ob nun auf kollektiver oder individueller Ebene, ist das hauptsächliche Ziel der Dokumentarischen Methode. Mit diesem methodologischen »Brückenschlag« zwischen den unterschiedlichen Erhebungsformen wird eine datensortenübergreifende Triangulation im Rahmen der Dokumentarischen Methode ermöglicht (vgl. Nohl 2017: 3f., 10f.).

Für die Rekonstruktion von Erfahrungen und Orientierungen wird in der Dokumentarischen Methode im Anschluss an Karl Mannheim (1970 [1964]) zwischen einem »immanenten« und einem »dokumentarischen« Sinngehalt einer sprachlichen Äußerung unterschieden. Der immanente Sinngehalt betrifft das unmittelbar Gesagte, das, *was* erklärt, debattiert oder thematisiert wird. Dieser unterteilt sich nochmals in einen »Objektsinn«, der sich auf den allgemeinen, objektivierbaren Inhalt einer Aussage bezieht, und dem »intentionalen Ausdruckssinn«, der die Beweggründe und Motive der Interviewten umfasst. Der »dokumentarische Sinngehalt«, auch als »Dokumentsinn« bezeichnet, bezieht sich hingegen darauf, *wie* das Gesagte thematisiert wird, d.h. in welchem Rahmen es verhandelt wird (vgl. Bohnsack 2010a: 60f.; Nohl 2017: S. 4ff.).

Der Dokumentsinn ist tief in der sozialen Handlungspraxis verankert und diese ist wiederum vor allem durch eine Wissensform gekennzeichnet, der Mannheim einen »atheoretischen Charakter« zuschreibt (Mannheim 1980: 73). Dieses Wissen wird als atheoretisch bezeichnet, da es ein implizites Wissen ist, d.h. Akteur*innen verfügen über dieses Wissen und handeln auf Basis dieses Wissens in der sozia-

len Praxis, ohne dass sie es bei jeder Handlung explizieren (könnten). So wissen Akteur*innen aus ihrer Erfahrung heraus scheinbar intuitiv und ohne es genauer ausführen zu müssen, wie man bspw. Auto fährt oder sich die Schuhe bindet (vgl. Nohl 2017: 6). Wenn Akteur*innen dasselbe atheoretische Wissen teilen, kommt es zu einem direkten »Verstehen« (Mannheim 1980: 272), was bedeutet, dass Begriffe, Bezeichnungen, Äußerungen auf Anhieb verstanden werden und einander nicht erst expliziert werden müssen. Der Grund für ein solches »Einander-Verstehen im Medium des Selbstverständlichen« (Gurwitsch 1976: 178) liegt in geteilten Erfahrungen und Orientierungen der Akteur*innen, d.h. im Sinne Mannheims gehören Akteur*innen mit demselben atheoretischen Wissen demselben konjunktiven Erfahrungsraum an. Ein solches atheoretisches, implizites Wissen bezeichnet Bohnsack folglich als konjunktives Wissen (vgl. Bohnsack 2001: 329ff.; Bohnsack 2012: 125ff.).

Trifft man auf jemanden, der nicht dem selben konjunktiven Erfahrungsraum angehört und entsprechend nicht über dasselbe atheoretische Wissen verfügt, so ist man gezwungen, dem-*derjenigen Akteur*in gegenüber den Sinn der eigenen konjunktiven Erfahrung zu explizieren (vgl. Nohl 2017: 7). Erst wenn es notwendig wird, »Außenstehenden etwas zu erklären (wie etwa dem Kind das Schuhbinden), versuchen wir, [...] unser atheoretisches Wissen in alltagstheoretische und allgemeinverständliche Begrifflichkeiten zu überführen« (ebd.: 6). Bohnsack bezeichnet ein solches Wissen, das eine die jeweiligen konjunktiven Erfahrungsräume übergreifende Kommunikation ermöglicht, in Abgrenzung zum konjunktiven Wissen als kommunikatives Wissen (vgl. Bohnsack 2001: 330ff.; Bohnsack 2012: 122ff.).

Den Unterscheidungen von immanentem und dokumentarischem Sinngehalt sowie von kommunikativem und konjunktivem Wissen folgend, trennt Bohnsack den Analyseprozess der Dokumentarischen Methode in die Arbeitsschritte der formulierenden sowie der reflektierenden Interpretation (vgl. Bohnsack 2010a: 134-139). Im Zuge der formulierenden Interpretation wird der immanente Sinngehalt darüber herausgearbeitet, dass die transkribierten Gruppendiskussionen und Expert*inneninterviews in Ober- und Unterthemen paraphrasierend aufgegliedert werden. Zielführend ist die Erarbeitung der jeweiligen thematischen Struktur des Gesagten. Im Anschluss daran werden Passagen für die reflektierende Interpretation ausgewählt. Für die Auswahl sind zum einen Passagen von Interesse, die durch eine »besondere interaktive und metaphorische Dichte« (Bohnsack 2010a: 135) gekennzeichnet sind. Zum anderen werden Passagen ausgewählt, die eine hohe inhaltliche Relevanz hinsichtlich der Fragestellung aufweisen (vgl. ebd.: 134f.; Przyborski/Wohlrab-Sahr 2010: 286f.).

Innerhalb der sich anschließenden reflektierenden Interpretation wird der dokumentarische Sinngehalt herausgearbeitet. Dafür wird der Frage nachgegangen, in welchem Orientierungsrahmen ein Thema verhandelt wird, wodurch ein Zugang zum konjunktiven Wissen erzielt werden soll (vgl. Bohnsack 2010a: 135-138).

Grundlegend wird in diesem Auswertungsschritt der Dokumentarischen Methode – unabhängig von der jeweiligen Datensorte – sequenziell und komparativ analysiert (Bohnsack 2001: 335ff.; vgl. Nohl 2017: 7). Hinter dieser Vorgehensweise steht die Annahme, dass ein*e Akteur*in oder eine Gruppe von Akteur*innen ein Thema nur in einer spezifischen Art und Weise, also in einem bestimmten Orientierungsrahmen, verhandelt, woraus folgt, dass auf eine erste Äußerung nur eine, dem Rahmen der ersten Äußerung entsprechende, zweite Äußerung folgen kann, der dann wiederum nur weitere Äußerungen folgen können, die ebenfalls dem jeweiligen Rahmen entsprechen. Indem die Regelmäßigkeit, die die Äußerungen eines Interviews oder einer Gruppendiskussion strukturieren, rekonstruiert wird, kann der dokumentarische Sinngehalt erschlossen werden (vgl. Nohl 2017: 8; Bohnsack 2001: 335). Diese Annahme von Sequenzialität analytisch umzusetzen, erfolgt dann darüber, dass der*die Interpret*in

»nach alternativen Reaktionen sucht, die nicht nur als sinnvolle Reaktionen (auf die erste Äußerung) gelten können, sondern auch Homologien zur empirisch gegebenen Reaktion aufweisen. Es geht darum, dass der Interpret [oder die Interpretin; J.W.] nach funktionalen Äquivalenten sucht zu der Art und Weise, wie, d.h. in welchem Rahmen das mit der ersten (empirisch gegebenen) Äußerung gesetzte Thema durch die (empirisch gegebene) Reaktion bearbeitet wird. Der Interpret [bzw. die Interpretin; J.W.] bildet auf diese Weise eine ›Klasse‹ oder Reihe von Reaktionen, die homolog sind, also derselben ›Regel‹ zuzuordnen sind, um diese Regel dann zur Explikation zu bringen [...].« (Bohnsack 2001: 335)

Die Signifikanz des erarbeiteten Orientierungsrahmens kann dann schließlich über eine Abgrenzung zu anderen Orientierungsrahmen, in denen das gleiche Thema in einer differierenden Weise verhandelt wird, empirisch validiert werden (vgl. Nohl 2017: 8). Dies erfolgt in der Analyse der Gruppendiskussionen und Expert*inneninterviews zunächst innerhalb eines Falls, d.h. wird ein Orientierungsrahmen identifiziert, so wird innerhalb der Gruppendiskussion oder des Expert*inneninterviews nach Bestätigungen dieses Orientierungsrahmens gesucht und/oder es werden andere, zum ersten Rahmen differierende Orientierungsrahmen herausgearbeitet. Im Anschluss wird in den jeweils anderen Fällen wiederum überprüft, ob das Thema, von dem aus auf den ersten Orientierungsrahmen geschlossen wird, in anderen Gruppendiskussionen oder Expert*inneninterviews auf dieselbe Weise oder auf eine ganz anderen Art, d.h. in einem ganz anderen Rahmen verhandelt wird. Mit einem solchen Vorgehen verdeutlicht sich schließlich, was mit dem genuin komparativen Charakter der Dokumentarischen Methode gemeint ist, denn das (fallinterne/fallexterne) Vergleichen ist ein wesentliches, den gesamten Analyseprozess durchziehendes Element (vgl. ebd.; Przyborski/Wohlrab-Sah 2010: 302f.).

In dieser sequenziellen und komparativen Vorgehensweise gleichen sich die reflektierenden Interpretationen ausgewählter Passagen aus den durchgeführten Gruppendiskussionen und Expert*inneninterviews. Jedoch ergeben sich aus den jeweiligen Datensorten nochmals bestimmte Spezifika für die reflektierende Interpretation. So wird im Zuge der reflektierenden Interpretation der Gruppendiskussionen auch die sogenannte »Diskursorganisation« rekonstruiert, womit die Art und Weise gemeint ist, wie Interviewte während einer Gruppendiskussion mit ihren sprachlichen Äußerungen aufeinander Bezug nehmen (vgl. Przyborski/Wohlrab-Sahr 2010: 302). Die gegenseitige Bezugnahme kann in einer parallelen, antithetischen, oppositionellen oder auch divergenten Weise erfolgen (vgl. zu Modi der Diskursorganisation Przyborski 2004). Dieses Vorgehen ist bei der Analyse der Gruppendiskussionen insoweit von Bedeutung, als dass sich im

»Sich-wechselseitig-Steigern-und-Fördern, im diametralen Gegeneinander, in der kommentierenden Ergänzung oder auch in der systematischen Vereinnahmung der anderen [...] jeweils andere Formen *fundamentaler Sozialität* ihren Ausdruck [finden], und es zeigt sich, ob den Beteiligten ein Erfahrungsraum gemeinsam ist oder nicht.« (Bohnsack 2004: 11; H.i.O.)

Die Besonderheit der reflektierenden Interpretation von Interviews, wie sie mit den ästhetisch-plastischen Chirurg*innen geführt wurden, besteht dagegen darin, dass die sequenzielle und komparative Analyse der Semantik mit einer formalen Interpretation dieser verknüpft wird. Für die formale Interpretation schlägt Nohl den Rückgriff auf die Textsortentrennung vor, die Fritz Schütze (1987) im Rahmen der Narrationsstrukturanalyse entwickelt hat. So wird in der Analyse zwischen den Textsorten der »Erzählung«, »Beschreibung«, »Argumentation« und »Bewertung« unterschieden (vgl. Nohl 2017: 32). Während man über Erzählungen und Beschreibungen einen Einblick in die Handlungspraxis der Interviewten erhält und entsprechend das implizite, konjunktive Wissen erschließen kann, ermöglichen die Textsorten der Argumentation und Bewertung einen Zugang zum kommunikativen Wissen, das in Form von Stellungnahmen und Plausibilisierungen explizit zum Ausdruck gebracht wird (vgl. Nohl 2017: 32ff.).

Der Fokus bei den Expert*inneninterviews liegt, den Prämissen der Dokumentarischen Methode folgend, vor allem auf der Erschließung von konjunktivem Wissen über die Analyse von Erzählungen und Beschreibungen der ästhetisch-plastischen Chirurg*innen. Jedoch werden, entsprechend der Forschungsfragen zu Legitimations- und Plausibilisierungsmustern der ästhetisch-plastischen Chirurg*innen in Bezug auf ihr ärztliches Handeln und ihre Fachdisziplin (vgl. Kap. 2.6), auch die Textsorten der Argumentationen und Bewertungen in die Analyse miteinbezogen. Denn auch diese lassen sich nach Nohl dokumentarisch interpretieren, denn statt dem

»wörtlichen Sinngehalt zu folgen, kann man auch die Herstellungs- bzw. Konstruktionsweise der Argumentationen rekonstruieren und auf diese Weise herausarbeiten, *wie* jemand seine Handlungsweisen rechtfertigt bzw. bewertet. Auch dieser modus operandi des Theoretisierens kann Aufschluss über die Orientierungsrahmen geben, innerhalb derer eine Person ihre Themen und Problemstellungen bearbeitet [...].« (Nohl 2017: 35; H.i.O.)

An die Reflektierende Interpretation schließt sich die Bildung von Typen an, die sich in eine sinngenetische und eine soziogenetische Typenbildung unterteilt. Für diesen Schritt der Dokumentarischen Methode ist erneut die komparative Vorgehensweise von zentraler Bedeutung, denn diese beschränkt sich nicht nur auf die reflektierende Interpretation, sondern durchzieht den gesamten Auswertungsprozess der Dokumentarischen Methode bis hin zur Typenbildung. In der sinngenetischen Typenbildung werden diejenigen Orientierungsrahmen identifiziert, die sich nicht nur in einem einzelnen Fall, sondern über mehrere Fälle hinweg rekonstruieren lassen. Wenn innerhalb der Analyse eines Falls (etwa einer Gruppendiskussion oder einem Expert*inneninterview) also eine spezifische Weise identifiziert wird, in der ein Thema verhandelt wird, und lässt sich diese Weise der Verhandlung auch in anderen Passagen desselben Falls (fallintern) und in Passagen anderer Fälle zum selben Thema (falleextern) ausfindig machen, dann kann diese spezifische Weise, d.h. dieser Orientierungsrahmen, vom Einzelfall zu einer ersten Basistypik⁹ abstrahiert werden. Diese Basistypik wird dann über den Vergleich mit anderen Orientierungsrahmen zum gleichen Thema und mit Orientierungsrahmen zu anderen Themen weiter ausdifferenziert (vgl. Bohnsack 2010a: 141-154; Bohnsack 2013: 249-262; Nohl 2017: 9f.; Przyborski/Wohlrab-Sahr 2010: 296-299).

Die Dokumentarische Methode sieht schließlich noch als letzten Schritt eine soziogenetische Typenbildung vor. Im Zuge dieser wird die Frage nach der Genese der jeweils herausgearbeiteten Orientierungen geklärt, indem rekonstruiert wird, innerhalb welcher sozialstrukturellen Konstellationen sich die herausgearbeiteten

9 Eine Basistypik kann nach Bohnsack bspw. die Bildung, die Generation, das Milieu oder auch das Geschlecht betreffen. Welche Art von Typik fokussiert wird, hängt nach Bohnsack vom jeweiligen Erkenntnisinteresse des Forschungsvorhabens ab (vgl. Bohnsack 2013: 232; Przyborski/Wohlrab-Sahr 2010: 297). Da innerhalb dieses Forschungsvorhabens in erster Linie die Rekonstruktion von Alltags- und Expert*innenwissen zu Ästhetisch-Plastischer Chirurgie fokussiert wird, orientierte sich die Bildung und Bezeichnung der Basistypiken vor allem an den in der Analyse herausgearbeiteten Themen, um einen Einblick in die und einen Überblick zu den jeweiligen Wissensformen zu erzielen. Das Thema »Milieu« spielt in der vorliegenden Arbeit zwar auch eine Rolle, aber anders als von Bohnsack im Rahmen der Dokumentarischen Methode vorgesehen. Denn während Bohnsack »Milieu« als das konzeptionalisiert, was es in der empirischen Rekonstruktion zu bestimmen gilt, wird im Rahmen dieses Forschungsprojekt Milieu als die Grundlage des Samplings gewählt und ist somit der Analyse vorgelagert (vgl. Bohnsack 2013).

Orientierungsrahmen herausgebildet haben. Im Zuge dieses letzten Schritts der Auswertung werden erstellte Basistypiken von anderen Typiken abgegrenzt oder aber es werden Überlagerungen mit anderen Typiken rekonstruiert. Dieses Vorgehen erfolgt vor allem maximal kontrastierend, d.h. wenn man etwa eine herausgearbeitete »Migrationstypik z.B. von der Geschlechtstypik abgrenzen [will], muss man systematisch männliche mit weiblichen Gruppen vergleichen« (Przyborski/Wohlrab-Sahr 2010: 299; zur Soziogenetischen Typenbildung vgl. auch Bohnsack 2010a: 141-154; Bohnsack 2013: 262-268; Nohl 2017: 10). Da eine soziogenetische Typenbildung in der Regel ausschließlich in Projektzusammenhängen mit deutlich höheren Fallzahlen, als den in diesem Forschungsvorhaben erreichten, durchgeführt werden kann, wurde auf diesen Schritt verzichtet. Stattdessen werden die im Zuge einer sinngenetischen Typenbildung erarbeiteten Basistypiken von Alltagswissen und Expert*innenwissen zu Ästhetisch-Plastischer Chirurgie abschließend miteinander kontrastierend diskutiert.

Die Vorgehensweise bei der Auswertung über die Dokumentarische Methode bildet auch den wesentlichen roten Faden, über welchen die nachfolgenden empirischen Kapitel strukturiert sind. Alle vier empirischen Kapitel behandeln jeweils ein spezifisches Thema, das sowohl in den Gruppendiskussionen als auch in den Expert*inneninterviews von zentraler Bedeutung ist. In den jeweiligen Kapiteln wird in Bezug auf das je bestimmende Thema zunächst – entsprechend der Reihenfolge der erhobenen Daten – zuerst die Perspektive der Alltagsakteur*innen und im Anschluss jene der Chirurg*innen dargestellt. Die in den Kapiteln aufgezeigten Analysen versammeln komprimierte und exemplarisch illustrierte Ergebnisse der jeweiligen, reflektierenden Interpretationen der Einzelfälle. Die rekonstruierten Orientierungen der Alltagsakteur*innen sowie die der Chirurg*innen sind in den empirischen Kapiteln je nach Datensorte fallübergreifend dargestellt, womit beabsichtigt wird, die jeweils homologen Strukturen, die sich über die einzelnen Gruppen bzw. über die Einzelfälle der Chirurg*innen hinaus abzeichneten, adäquat darzustellen. Im Anschluss an jedes Unterkapitel wird eine am Erkenntnisinteresse ausgerichtete Basistypik (des Alltags- bzw. Expert*innenwissens) abstrahiert und anschließend differenziert. Diese erarbeiteten Typiken von Alltags- und Expert*innenwissen werden zu jedem empirischen Kapitel abschließend zusammenführend und kontrastierend diskutiert.

3.3. Das Sample der Studie: Vorstellung der interviewten Alltagsakteur*innen und Expert*innen

Im Folgenden werden die Alltagsakteur*innen, mit denen die Gruppendiskussionen durchgeführt wurden, sowie die ästhetisch-plastischen Chirurg*innen, mit denen Expert*inneninterviews geführt wurden, detailliert vorgestellt. Die Darstel-

lungen der Alltagsakteur*innen basieren auf (Selbst-)Beschreibungen der Gruppen, die die jeweilige Kontaktperson zur Gruppe vorab angefertigt hat, sowie auf einem ausgefüllten Kurzfragebogen, auf dem die Teilnehmenden einige wesentliche sozialstrukturelle Merkmale im Anschluss an jede Gruppendiskussion vermerkten. Die Darstellungen der ästhetisch-plastischen Chirurg*innen fußen auf der Recherche der Interviewerin zu den Chirurg*innen, die vor jeder Interview-Anfrage erfolgte, sowie auf im Interview getätigten Aussagen der Expert*innen zu ihrem jeweiligen beruflichen Werdegang. Aufgrund der Prämisse der zu wahren Anonymität wird im Fall der Chirurg*innen auf Detailausführungen zu den fachspezifischen Schwerpunkten und den zahlreichen Weiter- und Fortbildungen verzichtet.

Gruppe Gelb: Die Teilnehmer*innen der Gruppe Gelb, drei Frauen und drei Männer, sind zum Zeitpunkt der Gruppendiskussion zwischen 25 und 35 Jahre alt und kennen sich in dieser konkreten Gruppenkonstellation bereits seit etwas mehr als fünf Jahren. Kennengelernt haben sich die Teilnehmer*innen in einer ostdeutschen Großstadt über das gemeinsame Studium, auf politischen Demonstrationen, über Freundeskreise oder über die Arbeit bei einer umweltpolitischen Initiative. Bis auf einen Mann haben alle anderen Personen der Gruppe die Fachhochschulreife erlangt, bereits ein Bachelor-Studium absolviert und/oder sind dabei, ihr Master- bzw. Diplomstudium zu beenden. Als Gruppe verbinde sie vor allem, dass sie »ähnliche politische und gesellschaftliche Ansichten haben«, sie »auf verschiedene Weise politisch aktiv« sind und sich »für ähnliche gesellschaftliche Themen [interessieren]« (Selbstbeschreibung Gruppe Gelb). Vier Mitglieder der Gruppe engagieren sich diesen Gemeinsamkeiten folgend in (ehrenamtlichen) Vereinen und sind u.a. im Bereich der politischen Bildung, in Parteibasisgruppen, in Ausländerräten oder Umweltinitiativen aktiv. Alle Mitglieder der Gruppe Gelb gestalten auch ihr Alltags Handeln entsprechend dieser Aktivitäten, so wird der Einkauf von Alltagsgegenständen an ethischen und ökologischen Kriterien (bio, fairtrade, saisonal, regional etc.) ausgerichtet und für die alltägliche Fortbewegung wird aus zuvorderst ökologischen Gründen das Fahrrad oder der ÖPNV genutzt (aus der Selbstbeschreibung und den Kurzfragebögen Gruppe Gelb).

Gruppe Rot: Die sechs, allesamt weiblichen Teilnehmerinnen der Gruppe Rot sind bei der Durchführung der Gruppendiskussion zwischen 70 und 75 Jahre alt, nur eine Teilnehmerin sticht bei der Kategorie Alter heraus, da sie erst Mitte 40 ist. Der Gruppenzusammenhang ist vor allem dadurch bedingt, dass alle Personen nachbarschaftlich in einem kleinen Vorort einer ostdeutschen Kleinstadt leben und sich ein Großteil der Gruppe bereits seit ihrer Kindheit kennt. Vier Frauen der Gruppe Rot haben trotz unterschiedlichster akademischer Abschlüsse und Ausbildungen als Lehrerinnen an Schulen in der Umgebung gearbeitet. Die jüngere Person der

Gruppe Rot war die Schülerin einer der älteren Gruppenmitglieder und ist nach einem absolvierten Veterinärmedizinstudium in den Vorort zurückgekehrt, um eine eigene Praxis zu leiten. In Bezug auf ihre Gruppe hält die Kontaktperson in einer retrospektiven Betrachtung ihrer gemeinsamen Geschichte fest: »Jeder kannte die Familienverhältnisse und hat auch geholfen, wenn man was machen musste – es war kollektiv – sozialistisches Kollektiv, da hat jeder was mitgemacht – guter Zusammenhalt, jeder trägt was bei. Wie man so schön sagt, wir haben eine Sprache gesprochen« (Selbstbeschreibung Gruppe Rot). Der alltägliche Einkauf wird nach den Kriterien Notwendigkeit, Gebrauch und Bedarf ausgerichtet, die Freizeit verbringen sie (gemeinsam) vor allem mit Kreuzworträtseln, dem Spielen von Canasta, Rommé und Scrabble und Gartenarbeit. Vier Mitglieder der Gruppe engagieren sich darüber hinaus, meist ehrenamtlich, bei der Rheuma-Wassergymnastik, dem Seniorenchor, im Bibelkreis oder dem Tierheim (aus der Selbstbeschreibung und den Kurzfragebögen Gruppe Rot).

Gruppe Grün: Die Gruppe Grün setzt sich aus drei heterosexuellen Ehepaaren zusammen, die zum Zeitpunkt der Erhebung zwischen etwa 60 bis 70 Jahre alt sind. In dieser Gruppenkonstellation sind die Teilnehmer*innen seit etwa 35 Jahren befreundet. Sie wohnten zunächst alle in einem gemeinsamen Drei-Familien-Haus, doch die Freundschaften blieben auch nach Umzügen bestehen (wobei die Gruppe immer noch in der bzw. im Umkreis zu derselben westdeutschen Großstadt lebt). Alle haben die Fachhochschulreife erlangt, danach studiert und ihre anschließenden beruflichen Tätigkeitsbereiche reichen von Führungspositionen in sozialen Branchen bis hin zu selbständiger Tätigkeit als Berater oder Musiker. Die Gruppe verbindet »eine lange tiefe Freundschaft – mit legendären Urlauben und gemeinsamen Demos gegen die Ungerechtigkeit«, daher konstatiert auch die Kontaktperson der Gruppe: »Politisch stimmen wir gut überein – kulturell auch« (Selbstbeschreibung Gruppe Grün). Im Einklang mit dieser Selbstbeschreibung steht das ehrenamtliche Engagement, dem – bis auf eine Person – alle Mitglieder der Gruppe nachgehen und das von gewerkschaftlichen Aktivitäten, über Solidaritätsarbeit mit Geflüchteten bis hin zur Mitarbeit in Musik- und Behindertenvereinen reicht. Ihren Alltag bestreitet ein Großteil der Gruppe in Hinblick auf die Fortbewegung vor allem zu Fuß oder per Fahrrad aus zuvorderst gesundheitlichen, aber auch aus umweltpolitischen Gründen. Der alltägliche Einkauf ist an den Kriterien ökologisch, fair, bio, aber trotzdem preiswert orientiert. Ihre Freizeit gestalten sie durch Museumsbesuche, Kulturevents, politische Veranstaltung, aber auch Wandern, Gymnastik und Reisen (aus Selbstbeschreibung und Kurzfragebogen Gruppe Grün).

Gruppe Orange: Die Mitglieder der Gruppe Orange (4 Frauen) sind zum Zeitpunkt der Gruppendiskussionen zwischen 25 und 35 Jahre alt. Zwei der Mitglieder haben einen Realschulabschluss, die anderen zwei das (Fach-)Abitur – alle gemein-

sam haben sie eine Lehrausbildung gemacht, die sie schließlich zusammenführte, denn ihre Bekanntschaft ergab sich über das gemeinsame Arbeiten innerhalb einer Bank in einer westdeutschen Großstadt. Zwei der Teilnehmerinnen begannen bei den jeweils anderen beiden der Gruppe als Auszubildende in der Bank. Die Kontaktperson der Gruppe konstatiert im Rückblick auf ihre Gruppengeschichte, dass dadurch, dass sie »jeden Tag in der Arbeit zusammengearbeitet haben und voneinander gelernt haben, [...] Freundschaften entstanden [sind], die nun schon 7 Jahre halten. Man geht in der Arbeit durch dick und dünn, Erfolge, Niederlagen, stressige Arbeitstage und erholsame Betriebsausflüge« (Selbstbeschreibung Gruppe Orange). Mittlerweile arbeiten zwar alle an anderen Standorten, aber ihre Freundschaft blieb erhalten und so treffen sie sich auch in ihrer Freizeit regelmäßig zum Essen und Trinken, Shoppen, Wellnesen und unternehmen gemeinsam »Mädelswochenenden«. Keine der Teilnehmerinnen der Gruppe engagiert sich ehrenamtlich, was vor allem über die Arbeitsbelastung begründet wird. Ihren täglichen Einkauf richten sie an den Aspekten technischer Neuheiten, an Aktualität, Trends und Bedarf bzw. Bedürfnissen aus (aus Selbstbeschreibung und Kurzfragebogen Gruppe Orange).

Gruppe Blau: Die Teilnehmer*innen der Gruppe Blau (4 Personen, davon drei männlich und eine weiblich) sind zum Zeitpunkt der Gruppendiskussion zwischen 25 und 40 Jahre alt. Die Gruppe eint, dass sie alle in einem Studio für Tattoos, Piercings und Bodymodification in einer westdeutschen Großstadt arbeiten, wobei zwei der Männer als Leiter des Studios tätig sind. Die Männer der Gruppe haben einen Realschulabschluss und anschließend eine Lehrausbildung absolviert, die weibliche Teilnehmerin hat Abitur gemacht, ein Studium bis zum Staatsexamen absolviert und sich dann für die Arbeit im Studio entschieden. Nach Aussagen der Kontaktperson stieß die letzte Person vor etwa zwei Jahren zur Gruppe. Die Gruppe trifft sich zwar regelmäßig im Rahmen der Arbeit, doch reicht ihre »Beziehung darüber hinaus. Neben gemütlichem Zusammensitzen am Abend, was meist mindestens wöchentlich passiert, haben wir auch bereits mehrere Auslandsreisen zu Conventions mit anschließendem Strand- oder Städteurlaub unternommen« (Selbstbeschreibung Gruppe Blau). Die Gruppe verfolgt anschließend daran gemeinsam verschiedene Freizeitaktivitäten, wie das Reisen, das Zeichnen und die Auseinandersetzung mit Kunst über Besuche von Ausstellungen. Der Großteil der Gruppe nutzt, bedingt durch die Strecke zwischen Wohnort und Arbeitsstelle, das Auto bzw. das Motorrad. Darüber hinaus engagier(t)en sich zwei der Mitglieder auch innerhalb der Gemeinde (Ministrantin) bzw. im Vereinskontext (Fußballclub).

Gruppe Lila: Die Gruppe Lila besteht aus drei Personen (zwei männlich, eine weiblich) im Alter zwischen 25 und 35 Jahren. Zwei der Mitglieder sind in einer heterosexuellen Ehe miteinander verheiratet und haben zwei gemeinsame Kinder.

Die Frau verbindet mit dem anderen Mann der Gruppe eine Freundschaft seit der Jugendzeit, die schließlich zu einer Freundschaft zwischen allen drei Gruppenmitgliedern führte. Laut der gruppenexternen Kontaktperson trifft sich die Gruppe regelmäßig und dann »reden [sie] viel, diskutieren über das Weltgeschehen, kochen zusammen, grillen im Sommer und machen Spieleabende, wenn die Kinder im Bett sind« (Beschreibung Gruppe Lila). Die Männer der Gruppe haben jeweils eine Lehrausbildung absolviert und arbeiten in technischen Berufen, die Frau hat einen Fachhochschulabschluss und arbeitet nach eigener Aussage als Mutter im Sinne einer Vollzeit- und Schichtarbeit. Aufgrund dessen, dass alle in kleinen, westdeutschen dörflichen Gemeinden wohnen, nutzen alle, aus verschiedenen Notwendigkeiten heraus, das Auto zur täglichen Fortbewegung. Die Besorgung von alltäglichen Utensilien orientiert sich daran, dass die Sachen qualitativ hochwertig, notwendig, dem persönlichen Geschmack entsprechend und preislich gerechtfertigt sind (Beschreibung und Kurzfragebogen Gruppe Lila).

Dr. Merkur: Der zuerst interviewte ästhetisch-plastische Chirurg Dr. Merkur, der zum Zeitpunkt des Interviews seit mittlerweile knapp 20 Jahren im Bereich der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie tätig ist, erklärte, dass bereits sein Vater als Arzt tätig war. Seinen eigenen beruflichen Werdegang hin zur Ästhetisch-Plastischen Chirurgie beschreibt er als »zufällig«, denn er strebte während seines Studiums der Humanmedizin eigentlich eine andere fachliche Spezialisierung an. Durch eine vermittelte Hospitation hat er sich jedoch letztendlich für die Ästhetisch-Plastische Chirurgie entschieden, denn diese Disziplin ermögliche, dass er etwas »Handwerkliches« machen kann und einen Beruf einnimmt, in dem er »selbst mit [s]einen Händen was schaffen kann« (vgl. Merkur, Z. 1-91). Seine Zeit als Arzt im Praktikum (AiP) und seine Assistenzarztzeit, die er an verschiedenen Kliniken und Krankenhäusern absolvierte, teilte er zwischen den Gebieten der Unfallchirurgie bzw. Allgemeinchirurgie und der Plastischen Chirurgie auf. Nachdem er die Ausbildung zum Facharzt für Ästhetisch-Plastische Chirurgie beendet hatte, bekleidete er die Position als Oberarzt für den Bereich der Plastischen Chirurgie an einer Klinik. Vor einigen Jahren machte er sich selbstständig und leitet seitdem eine eigene Privatpraxis mit dem Schwerpunkt auf Ästhetische und Plastische Chirurgie in einer deutschen Großstadt.

Dr. Uranus: Er stammt nach eigenen Angaben aus einer »Chirurgenfamilie« und schwankte in seiner Berufswahl zwischen Medizinstudium und einem Studium im künstlerischen Bereich. Er entschied sich letztlich »rational« für das Medizinstudium, denn als Arzt könne man nebenbei auch noch künstlerischen Tätigkeiten nachgehen, mit einem künstlerischen Beruf könne man nebenbei aber nicht als Arzt tätig sein. Als einen weiteren Grund für seine Entscheidung zum Medizin-Studium (und für eine Spezialisierung auf die Ästhetisch-Plastische Chirurgie) führt er die

Geschichte einer Person aus seiner Schulzeit an. Diese litt an einer auffallenden Entstellung im Gesicht. An den Erfahrungen, die diese Person hinsichtlich gesellschaftlicher Diskreditierung gemacht habe, habe Dr. Uranus erkannt, welche gesellschaftlich bedeutsamen Auswirkungen das Aussehen einer Person haben kann. Nach dem Studium der Humanmedizin vollzog er sein Arzt im Praktikum (AiP) noch in einem anderen Fachgebiet als der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie. Er absolvierte zunächst seine Facharztausbildung zur Allgemeinen Chirurgie und vollendete nach weiteren Jahren der Ausbildung auch die Facharztausbildung für das Gebiet der Plastischen, Ästhetischen und Rekonstruktiven Chirurgie. Er machte sich schließlich mit einer eigenen Privatpraxis für Ästhetisch-Plastische Chirurgie in einer deutschen Großstadt selbstständig und ist nunmehr seit über 20 Jahren auf dem Gebiet der Chirurgie bzw. Ästhetisch-Plastischen Chirurgie tätig (vgl. Uranus, Z. 499-561).

Dr.ⁱⁿ Saturn: Die erste weibliche ästhetisch-plastische Chirurgin des Samples, berichtete in der Erklärung, wie sie zur Ästhetisch-Plastischen Chirurgie gekommen ist, zum einen davon, dass sie sich schon immer für die Kombination aus Medizinischem und Künstlerischen interessiert habe und konkretisiert dies, ähnlich wie Dr. Merkur, an einem zentralen Ereignis, das ihr den Weg in die Ästhetisch-Plastische Chirurgie bereitet habe. Sie behandelte eine Person, der ein Sinnesorgan durch einen Unfall komplett zerstört wurde, das sie mit viel Freude an der »Akrilie« rekonstruiert habe. So entschied sie sich nach einem absolvierten Medizinstudium und verschiedenen Assistenzarztstätigkeiten an unterschiedlichen Kliniken mit chirurgischem Schwerpunkt dazu, zunächst ihre Facharztausbildung für Chirurgie und im Anschluss die weitere Ausbildung zur Fachärztin für Plastische und Ästhetische Chirurgie zu absolvieren. Nach einer Oberarztstätigkeit für das Gebiet der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie an einer Klinik in einer deutschen Großstadt, eröffnete sie vor etwa zehn Jahren ihre eigene Praxis (vgl. Saturn, Z. 28-39).

Dr. Neptun: Auch der seit etwa 25 Jahren als Arzt tätige Dr. Neptun beschreibt, wie bereits Dr. Merkur, seinen beruflichen Werdegang als durch viele Zufälle bestimmt. Nach einem Studium der Medizin stand auch er vor der Entscheidung für eine spezifische Fachdisziplin. Da er sich selbst als »Handwerker« sieht, der etwas »Operatives« machen wollte, bei dem man »nicht nur den Kopf zu braucht«, entschied er sich nach einer Facharztausbildung auf dem Gebiet der Allgemeinen Chirurgie folgend für eine Facharztausbildung im Bereich der Plastischen Chirurgie. Auf diese Disziplin ist er über die Erfahrungen von Studienkollegen aufmerksam geworden, die bereits in diesem Bereich praktiziert und ihm darüber berichtet haben. Im Anschluss an die Facharztausbildung zur Plastischen Chirurgie bekleidete er einige Zeit die Position eines Funktionsoberarztes, bevor er sich schließlich vor etwa zehn Jahren dazu entschied, nicht mehr in Kliniken zu arbeiten, sondern sich mit sei-

ner eigenen Praxis in einer deutschen Großstadt niederzulassen (vgl. Merkur, Z. 146-366).

Dr.ⁱⁿ Jupiter: Nach einem Studium der Humanmedizin hat Dr.ⁱⁿ Jupiter ihre Facharztausbildung in einer anderen Fachdisziplin als der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie absolviert. Während sie in einer leitenden Position in einer chirurgischen Klinik arbeitete, hat sie viele weibliche Patient*innen behandelt, deren Aussehen sich durch Erkrankungen stark verändert hatte. Im Versuch das Leiden dieser Patientinnen zu lindern, hat sie sich im ästhetisch-plastischen Bereich weitergebildet und die Patient*innen über ihre Erkrankung hinaus auch medizinisch-ästhetisch behandelt. Nachdem sie selbst schwer erkrankte, wollte und konnte sie aufgrund ihrer Krankheitserfahrung nicht mehr in ihrer eigentlichen Fachdisziplin praktizieren. Deshalb konzentrierte sich im Anschluss daran stattdessen auf die Ästhetische Medizin, absolvierte zahlreiche Weiterbildungen auf diesem Gebiet und arbeitet seit nun mehr etwa 15 Jahren in ihrer privaten Praxis (Jupiter, Z. 64-174).

4. Grenzen der Definition

Die Ästhetisch-Plastische Chirurgie innerhalb medizinischer Kontexte

Die empirischen Rekonstruktionen werden mit einem thematischen Schwerpunkt eröffnet, dem sich die Alltagsakteur*innen wie auch die Chirurg*innen in der Regel gleich zu Beginn der Diskussionen und Interviews außerordentlich ausgiebig widmen: der *definitorischen* Bestimmung der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie. Denn allen interviewten Personen ist es ein bedeutendes Anliegen, zunächst einmal für sich (und im Falle der Gruppendiskussionen auch untereinander) sowie der Interviewerin gegenüber zu (er)klären, was die Ästhetisch-Plastische Chirurgie für sie sei. Einen zentralen Referenzrahmen für eine definitorische Bestimmung bilden dabei verschiedene medizinische Kontexte, innerhalb derer bzw. im Verhältnis zu denen die Ästhetisch-Plastische Chirurgie verortet wird. Die Frage danach, welche Grenzen die Alltagsakteur*innen und Chirurg*innen jeweils zur Definition der Ästhetischen-Plastischen Chirurgie (heran)ziehen, bildet den Kern dieses Kapitels.

In einem ersten Schritt wird vorgestellt, wie die Alltagsakteur*innen die Ästhetisch-Plastische Chirurgie aus einer alltagsweltlichen Perspektive heraus in der Medizin verorten. Darauffolgend wird näher beleuchtet, wie die Chirurg*innen sich selbst und ihre Fachdisziplin innerhalb verschiedener medizinischer Bereiche positionieren. In einem abschließenden Schritt werden die Gemeinsamkeiten und Unterschiede der professionellen und alltagsweltlichen Grenzkonstruktionen zur definitorischen Bestimmung der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie zusammenführend diskutiert.

4.1. Der Hippokratische Eid und/oder neue Brüste für die Menschheit

In allen durchgeführten Gruppendiskussionen ist eines der ersten Anliegen, welchem sich die Alltagsakteur*innen selbstgewählt zuwenden, die Klärung der Frage, was Ästhetisch-Plastische Chirurgie eigentlich sei. Vor dem Hintergrund ihres alltagsweltlichen Wissens (und Verständnisses) von Medizin sowie in Rekurs auf

eigene alltägliche und außergewöhnliche Erfahrungen mit Körpereingriffen und -modifikationen versuchen die Alltagsakteur*innen zunächst zu ergründen, was die Ästhetisch-Plastische Chirurgie im Wesentlichen kennzeichne. Die folgende Passage aus der Gruppendiskussion der Gruppe Rot soll exemplarisch illustrieren, wie eine solche alltagsweltliche Bestimmung der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie in der Regel verläuft:

Ff: Es ist die Frage einfach, was ist ne Schönheitsoperation, wo fängt ne Schönheitsoperation an was zählt jetzt hierzu und was zählt hier nicht zu? und alles andere is und alles andere is dann (.) abhängig-

Mehrere: | _ Ja richtig

Df: | _ Ich finde das medizinische und (.)

fließend.

Cf: Ja ja

Af: Wenn jemand dann ähm mit einer Hasenscharte geboren wird vielleicht noch n Wolfsrachen hat (.) genau

Ef: | _ Na das is aber medizinisch notwendig ja.

Ff: Is aber auch ne Schönheits-OP (.) theoretischer Weise

Af: Aber ja

Cf: Aber Fettabsaugen @is zum Beispiel keine Schönheitsoperation wa?@

Df: Was?

Ef: Wieso nicht? aber na?

Cf: Nee is ne Schönheits-OP aber aber medizinisch notwendig wär sie nicht ne? oder?

Af: Nö. kommt drauf an

Ff: Unter Umständen kommts drauf an

Cf: Aha?

Ff: Wenn dadurch das Gangbild oder die die Schwere wieder weggenommen wird und die Wirbelsäule und entlastet wird °in dem Augenblick is es ja ne is es ja°

Cf: | _ Das is das Gleiche wie mitm Busen wah?

Af: Es gibt ja, es gibt ja Leute die Elefantenbeine haben

Cf: Ja das is nun wieder ne Krankheit

Af: Ja aber das medizinisch

Ff: Ja aber is auch kommt aber auch aufs Gleiche drauf raus (.) is jetzt die Frage was was zählt hier drunter und was zählt da drunter nicht,

Af: Da findet man kaum ne Grenze.

(GD Rot, Z. 231-257)

Die DiskutantIn Ff beginnt die Passage mit der an alle gerichteten Frage, was eine »Schönheitsoperation« ist. Dass sie eine »Frage« stellt und nicht etwa eine Meinung kundtut, deutet an, dass es keine bereits in der Gruppe vorherrschende oder geteilte Vorstellung zu dem Thema gibt, sondern dass es einer gemeinsamen Erörterung bedarf. Semantisch auffallend ist, dass, obwohl die Interviewerin zuvor abwechselnd mal von ästhetisch-plastischen Operationen und mal von Schönheitsoperationen spricht, sich die DiskutantIn (und im Anschluss auch die anderen Teilnehmer*innen) für die letztere sprachliche Variante entschieden hat. Während »ästhetisch-plastisch« ein Fachausdruck ist, der durch den Fachbezug einen relativ neutralen Charakter aufweist, wird der Begriff der »Schönheitsoperation«, wie die einleitenden Beispiele aus Kapitel 1 illustrierten, in der Alltagswelt mindestens ambivalent verwendet. Insoweit kann die Entscheidung für diesen Begriff bereits ein Anzeichen einer potenziell negativen Konnotation sein, es kann jedoch auch nur als Zeichen gesehen werden, dass dieser Begriff in der Alltagswelt weitaus häufiger Anwendung findet als der Ausdruck »ästhetisch-plastisch«.

Die DiskutantIn konkretisiert ihre Aufforderung zur Erörterung im Anschluss, indem sie weiter fragt, ab wann etwas als Schönheitsoperation gilt und ebenso, was zu einer solchen Art von Eingriff dazugezählt wird und was nicht. Die DiskutantIn verdeutlicht damit, dass sie an Fragen der Grenzziehung interessiert ist, die die grundlegende Bestimmung des Gegenstands »Schönheitsoperation« betreffen. Ihre Formulierung, dass etwas als Schönheitsoperation »zähl[en]« kann oder aber eben nicht, lässt die Vermutung zu, dass Schönheitsoperationen, und daran anschließend Schönheitschirurgie, von ihr als ein definitorisch eigenständiges Gebiet verstanden wird, das von anderen Gebieten abgegrenzt werden kann. Mit der abschließenden Formulierung »alles andere dann abhäng-« zielt die DiskutantIn entsprechend entweder auf eine Relationalität der Schönheitschirurgie zu von ihr unterschiedenen Gebieten oder sie verweist auf die Notwendigkeit, zunächst grundlegend zu erörtern, was Schönheitschirurgie sei, bevor auf einzelne Aspekte eingegangen werden könne.

Noch während die DiskutantIn Ff ihr Anliegen formuliert, wird sie von mehreren anderen DiskutantInnen unterbrochen, die dem Vorschlag zur Erörterung der Grenzziehungen umgehend zustimmen. Die DiskutantIn Df folgt der Aufforderung und kommentiert, dass sie »das medizinische und (...) fließend« finde. Mit dem Ausdruck »das Medizinische« gibt sie einen ersten möglichen Orientierungspunkt für die definitorische Grenzziehung in Bezug auf die Ästhetisch-Plastische Chirurgie vor, mit der Bezeichnung »fließend« könnte die DiskutantIn wiederum bereits eine Eigenschaft andeuten, die sie der (Problematik der) Grenzziehung an sich zuschreibt.

Im Anschluss an diese inhaltlich noch recht deutungsoffene Aussage von der DiskutantIn Df begegnet die DiskutantIn Af der Frage nach Grenzziehungen mit dem imaginierten Beispiel eines Menschen mit angeborener Hasenscharte oder

Wolfsrachen. Beide Begriffe sind eher alltagssprachliche Bezeichnungen für Fehlbildungen, die in einer fachmedizinischen Kategorisierung der Gruppe der Lippen-Kiefer-Gaumenspalten zugeordnet werden. Bei diesen beiden Beispielen handelt es sich um Fehlbildungen, die nicht nur rein funktionale Aspekte, wie die Nahrungsaufnahme und die Sprachbildung betreffen, sondern auch das äußere Erscheinungsbild tangieren, da jede Form der Spaltbildung in der Regel im Gesicht der Menschen sichtbar zu erkennen ist. Diese Arten der Fehlbildungen entstehen im Embryonalalter, d.h. sie sind von den Betroffenen nicht selbstverschuldet, auf was auch Af verweist, wenn sie sagt, dass Menschen so »geboren« werden. Nichtsdestotrotz werden diese Fehlbildungen, auch wenn unverschuldet, von der Diskutantin als Abweichung von einer irgendwie gearteten Norm verstanden, was sich allein in der Verwendung eben dieser speziellen Bezeichnungen zeigt.

Noch während die Diskutantin Af ihre Beispiele ausführt, fällt ihr die Diskutantin Ef ins Wort und kommentiert das gegebene Beispiel mit »Na das is aber medizinisch notwendig ja«. Wenn etwas als »medizinisch notwendig« bezeichnet wird, dann wird mit dieser Formulierung suggeriert, dass ein Umstand als derart defizitär und/oder leiblich gefährdend verstanden wird, dass eine Behandlung durch Mediziner*innen unabdingbar ist. Dass Ef die gegebenen Beispiele als »medizinisch notwendig« kommentiert, verweist entsprechend zum einen darauf, dass aus ihrer Perspektive die fachärztliche, operative Behandlung dieser Fehlbildungen unabdingbar sei, und zum anderen darauf, dass sie die Indikation, also die diagnostische Begründung zur operativen Behandlung dieser Fehlbildung, als medizinisch begründet und somit als nachvollziehbar und legitimiert verstehe. Bedenkt man nun, dass es den Diskutantinnen grundlegend um die Ergründung der definitorischen Bestimmung von Schönheitsoperation geht, so ist der Verweis auf die medizinische Notwendigkeit ein Hinweis darauf, dass das »Medizinische« als Grenzziehungs- bzw. Gegenbegriff zu Schönheitsoperationen fungiert, da es bei der Behandlung der beschriebenen Beispiele eben nicht um die Behandlung von Schönheit, sondern von medizinisch Notwendigem ginge.

Die Diskutantin Ff, die die Aufforderung zur definitorischen Grenzziehung gegeben hat, wendet anschließend ein, dass die Behandlung von Lippen-Kiefer-Gaumenspalten »theoretischer Weise« aus ihrer Sicht »auch« eine Schönheitsoperation darstelle. Dass die Diskutantin betont, dass es sich dabei »auch« um eine Schönheitsoperation handle, impliziert eine potenzielle Gleichzeitigkeit, denn die Behandlung kann medizinisch notwendig sein und trotzdem parallel ebenso das äußere Erscheinungsbild verbessern. Die potenzielle Gleichzeitigkeit, die die Diskutantin an dieser Stelle zur Diskussion stellt, verstärkt die Lesart einer oppositionellen definitorischen Unterscheidung von Medizin und Schönheit, denn sie deutet damit weniger ein Verschwimmen von Grenzziehungen, sondern vielmehr klar voneinander unterscheidbare Grenzen an, die parallel zutage treten können. Unklar bleibt allerdings, ob die Diskutantinnen mit Medizin und Ästhetik die In-

dikation oder den Effekt einer solchen Operation thematisieren, also ob es den Diskutantinnen darum geht, dass das Verfahren aufgrund von Defiziten oder zur Erreichung eines Zustands durchgeführt wird.

Im Folgenden stellt die Diskutantin Cf den Status eines Operationsverfahrens als Schönheitsoperation infrage (»Aber Fettabsaugen @is zum Beispiel keine Schönheitsoperation wa?@«). Die Frage trägt aller Vermutung nach einen ironischen Charakter, da sie von der Diskutantin selbst zum großen Teil lachend getätigt wird und sie umgehend für verwunderte Reaktionen anderer Diskutantinnen sorgt (»Was?« und »Wieso nich? aber na?«), die anzeigen, dass diese operative Maßnahme von den anderen Diskutantinnen eigentlich eindeutig als Schönheitsoperation kategorisiert wird. Aufklärend ergänzt die Diskutantin Cf im Anschluss an ihre ironisch gestellte Frage, dass auch ihr bewusst ist, dass es sich beim Fettabsaugen eindeutig um eine Schönheitsoperation handle (»Nee is ne Schönheits-OP«). Jedoch ergänzt die Diskutantin einwendend (»aber aber«) in Bezug auf diese Art von Operation einwendend »medizinisch notwendig wär sie nich ne? oder?«. Mit der nach Bestätigung fragenden Formulierung danach, dass diese Art von Schönheitsoperation medizinisch nicht notwendig sei, tritt schließlich die Orientierung, die sich bis dato nur bruchstückhaft andeutete, klar in Erscheinung: das Medizinische wird zum Orientierungspunkt im Spektrum der definitiven Bestimmung von Ästhetisch-Plastischer Chirurgie, indem es oppositionell zu dieser gesehen wird. Wenn also ein Eingriff als Schönheitsoperation bestimmt wird, dann ist dieser qua Definition der Gruppe nicht medizinisch notwendig, während medizinisch notwendigen Eingriffen genauso ästhetische Effekte zugestanden werden.

Ähnlich zu dem Beispiel der Lippen-Kiefer-Gaumenspalten folgen auch beim zunächst vermeintlich eindeutig bestimmbareren Fall des Fettabsaugens umgehend Infragestellungen der Statusbestimmung. So kommentiert etwa die Diskutantin Af zur Frage nach der medizinischen Notwendigkeit von Fettabsaugungen, dass es »unter Umständen« darauf ankomme. Der Status von Fettabsaugungen als Schönheitsoperation sei also nicht generell gegeben, sondern von bestimmten Konstellationen und Bedingungen abhängig. Im Fortgang beschreibt die Diskutantin dann mögliche »Umstände«, bei denen die Kategorisierung von Fettabsaugungen als Schönheitsoperation nicht greifen würde. Dies wäre der Fall, wenn durch eine solche Operation in Bezug auf das »Gangbild« die »Schwere genommen« würde und die »Wirbelsäule entlastet« werde. Beide Effekte behandeln in keiner Weise das Thema Schönheit, sondern beschreiben ausschließlich Formen physischer Entlastung in Folge von Fettabsaugungen. Die physische Konstitution hinsichtlich einer Normalvorstellung wiederherzustellen ist wiederum etwas, das nach dem Verständnis der Gruppe unter die Kategorie »medizinisch« gezählt werden kann. Ein solches Operationsverfahren wird folglich nicht generell als Schönheitsoperation gefasst, sondern die Statusbestimmung wird von medizinischen, als Indikatoren

eines notwendigen Eingriffs verstandenen, Symptomen (eines Krankheitsbildes) abhängig gemacht. Darauf deutet auch die DiskutantIn Ff nochmal hin, wenn sie abschließend leise sagt »in dem Augenblick is es ja« und somit darauf verweist, dass die Definition situativ unterschiedlich sein kann.

Noch während die DiskutantIn Ff spricht, wirft eine andere TeilnehmerIn Bezugnahme auf die Aussagen ihrer VorrednerIn fragend ein, dass dies dasselbe sei wie »mitm Busen«. Damit eröffnet sie eine Relation zu den vorangegangenen Beispielen dahingehend, dass Operationen je nach Indikation oder Effekt unterschiedlich kategorisiert werden können. Denn einen Busen zu operieren, kann, ähnlich wie Fettabsaugungen, wegen einer angestrebten physischen Entlastung vorgenommen werden. Ein Eingriff am Busen kann, ähnlich zum Verfahren des Fettabsaugens, ebenfalls durchgeführt werden, um ein ästhetisch verbessertes Aussehen zu erlangen. An dieser exemplifizierenden Ausweitung der vorherigen Aussagen zeigen sich indirekt nochmals die beiden Kategorien, die zur definitorischen Bestimmung von Operationen herangezogen werden: Medizin und Schönheit.

Schließlich führt die DiskutantIn Af nochmal ein anderes Beispiel zur Aushandlung der definitorischen Bestimmung an (»Leute mit Elefantenbeinen«), welches von den anderen DiskutantInnen umgehend damit quittiert wird, dass es sich bei diesem Beispiel um eine »Krankheit« handle und es entsprechend »medizinisch« sei. Auffallend an diesem Beispiel ist, dass die kategoriale Bestimmung »medizinisch« nun inhaltlich mit dem Aspekt der »Krankheit« verknüpft wird. Im Umkehrschluss bedeutet dies, dass es bei Schönheitsoperationen nicht um die Behandlungen von Krankheiten gehe, d.h. dass diese letztendlich nicht dem klassischen kurativen Medizinverständnis entsprächen, welches vor allem durch Prävention, Linderung und Heilung von Krankheit gekennzeichnet ist (vgl. Kap. 2.3). In diesem Sinne wird der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie aus Perspektive der Alltagsakteur*innen ein Sonderstatus innerhalb des medizinischen Kontextes zuteil, da sie sich in Bezug auf die Intentionen und Effekte ihrer Eingriffe maßgeblich von klassischen medizinischen Behandlungen unterscheidet.

Abschließend greift die DiskutantIn Ff die eingangs von ihr aufgeworfene Frage nach der definitorischen Bestimmung von Schönheitsoperationen wiederholend und an alle gerichtet auf (»was zählt hier drunter und was zählt da drunter nicht«). Die DiskutantIn Af konstatiert abschließend, dass man diesbezüglich »kaum ne Grenze [findet]«. Über die Verwendung des Pronomens »man« zeigt sie an, dass sie weder aus einer individuellen, noch einer gruppenspezifischen Perspektive heraus spricht, sondern dass sie eine abstrahierende, verallgemeinernde Aussage vornimmt. Dass »kaum« eine »Grenze gefunden« wird, verdeutlicht nochmals, dass alle Versuche der generellen definitorischen Bestimmungen von Schönheitsoperationen zum Scheitern verurteilt sind, da sie stets situativ und von weiteren Bedingungen abhängig sind. Die wortwörtliche »Grenz«-Ziehung wird, aufgrund der exemplarisch vorgeführten multiplen Begründungsmöglichkeiten von

Schönheitsoperationen (hinsichtlich Indikation und Effekt), verhindert. In ihrer Aussage nimmt die DiskutantIn schließlich auch indirekt Bezug auf die eingangs vorgeschlagene Orientierung von »fließend« als Eigenschaft der definitorischen Grenzziehung. Denn etwas im Fluss Befindliches entspricht sinngemäß einer vermöglichten Grenzziehung. Die gegensätzlichen Orientierungsgehalte (Medizin und Schönheit als Grenzbegriffe) werden somit nicht in ein sinnhaft abgeschlossenes, allgemeingültiges Definitionsschema übertragen, d.h. die DiskutantInnen finden letztlich keine endgültige Antwort auf die selbstgestellte Frage nach der definitorischen Bestimmung von Schönheitsoperationen.

Alle Gruppendiskussionen sind durch solche anfänglichen definitorischen Bestimmungsversuche geprägt. Die Ästhetisch-Plastische Chirurgie, in den Gruppendiskussionen in der Regel als »Schönheitschirurgie« titliert, wird dabei stets als Gegenbegriff zu »medizinische[r] Notwendigkeit« (GD Gelb: Z. 134; Grün: Z. 154f.) oder zu »medizinisch notwendig« (GD Orange: Z. 349f.; Blau: Z. 1142) verwendet. Oder aber die Durchführung einer »Schönheitsoperation« wird umgehend als »kein medizinischer Eingriff« (GD Lila: Z. 1032) bewertet. Im Zuge der definitorischen Bestimmung einzelner Beispiele chirurgischer Körpermodifikationen kommt es, wie bei der Diskussion der Gruppe Rot, auch in anderen Gruppen dazu, dass ein Großteil der Eingriffe als »Grenzfall« (GD Gelb: Z. 136) oder »Grenzphänomen« (GD Grün: Z. 91) verhandelt oder generell die Frage danach diskutiert wird, wie man eine »Grenze ziehen« (GD Orange: Z. 857) soll.

Die Ästhetisch-Plastische Chirurgie wird in den Gruppendiskussionen grundsätzlich als Grenzfall und in Abgrenzung zum medizinisch Notwendigen verhandelt. Daraus lässt sich schließen, dass die Alltagsakteur*innen ihr einen Sonderstatus zuschreiben, insoweit sie eben nicht ausschließlich unter dem Terminus der »Medizin« verhandelt werden kann, da sie auch den oppositionell dazu verorteten Aspekt der Schönheit bzw. Ästhetik tangiere. Die gegensätzliche Konstellation von »Medizin« und »Ästhetik« bleibt selbst dann bestehen, wenn die definitorische Bestimmung von Ästhetisch-Plastischer Chirurgie als ein Verwischen von Grenzen beschrieben wird, da selbst im Falle von fluiden Grenzen die eindeutige Gegenüberstellung der beiden Pole bestehen bleibt. Denn operative Eingriffe, die die Modifikation von Körpern betreffen, werden in den Gruppendiskussionen stets unter der Fragestellung verhandelt, ob etwas *schon* ästhetisch oder *nicht mehr* medizinisch sei. Weiteren Aufschluss über die alltagsweltlichen Verortungen der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie innerhalb des medizinischen Kontextes geben Verhandlungen zum Verhältnis dieser zu anderen chirurgischen Disziplinen. Zur exemplarischen Illustration wird hierzu der folgende Ausschnitt aus der Diskussion der Gruppe Grün herangezogen:

Dm: Aber ich nehme an dass die Chirurgen (.) dass die aber ich nehm an die sind spezialisiert die einen machen mehr äh Schönheitsoperationen die anderen ma-

chen mehr medizinisch plastische Operationen also das denke ich schon (.) das is
sehr wahrscheinlich äh schon ne Arbeitsteilung weil sie sich

Af: Ja genau jaja

(GD Grün, Z. 275-279)

Der Diskutant Dm formuliert in seiner Aussage eine Vermutung (»nehme an«), was anzeigt, dass seine Aussage nicht auf gesichertem Wissen beruht, auch wenn er die Wahrscheinlichkeit der Richtigkeit der Annahme abschließend nochmal betont (»sehr wahrscheinlich«). Die von ihm formulierte Vermutung betrifft »Chirurgen«, womit er schon eine erste Eingrenzung vornimmt, insoweit nicht alle praktizierenden Ärzt*innen, sondern nur die, die operativ tätig sind, adressiert. Für diese spezielle Gruppe der operativ tätigen Ärzt*innen geht er von einer »Spezialisierung« aus, die sich darin zeige, dass »die einen« mehr »Schönheitsoperationen« und »die anderen« mehr »medizinisch-plastische Operationen« durchführten. Mit dem Terminus »Spezialisierung« im Zusammenhang mit der angeführten Aufteilung impliziert der Diskutant, dass Chirurg*innen innerhalb ihres Fachgebiets ausschließlich einen Teilbereich bedienen, zu dem sie sich spezifische Fähigkeiten und Kenntnisse angeeignet haben.

Der Diskutant beendet seine Annahme mit der Aussage, dass es sich bei diesen jeweiligen Spezialisierungen um eine Form der »Arbeitsteilung« handle. Die Aufteilung von Arbeit meint erst einmal grundlegend, dass Aufgaben auf verschiedenen Personen oder Bereiche verteilt werden. Implizit liegt diesem Begriff aber überdies zugrunde, dass es einen *gemeinsamen* Arbeitsbereich gibt, d.h. dass mehrere Personen oder Bereiche an ein- und demselben Gegenstand arbeiten, auch wenn unterschiedlichen Aufgaben nachgegangen wird. In Bezug auf die Chirurgie kann vor diesem Hintergrund geschlossen werden, dass die Chirurg*innen, die vor allem Schönheitsoperationen durchführen, und die Chirurg*innen, die zuvorderst medizinisch-plastische Operationen vornehmen, zwar eindeutig voneinander unterschieden werden, dass sie jedoch in einer alltagsweltlichen Perspektive als Teilbereiche dasselbe große Ganze (also die Chirurgie) bedienen. Diese Orientierung deckt sich auch mit der Analyse der vorherigen Passage der Gruppe Rot, insoweit der Schönheitschirurgie von den Alltagsakteur*innen zwar ein Sonderstatus eingeräumt, sie aber nichtsdestotrotz grundlegend zum Feld der Medizin gezählt wird.

Darüber hinaus zeigt sich, dass, wie bereits bei der zuvor analysierten Passage der Gruppe Rot, auch in dem Ausschnitt der Gruppe Grün eine eindeutige Differenzierung von chirurgischen Operationen angestrebt wird und dass sich dafür erneut der »Schönheit« und »Medizin« als Grenzziehungsbegriffe bedient wird. Was die Alltagsakteur*innen mit diesen beiden Begriffen verbinden und ob bzw. wie sie diese jeweils bewerten, darüber geben jene Ausschnitte und Passagen aus

den Gruppendiskussionen Aufschluss, in denen die Alltagsakteur*innen erörtern, worauf das berufliche Handeln von ästhetisch-plastischen Chirurg*innen als denjenigen, die *Schönheitsoperationen* durchführen, ausgerichtet sei:

Af: Ja vor allem was hab ich denn geschworen als Arzt? also es gibt ja den Eid; und da steht doch nicht drin ich schwöre dass ich die Menschheit schöner mach, sondern dass ich Leben rett (.) dass ich meinen Beruf ausüb und ich weiß gar nicht was da alles in diesem Eid drinne is aber ich glaub es gibt keine Passage wo eben drin steht ich möchte der Menschheit (.) neue Brüste verschaffen [...]

(GD Orange, Z. 1181-1185)

Die Diskutantin der Gruppe Orange beginnt ihre Ausführungen mit der Frage »Ja vor allem was hab ich denn geschworen als Arzt?« Mit der Formulierung »vor allem« weist Af darauf hin, dass es im Folgenden um etwas vor allen anderen Dingen, d.h. um etwas Hauptsächliches gehen wird. Sie nimmt eine Perspektivübernahme vor (»ich als Arzt«) und verweist auf einen »Eid« der »geschworen« wurde. Einen Eid zu leisten, meint in der Regel feierlich ein Versprechen abzulegen. Etwas zu »schwören« steht synonym zum Ablegen eines Eides, die Wortwahl unterstreicht jedoch, dass es hierbei nicht nur um ein Versprechen, sondern um etwas weitaus Verbindlicheres geht. Da Af nicht von Chirurg*innen, sondern von »Arzt« spricht, weist daraufhin, dass sie sich auf eine allgemeinmedizinische Ebene bezieht und dass der Eid alle Ärzt*innen und eben nicht nur diejenigen betrifft, die auf die Chirurgie spezialisiert sind.

Ein Eid, der maßgeblich im Zusammenhang mit dem medizinischen Berufsfeld steht, ist der Eid des Hippokrates, den die Diskutantin aller Vermutung nach in ihrer Aussage thematisiert. Der Hippokratische Eid ist ein etwa 2000 Jahre altes ärztliches Gelöbnis des griechischen Arztes Hippokrates von Kos, in dem erstmals moralische Prinzipien des Berufsstandes der Mediziner*innen festgehalten wurden. In Deutschland wird der Hippokratische Eid mittlerweile jedoch nicht in der ursprünglichen, sondern in einer 1948 modernisierten Fassung (Genfer Gelöbnis) verwendet.¹ Ärzt*innen in Deutschland sind nicht verpflichtet, auf den Eid zu schwören, aber dieser geht – in seiner modernisierten Version – der Berufsordnung der Ärzt*innen als Präambel voran (vgl. Beneker 2016, Feldwisch-Drentrup/Zegelman 2017). In medialer und alltagsweltlicher Perspektive nimmt der Hippokratische Eid jedoch immer noch bzw. nichtsdestotrotz einen hohen Stellenwert ein, da er wei-

1 Mittlerweile wurde auch das Genfer Gelöbnis einer Reformierung unterzogen. Auf der Generalversammlung des Weltärztebundes in Chicago im Jahr 2017 wurde die Deklaration von Genf grundlegend umformuliert und u.a. um das Thema Patientenautonomie erweitert (vgl. Feldwisch-Drentrup/Zegelman 2017).

terhin aktuell für die Öffentlichkeit noch synonym und symbolisch für den ärztlichen Berufsethos steht (vgl. Eigler 2003, DLF Kultur 2017).

Unter Bezugnahme auf den alle Ärzt*innen betreffenden Eid führt die DiskutantIn weiter aus, dass Ärzt*innen geschworen haben, Leben zu »retten« und nicht die »Menschheit schöner« zu machen. Ärztliches Handeln, das auf Verschönerung ausgerichtet ist, wird also von ihr nicht als Bestandteil des Berufsethos von Ärzt*innen gesehen, wohingegen (»sondern«) sie ärztliche Eingriffe zum Retten von Leben dazuzählt. Wenn Leben gerettet werden, impliziert dies, dass Leben zuvor gefährdet sind, dagegen verweist das Verschönern von Menschen darauf, dass Hässlichkeit abgewendet wird, was im Vergleich zu Lebensbedrohung weit weniger existenzgefährdend und entsprechend weit weniger notwendig erscheint. Worin sich die beiden Weisen ärztlichen Handelns für die DiskutantIn also unterscheiden, sind deren jeweilige Indikation, also der jeweilige Anlass zum ärztlichen Handeln.

Die von der DiskutantIn Af aufgeworfene Unterscheidung zwischen Verschönerung und Lebensrettung schließt sinngemäß an die zuvor bereits dargestellte Differenzierung (und oppositionellen Gegenüberstellung) von »Schönheit« und »Medizin« aus anderen Gruppendiskussionen an. Allerdings macht die DiskutantIn Af etwas deutlich, was sich in den vorherigen Passagen und Ausschnitten nur andeutete: Die oppositionelle Gegenüberstellung geht mit einer Wertung einher. Denn vor dem Hintergrund des angeführten Berufsethos geht es bei der Unterscheidung von Medizin und Schönheit nicht um die Bestimmung dessen, was *faktisch* zum ärztlichen Handeln gezählt wird und was nicht, sondern vielmehr um die Einschätzung, was aus *moralischer* Sicht zum ärztlichen Handeln gehören *sollte* und was nicht. Die ärztliche Behandlung zur Verschönerung von Menschen wird in der alltagsweltlichen Perspektive insoweit de-legitimiert, da sie nicht dem Berufsethos (und folglich nicht dem, womit sich Ärzt*innen beschäftigen sollten) entspricht.

Die DiskutantIn Af führt anschließend weiter aus, dass sie gar nicht wisse »was da alles in diesem Eid drinne is«, was anzeigt, dass sie kein faktisches Wissen um den Inhalt des Eides besitzt und dass ihre Aussagen eher Annahmen darstellen, die einem subjektiven Empfinden unterliegen. Mit der darauffolgenden Aussage, dass sie nicht glaube, dass es Passagen in dem Eid gebe, in denen »drin steht ich möchte der Menschheit (.) neue Brüste verschaffen«, exemplifiziert sie zum einen, was sie u. a. unter Verschönerung fasst. Dass sie als Beispiel Brustoperationen anführt, überrascht wenig, bedenkt man, dass dieses Operationsverfahren eines der am häufigsten angewendeten Verfahren der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie ist (vgl. Tab. 1.2, Kap. 1). Mit der überspitzten und aufgrund dessen humoristisch wirkenden Darstellung (neue Brüste für die Menschheit vs. Leben retten) betont sie zum anderen nochmals die Grenzziehung zwischen »Schönheit« und »Medizin«.

Auffallend ist schließlich, dass die DiskutantIn Af auf ihre eingangs gestellte Frage eigentlich keine Antwort der anderen Diskussionsteilnehmenden erwartet,

denn sie beantwortet sich diese selber. Dies lässt die Schlussfolgerung zu, dass es sich um eine rein rhetorische Frage handelte, die in der Regel dann Anwendung findet, wenn eine Meinung (statt bspw. einer Information) besonders betont werden soll. Die wertende Beurteilung der Differenzierung von »Schönheit« und »Medizin«, die zur Verortung des beruflichen Handelns von ästhetisch-plastischen Chirurg*innen im medizinischen Kontext herangezogen wird, durchzieht alle Gruppendiskussion, wie ein weiterer kurzer Ausschnitt aus der Gruppe Lila nochmals aufzeigt. So hält in dieser Gruppe die DiskutantIn Bf fest:

Bf: [...] der eigentliche Grund warum Ärzte Ärzte sind ist ja eigentlich um äh Leben zu retten oder Gesundheit äh einfach ähm (.) zu erhalten [...] und nicht einen Schönheitsmakel auszubessern

(GD Lila, Z. 520-523)

Mit dieser Aussage formuliert die DiskutantIn eine der Unterscheidung von »Schönheit« und »Medizin« sinngemäße Gegenüberstellung: Auf der einen Seite das Retten von Leben, auf der anderen Seite das Ausbessern von, im Vergleich dazu, weitaus weniger lebensgefährdenden Schönheitsmakeln. Eine Bewertung erfährt diese Unterteilung darüber, dass die DiskutantIn die jeweiligen Aspekte wiederum auf den »eigentlichen Grund« des Ärzt*innen-Daseins zurückbezieht. Demnach entspricht die Behandlung von Schönheitsmakeln nicht dem, was ihrer Ansicht nach das anleitende Motiv ärztliche Handeln sein sollte. Sinngemäß zu den vorangegangenen Ausführungen zum Hippokratischen Eid wird auch in diesem Auszug das auf die Produktion von Schönheit ausgerichtete, ärztliche Handeln abgewertet, da es aus alltagsweltlicher Sicht nicht dem Berufsethos entspricht. Zu betonen bleibt jedoch, dass es ebenfalls in diesem Beispiel nicht um die faktische Bestimmung ärztlichen Handelns geht, sondern um die Einschätzung, was ärztliches Handeln (nicht) sein *sollte*. Somit wird die Ästhetisch-Plastische Chirurgie letztlich auch in diesem Beispiel unter Bezugnahme auf eine Binnendifferenzierung ärztlichen Handelns als eine Variante dieses Handelns abgewertet.

Typisierung des Alltagswissens zum Status der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie im medizinischen Kontext

Die analysierten Passagen und Ausschnitte aus den Gruppendiskussionen mit den Alltagsakteur*innen behandeln allesamt die Erörterungen einer Definition von Ästhetisch-Plastischer Chirurgie und den Versuch, diese innerhalb des medizinischen Kontextes zu verorten. Die dargestellten, fallübergreifenden Analysen der reflektierenden Interpretationen werden nun im Rahmen einer sinngenetischen Typenbildung zu einer Basistypik abstrahiert (vgl. zur Typenbildung Kap. 3.2). In der Regel näherten sich die Alltagsakteur*innen der definitorischen Bestimmung

der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie über den Austausch von eigenen Erfahrungen, Bekanntheitswissen oder imaginierten Beispielen chirurgischer Operationen. Anhand dieser wurde debattiert, ob ein Eingriff als ›Schönheitschirurgie‹ kategorisiert werden kann oder nicht. Die definitorische Grenzziehung zur Bestimmung der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie vollziehen die Alltagsakteur*innen entlang der Unterscheidung von »Schönheit« und »Medizin«. Im Zuge dieser Differenzierung wird ersichtlich, dass die Alltagsakteur*innen die Ästhetisch-Plastische Chirurgie grundlegend als ein Phänomen fassen, das dem medizinischen Kontext zugerechnet wird.

