

Vernähungen – schönheitschirurgische Praxen als Grenzverletzung und -(wieder)herstellungen im ‚surgical passing‘. Eine kritische Reflektion

Von Regina Klein

Zusammenfassung: Biotechnologische Entwicklungen haben entgrenzende Effekte auf Lebens- und Körperpraxen wie auch soziale Ordnungen und Codes. Durch eine zunehmende Erosion basaler Leitdifferenzen wie Natur/Kultur und daran geknüpfter binärer Orientierungskategorien wie Körper/Leib, natürlich/künstlich, Mensch/Maschine öffnen sich Räume kategorial-begrifflicher wie material-praktischer Unbestimmtheit. Am Feld der Schönheitschirurgie erkundet der Beitrag exemplarisch, wie damit umgegangen wird. Im Fokus stehen die De- und Re-Stabilisierungen cartesianisch unterlegter Selbstverständlichkeiten, Erklärungsmuster und Grenzregimes. Basierend auf einem praxeologischen Verständnis werden mittels der tiefenhermeneutischen Kulturanalyse manifeste und latente Dimensionen herausgearbeiteter Grenzpraxen dechiffriert und deren irritierende Herausforderungen zur Diskussion gestellt.

1. Brisante Leerstellen entgrenzender Enhancementpraxen und methodologische Grenzverortung

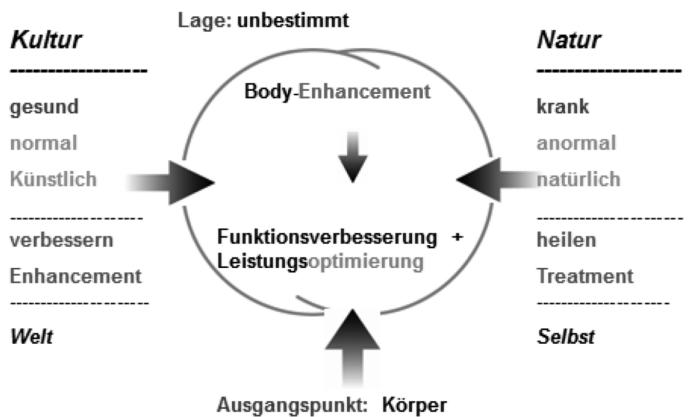
Die Schönheitschirurgie ist die derzeit am schnellsten wachsende und gewinnträchtigste Fachrichtung einer sich dadurch massiv entgrenzenden Medizin (Lüttenberg / Ferrari / Ach 2011; Viehöver / Wehling 2011). Medial getriggert sind schönheitschirurgische Eingriffe wie Faltenunterspritzung, Facelifting, Bauch- und Lidstraffung, Brustverkleiner- und -vergrößerung in den letzten beiden Jahrzehnten zu einem Massenphänomen geworden (Davis 1995) – zu einer alltäglichen, normalisierten Körper- bzw. Schönheitspraxis, ähnlich wie der Gang zum Friseur, in ein Fitness- oder Wellnessstudio (Villa 2008 a). Laut den Erhebungen der „American Society for Aesthetic Plastic Surgery“ (ASAPS 2010) hat sich die Zahl kosmetischer Eingriffe von 1997 bis 2010 um 155% erhöht. Von 2009 bis 2010 war eine Steigerungsrate von 9% zu verzeichnen zu mehr als 1.6 Millionen Eingriffen, deren Ausgaben bei 10.7 Billionen Dollar liegen, davon fallen 6.6 Billionen Dollar auf chirurgische Eingriffe und 1.9 Billionen Dollar auf minimalinvasive Eingriffe, wie Botoxinjektionen, Laserbehandlungen oder chemische Peelings. 92% dieser Eingriffe werden bei Frauen gemacht, die Anzahl der Männer scheint vergleichsweise gering, jedoch bei steigender Tendenz von über 88% seit 1997. Die Datenlage in Deutschland und Österreich ist eher schwach. Zahlen für Deutschland schwanken zwischen 175.000 und 1.000.000 Eingriffen jährlich; generell sei jede zweite Frau nicht abgeneigt (Korczak 2010; Ach 2008). Anhand repräsentativer Erhebungen der GP Forschungsgruppe für 2007 und 2009 lässt sich für 2010 eine Gesamtprävalenz von 1.5 Millionen schönheitsoperierten Menschen in Deutschland errechnen (Korczak 2010). In Österreich haben laut einer Studie des Gallup Institutes 8% aller österreichischen Frauen bereits eine Schönheitsoperation hinter sich, 25% können es sich vorstellen, sowie 47% der befragten Führungskräfte (Wimmer-Puchinger 2008). Alarmiert durch die steigende Zahl von Schönheitsoperationen bei Minderjährigen kommt es zur Debatte um ein rechts-wirksames Verbot bei Jugendlichen. In Deutschland wird diese Option wegen verfassungsrechtlicher Einwände, die sich auf das Recht auf Selbstbestimmung der Betroffenen, der elterlichen Sorge und der Berufsfreiheit für Mediziner/-innen berufen, abgelehnt. In Österreich ist seit 2013 eine neues Gesetz mit strenger Richtlinien für ästhetische Operationen in Kraft, welches Eingriffe ohne medizinische Indikation aufgrund der damit verbundenen Gefahren für unter 16-Jährige untersagt und eine psychologische Beratung bei 16- bis 18-Jährigen vor einer Schönheitsoperation vorschreibt unter Einhaltung einer Wartefrist von vier

Wochen zwischen der Einwilligung der Erziehungsberechtigten wie der Patient/-innen und einer Operation (BGB 2012).

Schönheitschirurgische Eingriffe stehen exemplarisch für *Enhancement*. Damit werden nicht medizinisch induzierte Eingriffe zur Optimierung des menschlichen Körpers und seiner Funktionen umfasst, die über die Wiederherstellung und/oder Erhaltung von Gesundheit hinausgehen – ob Gen, Neuro, Mood oder Body Enhancement (Jüngst 2009: 25). Sie alle stellen Spielarten biotechnologischer Eingriffe in den menschlichen Körper dar, die nur noch bedingt dem *medizinischen Heilauftrag* folgen und auf die *künstliche* Verbesserung seiner gesunden äußereren Gestalt, inneren Konsistenz und Funktionen über das *normale, natürliche Maß* hinaus zielen. Ziel ist ein perfektionierter Körper, der sich – über prosthetische Ausstattungen, der Implantierbarkeit von Maschinenteilen, der genetischen, neurophysiologischen oder zellmolekularen Manipulation und des Body-Cuttings – natürlichen Lebens- und Altersprozessen scheinbar zu widersetzen vermag. Das Entscheidende dieser neuen biotechnologischen Enhancementoptionen ist ihre direkte Eingriffstiefe in den menschlichen Körper. Denn sie gehen unter die Haut, verändern mit dem Körper seine/n Träger/-in und damit die Grenzlinie eines konstitutiven Basisprinzips der Moderne, nämlich der Leitdifferenz zwischen Natur und Kultur mit all ihren daran anschließenden Orientierungskategorien, wie: Natürlichkeit/Künstlichkeit, Normalität/Abweichung, Gesundheit/Krankheit (Viehöver et al. 2004: 65 f.).

Abbildung 1: Grenzfall: Schönheitschirurgie

„Grenz“fall: Schönheitschirurgie



Die unbestimmbare Grauzone zwischen dem natürlich Gegebenen und dem künstlich Hergestellten, zwischen Mensch und Maschine, dem Gewachsenen und dem Gemachten vergrößert sich: Quasi-natürliche Gewissheiten wie die Abstammung werden durch gentechnische In-Vitro-Optionen diffus; Referenzsysteme wie Stoppuhren beim Triathlon oder die Punkteskala bei Schulprüfungen verlieren durch biotechnisches Muskel- oder Hirndoping ihre gesicherte Kontrollfunktion; Schönheit und Alter verweigern sich durch bodyästhetische Eingriffe und Botox-Spritzungen jeglicher intersubjektiv erkennender Einschätzung. Kurz: Man

weiß nicht mehr unbedingt, woher der Körper des Anderen kommt und auch nicht mehr, was an ihm dran oder in ihm drin steckt (Klein 2011 a: 178).

Diese kognitiv-diskursive wie praktisch-materiale Erosion der basalen Natur/Kultur-Unterscheidung (Wehling 2004: 527) durch die dargelegten Enhancementpraxen setzt direkt an einer sich dadurch verschiebenden, verwischenden und/oder auflösenden Körpergrenze an. Der aktuellen Bioethik-Debatte folgend ist Enhancement per se ein Grenzbegriff (Juengst 2009: 86), der sich nicht eindeutig zuordnen lässt: Denn wann ist ein Eingriff eine medizinische Pflicht, wann eine Kür; wann eine Indikation, wann eine Wunscherfüllung; wann die (Wieder-)Herstellung einer natürlichen, „normalen“, wann einer künstlichen, „pathologischen“ Ordnung; wann eine notwendige Therapie, wann ein überflüssiges Risiko; wann ein (Grund-)Recht auf Selbstbestimmung, wann eine medial-manipulative Fremdbestimmung? Eine treffsichere Grenzziehung ist nicht leistbar, „zu sehr variiert das Krankheitsverständnis verschiedener Individuen in Abhängigkeit von ihren jeweiligen evaluativ-individuellen Normen eines gelingenden Lebens, sowie den normativ vorgegebenen Standardmodellen und den technisch-wissenschaftlichen Entwicklungen ihrer jeweiligen Gesellschaftskontexte“ (Synofzik 2009: 51). Folgen wir den Theoretiker/-innen der reflexiven Modernisierungsdebatte, öffnen solche Entgrenzungen Räume kategorialer und normativer Uneindeutigkeit, die danach verlangen, bestimmt zu werden (Wehling 2004: 527). Entgrenzungen erzwingen Entscheidungen, je mehr Möglichkeiten, desto mehr Zumutungen: „je mehr Entgrenzung, desto mehr Entscheidungswänge, desto mehr provisorisch-moralische Grenzkonstruktionen, d.h. Grenzpolitik“ (Beck / Bonß / Lau 2004: 15). Wie wird nun der durch schönheitschirurgische Optionen getriggerte Grenzraum kategorialer und normativer Unbestimmtheit kognitiv-diskursiv wie praktisch-material gefüllt? Welche expliziten und impliziten Skripte entwickeln sich dahinter mit welchen Folgen für Selbst/Weltverhältnisse der darin involvierten Akteur/-innen? Was wird eingegrenzt, eingeschlossen, offen- und freigelegt? Was wird ausgegrenzt, ausgeschlossen, abgespalten und zugedeckt? Was wird induziert, aufgenommen und einverlebt?

