

8. Ganz schön operiert?! – Ein Fazit und Ausblick

Das zentrale Anliegen dieser Forschungsarbeit galt der Rekonstruktion gegenwärtiger Muster der (De-)Legitimierung von Ästhetisch-Plastischer Chirurgie in Deutschland. Ein Schwerpunkt lag diesbezüglich auf dem Verhältnis von Alltags- und Expert*innenwissen zur Ästhetisch-Plastischen Chirurgie. Ein Zusammenhang dieser beider Perspektiven wurde in den einleitenden Ausführungen zur Geschichte der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie aufgezeigt. Denn seit dem Aufkommen dieser Fachdisziplin werden zum einen deren Möglichkeiten und Effekte fortwährend gesellschaftlich (mitunter kritisch) diskutiert und zum anderen beziehen sich die ästhetisch-plastischen Chirurg*innen seit jeher auf gesellschaftliche Verhandlungen zu ihrer Fachdisziplin. Die gesellschaftlichen wie auch die innermedizinischen Debatten zur Ästhetisch-Plastischen Chirurgie wurden und werden dabei stets durch Thematisierungen der Zu- oder Aberkennung ihrer Notwendigkeit und Berechtigung bestimmt. Somit ist die Ästhetisch-Plastische Chirurgie seit ihrem Bestehen stets von Fragen nach ihrer Legitimität begleitet (vgl. Kap. 1).

Im Anschluss an die historische Genese des Zusammenhangs der Perspektiven von Alltagsakteur*innen und ästhetisch-plastischen Chirurg*innen in Bezug auf die Ästhetisch-Plastische Chirurgie wurde im Rahmen dieser Forschungsarbeit der gegenwärtige Verweisungszusammenhang dieser beiden Perspektiven herausgearbeitet. Den Ausgangspunkt dafür bildete die Theorie Reflexiver Modernisierung, der zufolge die moderne Gesellschaft von vielfältigen Entgrenzungsprozessen durchzogen ist. Für den Bereich der Medizin haben derlei Prozesse der Entgrenzung vor allem zur Folge, dass etablierte Grenzkonstruktionen zur Bestimmung kategorialer Unterscheidungen – wie etwa zwischen Gesundheit und Krankheit sowie zwischen Therapie und Enhancement – zusehends unscharf werden. Für die Erkundung der Perspektive der ästhetisch-plastischen Chirurg*innen interessierte angesichts dieser Entwicklungen, welcher bekannten oder neuen Grenzkonstruktionen sich diese bedienen, um sich und ihr ärztliches Handeln zu definieren, zu plausibilisieren und gegebenenfalls zu rechtfertigen (vgl. Kap. 2.5.1; Kap. 2.6).

Die Frage nach etablierten und/oder neuen Grenzkonstruktionen tangiert auch die Alltagswelt und die in ihr agierenden Akteur*innen. Denn die reflexiven Mo-

dernisierungsprozesse haben neben der Individualisierung alltagsweltlicher Lebenslagen zugleich eine Individualisierung alltäglicher Körpergestaltung zur Folge. So verfügen Alltagsakteur*innen über eine immer größer werdende Auswahl an Körpergestaltungsoptionen, die auch ästhetisch-plastische Eingriffe einschließt. Gleichzeitig schwinden jedoch Orientierungssicherheit und Reichweite institutioneller Vorgaben zum Sinn und Zweck dieser Möglichkeiten der Körpergestaltung. Somit sind Alltagsakteur*innen letztlich bei der Entscheidung für oder gegen bestimmte Optionen der Körpergestaltung zunehmend auf sich selbst verwiesen. In der Notwendigkeit sich zu diesen Möglichkeiten der eigenen Körpergestaltung zu verhalten, müssen Alltagsakteur*innen also eigenverantwortlich und selbstbestimmend handeln. In der Erforschung der Sichtweise der Alltagsakteur*innen war entsprechend von besonderem Interesse, welche Grenzen diese in Bezug auf Möglichkeiten der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie als einer spezifischen Form von Körperarbeit für sich (und vielleicht ebenso für andere) ziehen und welche Begründungen sie dafür anführen (vgl. Kap. 2.5.2; Kap. 2.6).