Allerdings lässt sich die Ästhetisch-Plastische Chirurgie hinsichtlich ihrer Indikationen und erzielten Effekte nicht ausschließlich dem Bereich der Medizin zuordnen, da sie teilweise bzw. mitunter ausschließlich die Ästhetik tangiere. Entsprechend dieser Annahmen der Alltagsakteur*innen wird der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie in den alltagsweltlichen Verhandlungen eine *Sonderstellung* innerhalb der Medizin zugeschrieben. Sie wird zwar als ein Teilbereich eines größeren Ganzen (Medizin) verstanden, aber da sie auch etablierte Grenzziehungen des medizinischen Feldes infrage stellt und neue Grenzziehungsfragen provoziert, wird ihr eine *exponierte* Stellung zuteil. Diesen Überlegungen entsprechend, kann sinngenetisch eine Basistypik gebildet werden, die als ›*Sonderstellung der Ästhetisch-Plastische Chirurgie als medizinisches Grenzphänomen*‹ bezeichnet wird.

Die Sonderstellung der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie als medizinisches Grenzphänomen wird durch die Alltagsakteur*innen nochmals dahingehend verstärkt, dass sie der Unterscheidung von »Schönheit« und »Medizin« einen oppositionellen Charakter geben. Diese Gegensätzlichkeit bleibt selbst dann bestehen, wenn die definitorische Grenzziehung der Alltagsakteur*innen zu verschwimmen scheint. Denn bei fluiden Grenzziehungen bleiben ebenfalls »Schönheit« und »Medizin« die zentralen, oppositionell zueinander stehenden Orientierungspunkte, anhand derer die Fluidität von operativen Verfahren verhandelt wird. Dies ist etwa dann der Fall, wenn chirurgische Operationen als *schon* ästhetisch oder *nicht mehr* medizinisch kategorisiert werden.

Diese oppositionelle Gegenüberstellung von »Schönheit« und »Medizin«, die die Alltagsakteur*innen zur definitorischen Bestimmung der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie heranziehen, geht darüber hinaus mit differenzierenden Bewertungen einher. Diese beurteilenden Einschätzungen der Alltagsakteur*innen treten dann zutage, wenn sie zu bestimmen versuchen, auf was sich ärztliches Handeln aus ihrer ethischen Sichtweise heraus beziehen *sollte*. Die Behandlung von medizinisch Notwendigem, die der Lebens- und Gesundheitserhaltung dient, wird in dieser Betrachtungsweise eindeutig dem ärztlichen Aufgabengebiet zugeordnet. Die Behandlung von Anliegen, die zuvorderst die Schönheit betreffen, werden dagegen zwar ebenso als ein Teil des ärztlichen Handelns thematisiert, aus der ethischen Perspektive der Alltagsakteur*innen sollte dies jedoch nicht zum

ärztlichen Handeln gehören. Unter Rekurs auf ethische Prinzipien des Ärzt*innen-Berufs de-legitimieren die Alltagsakteur*innen die Ästhetisch-Plastische Chirurgie also, da diese eben nicht ihren Vorstellungen ärztlicher Prinzipien entspreche.

Diese alltagsweltliche, wertende Binnendifferenzierung ärztlichen Handelns, aufgrund derer die Ästhetische-Plastische Chirurgie eine Abwertung erfährt, begründet sich schließlich darin, dass ästhetisch-plastische Behandlungen aus Perspektive der Alltagsakteur*innen weder medizinisch begründbar seien, noch medizinisch relevante Effekte hätten. Um auch diesen Aspekt adäquat in die Typenbildung einzubinden, muss die bereits erstellte Basistypik nochmals differenziert werden. Da die Beurteilung der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie im medizinischen Kontext aufgrund fehlender medizinischer Indikation und Effekte durch die Alltagsakteur*innen in einem abwertenden Sinne vorgenommen wird, wird die Basistypik begrifflich erweitert zu ›*Negative Sonderstellung der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie innerhalb der Medizin*‹.

4.2. Die Ästhetisch-Plastische Chirurgie als rote Kirsche auf der weißen Torte

In einem jeden Expert*inneninterview gingen die Chirurg*innen irgendwann der Frage nach, wie sie sich und ihre Fachdisziplin innerhalb des medizinischen Kontextes verorten. Von zentraler Bedeutung war für die Chirurg*innen diesbezüglich zum einen die Kerncharakteristika der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie als medizinischer Disziplin herauszuarbeiten und zum anderen das Verhältnis ihrer Disziplin zu anderen Fachbereichen zu bestimmen. Diese innermedizinischen Verortungen der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie, so wird in diesem Kapitel aufgezeigt, gehen dabei stets Hand in Hand mit einer Selbstpositionierung der*des Chirurg*in als Vertreter*in eben dieser Disziplin. Im Folgenden wird eine exemplarische Passage aus dem Interview mit Dr.ⁱⁿ Saturn vorgestellt, die einen ersten Eindruck einer solchen charakteristischen (Selbst-)Bestimmung vermittelt:

Y1: Mh mh (.) was sind (.) was ist die spezifische Herausforderung Ihrer Profession worin sehen Sie die?

S.: Na gut ja der die plastische ästhetische Chirurgie hat ja sozusagen vier Säulen (.) ne das ist einmal die Ästhetik natürlich dann ist es die Rekonstruktion dann ist es die Verbrennung- und die Handchirurgie das sind jetzt vier Säulen (.) ich bin ja jetzt im niedergelassenen Bereich mehr auf die Ästhetik zum Teil auch auf Narbennachbehandlung und -rekonstruktion beschränkt aber das ist auch das Schöne diese Kombination man hat eigentlich alle Altersgruppierungen von Kindern bis zu älteren Leuten (.) man hat alles von Ästhetik jemanden der eigentlich schönere ähm mh ein schöneres Aussehen erlangen möchte (.) bis zu jemanden der sage

ich mal eine Tumorerkrankung hat ähm um Wiederherstellung zu haben es ist sehr sehr vielfältig und das finde ich einfach schon sehr schön. (.)

(Saturn, Z. 40-52)

Die Interviewerin lenkt das Gespräch auf das Berufsfeld der Chirurgin und adressiert sie gleichzeitig als qualifizierte Fachperson (»Ihrer Profession«). Da die Interviewerin nicht direkt nach der Chirurgin als Einzelperson, sondern allgemeiner nach ihrem Berufsfeld fragt, handelt es sich weniger um eine erzählauffordern- de, sondern eher um eine beschreibungsgenerierende Frage. Der Fokus der gestellten Frage wird durch die Formulierung der »spezifische[n] Herausforderung« in zweierlei Hinsicht eingegrenzt: Einerseits wird der interessierende Sachverhalt konkretisiert, da nach einer bestimmten Anforderung bzw. Schwierigkeit gefragt wird, mit der ihr Berufsfeld (durch andere Fachpersonen oder durch Fachfremde) konfrontiert ist. Andererseits fordert die Interviewerin die Chirurgin mit der Verwendung der Singularform (»die« Herausforderung) implizit dazu auf, sich auf den wesentlichsten Punkt zu beschränken. Mit der zweiten Frage »worin sehen Sie die?« bekundet die Interviewerin das Interesse an der *individuellen* Perspektive der Chirurgin auf einen *abstrakten* Sachverhalt (»Herausforderung«) und fordert erneut zur Beschreibung auf.

Dr.ⁱⁿ Saturn erklärt zunächst, dass sich die Plastische Chirurgie in vier »Säulen« unterteile und bedient damit ein sprachliches Bild, das auch in den anderen Expert*inneninterviews verwendet wurde, wie etwa von Dr. Neptun, der ebenfalls von den »klassischen vier Säulen« der Plastischen Chirurgie spricht (Neptun: Z. 208). Daneben wird ferner auf zahlreichen Websites von ästhetisch-plastischen Fachgesellschaften und Praxen die Metapher zur Erklärung der Untergliederung der Plastischen Chirurgie angeführt und in der Regel auch bildlich, vor allem über Piktogramme von antiken Tempeln mit exakt vier Säulen, dargestellt. Mit der Verwendung der Vier-Säulen-Metapher nimmt Dr.ⁱⁿ Saturn eine bildhafte Ordnung ihrer Profession vor und verortet die Ästhetische Chirurgie darin als eine Unterkategorie, die gleichwertig neben den anderen existiere. Denn die Plastische Chirurgie wird im Sinne der Metapher sinnbildlich von allen vier Säulen gleichermaßen getragen, d.h. jeder Teilbereich der Plastischen Chirurgie wird als gleichwertig den anderen Teilbereichen gegenüber und, bezogen auf eine statische Tragfähigkeit, als im selben Maße notwendig verstanden.

Im Fortgang beschreibt Dr.ⁱⁿ Saturn, dass sie als Ärztin im »niedergelassenen Bereich«, also mit einer eigenen von ihr geführten Praxis, auf die Bereiche der Ästhetik und der Rekonstruktion »beschränkt« sei. »Beschränkt« zu sein, kann entweder meinen, dass sie eine Form der fachlichen Eingrenzung vornehmen musste und/oder selbstgewählt eine Spezialisierung vorgenommen hatte. In Bezug auf die beiden Teilbereiche hält sie fest, dass ihr beruflicher Schwerpunkt »mehr« auf der

Ästhetik liege, die Rekonstruktive Chirurgie bediene sie aber auch »zum Teil«. Mit dieser Beschreibung nimmt Dr.ⁱⁿ Saturn, orientiert an der vierteiligen Untergliederung der Plastischen Chirurgie, eine Selbstverortung ihres beruflichen Handelns vor und informiert zugleich über die quantitative Gewichtung der beiden von ihr bedienten Teilbereiche.

Zu dieser kombinierten Schwerpunktsetzung hält Dr.ⁱⁿ Saturn darüber hinaus kommentierend fest, dass diese das »Schöne« an ihrer Arbeit ausmache und dass sie aufgrund dieser kombinierten Schwerpunktsetzung ein breites Spektrum (»alles«) von Patient*innen behandle (hinsichtlich von Merkmalen wie Alter und Anliegen). Mit dieser Beschreibung nimmt Dr.ⁱⁿ Saturn gleichzeitig auch eine Bewertung ihrer beruflichen Ausrichtung vor, insoweit sie ihr Arbeitsspektrum betont positiv einschätzt. In Bezug auf die Frage der Interviewerin nach der Herausforderung ihrer Profession lässt sich schlussfolgern, dass sie diese gerade in der pluralistischen Spezialisierung und den damit einhergehenden gesteigerten Anforderungen an ihr berufliches Handeln sieht. Herausforderung wird von Dr.ⁱⁿ Saturn also im Sinne einer individuellen beruflichen Motivation gedeutet.

Worauf Dr.ⁱⁿ Saturn nicht direkt eingeht, ist die mit der Interviewfrage ebenfalls provozierte, abstraktere Perspektive auf ihre Profession. Aufschlussreich kann diesbezüglich trotzdem die Art und Weise sein, wie sie die unterschiedlichen Teilbereiche ihrer Arbeit beschreibt. So reiche das Spektrum der von ihr behandelten Patient*innen von Personen, die »ein schöneres Aussehen erlangen möchten« bis hin zu Personen, die sie nach Erkrankungen für »Wiederherstellung« aufsuchen. Dr.ⁱⁿ Saturn nimmt jedoch trotz dieser weiten Spannweite von Beweggründen keine Bewertungen im Sinne einer mehr oder weniger gegebenen Nachvollziehbarkeit vor. Daraus lässt sich schließen, dass sie die unterschiedlichen Anliegen, wegen denen sie aufgesucht wird, wie auch die dahinterliegenden, unterschiedlichen Schwerpunktsetzungen (Ästhetik und Rekonstruktion) als gleichberechtigte Teile ihres beruflichen Aufgabengebiets und als entsprechend gleichermaßen legitim versteht.

Indem Dr.ⁱⁿ Saturn keine (be-)wertenden Unterscheidungen ihrer jeweiligen fachlichen Spezialisierungen sowie den jeweiligen Anliegen der Patient*innen vornimmt, schließt sie indirekt wieder an die von ihr zu Beginn angeführte Vier-Säulen-Metapher an. Denn diese Metapher impliziert, dass alle Säulen, d.h. alle Unterkategorien der Plastischen Chirurgie diese in derselben Weise stützen. Im übertragenen Sinne meint dies, dass alle Teilbereiche gleichermaßen über Legitimität verfügen und notwendig sind. Somit lässt sich resümieren, dass Dr.ⁱⁿ Saturn ihre Fachdisziplin als in ein größeres Ganzes eingebettet versteht und sie als gleichberechtigt und gleichwertig zu den anderen Teilen des größeren Ganzen sieht. Sinngemäß ähnliche Überlegungen zur Verortung der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie im medizinischen Bereich finden sich auch in dem Interview mit Dr. Uranus:

Y1: Was (.) ich auch häufig in den äh in den Interviews hatte mit so Alltagsleuten (.) war das äh (.) die von einer Entgrenzung von Medizin gesprochen haben für die dann immer die ästhetisch plastische Chirurgie so als Prototypus herangezogen wurde (.) sehen Sie das (.) ähnlich (.) haben Sie da (.) eine Meinung dazu (.)

U.: Naja die Ästhetik ist halt wie ich Ihnen vorhin am Anfang schon gesagt habe die Kirsche auf der Torte (2) die Torte ist weiß (.) aber diese rote Kirsche die fällt echt brutal auf (.) ja: (.) wie gesagt (.) das man äh Wunden zumachen kann Wundheilungsstörungen (.) wir haben Leute die haben äh (.) Brustbein denen ist das Brustbein weggefault nach einer Herz-OP ja: (.) das musste komplett entfernt werden da musste mit (einem Lappen) dieses Loch zugemacht werden (.) das hat denen echt das Leben gerettet ja (.) das interessiert kei:nen Menschen (.) kei:nen Menschen (.) aber hier die Schönen und die ne Gala Beauty und so (.) es gibt nicht (.) Gala-Rekonstruktionen (.) das will auch keiner sehen das ist ja ekelhaft (.) die alte Dame die (.) oder Leute die rollstuhlpflichtig sind und sich wundgelegen haben oder wundgesessen haben das will niemand sehen (.) das ist so unsere Gesellschaft ja (.) äh (.) ja: (.) und deshalb mache ich eben halt auch (.) rekonstruktive Sachen (.) ja (.) wie so ein Brustaufbau (.) das ist genauso wichtig ja (.)

(Uranus, Z. 586-603)

Die Interviewerin berichtet davon, dass die für diese Studie ebenfalls interviewten Alltagsakteur*innen die Ästhetisch-Plastische Chirurgie als einen »Prototypus« für die »Entgrenzung der Medizin« gedeutet haben (vgl. Kap. 7.1). Wenn sich eine Entgrenzung vollzieht, bedeutet dies in der Regel, dass Grenzen aufgehoben werden oder sich auflösen. In Bezug auf die Medizin kann Entgrenzung – unabhängig von der sozialwissenschaftlichen Debatte zu diesem Begriff (vgl. dazu Kap. 2.4) – eine Auflösung oder Aufhebung von etablierten Strukturen, Regelungen und/oder Zuständigkeiten meinen. Der Begriff »Entgrenzung« ist durch eine ambivalente Bedeutung geprägt, denn er kann negativ wie positiv ausgelegt werden. Beispielhaft zeigt sich dies etwa an der Formulierung »Entgrenzung von Arbeit«, mit der die zunehmende räumliche und zeitliche Auflösung der Grenzen zwischen Erwerbs- und Privatleben beschrieben werden. Mit diesen Auflösungstendenzen gehen sowohl positive Aspekte in Form von gestiegener Freiheit und Selbstbestimmung in der Arbeitsgestaltung, aber auch negative Mehrbelastungen durch Dauererreichbarkeit oder Überstunden, die aufgrund fehlender Arbeitszeitbegrenzungen geleistet werden, einher.

Aufgrund der auch potenziell negativen Konnotation, die mit dem Begriff der »Entgrenzung« einhergeht, kann es sein, dass Dr. Uranus die Begriffsverwendung der Interviewerin in Bezug auf sein Berufsfeld auch als Missbilligung auffassen kann. Der Charakter einer potenziellen Missbilligung wird nochmals dadurch provoziert, dass Dr. Uranus von der Interviewerin abschließend gebeten wird, sich zu

dieser Aussage zu positionieren, d.h. er zur Darstellung von Argumentationen bzw. Bewertungen aufgefordert wird. Die Interviewerin riskiert mit einer solchen Frage – auch wenn vermittelt über die Zitation der Perspektive der Alltagsakteur*innen – als »Kritiker[in]« wahrgenommen zu werden (vgl. Bogner et al. 2014: 53). Bei allen möglichen Nachteilen, die mit einer solchen Interviewer*innen-Rolle einhergehen, ergeben sich doch auch Vorteile, denn der »Befragte präsentiert Legitimationsdiskurse und legt damit die normativen Prämissen der eigenen Orientierung offen; er gibt Begründungen, die wir womöglich sonst nicht erhalten hätten« (ebd.).

Dr. Uranus antwortet mit einer Beschreibung der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie als der »rote[n] Kirsche« auf der »weißen Torte«. Mit dieser metaphorischen Darstellung greift er eine gängige Redewendung auf: Wenn etwas als die Kirsche auf der Torte bezeichnet wird, dann wird damit bildsprachlich vermittelt, dass etwas ein Zusatz zu einem größeren Ganzen ist, das dieses Ganze erst vollendet. Mit dieser Bedeutung der Redewendung lässt sich schlussfolgern, dass Dr. Uranus die Ästhetisch-Plastische Chirurgie grundlegend positiv konnotiert. Denn angewendet auf seine Fachdisziplin, die zu dieser Redensart in Beziehung gesetzt wird, lässt sich schlussfolgern, dass Dr. Uranus die Ästhetisch-Plastische Chirurgie als einen komplementierenden Zusatz zu einem größeren Ganzen begreift, den er als besonders in einem anerkennenden Sinne einschätzt. Die Ergänzung der Redewendung um die farbliche Kontrastierung (rot/weiß) und die Erklärung, dass die Kirsche aufgrund ihrer Farbgebung »brutal« auffalle, deutet allerdings an, dass andere Personen die Ästhetische Chirurgie ebenfalls als etwas Besonderes wahrnehmen, aber nicht notwendigerweise in einem gleichartig positiven Sinne. Denn etwas als »brutal« zu bezeichnen, kann zwar nur als eine Form der Betonung verwendet werden, es kann aber auch eine unangemessene Drastik implizieren, d.h. in diesem Kontext bspw. eine unangemessene, weil missverständliche Wahrnehmung.

Dr. Uranus erzählt im Weiteren von Wundheilungsstörungen, weggefaulten Brustbeinen und wundgelegenen Personen, die er innerhalb seiner ärztlichen Tätigkeit behandelt habe. Im Anschluss an eines dieser Beispiele resümiert er, dass er mit seinem beruflichen Handeln »Leben gerettet« habe, was einerseits die existenzielle Bedrohlichkeit der Beispiele verdeutlicht und andererseits seine außergewöhnliche Kompetenz und die Notwendigkeit seiner Arbeit betont. Diese mitunter lebensbedrohlichen Fälle würden jedoch im Vergleich zu »Schönen« und zu »Gala Beauty« keinen Menschen »interessieren«. Die Begriffe »Schönen« und »Beauty« eint, dass beide semantisch einen Bezug zu Ästhetik aufweisen, woraus sich ableiten lässt, dass Dr. Uranus mit diesen Termini den Teilbereich der Ästhetischen Chirurgie umschreibt. Die vorangegangenen und nachfolgenden Fallbeispiele eint dagegen, dass es sich um Verletzungen und Wunden handelt, die vermutlich eher rekonstruktiv denn ästhetisch behandelt werden. Dr. Uranus nimmt also eine Unterscheidung von rekonstruktiven und ästhetischen Eingriffen vor und setzt diese zugleich in Opposition zueinander.

Den oppositionellen Charakter begründet Dr. Uranus mit den unterschiedlichen Sichtweisen »unsere[r] Gesellschaft« auf die jeweiligen Schwerpunkte der Eingriffe: Rekonstruktive Verfahren »interessieren« im Vergleich zu ästhetischen Behandlungen »keinen Menschen«, d.h. die Rekonstruktive Chirurgie und ihre Wirkung fallen aus der gesellschaftlichen Beachtung heraus. Dr. Uranus macht damit zum einen deutlich, dass diese strikte Unterscheidung in Ästhetik und Rekonstruktion nicht seine Perspektive, sondern die einer anderen, fachexternen Personengruppe ist. Zum anderen deutet er mit diesen Ausführungen an, dass der Gesellschaft die Rekonstruktive Chirurgie im Vergleich zur Ästhetischen Chirurgie entweder gleichgültig sei und/oder, dass es für die Gesellschaft unbedeutend sei, dass er neben ästhetischen auch rekonstruktive Eingriffe durchführe.

Zieht man die eingangs von Dr. Uranus angeführte Redewendung erneut heran, so wird anhand der Analysen deutlich, dass mit der weißen Torte die Rekonstruktive Chirurgie gemeint ist, auf der die rote Kirsche der Ästhetischen Chirurgie aufliegt. Denn dass die rote Kirsche der Ästhetischen Chirurgie »brutal auffalle«, d.h. die Aufmerksamkeit auf sich ziehe, deckt sich sinngemäß mit der Aussage, dass keiner die weiße Torte der Rekonstruktiven Chirurgie »sehen« wolle. Während also die Rekonstruktive Chirurgie vergleichsweise weniger wahrgenommen werde, so wird die Ästhetische Chirurgie als etwas wesentlich Anderes wahrgenommen, als etwas, das sich abhebt und auffällt vor einem weißen Hintergrund. Gegen diese strikte Unterscheidung von Ästhetik einerseits und Rekonstruktion andererseits positioniert sich Dr. Uranus, wenn er abschließend konstatiert, dass er »auch rekonstruktive Sachen« mache, weil das »genauso wichtig« sei. Er betont also abschließend nochmals, dass er selbst beiderlei Arten plastischer Verfahren durchführe und begründet dies damit, dass er beide Schwerpunkte als gleichermaßen bedeutsam und gerechtfertigt bewerte.

In dieser metaphorischen Darstellung geht es, wie bereits bei der vorangegangenen Passage von Dr.ⁱⁿ Saturn, um eine Verortung der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie im medizinischen Bereich. Dr. Uranus präsentiert dabei jedoch nicht nur seine Perspektive, sondern stellt auch die von ihm erlebte und/oder antizipierte Perspektive der Gesellschaft im Vergleich dazu dar. Anhand der Redewendung macht er deutlich, dass er die Ästhetische Chirurgie als einen besonderen Teil eines größeren Ganzen begreift. Denn sie wird von ihm als ein Teilbereich verstanden, der gleichwertig neben anderen Teilbereichen, wie dem der Rekonstruktiven Chirurgie, besteht. Die Kirsche der Ästhetischen Chirurgie gehört nach Dr. Uranus zur weißen Torte. Dagegen separiere die Gesellschaft die Ästhetische Chirurgie von einem größeren Ganzen und betrachte diese als eine Besonderheit, die sich in auffällender Weise vom Rest unterscheide. Die rote Kirsche der Ästhetischen Chirurgie werde von der Gesellschaft als etwas verstanden, das wesentlich anders ist als die weiße Torte.

Was sich in der von Dr. Uranus verwendeten Metapher zur Beschreibung der Ästhetischen Chirurgie darüber hinaus abzeichnet, ist eine positive Konnotation der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie. Denn der Redewendung folgend, ist die Kirse die dekorative Vollendung einer Torte. Aus seiner Sicht komplementiert die als besonders wahrgenommene Ästhetische Chirurgie erst die Plastische Chirurgie. Diese positive Konnotation des Sonderstatus der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie findet sich auch in Interviews mit anderen Chirurg*innen wieder. Der folgende kurze Ausschnitt aus dem Interview mit Dr. Neptun stammt aus einer längeren Passage, in der dieser zuvor ausführlich seinen beruflichen Werdegang dargestellt:

N.: [...] und bin dann dort in dieser Abteilung plastische Chirurgie ein absolute Nische (.) eine Nische ne unter den vielen Stellen der (.) Chirurgie der operativen Fachrichtung ist die plastische Chirurgie ein Kolibri ein kleiner (.) Kolibri irgendwo in der Ecke (.) [...]

(Neptun, Z. 201-204)

Innerhalb seiner Erzählung über seinen beruflichen Werdegang gibt Dr. Neptun eine kurze, bildhafte Beschreibung der Plastischen Chirurgie als seiner Fachdisziplin. Dass er von der Plastischen und nicht dezidiert von der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie schreibt, weist zum einen darauf hin, dass auch er die Ästhetische Chirurgie als einen Teilbereich versteht, den er unter die Oberkategorie der Plastischen Chirurgie subsumiert. Zum anderen weist die Verwendung des oberkategorialen Terminus darauf hin, dass es im Weiteren um eine Verortung der Plastischen Chirurgie in einem weiterreichenden Feld gehen wird, das er als »Chirurgie der operativen Fachrichtung« benennt.

Zunächst bezeichnet Dr. Neptun die Plastische Chirurgie im Vergleich zu anderen operativen Fachrichtungen als eine »absolute Nische«. Architektonisch wird der Begriff »Nische« genutzt, um eine räumliche Einbuchtung bzw. eine kleine räumliche Erweiterung zu beschreiben. Biologisch wird mit dem Begriff ein Gebiet bezeichnet, in welchem Lebensbedingungen vorherrschen, die für die Existenz spezieller Tier- oder Pflanzenarten notwendig sind. Beiden Deutungen ist gemein, dass »Nische« einen buchstäblichen oder tatsächlichen Raum meint, der abgesondert in oder neben anderen Räumen besteht. Der Begriff kann daran anschließend aber auch sinnbildlich als ein kleiner thematischer Bereich gedeutet werden, der von anderen thematischen Bereichen oder einem Hauptbereich abgegrenzt ist. Der Plastischen Chirurgie wird in dieser Lesart also erneut ein Sonderstatus zugeschrieben, insoweit über die metaphorische Beschreibung impliziert wird, dass sie einen Teilbereich eines größeren Ganzen und gleichzeitig eine spezielle Stellung innerhalb dieses größeren Ganzen einnimmt. Die uneingeschränkte

Gültigkeit dieses Sonderstatus wird mit dem Zusatz »absolut« nochmals von ihm betont.

Wie dieser Sonderstatus von Dr. Neptun bewertet wird, erschließt sich, wenn man den zweiten von ihm verwendeten Begriff zur Beschreibung der Plastischen Chirurgie heranzieht. So bezeichnet er diese als »kleinen Kolibri in der Ecke«. Der Kolibri gehört zu einer Vogelart, die sich durch mindestens drei Besonderheiten auszeichnet: Erstens zeichnet sich die Vogelart der Kolibris durch den im Tierreich schnellsten Flügelschlag aus. Zweitens sind Kolibris wegen ihrer geringen Größe auch als die kleinste Vogelart weltweit bekannt. Drittens werden sie auch aufgrund ihres auffälligen, farbenprächtigen Federkleides zu den schönsten Vogelarten der Welt gezählt. Mit der Kolibri-Metapher, die Dr. Neptun zur Beschreibung der Plastischen Chirurgie (und damit auch der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie als Unterkategorie dieser) verwendet, suggeriert er also, dass diese zwar einen Sonderstatus innerhalb einer größeren medizinischen Fachrichtung einnimmt, dass dieser Status aber positiv konnotiert wird, denn die zum Kolibri assoziierten Eigenschaften vermitteln, dass er eine Besonderheit in einem positiven, herausragenden Sinne darstellt.

Dr. Neptun beendet die Beschreibung schließlich damit, dass er den »Kolibri« auch tatsächlich räumlich verortet, denn dieser befinde sich »in der Ecke«. Der Begriff »Ecke« wird oftmals auch synonym zum Begriff der »Nische« verwendet und vermittelt bildsprachlich, dass die Plastische Chirurgie in Bezug auf einen abstrakteren medizinischen Kontext zwar zugehörig ist, allerdings eine randständige Position innehat. Mit dieser Ergänzung dimensionalisiert Dr. Neptun den Sonderstatus der Plastischen Chirurgie nochmals dahingehend, dass diese (und mit ihr die Ästhetische Chirurgie) zwar eine weniger zentrale Rolle spielt als andere Disziplinen der operativen Fachrichtung, sie aber gleichzeitig trotz ihrer Randständigkeit in einem für Dr. Neptun positiven Sinne hervorsteht.

Der bisher rekonstruierte positive Sonderstatus, den die Chirurg*innen ihrer Fachrichtung zuschreiben, erfährt in den Interviews allerdings noch eine weitere Dimensionalisierung, die vor allem zur Abgrenzung zu anderen Fachrichtungen genutzt wird. Diese weitere Dimension ergibt sich daraus, dass sich einige der interviewten Chirurg*innen explizit als »Dienstleister« (Neptun: Z. 574) verstehen. Zur Illustration dieser Dimension wird eine Passage aus dem Interview mit Dr. Merkur analysiert. Dr. Merkur hat zuvor seinen beruflichen Werdegang dargestellt und daran anschließend resümiert, dass er diesen als positiv bewertet, insoweit ihm die Arbeit in der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie Spaß bereite und die Entscheidung für diese Fachrichtung für ihn in einer retrospektiven Betrachtung eine gute Entscheidung war. An diese Ausführungen schließt sich folgende Passage an:

M.: [...] ich muss sagen das ist ähm (.) ein sehr sehr schöner Berufszweig (.) und anders als die klassischen zum Beispiel Chirurg oder Internist Neurologe Radio-

loge ist halt doch etwas anders (.) wie Sie halt vorhin auch schon sagten das ist hebt sich (.) auch gerade im Sozialen so oder im Gesellschaftlichen schon ähm (.) etwas ab hat so eine gewisse Zwischenrolle irgendwo (.) ne
 Y1: Wie wie meinen Sie Zwischenrolle?

[...]

(Merkur, Z. 45-51)

Dr. Merkur führt aus, dass er die Ästhetisch-Plastische Chirurgie als einen »sehr sehr schönen Berufszweig« ansehe, der »anders« sei als »klassische« Disziplinen. Er nimmt mit dieser Aussage zum einen eine inhaltlich relativ unkonkrete, positive Einschätzung seines beruflichen Feldes vor und verknüpft diese mit einer Abgrenzung zu anderen medizinischen Zweigen (Neurologie, Radiologie etc.). Mit der Charakterisierung der anderen Berufszweige als »klassisch« deutet er an, dass diese bereits seit längerer Zeit etabliert sind und entsprechend als bekannt bzw. auch anerkannt gelten. Die Bezeichnung »klassisch« kann aber auch im Sinne von »traditionell« und »konventionell« gemeint sein und in einer solchen Lesart andeuten, dass diese anderen Zweige zwar etabliert, mitunter aber eben auch weniger progressiv sind. Somit versteht Dr. Merkur die Ästhetische Chirurgie, die er von diesen Berufszweigen abgrenzt, als entweder weniger lang bestehend (und mitunter als weniger anerkannt) oder aber als progressiver als andere Disziplinen.

Im Weiteren nimmt Dr. Merkur direkt auf die Interviewerin Bezug (»wie Sie [...] schon sagten«) und spezifiziert in diesem Zuge das Anderssein der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie. Diese hebe sich von anderen medizinischen Disziplinen, gerade in Bezug auf das »Soziale« bzw. »Gesellschaftliche«. Da Dr. Merkurs diese Aussage relativ kurz nach dem Beginn des Interviews getätigt hat, ist anzunehmen, dass er sich auf die einführenden Erläuterungen der Interviewerin zum Anliegen der Promotionsarbeit bezieht. In diesen wurde die Konzeption des Forschungsvorhabens dargestellt und u. a. erklärt, dass neben professionellen Eigenverständnissen auch gesellschaftliche Betrachtungsweisen auf die Ästhetisch-Plastische Chirurgie erkundet werden. Aus der Bezugnahme auf das »Gesellschaftliche« und mit Hinblick auf den Hinweis, dass sich die Ästhetisch-Plastische Chirurgie »abhebe«, kann abgeleitet werden, dass Dr. Merkur die Annahme vertritt, sein Berufszweig werde aus einer gesellschaftlichen Perspektive als auffallend divergent zu anderen medizinischen Disziplinen wahrgenommen. Somit konstatiert auch Dr. Merkur seiner Fachdisziplin einen Sonderstatus innerhalb des medizinischen Kontextes.

Dr. Merkur bemerkt schließlich, dass die Ästhetisch-Plastische Chirurgie durch eine »gewisse Zwischenrolle« gekennzeichnet sei. Der Begriff der »Rolle« meint, gerade wenn er in einem gesellschaftlichen Kontext verwendet wird, eine Stellung oder Position, an welche bestimmte Erwartungen geknüpft sind. Der Terminus

»zwischen« zeigt wiederum an, dass die Ästhetisch-Plastische Chirurgie zwischen zwei Bereichen liege. Zwischen etwas zu sein, kann dann entweder heißen, dass die Ästhetisch-Plastische Chirurgie zweierlei sonst unterschiedene Aspekte verbindet oder aber, dass sie zwischen zwei Bereichen als etwas Hybrides existiert. Aufgrund dieser deutungsoffenen Formulierung folgt eine immanente Nachfrage durch die Interviewerin, die Dr. Merkur dazu anregen soll, sein Verständnis des Begriffs »Zwischenrolle« weiter auszuführen. Darauf antwortet er:

M.: Ähm die reine Medizin ist äh letztendlich etwas Notwendiges (.) und wir (.) befinden uns mit diesem anerkannten medizinischen Zweig letztendlich zwischen auch etwas Notwendigem (.) plastische Chirurgie kümmert sich auch vielfach um zum Beispiel Verbrennungs-äh-patienten aber auf der anderen Seite ist es halt hat sehr sehr viel mit Dienstleistungen zu tun (.) das heißt also ä:hm (.) das zum Beispie:l ä:hm (.) di:e Patienten ä:hm auch andere Sachen noch erfahren wie vielleicht bei einem normalen Hausarztbesuch (.) ja das heißt also sie kommen hierhin und (.) ähm oder oder beim Anrufen schon das man (.) ähm gewisse Strukturen entwickelt die in Richtung Dienstleistung (.) gehen und wo dann entsprechend so auch die Unterschiede dann auch fühlbar sind (.) ähm spürbar sind und (.) ähm wo auch ein gewisser Komfort eine Rolle spielt (2) ein gewisses Ambiente (.) ähm: auch eine menschliche Profession das heißt also äh das es nicht nur das jetzt Ganze von mir abhängt sondern quasi auch von sage ich mal von von Klinikgeist zum Beispiel bei uns ähm das ähm das er nicht ähm (.) oder das anders ausgedrückt das mehr oder weniger so ein ähm eine Philosophie da ist die man auch wirklich dann spüren kann und nicht das da irgendwie so ein Bruch drin ist und das meine ich halt in Richtung Dienstleistung (.) ähm (.) und das halt vielleicht doch ein bisschen anders teilweise als diese no:twendigen Geschichten wenn Sie mit einem Blinden- akuten Blindarmentzündung ins Krankenhaus kommen (.) dann haben Sie einfach (.) das wird man feststellen (.) einen anderen Umgang (2) ja und ähm (.) insofern sind wir (.) finde ich in einer gewissen Zwischenrolle (.)

(Merkur, Z. 52-72)

Dr. Merkur erklärt, dass es zum einen die »reine Medizin« gebe, die etwas »Notwendiges« behandle. Seiner Vorstellung nach existiert also ein Bereich der Medizin, der sich einzig dem Notwendigen zuwende. Das »Notwendige« kann sich, bedenkt man den gesetzten Rahmen der »Medizin«, auf das Praktizieren von Ärzt*innen beziehen. Das Notwendigste zu tun in Bezug auf ärztliches Praktizieren kann wiederum meinen, dass das Mindeste zur Erhaltung aller körperlichen (Vital-)Funktionen durchgeführt wird. Bei der »reinen« Medizin gehe es also darum, Menschen *dann* zu behandeln, wenn die körperliche Unversehrtheit bedroht ist, und *soweit* zu behandeln, dass dieser gefährdende Zustand überwunden wird. Es wird aber nichts darüber hinaus, sondern eben nur das getan, was unbedingt erforderlich ist.

In Abgrenzung zur reinen Medizin spricht Dr. Merkur im Fortlauf von »wir« und »diesem anerkannten medizinischen Zweig«, womit er allem Anschein nach sich und seine Kolleg*innen der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie meint. Dass er die Anerkennungen seines Berufszweigs nochmals gesondert betont, verweist zumindest darauf, dass die Anerkennung für ihn nicht selbstverständlich (und mitunter begründungsbedürftig) ist. Die »Zwischenrolle«, die Dr. Merkur seiner Fachdisziplin zuschreibt, kann entsprechend meinen, dass mit ihr eine gewisse Gefährdung der sonst generell gegebenen Anerkennung einhergeht.

Dr. Merkur führt weiter aus, dass sein Berufszweig *ebenso* die Erfüllung von »Notwendige[m]« beinhalte, was er am Beispiel der Behandlung von Verbrennungspatient*innen illustriert. Da Verbrennungen je nach Grad auch durchaus lebensgefährdend sein können, deckt sich dieses Beispiel mit der Lesart der Notwendigkeit im Sinne der (Vital-)Funktionserhaltung des Körpers. Dass er bei diesem Beispiel konkret die Plastische Chirurgie benennt, zeugt davon, dass er sich und sein berufliches Wirken als ästhetisch-plastischer Chirurg einem größeren Ganzen zuordnet, wie dies auch die anderen interviewten Chirurg*innen für sich und ihre Fachdisziplin getan haben. Dr. Merkur erklärt daran anschließend, dass sein Berufszweig neben dem Notwendigen auch »sehr sehr viel mit Dienstleistung« zu tun habe. Mit dieser Formulierung konkretisiert er die Lesart von »Zwischenrolle«, da deutlich wird, dass er mit dieser Bezeichnung nicht etwas Hybrides, sondern die Verbindung von zwei unterschiedlichen Aspekten meint: Die Ästhetisch-Plastische Chirurgie behandle Notwendiges (wie andere Fachrichtungen), ist aber darüber hinaus (in Abgrenzung zu anderen Disziplinen) auch Dienstleistung.

Was Dr. Merkur konkret unter den Aspekt der »Dienstleistung« fasst, wird im weiteren Verlauf exemplarisch von ihm ausgeführt: Im Rahmen der von Ästhetisch-Plastischer Chirurgie erbrachten Dienstleistungen würden Patient*innen anderes als nur das Notwendige »erfahren«, es gebe »fühlbare« wie »spürbare« Unterschiede in Form von »Komfort« wie auch eines »gewisse[n] Ambiente[s]«. Während der Begriff »Komfort« auf über das Notwendige hinausgehende Annehmlichkeiten verweist, zeugt der Terminus »Ambiente« sogar von einer Atmosphäre, die als angenehm wahrgenommen wird. Dass Patient*innen all dies spüren, fühlen und erfahren, impliziert wiederum, dass es bei Dienstleistungen der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie um das situativ-atmosphärische Empfinden der Patient*innen geht. Mit Dienstleistung meint Dr. Merkur also zusätzlich zu seiner eigentlichen Arbeit erbrachte Leistungen, die primär am positiv bewerteten Patient*innen-Erleben orientiert sind.

Zur besonderen atmosphärischen Erfahrung, die Patient*innen geboten werde, ergänzt Dr. Merkur zum Aspekt der Dienstleistung auch das Erleben einer »menschlichen Profession«, die über ihn als Einzelperson hinausgehe. Dieses Erleben bezieht er auf einen bestimmten »Klinikgeist« bzw. eine »Philosophie«, die

man – ähnlich wie eine spezifische Atmosphäre – »spüren« könne. Die Formulierungen »Geist« und »Philosophie« zeugen davon, dass Dr. Merkur eine spezifische Einstellung bzw. Überzeugung beschreibt, die ihn und seine Mitarbeiter*innen im Gegensatz zu »rein« medizinisch agierenden Bereichen auszeichnet. Dass er von dieser besonderen Einstellung überzeugt ist, wird in der Aussage deutlich, dass es ohne diesen Dienstleistungsaspekt zu einer Art »Bruch«, d.h. zu einer Form der Diskrepanz im ärztlichen Handeln komme. Seine Einstellung und dienstleistungsorientierte Vorgehensweise sieht er im Gegensatz dazu als vollendet, als bruchlos an.

Seine fachspezifische Andersartigkeit und die konstatierte »Zwischenrolle« exemplifiziert er schließlich noch einmal dahingehend, dass man im Vergleich zu »notwendigen« Sachen, wie einer im Krankenhaus behandelten Blinddarmentzündung, in seinem Berufszweig einen anderen »Umgang« mit Patient*innen habe. Für Dr. Merkur geht also die erfahrbare, spezifische Atmosphäre und seine Einstellung schließlich mit einer Art von »Umgang« mit seinen Patient*innen einher, die sich maßgeblich von denen anderer Fachärzt*innen unterscheidet. Die »Zwischenrolle«, die Dr. Merkur der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie zuschreibt, besteht also nicht nur darin, Patient*innen medizinisch, sondern auch persönlich über das Notwendigste hinaus zu behandeln. In dieser Lesart wird die Ästhetisch-Plastische Chirurgie erneut in einer positiv Konnotierung dargestellt, denn sie geht nicht nur medizinisch-formal, sondern auch individuell-menschlich über das Notwendige hinaus.

Typisierung des Expert*innenwissens zum Status der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie im medizinischen Kontext

Die bislang analysierten Darstellungen handeln allesamt von der Frage, was die Ästhetisch-Plastische Chirurgie aus Sichtweise der praktizierenden Chirurg*innen dieser Fachrichtung im Wesentlichen kennzeichne. Im Folgenden werden die im Zuge der reflektierenden Interpretation rekonstruierten Orientierungen im Rahmen einer am Erkenntnisinteresse dieser Arbeit ausgerichteten sinngenetischen Typenbildung abstrahiert (zur Typenbildung vgl. Kap. 3.2). Auffallend an den rekonstruierten Orientierungen ist, dass die Chirurg*innen zur Ergründung der Charakteristika der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie eine Verortung dieser in einem weiterreichenden, medizinischen Kontext vornehmen. Dies verdeutlicht sich besonders an den verwendeten Metaphern, denn die bildsprachlichen Darstellungen der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie als eine von vier Säulen, als die Kirsche auf einer Torte sowie als einem Kolibri bzw. einer Nische illustrieren, dass die Ästhetisch-Plastische Chirurgie stets als zugehörig zu einem über sie hinausreichenden medizinischen Kontext bzw. als Unterkategorie einer ihr übergeordneten Kategorie verhandelt wird. Eine Basistypik, die derlei Verhandlungen

adäquat zu fassen versucht, wird als ›*Ästhetisch-Plastische Chirurgie als Bestandteil eines größeren Ganzen*‹ bezeichnet.

Diese Basistypik würde allerdings zu kurz greifen, zieht man die weiteren dargestellten Rekonstruktionen hinzu. So verdeutlichen die Beschreibungen der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie als der roten Kirsche auf der weißen Torte, als Kolibri in einer Ecke und als Dienstleistung, die über die Behandlung des rein medizinisch Notwendigen hinausgeht, dass sie zwar einen konstitutiven Bestandteil eines größeren Ganzen ausmache, sie jedoch im Vergleich zu anderen Fachrichtungen durch eine Andersartigkeit gekennzeichnet sei. Diese Andersartigkeit, die ihr die sie praktizierenden Chirurg*innen zuschreiben, wird durchgehend als positiv konnotiert, gleichwohl den Chirurg*innen mitunter ebenfalls bewusst ist, dass diese positive Wertung ihrer Fachdisziplin von der Gesellschaft nicht gleichermaßen geteilt wird. Aufgrund dieser ebenfalls rekonstruierten Orientierungen bedarf es einer Differenzierung und weiteren Abstrahierung der erstellten Basistypik. Eine Typik, die all die aufgezeigten Dimensionen begrifflich angemessen umfasst, wird schließlich als ›*Positiver Sonderstatus der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie im medizinischen Kontext*‹ betitelt. Im Folgenden wird die für das Expert*innenwissen rekonstruierte Typik mit der für das Alltagswissen rekonstruierten Typik kontrastierend verglichen, um erste Schlussfolgerungen hinsichtlich der Frage nach gegenwärtigen Mustern der (De-)Legitimierung der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie zu ziehen.

4.3. Grenzkonstruktionen zur Sonderstellung der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie innerhalb der Medizin

Den zentralen Gegenstand dieses Kapitels bildet die Erörterung der Grenzziehungen, die die Alltagsakteur*innen und die Chirurg*innen zur medizinischen Bestimmung der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie vornehmen. Im Folgenden werden nun zunächst die Gemeinsamkeiten zwischen alltagsweltlichen und professionellen Grenzziehungen bzw. Deutungen aufgezeigt, die sich im Zuge der Analysen herauskristallisiert haben. Im Anschluss daran wird auf die Unterschiede zwischen alltagsweltlichen und professionellen Grenzziehungen eingegangen, bevor abschließend diskutiert wird, wie sich anhand dieser rekonstruierten Orientierungen das Verhältnis zwischen dem Alltags- und Expert*innenwissen bestimmen lässt und welche Rückschlüsse auf die Frage nach gegenwärtigen Mustern der (De-)Legitimierung der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie gezogen werden können.

Die professionellen wie auch die alltagsweltlichen Betrachtungsweisen haben gemein, dass die Medizin im Allgemeinen oder aber die Chirurgie im Besonderen einer Binnendifferenzierung unterzogen wird. Konkret bedeutet dies, dass alle Interviewten die Ästhetisch-Plastische Chirurgie von anderen Fachdisziplinen un-

terscheiden oder abgrenzen. Im Rahmen dieser Binnendifferenzierung(en) wird die Ästhetisch-Plastische Chirurgie sowohl in der alltagsweltlichen wie auch in der professionellen Perspektive stets als ein Bestandteil eines übergeordneten, größeren Ganzen (Plastische Chirurgie, Allgemeine Chirurgie oder Medizin) gerahmt. Ihr wird jedoch ebenso aus Sicht der Alltagsakteur*innen wie auch aus der der Chirurg*innen eine gewisse Sonderrolle zugeschrieben, d.h. aus beiderlei Perspektiven ist die Ästhetisch-Plastische Chirurgie zwar ein Teil von etwas Größerem, aber sie ist ein Teil, der im Vergleich zu den anderen Teilen des Größeren (also anderen Fachdisziplinen) eine Besonderheit darstellt.²

In den jeweiligen Begründungen des Sonderstatus, der der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie zugeschrieben wird, zeichnen sich dagegen wesentliche Unterschiede in den Orientierungen und Argumentationen der Alltagsakteur*innen und Chirurg*innen ab. Die Chirurg*innen bedienen sich Binnendifferenzierungen, um aufzuzeigen, dass sich ihre Fachrichtung von anderen chirurgischen Disziplinen nicht nur positiv abhebe, sondern auch mehr als diese biete und zu leisten im Stande sei. Aus der Perspektive der Chirurg*innen ergibt sich qua größerem Leistungsspektrum ein *positiv* konnotierter Sonderstatus der

2 Dass die Chirurg*innen ihren Fachbereich darüber legitimieren, dass sie sie als einen Teilbestand der Medizin rahmen, deckt sich mit den Ergebnissen aus Meilis Studie zu Legitimationsstrategien. Meili rekonstruiert anhand ihrer Analysen u.a. die »Einbettungsstrategie« als eine Strategie der Legitimierung der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie (vgl. Meili 2008: 135). Mit Einbettung beschreibt sie das Phänomen, dass ästhetisch-plastische Chirurg*innen zur Legitimierung der von ihnen durchgeführten Eingriffe diese innerhalb der Medizin verorten. Diese Einbettung erfolgt bspw. »über eine Anlehnung an die rekonstruktive Chirurgie«, was sich auch bei den für diese Studie interviewten Chirurg*innen gezeigt hat (ebd.). Im Weiteren führt Meili aus, dass mit dieser legitimatorischen Einbettungsstrategie von den ästhetisch-plastischen Chirurg*innen versucht werde »aufzuzeigen, dass die Unterschiede zwischen der ästhetischen und der rekonstruktiven Chirurgie gar nicht so groß und die Grenzen dazwischen unklar sind«, wodurch eine »Gleichheit bezüglich der Legitimität beansprucht« werde (ebd.). Auch in den für diese Studie analysierten Expert*inneninterviews konnte veranschaulicht werden, dass Chirurg*innen zwar Grenzkonstruktionen innerhalb ihrer übergeordneten Fachdisziplin vornehmen, dass sie diese aber mitunter auch als fließend verstehen. Wie jedoch die Analysen der Expert*inneninterviews dieser Studie verdeutlicht haben, verbleiben die Chirurg*innen nicht dabei, die Ästhetisch-Plastische Chirurgie als einen Teil eines größeren Ganzen zu legitimieren. Vielmehr verleihen sie ihrem Fachbereich im Vergleich zu den anderen Bereichen ihrer Disziplin einen Sonderstatus, d.h. sie betonen explizit, dass das, was sie tun, vergleichsweise etwas Besonderes darstelle. Diese Besonderheit wird nun nicht über die Anlehnung an die anderen Fachdisziplinen relativiert, sondern als etwas Positives exponiert dargestellt. Es zeigt sich anhand der für diese Studie durchgeführten Expert*inneninterviews also über die Erkenntnisse von Meilis Studie hinausgehend, dass ästhetisch-plastische Chirurg*innen ihre Disziplin nicht nur legitimatorisch als Bestandteil eines größeren Ganzen beschreiben, sondern ihr überdies auch einen positiv konnotierten Sonderstatus zuschreiben, was ebenso eine Form der Legitimitätsbeanspruchung darstellt.

Ästhetisch-Plastischen Chirurgie. Dagegen beziehen sich die interviewten Alltagsakteur*innen auf Binnendifferenzierungen, um aufzuzeigen, dass sich der Sonderstatus der Ästhetisch-Plastischen daraus ergibt, dass sie eben genau nicht ausschließlich das erfüllt, was andere Fachdisziplinen aus ihrer Sicht erfüllen (sollten). Entsprechend sehen die Alltagsakteur*innen die Ästhetisch-Plastische Chirurgie im Vergleich zu anderen Fachdisziplinen als defizitär. Folglich ergibt sich aus alltagsweltlicher Perspektive eine *negative* Konnotation der Sonderstellung der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie. In Bezug auf die Verhandlungen des Wissens vom Körper (vgl. Kap. 3.1) und auf das Verhältnis der alltagsweltlichen und professionellen Dimensionen dieses Wissens lässt sich anhand der rekonstruierten Orientierungen schlussfolgern, dass das Alltags- und das Expert*innenwissen – trotz einiger Überschneidungen – letztlich doch in Opposition zueinander stehen.

Da der jeweils zugeschriebene Sonderstatus der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie und die rekonstruierte Oppositionalität des Alltags- und Expert*innenwissens auf innermedizinischen Binnendifferenzierungen basieren, wird auch die Forschungsfrage nach spezifischen Grenzziehungskonstruktionen tangiert. Wie in Kapitel 2.4 dargestellt, zeichnet sich angesichts des Wandels medizinischer Grundbegriffe und der sich verstärkenden Deutungs Offenheit medizinischer Kategorien eine prozesshafte »Entgrenzung der Medizin« ab (Wehling/Viehöver 2011: 7). Dieser Prozess der Entgrenzung untergliedert sich nach Peter Wehling und Willy Viehöver in die Teilaspekte der Grenzüberschreitung, Grenzverwischung, Grenzverschiebung sowie der Grenzpluralisierung (Wehling/Viehöver 2011: 9f.). Wie sich die Grenzkonstruktionen der Chirurg*innen und Alltagsakteur*innen vor dem Hintergrund dieser verschiedenen Dimensionen von Entgrenzungen einordnen lassen, gilt es im Folgenden zu klären.

Die interviewten Chirurg*innen nehmen zur Verortung ihres Fachbereichs vor allem Grenzziehungen zu anderen Disziplinen vor. Deutlich wird dies etwa am Beispiel der verwendeten Vier-Säulen-Metapher, derer sich die Chirurg*innen bedienen um anzuzeigen, dass die Ästhetisch-Plastische Chirurgie ein Teilgebiet der Plastischen Chirurgie ist, die gleichwertig neben anderen Teilgebieten existiere. Trotz dieser innerfachlichen Binnendifferenzierung verstehen die Chirurg*innen sich und ihr berufliches Wirken als Teil eines größeren Ganzen, nämlich der Plastischen Chirurgie. Diese meta-kategoriale Selbstverortung verdeutlichen sie anhand operativer Beispiele, die demonstrieren, dass sie nicht nur im Bereich der ästhetisch ausgerichteten Plastischen Chirurgie tätig sind, sondern auch andere Teilbereiche bedienen (können), wie etwa die Rekonstruktive Chirurgie. Die selbst konstruierten innermedizinischen Grenzen zur Verortung ihrer Disziplin werden dem folgend also durch die Beschreibungen ihrer beruflichen Praxis uneindeutig.

Dieses Phänomen lässt sich in Bezug auf den Entgrenzungsprozess nach Wehling und Viehöver als eine Form der »Grenzverwischung« beschreiben. Das Verwischen von Grenzen meint nach den Autoren, dass eindeutige Unterscheidungen

zusehends unscharf werden und sich Übergänge zwischen bestimmten Kategorien zunehmend fließender gestalten (vgl. Wehling/Viehöver 2011: 10). Angewendet auf die Ästhetisch-Plastische Chirurgie bedeutet dies, dass die von den Chirurg*innen selbst gezogenen Grenzen zur definitiven Unterteilung ihrer übergeordneten Fachdisziplin (Plastische Chirurgie), zwar zur Selbstversorgung herangezogen werden, gleichzeitig werden diese Grenzziehung aber durch ihr tägliches berufliches Handeln verwischt, da sich die Chirurg*innen in ihrer beruflichen Alltagspraxis nicht an diese/n Grenzen orientieren bzw. halten und grenzübergreifend praktizieren. Die Grenzverwischung betrifft jedoch nicht nur allein die innermedizinischen Differenzierungen, sondern reicht weiter. So kann die Selbstbeschreibung der Chirurg*innen als Dienstleister*innen, die sie verwenden, um sich positiv von anderen Fachdisziplinen abzuheben, überdies als eine Form der Grenzverwischung gedeutet werden, nämlich als ein Verwischen der Grenze zwischen Medizin und Wirtschaft.

Die Alltagsakteur*innen bedienen sich zur Verortung der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie ebenfalls einer innermedizinischen Binnendifferenzierung, die die Ästhetisch-Plastische Chirurgie von anderen Disziplinen der Plastischen Chirurgie abgrenzt. In der Perspektive der Alltagsakteur*innen kommt es jedoch nicht zu einer Grenzverwischung, wie sie sich aus den Darstellungen der Chirurg*innen rekonstruieren ließ. Denn für die Alltagsakteur*innen sind die eindeutig voneinander abgrenzbaren Binnendifferenzierungen der Plastischen Chirurgie gleichzeitig mit klar zuweisbaren Zuständigkeiten verbunden, was sich etwa an der Annahme zeigt, dass einige Chirurg*innen vor allem ästhetische Operationen durchführen, während andere auf rekonstruktive Verfahren spezialisiert sind. Getragen wird diese strikte Binnendifferenzierung, wie in den analysierten Passagen und Ausschnitten erkennbar, stets durch die Grenzziehung zwischen »Schönheit« und »Medizin«.

Aus der alltagsweltlichen Verortung der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie im medizinischen Kontext lässt sich ableiten, dass die Ästhetisch-Plastische Chirurgie für Alltagsakteur*innen das darstellt, was Wehling und Viehöver als »Grenzüberschreitung« bezeichnen. Unter diesem Phänomen fassen die Autoren den Umstand, dass medizinische Maßnahmen, die vormals an als krank kategorisierten Personen angewandt wurden, nun auch zur Behandlung pathologisch unauffälliger Personen eingesetzt werden (vgl. Wehling/Viehöver 2011: 10). Die Ästhetisch-Plastische Chirurgie stellt in der Perspektive der Alltagsakteur*innen nun insoweit ein grenzüberschreitendes Phänomen dar, da im Rahmen dieser medizinische Maßnahmen an Personen durchgeführt werden, die dem Verständnis der Alltagsakteur*innen nach nicht krank sind, wie es etwa bei der chirurgischen Behandlung von sogenannten Schönheitsmakeln der Fall ist. Eng verbunden ist dies mit der Vorstellung der Alltagsakteur*innen, dass ästhetisch-plastische Chirurg*innen ihr ärztliches Handeln ausschließlich auf die Produktion bzw. Behandlung von Schön-

heit ausrichten. Da die Alltagsakteur*innen jedoch die Meinung vertreten, das jedes ärztliche Praktizieren im Sinne des ärztlichen Berufsethos über medizinische Indikationen begründet sein sollte, wird die Ästhetisch-Plastische Chirurgie durch die in ihrem Rahmen durchgeführten Verfahren zum grenzüberschreitenden Sonderfall.

In Folgenden sollen nun die professionellen und alltagsweltlichen Grenzkonstruktionen zur definitorischen Bestimmung der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie zusammengeführt werden. Die Grenzkonstruktionen der Chirurg*innen sind durch einen eher *dialogischen* Charakter geprägt, denn die Chirurg*innen ziehen zwar Grenzen innerhalb der Plastischen Chirurgie, um sich und ihre Disziplin zu verorten, in ihrer beruflichen Alltagspraxis praktizieren sie jedoch über diese Grenzen hinweg. Entsprechend stehen in ihrer Perspektive die Teilbereiche der Plastischen Chirurgie nicht oppositionell gegeneinander, sondern ihr Verhältnis ist bestimmt durch Überschneidungen, Verknüpfungen und Austausch, die zwischen den Teilbereichen ständig dialogisch vermitteln. Die Grenzkonstruktionen der Alltagsakteur*innen sind dagegen dualistisch organisiert, denn in ihrer Sichtweise gründen die Binnendifferenzierungen auf eindeutigen Grenzkonstruktionen, die über die rein definitorische Bestimmung auch in das alltägliche ärztliche Handeln hineinreichen (sollten). Die jeweiligen Fachbereiche der Plastischen Chirurgie und die jeweils dazu zugeschriebenen Zuständigkeiten werden den Grenzkonstruktionen folgend oppositionell und in diesem Sinne dualistisch zueinander in Beziehung gesetzt.

In dieser zusammenführenden Betrachtung der jeweiligen Grenzkonstruktionen zeigt sich schließlich ein weiteres Element des Entgrenzungsprozesses der Medizin, das Wehling und Viehöver als »Grenzpluralisierung« bezeichnen (Wehling/Viehöver 2011: 10). Darunter fassen sie das Phänomen, dass sich zwar immer noch eindeutige Abgrenzungen von Kategorien (wie bspw. gesund und krank) ausmachen lassen, dass diese Grenzziehungen jedoch von unterschiedlichen Akteursgruppen jeweils spezifisch vorgenommen werden (vgl. ebd.). Wie die rekonstruierten Grenzkonstruktionen aufzeigen, nehmen die Alltagsakteur*innen wie auch die Chirurg*innen jeweils konkrete Differenzierungen zur Verortung der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie im medizinischen Kontext vor (Ästhetisch-Plastische Chirurgie als Teil eines größeren Ganzen). Diese Grenzziehungen unterscheiden sich jedoch maßgeblich hinsichtlich der Aspekte, die der Grenzziehung jeweils zugrunde gelegt werden (Indikationen, Effekte und Zuständigkeiten). Aus der mitunter oppositionellen Unterschiedlichkeit der Grenzkonstruktionen und aus der sich daran anschließenden Gegensätzlichkeit des Alltags- und Expert*innenwissens ergibt sich schließlich die von Wehling und Viehöver beschriebene Pluralität. Eine Folge dieser Pluralität besteht letztlich in einer Gleichzeitigkeit von Legitimierung und De-Legitimierung der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie. Denn während die Grenzkonstruktionen der Alltagsakteur*innen eine Abwertung der Ästhetisch-

Plastischen Chirurgie und der sie praktizierenden Mediziner*innen nach sich ziehen (negative Sonderstellung), sind die Grenzkonstruktionen der ästhetisch-plastischen Chirurg*innen gerade darauf ausgelegt, ihre eigene Disziplin anerkennend zu plausibilisieren (positiver Sonderstatus).

5. Grenzen der Wirkung

Die Ästhetisch-Plastische Chirurgie innerhalb sozialer Dynamiken

Im Zuge der Analysen der Gruppendiskussionen und Expert*inneninterviews kristallisierte sich heraus, dass sich die Alltagsakteur*innen wie auch die Chirurg*innen nicht nur darauf beschränken, das Phänomen Ästhetisch-Plastische Chirurgie in verschiedenen medizinischen Kontexten zu verorten. Denn alle Interviewten verhandeln im Versuch, den Gegenstandsbereich einzugrenzen und zu definieren ebenso die Bedeutung der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie innerhalb sozialer Entwicklungsdynamiken und gesellschaftlicher Kontexte. Leitend war die Frage danach, was die Ästhetisch-Plastische Chirurgie durch ihre Existenz und zunehmende Anwendung innerhalb der Gesellschaft bewirke. Welche *Grenzen* die Alltagsakteur*innen und die Chirurg*innen hinsichtlich der jeweils angenommenen gesellschaftlichen *Wirkungsweise* der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie ziehen, wird Gegenstand des folgenden Kapitels sein. Zunächst wird näher beleuchtet, welche Rolle die Alltagsakteur*innen der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie in sozialen Wandlungsprozessen zuschreiben. Darauf folgend wird ein Einblick in die Annahmen der Chirurg*innen über die gesellschaftliche Bedeutung ihrer Fachdisziplin gegeben, bevor abschließend die alltagsweltliche und die professionelle Perspektive kontrastierend miteinander in Beziehung gesetzt werden.

5.1. Ästhetisch-Plastische Chirurgie als Effekt und Katalysator sozialer Wandlungsprozesse

In jeder der durchgeführten Gruppendiskussionen verhandeln die Alltagsakteur*innen nicht nur die Frage, wie die Ästhetisch-Plastische Chirurgie in medizinischen Kontexten verortet werden kann, sondern sie diskutieren überdies, in welchem Verhältnis die Ästhetisch-Plastische Chirurgie zu gesellschaftlichen Entwicklungen und Phänomenen steht und welche Wirkungsweise ihr in gesellschaftlichen Kontexten zuteilwird. Einen ersten Einblick in diese spezi-

fischen Erörterungen der Alltagsakteur*innen gibt im Folgenden eine Passage aus der Diskussion der Gruppe Grün. Dieser Passage geht eine Debatte über die Ästhetisch-Plastische Chirurgie voraus, in der diese in Bezug auf verschiedenste soziale Dimensionen als Problem verhandelt wird (»gesellschaftliches Problem«, »Gender-Problem«, »kulturelles Problem«, »Klassenproblem« – GD Grün, Z.: 775, 807, 809, 818). Im Anschluss daran führen die Teilnehmer*innen der Gruppendiskussion Grün aus:

Af: Die Frage bleibt wer steuert denn eben diese, wer steuert da diese äh diese Tatsache diese Schönheitsideale und alles ja?

Ef: Exakt das ist die Frage. also ich finde es ist die Kapitalisierung unseres Körpers der wir ausgesetzt sind

Af: Ja zum Beispiel ja genau genau das stimmt

Ef: Also ich glaube dass dieser äh es war auf alles (.) es hat sich der Kapitalismus durchgesetzt und jetzt müssen wir uns selbst optimieren ja? um jeden Preis ja?

Cm: Genau

Ef: Und das ist irgendwie (.) ich glaube schon dass das viel damit auch zu tun hat.

((Zustimmung))

(GD Grün, Z. 830-839)

Die Passage wird durch die DiskutantIn Af eröffnet, die über den Verweis auf eine noch nicht beantwortete Frage (»die Frage bleibt«) eine Abstraktion bzw. Zusammenfassung der bisherigen Diskussion anregt. Denn indem die DiskutantIn formuliert, dass eine Frage »bleibt«, und sich nicht etwa neu ergäbe, impliziert sie, dass ein finaler Aspekt noch nicht abschließend beantwortet sei. Inhaltlich thematisiert die DiskutantIn »Schönheitsideale« in der Frage und wer diese »steuert«. Ein »Ideal« bezeichnet in der Regel etwas Vollkommenes und wird sinngemäß auch als eine Art Zielsetzung verwendet, nach deren Erreichung gestrebt wird. In Verbindung mit dem Wort »Schönheit« sind entsprechend Formen ästhetischer Vollkommenheit gemeint, deren Verwirklichung handlungsleitend ist. Über alle Gruppendiskussionen hinweg wird die Ästhetisch-Plastische Chirurgie mit Schönheitsidealen in Verbindung gebracht, indem die Alltagsakteur*innen annehmen, mit chirurgischen Eingriffen werde die Erfüllung von Schönheitsidealen angestrebt. Dass die DiskutantIn schließlich danach fragt, wer diese Schönheitsideale »steuert«, suggeriert zum einen, dass Schönheitsideale beeinflussbar sind und zum anderen, dass es Personen gibt, die eine solche Beeinflussung vornehmen können. Unabhängig davon, wer diese Personen tatsächlich sind, lässt sich zumindest schon festhalten, dass die Annahme besteht, Schönheitsideale existierten nicht nur einfach so, sondern würden aktiv reguliert.

Im weiteren Verlauf stimmt die DiskutantIn Ef ihrer VorrednerIn zu, dass die Ergründung der Frage, wer die Schönheitsideale steuere, das nun abschließend zu erörternde Thema sei (»Exakt das ist die Frage«). Die DiskutantIn Ef formuliert im Anschluss einen ersten Ansatz zur Beantwortung der aufgeworfenen Frage, nimmt dabei jedoch keinen inhaltlichen Bezug auf die von Af aufgeworfene Orientierung (Steuerung von Schönheitsidealen), sondern eröffnet unter rhetorischer Bezugnahme auf ihre VorrednerIn eine neue Orientierung: Es ginge um »die Kapitalisierung unseres Körpers«. Der Terminus »Kapitalisieren« lässt zunächst einmal viele Deutungen zu. So kann die Steuerung von Produktion und Konsum über einen ökonomischen Markt oder aber eine Art von wirtschaftlicher Akkumulation und Gewinnsteigerung gemeint sein. In jedem Fall ist mit dem Begriff eine spezifische Weise des Wirtschaftens gemeint, die in dieser Aussage auf das Themenfeld »Körper« angewandt wird.

Aufschluss darüber, was genau die DiskutantIn mit Kapitalisierung in Bezug auf Körper meint, geben ihre weiteren Ausführungen dazu, dass sich der Kapitalismus durchgesetzt habe und dies dazu führe, dass »wir uns selbst optimieren [müssen]«. Die DiskutantIn nimmt also eine sinnhafte In-Beziehungssetzung von »Kapitalismus« und »Optimierung« vor. Wenn von »Optimierung« die Rede ist, wird damit in der Regel beschrieben, dass ein bestmöglicher Zustand angestrebt wird und dass etwas bis zur absoluten Machbarkeitsgrenze hin verbessert werden soll. Dem Begriff ist entsprechend eine Steigerungslogik inhärent: Von einem Ausgangspunkt aus soll jemand oder etwas in Form von Verbesserung gesteigert werden. Konterkariert man diese Wortbedeutung mit den möglichen Deutungen von »Kapitalisierung«, so kann geschlussfolgert werden, dass mit dem Begriff »Kapitalisierung« eine Form der Akkumulation und des Strebens nach (mehr) Gewinn gemeint ist, denn auch damit ist grundlegend eine Steigerungslogik verbunden. Mit dem von der DiskutantIn zusätzlich gegebenen Hinweis auf die Durchsetzung des Kapitalismus betont sie die zunehmende Bedeutung eben dieser Logik.

Nachdem die Wortbedeutung von »Optimierung« zu einem detaillierteren Verständnis des Begriffs »Kapitalisierung« geführt hat, können diese analytischen Erkenntnisse nun für die Interpretation der Formulierung »Kapitalisierung unseres Körpers« fruchtbar gemacht werden. Wenn etwas kapitalisiert wird, dann wird damit ein Prozess beschrieben, in dessen Rahmen etwas zu Kapital umgewandelt und – in einer an der Steigerung dieses Kapitals orientierten Logik – angelegt wird. Die Kapitalisierung des Körpers meint dann entsprechend die Umwandlung des Körpers zu einer Ressource, die als Kapital genutzt wird, um optimierend mehr Kapital zu generieren. Dass man dieser kapitalistischen Steigerungslogik »ausgesetzt« sei und sich optimieren »müsse«, impliziert wiederum einen gewissen Zwangscharakter der Kapitalisierung des Körpers, denn es verdeutlicht, dass man sich diesem Prozess nicht ohne Weiteres entziehen kann.

Die Zuständigkeit und Verantwortlichkeit für diese Form der körperlichen Optimierung wird von der DiskutantIn auf der Individualebene verortet, denn sie führt aus, dass es darum gehe, sich »selbst [zu] optimieren«. Allerdings deutet sich außerdem an, dass es sich bei der Kapitalisierung und Optimierung um ein gesellschaftliches Phänomen handle, das auf individueller Ebene zum Tragen komme. Deutlich wird die gesellschaftliche Dimension, wenn die DiskutantIn von »unser[e(m)] Körper[-]« spricht, denn mit der Nutzung des Possessivpronomens »unser« signalisiert sie eine Form der Zugehörigkeit sowie eine Art von Gemeinsamkeit, die mit anderen Personen geteilt wird. Da die Gemeinsamkeit darin bestehe, der Kapitalisierung ausgesetzt zu sein und dieser Prozess wiederum einen überindividuellen Charakter trägt, ist anzunehmen, dass sich die signalisierte Zugehörigkeit, die die DiskutantIn mit »unseres« vermittelt, nicht nur auf die Mitglieder der Gruppe, sondern abstrakter auf alle Mitglieder der Gesellschaft bezieht. Somit hat die von der DiskutantIn konstatierte Kapitalisierung eine gesellschaftliche Tragweite, die sich in Form von Optimierung auf einer Individualebene vollzieht. Die stetig vorgenommenen Validierungen durch die anderen Teilnehmer*innen der Gruppendiskussionen (»das stimmt«, »genau«) zeigen schließlich an, dass es sich nicht um eine individuelle, sondern einer von der Gruppe geteilte Orientierung handelt.

Die DiskutantIn resümiert zum Ende ihrer Ausführungen, dass die von ihr aufgeworfene Orientierung (Kapitalisierung von Körpern) auch viel »damit« zu tun habe. Mit dem Ausdruck »damit« kann sie zum einen die Ästhetisch-Plastische Chirurgie als zentrales Thema der Diskussion meinen oder aber die eingangs thematisierten Schönheitsideale, die in diesem Kontext letztlich aber ebenso im Zusammenhang mit der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie stehen. Mit dieser abschließenden Aussage zum Zusammenhang der verschiedenen Aspekte nimmt die DiskutantIn somit eine triadische Verbindung zwischen Ästhetisch-Plastischer Chirurgie, Kapitalisierung und Optimierung vor. Überlegungen und Diskussionen zum Zusammenhang der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie mit sozialen Wandlungsprozessen finden sich aber nicht nur in Gruppe Grün, sondern in allen durchgeführten Gruppendiskussionen.

In der Gruppe Gelb wurde etwa gemeinsam darüber debattiert, warum Patient*innen der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie – trotz hoher Risiken und Kosten – so viel Hoffnung in diese setzen. Im Zuge der Diskussion argumentiert eine Teilnehmerin der Gruppe, dass es eine »Steigerung der Anforderungen« gebe, »die an alle Personen gestellt werden [...] also dass so generell ne Optimierung gefordert wird, dass man in allen Bereichen äh ganz toll sein muss« (GD Gelb, Z. 705-710). Die DiskutantIn konstatiert mit den sinngemäßen Begriffen »Steigerung« und »Optimierung« ebenfalls Prozesse. Mit den Formulierungen »an alle Personen« und »man« macht sie deutlich, dass die Prozesse nicht nur einzelne Personen, sondern die gesamte Gesellschaft betreffen, und zeigt damit gleichzeitig auf, dass es sich um gesellschaftliche Prozesse handle. Der Zusammenhang dieser gesellschaftli-

chen Prozesse mit der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie stellt die DiskutantIn dann darüber her, dass sie das »Aussehen« als ein Merkmal anführt, das man im Gegensatz zu Bildungsabschlüssen und Sprachkompetenzen »relativ leicht ähm ändern kann durch so ne OP zum Beispiel« (GD Gelb, Z. 71off.). Ästhetisch-Plastische Chirurgie wird somit in diesem Beispiel zugleich zu einem Teil von Prozessen, die Wandlungstendenzen innerhalb der Gesellschaft beinhalten.