Im Versuch der Annäherung an uneindeutig Unbestimmbares nehme ich eine praxeologische Perspektive ein und suche nach den Verarbeitungsformen, in denen kulturelle Wissensordnungen wie gesellschaftliche Wirklichkeiten ‚dingfest‘, damit sichtbar, aufzeigbar, nachvollziehbar, aber auch transformierbar werden (Hörning / Reuter 2004: 12 f). Praktiken werden verstanden als Schnittstellen, an denen sich Wissen und Handeln, Beharrung und Neuschöpfung, Routine und Reflexion herstellend-hervorbringend mit/durch/im Körper im interaktiven Tun verschränken. Durch den Zuwachs der skizzierten Enhancementpraxen stellen sich Selbst-/Weltverhältnisse zunehmend biotechnisch vermittelt dar. Der Körper, bedeutsamer Träger sozialer Praktiken, wird in seiner Funktion als Produkt und fortwährender Produzent diskursiver-praktischer Neuformierungen zunehmend irritiert und provoziert. Diesen Irritationen, Provokationen und deren entgrenzenden Effekten auf die Bestimmung des Selbst-/Weltverhältnisses wird im Folgenden ausgehend von Interviews mit Schönheitschirurg/-innen in mehreren Analyseschritten nachgegangen. Zu einer praxeologischen Verhältnisbestimmung gehört auch die Reflexion des eigenen praktischen Verhältnisses, des eigenen Verhaftet- und Eingebundenseins, genaugenommen der Praktiken des Theoretisierens selbst (Hörning / Reuter 2004: 13). Methodologisch beziehe ich mich dabei auf die Tiefenhermeneutische Kulturanalyse. Diese zählt zur kritischen Sozialforschung, beruht auf einem hermeneutischen Sinnverstehen und zielt auf eine intersubjektiv-relationale Rekonstruktion des manifest-latenten Sinngehaltes sozialer Verhältnisse. Ihre Besonderheit ist der Einbezug des Unbewussten als bedeutungsvolle Kategorie (Klein 2013: 263). Denn Latenz im tiefenhermeneutischen Spektrum gründet auf einem psychoanalytisch konzipierten Unbewussten – auf das, was sich gegen das Bewusstsein sträubt und doch unbemerkt kognitiv-bewusste Diskurse unterminierte. Damit geht die Tiefenhermeneutik über die Interpretation der Wir-

kungsweise eines latenten Regelverständnisses auf der Ebene des Intentionalen und Motivationalen hinaus (Müller-Dohm 1990: 298 f). Die detektivische Spurensuche nach Irritationen, Bruchstellen, Diskontinuitäten, Desorientierungen, Kontingenzen etc. in der relationalen Matrix des Forschungsgelechts ähnelt der Foucaultschen Beschreibung einer kritischen Haltung. Folgen wir Butler (2009: 226), bedeutet Kritik als Praxis im Anschluss an Foucault, dass „wir die Frage nach den Grenzen unserer sichersten Denkweisen stellen“. Die reflexive und kritische Anforderung besteht darin, bei auftauchenden Erkenntnisgrenzen nicht Halt zu machen, sondern qua „Selbsttransformation“ epistemische und eigene Grenzen in Beziehung zu setzen. Eine kritische Beziehung folgt daher keiner vorgegebenen Kategorie, sondern konstituiert vielmehr eine „fragende Beziehung zum Feld der Kategorien“, indem sie „die Grenzen des epistemologischen Horizontes selbst zutage bringt“ (Butler 2009: 230).

Auch für die Tiefenhermeneutik steht das Dekonstruieren fraglos gültiger Annahmen und vertraut gewordener Diskurslinien im Vordergrund, um verdrängte und marginalisierte Aspekte soziokultureller Lebenspraxis zu rekonstruieren. In kultur- und gesellschaftskritischer Tradition der Frankfurter Schule ist ihr emanzipatorisches Ziel, sprachloses Agieren, Verdrängung und Unbewusstmachung in kommunizierte Lebenspraxis zu überführen und dadurch neue Symbol- und Handlungsräume zu eröffnen. Tiefenhermeneutik sucht danach, die Grenzen der Wahrnehmung, des Erkennens und Verstehens zu überschreiten. Konsequenterweise folgt der Beitrag dieser kritisch-reflexiven Suchbewegung und ist daher wie ein Werkstattbericht zu lesen, in dem der Zuschnitt unbestimmter Verhältnisse sukzessive nachvollzogen wird: Beginnend mit professionellen Grenzziehungspraxen im Feld der Schönheitschirurgie (1 + 2), über eine soziokulturelle Kontextualisierung und Befragung bestehender Wissensordnungen (3 + 4) führt diese zu bioästhetisch besonders behandelten Bruchstellen im Gewebe, sowohl der leibkörperlichen Matrix als auch des epistemologischen Netzes (5 + 6).¹

2. Schönheitschirurgie: Geschichte einer medizinischen Subdisziplin im Ringen um Anerkennung

Ausgehend von der Kunst, verlorene oder verletzte Nasen von Syphiliskranken zu ersetzen bzw. wiederherzustellen, entwickelte sich die ästhetische Chirurgie, landläufig auch kosmetische oder Schönheitschirurgie genannt, in der späten Neuzeit als Subdisziplin der plastischen Chirurgie – jenem medizinischen Fachgebiet, das sich auf die Rekonstruktion von durch Krieg, Unfall, Missbildung oder Krankheit verletzten Körperteilen spezialisierte. Zunächst blieb sie eher tabuisiert bis verpönt und wurde vorwiegend heimlich in Anspruch genommen. Das hing auch damit zusammen, dass der Körper als fleischgewordene, materialisierte Manifestation der Beziehung Gott/Mensch galt. Körperschädigungen durch Syphilis, Lepra und Pocken wurden daher als eine gerechte göttliche Strafe angesehen und chirurgische Eingriffe erhielten konsequenterweise einen blasphemischen, ketzerischen Anflug, weil sie die natürliche gottgewollte Ordnung verschoben (Davis 1995: 15). Eine Schlüsselrolle bei der etappenweisen Anerkennung der Subdisziplin spielte das aufklärerische Konzept des modernen, sich selbst und damit auch seinen Körper bestimmenden Menschen (Gilman 2008: 62 f). Auch die Einführung der Anästhesie 1846 wie der Antisepsis 1867, mit ihnen das Vermeiden von Schmerz und Infektionen, förderten eine sich mehr und mehr ausbreitende Akzeptanz. Allmählich entwickelte sich die ästhetische Chirurgie dadurch zu einer eigenständigen Fachrichtung. Während der großen Einwanderungsbewegungen um 1900 in den USA wurde sie häufig von ethnischen Minderheiten in Anspruch genommen, die ihre *rassischen*

1 Für Denkanregungen und prozessuale Revisionen danke ich besonders Beate Schnabel (Frankfurt), Kriemhild Leitner (Feldkirchen), dem Forschungskreis HERMES (Klagenfurt), der AG SIZ (München) und nicht zuletzt den beiden Reviewer/-innen der Sozialen Welt.

schens Merkmale, wie jüdische Hakennasen, irische Knollnasen, asiatische Schlitzaugen und schwarze Haut auslöschen und damit „ethnisch unsichtbar“ machen wollten (Davis 2008: 41). Im Verlauf des 20. Jahrhundert weiteten sich schönheitschirurgische Praktiken zunächst auf die Oberschicht aus, bis sie aktuell den Status einer gesellschaftlich nahezu akzeptierten Normalform alltäglichen Schönheits- bzw. Gesundheitshandeln erlangten.

Die Geschichte der Schönheitschirurgie ist gekennzeichnet durch einen inhärenten Kampf um die (fachliche) Anerkennung von Seiten ihrer Leitprofession Medizin (Meili 2008: 121). Dies führt zu einem verstärkten Professionalisierungsschub mit der Etablierung einer standespolitischen Vertretung mit einem anerkannten Facharzttitel (2005 wird in Deutschland wie Österreich die ursprüngliche Bezeichnung *Plastischer Chirurg* um den Zusatz *Ästhetischer Chirurg* ergänzt); der Erstellung von Zugangs- und Qualifikationskriterien (mindestens sechsjährige Ausbildung mit einer zweijährigen Basisweiterbildung in Chirurgie und einer einjährigen in einem Spezialgebiet der plastisch-ästhetischen Chirurgie mit 600 zu absolvierenden selbstständigen Eingriffen unter Anleitung), sowie einem qualitätsgesicherten Angebot zusätzlicher Weiterqualifikationen und gesetzlich verankerten Bestimmungen. „Bezeichnungen wie ‚Schönheitschirurg‘, ‚ästhetischer Chirurg‘ usw. entsprechen alleine nicht den nachzuweisenden Vorgaben und Anforderungen unserer Gesellschaft“, so richtungsgebend auf der Homepage der Österreichischen Gesellschaft für Plastische, Ästhetische und Rekonstruktive Chirurgie nachzulesen (ÖPÄRC o.D.) Als Referenz ihrer *Guidelines für Ästhetische Chirurgie* dient der weit gefasste Gesundheitsbegriff der WHO: „Im Sinne der Gesundheitsdefinition der WHO („Gesundheit ist ein Zustand vollkommenen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht allein das Fehlen von Krankheit oder Gebrechen“) sehen wir als ÖGPÄRC ästhetische Behandlungen und ästhetische Chirurgie als medizinische Therapie und Heilung bei entsprechendem Leidensdruck unserer Patienten (ÖPÄRC 2010: 3). Unterfüttert wird diese Klarstellung durch den Verweis auf zeitlos existentes Schönheitshandeln: „Der Wunsch, ästhetische Unzulänglichkeiten oder Altersveränderungen zu beeinflussen, ist so alt wie die Menschheit. Heute mehr denn je ist gutes und jugendliches Aussehen wichtig für den Erfolg im Beruf, im Privatleben und für das eigene Wohlbefinden“ (ÖPÄRC 2010: 3). Mit dem Rekurs auf Wohlbefinden als ethisch legitimierendem Referenzpunkt ärztlichen Handelns scheint das Grenzproblem professionsintern gelöst. Doch nach wie vor arbeiten ästhetische Chirurgen/-innen in einer Grauzone, denn der Terminus „Schönheitschirurgie“ oder auch „kosmetische Chirurgie“ ist gesetzlich nicht geschützt. Neben den sich qualifizierten Fachärzt/-innen werden ästhetische Eingriffe ebenso von Gynäkolog/-innen, Dermatolog/-innen, Mund-Kiefer-Gesichtschirurg/-innen, von Augen- und Hals-Nasen-Ohren-Ärzt/-innen durchgeführt (Korzeak 2007: 3 f.).

3. Schönheitschirurgische Legitimationen und Vorher/Nachher-Positionierungen

Konsequenterweise machen die interviewten Schönheitschirurg/-innen durchweg ihre Selbstpositionierung und -präsentation zu einem einleitenden Thema und ordnen sich der medizinischen Profession zu. Im Folgenden stelle ich dazu exemplarisch zwei typologisierte Fallanalysen² vor.

Frau Erlenbach reagiert geradezu entsetzt auf den Begriff „Schönheitschirurgie“ und grenzt sich von Praxisformen, die „nahe an einem Tattoo-Shop“ seien, vehement ab: „Schönheitschirurg, nein, bin ich nicht. Verweigere ich mich!“ Eigentlich habe sie sich von Beginn ihres Medizinstudiums an für den chirurgischen Beruf interessiert:

2 Das Sample besteht aus 10 Schönheitschirurg/-innen, 6 Männer und 4 Frauen aus Deutschland und Österreich. Namen, Orte, Institutionen wurden anonymisiert.

„Ja, ich wollt immer Chirurgie machen, weil der Chirurg ist ein Handwerker und ich liebe es handzuwerken. Etwas zu machen, schlussendlich auch dieses etwas feinere Arbeiten, sprich: ästhetisch entsprechend zu machen. Also nicht nur rein das Handwerk und wurscht wie des rundherum ausschaut, sondern, dass es halt auch passt – das Ästhetische.“.

Herr Affholder klärt zunächst, als befindet er sich in einer Medizinvorlesung für höhere Semester, den Kern ästhetisch-chirurgischer Arbeit, welcher in der Kunst des „gestillten Transfers“ von reiner Spalthaut mit verschiedenen Lappenplastiken bei Unterhautgewebesubstanzdefekten usw. liegt. „Primär“ wollte er Unfallchirurgie machen – „schon immer was Chirurgisches. Was nähen, was formen, was modellieren. Als Unfallchirurg muss man auch wieder Knochen in gewisse Richtungen bringen“. Ein bisschen ein „Bastler“ sei er auch, mit „Schrauben, Verplattungen und solchen Sachen“.

