

Es lässt sich zusammenfassend festhalten, dass die soziokulturellen Entwicklungen und Imperative, die dazu anregen, das Aussehen von Körpern zu verändern, für die Entwicklungsgeschichte der kosmetischen Chirurgie entscheidend waren und es noch sind. Die soziale Bedeutungsproduktion, die durch die kosmetisch-chirurgischen Verfahren zwischen Menschen und an ihren Körpern bewegt wird, steht in einem Austauschverhältnis zu den kulturellen, geopolitischen und gesellschaftlichen Kontexten, in denen sie artikuliert wird. Die jeweils plausibel erscheinenden Zielperspektiven und Sinnbezüge zu den Verfahren sind somit durch die zeitgenössischen Bedingungen vermittelt. Im folgenden Abschnitt werden diese Rahmungen im Hinblick auf innerdiskursive Verständnisse und Prinzipien beleuchtet, um im Anschluss daran zentrale sozial- und geschlechterwissenschaftliche Perspektiven auf kosmetische Chirurgie vorzustellen.

2.2 Innerdiskursive Grenzziehungen – Institutionelle Rahmungen

Wie die vorangestellten Schlaglichter verdeutlichen, ergeben sich in historischer Perspektive jeweils epochenspezifische Zweck- und Deutungsorientierungen zu den kosmetisch-chirurgischen Praktiken. Die damit verknüpften Grenzziehungs- und Definitionsprozesse stehen in einem engen Zusammenhang mit den Selbstbezeichnungen des Feldes. So wurden die Praktiken keineswegs zeiträumlich einheitlich oder nach heutigem Verständnis als ›kosmetisch‹ ausgelegt. Aus den disziplinären Institutionalisierungsentwicklungen folgt, dass auch gegenwärtig mehrere chirurgische Fachrichtungen voneinander abgegrenzt werden. Als marktwirtschaftlich-organisierter Komplex wird kosmetische Chirurgie unter der übergeordneten Bezeichnung ›plastische Chirurgie‹ von technologisch verwandten Bereichen wie der ›rekonstruktiven Chirurgie‹ unterschieden.

Nachfolgend werden zunächst innerdiskursive Definitionen und Abgrenzungen zur kosmetischen Chirurgie aufgegriffen, um das Feld als medizinisches Fachgebiet in Deutschland zu skizzieren. Zudem werden im Weiteren grundlegende medizinrechtliche Prinzipien sowie die professionelle Organisationsstruktur vorgestellt, die einen Redehintergrund zu der Plausibilisierung der Verfahren in Deutschland darstellen. Zuletzt werden Statistiken zur Nutzungshäufigkeit und zu einigen sozialstrukturellen Dimensionen betrachtet, die ein relevantes Instrument der kosmetisch-chirurgischen Selbstthematisierung benennen.

Begriffliches: Was ist kosmetische Chirurgie?

Die fachliche Unterteilung zwischen plastischer, rekonstruktiver und kosmetischer bzw. ästhetischer Chirurgie wurde nach Sander Gilman (1999, S. 10) bereits seit der Renaissance getroffen. Bis zum 19. Jahrhundert wurden die Begriffe allerdings nur sporadisch verwendet. Zu dem Zeitpunkt setzte sich die ›plastische Chirurgie‹ als Dachbezeichnung für alle wiederherstellenden Verfahren durch. Dies schloss zunächst Prozeduren ein, die sich auf sogenannte Deformitäten und funktionale Defizite aufgrund einer Krankheit bezogen (vgl. ebd.).

Um das medizinisch-therapeutische Modell gegenüber den als unseriös denunzierten Quacks und Personen ohne medizinische Befugnis abzugrenzen, setzte sich ab 1934 im US-amerikanischen Kontext die Bezeichnung ›ästhetische Chirurgie‹ durch (vgl. ebd., S. 15). Dabei zielte die terminologische Unterscheidung in Anlehnung an die ›rekonstruktive Chirurgie‹ auf eine Festigung als eigenständige medizinische Fachdisziplin ab. Die damit verfolgte Anerkennungswürdigkeit der Verfahren als professioneller Praxisstrang basierte auf der Institutionalisierung von professionellen Standards durch die neu gegründeten Berufsfachverbände.

Im gegenwärtigen deutschsprachigen Mediendiskurs werden mehrere Beschreibungen wie ›Schönheitschirurgie‹, ›ästhetische‹ oder ›kosmetische Chirurgie‹ häufig synonym und unsystematisch verwendet. Der umgangssprachlich-konnotierte und häufig in populären Medien gewählte Ausdruck ›Schönheitschirurgie‹ wird jedoch als professionsbezogene Eigenbezeichnung der Chirurg_innen innerdiskursiv abgegrenzt.² Dies hängt unter anderem damit zusammen, dass der Begriff keiner eindeutigen oder institutionalisierten Definition unterliegt. Und auch die daran anschließenden Bezeichnungen ›Schönheitsoperation‹ und ›Schönheitschirurg_in‹ sind nicht geschützt. Das heißt, in berufsrechtlicher Perspektive dürfen alle approbierten Ärzt_innen auch ohne spezielle Facharztreiberechtigung kosmetisch-chirurgische Eingriffe unter der Bezeichnung ›Schönheitschirurgie‹ durchführen (vgl. Wagner 2015a, S. 66). Dementsprechend bieten neben den Fachärzt_innen für plastische Chirurgie auch Spezialist_innen für Haut-, Hals-, Nasen- oder Ohr-Medizin einzelne kosmetische Verfahren zusätzlich an.