Gemäß dem Forschungsinteresse zu Grenzkonstruktionen von Alltagsakteur*innen und Expert*innen in Bezug auf die Ästhetisch-Plastische Chirurgie galt es entsprechend, das Alltagswissen und das Expert*innenwissen zu Ästhetisch-Plastischer Chirurgie sowie das Verhältnis dieser beiden Wissensformen zu erforschen. Realisiert wurde dieses Vorhaben über die Durchführung von Gruppendiskussionen mit Alltagsakteur*innen aus unterschiedlichen sozialen Milieus sowie der Erhebung von Expert*inneninterviews mit Chirurg*innen der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie bzw. der Ästhetischen Medizin. Die im Zuge der dokumentarischen Interpretation rekonstruierten Orientierungen und die darin inbegriffenen Grenzkonstruktionen ließen sich in vier thematische Schwerpunktsetzungen untergliedern.

So verhandelten die Alltagsakteur*innen wie auch die Chirurg*innen definitorische Bestimmung(en) der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie innerhalb medizinischer Kontexte (Grenzen der Definition); die Bedeutung der Wirkungsweisen ästhetisch-plastischer Eingriffe in gesellschaftlichen Entwicklungsdynamiken (Grenzen der Wirkung); die Effekte und die Effektivität ästhetisch-plastischer Behandlungen auf einer Individualebene (Grenzen der Behandlung) und schließlich die Rechtmäßigkeit der Praktizierenden von Ästhetisch-Plastischer Chirurgie sowie die Befugnis zur Ausübung derselben (Grenzen der Berechtigung). Im Rahmen dieser vier Themenbereiche ließen sich sowohl zentrale Überschneidungen, wie auch bedeutsame Differenzen der Grenzkonstruktionen von Alltagsakteur*innen und Chirurg*innen rekonstruieren, die nun in einem Überblick präsentiert werden.

Grenzen der Definition – Die Alltagsakteur*innen wie auch die Chirurg*innen nehmen zur Verortung der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie jeweils Binnendifferen-

zierungen der Allgemeinen Medizin oder aber der Chirurgie vor, indem sie die Kerncharakteristika der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie bestimmen und anhand dieser Abgrenzungen zu anderen Fachdisziplinen vornehmen. Im Zuge dieser Binnendifferenzierung wird die Ästhetisch-Plastische Chirurgie aus alltagsweltlicher Perspektive wie auch aus der Sicht der Chirurg*innen als ein Bestandteil eines größeren Ganzen (Plastische/Allgemeine Chirurgie oder Allgemeine Medizin) gedeutet. Zugleich wird ihr von beiden Akteur*innengruppen im Vergleich mit anderen Bestandteilen dieses größeren Ganzen, d.h. anderen Fachdisziplinen, aufgrund ihrer angenommenen Kerncharakteristika ein Sonderstatus zugeschrieben. Begründet wird dieser Sonderstatus jedoch von den Akteur*innengruppen jeweils unterschiedlich: Während die Chirurg*innen in der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie etwas Besonderes sehen, weil sie im Vergleich zu anderen chirurgischen Disziplinen ein größeres Leistungsspektrum böten (Medizin *plus* Ästhetik), sehen die Alltagsakteur*innen die Ästhetisch-Plastische Chirurgie als etwas Andersartiges, da die sie praktizierenden Chirurg*innen sich nicht nur auf das beschränken, was Ärzt*innen anderer Fachdisziplinen erfüllen soll(t)en, sondern darüber hinaus Leistungen anbieten, die nicht ihren Vorstellungen des Aufgabengebiets von Mediziner*innen entsprechen (Medizin/Ästhetik) (vgl. Kap. 4.1; Kap. 4.2).