Bei der Beschreibung ihres Handlungsauftrags lassen sich zwei typisierte Varianten ausmachen: Frau Erlenbach steht für die „entbindende Landhebamme“. Erfahren in der Hebammenkunst verhilft sie dem „wahren Selbst“ aus falschen Hülle herauszukommen, indem sie persönliches Leiden mildert und damit eine drohende gesellschaftliche Ausgrenzung verhindert: „Ja natürlich schlussendlich um jemanden zu helfen! Nachdem ich ja kein Schönheitschirurg bin, sondern ein plastisch, chirurgisch, ästhetisch tätiger Chirurg“, bekräftigt sie nochmals, „ist es in vielen Fällen einfach eine Hilfe. Wir sind nicht mitten in New York, sondern in Vorarlberg und in Bregenz, das heißt ich bin ein Landchirurg, wenn man so möchte, ja und bei uns kommen die Leute auch wirklich nur mit nachvollziehbaren ästhetischen Problemen, ja.“ Sie stellt in Frage, warum bspw. ein junges Mädchen mit einer Ha-kennase herumlaufen müsse. „Man gibt für so viel andere Sachen Geld aus, warum sollte sie sozusagen in ihrer Persönlichkeit so ähm so stark wachsen, dass sie über das hinauswächst“. Für diese (innerpsychische) Anstrengung sehe sie keine Notwendigkeit: „Warum kann man eine Narbe, die irgendwo im Gesicht ist, nicht nachkorrigieren oder sonst am Körper etwas mit einer Füllsubstanz unterfüttern, warum nicht?“

Anstatt einer Psychotherapie bietet sie für solche biografischen Krisenherde eine operative Behandlung an. Entsprechend ist ihr vorrangiges Ziel *Patientenzufriedenheit*: „Ganz klar Patientenzufriedenheit, ganz ganz einfach und ganz klar! Es gibt nicht absolut schön, sondern es gibt nur zufrieden, weil absolut schön ist nicht messbar“, bekräftigt sie. Die Patientenzufriedenheit jedoch schon. Diese „misst“ sie am gestiegenen Selbstwertgefühl nach der OP: „Wenn jemand, zum Beispiel einen Höcker hat und unter dem leidet, ist es nicht nur, dass du ihm diesen Höcker reparierst, sondern du gibst ihm auch wieder sein eigenes Selbstwertgefühl und dann strahlt er etwas aus und wirkt dadurch attraktiv.“ Das sei Erfolg, wenn sie sehe,

„dass teilweise und das passiert wirklich, dass aus diesen Menschen andere Menschen werden, ja, und zwar jetzt nicht, primär durch meine Operation, sondern weil sie einfach damit wieder ihren Platz in der Gesellschaft gefunden haben, ja. Weil sie einfach damit wieder hinausgehen und sagen: Ja passt, mir geht's gut, ich fühl mich gut, ich fühl mich attraktiv. Und damit sind sie dann natürlich und ist die Ausstrahlung auch da, andern gegenüber. Und das ist für mich der schönste Moment wenn ich einfach seh, dem geht's damit jetzt wieder gut. Das war dem sein ureigenstes Problem und das konnte ich beheben.“.

In ihrer Darlegung grenzt sie sich vehement von aktuell verbreiteten medialen Make-Over-Formaten ab, wie „The Swan“ oder „Extrem Schön“, in denen ratsuchende Frauen über mehrere Etappen operativ „völlig umgemodelt“ würden. Ferner kritisiert sie die damit einhergehende Normierung des (alternden) weiblichen Körpers sowie den heutigen „Luxus“, an

der „Spitze der Lebensqualitätspyramide“ stehend, sich über minimale Körperdefekte, wie Sonnenschäden vom Golfen und Sonnenbaden, Sorgen machen zu können. Diese gesellschaftskritischen Versatzstücke werden neben kurze individualpsychologische Versatzstücke gestellt, wie beispielsweise ihr Rekurs auf Körperbildstörungen, die ebenfalls durch mediale Formate lanciert würden, um letztlich dann doch jegliche mögliche Kritik an der Schönheitschirurgie evolutionsbiologisch, quasi sozialdarwinistisch abzuwürgen: „Aber das Streben nach Schönheit war schon immer und je so. Es dreht sich alles nur um eins und das ist Fortpflanzung, und das kann man nur derweil man jung ist und solang man sozusagen der Platzhirsch ist, sprich der Schönst!“ Die Interviewerin fragt nochmal nach: „Also liegt das in der Natur des Menschen?“ und Frau Erlenbach bekräftigt: „Ja, das liegt in der Natur. Der Wunsch nach Schönheit ist angeboren“.

Herr Affholder dagegen steht für einen „formenden Bildhauer“ in der Tradition Pygmaliens, auf Vervollkommnung einer idealen Schönheitsvorstellung ausgerichtet. Sein Faible seien die „Brustchirurgie, Bruststraffungen, Brustvergrößerungen, Brustverkleinerungen: Das hat mir einfach von Anfang an immer Spaß gemacht – das Modellieren der Brust. Eine erschlaffte Brust wieder in äh Struktur zu bringen, die für die Damen dann ein Formergebnis bringt, wo sie wirklich super zufrieden gestellt sind. Soll ich Ihnen ein paar Bilder zeigen?“ Es folgt eine Vorher/nachher-Bilderschau für die Interviewerin, komplettiert durch eine kurze Praxislektion:

„Also bei den Brustvergrößerungen geht man eben her und kann einen Hautschnitt in der Unterbrustfalte machen oder um den Mamillenbereich, wo man sich dann eben das spezielle Pocket präpariert, das man braucht, weil man kann das Implantant sowohl hinter die Brustdrüse als auch partiell hinter den Brustmuskel legen, ja. Hängt immer davon ab wie viel Eigengewebe vorhanden ist.“

Letzteres ist ein wichtiger Orientierungsfaktor für ihn, „nämlich, was der Patient am Körper bietet: Kommt immer drauf an, wie viel Gewebe ist, wie die Struktur des Gewebes ist – äh das Unterhautgewebe ist, das Fettgewebe, wie viel reines Brustgewebe vorhanden ist“. Doch neben der körperlichen Materie zählt auch der Geist, das Hirn. Entscheidend ist für ihn vor allem die „rationale Selbstbestimmung des Patienten“:

„Und Gott sei Dank sind die meisten Damen auch so vernünftig, dass sie sagen: „Naja jetzt nach der Schwangerschaft habe ich einfach ein Körbchen weniger und das möchte ich wieder mehr haben“. Das ist für mich, sage ich jetzt mal so, die intelligente Vorstellung einer Brustvergrößerung, wenn eine Dame damit zu mir in die Ordination kommt“.

Oder mit einem durch Altersprozesse erschlafftem Gesicht. Denn „notwendig“ ist für ihn im ästhetischen Bereich selten etwas.

„Und wenn dann die Patienten zu mir kommen und sagen, ob ich meine, dass das notwendig ist zum Operieren, dann sage ich nur, dass sie von mir nicht hören werden, dass das notwendig ist zum Operieren. Sie müssen mir sagen, mit was sie unzufrieden sind, und was sie sich vorstellen und was ihnen gefallen würde. Und dann kann ich ihnen sagen, ob das realisierbar ist – aber nicht mich fragen, ob das notwendig ist.“

Sein Konzept dabei ist es, „zum bestehenden Körper die passende Brust oder diesen passenden Bauch dazu zu formen. Und nicht bei einer zarten Maus mit 1,60 cm Brüste von einer Dolly Buster überproportionieren; einfach an das Maß, das vorgegeben ist, die optimalen Maße dazuzumachen“. Doch, was realistisch und optimal passend ist, bestimmt letztlich er, denn sein Ziel ist ein perfektes Endprodukt, „das heißtt, dass ich gewisse Vorstellungen habe, wie eine Brust hintennach circa ausschauen sollte, die ich verkleiner, vergrößer oder straff. Und ich muss innerlich zufrieden sein mit mir. Ich bin da kritischer als die Patientinnen sel-

ber“. Nichts wurmt ihn mehr, wenn „Patienten mit unrealistischen Vorstellungen“ in die Ordnung kämen und sich nicht von ihm überzeugen ließen. Das hänge eindeutig damit zusammen „wieviel Hirn dadrinnen liege“: „Das macht mich am meisten narrisch! Nein wirklich, da werde ich echt ‚krawutisch‘!“

In den Interviews spiegelt sich die anfangs skizzierte schönheitschirurgische Grenzlage in mehrerer Hinsicht wieder: a) Schönheitschirurg/-innen modellieren künstlich Schönheit, die natürlich aussehen soll; b) sie verletzen gesunde, unversehrte Körper mit den üblichen Operationsrisiken (Blutung, Infektion, Wundheilungsstörungen, Nervenschäden, Komplikationen etc.), um biopsychosoziales Wohlbefinden herzustellen; c) sie orientieren sich an Körperbildern, deren medizinisch/ästhetische Maßstäbe uneindeutig, contingent und folglich deutungsoffen sind. Es erstaunt daher nicht, dass die interviewten Fachärzt/-innen sich dieser paradoxen Grenzlage mehr als bewusst sind und in den offenen Interviews (ungefragt) auf eine imaginäre Komplizenschaft mit einem inakzeptablen oder moralisch zweifelhaften System (Ach 2006; Little 2009) erklärend, sich rechtfertigend und ihre Profession verteidigend reagieren. Damit versuchen sie über unterschiedliche „Legitimationsstrategien“, ihr berufliches Handeln „insgesamt als sinnhaft und anerkennungswürdig darzustellen und zu erleben“ (Meili 2008: 125). Dazu wählen sie evidenzbasierte, wissenschaftlich unterlegte, (gesundheits-)politisch korrekte, sowie medizin-ethisch wertvolle Versatzstücke zu ihrer internen Legitimation wie: ästhetische Standardmaße, Lebensqualität, Wohlbefinden, Patientenzufriedenheit, Selbstbestimmung, Selbstverantwortung und partizipative Entscheidungsfindung.

Abbildung 2: Schönheitschirurgische Praxen

Schönheitschirurgische Praxen

Typ A: die entbindende Landhebamme

- Ausgangspunkt: menschliches Leiden an einem körperlichen „Defekt“
- Ziel: Patientenzufriedenheit + Attraktivität + Inklusion
- Legitimationsfigur: Vorwegnahme + Immunisierung gegen eine imaginären Kritik durch:
- „Verschränkung“ gesellschafts-kritischer, individualpsychologischer und evolutionsbiologischer Versatzstücke zur „Natur des Menschen“

Typ B: der modellierende Bildhauer

- Ausgangspunkt: vernünftige Einschätzung einer körperlichen (Fehl)entwicklung
- Ziel: Perfektion + eigene Zufriedenheit + Idealfigur
- Legitimationsfigur: Rationales, partizipatives Entscheidungsmanagement durch:
- „Spaltung“ von Materie/Geist, von Gewebe/Hirn, von Objekt/Subjekt, angelehnt an mediale Make-over-Formate im „Vorher/Nachher-Modus“

Während Frau Erlenbach mit einem Rekurs auf das individualpsychologisch diagnostizierte Unbehagen am eigenen Körper und dem daraus resultierenden Leidensdruck argumentativ ihre Kund/-innen zu Patient/-innen macht; betont Herr Affholder das Recht des Einzelnen auf Selbstbestimmung und Selbstverbesserung: Was spricht dagegen, wenn a) dem subjektiv empfundenen Leid am eigenen Körper; b) dem vernünftigen, intelligenten, daher rationalen und souveränen Veränderungswunsch mit chirurgischer Handwerkskunst begegnet wird?

Beide sind sich einig, entweder als „Geburtshelferin“ (Frau Erlenbach) oder als „Bildhauer“ (Herr Affholder) herausholend, hervorbringend, stützend, gestaltend, formend das „wahre Selbst“ technisch-operativ „zu entbinden“ beziehungsweise „zu modellieren“.

