

1. Ästhetisch-Plastische Chirurgie

Annäherungen an ein un/bekanntes Phänomen

Die Türen zur Klinik öffnen sich, der Arbeitsalltag beginnt. Im Wartezimmer sitzt bereits die erste Patientin auf einem mit goldenen Ranken verzierten Lehnssessel. Sie wünscht sich makellose Haut für den Abschlussball. Ich entferne überschüssiges Fett aus der Wangenpartie, beseitige via Laserbehandlung auffallende Hautirritationen und injiziere Filler, um die Falten um die Nase herum auszugleichen. Mehrfach sagt die Patientin währenddessen »Au, das tut weh« und beginnt zu weinen. Im Anschluss an jeden abgeschlossenen Behandlungsschritt rechne ich die bisher entstandenen Kosten ab. Nach Beendigung aller Prozeduren strahlt die Patientin und verlässt glücklich die Klinik. Ich eile zurück in das mittlerweile gefüllte Wartezimmer, um die nächste Patientin aufzurufen. Es wird ein langer Arbeitstag werden, denn es stehen noch mehrere Lippenunterspritzungen, einige Rhinoplastiken und diverse Augenlidoperationen auf der heutigen Agenda.

Die dargestellte Szene ist eine Deskription exemplarischer Aufgaben und Abläufe, die man in der Spiele-App »Beauty Clinic Plastic Surgery« von Bravo Kids Media absolvieren kann. Im Zuge des Spiels versetzt man sich in die Rolle einer »Professional Beauty Doctor« und imitiert in spielerischer Art und Weise die Durchführung ästhetisch-plastischer Verfahren an ausschließlich weiblichen Patientinnen. Obwohl das Spiel in einem Comic-Stil gestaltet ist, sind Operationsbesteck, technische Geräte und gesetzte Schnitte wirklichkeitsnah dargestellt. Bei diesem App-Design handelt es sich nicht um eine Ausnahmeerscheinung, denn es existieren zahlreiche weitere Apps, wie »Celebrity Plastic Surgery Hospital«, »High School Clinic Affair« oder »Princess Girl Plastic Surgery«, die nach demselben Prinzip konzipiert sind. Spiele-Apps dieser Art werden mitunter als »educational game[s]«, also als pädagogisch lehrreiche Spiele (play.google.com 2018a) beworben, durch die Kinder viel über Medizin lernen könnten (vgl. play.google.com 2018b).

In Reaktion auf die Existenz und stetige Zunahme solcher Spiele-Apps initiierte im Januar 2017 das internationale Netzwerk »Endangered Bodies«, das sich für mehr Vielfalt in der öffentlichen Darstellung von Körpern einsetzt (vgl. endangeredbodies.org 2018), eine Online-Petition mit dem Titel »Stop cosmetic surgery

apps aimed at kids: #surgeryisnotagame«. Die Petition wurde explizit an Apple, Google und Amazon als Hauptanbieter solcher Spiele-Apps gerichtet und kritisiert die Verharmlosung der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie sowie die negativen Effekte, die diese Apps auf die Körperselbstbilder, insbesondere die von Kindern und Jugendlichen, haben (vgl. change.org 2018). In der Folge wurden bei allen drei Anbietern einige solcher Apps gelöscht, allerdings sind mittlerweile auch ähnlich entworfene Apps bei den gleichen und anderen Anbietern neu erschienen.

Die Diskussion um die Spiele-Apps ist nur ein Beispiel aus einer Reihe öffentlich geführter Debatten zu Intentionen, Effekten und Gefahren der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie. Denn bereits in der Vergangenheit entbrannten mehrfach ähnliche Auseinandersetzungen und Kontroversen. Im Rahmen einer 2015 vom Vatikan veranstalteten Konferenz zur Rolle der Frau in der Gesellschaft wurde die Ästhetisch-Plastische Chirurgie in einem Arbeitspapier des Päpstlichen Kulturrates als »Aggression gegen den weiblichen Körper« und als »Burka aus Fleisch« bezeichnet, durch die das natürliche Aussehen von Frauen verhüllt werde (Langer 2015). Die italienische Schauspielerin Nancy Brilli, die als Werbeträgerin der Veranstaltung tätig war, entgegnete den Äußerungen auf einer Pressekonferenz: »Wenn eine Frau ihr Aussehen operativ verändert, weil sie sich unwohl fühlt, verstehe ich nicht, warum dies dämonisiert oder kritisiert wird« (dpa 2015). Brilli drückt mit dieser Aussage zum einen ihr Unverständnis darüber aus, wie der Päpstliche Kulturrat die Nutzung von ästhetisch-plastischen Eingriffen interpretiert, zum anderen zeichnet sich in ihrer Aussage eine gegensätzliche Perspektive ab, die die Ästhetisch-Plastische Chirurgie positiv deutet, da sie Frauen auch helfen könne, sich wieder wohlfühlen.

