

4. Grenzen der Definition

Die Ästhetisch-Plastische Chirurgie innerhalb medizinischer Kontexte

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

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

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

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

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

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

Mehrere: | _ Ja richtig

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

Cf: Ja ja

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

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

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

Af: Aber ja

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

Df: Was?

Ef: Wieso nich? aber na?

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

Af: Nö. kommt drauf an

Ff: Unter Umständen kommts drauf an

Cf: Aha?

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

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

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

Cf: Ja das is nun wieder ne Krankheit

Af: Ja aber das medizinisch

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

Af: Da findet man kaum ne Grenze.

(GD Rot, Z. 231-257)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

chen mehr medizinisch plastische Operationen also das denke ich schon (.) das ist sehr wahrscheinlich äh schon ne Arbeitsteilung weil sie sich
Af: Ja genau jaja

(GD Grün, Z. 275-279)

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

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

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

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

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

(GD Orange, Z. 1181-1185)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

(GD Lila, Z. 520-523)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

(Saturn, Z. 40-52)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

(Uranus, Z. 586-603)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

(Neptun, Z. 201-204)

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

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

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

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

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

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

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

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

[...]

(Merkur, Z. 45-51)

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

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

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

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

M.: Ähm die reine Medizin ist äh letztendlich etwas Notwendiges (.) und wir (.) befinden uns mit diesem anerkannten medizinischen Zweig letztendlich zwischen auch etwas Notwendigem (.) plastische Chirurgie kümmert sich auch vielfach um zum Beispiel Verbrennungs-äh-patienten aber auf der anderen Seite ist es halt hat sehr sehr viel mit Dienstleistungen zu tun (.) das heißt also ä:hm (.) das zum Beispiel: ä:hm (.) die Patienten ä:hm auch andere Sachen noch erfahren wie vielleicht bei einem normalen Hausarztbesuch (.) ja das heißt also sie kommen hierhin und (.) ähm oder oder beim Anrufen schon das man (.) ähm gewisse Strukturen entwickelt die in Richtung Dienstleistung (.) gehen und wo dann entsprechend so auch die Unterschiede dann auch fühlbar sind (.) ähm spürbar sind und (.) ähm wo auch ein gewisser Komfort eine Rolle spielt (2) ein gewisses Ambiente (.) ähm: auch eine menschliche Profession das heißt also äh das es nicht nur das jetzt Ganze von mir abhängt sondern quasi auch von sage ich mal von von Klinikgeist zum Beispiel bei uns ähm das ähm das er nicht ähm (.) oder das anders ausgedrückt das mehr oder weniger so ein ähm eine Philosophie da ist die man auch wirklich dann spüren kann und nicht das da irgendwie so ein Bruch drin ist und das meine ich halt in Richtung Dienstleistung (.) ähm (.) und das halt vielleicht doch ein bisschen anders teilweise als diese notwendigen Geschichten wenn Sie mit einem Blinden- akuten Blinddarmentzündung ins Krankenhaus kommen (.) dann haben Sie einfach (.) das wird man feststellen (.) einen anderen Umgang (2) ja und ähm (.) insofern sind wir (.) finde ich in einer gewissen Zwischenrolle (.)

(Merkur, Z. 52-72)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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