Im formalen medizinischen Klassifikationssystem wird die kosmetische Chirurgie unter der Bezeichnung ›ästhetisch-plastische Chirurgie‹ als ein Fachbereich der plastischen Chirurgie definiert. In der Weiterbildungsordnung der deutschen Bundesärztekammer wird korrespondierend hierzu seit 2005 der Facharzttitel für ›plastische und ästhetische Chirurgie‹ aufgeführt. Die Fachdisziplin umfasst nach medizinischer Definition solche Behandlungen, die auf Wunsch der Patient_innen und ohne medizinische Notwendigkeit (Indikation) an physisch als gesund verstandenen Körpern ausgeführt werden. Die Maßnahmen werden häufig dem Ziel der Verbesserung der äußereren Körperscheinung zugeordnet (vgl. Parker 2010, S. 13f.). Im Gegensatz zu den rekonstruktiven Verfahren setzen die kosmetisch-chirurgischen Maßnahmen demnach an den als relativ normal gedeuteten Körperfunktionen an. Die offizielle Definition der ›Ästhetischen Chirurgie‹ einer deutschen Fachgesellschaft ergänzt den Begriff der ›Verbesserung‹ zudem um Verweise auf die ›Wiederherstellung‹ und die ›Korrektur‹ der Körperscheinung.

›Unter Ästhetischer Chirurgie versteht man diejenigen Eingriffe, die sich mit der Wiederherstellung und Verbesserung der Körperform und der Korrektur sichtbar gestörter Körperfunktionen befassen. Sie sucht, die Folgen angeborener Anomalien sowie erworbener oder altersbedingter Veränderungen des äußeren Erscheinungsbildes zu korrigieren.‹ (VDÄPC 2019)

² Im Rekurs auf die Sprachpraxis medizinischer Laien bietet der Begriff im Untersuchungsmaterial der vorliegenden Studie auch Anlässe zur sprachlichen Readressierung, mit der potenzielle Konsumgemeinschaften angesprochen werden.

An der Definition ist interessant, wie die körperliche Sichtbarkeit und das Aussehen mit den deutungsoffenen Konzepten der ›Funktionsstörung‹, der ›Anomalie‹ und der zeitlichen ›Veränderung‹ verwoben werden. Zudem werden der Beschreibung nach sowohl ›angeborene‹ als auch ›erworbenen‹ Abweichungen anvisiert. Insgesamt ist die Zuordnung also keineswegs eindeutig. Medizinisch-pathologische, physiologische und ästhetische Aspekte werden in ein Verhältnis gesetzt, sodass mehrere Konnotationen und Auslegungen möglich sind.

Dass das Konzept der ›ästhetischen Chirurgie‹ nicht trennscharf ist, verdeutlicht sich auch mit Blick auf eine formale Definition der ›rekonstruktiven Chirurgie‹. Auch hier wird die Wiederherstellung der körperlichen »Form und Funktion« als Zweckperspektive der Verfahren beschrieben.

»Die Rekonstruktive Chirurgie wird notwendig, wenn Form und Funktion des Körpers wiederhergestellt (rekonstruiert) werden müssen. In der Regel ist dies nach einem Unfall, einer Krebsoperation oder bei angeborenen Fehlbildungen der Fall. Plastisch-rekonstruktive Chirurgen korrigieren Haut und Weichteile, Muskeln, Sehnen und peripheren Nerven sowie Knochen und Knorpel. Sie stellen Funktionen an den Gliedmaßen wieder her, ebenso wie die Mimik im Gesicht.« (DGPRÄG 2020a)

Im Gegensatz zu der obigen Definition der ›ästhetischen Chirurgie‹ geht die Beschreibung jedoch buchstäblich unter die Haut und listet innere Körperstrukturen und Organsysteme auf. Die sogenannten erworbenen und angeborenen Abweichungen beziehen sich demnach nicht primär, aber auch auf die äußere Körpererscheinung.

Trotz der formalen Differenzierung der zwei medizinischen Fachbereiche sind beide in ihrem praktischen Bezug so an einer ästhetischen Normalisierung ausgerichtet. Auch die Wiederherstellungsverfahren sind auf qualitative Variablen und Normwerte zum Aussehen eines Körperteils angewiesen – sie operieren auf Basis ästhetikbezogener Ideologien. Wo eine Rekonstruktion nach funktionalen Kriterien aufhört und die bloß ästhetische Verbesserung anfängt, lässt sich folglich nicht eindeutig bestimmen. Dass es keine klare Trennlinie zwischen rekonstruktiven und kosmetischen Verfahren gibt und diese oft eine Art Behandlungscluster bilden, trägt nach Edmonds (2013) insgesamt zur Plausibilisierung der kosmetischen Verfahren bei.³

In einer anderen Definition der ›ästhetisch-plastischen Chirurgie‹ stehen ferner sozialpsychologische und psychologische Facetten der Körpererscheinung im Vordergrund.

³ Nach Edmonds (2013) werden die Konzepte ›rekonstruktiv‹ und ›kosmetisch‹ regelmäßig auf sprachlicher Ebene z.B. in der kosmetisch-chirurgischen Diagnosestellung vermischt. Das diskursive Motiv der ›Wiederherstellung‹ des jugendlichen Gesichts (vgl. Kap. 5.3) oder des Aussehens der Brust vor Geburt und Stillpraxis (vgl. Kap. 6.4) benennen dazu Beispiele für eine medizinisch-rekonstruktive Begründungsfolie. Wie funktionale, gesundheitliche und ästhetische Bezüge argumentativ ineinander greifen, wird zudem am Feld der Körperfett-Modifikationen deutlich (vgl. Kap. 7.2). Die medizinische Indikation bariatrischer Eingriffe wie der Magenverkleinerung steht hier in einem ko-konstitutiven Verhältnis zu kosmetisch-chirurgischen Folgeverfahren wie z.B. Hautstraffungen.