Die Grenzen in Form von Abgrenzungen zu anderen Fachdisziplinen, die die Chirurg*innen zur definitorischen Bestimmung ihrer Disziplin ziehen, finden sich jedoch nicht in den Beschreibungen ihrer beruflichen Alltagspraxis wieder. Denn die Chirurg*innen erklären, dass sie nicht nur ästhetisch-plastische Verfahren anwenden, sondern auch Verfahren und Maßnahmen der anderen Teilbereiche der Plastischen Chirurgie durchführen (können). Daraus lässt sich schlussfolgern, dass sich die Grenzkonstruktionen der Chirurg*innen dem Phänomen der »Grenzverwischung« zuordnen lassen, insoweit eindeutige Kategorisierungen unscharf werden (vgl. Wehling/Viehöver 2011: 10). Unter dieses Phänomen der Verwischung von Grenzen lässt sich wiederum auch der Sonderstatus subsummieren, den die Chirurg*innen der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie zuschreiben. Denn die Leistungen, die sie über das Medizinische hinaus anbieten, fallen für sie unter den Aspekt der Dienstleistung, was wiederum die Grenze zwischen Medizin und Wirtschaft unscharf werden lässt. Die Grenzen der Alltagsakteur*innen, die diese zur Verortung der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie im innermedizinischen Kontext ziehen, lassen sich hingegen dem Phänomen der »Grenzüberschreitung« (ebd.) zuordnen. Denn aus Perspektive der Alltagsakteur*innen sollte jeder ärztliche Eingriff gemäß ihrer Annahme zum ärztlichen Berufsethos über eine medizinische Indikation begründet sein. Da dies ihrer Ansicht nach bei ästhetisch-plastischen Eingriffen nicht der Fall sei, überschreiten Chirurg*innen der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie folglich eine wesentliche Grenzziehung der Alltagsakteur*innen (vgl. Kap. 4.3).

Grenzen der Wirkung – Eine Verortung der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie nehmen die Alltagsakteur*innen und Chirurg*innen jedoch nicht nur in Hinsicht auf medizinische, sondern auch auf gesellschaftliche Kontexte vor. Beiden interviewten Akteur*innengruppen ist gemein, dass sie soziale Entwicklungsdynamiken und gesellschaftliche Wandlungsprozesse konstatieren, die die Bearbeitung von Körpern und körperlicher Schönheit zum Thema haben. Die Wirkungsweise dieser Dynamiken und Prozesse wird übergreifend als eine Steigerung im Sinne einer Optimierung von Körpern charakterisiert, d.h. bei diesen Entwicklungen gehe es im Wesentlichen um die stetige Verbesserung körperlicher Schönheit. Da die Ästhetisch-Plastische Chirurgie als ein Phänomen von derlei Prozessen und Entwicklungen gedeutet wird, kann geschlussfolgert werden, dass die Alltagsakteur*innen und Chirurg*innen die Ästhetisch-Plastische Chirurgie entsprechend der Charakterisierung(en) und der Verortung(en) dieser in gesamtgesellschaftlichen Kontexten als ein Phänomen fassen, das sinngemäß dem Verständnis von Enhancement entspricht. Während die interviewten Chirurg*innen die Ästhetisch-Plastische Chirurgie jedoch nur als ein gegenwärtiges Enhancement-Phänomen neben einer Reihe anderer Phänomene verorten, die derselben gesellschaftlichen Steigerungsdynamik unterliegen, verhandeln die Alltagsakteur*innen die Ästhetisch-Plastische Chirurgie nicht nur als einen singulären Effekt von gesamtgesellschaftlichen Optimierungstendenzen, sondern deuten diese zudem als einen maßgeblichen Katalysator dieser Entwicklungen (vgl. Kap. 5.1; Kap. 5.2).