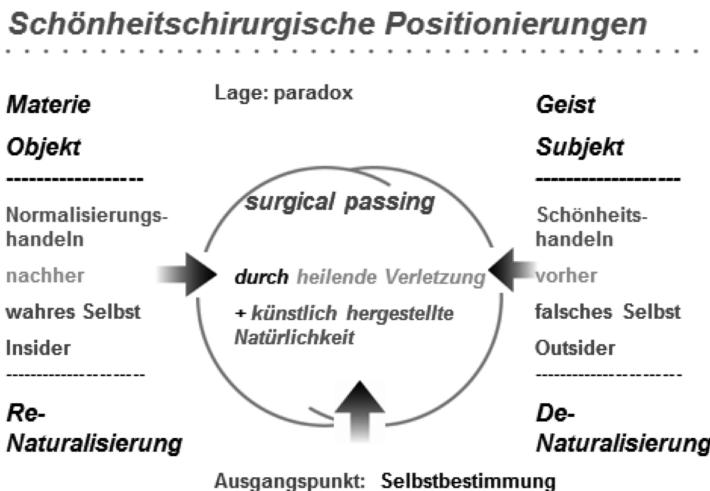
Manifest bewegt sich ihre Argumentationslogik auf den kulturgeschichtlichen Wurzeln der Schönheitschirurgie, die Gilman in der Philosophie der Aufklärung verortet: „Selbstbestimmung ist ein zentrales Prinzip, das der ästhetischen Chirurgie Gestalt verleiht“ (Gilman 2008: 64). Nach diesem „modernen Konzept“ ist der Körper nicht mehr heilig oder naturgegebene, dadurch unantastbares, Schicksal, sondern veränder-, form- und optimierbar. Dem Menschen wird das unveräußerliche Recht zugestanden, „mit Hilfe eines Chirurgen den eigenen Körper zu verändern, umzugestalten, zu kontrollieren, zu vergrößern oder zu verkleinern“ (Gilman 2008: 64). Die beiden interviewten Schönheitschirurg/-innen stellen ihre professionelle Tätigkeit in diesen, sich von Natur- und Schicksalszwängen lösenden, den Patient/-innen zur „Freiheit der Selbstüberschreitung“ (Maasen 2005: 259) führenden, fortschrittlich-liberalen, humanistischen, kurz: denaturalisierenden Diskurs. Denaturalisierung definiert Wehling (2006: 526) als „eine sukzessive Zurückdrängung von Benachteiligungen, die sich an als natürlich geltenden Eigenschaften von Personen oder Gruppen festmachen“. Irritierenderweise schlägt die vordergründig verwendete Emanzipationsrhetorik bei beiden in eine renaturalisierende Diktion um. Bei der in der modernen Welt als „delegitim eingestuften Tendenz der Renaturalisierung sozialer Ungleichheit“ handelt es sich laut Wehling (2006: 527) „nicht einfach um die Wiederkehr und Neubelebung ‚traditioneller‘ askriptiver Ungleichheiten“. Es geht vielmehr um die steigende Relevanz „einer hybriden, wissenschaftlich vermittelten und technisch hergestellten ‚Natur‘ für Praktiken und Prozesse sozialer Distinktion und Diskriminierung, ohne dass dies von vornherein als ‚vormodern‘ oder illegitim erscheinen würde“.

So auch im Subtext der Interviews. Sowohl durch Frau Erlenbachs evolutionsbiologischen, deterministischen Rekurs als auch durch Herrn Affholders Dichotomisierung in Materie und Geist, Fleisch und Gehirn werden die Kund/-innen, Patient/-innen und Damen zu verdinglichten Körpern und physischen Substanzen, welche Naturgesetzen folgen und konsequenterweise mit naturwissenschaftlichen Methoden behandelt werden. In Frau Erlenbachs Legitimationsfolie wird der Körper, den man *hat*, vom Leib, der man *ist*, abgetrennt. Letzterer verschwindet und übrig bleibt, in vollständiger Ausklammerung des vorher betonten individuellen wie sozialen Kontextes, ein auf angeborene, evolutionäre, trieb- und brumftgesteuerte Mechanismen reduzierter Körperrest. Nach einer gelungenen schönheitschirurgischen Optimierung kann dann qua biologisch determiniertes Platzhirschverhalten das gewünschte gesellschaftliche Revier erobert, besiedelt und verteidigt werden. In Herrn Affholders Narrativ mutiert der Körper zum geist-, seelen- und hirnlosen Eigengewebe, einem biologischen „Rohstoff“ (Villa 2012: 150) oder einer „Fleischmasse“ (Strick 2008: 208) gleich. Amorph wie diese nun mal sind, ist professionell gestalterische Bildhauerkunst angesagt, um sie letztlich ihrer rationalen Bestimmung zuzuführen. Ähnlich wie bei den kritisierten Make-Over-Formaten werden die als leidend bzw. wünschend dargestellten Patienten/-innen dabei entpersonifiziert und entsubjektiviert (Strick 2008: 199 f). Sie werden in eine chirurgisch form- und manipulierbare Materie von Körper-, Gewebe-, Unterhaut- und Fettlappen fragmentiert bis hin zu einer vollständigen Reduktion auf einen Material-, bzw. Organ- und letztlich Objektstatus. Der oder die Träger/-in des Körpers verschwindet unter sterilen Operationstüchern. Analog zu den Make-Over-Formaten taucht das operativ wieder vermenschlichte Subjekt erst nach vollzogener chirurgischer Behandlung, absolviert bzw. gelungener Wundheilung und einhergehender Zufriedenheit mit dem durch Expertenhand perfektionierten bzw. normalisierten Endprodukt in den Fokus der narrativen Betrachtung.

Was da in Szene gesetzt wird, ist ein „surgical passing“ vom Objekt zum Subjekt, vom falschen zum wahren Selbst, vom Outsider zum Insider, der erst durch neu gewonnene Attraktivität und Selbstwert am gesellschaftlichen Leben teilhat – kurz: vom *Vorher* zum *Nachher*. Folgen wir dem Medizinhistoriker Gilman, ist „passing“ (durchgehen) die Hauptmotivation für jegliche Art kosmetischer Chirurgie, ob es nun um ethnische Merkmale geht oder andere körperlichen Bedingungen: „Passing‘ is thus moving into and becoming invisible within a desired ‚natural‘ group. The model of ‚passing‘ is the most fruitful to use in examining the history and efficacy of aesthetic surgery“ (Gilman 2001: 22). Das Besondere an diesem „surgical passing“ ist, dass die erlittene Exklusion oder der erfahrene Outsiderstatus an körperlichen Merkmalen festgemacht wird. „The individual desires to join a new community defined economically, socially, erotically (or in all three ways), but this group is primarily defined physically. The surgeon believes that with ever more innovative medial interventions, the patient can be enabled to ‚pass‘“ (Gilman 2001: 22). Durch die operative Entfernung des vermeintlichen Stigmas und durch die gelungene Anpassung an die physiologische Beschaffenheit der Idealgruppe perfektionieren Schönheitschirurg/-innen die Illusion, dass die exkludierende Grenze niemals existiert hat und der/die Operierte schon immer Insider und damit gleichberechtigtes Gruppenmitglied war. Schönheitschirurgisches Körperhandeln kann daher als eine grenzüberschreitende und -auflösende Normalisierungspraxis begriffen werden, denn Schönheitschirurg/-innen „enable to pass as normal“ (Gilman 2001: 23).

Für die niederländische Biografieforscherin Kathy Davis, die anhand von Interviews mit schönheitsoperierten Frauen deren Motive differenziert herausarbeitete, ist kosmetische Chirurgie „immer eine Form des surgical passing“. „Passing“ fasst sie als Identitätsarbeit – ein Mensch nimmt eine neue Identität an, um der Unterordnung und Unterdrückung, welche die alte Identität begleitete, zu entkommen und die Privilegien der neuen Identität zu erlangen. „So ermöglichte ein Facelifting mittelalten Frauen als jugendlich durchzugehen oder eine Brustvergrößerung flachbrüstigen Frauen als sexy durchzugehen“ (Davis 2008: 48).

Abbildung 3: Schönheitschirurgische Positionierungen



Als „Grenzgänger/-innen“ begleiten die interviewten Schönheitschirurg/-innen das „surgical passing“ von einem Ort zum anderen zwar, doch der Grenzgang selbst wird nicht in Worte gefasst, so als fehle die Sprache dafür. Der Weg von hier nach dort, vom Vorher zum Nachher, vom Verletzen zum Heilen, vom Erstkontakt zur Entlassung, gefüllt mit Wundschmerzen, Fragen, Zweifel, Emotionen und vielem mehr, kommt auffälligerweise nicht vor. Ein gekleidet in einen renaturalisierenden, auf Selbstbestimmungsrechte der Patient/-innen rekurrierenden Code bleibt die liminale Grenzpassage mit allen ihren möglichen Komplikationen, Widersprüchen und vielleicht auch ethischenbrisanten Situationen seltsam abgedunkelt – mehr noch, wie unter sterilen Operationstüchern abgedeckt und verhüllt. Nur das sich deutlich abzeichnende Ringen um Sprache, das Ringen darum, das Richtige zu sagen und dabei imaginierte Vorwürfe im Vorfeld zu eliminieren und unformulierten Regeln der politischen Korrektheit zu entsprechen, setzt kleine Hinweiszichen auf latente Bedeutungsebenen und damit auf das, was zunächst ausgegrenzt und unbewusst bleibt.

Entsprechend den Analyseschritten der tiefenhermeneutischen Methode steht nun die latente Dimension der marginalisierten, tabuisierten und von der Sprache abgetrennten Praxisentwürfe im Fokus. Die Frage nach dem Unbewussten ist zugleich auch die Frage nach dem sozial Ausgeschlossenen, dem noch-nicht-Bewussten, der noch-nicht-bewusstseinsfähigen gesellschaftlichen Praxis (Lorenzer 2006: 11). Daher gilt es zunächst zu begreifen, wie die aktuelle diskursive Praxis aussieht und wie das Feld des Wissens geordnet ist, in welchem die herausgearbeiteten schönheitschirurgischen Praxen eingebettet sind.

4. Surgical passing und die postsalutogenetische Aufforderung zur Selbstoptimierung

Die herausgearbeitete Diagnose des „surgical passing“ als normalisierendem Aufnahmekorridor in Idealgruppen führt direkt in den soziokulturellen Raum, in dem die dargestellte schönheitschirurgisch praktizierte, aber in Teilelementen sprachlos bis sprachverzerrte Passungsarbeit abläuft. Verbunden mit einer kritischen Betrachtung des Kontextes, der die renaturalisierende Diktion der Schönheitschirurgen/-innen rahmt, wird der Blick geöffnet für den „Horizont der Wissenseffekte, in dem sie operiert“ (Butler 2009: 234). In den Fokus gerät die Art und Weise, wie durch Vorwegnahme, Verknappung, Zentrierung und Verdrängung von Aussagen, Definitionen und Urteilen schließlich bestimmte Lebensformen erlaubt, gefördert, gefordert oder missbilligt und verworfen werden – und letztlich Grenzen gesetzt werden.