Soziale Wandlungsprozesse werden in den Gruppendiskussionen jedoch nicht immer als Optimierung gefasst, wie das Beispiel der Gruppe Rot zeigt. So thematisiert die Gruppe bspw. im Laufe der Diskussion immer wieder die sogenannte »Wende«, d.h. den Übergang von der Deutschen Demokratischen Republik (DDR) zur wiedervereinigten Bundesrepublik. Dieses Thema beschäftigt die TeilnehmerInnen der Gruppe Rot während der Diskussion immer wieder. Vor allem in Bezug darauf, was sich seitdem verändert habe, wie etwa das Essverhalten, der soziale Zusammenhalt oder das Dasein als Rentner*innen. Mitunter wurden diese Überlegungen zu Folgen der »Wende« auch mit der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie verknüpft, wie der folgende Ausschnitt illustriert:

Ff: Für mich is das nach der Wende einfach der psychische Druck auf den Menschen so groß geworden ist das sowieso ganz viele irgendwo auf der Couch landen [...] Ich denke das is ein großes Problem warum die Zahlen auch von Jahr zu Jahr zunehmen weils einfach da oben das Problem is und die Menschen immer kränker im Kopf werden und deswegen das machen

(GD Rot, Z. 399-407)

Die »Wende« wird in diesem Beispiel von einer DiskutantIn zu einem Startpunkt erklärt, von welchem aus ein sozialer Wandlungsprozess eingesetzt habe. In der Folge dieses Wandlungsprozesses sei der »psychische Druck« gestiegen, eine Formulierung, die den Wandlungsprozess negativ konnotiert, da der Terminus »Druck« in Bezug auf die Psyche vor allem als Belastung verstanden werden kann. In der Konsequenz dieser Entwicklung würden, so die DiskutantIn, viele Menschen »auf der Couch landen«, was als eine Redewendung für Besuche bei Psychotherapeut*innen dient. Damit deutet die DiskutantIn an, dass die Folgen der »Wende« derart tiefgreifend seien, dass sogar medizinische Hilfe in Anspruch genommen werden müsse, um mit der im Zuge dieses gesellschaftlichen Wandlungsprozesses gestiegenen Belastung umgehen zu können.¹

1 Dass die Gruppe Rot die »Wende« derart zentral thematisiert, kann als ein milieuspezifischer Aspekt gedeutet werden, denn alle Mitglieder der Gruppe haben in der DDR gelebt und auch die »Wende« erlebt. Allerdings bleibt festzuhalten, dass die in diesem Beispiel insgesamt kritische Perspektive auf sozialen Wandel kein ostdeutsches Spezifikum darstellt. Denn bspw. steht auch die Gruppe Grün dem angenommenen sozialen Wandel, den sie mit dem Begriff der Kapitalisierung fassen, mindestens kritisch gegenüber. Somit ist zwar das gewählte The-

Dass dieser von der DiskutantIn konstatierte Wandlungsprozess auch mit der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie in Zusammenhang steht, wird erst ersichtlich, wenn man den Eingangsstimulus der Gruppendiskussion bedenkt. In diesem wurden statistische Daten zur Nutzung der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie von der Interviewerin vorgetragen und hervorgehoben, dass die »Zahlen« zur Nutzung ästhetisch-plastischer Eingriffe stetig steigen. Entsprechend ist anzunehmen, dass die DiskutantIn sich auf die Ästhetisch-Plastische Chirurgie bezieht, wenn sie von dem »Problem« spricht, warum die Zahlen »von Jahr zu Jahr zunehmen«. Diese Entwicklung der stetig zunehmenden Nutzung der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie wird schließlich mit dem beschriebenen sozialen Wandlungsprozess der »Wende« in direkte Verbindung gebracht. Denn die gestiegene psychische Belastung, die sich in Folge der ›Wende‹ abzeichnete, sei auch der Grund (»deswegen«), warum Menschen »das« machen, also warum sie sich ästhetisch-plastischer Operationen unterziehen.

Die bisherigen Passagen und Ausschnitte zur alltagsweltlichen Verhandlung der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie in gesellschaftlichen Kontexten drehen sich allesamt um von den Alltagsakteur*innen angenommene Wandlungsprozesse, die nicht nur einige, sondern alle Mitglieder der Gesellschaft betreffen. Die Ästhetisch-Plastische Chirurgie wird insoweit als Effekt eben dieser sozialen Wandlungstendenzen gedeutet, als dass in Folge dieser Prozesse Menschen die Ästhetisch-Plastische Chirurgie in Anspruch nehmen würden. In den Gruppendiskussionen zeichnete sich jedoch auch eine weitere Orientierung ab, die die Ästhetisch-Plastische Chirurgie ebenfalls mit sozialen Wandlungsprozessen in Verbindung bringt, aber nicht (nur) als Folge dieser, sondern (ferner) als antreibender Faktor. Für einen ersten Einblick in diese andere Orientierung wird ein Ausschnitt aus der Gruppe Blau vorgestellt. Die Teilnehmer*innen unterhielten sich zuvor darüber, dass die Kosten für ästhetisch-plastische Eingriffe stetig sinken würden und führten im Anschluss dazu aus:

Dm: [...] gerade heutzutage wo es auch viel viel leichter is in Anführungszeichen nen nen Kredit zu bekommen (.) dann hat man natürlich ne viel größere Chance den Leuten die wirklich wirklich leiden, denen wiederum das Leben ein bissl leichter zu machen und zu sagen, hey pass auf jetzt ist Schönheit bezahlbar und mach das doch mal, aber dadurch setzt man alle weiteren ja auch wieder weiter unter Druck, zumindest mal die die sich in diese Rolle unbedingt rein denken wollen
Bf: Ich glaub weil wenn mans jetzt mal plakativ sagt äh wenn man den Greisligsten operiert dass er zum Schönsten wird dann is halt jemand anderes der Greisligste;

ma der Gruppe Rot (die ›Wende‹) ein Milieuspezifikum, dennoch stimmen die Diskussions- teilnehmerinnen der Gruppe Rot grundlegend bzw. auf einer abstrakteren Ebene mit allen anderen Gruppen überein, denn allen Gruppe ist die Annahme eines sich vollziehenden sozialen Wandlungsprozesses gemein.

so jetzt mal plakativ gesagt und das wird immer weitergehen bis sie dann bis bis jeder nach Norm ausschaut

Dm: Klar der Greisligste verschwindet und dann rücken halt andere nach es gibt immer einen Letzten

(GD Blau, Z. 200-211)

Der Diskutant Dm hält zunächst fest, dass es »heutzutage« einfacher sei, einen Kredit zu bekommen, d.h. dass weniger oder geringere Hürden bestünden, eine finanzielle Leihgabe über ein Geldinstitut zu erhalten. Dass der Diskutant das Erhalten eines Kredits als »in Anführungszeichen« viel leichter einschätzt, deutet allerdings darauf hin, dass es tatsächlich nicht so einfach ist, denn die Redewendung »in Anführungszeichen« wird verwendet, wenn etwas abgeschwächt oder sogar ironisiert werden soll. Durch die vereinfachte Kreditvergabe entstehe eine »Chance«, d.h. eine Möglichkeit, die es zuvor so nicht gegeben habe. Mit der Ergänzung, dass diese Chance »viel größer« geworden sei, zeigt der Diskutant an, dass diese Möglichkeit wahrscheinlicher geworden ist. Diese »Chance« bestehe darin, leidenden Personen das »Leben ein bissl leichter zu machen«. Es gäbe also Menschen, die an etwas leiden, und zwar so sehr leiden, dass es ihr »Leben« beeinträchtigt. Mit der wahrscheinlicher gewordenen Chance bestehe nun die Möglichkeit, dieses Leid abzuwenden. Der Diskutant wechselt im Fortgang in eine indirekte Rede und imaginiert die direkte Ansprache an eine dieser leidenden Personen (»pass auf«) und erklärt dieser Person: »jetzt ist Schönheit bezahlbar«. Mit dieser Aussage konkretisiert er, worum es bei der Chance geht: Schönheit ist bezahlbar(er) geworden, was impliziert, dass sie wie eine Ware konsumiert werden kann. Daran anschließend kann auch geschlussfolgert werden, dass der Diskutant mit dieser Chance die Ästhetisch-Plastische Chirurgie meint, über deren Bezahlbarkeit die Gruppe zuvor gesprochen hatte. Denn durch ästhetisch-plastische Eingriffe wird versucht, Schönheit zu erreichen und sie werden – als Dienstleistung – in der Regel von Patient*innen bezahlt (vgl. Kap. 2.2).

Die Zeitangabe »jetzt« suggeriert zum einen, dass es früher nicht die Möglichkeit der Bezahlung von Schönheit gab. Es kann aber auch andeuten, dass Schönheit zuvor nicht in Warenform, also nicht so leicht erreichbar gewesen ist. Dass der Diskutant die Chance des wirtschaftlichen Erwerbs von Schönheit an leidende Personen knüpft, lässt die Deutung zu, dass das Kaufen von Schönheit auch ein Versprechen zum Glücklich-Werden enthält, denn durch diese werde Leid beendet, was im Umkehrschluss bedeutet, dass Glück entsteht bzw. erreicht wird. Diese Deutung verdichtet sich durch die im Anschluss vom Diskutanten in indirekter Rede formulierte Aufforderung »mach das doch mal«. Er animiert also (indirekt) dazu, diese Chance zu nutzen, also sich Schönheit über Ästhetisch-Plastische

Chirurgie zu kaufen und so das eigene Leid zu beenden (und im Umkehrschluss glücklich zu werden/sein).

Mit »aber« leitet der Diskutant folgend einen Einwand zu seinen vorherigen Argumentationen ein. Die Chance für leidende Personen, sich Schönheit zu erkaufen, führe dazu, dass »alle anderen« infolgedessen »wieder weiter unter Druck« gesetzt würden. Er abstrahiert in diesem Einwand also von einzelnen leidenden Menschen auf eine weitaus größere Gruppe von Personen (»alle anderen«), wodurch seine Ausführungen eine neue Tragweite erhalten. Denn er macht damit deutlich, dass es bei Ästhetisch-Plastischer Chirurgie nicht nur um Einzelne ginge, sondern dass das gesamte Sozialgefüge von dieser Chance tangiert werde. Diese gesellschaftlichen Effekte können insoweit als negativ konnotiert interpretiert werden, als dass der Begriff »Druck« in einem sozialen, statt einem physikalischen Kontext, eine Form von Belastung, Stress, mitunter auch Zwang beschreibt. Die kausale In-Beziehung-Setzung des Kaufs von Schönheit durch Einzelne und der Steigerung von Druck auf alle anderen vermittelt schließlich den Eindruck einer spezifischen Form von sozialer Dynamik, in die die Ästhetisch-Plastische Chirurgie verwoben ist. Die Aussage, dass es »weiter« unter Druck setze, weist daraufhin, dass diese Dynamik auch schon vor der Entstehung der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie bestand, nun aber durch diese als neue, weil nun bezahlbare Option nochmals verstärkt wird. Zwar relativiert der Diskutant zum Abschluss seiner Aussage nochmals die Tragweite der Dynamik, da sie nur diejenigen betreffe, »die sich in diese Rolle unbedingt rein denken wollen«, allerdings bleibt die Interpretation einer *sozialen* Dynamik bestehen, da immer noch mehr Personen davon tangiert werden als nur der*die Einzelne.

Die DiskutantIn Bf schließt an die Ausführungen ihres Vorredners an und leitet ihre Aussage mit »wenn mans jetzt mal plakativ sagt« ein. Der Terminus »plakativ« im Sinne von »vereinfachend« und »anschaulich« kündigt an, dass die folgende Aussage, analog zur *Plakatwerbung*, eine knappe und leichtverständliche Darstellung beinhalten wird. Die Verwendung des Pronomens »man« weist darüber hinaus darauf hin, dass die DiskutantIn die folgende Darstellung nicht nur als ihre individuelle Sichtweise, sondern als eine von der Allgemeinheit geteilte Ansicht begreift. Im weiteren Verlauf formuliert sie eine Annahme: Wenn sich der »Greisligste« zum »Schönsten« operieren lasse, dann werde in der Konsequenz jemand anderes zum »Greisligsten«. Der Begriff »greislig« ist eine umgangssprachliche Variante des Wortes »grauslich« und wird synonym zu »hässlich« oder »entsetzlich« verwendet. Im Sinne dieser Wortbedeutung steht »greislig« antagonistisch zum Begriff »schön«, den die DiskutantIn wahrscheinlich aufgrund dessen als Gegenbegriff verwendet. Solche Wenn-Dann-Aussagen implizieren überdies auch eine gewisse Dynamik, insoweit ihnen eine Kausalitätsannahme zugrunde liegt. Da Bf nun ähnlich zu Dm eine soziale Dynamik thematisiert, die in Verbindung zu Ästhetisch-Plastischer Chirurgie gestellt wird (Greiselige zu Schönen operieren),

dann lässt sich der Schluss ziehen, dass sie die Orientierung des Vorredners teilt und argumentativ weiter ausarbeitet.

Anschließend resümiert die Diskutantin, dass die von ihr beschriebene Dynamik »immer weitergehen« werde »bis jeder nach Norm ausschaue«. Mit dieser Aussage ergänzt sie die Dynamik um eine Richtung bzw. einen Endpunkt (»bis«), zu welchen hin sich diese Dynamik entwickeln werde. Dass am Ende dieser Entwicklungsdynamik jeder nach »Norm« ausschaue, kann zweierlei bedeuten: Zum einen kann »Norm« im Sinne von Normierung gemeint sein und würde in diesem Sinn einen Prozess der zunehmenden Vereinheitlichung beschreiben. Zum anderen kann »Norm« aber auch als ein Vorgang der Normalisierung ausgelegt werden, innerhalb dessen sich ein neuer Durchschnitt herausbildet. Die Nivellierung von individuellen Eigenheiten hin zu einer Angleichung an eine Masse stellt jedoch gerade in individualisierten Gesellschaften keine sonderlich wünschenswerte Entwicklung dar, weswegen vermutet werden kann, dass die Diskutantin die Richtung, in welche sich die Dynamik hin entwickle, eher negativ bewertet. Der Verweis darauf, dass dies »alle« betreffen würde, verstärkt nochmals die Annahme, dass es sich bei dieser Entwicklungsdynamik um ein Phänomen handelt, das sich auf das gesamte soziale Gefüge auswirkt.

Der Diskutant Dm, der die Orientierung zuerst artikulierte, wiederholt im Anschluss sinngemäß die argumentative Erweiterung von Bf und drückt dadurch seine Zustimmung zu dieser aus (»der Greisligste verschwindet und dann rücken halt andere nach«). Er ergänzt jedoch noch, dass es »immer einen Letzten« gebe, womit er zumindest der Schlussfolgerung von Bf widerspricht, nach deren Logik es letztlich keine* n Letzten mehr gebe, da alle einer Norm entsprechen würden. Der Logik der gemeinsam erörterten Dynamik widerspricht er jedoch nicht, womit zumindest eine Einigkeit hinsichtlich der geteilten Annahme über eine spezifische Entwicklungsdynamik angenommen werden kann. In dieser Dynamik schreiben die Teilnehmer*innen der Gruppendiskussion der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie wiederum eine konstitutive Rolle zu, insoweit sie die Dynamik verschärfe. An diesem Beispiel zeigt sich schließlich, dass die Ästhetisch-Plastische Chirurgie nicht (nur) als ein Effekt von sozialen Wandlungsprozessen begriffen wird, wie es aus den Analysen der vorangegangenen Passagen geschlussfolgert wurde. Vielmehr wird die Ästhetisch-Plastische Chirurgie in diesem Beispiel als ein Bestandteil eines dynamischen Prozesses gesehen, der selbst vorantreibend auf eben diesen Prozess einwirkt. Um ein differenziertes Verständnis dieser Orientierung zu erhalten, sollen noch weitere Ausschnitte aus anderen Gruppendiskussionen herangezogen werden. So antwortete bspw. ein Diskutant der Gruppe Lila auf die Interviewerinnen-Frage nach der zukünftigen Entwicklung der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie:

Cm: Ich glaub dass das; jetzt sag ich`s nochmal; einfach schlimmer wird weil ich glaub desto desto mehr dass dass dass Menschen mit dem konfrontiert werden was was das angeblich Schöne und Perfekte is verstehst und die schauen dann in den Spiegel und denken hey das is jetzt aber nicht so gewesen wie im jetzt Fernsehen sondern das schaut ein bisschen anders aus ich möcht aber das, und ich glaub dass die dass die Leute mit sich selber da wahnsinnig unzufriedener werden, weil sie sehen dass es geht und dass andere dann quasi perfekter ausschauen können nach zehn äh Gesichtsoperationen weißt was ich mein

(GD Lila, Z. 388-397)

Seine Antwort auf die zukünftige Entwicklung der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie rahmt der Diskutant gleich zu Beginn als negativ, da er einschätzt, dass es »einfach schlimmer wird«. Im Weitergang leitet er eine Begründung (»weil«) für diese negative Beurteilung ein. Über die Verwendung des Terminus »desto« kündigt der Diskutant bereits an, dass die Begründung – ähnlich zur Wenn-Dann-Logik aus dem vorherigen Beispiel – von einer Kausalität bzw. Dynamik handeln wird. Der kausale Zusammenhang, der von ihm eröffnet wird, besteht darin, dass die zunehmende Konfrontation der »Menschen« mit dem »angeblich Schöne[n] und Perfekte[n]« dazu führe, dass Menschen »unzufriedener« werden. Wenn man mit etwas konfrontiert wird, meint das in der Regel, dass man situativ gezwungen ist, sich mit etwas Unangenehmem auseinanderzusetzen. Dieses Unangenehme ist für den Diskutanten das »angeblich Schöne und Perfekte«, wobei der Begriff »angeblich« bereits eine kritische Einstellung dazu suggeriert. Denn der Begriff »angeblich« meint, dass etwas nur behauptet wird, nicht bewiesen ist und mitunter von der bezeichnenden Person bezweifelt wird.² Da der Diskutant sehr allgemein von »Menschen« spricht, kann geschlussfolgert werden, dass der kausale Zusammenhang, den er darstellt, für ihn eine gesellschaftliche Tragweite aufweist.

Die zunehmende Unzufriedenheit, die der Diskutant konstatiert, ergäbe sich aus einer Diskrepanz zwischen den Idealen, mit denen Menschen konfrontiert seien (bspw. über Fernsehen), und dem, wie sich Menschen in der direkten Konfrontation mit sich selbst (etwa im Spiegel) erfahren. Die Formulierung, dass Menschen »unzufriedener« werden würden, verweist aufgrund der Steigerungsform auf eine prozesshafte Verstärkung dieses Zustands. Nicht unbedingt als Ursache, aber zumindest als Verstärker dieser Dynamik wird schließlich die Ästhetisch-Plastische Chirurgie (»zehn Gesichtsoperationen«) angeführt. Denn der Einsatz

2 Das »Schöne und Perfekte« steht sinngemäß zu dem bereits interpretierten Terminus des »Schönheitsideals«, da es auch bei der Kombination dieser beiden Begriffe um das äußere Erscheinungsbild und die Erreichung eines idealen Zustands von diesem Erscheinungsbild geht. Schönheit und Perfektion bzw. Ideale nehmen also gruppenübergreifend eine zentrale Rolle in den Verhandlungen der Alltagsakteur*innen zu Ästhetisch-Plastischer Chirurgie ein.

dieser ermögliche es einigen Menschen, ästhetische Ideale zu erfüllen, bewirke damit aber bei anderen, die diese Option nicht nutzen, wiederum Unzufriedenheit. Indem Ästhetisch-Plastische Chirurgie zur Möglichkeit wird, Unzufriedenheit oder, wie im vorangegangenen Beispiel dargestellt, Leid überwindbar zu machen, verstärkt sie eine Dynamik, durch die die Unzufriedenheit überhaupt erst entsteht. Die negative Bewertung, die der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie hierbei zuteilwird, wird in einigen Gruppendiskussionen sogar nochmals gesteigert. Beispielhaft illustriert dies die Aussage einer DiskutantIn der Gruppe Gelb, die über die (Un-)Sichtbarkeit der Effekte ästhetisch-plastischer Eingriffe spricht:

Ef: [...] also ich glaub das gefährliche Moment ist auch eher dass man selber gar nicht weiß dass das was man als natürlich wahrnimmt es eben nich is und deshalb die eigene abweichende oder also die eigene Natürlichkeit von diesem Idealzustand abweicht ähm als noch viel defizitärer bewertet weil man einfach nicht weiß dass alle anderen (.) natürlicher Weise gar nich so aussehen.

(GD Gelb, Z. 583-588)

Die DiskutantIn verknüpft den Umstand, dass grundlegend davon ausgegangen wird, dass etwas »natürlich« sei, damit, dass man nicht sicher ausmachen könne, ob jemand ästhetisch operiert wurde oder nicht. Aus dieser Verknüpfung schlussfolgert sie »das gefährliche Moment«, das bei operierten Zuständen unwissend auch davon ausgegangen werde, dass diese natürlich seien. Da die eigene unbearbeitete »Natürlichkeit« zu diesem potenziell operativ hergestellten »Idealzustand« in Relation gesetzt werde, habe dies zur Folge, dass man sich »noch viel defizitärer« bewertet. Somit wird, wie bereits in dem Beispiel zuvor, eine Diskrepanz zwischen der Wahrnehmung von anderen und dem Erfahren des eigenen Selbst konstatiert. Eine Gefahr bestehe also darin, sich selbst an Maßstäben zu messen, die es ohne operative Eingriffe nicht gebe, ohne dabei zu wissen, dass diese Maßstäbe eigentlich durch Ästhetisch-Plastische Chirurgie manipuliert sind. Diese Diskrepanz und die sich daraus ergebende Dynamik werden auch in diesem Beispiel negativ bewertet, was an den Begriffen »gefährlich« und »defizitär« deutlich wird, die sinngemäß für Bedrohung und Mangel stehen und keinerlei positive Auslegung zulassen. Da die DiskutantIn auch durchgehend das Indefinitpronomen »man« verwendet, ist davon auszugehen, dass sie keine spezifische Personengruppe, sondern die Allgemeinheit meint und sie somit von einer gesamtgesellschaftlichen Dynamik ausgeht.

In dieser sozialen Dynamik ist die Ästhetisch-Plastische Chirurgie ebenfalls nicht nur ein Teilaspekt oder eine Nebenfolge, sondern ihr wird das Potenzial zugeschrieben, die Dynamik maßgeblich anzutreiben, zu provozieren und zu verstärken. Denn durch sie würden neue Idealzustände geschaffen, an denen sich andere Gesellschaftsmitglieder mit der Annahme orientieren, dass diese Ideale »na-

türlich«, und das meint in diesem Rahmen unbearbeitet, seien. Da diese Idealzustände aber mitunter natürlicherweise nicht existieren, sondern nur über die Ästhetisch-Plastische Chirurgie erreicht werden können, entfernen sich all diejenigen, die sie nicht nutzen, zusehends vom Ideal. Wie sich nun diese unterschiedlichen, in diesem Kapitel rekonstruierten Orientierungen der Alltagsakteur*innen zur Ästhetisch-Plastischen Chirurgie im gesellschaftlichen Kontext sinnhaft systematisch abstrahieren lassen, wird im Folgenden abschließend dargestellt.

Typisierung des Alltagswissens zur Wirkungsweise der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie in gesellschaftlichen Kontexten

Gemeinsam ist den in diesem Kapitel analysierten Passagen und Ausschnitten aus den Gruppendiskussionen mit Alltagsakteur*innen die Erörterung von Zusammenhängen zwischen der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie und gesellschaftlichen Entwicklungen. Somit haben die Alltagsakteur*innen nicht nur eine Verortung der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie in einem medizinischen Kontext vorgenommen, wie in Kapitel 4 dargestellt, sondern darüber hinaus auch die Frage diskutiert, welche Bedeutung sie der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie innerhalb gesellschaftlicher Kontexte zuteilwerden lassen. Wie bereits im Kapitel 4 folgte auch die Darstellung der zusammengefassten, reflektierenden Interpretationen fallübergreifend, um die typischen homologen Sinnstrukturen exemplarisch zu illustrieren. Auch in diesem Kapitel werden nun die rekonstruierten Orientierungen im Zuge einer sinngenetischen Typenbildung abstrahiert (vgl. zur Sinngenetischen Typenbildung Kap. 3.2).

Die ersten vorgestellten Passagen und Ausschnitte handeln von verschiedenen historischen und/oder aktuellen gesellschaftlichen Wandlungsprozessen (Kapitalisierung, Optimierung, ›Wende‹), die von den Alltagsakteur*innen diagnostiziert werden. Im Zuge dieser Prozesse wandelten sich die Anforderungen an Individuen derart, dass es die Individuen, vor allem in Bezug auf ihr äußeres Erscheinungsbild, unter Druck setze. Dieser Druck führe dazu, dass Menschen psychisch belastet(er) seien und er äußere sich in einem empfundenen Zwang, sich diesen neuen Erwartungen anzupassen. Entsprechend werden die diagnostizierten Wandlungsprozesse durchgehend in einer negativen Weise verhandelt. Die Ästhetisch-Plastische Chirurgie stellt aus Sichtweise der Alltagsakteur*innen eine Nebenfolge eben dieser sozialen Wandlungsprozesse dar, da sie von Menschen genutzt wird, um auf die gesellschaftlichen Entwicklungen zu reagieren. Im Anschluss an diese Überlegungen wird zunächst die Basistypik ›*Ästhetisch-Plastische Chirurgie als Effekt sozialer Wandlungsprozesse*‹ erstellt.

Bis zu diesem Punkt der Analyse wurden ausschließlich Passagen und Ausschnitte betrachtet, die homologe Sinnstrukturen aufwiesen. Im weiteren Verlauf der reflektierenden Interpretation zeigt sich jedoch, dass die Wirkungsweise, die

Alltagsakteur*innen der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie in Bezug auf soziale Wandlungsprozesse zuschreiben, auch noch in einer anderen Weise verhandelt werden. So zeigen die weiteren angeführten Analysebeispiele, dass nach Ansicht der Alltagsakteur*innen durch die Nutzung von Ästhetisch-Plastischer Chirurgie eine Art Kettenreaktion ausgelöst werde, die darin besteht, dass andere Personen mit neuen Schönheitsidealen konfrontiert werden, denen sie wiederum nur über die Nutzung von ästhetisch-plastischen Eingriffen entsprechen könnten. Mit dieser spezifischen Dynamik würden wiederum auch gewisse Formen der Anforderungssteigerung und der Druckerhöhung auf die Einzelnen einhergehen, da niemand der Letzte sein will, was in diesem Kontext meint, dass niemand der Hässlichste sein will.

Der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie wird in diesen Analysebeispielen eine konstitutive Rolle zugeschrieben, denn durch sie werde die Gefahr nicht schön zu sein, zu einem vermeidbaren Risiko. In diesem Sinne ist sie nicht nur Effekt eines sozialen Wandlungsprozesses, sondern ihr wird eine diese Prozesse verstärkende, teils auch eine diese Prozesse provozierende Wirkung zugeschrieben. Dabei ist zu beachten, dass die Prozesse aus Sicht der Alltagsakteur*innen ohnehin bestehen, sie allerdings durch die Existenz der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie nochmals dynamisiert werden. In der Zusammenführung aller Analysen kann die bereits erstellte Basistypik schließlich nochmals differenziert werden. Um begrifflich adäquat zu erfassen, dass die Ästhetisch-Plastische Chirurgie nicht nur eine Nebenfolge sozialer Entwicklungsdynamiken ist, sondern ihr selbst auch eine konstitutive Rolle innerhalb gesellschaftlicher Wandlungstendenzen zugesprochen wird, wird die Basistypik begrifflich erweitert und fortan als *»Ästhetisch-Plastische Chirurgie als Effekt und Katalysator sozialer Wandlungsprozesse«* bezeichnet.

5.2. Ästhetisch-Plastische Chirurgie als individuelles Risikomanagement im Kontext von Körperoptimierung

Die Chirurg*innen betrachten die Ästhetisch-Plastische Chirurgie, ähnlich wie die Alltagsakteur*innen, nicht ausschließlich in einem medizinischen Rahmen, sondern nehmen auch eine Verortung dieser in sozialen Kontexten vor. Einen Schwerpunkt dieser Verhandlungen bildete das Thema »Ästhetik« bzw. »Schönheit«, das auch bei den Alltagsakteur*innen eine zentrale Rolle in den Diskussionen einnimmt. Die Ästhetik ist, folgt man allein der Denomination der Fachdisziplin, ein wesentlicher Bestandteil ihres Berufsfeldes, denn die interviewten Chirurg*innen (bis auf Dr.ⁱⁿ Jupiter) tragen den Titel des Facharztes bzw. der Fachärztin für Ästhetisch-Plastische Chirurgie. Zudem sind alle interviewten Chirurg*innen im niedergelassenen Bereich mit einem spezifischen Schwerpunkt auf Ästhetik tätig. Entsprechend der Zentralität dieses Themas innerhalb ihres beruflichen Sta-

tus und/oder Wirkens beschäftigen sie sich auch mit der Bedeutung von Ästhetik bzw. Schönheit in der Gesellschaft. So erklärt bspw. Dr. Uranus während der Schilderung seines beruflichen Werdegangs und den Motiven, warum er sich für die Ästhetisch-Plastische Chirurgie entschieden habe:

U.: [...] es gibt ein wunderbares Buch von [Autorin] so eine Harvard Psychologin die Schönen gewinnen immer (.) schöne Menschen kriegen mehr Geld (.) sie kriegen bessere Jobs (.) sie haben es leichter sie werden im Kindergarten (.) mehr bevorzugt (2) interessanterweise werden auch schöne Kinder weniger sexuell missbraucht als die hässlicheren (.) das ist ganz eigenartig (.) man hat vor Schönheit Respekt (.)

(Uranus, Z. 548-553)

Dr. Uranus verweist zu Beginn seiner Ausführung auf ein Buch einer Psychologin, die in Harvard arbeitet, einer Universität, die der sogenannten Ivy League angehört und aufgrund dessen als eine der prestigeträchtigsten Universitäten weltweit gilt. Aufgrund dieses Status ist anzunehmen, dass Dr. Uranus mit dem Verweis auf die institutionelle Anbindung der Autorin beabsichtigt, über die mit diesem Status implizierte wissenschaftliche Expertise eine legitimierende Rahmung für seine folgenden Aussagen vorzunehmen. Mit der Aussage »die Schönen gewinnen immer«, die er anschließend äußert, bleibt unklar, ob damit der Titel des Buches, eine Kernaussage der Autorin oder aber sein Resümee zum Buch gemeint ist. Festzuhalten bleibt in jedem Fall, dass wenn jemand »gewinnt«, dies einen auf Konkurrenz basierenden Wettkampf voraussetzt. Der Wettkampf dreht sich, bezieht man die Personen ein, um die es geht (»die Schönen«), aller Wahrscheinlichkeit nach um Ästhetik. Ähnlich zu den rekonstruierten Orientierungen der Gruppendiskussionen im vorherigen Kapitel impliziert dieser Satz eine Kausalität: Ist man schön, gewinnt man immer. Der Begriff »immer« betont die Beständigkeit dieser Kausalität.

Was man aufgrund von Schönheit gewinnt, führt Dr. Uranus im Weiteren aus: Schöne Menschen würden »mehr Geld« und »bessere Jobs« bekommen. Mit beiden Beispielen bezieht sich Dr. Uranus auf Arbeitskontexte, denn ein Job meint eine Arbeitstätigkeit, Geld ist wiederum eine Form der Entlohnung für Arbeitstätigkeiten. Die Formulierungen »mehr« und »besser« verweisen auf eine Relationalität der zu gewinnenden Aspekte, was konkret bedeutet, dass schöne Menschen Dinge wie Jobs und Geld in einem größeren Umfang bzw. besseren Maße erhalten – im relationalen Vergleich zu Menschen, die nicht (so) schön sind. Der Job-Status, wie auch das Einkommen werden in der Regel als Indikatoren für beruflichen Erfolg herangezogen. Dieser Erfolg, den Dr. Uranus in seiner kausalen Aussage schönen Menschen zuschreibt, basiert jedoch nicht auf erbrachten Leistungen (wie Fleiß, Anstrengungen usw.), sondern auf gegebenen Eigenschaften (Schön-Sein). Dies lässt

die Kausalität unfair erscheinen, da dem Leistungsprinzip in unserer Gesellschaft (immer noch) eine zentrale Bedeutung zukommt (vgl. u. a. Itschert 2018, Verheyen 2018).

Dr. Uranus führt im Weiteren aus, dass es schöne Menschen »leichter« hätten und suggeriert damit, dass für sie aufgrund ihrer Schönheit weniger große Anstrengungen oder Bemühungen notwendig seien, um etwas zu erreichen oder zu erhalten. Er nimmt anschließend einen Perspektivwechsel vor (weg vom Erwachsenenalter hin zur Kindheit) und konstatiert, dass schöne Menschen bereits im Kindergarten »mehr bevorzugt« würden. Im Zuge einer Bevorzugung erhält man Begünstigungen oder einem werden Vorrechte eingeräumt. Mit der Formulierung, dass schöne Kinder dies »mehr« erfahren würden, eröffnet Dr. Uranus erneut eine relationale Sichtweise, denn schöne Kinder erhielten diese Bevorzugungen *im Gegensatz* zu anderen Kindern. Schließlich hält er auch fest, dass schöne Kinder »weniger sexuell missbraucht« würden als »die hässlicheren«. Neben der erneuten Relationalisierung (»weniger«) und der Etablierung von Hässlichkeit als polarem Gegenbegriff zu Schönheit, macht er mit dieser Aussage auch deutlich, dass Schönheit nicht nur Vorteile garantiere, sondern auch eine schützende Wirkung habe.

Er resümiert zu diesen, die Schönheit betreffenden kausalen Zusammenhängen, dass es »ganz eigenartig« sei, was zunächst andeutet, dass er sich darüber wundert und es ihm nicht erklärbar scheint. Doch nimmt er direkt im Anschluss selbst eine Erläuterung der Gründe für die beschriebenen Zusammenhänge vor, indem er bestimmend zusammenfasst: »man hat vor Schönheit Respekt«. Das unbestimmte Pronomen »man« wird in der Regel verwendet, wenn etwas Allgemeingültiges formuliert bzw. der Eindruck erweckt werden soll, dass es sich bei dem Gesagten um eine allgemein geteilte Annahme handle. Der Terminus »Respekt« in Verbindung mit »Schönheit« kann meinen, dass Schönheit eine achtvolle Anerkennung entgegengebracht wird oder aber sogar, dass Schönheit mit einer Art von bewundernder Scheu begegnet wird, da sie als etwas Höheres verstanden wird. In jedem Fall zeugt der Begriff »Respekt« davon, dass »Schönheit« und denjenigen, die schön sind, Anerkennung entgegengebracht wird, was sich auch in den von Dr. Uranus gegebenen Beispielen widerspiegelt. Schönheit wird in dieser Lesart zu einem Gut, aus dem Profit geschlagen werden kann, durch das man Begünstigungen erhält und das einen vor Schaden bewahrt. Dies über alle Lebensphasen hinweg, was die Generalität seiner Aussage nochmals untermauert.

Was Dr. Uranus in diesem Ausschnitt grundlegend hervorhebt, ist, dass Schönheit aus seiner Perspektive in der Gesellschaft einen enorm hohen Stellenwert habe. Sein berufliches Wirken und damit einhergehend sein potenzieller Einfluss auf diesen machtvollen Faktor thematisiert er jedoch nicht in einer direkten Weise. Wie bereits dargestellt, ist mit seiner beruflichen Schwerpunktsetzung auf die dezidiert ästhetisch ausgerichtete Plastische Chirurgie anzunehmen, dass Schön-

heit und Ästhetik auch für ihn einen hohen Stellenwert haben, weil es genau das ist, worum sich sein berufliches Wirken dreht. Die Vermutung, dass »Schönheit« auch in seinem beruflichen Handeln eine zentrale Bedeutung hat, wird dadurch bestärkt, dass seine Äußerungen inmitten seiner Darstellungen zu seinem Werdegang als ästhetisch-plastischer Chirurg und zu seiner beruflichen Motivation liegen. Entsprechend bettet er das Thema »Schönheit« buchstäblich in sein berufliches Selbstverständnis ein.

Richtet man schließlich auch noch den Blick auf diejenigen, die er als die »[H]ässlicheren« beschreibt und darauf, was der gesellschaftlich hohe Stellenwert der Schönheit für sie in der Konsequenz bedeutet, lässt sich eine indirekte Legitimation der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie durch Dr. Uranus schlussfolgern. Denn all den negativen Auswirkungen von fehlender Schönheit (schlechtere Jobs, weniger Geld, größere Gefahren, weniger Anerkennung) kann er als Vertreter dieser Disziplin entgegenwirken. Aufgrund der Relevanz, die Schönheit zugeschrieben wird, erscheint Ästhetisch-Plastische Chirurgie letztlich als eine Möglichkeit der »Selbstermächtigung« (Villa 2008b: 245), insoweit man sich über die Nutzung dieser Möglichkeit selbstständig aus dem eigenen, vermeintlichen festgelegten Schicksal emanzipieren könne.

Kommentare und Hinweise auf eine kausale Verbindung von Schönheit und Erfolg finden sich mal mehr, mal weniger direkt in allen Expert*inneninterviews. So antwortet etwa Dr.ⁱⁿ Saturn auf eine Interviewerinnen-Frage zur zunehmenden Nutzung der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie durch Männer, dass sie eine solche Zunahme auch in ihrer Praxis beobachte. Erklärend fügt sie hinzu: »es gibt ja auch Studien dazu (2) werden Sie sicherlich auch kennen Attraktivität und Erfolg im Beruf sind ja noch irgendwie doch verknüpft und dann sind die Männer irgendwann auf die Idee gekommen (.) das betrifft (doch die) nicht nur die Frauen sondern auch Männer« (Saturn, Z. 301-304). Dr.ⁱⁿ Saturn bedient sich, wie bereits Dr. Uranus, der Referenz auf Quellen (»Studien«), die eine wissenschaftliche Fundierung suggerieren, wodurch es erscheint, dass den nachfolgenden Aussagen – aufgrund einer vermeintlichen wissenschaftlichen Belegtheit – eine legitime Geltung zuerkannt werden soll.

In der darauffolgenden Aussage konstatiert Dr.ⁱⁿ Saturn, wie auch bereits Dr. Uranus, die hohe gesellschaftliche Bedeutung von Schönheit, indem sie darauf verweist, dass »Attraktivität« und beruflicher »Erfolg« miteinander »verknüpft« seien, d.h. in einer direkten kausalen Verbindung zueinander stünden. Diese Kausalität von Attraktivität und Erfolg betreffe nach Dr.ⁱⁿ Saturn schließlich alle Menschen, was anzeigt, dass es sich grundlegend um ein überindividuelles Phänomen handelt (nur Männer seien eben erst jetzt auf »die Idee« gekommen, dass diese Kausalität auch sie betreffe). Betrachtet man auch in diesem Beispiel die Kehrseite der Kausalität, so lässt sich schlussfolgern, dass Menschen, die über weniger Attraktivität verfügen, zeitgleich auch weniger beruflich erfolgreich sind. Aufgrund des hohen

Stellenwerts von Schönheit in der Gesellschaft entstehen also nicht nur Möglichkeiten, sondern auch Risiken der Benachteiligung.

Durch die von Dr.ⁱⁿ Saturn vorgenommene Verbindung der Kausalität von Attraktivität und beruflichem Erfolg mit der zunehmenden Nutzung der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie durch Männer, verdeutlicht sie, dass die Nutzung der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie eine Form des Umgangs mit diesem Risiko sei. Erneut wird also die Ästhetisch-Plastische Chirurgie aus einer professionellen Perspektive heraus als eine Körperarbeit gefasst, über die Personen sich selbst ermächtigen und ihr individuelles Risiko managen können. Den Anlass zum individuellen Risiko-Management gibt jedoch die enorme Bedeutung von Schönheit und Ästhetik in der Gesellschaft, aufgrund derer erst individuelle Risiken entstehen. Doch nicht immer geht es um beruflichen und wirtschaftlichen Erfolg und nicht durchgehend lassen die Chirurg*innen ihren Einfluss darauf nur angedeutet, wie ein anderer Ausschnitt aus dem Interview mit Dr.ⁱⁿ Jupiter verdeutlichen soll:

J.: [...] ich war mit meine: [weibliche Verwandte] bei der Bank (.) die ist eine intelligente Frau viel intelligenter als ich (.) äh und (.) die hat auch so:o viel Falten (.) @ gehabt im Gesicht@ (.) und das war es ging um ihr Geld (.) und der Bankangestellte hat (.) sie überhaupt nicht beachtet immer mit mir gesprochen (.) und ich habe zu (.) ihr gesagt [Kosename] siehst du (.) wenn du lassen würdest das ich dich ein bisschen sch- (.) spritze dann würden sie dich auch voll nehmen das sie sonst denken (.) alt und gebrechlich (.) dann ist nichts; (.) äh und das ist wirklich, (.) auch viele Ältere kommen hier (.) da deshalb auch (4)

(Jupiter, Z. 524-531)

Dr.ⁱⁿ Jupiter berichtet von einem vergangenen Besuch bei einer Bank, bei dem sie eine weibliche Verwandte begleitet hat. Diese Verwandte beschreibt sie als »intelligente Frau viel intelligenter als ich«, was ein Zeichen der wohlwollenden Anerkennung darstellt. Einer anderen Person sogar mehr Intelligenz zuzuschreiben als einem selbst und diese Person somit als überlegen darzustellen, ist wiederum eine noch höhere Form der Anerkennung. Im Fortgang beschreibt Dr.ⁱⁿ Jupiter die Verwandte weiter, jedoch vor allem hinsichtlich eines Merkmals ihres äußeren Erscheinungsbildes: Falten. Ob sie Falten als etwas Positives, etwa als Zeichen von Lebenserfahrung, oder aber als etwas Negatives, im Sinne einer Beeinträchtigung der Ästhetik, bewertet, bleibt bis zu dieser Stelle noch offen. Es ist jedoch anzunehmen, dass die zweite Lesart wahrscheinlicher ist, da die Faltenbehandlung zur Angebotspalette ihrer Praxis mit dem Schwerpunkt auf Ästhetische Medizin gehört.

Im Anschluss an die Beschreibung der Verwandten setzt Dr.ⁱⁿ Jupiter die Erzählung fort und berichtet, dass der Bankangestellte ihre Verwandte »überhaupt nicht beachtet« habe, obwohl es um deren Geld ging, und stattdessen nur mit ihr

gesprochen habe. Dr.ⁱⁿ Jupiter hebt hervor, dass es um das Geld der weiblichen Verwandten ging, womit klargestellt wird, dass die Verwandte die eigentliche Kundin in dieser Szenerie ist. Jedoch wurde sie von dem Bankangestellten nicht in der Rolle als Kundin wahrgenommen, da sie in keiner Weise adressiert wurde. Dass der Bankangestellte dagegen nur mit Dr.ⁱⁿ Jupiter gesprochen hat, verweist darauf, dass sie im Gegensatz zu ihrer Verwandten als Kundin bzw. zumindest als respektables Gegenüber wahrgenommen wurde, ohne jedoch das Anliegen dafür gehabt zu haben. Die Erzählung über den gemeinsamen Bankbesuch wird also vor allem über die Diskrepanz über angenommene und zugeschriebene Rollenerwartungen getragen.

Im Folgenden formuliert Dr.ⁱⁿ Jupiter, in Form einer indirekten Rede an die Verwandte, eine Erklärung zu dieser Diskrepanz. Ihres Erachtens nach liege die Ursache, warum die Verwandte nicht als vollwertige Interaktionspartnerin ernst genommen werde, in den Merkmalen des äußeren Erscheinungsbildes der Verwandten (Falten). Denn hätte sie diese durch Dr.ⁱⁿ Jupiter behandeln lassen (»bisschen spritzen«), dann wäre sie aus ihrer Sicht in der Konsequenz auch als adäquate Gesprächspartnerin wahrgenommen worden. Indem Dr.ⁱⁿ Jupiter außerdem davon spricht, dass sie die Verwandte gebeten habe, dies tun zu dürfen (»wenn du lassen würdest«), macht sie deutlich, dass dieses Angebot schon ergangen ist, es jedoch von der Verwandten abgelehnt worden sein muss.

Dr.ⁱⁿ Jupiter führt schließlich die Ursache dafür, warum ihre Verwandte aufgrund des äußerlichen Merkmals der Falten nicht ernst genommen werde, weiter argumentierend aus. So würden andere aufgrund ihres äußeren Erscheinungsbildes »denken«, sie sei »alt und gebrechlich«. Der Prozess des Denkens im Sinne eines Wahrnehmens und Urteilens in Verbindung mit der Zuschreibung weiterer Merkmale weist darauf hin, dass andere Personen von einem wahrgenommenen Merkmal umgehend auf weitere Eigenschaften schließen würden, ohne dass belegt ist, ob eine Person diese auch tatsächlich aufweist. Die angeführten Beispiele weiterer assoziierter Eigenschaften (»alt« und »gebrechlich«) tragen darüber hinaus eine negative Konnotation, implizieren sie doch, im Vergleich zu gegenwärtigen körperlichen Idealen wie Jugend, Fitness und Gesundheit (vgl. u. a. Bellebaum 2010, Gugutzer/Duttweiler 2012, Meuser 2014), einen defizitären Charakter.

Idealen Vorstellungen von Schönheit nicht zu entsprechen, führe also, wie Dr.ⁱⁿ Jupiter am Beispiel ihrer Verwandten illustriert, nicht nur dazu, dass man nachteilig behandelt wird, sondern man erfahre überdies noch weitere negative Zuschreibungen. Die abschließende Argumentation dient Dr.ⁱⁿ Jupiter schließlich als Begründung dafür, dass »auch viele Ältere« in ihre Praxis zur Behandlung kommen. Zum einen suggeriert dies, dass es sich bei ästhetischen Eingriffen um ein überindividuelles Phänomen handelt. Zum anderen thematisiert Dr.ⁱⁿ Jupiter damit, etwas expliziter als Dr. Uranus und Dr.ⁱⁿ Saturn, ihren potenziellen Einfluss auf den Faktor Schönheit. Denn sie kann Menschen über ihr ärztliches Handeln

dazu verhelfen, akzeptiert zu werden und negative Zuschreibungen abzuwenden. Sie suggeriert dies u.a., wenn sie festhält, dass die beschriebenen Dynamiken der Grund seien, dass sie auch von vielen älteren Personen aufgesucht werde.

Betrachtet man nun die Analysen zu allen bisher vorgestellten Ausschnitten zusammenführend, so wird deutlich, dass die interviewten Chirurg*innen dem Merkmal der Schönheit einen enorm hohen gesellschaftlichen Stellenwert einräumen: Schön zu sein, bedeute über Erfolg, Zugang und Macht zu verfügen. Anknüpfend an diese Effekte von Schönheit konstatieren die Chirurg*innen soziale Dynamiken der Ein- und Ausschlüsse, die ihren Ursprung in der unterschiedlichen Verteilung von Schönheit haben. Die Ästhetisch-Plastische Chirurgie wird in diesem Kontext zu einer Möglichkeit, mit der sich Menschen selbst ermächtigen könnten und mit der sie Risiken im Sinne von negativen Konsequenzen, die sich aus den Dynamiken ergeben, managen und abwenden könnten. Ihren (potenziellen) tatsächlichen Einfluss auf diese Dynamiken thematisieren die Chirurg*innen jedoch entweder in einer zurückhaltenden oder aber in einer indirekten Art und Weise.

Im Weiteren soll der Fokus nun genau darauf gelegt werden, was bisher nur am Rande oder indirekt von den Chirurg*innen thematisiert wurde: Die Selbstpositionierung gegenüber und die Verortungen des eigenen ärztlichen Handelns in gesellschaftlichen Dynamiken und Wandlungstendenzen, die im Zusammenhang mit Schönheit und Ästhetik stehen. Diese Aspekte wurden in den Expert*inneninterviews in der Regel nicht durch die Chirurg*innen selbst, sondern durch Fragen der Interviewerin angeregt, mitunter auch provoziert. Ein erster Auszug mit diesem thematischen Schwerpunkt stammt aus dem Interview mit Dr. Merkur. Die Interviewerin berichtete zuvor ausführlich von ihrer Recherche zur Ästhetisch-Plastischen Chirurgie. Im Zuge dieser sei sie auf Bewertungsportale und Internetseiten gestoßen, die aus ihrer Wahrnehmung heraus ganz anders aufgebaut zu sein schienen als Homepages von bspw. Zahnärzt*innen und Orthopäd*innen. So fänden sich auf Webseiten ästhetisch-plastischer Chirurg*innen auffallend häufig Interviews mit verschiedenen Medienformaten. Während des Versuchs, eine Erklärung für die von der Interviewerin wahrgenommene Unterschiedlichkeit zu geben, führt Dr. Merkur unter anderen aus, dass es:

M.: [...] einfach so eine gesamtgesellschaftliche Entwicklung irgendwo ist in Richtung (.) noch schö:ner (.) dadurch noch erfolgreiche:r (.) das geben wir Ärzte nicht vor (.) also ich suggeriere das ja keinem Patienten (.) (bloß) der Patient kommt rein (.) und haben letztendlich so die Hoffnung durch ein verbessertes Aussehen vielleicht auch erfolgreicher zu sein attraktiver zu sein ähm (.) ich glaube deswegen stehen wir per se schonmal mehr ä:h (.) da quasi an medialer vorderster Front

als die anderen Fachbereiche (.) [...]

(Merkur, Z. 353-359)

Dr. Merkur konstatiert eine prozesshafte Veränderung (»Entwicklung«), die alle Gesellschaftsmitglieder beträfe (»gesamtgesellschaftlich«) und deren »Richtung« er mit »noch schön:er (.) dadurch noch erfolgreiche:r« exemplifiziert. Die argumentative Verknüpfung von Schönheit und Erfolg – bereits bekannt aus den Gruppendiskussionen und anderen Expert*inneninterviews – stellt einen kausalen Zusammenhang dar, da Dr. Merkur aus der Erreichung des einen (schöner sein) als Folge die Erzielung des anderen (erfolgreicher sein) ableitet. Dieser Kausalzusammenhang basiert auf einer Steigerungslogik (*noch schöner, noch erfolgreicher*), durch die Dr. Merkur wiederum andeutet, dass es bereits eine Grundausgangsbedingung von Schönheit gegeben hat, von der aus sich in Form einer Verbesserung nochmals gesteigert wird. Eine solche Thematisierung von Verbesserungen, die auf derartigen Steigerungslogiken basiert, konnte auch bei den Analysen der Gruppendiskussionen herausgearbeitet werden. Die Alltagsakteur*innen diskutierten solche kausalen Zusammenhänge oftmals unter dem Begriff der »Optimierung« (vgl. Kap. 5.1).

Hinsichtlich der auf Steigerung ausgelegten Entwicklungstendenz hält Dr. Merkur weiter fest: »[D]as geben wir Ärzte nicht vor«. Er wechselt von der Ich-Erzählerform in die Wir-Form und spricht in dieser evaluativen Stellungnahme nicht nur für sich, sondern auch im Namen einer Personengruppe, derer er sich zugehörig fühlt: Den Ärzt*innen. Der von ihm verwendete Begriff »vorgeben« meint in der Regel, dass man etwas festlegt oder bestimmt. Mit der Betonung, dies in Bezug auf die beschriebene gesellschaftliche Optimierungstendenz eben nicht zu tun, bestreitet er jegliche Form der Beeinflussung und zieht sich und die Personengruppe, für die er stellvertretend mitspricht, aus jeder möglichen Verantwortung, die sich aus einer Vorgabe ergeben würde. Die mit dieser Aussage implizierte Distanzierung zeigt an, dass Dr. Merkur die gesellschaftlichen Optimierungsentwicklungen tendenziell eher negativ beurteilt, da sonst keine derart deutliche Abgrenzung vorgenommen werden müsste.

Er wechselt im Fortgang erneut in eine Ich-Erzählperspektive und argumentiert weiter, dass er keinem Patienten »das«, also die auf Steigerung ausgelegte Entwicklungstendenz, »suggeriere«. Über diese Formulierung vermittelt er, dass er die Idee der Optimierung seinen Patient*innen gegenüber weder unterschwellig andeute, noch versuche, sie davon zu überzeugen. Somit distanziert er sich erneut von jedweder Form der Einflussnahme oder gar Bestärkung der dargestellten Entwicklungsdynamik. Dass er explizit von »Patienten« spricht, macht nochmals deutlich, dass er die Aussagen nicht als Privatperson, sondern in seiner Rolle als ästhetisch-plastischer Chirurg vornimmt, weswegen alle Äußerungen folglich im Kontext seines beruflichen Handelns stehen.

In einer argumentativen Weiterführung stellt Dr. Merkur dann klar, dass es die Patienten seien, die zu ihm kämen mit der »Hoffnung durch ein verbessertes Aussehen vielleicht auch erfolgreicher zu sein«. Demnach konfrontieren ihn seine Patient*innen mit der Optimierungsdynamik, die er selbst zuvor ausgeführt hat, d.h. die Initiative ginge vor allem von den Patient*innen aus. Daraus lässt sich schlussfolgern, dass die Patient*innen aus der Perspektive von Dr. Merkur diejenigen sind, die diese Dynamiken antreiben. Sie verbänden mit ihm und der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie als seinem Fachbereich die positive Erwartung, eben jene Optimierungstendenz auch erleben zu können, indem Dr. Merkur sie noch schöner und dadurch hoffentlich auch erfolgreicher mache. Mit dieser Aussage weist Dr. Merkur die Einflussnahme auf und Verantwortung für die Optimierungsdynamik nicht nur von sich, sondern verortet sie innerhalb der Patient*innengruppe, die er behandelt.

Er resümiert schließlich zu seiner dargelegten Argumentation, dass er »deswegen« annehme, dass die Ästhetisch-Plastische Chirurgie – anders als andere Fachdisziplinen – »an medialer vorderster Front« steht. Mit dieser Schlussfolgerung einer medialen Frontstellung der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie schließt er letztlich den argumentativen Kreis, denn er knüpft damit an die eigentliche Frage der Interviewerin nach der scheinbaren medialen Sonderstellung der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie an. An vorderster Front zu stehen, ist ein militärisch eingefärbter Ausdruck dafür, dass man in einem Kampf in der ersten Reihe einer kämpfenden Truppe steht und entsprechend im Kampf die meisten oder schlimmsten Verletzungen erleiden kann. Angewendet auf Dr. Merkur und die Ästhetisch-Plastische Chirurgie kann dies im übertragenen Sinne meinen, dass ihm und seiner Fachdisziplin in den Medien die Verantwortung für die Optimierungsdynamik zugeschrieben wird.

Auch Dr. Merkur geht also, wie auch seine Kolleg*innen und die Alltagsakteur*innen, von einer sozialen Entwicklung aus, die sich in Bezug auf Schönheit aktuell vollzieht und die auf einer Steigerungslogik beruht. Er distanziert sich jedoch in seinen Ausführungen von jeglichem Einfluss auf diese Entwicklung und entzieht damit außerdem die Ästhetisch-Plastische Chirurgie aus jeder sich daraus möglicherweise ergebenden Konsequenz. Dies argumentiert er vor allem damit, dass er den Wunsch nach und die Initiative zu einer körperlichen Optimierung auf die Patient*innen der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie überträgt. Diese distanzierende Selbstpositionierung vollzieht er in einem ständigen Wechsel zwischen Argumentationen, die die Bedingungen und Motive seines beruflichen Handelns plausibilisieren, und Bewertungen, in denen er zu diesen Bedingungen und Motiven gegenüber der Interviewerin evaluativ Stellung bezieht.

Da die Chirurg*innen nicht immer von sich aus derlei Selbstpositionierung vornahmen, wurden sie während der Interviews durch die Interviewerin teilweise zu solchen Positionierungen indirekt aufgefordert. Eine Möglichkeit bestand

darin, den Expert*innen Orientierungen aus den Gruppendiskussionen der Alltagsakteur*innen zur Bedeutung der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie in sozialen Entwicklungsprozessen vorzustellen und sie im Anschluss daran zu bitten, diese alltagsweltlichen Orientierungen aus ihrer professionellen Perspektive heraus zu kommentieren. Zur Illustration dieser Vorgehensweise der Interviewerin wird im Folgenden ein exemplarischer Ausschnitt aus dem Interview mit Dr.ⁱⁿ Saturn vorgestellt und analysiert:

Y1: [...] viele haben immer von so einer Optimierung gesprochen also so gen-generelle Optimierung die gerade stattfindet ob das irgendwie Fitness angeht äh (.) ob das Berufssachen angeht immer so dieses (.) äh besser schneller äh schöner fitter weiter (.) äh und haben darin immer die ästhetisch-plastische Chirurgie verortet (.) welche Rolle sehen Sie da (.) bei der ästhetisch-plastischen Chirurgie (2)

S.: Naja was heißt Optimie: rung also ich meine man kann ja auch immer mit dem arbeiten was man nur hat was was ein Patient letztlich mitbringt ich meine das ist der Lauf der Zeit natürlich momentan das mehr Wert auf (.) ähm Fitness gelegt wird das man ähm öfters körperliche (.) Empfinden oder Aussehen das das ein bisschen in den Vordergrund geht man achtet mehr auf sich selbst (.) ich weiß nicht ob man das jetzt auf die plastische Chirurgie so beschränken kann ich meine also so sieht man ja im Lebensmittelbereich auch Ernährung vor ein paar Jahren hat noch keiner von diesen ganzen Allergenen Laktose und so gesprochen [...] ich meine das spielt alles miteinander über das per-per-personelle Well-Being [...]

(Saturn, Z. 408-423)

Die Interviewerin berichtet davon, dass in den Gruppendiskussionen von einer »generellen Optimierung« gesprochen wurde, die sich aktuell vollziehe. Über die Nennung unterschiedlicher Bereiche, in denen Optimierung aus der Perspektive von Alltagsakteur*innen eine Rolle spiele (»Fitness«, »Berufssachen«), wird die Generalität der konstatierten Optimierung exemplarisch illustriert. Was die Alltagsakteur*innen unter Optimierung fassen, verdeutlicht die Interviewerin über die Aussage »besser schneller äh schöner fitter weiter«. Alle angeführten Begriffe sind komparativ formuliert und spiegeln entsprechend die Steigerungslogik wider, die die Alltagsakteur*innen mit dem Prozess der Optimierung verbinden. Mit der Formulierung der Interviewerin, dass die Ästhetisch-Plastische Chirurgie von den Alltagsakteur*innen in diesen Prozess »verortet« werde, suggeriert sie, dass die Ästhetisch-Plastische Chirurgie als ein Bestandteil dieser Optimierung angesehen wird. Daran anschließend wird an die Chirurgin gerichtet die Frage formuliert, welche »Rolle« sie der Ästhetischen Plastischen Chirurgie in Bezug auf die dargestellte Optimierungsannahme der Alltagsakteur*innen zuschreibe, wodurch eine indirekte Aufforderung zur Selbstpositionierung zu einer bereits bestehenden Orientierung vorgenommen wird.

Da diese alltagsweltliche Orientierung potenziell auch negativ ausgelegt werden kann, begibt sich die Interviewerin in eine Rolle, die man in Anlehnung an Bogner et al. (2014) als *vermittelnde* Kritikerin bezeichnen kann. Denn sie stellt der Chirurgin keine eigenen Auffassungen dar, sondern sie konfrontiert sie, *vermittelt* über Aussagen aus den Gruppendiskussionen, mit einer Orientierung, die mitunter als Kritik gegenüber ihrer Fachdisziplin ausgelegt werden könnte (vgl. Bogner et al. 2014: 53). Das Ziel einer solchen vermittelnden Konfrontation besteht darin, zu erreichen, dass Chirurg*innen im Rahmen einer Selbstpositionierung die »normativen Prämissen der eigenen Orientierung« offenlegen (ebd.; zu den verschiedenen Rollen der Interviewerin in dieser Forschungsarbeit vgl. Kap. 3.2).

Dr.ⁱⁿ Saturn begegnet der Frage der Interviewerin mit einer Gegenfrage (»was heißt Optimierung«), in welcher sie die Definition von Optimierung zur Disposition stellt. Die Frage ist durch einen rhetorischen Charakter geprägt, da Dr.ⁱⁿ Saturn sie im Anschluss selbst beantwortet, um einen eigenen Standpunkt deutlich zu machen. Zunächst nimmt sie eine Eingrenzung der Steigerungslogik von Optimierung vor, da sie darauf verweist, dass man »nur« mit dem arbeiten könne, was »der Patient« mitbringe. Sie impliziert damit, dass nicht alles möglich ist, d.h. dass eine unendliche Optimierung ausgeschlossen sei, da nur innerhalb eines bestimmten Rahmens agiert werden könne, womit vermutlich der Patient*innen-Körper als zu bearbeitende Materie gemeint ist.

Mit dem folgenden Verweis auf den »Lauf der Zeit« argumentiert Dr.ⁱⁿ Saturn im Weiteren, dass sich die gesellschaftlichen Optimierungstendenzen im Sinne von schicksalhaften bzw. vorbestimmten Prozessen unaufhaltsam ereignen. Da etwas Vorherbestimmtes durch die Unmöglichkeit einer Beeinflussung gekennzeichnet ist, gibt die Verwendung dieser Redewendung erste Hinweise darauf, dass Dr.ⁱⁿ Saturn, ähnlich wie bereits Dr. Merkur, sich und ihr berufliches Handeln jeglicher externer Zuschreibung von Einflussnahme auf oder Verantwortung für eine gesellschaftliche Optimierungsdynamik entziehen. Somit entwickelt Dr.ⁱⁿ Saturn mit der Verwendung der Redewendung des »Laufs der Dinge« schließlich ein der Optimierungstendenzen übergeordnetes Erklärungsschema.

Dieses Erklärungsschema wendet Dr.ⁱⁿ Saturn im Folgenden auf die Gegenwart (»momentan«) und aktuelle Beispiele (Fitness, Empfinden, Aussehen und das eigene Selbst) an. Auf diese Aspekte werde gegenwärtig »mehr Wert« gelegt als zu früheren Zeiten, die Aspekte rückten »in den Vordergrund«, man »achtet mehr« auf sie. Alle Formulierungen implizieren eine Steigerungs- bzw. Intensivierungstendenz, die auch dem Optimierungsbegriff inhärent ist. Denn bei allen angeführten Formulierungen geht es darum, wie auch bei Optimierung, dass etwas von einem bestehenden Punkt aus verbessert, qualitativ gesteigert und/oder intensiviert wird. Die Aspekte, die verbessert, gesteigert oder intensiviert werden, betreffen wiederum alle den Körper. Denn die angeführten Beispiele von Fitness, Empfin-

den, Aussehen und das eigene Selbst tangieren alle auf eine spezifische Weise auch die Dimension des Körperlichen.

Im Anschluss daran hält Dr.ⁱⁿ Saturn fest, dass sie nicht wisse, »ob man das jetzt auf die plastische Chirurgie so beschränken kann«. Der Begriff »beschränken« impliziert eine Abgrenzung gegenüber anderen Bereichen und suggeriert zugleich die Eingrenzung von etwas Bestimmten. In diesem Falle meint die Chirurgin die Eingrenzung der Optimierungsdynamiken auf den Bereich der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie. Mit der Aussage, dass sie nicht »wisse«, ob man eine solche Einschränkung vornehmen könne, impliziert sie indirekt, dass sie eine solche Begrenzung infrage stellt. Dr.ⁱⁿ Saturn geht also nicht davon aus, dass die Optimierungstendenzen nur den Bereich der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie betreffen würden. Zu vermuten ist, dass Dr.ⁱⁿ Saturn an dieser Stelle eine Kritik in der Orientierung der Alltagsakteur*innen antizipiert und argumentativ dazu Stellung bezieht.

Durch das Anführen weiterer Beispiele (Allergene, Laktose, Ernährung), die ebenfalls Phänomene darstellten, die im Kontext einer gegenwärtig präsenten Steigerungslogik stünden, widerspricht sie dieser antizipierten Annahme direkt im Anschluss. Die Gleichsetzung all dieser Phänomene, die ein Zeichen für eine Optimierung seien, führt sie abschließend unter dem Überbegriff des »personelle[n] Well-Being« zusammen. In dem Zuge, in dem Dr.ⁱⁿ Saturn die Ästhetisch-Plastische Chirurgie, ihre Wirkungsweise und Effekte auf eine Ebene mit anderen Phänomenen setzt, relativiert sie zugleich eine mögliche Sonderstellung der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie. Somit distanziiert sie sich und die Ästhetisch-Plastische Chirurgie parallel auch von potenziell kritischen Problemzuschreibungen, die mit einer möglichen negativen Auslegung der Optimierungsdynamik einhergehen würden.

In Bezug auf die Frage, wie sich die Chirurg*innen gegenüber gesellschaftlichen Entwicklungsdynamiken positionieren, bei denen es zentral um das Thema Schönheit und Körper geht, lässt sich zunächst festhalten, dass Dr.ⁱⁿ Saturn einer von Alltagsakteur*innen diagnostizierten Optimierungstendenz in der Gesellschaft nicht widerspricht. Vielmehr untermauert sie diese Annahme mit anderen Beispielen, die als weitere Indizien für eine solche Steigerungslogik herangezogen werden. Sie antizipiert jedoch auch eine potenzielle Kritik, die sich darauf bezieht, dass der Bereich der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie als einziger angesehen wird, von dem aus solche Optimierungsdynamiken ausgehen. Dr.ⁱⁿ Saturn distanziiert sich folgend, ähnlich wie Dr. Merkur, über eine Gleichstellung der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie mit anderen Phänomenen und Bereichen, denen dieselbe Steigerungslogik zugrunde liege. Ähnlich zu der Vorgehensweise von Dr. Merkur nimmt auch Dr.ⁱⁿ Saturn ihre Selbstpositionierung unter Rückgriff auf sich abwechselnde Argumentationen und Bewertungen vor, durch die das eigene ärzt-

liche Handeln hinsichtlich der Bedingungen, Motive und Effekte der Interviewerin gegenüber plausibilisiert wird.

Typisierung des Expert*innenwissens zur Wirkungsweise der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie in gesellschaftlichen Kontexten

Im Anschluss an die Analyse der Passagen und Ausschnitte der Expert*innen-interviews werden nun abschließend die rekonstruierten Orientierungen der Chirurg*innen im Zuge einer sinngenetischen Typenbildung abstrahierend zu einer Basistypik zusammengeführt (vgl. zur Typenbildung Kap. 3.2). Was die im Vorangegangenen dargestellten Analysen eint, ist die Verhandlung der Rolle der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie in sozialen Dynamiken und Entwicklungen, die zentral durch das Thema Schönheit bestimmt sind. Übergreifend konnte zunächst herausgearbeitet werden, dass die Chirurg*innen der Schönheit einen außerordentlich hohen Stellenwert in der Gesellschaft zuschreiben. So werden übergreifend kausale Zusammenhänge zwischen Schönheit und anderen Faktoren wie beruflichem Erfolg, Sicherheit, sozialer Teilhabe oder auch Macht erstellt, die alle demonstrierten, welche diversen Partizipationsmöglichkeiten sich durch das Innehaben von Schönheit für den*die Einzelne*n ergeben. Es entstehen aus der Perspektive der Chirurg*innen jedoch nicht nur positiv konnotierte neue Optionen, sondern im Umkehrschluss auch neue Risiken der Benachteiligung. Denn aufgrund der ungleichen Verteilung vom gesellschaftlich bedeutsamen Gut der Schönheit werden nicht nur soziale Ein-, sondern eben auch Ausschlüsse produziert.

Diesen negativen Konsequenzen, die sich auch aus den sozialen Dynamiken zu Schönheit ergeben, könne aus Sicht der Chirurg*innen über die Ästhetisch-Plastische Chirurgie entgegengewirkt werden. Denn durch ästhetisch-plastische Eingriffe könne Schönheit erlangt werden und der*die Einzelne könne entsprechend eine Minimierung seiner*ihrer individuellen Risiken erreichen. Dieses Argumentationsmuster stellt dann auch insoweit einen indirekten Legitimierungsansatz dar, insoweit die Chirurg*innen als Vertreter*innen dieser Disziplin eben jene Form der individuellen Ermächtigung über ihr berufliches Handeln ermöglichen. Auf Basis dieser zusammenfassenden Betrachtung der rekonstruierten Orientierungen lässt sich in einem ersten Schritt eine Basistypik namens *›Ästhetisch-Plastische Chirurgie als individuelles Risikomanagement‹* erstellen.

Im Weiteren wurden jedoch auch Ausschnitte und Passagen analysiert, in denen es dezidiert um die professionellen Selbstpositionierungen der Chirurg*innen geht, die sich bis dahin nur in indirekter Weise andeuteten. Wie sich anhand dieser Analysen zeigt, sind die Chirurg*innen der Ansicht, dass sich gegenwärtig gesellschaftliche Wandlungsprozesse hinsichtlich des Körpers und der Schönheit vollziehen, denen eine Steigerungslogik zugrunde liege. Die Chirurg*innen distan-

zieren sich in Hinblick auf ihr berufliches Wirken jedoch deutlich von jeglicher Einflussnahme auf und Verantwortung für derlei Prozesse. Vielmehr wird die Initiative zur körperlichen Optimierung und das Vorantreiben von Prozessen, die damit verknüpft seien, den Patient*innen bzw. weiterreichend auch den Mitgliedern der Gesellschaft zugeschrieben. Darüber hinaus wird die Ästhetisch-Plastische Chirurgie mit anderen Phänomenen gleichgestellt, denen eine ähnliche Optimierungsdynamik unterstellt wird. Dadurch nehmen die Chirurg*innen eine Relativierung ihrer Bedeutung für gesellschaftliche Prozesse der Körperoptimierung vor. Um auch der von den Chirurg*innen geteilten Annahme Rechnung zu tragen, dass die Ästhetisch-Plastische Chirurgie eine, aber eben keine zentrale Rolle in gegenwärtigen gesellschaftlichen Dynamiken und Wandlungsprozessen zu Schönheit und Körpern einnehme, wird die die Basistypik erweiternd umbenannt zu *Ästhetisch-Plastische Chirurgie als individuelles Risikomanagement in einem gesellschaftlichen Prozess körperlicher Optimierung*.

5.3. Grenzkonstruktionen zwischen Chancengleichheit und Perversion

Mit Blick auf die zentrale Frage dieser Arbeit nach gegenwärtigen Mustern der (De-)Legitimierung der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie in Deutschland werden nun in einem abschließenden Schritt dieses Kapitels die rekonstruierten Orientierungen des Alltags- und Expert*innenwissens zueinander in Beziehung gesetzt, um das Verhältnis dieser beiden Dimensionen des *Wissens vom Körper* näher zu bestimmen (vgl. zu Wissen vom Körper Kap. 3.1 sowie Alkemeyer 2010: 295; Hirschauer 2008: 974; Keller/Meuser 2011: 10, 18). Da der Schwerpunkt dieses Kapitels auf der Wirkungsweise der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie im Kontext von sozialen Dynamiken und Prozessen liegt, orientiert sich die Zusammenführung der alltagsweltlichen und professionellen Perspektive auf die eingangs gestellten Fragen danach, *was* die Ästhetische-Plastische Chirurgie aus der spezifischen Sichtweise heraus *bewirkt* und welche *Grenzen* die Alltagsakteur*innen und die Chirurg*innen hinsichtlich der jeweils zugeschriebenen Wirkungsweise ziehen.

In den Gruppendiskussionen mit den Alltagsakteur*innen zeigt sich, dass die Ästhetisch-Plastische Chirurgie nicht ausschließlich in einem medizinischen Kontext (wie in Kap. 4.1 dargestellt), sondern auch im Zusammenhang mit sozialen Dynamiken und Phänomenen diskutiert wird. Wie die Analysen der Gruppendiskussionen zeigen, eint die Alltagsakteur*innen die Annahme von dynamischen Entwicklungen und Wandlungsprozessen, die nicht nur Einzelne oder vereinzelte Gruppen, sondern alle Mitglieder der Gesellschaft tangieren. Alle rekonstruierten Entwicklungen und Prozesse beziehen sich auf Körper bzw. konkreter formuliert auf deren potenzielle Bearbeitung und auf zu erreichende körperliche Idealzustände. Wie aufgezeigt, werden alle konstatierten Prozesse und Entwicklun-

gen von den Alltagsakteur*innen durch eine Wirkungsweise charakterisiert, der eine Steigerungslogik zugrunde liegt: Körperliche Zustände würden im Zuge von Wandlungsdynamiken mehr und mehr in Form von Verbesserungen gesteigert. Die Ästhetisch-Plastische Chirurgie wird dazu insoweit in Verbindung gesetzt, als dass sie entweder als ein Effekt von derlei Tendenzen verstanden oder aber sogar als ein konstitutiver Bestandteil dieser Prozesse gedeutet wird, der wiederum selbst eine katalysierende Wirkung auf diese Prozesse habe.