Grenzen der Behandlung – Ein weiteres Thema in den Verhandlungen und Diskussionen zur Ästhetisch-Plastischen Chirurgie betrifft die Effekte ästhetisch-plastischer Eingriffe sowie ihre angenommene Effektivität im Generellen. Den Blick richtet die Alltagsakteur*innen wie auch die Chirurg*innen vor allem auf die Nutzer*innen dieser Eingriffe, also auf die Patient*innen. Übergreifend über beide Akteur*innengruppen dominiert die Annahme, dass die Patient*innen der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie durch ein Stigma im Goffman'schen Sinne gekennzeichnet seien (vgl. Goffman 1979: 12ff.). Die jeweiligen Begründungen des Stigmas der Patient*innen erfolgen jedoch in gänzlich unterschiedlicher Weise. So nehmen etwa die interviewten Alltagsakteur*innen selbst Stigmatisierungen vor, indem sie Patient*innen der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie vor allem hinsichtlich der visuell sichtbaren Effekte ihrer Körpermodifikationen übergreifend als un-menschlich andersartig beschrieben (vgl. Kap. 6.1; Kap. 6.2). Wie jedoch die Ergründung ihrer Alltagstheorien zur Stigmatisierung zutage fördert, schreiben sie den Patient*innen (und auch den Menschen mit dem Wunsch nach einem ästhetisch-plastischen Eingriff) eigentlich ein gänzlich anderes Stigma zu. Denn sie verorten das eigentliche Stigma von (potenziellen) Patient*innen auf einer psychosozialen Ebene, insoweit der Wunsch nach einer ästhetisch-plastischen Körpermodifikation das Resultat eines im Sinne Goffmans ›fehlerhaften‹ Selbst-

Verhältnisses sei. Die interviewten Chirurg*innen gehen dagegen davon aus, dass das Stigma ihrer Patient*innen auf einer rein somatischen Ebene zu verorten sei, auch wenn es von da ausgehend psychosoziale Effekte haben kann. Denn die Patient*innen erfahren zwar vor allem durch ihr soziales Umfeld Stigmatisierungen, diese basieren jedoch nach Ansicht (und Erfahrung) der Chirurg*innen stets auf körperlichen Attributen, die von einem irgendwie gearteten Normalmaß abweichen (vgl. Kap. 6.1; Kap. 6.2).

Grenzen der Berechtigung – Das vierte Thema, das die Akteur*innengruppen übergreifend besprechen, betrifft Rechtfertigungen und Befugnisse hinsichtlich der (Ausübung von) Ästhetisch-Plastischer Chirurgie. Den Ausgangspunkt der Diskussionen und Verhandlungen zu diesem Thema bildet sowohl in den Gruppendiskussionen als auch in den Expert*inneninterviews die Annahme einer ökonomischen Strukturiertheit der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie. Daran knüpfen sich wiederum auch übergreifend Erörterungen zur Frage diesbezüglicher Ein- und Auswirkungen auf die berufliche Motivation der ästhetisch-plastischen Chirurg*innen. Erneut zeigen sich auch bei diesem Thema trotz gemeinsamer Grundannahmen auffallende Unterschiede in den jeweiligen Argumentationen. Während die interviewten Alltagsakteur*innen davon ausgehen, dass es sich bei der ökonomischen Strukturiertheit der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie um einen sich gegenwärtig vollziehenden Prozess der Ökonomisierung handelt, der aktuell darin gipfele, dass andere Strukturierungsprinzipien (wie etwa die Gesundheitserhaltung) verdrängt würden, konstatieren die Chirurg*innen, dass ihre Fachdisziplin seit jeher ökonomisch ausgerichtet sei (vgl. Kap. 7.1; Kap. 7.2).