»Der Blick in den Spiegel ist für viele Menschen ein Blick auf ihr Selbstbewusstsein, auf ihre Akzeptanz im Freundeskreis, auf Ihren Erfolg am Arbeitsplatz. Auffällige Höckernasen, Reiterhosen, Hautschädigungen oder Fettpolster sind Grund genug, um sich in seiner Haut nicht wohl zu fühlen. Wer einen ästhetisch-plastischen Chirurgen aufsucht, ist in der Regel nicht krank, sondern unzufrieden mit seinem Aussehen. Diese Unzufriedenheit kann jedoch in mangelndes Selbstvertrauen, Minderwertigkeitsgefühle und depressive Stimmungsbilder mit Schwierigkeiten der Alltagsbewältigung umschlagen. [...] Seriöse Chirurgen lehnen den Wunsch nach reinen Lifestyle-Operationen wie ›Katzenaugen-, Prominenten-Nasen oder grotesk großen Brüsten ab.« (DGPRÄC 2020b)

In dem Beispiel wird ein Krankheitswert als Begründung für einen Eingriff zwar ausgeschlossen, jedoch anhand von mehreren psychologischen und psychopathologischen Konzepten relativiert. Demnach zeigen »Unzufriedenheit«, »mangelndes Selbstvertrauen«, »Minderwertigkeitsgefühle« und »depressive Verstimmungen« den plausiblen Zugang zu den Verfahren an. Die Definition ist somit über die psychologischen Deutungsfolien des psychischen Leidensdrucks und der psychosozialen Funktion gerahmt. Die dazu im Text aufgegriffenen Dimensionen der »Alltagsbewältigung«, der »Akzeptanz« und des »Erfolgs« werden an das körperliche Aussehen und eine Reihe von Abweichungen wie »Höckernasen« und »Reiterhosen« geknüpft. Insgesamt wird der Körper also als vermittelnde Instanz zwischen Innen und Außen – Sozialwelt und Rückzug entworfen. Der Begründungswert, das heißt das entscheidende Kriterium, das die kosmetisch-chirurgischen Maßnahmen per Definition plausibilisiert, liegt in dem Konzept des ausgeglichenen ›Wohlgefühls«.

An der Beschreibung zeigt sich zusammengenommen ein negativer Begründungsbezug zu den Verfahren. Welche Körperformen die Definition im Einzelnen als problematisch einstuft, oder woran sich das Maß des Wohlgefühls bemisst, bleibt hier offen. Deutlich wird auch, dass der positive Wert der Schönheit in den Texten der medizinischen Fachgesellschaften ausgespart bleibt. Das rein wunschbasierte Eingreifen, also deutlich an Konsum und Selbstinszenierung orientierte Praktiken, wird als unseriös deklariert. Das kosmetisch-chirurgische Handeln bleibt also auch in diesem Fall normativ an ein medizinisch-psychologisches Wertesystem und die damit verbundenen Bedingungen angebunden.

Vor dem Hintergrund der verschiedenen Deutungsfacetten wird in dieser Studie in Anlehnung an den sozialwissenschaftlichen Fachdiskurs der breiter ausgelegte Begriff »kosmetische Chirurgie« verwendet. Der etymologische Wortursprung von »Kosmetik« (altgriechisch: *kosmētikē*) wird etwa mit »Technik des Schmückens« bzw. als Verb (*kosmein*) mit »anordnen, schmücken« übersetzt (vgl. Duden 2020). Semantisch steht damit die formverändernde Gestaltung des körperlichen Aussehens im Vordergrund. Korrespondierend dazu lassen sich unter der Bezeichnung medizinisch-gerahmte Eingriffe fassen, die in ihrer Zielperspektive primär auf die äußere Körpererscheinung bezogen sind.

Die Frage, ob die kosmetisch-chirurgischen Maßnahmen im Diskurs mit Verweis auf die Wiederherstellung, Verbesserung und/oder Normalisierung von Körperformen und -funktionen beschrieben werden, ist in der vorliegenden Diskursanalyse empi-

risch-offen angelegt. Die sprachliche Verwendung der Konzepte ›Schönheit‹ und ›Ästhetik‹ wird dementsprechend als Teilaspekt der Diskursproduktion gewertet, der hinsichtlich der ideologischen Funktionen befragt wird.

Zur medizinrechtlichen Situation in Deutschland

Die diskursiven Plausibilisierungs- und Rechtfertigungserzählungen der kosmetischen Chirurgie kommen vor dem Hintergrund von wohlfahrtstaatlichen und gesetzlichen Regulierungen zu dem Praxisfeld zum Ausdruck. Aussagen dazu, wer welche Behandlung an wem aus welchem Grund vornehmen darf oder sollte, sind durch das staatliche Gesundheitssystem kontextualisiert, das auf juristische Grundsätze und Präzedenzentscheidungen zurückführt (vgl. Gimlin 2007). Neben ethischen, kulturellen und gesellschaftlich-moralischen Artikulationen dazu, was inwiefern plausibel ist, stellen medizinrechtliche Diskurse folglich einen bedeutsamen Orientierungsrahmen für die webbasierten Thematisierungen der Ärzt_innen dar. Wichtige Punkte, die dies betrifft, sind beispielsweise die Übernahme der Behandlungs- und Folgebehandlungskosten durch Krankenkassen, der Schutz von Patient_innen durch die Aufklärungspflichten der Mediziner_innen sowie die Absicherung von professionellen Behandlungsstandards.

