

2. Theoretische Erkundungen zur Bestimmung der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

-
- 11 Die Dynamik, dass soziale Prozesse auf sich selbst rückwirken, ist für Beck der Anlass, von einer *reflexiven* Moderne zu sprechen: »Der Modernisierungsprozeß wird »reflexiv«, sich selbst zum Thema und Problem« (Beck 1986: 26, H.i.O.). Beck betont stets, dass der Begriff der Reflexivität (im Sinne struktureller, nicht-intendierter Nebenfolgen) keinesfalls mit dem Begriff der Reflexion (im Sinne einer intentionalen Handlung) zu verwechseln oder gar gleichzusetzen sei (zur begrifflichen Differenzierung vgl. Beck 1996: 300ff.).
- 12 Es wäre irreführend, jeglichen Dualismus und jedwede Dichotomie unmittelbar mit dem Begriff der Grenze gleichzusetzen. Allerdings betonen Beck, Bonß und Lau – und die vorliegende Arbeit schließt sich diesem Verständnis an –, dass der Begriff der Grenze als Metapher nutzbar gemacht werden kann und soll, denn als Metapher verwendet, ermöglicht dieser »höchst unterschiedliche empirische Sachverhalte aus einem einheitlichen Blickwinkel zu betrachten: z.B. die Grenzen zwischen Einflußsphären, kategoriale Unterscheidungen oder die Differenz zwischen verschiedenen Typen des Wissens« (Beck et al. 2004: 24).

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

13 Beck-Gernsheim 2013: 81

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