Auch die Chirurg*innen diskutieren die Ästhetisch-Plastische Chirurgie nicht nur hinsichtlich ihrer definitorischen Verortung innerhalb der Medizin, sondern auch hinsichtlich ihrer Wirkungsweise in sozialen Kontexten. In ihren Verhandlungen sind, entsprechend ihrer beruflichen Schwerpunktsetzung, die Themen »Schönheit« und »Ästhetik« von zentraler Bedeutung. In Bezug auf diese Themen konstatieren auch sie gegenwärtige soziale Wandlungsprozesse, die eine gesamtgesellschaftliche Tragweite aufweisen und die ebenfalls durch eine Logik der Steigerung (in Form von Verbesserungen) getragen werden. Anders als bei den Alltagsakteur*innen beziehen die Chirurg*innen die sozialen Wandlungstendenzen aber nicht nur auf den Aspekt körperlicher Schönheit, sondern verknüpfen diesen darüber hinaus mit anderen Faktoren (wie etwa beruflichen Erfolg) zu weiterreichenden, sozialen Kausalzusammenhängen. Die Ästhetisch-Plastische Chirurgie bzw. die Ästhetische Medizin verortet sie innerhalb dieser sozialen Wandlungsprozesse als ein Phänomen neben vielen anderen, denen ebenso eine Steigerungslogik zugrunde liege.

Die Alltagsakteur*innen wie auch die Chirurg*innen bedienen sich in ihren Darstellungen und Diskussionen zu derlei sozialen Dynamiken und Entwicklungen übergreifend der Begriffe »Verbesserung«, »Optimierung«, »Steigerung« oder anderer sinnverwandter Wörter. All diese Formulierungen deuten ihrem Wortsinn nach darauf hin, dass Eingriffe mit einer solchen Zielsetzung der Übertreffung einer körperlichen Konstitution dienen sollen (statt etwa der Wiederherstellung eines verloren gegangenen körperlichen Zustands). Dieser Bedeutung folgend entsprechen so charakterisierte Eingriffe genau dem, was in den Debatten der Bioethik als »Enhancement« bezeichnet wird (vgl. u.a. Ach/Lüttenberg 2012, Parens 1998a, Schöne-Seifert/Talbot 2009), nämlich körpermodifizierenden Praktiken, »die die menschliche Gestalt oder Funktionsweise verbessern sollen, aber keine anerkannten medizinischen Bedürfnisse befriedigen« (Juengst 2009: 28). Wurde in Kapitel 2.2 bisher nur theoretisch aufgezeigt, dass Ästhetisch-Plastische Chirurgie als Enhancement-Praktik gefasst wird, so zeigt sich nun anhand der Analysen, dass diese definitorische Kategorisierung der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie sinngemäß auch im Alltags- und Expert*innenwissen eingelassen ist.

Enhancement wird innerhalb theoretischer Debatten in der Regel relational bestimmt. Eine der gängigsten Unterscheidungen, die zur definitorischen Bestimmung von Enhancement herangezogen wird, ist diejenige zwischen Therapie und

Enhancement (vgl. Kap. 2.2). Während unter dem Terminus Therapie solche Eingriffe gefasst werden, die einen durch Krankheit oder Behinderung verlorengegangenen Körperzustand wiederherzustellen versuchen, werden dem Begriff Enhancement jene Maßnahmen zugeordnet, die dazu dienen, Körpereigenschaften und -funktionen zu optimieren. Sinngemäß können diese Bedeutungen auf die Unterscheidung zwischen der Rekonstruktiven Chirurgie (als Therapie) und der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie (als Enhancement) angewandt werden (vgl. Kap. 2.2, Hoffmann 2006: 201ff.; Juengst 2009: 28; Lenk 2002: 27-35; Parens 1998b: 3ff.).

In den rekonstruierten Orientierungen zur Wirkungsweise der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie in sozialen Dynamiken und Prozessen nehmen die Alltagsakteur*innen und Chirurg*innen jedoch in keiner Weise eine relationale Bestimmung der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie als Enhancement vor. Vielmehr gehen die interviewten Alltagsakteur*innen und Chirurg*innen ohne eine Form der vorherigen Bestimmung schlicht davon aus, dass die Ästhetisch-Plastische Chirurgie eine Enhancement-Praktik darstellt, und beginnen ihre Verhandlungen und Diskussionen von dieser Annahme aus. Im Kontext sozialer Wandlungsdynamiken wird die Ästhetisch-Plastische Chirurgie als Form des Enhancement in den Gruppendiskussionen und Expert*inneninterviews also nicht in Bezug auf »angemessen[e] Grenzen der Biomedizin« diskutiert, sondern, wie die Analysen zeigen, im Rahmen »der Ethik der Selbstverbesserung« verhandelt (Juengst 2009: 25).

In einer solch gerahmten Diskussion fungiert Enhancement weniger als eine »Grenzmarkierung«, sondern vielmehr als eine Art »moralischer Wegweiser« (Juengst 2009: 35). Folglich geht es den Interviewten weniger darum zu bestimmen, bis wohin ein Eingriff als medizinisch notwendig gilt und ab wann nicht mehr (entsprechend bis wohin eine Praktik als Therapie und ab wann sie als Enhancement kategorisiert wird). Vielmehr zeichnet sich in den Gruppendiskussionen sowie in den Expert*inneninterviews die Absicht ab, auszumachen, bis wohin eine Verbesserung als moralisch akzeptabel und ab wann sie als ethisch zweifelhaft gilt (vgl. ebd.). Diese spezifische Form der Grenzziehung kann nun anhand der jeweils zugeschriebenen Wirkungsweise von Ästhetisch-Plastischer Chirurgie in gesellschaftlichen Kontexten rekonstruiert werden.

Ästhetisch-Plastische Chirurgie als Mittel zur Erreichung von Chancengleichheit

Die sozialen Wandlungsprozesse, die die Chirurg*innen konstatieren, basieren allesamt auf dem Faktor »Schönheit«. Dieser hat für sie eine außerordentlich hohe Bedeutung in der Gesellschaft und an ihm wird festgemacht, durch was gegenwärtige gesellschaftliche Entwicklungen geprägt sind: Es gehe darum, *noch* schöner zu werden, ergo um eine Form der Steigerung im Sinne einer Optimierung.

Anhand der kausalen Verkettung mit anderen Faktoren wie Geld, Anerkennung, Teilhabe und beruflichem Erfolg wird durch die Chirurg*innen deutlich gemacht, welche weitreichenden Möglichkeiten sich für den*die Einzelne*n ergeben, wenn man über das Merkmal Schönheit verfüge. Da Schönheit in der Gesellschaft jedoch nicht gleichmäßig verteilt ist, entstehen neben den zahlreichen gewinnbringenden Möglichkeiten auch Risiken der Benachteiligung und der Exklusion. Genau an diesem Punkt der Argumentation verorten die Chirurg*innen die Ästhetisch-Plastische Chirurgie als eine Option, mit Hilfe derer man sich von potenziell negativen Konsequenzen der beschriebenen Dynamiken emanzipieren könne. Denn ästhetisch-plastische Eingriffe vermögen es, Schönheit zu erschaffen und entsprechend individuelle Risiken minimieren. Den Anlass zur Notwendigkeit eines individuellen Risiko-Managements verorten die Chirurg*innen jedoch in der Gesellschaft, denn diese messe der Schönheit eine derartige Relevanz zu, dass sich daraus überhaupt erst zu managende Risiken ergeben.

Dass die Ästhetisch-Plastische Chirurgie soziale Benachteiligung minimieren könne, die sich aus einer ungleichen Verteilung von Schönheit in der Gesellschaft ergeben würde, macht sie – der Argumentation folgend – letztlich zu einem Mittel, über das gesellschaftliche *Chancengleichheit* geschaffen werden könne. Diese Perspektive auf die Wirkungsweise von ästhetisch-plastischen Eingriffen deckt sich mit medizintheoretischen Ansätzen, die der etablierten Unterscheidung von (legitimer, weil medizinisch notwendiger) Therapie und (illegitimem, weil nicht medizinisch notwendigem) Enhancement kritisch gegenüberstehen. Derlei medizintheoretische Ansätze fassen Enhancement konzeptionell nicht nur als eine Grenzmarkierung der Biomedizin, sondern betonen auch die Bedeutung von Enhancement als moralischen Wegweiser (vgl. Juengst 2009: 32). Aus einer solchen erweiterten Perspektive auf Enhancement ergibt sich auch eine erweiterte Zielsetzung medizinischer Versorgung: Die medizinische Behandlung von Patient*innen sollte so ausgerichtet sein, dass die Patient*innen »as close to equal opportunity in life as is possible« gelangen, wie James E. Sabin und Norman Daniels als prominente Vertreter eines solchen kritischen Ansatzes festgehalten haben (Sabin/Daniels 1994: 10). Diese an ethischen Maßstäben orientierte Konzeption von Enhancement deckt sich wiederum sinngemäß mit der von den interviewten Chirurg*innen konstatierten Wirkungsweise ihrer Fachdisziplin in sozialen Entwicklungsdynamiken: Ästhetisch-Plastische Chirurgie ermögliche Chancengleichheit.

Unter Hinzuziehung von medizintheoretischen Ansätzen, wie dem von Sabin und Daniels, die Enhancement nicht nur als definitorischen Grenzmarker innerhalb der Biomedizin, sondern auch als ethischen Grenzmarker in der Diskussion um Selbstoptimierung verhandeln, lässt sich nun deutlicher erfassen, dass die interviewten Chirurg*innen neben einer *definitorischen* Verortung der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie in *medizinischen* Kontexten (vgl. Kap. 4.2) auch eine *ethische* Verortung ihrer Fachdisziplin in *sozialen* Kontexten vornehmen. Denn

ihre Beschreibung der Ästhetisch-Plastische Chirurgie als ein Mittel, das soziale Benachteiligung abwenden und Chancengleichheit ermöglichen könne, vermittelt letztendlich den Eindruck, dass die Ästhetisch-Plastische Chirurgie durch ihre Wirkungsweise auf soziale Entwicklungsdynamiken als moralisch akzeptabel und entsprechend legitim angesehen werden könne. Auf welche Weise die Alltagsakteur*innen die Ästhetisch-Plastische Chirurgie ethisch verorten, wird nun im Folgenden dargestellt.

Ästhetisch-Plastische Chirurgie als »Perversion der Medizin«³

Betrachtet man die Wirkungsweise, die die Alltagsakteur*innen der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie in sozialen Kontexten zuschreiben, so ergibt sich ein gänzlich anderes Bild. Die Alltagsakteur*innen gehen zwar auch von sozialen Wandlungsdynamiken aus, die vor allem die körperliche Schönheit betreffen, aber aus alltagsweltlicher Perspektive dominiert die Annahme, dass diese auf Steigerung ausgelegten Prozesse für den*die Einzelne*n vor allem negative Konsequenzen nach sich ziehen würden. Denn diese gesellschaftlichen, auf den Körper bezogenen Optimierungstendenzen wirkten sich auf individueller Ebene dahingehend aus, dass Menschen sich als defizitär(er) empfinden würden, unzufrieden(er) seien und (mehr) psychischen Druck verspüren würden.

Die Ästhetisch-Plastische Chirurgie wird in der Perspektive der Alltagsakteur*innen nun gerade eben nicht zu einem Mittel, um Chancengleichheit für alle Menschen zu erreichen, indem diese negativen Konsequenzen über sie abgewendet werden. Vielmehr wird die Ästhetisch-Plastische Chirurgie von den Alltagsakteur*innen als eine Folge dieser negativ konnotierten sozialen Wandlungsdynamiken und entsprechend als nicht erstrebenswert verhandelt. Darüber hinaus wird die Ästhetisch-Plastische Chirurgie mitunter sogar als Katalysator eben dieser Prozesse gedeutet, denn durch sie würden überhaupt erst neue körperliche Ideale geschaffen, die *noch mehr* Unzufriedenheit, *noch mehr* Druck und *noch mehr* Defizitempfinden generierten. So stellt die Ästhetisch-Plastische Chirurgie zwar eine Option zur Überwindung der negativen Folgen der Wandlungsprozesse dar, aber aus Sicht der Alltagsakteur*innen verstärkt sie in ihrer Existenz und Anwendung eben genau diese Wandlungsprozesse, deren Konsequenzen durch sie eigentlich überwunden werden sollten, und provoziert letztendlich Gefahren neuer Art, wie etwa ästhetische Normierungsprozesse.

Die Orientierungen decken sich sinngemäß mit Überlegungen, die Erich T. Juengst in einer Übersicht zu verschiedenen Auslegungen des Enhancement-Begriffs beschreibt. So geht Juengst davon aus, dass soziale Dynamiken existieren, die Stigmatisierungen, Diskriminierungen und Exklusionen zur Folge haben. Derlei Dy-

3 Juengst 2009: 39

namiken bezeichnet er als »soziale Spiele«, die allerdings »überhaupt nicht von den Leistungen der Teilnehmer, sondern von Eigenschaften – etwa Körpergröße und Gestalt oder Hautfarbe – ab[hängen], auf die der Einzelne wenig Einfluss« habe (vgl. Juengst 2009: 39). Durch die Zunahme biomedizinischer Enhancement-Verfahren, zu denen auch Eingriffe der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie gezählt werden können, eröffnen sich nach Juengst nun zunehmend Möglichkeiten, den negativen Auswirkungen dieser sozialen Spiele zu entgehen, denn derlei Maßnahmen und Verfahren würden in der Konsequenz dabei helfen können, den gesellschaftlichen Status einer Person positiv zu beeinflussen. Allerdings würde sich dies nur darüber vollziehen, dass die gesellschaftlichen Vorurteile, die überhaupt erst den Anlass für eine Änderung des sozialen Status gegeben haben, im Zuge der Anwendung von Enhancement-Verfahren eine Re-Aktualisierung erfahren würden (vgl. ebd.: 39f.).

Eine solche soziale Dynamik, im Zuge derer die eigentlichen Anlässe für ästhetisch-plastische Eingriffe durch diese selbst re-aktualisiert werden, findet sich sinngemäß auch in den Orientierungen der Alltagsakteur*innen, wenn sie der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie eine katalysierende Wirkung innerhalb sozialer Optimierungsprozesse zuschreiben. Aus der Unzufriedenheit der*des Einen werde nach vollzogener Körpermodifikation die Unzufriedenheit der*des Anderen, da jene in der Folge mit neuen, optimierten Idealen von Schönheit konfrontiert würden. Juengst schlussfolgert zu dieser Dynamik, dass grundsätzlich jede medizinische Maßnahme, die Patient*innen dadurch heilen würde, dass sie die Lage anderer Patient*innen verschlechterte, »medizinisch pervers« sei (vgl. Juengst 2009: 40). Im Kontext von Enhancement-Maßnahmen wird »die Perversion noch dadurch verstärkt, dass das in Rede stehende Problem ein soziales, kein körperliches ist« (ebd.). In ähnlicher Weise trifft dies auch bei den rekonstruierten Deutungen der Alltagsakteur*innen zu, insoweit diese die eigentliche Problemursache nicht in individuellen körperlichen Merkmalen, sondern in der gesellschaftlichen Relevanz ausmachen, die der Körperlichkeit beigemessen wird.

Unter Rückgriff auf weitere Enhancement-Konzepte, in denen Enhancement nicht nur als biomedizinischer, sondern auch als bioethischer Grenzbegriff gefasst wird, konnte also herausgearbeitet werden, dass auch Alltagsakteur*innen die Ästhetisch-Plastische Chirurgie nicht nur in einer *medizinischen*, sondern auch in einer *ethischen* Dimension zu bestimmen versuchen (vgl. zur medizinischen Verortung Kap. 4). Im Gegensatz zu den Chirurg*innen rahmen sie die Ästhetisch-Plastische Chirurgie hinsichtlich ihrer Wirkungsweise jedoch nicht als ethisch akzeptabel, sondern vielmehr als ethisch zweifelhaft. Denn diese treibe in der Bearbeitung negativer Konsequenzen von sozialen Entwicklungsdynamiken eben jene Dynamiken weiter an. Im Sinne dieser ethischen Beurteilung der Alltagsakteur*innen erfährt die Ästhetisch-Plastische Chirurgie letztlich eine De-Legitimierung, da

sie in ihrer so verstandenen Wirkungsweise zu einer »Perversion der Medizin« wird (Juengst 2009: 39).

Die in diesem abschließenden Kapitel aufgezeigte Oppositionalität alltagsweltlicher und professioneller Orientierungen zur Rolle von Ästhetisch-Plastischer Chirurgie in sozialen Wandlungsprozessen verdeutlicht schließlich, dass in »verschiedenen Handlungsbereichen [...] verschiedene Auffassungen darüber entstehen, was eine ethisch problematische Verbesserung ist und welche grundsätzlichen Fragen sie aufwirft« (Juengst 2009: 27). Aus diesen verschiedenen, gegensätzlichen Auffassungen zu sozialen Wandlungsdynamiken und der Bedeutung der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie innerhalb dieser ergeben sich schließlich auch Differenzen in der Verhandlung um die Legitimität dieser übergreifend als Enhancement verstandenen Praktik. Während die Chirurg*innen für sich und ihre Fachdisziplin über die Auslegung der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie als Mittel zur Erreichung von Chancengleichheit Legitimität beanspruchen bzw. zuschreiben, wird ihr aus alltagsweltlicher Perspektive die Legitimität aberkannt, insoweit sie das grundlegende Anliegen der Medizin pervertiert.

6. Grenzen der Behandlung

Zur Effektivität der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie

In Rahmen der Analysen der Gruppendiskussionen und Expert*inneninterviews stellte sich heraus, dass neben der medizinischen Bestimmung und der gesellschaftlichen Bedeutung der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie auch Aushandlungen zur Effektivität ästhetisch-plastischer Behandlungen eine zentrale Rolle einnehmen. Zwar geht es bei dieser Schwerpunktsetzung auch um Wirkungsweisen von Ästhetisch-Plastischer Chirurgie, wie sie bereits innerhalb von Kapitel 5 thematisiert wurden. Jedoch unterscheiden sich die folgenden alltagsweltlichen und professionellen Verhandlungen von den bisherigen dahingehend, dass es nicht um die Wirkung von Ästhetisch-Plastischer Chirurgie in einem gesamtgesellschaftlichen Prozess geht, sondern um die Effekte (und Effektivität) dieser in einem dezidiert individuellen Kontext: Es wird also diskutiert, welche Effekte die Anwendung von Ästhetisch-Plastischer Chirurgie für den*die Einzelne*n hat, was durch sie behandelt wird, was nicht behandelt wird und was durch sie behandelt werden sollte.

Welche Grenzkonstruktionen die Chirurg*innen und die Alltagsakteur*innen in Bezug auf die Effekte und Effektivität ästhetisch-plastischer Behandlungen vornehmen, wird Thema des folgenden Kapitels sein. In einem ersten Schritt wird die Perspektive der Alltagsakteur*innen über ihre Annahmen zu Behandlungseffekten bei Patient*innen erkundet, um im Anschluss die Orientierungen der Chirurg*innen hinsichtlich der Frage, was sie annehmen bei Patient*innen durch ihre Behandlungen bewirken zu können, darzustellen. In einem dritten abschließenden Schritt werden beide Perspektiven kontrastierend miteinander in Beziehung gesetzt und Schlussfolgerungen zum Verhältnis des Alltags- und Expert*innenwissens formuliert.

6.1. Ästhetisch-Plastische Chirurgie als stigmatisierende Symptom- statt Ursachenbehandlung

Neben Erörterungen zur Definition und Wirkungsweise der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie beschäftigen sich die Alltagsakteur*innen in der Diskussion auch und

vor allem mit denjenigen Personen, die ästhetisch-plastische Eingriffe vornehmen lassen: Patient*innen. Wird über Patient*innen der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie gesprochen, so liegt ein Schwerpunkt der alltagsweltlichen Diskussionen auf der Einschätzung der visuell durch ästhetisch-plastische Eingriffe erreichten Effekte bei Patient*innen. So kommentiert etwa eine DiskutantIn »Costa Gonzales, wenn ich den sehe denk ich mir da steht n Alien vor mir« (GD, Orange: Z. 617f.).¹ In einer anderen Gruppe wird festgehalten, dass alle Botoxpatientinnen gleich aussehen würden, woraufhin ein Diskutant resümiert: »Schauen alle aus wie der Grinch« (GD Blau: Z. 825). In einer anderen Gruppendiskussionen bemerkt ein Diskutant zur Schauspielerin Renee Zellweger: »wie diese ganzen anderen Hollywoodzombies schaut die aus« (GD Lila: Z. 858f.).

Die Begriffe »sehen« und »ausschauen« verweisen darauf, dass es den Alltagsakteur*innen um das äußere, von ihnen visuell wahrnehmbare Erscheinungsbild von Personen geht, die sich durch ästhetisch-plastische Eingriffe haben modifizieren lassen. Ein Alien ist eine Figur des Sciene-Fiction-Genres, die aufgrund ihrer wesenhaften Abgrenzung von der menschlichen Spezies zum für uns »*maximal Fremden*« wird (Schetsche/Anton 2019: 35; H.i.O.). Aufgrund der maximalen Fremdheit von Aliens ist ihr Handeln nicht antizipierbar, weswegen sie in Literatur und Filmen mal positiv konnotiert als »Retter, Erlöser, Heilsbringer«, aber auch in negativer Weise als »gnadenlose Eroberer, kaltblütige Zerstörer und erbarmungslose Herrscher« dargestellt werden (ebd.). Die maximale Fremdheit spiegelt sich dann auch in der Darstellung ihres äußeren Erscheinungsbilds wider, das in der Regel als maximal un-menschlich inszeniert wird.

Der Grinch ist ebenso eine fiktionale Figur aus dem von Theodor Seuss Geisel 1957 geschriebenen Roman »How the Grinch Stole Christmas!«. Der Grinch wird als misanthropische Kreatur beschrieben, die das Weihnachtsfest hasst, und versucht dieses zu verhindern. Er erscheint, ähnlich wie Aliens, vor allem in seinem Aussehen fremd, wie in den Verfilmungen des Romans deutlich wird, in denen der Grinch stets als grünes, menschenunähnliches Wesen erscheint. Auch Zombies, die zur Beschreibung von Patient*innen der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie herangezogen werden, stellen fiktionale Wesen dar, die durch eine Andersartigkeit (»Otherness«) charakterisiert werden (vgl. Stingl/Weiss 2015: 71). Sie sind den Menschen fremd, da sie laut fiktionaler Beschreibung keine Menschen mehr sind – auch nicht in äußerlicher Hinsicht, da sie häufig als Verwesende dargestellt werden, denen mitunter ganze Körperteile fehlen. In literarischen und filmischen Szenarien geht von der Nicht-Menschlichkeit der Zombies darüber hinaus auch eine Gefahr für Menschen aus, bilden sie aufgrund ihrer Infektiosität in der Regel

1 Da die Gruppe zuvor über Daniela Katzenberger sprach und diese die Schwiegertochter von Costa Cordalis ist, kann angenommen werden, dass die DiskutantIn statt Costa Gonzales eigentlich Costa Cordalis meinte.

doch den Ausgangspunkt für apokalyptische Ideen zum Ende der Menschheit (vgl. Dellwing/Harbusch 2015).

Den Figuren des »Aliens«, des »Grinchs« sowie des »Zombies« ist also gemein, dass sie durch eine wesentliche Andersartigkeit bzw. Fremdheit im Vergleich zu Menschen charakterisiert werden, die sich u.a. auch in ihrem nicht-menschlichen Erscheinungsbild äußert. Von ihnen geht darüber hinaus eine (potenzielle) Bedrohung für Menschen aus, was ihnen allesamt eine negative Konnotation einbringt. Derlei negative Begriffe zur Beschreibung von Personen, wie sie die Alltagsakteur*innen für Patient*innen der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie verwenden, können als das verstanden werden, was Erving Goffman unter »Stigmatermini« gefasst hat. Nach Goffman gebrauchen wir in »unserer täglichen Unterhaltung [...] spezifische Stigmatermini wie Krüppel, Bastard, Schwachsinniger, Zigeuner als eine Quelle der Metapher und der Bildersprache« (Goffman 1979: 14). Dies meint, dass Bezeichnungen, wie Goffman sie anführt und wie sie von den Alltagsakteur*innen verwendet werden, sprachliche Ausdrücke für Stigma-Zuschreibungen sind.

Nach Goffman ist eine Person dann stigmatisiert, wenn sie »in unerwünschter Weise anders [ist], als wir es antizipiert hatten« (ebd.: 13). Dass wir etwas als unerwünscht anders wahrnehmen, ist der Effekt einer »Diskrepanz zwischen virtueller und aktueller sozialer Identität« (ebd.: 11).² Goffman beschreibt mit virtueller sozialer Identität antizipierte Annahmen über Kategorien, Rollen und Eigenschaften einer Person, die an normative Erwartungen gebunden sind, eine »Charakterisierung ›im Effekt‹«, wie er es nennt (vgl. ebd.: 10). Mit aktueller sozialer Identität meint Goffman dagegen die tatsächlich wahrgenommene Identität, an der sich zeigt, ob die antizipierten Erwartungen erfüllt werden oder eben nicht. Zu einem Stigma kommt es in dem Fall, in dem eine Abweichung im negativen Sinne erfolgt, d.h. wenn sich die tatsächlich wahrgenommene Identität nicht mit antizipierten, normativen Identitätsidealen deckt (vgl. ebd.: 10f.; 158ff.).

Diese Identitätsideale betreffen oftmals körperliche Merkmale. So führt Goffman u.a. das »Sehvermögen« und – im Kontext der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie nicht unwesentlich – die »physische Schönheit« als Normen an, »die die Form

2 Der Begriff der Identität ist in den Sozialwissenschaften ein mindestens umstrittener und oftmals deutlich kritizierter Terminus (vgl. u.a. Jungwirth 2007, Straub 2011). Michael von Engelhardt hält jedoch zu Goffmans Stigma-Studie fest, dass sie auf eine zweifache Weise gelesen werden könne: »Zum einen handelt es sich um eine Abhandlung über das spezielle soziale Phänomen des Stigmas, das als eine spezifische Ausformung der Identität interpretiert wird. Zum anderen handelt es sich um eine Abhandlung über das allgemeine Phänomen der personalen Identität, in der dem Stigma eine grundlegende Bedeutung zugewiesen wird« (Engelhardt 2010: 126). Die vorliegende Arbeit schließt sich dieser Annahme über eine mehrdeutige Auslegung der Stigma-Studie von Goffman an und ›liest‹ diese vorrangig als eine detaillierte Analyse zum gesellschaftlichen Phänomen der Stigmatisierung und weniger als eine theoretische Abhandlung zum Konzept personaler Identität.

von Idealen annehmen und Standards konstituieren« (Goffman 1979: 158). In den begrifflichen Beispielen der Alltagsakteur*innen zur Bezeichnung von Patient*innen der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie spiegelt sich nun genau diese bedeutende Rolle der physischen Erscheinung wieder, insoweit diese Begriffe eben das äußere Erscheinungsbild im Sinne Goffmans stigmatisieren: Die Patient*innen weichen in ihrer tatsächlich wahrgenommenen Identität von antizipierten, durch normative Vorstellungen zur physischen Schönheit geprägten Erwartungen ab, sodass eine Diskrepanz entsteht. Und gerade die Termini »Alien«, »Grinch« und »Zombie«, die der Wortbedeutung nach für das ultimative Fremde stehen, decken sich mit der Aussage Goffmans, dass wir von »der Definition her [...] natürlich [glauben], daß eine Person mit einem Stigma nicht ganz menschlich ist« (ebd.: 13). Patient*innen der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie erscheinen für die Alltagsakteur*innen in Bezug auf ihr äußeres Erscheinungsbild derart fremd, dass sie begrifflich entmenschlicht und in diesem Sinne stigmatisiert werden.

Doch beruhen nach Goffman Stigmatisierungen nicht allein auf Termini, durch die Personen Stigmata zugeschrieben werden. Vielmehr »konstruieren [wir] eine Stigma-Theorie, eine Ideologie, die ihre Inferiorität erklären und die Gefährdung durch den Stigmatisierten nachweisen soll« (Goffman 1979: 14). Dies meint, dass bezüglich zugeschriebener Stigmata spezifische »Alltagstheorien«, wie es Michael von Engelhardt bezeichnet, erstellt werden, die dazu dienen, die vermeintlichen Ursachen des zugeschriebenen Stigmas, also die Gründe, warum Personen als minderwertig oder gefährlich eingeschätzt werden, weitergehend zu begründen (vgl. Engelhardt 2010: 130). Solche Alltagstheorien finden sich in den Gruppendiskussionen vor allem in Verhandlungen zu meist imaginierten Anliegen für ästhetischplastische Eingriffe bzw. bei Fällen, in denen (bekannte) Personen derart mit ihrem äußeren Erscheinungsbild unzufrieden sind, dass eine Körpermodifikation potenziell in Betracht gezogen wird.

Zur Erkundung von derlei Alltagstheorien soll zunächst ein Ausschnitt der Gruppe Gelb diskutiert werden, der Teil einer sehr umfangreichen Passage ist. Im Vorgang zum folgenden Ausschnitt wurde der Fall einer Warze im Gesicht als Beispiel diskutiert und es wurde anhand dieses Falls besprochen, welche Möglichkeiten es gebe, damit umzugehen. Zum einen wurde festgehalten, dass es schnelle Lösungen gebe, wie etwa das Wegschneiden der Warze. Zum anderen hält die Gruppe fest, dass weiter die Möglichkeit bestünde, eine*n Psycholog*in aufzusuchen, um über eine Psychotherapie mehr Selbstbewusstsein zu entwickeln, sodass einen die Warze nicht mehr stören würde. An diese Überlegungen schloss sich die folgende Diskussion an:

Af: Naja ich glaub das ist ja auch das Ding bei Schönheits-OPs dass das da um die Symptome geht aber nicht um die Ursachen ((Zustimmung)) und diese Warzen-gesicht ähm weiß ich nicht kann man vielleicht auch akzeptieren lernen (.) oder

man versteift sich so darauf dass alles schief geht nur wegen dieser Warze (.) und dann will man sie natürlich wegmachen und dann geht's danach auch besser,

Cf: | _ Ja natürlich

Dm: Und wenn man vielleicht schon so drauf ist könnt's auch sein dass wenn die Warze weg ist dann findet man halt irgendwas anderes was einen daran hindert äh jetzt erfolgreich zu sein.

Ef: | _ glücklich zu sein; ja man muss halt die Ursachen nicht in sich selbst suchen;

[...]

Cf: [...] also so das ist halt auch so ähm ne Freundin von mir die hat halt hier aufm Bauch so diese (.) so ne so nen Leberfleck oder so Sieht aus wie die Inselgruppe [...] sieht aus wie Kuba letztendlich ja? und ich finde das halt eigentlich so; sie hat sich ihr Leben lang dafür geschämt die wollte nie Bikini anziehen und so; und ich denk mir immer so ich würde deinen Bauch aus tausenden rausidentifizieren weil (.) das macht dich halt auch einmalig also so (.) du siehst halt du hast halt nicht den Bauch wie jeden den du auf irgendnem Scheißplakat siehst oder so wie alle gleich aussehen sondern (.) also so dass man kann das ja auch annehmen also so (.) ich meine gut jemand der keine Warze im Gesicht hat sollte vielleicht auch nicht darüber urteilen wies jemandem geht der ne Warze im Gesicht hat am besten noch Mitten auf der Nase so aber;

Fm: Ich ich wollts grad sagen es is ja wirklich so ähm Wir wissen das jetze dass man sich quasi dass jeder individuell ist und dass hier dass zum Beispiel diese Inselgruppe halt aufm Bauch halt total cool is weil man das tausend Leuten wiedererkennt und man tut ja auch was Positives daraus ableiten aber es gibt ja viele Menschen die einfach mal; die haben nicht die Kraft halt und auch wie gesagt die haben sich nicht mit sich auseinandergesetzt, es gibt keine Langzeitstudien darüber ob man sich jetzt im Endeffekt besser fühlt und so; die nehmen das halt als Rettungsanker im Endeffekt um sich besser zu fühlen halt für die. nächst- fürs nächste Jahr oder die nächsten zwei Jahre oder (.) vielleicht auch für immer im Endeffekt ne?

(Gruppe Gelb, Z. 1055-1095)

Die DiskutantIn Af beschäftigt sich in ihrer Aussage damit, was »das Ding bei Schönheits-OPs« sei. Dass etwas »das« und nicht etwa »ein« Ding von »Schönheits-OPs« sei, deutet darauf hin, dass sie im Folgenden auf einen wesentlichen Kernaspekt von ästhetisch-plastischen Eingriffen eingehen wird. Sie führt weiter aus, dass es bei »Schönheits-OPs« nicht um die »Ursachen«, sondern um die »Symptome« geht. Mit dem medizinischen Fachbegriff »Symptom« werden charakteristische Anzeichen beschrieben, die auf etwas Tieferliegendem, genauer, auf etwas

Pathologischem beruhen. Der Terminus »Ursache« ist wiederum ein Ausdruck für diesen tieferliegenden, eigentlichen Anlass eines Symptoms. Bezogen auf ästhetisch-plastische Eingriffe lässt sich schlussfolgern, dass die DiskutantIn der Ansicht ist, mit diesen werden nur Auswirkungen behandelt, während deren (pathologischer) Ursprung unbehandelt bleibe.

Diese Argumentation wird im Weiteren anhand des zuvor besprochenen imaginären Falles des ›Warzengesichts‹ exemplifiziert. Die DiskutantIn eröffnet zwei Wege des Umgangs mit diesem: So könne man einerseits das ›Warzengesicht‹ »auch akzeptieren lernen«. Der Umstand, dass man es nicht einfach annehmen könne, sondern dies erst einmal erlernen müsse, verweist darauf, dass ein Prozess bis zur zu erreichenden Akzeptanz vollzogen werden muss, der – sinngemäß zum Lernen – durchaus Zeit und Anstrengungen kosten kann. Zum anderen könne man sich darauf »versteifen«, dass »nur wegen dieser Warze« alles schief gehe. Wenn man sich auf etwas versteift, bedeutet dies in den meisten Fällen, dass man von etwas zwanghaft nicht lassen kann. Wovon in diesem Beispiel nicht gelassen werden kann, ist dann die Sichtweise auf die Warze als singuläre Ursache, denn »nur wegen« ihr würde alles nicht nach gewünschten Vorstellungen verlaufen. Im Rahmen dieser zweiten Umgangsweise mit einem ästhetisch auffallenden Körpermerkmal wird eben dieses zur Ursache erklärt, weswegen es in der Konsequenz modifiziert, also entfernt werden müsse. Die DiskutantIn schließt ihre Überlegungen mit der Aussage, dass man die Warze in dieser zweiten Umgangsweise dann »natürlich wegmachen« lassen wolle. Die Formulierung »natürlich« suggeriert, dass dieser Gedankengang durch die DiskutantIn durchaus nachvollzogen werden kann. Als Folge (»dann«) der Entfernung der Warze würde auf diesem Wege auch eine Besserung des Wohlbefindens eintreten. Die gesamte Aussage, der auch die DiskutantIn Cf zustimmt (»Ja natürlich«), vermittelt, dass ästhetisch-plastische Eingriffe als mögliche Umgangsstrategie mit einem störenden körperlichen Merkmal durch die Gruppenmitglieder nachvollzogen werden können.

Der Diskutant Dm knüpft im Anschluss an die Aussage seiner Vorrednerin an und führt den Gedanken zum zweiten Umgangsweg mit der Warze argumentativ in einer Wenn-Dann-Aussage weiter aus: »[W]enn man vielleicht schon so drauf« sei, dann finde man nach der Entfernung der Warze etwas anderes. Die Formulierung »so drauf ist« impliziert, dass er die spezifische Denkweise thematisiert, durch die der zweite Umgangsweg geprägt sei. Aufgrund dieser Denkweise »könnte« es sein, dass man in der Folge der Warzenentfernung »halt irgendwas anderes [findet]«, was einen daran »hindert«, erfolgreich zu sein. Dass nach der Warzenentfernung noch etwas anderes gefunden werden könne, suggeriert, dass es aufgrund der Denkweise nicht bei einer einmaligen Modifikation des Körpers bleibe, denn der Begriff »finden« impliziert, dass nach weiteren körperlichen Makeln gesucht werde. Diese neu gefundenen Merkmale würden einen dann wiederum »hindern [...] erfolgreich« zu sein. Der Begriff »hindern« wird meist verwendet, um darzu-

stellen, dass man von etwas abgehalten wird – in diesem Fall von einem eigentlichen Ziel, nämlich »erfolgreich« zu sein bzw., wie die DiskutantIn Ef ergänzt, »glücklich« zu sein. Damit stellt die zweite Umgangsweise mit der körperlichen Modifikation letztendlich keine abschließende Lösung dar, weil aufgrund der damit verbundenen Denkweise stets neue körperliche Merkmale zum individuellen Hinderungsgrund werden könnten.

Die DiskutantIn Ef schlussfolgert schließlich in Bezug auf den zweiten Weg der Körpermodifikation (Warzenentfernung), dass »man [...] halt die Ursachen nicht in sich selbst suchen [muss]«. Dass man nicht müsse, also bei diesem Wege nicht gezwungen sei, sich mit der Ursache der Unzufriedenheit mit der Warze auseinanderzusetzen, deutet zum einen an, dass mit diesem zweiten Weg eine gewisse Handlungsentlastung für Personen einhergehe. Im Umkehrschluss bedeutet dies jedoch zum anderen, dass eine endgültige Lösung des Problems der Unzufriedenheit nur über den Weg der Auseinandersetzung mit dem eigenen Selbst, also über den ersten Umgangsweg, erreicht werden könne. Darüber hinaus verdeutlicht die DiskutantIn mit der Aussage, dass der Ursprung der Unzufriedenheit mit der Warze im Selbst liege, sie diese also auf einer psychischen Ebene verortet. Somit schließt sich der argumentative Kreis, insoweit die individuelle Umgangsweise mit einer Warze exemplarisch das eingangs von der DiskutantIn Af beschriebene Kerncharakteristikum von ästhetisch-plastischen Eingriffen illustriert: Sie behandeln somatische Symptome, nicht jedoch deren psychologische Ursachen.

Nach einer kurzen Unterhaltung zu Peter Maffays Warze, die aus Platzgründen in der Darstellung ausgespart wurde, beginnt Cf einen Bericht von einer Freundin, die einen Leberfleck in der Form Kubas auf ihrem Bauch habe. Zwar geht es in diesem Beispiel nicht um eine Person mit dem Wunsch nach einer ästhetischen Operation, aber es besteht eine Relation zu Patient*innen der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie, insoweit es auch in diesem Beispiel um das Empfinden zu und den Umgang mit einem auffallenden körperlichen Merkmal geht. Die Freundin habe sich aufgrund des Leberflecks ein »Leben lang geschämt«. Nach Goffman entsteht Scham daraus, »daß das Individuum eines seiner eigenen Attribute begreift als etwas Schändliches und als etwas, worauf es gern verzichten würde« (Goffman 1979: 16). Dass die Freundin gern darauf verzichten würde, illustriert das Beispiel des Bikinis, den sie – vermutlich wegen der dann gegebenen Sichtbarkeit des Leberflecks – vermied.

Die DiskutantIn Cf setzt dem eine positiv Lesart entgegen: Sie würde die Freundin aufgrund des Leberflecks aus »tausenden rausidentifizieren«, da er sie »einmalig« mache. Während die Freundin den Leberfleck als Fehler oder Mangel erlebt, deutet Cf ihn also als Zeichen von Individualität. Dass sie Individualität als etwas Positives auslegt, wird nochmals deutlich, wenn sie anführt, dass die Freundin aufgrund ihrer Einmaligkeit nicht aussehe »wie jeden den du auf irgendnem Scheißplakat siehst oder so wie alle gleich aussehen«. Dass sie einen Gegenstand,

(die Plakate) um den vulgären Ausdruck »Scheiß« ergänzt, macht deutlich, dass sie diesen Gegenstand negativ beurteilt. Die Plakate werden von ihr dann in einen sinnhaften Zusammenhang mit Personen gebracht, die alle »gleich aussehen«. Diese Formulierung vermittelt eine auf das Aussehen bezogene Gleichförmigkeit von Personen, was im direkten Gegensatz zur Einzigartigkeit steht, durch die sich Personen eben nicht gleichen. Im direkten Vergleich zur negativ beurteilten äußerlichen Gleichförmigkeit wird die positive Konnotation von Individualität nochmals hervorgehoben.

Schließlich eröffnet die Diskutantin neben der gegensätzlichen Lesart des Leberflecks auch eine alternative Umgangsweise, die darin bestehe, diesen Leberfleck anzunehmen, d.h. ihn im Sinne des positiven Verständnisses von Individualität auch als positive Besonderheit zu akzeptieren, statt ihn zu verstecken oder – weitergedacht – entfernen zu lassen. Sie knüpft somit an die von der Diskutantin Af aufgeworfene Orientierung von Ästhetisch-Plastischer Chirurgie als Symptom statt Ursachenbehandlung an und illustriert diese Orientierung am Beispiel des Leberflecks der Freundin: Statt ein körperliches Attribut zu verstecken oder entfernen zu lassen, also somatische Symptome zu behandeln, sollte lieber an der psychischen Einstellung als Ursache für die Unzufriedenheit gearbeitet werden. Zwar relativiert sie ihre vertretene Ansicht abschließend über den Rückbezug auf das Warzenbeispiel, denn man solle nicht »urteilen«, da man nicht wisse, wie es jemanden mit einer Warze im Gesicht ergeht. Allerdings deutet sich mit ihrem abschließenden »aber« ein Einwand zur formulierten Relativierung an, der aber nicht mehr weiter ausgeführt wird.

Im Weiteren stimmt der Diskutant Fm der Aussage von Cf zu, indem er das von ihr angebrachte Beispiel und ihre dazu formulierte positive Lesart wiederholend aufnimmt. Er bewertet ihre Lesart als »cool«, entsprechend stimmt er mit ihr in der Deutung von Individualität als etwas Positivem überein. Im Weitergang abstrahiert er vom Beispiel der Freundin und beschreibt die Gruppendiskussionsmitglieder als die Wissenden (»Wir wissen jetzt«) und grenzt sie in einer implizit distinktiven Weise von unwissenden Anderen ab. Das Mehr an Wissen, über das sie verfügen würden, bestehe darin, Individualität als etwas Positives wahrzunehmen. Den Anderen fehle dieses Wissen und darüber hinaus verfügten sie auch nicht über eine spezifische »Kraft«, die die Gruppenmitglieder jedoch hätten. Die den Anderen fehlende Kraft bestünde darin, sich mit sich selbst auseinanderzusetzen zu können. Die Auseinandersetzung mit etwas meint eine zeit- und kraftintensive Beschäftigung, mitunter auch ein kritisches Hinterfragen von etwas – in diesem Beispiel: die Wahrnehmung des eigenen Körpers und den Umgang mit diesem (was erneut auf eine psychische Dimension verweist). Die Fähigkeit, sich mit sich selbst auseinanderzusetzen, wird den unwissenden Anderen abgesprochen, stattdessen würden sie die Modifikation der Physis als einen »Rettungsanker« nutzen, also als

ein Hilfsmittel, durch das sie einer als Notlage empfundenen Situation entkommen wollen.

Der Diskutant Fm knüpft somit ebenfalls an die von Af aufgeworfene Orientierung an und erweitert diese argumentativ, indem er die Ästhetisch-Plastische Chirurgie als eine Art Vermeidungsstrategie darstellt. Denn Patient*innen der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie würden sie dazu verwenden, körperliche Attribute zu modifizieren (im Sinne einer Symptombehandlung). Da sie aber nicht die Kraft besäßen, sich mit sich selbst auseinanderzusetzen, bleibt die psychische Ursache, nämlich die defizitäre Wahrnehmung des eigenen Körpers, unbehandelt. Somit stellt auch die Ästhetisch-Plastische Chirurgie für ihn keine adäquate Lösung dar, was er nochmals abschließend darüber verdeutlicht, dass es keine »Langzeitstudien« ihrer Wirkung auf die psychische Konstitution gebe. Er zieht also die Effektivität der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie indirekt in Zweifel.

Die Verhandlung der Grenzen der Effektivität von Behandlungen im Rahmen der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie findet sich in ähnlicher Weise in allen Gruppendiskussionen wieder. Den Ausgangspunkt bildet dabei stets eine Ursachenanalyse, in welcher die Alltagsakteur*innen erörtern, wie es dazu kommt, dass Menschen überhaupt ein körperliches Attribut als Defizit empfinden und entsprechend einen Wunsch nach einer Körpermodifikation entwickeln. Daran anschließend nehmen die Alltagsakteur*innen in der Regel eine Bewertung der Effektivität ästhetisch-plastischer Eingriffe vor. Dieser typische Diskussionsverlauf innerhalb der Gruppendiskussionen soll im Folgenden an einem Ausschnitt aus der Gruppe Lila exemplifiziert werden:

Cm: Aber ich glaub dass das auch @(.).@ dass das auch viel (.) dass das auch viel mit Komplexen zusammenhängt hat (.) dass Leute was einen Makel haben oder von sich selber glauben dass sie einen kleinen Makel haben (.) die kriegen dann Minderwertigkeitskomplexe etcetera und später wird das noch schlimmer kriegen ne Depression oder was weiß ich und lassen dann deswegen diesen Eingriff da machen

Bf: Genau aber dann ist aber die Depression nicht geheilt; [...]

(GD Lila, Z. 209-214)

Der Diskutant Cm hält in diesem Ausschnitt zunächst fest, dass die Ästhetisch-Plastische Chirurgie »viel mit Komplexen« zusammenhänge. Einen Komplex zu haben, meint eine negativ geprägte Vorstellung von sich selbst zu haben, die sich auf einen spezifischen Aspekt bezieht. Die im Weiteren vorgenommene begriffliche Erweiterung zu »Minderwertigkeitskomplexe[n]« unterstreicht diese Lesart nochmals, steht Minderwertigkeit doch dafür, dass etwas vergleichsweise einen minderen, also geringeren Wert aufweist. Die Ästhetisch-Plastische Chirurgie habe demnach also mit einer negativen Sichtweise auf sich selbst zu tun. Was dies

genau meint, wird im Weiteren ausgeführt, wenn der Diskutant erklärt, dass sich die Komplexe aus »kleinen Makel[n]« ergeben würden, von denen Personen »glauben«, sie zu haben. Ein Makel wird gemeinhin als Fehler oder Mangel verstanden, der herabsetzend wirkt und Unvollkommenheit impliziert. Bezogen auf das, was durch ästhetisch-plastische Eingriffe verändert wird, also das äußere Erscheinungsbild, meint der Begriff Makel in diesem Kontext also ein als defizitär begriffenes körperliches Merkmal. Dieses Merkmal wird jedoch nach Cm nur aus der individuellen Sichtweise der betroffenen Personen als Makel empfunden, was an der Formulierung »von sich selber glauben« deutlich wird.

Patient*innen der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie bzw. Personen mit einem Wunsch nach einem ästhetisch-plastischen Eingriff haben also nach Ansicht von Cm eine defizitäre Sichtweise auf ihr äußeres Erscheinungsbild. Der Makel, wie auch die sich daraus ergebenden Komplexe betreffen vor allem die Psyche von Personen, denn es geht um Wahrnehmungen, Emotionen und Empfindungen, was allesamt Aspekte sind, die innerhalb der Gruppe auf einer psychischen Dimension verortet werden. Abermals wird also die Psyche zum Ausgangspunkt einer körperbezogenen Unzufriedenheit erklärt, aus der heraus überhaupt erst der Wunsch nach einer Veränderung des Körpers emergiere. Die Zentralität der Psyche in der Ursachenanalyse wird nochmals indirekt hervorgehoben, wenn konstatiert wird, dass es »später [...] noch schlimmer« werde und die Personen eine »Depression« bekommen würden. In diesem Beispiel beschreibt der Diskutant eine Steigerung der negativen Konsequenzen aus einer defizitären Selbstwahrnehmung: Aus einer psychischen Unzufriedenheit mit dem Körper könne auch eine psychische Erkrankung entstehen.

Anschließend erklärt der Diskutant resümierend, dass Personen »dann deswegen diesen Eingriff da machen« ließen, dass also das psychische Leiden den Anlass zur körperlichen Modifikation via Ästhetisch-Plastischer Chirurgie bilde. Dieser Annahme wird von der Diskutantin Bf geteilt (»Genau«) und um eine weitere Einschätzung ergänzt, die sinngemäß an die Ausführungen von Cm anknüpft: Mit der Behandlung durch ästhetisch-plastische Eingriffe sei »aber die Depression nicht geheilt«. Auch in diesem Beispiel wird also eine Grenze der Effektivität von ästhetisch-plastischen Behandlungen aufgezeigt, denn die eigentliche Ursache bleibe trotz ästhetisch-plastischer Eingriffe bestehen und lediglich physische Auswirkungen der eigentlichen psychischen Ursache würden durch sie bearbeitet. Insoweit illustriert auch dieser exemplarische Auszug aus der Diskussion der Gruppe Lila die eingangs dargestellte Orientierung der Alltagsakteur*innen zur Ästhetisch-Plastischen Chirurgie als Symptom- statt Ursachenbehandlung.

Dass Personen das psychische Leiden an einem physischen Merkmal zum Anlass nehmen, sich ästhetisch-plastisch operieren zu lassen, wird in den Gruppendiskussionen mit Alltagsakteur*innen zwar mitunter auch als akzeptabler Grund verhandelt, jedoch nur, wenn die Eingriffe einen zuvorderst rekonstruk-

tiven Charakter haben, es also nicht (allein) um ein ästhetisches Anliegen geht. Steht beim Wunsch nach einem plastischen Eingriff jedoch die Ästhetik im Vordergrund, wie es gruppenübergreifend angenommen wird, so thematisieren die Gruppen die Schwierigkeit der Bestimmung von psychischem Leiden, wie der folgende Auszug aus der Gruppe Grün exemplarisch aufzeigt. Im Vorlauf zu dem Auszug betont eine DiskutantIn, dass sie sich nicht aus ästhetischen Gründen operieren lassen wolle, woraufhin ihr eine andere DiskutantIn vorwirft, dass sie zuvor erzählt habe, sie wolle sich Krampfadern entfernen lassen, aufgrund von Schmerzen, aber auch, weil es sie ästhetisch störe. Die erste DiskutantIn argumentiert daraufhin, dass ihr die Krampfadern wirklich Schmerzen bereiten würden, woran sich folgende Diskussion schließt:

Dm: Schmerzen sind medizinisch

Cm: Psychisch ist doch auch medizinisch

Ef: Ja: und ich find ich f-

Dm: Ja jein

Cm: Ja is so

Bm: Ja aber is dann aber wirklich sehr dehnbar also wenn du wenn du; Beispiel eine von den Reichen und Schönen in an der Côte d'Azur sagt zu meiner äh Segelregatta passt mein Gesicht jetzt langsam nicht mehr ja, und da leide ich psychisch drunter; das ist für mich nicht einsehbar

(GD Grün, Z. 645-653)

Der Diskutant Dm konstatiert zunächst, dass Schmerzen »medizinisch« seien. Da der Begriff »medizinisch« in den Gruppendiskussionen oftmals als Kurzform für »medizinische Notwendigkeit« verwendet wird und für Alltagsakteur*innen wiederum eine legitime Indikation für ärztliche Behandlungen darstellt (vgl. Kap. 4.1), lässt sich schlussfolgern, dass er Schmerzen als einen nachvollziehbaren Grund für einen operativen/plastischen Eingriff hält. Was genau er jedoch mit Schmerzen meint, wird aus seiner Aussage allein noch nicht ersichtlich, sondern erst, wenn der nachfolgende Beitrag des Diskutanten Cm hinzugezogen wird. Dieser formuliert eine Anti-These zur Aussage seines Vorredners, indem er einwirft, dass »psychisch« doch auch medizinisch sei. Indem Cm »psychisch« als etwas anführt, das ebenso wie Schmerzen zum Medizinischen gehöre, wird im Umkehrschluss die Annahme deutlich, dass mit dem vorherigen Merkmal »Schmerzen« ausschließlich somatische Aspekte gemeint waren. Darüber hinaus zeichnet sich durch diese Aussage gleichfalls ab, dass die Psyche bzw. psychisches Leiden keine selbstverständliche Indikation zu sein scheint, da sonst keine Notwendigkeit bestehen würde, dies explizit als Begründung hervorzuheben.

Der Anti-These folgen divergente Positionierungen zur aufgeworfenen These (»ja«, »jein«), die bereits andeuten, dass es einer gesonderten Erörterung bedarf,

ob psychisches Leiden ebenso wie physisches Leiden als medizinische Notwendigkeit gewertet werden kann. Der Diskutant Bm führt diesbezüglich an, dass der Begriff »psychisch« »sehr dehnbar« sei, womit impliziert wird, dass der Begriff nicht eindeutig bestimmbar oder aber mehrdeutig sei. Er gibt im Weiteren diesbezüglich ein Beispiel und spricht konkret von den »Reichen und Schönen«, womit er sich auf eine spezifische Personengruppe bezieht, die aufgrund zweier Merkmale (reich und schön) als privilegiert gedeutet werden kann. Die Diskutant*innen gehören nicht zu dieser Personengruppe, was an der Formulierung die »Reichen und Schönen« deutlich wird, da diese üblicherweise nicht zur Selbstzuschreibung genutzt wird. Die Personengruppe wird anschließend noch buchstäblich verortet, nämlich an der »Côte d'Azur«, einer Region an der französischen Mittelmeerküste, die mit Luxus und Exklusivität assoziiert wird.

Wie eine Person dieser privilegierten Gruppe einen ästhetisch-plastischen Eingriff psychisch begründen könnte, führt der Diskutant imaginierend aus: Wenn das »Gesicht« als nicht mehr passend zur eigenen »Segelregatta« wahrgenommen werde. Eine Regatta meint eigentlich ein Wettrennen von Segelbooten, vermutlich zielt der Diskutant auf den Besitz von einem Segelboot, was wiederum als ein Zeichen für Wohlstand gedeutet werden kann, da Segeln als Sportart mit einem privilegierten Status assoziiert wird und aufgrund der dafür anfallenden Kosten in der Regel einen gewissen Wohlstand voraussetzt. Im Beispiel wird auch eine körperbezogene Unzufriedenheit (Gesicht passt nicht) thematisiert, die zu psychischem Leiden führe, ähnlich zu den bisher dargestellten Beispielen. Die Begründung wird von ihm jedoch de-legitimiert, insoweit er diese nicht nachvollziehen kann (»nicht einsehbar«).

Die Ablehnung kann gemäß der vorangegangenen Beschreibung der Personengruppe entweder daraus resultieren, dass die Empfindung von Leiden aufgrund des Beispiels als *übertrieben* empfunden wird, in dem Sinne, dass das Aussehen zu einem Aspekt wird, der den übrigen Lifestyle-Aspekten (Segelboot, Côte d'Azur) angepasst wird. Oder aber die Ablehnung ergibt sich daraus, dass es als *unangemessen* gesehen wird, bei einer privilegierten Stellung, wie die der beschriebenen Personengruppe, irgendeine Form psychischen Leidens zu empfinden. Der Grund seiner Ablehnung von psychischen Aspekten als Begründung für einen Eingriff kann unter Rückbezug seiner vorherigen Aussage abgeleitet werden: Die »dehbare« Interpretation dessen, was als psychisches Leiden gilt, wird in diesem Beispiel aus der Sicht von Bm »überdehnt«.

Nachdem eingangs rekonstruiert wurde, dass der Anlass bzw. Wunsch nach einem ästhetisch-plastischen Eingriff gruppenübergreifend auf einer psychischen und nicht auf einer somatischen Ebene verortet wird, konnte anhand des vorangegangenen exemplarischen Ausschnitts ergänzend aufgezeigt werden, dass der Begründung von dezidiert *ästhetisch*-plastischen Eingriffen allein über den Aspekt des psychischen Leidens mindestens mit Skepsis begegnet wird. Entsprechend der

dargestellten Orientierungen und skeptischen Haltungen kommt es in den Gruppendiskussionen dann auch vereinzelt zu Aussagen, wie der einer DiskutantIn, die Patient*innen der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie »empfehlen [würde] dass die ne Therapie machen dass die mal (.) ein gesundes Körpergefühl« entwickelten (GD Grün, Z. 131of.). Die Aufforderung dazu, eine Therapie zu machen, die sich auf die Behandlung der Psyche bezieht (»Körpergefühl«), bedeutet im Umkehrschluss, dass den Chirurg*innen teilweise die medizinische Zuständigkeit für die Behandlung der Patient*innen aberkannt wird, da die Ästhetisch-Plastische Chirurgie keinen adäquaten Lösungsansatz für das von den Alltagsakteur*innen angenommene Problem darstelle.

Neben einer *Aberkennung* der Zuständigkeit zur medizinischen Behandlung werden darüber hinaus auch Forderungen nach einer *Kontrolle* der Behandlungen der ästhetisch-plastischen Chirurg*innen formuliert, wie etwa von einer DiskutantIn aus Gruppe Orange, die dafür plädiert, dass es »vor so einer Schönheitsoperation finde ich wie bei einer Geschlechtsumwandlung psychische Fragen geben muss und der psychisch beurteilt werden muss« (GD Orange, Z. 1139ff.). In diesem Falle wird den Chirurg*innen die Behandlungszuständigkeit zwar nicht grundlegend aberkannt, allerdings wird es als notwendig erachtet, dass andere Fachärzt*innen, deren Schwerpunkt auf der Behandlung der Psyche liegt (also allen voran Psychotherapeut*innen), die Behandlung von ästhetisch-plastischen Chirurg*innen kontrollieren sollten. Diese Kontrolle solle darüber erfolgen, dass durch sie generell zu überprüfen sei, ob ästhetisch-plastische Chirurg*innen bei den zu behandelnden Fällen tatsächlich zuständig seien. In der Konsequenz lässt sich die von den Alltagsakteur*innen geäußerte Skepsis gegenüber bzw. die Aberkennung der Deutungshoheit und Behandlungszuständigkeit von ästhetisch-plastischen Chirurg*innen als Muster von De-Legitimierungen interpretieren.

Typisierung des Alltagswissens zu Grenzverhandlungen von Effekten ästhetisch-plastischer Behandlungen

Alle in diesem Kapitel dargestellten Diskussionen und Äußerungen der Alltagsakteur*innen werden durch die Ergründung der Frage nach den Grenzen der Behandlung durch ästhetisch-plastische Eingriffe getragen. Den Blick richten die Interviewten vor allem auf diejenigen, die die Ästhetisch-Plastische Chirurgie (potenziell) nutzen, d.h. auf (mögliche) Patient*innen. Die Alltagsakteur*innen betonen in ihren Verhandlungen vor allem den Aspekt der Effektivität ästhetisch-plastischer Behandlungen, womit zwar ebenso Fragen der Wirkungsweise angesprochen sind, aber in einer anderen Weise, als es in Kapitel 5.1 der Fall war. Denn die alltagsweltlichen Verhandlungen entfernen sich in den dargestellten Passagen und Ausschnitten von einer gesamtgesellschaftlichen Perspektive hin zu einer Betrachtung der Effekte (und Effektivität) der Behandlung auf einer dezidiert indivi-

duellen Ebene. Die rekonstruierten Orientierungen der Alltagsakteur*innen werden nun im Anschluss im Rahmen einer sinngenetischen Typenbildung zu einer am Erkenntnisinteresse orientierten Basistypik abstrahiert (vgl. zur Typenbildung Kap. 3.2).

Wenn Alltagsakteur*innen über Patient*innen der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie sprechen, so tun sie dies in vielen Fällen in einer sich dazu distanzierenden, herabsetzenden, ergo in einer stigmatisierenden Art und Weise. Den Ausgangspunkt dafür bilden stets die äußeren Erscheinungsbilder der Patient*innen der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie, also die wahrnehmbaren, visuellen Effekte von durchgeführten ästhetisch-plastischen Eingriffen. Da die operierten Patient*innen-Körper übergreifend mit monströsen, entmenschlichenden Bezeichnungen beschrieben werden, könnte man schlussfolgern, dass die Stigmatisierungen der Alltagsakteur*innen einem spezifischen Typus von Stigma zugeordnet werden können, den Goffman als »Abscheulichkeiten des Körpers« benennt und unter dem er »verschieden[e] physisch[e] Deformationen« subsummiert (vgl. Goffman 1979: 12). Doch stehen hinter diesen Stigma-Termini spezifische Alltagstheorien, die Aufschluss darüber geben, worin die Ursache des Stigmas aus Sicht der Stigma-Zuschreibenden besteht und wie die angenommene Minderwertigkeit diskreditierter Personen begründet wird (vgl. Goffman 1979: 13f.; Engelhardt 2010: 130).

In der Ergründung dieser Alltagstheorien steckt das Potenzial, ein differenzierteres Verständnis davon zu erhalten, wie und was Alltagsakteur*innen in Bezug auf (potenzielle) Patient*innen der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie stigmatisieren. Die alltagsweltlichen Stigma-Theorien treten vor allem in der Verhandlung der Gründe zutage, warum Personen sich für eine Körpermodifikation entscheiden würden. Wie die Analysen diesbezüglich zeigen, ergebe sich der Wunsch nach einer Veränderung des Körpers aus Sichtweise der Alltagsakteur*innen vor allem aus einem subjektiven Defizit-Empfinden des eigenen Körpers. Die Ästhetisch-Plastische Chirurgie stelle, dieser Annahme entsprechend, aber lediglich eine Vermeidungsstrategie dar, da durch sie zwar die störenden körperlichen Attribute bearbeitet, das eigentliche Problem, nämlich die defizitäre Wahrnehmung des eigenen Körpers, dadurch jedoch nicht gelöst werde, sondern weiterhin fortbestehen würde. An diesem Punkt zeigt sich sehr deutlich eine Grenzkonstruktion der Alltagsakteur*innen in Bezug auf die Behandlung durch Ästhetisch-Plastische Chirurgie, denn durch sie werde zwar etwas behandelt, aber nicht das, was von den Alltagsakteur*innen als notwendig erachtet wird.

Da die Psyche als eigentlichem Ursprung für einen Wunsch nach ästhetisch-plastischen Eingriffen durch eben solche nicht behandelt werde, wird die Effektivität der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie in allen Gruppendiskussionen übereinstimmend mindestens infrage gestellt, mitunter auch negiert. Da die von einer Diskutant*in der Gruppe Gelb aufgeworfene Orientierung diesen Umstand begriff-

lich bereits sehr treffend gefasst hat, wird zur Benennung der Basistypik auf ihre Formulierung zurückgegriffen: Die rekonstruierten Orientierungen der Alltagsakteur*innen werden als Typik zusammengefasst, die in direkter Zitation der Diskurantin zunächst als *›Ästhetisch-Plastische Chirurgie als Symptom- statt Ursachenbehandlung‹* betitelt wird.

Unter Hinzuziehung der Stigma-Theorien der Alltagsakteur*innen wird nun deutlich, dass das eigentliche, genuine Stigma nicht in körperlichen Deformationen verortet wird, die sich aus ästhetisch-plastischen Eingriffen ergeben. Das Stigma besteht für die Alltagsakteur*innen vielmehr darin, dass die (potenziellen) Patient*innen ihren Körper als defizitär wahrnehmen, wodurch überhaupt erst der Wunsch nach einer Modifikation desselben erwache. Damit einher geht nach den Alltagsakteur*innen die Unfähigkeit der Patient*innen, den eigenen Körper positiv zu deuten. Um diesen Umstand theoretisch zu fassen, können erneut Goffmans Überlegungen zu Stigmata herangezogen werden, denn nach ihm bilden körperliche Abweichungen von Idealzuständen nur einen Stigma-Typus. Einen weiteren bezeichnet er als »individuelle Charakterfehler«, die u.a. als »Willensschwäche« wahrgenommen werden würden (vgl. Goffman 1979: 12f.).³

Da die Alltagsakteur*innen die Psychotherapie als den richtigen Weg der Behandlung verstehen, der allerdings weit zeit- und kraftaufwändiger sei als ein ästhetisch-plastischer Eingriff, bzw. sie den Menschen mit dem Wunsch nach einer ästhetischen Modifikation des Körpers mitunter unterstellen, dass diese nicht die Stärke besäßen, ihre Psyche statt des Körpers zu behandeln, kann geschlussfolgert werden, dass die Alltagsakteur*innen (potenziellen) Patient*innen das Stigma des zweiten Typus des »individuelle[n] Charakterfehler[s]« im Sinne eines »fehlerhaften« Selbst-Verhältnisses zuschreiben. Denn das, was sie an (potenziellen) Patient*innen der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie stigmatisierend problematisieren, ist eine psychosoziale Eigenschaft dieser, die sich im Fall einer Entscheidung für eine ästhetische Operation ferner zu einer Stigmatisierung des ersten Typus, also der körperlichen Abweichung, erweitern kann. Um zu erfassen, dass Personen mit einem Wunsch nach einer ästhetisch-plastischen Modifikation durch die Alltagsakteur*innen stigmatisiert werden (unabhängig davon, ob sie diesen Wunsch umsetzen oder nicht), wird die erstellte Typik des Alltagswissens nochmals begrifflich erweitert zu *›Ästhetisch-Plastische Chirurgie als stigmatisierende Symptom- statt Ursachenbehandlung‹*.

3 Neben diesen beiden Typen von Stigmata führt Goffman noch einen dritten Stigma-Typus an, unter den er phylogenetische Merkmale wie Ethnizität, Nationalität oder Religion fasst (vgl. Goffman 1979: 13).

6.2. Ästhetisch-Plastische Chirurgie als eine spezifische Körperarbeit der Ent-Stigmatisierung

Ähnlich wie die Alltagsakteur*innen erörtern die Chirurg*innen, neben Fragen zur definitorischen Bestimmung und zur gesellschaftlichen Wirkungsweise der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie, ebenfalls das Thema der Effekte und Effektivität der von ihnen durchgeführten Behandlungen. Im Zuge dieser Erörterung lenken die Chirurg*innen, wie schon die Alltagsakteur*innen, den Blick auf diejenigen, die sich behandeln lassen: ihre Patient*innen. Welche Grenzziehungen die Chirurg*innen hinsichtlich der Effektivität ihrer Behandlungsverfahren sowie in Bezug auf die Annahme oder Ablehnung von Behandlungen vornehmen, wird Gegenstand des folgenden Kapitels sein. Einen ersten Einblick in die Verhandlung soll im Folgenden ein Auszug aus dem Interview mit Dr. Merkur geben:

Y1: Und wie schaut zum Beispiel so eine Beratungssituation aus wenn wenn Leute zu Ihnen kommen (.) gibt es da auch so einen typischen Ablauf (.) oder was sind Gründe warum Leute kommen (.) Gründe warum Sie sie dann aufnehmen ihnen ihnen helfen und sie operieren

M.: [...] in der Regel (.) sind das Gründe die (2) die Patienten schon länger beschäftigen und vom Ablauf ist es so (.) der größte Schritt glaube ich für die Patienten ist (.) erst einmal hier anzurufen (2) ähm denn ab dann letztendlich ähm (.) spricht man ja das Thema dann auch verbal aus vorher haben sie es vielleicht für sich behalten und (.) ähm mussten es dann so ein bisschen so ausmachen mit sich selbst von wegen mit wem spreche ich spreche ich es überhaupt an ähm (.) kriege ich vielleicht mit den Gesprächspartnern ähm kriege ich ein gutes Feedback oder ähm (.) werde ich dann irgendwie (.) eher belächelt (.) ne was das angeht (.) gibt es ja so es gibt ja auch intolerante (.) ähm Reaktionen ja und dann rufen die Patienten halt an wie gesagt das ist so finde ich so immer das: Wesentliche ab dann (.) stehen die ja letztendlich zu dem kleinen Makel den die haben (.) machen dann ähm letztendlich einen Termin aus [...]«

(Merkur, Z. 122-156)

Die Interviewerin fragt nach dem »typischen Ablauf« einer »Beratungssituation« und bekundet damit Interesse an den alltäglichen, charakteristischen Mustern und Strukturen des Berufslebens von Dr. Merkur. Im Folgenden schwenkt sie bei der Themensetzung der Frage um bzw. konkretisiert diese in zweierlei Hinsicht: Zum einen wird danach gefragt, warum Personen ihn aufsuchen würden, also nach den Anlässen von Patient*innen. Zum anderen wird sich danach erkundigt, warum sich Dr. Merkur bei Patient*innen dazu entscheidet, ihnen zu helfen und sie zu operieren, was also seine individuellen (beruflichen) Motive sind. Mit dem Begriff

»helfen« impliziert die Interviewerin, dass die Gründe von Patient*innen mit einer problematischen Situation bzw. einer Notlage zusammenhängen, zu deren Bewältigung sie allein nicht im Stande sind.

Dr. Merkur erklärt in seiner Antwort zunächst, dass die »Gründe« von Patient*innen diese »in der Regel« schon »länger beschäftigen« würden. Mit der Formulierung »in der Regel« und der Thematisierung von »Gründen« werden die folgenden Ausführungen als eine Darstellung von Regelmäßigkeiten gerahmt und Dr. Merkur nimmt die Bitte um die Darstellung typischer Beweggründe von Patient*innen durch die Interviewerin auf. Dass die Gründe der Patient*innen diese schon »länger beschäftigen«, impliziert, dass diese nicht kurzfristig entstehen, sondern die Patient*innen vor der Kontaktierung bereits ein längeren »Leidensweg« durchlebt haben. Damit deutet Dr. Merkur auch an, dass sich Patient*innen nicht spontan oder übereilt für einen Eingriff entscheiden, sondern sie sich über einen längeren Zeitraum mit den Anlässen beschäftigt haben oder über längere Zeit mit diesen konfrontiert waren.

Im weiteren Verlauf geht Dr. Merkur dem ersten Teil der Interviewfrage nach, indem er mit der Thematisierung des Erstkontakts mit Patient*innen einen »typischen Ablauf« aufzeigt, also alltägliche, charakteristische Muster und Strukturen seines Berufslebens. Der »größte Schritt« für die Patient*innen sei es, bei ihm anzurufen. Das Anrufen, also die erstmalige Kontaktaufnahme zu ihm, sei nicht nur der erste Schritt, sondern auch der schwierigste, insoweit die Formulierung »einen großen Schritt machen« auf gewisse Anstrengungen und/oder Überwindung hinweist, die absolviert werden müssen. Mit diesem Schritt (»ab dann«) würden die Patient*innen »das Thema« dann auch »verbal« aussprechen, was indirekt anzeigt, dass das Anliegen für eine Körpermodifikation bis dato von den Patient*innen nicht ausgesprochen, also verschwiegen wurde. Wenn etwas verschwiegen wird, kann dies u.a. ein Hinweis darauf sein, dass jemandem etwas peinlich oder unangenehm ist und die Person im Sinne Goffmans ein Gefühl des Stigmatisiert-Seins empfindet (vgl. Goffman 1979: 67f.).

Den konkreten Grund für das Verschweigen führt Dr. Merkur direkt im Anschluss an, wenn er berichtet, was Patient*innen erleben würden, bis sie ihn erstmals kontaktierten. Bis dahin würden sie die Gründe »für sich behalten« oder »mit sich ausmachen«. Diese Formulierungen implizieren eine gewisse Form der Geheimhaltung und deuten auf emotionale Aushandlungs- oder Bearbeitungsprozesse hin, die verborgen vor anderen vollzogen werden. Erneut kann dies ein Anzeichen dafür sein, dass die Patient*innen ein körperbezogenes Gefühl des Stigmatisiert-Seins empfinden. Dr. Merkur wechselt dann in die imaginierte Sprecherrolle einer*ines Patient*in und illustriert darüber das Erleben möglicher Reaktionen des sozialen Umfelds auf das Anliegen der Patient*innen. Die Reaktionen reichten von »gutem Feedback« bis hin zu »intoleranten Reaktionen«, was zum einen ein breites Spektrum möglicher Rückmeldungen aufzeigt und zum an-

deren verdeutlicht, dass Rückmeldungen sowohl positiv wie auch negativ ausfallen können. Die negativen Reaktionen werden jedoch ausführlicher beschrieben. Der Begriff »intolerant« verweist auf darauf, dass Akzeptanz abgesprochen wird, die Formulierung »belächelt« zu werden, meint in der Regel, dass man nicht ernstgenommen wird. Beide Exemplifizierungen von negativen Reaktionen des sozialen Umfelds deuten also auf Ausgrenzungs- und Herabsetzungserfahrungen der Patient*innen hin.

Fasst man nun die Schilderungen Dr. Merkurs zum typischen Weg von Patient*innen bis zum Erstkontakts zusammen, so lässt sich schlussfolgern, dass er eine exemplarische Deskription von individuellen Stigma-Empfindungen der Patient*innen und durch andere Personen bedingte Stigma-Erfahrung von Patient*innen gibt. Denn die jeweiligen Schilderungen weisen darauf hin, dass die Patient*innen von Dr. Merkur – ob selbst empfunden oder durch andere wahrgenommen – in einer unerwünschten Weise von antizipierten Erwartungen abweichen und daraufhin mitunter mit Scham reagieren. Zusammengenommen schildert Dr. Merkur also exakt die Kerncharakteristika eines Stigmas, wie sie Goffman beschreibt (vgl. Goffman 1979: 13, 16).