Im Wesentlichen dürfen die im Rahmen dieser Studie einbezogenen Verfahren nur von approbierten Ärzt_innen an volljährigen Personen vorgenommen werden. Kosmetisch-chirurgische Maßnahmen werden in Deutschland in aller Regel nicht von den gesetzlichen Krankenkassen finanziert. Zudem müssen auch die Folgekosten für Nachbehandlungen nicht übernommen werden (vgl. Wagner 2015a, S. 159). Einen bedeutsamen Hintergrund dieser Sachlage stellen Rechtsprinzipien dar, die auf eine evidenzbasierte Klassifikation der Behandlungsursache rekurrieren. Die Rechtfertigung der kosmetisch-chirurgischen Verfahren ist in dieser Hinsicht an die medizinische Indikation, die Risiko-Nutzen-Kalkulation sowie die informierte Einwilligung (*Informed Consent*) gebunden (vgl. Maehle 2003). Darunter begründet die medizinische Indikation neben dem therapeutischen Heilsversprechen das Kernstück der ärztlichen Legitimation. Der Juristin Christine Wagner (2015a, S. 357) zufolge stellt sie die medizinrechtliche Bezugsgröße der normativen Beziehung zwischen Ärzt_in und Patient_in dar. Dabei hängt der medizinische Anlass des ärztlichen Handelns mit Blick auf die Notwendigkeit eines Verfahrens von einem »Abwägungs- und Entscheidungsvorgang« (ebd., S. 45) ab.

Jeder ärztliche Heileingriff – von der Medikamentengabe bis zur körperlichen Verletzung in Form von Injektionen oder chirurgischen Techniken – lässt sich in der Rechtsperspektive zugleich als Eingriff in die körperliche Unversehrtheit geltend machen (vgl. ebd., S. 47). Um diesen Umstand rechtskräftig abzusichern, bedarf es der Aufklärung und der informierten Einwilligung seitens der Patient_in, die von einer eigenständigen Risiko-Nutzen-Abwägung getragen sein soll. So sollen sowohl die Operationsrisiken als auch mögliche Folgeerscheinungen wie Narben und Taubheitsgefühle sowie psychologische Komplikationen, die sich durch eine Abweichung des Ergebnisses von den versprochenen Zielen ergeben können, gegenüber dem Mehrwert eines Verfahrens bedacht werden.

Im Kern der medizinethischen und rechtlichen Debatten um kosmetische Chirurgie geht es folglich um die Auslegung ihrer medizinischen Indikation. In diesem Punkt unterscheiden sich medizinisch-paternalistische und liberale Ansätze zum Verhältnis zwischen Ärzt_in und Patient_in. Auf der einen Seite werden die kosmetisch-chirurgischen Verfahren strikt von therapeutisch-heilenden Eingriffen abgegrenzt und ihnen jeglicher Anspruch auf Notwendigkeit abgesprochen. Auf der anderen Seite werden sie dem medizinischen Heilsanlass gleichgestellt. Der gesellschaftspolitische und medizinethische Anspruch auf den Schutz der Patient_innen steht dann dem modernen Recht auf Wahlfreiheit sowie dem Versprechen auf eine selbstbestimmte Verfügung über den eigenen Körper gegenüber.

Christine Wagner (ebd., S. 49) führt aus, dass in gegenwärtiger Rechtsperspektive psychische Konditionen die physische Heilsbehandlung zwar legitimieren – sie juristisch also einen medizinischen Anlass begründen können. Auf Grundlage der evidenzbasierten Kriterien lasse sich der Mehrwert des Wohlgefühls oder des Selbstbewusstseins jedoch im Sinne einer Risikoabschätzung schwerlich voraussehen oder bemessen. Korrespondierend dazu werden nur solche Eingriffe durch die gesetzlichen Krankenkassen in Deutschland übernommen, die unmittelbar durch eine Krankheit ausgelöst wurden. Demnach werden lediglich »die Behebung einer physischen Funktionsbeeinträchtigung sowie die Behebung einer entstellenden, angeborenen oder erworbenen Deformität [als erstattungsfähig] eingeordnet« (ebd.).

Die verpflichtende Kostenübernahme erfolgt dementsprechend nur, »wenn der Arzt die Maßnahmen also mit dem Ziel vorgenommen hat, eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern« (ebd., S. 179). Auch die diskursiven Rechtskriterien zur Begründung der plastisch-chirurgischen Eingriffe unterscheiden folglich zwischen funktionalen, angeborenen und psychologischen Facetten. Die Frage, was im Einzelfall als funktional notwendig, deformiert oder kosmetisch einzustufen ist, wird dem situativen Ermessensspielraum der Chirurg_innen verantwortet. Der genaue ästhetische Maßstab zur Bestimmung eines »normalen« Körpers bleibt auch in dieser Hinsicht unbenannt.

Einer klaren Grenzziehung zwischen medizinisch-indizierten versus kosmetischen Eingriffen lässt sich entgegenhalten, dass therapeutische, funktionale und ästhetische Zwecke in vielen Bereichen nicht voneinander zu trennen sind. Wie bereits oben erwähnt, sind rekonstruktive Verfahren nach Unfallverletzungen oder Krankheiten häufig an der ästhetischen Wiederherstellung der Körpererscheinung orientiert. Und auch stark funktionsbezogene Eingriffe wie Atemwegsmodifikationen werden nach ästhetischen Kriterien geplant und ausgeführt.

Das evidenzbasierte Kriterium der medizinischen Indikation gilt derzeit etwa bei körperlichen Veränderungen aufgrund von natürlich-gedeuteten alters-, reproduktions- oder gewichtsbedingten Prozessen als nicht erfüllt. Es lassen sich doch auch in Bezug auf den so gewordenen Körper Beispiele wie die Sichtbeeinträchtigung durch Augenlider oder Rückenschmerzen durch das Brustgewicht benennen, bei denen die klare Einordnung nicht greift. Ferner sind die medizinische Notwendigkeit der Verfahren, die damit verwobenen Definitionen von Krankheit und Gesundheit sowie die medizinische Anerkennung einzelner Konditionen im Anschluss an den historisch-genealogischen Rechtfertigungskomplex nach wie vor Gegenstand von Aushandlungs-

prozessen. Deutlich wurde dies etwa an den politischen Debatten im Jahr 2019 zu der Kostenübernahme von Fettabsaugungen durch die gesetzlichen Krankenkassen. Nach Vorschlag des deutschen Bundesgesundheitsministers Jens Spahn sollte das Verfahren in speziellen Fällen einer Körperfettverteilung (Lipödem Stadium III) im Sinne einer Therapie als Krankenkassenleistung anerkannt werden.