Im Zuge der globalen Durchsetzung neoliberaler Steuerungsmodelle setzt sich auf der Mikroebene ein Modus der als Selbstbestimmung getarnten individualisierten Verantwortung und Selbstsorge durch, welcher als permanente Anforderung an eine individuell zu leistende Selbstorganisation beschrieben werden kann. Die aktuell gewünschte Subjektform ist angehalten, das ihr zur Verfügung stehende Humankapital wie einen Betrieb nach betriebswirtschaftlichen Maximen zu managen, die eigenen Fähigkeiten zielgerichtet zu steuern und sich selbst optimal zu vermarkten. Dazu gehört aktuell vor allem auch sein biologisches Kapital: Ein Körper, der im Zuge postmoderner Flüchtigkeit, Dynamik und Entbettung einen identitätsversichernden Fixpunkt darstellt, der nicht so einfach verschwindet (wie Arbeitsplätze, Wohnungen und Partnerschaften) und an dem man sich (fest-)halten kann, weil er anwesender Begleiter über alle Lebensphasen und -krisen hinweg ist und bleibt. In Folge individualisierender Tendenzen wird er als scheinbar stabiler Bezugspunkt mehr denn je manipuliert, trainiert, gestylt. Mit den Möglichkeiten biotechnologischer Enhancementstrategien ist das geforderte kapitalakkumulierende Körpermanagement in eine neue Ära eingetreten. Neben den bewährten und bekannten Körper- und Gesundheitspraktiken wie Risikovorsorge, Jogging, Radfahren, Fitnesstraining, Wellness, Gartenarbeit und Ernährungsumstellung treten zunehmend Body-Enhancementstrategien einer anderen Art. Der Körper, seine Gestalt, Funktion und Aussehen

sind nicht länger Geschenk des Himmels, Zufall oder Produkt kontinuierlichen, zeitaufwändigen, schweißtreibenden und mühsamen Trainings, sondern käufliche Ware auf einem freien Markt. Einschneidende Körperinvestitionen lohnen sich, denn durch kostenintensive, biotechnologische Auf-, Nach- und Umrüstungen kann der eigene Marktwert mitunter beträchtlich erhöht werden. Der Körper changiert damit zu einer technologisch kontrollierbaren „Bioaktie“ (Maasen 2005: 245). Auf dem Heirats- und Stellenmarkt fungiert diese Fleisch gewordene persönliche Visitenkarte, die über den eigenen privaten wie beruflichen Erfolg entscheidend mitbestimmt: „An den Zähnen, dem Bauch und der Kleidung lassen sich nicht nur Status, Milieuzugehörigkeit, Bildungsgrad oder schlicht das Geschlecht ablesen – es lässt sich (zunehmend?) sehen, wer welche Arbeit in die Optimierung seines oder ihres Körpers investiert“ (Villa 2008 b: 214). Biotechnologisch gesprochen heißt Selbstoptimierung „Organüberbietung“ und setzt an dem an, was der Körper „noch nicht“ in sich trägt, aber was ihm bei hinreichend biotechnologischer Ausstattung und ausreichendem monetärem Polster übertragen werden könnte (Siep 2006: 26 f). Damit dockt der neoliberalen Imperativ der permanenten selbstmanagerialen Effizienzsteigerung und Leistungsoptimierung direkt am und im Körper an. Selbstoptimierung geht über in Körperoptimierung.

Sukzessive wird dabei auch der gesellschaftliche Zentralwert „Gesundheit“ postsalutogenetisch umgeschrieben in ein präventiv-prädiktiv zu leistendes „Body-Enhancement“. Unter dem Mantel von Risiko- und Gesundheitsvorsorge changiert Körperoptimierung im neoliberalen Kontext zu einer persönlichen Pflicht, die auch gesellschaftlich gesehen zu erbringen ist: „Aus einer gouvernmentalitätstheoretischen Perspektive verweben sich Optimierungsmotiv (Selbstführung) und Gemeinwohlgebot (Fremdführung) zum zentralen Motiv für die Akzeptabilität schönheitschirurgischer Aktivitäten“ (Maasen 2008: 103). Hier zeigt das neoliberal getriggerte und biotechnologisch gesteigerte Enhancement von Körperpraxen und Lebensplänen ein ambivalentes Doppelgesicht: Auf der einen Seite ermöglichen Enhancementpraxen vorher nicht vorstellbare, bis in das Innerste des Körpers eindringende Ermächtigungs- und Agencyprogramme für das einzelne Subjekt. Gleichzeitig setzen sie tiefgreifende, unter die Haut gehende und wirkende Regulierungs- und Disziplinierungsprogramme durch. Dazwischen ist der schmale „Surgical passing – Grat“, einem „dilemmatischen Zwischenreich“ von Chance und Zwang gleich, in dem sich „bioästhetisch reg(ul)ierende Subjekte“ normalisieren (Maasen 2008: 144). Selbsttechnologien und Biotechnologien verflechten sich im *Zwischen* derart, dass nicht mehr zu unterscheiden ist, ob die selbstbestimmenden Körpersubjekte die Optimierungs(an)gebote wollen, sollen, dürfen, können oder müssen. Selbst- und Biotechnologien gehen scheinbar *nahtlos* ineinander über.

5. Surgical passing und bioästhetische Verfügung über Unverfügbares

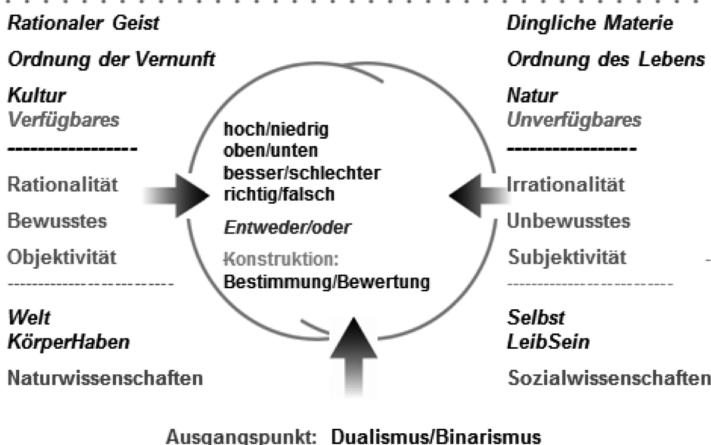
Schauen wir uns auf der tiefenhermeneutischen Suche nach Rissen im epistemologischen Netz die undurchsichtige Gemengelage *dazwischen* genauer an, um letztlich den Nexus Macht-Wissen aufzubrechen (Butler 2009: 239). Was wird wie miteinander verschränkt, verflochten, verwoben und nahtlos ineinander verschoben? Gehen wir dazu einen Schritt weiter, zunächst zur Analyse der Denkordnung, die den Optimierungsdiskurs reguliert.

Die Ordnung der Dinge zeigt sich in einer cartesianisch-dualistischen Kartierung. Waldenfels (2002: 18) folgend setzt an der Epochenschwelle zur Moderne mit der cartesianischen Scheidung in den Bereich des Denkens (*res cogitans*) und in den Bereich der Dinge (*res extensa*) eine Zweiteilung der Welt ein. Sie trennt in eine *Ordnung der Vernunft* auf der einen Seite und eine *Ordnung des Lebens* auf der anderen Seite, denn alles in der Welt ist entweder eine *denkende* oder eine *ausgedehnte* Substanz. Begleitet wird die binäre Denkordnung von einer asymmetrischen Logik, welche die aufgeführten Konstruktionen hierarchisierend durchtrennt. So auch die derzeit biotechnologisch massiv unterminierte Kultur/

Natur-Scheidung – wiewohl jahrhundertelang durch die „Große Erzählung“ bestätigt, welche die Emanzipation des Menschen durch sein Vermögen zur Symbolisierung akzentuiert (Koschorke 2010: 171 f): Das in der Natur unmittelbar Vorfindliche wird im Laufe der Menschheitsgeschichte durch Menschenhand verbessert; immer versierter technisch verfeinert, materiell reproduziert und symbolisch angeeignet bis hin zu Artefakten, die so nicht in der Natur vorkommen und zu selbstgeschaffenen Bedeutungswelten, die sich von einer vorfindlichen Natur immer weiter entfernen (Koschorke 2010: 169 f). Die polarisierend-asymmetrische Setzung der geläufigen modernen Kultur/Natur-Unterscheidung in Gemachtes, Verhandelbares auf der einen *höherwertigeren* Seite und Gegebenes, Unverfügbares auf der anderen *minderwertigeren* Seite ist ein kulturelles Konzept (Koschorke 2010: 175). Davon abgeleitete Ordnungspole, wie: Rationalität/Irrationalität, Bewusstes/Unbewusstes, Körper/Leib, Verfügbares/Unverfügbares etc. folgen dieser diametralen Ordnung. Wie von der Kultur/Natur-Entgrenzung mitgerissene Dominosteine sind auch sie aktuell vielfältigen und tief-schichtigen Entgrenzungen ausgesetzt. Entgrenzungen, welche die abendländisch binär ko-dierte erkenntnis-, orientierungs- und identitätssichernde Ordnungslogik bis zu ihrer Unkenntlichkeit verrücken.

Abbildung 4: Cartesianische Grenzordnungen

Cartesianische Grenzordnungen



Das kaum zu dechiffrierende, grenzverrückende Zerrbild kommt durch einen *doppelt* wirk-samen biotechnologischen Zugriff zustande, der bisher gültige Grenzordnungen zwischen dem *Verfügbar*en und *Unverfügbar*en sowohl auf einer *materiellen* als auch auf einer *imma-teriellen* Ebene zutiefst verschiebt:

Erstens wird durch biomedizinische Interventionen das *verfügbar*, was einst auf einer *ma-teriellen* Ebene als *unverfügbar* galt – der Schicksals- und Zufallskörper avanciert zum zu-recht geschnittenen, prothetisch erweiterbaren oder neuronal getunten Cyborg-Körper (Schmitz 2010: 98). Technische Artefakte erschließen nun innerste Körperräume. Dadurch werden Spreens (2010: 166) Diskursanalysen zwischen Körper und Technik folgend dessen *unverfügbar*e leibliche Positionierungen in ihren Grundfesten erschüttert. Mit Rückbezug auf Plessner ist der Leib kein Ding, mit dem man hantiert und das man manipuliert. Der

Leib wird verbunden mit Leib-Sein, mit Ergriffen-Werden, einem außer Sich-Sein – kurz; einem Kontrollverlust des Ichs und damit einer gewissen *Unverfügbarkeit*. Dem Körper wird Körper-Haben zugeordnet, man greift mittels des Körpers in die Welt hinein und auf ihn zu.

„Wenn nun Technologie leiblich wird, dann wandert sie einerseits vom Register des Habs und der Verfügbarkeit in das Register des Seins und der Unverfügbarkeit. Andererseits bleibt sie etwas Künstliches, das an- und abgeschaltet werden kann, das gewartet und repariert werden muss, upgradet werden kann oder Strom benötigt“ (Spreen 2010: 169).

Damit entstehen neue, direkt an der Materialität des Körperseins gebundene Grenzauflösungen, -verwischungen und -korridore. Bisherige Naturgesetze der Vererbung, der Vermehrung, des Wachstums, des Alterns und leiblichen Seins werden durch biotechnologische Mittel teilweise „künstlich“ durchbrochen bei gleichzeitigem Ablauf der „natürlichen“ Körperprogrammierung. Der Körper gerät in eine Art „Zwischenstadium“, ein hybrides, entgrenztes Zwischenstadium zwischen Körper und Ding, zwischen Körper und Sache, dass einen neuartigen spezifischen Raum zwischen Fremd- und Eigenkörper, Maschine und Mensch, zwischen Virtualität und Authentizität eröffnet (Spreen 2010: 168 f).

Dieser Zwischenraum ist die Werkstatt der interviewten Schönheitschirurg/-innen. Das bisher „körperlich-natürliche“ Unverfügbare fällt in (bio-)medizinisches Hoheitsgebiet und unter das Deutungs- wie Behandlungsmonopol einer renaturalisierenden, naturwissenschaftlichen Logik mit dem Schwerpunkt auf biowissenschaftliche-informationstechnische, mathematisch-statistische, chirurgisch-operative Mess-, Erkenntnis- und Behandlungsverfahren. Im neutralen Datensatz organischer Laborbefunde geht qua cartesianischer Binärlogik die *leibkörperliche* Trägerschaft unter. Ergebnis ist eine implizite Eliminierung des (im)perfekten Subjekts aus der expliziten biomedizinischen Repräsentation des als *Schönheitsideal* konzipierten Sachverhaltes – eine Eliminierung, die sich im schönheitschirurgischen Narrativ auf prägnante Weise wiederholt.