Aus alltagsweltlicher Sicht wird den Chirurg*innen darüber hinaus eine konstitutive Rolle innerhalb des angenommenen Ökonomisierungsprozesses zugeschrieben, insoweit die Alltagsakteur*innen davon ausgehen, dass insbesondere die berufliche Motivation der Chirurg*innen zuvorderst an finanziellem Gewinn orientiert sei und sie dementsprechend den Ökonomisierungsprozess mit vorantrieben. Die Chirurg*innen erklären entweder, dass sie zwar wirtschaftliche Interessen verfolgen, betonen aber, dass sie dies nur aufgrund einer Verantwortung gegenüber anderen (Familie, Mitarbeiter*innen etc.) vollziehen, oder sie heben hervor, dass die finanzielle Entlohnung eine weniger relevante Art der Entlohnung für sie darstelle, im Vergleich etwa zu Patient*innenzufriedenheit und -dankbarkeit. Darüber hinaus argumentieren die Chirurg*innen, dass die ökonomische Ausrichtung ihres ärztlichen Handelns eine Notwendigkeit darstelle, insoweit das Prinzip der Marktwirtschaft vorherrsche und sie ohne erfolgreich zu wirtschaften wiederum nicht als Ärzt*innen im niedergelassenen Bereich mit eigener Praxis und Mitarbeiter*innen tätig sein könnten. Während die Chirurg*innen ihre ökonomische Orientierung also aufgrund der Notwendigkeit des Wirtschaftens als gerechtfertigt verstehen,

sehen die Alltagsakteur*innen das Wirtschaften im Kontext ärztlichen Handels als ungerechtfertigt an (vgl. Kap. 7.1; Kap. 7.2).

Die konstatierte Marktförmigkeit der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie veranlasst die interviewten Chirurg*innen aber ferner dazu, neben den Überlegungen zur Rechtfertigkeit ihres ökonomisch orientierten ärztlichen Handels, Fragen der Befugnis zur Ausübung der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie zu erörtern. Denn aufgrund der möglichen finanziellen Gewinne, die im Bereich der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie erzielt werden können, würden aus Sicht der Chirurg*innen auch viele Fachfremde innerhalb ihrer Disziplin unbefugt praktizieren. Die Grenzkonstruktionen, die die Chirurg*innen bezüglich der Berechtigung im Sinne einer Befugnis zur Ausübung ästhetisch-plastischer Eingriffe argumentieren, orientieren sich zuvorderst an der fachlichen Kompetenz der sie Praktizierenden. Während Personen mit einer medizinischen Ausbildung, die einen Bereich der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie tangiert, als teilweise befugt eingeschätzt werden, wird medizinisch ausgebildeten Personen ohne direkten Fachbezug die Befugnis verwehrt. Als gänzlich unbefugt zur Ausübung Ästhetisch-Plastischer Chirurgie werden von den Chirurg*innen jene Personen betrachtet, die nicht einmal eine medizinische Ausbildung bzw. ein medizinisches Studium absolviert haben. Die Frage nach den Grenzen der Befugnis ist für die Chirurg*innen wiederum von zentraler Bedeutung, insoweit durch fachfremd Praktizierende die wettbewerbszentrierte Dynamik verschärft werde, durch die einerseits aus Sicht der Chirurg*innen unbefugt deren (wirtschaftliche) Existenz bedroht und andererseits auch das Wohl der Patient*innen gefährdet würde (vgl. Kap. 7.2).

Über die verschiedenen, von den Alltagsakteur*innen und Chirurg*innen verhandelten Themen hinweg zeichnete sich ab, dass die rekonstruierten Grenzkonstruktionen, die den Orientierungen des Alltags- und Expert*innenwissens zugrunde liegen, trotz einiger Überschneidungen letztendlich stets in Opposition zueinander stehen. Aus dieser Oppositionalität der beiden Wissensformen ließen sich wiederum Rückschlüsse auf die Verhandlungen der Legitimität der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie und der sie praktizierenden Chirurg*innen ziehen. Denn die Grenzkonstruktionen der Alltagsakteur*innen und Chirurg*innen basieren maßgeblich auf den jeweiligen Vorstellungen, was als un-/rechtmäßig, un-/angemessen und un-/gerechtfertigt, also was als legitim und was als illegitim von den jeweiligen Akteur*innen angesehen wird. Im Folgenden werden die verschiedenen, rekonstruierten Muster der (De-)Legitimierung nochmals abschließend zusammengefasst.