Die Redebedingungen über einzelne Verfahren und ihre Beschreibung als kosmetisch oder medizinisch-indiziert sind folglich veränderlich und durch gesellschaftliche Neudefinitionen und Medikalisierungsprozesse geprägt. Letztlich bedeutet dies, dass sich die Risiken eines Eingriffs nur rechtfertigen lassen, wenn der Nutzen diskursiv bekannt ist. Andererseits folgt daraus auch, dass sich der Nutzen eines Verfahrens nur plausibilisieren lässt, wenn die (Folge-)Risiken bekannt sind (vgl. Edmonds 2013, S. 244).

Damit stehen die wechselseitigen Bezugnahmen auf ein bestimmtes Phänomen in Schleifen der Wiedererzählung durch Chirurg_innen und Patient_innen in Zusammenhang. Einerseits werden im Rahmen von Medikalisierungsprozessen weitere Körperbereiche und Erscheinungsformen in die kosmetisch-chirurgischen Problematisierungen eingeschlossen (vgl. Clarke et al. 2010). Aus dieser Perspektive erscheinen die medizinischen Rezipient_innen als schutzbedürftig vor dem Profitwirken der medizinischen Akteur_innen. Auf der anderen Seite können die institutionalisierten Definitionen und Erzählungen bemächtigende Vorgaben und Interpretationsfolien für die Selbstbeschreibungen von Personen in Beratungs- und Begründungszusammenhängen bieten (vgl. Gimlin 2007; Davis 1995).

Mit Blick auf Behandlungen, die lediglich auf Verlangen der Patient_in erfolgen, gibt es nach Wagner (2015a, S. 230) jedoch keine klaren Leitlinien zur medizinischen Indikation. Folglich müsste ein Indikationsmangel seitens der Behandelnden aufgeklärt werden, um die Einwilligung der Patient_in rechtssicher einzuholen. Da den kosmetischen Maßnahmen aus einer medizinisch-paternalistischen Perspektive die Indikationsgrundlage fehlt, stellen die Einwilligung der Patient_in sowie ihre Mündigkeit im Diskurs entsprechend gewichtige Kriterien zu ihrer Rechtskonformität dar.

Das dem zugrunde gelegte verfassungsrechtliche Normkonzept geht ideell von der Autonomie und Entscheidungsfähigkeit der Patient_in aus, die als Selbstverfügungsfreiheit über den eigenen Körper vorausgesetzt wird. Das Modell der informierten Einwilligung priorisiert gegenüber medizinisch-paternalistischen Argumentationen somit ein privatrechtliches Verhältnis, das (konsumlogischen) Dienstleistungskriterien nahesteht. Dieses ist unter anderem von Marketing- und Finanzierungskollaborationen der Chirurg_innen gerahmt, mit denen die Behandlungskosten über Ratenzahlungen geleistet werden können.

Es lässt sich festhalten, dass im medizinrechtlichen Diskurs die ärztliche Informations- und Aufklärungspflicht als Entscheidungsgrundlage und zur Herstellung von Handlungsfähigkeit der Patient_innen vorausgesetzt wird. Zugleich geht das Prinzip der informierten Einwilligung von der vorhandenen Autonomie und Entscheidungsmacht der Patient_in aus. In den Deutungskomplex der kosmetisch-chirurgischen Verfahren ist auf der Basis des medizinischen Abwägungsprinzips insofern eine dilemmatische Aushandlungsoffenheit eingeschrieben. Denn in welchem Umfang die Informationen seitens der Ärzt_innen bereitgestellt werden, wie die konkreten Bedingungen der zwischenmenschlichen Beratung etwa zwischen männlichem

Chirurgen und weiblicher Patientin dies beeinflussen und wie das Verständnis von Konsequenzen seitens der Patient_innen von den Ärzt_innen durchschaut werden soll, unterliegt kontextsituativen Faktoren.

Zur Organisation in Fachgesellschaften

Das professionelle Praxisfeld ist gegenwärtig über mehrere nationale und internationale Berufsfachverbände organisiert. In Deutschland haben sich drei unterschiedliche Fachgesellschaften, die Deutsche Gesellschaft der Plastischen, Rekonstruktiven und Ästhetischen Chirurgen (DGPRÄC), die Vereinigung der Deutschen Ästhetisch-Plastischen Chirurgen (VDÄPC) sowie die Deutsche Gesellschaft für Ästhetisch-Plastische Chirurgie (DGÄPC), etabliert.

Die DGPRÄC beschreibt sich als Berufsverband und wissenschaftliche Fachgesellschaft für Plastische Chirurg_innen. Die Vereinigung fungiert als Dachorganisation für mehrere Fachdisziplinen im Bereich der plastischen Chirurgie. Neben der Ästhetischen Chirurgie werden die Rekonstruktive sowie die Hand- und Verbrennungschirurgie hier als vier fachdifferente »Säulen« der Plastischen Chirurgie aufgeführt (DGPRÄC 2020a). Insgesamt führen im Jahr 2019 ca. 500 Ärzt_innen eine ordentliche bzw. assoziierte Mitgliedschaft (vgl. ebd.). Der Verband stellt unter anderem Ärzt_innen-Listen zur Suche nach spezifischen Verfahrensarten sowie Leitdefinitionen zu den Sparten und Verfahren der plastischen Chirurgie online zur Verfügung.

Die Vereinigung der Deutschen Ästhetisch-Plastischen Chirurgen (VDÄPC) bezeichnet sich in Kooperation zu dem Dachverband als »größte Fachgesellschaft Ästhetischer Chirurgen in Deutschland« (VDÄPC 2019a). Die Mitglieder müssen eine Weiterbildung zur Fachärzt_in nachweisen. Auf Nachfrage wird mir mitgeteilt, dass der Fachverband aus 97 aktiven Mitgliedern und 25 Mitgliedern im Ruhestand bestehe. Von ihnen seien 83 Männer und 14 Frauen (Stand: November 2019).

