

2. Kosmetische Chirurgie: Annäherungen an ein Diskursfeld

Kosmetische Chirurgie benennt zugleich ein historisch gewachsenes Dispositiv wie einen spezifisch modernen Praxiskomplex. Die Anfänge der chirurgischen Modifikation von Körpern und Techniken zur Manipulation von körperlichen Erscheinungsweisen werden geschichtswissenschaftlich in der Antike verortet (vgl. Gilman 1999; Haiken 1997). Chirurgische Maßnahmen zu kosmetischen Zwecken etablierten sich jedoch erst im Laufe des 20. Jahrhunderts als populäre, wenngleich kontroverse Praxis einer modernen reflexivierten Medizin (vgl. Jones 2008a; Villa 2008c). Trotz der Ähnlichkeit vieler antiker Verfahren zu den modernen Praktiken der kosmetischen Chirurgie begründen ihre kulturelle Konzeption und Deutung sowie ihr Angebot durch Ärzt_innen, der Konsum und das Begehren danach ein zeitgenössisches Phänomen. In den letzten Jahrzehnten hat sich kosmetische Chirurgie zum prominenten Gegenstand populärer Diskurse und zur gewichtigen Facette von Konsumkulturen entwickelt. In diese reihen sich kosmetisch-chirurgische Angebote und Verfahren als zunehmend normalisierte Warenform ein, die wie andere Produkte zur Verbesserung von ›Lebensqualität‹ vermarktet wird und im Rahmen von Kreditmodellen finanziert werden kann.

In diesem Kapitel werden zunächst zentrale historische Entwicklungslinien aufgegriffen, die für die kosmetische Chirurgie als moderne medizinische Disziplin und gesellschaftliches Praxisfeld konstitutiv sind (Kap. 2.1). Da an dieser Stelle keine umfassende Entstehungsgeschichte für alle Jahrhunderte und geopolitischen Orte rekonstruiert werden kann, stehen besonders solche Aspekte im Vordergrund, die sich als relevante Brüche und Impulse in der historischen Gesamtgenese des Feldes beschreiben lassen. Im Verlauf der vorliegenden Diskursanalyse werden weitere Linien der historisch-genealogischen Entwicklung mit Blick auf die jeweils fokussierten Körper- und Verfahrensbereiche vertieft (vgl. Kap. 5.1, 6.1, 7.1).

Um den gegenwärtigen Diskurskontext für Deutschland weiter aufzuschlüsseln, werden im zweiten Abschnitt dieses Kapitels (Kap. 2.2) konstitutive Bereiche der professionellen Selbstthematisierung zur kosmetischen Chirurgie aufgegriffen. Dazu werden in einer Begriffsklärung zunächst aktuelle Definitionen zu den Disziplinen der ›rekonstruktiven‹ und der ›ästhetisch-plastischen‹ Chirurgie hinzugezogen. Des Weiteren

werde ich auf den medizinrechtlichen Hintergrund der kosmetischen Chirurgie, ihre Organisation in Fachgesellschaften sowie Nutzungsstatistiken als ambivalentes Instrument der Selbstinszenierung eingehen.

Spätestens mit der Popularisierung der kosmetisch-chirurgischen Praktiken ab den 1980er Jahren nimmt ausgehend von den USA das sozialwissenschaftliche Interesse an dem Phänomen zu. Insbesondere geschlechterwissenschaftliche und körpersoziologische Forschungsstudien bieten Einblicke in die vielfältigen sozialen und kulturellen Implikationen der Verfahren. Das Erkenntnisinteresse vieler Studien richtet sich auf die strukturierten und strukturierenden Bedeutungen der kosmetischen Chirurgie sowohl für gesellschaftliche als auch zwischenmenschliche Prozesse und Diskurse. Im letzten Abschnitt dieses Kapitels (Kap. 2.3) erfolgt ein Überblick über den sozial- und geschlechterwissenschaftlichen Forschungshintergrund sowie bedeutsame Debatten und Fragestellungen, die sich aus der feministischen Kritik und Auseinandersetzungen mit dem sozialen Praxiskomplex ergeben. Ein Fokus der Darstellung liegt auf den machtsstrukturellen, insbesondere vergeschlechtlichten und ideologischen Dimensionen des Feldes.