Zum Ende hin konkretisiert Dr. Merkur schließlich noch die Beweggründe der Patient*innen: Der Anlass, warum ihn Personen kontaktieren und warum sie, mit Goffman gesprochen, zu potenziell »Diskreditierbaren« bzw. tatsächlich »Diskreditierten« werden (vgl. Goffman 1979: 56f.), seien kleine »Makel«. Ein Makel wird in der Regel als etwas Fehler- oder Mangelhaftes verstanden, der in der sprachlichen Verwendung Herabsetzung bewirkt und/oder Unvollkommenheit suggeriert. Der Begriff wird oftmals auch im Zusammenhang mit Körpern verwendet und in diesem Kontext synonym zu »Schönheitsfehler« verwendet. Im Vergleich zu anderen Begriffen wie »Verletzung« oder »Verunstaltung« erscheint der Begriff des »Makels« in Bezug auf die Physis weniger gefährdend, weniger wesentlich. Die Effekte, die Dr. Merkur dem Makel zuschreibt, sind dagegen vor allem psychischer Natur: Die Gefahr, die von ihm ausgeht, besteht in der Erfahrung eines Stigmas. Dr. Merkur ist nun derjenige, der diese Gefahr abwenden kann. In diesem Sinne wird Dr. Merkur, in Goffmans Worten, zum »Weisen«, worunter Goffman Personen fasst

»die normal sind, aber deren besondere Situation sie intim vertraut und mitfühlend mit dem geheimen Leben der Stigmatisierten gemacht hat [...]. Weise Personen sind die Grenzpersonen, vor denen das Individuum mit einem Fehler weder Scham zu fühlen noch Selbstkontrolle zu üben braucht, weil es weiß, daß es trotz seines Mangels als ein gewöhnlicher anderer gesehen wird.« (Goffman 1979: 40)

Ästhetisch-plastische Chirurg*innen, wie Dr. Merkur, sind also diejenigen »Weisen«, die von (potenziell) Stigmatisierten aufgesucht werden und vor denen sie keine Diskreditierung zu fürchten brauchen. Vor ästhetisch-plastischen Chirurg*in-

nen können (potenziell) Stigmatisierte über ihr Anliegen sprechen, wie auch Dr. Merkur betont, und sie können sich zeigen, ohne dabei Scham zu empfinden. Denn die Chirurg*innen sind ebenjene, die stigmatisierte/stigmatisierbare körperliche Merkmale im Rahmen ihrer beruflichen Tätigkeit behandeln. Doch nicht nur Dr. Merkur, sondern auch die anderen interviewten Chirurg*innen berichten von Stigma-Erfahrungen und -Empfindungen ihrer Patient*innen. So auch Dr.ⁱⁿ Saturn, die im Vorlauf zum folgenden Ausschnitt durch die Interviewerin gefragt wurde, wie sie dazu kam, einen Schwerpunkt ihrer Arbeit auf die Intimchirurgie zu legen. Im Zuge der Beantwortung dieser Frage nach ihrer Motivation erklärt sie unter anderem zu Patient*innen der Intimchirurgie:

S.: [...] die haben ja auch einen wirklichen Leidensdruck (.) wenn die Schamlippen zum Beispiel vergrößert sind dass sie Schmerzen haben bei Geschlechtsverkehr oder sportliche Aktivitäten nicht durchführen können oder (.) ich hatte auch schon ähm sage ich mal (.) junge Erwachsene die Hemmungen hatten Sportunterricht in der Schule zu machen weil (.) die Schamlippe unten ähm so ein bisschen rausguckte weil die einfach überproportional groß war und dann gehänselt wird das ist ja ein ganzer Teufelskreis wo man auch (handeln) und den muss man ja irgendwie helfen [...]

(Saturn, Z. 200-207)

Aufgrund des körperlichen Merkmals von überproportional großen, für andere wahrnehmbaren Schamlippen würden Patient*innen »Leidensdruck« empfinden. Ähnlich wie der Begriff des »Makels« impliziert auch derjenige des »Leidensdrucks« eine stärker psychische Ausrichtung. Denn Leidensdruck meint eine starke mentale Belastung, andernfalls wäre beispielsweise von »Schmerzen« als Begriff für somatische Beschwerden die Rede. Dr.ⁱⁿ Saturn führt zwar auch somatische Beschwerden an, die wegen zu großer Schamlippen auftreten könnten (wie Schmerzen beim Geschlechtsverkehr oder bei Sportaktivitäten), aber daneben könne es ihrer Ansicht nach eben auch dazu kommen, dass Patient*innen auf andere Weise »Hemmungen«, also gewisse Formen von Unsicherheit empfinden würden, was wiederum erneut eine eher psychische Dimension tangiert.

Als ein Beispiel für solche Hemmungen führt Dr.ⁱⁿ Saturn Patientinnen und deren Erfahrungen im Schulsportunterricht an. Sie kenne Patientinnen, die in diesem spezifischen Rahmen wegen ihrer zu großen und dadurch sichtbaren Schamlippen »gehänselt« worden seien. Hänseln ist eine Form des Mobbing, die darauf abzielt, jemanden zu diskreditieren und in diesem Sinne zu stigmatisieren. Auch in diesem Auszug wird also eine von Patient*innen erlebte Stigma-Erfahrung beschrieben, die daher rührt, dass eine Person aufgrund eines körperlichen Merkmals, das nicht den gängigen Idealen entspricht, Diskreditierungen aus ihrem sozialen Umfeld erfährt. Dass das körperliche Attribut nicht gängigen Idealvor-

stellungen entspricht, stellt Dr.ⁱⁿ Saturn selbst fest, wenn sie die Schamlippen als »überproportional« bezeichnet und somit als etwas deutet, das von einem irgendwie gearteten Normalzustand abweicht.

Im Anschluss daran nimmt Dr.ⁱⁿ Saturn eine Bewertung zu den Stigma-Erfahrungen der Patient*innen vor, indem sie dies einen »Teufelskreis« bezeichnet. Mit dem Begriff »Teufelskreis« wird eine Situation bezeichnet, die durch eine nicht endende Reihe aneinander anschließender oder aufeinander aufbauender negativer Ereignisse gekennzeichnet ist. Dass sie dies in Beziehung zu ihren Patient*innen setzt, meint entsprechend, dass ihre Patient*innen in einer aussichtslosen Lage gefangen seien. Im Rahmen einer dann folgenden Argumentation macht sie schließlich deutlich, dass man angesichts einer solchen aussichtslosen Lage zum Handeln aufgefordert sei (»muss man [...] helfen«). Mit der Betonung der Notwendigkeit zu helfen, wird Dr.ⁱⁿ Saturn schließlich gleichfalls zur »Weisen«. Denn sie fühlt die Verpflichtung (und verfügt über die Mittel) die Patient*innen im Rahmen ihrer beruflichen Möglichkeiten aus dem benannten Teufelskreis zu befreien, womit sie auch letztlich die Notwendigkeit ihres beruflichen Handelns plausibilisiert.

Insgesamt lässt sich unter Rückbezug auf die bisherigen Analysen der Expert*inneninterviews schlussfolgern, dass für die Chirurg*innen ein Stigma vor allem in einem körperlichen Merkmal von Patient*innen besteht, an dem diese in der Selbstwahrnehmung oder durch diskreditierende Zuschreibungen durch andere psychisch leiden. Aufgrund der Körperbezogenheit kann man diese Art von Stigma, die die Chirurg*innen für die Patient*innen beschreiben, in Goffman's Typisierung dem ersten Typus zuordnen, unter den Goffman »verschieden[e] physisch[e] Deformationen« zusammenfasst (vgl. Goffman 1979: 12). Die Chirurg*innen nehmen, wie nun im Folgenden aufgezeigt wird, ausgehend von den beschriebenen Stigma-Erfahrungen und -Empfindungen ihrer Patient*innen, eine strikte Trennung zwischen psychischem *Leiden* auf der einen und psychischer *Erkrankung* auf der anderen Seite vor. Die die Chirurg*innen in diesem Kontext umtreibende Frage ist dabei stets, wie das Leiden von Patient*innen eingeschätzt werden kann: Bis wohin ist es verständlich, ab wann ist es nicht mehr nachvollziehbar?

Ein wesentliches Kriterium bei der Beantwortung dieser Fragen bildet in allen Expert*inneninterviews die körperdysmorphe Störung, eine psychopathologische Erkrankung, bei der Betroffene den eigenen Körpers als hässlich und/oder entstellt wahrnehmen (vgl. u.a. Cuzzolaro/Nizzoli 2018, Gruber et al. 2018). Charakteristisch für diese Erkrankung ist »eine übermäßige Beschäftigung mit einem Makel, der entweder objektiv nicht als solcher erkennbar oder so geringfügig ausgeprägt ist, dass die Beschäftigung damit deutlich übertrieben ist« (Lahousen et al. 2017: 973). Wie Chirurg*innen nun zwischen psychischem Leiden und psychischer Erkrankung unterscheiden, illustriert ein Auszug aus dem Interview mit Dr.

Neptun. Auf die Frage, mit welchen Wünschen und Vorstellungen Patient*innen ihn aufsuchen würden und wie sich der Ablauf bis zu einer Operation gestaltet, antwortet er unter anderem:

N.: [...] das heißt der Patient muss wirklich einen (.) Mangel mitbringen unter dem er leidet (.) den ich nachvollziehen kann da sind wir bei der Dymorphophobie als Krankheit ne (.) ich muss es nachvollziehen können (.) der die der die das Leiden und die subjektive Beeinträchtigung des Patienten (.) muss (.) zu der Schwere der Veränderung passen (.) kann also nicht sein das eine kleine Blinddarmnarbe von zwei Zentimetern im Unterbauch (.) dann irgendwie Selbstmordgedanken hervorruft ne das ist eine Ratio das das passt nicht zusammen (.) da stimmt dann was nicht [...]

(Neptun, Z. 427-433)

Eine Behandlung knüpft Dr. Neptun an zwei Bedingungen (»muss«): Der Mangel, wegen dem der*die Patient*in ihn aufsuche, müsse zum einen so schwerwiegend sein, dass er*sie darunter »leide«, d.h. es muss ein Mangel vorliegen, der zu einer wesentlichen Beeinträchtigung der*des Patient*in führe. An diese Voraussetzung für eine Behandlung knüpft er dann noch eine weitere Bedingung: Der Mangel müsse für ihn »nachvollziehbar« sein, was bedeutet, dass es nicht nur darum gehe, dass ein*e Patient*in an einem Mangel leidet, sondern dass sich auch der Chirurg vorstellen kann, dass man wegen dieses Mangels so leidet, wie es der*die Patient*in es tut. Er eröffnet im Anschluss (»da sind wir«) einen spezifischen Aspekt, nämlich »Dymorphophobie als Krankheit«. Körperdymorphe Störungen spielen somit im Kontext der Beurteilung vom Leiden seiner Patient*innen und der Entscheidung für oder gegen eine Behandlung eine bedeutende Rolle.

Im Weiteren führt Dr. Neptun aus, was für ihn Nachvollziehbarkeit bedeutet, wenn er erklärt, dass das Leiden der Patient*innen zur »Schwere der Veränderung passen« müsse. Der Begriff »Veränderung« ist in diesem Kontext recht deutungs-offen, da es die Veränderung meinen kann, die sich im Zuge der Entstehung eines Mangels vollzieht, ebenso kann damit aber auch die Veränderung durch eine ästhetische Behandlung durch ihn selbst gemeint sein. Unabhängig davon macht der Terminus »passen« jedoch deutlich, dass es ihm beim Aspekt der Nachvollziehbarkeit vor allem um eine Angemessenheit (des Grades des Leidens bzw. eben der gewünschten Modifikation) geht. Im weiteren Verlauf exemplifiziert er, was er nicht unter Angemessenheit versteht, nämlich, wenn ein*e Patient*in aufgrund einer Blinddarmnarbe Suizidgedanken entwickeln würde. An diesem Beispiel wird zum einen nochmals deutlich, dass er mit dem Leiden von Patient*innen vor allem psychische und weniger somatische Beeinträchtigungen verbindet. Zum anderen suggeriert er mit diesem Beispiel eine Übertreibung hinsichtlich der Relation von

Körperwahrnehmung und Leidensempfinden, was u.a. als typisches Charakteristikum für eine Körperdysmorphie Störung gilt.

In Bezug auf dieses Beispiel nimmt er abschließend eine Bewertung vor, indem er konstatiert, dass Anlass und Wirkung (also Blinddarmnarbe und Suizidgedanken) im Kontext der Angemessenheit nicht zusammenpassen und leitet daraus ab, dass etwas nicht »stimmt«. Somit illustriert er über das Beispiel einen (möglichen) Fall, den er als eine derartige Abweichung von seiner Vorstellung von Angemessenheit sieht, dass er diesem als Chirurg mindestens skeptisch begegnet. Dass die Blinddarmnarbe und Suizidgedanken nicht zusammengehören, ergebe sich nach Dr. Neptun aus der »Ratio«, einem Begriff, der synonym sowohl als »Vernunft« wie außerdem, in einem mathematischen Sinne, als Verhältnismäßigkeit gemeint sein kann. Entweder meint Dr. Neptun also, dass es der Vernunft nach nicht nachvollziehbar ist, bei einer Narbe Suizidgedanken zu entwickeln, oder aber er will verdeutlichen, dass es keine angemessene Verhältnismäßigkeit darstelle, eine Narbe als Anlass für Selbstmordgedanken zu nehmen. Die Unterscheidung von psychischem Leiden und psychischer Erkrankung schlägt sich dann auch in der fachlichen Entscheidung der Chirurg*innen nieder, ob ein*e Patient*in von ihnen behandelt wird oder nicht. Dies zeigt sich beispielhaft in einer Antwort von Dr.ⁱⁿ Saturn auf die Interviewfrage, ob es auch Fälle gebe, deren Behandlung sie ablehne:

S.: Ja (.) jaja °auf jeden Fall° (3) man muss ja auch einfach äh überlegen es gibt auch Patienten die haben dysmorphophobische Erkrankungen die: wo man ganz klar sagt die sind mit ihrem Körper unzufrieden denen würde man mit einer Behandlung ja gar nichts Gutes tun weil man das Zie:l (.) oder die Ursache der äh der Erkrankung damit eigentlich nicht behebt [...]

(Saturn, Z. 128-132)

Dr.ⁱⁿ Saturn bejaht ausdrücklich, dass sie definitiv Grenzziehungen in Bezug auf die Behandlung von Patient*innen vornehme, die sich ebenfalls an Annahmen über Angemessenheit orientieren. Als einen möglichen Grund der Ablehnung führt sie explizit dysmorphophobische Erkrankungen an und begründet dies darüber, dass in diesem Falle »klar« sei, dass betroffenen Personen eine ästhetisch-plastische Behandlung nicht helfen würde, da die »Ursache« dadurch nicht behoben werden würde. Ähnlich zu den Alltagsakteur*innen verortet sie – jedoch ausschließlich für den Fall von Dysmorphophobien – das eigentliche, ursprüngliche Problem der Patient*innen auf einer psychischen Ebene und konstatiert, dass dieses nicht durch eine somatische Behandlung zu lösen sei. Somit macht sie nicht nur klar, was sie behandelt und was sie ablehnt, sondern darüber hinaus auch, was die Ästhetisch-Plastische Chirurgie effektiv behandeln kann und was eben nicht.

Anhand der bisher dargestellten Analysen der Expert*inneninterviews lassen sich in Bezug auf das Thema »Behandlung« multiple professionelle Grenzkon-

struktionen ausmachen, die die Chirurg*innen vornehmen: a) Die Chirurg*innen nehmen eine deutliche Grenzziehung zwischen psychischem Leiden (als ihren Zuständigkeits- und Handlungsbereich) und psychischen Erkrankungen vor. Entsprechend dieser Unterscheidungen ziehen sie auf Grundlage ihrer Annahmen von Angemessenheit auch b) Grenzen zwischen Fällen, die sie behandeln (würden), und Anliegen, die sie ablehnen. Die Ablehnung von Fällen begründet sich aus Sichtweise der Chirurg*innen schließlich wiederum über c) eine Grenzziehung zwischen dem, was die Ästhetisch-Plastische Chirurgie behandeln (und in diesem Sinne leisten) kann, und dem, was sie, selbst bei einer Behandlung, nicht zu kurieren im Stande ist. Aus den bisherigen Grenzkonstruktionen resultiert aber noch eine weitere Differenzierung, die vor allem mögliche ärztliche Behandlungswege zum Thema hat.

Im Wissen darum, dass die Ästhetisch-Plastische Chirurgie nicht bei jedem Anliegen die adäquate Behandlungsweise darstellt, führen die Chirurg*innen auch eine andere Option ärztlicher Behandlung an: die Psychotherapie. So weist etwa Dr. Neptun auf Patient*innen hin, bei denen eine »Dysmorphophobie« im Sinne einer »Fehlwahrnehmung« vorliege und resümiert, dass »in so einer Situation [...] tatsächlich eine Psychotherapie angebracht [wäre]« (Neptun, Z. 902, 908f.). Dr. Uranus berichtete in diesem Kontext von seiner Facharztprüfung, in der er nach seiner Vorgehensweise gefragt wurde, wenn ihn eine Frau mit dem Wunsch aufsuchen würde, »einfach keine Brüste mehr haben« zu wollen, weil sie sie »stören« (Uranus, Z. 39f.). Er erklärt dazu, dass bevor er ärztlich tätig werde, er die Patientin »tatsächlich [...] auch nochmal zu einem Psychologen schicken [würde] um zu klären (.) was steckt dahinter« (ebd., Z. 41f.). Die Behandlung durch andere Fachärzt*innen, wie Psychotherapeut*innen, erachten die Chirurg*innen also durchaus als legitim und angemessen, jedoch nur für eben jene Patient*innen, die sie im Rahmen ihrer eigenen Grenzkonstruktionen als krank kategorisieren.

Wenn die Chirurg*innen jedoch das Anliegen ihrer Patient*innen als ihrem ärztlichen Fachbereich zuständig erachten, wird die Option der Psychotherapie gänzlich anders bewertet. Deutlich wird dies vor allem in den Reaktionen der Chirurg*innen auf eine spezifische Frage, die in allen Expert*inneninterviews meist zum Ende hin durch die Interviewerin gestellt wurde. Vor der eigentlichen Frage wurde durch die Interviewerin zunächst berichtet, dass die für dieses Forschungsvorhaben ebenfalls interviewten Alltagsakteur*innen oftmals diskutiert haben, warum Patient*innen sich für einen ästhetisch-plastischen Eingriff und nicht stattdessen für eine psychotherapeutische Behandlung entschieden haben. Im Anschluss an diese Darstellung wurden die Chirurg*innen gebeten, aus ihrer Sicht heraus zu erklären, warum Patient*innen einen chirurgischen und nicht einen psychotherapeutischen Behandlungsweg wählen würden bzw. sollten.

Da jede Entscheidung für eine andere Behandlung gleichzeitig die Ablehnung der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie als inadäquates Mittel bedeuten kann, hat

die Frage das Potenzial, als Kritik verstanden zu werden. Somit begibt sich die Interviewerin, wie bereits in Kapitel 3.2 und 5.2 ausgeführt, abermals in die Rolle einer *vermittelnden* Kritikerin, wie es in Anlehnung an Bogner et al. (2014) formuliert wurde. Denn die Frage beinhaltet keine Auffassungen der Interviewerin, sondern vermittelt die Orientierungen der Alltagsakteur*innen in einer konfrontativen Weise, da um eine Stellungnahme zu diesen Orientierungen gebeten wird (vgl. grundlegend zu Interviewer*innen-Rollen Bogner et al. 2014: 49-55). Über eine solche vermittelnde Konfrontation soll erreicht werden, dass die Chirurg*innen die »normativen Prämissen der eigenen Orientierung« offenlegen, was einen der wenigen Vorteile der Rolle der Interviewerin als Kritikerin ausmacht (ebd.). Wie nun die Chirurg*innen die Psychotherapie bewerten, wenn sie sich für das Anliegen der Patient*innen fachlich verantwortlich fühlen, zeigt der folgende Ausschnitt aus dem Interview mit Dr. Neptun:

N.: [...] (.) bei jemandem der seit Jahrzehnten (.) so sehr leidet dass er mit seinem Partner (.) nur im Dunkeln schläft weil er sich nicht traut sich ihm nackt zu zeigen (.) muss man sagen (.) ist die Operation die einmalige operative Therapie einer (.) Psychotherapie um Längen Effi- in der Effektivität und in der Nachhaltigkeit überlegen [...] für mich ist das ein (.) Kosten (.) Entstehungs- Verhinderungsinstrument der Krankenkassen (.) welches aber zu kurz greift (.) weil immer so eine jahrzehntelange Behandlung wenn man das mal so ganz ausreizt ne wenn ein Patient über fünf sechs sieben Jahre sich regelmäßig seine Sitzungen einholt (wird) das wahrscheinlich für die Kasse teurer wird (.) als wenn (.) es einmalig durch eine Operation dann behoben wird [...]

(Neptun, Z. 909-919)

Dr. Neptun schildert einen imaginierten oder tatsächlich erlebten Fall, in dem es um eine Person geht, die seit geraumer Zeit leidet (»Jahrzehnten«). Dieses Leiden äußere sich vor allem in einer psychischen Belastung, die sich aus körperlichen Attributen ergibt, was deutlich wird, wenn er berichtet, dass sich die Person nicht »traue«, sich dem eigenen Partner gegenüber »nackt« zu zeigen und nur im »Dunkeln«, also visuell nicht sichtbar, mit ihm Sex zu haben. Dies deutet auf eine körperbezogene Scham und entsprechend auf ein langjähriges Empfinden eines körpergebundenen Stigmas hin. Für einen solchen Fall sei eine operative Vorgehensweise einer psychotherapeutischen Behandlung hinsichtlich der Aspekte »Effektivität« und »Nachhaltigkeit« überlegen. Mit dieser Aussage nimmt Dr. Neptun eine Bewertung vor, denn er schätzt die Wirksamkeit, die durch seine Behandlung erzielt werden könne, und das Anhalten eben dieser Wirksamkeit höherwertiger ein, als die (Dauer von) Effekte/n, die durch eine Psychotherapie erreicht werden könne/n.

Im Fortgang konstatiert Dr. Neptun, dass »das« aus seiner Perspektive ein »Instrument« der »Krankenkassen« sei. Den Krankenkassen unterstellt er also, hinsichtlich von Kosten, ein Mittel oder eine Vorgehensweise zu haben, das/die einem bestimmten, kostenbezogenen Zweck dient. Ein bestimmtes Muster oder Mittel zur Kostenbestimmung ist nicht unwahrscheinlich, weil die Krankenkassen diejenigen Institutionen sind, die über die Übernahme der Kosten von operativen Eingriffen entscheiden, wodurch ihnen eine machtvolle Position zukommt. Den Zweck des Instruments der Krankenkassen stellt Dr. Neptun über eine Reihung von Substantiven dar. So beschreibt er dieses Instrument hinsichtlich der Kostenthematik gleichzeitig als »Entstehungs-« und als »Verhinderungsinstrument«. Beide Begriffe könnten nicht gegensätzlicher sein, denn während der eine suggeriert, dass sich etwas anbahnt, vermittelt der andere, dass etwas eben nicht geschehen soll. In der Zusammenführung dieser beiden Termini wird die Widersprüchlichkeit auf den Gegenstand, also das Instrument der Krankenkassen sinnhaft übertragen: Das Instrument lasse etwas entstehen, das eigentlich vermieden werden sollte, nämlich: Kosten. Dass Dr. Neptun urteilt, dass dieses Instrument »zu kurz« greife, verdeutlicht seine negative Konnotation dieses Instruments.

Was genau er mit diesem widersprüchlichen Instrument meint, wird erst über seine sich anschließende exemplifizierende Ausführung deutlich: Im Falle einer Ausreizung psychotherapeutischer Behandlungen würden die Kosten, die sich daraus für die Krankenkassen ergeben, höher ausfallen, als wenn ein Anliegen mit einer einmaligen Operation »behoben« werden würde. In dieser Argumentation macht Dr. Neptun zum einen deutlich, dass seine Behandlungsweise der ästhetisch-plastischen Behandlung im Gegensatz zur Psychotherapie eine Lösung des Anlasses erreichen könne, da durch Ästhetisch-Plastische Chirurgie das Problem »behoben«, also gelöst sei. Zum anderen rahmt er mit dieser exemplifizierenden Argumentation die Beurteilung der Angemessenheit (s)einer Behandlungsweise in einer dezidiert wirtschaftlichen Weise. Somit legitimiert Dr. Neptun die Ästhetisch-Plastische Chirurgie sowohl in einer effektorientierten wie auch in einer wirtschaftlichen Hinsicht.

Die Überlegenheit der Effekte, die durch eine Behandlung im Bereich der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie erzielt werden können, wird jedoch nicht immer ausschließlich in einer ökonomischen Deutung plausibilisiert, wie der folgende Ausschnitt aus dem Interview mit Dr. Merkur zeigt. Auch ihm wurden vorab die Verhandlungen der Alltagsakteur*innen zur Frage nach Chirurgie oder Psychotherapie erläutert und auch er wurde gebeten, die Sichtweise der professionellen Akteur*innen diesbezüglich darzustellen. In der Beantwortung dieser Frage verweist er darauf, dass er und die Mitarbeiter*innen seiner Praxis nach ästhetischen Behandlungen feststellen würden, dass:

M.: [...] Patienten sich danach (.) wohler fühlt (.) die sind teilweise selbstsicherer (.) und äh treten anders auf kleiden sich vielleicht anders schminken sich anders ä:hm (.) und (.) das sind glaube ich auch so ähm (2) Symptome die beschreiben dass man nicht zwangsweise immer einer Therapie im psychologischen Bereich braucht (.) heißt da liegt jetzt keine psychologische Grunderkrankung vor (.) Dysmorphophobie sondern es ist einfach nur (.) eine kleine Veränderung (.) in einem speziellen Bereich (.) und das ist nicht krank aus meiner Sicht [...]

(Merkur, Z. 330-337)

Dr. Merkur schildert in dieser Aussage das Befinden von Patient*innen nach von ihm durchgeführten ästhetisch-plastischen Behandlungen. Er selbst und sein Team würden eine Veränderung an den Patient*innen bemerken, die er an zweierlei Aspekten festmacht: Zum einen betont er Merkmale, die vor allem die Ebene von psychischen Empfindungen tangieren (Selbstsicherheit, Wohlfühlen), und vermerkt zu diesen, dass es zu einer positiven Verbesserung durch seine Behandlung komme, insoweit er jeweils sprachliche Steigerungsformen (»wohler«, »selbstsicherer«) verwendet. Zum anderen bezieht er sich auf wahrnehmbare, körperbezogene Verhaltensweisen (andere Kleidung, anderes Make-Up), die sich seit seiner Behandlung verändert hätten.

All diese veränderten Aspekte bezeichnet er als »Symptome«, die anzeigen würden, dass es nicht immer »zwangsweise« eine psychologische Therapie brauche. Die von ihm und seinen Mitarbeiter*innen beobachteten Veränderungen versteht er also – im Sinne der Wortbedeutung des fachmedizinischen Begriffs »Symptom« – als Anzeichen für einen Wandel, der sich durch eine ästhetisch-plastische Behandlung nicht nur oberflächlich, sondern auf einer tiefergehenden, psychologischen Dimension vollzogen habe. Die beobachtbaren Effekte der Behandlung durch Ästhetisch-Plastische Chirurgie lassen ihn schließlich zu der Bewertung kommen, dass andere Behandlungsoptionen (wie die der Psychotherapie) zumindest keine besseren Ergebnisse erzielen würden als die Ästhetisch-Plastische Chirurgie, wodurch diese als mindestens gleichwertig gegenüber anderen Arten der Behandlung plausibilisiert wird.

Die beschriebenen Effekte seiner Behandlungen setzt er abschließend nochmals in Relation zu der Art und dem Ausmaß seiner Behandlung. So beruhen die wesentlichen Wandlungsprozesse, die er ästhetischen Behandlungen zuschreibt, eigentlich »nur« auf einer jeweils »kleine[n] Veränderung« in »speziellen Bereichen«. Damit vermittelt er argumentativ, dass die als massiv und tiefgreifend beschriebenen Effekte, die die Ästhetisch-Plastische Chirurgie erzielen könne, nicht einer ebenso intensiven Behandlung bedürfen, sondern bereits durch weit aus weniger drastische und gravierende Maßnahmen erreicht werden können. Die Ästhetisch-Plastische Chirurgie wird in diesem Sinne zu einem Verfahren,

das über einen minimalen Aufwand maximale Ergebnisse zu erzielen vermag. Dies treffe allerdings nur für den Fall zu, dass keine psychische Erkrankung wie eine »Dysmorphophobie« vorliege, sondern wenn es – der Grenzkonstruktion der Chirurg*innen entsprechend – ausschließlich um ein psychisches Leiden ginge.

Typisierung des Expert*innenwissens zu Grenzverhandlungen von ästhetisch-plastischen Behandlungen

Wie die Analysen der Expert*inneninterviews zeigen, beschäftigen sich die Chirurg*innen auch mit Grenzverhandlungen hinsichtlich der Notwendigkeit, der Angemessenheit und Effektivität der von ihnen durchgeführten Behandlungen. Ähnlich zu den Alltagsakteur*innen richten sie zur Erörterung dieser Grenzen den Blick vor allem auf die Patient*innen der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie. Für die Chirurg*innen ist in diesem Kontext jedoch von besonderem Interesse zu erörtern, ab wann und bis wohin sie etwas behandeln und in welchem Falle sie die Behandlung ablehnen. In der Fokussierung auf die Patient*innen-Perspektive thematisieren sie zwar mitunter auch die Wirkungsweise der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie (vgl. Kap. 5.2), jedoch wechseln sie, wie auch die Alltagsakteur*innen, von einer gesamtgesellschaftlichen zu einer explizit akteurszentrierten Perspektive, aus der heraus sie die Effekte von ästhetisch-plastischen Behandlungen betrachten. Im Folgenden sollen nun die rekonstruierten Orientierungen der Chirurg*innen zu Grenzkonstruktionen in Bezug auf die Effekte von ästhetisch-plastischen Behandlungen im Zuge einer sinngenetischen Typenbildung zusammengefasst und abstrahiert werden (vgl. zur sinngenetischen Typenbildung Kap. 3.2).

Wenn die Chirurg*innen über die Behandlung ihrer Patient*innen sprechen, so werden dabei in der Regel die Motivationen für einen ästhetisch-plastischen Eingriff erläutert. Für die Darstellung der Beweggründe von Patient*innen illustrieren die Chirurg*innen in einer typisierenden Weise die »Leidenswege« dieser und schildern, was Patient*innen typischerweise erleben, bevor sie sich dafür entscheiden, eine ästhetisch-plastische Behandlung durchführen zu lassen. Anhand der jeweiligen Deskriptionen der »Leidenswege« von Patient*innen konnte herausgearbeitet werden, dass diese »Leidenswege« allesamt durch eine auf körperliche Attribute bezogene Stigmatisierung gekennzeichnet sind, insoweit die Patient*innen aufgrund dieser Attribute von antizipierten gesellschaftlichen Erwartungen in einer unerwünschten Weise abweichen (vgl. Goffman 1979: 13). Entsprechend der Fokussierung auf körperliche Merkmale als dem Anlass für Stigmatisierungen kann das Stigma-Verständnis der Chirurg*innen, der Goffman'schen Unterteilung verschiedener Stigma-Typen folgend, dem ersten Typus von Stigma zugeordnet werden, der sich dezidiert auf körperliche Attribute bezieht und unter welchem Goffman »verschieden[e] physisch[e] Deformationen« zusammenfasst (vgl. Goffman 1979: 12).

Die Chirurg*innen schildern die Stigmatisierung der Patient*innen auf zweierlei Weise: Zum einen zeigen sie auf, dass Patient*innen ein körperliches Attribut selbst als Stigma *empfinden*. Die Chirurg*innen zeigen in den Schilderungen der ›Leidenswege‹ von Patient*innen zum anderen aber auch auf, dass diese Stigmatisierung nicht nur über ihre eigene Wahrnehmung empfinden, sondern ebenso durch das soziale Umfeld *erfahren*. Von zentraler Bedeutung ist nach den Chirurg*innen also vor allem die Zuschreibung von Stigmata durch andere Personen. Dieser Aspekt findet sich in impliziter Weise auch bereits in Goffmans Stigma-Definition, nach der eine Person dann ein Stigma hat, wenn sie »in unerwünschter Weise anders [ist], als wir es antizipiert hatten« (Goffman 1979: 13). Dass das soziale Umfeld im Prozess der Stigmatisierung eine zentrale Rolle einnimmt, wird in diesem Zitat insoweit deutlich, als dass Goffman den Vorgang der Stigmatisierung aus der Perspektive derjenigen heraus formuliert, die das Stigma zuschreiben. Entsprechend dieser Schwerpunktsetzung bezeichnet er – in Abgrenzung zu stigmatisierten Personen – »[u]ns und diejenigen, die von den jeweils in Frage kommenden Erwartungen nicht negativ abweichen« als die »Normalen« (ebd.).

Im Anschluss an die Darstellungen der Stigma-Erfahrungen und -Empfindungen der Patient*innen stellen sich die Chirurg*innen schließlich als diejenigen dar, die den stigmatisierten Personen im Rahmen ihres beruflichen Handelns zu helfen vermögen. Denn durch die von ihnen durchgeführten ästhetischen Behandlungen könnten körperliche Merkmale, die den Ausgangspunkt von Stigmatisierung bildeten, modifiziert werden, wodurch folglich negative Konsequenzen der Stigmatisierung, wie psychisches Leiden, Ausgrenzung, Diskreditierung usw., abgewendet werden können. Kurz: Ästhetisch-Plastische Chirurgie ent-stigmatisiert – aus der Perspektive der sie anwendenden Chirurg*innen. Diese potenziellen Effekte von ästhetischen Behandlungen lassen sich mit den Darstellungen der Motive und Erlebnisse von Patient*innen zu einer Typik des Expert*innenwissens abstrahieren, die mit ›*Ästhetisch-Plastische Chirurgie als ent-stigmatisierende Körperarbeit*‹ betitelt wird.

Es gilt jedoch außerdem zu berücksichtigen, dass die Chirurg*innen eine klare Grenze zwischen psychischem Leiden und psychischer Erkrankung ziehen. Während sie sich für psychisches Leiden, das durch körperliche Attribute verursacht werde, die Behandlungszuständigkeit (und teilweise auch Behandlungshoheit) zuschreiben, lehnen sie die Behandlung von Fällen, in denen körperliche Merkmale zum Ausgangspunkt pathologischer Leidensempfindungen werden, konsequent ab. Die Chirurg*innen verstehen die Ästhetisch-Plastische Chirurgie also nicht *generell* als adäquate Behandlungsmethode, sondern sie argumentieren, dass die Ästhetisch-Plastische Chirurgie nur in *spezifischen* Fällen ihre Effektivität zu entfalten vermag. Unter Hinzuziehung dieser Eingrenzung der Effektivität und Anwendungsmöglichkeiten wird die Typik des Expert*innenwissens zu Grenzver-

handlungen von ästhetisch-plastischen Behandlungen nochmals konkretisiert zu *›Ästhetisch-Plastische Chirurgie als eine spezifische Körperarbeit der Ent-Stigmatisierung‹*.

6.3. Grenzkonstruktionen zwischen Wunscherfüllung und Kuration

In Bezug auf das fokussierte Wissen vom Körper bzw., konkreter formuliert, den alltagsweltlichen und professionellen Wissensbeständen zu Ästhetisch-Plastischer Chirurgie als einer spezifischen Form der Körperarbeit, lässt sich anhand der jeweiligen rekonstruierten Stigma-Verständnisse abschließend schlussfolgern, dass das Alltags- und Expert*innenwissen in einer Opposition zueinanderstehen. Zwar gehen Alltagsakteur*innen wie auch Chirurg*innen davon aus, dass Patient*innen der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie im Sinne des Goffman'schen Verständnisses stigmatisiert seien (vgl. Goffman 1979: 12ff.), doch begründen sie dies auf ganz unterschiedliche Weise: Während Alltagsakteur*innen das eigentliche Stigma der Patient*innen auf einer psychosozialen Ebene als ein im Sinne Goffmans *›fehlerhaftes‹* Selbst-Verhältnis verorten, gehen die Chirurg*innen davon aus, dass das Stigma der Patient*innen auf einer rein somatischen Ebene zu lokalisieren sei.

Entsprechend dieser unterschiedlichen Stigma-Verständnisse haben Alltagsakteur*innen und Chirurg*innen unterschiedliche Vorstellungen von einem angemessenen »Stigma-Management« (vgl. Goffman 1979: 68). Da die Chirurg*innen den Ausgangspunkt für Stigma-Empfinden und -Erfahrung der Patient*innen an spezifischen körperlichen Attributen festmachen, besteht für sie ein adäquates Stigma-Management in der physischen Modifikation eben dieser Attribute. Auch für Goffman stellt diese Art des Umgangs eine mögliche Antwort auf die Frage dar, wie »die stigmatisierte Person auf ihre Situation [antwortet]« (ebd.: 18). Denn er hält zu möglichen Umgangsweisen mit einem Stigma fest, dass es einer stigmatisierten Person mitunter zudem möglich sei, »einen direkten Versuch zu machen, das zu korrigieren, was sie als die objektive Basis ihres Fehlers sieht, etwa wenn eine physisch deformierte Person sich einer Behandlung durch plastische Chirurgie unterzieht« (ebd.).⁴

4 Goffman erwähnt die plastische bzw. ästhetische Chirurgie neben dieser Stelle nur an zwei weiteren Stellen. So schreibt er u.a. auch von »Personen, die sich plötzlich von einem Stigma befreit finden, etwa nach erfolgreicher plastischer Chirurgie« (1979: 162). Plastische Chirurgie wird also von ihm als Möglichkeit der Stigma-Überwindung beschrieben. Von dezidiert ästhetisch motivierter Plastischer Chirurgie schreibt Goffman nur im Kontext von Umgangsweisen stigmatisierter Personen mit sogenannten »Normalen«. So ließen sich Bemühungen zur Spannungsreduktion von stigmatisierten Personen beim Aufeinandertreffen mit »Normalen« beobachten, wie er anhand der Zitation eines Fallbeispiels aus einer anderen Studie illustriert: »Eine etwas spitzfindige Patientin, deren Gesicht durch eine Schönheitsoperation entstellt worden war, hielt es für wirksam, beim Eintritt in einen Raum voller Men-

Für die Alltagsakteur*innen besteht ein legitimes Stigma-Management entsprechend ihres Stigma-Verständnisses dagegen vor allem darin, die psychische Konstitution zu modifizieren, d.h. die defizitäre Wahrnehmung des Körpers zu ändern und außergewöhnliche körperliche Merkmale positiv zu deuten und in Folge dessen selbstbewusst die eigene Individualität zu zelebrieren. Auch diese Vorstellung eines Stigma-Managements findet sich in ähnlicher Weise bei Goffman. So könne nach ihm »die beschämend andersartige Person mit dem, was Realität genannt wird, brechen und eigensinnig versuchen, eine unkonventionelle Auffassung von der Eigenart ihrer sozialen Identität durchzusetzen« (Goffman 1979: 19f.). Dies trifft sinngemäß auch auf die Aussagen der Alltagsakteur*innen zu, in denen sie dazu auffordern, über die psychische Modifikation auch konventionelle Normen zu verändern, bspw. Individualität statt Konformität als etwas Ideales zu besetzen.

Hinter diesen unterschiedlichen Stigma-Verständnissen stehen wiederum differierende Verständnisse davon, was Medizin bewirken solle. Anhand der Vorstellungen, die die Alltagsakteur*innen vom Stigma der Patient*innen der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie haben, lässt sich schließen, dass sie ein eher klassisch kurati-

schen scherzhaft zu sagen: »Bitte entschuldigen Sie den LepraFall« (F. Macgregor et al. 1953: 85; zitiert nach Goffman 1979: 146f.). Goffman beschreibt die Ästhetisch-Plastische Chirurgie an dieser Stelle also als Möglichkeit der Stigma-Entstehung. Die randständige Rolle der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie in Goffmans Werk verwundert wenig, wenn man bedenkt, dass diese zum Zeitpunkt der Veröffentlichung noch in ihren sprichwörtlichen Kinderschuhen steckte. So wurde bspw. die Ästhetisch-Plastische Chirurgie in Deutschland erst 2005 als eigenständige Fachdisziplin anerkannt. Parallel dazu kam es in den letzten Jahrzehnten zu einer immensen Expansion der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie und im Zuge von Modernisierungsprozessen haben sich ebenso die Möglichkeiten und Anforderungen an die individuelle Lebensgestaltung gesteigert und auch Fragen der Körpergestaltung haben sich auf radikale Weise individualisiert (vgl. Kap. 2.5.2). Angesichts dieser Prozesse, die sich seit dem Erscheinen der Studie 1963 vollzogen haben, sowie aufgrund der Randständigkeit des Themas in der Studie, wurde es für die vorliegende Arbeit als lohnenswert erachtet, sich der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie auch über das Stigma-Konzept von Goffman anzunähern. Eine solche Annäherung wurde bereits in einigen Studien unternommen, allerdings bisher fast ausschließlich über Patient*innen der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie, die durch diese versucht haben, Stigma zu überwinden oder durch sie erst Stigmatisierung erfahren haben (vgl. Bradbury 1994, George 2003, Saxena 2013, Schäfer-Fauth 2015). Wie dargestellt wurde, sind jedoch nicht nur diejenigen, die ein Stigma erfahren, sondern auch diejenigen, die ein Stigma zuschreiben, im Prozess der Stigmatisierung nach Goffman von zentraler Bedeutung. In der Forschung zu Ästhetisch-Plastischer Chirurgie und Goffmans Stigma-Konzept ist denjenigen, die Stigma zuschreiben (vgl. Mayeux 2009), genau wie denjenigen, die an der körperlich-technischen Herstellung und/oder Überwindung von Stigma beteiligt sind, also den Chirurg*innen (vgl. Adams 2012), bisher vergleichsweise wenig Interesse zuteil geworden. Daher wurde in dieser Arbeit auch der Versuch unternommen, genau diese beiden, bisher weniger beleuchteten Perspektiven, über die Rekonstruktion von alltagsweltlichen und medizinprofessionalen Deutungen von Ästhetisch-Plastischer Chirurgie vor der Folie von Goffmans Stigma-Konzept zu erkunden.

ves Verständnis von Medizin vertreten. Ein solches kuratives Medizin-Verständnis ist, wie in Kapitel 2.3 ausführlich dargestellt u.a. dadurch gekennzeichnet, dass Mediziner*innen mit ihren Behandlungen Krankheiten verhindern und heilen sowie durch Krankheiten entstehende Schmerzen lindern sollen (vgl. Kettner 2006: 7). In einem kurativen Medizinverständnis wird daran anschließend ›Gesundheit‹ als ein Zustand gefasst, der durch die Abwesenheit von Krankheit gekennzeichnet ist und den es wieder zu erreichen gilt, wenn dieser aufgrund von Krankheit nicht mehr bestehen sollte (vgl. Junker/Kettner 2009: 67). Diese Annahmen decken sich mit den Orientierungen der Alltagsakteur*innen, denn auch für sie sind diejenigen gesund, die nicht krank sind: Ein mit Makeln behafteter Körper ist für sie in diesem Sinne nicht krank, er bedarf deshalb keiner Heilung oder Korrektur durch ästhetisch-plastische Behandlungen.

Für die Alltagsakteur*innen ist allenfalls krankhaft, wie Patient*innen der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie ihren Körper wahrnehmen. Für sie gilt es diese Wahrnehmung zu behandeln, da diese als eigentlicher Ursprung für den Wunsch nach einer ästhetisch-plastischen Behandlung gefasst wird. Mit dieser analytischen Ursachenklärung stimmen sie erneut mit dem kurativen Medizinverständnis überein, welches sich u.a. auch durch eine pathogenetische Vorgehensweise auszeichnet, durch welche Krankheiten ursächlich erklärt und behandelt werden sollen (vgl. Junker/Kettner 2009: 67f., Kettner 2012: 20). In einem ›klassischen‹ kurativen Medizinverständnis gilt darüber hinaus die Therapie als die üblichste Form der ursächlichen Behandlung von Krankheit (vgl. Junker/Kettner 2009: 69, Kettner 2012: 18), was sich auch in den Orientierungen der Alltagsakteur*innen zeigt, die mitunter auch dafür plädieren, dass Personen, die ihren Körper in einer krankhaften Weise als defizitär empfinden, statt einer ästhetisch-plastischen Behandlung eine Psychotherapie machen sollten.

Für die Chirurg*innen geht es im Gegensatz dazu nicht allein darum, mit den von ihnen durchgeführten Behandlungen Gesundheit wiederherzustellen. Denn mit dem, was sie im Rahmen ihrer beruflichen Tätigkeiten zu erreichen versuchen, gehen sie über die bloße Behandlung von Krankheit hinaus. Deutlich wird dies vor allem in den Darstellungen der Effekte, die sie im Rahmen der Behandlung von somatisch bedingten, aber psychisch erfahrenen Stigmatisierungen ihrer Patient*innen erzielen konnten. Angedeutet hat sich dies bereits im Auszug aus dem Interview mit Dr. Merkur, in welchem er von der Beobachtung berichtet, dass sich Patient*innen nach einer Behandlung »wohler« fühlten und »selbstsicherer« auftraten (Merkur, Z. 331). Ähnliche Ausführungen finden sich auch in den anderen Expert*inneninterviews. So erklärt bspw. Dr.ⁱⁱⁱ Jupiter, eine behandelte Person wäre nach der Behandlung »dann glücklich« gewesen (Jupiter, Z. 230). Dr. Uranus führt zu Behandlungsergebnissen aus, dass Patient*innen »ein ganz anderes Selbstbewusstsein« bekämen (Uranus, Z. 423). Dr. Neptun berichtet, dass er in Bezug auf einen ehemaligen Patienten dachte »[H]ey super den Patienten hast du (.) äh

glücklich gemacht« (Neptun, Z. 606). Schließlich erklärt Dr.ⁱⁿ Saturn zu Effekten von ästhetischen Behandlungen, dass »man sich auch besser [fühlt] wenn man in den Spiegel guckt« (Saturn, Z. 424f.).

In den Auszügen zu den Effekten, die die Chirurg*innen mit ihren Behandlungen erreicht haben, wird nicht thematisiert, dass die Patient*innen nach einer Krankheit wieder den Zustand von Gesundheit erreicht hätten. Vielmehr wird geschildert, dass durch ästhetische Behandlungen vor allem der mentale Zustand in Bezug auf das Glücksempfinden⁵, das Selbstbewusstsein und das psychische Wohlergehen *verbessert* wurde. Das Ergebnis, das die Chirurg*innen aus ihrer Sicht durch ästhetische Behandlungen erzielen, ist demnach nicht nur die Abwesenheit von Krankheit (aus ihrer Sicht erreichen sie dies ebenfalls, indem sie psychisches Leid abwenden), sondern durch ihr berufliches Handeln werde bei den Patient*innen ein weitaus multidimensionalerer Zustand erreicht, der sich nicht allein auf die klassische Unterscheidung von gesund und krank beschränken lässt. Im Anschluss an Junker und Kettner lässt sich diesbezüglich schlussfolgern, dass die Chirurg*innen Gesundheit statt als Abwesenheit von Krankheit, viel eher als eine »komplexe, positive, sozio-bio-physische Qualität« fassen (Junker/Kettner 2009: 67).

Ein solches Verständnis ist wiederum ein Kennzeichen eines wunscherfüllenden Medizin-Verständnisses, das sich – neben einem anderen Verständnis von Gesundheit und Krankheit als dem eines kurativen Medizin-Verständnisses – vor allem dadurch auszeichnet, dass Mediziner*innen salutogenetisch vorgehen, d.h. sie richten ihr ärztliches Handeln nicht (nur) danach aus, Gesundheit wiederzuerlangen, sondern orientieren dieses (zusätzlich) daran, Gesundheit zu erhalten und zu steigern (vgl. Junker/Kettner 2009: 67f., Kettner 2012: 19f.). Diese Vielschichtigkeit in der Zielsetzung, die sich bei den Chirurg*innen in den Erzählungen zu den Effekten ihrer Behandlungen abzeichnen, basiert wiederum auf ihrem spezifischen Stigma-Verständnis, das sie in Bezug auf ihre Patient*innen haben. Denn auch dieses ist weitaus komplexer als eine bloße Gegenüberstellung von Krankheit und Gesundheit, betonen die Chirurg*innen doch, dass das Stigma zwar somatisch bedingt ist, jedoch psychisch erfahren wird, und bei der Zuschreibung des Stigmas vor allem das soziale Umfeld eine wesentliche Rolle spielt. Entsprechend geht es nicht nur um die Behandlung einer Krankheit, sondern auch darum, die Gefährdung sozialer Teilhabe und Anerkennung abzuwenden.

Der in diesem Kapitel fokussierte Blick der Alltagsakteur*innen und Chirurg*innen auf (potenzielle) Patient*innen der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie, unter dem Gesichtspunkt der Effekte und Grenzen der Behandlung dieser, gibt schließlich auch weitere Einblicke in die Verhandlung um die Legitimität der

5 Zum Begriff »Glück« im Kontext der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie als eine Form des Enhancements vgl. ausführlich Stroop 2011.

Ästhetisch-Plastischen Chirurgie. Aus der kurativ-medizinischen Sicht der Alltagsakteur*innen wird durch die Ästhetisch-Plastische Chirurgie etwas behandelt (Symptome), das gar nicht als Problemursprung verstanden wird (Ursache). Dementsprechend erwarten die Alltagsakteur*innen entweder, dass ästhetisch-plastische Chirurg*innen durch andere Fachärzt*innen mit einschlägiger Fachkenntnis kontrolliert werden oder es wird den Chirurg*innen generell die medizinische Zuständigkeit aberkannt, indem sie anderen Berufsgruppen (Psycholog*innen, Psychotherapeut*innen etc.) zuerkannt wird. Der Typisierung des Alltagswissens von Ästhetisch-Plastischer Chirurgie als einer Symptom- statt einer Ursachenbehandlung liegt also entsprechend eine grundlegende De-Legitimierung der sie praktizierenden Chirurg*innen zugrunde: Ästhetisch-plastische Chirurg*innen behandeln aus alltagsweltlicher Perspektive etwas, das nicht behandelt werden muss bzw. nicht behandelt werden sollte, und sie überschreiten in diesem Sinne eine von den Alltagsakteur*innen gesetzte Grenze.

Die Chirurg*innen fühlen sich dagegen aufgrund ihres Stigma-Verständnisses in Bezug auf ihre Patient*innen sowie wegen ihres wunscherfüllenden Medizinverständnisses für eben jene Problemlagen zuständig, für die ihnen von Alltagsakteur*innen die Zuständigkeit aberkannt oder mindestens infrage gestellt wird. Die Chirurg*innen betreiben ihrer Ansicht nach das, was bereits in den historischen Ausführungen zur Plastischen Chirurgie in Kapitel 1 ausgeführt wurde: Sie helfen Stigmatisierten über ästhetisch-plastische Behandlungen dabei, ihr Stigma zu überwinden. Erachten sich die Chirurg*innen entsprechend ihrer Grenzkonstruktionen (psychisches Leid versus psychische Erkrankung) für die Wünsche und Anliegen ihrer Patient*innen zuständig, dann betonen sie darüber hinaus die Ebenbürtigkeit und mitunter sogar die Überlegenheit der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie hinsichtlich ihrer Effektivität im Vergleich zu der Wirkungsweise anderer Behandlungsarten (wie etwa der Psychotherapie).

Somit lässt sich hinsichtlich der in diesem Kapitel fokussierten Grenzkonstruktionen zu Behandlungen der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie abschließend resümieren, dass das, worin ästhetisch-plastische Chirurg*innen ihre Legitimität begründet sehen, nämlich die Ent-Stigmatisierung von Personen durch ihr ärztliches Handeln, letztlich genau das ist, wofür sie von Alltagsakteur*innen de-legitimiert werden. Denn nach Ansicht der Alltagsakteur*innen haben Personen mit dem Wunsch nach einer ästhetisch-plastischen Modifikation ihres Körpers zwar bereits ein Stigma, insoweit sie im Sinne Goffmans ein ›fehlerhaftes‹ Selbstverhältnis aufweisen. Sie laufen jedoch durch ästhetisch-plastische Behandlung (statt einer Psychotherapie zur Behandlung des eigentlichen Stigmas) mitunter auch Gefahr, aufgrund der visuell wahrnehmbaren Effekte ästhetisch-plastischer Chirurgie durch andere Gesellschaftsmitglieder nochmals auf eine andere Weise stigmatisiert zu werden. Diese Divergenz der Sichtweisen entspricht letztlich auch der rekonstruierten Gegensätzlichkeit des Alltags- und Expert*innenwissens.

7. Grenzen der Berechtigung

Zum professionellen Status der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie

Neben den Grenzverhandlungen zur definitorischen Bestimmung sowie zur gesellschaftlichen und individuellen Wirkungsweise der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie dominiert ein weiteres Thema die Gruppendiskussionen mit den Alltagsakteur*innen und die Expert*inneninterviews mit den Chirurg*innen: Berechtigung. Entsprechend einer in diesem Zusammenhang rekonstruierten, doppelten Bedeutung des Terminus *Berechtigung*, werden innerhalb dieses letzten analytischen Kapitels zum einen Passagen und Ausschnitte versammelt, in denen die Frage nach Grenzen der *Rechtmäßigkeit* der Ausübenden von Ästhetisch-Plastischer Chirurgie verhandelt wird. Zum anderen werden auch Auszüge aus den Gruppendiskussionen und Expert*inneninterviews in den Fokus gerückt, in denen die Frage nach Grenzen der *Befugnis* zur Ausübung von Ästhetisch-Plastischer Chirurgie diskutiert wird.

Deutlich wird das Thema Berechtigung vor allem in jenen Passagen und Auszügen, in denen die Ästhetisch-Plastische Chirurgie und die Rolle der sie praktizierenden Mediziner*innen in einem ökonomischen Kontext verortet werden. Diesbezüglich wird zunächst die Perspektive der Alltagsakteur*innen in den Blick genommen, die Berechtigung vor allem im Sinne von Rechtmäßigkeit hinsichtlich einer ökonomischen Ausrichtung der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie und in Bezug auf ökonomische Motivation der ästhetisch-plastischen Chirurg*innen diskutieren. Darauf folgt ein Einblick in die Sichtweise der Chirurg*innen, die sich mit Berechtigung auch im Sinne von Rechtmäßigkeit beschäftigen, die sich aber darüber hinaus mit Berechtigung zusätzlich als einer Form von Befugnis, insbesondere hinsichtlich der Bedeutung von Ökonomie innerhalb ihres beruflichen Handlungsfeldes, beschäftigen. In einem letzten Schritt werden die jeweiligen Analysen zusammenführend diskutiert, wobei der Schwerpunkt auf den Status der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie als Profession gelegt wird.

7.1. Die strukturierende Ökonomisierung als Widerspruch zum ärztlichen Berufsethos

Ähnlich zu den in Kapitel 5.1 dargestellten Verhandlungen zur gesellschaftlichen Wirkungsweise der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie wenden sich die interviewten Alltagsakteur*innen der Bestimmung des Verhältnisses von Ökonomie und Ästhetisch-Plastischer Chirurgie zu, indem sie spezifische Entwicklungsprozesse konstatieren. Einen ersten Eindruck liefert dazu der Ausschnitt aus einer Passage der Gruppe Gelb, in welchem im Anschluss an verschiedene Entwicklungen der Medizin in den letzten Jahr(zehnt)en resümiert wird:

Fm: [...] ich meine die Schönheitsoperationen sind ja nur der Gipfel des Ganzen. ich meine wenn man mal in die Geschichte zurückguckt der Menschheit halt is ja so gewesen dass sich immer schon der Mensch halt äh der Mensch irgendwie um ein Ideal gedreht hat halt; egal in welcher Kultur man hat sich da irgendwie angehübscht halt Ketten umgelegt oder Ringe halt bis oben hingemacht halt dass der Hals größer geworden is oder die Ohren halt verändert oder die die Lippe so nach vorne gemacht halt also es hat ja immer was mit mit äh verschiedenen Idealen zu tun halt (.) ä:hm inwieweit das dann gewachsen is halt des ä:hm (.) also ob m- ob wir das bloß so so krass wahrnehmen weil weil das so in den letzten paar Jahren medial halt wirklich ja so (.) an uns rangetragen wird halt oder ob das eigentlich schon immer das Gleiche is halt.

Bm: Das sind wohl zwei Phänomene erst mal denke ich dass jeder Möglichkeitsraum der Distinktions- ä:h generierend sein kann erst mal genutzt wird grundsätzlich und zudem ist es einfach mal die Entgrenzung der Medizin selbst wie du schon meinst ähm dass sie nicht mehr halt auf Gesundheit abstellt sondern ganz andere Logiken heutzutage schon verfolgt, die im @Endeffekt denke ich mal@ bloß aufs liebe Geld hinauslaufen aber gut (.) insofern zählt nicht mehr die Gesundheit sondern einfach wie kann ich mit der Technik die ich medizinisch irgendwie akquiriert habe Geldverdienen @(.)@ und dann bediene ich halt den Möglichkeitsraum zur Distinktion.

(GD Gelb, Z. 758-777)

Dass »Schönheitsoperationen« von dem Diskutanten Fm als »Gipfel des Ganzen« bezeichnet werden, verweist darauf, dass mit ästhetisch-plastischen Eingriffen ein Höhepunkt bzw. ein maximales Maß eines Vorgangs erreicht wird. Mit dem Blick zurück in die »Menschheitsgeschichte« markiert er, dass es ihm um eine historische Entwicklung geht, die sich mit dem Phänomen »Schönheitsoperationen« auf einem aktuellen Höhepunkt befinde. Er konkretisiert den Blick auf die Menschheitsgeschichte dann nochmals, indem er darauf verweist, dass der »Mensch« sich

schon immer um »ein Ideal gedreht« habe. Mit dem Terminus »Ideal« wird etwas Vollkommenes beschrieben bzw. ein perfekter Zustand, nach dessen Erreichung gestrebt wird. Da die Aussage durch das Phänomen »Schönheitsoperationen« gerahmt wird und sich diese zuvorderst auf die Modifikation von Körpern beziehen, kann angenommen werden, dass der Diskutant in Bezug auf die Menschheitsgeschichte und Ideale vor allem körperliche Ideale bzw. Schönheitsideale meint. Die Ergänzung von »egal in welcher Kultur« signalisiert dann, dass die Zentralität von Körperidealen, unabhängig von kulturellen Prägungen, stets gegeben war, dass also das Streben nach der Erreichung körperlicher Ideale eine seiner Ansicht nach nahezu universalhistorische Generalität aufweise.

Im Folgenden wird außerdem nochmals deutlich, dass sich die konstatierte Entwicklung auf Körperlichkeit bezieht, denn der Diskutant Fm führt beschreibend aus, dass Menschen ihren Körper über Materialien (Ketten und Ringe) verändert (»angehübscht«) bzw. Körperpartien wie Hals, Ohren oder Lippen modifiziert hätten. Diese Ausführungen rahmt er als Beispiele für »verschieden[e] Ideale«, was bedeutet, dass diese exemplarischen Körperbearbeitungen auf ein bestimmtes ideelles Ziel hin durchgeführt wurden. Da er die Beispiele im Präteritum formuliert, ist anzunehmen, dass er mit diesen historische Arten und Weisen der Körpermodifizierung anführt, die nun in »Schönheitsoperationen« als einer weiteren, aber aktuelleren Form der Körpermodifizierung einen Höhepunkt (»Gipfel«) erreichen. Offen bleibt, ob er damit eine durch ästhetisch-plastische Eingriffe vorher noch nicht dagewesene, qualitative Intensität (Tiefe und Nachhaltigkeit der Eingriffe) oder aber eine neue Quantität (Anzahl der durchgeführten Eingriffe) akzentuiert.

Indem der Diskutant Fm daraufhin das Ausmaß der konstatierten Entwicklung thematisiert (»inwieweit das dann gewachsen ist«), wandelt er seine Aussage schließlich in eine Frage um, die an die anderen Gruppendiskussionsmitglieder gerichtet ist. Er stellt im weiteren Verlauf sogar die von ihm aufgestellte These zur Entwicklung der Körperideale und -bearbeitungspraktiken (»Schönheitsoperationen« als ein Höhepunkt) selbst infrage, indem er zwei mögliche Lesarten der Entwicklung vorschlägt: Die erste Lesart deutet an, dass es gar keine derartige Entwicklung gegeben habe, sondern diese nur medial vermittelt wurde (»krass wahrnehmen«, »medial [...] rangetragen«). Die zweite Lesart suggeriert, dass diese Entwicklung gar keine Besonderheit im Sinne eines Höhepunkts darstellt, sondern nur eine spezifische Ausformung eines Phänomens sei (»schon immer das Gleiche«). Gemein ist beiden Lesarten, dass der Diskutant mit ihnen seine selbst vorgeschlagene Deutung einer Entwicklung zur Disposition stellt.

Der Diskutant Bm greift die Überlegungen seines Vorredners auf und formuliert im Anschluss die Vermutung (»wohl«), dass es sich bei dem, was dieser zuvor ausgeführt hat, um »zwei Phänomene« handle. Dies meint entweder, dass Bm in der Aussage von Fm zwei Aspekte verborgen sieht, die es auszudifferenzieren und auszuformulieren gilt, oder aber er leitet aus den vorangegangenen Ausführungen

von Fm selbst zwei Phänomene ab. Als erstes Phänomen beschreibt der Diskutant Bm, dass jede Möglichkeit, über die »Distinktion« erzeugt werden könne, von Menschen tatsächlich genutzt werde. Der Begriff »Distinktion« beschreibt grundlegend eine Unterscheidung, die mit einer Form der Wertung verbunden ist. Im vorliegenden Beispiel kann Distinktion dementsprechend eine Abgrenzung zu anderen Menschen meinen, die mit dem Ziel der Herabsetzung anderer Personen verbunden ist. Bm beschreibt die Absicht zur Distinktion schließlich zwar als generelles Phänomen (»grundsätzlich«), da es zuvor jedoch um die Modifikation von Körpern ging, ist anzunehmen, dass er entsprechend der Generalität von Distinktionsbestrebungen auch die Modifikation von Körpern und ästhetisch-plastische Eingriffe als eine Form von Körpermodifikation zu diesem Phänomen zählt.

Über den Begriff »zudem« wird das zweite Phänomen angekündigt, das der Diskutant Bm im Weiteren als »Entgrenzung der Medizin« bezeichnet. Mit dem Terminus der »Entgrenzung« wird – losgelöst von der sozialwissenschaftlichen Bedeutung, wie in Kapitel 2.4 ausgeführt – grundlegend ein Prozess beschrieben, infolgedessen Grenzen aufgelöst oder aufgehoben werden, in diesem Fall Grenzen des Feldes der Medizin. Den Prozess der Entgrenzung konkretisiert der Diskutant im Weiteren, wenn er ausführt, dass es in der Medizin »nicht mehr« um Gesundheit gehe, sondern »heutzutage« andere Logiken verfolgt würden. Damit impliziert er, dass das Feld der Medizin wegen des Entgrenzungsprozesses eine Wandlung erfahren habe. Die Konsequenzen dieses Wandels bestünden in der Etablierung anderer »Logiken«, was bedeutet, dass die Medizin durch den Entgrenzungsprozess neuen Gesetzmäßigkeiten und Strukturen unterliege, durch welche neue Zielsetzungen angestrebt würden. Mit der Abkehr von der vormaligen Zielsetzung »Gesundheit«, die – dem »klassischen« kurativen Medizinverständnis folgend – das zentrale Anliegen ärztlichen Handelns bilde (vgl. Kap. 2.3), verdeutlicht der Diskutant, dass es sich bei der von ihm angenommenen Entgrenzung der Medizin um einen grundlegenden Wandlungsprozess handle, im Rahmen dessen also bisherige zentrale Strukturelemente der Medizin transformiert werden.

Die neue Zielorientierung der Medizin sei vor allem ökonomisch geprägt, denn es gehe darum, »Geld [zu] verdienen«. Mit dieser Formulierung deutet sich an, dass es dem Diskutanten nicht (allein) um die Beschreibung einer allgemeinen Entwicklung eines abstrakten Bereichs geht (Medizin), sondern dass er zudem die in diesem Bereich handelnden Personen adressiert (Mediziner*innen). Denn mit dem Begriff »verdienen« wird das Beziehen von Gehalt thematisiert, was wiederum nicht »die« Medizin, sondern eben die sie praktizierenden Personen betrifft. Damit impliziert Bm, dass sich der konstatierte Wandlungsprozess der Medizin auch auf die berufliche Praxis und damit wiederum ebenso auf die Handlungsmotive der Ärzt*innen auswirkt. Als wie umfassend er den Entgrenzungsprozess versteht, zeigt sich schließlich nochmals, wenn er festhält, dass »nicht mehr die Gesundheit« zähle. Gesundheit nehme also innerhalb der Medizin und entspre-

chend für die berufliche Motivation der Ärzt*innen keine zentrale Rolle mehr ein. Im Umkehrschluss bedeutet dies, dass die Medizin wie auch das ärztliche Handeln von einer ökonomischen Orientierung dominiert seien. Abschließend verknüpft der Diskutant das zweite mit dem ersten Phänomen, indem er klarstellt, dass die zunehmend ökonomisch strukturierte Medizin auch zur Generierung von »Distinktion« genutzt werden könne.

Abschließend lässt sich festhalten, dass der vom Diskutanten Fm konstatierte Prozess, in welchem die Ästhetisch-Plastische Chirurgie als ein neuer Höhepunkt einer historischen Entwicklung markiert wird, vom Diskutanten Bm sinnhaft aufgegriffen wird. Denn auch er vertritt die Annahme eines sich aktuell vollziehenden Prozesses. Bm konkretisiert den Prozess im Weiteren dahingehend, dass sich dieser Prozess seines Erachtens nach nicht nur auf »Schönheitsoperationen«, sondern auf das gesamte Feld der Medizin erstreckt und vor allem im Sinne einer Ökonomisierung charakterisiert sei. Allerdings bezieht sich Bm – anders als Fm – nicht nur auf diejenigen, die Körpermodifikationen nutzen, sondern auch auf jene, die sie durchführen, also auf Mediziner*innen bzw. auf ästhetisch-plastische Chirurg*innen. Auch diejenigen, die Medizin praktizieren, bezieht er in den Prozess der Ökonomisierung des medizinischen Feldes ein, wenn er annimmt, dass auch ihre Handlungsmotivation zunehmend ökonomisch ausgerichtet sei.

Das Thema Ökonomisierung in Bezug auf Ästhetisch-Plastische Chirurgie bildet nicht nur in Gruppe Gelb, sondern gruppenübergreifend einen zentralen Diskussionsgegenstand. Die Ästhetisch-Plastische Chirurgie wird in Bezug auf eine ökonomische Grundausrichtung jedoch nicht immer nur als ein Teilaspekt eines größeren Ganzen, sondern mitunter auch als ein singuläres Phänomen verhandelt. Dies illustriert beispielhaft eine Passage aus der Gruppe Grün, der die Erörterung der Frage vorangeht, warum die Bundeskanzlerin Angela Merkel (vermutlich) keinen ästhetisch-plastischen Eingriff hat vornehmen lassen:

Ef: [...] das scheint wirklich was mit äh auch mit Macht zu tun zu haben; also ich denke wenn du äh die Möglichkeit hast dich über diese Durchkapitalisierung deines eigenen Körpers einfach hinwegzusetzen und wenn du sagst, ich hab die Macht oder ich hab das Geld ich muss mich dem nicht anpassen, dann kannst du den

Bm: Das ist das was ich meinte auch vorhin das sie schafft sich mit ihrem mit ihrer Ausstrahlung die sie hat, schafft sie sich Macht Vertrauen beim Volk und äh hat auch dieses Image von jemand der kein Blödsinn macht im Leben der sich nicht bestechen lässt und blablabla

Cm: |_ wie langweilig

Bm: und die andere die Deppen die sollen sich ruhig dieser Industrialisierung der der Schönheitsindustrie und ruhig aussetzen, sollen sich ruhig operieren lassen, macht doch macht doch alles, es ist ja auch ein Wirtschaftszweig nehme ich mal

an damit wird ja auch Geld verdient. macht ihr

Ef: | _ Gutes Ablenkungsmanöver

Bm: das ruhig, ich mach meins, ich bleib an der Macht und ihr Deppen könnt machen [...]

(GD Grün, Z. 848-862)

Die DiskutantIn Ef äußert die Vermutung (»das scheint«), dass der Grund, warum Angela Merkel keine Ästhetisch-Plastische Chirurgie genutzt habe, mit dem Aspekt der »Macht« zusammenhänge, womit sie nahelegt, dass eine Politikerin in einer solchen Position über einen bestimmten Einfluss oder eine Hoheit verfüge, die die Nutzung ausschließt und/oder nicht nötig macht. Im Folgenden formuliert sie eine weitere Annahme (»ich denke«) über Möglichkeiten des Hinwegsetzens über »diese Durchkapitalisierung des Körpers«. Die Metapher der »Kapitalisierung des Körpers« wurde von der Gruppe mehrfach verwendet und bereits in Kapitel 5.1 auf ihre latenten Bedeutungsinhalte hin detailliert analysiert. In diesem Kontext ist bezüglich der Metapher festzuhalten, dass Kapitalisierung eine spezielle Weise des Wirtschaftens beschreibt, die darauf ausgelegt ist, eine Kapitalform mit dem Ziel zu akkumulieren, (mehr) Gewinn zu erzielen. Mit dem In-Beziehung-Setzen von Kapitalisierung und Körpern wird der Lesart entsprechend impliziert, dass der Körper zur Kapitalressource umgewandelt wird, die es gewinnmaximierend zu nutzen gilt. Mit der Ergänzung »Durch-« wird zusätzlich betont, wie umfassend und allgegenwärtig diese Entwicklung der Kapitalisierung von Körpern ist.

Dass die »Durchkapitalisierung« des Körpers als etwas thematisiert wird, über das sich »hinweggesetzt« werden könne, verweist darauf, dass diese von den Diskutant*innen als etwas Negatives wahrgenommen wird. Denn sich über etwas hinwegzusetzen meint, sich etwas zu entziehen bzw. etwas nicht zu beachten, was es eigentlich zu beachten gilt. Mit der Verwendung einer solchen Formulierung vermitteln die Diskutant*innen, dass sie mit der Idee einer Kapitalisierung von Körpern grundlegend nicht übereinstimmen, da ansonsten nicht die Notwendigkeit bestehen würde, sich dieser zu entziehen. Die Umstände bzw. die zur Hinwegsetzung nötigen Mittel werden von Ef folgend mit »Macht« und »Geld« konkretisiert. Verfüge man über derlei Mittel, so bestünde nicht die Notwendigkeit (»muss«), sich »an[zu]passen«, d.h. man sei unter diesen Umständen nicht gezwungen, sich dieser Entwicklung unterzuordnen bzw. Teil dieser zu sein. Im Folgenden führt die DiskutantIn dann noch aus, dass die Politikerin über eben ein solches Mittel, nämlich »Macht«, verfüge und charakterisiert im Anschluss daran den Status von Angela Merkel (»Ausstrahlung«, »Vertrauen«, »kein Blödsinn«), der auf eben dieser Macht gründet. Dieser auf Macht basierende Status wird von der DiskutantIn also implizit als Begründung angeführt, warum die Politikerin eben nicht gezwungen sei, sich über Ästhetisch-Plastische Chirurgie selbst zu kapitalisieren.

In Abgrenzung zu Angela Merkel führt der Diskutant Bm daraufhin die Perspektive derjenigen aus, die nicht über die Möglichkeiten verfügen, sich über die Kapitalisierung des eigenen Körpers hinwegzusetzen. Diese bezeichnet er als »Deppen«, was eine umgangssprachliche Bezeichnung für Personen ist, die als dumm oder tölpelhaft eingeschätzt werden. Erst der weitere Verlauf lässt erkennen, dass Bm nicht aus seiner persönlichen Sichtweise heraus, sondern aus einer imaginierten Perspektive spricht, was daran deutlich wird, dass er zum Ende seiner Aussage in eine »Ich«-Erzählendenform wechselt. Die Formulierung »ich bleib an der Macht« zeigt an, dass er aus Perspektive einer machtvollen Person spricht, womit wahrscheinlich die zuvor thematisierte Person Angela Merkel gemeint ist.