Zweitens gibt diese Diagnose Hinweise darauf, wie Biotechnologien auch auf eine *immaterialie* Ebene des *Unverfügbar*en zugreifen. Die Effekte zeigen sich zunächst in der allmählichen Angleichung invasiv-riskanter, außergewöhnlicher Schönheitsoperationen und minimal-riskanter, alltäglicher Verschönerungspraktiken. Deren dilemmatische Konstruktion spitzt sich zu in der Entscheidungsfrage über Annahme oder Ablehnung des verschönernden Optimierungs(an)gebots. Dem neoliberalen Selbstorganisationsdiskurs folgend hat sich dazu im medizinischen Sektor eine Art Paradigmenwechsel vollzogen. Durch den Wechsel vom paternalistischen, autoritativen hin zu einem partnerschaftlichen Informed Consent-Modell wird Entscheidungssouveränität und -verantwortung vermehrt auf Patient/-innen übertragen. Der Bezug auf Patient/-innenorientierung und -autonomie, ebenso wie die Darstellung ausführlicher Informations- und Beratungsspräche in den geführten Interviews mit den Schönheitschirurg/-innen weisen eindrücklich auf den vollzogenen Wechsel hin. Dabei wird *rationales* Entscheidungsmanagement auf höchstem kognitiven Niveau erwartet: Patient/-innen haben auf der Basis des neusten Wissensstandes, der aktuellsten empirischen Erkenntnisse, jeweils letztgültiger evidenzbasierter Leitlinien und unter statistisch permanent abgesicherter Risiko-Nutzen-Abwägung eine informierte und „vernünftige“ Entscheidung *selbst* zu treffen. Führen wir uns die einschneidende Eingriffstiefe bioästhetischer Operationen vor Augen, wird in diesem Prozess *rationale Selbstverfügung* über etwas gefordert, das trotz aller bio- und neurowissenschaftlicher Fortschritte jenseits aller radiographischen, endoskopischen oder tomographischen Verfahren über verhaltens- und emotionensteuernde Hirnareale hinweg ebenfalls als *unverfügbar* galt. Denn eigentlich werden in der Entscheidungssituati-

on emotional-affektiv gebundene Einstellungen, eingefleischte Selbstverständlichkeiten und unbewusste Triebwünsche angesprochen.

In tiefenhermeneutisch-psychoanalytisch gefärbter Lesart ist das Unbewusste eine zwar nicht völlig biologisch determinierte Triebstruktur, sondern „Produkt eines gesellschaftlichen Herstellungsprozesses“ (Lorenzer 2006: 106). Doch bildet es neben der Ich-Organisation des bewusst und kognitiv agierenden Selbst eine eigenständige nichtsprachliche, damit tendenziell *unverfügbare* Sinnstruktur aus, die verhaltensbestimmend und erlebnisanweisend das nichtsprachliche Fundament der Persönlichkeit ausmacht. Es ist „unbewusst im buchstäblichen Sinn, d.h. vor jeder bewussten Erfahrung gebildet“ (Lorenzer 2006: 143). Als für sich und aus sich heraus existierendes Gefüge bildet es ein utopisches Potenzial des *Noch-nicht*, das doch einmal sein könnte – ein Ort der widerständigen Praxis, die sich von unten in die Sprache schiebt und als „Gegensystem zum herrschenden Bewusstsein der Sprachgemeinschaft und zu herrschenden gesellschaftlichen Verhältnissen“ fungiert (Lorenzer 2006: 169). Lorenzers Konzeption des Unbewussten als nicht-logisches Praxissystem ähnelt der Bourdieu-schen Habitusbestimmung. Auch der Habitus, ein inkorporiertes Wahrnehmungs-, Bewertungs- und Handlungsschemata, folgt auf dunklen Pfaden, jenseits der reinen Logik erkennen den Bewusstseins, einem „praktischen Sinn“, der sich einem rationalen Kalkül und einer willentlichen Kontrolle entzieht. Getroffene Entscheidungen sind daher selten bewusst, systematisch, zielgerichtet, kognitiv nachvollziehbar und damit *verfügbar*, auch weil sie nur bedingt mit der verbalisierten Einsicht der Handelnden gleichzusetzen sind (Bourdieu 1997: 165 f.).

Durch den schönheitschirurgischen Zugriff auf inkorporierte, unbewusste Triebwünsche und eingefleischte, habituelle Selbstanteile entstehen neue, direkt an die *unverfügbare* Immateriellität von Leib und Seele gebundene Grenzziehungen, -auflösungen und -korridore. Bisherige Erklärungsmodelle von Erfahrungs- über Alltagswissen bis hin zu sozialwissenschaftlichem Expertenwissen über Menschwerdung, Sozialisation, Identität, Lernen, Altern, Körpersorge etc. werden auf biotechnologische Weise teilweise „abnorm“ durchbrochen bei gleichzeitigem Ablauf „normaler“ biographischer und situativer Entscheidungsverläufe und -krisen. Damit gerät auch das Selbst in eine Art „Zwischenstadium“, ein hybrides Zwischenstadium zwischen falschem und wahren Selbst, zwischen Ich und Nicht-Ich, das einen neuartigen spezifischen Raum zwischen Mensch und Maschine, Zellhaufen und Menschenwürde, zwischen Authentizität und Virtualität eröffnet (Waldenfels 2002: 403).

Auch dieser Zwischenraum ist die Werkstatt der interviewten Schönheitschirurg/-innen. Das bisher „seelisch-unbewusste“ Unverfügbare fällt fortan unter bioexpertokratisches Hoheitsgebiet und unter das Deutungs- wie Behandlungsmonopol einer renaturalisierenden, naturwissenschaftlichen Risikologik mit dem Schwerpunkt auf versicherungsmathematisch-statistische, evidenzbasierte Erkenntnis- und Argumentationsverfahren. Im neutralen Datensatz statistischer Risikokalkulationen geht qua cartesianischer Binärlogik die unbewusst-leibhaftige Trägerschaft unter. Zurück bleibt ein bezifferbarer Verteilungspunkt auf einer Verlaufskurve. Ergebnis ist wiederum die implizite Eliminierung des (im-)perfekten Subjekts aus der expliziten Repräsentation des als Intelligenzideal konzipierten Sachverhaltes – eine Eliminierung, die sich im schönheitschirurgischen Narrativ auf prägnante Weise wiederholt.

Schönheitschirurgische Diskurspraktiken greifen demnach *doppelt* auf *materiell-immaterielle* Zwischenräume zu. Cartesianische Grenzposten werden zweifach verrückt. Durch die Einführung materieller und immaterieller Biotechnologien in materielle und immaterielle Dimensionen des Leib-Körperselbst entstehen merkwürdige, aus der bisher gültigen cartesianischen Denkordnung fallende, „binnenleibliche Schnittstellenprobleme“, die sich sowohl „materiell“ durch Infektionen, Abstoßungsreaktionen, Interpretationsprobleme im körperinternen Informationsaustausch, aber auch „immateriell“ durch permanente Vorsicht, Selbstüberwachung, Selbstentfremdung und Depersonalisation bemerkbar machen können (Bor-

kenhagen / Brähler 2012: 184). Solche materiell-immateriell gebrochenen Artikulationen und Praktiken gänzlich neuartiger Figuren des Zwischen machen die gesuchten Risse im Gewebe des epistemischen Netzes aus. Sie sind Repräsentanzen der Bruchstellen im Nexus von Macht-Wissen, an denen sich die bisher gültigen, binär gesetzten Kultur/Natur-Grenzpraxen brechen: Was passiert, wenn sich die Akteur/-innen von den Reaktionen ihrer kunstvoll unter die Haut implantierten Injektionen, Silikon- und Plastikprothesen irritieren lassen? Mobilisiert würde ein zwischenkategoriales Potenzial der Reflexivität, das jenseits der bisher denkbaren cartesianischen Ordnung läge, das diese Ordnung gleichsam aus den Angeln heben würde und bisher unbekannte kreative Modi des Selbst/Welt-Verhältnisses, der Lebensformen und Praxen im innerleiblichen Wechselspiel zu generieren vermöge: etwa ein technisches Unbewusstes, ein künstliches Eigenkörperliches, ichfremde Selbstbestimmung, selbst-entwusster Identitätsbalancen wie auch irrationale Risikologik, ethische Schattenarbeit und andere darüber hinausgehende trans(n)ationale Grenzverhandlungen.

Ungeachtet dieser zwischenkategorialen, tendenziell irrationalen, massiv aufbrechenden Grenzlage, ungeachtet der bioästhetischen Begleitung des zwischenräumlich situierten *surgical passings* durch die interviewten Grenzgänger/-innen, folgen ihre Grenzpraxen irritierenderweise der vorherrschenden naturwissenschaftlichen Diktion einer cartesianischen Denklogik, die sich über „objektive Wahrheiten“ biomedizinisch begründeter, empirisch abgesicherter, evidenzbasierter, informierter und dadurch *rationaler* Wissensbausteine rechtfertigt und „humanistisch“ legitimiert. Paradoxale Denk- und Handlungsfiguren im tagtäglichen Umgang mit diesen Ambivalenzphänomenen, in denen der Widerspruch zwischen Patient/-innenautonomie und ärztlichem Paternalismus, zwischen Patient/-innenorientierung und ökonomischen Eigeninteresse, zwischen legitimem und delegitimem Body-Enhancement, zwischen Selbst- und Fremdbestimmung, zwischen Ablehnung und Zustimmung, zwischen Vor und Zurück, zwischen Bio- und Selbsttechnologie, kurz: zwischen Natur/Kultur und Selbst/Welt Platz hätte, werden widerspruchs- und zweifelsfrei auf effiziente Handhabbarkeit hin zurechtgeschnitten. Mehr noch: die zwischenkategorial – und -räumlich aufbrechenden Schnittstellen werden *materiell* wie *immateriell*, sozusagen *doppelt, vernäht*.