In den 2000er Jahren sorgten Reality-TV-Shows zur Ästhetisch-Plastischen Chirurgie für ähnlich ambivalente Debatten. Eine der ersten Sendungen zum Thema war die von ProSieben ausgestrahlte Show »The Swan – Endlich schön!« (2004), die zeigte, wie Frauen durch Ästhetisch-Plastische Chirurgie eine »Verwandlung« vom hässlichen Entlein zum wunderschönen Schwan anstrebten. In der MTV-Sendung »I Want a Famous Face« (2004–2005) wurden junge Erwachsene dabei begleitet, wie sie sich ästhetisch-plastischen Operationen unterzogen, um wie eine berühmte Person auszusehen. In der Doku-Soap »Extrem schön! – Endlich ein neues Leben!« des Senders RTL II (2009–2018) wurden die Teilnehmer*innen für mehrere Wochen von ihrem sozialen Umfeld getrennt, durchliefen ein umfassendes »Make-Over«, zu dem auch mehrere ästhetisch-plastische Eingriffe zählten, und wurden ihren Familien und Freunden anschließend als »neue« Menschen vorgestellt.¹ Die verschiedenen Sendungen eint, dass die Geschichte der

1 Wie bereits bei den Spiele-Apps folgten auch bei den Fernsehsendungen zur Ästhetisch-Plastischen Chirurgie zahlreiche Ableger-Formate, die ähnlich konzeptualisiert waren. Zu den im deutschsprachigen Raum bekanntesten Sendungen zählen u.a. »Alles ist möglich«

jeweiligen Protagonist*innen als langer Leidensweg dargestellt wird, der durch die Hilfe von ästhetisch-plastischen Chirurg*innen endlich ein Ende findet.

Wie bei den Spiele-Apps formierte sich auch bei den TV-Shows rasch öffentlicher Protest. So wurde etwa auf Initiative der Bundesärztekammer 2004 die »Koalition gegen den Schönheitswahn« gegründet, die von Mediziner*innen, Kirchenvertretern, Politiker*innen sowie von diversen Verbänden und Kommissionen unterstützt wird. Die Koalition konstatiert, dass Ästhetisch-Plastische Chirurgie im Fernsehformat »für ein hohes Potenzial an Diskussionsstoff in der Gesellschaft gesorgt« habe und kritisiert »die Vermarktung schönheitschirurgischer Leistungen in den Medien als ›unerträglichen‹ Tabubruch« (Bundesärztekammer 2018a). Als Reaktion auf die Gründung der Initiative veröffentlichte wiederum die Deutsche Gesellschaft für Ästhetisch-Plastische Chirurgie (DGÄPC) einen an die Koalition gerichteten Offenen Brief. Darin wurde u.a. kritisch angemerkt, dass die Namensgebung der Koalition die Patient*innen wie auch die Fachärzt*innen als »Schönheits-Wahnsinnige« diskreditieren würden (DGÄPC 2005: 4) und dass die Koalition gegründet worden sei,

»ohne zuvor diejenigen Spezialisten gefragt zu haben, die sich schwerpunktmäßig oder ausschließlich mit der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie beschäftigen. Diese Plastischen Chirurgen hätten Ihnen wertvolle, aktuelle und korrekte Informationen geben können, mit deren Hilfe eine umfassende Aufklärung der Öffentlichkeit über die angeprangerten Missstände möglich wäre.« (DGÄPC 2005: 3)

Die Reaktion der DGÄPC auf die Gründung der »Koalition gegen den Schönheitswahn« verdeutlicht, wie die anderen angeführten Beispiele, dass die Ästhetisch-Plastische Chirurgie in einer solchen Regelmäßigkeit, Intensität und Moralität hinsichtlich ihrer Zielsetzungen und Effekte öffentlich diskutiert wird, wie es kaum bei einer anderen medizinischen Disziplin der Fall ist. An den nachgezeichneten Debatten ist auffallend, dass die Deutungen der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie gegensätzlicher kaum ausfallen könnten – zwischen Traumberuf und Jugendgefährdung, zwischen Unterdrückung und Selbstbestimmung, zwischen Heilung und Schönheitswahn. Immer präsent ist innerhalb der Diskussionen dabei vor allem der Stellenwert der öffentlichen Wahrnehmung der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie, um die teilweise sehr vehement verhandelt und gestritten wird. Die Datengrundlage, auf die für die argumentativen Auseinandersetzungen häufig zurückgegriffen wird, ist indes eher undurchsichtig, wie ein weiteres Beispiel zeigt.