Grenze/n – Im Kontext der definitorischen Bestimmung innerhalb medizinischer Kontexte wird deutlich, dass der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie übergreifend eine Sonderstellung innerhalb eines größeren Ganzen zugeschrieben wird. Die Chirurg*innen nutzen die Argumentation der Sonderstellung, um ihre Disziplin aner-

kennend zu plausibilisieren. Ästhetisch-Plastische Chirurgie leiste mehr als andere Fachdisziplinen und dies kennzeichne den Chirurg*innen zufolge deren positiv bewertete Besonderheit. Die Alltagsakteur*innen leiten aus ihrer Beschreibung der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie als Sonderfall dagegen ihre Aberkennung von Legitimität ab, insoweit sie die Andersartigkeit als ein Defizit verhandeln. Somit ergibt sich eine Parallelität von Mustern der Legitimierung und De-Legitimierung, die sich schließlich als »Grenzpluralisierung« (Wehling/Viehöver 2011: 10) fassen lässt. Dies meint, dass sich vor dem Hintergrund von Entgrenzungsprozessen in der Medizin zwar weiterhin eindeutige Abgrenzungen nachvollziehen lassen, dass diese Grenzziehungen jedoch je nach Akteur*innengruppen (wie etwa Alltagsakteur*innen und Chirurg*innen) sehr variieren können, in diesem Beispiel etwa hinsichtlich der zu- bzw. aberkannten Legitimität (vgl. ebd.; Kap. 4.1; Kap. 4.2; Kap. 4.3).

Un/Moralisch – In den Analysen der Expert*inneninterviews und Gruppendiskussionen wird ersichtlich, dass die Ästhetisch-Plastische Chirurgie in Hinsicht auf ihre Zielsetzungen und Effekte übergreifend als eine Enhancement-Praktik gefasst wird. Denn sie sei nicht auf die Wiederherstellung verloren gegangener Körperkonstitutionen ausgerichtet, sondern an der Optimierung körperlicher Attribute orientiert. In den Verhandlungen zur Ästhetisch-Plastischen Chirurgie im Kontext gesellschaftlicher Wandlungsprozesse zeichnet sich jedoch ab, dass in Bezug auf die Wirkungsweise der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie für die Alltagsakteur*innen und Chirurg*innen nicht nur die Bestimmung der Grenzen der medizinischen Notwendigkeit von Interesse ist, sondern auch die Auslotung der moralischen Grenzen der Anwendung und Effekte von Ästhetisch-Plastischer Chirurgie. Die Chirurg*innen argumentieren diesbezüglich, dass die Ästhetisch-Plastische Chirurgie, vor dem Hintergrund des hohen Stellenwerts und der sich damit ergebenden Vorteile von Schönheit, in der Gesellschaft als Mittel zur Herstellung von Chancengleichheit fungiere, wodurch die Chirurg*innen ihre Disziplin als moralisch akzeptabel legitimieren. Die Alltagsakteur*innen legen dagegen dar, dass die Ästhetisch-Plastische Chirurgie in ihrer sozialen Wirkungsweise das Anliegen der Medizin pervertiere, da die Behandlungen durch ästhetisch-plastische Chirurgie letztlich dazu führen, dass unbehandelte Personen im Umkehrschluss zunehmend als behandlungsbedürftig erscheinen. Somit entziehen die Alltagsakteur*innen der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie ebenfalls aus einer moralischen Perspektive die Legitimität (vgl. Kap. 5.3).