Abbildung 5: Schönheitschirurgische Grenzräume

Schönheitschirurgische Grenzräume



6. Surgical passing und bioästhetischer Doppelverschluss reflexiver (Selbst)verfügung

Schauen wir uns die *doppelte Vernähung* genauer an. Auf den ersten Blick scheint es so, dass die skizzierte cartesianische Zweiteilung in eine höherwertige *Ordnung der Vernunft* und eine diminutive *Ordnung des Lebens* endgültig überwunden ist. Dem ist jedoch nicht so. Wiewohl im immateriellen wie materiellen Endprodukt schönheitschirurgischer Praxis nahtlos zusammengefügt, bleibt die zweigeteilte hierarchische Ordnung bestehen – lediglich in ein zeitgemäßes bioästhetisches Gewand gehüllt. Auf einen zweiten Blick wird ersichtlich, dass nach wie vor/wie nie zuvor eine sich nummehr bis in die unbestimmten Zwischenräume der cartesianisch aufgereihten Gegensatzpaare hinein ausdehnende, binäre asymmetrische Denklogik wirkt und den Umgang mit biotechnologischen Körperselbstoptimierungen reg(ul)iert. Diese kennt zwei Varianten: a) eine wettstreitende Spaltung und Radikalisierung der beiden Pole im entweder/oder-Modus, bei der eine machtvollere kognitive Seite über die schwächere leibliche Gegenseite bestimmt; b) ein Nivellieren und Gleichmachen der Unterschiede, welche Differenzen leugnen und von leiblich-ambivalenten Ordnungsstrukturen befreien. Im bioästhetischen Kontext kommen beide Varianten zum Zuge. Was Herr Affholder in Materie und Geist, Fleisch- und Hirnlappen, Vorher- und Nachher-Show *spaltet*, wird von Frau Erlenbach postbiologisch *nivelliert*. *Spaltung* führt dazu, dass aus einer höherwertigen, weil auf der *rationalen* Seite der Pole angeordneten, naturwissenschaftlichen, daher *objektiven* Perspektive auf die andere Seite, das Soziale und als *irrational* abgewertete Subjektive in seiner leibnahen Seinsweise rückgeschlossen wird. Sowohl im renaturalisierenden Narrativ der interviewten Schönheitschirurg/-innen als auch im erkenntnisleitenden biowissenschaftlichen Diskurs verschwindet damit das Subjekt hinter medizinischen Befunden, objektiven Technologiediskursen, zahlenförmiger Risikokurven und schließlich unter sterilen Tüchern. *Nivellierung* führt dazu, dass bestehende Unterschiede zwischen expertokratischem Körperwissen und eigenleiblichen Empfindungen, zwischen Fremdkörper/Eigenkörper und damit Fremdbestimmung/Selbstbestimmung so miteinander *vernäht* werden, dass vorhandene Differenzlinien in den zusammengeschweißten materiellen Substanzen sowie den ineinander verschrankten immateriellen Sinnkonstruktionen kaum mehr wahrgenommen werden. Schier unsichtbar gemacht wird neben der *räumlichen* Differenz des fühlbaren Abstandes zwischen chemisch-technisch hergestelltem Material und dem Eigengewebe auch die *zeitliche* Differenz der leiblichen Erfahrung zwischen einem aufkeimenden Wunsch nach Veränderung und der entzauberten Registratur des Vollzugs desselben. Das Eine wird jeweils auf das Andere gepropft, als existiere weder eine räumliche noch zeitliche Differenz *dazwischen*.

Was da kunstvoll unter bioästhetischen Verschluss gerät, ist letztlich eine *zeiträumliche Zwischeninstanz*, deren besonderes Potenzial in der darin eingelagerten, nun nicht länger verfügbaren *Reflexivität* liegt. Auf das reflexive Potenzial dieser Zwischenperspektive machen besonders „phänomenologische Auskünfte“ aufmerksam (Schürmann 2013: 212). Gedacht, konzipiert und verstanden wird das *Zwischen* als Verflechtung, Doppelgesicht und diastatische Phänomenalität; als Doppelaspektivität von *Körperhaben* und *LeibSein* und Umschlagstelle von Aktivität und Passivität, als Ambiguität und unaufhebbare *Zwischenleiblichkeit*, als querliegende Verflechtung von Eigenheit und Fremdheit und/oder als Schwellensituation leiblicher Individualität, kurz: als lebendiger Raum unendlich vieldeutigen Seins. Wie Schürmann herausarbeitet, liegt bei aller Verschiedenheit der Akzente die gemeinsame Herausforderung in der Anerkennung, *nicht* über ein sich dazwischen konstitutiv bewegendes *Unbestimmbar*es verfügen zu können. Denn diese (zwischen-)leibliche Dimension ist „gerade nicht der Rest, der nach getaner Verfügung noch übrigbleibt, sondern der blinde Fleck des Verfügens – also ein Moment, dass das, was ‚verfügen‘ meint, grundlegend bestimmt“ (Schürmann 2013: 223). Aber auch cartesianische Übersetzungsperspektiven der Kulturwissenschaft fokussieren das inhärente hybride Artikulationspotenzial der

als *dritte kulturelle Räume* oder *Heterotopien* konzipierten Figuren des Zwischen, in denen potentiell Platz ist für neuschöpfende Verhandlungen inkommensurabler Differenzen ohne übernommene oder verordnete Hierarchie und ohne gleichmachende, zwangsnivellierende Einebnung auseinander- und widerstrebender Verschiedenheiten (Klein 2011 b: 861 f).

Durch die schönheitschirurgisch *doppelte zeiträumliche Vernähung* nicht verfügbarer Individualität und Ambiguität im Spannungsfeld von Leib-sein und Körper-haben wird genau dieser reflexive Zwischenraum unter Verschluss gebracht. Damit werden sowohl die exzentrische Positionalität in ihrer leib-körperlichen Pendelbewegung blockiert als auch die vieldeutige Kreuzung von Eigen- und Fremdbewegung gestoppt und/oder potentiell mögliche darüber hinausgehende *noch-nicht* bewusste Grenzüberschreitungen abgeblockt. Der darin eingelagerte reflexive, zwischensituierter Selbst-Welt-Modus ist jeweils stillgelegt. Er wird im wahrsten Sinne wegoperiert, geglättet, unterfüttert oder invasiv durch Fremdmaterial verformt. Das vermeintlich *fugenlose* bioästhetische *Zusammenfügen* von *Verfügbarem* und *Unverfügbarem*, der Prozess des narbenlosen Vernähens von Bio- und Selbsttechnologien, die nahtlose Überlappung von Fremd- und Selbstbestimmung, die eingepasste Überformung leibhaften, subjektiven, unbewussten Erfahrungswissens in biotechnisches, objektives, bewusstes Expertenwissen verumöglicht letztlich ein *reflexives Registrieren* der Verstrickung von reglementiertem Körperwissen und spürender Leibefahrung – in Foucaults Worten von Fremd- und Selbstführung. Denn Biotechnik rückt der gelebten Erfahrung direkt auf den Leib, greift in sie ein und assimiliert sie, *bevor* sie überhaupt als Leibefahrung begriffen werden kann (Waldenfels 2002: 372 f).

Festzuhalten ist, dass der *abstrakt* wirkende Begriff der Entgrenzung zutiefst berührt, trifft, verletzt, aufbohrt, auseinanderreißt, durchschlägt, zertrennt und zerstückelt – und zwar ganz konkret die menschliche Kernsubstanz in ihren unbewussten leiblich-körperlichen Grundfesten bis hin zu einer doppelt-vernähten Beschlagnahme bisher noch-nicht instrumentalisierter, noch-nicht regulierter und noch-nicht kolonialisierter, widerständiger Residualbereiche des Menschseins (Lorenzer 2002: 159 f). Die *bioästhetische Doppelnaht* verschließt diesen Bereich nachhaltig. Bildlich gesprochen repräsentiert sie das Errichten einer undurchlässigen und fatalerweise unsichtbaren „neuen“ Grenzlinie, einer unbemerkt lancierten Barriere, als Fortschreibung der hierarchisierenden Dichotomie hinein in den vieldeutigen, lebendigen, uneindeutigen Raum zwischen den cartesianischen Ordnungspolen. Ein reflexives Durchdringen der auf diese Weise inkorporierten und festgenahmen Herrschaftsverhältnisse wird bis auf Weiteres verhindert. Unpassende, weil vom öffentlich zugelassenen Diskurs abweichende Elemente wie Irrationalität, Phantasie, Begehrten, Angst und subversive Energien werden unter doppelten Verschluss gebracht. Die *doppelte Vernähung* stellt eine stabilisierende Thematisierungsfigur einer cartesianisch verharrenden naturbeherrschenden Technisierungslogik dar. Technokratisches Wissens und subjektive Seinsweisen verknüpfen sich in der bioästhetischen Diskurspraxis derart, dass sie ineinander überzugehen scheinen. Mehr noch: Schönheitschirurg/-innen vernähen die Räume zwischen cartesianischen Polaritäten wie Materielles/Immaterielles, Verfügbares/Unverfügbares, Disziplinierung/Ermächtigung, Fremd-/Selbstbestimmung und Körper/Leib derart meisterhaft, dass selbst die Nahtstellen nicht mehr sichtbar sind: „Auf dem Spiel steht hier die Beziehung zwischen den Grenzen der Ontologie und der Epistemologie, der Zusammenhang zwischen den Grenzen dessen, was ich werden könnte, und den Grenzen des Wissens, das ich riskiere.“ (Butler 2009: 237)

Auch die kritisch-tiefenhermeneutische Suche nach irritierenden Bruchstellen im epistemischen Gewebe verfängt sich unwillkürlich in der doppelten vernähten, unbewusst wirksamen Matrix, zwangsläufig an eigenen tief verinnerlichten Wahrnehmungs-, Denk- und Erkenntnisgrenzen rüttelnd (Klein 2014: 315 f). Der manifest frei zugänglich scheinende „surgical pas-

sing“- Transitraum ist latent durch eine Doppelnaht geschlossen. Was würde passieren, wenn sich Forschende von den kunstvoll unter die Kopfhaut implantierten Denkanstößen irritieren ließen? Was käme zum Vorschein, würde es gelingen, in den nicht fassbar engen Raum zwischen den Nähten ein zwischenkategoriales Potenzial der Reflexivität zu reanimieren, das jenseits der bipolar gesetzten Struktur der Sinnorganisationen *manifest/latent, bewusst/unbewusst* liegt? Folgen wir Lorenzer, würde eine „dritte eigenständige Sinnstruktur“ freigelegt, deren Vermögen darin liegt, Erkenntnisse auch in einem mehrdeutigen „noch – nicht“ zu belassen (Lorenzer 1986: 54 f). Hier potenziert sich das be- und zuschreibende Wagnis, welches einem reflexiven Grenzgang konstitutiv innewohnt – nunmehr vernähte Sprachlosigkeiten zu Wort kommen zu lassen, um sich dem tabuisierten, ausgeschlossenen Unverfügbareren letztlich auszusetzen. Gefordert bleibt die Risikobereitschaft, sich der radikalen Unzulänglichkeit und damit den Grenzen des eigenen Bedeutungs- und Zeichensystems zu stellen und diese Konfrontation *auszuhalten*. Es bleibt nicht mehr und nicht weniger als zu begreifen, „wie das, was die Kategorien unterdrücken, gleichsam als deren eigene konstitutive Okklusion wiederkehrt“ (Butler 2009: 223). An diesem neuralgischen Punkt trifft man irritierenderweise wieder auf einen cartesianischen Wahlmodus zwischen *entweder einer a) meteorologischen oder einer b) medizinischen Begriffsbestimmung*: Als *metereologischer Terminus* bezeichnet *Okklusion* ein dynamisches Tiefdruckgebiet, bei dem durch die Vereinigung zweier Fronten, der Warm- und Kaltfront, das zuvor am Boden liegende Potenzial in die Luft gehoben wird. Als medizinischer Fachbegriff bezeichnet es den Verschluss eines krankhaften Hohlorgans oder einer Körperpassage, entweder durch wachsendes körpereigenes Gewebe oder durch einen chirurgischen Eingriff gezielt verursacht. Fügt man sich der cartesianischen Entscheidungslogik, stehen auch hier und immer wieder neu die Grenzen (nicht) riskierten Wissens auf dem Spiel – letztlich „unsere Freiheit“ (Butler 2009: 237).