(2004, RTL), »Aus alt mach neu – Brigitte Nielsen in der Promi-Beauty-Klinik« (2008, RTL), »Beauty Queen« (2004, RTL), »Ein Leben für die Schönheit – Alltag der Schönheitschirurgen« (2010–2013, ATV), »Schönheit um jeden Preis – Letzte Hoffnung: Skalpell« (2004, RTL II), »Spieglein, Spieglein...« (2008, VOX).

Ein Fall, der Gerichte europaweit bis heute beschäftigt und wegen dem die Ästhetisch-Plastische Chirurgie bereits im Jahr 2010 im Zentrum des öffentlichen Interesses stand, betrifft die Firma Poly Implant Prothèse (PIP). Eine französische Behörde deckte auf, dass die Firma zur Füllung der von ihnen vertriebenen Brustimplantate billiges Industriesilikon verwendete. Die Implantate wurden umgehend vom Markt genommen, die Firma wurde zwangsliquidiert und der PIP-Gründer Jean-Claude Mas wurde wegen Betrugs und Täuschung verurteilt. Behörden wie Medizinerverbände riefen damals dazu auf, dass sich Betroffene die Implantate wegen der gesundheitsgefährdenden Folgen entfernen lassen sollten (vgl. Bubrowski 2017). Für Deutschland ergab sich jedoch die Schwierigkeit, dass nicht genau beziffert werden konnte, wie viele Implantate und bei wem genau diese eingesetzt wurden. Prof. Dr. Peter M. Vogt, damaliger Präsident der Deutschen Gesellschaft der Plastischen, Rekonstruktiven und Ästhetischen Chirurgen (DG-PRÄC), kommentierte zu diesem Umstand:

»Die wichtige Frage, wie viele Mamma-Implantate insgesamt und wie viele minderwertige PIP-Prothesen implantiert worden sind, lässt sich auch unter maximaler Datenrekrutierung durch die Fachgesellschaften nur unzureichend beantworten. Die fragmentarische Datenlage über operierende Fachgruppen hinweg, mit unterschiedlich ausgeprägter Bereitschaft zur wissenschaftlichen Aufarbeitung des Implantatproblems, deutet immer mehr auf die Notwendigkeit eines zentralen Implantatregisters hin. [...] Gerade die Gruppe ästhetisch Operierender ist weit gefächert, zum Teil auch mit grenzüberschreitender Aktivität, was eine auch nur annähernd valide Datenakquise unmöglich macht.« (Vogt 2012: 41)

Die Feststellung, dass die Fachgesellschaften trotz größter Bemühungen keine Angaben zu Operationen geben können, in denen PIP-Prothesen eingesetzt wurden und dass dies verknüpft sei mit der breiten Fächerung der Gruppe von Mediziner*innen, die ästhetische Operationen vornehmen, verweist exemplarisch auf zwei potenziell problematische Umstände der Disziplin: Zum einen gibt es keine einheitliche, valide Datenlage zur Anzahl und Art von durchgeführten Operationen, zum anderen ist aufgrund verschiedener Regularien schwer zu ermitteln, wer genau zur »Gruppe ästhetisch Operierender« zählt. Welche Daten zu durchgeführten ästhetisch-plastischen Operationen ausfindig gemacht werden können, warum die Datenlage so »fragmentarisch« ist, wer ästhetisch-plastische Maßnahmen durchführen kann und darf und welche Eingriffe eigentlich zur Ästhetisch-Plastischen Chirurgie zählen, das wird im Folgenden unter Rückgriff auf die Informationen der diversen Fachgesellschaften beantwortet, um das Feld der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie genauer abzustecken.

Was ist Ästhetisch-Plastische Chirurgie? Fachdefinition und aktuelle Daten

Aus fachärztlicher Perspektive ist die Ästhetische Chirurgie, neben der Rekonstruktiven Chirurgie, der Verbrennungschirurgie und der Handchirurgie, ein Teilgebiet der Plastischen Chirurgie (vgl. DGPRÄC 2018a). Das Adjektiv »plastisch« geht auf das griechische »plássein« zurück und bedeutet »aus weicher Masse bilden, formen, gestalten« (Dudenredaktion 2014: 640).² Entsprechend befasst sich die Plastische Chirurgie mit dem operativen Bilden, Formen und Gestalten von Körper(masse)n und umfasst chirurgische Eingriffe, die »der Wiederherstellung, der durch angeborene Fehlbildungen, Krankheit, Unfall oder Alter gestörten Körperfunktionen und der Verbesserung der Körperform, einschließlich ästhetischer Veränderungen« dienen (DGPRÄC 2016). Chirurgische Maßnahmen, die dem zweiten Aspekt der ästhetischen Optimierung der Körperform dienen, bilden das Hauptaufgabengebiet des Fachbereichs »Ästhetische Chirurgie«. In dieser Teildisziplin der Plastischen Chirurgie sind Störungen des sogenannten äußeren Erscheinungsbilds von primärem Interesse, also vor allem sichtbare und damit die Ästhetik betreffende Anomalien und Veränderungen von Körperformen, die korrigiert werden sollen (vgl. VDÄPC 2018a).