Ent/Stigmatisierung – Wie in Bezug auf die Verhandlungen zu den Patient*innen der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie erläutert, haben die Alltagsakteur*innen ein grundlegend anderes Stigma-Verständnis als die Chirurg*innen. Aus alltagsweltlicher Sicht haben Personen mit einem Wunsch nach einer ästhetisch-plastischen

Behandlung bereits insoweit ein Stigma, als dass sie im Sinne Goffman's ein ›fehlerhaftes‹ Verhältnis zu sich und ihrem Körper haben. Entscheiden sich Personen für einen ästhetisch-plastischen Eingriff (statt für eine psychotherapeutische Behandlung), laufen sie wegen der visuell durch derlei Eingriffe erreichten Effekte Gefahr, auch körperlich stigmatisiert zu werden. Demgemäß sprechen die Alltagsakteur*innen der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie Legitimität ab, da diese dazu beitrüge, dass Menschen stigmatisiert werden. Die Chirurg*innen verorten das Stigma von Patient*innen auf einer somatischen Ebene, indem sie es an körperliche Attribute der Patient*innen knüpfen. Da Patient*innen ihrer Ansicht nach aufgrund körperlicher Merkmale gesellschaftlich stigmatisiert werden, stellt die Ästhetisch-Plastische Chirurgie – die diese körperlichen Merkmale modifizieren kann – dagegen ein Mittel dar, über das stigmatisierte Personen ihr Stigma überwinden könnten. In diesem Sinne plausibilisieren die Chirurg*innen ihr ärztliches Handeln anerkennend, insoweit sie sich als diejenigen inszenieren, die diese Entstigmatisierung bewirken können (vgl. Kap. 6.1; Kap. 6.2; Kap. 6.3).

Un/Medizinisch - In den Diskussionen und Darstellungen der Gruppendiskussionen und Expert*inneninterviews zeichnet sich darüber hinaus ab, dass sich die Alltagsakteur*innen und die Chirurg*innen auch hinsichtlich der Vorstellung, was Medizin bewirken solle, maßgeblich unterscheiden. So vertreten die Alltagsakteur*innen ein klassisch kuratives Medizinverständnis, während die Chirurg*innen ein eher wunscherfüllendes Verständnis von Medizin haben. Für die Alltagsakteur*innen müssen, gemäß einer kurativen Vorstellung von Medizin, ärztliche Behandlungen über eine medizinische Notwendigkeit begründet sein. Da für sie die Ästhetisch-Plastische Chirurgie jedoch keine Fälle medizinischer Notwendigkeit behandelt, sondern maximal eine Symptom- statt einer Ursachenbehandlung wäre, verwehren sie ihr die Legitimität, die sie anderen medizinischen Disziplinen zuteilwerden lassen. Die Chirurg*innen hingegen richten ihr ärztliches Handeln, entsprechend ihres Verständnisses zu Zielen und Aufgaben der Medizin, dagegen nicht nur an dem Aspekt der medizinischen Notwendigkeit aus. Über die von ihnen angebotenen Eingriffe könne ein Wohlbefinden bei Patient*innen erreicht werden, das über die reine Gesundheitserhaltung/-wiederherstellung hinausgehe. In diesem ›Mehr‹, das sie durch die Ästhetisch-Plastische Chirurgie erzielen könnten, sehen die Chirurg*innen wiederum ihr ärztliches Handeln legitimiert (vgl. Kap. 6.3).

Un/Professionell - Aus den Verhältnisbestimmungen der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie zur Ökonomie lassen sich schließlich nicht nur Erkenntnisse zu An- oder Aberkennungen von Legitimität ableiten, sondern auch Schlussfolgerungen hinsichtlich des Status der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie als Profession ziehen. Mit der Annahme, dass die berufliche Motivation von ästhetisch-plastischen Chir-