Die »Deppen« werden nun von dieser machtvollen Person (für die Bm imaginierend spricht) in einer auffordernden Art und Weise dazu angehalten, sich einer »Industrialisierung« auszusetzen. Mit dem Terminus der »Industrialisierung« werden in der Regel Prozesse beschrieben, im Zuge derer Arbeitsvollzüge mit der Zielsetzung der Leistungs- oder Gewinnoptimierung automatisiert und/oder standardisiert werden. In diesem Sinne ist der Begriff der »Industrialisierung« durch und durch wirtschaftlich geprägt und findet vor allem in ökonomischen Kontexten Anwendung. Worauf sich der Prozess der Industrialisierung konkret bezieht, wird durch den nachfolgenden Zusatz »Schönheit-« deutlich. Es geht nach Bm um einen ökonomisch ausgerichteten Prozess, in dessen Konsequenz die Produktion von Schönheit standardisiert bzw. automatisiert werde. Dass dies konkret die Ästhetisch-Plastische Chirurgie betreffe, wird wiederum an der weiterführenden Aufforderung »sollen sich ruhig operieren lassen« deutlich. Denn operative Eingriffe an Körpern zur Erlangung von Schönheit beschreibt genau das, was durch die Anwendung von Ästhetisch-Plastischer Chirurgie erreicht wird. Bm schlussfolgert im Anschluss, dass »es«, also ästhetische Operationen und in diesem Sinne dann ebenso die Ästhetisch-Plastische Chirurgie, ein »Wirtschaftszweig« sei. Damit führt er nochmals zusammen, was sich vorab nur andeutete: Die Ästhetisch-Plastische Chirurgie wird als ein durch weitreichende Ökonomisierungsprozesse gekennzeichnete Bereich verhandelt.

Wie der angenommene Umstand der wirtschaftlichen Ausrichtung der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie beurteilt wird, zeigt sich an der Art der Kommentierung durch die DiskutantIn Ef. Sie bezeichnet den Umstand, dass machtvolle Personen andere Personen mit weniger Macht dazu auffordern, sich einer Ökonomisierung des Körpers auszusetzen (derer sie sich selbst entziehen) als »Ablenkungsmanöver«, also als ein strategisches Vorgehen, das von etwas Wesentlichem ablenken soll. Dieses bewusst genutzte Manöver führe in der Konsequenz schließlich dazu, dass machtvolle Personen, die sich der Ökonomisierung entziehen, machtvoll bleiben – im Gegensatz zu denjenigen, die sich eben dieser Ökonomisierung aussetzen (»ich bleib an der Macht und ihr Deppen könnt ma-

chen«). Damit wird signalisiert, dass die Kapitalisierung von Körpern und die Industrialisierung von Schönheit, für die die Ästhetisch-Plastische Chirurgie prototypisch angeführt wird, ungleichheitsproduzierend und unterdrückend wirke und von den Alltagsakteur*innen entsprechend negativ konnotiert wird.

Im Folgenden wird ein weiterer Aspekt in den Fokus gerückt, der sich in Bezug auf eine ökonomische Ausrichtung der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie in den bisherigen Analysen der Gruppendiskussionen bereits abzeichnete: die Rolle des ärztlichen Handelns von ästhetisch-plastischen Chirurg*innen. Einen exemplarischen Einblick in die alltagsweltlichen Verhandlungen dazu gibt ein Ausschnitt der Gruppe Blau, deren Mitglieder zuvor für sich die Frage diskutierten, welche Gründe es geben kann, dass die Nutzungszahlen der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie von Jahr zu Jahr stiegen. Innerhalb der Erörterung kommentiert eine DiskutantIn dann diesbezüglich:

Bf: Ja das wird halt auch immer mehr möglich also es is ja jetzt auch so gewesen dass es vielleicht vor zwanzig Jahren noch ganz andere Risiken da waren; schätze ich mal; also ähm dass is einfach auch von den von den Ärzten halt perfektioniert worden is und dass sich eben da so bissl ein Markt dann entwickelt hat,

(GD Blau, Z. 63-66)

Dass »immer mehr möglich« werde, kann darauf verweisen, dass im Bereich der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie fortlaufend neue Verfahren der Körperbearbeitung entwickelt werden und/oder dass eine zunehmende Steigerung der Intensität und Qualität ästhetisch-plastischer Behandlungen zu beobachten sei. Die DiskutantIn exemplifiziert diese Entwicklung im Weiteren dann über die Ergänzung, dass »vor zwanzig Jahren« noch andere »Risiken« existierten. Mit einem Risiko wird die Wahrscheinlichkeit für eine spezifische Gefahr beschrieben, womit im Kontext der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie vermutlich potenzielle körperliche Gefährdungen durch operative Eingriffe gemeint sind. Die chronologische Setzung über die Datierung »vor 20 Jahren« verweist schließlich ein weiteres Mal darauf, dass die DiskutantIn Bf in Bezug auf die Ästhetisch-Plastische Chirurgie von einem prozesshaften und sich über einen längeren Zeitraum erstreckenden Wandel ausgeht.

Die Beschreibung des konstatierten Wandels wird von der DiskutantIn im Anschluss noch weiter exemplifizierend ausgeführt, indem sie »Ärzten« zuschreibt, dass diese im Laufe des Wandels eine Perfektionierung vorgenommen haben. Wenn etwas perfektioniert wird, meint dies, dass etwas – orientiert an einem maximal zu erreichenden Zustand – verbessert wird. Im Umkehrschluss impliziert dies aber zudem einen defizitären Zustand vor dem Wandlungsprozess, was sich bspw. auch mit dem zuvor aufgeworfenen Thema der zu früheren Zeiten erhöhten Risiken deckt, die die DiskutantIn dem Zustand vor dem Wandlungsprozess

zuschreibt. Bemerkenswert an diesen Ausführungen ist des Weiteren, dass den »Ärzte[n]« eine aktive Beeinflussung des Wandlungsprozesses zuerkannt wird, d.h., ihrem ärztlichen Handeln wird eine konstitutive Rolle zugeschrieben.

Abschließend beschreibt die DiskutantIn eine Konsequenz des Wandels: Es habe sich ein »Markt« entwickelt. Mit dem Terminus »Markt« wird ein Ort oder ein Bereich beschrieben, in welchen Waren im Austausch gegen monetäre oder andere Währungen gehandelt werden. Aus dem Charakteristikum des Handelns lässt sich wiederum ableiten, dass der Begriff »Markt« im Kern wirtschaftlich geprägt ist. Da der Verkauf von Waren mit dem Ziel verbunden ist, Profit zu generieren, lässt sich schlussfolgern, dass die Ästhetisch-Plastische Chirurgie als ein solcher »Markt« erneut als ein Bereich verhandelt wird, der aufgrund seiner ökonomischen Strukturierung prinzipiell gewinnorientiert verfährt. Hervorzuheben ist schließlich, dass die Alltagsakteur*innen die Ästhetisch-Plastische Chirurgie nicht als genuin ökonomisch organisiert verhandeln. Vielmehr wird stets der prozesshafte Charakter der Ökonomisierung betont. Die Ästhetisch-Plastische Chirurgie ist aus alltagsweltlicher Perspektive also kein genuin ökonomisch orientierter Bereich, sondern habe sich erst im Zuge eines Prozesses zu einem solchen »entwickelt«.

Die Rolle der ästhetisch-plastischen Chirurg*innen im Kontext der ökonomischen Ausrichtung der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie beschränkt sich in den Gruppendiskussionen allerdings nicht allein auf die Beeinflussung eines sich vollziehenden Ökonomisierungsprozesses. Denn im Anschluss an den Aspekt der Wirtschaftlichkeit diskutieren die Alltagsakteur*innen oftmals zugleich die berufliche Motivation der Chirurg*innen. So etwa auch im folgenden Ausschnitt aus einer Passage der Gruppendiskussion Lila. Innerhalb dieser Passage diskutiert die Gruppe, warum die »Hemmschwelle« (GD Lila, Z. 447) für ästhetisch-plastische Behandlungen sinke, und es wird diesbezüglich folgende Überlegung formuliert:

Cm: Was ich mir auch ganz gut vorstellen kann ist dass vielleicht eventuell das Ganze ein bisschen leistbarer wird weil-

Bf: |_ Weil´s mehr Menschen in Anspruch nehmen

Am: Ja

Cm: Erstens weil´s mehr Menschen in Anspruch nehmen und zweitens vielleicht einfach (.) ah jetzt junge angehende Chirurgen sagen hey mit Schönheitschirurgie da verdiene ich meine fette Kohle ja und wenn sich das mehrere denken äh hier Praxis hier Praxis hier Praxis versteht und das macht halt dann den Preis kaputt; desto mehr Ärzte da sind desto beschissener wird's weil die Kundschaft ist ja dieselbe verstehst und die dann vielleicht hergehen und sagen gut dann mach ich´s halt ein bisschen günstiger dass ich auch meine Kohle noch verdien (.) mei vielleicht wird das auch wieder billiger weißt was ich mein das das dann (.) das

das dann einfach mehr leistbarer wird; (2)

(GD Lila, Z. 449-461)

Der Diskutant Cm stellt zu Beginn die Vermutung an (»vorstellen«), dass das Abnehmen der Hemmschwelle für ästhetisch-plastische Eingriffe damit zusammenhänge, dass diese »leistbarer« werden, was impliziert, dass mehr Menschen finanziell in der Lage seien, solche Eingriffe finanzieren zu können. Über die Verwendung der Steigerungsform »leistbarer« wird zudem angezeigt, dass die Möglichkeit, einen ästhetisch-plastischen Eingriff zu finanzieren, wahrscheinlicher oder einfacher geworden sei. Anhand dieser Formulierung wird schließlich auch deutlich, dass es im Folgenden vor allem um ökonomische Aspekte in Bezug auf die Ästhetisch-Plastische Chirurgie gehen werde. Die Diskutantin Bf ergänzt im Anschluss an Cm einwerfend eine mögliche Begründung (»weil«) für die Zunahme der Leistbarkeit von ästhetisch-plastischen Eingriffen: Mehr Menschen würden diese »in Anspruch nehmen«. Bf konstatiert somit einen kausalen Zusammenhang zwischen der Leistbarkeit und der Nutzung von Ästhetisch-Plastischer Chirurgie. Der Diskutant Cm stimmt diesem Begründungsvorschlag von Bf zu, insoweit er ihn wortwörtlich wiederholt. Für ihn ist diese Begründung jedoch noch nicht ausreichend, was daran deutlich wird, dass er im Fortgang seiner Ausführungen den Begründungsvorschlag von Bf als »Erstens« rahmt und somit klarstellt, dass er den Begründungsvorschlag von ihr zwar in seine folgende Argumentation einbettet, dieser für ihn aber nur einen Aspekt darstellt und weitere von ihm nun ergänzt werden.

Direkt im Anschluss daran führt der Diskutant Cm auch gleich einen »zweiten« Argumentationspunkt für die Abnahme der Hemmschwelle zur Nutzung ästhetisch-plastischer Verfahren an. So konstatiert er eine Entwicklungsdynamik, die sich dadurch auszeichne, dass immer mehr Praxen der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie eröffnet würden (»Praxis hier Praxis hier«). Dies führe zu einer Konkurrenzsituation um dieselbe »Kundschaft«, die den »Preis kaputt« mache, weil alle ästhetisch-plastischen Chirurg*innen ihre Angebote noch »günstiger« als die anderen anzubieten versuchen. Die zunehmende Leistbarkeit begreift er also als (eine) Folge einer wirtschaftlichen Dynamik, die durch die Entstehung eines Überangebots bei einer gleichbleibenden Nachfrage charakterisiert ist. Den Anlass für das Einsetzen dieser Dynamik verortet er wiederum in den beruflichen Motivationen von Chirurg*innen, die sich für die »Schönheitschirurgie« entschieden haben.

Der Diskutant wechselt für die Darstellung der angenommenen beruflichen Motivation von ästhetisch-plastischen Chirurg*innen in eine imaginierte Sprecher*innenrolle und erklärt, dass es darum gehe, »meine fette Kohle« zu verdienen. Damit drückt er etwas salopp aus, dass viel Geld zu verdienen seiner Ansicht nach die wesentliche Ambition darstelle, warum Ärzt*innen in der Ausbildung (»an-

gehende«) entscheiden, sich auf diesen Zweig der Chirurgie zu spezialisieren. Dass er dezidiert von »meiner Kohle« spricht, impliziert im Weiteren, dass das verdiente Geld keinem übergeordneten Zweck (wie etwa die Finanzierung von Mitarbeiter*innen o.ä.), sondern ausnahmslos dem persönlichen Profit diene. In Rückbezug auf die beschriebene Dynamik lässt sich schließlich schlussfolgern, dass diese in einen direkten Kausalzusammenhang mit der unterstellten beruflichen Motivation der ästhetisch-plastischen Chirurg*innen gebracht wird. Denn durch den dominanten ökonomischen Antrieb der Berufsmotivation von ästhetisch-plastischen Chirurg*innen entstehe überhaupt erst die ökonomisch basierte, von Konkurrenz getragene Dynamik.

Wie dieses ökonomische Motiv der Berufsmotivation, das den ästhetisch-plastischen Chirurg*innen durch die Alltagsakteur*innen unterstellt wird, in alltagsweltlicher Perspektive bewertet wird, kündigte sich in der vorangegangenen Passage bereits implizit über saloppe Formulierungen wie »meine fette Kohle« an: Persönlicher wirtschaftlicher Gewinn als zentrale berufliche Motivation wird von den Alltagsakteur*innen als nicht angemessen empfunden. Diese Einschätzung wird in Passagen anderer Gruppendiskussionen nochmals konkreter formuliert, wie ein Auszug aus der Gruppe Orange im Folgenden verdeutlichen wird. Im Vorlauf zum folgenden Auszug diskutieren die Teilnehmer*innen, ob es psychologische Tests im Vorfeld von ästhetischen Operationen gebe(n sollte) und warum ästhetisch-plastische Chirurg*innen nur in Ausnahmefällen Operationen ablehnen würden. Als Begründung führen die Diskutant*innen unter anderem an:

Bf: Ja die wollen ja alle ihr ihr Geld machen (.) ich glaub denen is das egal wie äh wies den Menschen geht auch

Cf: Schönheitschirurgen sind ja nicht umsonst eine der reichsten

[...]

Af: [...] ich find das is so n Grundsatzding warum werde ich Arzt, die meisten werden ja Arzt um Schönheitschirurgen zu werden um Kohle zu machen ich find das soll nicht der Grundgedanke von nem Arzt sein (2) also das finde ich ganz schwierig also

(GD Orange, Z. 1171-1188)

Den ästhetisch-plastischen Chirurg*innen wird durch die Diskutant*innen Bf zunächst die Ambition und/oder Absicht zugeschrieben, Geld verdienen zu wollen, d.h. den Chirurg*innen wird eine ökonomische Motivation attestiert. Die Formulierung »ihr« Geld impliziert, ähnlich zum vorangegangenen Ausschnitt der Gruppe Lila, dass der Verdienst für die eigene Person vorgesehen ist. Das Verdienen von Geld für eine berufliche Handlung hat zunächst weder eine positive noch eine negative Konnotation, sondern beschreibt in einer simplen Weise das Prinzip der monetären Entlohnung für Arbeit. In der Fortführung ihrer Aussage führt die

DiskutantIn dann mit dem Verweis auf das Befinden von Menschen (»wie es den Menschen geht«) eine weitere Motivation ärztlichen Handelns an und formuliert diesbezüglich die Annahme (»ich glaube«), dass eben diese Motivation keine Rolle für die Chirurg*innen spiele. Vielmehr sei ihnen das Wohlergehen der Menschen »egal«, also gleichgültig.

Durch die argumentative Reihung werden die möglichen Motivationen von ästhetisch-plastischen Chirurg*innen in eine sich gegenseitig ausschließende Opposition zueinander gestellt. Denn wenn ästhetisch-plastische Chirurg*innen ihr berufliches Handeln am Ziel des individuellen, ökonomischen Gewinns ausrichten, so schliesse dies, der Argumentation der DiskutantIn nach, eine Orientierung am Befinden der Patient*innen aus. Das Wohlergehen von Menschen gilt jedoch gemeinhin als eine, wenn nicht sogar als die zentrale Zielorientierung ärztlichen Handelns, zumindest in einem kurativen Medizinverständnis, das auch die Alltagsakteur*innen vertreten (vgl. Kap. 6.3).¹ Daraus kann geschlussfolgert werden, dass die DiskutantIn Bf die von ihr angenommene ökonomische Motivation der ästhetisch-plastischen Chirurg*innen bzw. die damit verbundene Gleichgültigkeit gegenüber dem Befinden der Patient*innen missbilligt. Denn eine vordergründig ökonomische Motivation stehe im Gegensatz zur »eigentlichen« Aufgabe von Ärzt*innen (vgl. zur potenziellen Konflikthaftigkeit von Berufsethik und Ökonomie in Bezug auf ärztliches Handeln u.a. Jörg 2015, Karsch 2015, Woopen 2009).

Die DiskutantIn Cf unterstützt anschließend die Aussage von Bf in dreierlei Hinsicht: Zum einen bestärkt sie über ihre Aussage, dass »Schönheitschirurgen« nicht ohne Grund zu den »reichsten« zählten, grundlegend die Annahme einer zuvorderst ökonomischen Motivation der ästhetisch-plastischen Chirurg*innen. Zum anderen macht sie über die Verwendung des Terminus »reich« deutlich, dass es den Chirurg*innen nicht nur um das reine Erwirtschaften von Geld geht, sondern dass sie in ihrem Wirtschaften so viel Geld verdienen wollten, dass es im Vergleich zu einem irgendwie gearteten Normalmaß als Überfluss gilt. Gestützt wird diese Lesart einer für die eigene Person angestrebten Maximierung von Gewinn nochmals durch die Nutzung des semantischen Superlativs »reichsten«. Insofern die Formulierungen implizieren, dass ästhetisch-plastische Chirurg*innen beabsichtigten, ein Übermaß für sich zu erwirtschaften, wird schließlich auch dieser angenommenen Motivation ärztlichen Handelns eine negative Konnotation zuteil.

1 Diese zentrale Zielorientierung findet sich auch in der (Muster-)Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte, in welcher zum einen festgehalten ist, dass »[d]ie Gesundheit und das Wohlergehen« der Patient*innen als »oberstes Anliegen« von Ärzt*innen gefasst werde (Bundesärztekammer 2018c: A2) und in der zum anderen auch erklärt wird, dass Ärzt*innen »der Gesundheit des einzelnen Menschen und der Bevölkerung [dienen]« und der Ärzt*innen-Beruf »kein Gewerbe« sei (ebd.).

Die DiskutantIn Af nimmt schließlich eine persönliche Einschätzung (»sich finde«) vor, in der sie die vorangegangene Diskussion zusammenfasst. Sie nimmt den Aspekt zustimmend auf, dass für ästhetisch-plastische Chirurg*innen eine ökonomische Orientierung dominiert, indem sie die aufgeworfene Frage nach dem Grund, warum man »Schönheitschirur[g]« werde, umgehend selbst beantwortet: »um Kohle zu machen«. Die Begründung für die Berufswahl versteht sie jedoch als ein »Grundsatzding«, d.h. bei ihr steht die Motivation für die Berufsausübung in einem Sinnzusammenhang mit den generellen Maßstäben ärztlichen Handelns, ähnlich zu den Ausführungen der anderen DiskutantInnen der Gruppe. Die abschließende Bewertung von Af fällt schließlich nochmal um einiges deutlicher als die der anderen DiskutantInnen aus. Sie formuliert eine sprachlich direkte und eindeutige Diskreditierung und Ablehnung, indem sie in Bezug auf die Relevanz ökonomischer Interessen in der Berufswahl von ästhetisch-plastischen Chirurg*innen betont, dass dies aus ihrer Sicht heraus eben nicht der »Grundgedanke« von Ärzt*innen sein »soll«.

Typisierung des Alltagswissens zur Bedeutung ökonomischer Aspekte im Bereich der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie

Die bis dato dargestellten Analysen der Gruppendiskussionen mit Alltagsakteur*innen werden nun in einem abschließenden Schritt zusammengeführt und zu einer Basistypik abstrahiert, die allen rekonstruierten Orientierungen Rechnung trägt (vgl. zur Typenbildung Kap. 3.2). Einige Anmerkungen müssen diesem Schritt jedoch vorangestellt werden. Zunächst ist festzuhalten, dass allen in diesem Kapitel versammelten Passagen und Ausschnitten zum einen gemein ist, dass die Alltagsakteur*innen innerhalb dieser der Frage nachgehen, welche Rolle ökonomische Aspekte innerhalb des medizinischen Feldes der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie sowie im ärztlichen Handeln der sie praktizierenden Chirurg*innen einnehmen. Zum anderen verbindet sie darauf aufbauend auch die Verhandlung dessen, was als rechtmäßig wahrgenommen bzw. was als ungerechtfertigt abgelehnt wird. Es geht also grundlegend um Grenzziehungen hinsichtlich zu- oder aberkannter Berechtigungen.

Gruppenübergreifend konnte zunächst rekonstruiert werden, dass die Alltagsakteur*innen Wandlungsprozesse konstatieren, die die Medizin im Allgemeinen und/oder die Ästhetisch-Plastische Chirurgie im Speziellen betreffen. Obwohl die angenommenen Wandlungstendenzen in den jeweiligen Gruppen in durchaus unterschiedlicher Weise betitelt und kontextualisiert werden (wie u.a. als »Entgrenzung« und als »Durchkapitalisierung«), so eint sie doch das Thema der zunehmenden Ökonomisierung. Den ästhetisch-plastischen Chirurg*innen wird in Bezug auf diese Entwicklungstendenz eine konstitutive Rolle zugeschrieben, insoweit sich auch die berufliche Motivation, die ihr ärztliches Handeln anleitet, gewandelt

hätte. Aus Sicht der Alltagsakteur*innen geht es den ästhetisch-plastischen Chirurg*innen zunehmend vorrangig darum, einen maximalen wirtschaftlichen Gewinn zu erzielen, woran die Chirurg*innen auch ihre berufliche Praxis ausrichten würden, wodurch sich wiederum eine generelle Ökonomisierung verstärkte.

Der von den Alltagsakteur*innen identifizierte Ökonomisierungsprozess wird darüber hinaus als so umfangreich und wesentlich verstanden, dass die zunehmende Wirtschaftlichkeit nicht nur als ein Strukturierungsaspekt verstanden wird, der sich neben anderen, bereits bestehenden Strukturierungsprinzipien (wie etwa der Gesundheitserhaltung) etablierte. Vielmehr nehmen die Alltagsakteur*innen an, dass die ökonomische Ausrichtung zur allumfassenden, dominierenden Struktur wird, nach der die Medizin und die Ästhetisch-Plastische Chirurgie organisiert sind. In der Konsequenz wird die Ästhetisch-Plastische Chirurgie als ein industriell organisierter Wirtschaftszweig und das Ziel ärztlichen Handelns als zuvorderst ökonomisch interessiert gedeutet. Auf Grundlage dieser Erkenntnisse kann eine Basistypik erstellt werden, die zunächst als *›Ästhetisch-Plastische Chirurgie als Resultat und Multiplikator einer strukturellen Ökonomisierung der Medizin‹* bezeichnet wird.

Jedoch steht für die Alltagsakteur*innen die berufliche Motivation von ästhetisch-plastischen Chirurg*innen in einem sinnhaften Zusammenhang mit generellen Maßstäben, die sie an ärztliches Handeln anlegen. Die Maßstäbe der Alltagsakteur*innen sind wiederum, wie in Kapitel 6.3 aufgezeigt, durch ein kuratives Verständnis von Medizin bestimmt, nach dem das ärztliche Handeln primär am Wohlbefinden der Patient*innen sowie an der Wiederherstellung bzw. Erhaltung von Gesundheit orientiert sein sollte. Mit der Etablierung der beruflichen Motivation einer wirtschaftlichen Gewinnmaximierung, die ästhetisch-plastische Chirurg*innen aus Sicht der Alltagsakteur*innen zudem nur für sich selbst zu erzielen versuchen, geht jedoch unweigerlich eine Abkehr von den als rechtmäßig verstandenen Zielsetzungen ärztlichen Handelns einher. Um diesem Aspekt ebenfalls in die sinngenetische Typenbildung adäquat einzubinden, wird die bereits erstellte Typik nochmals umbenannt zu *›Die strukturierende Ökonomisierung der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie als Widerspruch zum ärztlichen Berufsethos‹*.

7.2. Wirtschaftlichkeit als nebensächliche Notwendigkeit sowie als Konkurrenz- und Risikogenerator

Die interviewten Chirurg*innen wissen um die gegen sie vorgebrachten Annahmen und Vorwürfe in Bezug auf eine persönliche ökonomische Bereicherung, wie im vorangegangenen Kapitel ausgeführt: Entweder, weil sie bereits mit derlei Vorwürfen tatsächlich konfrontiert waren oder weil sie diese schon einmal antizipiert haben. So bejaht etwa Dr.ⁱⁿ Saturn die Interviewfrage danach, ob es »Missverständnisse« gegenüber der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie gebe, und führt aus, dass

es sich bei der Annahme, ästhetisch-plastische Chirurg*innen seien Personen, für die »Geld im Vordergrund steht und wo große Gewinne gemacht werden« (Saturn, Z. 527f.), um ein Missverständnis handle. Da ein Missverständnis eine Annahme meint, die aus der Perspektive der Person, der es entgegengebracht wird, als falsch verstanden wird, kann abgeleitet werden, dass Dr.ⁱⁿ Saturn die Annahme über eine vorrangig wirtschaftliche Orientierung als unwahr ablehnt.

Auch Dr. Uranus berichtet von ähnlichen Annahmen, die er als praktizierender ästhetisch-plastischer Chirurg entweder bereits erfahren hat oder die er nur als mögliche Annahme antizipiert: »[...] und wir fahren alle Porsche und haben alle einen Golfschläger hinten drauf und (.) Blödsinn« (Uranus, Z. 637f.). Der Besitz eines Porsches wie auch das Golfspielen gelten als Symbole, die einen wirtschaftlich gehobenen Status demonstrieren, denn die Marke Porsche zählt zu den teuersten Automarken überhaupt und Golfspielen ist einer der kostspieligsten Sportarten schlechthin. Ein Besitz dieser Symbole vermittelt nach außen hin also das Bild, dass der*die Besitzer*in über ein vergleichsweise hohes finanzielles Vermögen verfügt. Dass Dr. Uranus seine Ausführung mit dem Ausdruck »Blödsinn« quittiert, macht allerdings deutlich, dass er der Annahme, ästhetisch-plastische Chirurg*innen verfügten über luxuriöse Statussymbole und erwirtschafteten entsprechende Gewinne, zumindest für seine Person vehement widerspricht.

Doch kommentieren die Chirurg*innen nicht nur antizipierte oder erlebte Missverständnisse und Vorwürfe bezüglich der persönlichen ökonomischen Bereicherung. Sie nehmen auch in ihren jeweiligen Selbstdarstellungen Bezug darauf. So hält Dr. Neptun bspw. fest: »[I]ch hunger nicht (.) ich bin kein Luxusmensch« (Neptun, Z. 648f.). Mit dieser Aussage eröffnet er eine maximale Spannweite zwischen zwei gegensätzlichen Polen, denn während »hungern« eine Konsequenz wirtschaftlicher Armut bedeuten kann, verweist der Terminus »Luxus« dagegen auf einen finanziellen Überfluss. Dr. Neptun distanziert sich von beiden Polen und verortet sich stattdessen in der Mitte zwischen diesen. Damit deutet er implizit an, dass sein Verdienst einem, sich aus dem Mittel ergebenden, Normalmaß entspreche und er auch nicht beabsichtige, mehr zu erzielen, denn er sei keine Person, dem ein finanzielles Übermaß von Bedeutung ist (»kein Luxusmensch«).

Ähnliche, positionierende Selbstdarstellungen durchziehen alle Expert*inneninterviews, wie auch das Interview von Dr.ⁱⁿ Jupiter, welche erklärt: »ich habe auch kein Porsche @(.).@ muss ich niemanden beeindrucken« (Jupiter, Z. 327f.). Auch sie bezieht sich, wie Dr. Uranus, auf das »Porsche«-Auto, dessen Besitz nicht nur ein überdurchschnittliches finanzielles Einkommen andeutet, sondern als distinktives Symbol auch einen gehobenen Status gegenüber anderen demonstrativ zum Ausdruck bringt. Von diesem Statussymbol distanziert sich Dr.ⁱⁿ Jupiter ideell, indem sie darauf verweist, dass sie »niemanden beeindrucken« müsse, sie also keine Notwendigkeit empfindet, einen derartigen finanziellen Überfluss anderen Personen

gegenüber anzuzeigen. Dies drückt wiederum eine gewisse Bodenständigkeit aus, denn sie versteht sich, ähnlich wie Dr. Neptun, nicht als einen ›Luxusmensch[en]‹.

Die interviewten Chirurg*innen distanzieren sich also übergreifend davon, dass sie ein Übermaß an finanziellen Gewinn für sich erwirtschaften und sind darum bemüht, den angenommenen und erlebten Vorwurf einer persönlichen finanziellen Bereicherung abzuwehren. In Abgrenzung zu diesen Vorwürfen erläutern die Chirurg*innen zudem, worin sie ihre berufliche Motivation sehen. Diese ist aus Sicht der Chirurg*innen durchaus auch von ökonomischen Interessen geprägt, jedoch plausibilisieren sie diesen Aspekt in einer anderen Weise, als es bei den von ihnen dargestellten Annahmen und Missverständnissen der Fall ist. Einen ersten Eindruck dazu vermittelt ein Auszug aus dem Interview mit Dr. Uranus, der von der Interviewerin gefragt wurde, worin er das grundsätzliche Ziel seiner Profession sehe:

U.: Meine Kinder zu ernähren (.) @(.).@ @in erster Linie meine drei [Familienmitglieder] zu ernähren@ (.) ja (.) @(4)@ ähm denn Sie müssen in auf diesem Weg schon sehr viel leiden (.) also (.) achtundzwanzig-Stunden Dienste in der Chirurgie (.) und da hast du schon eine ganze Menge Scheiße gefressen (2) aber ähm (2) ich sage mal ein Künstler hat zwei Möglichkeiten (.) Applaus (.) und Gage (.) Gage ist (.) für meine Kinder (.) damit die Brötchen und alles Mögliche haben (.) Applaus ist wenn ein Patient sagt (.) Danke (2)

(Uranus, Z. 564-570)

Obwohl mit dem Fachterminus der »Profession« durch die Interviewerin vor allem auf die Zielorientierung der medizinischen Disziplin von Dr. Uranus abgezielt wird, nimmt er die Frage zum Anlass, das persönliche Ziel seines ärztlichen Handelns zu offerieren. Dieses bestehe darin, seine »Kinder [zu] ernähren«, was in einem übertragenen Sinne meinen kann, dass es ihm zuvorderst darum geht, einen ausreichenden Lebensunterhalt zu bestreiten, oder aber, im buchstäblichen Sinne, die Versorgung seiner Kinder mit Nahrungsmitteln als einer Lebensnotwendigkeit zu gewährleisten. Direkt im Anschluss daran erweitert er die Personengruppe, die diese Zielsetzung betrifft, indem er von seiner gesamten Familie spricht. Er betont darüber hinaus, dass das Ernähren seiner Familie in »erster Linie« sein Ziel sei, was bereits andeutet, dass es auch andere Zielsetzungen gibt, aber er ebenjene Versorgung (seiner Familie) als seine oberste Relevanz setzt. Sich selbst thematisiert er in Bezug auf die Versorgung noch nicht, sondern erst im Anschluss, wenn er nach einer bemerkenswert langen Pause, die wahrscheinlich ein Nachdenken anzeigt, die Anstrengungen (»Scheiße fressen«, »leiden«) schildert, die er im Laufe seines beruflichen Werdegangs (»auf diesem Weg«) erfahren und durchlebt habe. Da er zuvor thematisiert hat, wofür er sein Gehalt vorrangig einsetzt, kann angenommen werden, dass auch die Thematisierung seines mühevollen Werdeganges

sinnhaft mit seinem finanziellen Gehalt in Verbindung steht. Entsprechend dieser Vermutung besteht eine mögliche Lesart, warum er die Strapazen seines Werdegangs anführt, darin, dass er durch diese durchlebten Anstrengungen sein finanzielles Gehalt plausibilisiert.

Im Folgenden verdeutlicht Dr. Uranus anhand der Metapher des Künstlers² »zwei Möglichkeiten« der Entlohnung von ästhetisch-plastischen Chirurg*innen, womit deutlich wird, dass er weiterhin den Aspekt seines finanziellen Gehalts thematisiert, das er für sein ärztliches Handeln bezieht. Zum einen führt er die »Gage« als mögliche Form der Entlohnung an, ein Begriff, der für einen rein materiellen/finanziellen Verdienst steht. Diesen Verdienst ordnet er ausschließlich seinen Kindern zu, d.h. er klammert sich und eine potenzielle persönliche Bereicherung aus. Darüber hinaus impliziert er mit dem Beispiel des »Brötchens«, für das die Gage eingesetzt werde, dass auch seine Kinder keine finanzielle Bereicherung erfahren, sondern dass lediglich deren grundlegendste Bedürfnisse wie Ernährung befriedigt werden. Es geht ihm also, wie er eingangs bereits ausführte, buchstäblich auch darum, mit seinem Gehalt seine Familie zu ernähren. Die zweite Möglichkeit der Entlohnung konkretisiert er mit »Applaus«, was – im Gegensatz zur Gage – keine materielle Entlohnung darstellt, sondern eine Form der Anerkennung und/oder Dankbarkeitsbekundung ist, die ritualisiert ausgeführt wird (in die Hände klatschen).

Somit lässt sich schlussfolgern, dass ökonomische Interessen durchaus die berufliche Motivation von Dr. Uranus prägen, jedoch setzt er das erwirtschaftete Geld nicht für sich ein, sondern für seine Familie. Geld erweist sich in diesem Beispiel also nicht nur als eine von zwei Möglichkeiten der Entlohnung, sondern es wird zur zweitrangigen Möglichkeit der Entlohnung erklärt. In diesem Sinne hat Geld also eine zentrale Bedeutung für Dr. Uranus, aber keine, die ihn dezidiert betrifft, denn sein »Verdienst« besteht aus den Reaktionen seiner von ihm behandelten Patient*innen. Somit plausibilisiert er seinen finanziellen Verdienst (und daran anschließend seine ökonomische Motivation) vor allem darüber, dass dieser a) nicht für ihn persönlich, sondern in einer Verantwortung gegenüber anderen eingesetzt wird und b) er diesen Verdienst angesichts seiner durchlaufenen Ausbildung als angemessen versteht.

Eine andere Art und Weise, wie finanzieller Gewinn und berufliche Motivation miteinander in Beziehung gesetzt werden, zeigt ein Auszug aus dem Interview mit Dr. Neptun. Er berichtet von einem vergangenen Fall, bei dem er die Brust einer jungen Frau operiert hat. Nach einer detaillierten Beschreibung ihrer leidvollen Erfahrungen illustriert er im Anschluss die Situation des ersten Verbandswechsels.

2 Die Selbstbeschreibung als »Künstler« wurde in der kulturwissenschaftlichen Analyse von Ensel als ein typisches Rollenbild (neben anderen) rekonstruiert, dem sich »Schönheitschirurgen« zur Selbstdarstellung bedienen (vgl. Ensel 1996: 121-131).

In dieser Situation war neben der jungen Frau auch deren Mutter anwesend. Die Reaktion der beiden Frauen beschreibt er dann im Anschluss wie folgt:

N.: [...] die beiden waren dann beide beim ersten Verbandswechsel in ihrem Zimmer und haben sich dann (.) die Brüste angeguckt und hatten beide Tränen in den Augen (.) weil sie beide so erleichtert waren das das jetzt diese (.) Leidensgeschichte vorbei ist und das ist etwas das ist mein Benzin im Tank ne sowas liebe ich (2) wenn ich dann jemanden habe der das der etwas gut findet was ich aber nicht gut finde ne dann ist das irgendwie (.) das falsche Benzinart (.) dann ist das nicht meins (.) das heißt (.) Geld aufm Konto für einen ästhetischen Eingriff ist schön (.) aber das (.) das befriedigt nicht das ist wie sich von Zucker ernähren ne Zucker baut äh wird sehr schnell abgebaut nach einer halben Stunde hat man wieder Hunger das ist nicht nachhaltig aber diese Patientenzufriedenheit (.) das ist etwas das ist ein schön- das ist ein schöner Motor (.) würde ich auch nicht missen wollen einer der wesentlichen Motoren übrigens für (.) die für so eine intrinsische Zufriedenheit mit dem eigenen Tun (.) [...]

(Neptun, Z. 584-596)

Dr. Neptun berichtet davon, dass die Patientin ebenso wie deren Mutter beim ersten Verbandswechsel vor Erleichterung geweint hätten, was vermittelt, dass der pre-operative Zustand der Patientin eine enorme Belastung für sie wie auch für ihre mitfühlende Mutter war. Die erfahrene Belastung spiegelt sich auch in der Verwendung des Terminus »Leidensgeschichte« wider, dessen Verwendung ein Hinweis darauf sein kann, dass die Belastung der Patientin vor allem mentaler Natur war, denn für somatische Beschwerden werden in der Regel andere Begriffe, wie etwa Schmerz, gewählt. Dr. Neptun stellt sich in der Erzählung als derjenige dar, der durch sein ärztliches Handeln die »Leidensgeschichte« der Patientin beenden konnte, und bezeichnet die von der Patientin und deren Mutter angezeigte Erleichterung bzw. Zufriedenheit als das »Benzin« in seinem »Tank«. Diese Beschreibung deutet an, dass er metaphorisch von sich als einem Auto spricht, denn Benzin wird in der Regel in den Tank eines Vehikels gefüllt, das zum Fahren bestimmt ist, und dient dazu, den Motor dieses Vehikels anzutreiben. Im übertragenen Sinne meint er damit also, dass die Patientenzufriedenheit und -dankbarkeit, die er durch die Patientin und deren Mutter erhalten habe (als das Benzin), seine berufliche Motivation darstellen, also sein bildsprachlicher Antrieb seien. Wie relevant diese Motivation für ihn als ästhetisch-plastischer Chirurg ist, betont er nochmals, wenn er sagt, er »liebe« derlei Entwicklungen bzw. Effekte, denn »lieben« ist eine Bezeichnung, über die man eine maximale Hingabe sprachlich zum Ausdruck bringt.

Im Weiteren deutet Dr. Neptun an, dass es auch Fälle gibt, bei denen er nicht mit der Meinung von Patient*innen übereinstimme (»der etwas gut findet was ich aber nicht gut finde«), in denen also eine Diskrepanz zwischen der Patient*innen-

Wahrnehmung und seiner Wahrnehmung besteht. Da sich sein ärztliches Aufgabengebiet primär auf den Körper bezieht, ist anzunehmen, dass die Diskrepanz die wahrgenommene Körperästhetik betrifft. Eine solche Diskrepanz bezeichnet er als die »falsche Benzinart«, was im übertragenen Sinne meint, dass ihn eben solche Fälle nicht antreiben, denn, wenn man die falsche Benzinart in den Tank eines Autos füllt, so springt dieser nicht an und geht mitunter kaputt. Auffallend ist in diesem Beispiel, dass es in Bezug auf seine berufliche Motivation nicht nur um die Zufriedenheit der Patient*innen, sondern ebenfalls darum geht, dass er mit dem Ergebnis genauso zufrieden sein möchte. Dadurch wird wiederum impliziert, dass er nicht nur blindlings die Wünsche seiner Patient*innen umsetzt, sondern in Entscheidungen maßgeblich auch seine Meinung mit einfließen lässt.

Eine weitere Konkretisierung erfährt die Darstellung seiner beruflichen Motivation, wenn er im Folgenden den Aspekt des Geldes thematisiert. Zwar sei es »schön«, für ästhetische Eingriffe Geld zu verdienen, aber es sei nicht das, was ihn »befriedigt«. Erneut geht es also darum, was ihm als ästhetisch-plastischen Chirurgen in seinem Beruf Zufriedenheit verschafft. Dabei stellt er Geld als einen Faktor dar, aber eben nicht als den für ihn relevantesten Faktor. Warum dies so ist, erklärt er im Anschluss mittels der sinnbildlichen Gleichsetzung des Geldverdienens mit der Ernährung durch Zucker: Zucker habe zwar auch eine antreibende Wirkung, allerdings baue sich dieser schnell ab, d.h. die Wirkung des Antriebs durch Zucker sei begrenzt. In diesem Sinne treibe also auch Geld als Motivation an, allerdings verschaffe es keine langanhaltende Zufriedenheit (»nachhaltig«). Würde man Geld als seinen Hauptmotivator verstehen, habe das schließlich denselben Effekt wie eine ungesunde Ernährungsweise: Man bekomme schneller wieder »Hunger«, d.h. die Zufriedenheit überdauere nicht so lange wie bei anderen motivationalen Faktoren.

Abschließend rekurriert Dr. Neptun nochmals auf die eingangs von ihm thematisierte »Patientenzufriedenheit«. Diese führt er nochmals als diejenige Motivation an (»Motor«), die für ihn, im Gegensatz zum Verdienen von Geld, zu einer »intrinsische Zufriedenheit« mit seiner beruflichen Tätigkeit als ästhetisch-plastischer Chirurg führe. Gerade der Begriff »intrinsisch« knüpft nochmals sinnhaft an die Metapher des Automotors an, denn er bedeutet, dass einen etwas vom Inneren heraus antreibt. Patient*innen zufrieden zu stellen ist für ihn also nicht nur berufliche Motivation, sondern bringt ihm überdies Zufriedenheit mit seinem Beruf. Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass Dr. Merkur ökonomische Aspekte, wie das Verdienen von Geld, zwar als eine Motivation angibt, diese aber in der Effektivität und Nachhaltigkeit anderen Faktoren (wie der Zufriedenheit von Patient*innen) gegenüber als untergeordnet ansieht.

Doch die Chirurg*innen thematisieren ökonomische Aspekte nicht immer ausschließlich in Bezug auf ihre Selbstverständnisse und beruflichen Motivationen. Sie zeigen darüber hinaus auf, dass das Thema Ökonomie auch eine grundlegende

Bedeutung innerhalb ihres beruflichen Handlungsfelds der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie bzw. der Ästhetischen Medizin hat. Deutlich zeigt sich dieser Umstand an einem Ausschnitt aus dem Interview mit Dr. Merkur. Dieser wurde von der Interviewerin mit einer in Kapitel 7.1 analysierten Annahme der Alltagsakteur*innen konfrontiert, nach der die Medizin im Allgemeinen und die Ästhetisch-Plastische Chirurgie im Besonderen eine Entwicklung durchliefen, die zur Konsequenz habe, dass es sukzessive nur noch darum gehe, Geld zu erwirtschaften. Die Interviewerin begibt sich mit dieser Frage erneut in die Rolle einer *vermittelnden* Kritikerin, wie in Kapitel 3.2 argumentiert, da sie potenziell als Kritik interpretierbare Aussagen vermittelnd über Aussagen aus den Gruppendiskussionen an die Chirurg*innen heranträgt. Im Anschluss an die Darstellungen der Interviewerin wurde Dr. Merkur relativ unspezifisch gefragt, wie er dies sehe, woraufhin er unter anderem antwortete:

M.: [...] Geld erwirtschaften muss jeder (.) sonst hat er das Prinzip einfach der Marktwirtschaft überhaupt nicht verstanden das muss auch zum Beispiel ein niedergelassener Arzt machen (.) und ähm (.) es gibt heutzutage keinen Bereich mehr der (.) ähm der grob frem-fremd finanziert wird (.) und ähm sie haben nun mal laufende Kosten (muss) man einfach sehen wie Miete Personal sie haben Verbrauchsmaterialien ähm auch zum Beispiel Strom (.) und andere Geschichten (.) Validierungsprozess die wir gerade schon angesprochen haben die einfach Geld kosten (2) [...]

(Merkur, Z. 643-650)

Dr. Merkur betont die allumfassende Notwendigkeit (»muss jeder«) des Erwirtschaftens von Geld. Der Begriff »erwirtschaften« akzentuiert, anders als etwa »bezahlt« oder »entlohnt«, eine dezidiert aktive Leistung, d.h. er muss das Geld im wahrsten Sinne des Wortes verdienen, auch unter Einsatz eigener Ressourcen. Dass er es als Notwendigkeit deklariert, macht implizit auch deutlich, dass dies keine Frage (s)einer (persönlichen) Entscheidung ist, sondern er gewissermaßen gezwungen sei, dies zu tun. Er führt im Fortgang die Notwendigkeit des Erwirtschaftens von Geld auf das »Prinzip« der »Marktwirtschaft« zurück, womit er indirekt darauf verweist, dass dieses Prinzip momentan das vorherrschende Prinzip ist. Marktwirtschaft ist eine spezifische Wirtschaftsordnung, die dadurch gekennzeichnet ist, dass Waren und Dienstleistungen über Angebot und Nachfrage wechselseitig produziert und reguliert werden. Entsprechend der Organisation von Angebot und Nachfrage ist es überdies eine Wirtschaftsordnung, die durch wirtschaftliche Konkurrenz geprägt ist, was einen möglichen Erklärungsgrund für die Notwendigkeit des Erwirtschaftens darstellt, da man ohne dies nicht gegen Konkurrenz bestehen kann.

Im Folgenden weitet er die Bedeutung der Notwendigkeit des Erwirtschaftens von Geld aus, indem er hervorhebt, dass diese Handlungsnotwendigkeit jeden »niedergelassene[n] Arzt« betreffe. Mit dem Terminus »Arzt«, der Mediziner*innen jeder Fachdisziplin einschließt, macht er zum einen deutlich, dass Wirtschaften kein Phänomen ist, das nur der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie zugeschrieben werden könne. Zum anderen grenzt er die Notwendigkeit einer ökonomischen Ausrichtung dahingehend ein, dass es die »niedergelassenen« Ärzt*innen betreffe, also jene, die sich mit einer eigenen Praxis selbstständig gemacht haben. Über den Verweis darauf, dass es heutzutage keine »fremdfinanziert[en]« Bereiche mehr gebe, betont er schließlich indirekt nochmals die vor allem hinsichtlich des Wirtschaftens aktuell bestehende Eigenverantwortlichkeit, die er als ästhetisch-plastischer Chirurg mit einer eigenen Praxis trägt.

Abschließend exemplifiziert Dr. Merkur unterschiedliche ökonomische Aspekte anhand von »Miete«, »Personal« sowie »Strom«, die die Notwendigkeit des Wirtschaftens zusätzlich hervorheben. Denn ohne diese, also ohne eine technisch funktionierende Praxis und ohne Mitarbeiter*innen, könnte er überhaupt nicht auf einem durch Konkurrenz geprägten Markt seine Leistung anbieten. Auffallend an der Aufzählung der »laufenden Kosten« ist auch, dass er Wirtschaftlichkeit – im Vergleich zu den vorangegangenen Passagen – nicht in Bezug auf sein Gehalt thematisiert, sondern vielmehr in Hinblick auf Kostenfaktoren, die mit der von ihm geleiteten Praxis einhergehen. Somit verhandelt er das Thema Geld ausschließlich im Sinne einer Verantwortlichkeit gegenüber anderen, nämlich seiner Praxis und seinen Angestellten gegenüber. Auch wenn er nochmals begrenzende Einschränkungen vornimmt, so bleibt abschließend festzuhalten, dass er in der Verhältnisbestimmung von Ökonomie und Ästhetisch-Plastischer Chirurgie eine (Selbst-)Relativierung des eigenen Handelns über Verweise auf andere Ärzt*innen und Fachbereiche vornimmt, die dieser Notwendigkeit ebenso unterworfen seien. Er betont also eine Generalität der Bedeutung von Wirtschaftlichkeit, die nicht nur ihn und seine Disziplin betrifft. Darüber hinaus hebt er seine, auf dieser grundlegenden ökonomischen Ausrichtung basierenden Verantwortlichkeit gegenüber anderen hervor und distanziert sich damit und über die De-Thematisierung seiner eigenen Person von jeglichem Vorwurf einer persönlichen Bereicherung.

An diesem Punkt lässt sich resümierend festhalten, dass die interviewten Chirurg*innen in ihren Selbstdarstellungen und in der Darstellung ihrer beruflichen Motivation darauf bedacht sind, klarzustellen, dass sie mit ihrem ärztlichen Handeln keine persönliche finanzielle Bereicherung verfolgen. Vielmehr relativieren sie diesen antizipierten und/oder bereits tatsächlich erfahrenen Vorwurf darüber, dass sie a) auf eine ökonomisch fundierte Verantwortung gegenüber anderen Personen verweisen (Familie, Mitarbeiter*innen), dass sie b) Geld als eine mögliche, aber eine zweitrangige Form der Entlohnung deuten (gegenüber Dankbarkeit/Zufriedenheit der Patient*innen) und dass sie c) darauf hinweisen, dass eine ökonomische Aus-

richtung ihrer ärztlichen Tätigkeit, angesichts einer grundlegend vorherrschenden Marktwirtschaftlichkeit, schlicht eine Notwendigkeit darstelle, um ihre ärztliche Tätigkeit überhaupt ausführen zu können.

Die Selbstdarstellungen der Chirurg*innen in Bezug auf eine ökonomische Orientierung ihrer ärztlichen Tätigkeit erfolgen jedoch oftmals als eine Reaktion auf Fragen durch die Interviewerin, was andeutet, dass sie diese Positionierungen, die manchmal an Rechtfertigungen grenzen, womöglich nicht von sich aus vorgenommen hätten. Was die Chirurg*innen der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie bzw. der Ästhetischen Medizin hinsichtlich des Verhältnisses von Ökonomie und Ästhetisch-Plastischer Chirurgie jedoch von sich aus ansprechen, ist die ökonomische Strukturiertheit des Feldes der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie. Deutlich wird dies vor allem in den Passagen der Expert*inneninterviews, in denen die Chirurg*innen der Frage nachgehen, wer eigentlich das Feld der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie bedient und wer es bedienen sollte, also in Passagen, in denen es grundlegend um Berechtigung im Sinne einer Befugnis geht. So führt etwa Dr. Uranus diesbezüglich aus:

U.: [...] interessanterweise (.) sehr viele Heilpraktiker (.) die ja diese ganze schulmedizinische Scheiße verteufeln ja (.) ach siehe da (.) auf einmal machen die auch Faltherapie mit Hyaluron und so ja (.) ach guck mal an (.) da sind wir alle auf diesen Zug aufgesprungen und Sie können sich gar nicht vorstellen wer jetzt auf einmal alles botoxt (.) der Hausarzt (.) der Gynäkologe ja (.) ich fange doch jetzt nicht an Kinder auf die Welt zu bringen ja: (.) ja also das ist schon (.) da ist halt schon da merken Sie halt das ist ein Markt und der wird dann wahrgenommen (.) ja (.) also einen Dermatologen (.) da stehe ich das vollkommen zu das der eine Faltherapie macht (.) das ist ja auch sein Metier [...] und da sind interessanterweise was glauben Sie wie viele Leute zu mir kommen und sagen ((ab hier verstellte weinerliche Stimme)) ja ich war bei einer Heilpraktikerin und jetzt ist das wirklich so unsymmetrisch und alles so knubbelig und so ((Ende verstellte Stimme)) da habe ich gesagt ja (.) Kinder was wollt ihr denn machen (.) die hatte den im Wochenendkurs gelernt (2) ((atmet tief ein und aus)) [...]

(Uranus, Z. 366-384)

Dr. Uranus berichtet von verschiedenen Berufsgruppen, die neben ästhetisch-plastischen Chirurg*innen auch ästhetische Eingriffe und Operationen durchführen und entsprechend auch das Feld der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie bedienen. Als eine erste Berufsgruppe führt er »Heilpraktiker« an und erklärt, dass diese ästhetische Eingriffe vornehmen, die er grundlegend dem Bereich der »Schulmedizin« zuordnen würde. Als Schulmedizin wird jenes Wissen und werden jene Verfahren bezeichnet, die etabliert und anerkannt sind und die aufgrund dessen an Hochschulen und in Ausbildungen gelehrt werden. Dass nun

ausgerechnet Heilpraktiker*innen eben solche »schulmedizinischen« Verfahren der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie durchführen würden, stellt für ihn ein Paradox dar, insoweit er annimmt, dass Heilpraktiker*innen ein schulmedizinisches Verständnis »verteufeln«. Etwas zu verteufeln meint, dass man etwas als bedrohlich und schlimm erachtet und es in diesem Sinne abwertet. Angewendet auf den Fall von Heilpraktiker*innen, die ästhetische Eingriffe durchführen, meint dies dann, dass diese sich aus Sicht von Dr. Uranus bestimmter Methoden eines medizinischen Bereichs bedienen, den sie eigentlich als minderwertig betrachten.

Im Anschluss daran führt er in einer Empörung oder Dramatik anzeigenden Sprachweise (»Sie können sich gar nicht vorstellen«) weitere Berufsgruppen an, die zwar medizinische Disziplinen repräsentieren (Allgemeinmedizin, Gynäkologie), die Dr. Uranus in der Rolle als ästhetisch-plastischer Chirurgen jedoch als fachfremd und entsprechend ungenügend kompetent erachtet, ästhetisch-plastische Eingriffe durchführen zu können. Verstärkt wird seine Meinung nochmals durch seine anschließende, selbstreflektierende Aussage dazu, dass er wahrlich nicht in anderen Fachbereichen wie etwa der Gynäkologie praktizieren würde (»ich fange doch jetzt nicht an Kinder auf die Welt zu bringen«). Damit betont er einerseits, dass Ärzt*innen sich auf ihre jeweiligen Fachbereiche konzentrieren sollten und macht andererseits deutlich, dass er kein Verständnis für jene Mediziner*innen habe, die fachfremd, also in anderen Disziplinen praktizieren. Aus Sicht von Dr. Uranus sind sie nicht befugt, im Bereich der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie zu praktizieren.

An die Interviewerin gerichtet (»da merken Sie«) formuliert Dr. Uranus folgend eine knappe Erklärung, warum Ärzt*innen anderer Disziplinen trotzdem fachfremd behandeln würden: Das »ist ein Markt« und dieser würde »wahrgenommen«. Da es zuvor um seinen ärztlichen Tätigkeitsbereich der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie ging, ist anzunehmen, dass er eben diesen meint, wenn er konstatiert, dass es sich um einen Markt handle. Mit dem Begriff »Markt« wird ein spezifischer Ort oder ein abstrakter Bereich bezeichnet, in dem Waren gegen monetäre Währungen getauscht, also gehandelt werden (vgl. Kap. 7.1). Auf einem wirtschaftlichen Markt zu handeln, beinhaltet wiederum die Zielsetzung der ökonomischen Profitgenerierung. Entsprechend rahmt Dr. Uranus also die Ästhetisch-Plastische Chirurgie, wie die anderen Chirurg*innen (und auch die Alltagsakteur*innen), als grundlegend wirtschaftlich strukturiert und infolge dessen als gewinnorientiert. Dass auf einem Markt wie der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie ökonomische Gewinne erzielt werden können, kann dann wiederum als der Grund abgeleitet werden, warum Mediziner*innen auch in diesem Bereich praktizieren, obwohl sie aus Sicht von Dr. Merkur dafür nicht die notwendigen fachlichen Kompetenzen aufweisen würden. Denn aufgrund der ökonomischen Strukturiertheit der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie würden, so impliziert es Dr. Uranus in

seiner Aussage, fachfremde Ärzt*innen die Möglichkeit sehen (»dann wahrgenommen«), ebenfalls daran zu partizipieren und selbst finanzielle Gewinne zu erzielen.

Doch erkennt Dr. Uranus nicht allen anderen Mediziner*innen grundlegend die Kompetenz dazu ab, ebenfalls ästhetisch-plastische Eingriffe vorzunehmen. Als ein kontrastierendes Beispiel für seine Vorstellung von berechtigten Personen führt er »Dermatologen« an, also Fachärzt*innen für Hautfunktionen und -erkrankungen. Ihnen gesteht er zu, dass sie aufgrund ihrer fachspezifischen Expertise zumindest einen Teilbereich der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie bedienen könnten, nämlich bspw. die Behandlung von Falten (»Faltentherapie«), denn Falten sind Unebenheiten der Haut und betreffen somit genau jenes Fachgebiet, das Dermatolog*innen bedienen. Folglich resümiert Dr. Uranus anerkennend (und in diesem Sinne berechtigend), dass die Faltenbehandlung, die ein Aufgabengebiet der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie darstellt, auch zum »Metier«, also zum Arbeitsbereich von Dermatolog*innen gezählt werden könne.

Schließlich wendet sich Dr. Uranus in Form einer rhetorischen Frage erneut an die Interviewerin (»was glauben Sie«), um ihr direkt im Anschluss selbst darzulegen, welche negativen Auswirkungen entstünden, wenn fachfremde Personen, die er als nicht kompetent einschätzt, ästhetisch-plastische Verfahren durchführen würden. So werde Dr. Uranus regelmäßig von Personen mit misslungenen Ergebnissen von Eingriffen (»unsymmetrisch«, »knubbelig«) durch für ihn nicht berechnete Berufsgruppen und deren Vertreter*innen aufgesucht, die keine Facharztausbildung für die Ästhetisch-Plastische Chirurgie oder, im Falle von Heilpraktiker*innen, gar kein medizinisches Studium absolviert haben. Dass er diese Erfahrungen von Patient*innen in einer weinerlichen, imaginierten Ego-Perspektive wiedergibt, zeigt zum einen an, dass die betroffenen Patient*innen an den misslungenen Eingriffen leiden. Zum anderen wirkt die Darstellung in weinerlicher Stimme etwas humoristisch und kann implizieren, dass er sich in gewisser Weise über die Patient*innen mit ihren Erfahrungen amüsiert.

Ein möglicher Hinweis darauf, warum er sich über Patient*innen mit misslungenen Ergebnissen amüsiert, kann in der darauffolgenden, erneut rhetorisch formulierten Frage (»Kinder was wollt ihr denn machen«) gefunden werden. Dass er die Patient*innen als »Kinder« adressiert, deutet an, dass er ihnen kindliche Merkmale unterstellt und sie entsprechend sprachlich herabsetzt. Der Grund, warum er sie in einer solchen Weise herabsetzt, findet sich schließlich in seiner finalen Aussage, in der er auf die fehlende Ausbildung und Erfahrung fachfremder oder medizin-fremder Personen verweist (»im Wochenendkurs gelernt«). Entsprechend dieses Aufzeigens fehlender Kompetenzen der praktizierenden Personen lässt sich schlussfolgern, dass er es als naiv (und in diesem Sinne kindlich) erachtet, gelungene Ergebnisse zu erwarten, wenn die Personen, die die ästhetisch-plastischen Eingriffe durchführen, keine qualifizierende, berechtigende Ausbildung zu Ästhetisch-Plastischer Chirurgie vorweisen können.

Die Frage danach, wer dazu berechtigt sei, das Feld der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie zu bedienen, und wer als unberechtigt dazu angesehen wird, wird in allen durchgeführten Expert*inneninterviews in einer ähnlichen Weise wie von Dr. Uranus verhandelt. Leitend ist dabei immer der Umstand, dass die Ästhetisch-Plastische Chirurgie von den Chirurg*innen als ein zuvorderst ökonomisch strukturierter Bereich dargestellt wird. Mit eben diesem Umstand werden wiederum spezifische Dynamiken verbunden, die allesamt die Anwendung ästhetisch-plastischer Eingriffe betreffen. Zur weiteren Illustration wird diesbezüglich ein Auszug aus dem Interview mit Dr. Neptun herangezogen. Dieser Auszug ist Teil einer Antwort auf die Frage der Interviewerin nach einer Erklärung für das mediale Interesse an und die mediale Präsenz der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie:

N.: [...] das ist eine Frage von Angebot und Nachfrage (.) es hängen in diesem Teich (.) der (.) ästhetischen Operationen oder kosmetischen Operationen (.) Angeln von vielen vielen vielen Ärzten (2) der ein Teil der Angel (.) hängt an einem Menschen der tatsächlich das in seiner Ausbildung gelernt hat (.) das ist zum Beispiel der Facharzt für plastische und ästhetische Chirurgie: [...] a:ber ich habe Ihnen gerade gesagt wie verlockend die Spei- die die die Preisspanne zwischen Kasse und Selbstzahler ist und (.) es gibt viele Ärzte die operieren völlig fachfremd (.) ästhetische Eingriffe (.) weil sie die Knete so schön finden (.) Bauchdeckenstraffungen von (.) Kieferchirurgen als: als Negativbeispiele dann Faltenbehandlungen (.) von Gynäkolo- Faltenbehandlungen im Gesicht von Gynäkologen ähm (.) das ist Hausärzte die ihren Patienten Hyaluron unterspritzen weil sie das in einem Wochenendkurs von der Hyaluron herstellenden Firma gesponsort bekommen all das (.) funktioniert und das ist ein Markt in dem viel zu viel (.) für die für die Nachfrage viel zu viel Angebot da ist [...]

(Neptun, Z. 757-773)

Mit der Aussage, dass es im Kontext von Medien und Ästhetisch-Plastischer Chirurgie auch um »Angebot« und »Nachfrage« geht, gibt Dr. Neptun seinen nachfolgenden Ausführungen eine wirtschaftliche Rahmung, denn es handelt sich dabei um ein wirtschaftsbezogenes Begriffspaar, mit dem Produktions- und Verteilungsvorgänge auf einem ökonomischen Markt beschrieben werden. Im Anschluss daran verwendet er für den Bereich der ästhetischen bzw. kosmetischen Operationen die Metapher eines »Teich[s]«, in dem viele Angeln von vielen unterschiedlichen Ärzt*innen hängen. Ein Teich ist im Vergleich zu einem See oder einem Meer ein kleinerer Bereich, der durch ein Ufer eine klare Begrenzung aufweist. Mit einer Angel werden wiederum Fische gefangen, was in diesem Beispiel sinnbildlich meinen kann, dass entweder Patient*innen oder – durch die zuvor gegebene Rahmung – finanzielle Gewinne »an Land« gezogen werden, die die Ärzt*innen im Bereich der ästhetischen Operationen erzielen können. Dass sehr viele Ärzt*innen in einem

vergleichsweise kleinen, begrenzten Bereich ›angeln‹ würden, impliziert wiederum eine konkurrenzhaftere Situation in Bezug auf die Ästhetisch-Plastische Chirurgie.

Im Folgenden führt er dann aus, zu wem die Angeln gehören, die im Teich der ästhetischen Operationen hängen. So gehöre nach Dr. Neptun ein Teil der Angeln zu Ärzt*innen, die eine Facharztausbildung im Bereich der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie absolviert haben. Zur Charakterisierung dieser ersten Akteursgruppe bezieht er sich also vor allem auf das Merkmal von fachlicher Ausbildung und demgemäß auf fachliche Kompetenz. Dieses Merkmal wendet er, wie sich im Fortgang zeigt, weiter als wesentliches Unterscheidungsmerkmal für die anderen Personengruppen an, die ebenfalls den Teich der ästhetischen Operationen ›befischen‹. So würden auch Ärzt*innen anderer Fachdisziplinen (Kieferchirurgie, Gynäkologie, Allgemeinmedizin), also Personen, bei denen man zwar davon ausgehen kann, dass sie mindestens ein medizinisches Studium absolviert haben, Verfahren anwenden, die in den Bereich der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie fallen (Bauchdeckenstraffung, Unterspritzung mit Hyaluron, Faltenbehandlung).

Diese Ärzt*innen, die aus einer anderen Fachdisziplin heraus ästhetische Eingriffe vornehmen, bezeichnet Dr. Neptun jedoch als ›fachfremd‹ praktizierend und im Weiteren auch als »Negativbeispiele«. In etwas »fremd« zu sein meint, dass jemand nicht der Vorstellung entspricht, die man von etwas hat bzw., dass der Person etwas unbekannt ist. Angewendet auf die Fachdisziplin der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie impliziert diese Formulierung, dass die fachfremden Personen entweder nicht dem entsprechen, was Dr. Neptun als fachadäquat im Sinne von fachkompetent versteht und/oder, dass er annimmt, die Personen würden nicht über jene Ausbildung und Erfahrung verfügen, die Dr. Neptun als berechtigt empfindet. Das, woran es den fachfremd praktizierenden Personen also mangelt, sei eine fachspezifische Kompetenz. Entsprechend führt er ihr ärztliches Handeln als negative Beispiele aus, also als etwas, das er als nicht wünschenswert empfindet und er in der Folge ablehnt.

Dass es ihm vor allem um den Aspekt der fachlichen Kompetenz geht, wird abschließend deutlich, wenn er darauf verweist, dass die fachfremd praktizierenden Ärzt*innen die Verfahren mitunter innerhalb von »Wochenendkurs[en]« erlernt hätten. Da Facharztausbildungen meist mehrere Jahre in einer Vollzeitbeschäftigung in Anspruch nehmen, ist ein Kurs, der ausschließlich an zwei Tagen und neben der eigentlichen werktätigen Arbeit absolviert wird, im Vergleich dazu wesentlich weniger qualitätsversprechend. Das heißt, es wirkt unrealistisch, dass innerhalb von zwei Tagen dieselben Kompetenzen erworben werden könnten wie in einer mehrjährigen Fachausbildung. Allein dies scheint schon einen Faktor der Diskreditierung für Dr. Neptun darzustellen, was meint, dass er die fachfremd praktizierenden Ärzt*innen, die neben ihm den »Teich« der ästhetischen Operationen ›befischen‹ würden, als nicht befugt ablehnt.

Wie Dr. Neptun die anderen Akteursgruppen in ihrem ärztlichen Handeln bewertet, wird schließlich zum einen implizit an seinem Hinweis deutlich, dass diese »Wochenendkurse« von Firmen finanziert würden, die die jeweiligen, zur ästhetischen Behandlung notwendigen Substanzen herstellten. Die Finanzierung durch Firmen suggeriert zum einen, dass das Interesse der fachfremd praktizierenden Ärzt*innen für ästhetische Eingriffe erst durch finanzielle Anreize von außen geschaffen wurden (das Interesse also genuin nicht intrinsisch erwachsen ist) und andererseits, dass wirtschaftliche Instanzen (wie Firmen) durch Anreize auf das ärztliche Handeln einwirken würden, was das ärztliche Handeln der fachfremd Praktizierenden wiederum als käuflich und entsprechend als beeinflussbar darstellt. Somit verstärkt sich die Deutung, dass Dr. Neptun fachfremd Praktizierende in seinem eigenen Fachbereich als unberechtigt ablehnt.

Die Motivation derjenigen, die aus Sicht von Dr. Neptun mit mangelhafter bis fehlender Kompetenz trotzdem den Fachbereich der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie bedienen würden, konkretisiert er – im Einklang mit den bisherigen ökonomischen Rahmungen – zum einen indem er darauf verweist, wie »verlockend« die Gewinnspanne zwischen »Kasse und Selbstzahler« sei. Mit diesem Hinweis bezieht er sich auf ein Beispiel, in welchem er zu einem, früheren Zeitpunkt des Interviews durchgerechnet hat, warum es sich in der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie nicht lohne, etwas über die Krankenkassen abzurechnen. Denn diese würden nur einen Bruchteil dessen bezahlen, was er im Zuge einer Selbstzahlerleistung für denselben Eingriff finanziell erzielen könne. Indem er impliziert, dass im Bereich der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie ein über das Normalmaß (Krankenkassenerstattung) hinausreichender Gewinn erzielt werden könne, zeigt er einen ökonomischen Anreiz an, dem andere erliegen (könnten).

Dass manche diesem Anreiz tatsächlich erliegen, führt Dr. Neptun nochmals an, wenn er konstatiert, dass fachfremde Personen ästhetisch-plastische Eingriffe durchführen würden, »weil sie die Knete so schön finden«. Finanzielle Anreize sieht er somit als hauptsächlichen Motivator für andere, fachfremde »Angler« am »Teich« der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie. In Bezug auf jene Personen, die nicht über die Kompetenz zur Ausführung ästhetisch-plastischer Verfahren verfügten, führt er abschließend an, dass aufgrund dieser ein viel zu großes »Angebot« für die bestehende »Nachfrage« bestehe. Mit dieser Aussage schließt Dr. Neptun zum einen seine Ausführung sinnlogisch ab, insoweit er an die anfänglich thematisierte Marktförmigkeit der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie anknüpft. Zum anderen macht er damit deutlich, dass – vor dem Hintergrund der ökonomischen Strukturiertheit seiner Fachdisziplin – zu viele Personen Eingriffe anböten, wodurch diejenigen, die über eine berechtigende Fachkompetenz verfügten, unter einen Konkurrenzdruck gerieten. Angesichts seiner Darlegung, dass und inwiefern fachfremde Personen von ihm als inkompetent eingeschätzt werden, wird diese von ihm konstatierte Konkurrenzsituation als negativ bewertet: Personen, die trotz feh-

lender Kompetenz ästhetisch-plastische Eingriffe praktizierten, erschwerten ihm als Facharzt für Ästhetisch-Plastische Chirurgie sein ärztliches, notwendigerweise wirtschaftliches Handeln.

Dass die Marktförmigkeit der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie und die damit verbundene große Anzahl fachfremd praktizierender Mediziner*innen von den interviewten Chirurg*innen als eine durch Konkurrenz geprägte Situation wahrgenommen wird, zeigt sich dann zudem an verschiedenen Stellen in den Expert*inneninterviews. So konstatiert etwa Dr. Uranus, dass »Ärzte [...] untereinander wie eine deutsche Schrebergartenveranstaltung äh Kolonie« wären, in der niemand jemand anderes etwas »gönnt« (Uranus, Z. 629ff.). Was er beschreibt, ist eine generell vorherrschende Missgunst unter Ärzt*innen, die sich in einer – der Metapher des Schrebergartens folgend – kleinbürgerlich-spießigen Manier äußere. Missgünstig zu sein, bedeutet in der Regel, dass man jemanden anderen einen Erfolg oder einen bestimmten Vorteil nicht zugestehen will, was wiederum eine Denkweise impliziert, in der andere als Konkurrent*innen wahrgenommen werden.

Dr. Merkur berichtet wiederum in Bezug auf Online-Bewertungsportale, dass »auch ähm (2) unseriöse Sachen laufen im Hintergrund (.) gerade so im Zeitalter der Anonymität (.) über das Internet (.) und ähm (.) das da der eine dem anderen äh versucht wirklich dann auszustechen und mit teils unfairen Mittel« (Merkurs, Z. 755ff.). Mit dieser Umschreibung spielt er auf eine Praktik an, von der mehrere der interviewten Chirurg*innen berichten, und die darin besteht, dass Mediziner*innen Online-Bewertungsportale nutzen, um Kolleg*innen anonymisiert schlechte Bewertungen zu geben. Das Ziel dieser Vorgehensweise besteht nach Dr. Merkur darin, andere »auszustechen«, was meint, dass versucht wird, andere durch schlechte Bewertungen abzudrängen und sie auf diese Weise auch gleichzeitig zu übertreffen. Dass diese Methode, sich selbst einen Vorteil im bestehenden Konkurrenzgefüge durch Herabwertung anderer zu verschaffen, von Dr. Merkur abgelehnt wird, zeigt sich, wenn er dieses Vorgehen als »unfair« bezeichnet.

Noch drastischer verdeutlicht sich die Konkurrenzsituation am Fall von Dr.ⁱⁿ Jupiter. Wie in Kapitel 3.3 dargestellt, ist sie die einzige Ärztin im Interview-Sample, die zwar eine Facharztausbildung absolviert hat, aber eben nicht für den Fachbereich der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie. Aufgrund dessen bezeichnet sie sich auch nicht als ästhetisch-plastische Chirurgin, sondern sie zählt sich zur »Rubrik für (.) ästhetische Mediziner« (Jupiter, Z. 566f.). Sie mache keine Werbung mehr, weil sie, als sie sich mit einer eigenen Praxis für Ästhetische Medizin niedergelassen habe, »sehr viel (.) am Anfang (.) Anzeigen (.) bekommen habe leider von Kollegen« (ebd., Z. 555f.). Als Anlass für die meist anonymen Anzeigen, die jedes Mal Kontrollen durch das Gesundheitsamt zur Folge hatten, führt sie an, dass fälschlicherweise angenommen werde, dass sie sich als ästhetisch-plastische Chirurgin ausweisen würde, ohne über den notwendigen Facharztstitel zu verfügen.