2.1 Kosmetische Chirurgie: Konturen einer Entwicklungsgeschichte

Geschichtliche Darstellungen sind stets auf die Auswahl, Reihung und Auslassung von auf bestimmte Weise überlieferten Begebenheiten und Perspektiven verwiesen. Die disziplinäre Ordnung der kosmetischen Chirurgie hat sich in dieser Hinsicht historisch stark gewandelt. Der moderne Komplex des Praxisfeldes basiert auf vielfältig verstrickten Diskursen, Praxeologien und Techniken, die im Verlauf der letzten Jahrhunderte im Bereich der plastischen Chirurgie¹ entwickelt wurden (vgl. Santoni-Rugiu/Sykes 2007; Gilman 1999; Haiken 1997). Beide Praxisstränge fußen auf geteilten Wissensgebieten, insbesondere der Anatomie, der Physiologie, der Antisepsis, der Anästhesie sowie der Schmerzbehandlung.

Die geschichtswissenschaftliche Forschung zur plastischen Chirurgie unterscheidet die Periode der Wissensproduktion zur körperlichen Anatomie auf Basis unsystematischer Beobachtungen, Experimente und Illustrationen, die von der Altsteinzeit bis zur zweiten Hälfte des 15. Jahrhunderts reicht, sowie die Periode der Transformation in systematische Praktiken und wissenschaftliche Anwendungsverfahren bis zum 19. Jahrhundert (vgl. Santoni-Rugiu/Sykes 2007, S. 2-37). Dabei überlagern sich diverse Entwicklungsfaktoren wie die zunehmend gesellschaftlich-religiöse Akzeptanz von sezierenden Eingriffen, die Entwicklung anästhetischer Verfahren und der Drucktechnik sowie die Institutionalisierung des medizinischen Wissens an den ersten Universitäten seit dem 13. Jahrhundert – insbesondere in Bologna und Padua (vgl. Santoni-Rugiu/Sykes 2007, S. 11f.; Gadebusch-Bondio 2005).

Während zahlreiche Praktiken zur Manipulation des Körpers z.B. durch den äußerlichen Einsatz von Kosmetika und Utensilien oder den Konsum von Substanzen für

1 Die Bezeichnung führt mit dem Adjektiv ›plastisch‹ (altgriechisch: pláttein) semantisch auf die in Bezug zu formbarer Materie verwendeten Tätigkeiten ›bilden‹, ›formen‹ und ›gestalten‹ zurück.

die urgeschichtlichen Epochen und diverse geopolitische Gebiete dokumentiert sind, werden chirurgische Verfahren, also die Inzision und Öffnung des Körpers mit Instrumenten, auf frühestens 800 vor der christlichen Zeitrechnung datiert (vgl. Talley 2012, S. 335). Einem Bericht zufolge wurden zu dem Zeitpunkt in Indien Hautareale von Stirn und Wangen entfernt und dazu verwendet, Nasen oder Ohren zu rekonstruieren, die durch Unfälle oder in Strafvollzügen geschädigt bzw. amputiert wurden. Nach anderen historischen Darstellungen unternahmen Personen im Kontext des antiken Griechenlands zu Beginn der heutigen Zeitrechnung ähnliche Versuche, Lappenplastiken durchzuführen (vgl. ebd.). Die chirurgischen Techniken wurden jedoch mit dem zunehmenden Einfluss der katholischen Glaubensbewegung unterbunden, da diese annahm, dass die Eingriffe mit dem ›göttlichen Willen‹ konfligierten.