urg*innen vor allem durch eine finanzielle Gewinnmaximierung gekennzeichnet sei, de-legitimieren die Alltagsakteur*innen die Chirurg*innen der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie. Denn eine solche Ausrichtung ärztlichen Handelns gehe auf Kosten des gesellschaftlichen Gemeinwohls und entspreche ihrer Ansicht nach nicht dem ärztlichen Berufsethos. In diesem Sinne wird den ästhetisch-plastischen Chirurg*innen über die De-Legitimierung auch das Mandat im Sinne Everett Hughes (1993) aberkannt. In den Begründungen zur Notwendigkeit einer ökonomischen Ausrichtung ihrer Fachdisziplin nehmen die Chirurg*innen dagegen De-Legitimierungen gegenüber fachfremd praktizierenden oder nicht medizinisch ausgebildeten Personen vor, die aufgrund eines Interesses an finanziellen Gewinnen auch das Feld der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie bedienen würden. An diesen Verhandlungen wird deutlich, dass den Chirurg*innen durch fachfremd Praktizierende auch die Lizenz im Sinne Hughes zur Ausübung der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie streitig gemacht wird (vgl. Huges 1993). Ohne die Zuerkennung eines Mandats und ohne eine erfolgreiche Verteidigung ihrer Lizenz, die maßgeblich mit Zu- und Aberkennungen von Legitimität verknüpft sind, erfüllt die Ästhetisch-Plastische Chirurgie aus einer interaktionistischen (statt einer indikatorischen) Perspektive heraus nicht die Kriterien einer Profession, sondern verbleibt im Status eines Expert*innentums (vgl. Kap. 7.1; Kap. 7.2; Kap. 7.3).

Im Kontext der Überlegungen zur Aberkennung des Mandats durch die Alltagsakteur*innen und die Konkurrenz um ihre Lizenz, die durch fachfremd Praktizierende provoziert wird, lässt sich aus den diesbezüglichen Ausführungen der ästhetisch-plastischen Chirurg*innen zudem ausblickhaft schlussfolgern, was sich an die Ergebnisse der vorliegenden Forschungsarbeit anschließen könnte. Denn den Chirurg*innen sind gesellschaftliche Argumentationsmuster, die den Sinn und Zweck ihres ärztlichen Handelns kritisieren und de-legitimieren, nicht fremd. Sie beziehen sich auf diese alltagsweltlichen Annahmen und positionieren sich zu diesen, um sich selbst in der Rolle als ästhetisch-plastische*r Chirurg*in und um ihre Fachdisziplin anerkennend zu plausibilisieren. Weitaus schwerwiegender beschäftigt die interviewten Chirurg*innen in Hinblick auf die Frage ihrer Legitimität allerdings zum einen die Konkurrenzsituation innerhalb ihrer Disziplin und zum anderen die An- bzw. Aberkennung ihrer Legitimität durch andere Mediziner*innen. Entsprechend könnte für eine noch weiter reichende Rekonstruktion der Legitimitätsverhandlungen zur Ästhetisch-Plastischen Chirurgie eine Erweiterung des Forschungsfokus um innermedizinische Verhandlungen und Debatten vorgenommen werden.

Für das im Rahmen dieser Arbeit rekonstruierte Verhältnis des Alltagswissens zum Expert*innenwissen in Bezug auf die Legitimität der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie als einer spezifischen Form von Körperarbeit bleibt abschließend festzuhalten, dass sich die Alltagsakteur*innen sowie die Chirurg*innen der Er- bzw.

Begründung der Legitimität über dieselben thematischen Schwerpunkte genähert haben. Die jeweils rekonstruierten Grenzkonstruktionen und die ihnen zugrundeliegenden Orientierungen sind dagegen durch eine fundamentale Oppositionalität gekennzeichnet, was wiederum zu einer Gegensätzlichkeit des Alltags- und Expert*innenwissens zur Ästhetisch-Plastischen Chirurgie führt. Da die Orientierungen und Grenzkonstruktionen in einem Sinnzusammenhang mit normativen Vorstellungen zur Rechtmäßigkeit stehen, lässt sich schließlich eine Parallelität von Legitimität und Illegitimität schlussfolgern. Denn genau jene Begründungen zu Zielsetzungen und Vorgehensweisen, die die interviewten Chirurg*innen der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie bzw. der Ästhetischen Medizin anführen, um ihr ärztliches Handeln und ihre Fachdisziplin zu legitimieren, bilden für die interviewten Alltagsakteur*innen den Anlass, die Ästhetisch-Plastische Chirurgie und die sie praktizierenden Chirurg*innen zu de-legitimieren.