Die DGÄPC wurde nach eigenen Angaben 1972 als erste Berufsfachvereinigung für den Fachbereich der »Ästhetischen Chirurgie« gegründet (vgl. DGÄPC 2018b). Demnach waren »Ästhetisch-Plastische Chirurgen [...] in Deutschland damals Einzelkämpfer und Exoten, einschlägige Literatur selten« (ebd.). Im Duktus dieser Selbst-Positionierung im Lichte der Pionierarbeit verschreibt sich auch diese Fachgesellschaft dem Erfahrungsaustausch und der Qualitätssicherung. Sie verfolgt nach Eigenangabe das Ziel, die medizinisch-fachliche wie gesellschaftliche Anerkennung der Fachdisziplin zu erhöhen. Zudem sollen neue Techniken und Methoden präsentiert sowie die fachliche Fortbildung der Mitglieder gefördert werden. Bei den insgesamt 39 Mitgliedern der Fachgesellschaft (hierunter vier Ärztinnen) handelt es sich ausschließlich um Fachärzt_innen für Plastische Chirurgie bzw. Ästhetisch-Plastische Chirurgie (vgl. DGÄPC 2021).

Die Organisationen verstehen sich zusammengenommen als Interessensvertretungen und Vernetzungsinstanzen, die neben Konferenzen und Weiterbildungsangeboten für die Chirurg_innen vor allem Presse- und Öffentlichkeitsarbeit betreiben. Die professionellen Vereinigungen lassen sich daher als professionsbezogene Metaorgane der diskursiven Bedeutungsproduktion verstehen, die an der Plausibilisierung der kosmetisch-chirurgischen Praktiken beteiligt sind. Die Stellungnahmen und Deutungsperpektiven der Vereinigungen begründen ein legitimiertes Sprechen zu diskursrelevanten

ten Themen und Kontroversen. Einen gewichtigen Legitimierungsfaktor stellen eigens veranlasste Statistiken zu den Anwendungshäufigkeiten der Verfahren sowie weiteren nutzungsbezogenen Daten dar.

Häufigkeitsstatistiken als Instrument der diskursiven Selbstthematisierung

Dass kosmetische Chirurgie seit Jahren mit Blick auf die Anzahl der unternommenen Eingriffe zunimmt, ist kein Allgemeinplatz soziologischer Gesellschaftsdiagnosen. Dies spiegelt auch die öffentliche Argumentation des professionellen Feldes, mit der immer wieder anhaltende Trends und die Beliebtheit der Verfahren betont werden: Immer häufiger würden immer mehr Menschen, Frauen wie Männer, die Verfahren nutzen. Ein hieraus gezogener Schluss besagt, dass kosmetische Chirurgie immer akzeptierter und populärer, das heißt gewissermaßen normaler geworden sei.

Im jährlichen Turnus veröffentlichen sowohl die VDÄPC als auch die DGÄPC zusammenfassende Berichte zu eigenen statistischen Erhebungen. Da keine offiziellen oder umfassenden bundesweiten Daten zur kosmetischen Chirurgie erhoben werden, bieten die Statistiken der Fachgesellschaften lediglich einen Orientierungsrahmen. Die hochgerechneten Zahlen beziehen sich auf Befragungen unter den in diesen Gesellschaften registrierten Fachärzt_innen (VDÄPC) bzw. der Patient_innen der Mitglieder (DGÄPC). Es lassen sich somit keine Aussagen darüber treffen, wie viele kosmetisch-chirurgische Eingriffe von Ärzt_innen ohne Facharztausbildung oder von nicht-registrierten plastischen Chirurg_innen vorgenommen werden. Zudem ist nicht bekannt, wie viele Menschen für einen Eingriff ins Ausland reisen.

Nach eigener Aussage wird die Patient_innen-Umfrage »Zahlen, Fakten und Trends der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie« der DGÄPC seit 2009 mit dem Ziel der »Aufklärung und Hilfestellung« durchgeführt. Die regelmäßigen Rubriken umfassen die »beliebtesten Behandlungen und Operationen«, die »Geschlechterverteilung«, die »Altersstruktur« sowie wechselnde »Fokusthemen« wie beispielsweise »beliebteste Saison für die OP« (2018) und »Selfie-Boom« (2019).

Mit Blick auf die »beliebtesten«, das heißt die von den befragten Patient_innen thematisierten Eingriffe in den Jahren 2017-2019 liegen Faltenunterspritzungen an erster Stelle. Die drei nachgeordneten Maßnahmen ›Augenlidkorrekturen‹, ›Fettabsaugungen‹ und ›Brustvergrößerungen‹ folgen in jeweils veränderter Reihenfolge. Für 2019 wird beispielsweise angegeben, dass die Brustvergrößerung mit 8,4 % auf Platz zwei liege, die Fettabsaugung mit 5,5 % den dritten Platz der »Top-3« einnehme (vgl. DGÄPC 2019, S. 4).

Zusammengefasst zeigen die Ranglisten zwar jährlich wechselnde Trends auf, die an ihnen sichtbaren Maßnahmen bleiben jedoch identisch. In den genannten Jahren werden jeweils weitere Gesichtsoperationen (Hals-/Stirn-/Facelift, Nasenkorrektur), Bauch- und Bruststraffungen sowie Brustverkleinerungen aufgeführt. Des Weiteren wird deutlich, dass die nicht-operativen Behandlungen wie Unterspritzungen mit Botulinumtoxin oder anderen sogenannten Fillern wie Hyaluron und Eigenfett sowie ›Eigenbluttherapien‹ die chirurgischen Eingriffe rahmen. In den Berichten werden die Behandlungen etwa als »sanfte Therapien« hervorgehoben, die dann gewählt würden, wenn die chirurgischen Maßnahmen nicht notwendig erscheinen (DGÄPC 2017, S. 5).