Literatur

- Ach, J.S. (2008): Komplizen der Schönheit. Anmerkungen zur Debatte der ästhetischen Chirurgie, in: J.S. Ach / A. Pollmann (Hrsg.), *no body is perfect. Baumaßnahmen am menschlichen Körper – Bioethische und ästhetische Aufrisse*, Bielefeld, S. 187-206.
- ASAP (2010): Cosmetic Plastic Surgery Research, Statistics and Trends for 2001 – 2010, abrufbar unter: <http://www.cosmeticplasticsurgerystatistics.com/statistics.html#2010-FACTS>, letztes Abrufdatum: 7.9.2014.
- Beck, U. / W. Bonß / C. Lau (2004): Entgrenzung erzwingt Entscheidung: Was ist neu an der Theorie reflexiver Modernisierung, in: U. Beck / C. Lau (Hrsg.), *Entgrenzung und Entscheidung*, Frankfurt / Main, S. 13-62.
- Borkenhagen, A. / E. Brähler (2012): Simply to look done – das neue Gesicht der Schönheitschirurgie, in: Dies. (Hrsg.), *Die Selbstverbesserung des Menschen. Wunschmedizin und Enhancement aus medizinpsychologischer Perspektive*, Psychosozial, Gießen, S. 179-187.
- Bourdieu, Pierre (1997): Die männliche Herrschaft, in: I. Dölling / B. Krais (Hrsg.), *Ein alltägliches Spiel. Geschlechterkonstruktion in der sozialen Praxis*, Frankfurt / Main, S. 153-217.
- BBG 2012: Bundesgesetz über die Durchführung von ästhetischen Behandlungen und Operationen (ÄsthOpG), abrufbar unter: http://www.plastischechirurgie.org/upload/files/5383_bgbla_2012_i_80.pdf, letztes Abrufdatum: 7.9.2014.
- Butler, J. (2009): Was ist Kritik? Ein Essay über Foucaults Tugend, in: R. Jaeggi / T. Wesche (Hrsg.), *Was ist Kritik?*, Frankfurt / Main, S. 221-246.
- Davis, K. (1995): *Reshaping the Female Body. The Dilemma of Cosmetic Surgery*, New York / NY – London.
- Davis, K. (2008): *Surgical passing – Das Unbehagen an Michael Jacksons Nase*, in: P.-I. Villa (Hrsg.), *schön normal. Manipulationen am Körper als Technologien des Selbst*, Bielefeld, S. 41-66.

- Gilman, S.L. (2001): *Making the Body beautiful*, Princeton / NJ – Oxford.
- Gilman, S.L. (2008): Die erstaunliche Geschichte der Schönheitschirurgie, in: A. Taschen (Hrsg.), *Schönheitschirurgie*, Köln – London – Los Angeles / CA – Madrid – Paris – Tokyo, S. 62-136.
- Hörning, K.H. / J. Reuter (2004): *Doing Culture: Kultur als Praxis*, in: K.H. Hörning / J. Reuter (Hrsg.), *Doing Culture. Neue Positionen zum Verhältnis von Kultur und sozialer Praxis*, Bielefeld, S. 9-15.
- Jüngst, Eric T. (2009): Was bedeutet Enhancement?, in: B. Schöne-Seifert / D. Talbot (Hrsg.), *Enhancement. Die ethische Debatte*, Münster, S. 25-45.
- Karsch, F. (2011): Ärzte ohne Grenzen? Ästhetische Chirurgie und medizinische Professionalität, in: B. Lüttenberg / A. Ferrari / J.S. Ach (Hrsg.), *Im Dienste der Schönheit? Interdisziplinäre Perspektiven auf die Ästhetische Chirurgie*, Berlin, S. 91-104.
- Klein, R. (2011 a): *Gesundheits(vor)sorge – das Risikoprojekt in der Risikogesellschaft. Eine essayistische Sozialbetrachtung*, in: P. Granig / L.A. Nefiodew (Hrsg.), *Gesundheitswirtschaft – Wachstumsmotor im 21. Jahrhundert*, Wiesbaden, S. 149-191.
- Klein, R. (2011 b): *Kulturtheorien*, in: H.-U. Otto / H. Thiersch (Hrsg.), *Handbuch Soziale Arbeit*, München – Basel, S. 841-853.
- Klein, R. (2013): *Tiefenhermeneutische Analyse*, in: B. Frieberthhäuser / A. Prengel (Hrsg.), *Handbuch für Qualitative Forschungsmethoden in der Erziehungswissenschaft* – Neuauflage, Weinheim – München, S. 263-280.
- Klein, R. (2014): *Kultur, Körper, Konflikt – aktualisierte Skizzen zur Hermeneutik des Leibes*, in: M. Gerspach / A. Eggert-Schmid Noerr / T. Naumann / L. Niederreiter (Hrsg.), *Psychoanalyse lehren und lernen an der Hochschule, Theorie, Selbstreflexion, Praxis*, Stuttgart, S. 289-316.
- Korczak, Dieter (2010): Schönheitsoperationen im Licht der empirischen Sozialwissenschaften, in: Face 4, S. 53-57, abrufbar unter: http://www.oemus.com/archiv/pub/sim/fa/2010/fa0410/fa0410_53_57_korczak.pdf, letztes Abrufdatum: 7.9.2014.
- Korczak, Dieter (2007): Schönheitsoperationen. Daten, Probleme, Rechtsfragen, Abschlussbericht, abrufbar unter: <http://download.ble.de/05HS020.pdf>, letztes Abrufdatum: 7.9.2014.
- Koschorke, A. (2010): *Zur Epistemologie der Natur / Kultur-Grenze und zu ihren disziplinären Folgen*, in: C. Alvarado Leyton / P. Erchinger (Hrsg.), *Identität und Unterschied. Zur Theorie von Kultur, Differenz und Transdifferenz*, Bielefeld, S. 169-183.
- Little, M.O. (2009): Schönheitschirurgie, Fragwürdigkeit der Normen und Ethik der Komplizenschaft, in: B. Schöne-Seifert / D. Talbot (Hrsg.), *Enhancement. Die ethische Debatte*, Paderborn, S. 162-177.
- Lorenzer, A. (1986). Tiefenhermeneutische Kulturanalyse, in: H.-D. König / A. Lorenzer / H. Lüdde / S. Nagbøl / U. Prokop / G. Schmidt Noerr / A. Eggert, *Kultur-Analysen*, Frankfurt / Main, S. 11-98.
- Lorenzer, A. (2002): *Die Sprache, der Sinn, das Unbewusste. Psychoanalytisches Grundverständnis und Neurowissenschaften*, hrsg. von Ulrike Prokop, Stuttgart.
- Lorenzer, A. (2006): *Szenisches Verstehen. Zur Erkenntnis des Unbewussten*, Kulturanalysen Bd. 1., Marburg.
- Maasen, S. (2005): Schönheitschirurgie. Schnittflächen flexiblen Selbstmanagements, in: B. Orland (Hrsg.), *Artifizielle Körper – Lebendige Technik. Technische Modellierungen des Körpers in historischer Perspektive*, Zürich, S. 239-259.
- Maasen, S. (2008): Bio-ästhetische Gouvernementalität – Schönheitschirurgie als Biopolitik, in: P.-I. Villa (Hrsg.), *schön normal. Manipulationen am Körper als Technologien des Selbst*, Bielefeld, S. 99-118.
- Meili, B. (2008): Experten der Grenzziehung – Eine empirische Annäherung an Legitimationsstrategien von Schönheitschirurgie zwischen Medizin und Lifestyle, in: P.-I. Villa (Hrsg.), *schön normal. Manipulationen am Körper als Technologien des Selbst*, Bielefeld, S. 119-142.
- Müller-Dohm, Stefan (1990): *Vom Positivismusstreit zur Hermeneutikdebatte – die Aktualität des interpretativen Paradigmas*, in: *Kulturanalysen* 3, S. 293-307.

- ÖGPÄRC, o.D. (Österreichische Gesellschaft für Plastische, Ästhetische und Rekonstruktive Chirurgie), abrufbar unter: <http://www.plastischechirurgie.org/de/home/>, letztes Abrufdatum: 7.9.2014.
- ÖGPÄRC 2010: Guidelines der Ästhetischen Plastischen Chirurgie, abrufbar unter: http://www.plastischechirurgie.org/upload/files/2561_guidelines-version-1.06.pdf, letztes Abrufdatum: 7.9.2014.
- Schmitz, S. (2010): Der Körper als Schicksal und Bioaktie: Eine Auseinandersetzung mit dem Gehirn im Spannungsfeld von Determination und Konstruktion, in: A. Abraham / B. Müller (Hrsg.), Körperhandeln und Körpererleben. Multidisziplinäre Perspektiven auf einbrisantes Feld, Bielefeld, S. 89-111.
- Siep, L. (2006): Die biotechnische Neuerfindung des Menschen, in: J.-S. Ach / A. Pollmann (Hrsg.), no body is perfect. Baumaßnahmen am Körper – Bioethische und ästhetische Aufrisse, Bielefeld, S. 21-42.
- Schürmann, V. (2013): Logos und Ethos der Leiblichkeit – am Beispiel phänomenologischer Auskünfte, in: Philosophische Rundschau 3, S. 207-224.
- Spreen, D. (2010): Der Cyborg. Diskurse zwischen Körper und Technik, in: E. Eßlinger / T. Schlechtriemen / D. Schweitzer / A. Zons (Hrsg.), Die Figur des Dritten, Frankfurt / Main, S. 166-179.
- Strick, S. (2008): Vorher Nachher – Anmerkungen zur Erzählbarkeit des kosmetischen Selbst, in: P.-I. Villa (Hrsg.), schön normal. Manipulationen am Körper als Technologien des Selbst, Bielefeld, S. 199-217.
- Synofzik, M. (2009): Psychopharmakologisches Enhancement: Ethische Kriterien jenseits der Treatment-Enhancement-Unterscheidung, in: B. Schöne-Seifert / D. Talbot / U. Opolka / J.-S. Ach (Hrsg.), Neuro-Enhancement. Ethik vor neuen Herausforderungen, Paderborn, S. 49-68.
- Viehöver, W. / R. Gugutzer / R. Keller / C. Lau (2004): Vergesellschaftung der Natur – Naturalisierung der Gesellschaft, in: U. Beck / C. Lau (Hrsg.), Entgrenzung und Entscheidung, Frankfurt / Main, S. 65-94.
- Villa, P.-I. (2008 a): Habe den Mut, Dich Deines Körpers zu bedienen! Thesen zur Körperarbeit in der Gegenwart zwischen Selbstermächtigung und Selbstunterwerfung, in: P.-I. Villa (Hrsg.), schön normal. Manipulationen am Körper als Technologien des Selbst, Bielefeld, S. 245 -272.
- Villa, P.-I. (2008 b): Körper, in: N. Baur / H. Korte / M. Löw / M. Schroer (Hrsg.), Handbuch Soziologie, Wiesbaden, S. 201-217.
- Villa, P.-I. (2011): Mach mich schön! Geschlecht und Körper als Rohstoff, in: W. Viehöver / P. Wehling (Hrsg.), Entgrenzung der Medizin. Von der Heilkunst zur Verbesserung des Menschen?, Bielefeld, S. 143-161.
- Waldenfels, B. (2002): Das leibliche Selbst, Frankfurt / Main.
- Wehling, P. (2006): Renaturalisierung sozialer Ungleichheit – eine (Neben-)Folge gesellschaftlicher Modernisierung?, in: K.-S. Rehberg (Hrsg.): Soziale Ungleichheit, Kulturelle Unterschiede. Verhandlungen des 32. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Soziologie in München, Teil 1, Frankfurt / Main, S. 526-539.
- Wehling, P. / W. Viehöver (2011): Entgrenzung der Medizin: Transformationen des medizinischen Fehlens aus soziologischer Perspektive, in: W. Viehöver / P. Wehling (Hrsg.), Entgrenzung der Medizin. Von der Heilkunst zur Verbesserung des Menschen?, Bielefeld, S. 7-47.
- Wimmer-Puchinger, B. (2008): Körperbilder. Einstellung zu Schönheitsoperationen und zur Wahrnehmung des eigenen Körpers, abrufbar unter: <http://www.frauengesundheit-wien.at/downloads/dokumente/FactSheet-Gallup-Umfrage-red.pdf>, letztes Abrufdatum: 7.9.2014.

Dr. Regina Klein
 Professur Gesundheits- & Pflegesozioologie
 Fachhochschule Kärnten
 Hauptplatz 11
 A-9560 Feldkirchen
 r.klein@fh-kaernten.at