Die Versuche, das Aussehen von Körpern chirurgisch zu modifizieren bzw. im jeweiligen sozialen Deutungskontext durch die Verfahren zu demarkieren, wurden dennoch bis in das erste Jahrtausend hinein unternommen. Insbesondere der andalusisch-arabische Arzt Abu al-Qasim Al-Zahrawi (ca. 936-1013) entwickelte Techniken, die einen Eingriff im Verhältnis zu den daraus resultierenden Infektionsrisiken und Funktionsstörungen im zeitgenössischen Kontext legitimierten. In seiner Schrift »at-Tasrif« (›Die Methode‹) führt er erste Verfahren ein, die sich aus heutiger Sicht als kosmetisch-chirurgisch deuten lassen, wie auch Verfahren zur Brustreduktion (vgl. Santoni-Rugiu/Sykes 2007, S. 300). Die Schrift wurde ab dem 16. Jahrhundert mit Verweis auf die Bedeutung der Operationen für die mentale Gesundheit der Patient_innen verstärkt rezipiert.

Im Kontext der Universität zu Bologna veröffentlichte der italienische Chirurg Gaspare Tagliacozzi 1597 die erste Sammlung, die sich den plastisch-chirurgischen Verfahren zur Wiederherstellung der als verstümmelt gedeuteten Nasen, Ohren und Lippen widmet. Tagliacozzi führte damit die Unterscheidung zwischen der Transplantationschirurgie (*chirurgia curtorum per insistonem*) und der Chirurgie zu kosmetischen Zwecken (*chirurgia decoratoria*) ein (vgl. Parker 2010, S. 14).

Die weitere Entwicklung von rekonstruktiven und kosmetisch-chirurgischen Verfahren wurde im Laufe des 17. und des 19. Jahrhunderts im Zusammenhang mit der im europäischen Raum verbreiteten Syphilis dynamisiert. Da die Krankheit häufig über Sexualkontakte übertragen wurde, war sie gesellschaftlich stark stigmatisiert. Vor der Verfügbarkeit antibiotischer Behandlungen stellte die ›Syphilis-Nase‹ aufgrund der Veränderung von Nasenknorpel und -knochen ein öffentlich erkennbares Anzeichen dar, das Personen einer Gefahr aussetzte, diffamiert zu werden (vgl. ebd., S. 15). Die Entwicklung chirurgischer Verfahren zur Rekonstruktion der Nase, narbenvermeidender Techniken sowie die Verbesserung der Wundheilung wurden von den gesellschaftlichen Deutungsperspektiven auf das Körperteil angetrieben.

Das entsprechende chirurgische Ziel beschreibt der Kulturhistoriker Sander Gilman (1999, S. 21f.) als *Passing*, womit er das im zeitgenössischen Gesellschaftskontext als ›gewöhnlich‹ und ›unauffällig‹ Durchgehen-Können meint. Gilman zufolge sind viele der chirurgischen Verfahren in ihrem Deutungsbezug als Anpassungsstrategie an die vorherrschenden körperästhetischen Anforderungen heraus weiterentwickelt worden. Vor dem Ersten Weltkrieg stand das chirurgische *Passing* in Zusammenhang mit rassifizierten Körperkonzepten und pejorisierenden Charakter-Typologien der Mehrheitsgesellschaften (vgl. Kap. 5.1). Demzufolge wurde das medizinische Versprechen bzw.

die Hoffnung der Patient_innen, sich qua chirurgischer Körpermodifikation integrieren zu können, zugleich über die Aussicht vermittelt, glücklich werden zu können. Die kosmetisch-chirurgische Zielperspektive richtete sich damit sowohl auf die materiale Herstellung von Mehrheitszugehörigkeiten an den veränderten Körpern als auch ihr kategorisches *Passing* als Mitglieder der als natürlich-gedeuteten Gruppe:

»Passing« is thus moving into and becoming invisible within a desired ›natural‹ group. [...] The patient believes that there is a desirable category of being from which he or she is excluded because of reasons that are defined as physical. The results of this exclusion are symptoms of psychological ›unhappiness‹.« (Gilman 1999, S. 22)

Zum Ende des 19. Jahrhunderts verbreitete sich damit der Rückgriff auf die als rekonstruktiv-gerahmten Verfahren unter der ästhetisch-ideologischen Zielperspektive. Trotz der fortgeschriebenen Bemühungen darum, die Effekte der chirurgischen Eingriffe wie Narben zu kontrollieren und zu minimieren, wurden Operationen zur – zeitgenössisch so gedeuteten – Verbesserung des Aussehens bis zu diesem Zeitpunkt im medizinethischen Diskurs nicht als legitim erachtet (vgl. Santoni-Rugiu/Sykes 2007, S. 301). Taktgebend waren dafür Positionen des deutschen Chirurgen Friedrich Dieffenbach. Er unterschied systematisch zwischen der medizinischen Verortung der rekonstruktiven Chirurgie und der davon abgegrenzten ästhetischen Funktion anderer Prozeduren. Diese stellte Dieffenbach in einen abwertenden Deutungskontext, was die allgemeine fachliche Haltung zur kosmetischen Chirurgie nachhaltig beeinflusste (vgl. Gilman 1999, S. 12).

Erst im Laufe des 20. Jahrhunderts wurde die kosmetisch-chirurgische Modifikation der äußeren Körperform in medizinischen Fachdiskursen offen als bedeutsame Zweckperspektive verhandelt und teilweise gerechtfertigt. Dies hängt damit zusammen, dass die Verfahren nach wie vor beträchtliche Risiken implizierten. So waren die verfügbaren Techniken der Anästhesie nicht wirksam genug, um Schmerzen und damit verbundene Ängste zu minimieren. Vor diesem Hintergrund wurden chirurgische Eingriffe als legitime Praktiken zur Behandlung der physischen, nicht aber der psychischen Gesundheit gedeutet. Nur wenige der plastisch-chirurgischen Techniken, wie die Behandlung von Nasenfrakturen, trugen einen ästhetischen Effekt, der im medizinethischen Konsens legitimiert wurde (vgl. Santoni-Rugiu/Sykes 2007, S. 302).

Darüber setzten sich vereinzelt Mediziner_innen hinweg, die Operationen an den physisch-gesund geltenden Körpern zur äußeren Annäherung an zeitgenössische Ideale durchführten. Mit der Wende zum 20. Jahrhundert wurde mit Wachsinjektionen und anderen Chemikalien experimentiert, die den Körper – insbesondere die weibliche Brust – neuformen sollten (vgl. Kap. 6.1). Aufgrund der liquiden und häufig auch krebserregenden Eigenschaften der Substanzen überwogen die gesundheitlichen Risiken bis dato jedoch den kosmetischen Nutzen der Verfahren (vgl. Gilman 1999, S. 239). Dennoch regte die einfache Verfügbarkeit der Materialien einen Markt an, auf dem auch nicht ausgebildete Personen körperverändernde Prozeduren anboten.

Im damit verknüpften Dissens innerhalb der medizinischen Institutionen wurde die negative Deutung der kosmetisch-chirurgischen Praktiken durch aufklärerische Bemühungen einiger Chirurgen konterkariert (vgl. Santoni-Rugiu/Sykes 2007, S. 302). Dabei wurde der Begriff der ›Korrektur‹ im Umfeld der Chicagoer Universitätsmedizin

verstärkt auf Körperformen bezogen, die unter medizinischen Gesichtspunkten zuvor als nicht behandlungsbedürftig eingestuft wurden.