Betont wird, dass die Befragten eine schnelle (ambulante) Durchführbarkeit sowie geringe Risiken schätzen würden. Im selben Zuge wird zudem die hohe Nachfrage an minimalinvasiven Behandlungen mit einem breiten Anwendungsspektrum erklärt (vgl. ebd.). Das Vorstandsmitglied Dr. Jan Pasel führt dazu aus: »Ohne sich endgültig verändern zu müssen, kann ein Eingriff ausprobiert werden.« (DGÄPC 2018a, S. 23)

Es deutet sich damit an, dass die nicht-chirurgischen Verfahren vor allem hinsichtlich ihrer Bedeutung als unkomplizierte Einstiegsbehandlungen im Gesamtspektrum aus chirurgischen und nicht-chirurgischen Möglichkeiten inszeniert werden. Die minimalinvasiven Praktiken wie Unterspritzungen müssen nach einer gewissen Zeit wiederholt werden, um den Effekt aufrecht zu erhalten. Korrespondierend dazu werden sie rhetorisch in die Nähe einer Pflegeroutine gerückt, mit der eine jüngere Zielgruppe angesprochen wird.

Neben der allgemeinen Beliebtheit unterschiedlicher Maßnahmen werden von der DGÄPC soziodemografische Faktoren wie die Geschlechterverteilung, Berufsgruppen und die Altersstruktur unter den Befragten sowie die Behandlungsmotive erhoben. Insbesondere die Ermittlung von unterschiedlichen »Frauen-« und »Männerwünschen« (DGÄPC 2018a, S. 9) wird darunter als Maßnahme einer bedarfsgerechten Gestaltung des Angebots inszeniert.

Die statistische Aufteilung folgt damit einem zweigeschlechtlichen Modell, mit dem in der Folge bestimmte Verfahren wie die weibliche Brustvergrößerung und die männliche Brustverkleinerung als vergeschlechtlicht sichtbar werden. Während die »Geschlechterverteilung« unter den Nutzenden in den Jahren 2009-2019 ein stark ungleiches Verhältnis von beispielsweise 83,3 % Frauen zu 12 % Männer im Jahr 2018 wiederspiegelt, wird immer wieder betont, wie sehr nun auch Männer auf die Verfahren zurückgreifen würden (vgl. ebd.).⁴ So wird beispielsweise an der Entwicklung des Geschlechterverhältnisses aus den Jahren 2013-2017 von 17,1 % zu 17,5 % die These aufgestellt, dass »der Anteil an männlichen Patienten einen Boom« anzeigen, der sich fortsetzen würde (vgl. ebd.).

Gegenüber der stark ungleichen Verteilung wird damit die Zunahme des männlichen Anteils betont. Dass Frauen die deutliche Mehrheit der Nutzenden ausmachen – und sich dies historisch erst seit den 1950er Jahren so abzeichnet (vgl. Gilman 1999) – wird dagegen normalisiert. Es heißt im Bericht von 2018 etwa: »Seit jeher bilden die weiblichen Patienten die Mehrheit der Personen, die den Weg zum Facharzt für Plastische und Ästhetische Chirurgie aufsuchen.« (DGÄPC 2018a, S. 8) Begründungslogisch wird hier in Bezug auf Frauen also tendenziell von einer konsistenten geschlechtlichen Verhaltensweise ausgegangen, die der ungleichen Nutzungsstruktur vorausgeht.

Das Durchschnittsalter der Nutzenden wird für 2017 mit 41,8 Jahren angegeben. Insbesondere um die Wende der Lebensjahrzehnte von 30, 40 und 50 Jahren würde es Nutzungshöhepunkte geben (vgl. DGÄPC 2017, S. 10). In der Folgeerhebung von 2018 wird zudem ein Trend darin verortet, dass die Patient_innen immer jünger werden würden (vgl. ebd., S. 10). Dies resümiert auch ein Pressebericht der VDÄPC zu ihrer

4 Ein ähnliches Verhältnis spiegelt sich auch in der Umfrage unter Mitgliedern der VDÄPC, die für 2019 einen Anteil von Frauen bei 86,4 % gegenüber 13,6 % an Männern angibt (vgl. VDÄPC 2020).

»Statistik 2019«, in dem diese Entwicklung mit der digitalen Bildproduktion und Social Media in Verbindung gebracht wird: »Aufgrund des derzeitigen ›Selfiebooms‹ zeigt sich als wachsender Trend der Anstieg der Eingriffe bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen. In Zeiten von Social Media und *Instagram* orientieren sich junge Menschen vermehrt an medialen Vorbildern aus dem Netz.« (VDÄPC 2019b)

In den Einschätzungen der Fachgesellschaften wird einerseits vor einer negativen Vorbildwirkung der digitalen Medien gewarnt. Dabei wird unter anderem abgelehnt, dass verstärkt junge Menschen auf Basis von Bildbearbeitungsprogrammen mit unrealistischen Idealen an die kosmetisch-chirurgischen Anbietenden herantreten würden (vgl. ebd.). Andererseits wird eine vermehrte Informationsbeschaffung zu den Verfahren über das Internet und Social Media-Plattformen festgestellt.