Somit erfährt Dr.ⁱⁿ Jupiter in direkter Weise Konsequenzen, die sich aus jenen Ansichten ergeben, die zuvor aus den Expert*inneninterviews mit den ästhetisch-plastischen Chirurg*innen in Bezug zur Konkurrenzsituation in der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie herausgearbeitet wurden. Denn diese sprechen Personen ohne entsprechende Fachausbildung die Berechtigung ab, ästhetische Eingriffe durchzuführen. Praktizieren Personen ohne spezifische Qualifikation trotzdem im Bereich der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie, so werden sie verdrängt bzw. am Arbeiten gehindert. Entsprechend resümiert Dr.ⁱⁿ Jupiter, dass ihre gemachten Erfahrungen ein deutliches Zeichen für »wirklich tatsächlich sehr (.) Konkurrenz« seien (Jupiter, Z. 579). Derlei angedeutete Bestrebungen ästhetisch-plastischer Chirurg*innen zu einer Begrenzung der Ausübung von Ästhetisch-Plastischer Chirurgie erfolgt jedoch nicht immer anonym. Sie werden mitunter offen postuliert. Dies soll abschließend an einer Antwort von Dr. Uranus illustriert werden, die er auf die Frage der Interviewerin nach den zukünftigen Herausforderungen der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie formuliert:

U.: [...] man muss halt (.) man muss halt den Markt immer (.) kontrollieren (.) und da ist die Aufgabe der Plastik da wieder das Ruder zu übernehmen das nicht irgendeine Kosmetikerin und Hans und Franz (.) irgendwelchen Scheiß verkauft (.) das sollten wir unbedingt eindämmen (2) [...]

(Uranus, Z. 749-752)

Er konstatiert die generelle Notwendigkeit (»man muss«) einer Kontrolle des »Markt[s]«, als den er die Ästhetisch-Plastische Chirurgie versteht. Zu kontrollieren kann in diesem Kontext einerseits eine Art der steten Überprüfung des Marktes meinen, es kann andererseits aber auch bedeuten, dass der Markt von Personen mit einer Fachausbildung für Ästhetisch-Plastischen Chirurgie dominiert werden sollte. Dr. Uranus begreift es diesbezüglich als »Aufgabe« seiner Disziplin (die er übergreifend als »Plastik« bezeichnet), wieder eine maßgeblich bestimmende Rolle (»Ruder zu übernehmen«) in eben dieser Kontrolle des Marktes einzunehmen. Was er konkret unter Kontrolle versteht, verdeutlicht sich, wenn er betont, dass das Anbieten und Durchführen ästhetisch-plastischer Eingriffe durch fachfremde Personen (»Kosmetikerin«, »Hans und Franz«) verhindert werden sollte. Die Kontrolle des Marktes bedeutet für ihn also, proaktiv, anhand von fachlichen Qualifikationen und Kompetenzen, Grenzziehungen vorzunehmen, die wiederum zu Ein- und Ausschlüssen führten. Letztlich deutet diese von Dr. Uranus formulierte (Auf-)Forderung darauf hin, dass er die aktuelle Situation der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie als problematisch wahrnimmt, da sonst kein Anlass zum intervenierenden Handeln bestehen würde. Diese Problematik der aktuellen Situation wird von ihm wiederum rückgebunden an Fragen der

grundlegenden fachlichen Befugnis und der Berechtigung zur Ausübung von Ästhetisch-Plastischer Chirurgie.

Typisierung des Expert*innenwissens zur Rolle der Ökonomie innerhalb des Feldes der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie

Die Analysen der Expert*inneninterviews, wie in diesem Kapitel präsentiert, werden nun in Form einer sinngenetischen Typenbildung abschließend zusammengefasst. Sie verfolgt das Ziel, die rekonstruierten Orientierungen der Chirurg*innen zu einem sie adäquat erfassenden Typus zu abstrahieren (vgl. zur Typenbildung Kap. 3.2). Allen vorgestellten Auszügen und Passagen ist gemein, dass innerhalb dieser die Chirurg*innen die Bedeutung von Ökonomie sowohl in Bezug auf ihre berufliche Motivation und als auch hinsichtlich der Bedeutung dieser im Kontext ihres beruflichen Handlungsfeldes der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie belegen. Die Verhandlungen werden, ähnlich zu den Diskussionen der Alltagsakteur*innen, durch das zentrale Thema der Berechtigung gerahmt. Jedoch beschäftigen sich die interviewten Chirurg*innen, anders als die Alltagsakteur*innen, nicht ausschließlich mit der Frage der *Rechtmäßigkeit* der Ausübung von Ästhetisch-Plastischer Chirurgie, sondern sie thematisieren darüber hinaus auch Grenzen der *Befugnisse* zu deren Anwendung.

Ein erster Teil der analysierten Ausschnitte der Interviews, die mit den Chirurg*innen durchgeführt wurden, drehte sich darum, wie sie die Rechtmäßigkeit eines wirtschaftlichen Gewinns plausibilisieren, der mit ihrem Beruf als Fachärzt*in der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie einhergehe. Ausgangspunkt dieser Verhandlungen bildete die entweder rein antizipierte Annahme oder der tatsächlich erfahrene Vorwurf an Chirurg*innen, dass ihre berufliche Motivation vor allem darin bestünde, einen finanziellen Gewinn für sich persönlich zu erzielen. Derlei Annahmen oder Vorwürfen entgegneten die Chirurg*innen über detaillierte Darstellungen ihrer Selbstverständnisse und beruflichen Motivationen, die allesamt durch die Bemühung geprägt sind, jeglichen Anschein einer persönlichen, finanziellen Bereicherung zu nihilieren. So erklären die Chirurg*innen durchgehend, dass wirtschaftliche Interessen durchaus einen zentralen Bestandteil ihrer ärztlichen Tätigkeit darstellten, betonen jedoch umgehend, dass jede Form ökonomischer Orientierung auf einer Verantwortung basiere, die sie gegenüber anderen Personen haben, ob dies nun die eigene Familie ist, die es zu versorgen gilt, oder der eigene Mitarbeiter*innenstab, der zu entlohnen ist. Eine andere Art der Relativierung von angenommen und/oder erfahrenen Bezeichnungen, sie seien nur darauf aus, ein finanzielles Übermaß für sich selbst zu erreichen, besteht darin, dass die Chirurg*innen Geld als eine mögliche, aber eine weniger relevante Art der Entlohnung darstellen (im Vergleich etwa zu Patient*innendankbarkeit und -zufriedenheit).

Darüber hinaus betonen die Chirurg*innen, dass die Ausrichtung ihrer ärztlichen Tätigkeit an ökonomischen Zielen eine Notwendigkeit sei, damit sie überhaupt ärztlich tätig sein können. Denn Marktwirtschaft sei ihrer Ansicht nach das dominierende Prinzip, und um praktizieren zu können, müsse man sich an den Prinzipien der Marktwirtschaft ausrichten. Insoweit verstehen die Chirurg*innen ihr ärztliches Handeln als rechtmäßig, da sie ihren finanziellen Verdienst nicht als egozentrisch motiviert und ihre ökonomische Orientierung nicht als freie Entscheidung begreifen. Unter Einbezug dieser Überlegungen wird eine erste Basistypik erstellt als »Die Wirtschaftlichkeit der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie als notwendige Nebensächlichkeit«.

Ein zweiter Teil der analysierten Ausschnitte aus den Expert*inneninterviews zeigt, wer aus Sicht der Chirurg*innen das Feld der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie bedient, wer es bedienen sollte und wer es nicht bedienen dürfte – die Auszüge eint also die Erörterung der Frage nach der Befugnis zur Ausübung der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie. Die interviewten Chirurg*innen unterscheiden übereinstimmend zwischen aus ihrer Perspektive berechtigten und unberechtigten Personengruppen und knüpfen diese Unterscheidung vor allem an das Merkmal fachlicher Kompetenz. Verfügen Personen über eine medizinische Fachausbildung, die Teilgebiete betreffen, die unter anderem auch zum Aufgabengebiet von ästhetisch-plastischen Chirurg*innen zählen, so wird diesen Personen für diesen je spezifischen Bereich Kompetenz und entsprechende Befugnis zuerkannt (wie bspw. Dermatolog*innen für Faltenbehandlung). Die Befugnis zur Ausführung von Ästhetisch-Plastischer Chirurgie wird dagegen jenen Personen aberkannt, die zwar eine Facharztausbildung absolviert haben, jedoch keinerlei fachlichen Bezug zu Handlungsfeldern der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie aufweisen (wie etwa Gynäkolog*innen). Indiskutabel ist für die Chirurg*innen schließlich, dass Ästhetisch-Plastische Chirurgie mindestens von medizinisch fachausgebildeten Personen durchgeführt werden muss, weswegen allen Personengruppen ohne jegliche einschlägige Medizinausbildung die Kompetenz und infolge dessen auch die Berechtigung zur Ausführung ästhetisch-plastischer Eingriffe grundlegend aberkannt wird. Dies tritt etwa bei den exemplarisch angeführten Personengruppen der Heilpraktiker*innen und Kosmetiker*innen besonders deutlich zu Tage.

Haben sich die Chirurg*innen in dem ersten Teil der analysierten Auszüge dieses Kapitels vor allem mit ihrer eigenen beruflichen Motivation beschäftigt, so ist der zweite Teil dadurch geprägt, dass sie der Frage nachgehen, welche Motivation die von ihnen als unbefugt kategorisierten Personen antreibt, ästhetisch-plastische Eingriffe vorzunehmen. Den Ausgangspunkt dieser Überlegungen bildet der Umstand, dass das Feld der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie als grundlegend ökonomisch strukturiert und entsprechend gewinnorientiert dargestellt wird. Denn die durch die Marktformigkeit der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie gegebene Möglichkeit, wirtschaftliche Gewinne zu erzielen, sehen die Chirurg*innen als den zen-

tralen Grund, warum fachfremde (Nicht-)Mediziner*innen auch unbefugt ästhetisch-plastische Eingriffe durchführen: Sie wollten an der Marktförmigkeit finanziell partizipieren.

Dadurch, dass Personen mit mangelhafter oder gänzlich fehlender Fachkompetenz ebenfalls das Feld der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie bedienten, wäre nach Ansicht der Chirurg*innen die aktuelle Marktsituation vor allem durch Konkurrenz geprägt. Dies gründet darauf, dass durch fachfremd Praktizierende ein Überangebot entstehe, das weit über die eigentliche Nachfrage reiche und somit alle Marktteilnehmenden unter Wettbewerbsdruck setze. Von den interviewten Chirurg*innen wird diese Entwicklung durchweg negativ gerahmt, denn durch fachfremd praktizierende Personen werde ihnen in dieser Dynamik erschwert, selbst ausreichend finanziellen Gewinn zu erwirtschaften, was sie, wie im ersten Teil der Analyse dargestellt, jedoch als Notwendigkeit angeben, um überhaupt als ästhetisch-plastische*r Chirurg*in praktizieren zu können. Folglich postulieren die Chirurg*innen eine verstärkte Kontrolle des Marktes der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie, die ausschließlich durch die in diesem Bereich ausgebildeten Fachärzt*innen und in Form eines konsequenten Ausschlusses all jener Personen erfolgen sollte, die mangelnde oder fehlende Fachkompetenz vorweisen.

Somit handeln die rekonstruierten Orientierungen des zweiten Teils der Analysen wie die des ersten Teils auch maßgeblich von der ökonomischen Strukturiertheit der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie. Jedoch unterscheiden sich die jeweiligen Analyseteile, da im Rahmen von ihnen gänzlich unterschiedliche Perspektiven eingenommen werden. Ging es zuvor um die Plausibilisierung der beruflichen Motivation der Chirurg*innen selbst, handeln die späteren Ausschnitte von den angenommenen Ambitionen fachfremder Personen. Entsprechend dieser Divergenz wird keine Differenzierung der bereits erstellten Basistypik vorgenommen, sondern es wird eine weitere, thematisch eigenständige Typik abstrahiert, um der Divergenz der Analysen angemessen Rechnung zu tragen. Diese Typik trägt die Bezeichnung ›*Die Wirtschaftlichkeit der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie als Konkurrenz- und Risikogenerator*‹. Er fängt adäquat ein, dass sich aus der wirtschaftlichen Strukturiertheit der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie zum einen eine wettbewerbszentrierte Dynamik ergibt, die vor allem durch unbefugt praktizierende Personen angetrieben werde, und er integriert zum anderen die Bedrohung der (wirtschaftlichen) Existenz der ästhetisch-plastischen Chirurg*innen sowie des Wohls der Patient*innen.

7.3. Grenzkonstruktionen zum professionellen Status der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie

Wie in Kapitel 2.1 erläutert, ist die Ästhetisch-Plastische Chirurgie aus einer soziologischen Perspektive heraus als ein »[p]rofessionalisiertes Expertentum« (Pfadenhauer 2017: 1) definiert. Um ein *Expert*innentum* handelt es sich, da ästhetisch-plastische Chirurg*innen aufgrund ihrer Facharztausbildung nicht nur über ein »spezialisierte[s] Sonderwissen« (Pfadenhauer 2003: 27), sondern auch über ein »Expertenwissen als eine Art ›Überblickswissen‹ über spezialisierte Sonderwissensbereiche« (ebd.) verfügen, insoweit sie sich zwar auch auf den Bereich der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie spezialisiert haben, aber grundlegend in der Humanmedizin und Chirurgie ausgebildet worden sind. Dass es sich bei der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie darüber hinaus um ein »[p]rofessionalisiertes Expertentum« (Pfadenhauer 2017: 1; Herv. J.W.) handelt, wird dahingehend begründet, dass die Ästhetisch-Plastische Chirurgie formale Bedingungen (wie u.a. ein fachspezifisches Wissen, Berufsverbände zur Selbstverwaltung, Gemeinwohlorientierung etc.) einer erfolgreichen Professionalisierung erfüllt (zu Kriterien von Profession/alisierung vgl. Kap. 2.1, Miege 2018, Pfadenhauer/Sander 2010).

Wie bereits in Kapitel 2.1 ausgeführt, besteht ein weiteres Kennzeichen des professionalisierten, modernen *Expert*innentum* nach Pfadenhauer in dem Innehaben von Lizenz und Mandat (vgl. Pfadenhauer 2017: 2). Diese Unterscheidung geht auf Everett Hughes zurück, der diese in die professionssoziologischen Debatten eingeführt hat und beschreibt, dass Vertreter*innen einer Profession über eine Lizenz in Form einer formalrechtlichen Regelung verfügen, durch die es ihnen möglich ist, spezifische Handlungen vorzunehmen, die anderen vorenthalten sind. Das Innehaben eines Mandats verschafft Vertreter*innen einer Profession dagegen eine Definitionshoheit, aus der heraus es ihnen möglich ist, Bestimmungen in Bezug auf ihr Tätigkeitsfeld festzulegen. Hughes bemerkt jedoch, dass erst wenn »such a presumption is granted as legitimate, a profession in the full sense has come into being« (Hughes 1993: 288). Eine Profession gilt also erst dann vollendet als Profession, wenn ihren Vertreter*innen das Innehaben von Mandat und Lizenz gesellschaftlich zuerkannt wird.

Die Ästhetisch-Plastische Chirurgie jedoch allein indikatorisch als professionalisiertes *Expert*innentum* zu erfassen, würde zu kurz greifen, bedenkt man drei-erlei Umstände: Zum Ersten ist Professionalisierung ein Prozess, was bedeutet, dass Kriterien zur Statusbestimmung eines Berufsstandes zwar innerhalb eines Entwicklungsprozesses erreicht werden können, dass es aber aufgrund der Prozesshaftigkeit keine Garantie gibt, dass die Kriterien auf immer erfüllt bleiben. Folglich können Berufsstände ihren Status auch wieder verlieren. Zum Zweiten bleibt in einer rein indikatorischen Bestimmung von Profession verborgen, ob die formalrechtlichen Kriterien, die den Status der Profession kennzeichnen, für die

Vertreter*innen überhaupt von Bedeutung sind und von ihnen angewandt bzw. vertreten werden. Zum Dritten sind manche der Indikatoren zur Anerkennung eines Berufsstandes als Profession (wie die Zuerkennung der Gemeinwohlorientierung oder der Deutungshoheit) an andere Personengruppen (wie etwa Alltagsakteur*innen) gebunden und auch in dieser Hinsicht tendenziell unbeständig (vgl. Kap. 2.1).

Angesichts dieser kritischen Einwände wird hier die bereits vorgenommene indikatorische Professionsbestimmung der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie als eine Art heuristische Folie verstanden, vor der nun im Folgenden die rekonstruierten Orientierungen der interviewten Alltagsakteur*innen und Chirurg*innen in Hinblick auf den professionellen Status der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie beleuchtet werden. Mit einer solchen Vorgehensweise wird es möglich – den oben angeführten Kritikpunkten Rechnung tragend – sich von einer rein indikatorischen Bestimmung von Profession abzuwenden und sich einer stärker interaktionistisch ausgerichteten Ermittlung des professionellen Status zuzuwenden. Denn auf diese Weise werden die die Indikatoren betreffenden Zu- und Aberkennungen sowie Selbstdarstellungen mit einbezogen (zur interaktionistischen Bestimmung von Profession vgl. Pfadenhauer/Sander 2010: 368f.; Pfadenhauer 2003: 47-50).

Zunächst rückt der Aspekt in den Fokus, »dass der professionelle Status und die damit verknüpften Privilegien (Macht, Einfluss, Ansehen etc.) der gesellschaftlichen Anerkennung [...] bedürfen« (Pfadenhauer/Sander 2010: 369). Inwieweit die interviewten Alltagsakteur*innen den ästhetisch-plastischen Chirurg*innen den professionellen Status zuerkennen, zeigt sich am deutlichsten in den Grenzverhandlungen um die Berechtigung der angenommenen beruflichen Motivation der Chirurg*innen. Wie herausgearbeitet werden konnte, vertreten die Alltagsakteur*innen die Ansicht, dass die Medizin im Allgemeinen und die Ästhetisch-Plastische Chirurgie im Besonderen durch einen sich aktuell vollziehenden Ökonomisierungsprozess gekennzeichnet seien. Den Mediziner*innen bzw. ästhetisch-plastischen Chirurg*innen wird diesbezüglich eine konstitutive, weil antreibende Rolle in Bezug auf diese Dynamik attestiert, da auch die Motive, an denen sie ihr ärztliches Handeln ausrichten, zunehmend ökonomisch geprägt seien und die Dynamik antrieben.

Die zunehmend wirtschaftliche Ausrichtung der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie stelle nach den Alltagsakteur*innen zudem nicht nur ein sich neu etablierendes Strukturprinzip dar, das neben anderen Prinzipien bestehe, sondern es werde zum dominierenden Prinzip, das andere Prinzipien verdränge. Entsprechend ginge es den ästhetisch-plastischen Chirurg*innen nur noch darum, für sich persönlich wirtschaftliche Gewinne zu erzielen. Da die berufliche Motivation der ästhetisch-plastischen Chirurg*innen von den interviewten Alltagsakteur*innen mit grundlegenden Maßstäben, die sie an ein »rechtmäßiges« ärztliches Handeln anlegen, in einen Sinnzusammenhang gestellt werden, kann geschlussfolgert wer-

den, dass sie diese von ihnen konstatierte Entwicklung einer zunehmenden Ökonomisierung negativ beurteilen. Denn die Alltagsakteur*innen vertreten ein kuratives Medizinverständnis (vgl. Kap. 6.3), welches sich dadurch auszeichnet, dass das Wohlergehen der Patient*innen sowie deren Gesundheitserhaltung das oberste Ziel ärztlichen Handelns bilden (sollten). Dieses ärztliche Berufsethos steht der angenommenen beruflichen Motivationen der ästhetisch-plastischen Chirurg*innen widersprüchlich bzw. unvereinbar gegenüber. In Bezug auf die Frage der An- oder Aberkennung des professionellen Status kann in diesem Kontext folgende Einlassung Hughes' herangezogen werden:

»The true professional, according to the traditional ideology of professions, is never hired. He is retained, engaged, consulted etc., by some one who has need of his services. He, the professional, has or should have almost complete control over what he does for the client. Especially in medicine, the protest against working in organizations and for salary is very strong.« (Hughes 1993: 381f.)

Bereits Hughes verwies also darauf, dass ein ›wahrer‹ Professioneller nicht in einem wirtschaftlich geprägten Anstellungsverhältnis agiere, sondern konsultiert werde und dass eine zuvorderst wirtschaftliche Ausrichtung gerade im Bereich der medizinischen Profession als durchaus kritisch diskutiert werde. Sinngemäß dazu kann die berufliche Motivation, die den ästhetisch-plastischen Chirurg*innen seitens der Alltagsakteur*innen unterstellt wird, als eine Infragestellung ihres professionellen Status gedeutet werden. Ästhetische-plastische Chirurg*innen, die als praktizierende Ärzt*innen eigentlich der prototypischen Profession der Medizin zugerechnet werden können, weichen also aufgrund ihrer unterstellten beruflichen Motivation vom etablierten Bild eines*r Mediziner*in ab. Diese Herausforderung gängiger Vorstellungen wird jedoch nicht nur durch die Alltagsakteur*innen thematisiert, sondern sie wird auch von den interviewten Chirurg*innen selbst provoziert, etwa indem sie sich selbstverständlich in der Sonderrolle von Dienstleister*innen, d.h. als Personen, die von anderen angestellt (›hired‹) werden, inszenieren (vgl. Kap. 4.2).

Die zunehmende ökonomische Ausrichtung des beruflichen Handelns der ästhetisch-plastischen Chirurg*innen steht darüber hinaus mit einem weiteren Indikator der Professionsbestimmung in einem direkten Zusammenhang. So zähle »eine (teils altruistisch verstandene) Gemeinwohlorientierung« (Pfadenhauer/Sander 2010: 362) ebenfalls als ein Kriterium zur Bestimmung von Profession. Für den Bereich der Medizin wird gemeinhin die Wiederherstellung und Erhaltung von Gesundheit als ein gemeinwohlorientiertes Kriterium angesehen, das den Beruf des*der Mediziner*in zur Profession werden ließe (vgl. Mieg 2018: 453). Wie in Kapitel 2.1 bereits herausgearbeitet, halten Ärzt*innen die Aspekte Gesundheit und Gemeinwohlorientierung überdies in den ihnen selbst auferlegten Statuten (wie etwa dem Genfer Gelöbnis oder der Berufsordnung der in Deutschland praktizieren-

den Mediziner*innen) als zentrale Werte fest, nach denen sie ihr ärztliches Handeln auszurichten geloben (vgl. Kap. 2.1, WMA 2017, Bundesärztekammer 2018c). Da die Alltagsakteur*innen jedoch konstatieren, dass die berufliche Motivation der ästhetisch-plastischen Chirurg*innen *nicht mehr* an Gesundheit ausgerichtet sei, sondern sich *nur noch* auf die Erzielung wirtschaftlicher Gewinne konzentriere, erfüllen die Chirurg*innen aus einer alltagsweltlichen Perspektive heraus ebenfalls dieses Kriterium nicht mehr.

Somit kritisieren die Alltagsakteur*innen an den ästhetisch-plastischen Chirurg*innen zum einen, *was* sie ihm Rahmen ihrer ärztlichen Tätigkeit tun (Schönheit zu produzieren statt Gesundheit zu erhalten bzw. wiederherzustellen), und zum anderen, *warum* sie dies tun (persönliche, finanzielle Profitmaximierung statt Gemeinwohlorientierung). Den ästhetisch-plastischen Chirurg*innen wird aufgrund der Annahme einer beruflichen Motivation, die ausschließlich ökonomisch orientiert sei – mal mehr, mal weniger direkt vorgeworfen – sich in der Rolle als Mediziner*in nicht adäquat zu verhalten. Entsprechend kann geschlussfolgert werden, dass die Alltagsakteur*innen ihnen deshalb nicht zugestehen, ›richtige‹ Verhaltensweisen in Bezug auf die Angelegenheit ihrer Arbeit (Anlässe und Möglichkeiten körperlicher Modifikationen durch Ästhetisch-Plastische Chirurgie) zu definieren. Den Chirurg*innen wird also nicht zugestanden »to set the terms in which some aspect of society, life or nature is to be thought of, and to define the general lines, or even the details, of public policy concerning it« (Hughes 1993: 376). Die Alltagsakteur*innen erkennen den Chirurg*innen somit die Deutungshoheit kategorisch ab, die ihnen mit dem Innehaben eines Mandats zuteilwerden würde.

Wie in den Analysen verdeutlicht, sind sich die interviewten Chirurg*innen dieser Annahmen und Vorwürfe durchaus bewusst (ob aufgrund dessen, dass sie diese bereits erfahren haben oder dass sie diese nur antizipieren) und sie sind darum bemüht, diese von sich zu weisen oder zu relativieren, indem sie auf die Notwendigkeit des Wirtschaftens, die Zweitrangigkeit geldlicher Gewinne und/oder die finanzielle Verantwortung gegenüber anderen Personen verweisen. Jedoch thematisieren sie den Aspekt einer ökonomischen Orientierung ihres ärztlichen Handelns in der Regel nicht von sich aus, sondern erst über eine durch die Interviewerin vorgenommene Konfrontation mit diesem Aspekt. Die »Wahrnehmung eines Problems durch Laien« ist aber nicht gleichbedeutend damit, dass auch Professionelle ihr ärztliches Handeln an dieser Problemwahrnehmung orientieren (vgl. Hitzler/Pfadenhauer 1999: 106; H.i.O.). Entsprechend ist davon auszugehen, dass ästhetisch-plastische Chirurg*innen sich zwar der kritischen, alltagsweltlichen Wahrnehmung bewusst sind, da sie sich legitimierend dazu positionieren, sie aber diese Wahrnehmung sehr wahrscheinlich nicht in ihr eigenes Problembewusstsein aufgenommen haben und entsprechend auch nicht ihr ärztliches Handeln diesbezüglich hinterfragen, da sie derlei Annahmen sonst auch eigeninitiativ, also von sich aus, zur Sprache gebracht hätten.

Was die interviewten Chirurg*innen dagegen von sich aus thematisieren und wovon entsprechend anzunehmen ist, dass es für sie eine wesentliche Relevanz hat, ist der Umstand, dass nicht nur sie als ästhetisch-plastische Chirurg*innen das Feld der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie bedienen, sondern auch andere Mediziner*innen bzw. nicht medizinisch ausgebildete Personen ästhetisch-plastische Eingriffe anböten. Dieser Umstand ergebe sich nach Ansicht der Chirurg*innen daraus, dass die Ästhetisch-Plastische Chirurgie ein ökonomisch strukturierter Bereich sei, der auch fachfremde Personen anziehe, da auf diesem Markt die Möglichkeit bestehe, wirtschaftliche Gewinne zu erzielen. Ästhetisch-plastische Chirurg*innen nehmen also an, dass fachfremde Personen, die in ihrem Fachgebiet praktizieren, vor allem dadurch motiviert sind, von den Möglichkeiten des Markts der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie buchstäblich zu profitieren.

In mindestens zweierlei Hinsicht wird der Umstand, dass fachfremde Personen auf dem Gebiet der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie agieren, von den ästhetisch-plastischen Chirurg*innen kritisch beurteilt. Zum einen werden fachfremde Personen, bis auf einige wenige Ausnahmen, als unbefugt verstanden, da sie über keine oder nur eine mangelhafte, aus der Sicht der ästhetisch-plastischen Chirurg*innen aber notwendige, fachliche Kompetenz verfügen. Daraus resultiere vor allem für die Patient*innen ein erhebliches Risiko, da durch das Praktizieren ohne angemessene Fachkompetenz deren körperliche Unversehrtheit bedroht sei. Zum anderen entstehe aufgrund der Personen, die trotz mangelnder Fachkompetenz ästhetisch-plastische Eingriffe durchführen, eine wettbewerbszentrierte Dynamik, die letztlich die ökonomische Existenz der ästhetisch-plastischen Chirurg*innen gefährde.

Vor diesem Hintergrund lässt sich in Bezug auf die Frage nach dem professionellen Status schlussfolgern, dass den ästhetisch-plastischen Chirurg*innen ihre Lizenz streitig gemacht wird, denn eine Grundlage der Lizenz besteht darin, dass »[t]he professionals claim the exclusive right to practice, as a vocation, the arts which they profess to know, and to give the kind of advice derived from their special lines of knowledge« (Hughes 1993: 375). So beanspruchen die ästhetisch-plastischen Chirurg*innen über den Verweis ihrer Facharztausbildung zwar das Recht, exklusiv für die Durchführung ästhetisch-plastischer Eingriffe zuständig zu sein, es gelingt ihnen jedoch nicht, dieses Recht auch konsequent durchzusetzen. Dies zeigt sich an der großen Anzahl für ihre Vorstellungen unbefugter, weil nicht fachkompetenter, Konkurrent*innen auf dem Gebiet der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie.

Die Lizenz zur exklusiven Ausübung der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie ist den Chirurg*innen eigentlich rechtlich über die Heilberufe-Kammergesetze der Bundesländer zugesichert, denn diese bestimmen zum einen, dass das Innehaben einer Facharztkompetenz dazu befähigt, auf einem spezifischen Fachgebiet (wie dem der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie) zu praktizieren; sie legen zum ande-

ren aber auch fest, dass sich Fachärzt*innen gemäß ihrer Facharztkompetenz auf dieses bestimmte Gebiet beschränken sollen, d.h. dass sie keine anderen Fachbereiche bedienen dürfen (vgl. Igl/Welti 2018: 52). Führen nun Mediziner*innen ohne die Facharztausbildung zur Ästhetisch-Plastischen Chirurgie trotzdem derlei Eingriffe durch, verstoßen sie theoretisch gegen diese Regelung, da sie fachfremd praktizieren, und sie stellen auf diesem Wege auch die Lizenz der ästhetisch-plastischen Chirurg*innen infrage. Für Personen, die ästhetisch-plastische Eingriffe ohne jegliche medizinische Fachausbildung durchführen, gilt der Verstoß ebenso, denn ohne eine angemessene Facharztausbildung stünde es ihnen rein formal nicht zu, ästhetisch-plastische Eingriffe zu verrichten. Dass die definitorische Bestimmung dessen, was als ästhetisch-plastischer Eingriff gilt und was nicht (vgl. Kap. 4.1; Kap. 4.2), mitunter nicht eindeutig zu treffen ist, verstärkt nochmals die Problematik der Durchsetzung des Rechts auf die exklusive Ausführung ästhetisch-plastischer Eingriffe.

Mit Blick auf die Bedrohung ihrer Lizenz verwundert es nicht, dass die ästhetisch-plastischen Chirurg*innen eine verstärkte Kontrolle der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie in Form von Ausschlüssen unbefugter Personen postulieren bzw. diese selbst durchzusetzen versuchen, indem sie bspw. fachfremde oder nicht-medizinische Personen anonym anzeigen. Solche Vorgehensweisen entsprechen einem Aspekt, den Pfadenhauer hervorhebt, wenn sie festhält, dass »Professionelle [...] die spezifisch *und* typisch moderne, an der Durchsetzung von kollektiven Eigeninteressen orientierte Erscheinungsform des Experten« seien (Pfadenhauer 2010: 102; H.i.O.). Genau dies, also die Durchsetzung von professionsspezifischen Eigeninteressen und die sich daran anschließende (Ab-)Sicherung von exklusiven Rechten, versuchen die ästhetisch-plastischen Chirurg*innen über derlei Vorgehensweisen zu erreichen – was ihnen jedoch nur bedingt gelingt. Was den ästhetisch-plastischen Chirurg*innen letztlich lediglich bleibt, ist auf ihr spezialisiertes Expert*innenwissen sowie ihr langjähriges Erfahrungswissen zu verweisen und darauf zu insistieren, dass sich Fachexterne mit medizinischer Ausbildung auf ihr Fachgebiet beschränken und Fachexterne ohne medizinische Ausbildung gar keine Eingriffe vornehmen sollten. Verstoßen Personen gegen diese Forderungen, werden sie von den ästhetisch-plastischen Chirurg*innen schließlich durch eben jenen Vorwurf de-legitimiert, den sie selbst von Alltagsakteur*innen erhalten, nämlich, dass sie dies alles nur wegen des finanziellen Gewinns machten, der auf dem Gebiet der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie erwirtschaftet werden kann.

Abschließend kann in Bezug auf eine interaktionistische Bestimmung des professionellen Status von ästhetisch-plastischen Chirurg*innen festgehalten werden, dass diese weder über ein Mandat noch über eine ausschließliche Lizenz für ihre Tätigkeit verfügen. Denn das Mandat wird ihnen von Alltagsakteur*innen aberkannt und die Lizenz wird ihnen durch fachfremde (Nicht-)Mediziner*innen

streitig gemacht. Hughes jedoch betont, dass erst, wenn »such a presumption«, wie sie mit dem Innehaben von Lizenz und Mandat einhergehe, »is granted as legitimate, a profession in the full sense has come into being« (Hughes 1993: 288). Dieser Aussage folgend, kann nicht mehr davon ausgegangen werden, dass es sich bei der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie um eine etablierte Profession handelt, wie eine rein indikatorische Bestimmung zunächst hat vermuten lassen.

Zwar führt Hughes an, dass ein Mandat in Krisenzeiten »may be questioned even with regard to the most respected and powerful professions« (Hughes 1993: 376), d.h. auch bei bereits etablierten Professionen, wie etwa der Medizin, sei es möglich, dass diese in Krisenzeiten hinsichtlich ihres Mandats in Zweifel gezogen werden. Wie jedoch in Kapitel 1 zur Historie der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie erläutert, werden ästhetisch-plastische Chirurg*innen seit Anbeginn des Bestehens ihrer Disziplin mit Vorwürfen und Annahmen der persönlichen Bereicherung und des Nicht-Einhaltens des ärztlichen Berufsethos konfrontiert. Dies bedeutet, dass das Mandat, das die ästhetisch-plastischen Chirurg*innen für sich beanspruchen, in der Geschichte der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie noch nie eindeutig und zweifelsfrei zuerkannt wurde. Daher ist auch nicht davon auszugehen, dass es sich bloß um eine Krisenzeit der Profession handelt, sondern vielmehr scheint es, als sei die Krisenhaftigkeit ein Kennzeichen der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie selbst.

Was sich dagegen aus den rekonstruierten Orientierungen ableiten lässt, ist, dass die ästhetisch-plastischen Chirurg*innen versuchen, ihren Berufsstand als Profession zu etablieren. Sie verfolgen das, was Hughes als ein erstes Ziel einer angestrebten Professionalisierung ausweist, nämlich: »to establish the position of the professional and to separate it from the amateur friendly visitor or reformer« (Hughes 1993: 378). Sie verfolgen dieses Ziel, indem sie immer wieder auf ihre spezifische Fachkompetenz verweisen, die sie über die Facharztausbildung zum* zur ästhetisch-plastischen Chirurg*in erlangt haben, und indem sie über diese Kompetenz andere Personen diskreditieren, die ebenfalls versuchen, das zu tun, was sie im Rahmen ihrer ärztlichen Tätigkeiten praktizieren.

Mit der in diesem Kapitel verfolgten Perspektivverschiebung hinsichtlich der Bestimmung von Profession (von indikatorisch zu interaktionistisch) kann nun angesichts der Analyseergebnisse abschließend geschlussfolgert werden, dass es sich bei der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie nicht um eine etablierte Profession handelt, da ihr wesentliche Kennzeichen einer Profession aberkannt werden. Vielmehr stellt die Ästhetisch-Plastische Chirurgie ein Expert*innentum dar, das mit aller Kraft und unter Nutzung aller Möglichkeiten nach seiner Professionalisierung strebt. Ein solcher Aushandlungs- und Durchsetzungsprozess von Berufen, die eine Professionalisierung anstreben, kann nach Hughes äußert konflikthaft verlaufen (vgl. Hughes 1993: 287-292), was die rekonstruierten Orientierungen der

in dieser Forschungsarbeit interviewten Alltagsakteur*innen und Chirurg*innen eindrücklich illustrieren.

8. Ganz schön operiert?! – Ein Fazit und Ausblick

Das zentrale Anliegen dieser Forschungsarbeit galt der Rekonstruktion gegenwärtiger Muster der (De-)Legitimierung von Ästhetisch-Plastischer Chirurgie in Deutschland. Ein Schwerpunkt lag diesbezüglich auf dem Verhältnis von Alltags- und Expert*innenwissen zur Ästhetisch-Plastischen Chirurgie. Ein Zusammenhang dieser beider Perspektiven wurde in den einleitenden Ausführungen zur Geschichte der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie aufgezeigt. Denn seit dem Aufkommen dieser Fachdisziplin werden zum einen deren Möglichkeiten und Effekte fortwährend gesellschaftlich (mitunter kritisch) diskutiert und zum anderen beziehen sich die ästhetisch-plastischen Chirurg*innen seit jeher auf gesellschaftliche Verhandlungen zu ihrer Fachdisziplin. Die gesellschaftlichen wie auch die innermedizinischen Debatten zur Ästhetisch-Plastischen Chirurgie wurden und werden dabei stets durch Thematisierungen der Zu- oder Aberkennung ihrer Notwendigkeit und Berechtigung bestimmt. Somit ist die Ästhetisch-Plastische Chirurgie seit ihrem Bestehen stets von Fragen nach ihrer Legitimität begleitet (vgl. Kap. 1).

Im Anschluss an die historische Genese des Zusammenhangs der Perspektiven von Alltagsakteur*innen und ästhetisch-plastischen Chirurg*innen in Bezug auf die Ästhetisch-Plastische Chirurgie wurde im Rahmen dieser Forschungsarbeit der gegenwärtige Verweisungszusammenhang dieser beiden Perspektiven herausgearbeitet. Den Ausgangspunkt dafür bildete die Theorie Reflexiver Modernisierung, der zufolge die moderne Gesellschaft von vielfältigen Entgrenzungsprozessen durchzogen ist. Für den Bereich der Medizin haben derlei Prozesse der Entgrenzung vor allem zur Folge, dass etablierte Grenzkonstruktionen zur Bestimmung kategorialer Unterscheidungen – wie etwa zwischen Gesundheit und Krankheit sowie zwischen Therapie und Enhancement – zusehends unscharf werden. Für die Erkundung der Perspektive der ästhetisch-plastischen Chirurg*innen interessierte angesichts dieser Entwicklungen, welcher bekannten oder neuen Grenzkonstruktionen sich diese bedienen, um sich und ihr ärztliches Handeln zu definieren, zu plausibilisieren und gegebenenfalls zu rechtfertigen (vgl. Kap. 2.5.1; Kap. 2.6).

Die Frage nach etablierten und/oder neuen Grenzkonstruktionen tangiert auch die Alltagswelt und die in ihr agierenden Akteur*innen. Denn die reflexiven Mo-

dernisierungsprozesse haben neben der Individualisierung alltagsweltlicher Lebenslagen zugleich eine Individualisierung alltäglicher Körpergestaltung zur Folge. So verfügen Alltagsakteur*innen über eine immer größer werdende Auswahl an Körpergestaltungsoptionen, die auch ästhetisch-plastische Eingriffe einschließt. Gleichzeitig schwinden jedoch Orientierungssicherheit und Reichweite institutioneller Vorgaben zum Sinn und Zweck dieser Möglichkeiten der Körpergestaltung. Somit sind Alltagsakteur*innen letztlich bei der Entscheidung für oder gegen bestimmte Optionen der Körpergestaltung zunehmend auf sich selbst verwiesen. In der Notwendigkeit sich zu diesen Möglichkeiten der eigenen Körpergestaltung zu verhalten, müssen Alltagsakteur*innen also eigenverantwortlich und selbstbestimmend handeln. In der Erforschung der Sichtweise der Alltagsakteur*innen war entsprechend von besonderem Interesse, welche Grenzen diese in Bezug auf Möglichkeiten der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie als einer spezifischen Form von Körperarbeit für sich (und vielleicht ebenso für andere) ziehen und welche Begründungen sie dafür anführen (vgl. Kap. 2.5.2; Kap. 2.6).

Gemäß dem Forschungsinteresse zu Grenzkonstruktionen von Alltagsakteur*innen und Expert*innen in Bezug auf die Ästhetisch-Plastische Chirurgie galt es entsprechend, das Alltagswissen und das Expert*innenwissen zu Ästhetisch-Plastischer Chirurgie sowie das Verhältnis dieser beiden Wissensformen zu erforschen. Realisiert wurde dieses Vorhaben über die Durchführung von Gruppendiskussionen mit Alltagsakteur*innen aus unterschiedlichen sozialen Milieus sowie der Erhebung von Expert*inneninterviews mit Chirurg*innen der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie bzw. der Ästhetischen Medizin. Die im Zuge der dokumentarischen Interpretation rekonstruierten Orientierungen und die darin inbegriffenen Grenzkonstruktionen ließen sich in vier thematische Schwerpunktsetzungen untergliedern.

So verhandelten die Alltagsakteur*innen wie auch die Chirurg*innen definitivische Bestimmung(en) der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie innerhalb medizinischer Kontexte (Grenzen der Definition); die Bedeutung der Wirkungsweisen ästhetisch-plastischer Eingriffe in gesellschaftlichen Entwicklungsdynamiken (Grenzen der Wirkung); die Effekte und die Effektivität ästhetisch-plastischer Behandlungen auf einer Individualebene (Grenzen der Behandlung) und schließlich die Rechtmäßigkeit der Praktizierenden von Ästhetisch-Plastischer Chirurgie sowie die Befugnis zur Ausübung derselben (Grenzen der Berechtigung). Im Rahmen dieser vier Themenbereiche ließen sich sowohl zentrale Überschneidungen, wie auch bedeutsame Differenzen der Grenzkonstruktionen von Alltagsakteur*innen und Chirurg*innen rekonstruieren, die nun in einem Überblick präsentiert werden.

Grenzen der Definition - Die Alltagsakteur*innen wie auch die Chirurg*innen nehmen zur Verortung der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie jeweils Binnendifferen-

zierungen der Allgemeinen Medizin oder aber der Chirurgie vor, indem sie die Kerncharakteristika der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie bestimmen und anhand dieser Abgrenzungen zu anderen Fachdisziplinen vornehmen. Im Zuge dieser Binnendifferenzierung wird die Ästhetisch-Plastische Chirurgie aus alltagsweltlicher Perspektive wie auch aus der Sicht der Chirurg*innen als ein Bestandteil eines größeren Ganzen (Plastische/Allgemeine Chirurgie oder Allgemeine Medizin) gedeutet. Zugleich wird ihr von beiden Akteur*innengruppen im Vergleich mit anderen Bestandteilen dieses größeren Ganzen, d.h. anderen Fachdisziplinen, aufgrund ihrer angenommenen Kerncharakteristika ein Sonderstatus zugeschrieben. Begründet wird dieser Sonderstatus jedoch von den Akteur*innengruppen jeweils unterschiedlich: Während die Chirurg*innen in der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie etwas Besonderes sehen, weil sie im Vergleich zu anderen chirurgischen Disziplinen ein größeres Leistungsspektrum böten (Medizin *plus* Ästhetik), sehen die Alltagsakteur*innen die Ästhetisch-Plastische Chirurgie als etwas Andersartiges, da die sie praktizierenden Chirurg*innen sich nicht nur auf das beschränken, was Ärzt*innen anderer Fachdisziplinen erfüllen soll(t)en, sondern darüber hinaus Leistungen anbieten, die nicht ihren Vorstellungen des Aufgabengebiets von Mediziner*innen entsprechen (Medizin/Ästhetik) (vgl. Kap. 4.1; Kap. 4.2).

Die Grenzen in Form von Abgrenzungen zu anderen Fachdisziplinen, die die Chirurg*innen zur definitorischen Bestimmung ihrer Disziplin ziehen, finden sich jedoch nicht in den Beschreibungen ihrer beruflichen Alltagspraxis wieder. Denn die Chirurg*innen erklären, dass sie nicht nur ästhetisch-plastische Verfahren anwenden, sondern auch Verfahren und Maßnahmen der anderen Teilbereiche der Plastischen Chirurgie durchführen (können). Daraus lässt sich schlussfolgern, dass sich die Grenzkonstruktionen der Chirurg*innen dem Phänomen der »Grenzverwischung« zuordnen lassen, insoweit eindeutige Kategorisierungen unscharf werden (vgl. Wehling/Viehöver 2011: 10). Unter dieses Phänomen der Verwischung von Grenzen lässt sich wiederum auch der Sonderstatus subsummieren, den die Chirurg*innen der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie zuschreiben. Denn die Leistungen, die sie über das Medizinische hinaus anbieten, fallen für sie unter den Aspekt der Dienstleistung, was wiederum die Grenze zwischen Medizin und Wirtschaft unscharf werden lässt. Die Grenzen der Alltagsakteur*innen, die diese zur Verortung der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie im innermedizinischen Kontext ziehen, lassen sich hingegen dem Phänomen der »Grenzüberschreitung« (ebd.) zuordnen. Denn aus Perspektive der Alltagsakteur*innen sollte jeder ärztliche Eingriff gemäß ihrer Annahme zum ärztlichen Berufsethos über eine medizinische Indikation begründet sein. Da dies ihrer Ansicht nach bei ästhetisch-plastischen Eingriffen nicht der Fall sei, überschreiten Chirurg*innen der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie folglich eine wesentliche Grenzziehung der Alltagsakteur*innen (vgl. Kap. 4.3).

Grenzen der Wirkung – Eine Verortung der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie nehmen die Alltagsakteur*innen und Chirurg*innen jedoch nicht nur in Hinsicht auf medizinische, sondern auch auf gesellschaftliche Kontexte vor. Beiden interviewten Akteur*innengruppen ist gemein, dass sie soziale Entwicklungsdynamiken und gesellschaftliche Wandlungsprozesse konstatieren, die die Bearbeitung von Körpern und körperlicher Schönheit zum Thema haben. Die Wirkungsweise dieser Dynamiken und Prozesse wird übergreifend als eine Steigerung im Sinne einer Optimierung von Körpern charakterisiert, d.h. bei diesen Entwicklungen gehe es im Wesentlichen um die stetige Verbesserung körperlicher Schönheit. Da die Ästhetisch-Plastische Chirurgie als ein Phänomen von derlei Prozessen und Entwicklungen gedeutet wird, kann geschlussfolgert werden, dass die Alltagsakteur*innen und Chirurg*innen die Ästhetisch-Plastische Chirurgie entsprechend der Charakterisierung(en) und der Verortung(en) dieser in gesamtgesellschaftlichen Kontexten als ein Phänomen fassen, das sinngemäß dem Verständnis von Enhancement entspricht. Während die interviewten Chirurg*innen die Ästhetisch-Plastische Chirurgie jedoch nur als ein gegenwärtiges Enhancement-Phänomen neben einer Reihe anderer Phänomene verorten, die derselben gesellschaftlichen Steigerungsdynamik unterliegen, verhandeln die Alltagsakteur*innen die Ästhetisch-Plastische Chirurgie nicht nur als einen singulären Effekt von gesamtgesellschaftlichen Optimierungstendenzen, sondern deuten diese zudem als einen maßgeblichen Katalysator dieser Entwicklungen (vgl. Kap. 5.1; Kap. 5.2).

Grenzen der Behandlung – Ein weiteres Thema in den Verhandlungen und Diskussionen zur Ästhetisch-Plastischen Chirurgie betrifft die Effekte ästhetischplastischer Eingriffe sowie ihre angenommene Effektivität im Generellen. Den Blick richtet die Alltagsakteur*innen wie auch die Chirurg*innen vor allem auf die Nutzer*innen dieser Eingriffe, also auf die Patient*innen. Übergreifend über beide Akteur*innengruppen dominiert die Annahme, dass die Patient*innen der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie durch ein Stigma im Goffman'schen Sinne gekennzeichnet seien (vgl. Goffman 1979: 12ff.). Die jeweiligen Begründungen des Stigmas der Patient*innen erfolgen jedoch in gänzlich unterschiedlicher Weise. So nehmen etwa die interviewten Alltagsakteur*innen selbst Stigmatisierungen vor, indem sie Patient*innen der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie vor allem hinsichtlich der visuell sichtbaren Effekte ihrer Körpermodifikationen übergreifend als un-menschlich andersartig beschrieben (vgl. Kap. 6.1; Kap. 6.2). Wie jedoch die Ergründung ihrer Alltagstheorien zur Stigmatisierung zutage fördert, schreiben sie den Patient*innen (und auch den Menschen mit dem Wunsch nach einem ästhetisch-plastischen Eingriff) eigentlich ein gänzlich anderes Stigma zu. Denn sie verorten das eigentliche Stigma von (potenziellen) Patient*innen auf einer psychosozialen Ebene, insoweit der Wunsch nach einer ästhetisch-plastischen Körpermodifikation das Resultat eines im Sinne Goffmans ›fehlerhaften‹ Selbst-

Verhältnisses sei. Die interviewten Chirurg*innen gehen dagegen davon aus, dass das Stigma ihrer Patient*innen auf einer rein somatischen Ebene zu verorten sei, auch wenn es von da ausgehend psychosoziale Effekte haben kann. Denn die Patient*innen erfahren zwar vor allem durch ihr soziales Umfeld Stigmatisierungen, diese basieren jedoch nach Ansicht (und Erfahrung) der Chirurg*innen stets auf körperlichen Attributen, die von einem irgendwie gearteten Normalmaß abweichen (vgl. Kap. 6.1; Kap. 6.2).

Grenzen der Berechtigung – Das vierte Thema, das die Akteur*innengruppen übergreifend besprechen, betrifft Rechtfertigungen und Befugnisse hinsichtlich der (Ausübung von) Ästhetisch-Plastischer Chirurgie. Den Ausgangspunkt der Diskussionen und Verhandlungen zu diesem Thema bildet sowohl in den Gruppendiskussionen als auch in den Expert*inneninterviews die Annahme einer ökonomischen Strukturiertheit der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie. Daran knüpfen sich wiederum auch übergreifend Erörterungen zur Frage diesbezüglicher Ein- und Auswirkungen auf die berufliche Motivation der ästhetisch-plastischen Chirurg*innen. Erneut zeigen sich auch bei diesem Thema trotz gemeinsamer Grundannahmen auffallende Unterschiede in den jeweiligen Argumentationen. Während die interviewten Alltagsakteur*innen davon ausgehen, dass es sich bei der ökonomischen Strukturiertheit der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie um einen sich gegenwärtig vollziehenden Prozess der Ökonomisierung handelt, der aktuell darin gipfele, dass andere Strukturierungsprinzipien (wie etwa die Gesundheitserhaltung) verdrängt würden, konstatieren die Chirurg*innen, dass ihre Fachdisziplin seit jeher ökonomisch ausgerichtet sei (vgl. Kap. 7.1; Kap. 7.2).

Aus alltagsweltlicher Sicht wird den Chirurg*innen darüber hinaus eine konstitutive Rolle innerhalb des angenommenen Ökonomisierungsprozesses zugeschrieben, insoweit die Alltagsakteur*innen davon ausgehen, dass insbesondere die berufliche Motivation der Chirurg*innen zuvorderst an finanziellem Gewinn orientiert sei und sie dementsprechend den Ökonomisierungsprozess mit vorantrieben. Die Chirurg*innen erklären entweder, dass sie zwar wirtschaftliche Interessen verfolgen, betonen aber, dass sie dies nur aufgrund einer Verantwortung gegenüber anderen (Familie, Mitarbeiter*innen etc.) vollziehen, oder sie heben hervor, dass die finanzielle Entlohnung eine weniger relevante Art der Entlohnung für sie darstelle, im Vergleich etwa zu Patient*innenzufriedenheit und -dankbarkeit. Darüber hinaus argumentieren die Chirurg*innen, dass die ökonomische Ausrichtung ihres ärztlichen Handelns eine Notwendigkeit darstelle, insoweit das Prinzip der Marktwirtschaft vorherrsche und sie ohne erfolgreich zu wirtschaften wiederum nicht als Ärzt*innen im niedergelassenen Bereich mit eigener Praxis und Mitarbeiter*innen tätig sein könnten. Während die Chirurg*innen ihre ökonomische Orientierung also aufgrund der Notwendigkeit des Wirtschaftens als gerechtfertigt verstehen,

sehen die Alltagsakteur*innen das Wirtschaften im Kontext ärztlichen Handels als ungerechtfertigt an (vgl. Kap. 7.1; Kap. 7.2).

Die konstatierte Marktförmigkeit der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie veranlasst die interviewten Chirurg*innen aber ferner dazu, neben den Überlegungen zur Rechtfertigkeit ihres ökonomisch orientierten ärztlichen Handels, Fragen der Befugnis zur Ausübung der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie zu erörtern. Denn aufgrund der möglichen finanziellen Gewinne, die im Bereich der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie erzielt werden können, würden aus Sicht der Chirurg*innen auch viele Fachfremde innerhalb ihrer Disziplin unbefugt praktizieren. Die Grenzkonstruktionen, die die Chirurg*innen bezüglich der Berechtigung im Sinne einer Befugnis zur Ausübung ästhetisch-plastischer Eingriffe argumentieren, orientieren sich zuvorderst an der fachlichen Kompetenz der sie Praktizierenden. Während Personen mit einer medizinischen Ausbildung, die einen Bereich der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie tangiert, als teilweise befugt eingeschätzt werden, wird medizinisch ausgebildeten Personen ohne direkten Fachbezug die Befugnis verwehrt. Als gänzlich unbefugt zur Ausübung Ästhetisch-Plastischer Chirurgie werden von den Chirurg*innen jene Personen betrachtet, die nicht einmal eine medizinische Ausbildung bzw. ein medizinisches Studium absolviert haben. Die Frage nach den Grenzen der Befugnis ist für die Chirurg*innen wiederum von zentraler Bedeutung, insoweit durch fachfremd Praktizierende die wettbewerbszentrierte Dynamik verschärft werde, durch die einerseits aus Sicht der Chirurg*innen unbefugt deren (wirtschaftliche) Existenz bedroht und andererseits auch das Wohl der Patient*innen gefährdet würde (vgl. Kap. 7.2).

Über die verschiedenen, von den Alltagsakteur*innen und Chirurg*innen verhandelten Themen hinweg zeichnete sich ab, dass die rekonstruierten Grenzkonstruktionen, die den Orientierungen des Alltags- und Expert*innenwissens zugrunde liegen, trotz einiger Überschneidungen letztendlich stets in Opposition zueinander stehen. Aus dieser Oppositionalität der beiden Wissensformen ließen sich wiederum Rückschlüsse auf die Verhandlungen der Legitimität der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie und der sie praktizierenden Chirurg*innen ziehen. Denn die Grenzkonstruktionen der Alltagsakteur*innen und Chirurg*innen basieren maßgeblich auf den jeweiligen Vorstellungen, was als un-/rechtmäßig, un-/angemessen und un-/gerechtfertigt, also was als legitim und was als illegitim von den jeweiligen Akteur*innen angesehen wird. Im Folgenden werden die verschiedenen, rekonstruierten Muster der (De-)Legitimierung nochmals abschließend zusammengefasst.

Grenze/n - Im Kontext der definitorischen Bestimmung innerhalb medizinischer Kontexte wird deutlich, dass der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie übergreifend eine Sonderstellung innerhalb eines größeren Ganzen zugeschrieben wird. Die Chirurg*innen nutzen die Argumentation der Sonderstellung, um ihre Disziplin aner-

kennend zu plausibilisieren. Ästhetisch-Plastische Chirurgie leiste mehr als andere Fachdisziplinen und dies kennzeichne den Chirurg*innen zufolge deren positiv bewertete Besonderheit. Die Alltagsakteur*innen leiten aus ihrer Beschreibung der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie als Sonderfall dagegen ihre Aberkennung von Legitimität ab, insoweit sie die Andersartigkeit als ein Defizit verhandeln. Somit ergibt sich eine Parallelität von Mustern der Legitimierung und De-Legitimierung, die sich schließlich als »Grenzpluralisierung« (Wehling/Viehöver 2011: 10) fassen lässt. Dies meint, dass sich vor dem Hintergrund von Entgrenzungsprozessen in der Medizin zwar weiterhin eindeutige Abgrenzungen nachvollziehen lassen, dass diese Grenzziehungen jedoch je nach Akteur*innengruppen (wie etwa Alltagsakteur*innen und Chirurg*innen) sehr variieren können, in diesem Beispiel etwa hinsichtlich der zu- bzw. aberkannten Legitimität (vgl. ebd.; Kap. 4.1; Kap. 4.2; Kap. 4.3).

Un/Moralisch – In den Analysen der Expert*inneninterviews und Gruppendiskussionen wird ersichtlich, dass die Ästhetisch-Plastische Chirurgie in Hinsicht auf ihre Zielsetzungen und Effekte übergreifend als eine Enhancement-Praktik gefasst wird. Denn sie sei nicht auf die Wiederherstellung verloren gegangener Körperkonstitutionen ausgerichtet, sondern an der Optimierung körperlicher Attribute orientiert. In den Verhandlungen zur Ästhetisch-Plastischen Chirurgie im Kontext gesellschaftlicher Wandlungsprozesse zeichnet sich jedoch ab, dass in Bezug auf die Wirkungsweise der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie für die Alltagsakteur*innen und Chirurg*innen nicht nur die Bestimmung der Grenzen der medizinischen Notwendigkeit von Interesse ist, sondern auch die Auslotung der moralischen Grenzen der Anwendung und Effekte von Ästhetisch-Plastischer Chirurgie. Die Chirurg*innen argumentieren diesbezüglich, dass die Ästhetisch-Plastische Chirurgie, vor dem Hintergrund des hohen Stellenwerts und der sich damit ergebenden Vorteile von Schönheit, in der Gesellschaft als Mittel zur Herstellung von Chancengleichheit fungiere, wodurch die Chirurg*innen ihre Disziplin als moralisch akzeptabel legitimieren. Die Alltagsakteur*innen legen dagegen dar, dass die Ästhetisch-Plastische Chirurgie in ihrer sozialen Wirkungsweise das Anliegen der Medizin pervertiere, da die Behandlungen durch ästhetisch-plastische Chirurgie letztlich dazu führen, dass unbehandelte Personen im Umkehrschluss zunehmend als behandlungsbedürftig erscheinen. Somit entziehen die Alltagsakteur*innen der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie ebenfalls aus einer moralischen Perspektive die Legitimität (vgl. Kap. 5.3).

Ent/Stigmatisierung – Wie in Bezug auf die Verhandlungen zu den Patient*innen der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie erläutert, haben die Alltagsakteur*innen ein grundlegend anderes Stigma-Verständnis als die Chirurg*innen. Aus alltagsweltlicher Sicht haben Personen mit einem Wunsch nach einer ästhetisch-plastischen

Behandlung bereits insoweit ein Stigma, als dass sie im Sinne Goffman's ein ›fehlerhaftes‹ Verhältnis zu sich und ihrem Körper haben. Entscheiden sich Personen für einen ästhetisch-plastischen Eingriff (statt für eine psychotherapeutische Behandlung), laufen sie wegen der visuell durch derlei Eingriffe erreichten Effekte Gefahr, auch körperlich stigmatisiert zu werden. Demgemäß sprechen die Alltagsakteur*innen der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie Legitimität ab, da diese dazu beitrüge, dass Menschen stigmatisiert werden. Die Chirurg*innen verorten das Stigma von Patient*innen auf einer somatischen Ebene, indem sie es an körperliche Attribute der Patient*innen knüpfen. Da Patient*innen ihrer Ansicht nach aufgrund körperlicher Merkmale gesellschaftlich stigmatisiert werden, stellt die Ästhetisch-Plastische Chirurgie – die diese körperlichen Merkmale modifizieren kann – dagegen ein Mittel dar, über das stigmatisierte Personen ihr Stigma überwinden könnten. In diesem Sinne plausibilisieren die Chirurg*innen ihr ärztliches Handeln anerkennend, insoweit sie sich als diejenigen inszenieren, die diese Entstigmatisierung bewirken können (vgl. Kap. 6.1; Kap. 6.2; Kap. 6.3).

Un/Medizinisch - In den Diskussionen und Darstellungen der Gruppendiskussionen und Expert*inneninterviews zeichnet sich darüber hinaus ab, dass sich die Alltagsakteur*innen und die Chirurg*innen auch hinsichtlich der Vorstellung, was Medizin bewirken solle, maßgeblich unterscheiden. So vertreten die Alltagsakteur*innen ein klassisch kuratives Medizinverständnis, während die Chirurg*innen ein eher wunscherfüllendes Verständnis von Medizin haben. Für die Alltagsakteur*innen müssen, gemäß einer kurativen Vorstellung von Medizin, ärztliche Behandlungen über eine medizinische Notwendigkeit begründet sein. Da für sie die Ästhetisch-Plastische Chirurgie jedoch keine Fälle medizinischer Notwendigkeit behandelt, sondern maximal eine Symptom- statt einer Ursachenbehandlung wäre, verwehren sie ihr die Legitimität, die sie anderen medizinischen Disziplinen zuteilwerden lassen. Die Chirurg*innen hingegen richten ihr ärztliches Handeln, entsprechend ihres Verständnisses zu Zielen und Aufgaben der Medizin, dagegen nicht nur an dem Aspekt der medizinischen Notwendigkeit aus. Über die von ihnen angebotenen Eingriffe könne ein Wohlbefinden bei Patient*innen erreicht werden, das über die reine Gesundheitserhaltung/-wiederherstellung hinausgehe. In diesem ›Mehr‹, das sie durch die Ästhetisch-Plastische Chirurgie erzielen könnten, sehen die Chirurg*innen wiederum ihr ärztliches Handeln legitimiert (vgl. Kap. 6.3).

Un/Professionell - Aus den Verhältnisbestimmungen der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie zur Ökonomie lassen sich schließlich nicht nur Erkenntnisse zu An- oder Aberkennungen von Legitimität ableiten, sondern auch Schlussfolgerungen hinsichtlich des Status der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie als Profession ziehen. Mit der Annahme, dass die berufliche Motivation von ästhetisch-plastischen Chir-

urg*innen vor allem durch eine finanzielle Gewinnmaximierung gekennzeichnet sei, de-legitimieren die Alltagsakteur*innen die Chirurg*innen der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie. Denn eine solche Ausrichtung ärztlichen Handelns gehe auf Kosten des gesellschaftlichen Gemeinwohls und entspreche ihrer Ansicht nach nicht dem ärztlichen Berufsethos. In diesem Sinne wird den ästhetisch-plastischen Chirurg*innen über die De-Legitimierung auch das Mandat im Sinne Everett Hughes (1993) aberkannt. In den Begründungen zur Notwendigkeit einer ökonomischen Ausrichtung ihrer Fachdisziplin nehmen die Chirurg*innen dagegen De-Legitimierungen gegenüber fachfremd praktizierenden oder nicht medizinisch ausgebildeten Personen vor, die aufgrund eines Interesses an finanziellen Gewinnen auch das Feld der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie bedienen würden. An diesen Verhandlungen wird deutlich, dass den Chirurg*innen durch fachfremd Praktizierende auch die Lizenz im Sinne Hughes zur Ausübung der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie streitig gemacht wird (vgl. Huges 1993). Ohne die Zuerkennung eines Mandats und ohne eine erfolgreiche Verteidigung ihrer Lizenz, die maßgeblich mit Zu- und Aberkennungen von Legitimität verknüpft sind, erfüllt die Ästhetisch-Plastische Chirurgie aus einer interaktionistischen (statt einer indikatorischen) Perspektive heraus nicht die Kriterien einer Profession, sondern verbleibt im Status eines Expert*innentums (vgl. Kap. 7.1; Kap. 7.2; Kap. 7.3).

Im Kontext der Überlegungen zur Aberkennung des Mandats durch die Alltagsakteur*innen und die Konkurrenz um ihre Lizenz, die durch fachfremd Praktizierende provoziert wird, lässt sich aus den diesbezüglichen Ausführungen der ästhetisch-plastischen Chirurg*innen zudem ausblickhaft schlussfolgern, was sich an die Ergebnisse der vorliegenden Forschungsarbeit anschließen könnte. Denn den Chirurg*innen sind gesellschaftliche Argumentationsmuster, die den Sinn und Zweck ihres ärztlichen Handelns kritisieren und de-legitimieren, nicht fremd. Sie beziehen sich auf diese alltagsweltlichen Annahmen und positionieren sich zu diesen, um sich selbst in der Rolle als ästhetisch-plastische*r Chirurg*in und um ihre Fachdisziplin anerkennend zu plausibilisieren. Weitaus schwerwiegender beschäftigt die interviewten Chirurg*innen in Hinblick auf die Frage ihrer Legitimität allerdings zum einen die Konkurrenzsituation innerhalb ihrer Disziplin und zum anderen die An- bzw. Aberkennung ihrer Legitimität durch andere Mediziner*innen. Entsprechend könnte für eine noch weiter reichende Rekonstruktion der Legitimitätsverhandlungen zur Ästhetisch-Plastischen Chirurgie eine Erweiterung des Forschungsfokus um innermedizinische Verhandlungen und Debatten vorgenommen werden.

Für das im Rahmen dieser Arbeit rekonstruierte Verhältnis des Alltagswissens zum Expert*innenwissen in Bezug auf die Legitimität der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie als einer spezifischen Form von Körperarbeit bleibt abschließend festzuhalten, dass sich die Alltagsakteur*innen sowie die Chirurg*innen der Er- bzw.

Begründung der Legitimität über dieselben thematischen Schwerpunkte genähert haben. Die jeweils rekonstruierten Grenzkonstruktionen und die ihnen zugrundeliegenden Orientierungen sind dagegen durch eine fundamentale Oppositionalität gekennzeichnet, was wiederum zu einer Gegensätzlichkeit des Alltags- und Expert*innenwissens zur Ästhetisch-Plastischen Chirurgie führt. Da die Orientierungen und Grenzkonstruktionen in einem Sinnzusammenhang mit normativen Vorstellungen zur Rechtmäßigkeit stehen, lässt sich schließlich eine Parallelität von Legitimität und Illegitimität schlussfolgern. Denn genau jene Begründungen zu Zielsetzungen und Vorgehensweisen, die die interviewten Chirurg*innen der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie bzw. der Ästhetischen Medizin anführen, um ihr ärztliches Handeln und ihre Fachdisziplin zu legitimieren, bilden für die interviewten Alltagsakteur*innen den Anlass, die Ästhetisch-Plastische Chirurgie und die sie praktizierenden Chirurg*innen zu de-legitimieren.

Literatur

- Abbott, Andrew (1991): The Order of Professionalization. An Empirical Analysis. In: *Work and Occupations*, Volume 18, Issue 4, S. 355-384.
- Abels, Gabriele/Behrens, Maria (2009): ExpertInnen-Interviews in der Politikwissenschaft. Eine sekundäranalytische Reflexion über geschlechtertheoretische und politikfeldanalytische Effekte. In Bogner, Alexander/Littig, Beate/Menz, Wolfgang (Hg.): *Experteninterviews. Theorien, Methoden, Anwendungsfelder*. 3., grundlegend überarbeitete Auflage. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 159-181.
- Ach, Johann S./Lüttenberg, Beate (2012): Enhancement – Versuch einer ethischen Einordnung. In: Borkenhagen, Ada/Brähler, Elmar (Hg.): *Die Selbstverbesserung des Menschen. Wunschmedizin und Enhancement aus medizinspsychologischer Perspektive*. Gießen: Psychosozial-Verlag, S. 33-46.
- Ach, Johann S./Pollmann, Arnd (Hg.) (2006): *no body is perfect. Baumaßnahmen am menschlichen Körper. Bioethische und ästhetische Aufrisse*. Bielefeld: transcript.
- Ackerman, Sara L. (2010): Plastic Paradise. Transforming Bodies and Selves in Costa Rica's Cosmetic Surgery Tourism Industry. In: *Medical Anthropology. Cross-Cultural Studies in Health and Illness*, Volume 29, Issue 4, S. 403-423.
- ACREDIS (2013): Pressemitteilung Schönheitschirurgie in Deutschland 2012. Online verfügbar unter: www.acredis.com/sites/default/files/news_docs/acredis_marketstudie_aesthetische_chirurgie_d-2012.pdf (letzter Aufruf am 14.03.2018).
- Adams, Josh (2012): Cleaning Up the Dirty Work: Professionalization and the Management of Stigma in the Cosmetic Surgery and Tattoo Industries. In: *Deviant Behavior*, Volume 33, Issue 3, S. 149-167.
- Adams, Josh (2010): Motivational Narratives and Assessments of the Body After Cosmetic Surgery. In: *Qualitative Health Research*, Volume 20, Issue 6, S. 755-767.
- Albrecht, Steffen/Diekämper, Julia/Marx-Stölting, Lilian/Sauter, Arnold (2017): *Grüne Gentechnik und Genome Editing. Erfordernisse einer Neuausrichtung*

- der Wissenschaftskommunikation. In: TATuP Zeitschrift für Technikfolgenabschätzung in Theorie und Praxis, Volume 26, Issue 3, S. 64-69.
- Alkemeyer, Thomas (2010): Körperwissen. In: Engelhardt, Anina/Kajetzke, Laura (Hg.): Handbuch Wissensgesellschaft. Theorien, Themen und Probleme. Bielefeld: transcript, S. 293-308.
- Ashikali, Eleni-Marina/Dittmar, Helga/Ayers, Susan (2014): The effect of cosmetic surgery reality TV shows on adolescent girls' body image. In: Psychology of Popular Media Culture, Volume 3, Issue 3, S. 141-153.
- Banet-Weiser, Sarah/Portwood-Stacer, Laura (2006): »I Just Want to Be Me Again!«. Beauty Pageants, Reality Television and Post-Feminism. In: Feminist Theory, Volume 7, Issue 2, S. 255-272.
- Beck, Ulrich (2007): Weltrisikogesellschaft. Auf der Suche nach der verlorenen Sicherheit. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Beck, Ulrich (1996): Wissen oder Nicht-Wissen? Zwei Perspektiven »reflexiver Modernisierung«. In: Beck, Ulrich/Giddens, Anthony/Lash, Scott (1996): Reflexive Modernisierung. Eine Kontroverse. Frankfurt a.M.: Suhrkamp, S. 289-315.
- Beck, Ulrich (1986): Risikogesellschaft. Auf dem Weg in eine andere Moderne. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Beck, Ulrich/Lau, Christoph (2005): Theorie und Empirie reflexiver Modernisierung. Von der Notwendigkeit und den Schwierigkeiten, einen historischen Gesellschaftswandel innerhalb der Moderne zu beobachten und zu begreifen. In: Soziale Welt, Jg. 56, Heft 2/3, S. 107-135.
- Beck, Ulrich/Bonß, Wolfgang/Lau, Christoph (2004): Entgrenzung erzwingt Entscheidung: Was ist neu an der Theorie reflexiver Modernisierung? In: Beck, Ulrich/Lau, Christoph (Hg.): Entgrenzung und Entscheidung. Frankfurt a.M.: Suhrkamp, S. 13-62.
- Beck, Ulrich/Bonß, Wolfgang/Lau, Christoph (2001): Theorie reflexiver Modernisierung – Fragestellungen, Hypothesen, Forschungsprogramme. In: Beck, Ulrich/Bonß, Wolfgang (Hg.): Die Modernisierung der Moderne. Frankfurt a.M.: Suhrkamp, S. 11-59.
- Beck-Gernsheim, Elisabeth (2013): Von der Bastelbiographie zur Bastelbiologie. Neue Handlungsräume und -zwänge im Gefolge der Medizintechnologie. In: Peter, Claudia/Funcke, Dorett (Hg.): Wissen an der Grenze. Zum Umgang mit Ungewissheit und Unsicherheit in der modernen Medizin. Frankfurt a.M.: Campus, 81-108.
- Beck-Gernsheim, Elisabeth (1994): Gesundheit und Verantwortung im Zeitalter der Gentechnologie. In: Beck, Ulrich/Beck-Gernsheim, Elisabeth (Hg.): Riskante Freiheiten. Individualisierung in modernen Gesellschaften. Frankfurt a.M.: Suhrkamp, S. 316-335.
- Bellebaum, Alfred (2010): Der ideale Körper. Gesundheit, Jugendlichkeit, Schlankheit und kulturelle Werte. In: Bellebaum, Alfred/Hettlage, Robert (Hg.): Glück

- hat viele Gesichter. Annäherungen an eine gekonnte Lebensführung. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 127-151.
- Beneker, Christian (2016): Bröckelt der Hippokratische Eid? In: *Ärzte Zeitung*, 04.03.2016. Online verfügbar unter: https://www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/medizinetik/article/906459/zeitgeist-broeckelt-hippokratische-eid.html (letzter Aufruf am 06.06.2019).
- Berger, Peter L./Luckmann, Thomas (1982) [1969]: *Die gesellschaftliche Konstruktion der Wirklichkeit*. 6. Auflage. Frankfurt a.M.: Fischer.
- Bette, Karl-Heinrich (1989): *Körperspuren. Zur Semantik und Paradoxie moderner Körperlichkeit*. Berlin/New York: Walter de Gruyter.
- Black, Paula (2004): *The Beauty Industry. Gender, Culture, Pleasure*. London: Routledge.
- Bogner, Alexander/Littig, Beate/Menz, Wolfgang (2014): *Interviews mit Experten. Eine praxisorientierte Einführung*. Wiesbaden: Springer VS.
- Bohnsack, Ralf (2013): Typenbildung, Generalisierung und komparative Analyse: Grundprinzipien der dokumentarischen Methode. In: Bohnsack, Ralf/Nentwig-Gesemann, Iris/Nohl, Arnd-Michael (Hg.): *Die dokumentarische Methode und ihre Forschungspraxis. Grundlagen qualitativer Sozialforschung*. 3., aktualisierte Auflage. Wiesbaden: Springer VS, S. 241-270.
- Bohnsack, Ralf (2012): Orientierungsschemata, Orientierungsrahmen und Habitus. Elementare Kategorien der Dokumentarischen Methode mit Beispielen aus der Bildungsmilieuforschung. In: Schittenhelm, Karin (Hg.): *Qualitative Bildungs- und Arbeitsmarktforschung. Grundlagen, Perspektiven, Methoden*. Wiesbaden: Springer VS, S. 119-153.
- Bohnsack, Ralf (2010a): *Rekonstruktive Sozialforschung. Einführung in qualitative Methoden*. 8., durchgesehene Auflage. Opladen & Farmington Hills: Verlag Barbara Budrich.
- Bohnsack, Ralf (2010b): Gruppendifkussionsverfahren und dokumentarische Methode. In: Friebertshäuser, Barbara/Langer, Antje/Pregel, Annedore (Hg.): *Handbuch Qualitative Forschungsmethoden in der Erziehungswissenschaft*. 3., vollständig überarbeitete Auflage. Weinheim/München: Beltz Juventa, S. 205-218.
- Bohnsack, Ralf (2010c): Gruppendifkussion. In: Flick, Uwe/Kardorff, Ernst von/Steinke, Ines (Hg.): *Qualitative Forschung. Ein Handbuch*. 8. Auflage. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt, S. 369-384.
- Bohnsack, Ralf (2004): Vorwort. In: Przyborski, Aglaja (2004): *Gesprächsanalyse und dokumentarische Methode. Qualitative Auswertung von Gesprächen, Gruppendifkussionen und anderen Diskursen*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 11-12.
- Bohnsack, Ralf (2001): Dokumentarische Methode. In: Hug, Theo (Hg.): *Wie kommt Wissenschaft zu ihrem Wissen? Band 3: Einführung in die Methodologie der*

- Sozial- und Kulturwissenschaften. Baltmannsweiler: Schneider Hohengehren, S. 326-345.
- Bohnsack, Ralf (1992): Dokumentarische Interpretation von Orientierungsmustern. Verstehen – Interpretieren – Typenbildung in wissenssoziologischer Analyse. In: Meuser, Michael/Sackmann, Reinhold (Hg.): Analyse sozialer Deutungsmuster. Beiträge zur empirischen Wissenssoziologie. Pfaffenweiler: Centaurus-Verlagsgesellschaft, S. 139-160.
- Bohnsack, Ralf (1989): Generation, Milieu und Geschlecht – Ergebnisse aus Gruppendiskussionen mit Jugendlichen. Opladen: Leske + Budrich.
- Bohnsack, Ralf/Nentwig-Gesemann, Iris/Nohl, Arnd-Michael (2013): Richtlinien der Transkription: Talk in Qualitative Research. In: Bohnsack, Ralf/Nentwig-Gesemann, Iris/Nohl, Arnd-Michael (Hg.): Die dokumentarische Methode und ihre Forschungspraxis. Grundlagen qualitativer Sozialforschung. 3., aktualisierte Auflage. Wiesbaden: Springer VS, S. 399-400.
- Bohnsack, Ralf/Przyborski, Aglaja (2007): Gruppendiskussionsverfahren und Focus Groups. In: Buber, Renate/Holzmüller, Hartmut H. (Hg.): Qualitative Marktforschung. Konzepte – Methoden – Analysen. Wiesbaden: Gabler Verlag, S. 491-506.
- Bollinger, Heinrich (2018): Die Definition von Profession und Beruf. Ein Überblick über das Arzt-Sein aus soziologischer Sicht. In: Klinke, Sebastian/Kadmon Martina (Hg.): Ärztliche Tätigkeit im 21. Jahrhundert. Profession oder Dienstleistung. Berlin: Springer-Lehrbuch, S. 21-37.
- Borkenhagen, Ada (2014): Der Wunsch nach einem genitalkosmetischen Eingriff – Motive der Patientinnen und Empfehlungen für den Gynäkologen. In: Bitzer, Johannes/Hoefert, Hans-Wolfgang (Hg.): Psychologie in der Gynäkologie. Lengerich: Pabst Science Publishers, S. 89-94.
- Borkenhagen, Ada (2011): Das kosmetische Selbst: Aspekte zu einem neuen Sozialisationstyp. Schönheitschirurgisches Enhancement als Selbsttechnologie am Beispiel von Schönheitsoperationsshows und Modelcastingsendungen. In: Psychoanalyse im Widerspruch, Jg. 23, Heft 45, S. 7-19.
- Böschchen, Stefan (2003): Wissenschaftsfolgenabschätzung. Über die Veränderung von Wissenschaft im Zuge reflexiver Modernisierung. In: Böschchen, Stefan/Schulz-Schaeffer, Ingo (Hg.): Wissenschaft in der Wissensgesellschaft. Wiesbaden: Westdeutscher Verlag, S. 193-219.
- Böschchen, Stefan/Wehling, Peter (2004): Einleitung. Wissenschaft am Beginn des 21. Jahrhunderts – Neue Herausforderungen für Wissenschaftsforschung und -politik. In: Dies. (Hg.): Wissenschaft zwischen Folgenverantwortung und Nichtwissen. Aktuelle Perspektiven der Wissenschaftsforschung. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 9-33.
- Bradbury, Eileen (1994): The psychology of aesthetic plastic surgery. In: Aesthetic Plastic Surgery, Volume 18, Issue 3, S. 301-305.

