

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 »Disktinction« 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 erstrecke 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[zupassen«, 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 machtvollen 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 machtvollen 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 versteht 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 der 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 Diskutantin 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 ausrichteten, 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 »eentlichen« 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 (»ich 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 »Schönheitschirurg*in« 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 verstärke.

Der von den Alltagsakteur*innen identifizierte Ökonomisierungsprozess wird darüber hinaus als so umgreifend 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 Spannbreite 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 missglückten 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 Gynäkol- 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 konkurrenzhafter 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 Personen-Gruppen 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 entgegnen 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, betonten 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 Marktförmigkeit 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, Gemeinwohl-orientierung etc.) einer erfolgreichen Professionalisierung erfüllt (zu Kriterien von Profession/alisierung vgl. Kap. 2.1, Mieß 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 im 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 anbieten. 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 ab-erkannt 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 äußerst konflikthaft verlaufen (vgl. Hughes 1993: 287-292), was die rekonstruierten Orientierungen der

in dieser Forschungsarbeit interviewten Alltagsakteur*innen und Chirurg*innen eindrücklich illustrieren.