»Über den bevorstehenden Eingriff informieren sich Patient*innen vorrangig auf den Webseiten der behandelnden Ärzte (26,9 Prozent), sowie auf Webportalen und Internetforen (28,1 Prozent). [...] Auffällig ist, dass Patient*innen zunehmend verstärkt soziale Medien nutzen, um sich über den Eingriff zu informieren. Mehr als jeder Zehnte konsultiert Instagram, Facebook & Co. bei der Suche nach Informationen über Ästhetisch-Plastische Behandlungen.« (DGÄPC 2019, S. 17)

Während zum Einfluss von Social Media, Beauty-Apps und Bild-Filtern kritisch Stellung bezogen wird, stellt die vermehrte Internetrecherche zum eigenen Angebot nach Darstellung der DGÄPC eine positive Entwicklung dar. Diese lasse darauf schließen, dass sich die Interessierten »schnell und umfassend informiert fühlen« (ebd., S. 16). Es wird angedeutet, dass die webbasierte Inszenierung der Verfahren nicht als relevanter Einflussfaktor auf das Körperbild der aufsuchenden Personen, sondern als gezielte Informationshandlung zu werten ist.

Für den deutschen Diskurs um kosmetische Chirurgie liefern die Erhebungen ein gewichtiges Instrument, das auch gesellschaftliche Kontroversen an die reflexive Selbstthematisierung rückbindet. Die statistischen Berichte bieten neben dem Marketing-Zweck somit Anlässe, die kosmetisch-chirurgische Praxis im aufklärenden Duktus zu plausibilisieren. Die Statistiken sorgen in dieser Hinsicht für einen Halo-Effekt, der darin liegt, dass die kosmetisch-chirurgische Praxis aus der Inszenierung ihrer Beliebtheit auch ihre Notwendigkeit zieht.

An den vermeintlichen Beleg der Popularität der Verfahren als allgemein relevantes Phänomen knüpft das Sprechen des Feldes über sich an. Deutlich wird dies auch mit Blick auf die im Folgenden untersuchten Websites. Immer wieder werden Ranglisten zu der Beliebtheit oder der Häufigkeit einzelner Verfahren im Sinne der Evidenzproduktion in die eigene Angebotsbeschreibung integriert. Um zwei Beispiele aus dem Datenmaterial vorwegzunehmen:

(2:1) Die Fettabsaugung hat in den letzten Jahren einen enormen Zuwachs zu verzeichnen und befindet sich in der Hitliste der Ästhetischen Operationen ganz oben. Dies begründet sich sicherlich nicht nur im zunehmenden Trend nach Schönheitsoperationen, sondern auch in der Weiterentwicklung der Operationstechniken, die gute bis sehr gute und vorhersagbare Resultate ermöglichen. (dr-lang, Fettabsaugung)

In dem Auszug (2:1) wird die Trendentwicklung mit dem Argument der Sicherheit des Verfahrens verwoben. Es scheint, als sei die erhöhte Nachfrage ein Ergebnis verbesserter technologischer Standards. An anderer Stelle wird das Verfahren der Augenlidstraffung auf ähnliche Weise beworben. Auch in diesem Fall verweist die Aussage implizit auf die Statistiken der Fachgesellschaften.

(2:2) Lidstraffungen waren 2012 die am häufigsten nachgefragten plastisch-ästhetischen Operationen bei Männern – vor der Fettabsaugung. Bei Frauen sind sie immerhin auf Platz zwei, nach der Brustvergrößerung. (wachsmuth-voelpel, Augenlidstraffung)

Die statistischen Trendnarrative legen also einen verallgemeinerbaren gesellschaftlichen Wandel nahe, der jenseits sozialer und finanzieller Barrieren stattfindet. Mit den Statistiken wird die gegenwärtige Entwicklung der kosmetischen Chirurgie als Erfolgsgeschichte fortgeschrieben. Zusammengenommen basieren die angebotenen Praktiken darin auf einem Mehrheitsbegehrten.

2.3 Sozialwissenschaftliche Forschungsperspektiven und feministischer Diskurs

Seit den 1980ern haben sich semantische Deutungen und Narrative zu kosmetischer Chirurgie stark gewandelt. Während die Praktiken vormals dem moralischen Urteil der Öffentlichkeit durch Geheimhaltung entzogen werden sollten, und sie medial im stigmatisierenden Duktus der ›Eitelkeit‹ und der ›Skurrilität‹ zugeordnet wurden, benennen die ›Normalisierung‹ und ›Popularisierung‹ sowie der Alltagsbezug der kosmetischen Chirurgie bedeutsame Folien neuerer Thematisierungen.

Frühe feministische Debatten fokussierten die Machtrelationen zwischen materialen und kulturellen Praktiken, die der kosmetischen Chirurgie demnach inhärent sind. Dass vor allem Frauen sich den risikoreichen und schmerzhaften Verfahren unterziehen, wurde als symptomatisch für die patriarchale Herrschaft gedeutet. Kosmetische Chirurgie ist hier als disziplinierende Körpertechnologie zu verstehen, die Weiblichkeiten in das vorherrschende Ungleichheitssystem eingespannt und ihre Unterordnung reproduziert. Demgegenüber fokussierte ein anderer Forschungsstrang die Facetten der Handlungsbefähigung, die sich für Frauen aus der kosmetisch-chirurgischen Modifikation im Sinne einer Normalitätsverhandlung ergeben. Demnach lassen sich die Praktiken primär als reflexiver Ausdruck lesen, mit dem die vorherrschenden Normen individuell bewältigt werden. Seither haben sich die Themen und Forschungsfragen um das Feld vor dem Hintergrund der Komplexität der Praxis in gegenwärtigen Kulturen vervielfältigt. Demensprechend wird kosmetische Chirurgie inzwischen im Sinne eines allgemeinen Gegenwartsmodus in soziologischen Zeitdiagnosen aufgegriffen.

Sozial- und geschlechterwissenschaftliche Studien zu kosmetischer Chirurgie haben sich dem Phänomen mittlerweile über diverse theoretische Linsen und empirische Fragestellungen angenähert. Trotz der Vielschichtigkeit der Thematik und der Mehrstimmigkeit der Bezugnahmen ist der sozialwissenschaftliche Korpus zu kosmetischer Chirurgie im deutsch- und englischsprachigen Diskurs neben einigen Monografien vor