Der Arzt und Medizinwissenschaftler Charles C. Miller beschrieb in diesem Kontext der 1920er Jahre unter anderem Techniken zur Modifikation von Augenlidern, Falten, Nasen und Lippen, für die er die Bezeichnung der »ästhetischen Chirurgie« in wissenschaftliche Publikationsformate einführte. Im Zuge seiner Veröffentlichungen problematisierte er zudem eine medizinisch-professionelle Gleichgültigkeit gegenüber den aus seiner Sicht behandlungswürdigen Körperformen. Er plädierte dafür, den Leidensdruck von Patient_innen an äußerlichen vermeintlichen Defekten und Deformitäten als relevant zu erachten (vgl. ebd.). Im kommerziellen Klima des Wirtschaftsaufschwungs sowie der zunehmenden Verbreitung von Werbung für häusliche Kosmetikprodukte, stießen seine Ideen und Techniken auf ein breites journalistisches Interesse. In medizinischen Fachkreisen wurden diese jedoch trotz der Bemühungen um eine medizinisch-qualifizierte Abgrenzung als Scharlatanerie abgelehnt.

Der Erste Weltkrieg markiert einen Wendepunkt in der Geschichte der plastischen Chirurgie. Die große Anzahl an kriegsversehrten Männern dynamisierte die Ausdifferenzierung der Techniken. So formierte sich eine erste Generation an Chirurg_innen aus diversen Fachdisziplinen, die sich auf die Behandlung der neuen, großflächigen Gesichtsverletzungen und Deformierungen spezialisierte (vgl. Haiken 1997, S. 29f.). Ein primäres Ziel war es, die soziale Reintegration der versehrten Männer in die Zwischenkriegsgesellschaften, und damit ihre ökonomische Eigenständigkeit, zu erleichtern.

Die Entwicklung der komplexen Wiederherstellungstechniken war nach Gilman (1999, S. 17f.) grundlegend für die gesellschaftliche Anerkennung der plastischen Chirurgie insgesamt und die Akzeptabilität der kosmetisch-chirurgischen Techniken im Besonderen. Damit ist verbunden, dass die Anfänge der kosmetischen Chirurgie in den öffentlichen Erinnerungsdiskursen häufig auf diesen Zeitraum datiert werden. Demnach geht die rekonstruktive Chirurgie den kosmetischen Verfahren in einem chronologischen Sinne voraus, was die Verfahren vornehmlich medizinisch kennzeichnet (vgl. Haiken 1997, S. 18).

Mit dem Erstarken der Frauenrechte und der Verfügung von Frauen über eigene monetäre Ressourcen entwickelten sich insbesondere in den USA diverse kommerzielle Branchen der Kosmetik- und Pharmaindustrie. Die Verbreitung von Haar- und Schönheitssalons, in denen kosmetische Behandlungen angeboten wurden, beförderte auch die offene Werbung für kosmetisch-chirurgische Dienstleistungen. Die kommerzielle Vermarktung medizinischer Angebote wurde innerhalb der Fachkreise jedoch als unethisch abgelehnt. Sie befeuerte öffentliche wie innerfachliche Debatten um die Legitimation kosmetisch-chirurgischer Verfahren erneut.

In Chicago gründeten im Zuge dessen im Jahr 1921 ehemalige Kriegschirurgen den ersten Berufsverband für plastische Chirurgie, die American Association of Plastic Surgeons (AAPS). Die Ziele der später auch in Europa gegründeten Fachgesellschaften richteten sich zusammengenommen auf die Sicherstellung der wissenschaftlichen Qualitätsstandards sowie die Übereinkunft über ethische und moralische Prinzipien. Die Diskurse um die medizinische Qualifikation der Chirurg_innen, Ausbildungsgrundsätze, Ehrenkodexe und ihre anknüpfende Institutionalisierung mündeten in der zunehmenden Etablierung der Fachdisziplin (vgl. Santoni-Rugiu/Sykes 2007, S. 304).