- Braun, Virginia (2005): In Search of (Better) Sexual Pleasure. Female Genital ›Cosmetic‹ Surgery. In: *Sexualities*, Volume 8, Issue 4, S. 407-424.
- Bremer, Helmut (2004): Von der Gruppendiskussion zur Gruppenwerkstatt. Ein Beitrag zur Methodenentwicklung in der typenbildenden Mentalitäts-, Habitus- und Milieuanalyse. Münster/Hamburg/London: LIT-Verlag.
- Bröckling, Ulrich (2007): Das unternehmerische Selbst. Soziologie einer Subjektivierungsform. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Bubrowski, Helene (2017): EuGH-Urteil: Wohl kein Schmerzensgeld im Implantate-Skandal. In: *Frankfurter Allgemeine Zeitung (FAZ)* vom 16.02.2017. Online verfügbar unter: www.faz.net/aktuell/gesellschaft/kriminalitaet/eugh-urteil-zum-brustimplantate-skandal-tuev-muss-nicht-zahlen-14880659.html (letzter Aufruf am 10.07.2018).
- Bundesärztekammer (2018a): Koalition gegen Schönheitswahn. Online verfügbar unter: <https://www.bundesaerztekammer.de/ueber-uns/institutionengremien/koalitionen-buendnisse/schoenheitswahn/> (letzter Aufruf am 11.07.2018).
- Bundesärztekammer (2018b): Ärztestatistik zum 31. Dezember 2018. Online verfügbar unter: https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/Statistik2018/Stat18AbbTab.pdf (letzter Aufruf am 22.07.2020).
- Bundeärztekammer (2018c): Bekanntmachungen. (Muster-)Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte in der Fassung der Beschlüsse des 121. Deutschen Ärztetages 2018 in Erfurt. In: *Deutsches Ärzteblatt*, Jg. 115, Heft 24, S. A1-A9.
- Bundesärztekammer (2014): Ergebnisse der Ärztestatistik zum 31.12.2014. Online verfügbar unter: https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/Statistik2014/Stat14AbbTab.pdf (letzter Aufruf am 22.07.2020).
- Bundesärztekammer (2012a): VI – 68 Berufsbezeichnung. Online verfügbar unter: www.bundesaerztekammer.de/aerztetag/aerztetaege-ab-2006/115-deutscher-aerztetag-2012/beschlussprotokoll/top-vi-taetigkeitsbericht-der-bundesaerztekammer/weiterbildungfortbildung/vi-68-berufsbezeichnung/ (letzter Aufruf am 12.03.2018).
- Bundesärztekammer (2012b): Stellungnahme der Zentralen Kommission zur Wahrung ethischer Grundsätze in der Medizin und ihren Grenzgebieten (Zentrale Ethikkommission) bei der Bundesärztekammer. »Ärztliche Behandlungen ohne Krankheitsbezug unter besonderer Berücksichtigung der ästhetischen Chirurgie«. In: *Deutsches Ärzteblatt*, Jg. 109, Heft 40, S. A2000-A2004.
- Bundesärztekammer (2010): Ergebnisse der Ärztestatistik zum 31.12.2010. Online verfügbar unter: https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/specialdownloads/Stat10Abbildungsteil.pdf (letzter Aufruf am 22.07.2020).

- change.org (2018): Stop cosmetic surgery apps aimed at kids: #surgeryisnotagame. <https://www.change.org/p/apple-stop-plastic-surgery-apps-aimed-at-kids-surgery-is-not-a-game> (letzter Aufruf am 10.07.2018).
- Conrad, Peter (2007): *The Medicalization of Society. On the Transformation of Human Conditions into Treatable Disorders*. Baltimore: The John Hopkins University Press.
- Conrad, Peter (2005) *The Shifting Engines of Medicalization*. In: *Journal of Health and Social Behavior*, Volume 46, Issue 1, S. 3-14.
- Conrad, Peter (1992): *Medicalization and Social Control*. In: *Annual Review of Sociology*, Volume 18, Issue 1, S. 209-232.
- Crossley, Nick (2006): *In the Gym. Motives, Meaning and Moral Careers*. In: *Body & Society* Volume 12, Issue 3, S. 23-50.
- Cuzzolaro, Massimo/Nizzoli, Umberto (2018): *Enrico Morselli and the Invention of Dismorphophobia*. In: Cuzzolaro, Massimo/Fassino, Secondo (Hg.): *Body Image, Eating, and Weight. A Guide to Assessment, Treatment, and Prevention*. Cham: Springer International Publishing AG, Part of Springer Nature, S. 85-95.
- Davis, Kathy (2008): *Surgical passing – Das Unbehagen an Michael Jacksons Nase*. In: Villa, Paula-Irene (Hg.): *schön normal. Manipulationen am Körper als Technologien des Selbst*. Bielefeld: transcript, S. 41-66.
- Davis, Kathy (1995): *Reshaping the Female Body. The Dilemma of Cosmetic Surgery*. New York/London: Routledge.
- Degele, Nina (2004): *Sich schön machen. Zur Soziologie von Geschlecht und Schönheitshandeln*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Delinsky, Sherrie Selwyn (2005): *Cosmetic surgery. A common and accepted form of self-improvement?* In: *Journal of Applied Social Psychology*, Volume 35, Issue 10, S. 2012-2028.
- Dellwing, Michael/Harbusch, Martin (Hg.) (2015): *Vergemeinschaftung in Zeiten der Zombie-Apokalypse. Gesellschaftskonstruktionen am fantastischen Anderen*. Wiesbaden: Springer VS.
- DGPRÄC – Deutschen Gesellschaft der Plastischen, Rekonstruktiven und Ästhetischen Chirurgen (2018a): *Geschichte der Plastischen Chirurgie. Abbildung »Der Tempel der Plastischen Chirurgie«*. Online verfügbar unter: <https://www.dgpraec.de/dgpraec/historie/plastische-chirurgie-geschichte/> (letzter Aufruf am 11.07.2018).
- DGPRÄC – Deutschen Gesellschaft der Plastischen, Rekonstruktiven und Ästhetischen Chirurgen (2018b): *Historie der DGPRÄC*. Online verfügbar unter: <https://www.dgpraec.de/dgpraec/historie/> (letzter Aufruf am 13.10.2018).
- DGPRÄC – Deutschen Gesellschaft der Plastischen, Rekonstruktiven und Ästhetischen Chirurgen (2017): *Pressemitteilung. DGPRÄC wählt neuen Vorstand: Univ.-Prof. Dr. Riccardo Giunta (LMU München) ist Präsident*. Online verfügbar unter: <https://www.dgpraec.de/pressemitteilungen/dgpraec-waehlt->

- neuen-vorstand-univ-prof-dr-riccardo-giunta-lmu-muenchen-ist-praesident
(letzter Aufruf am 18.06.2018).
- DGPRÄC – Deutschen Gesellschaft der Plastischen, Rekonstruktiven und Ästhetischen Chirurgen (2016): Neufassung der Satzung der Deutschen Gesellschaft der Plastischen, Rekonstruktiven und Ästhetischen Chirurgen mit Änderungen der Mitgliederversammlungen vom 03.05.2007, 25.06.2007, 24.04.2008, 03.10.2008, 11.09.2009, 21.04.2010, 30.09.2011, 13.09.2013, 12.09.2014, 02.10.2015 und 09.09.2016, § 2 Zweck und Aufgaben der Gesellschaft (Stand 09. September 2016). Online verfügbar unter: https://www.dgpraec.de/wp-content/uploads/2018/03/Satzung_DGPRAEC_09_09_2016.pdf (letzter Aufruf am 11.07.2018).
- DGPRÄC – Deutschen Gesellschaft der Plastischen, Rekonstruktiven und Ästhetischen Chirurgen (2015): Presseinformation. Ergebnisse der DGPRÄC-Umfrage 2014: Aktuelle Entwicklungen in der Plastischen und Ästhetischen Chirurgie. Online verfügbar unter: https://www.dgpraec.de/wp-content/uploads/2018/03/2015-10-01-Statistik_2014.pdf (letzter Aufruf 05.06.2018).
- DGÄPC – Deutsche Gesellschaft für Ästhetisch-Plastische Chirurgie (2005): Offener Brief der Deutsche Gesellschaft für Ästhetisch-Plastische Chirurgie (DGÄPC) an die Mitglieder der »Koalition gegen den Schönheitswahn«. Online verfügbar unter: https://nanopdf.com/download/offener-brief-der-mitglieder-der-koalition-gegen_pdf (letzter Aufruf am 09.07.2018).
- DLF – Deutschlandfunk Kultur (2017): Neuer hippokratischer Eid. »Keine verbindliche Antwort auf ethische Probleme«. Jochen Vollmann im Gespräch mit Katrin Heise. Podcast-Interview vom 02.12.2017. Online verfügbar unter: https://www.deutschlandfunkkultur.de/neuer-hippokratischer-eid-keine-verbindliche-antwort-auf.1008.de.html?dram:article_id=402162 (letzter Aufruf am 07.06.2019).
- dpa – Deutsche Presse-Agentur: (2015): Debatte im Vatikan über Schönheits-OPs: »Burka aus Fleisch«. In: Der Tagesspiegel Online, 05.02.2015, online verfügbar unter: <https://www.tagesspiegel.de/weltspiegel/debatte-im-vatikan-ueber-schoenheits-ops-burka-aus-fleisch/11330986.html> (letzter Aufruf am 11.07.2018).
- Dudenredaktion (Hg.) (2014): Duden. Das Herkunftswörterbuch. Etymologie der deutschen Sprache. Duden Band 7. Berlin: Dudenverlag, S. 640.
- Dull, Diana/West, Candace (1991): Accounting for Cosmetic Surgery. The Accomplishment of Gender. In: Social Problems, Volume 38, Issue 1, S. 54-70.
- Dunkel, Wolfgang/Rieder, Kerstin (Hg.) (2004): Interaktion im Salon. Analysen interaktiver Arbeit anhand eines Dokumentarfilms zum Friseurhandwerk. ISF München. Online verfügbar unter: www.isf-muenchen.de/pdf/isf-archiv/2004-dunkel-rieder-interaktion-im-salon.pdf (letzter Aufruf am 21.08.2018).

- Edmonds, Alexander (2013): Can Medicine Be Aesthetic? Disentangling Beauty and Health in Elective Surgery. In: *Medical Anthropology Quarterly*, Volume 27, Issue 2, S. 233-252.
- Eichinger, Tobias (2018): Der Arzt als Dienstleister? Ethische Überlegungen zu medizinischer Selbstoptimierung und Wunscherfüllung. In: Klinka, Sebastian/Kadmon, Martina (Hg.): *Ärztliche Tätigkeit im 21. Jahrhundert – Profession oder Dienstleistung*. Berlin: Springer-Lehrbuch, S. 191-205.
- Eichinger, Tobias (2013): *Jenseits der Therapie. Philosophie und Ethik wunscherfüllender Medizin*. Bielefeld: transcript.
- Eigler, Friedrich Wilhelm (2003): Der hippokratische Eid. Ein zeitgemäßes Gelöbnis? In: *Deutsches Ärzteblatt*, Jg. 100, Heft 34/35, S. A2203–A2204. Online verfügbar unter: <https://www.aerzteblatt.de/archiv/38156/Der-hippokratische-Eid-Ein-zeitgemaesses-Geloebnis> (letzter Aufruf am 06.06.2019).
- endangeredbodies.org (2018): *Endangered Bodies Global*. <https://www.endangeredbodies.org/home> (letzter Aufruf am 10.07.2018).
- Engelhardt, Michael von (2010): Erving Goffman: Stigma. Über Techniken der Bewältigung beschädigter Identität. In: Jörissen, Benjamin/Zirfas, Jörg (Hg.): *Schlüsselwerke der Identitätsforschung*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 123-140.
- Ensel, Angelica (1996): *Nach seinem Bilde. Schönheitschirurgie und Schöpfungsphantasien in der westlichen Medizin*. Bern: eFeF Verlag.
- Eryny, Nicola/Herrgen, Matthias/Schmidt, Jan C. (Hg.) (2018): *Die Leistungssteigerung des menschlichen Gehirns. Neuro-Enhancement im interdisziplinären Diskurs*. Wiesbaden: Springer VS.
- Feiler, Julia (2020): *Social Freezing – Reproduktionsmedizin im Spannungsfeld zwischen Risiko, Moral und Verantwortung*. Wiesbaden: Springer VS.
- Feiler, Julia (2019): Risiko und Verantwortung im Umgang mit alternden Eizellen. ›Social Freezing‹ als Sozialtechnik des Zukunftsmanagements. In: *Feministische Studien*, Jg. 37, Heft 2, S. 289-302.
- Feldwisch-Drentrup, Hinnerk/Zegelman, Anne (2017): Deklaration von Genf kommt in der Gegenwart an. In: *Ärzte Zeitung online*, 09.11.2017. Online verfügbar unter: https://www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/medizintechnik/article/947128/hippokratischer-eid-deklaration-genf-kommt-gegenwart.html (letzter Aufruf am 06.06.2019).
- Finckenstein, Joachim Graf von (2000): Plastische Chirurgie – Was die Kassen als Krankheit anerkennen. In: *Deutsches Ärzteblatt*, Jg. 97, Heft 4, S. A-157-159. Online verfügbar unter: <https://www.aerzteblatt.de/pdf.asp?id=20951> (letzter Aufruf am 25.01.2018).
- Fogel, Joshua/King, Kahlil (2014): *Perceived Realism and Twitter Use Are Associated with Increased Acceptance of Cosmetic Surgery among Those Watching Reality*

- Television Cosmetic Surgery Programs. In: *Plastic & Reconstructive Surgery*, Volume 134, Issue 2, S. 233-238.
- Foucault, Michel (1973): *Die Geburt der Klinik: Eine Archäologie des ärztlichen Blicks*. München: Carl Hanser Verlag.
- Freidson, Eliot (1970): *Profession of Medicine. A Study of the Sociology of Applied Knowledge*. New York: Harper & Row.
- Garfinkel, Harold (1967): *Studies in Ethnomethodology*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Geißler, Rainer (2014): *Die Sozialstruktur Deutschlands. 7., grundlegend überarbeitete Auflage*. Wiesbaden: Springer VS.
- George, Joan Ann (2003): *Flat chests and crossed eyes: Scrutinizing minor bodily stigmas through the lens of cosmetic surgery*. Graduate Theses and Dissertations. Online verfügbar unter: <https://scholarcommons.usf.edu/etd/1370/> (letzter Aufruf am 09.05.2019).
- Giddens, Anthony (1991): *Modernity and Self-Identity. Self and Society in the Late Modern Age*. Cambridge: Polity Press.
- Gilman, Sander L. (2005a): *Die erstaunliche Geschichte der Schönheitschirurgie*. In: Taschen, Angelika (Hg.): *Schönheitschirurgie*. Köln/London/Los Angeles/Madrid/Paris/Tokyo: Taschen Verlag, S. 60-109.
- Gilman, Sander L. (2005b): *Ethnische Fragen in der Schönheitschirurgie*. In: Taschen, Angelika (Hg.): *Schönheitschirurgie*. Köln/London/Los Angeles/Madrid/Paris/Tokyo: Taschen Verlag, S. 110-137.
- Gilman, Sander L. (2001): *Making The Body Beautiful. A Cultural History of Aesthetic Surgery*. Princeton/Oxford: Princeton University Press.
- Gilman, Sander L. (1998): *Creating Beauty to Cure the Soul. Race and Psychology in the Shaping of Aesthetic Surgery*. Durham/London: Duke University Press.
- Gimlin, Debra (2012): *Cosmetic Surgery Narratives. A Cross-Cultural Analysis of Women's Accounts*. Basingstoke/Hampshire: Palgrave Macmillan.
- Gimlin, Debra (2010): *Imagining the Other in Cosmetic Surgery*. In: *Body & Society*, Volume 16, Issue 4, S. 57-76.
- Gimlin, Debra (2007): *What is Body Work? A review of the literature*. In: *Sociology Compass*, Volume 1, Issue 1, S. 353-370.
- Gimlin, Debra (2002): *Body Work. Beauty and Self-Image in American Culture*. Berkeley/Los Angeles: University of California Press.
- Gläser, Jochen/Laudel, Grit (2004): *Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Goffman, Erving (1979 [1967]): *Stigma. Über die Techniken der Bewältigung beschädigter Identität*. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Gruber, Maria/Jahn, Rebecca/Stolba, Karin/Ossege, Michael (2018): *»Das Barbie Syndrom«*. Ein Fallbericht über die Körperdysmorphie Störung. In: *Neuropsychiatrie*, Volume 32, Issue 1, S. 44-49.

- Gugutzer, Robert (2012): Die Sakralisierung des Profanen. Der Körperkult als individualisierte Sozialform des Religiösen. In: Ders./Böttcher, Moritz (Hg.): Körper, Sport und Religion. Zur Soziologie religiöser Verkörperungen. Wiesbaden: Springer VS, S. 285-309.
- Gugutzer, Robert (2009): Doping im Spitzensport der reflexiven Moderne. In: Sport und Gesellschaft – Zeitschrift für Sportsoziologie, Sportphilosophie, Sportökonomie, Sportgeschichte, Band 6, Heft 1, S. 3-29.
- Gugutzer, Robert (2006): body turn. Perspektiven der Soziologie des Körpers und des Sports. Bielefeld: transcript.
- Gugutzer, Robert/Duttweiler, Stefanie (2012): Körper, Gesundheit, Sport. Selbsttechnologien in der Gesundheits- und Sportgesellschaft. In: Sozialwissenschaften und Berufspraxis, Jg. 35, Heft 1, S. 5-18.
- Gurwitsch, Aron (1976): Die mitmenschlichen Begegnungen in der Milieuwelt. Berlin/New York: de Gruyter.
- Haiken, Elizabeth (1997): Venus Envy. A History of Cosmetic Surgery. Baltimore: The Johns Hopkins University Press.
- Harris, John (2007): Enhancing Evolution. The Ethical Case for Making Better People. Princeton: Princeton University Press.
- Henderson-King, Donna/Henderson-King, Eaaron (2005): Acceptance of cosmetic surgery. Scale development and validation. In: Body Image, Volume 2, Issue 2, S. 137-149.
- Hirschauer, Stefan (2008): Körper macht Wissen: für eine Somatisierung des Wissensbegriffs. In: Rehberg, Karl-Siebert (Hg.): Die Natur der Gesellschaft. Verhandlungen des 33. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Soziologie in Kassel 2006. Teilbd. 1 und 2. Frankfurt a.M.: Campus Verlag, S. 974-984.
- Hitzler, Ronald (2002): Der Körper als Gegenstand der Gestaltung. Über physische Konsequenzen der Bastelexistenz. In: Hahn, Kornelia/Meuser, Michael (Hg.): Körperrepräsentationen. Die Ordnung des Sozialen und der Körper. Konstanz: UVK, S. 71-85.
- Hitzler, Ronald (1999): Modernisierung als Handlungsproblem. Individuelle Lebensbewältigung in einer sich wandelnden Welt. In: Rapp, Friedrich (Hg.): Global Village. Eine Umwelt und viele Lebensstile. Bochum: Projekt-Verlag, S. 83-105.
- Hitzler, Ronald (1994): Wissen und Wesen des Experten. Ein Annäherungsversuch – zur Einleitung. In: Ders./Honer, Anne/Maeder, Christoph (Hg.): Expertenwissen. Die institutionalisierte Kompetenz zur Konstruktion von Wirklichkeit. Opladen: Westdeutscher Verlag, S. 13-30.
- Hitzler, Ronald/Honer, Anne (1994): Bastelexistenz. Über subjektive Konsequenzen der Individualisierung. In: Beck, Ulrich/Beck-Gernsheim, Elisabeth (Hg.): Riskante Freiheiten. Individualisierung in modernen Gesellschaften. Frankfurt a.M.: Suhrkamp, S. 307-315.

- Hitzler, Ronald/Pfadenhauer, Michaela (1999): Reflexive Mediziner? Die Definition von professioneller Kompetenz als standespolitisches Problem am Übergang zu einer »anderen« Moderne. In: Maeder, Christoph/Burton-Jeangros, Claudine/Haour-Knipe, Mary (Hg.): Gesundheit, Medizin und Gesellschaft. Beiträge zur Soziologie der Gesundheit. Zürich Seismo-Verlag, S. 97-115.
- Hochschild, Arlie R. (1990): Das gekaufte Herz. Zur Kommerzialisierung der Gefühle. Frankfurt a.M./New York: Campus.
- Hoffmann, Martin (2006): Gibt es eine klare Abgrenzung von Therapie und Enhancement? In: Jahrbuch für Wissenschaft und Ethik, Band 11, Heft 1, S. 201-221.
- Holländer, Eugen (1912): Die kosmetische Chirurgie. In: Joseph, Max (Hg.): Handbuch der Kosmetik. Leipzig: Verlag von Veit & Comp., S. 669-712.
- Holliday, Ruth/Hardy, Kate/Bell, David/Hunter, Emily/Jones, Meredith/Probyn, Elspeth/Sanchez Taylor, Jacqueline (2013): Beauty and the Beach: Mapping Cosmetic Surgery Tourism. In: Botterill, David/Pennings, Guido/Mainil, Tomas (Hg.): Medical Tourism and Transnational Health Care. New York: Palgrave Macmillan, S. 83-97.
- Honer, Anne (2011): Bodybuilding als Sinnsystem. Elemente, Aspekte und Strukturen. In: Dies. (2011): Kleine Leiblichkeiten. Erkundungen in Lebenswelten. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 105-120.
- Honer, Anne (1994): Die Produktion von Geduld und Vertrauen. Zur audiovisuellen Selbstdarstellung des Fortpflanzungsexperten. In: Hitzler, Ronald/Honer, Anne/Maeder, Christoph (Hg.): Expertenwissen. Die institutionalisierte Kompetenz zur Konstruktion von Wirklichkeit. Opladen: Westdeutscher Verlag, S. 44-61.
- Hoppe, Jörg-Dietrich (2009): Die Patient-Arzt-Beziehung im 21. Jahrhundert. In: Katzenmeier, Christian/Bergdolt, Klaus (Hg.): Das Bild des Arztes im 21. Jahrhundert. Berlin/Heidelberg: Springer-Verlag, S. 1-7.
- Hormozi, Abdoljalil K./Maleki, Simin/Rahimi, Abolfazl/Manafi, Ali/Amirizad, Seyed J. (2018): Cosmetic Surgery in Iran: Sociodemographic Characteristics of Cosmetic Surgery Patients in a Large Clinical Sample in Tehran. The American Journal of Cosmetic Surgery, Volume 35, Issue 4, S. 177-182.
- Hornbergs-Schwetzel, Simone (2008): Therapie und Enhancement. Der Versuch einer wertvollen Unterscheidung. In: Jahrbuch für Wissenschaft und Ethik, Band 13, Heft 1, S. 207-223.
- Howarth, Glennys (1996): Last Rites. The Work of the Modern Funeral Director. Amityville, N.Y.: Baywood.
- Hradil, Stefan (2006): Soziale Milieus – eine praxisorientierte Forschungsperspektive. In: Aus Politik und Zeitgeschichte, 44-45/2006, S. 3-10.
- Hradil, Stefan/Spellerberg, Annette (2011): Lebensstile und soziale Ungleichheit. In: Gesellschaft-Wirtschaft-Politik (GWP), Heft 1/2011, S. 51-62.

- Hughes, Everett C. (1993) [1971]: *The Sociological Eye. Selected Papers.* Brunswick/London: Transaction Publishers (Reprint. Originally published: Chicago: Aldine-Atherton, 1971).
- Igl, Gerhard/Welti, Felix (Hg.) (2018): *Gesundheitsrecht. Eine systematische Einführung.* München: Verlag Franz Vahlen.
- Illich, Ivan (1976): *Medical Nemesis. The Expropriation of Health.* New York: Pantheon.
- Imhof, Arthur E. (1983): Einleitung des Herausgebers. In: Ders. (Hg.): *Der Mensch und sein Körper. Von der Antike bis heute.* München: Beck, S. 13-30.
- Inthorn, Julia/Bittner, Uta (2012): *Der Arzt in der Ästhetischen Chirurgie. Mediale Darstellung in Hinblick auf ethische Fragestellungen.* In: *Jahrbuch für Wissenschaft und Ethik*, Band 16, Heft 1, S. 65-88.
- ISAPS – International Society of Aesthetic Plastic Surgery (2019): *International Study on Aesthetic/Cosmetic Procedures performed in 2018.* Online verfügbar unter: <https://www.isaps.org/wp-content/uploads/2019/12/ISAPS-Global-Survey-Results-2018-new.pdf> (letzter Aufruf am 22.07.2020).
- ISAPS – International Society of Aesthetic Plastic Surgery (2015): *International Survey on Aesthetic/Cosmetic Procedures Performed in 2014.* Online verfügbar unter: <https://www.isaps.org/wp-content/uploads/2017/10/2015-ISAPS-Results-1.pdf> (letzter Aufruf am 22.07.2020).
- ISAPS – International Society of Aesthetic Plastic Surgery (2013): *ISAPS International Survey on Aesthetic/Cosmetic Procedures Performed in 2010 (Revised – January 15, 2013).* Online verfügbar unter: <https://www.isaps.org/wp-content/uploads/2017/10/ISAPS-Results-Procedures-2010-1.pdf> (letzter Aufruf am 22.07.2020).
- Itschert, Adrian (2018): *Die Grenzen des Leistungsprinzips. Leistungsvergleiche im Statuszuweisungsprozess.* In: Dorn, Christopher/Tacke, Veronika (Hg.): *Vergleich und Leistung in der funktional differenzierten Gesellschaft.* Wiesbaden: Springer VS, S. 259-284.
- Jones, Meredith (2008): *Media-bodies and screen-births: Cosmetic surgery reality television.* In: *Continuum. Journal of Media & Cultural Studies*, Volume 22, Issue 4, S. 515-524.
- Jörg, Johannes (2015): *Berufsethos kontra Ökonomie: Haben wir in der Medizin zu viel Ökonomie und zu wenig Ethik?* Berlin/Heidelberg: Springer-Verlag.
- Juengst, Eric T. (2009): *Was bedeutet Enhancement?* In: Schöne-Seifert, Bettina/Talbot, Davinia (Hrsg): *Enhancement. Die ethische Debatte.* Paderborn: mentis, S. 25-46.
- Jungwirth, Ingrid (2007): *Zum Identitätsdiskurs in den Sozialwissenschaften. Eine postkolonial und queer informierte Kritik an George H. Mead, Erik H. Erikson und Erving Goffman.* Bielefeld: transcript.

- Junker, Iris/Kettner, Matthias (2009): Konsequenzen der wunscherfüllenden Medizin für die Arzt-Patient-Beziehung. In: Kettner, Matthias (Hg.): Wunscherfüllende Medizin. Ärztliche Behandlung im Dienst von Selbstverwirklichung und Lebensplanung. Frankfurt/New York: Campus, S. 55-74.
- Kalandar, Abeer/Al-Youha, Sarah/Al-Halabi, Becher/Williams, Jason (2018): What Does the Public Think? Examining Plastic Surgery Perceptions through the Twitterverse. In: *Plastic and Reconstructive Surgery*, Volume 142, Issue 1, S. 265-274.
- Kang, Miliann (2003): The Managed Hand. The Commercialization of Bodies and Emotions in Korean Immigrant-Owned Nail Salons. In: *Gender and Society*, Volume 17, Issue 6, S. 820-839.
- Karsch, Fabian (2015): *Medizin zwischen Markt und Moral. Zur Kommerzialisierung ärztlicher Handlungsfelder*. Bielefeld: transcript.
- Keller, Reiner/Meuser, Michael (2011): Wissen des Körpers – Wissen vom Körper. Körper- und wissenssoziologische Erkundungen. In: Dies. (Hg.): *Körperwissen*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 9-27.
- Kettner, Matthias (2012): Enhancement als wunscherfüllende Medizin. In: Borckenhagen, Ada/Brähler, Elmar (Hg.): *Die Selbstverbesserung des Menschen. Wunschmedizin und Enhancement aus medizinpsychologischer Perspektive*. Gießen: Psychosozial-Verlag, S. 13-31.
- Kettner, Matthias (2006): »Wunscherfüllende Medizin« – Assistenz zum besseren Leben? In: *G+G Wissenschaft – Wissenschaftsforum in Gesundheit und Gesellschaft (GGW)*, Jg. 6, Heft 2, S. 7-16.
- Kettner, Matthias/Junker, Iris (2007): Beautiful Enhancements. Über wunscherfüllende Medizin. In: *Zeitschrift für Ästhetik und Allgemeine Kunstwissenschaft*, Jg. 52, Heft 2, S. 185-196.
- Klein, Regina (2014): Vernähungen – schönheitschirurgische Praxen als Grenzverletzung und -(wieder)herstellungen im »surgical passing«. Eine kritische Reflexion. In: *Soziale Welt*, Jg. 65, Heft 3, S. 295-315.
- Koppetsch, Cornelia/Burkart, Günter (1999): *Die Illusion der Emanzipation. Zur Wirksamkeit latenter Geschlechtnormen im Milieuvvergleich*. Konstanz: UKV Universitätsverlag.
- Körner, Swen/Erber-Schropp, Julia M. (Hg.) (2016): *Gendoping. Herausforderung für Sport und Gesellschaft*. Wiesbaden: Springer Spektrum.
- Korzcak, Dieter (2007): *Schönheitsoperationen: Daten, Probleme, Rechtsfragen. Abschlussbericht*. Online verfügbar unter: <http://download.ble.de/05HS020.pdf> (letzter Aufruf am 25.06.2018).
- Kron, Thomas/Winter, Lars (2009): Aktuelle soziologische Akteurtheorien. In: Kneer, Georg/Schroer, Markus (Hg.): *Handbuch Soziologische Theorien*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 41-66.

- Küppers, Carolin (2018): *Gefährlich oder gefährdet? Diskurse über Sexarbeit zur Fußball-Weltmeisterschaft der Männer in Südafrika*. Wiesbaden: Springer VS.
- Lachmund, Jens (1987): *Die Profession, der Patient und das medizinische Wissen. Von der kurativen Medizin zur Risikoprävention*. In: *Zeitschrift für Soziologie*, Jg. 16, Heft 5, S. 353-366.
- Lahousen, Theresa/Linder, Dennis/Gieler, Tanja/Gieler, Uwe (2017): *Körperdysmorphie Störung. Diagnostik und Therapie in der kosmetischen Dermatologie*. In: *Der Hautarzt*, Volume 68, Issue 12, S. 973-979.
- Lamnek, Siegfried (2005): *Gruppendiskussion. Theorie und Praxis*. 2. Auflage. Weinheim/Basel: Beltz Verlag.
- Langer, Annette (2015): *Frauen-Kampagne im Vatikan: »Schönheitsoperationen sind Burka aus Fleisch«*. In: *Spiegel Online*, 03.02.2015, online verfügbar unter: www.spiegel.de/panorama/frauen-kampagne-im-vatikan-schoenheitsoperationen-sind-burka-aus-fleisch-a-1016490.html (letzter Aufruf am 10.07.2018).
- Larson, Magali S. (1977): *The Rise of Professionalism. A Sociological Analysis*. Berkeley/Los Angeles/London: University of California Press.
- Leem, So Yeon (2017): *Gangnam-Style Plastic Surgery: The Science of Westernized Beauty in South Korea*. In: *Medical Anthropology. Cross-Cultural Studies in Health and Illness*, Volume 36, Issue 7, S. 657-671.
- Lenk, Christian (2006): *Verbesserung als Selbstzweck? Psyche und Körper zwischen Abweichung, Norm und Optimum*. In: Ach, Johann S./Pollmann, Arnd (Hg.): *no body is perfect. Baumaßnahmen am menschlichen Körper. Bioethische und ästhetische Aufrisse*. Bielefeld: transcript, S. 63-78.
- Lenk, Christian (2002): *Therapie und Enhancement. Ziele und Grenzen der modernen Medizin*. Münsteraner Bioethische Schriften Bd. 2. Münster: Lit Verlag.
- Lenzen, Dieter (1991): *Krankheit als Erfindung. Medizinische Eingriffe in die Kultur*. Frankfurt a.M.: Fischer Taschenbuchverlag.
- Lewin, Kurt (1936): *Principles of topological psychology*. New York: Mc Graw-Hill.
- Liebelt, Claudia (2019): *Reshaping ›Turkish‹ Breasts and Noses: On Cosmetic Surgery, Gendered Norms and the ›Right to Look Normal«*. In: Liebelt, Claudia/Böllinger, Sarah/Vierke, Ulf (Hg.): *Beauty and the Norm. Debating Standardization in Bodily Appearance*. New York: Palgrave Macmillan, S. 155-176.
- Liebold, Renate (2018): *Arbeit am Körper anderer zwischen Nähe und Distanz. Ausgangsüberlegungen und erste Felderkundungen*. In: Hitzler, Ronald/Klemm, Matthias/Kreher, Simone/Poferl, Angelika/Schröer, Norbert (Hg.): *Herumschnüffeln – aufspüren – einfühlen. Ethnographie als ›hemdsärmelige‹ und reflexive Praxis*. Essen: Oldib Verlag, S. 159-170.
- Liebold, Renate/Trinczek, Rainer (2009): *Experteninterview*. In: Kühl, Stefan/Strodtholz, Petra/Taffertshofer, Andreas (Hg.): *Handbuch Methoden der*

- Organisationsforschung. Quantitative und Qualitative Methoden. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 32-56.
- Little, Margaret O. (2009): Schönheitschirurgie, fragwürdige Normen und die Ethik der Komplizenschaft. In: Schöne-Seifert, Bettina/Talbot, Davinia (Hg.): Enhancement. Die ethische Debatte. Paderborn: mentis, S. 127-143.
- Loos, Peter/Schäffer, Burkhard (2001): Das Gruppendiskussionsverfahren. Theoretische Grundlagen und empirische Anwendung. Opladen: Leske + Budrich.
- Maas, Hans-Jürgen (2005): Beschlussprotokoll des 108. Deutschen Ärztetages vom 3. bis 6. Mai 2005 in Berlin. Online verfügbar unter: https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/Beschluesse108.pdf (letzter Aufruf am 13.10.2018).
- Maasen, Sabine (2008): Bio-ästhetische Gouvernementalität – Schönheitschirurgie als Biopolitik. In: Villa, Paula-Irene (Hg.): schön normal. Manipulationen am Körper als Technologien des Selbst. Bielefeld: transcript, S. 99-118.
- Maio, Giovanni (2014): Geschäftsmodell Gesundheit. Wie der Markt die Keilkunst abschafft. Berlin: Suhrkamp.
- Maio, Giovanni (2012): Ärztliche Hilfe als Geschäftsmodell? Eine Kritik der ökonomischen Überformung der Medizin. In: Deutsches Ärzteblatt, Jg. 109, Heft 16, S. A 804-A 807.
- Maio, Giovanni (2009): Dienst am Menschen oder Kunden-Dienst? Ethische Grundreflexionen zur sich wandelnden ärztlichen Identität. In: Katzenmeier, Christian/Bergdolt, Klaus (Hg.): Das Bild des Arztes im 21. Jahrhundert. Berlin/Heidelberg: Springer-Verlag, S. 21-35.
- Maio, Giovanni (2007): Ist die ästhetische Chirurgie überhaupt noch Medizin? Eine ethische Kritik. In: HaMiPla (Handchirurgie – Mikrochirurgie – Plastische Chirurgie), Jg. 39, Heft 3, S. 189-194.
- Mangold, Werner (1973): Gruppendiskussionen. In: König, Rene (Hg.): Handbuch der empirischen Sozialforschung. Band 2: Grundlegende Methoden und Techniken der empirischen Sozialforschung. 3., umgearbeitete und erweiterte Auflage. Stuttgart: Ferdinand Enke Verlag, S. 228-259.
- Mangold, Werner (1960): Gegenstand und Methode des Gruppendiskussionsverfahrens. Frankfurt a.M.: Europäische Verlagsanstalt.
- Mannheim, Karl (1980): Strukturen des Denkens. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Mannheim, Karl (1970) [1964]: Das Problem der Generation. In: Ders.: Wissenssoziologie. Auswahl aus dem Werk. 2. Auflage, eingeleitet und herausgegeben von Kurt H. Wolff. Neuwied am Rhein/Berlin: Hermann Luchterhand Verlag, S. 509-565.
- Matthes, Joachim/Schütze, Fritz (1981): Zur Einführung: Alltagswissen, Interaktion und gesellschaftliche Wirklichkeit. In: Arbeitsgruppe Bielefelder Soziologen (Hg.): Alltagswissen, Interaktion und gesellschaftliche Wirklichkeit. Band

- 1: Symbolischer Interaktionismus und Ethnomethodologie. 5. Auflage. Wiesbaden: Springer Fachmedien, S. 11-53.
- Mayeux, Cheryl (2009): Stigma, Surgery and Social Identity: Attitudes towards Cosmetic and Sexual Reassignment Surgeries. University of New Orleans Theses and Dissertations. 958. Online verfügbar unter: https://scholarworks.uno.edu/td/958/?utm_source=scholarworks.uno.edu%2Ftd%2F958&utm_medium=PDF&utm_campaign=PDFCoverPages (letzter Aufruf am 09.05.2019).
- McDowell, Linda (2009): Working Bodies. Interactive Service Employment and Workplace Identities. Chichester: Wiley-Blackwell.
- Meili, Barbara (2008): Experten der Grenzziehung – Eine empirische Annäherung an Legitimationsstrategien von Schönheitschirurgen zwischen Medizin und Lifestyle. In: Villa, Paula-Irene (Hg.): schön normal. Manipulationen am Körper als Technologien des Selbst. Bielefeld: transcript, S. 119-142.
- Menon, Alka (2017): Reconstructing race and gender in American cosmetic surgery. In: Ethnic and Racial Studies, Volume 40, Issue 4, S. 597-616.
- Meßmer, Anna-Katharina (2017): Überschüssiges Gewebe. Intimchirurgie zwischen Ästhetisierung und Medikalisierung. Wiesbaden: Springer VS.
- Meßmer, Anna-Katharina (2013): »Und gut, dann ändert man halt seinen Körper«. Intimchirurgie zwischen Medikalisierung und Rohstoffisierung. In: Gender – Zeitschrift für Geschlecht, Kultur und Gesellschaft, Heft 1/2013, S. 9-23.
- Meuser, Michael (2014): Körperarbeit – Fitness, Gesundheit, Schönheit. In: Bellebaum, Alfred/Hettlage, Robert (Hg.): Unser Alltag ist voll von Gesellschaft. Wiesbaden: Springer VS, S. 65-81.
- Meuser, Michael (2004): Ärztliche Gemeinwohrrhetorik und Akzeptanz. Zur Ständespolitik der medizinischen Profession. In: Hitzler, Ronald/Hornbostel, Stefan/Mohr, Cornelia (Hg.): Elitenmacht. Wiesbaden: VS Verlag, S. 193-204.
- Meuser, Michael/Nagel, Ulrike (2009): Das Experteninterview – konzeptionelle Grundlagen und methodische Anlage. In: Pickel, Susanne/Pickel, Gert/Lauth, Hans-Joachim/Jahn, Detlef (Hg.): Methoden der vergleichenden Politik- und Sozialwissenschaft. Neue Entwicklungen und Anwendungen. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaft, S. 465-479.
- Meuser, Michael/Nagel, Ulrike (1994): Expertenwissen und Experteninterview. In: Hitzler, Ronald/Honer, Anne/Maeder, Christoph (Hg.): Expertenwissen. Die institutionalisierte Kompetenz zur Konstruktion von Wirklichkeit. Opladen: Westdeutscher Verlag, S. 180-192.
- Mieg, Harald A. (2018): Professionalisierung. In: Rauner, Felix/Grollmann, Philipp (Hg.): Handbuch der Berufsbildungsforschung. 3. Auflage. Bielefeld: Bertelsmann, S. 452-462.
- Mieg, Harald A. (2003): Problematik und Probleme der Professionssoziologie. In: Mieg, Harald A./Pfadenhauer, Michaela (Hg.): Professionelle Leistung – Pro-

- fessional Performance. Positionen der Professionssoziologie. Konstanz: UVK, S. 11-46.
- Mieg, Harald A./Brunner, Beat (2004): Experteninterviews. Reflexionen zur Methodologie und Erhebungstechnik. In: Schweizerische Zeitschrift für Soziologie Volume 30, Heft 2: S. 199-222.
- Milothridis, Panagiotis/Pavlidis, Leonidas/Haidich, Anna-Bettina/Panagopoulou, Efharis (2016): A systematic review of the factors predicting the interest in cosmetic plastic surgery. In: Indian Journal of Plastic Surgery, Volume 49, Issue 3, S. 397-402.
- Müller, Jürgen (2005): Plastische Chirurgie im Spielfilm. In: Taschen, Angelika (Hg.): Schönheitschirurgie. Köln/London/Los Angeles/Madrid/Paris/Tokyo: Taschen Verlag, S. 138-167.
- Noël, Suzanne (1932): Die Ästhetische Chirurgie und ihre soziale Bedeutung. Deutsche, von der Verfasserin erweiterte und neubearbeitete Ausgabe. Leipzig: Johann Ambrosius Barth.
- Nohl, Arnd-Michael (2017): Interview und Dokumentarische Methode. Anleitungen für die Forschungspraxis. 5., aktualisierte und erweiterte Auflage. Wiesbaden: Springer VS.
- Nohl, Arnd-Michael (2006): Bildung und Spontaneität: Phasen von Wandlungsprozessen in drei Lebensaltern. Empirische Rekonstruktionen und pragmatistische Reflexionen. Opladen & Farmington Hills: Verlag Barbara Budrich.
- Nohl, Arnd-Michael (1995): Erziehung und Lernen in der türkischen Ökologiebewegung. Hg. von der Forschungsgruppe Umweltbildung. Berlin: Verein zur Förderung der Ökologie im Bildungsbereich.
- Otte, Gunnar/Rössel, Jörg (2012): Einführung. Lebensstile in der Soziologie. In: Rössel, Jörg/Otte, Gunnar (Hg.): Lebensstilforschung. Sonderheft 51/2011 der Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 7-34.
- Parens, Erik (Hg.) (1998a): Enhancing Human Traits. Ethical and Social Implications. Washington: Georgetown University Press.
- Parens, Erik (1998b): Is Better Always Good? The Enhancement Project. In: Ders. (Hg.): Enhancing Human Traits. Ethical and Social Implications. Washington: Georgetown University Press, S. 1-28.
- Parsons, Talcott (1958): Struktur und Funktion der modernen Medizin. Eine soziologische Analyse. In: König, René/Tönnemann, Margret (Hg.): Probleme der Medizin-Soziologie. Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie, Sonderheft 3. Opladen: Westdeutscher Verlag, S. 10-57.
- Pfadenhauer, Michaela (2017): Der widerspenstigen Zähmung: Konsequenzen eines professionalisierten Expertentums. In: Lessenich, Stephan (Hg.) Geschlossene Gesellschaften. Verhandlungen des 38. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Soziologie in Bamberg 2016. Online verfügbar

- unter: <file:///C:/Users/cowus/AppData/Local/Temp/594-Artikeltext-3160-1-10-20170919.pdf> (letzter Aufruf 10.07.2018).
- Pfadenhauer, Michaela (2010): Der Experte. In: Moebius, Stephan/Schroer, Markus (Hg.): *Diven, Hacker, Spekulanten. Sozialfiguren der Gegenwart*. Berlin: Suhrkamp, S. 98-107.
- Pfadenhauer, Michaela (2007): Das Experteninterview. Ein Gespräch auf gleicher Augenhöhe. In: Buber, Renate/Holzmüller, Hartmut H. (Hg.): *Qualitative Marktforschung. Konzepte – Methoden – Analysen*. Wiesbaden: Gabler, S. 449-461.
- Pfadenhauer, Michaela (2003): Professionalität. Eine wissenssoziologische Rekonstruktion institutionalisierter Kompetenzdarstellungskompetenz. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, ursprünglich erschienen bei Leske + Budrich Opladen 2003.
- Pfadenhauer, Michaela/Sander, Tobias (2010): Professionssoziologie. In: Schröer, Markus/Kneer, Georg (Hg.): *Handbuch Spezielle Soziologien*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 361-378.
- Pitts-Taylor, Victoria (2009): Becoming/Being a Cosmetic Surgery Patient: Semantic Instability and the Intersubjective Self. In: *Studies in Gender and Sexuality*, Volume 10, Issue 3, S. 119-128.
- play.google.com (2018a): Celebrity Plastic Surgery Hospital. https://play.google.com/store/apps/details?id=com.gameimake.celebrityplasticsurgeryhospital&hl=en_US (letzter Aufruf am 10.07.2018).
- play.google.com (2018b): Princess Nose Surgery. <https://play.google.com/store/apps/details?id=com.crazycartoons.princess.nose.doctor&hl=en> (letzter Aufruf am 10.07.2018).
- Poferl, Angelika/Schilling, Karin/Brand, Karl-Werner (1997) (Hg.): *Umweltbewusstsein und Alltagshandeln. Eine empirische Untersuchung sozial-kultureller Orientierungen*. Herausgegeben vom Umweltbundesamt. Opladen: Leske + Budrich.
- Pollock, Friedrich (Hg.) (1955): *Gruppenexperiment – Ein Studienbericht*. Frankfurter Beiträge zur Soziologie (Bd. 2). Frankfurt a.M.: Europäische Verlagsanstalt.
- Przyborski, Aglaja (2004): *Gesprächsanalyse und dokumentarische Methode. Qualitative Auswertung von Gesprächen, Gruppendiskussionen und anderen Diskursen*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Przyborski, Aglaja/Wohlrab-Sahr, Monika (2010): *Qualitative Sozialforschung. Ein Arbeitsbuch*. 3., korrigierte Auflage. München: Oldenbourg Wissenschaftsverlag.
- Rabe-Kleberg, Ursula (1996): Professionalität und Geschlechterverhältnis. Oder: Was ist »semi« an traditionellen Frauenberufen? In: Combe, Arno/Helsper, Werner (Hg.): *Pädagogische Professionalität. Untersuchungen zum Typus pädagogischen Handelns*. Frankfurt a.M.: Suhrkamp, S. 276-302.

- Raisborough, Jayne (2016): Contexts of Choice: The Risky Business of Elective Cosmetic Surgery. In: Jones, Julie S./Raisborough, Jayne (Hg.): Risks, Identities and the Everyday. New York: Routledge, S. 19-36.
- Ramsbrock, Annelie (2011): Korrigierte Körper. Eine Geschichte der Schönheit in der Moderne. Göttingen: Wallstein Verlag.
- Rastetter, Daniela (2008): Zum Lächeln verpflichtet. Emotionsarbeit im Dienstleistungsbereich. Frankfurt a.M.: Campus.
- Reinmüller, Johannes (2011): Unzulässige Polarisierung. In: Deutsches Ärzteblatt, Jg. 108, Heft 40, S. A-2102.
- Richter, Rudolf (2005): Die Lebensstilgesellschaft. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Sabin, James E./Daniels, Norman (1994): Determining »Medical Necessity« in Mental Health Practice. In: The Hastings Center Report, Volume 24, No. 6, S. 5-13.
- Sanders, Teela (2004): A continuum of risk? The management of health, physical and emotional risks by female sex workers. In: Sociology of Health & Illness, Volume 26, Issue 5, S. 1-18.
- Sarwer, David B./Cash, Thomas F./Magee, Leanne/Fleming Williams, Emily/Thompson, Kevin J./Roehrig, Megan/Tantleff-Dunn, Stacey/Kanter Agliata, Allison/Wilfley, Denise E./Amidon, Amy D./Anderson, Drew A./Romanofski, Michelle (2005): Female college students and cosmetic surgery. An investigation of experiences, attitudes, and body image. In: Plastic and Reconstructive Surgery, Volume 115, Issue 3, S. 931-938.
- Saxena, Preeta (2013): Trading and Managing Stigma: Women's Accounts of Breast Implant Surgery. In: Journal of Contemporary Ethnography, Volume 42, Issue 3, S. 347-377.
- Schäfer-Fauth, Lisa (2015): Zwischen Selbstgestaltung und Selbsterhaltung. Sprachliche Identitätskonstruktionen und subjektives Veränderungserleben von Menschen mit plastisch-chirurgischen Eingriffen im Gesicht. Dissertation. Online verfügbar unter: <https://d-nb.info/1122830793/34> (letzter Aufruf am 09.05.2019).
- Schetsche, Michael/Anton, Andreas (2019): Die Gesellschaft der Außerirdischen. Einführung in die Exosozioologie. Wiesbaden: Springer VS.
- Schimank, Uwe (2011): So viel zu Akteuren! Ein Minimalkonzept zur Beantwortung einer Vorfrage soziologischer Erklärungen. In: Lütke, Nico/Matsuzaki, Hironori (Hg.): Akteur – Individuum – Subjekt. Fragen zu ›Personalität‹ und ›Sozialität‹. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 23-43.
- Schmeiser, Martin (2006): Soziologische Ansätze der Analyse von Professionen, der Professionalisierung und des professionellen Handelns. In: Soziale Welt, Jg. 57, Heft 3, S. 295-318.
- Schöne-Seifert, Bettina/Stroop, Barbara (2015): Enhancement. Preprints and Working Papers of the Centre for Advanced Study in Bioethics, Münster

- 2015/71. Online verfügbar unter: https://www.uni-muenster.de/imperia/md/content/kfg-normenbegruendung/intern/publikationen/schoene-seifert/71_sch__ne-seifert.stroop_-_enhancement.pdf (letzter Aufruf am 04.10.2018).
- Schöne-Seifert, Bettina/Talbot, Davinia (Hg.) (2009): *Enhancement. Die ethische Debatte*. Paderborn: mentis.
- Schöne-Seifert, Bettina/Talbot, Davinia/Opolka, Uwe/Ach, Johann S. (Hg.) (2009): *Neuro-Enhancement. Ethik vor neuen Herausforderungen*. Paderborn: Mentis.
- Schulze, Gerhard (1992): *Die Erlebnisgesellschaft. Kultursoziologie der Gegenwart*. Frankfurt a.M.: Campus.
- Schütz, Alfred (1972): *Der gut informierte Bürger*. In: Ders.: *Gesammelte Aufsätze, Band 2: Studien zur soziologischen Theorie*. Herausgegeben von Arvid Brodersen. Den Haag: Martinus Nijhoff, S. 85-101.
- Schütz, Alfred/Luckmann, Thomas (1979/1984): *Strukturen der Lebenswelt. Band 1 und 2*. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Schütz, Ronja/Hildt, Elisabeth/Hampel, Jürgen (Hg.) (2016): *Neuroenhancement. Interdisziplinäre Perspektiven auf eine Kontroverse*. Bielefeld: transcript.
- Schütze, Fritz (1987): *Das narrative Interview in Interaktionsfeldstudien. Erzähltheoretische Grundlagen. Teil I. Merkmale von Alltagserzählungen und was wir mit ihrer Hilfe erkennen können*. Hagen: Fernuniversität.
- Seier, Andrea/Surma, Hanna (2008): *Schnitt-Stellen – Mediale Subjektivierungsprozesse in THE SWAN*. In: Villa, Paula-Irene (Hg.): *schön normal. Manipulationen am Körper als Technologien des Selbst*. Bielefeld: transcript, S. 173-198.
- SGB – Sozialgesetzbuch. Fünftes Buch. Gesetzliche Krankenversicherung, § 12 Wirtschaftlichkeitsgebot. Online verfügbar unter: <https://www.sozialgesetzbuch-sgb.de/sgbv/12.html> (letzter Aufruf am 27.08.2018).
- Shilling, Chris (2005): *The Body in Culture, Technology and Society*. London: Sage.
- Slevec, Julie/Tiggemann, Marika (2010): *Attitudes toward Cosmetic Surgery in Middle-Aged Women: Body Image, Aging Anxiety, and the Media*. In: *Psychology of Women Quarterly, Volume 34, Issue 1*, S. 65-74.
- Sprondel, Walter M. (1979): »Experte« und »Laie«: Zur Entwicklung von Typenbegriffen in der Wissenssoziologie. In: Ders./Grathoff, Richard (Hg.): *Alfred Schütz und die Idee des Alltags in den Sozialwissenschaften*. Stuttgart: Ferdinand Enke Verlag, S. 140-154.
- Stingl, Alexander I./Weiss, Sabrina M. (2015): *Between Shell and Ghost: A Hauntology of Zombies in the Social Imaginary*. In: Dellwing, Michael/Harbusch, Martin (Hg.): *Vergemeinschaftung in Zeiten der Zombie-Apokalypse. Gesellschaftskonstruktionen am fantastischen Anderen*. Wiesbaden: Springer VS, S. 69-122.
- Stinson, Kandi (2001): *Women and Dieting Culture. Inside a Commercial Weight Loss Group*. New Brunswick, N.J.: Rutgers University Press.

- Straub, Jürgen (2011): Identität. In: Jaeger, Friedrich/Liebsch, Burkhard (Hg.): Handbuch der Kulturwissenschaften. Band 1: Grundlagen und Schlüsselbegriffe. Stuttgart/Weimar: Verlag J.B. Metzler, S. 277-363.
- Stroop, Barbara (2011): Traurige Entlein und glückliche Schwäne? Glück in der Debatte um ästhetisch-chirurgische Eingriffe als Enhancement. In: Lüttenberg, Beate/Ferrari, Arianna/Ach, Johann S. (Hg.): Im Dienste der Schönheit. Interdisziplinäre Perspektiven auf die Ästhetische Chirurgie. Berlin: LIT-Verlag, S. 143-166.
- Swami, Viren/Chamorro-Premuzic, Tomas/Bridges, Stacey/Furnham, Adrian (2009): Acceptance of cosmetic surgery. Personality and individual difference predictors. In: *Body Image*, Volume 6, Issue 1, S. 7-13.
- Turner, Bryan S. (1996): *The Body and Society. Explorations in Social Theory*. 2. Auflage. London: Sage.
- Twigg, Julia (2000): Carework as a Form of Bodywork. In: *Ageing and Society*, Volume 20, Issue 4, S. 389-411.
- Twigg, Julia/Wolkowitz, Carol/Cohen, Rachel L./Nettleton, Sarah (Hg.) (2011): *Body Work in Health and Social Care: Critical Themes, New Agendas*. Chichester: Wiley-Blackwell.
- VDÄPC – Vereinigung der Deutschen Ästhetisch-Plastischen Chirurgen (2018a): Fakten und Kurzporträt VDÄPC. Online verfügbar unter: www.vdaepc.de/vdaepc-kompakt/fakten-und-kurzportrait/ (letzter Aufruf am 24.01.2018).
- VDÄPC – Vereinigung der Deutschen Ästhetisch-Plastischen Chirurgen (2018b): Facharzt für Plastische und Ästhetische Chirurgie. Online verfügbar unter: www.vdaepc.de/service-informationen/der-facharzt/ (letzter Aufruf am 16.07.2018).
- VDÄPC – Vereinigung der Deutschen Ästhetisch-Plastischen Chirurgen (2017): Pressemitteilung: Neue Statistik der Ästhetisch-Plastischen Operationen 2016. Online verfügbar unter: www.vdaepc.de/pressemitteilung-neue-statistik-der-aesthetisch-plastischen-operationen-2016/ (letzter Aufruf am 16.03.2018).
- VDÄPC – Vereinigung der Deutschen Ästhetisch-Plastischen Chirurgen (2016): Pressemitteilung: Neue Statistik der Ästhetisch-Plastischen Operationen 2015. Online verfügbar unter: www.vdaepc.de/pressemitteilung-neue-statistik-der-aesthetisch-plastischen-operationen-2015/ (letzter Aufruf am 13.04.2018).
- Verheyen, Nina (2018): *Die Erfindung der Leistung*. Berlin: Hanser Verlag.
- Viehöver, Willy (2011): Häute machen Leute, Leute machen Häute. Das Körperwissen der ästhetisch-plastischen Chirurgie, Liminalität und der Kult der Person. In: Keller, Reiner/Meuser, Michael (Hg.): *Körperwissen*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 289-313.
- Viehöver, Willy/Gugutzer, Robert/Keller, Reiner/Lau, Christoph (2004): Vergesellschaftung der Natur – Naturalisierung der Gesellschaft. In: Beck, Ulrich/Lau,

- Christoph (Hg.): *Entgrenzung und Entscheidung*. Frankfurt a.M.: Suhrkamp, S. 65-94.
- Villa, Paula-Irene (2013a): Rohstoffisierung. Zur De-Ontologisierung des Geschlechtskörpers. In: John, René/Rückert-John, Jana/Esposito, Elena (Hg.): *Ontologien der Moderne*. Wiesbaden: Springer VS, S. 225-239.
- Villa, Paula-Irene (2013b): Prekäre Körper in prekären Zeiten – Ambivalenzen gegenwärtiger somatischer Technologien des Selbst. In: Mayer, Ralf/Thompson, Christiane/Wimmer, Michael (Hg.): *Inszenierung und Optimierungen des Selbst. Zur Analyse gegenwärtiger Selbsttechnologien*. Wiesbaden: Springer VS, S. 57-73.
- Villa, Paula-Irene (2008a): »Endlich normal!«. Soziologische Überlegungen zur medialen Inszenierung der plastischen Chirurgie. In: Wischermann, Ulla/Thomas, Tanja (Hg.): *Medien – Diversität – Ungleichheit. Zur medialen Konstruktion sozialer Differenz*. Wiesbaden: Springer VS, S. 87-103.
- Villa, Paula-Irene (2008b): Habe den Mut, Dich Deines Körpers zu bedienen! Thesen zur Körperarbeit in der Gegenwart zwischen Selbstermächtigung und Selbstunterwerfung. In: Dies. (Hg.): *schön normal. Manipulationen am Körper als Technologien des Selbst*. Bielefeld: transcript, S. 245-272.
- Vogt, Peter M. (2012): Der PIP-Implantatskandal – Hintergründe und Konsequenzen. In: *Chirurgische Allgemeine Zeitung (CHAZ)*, 13. Jg., Heft 1, S. 37-41. Online verfügbar unter: https://www.dgpraec.de/wp-content/uploads/2018/03/2012-02-13-CHAZ_Vogt.pdf (letzter Aufruf am 10.07.2018).
- Wagner, Elke (2014): Schönheitschirurgie-Patientinnen als »ugly dopes«? Zur Medialität der Entscheidungsfindung für plastisch-chirurgische Eingriffe. In: *Berliner Journal für Soziologie*, Volume 24, Issue 1, S. 89-110.
- Weber, Max (1972) [1922]: *Wirtschaft und Gesellschaft. Grundriss der verstehenden Soziologie*. 5. Aufl., Tübingen: Mohr Siebeck.
- Wehling, Peter (2011): Biopolitik in Zeiten des Enhancements. Von der Normalisierung zur Optimierung. In: Dickel, Sascha/Franzen, Martina/Kehl, Christoph (Hg.): *Herausforderung Biomedizin. Gesellschaftliche Deutung und soziale Praxis*. Bielefeld: transcript, S. 233-250.
- Wehling, Peter/Viehöver, Willy (2011): Entgrenzung der Medizin – Transformationen des medizinischen Feldes aus soziologischer Perspektive. In: Dies. (Hg.): *Entgrenzung der Medizin. Von der Heilkunst zur Verbesserung des Menschen?* Bielefeld: transcript, S. 7-48.
- Welling, Lioba I. L. (2014): *Genetisches Enhancement. Grenzen der Begründungsressourcen des säkularen Rechtsstaates?* Berlin/Heidelberg: Springer-Verlag.
- who.int (2018): *Constitution of WHO: principles*. www.who.int/about/mision/en/ (letzter Aufruf am 05.10.2018).
- Wilensky, Harold L. (1964): The Professionalization of Everyone? In: *The American Journal of Sociology*, Volume 70, Number 2, S. 137-158.

- Willems, Herbert/Jurga, Martin (1998) (Hg.): Inszenierungsgesellschaft. Ein ein-
führendes Handbuch. Opladen/Wiesbaden: Westdeutscher Verlag.
- WMA – Weltärztebund (2017): Deklaration von Genf, revidiert von der 68. General-
versammlung des Weltärztebundes, Chicago, Vereinigte Staaten von Amerika,
Oktober 2017. Online verfügbar unter: [https://www.bundesaeztekammer.de/
fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/International/Deklaration_
von_Genf_DE_2017.pdf](https://www.bundesaeztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/International/Deklaration_von_Genf_DE_2017.pdf) (letzter Aufruf am 13.10.2018).
- Wolkowitz, Carol (2006): *Bodies at Work*. London: Sage.
- Wopen, Christiane (2009): Der Arzt als Heiler und Manager – Zur erforderlichen
Integration des scheinbar Unvereinbaren. In: Katzenmeier, Christian/Bergdolt,
Klaus (Hg.): *Das Bild des Arztes im 21. Jahrhundert*. Kölner Schriften zum Me-
dizinrecht, Band 1. Berlin/Heidelberg: Springer-Verlag, S. 181-194.
- Wustmann, Julia/Pfadenhauer, Michaela (2017): Lebensstil. In: Gugutzer, Ro-
bert/Klein, Gabriele/Meuser, Michael (Hg.): *Handbuch Körpersoziologie*. Band
2: Forschungsfelder und Methodische Zugänge. Wiesbaden: Springer VS,
S. 147-159.
- Znaniacki, Florian (1940): *The Social Role of the Man of Knowledge*. New York:
Columbia University Press.
- Zola, Irving K. (1972): *Medicine as an Institution of Social Control*. In: *The Socio-
logical Review*, Vol. 20, No. 4, S. 487-504.

Danksagung

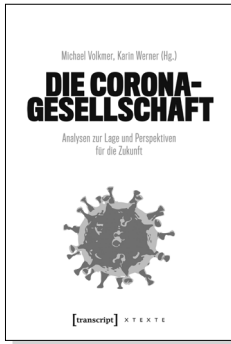
Dieses Buch ist eine leicht überarbeitete Fassung meiner Dissertation, die im August 2019 an der Fakultät Erziehungswissenschaft, Psychologie und Soziologie der Technischen Universität Dortmund unter dem Titel »Ganz schön operiert. Eine wissenssoziologische Rekonstruktion von Alltags- und Expert/innenwissen zur Legitimität der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie« eingereicht und angenommen wurde. Auf dem Weg von den ersten Notizen bis zur druckreifen Fassung dieser Studie haben mich viele Menschen begleitet und unterstützt, denen ich an dieser Stelle danken möchte.

Mein besonderer Dank gilt meinem Doktorvater Prof. Dr. Michael Meuser für die Betreuung meiner Dissertation und für die Möglichkeit, in einem wertschätzenden und anregenden Umfeld mein wissenschaftliches Denken und Arbeiten weiterentwickeln zu können. Danken möchte ich auch Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Michaela Pfadenhauer für die Zweitbetreuung sowie ihre wertvollen Hinweise und Anmerkungen, die nicht selten über den thematischen Rahmen meiner Dissertation hinausreichten. Mein Dank gilt auch Prof. Dr. Ronald Hitzler für bedeutsame Denkanstöße im Mantel unscheinbarer Nachfragen.

Ganz besonders möchte ich den interviewten Chirurg*innen und Alltagsakteur*innen danken, denn ohne ihre Bereitschaft, mich an ihren Erfahrungen, Eindrücken und Einschätzungen teilhaben zu lassen, wäre diese Arbeit nicht möglich gewesen. In diesem Kontext möchte ich auch Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Paula-Irene Villa dafür danken, dass ich im DFG-Projekt »Das optimierte Geschlecht? Soziologische Explorationen zur (Neu)Kodierung der Geschlechterdifferenz am Beispiel der »Schönheitschirurgie« arbeiten und die im Rahmen des Projekts erhobenen Gruppendiskussionen als Datenmaterial für die vorliegende Studie nutzen konnte.

Für konstruktive Diskussionen, korrektive Hilfestellungen, aber auch unterstützenden Zuspruch während des Entstehungsprozesses dieser Arbeit (und darüber hinaus) danke ich von Herzen Lisa Abbenhardt, Yvonne Berger, Jennifer Eickelmann, Paul Eisewicht, Julia Feiler, Tilo Grenz, Babette Kirchner, Kristin Neumann, Anne Scheithauer, Christin Scheurer, Lea Schütze sowie meiner Familie.

Soziologie



Michael Volkmer, Karin Werner (Hg.)

Die Corona-Gesellschaft

Analysen zur Lage und Perspektiven für die Zukunft

Juli 2020, 432 S., kart., 2 SW-Abbildungen

24,50 € (DE), 978-3-8376-5432-5

E-Book:

PDF: 21,99 € (DE), ISBN 978-3-8394-5432-9

EPUB: 21,99 € (DE), ISBN 978-3-7328-5432-5



Naika Foroutan

Die postmigrantische Gesellschaft

Ein Versprechen der pluralen Demokratie

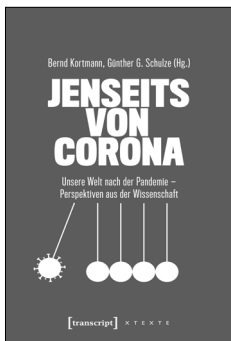
2019, 280 S., kart., 18 SW-Abbildungen

19,99 € (DE), 978-3-8376-4263-6

E-Book:

PDF: 17,99 € (DE), ISBN 978-3-8394-4263-0

EPUB: 17,99 € (DE), ISBN 978-3-7328-4263-6



Bernd Kortmann, Günther G. Schulze (Hg.)

Jenseits von Corona

Unsere Welt nach der Pandemie –
Perspektiven aus der Wissenschaft

September 2020, 320 S., 1 SW-Abbildung

22,50 € (DE), 978-3-8376-5517-9

E-Book:

PDF: 19,99 € (DE), ISBN 978-3-8394-5517-3

EPUB: 19,99 € (DE), ISBN 978-3-7328-5517-9

**Leseproben, weitere Informationen und Bestellmöglichkeiten
finden Sie unter www.transcript-verlag.de**

Soziologie



Detlef Pollack

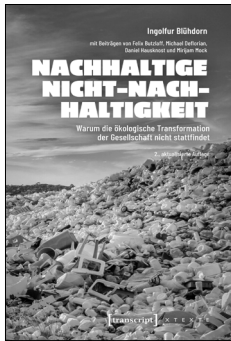
Das unzufriedene Volk
Protest und Ressentiment in Ostdeutschland
von der friedlichen Revolution bis heute

September 2020, 232 S., 6 SW-Abbildungen
20,00 € (DE), 978-3-8376-5238-3

E-Book:

PDF: 17,99 € (DE), ISBN 978-3-8394-5238-7

EPUB: 17,99 € (DE), ISBN 978-3-7328-5238-3



Ingolfur Blühdorn
mit Beiträgen von Felix Butzlaff, Michael Deflorian,
Daniel Hausknost und Mirijam Mock

Nachhaltige Nicht-Nachhaltigkeit
Warum die ökologische Transformation der Gesellschaft
nicht stattfindet

Juni 2020, 350 S., kart.

20,00 € (DE), 978-3-8376-5442-4

E-Book:

PDF: 17,99 € (DE), ISBN 978-3-8394-5442-8



Juliane Karakayali, Bernd Kasperek (Hg.)

movements.
**Journal for Critical Migration
and Border Regime Studies**
Jg. 4, Heft 2/2018

2019, 246 S., kart.

24,99 € (DE), 978-3-8376-4474-6

**Leseproben, weitere Informationen und Bestellmöglichkeiten
finden Sie unter www.transcript-verlag.de**

