

3. Methodologische Annahmen und Forschungskonzeption

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Verfahren zur Erhebung von Expert*innen- und Alltagswissen

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Auswahl und Anfrage der Alltagsakteur*innen und Expert*innen

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Inhaltliche Kernpunkte und Modus der Befragung

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

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

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

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

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

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

Abbildung 1.1 Diskussionsleitfaden der Gruppendiskussionen

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Abbildung 1.2 Leitfaden Expert*inneninterviews

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Auswertung über Dokumentarische Methode

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