Mit der Einführung nationalstaatlich organisierter Gesundheitssysteme seit den 1930er Jahren wurde das Angebot der kosmetisch-chirurgischen Praktiken jedoch in vielen europäischen Ländern zunehmend privatisiert. Es war zeitweise nur über Privatpraxen zugänglich. Der Erlass des Werbeverbots für Ärzt_innen durch den britischen Dachverband für Medizin beförderte parallel hierzu ein Gebot zur Diskretion (vgl. Gimlin 2012, S. 37f.). Zwar waren kosmetisch-chirurgische Eingriffe als Hintergrundaktivität etabliert, aufgrund moralischer und medizinethischer Vorbehalte allerdings weitgehend aus den öffentlichen Diskursen ausgeschlossen.

Erst mit inszenierten Aufführungen von Operationen durch vereinzelte US-Chirurgen wie auch gerichtlichen Verhandlungen von Fällen geschädigter Patientinnen wurde die kosmetische Chirurgie seit den 1930er Jahren verstärkt in der Presse rezipiert (vgl. Parker 2010, S. 17f.). Mit den öffentlichen Diskursen wuchsen die Aufmerksamkeit für die Möglichkeiten und die Nachfrage der Verfahren wie auch eine damit verknüpfte Skepsis um unethische Praktiken.

Parallel zu diesen Entwicklungen etablierte sich die Psychologie seit den 1860er Jahren als akademische Disziplin, deren Konzepte zunehmend in Laiendiskurse übersetzt wurden. Hiermit ging einher, dass kosmetische Chirurgie von Anbietenden als Mittel einer psychischen Selbstverbesserung ausgelegt wurde, die an dem Aussehen des Körpers als Krankheitsursache ansetzt. Die mentale Gesundheit und das Begehren der Patient_innen wurden zu einer psychologisch gerahmten Argumentationsfolie verstrickt, die im Sinne der Plausibilität der Verfahren etwa auf Minderwertigkeitsgefühle rekurrierte (vgl. Heyes/Jones 2009b, S. 5; Haiken 1997, S. 108-130). Die Idee der Befreiung von psychischen Leiden entwickelte sich zu einem populären Motiv, das es Chirurg_innen wie Patient_innen ermöglichte, sich auf plausible Weise auf bestimmte Körpererscheinungen als behandlungsbedürftig zu beziehen:

»Through their developing recognition that the aesthetic surgical industry needed justification on medical terms, as a service in relief of pain and suffering (and thus committed to the ›recentralizing‹ of its patients), aesthetic surgeons had found by the mid-twentieth century a viable way to define their enterprise as a respectable and necessary medical practice by claiming that body beautification acts as a kind of psychotherapy.« (Gilman 1999, S. 24)

Diese Auslegung der Verfahren im Sinne einer Psychochirurgie (vgl. Covino 2004, S. 24), deren begründete psychische Struktur unspezifisch bleibt, jedoch an speziellen Körperregionen konkretisiert werden kann, stellt nach wie vor eine bedeutsame Deutungsperspektive zu den kosmetisch-chirurgischen Praktiken dar. Obwohl die (sozial-)psychologischen Effekte der kosmetisch-chirurgischen Eingriffe kaum durch Langzeitstudien untersucht wurden, schließt beispielsweise die Bezeichnung der ›Wohlfühlchirurgie‹ im deutschen Kontext der Verfahren rhetorisch an psychotherapeutische Diskurse an. Argumentiert wird, dass die Verfahren qua Körpermodifikation zu ›Wohlfühl‹ und ›Selbstbewusstsein‹ verhelfen würden (vgl. Kap. 2.2).

In der gegenwärtigen marktwirtschaftlichen Konstellation ist das kosmetisch-chirurgische Angebot von allgemeinen medizinischen Entgrenzungstendenzen gerahmt (vgl. Viehöver 2011, S. 291). Nach Willy Viehöver (ebd.) haben mehrere verwobene Entwicklungen im neoliberalen Kapitalismus dazu geführt, dass traditionelle Merkmale

und Konzepte der biomedizinischen Wissenschaft und Praxis verflüssigt wurden. Demnach ist der medizinische Bereich in den letzten Jahrzehnten vermehrt durch konsumlogische Prinzipien strukturiert worden. Hierzu zählt Viehöver zum einen die Abschwächung eines paternalistischen Verhältnisses zwischen Mediziner_innen und Patient_innen und das daraus resultierende neue Dienstleistungsverhältnis. Dieses komme als »wunscherfüllende Medizin« (Kettner 2006) zwischen Anbieter_innen und Konsument_innen zum Ausdruck. Die Kommerzialisierung des medizinischen Komplexes dynamisiere zum anderen eine beständige Medikalisierung des Körpers, die von Narrativen der Bedarfserweiterung sowie einer technologieaffinen Innovationsfähigkeit angetrieben werde (vgl. Viehöver 2011; Featherstone 2010).

Immer neue pharmakologische Produkte und medizinische Verfahren würden im Zuge der profitorientierten Strategien medial vermarktet werden und die medizinischen Subjekte vor differenziertere Gesundheitsentscheidungen stellen. Im Lichte einer umfassenden kulturellen Reflexivierung seien indes die Unterscheidung zwischen Normalität und Abweichung wie auch Gesundheit und Störung immer wieder neu festzulegen (vgl. Wehling/Viehöver 2011; Wehling 2008).

Kosmetische Chirurgie findet vor dem Hintergrund dieser Entwicklungen zunehmend einen allgemeinen kulturellen Anklang. Sie geht gegenwärtig weit über die biomedizinische Disziplin und das Set an plastisch-chirurgischen Verfahren hinaus. Kosmetische Chirurgie benennt einen unscharfen Komplex an verwobenen Praktiken und Diskursen, der medizinische wie konsumlogische Techniken, diverse mediale Formate und Artikulationen wie Werbung, wissenschaftliche Analysen, historische und kulturelle Narrative sowie regulierende Institutionen, materiale Räume und Gegenstände umspannt (vgl. Talley 2012; Jones 2008a; Villa 2008c; Fraser 2003; Davis 1995).

Das diesem Sachverhalt zugrundeliegende Dispositiv beschreibt Meredith Jones (2008; 2004) als »makeover culture«, also als Kultur, die über ineinandergreifende Disziplinen, Unternehmen, industrielle und kulturelle Ordnungen sowie normative Werte organisiert ist, und auf deren Basis gegenwärtig die vorherrschenden Deutungen zu dem Praxisfeld verhandelt werden. Der Begriff nimmt zudem auf einen kulturellen Imperativ der andauernden Selbsterfindung Bezug, der den Prozess der eigenen Veränderung und Renovierungsarbeiten an der Erscheinung von Körpern, Einrichtungen oder Lebensläufen antreibt.

»Makeover connotes the spatial and temporal period of change: it concentrates more on the process of development than on the idea of completion. For individuals, the paradigm of makeover rewards the display of continual development, improvement and growth made via intellectual, emotional, or aesthetic means.« (Jones 2004, S. 536)

Zu dem umfassenden kulturellen Paradigma der Selbsterneuerung stellen kosmetisch-chirurgische Praktiken demnach eines von mehreren plausiblen Mitteln dar, über die körperliche Subjekte die Arbeit an sich selbst zum Ausdruck bringen können. Auch in die damit korrespondierende Zusammenarbeit mit unterschiedlichen Expert_innen wie Ernährungsberater_innen, Fitness-Trainer_innen und Stylist_innen finden sich kosmetische Chirurg_innen ein, die als »Experten der Grenzziehung« (Meili 2008) zunehmend selbst im Fokus populärer Unterhaltungsformate stehen.

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

2.2 Innerdiskursive Grenzziehungen – Institutionelle Rahmungen

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

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

Begriffliches: Was ist kosmetische Chirurgie?

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