Die angewendeten Verfahren werden unterteilt in chirurgische Operationen und minimal-invasive Maßnahmen. Derlei Eingriffe können rechtlich gesehen von allen approbierten Ärzt*innen angeboten und durchgeführt werden. Es dürfen sich allerdings nur diejenigen »Ästhetisch-Plastische Chirurg*innen« nennen, die über die Facharztqualifikation oder die Weiterbildung »Plastische und Ästhetische Operation« verfügen. Mediziner*innen aus anderen Fachgebieten (wie bspw. der Gynäkologie, der Dermatologie oder der Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde), die ästhetische Eingriffe vornehmen, die jedoch über keine entsprechende Zusatzausbildung verfügen, verwenden für diese Eingriffe rechtlich nicht geschützte Begriffe, wie den der »Schönheitschirurgie«, den der »Ästhetischen Medizin« oder den der »Kosmetischen Chirurgie«. Allerdings bewerben auch Fachärzt*innen der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie ihre Angebotspalette selbst mitunter als »Schönheitsoperationen« oder »ästhetisch-kosmetische Medizin«, was die fachbereichsspezifische Grenzziehung unscharf werden lässt. Die Bundesärztekammer verurteilt das Anbieten ästhetischer Eingriffe unter der Verwendung von rechtlich nicht geschützten Begriffen, da auf diese Weise Patient*innen eine Fachqualifikation suggeriert

-
- 2 Dass der Begriff »Plastik« neben einem medizinischen auch einen künstlerischen Wortsinn hat, wird von einigen Chirurg*innen der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie dahingehend in ihre Selbstverständnisse aufgenommen, dass sie sich als Künstler*in bzw. Bildhauer*in eines Kunstwerkes und die Ästhetisch-Plastische Chirurgie als ein Kunst-Handwerk verstehen (vgl. u.a. Klein 2014: 302f., Ensel 1996: 121-131).

werden könnte, die eventuell nicht besteht und somit eine Irreführung möglich ist (vgl. Bundesärztekammer 2012a).

Wie viele Ärzt*innen in Deutschland operative ästhetische Eingriffe durchführen, ist lediglich abschätzbar. Klar nachvollziehen lässt sich die Zahl der Mediziner*innen, die den Facharzttitel für Plastische und Ästhetische Chirurgie tragen: Für das Jahr 2018 beziffert die Bundesärztekammer die Anzahl dieser Fachärzt*innen auf 745 (Bundesärztekammer 2018b: 13). In dieser Zahl sind jedoch noch nicht jene Mediziner*innen enthalten, die auch ohne Facharztqualifikation ästhetische Operationen und Behandlungen durchführen. Zur Abschätzung dieser Zahl gab das Bundesministerium für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz ein Forschungsprojekt in Auftrag, welches ermittelte, dass im Jahr 2006 in Deutschland insgesamt 2.129 Ärzt*innen sowie Einrichtungen (mit und ohne Facharztqualifikation) ästhetische Eingriffe anboten (Korzcak 2007: 12). Auf ähnliche Ergebnisse für Deutschland kommt auch ACREDIS, eine Gruppe von europäischen Spezialzentren für Ästhetisch-Plastische Chirurgie, die für das Jahr 2012 von etwa 680-700 Ärzt*innen mit ästhetisch-plastischer Facharztqualifikation und von etwa 900-1000 Ärzt*innen aus anderen Fachdisziplinen ausgehen, die auch ästhetisch-plastische Eingriffe anbieten (ACREDIS 2013: 2).

Ähnlich undurchsichtig verhält es sich mit den Zahlen zu jährlich in Deutschland durchgeführten ästhetisch-plastischen Eingriffen, denn auch dafür liegen keine verlässlichen und alle Maßnahmen erfassenden Daten vor. Dies ist u.a. auch der Vielzahl von Fachverbänden und -gesellschaften geschuldet, die sich der Ästhetischen Chirurgie bzw. Medizin widmen. Denn viele der teilweise miteinander konkurrierenden Verbände und Gesellschaften haben unterschiedliche Kriterien bei der Aufnahme von Mitgliedern, erheben jeweils unterschiedliche Daten und veröffentlichen regelmäßig oder auch nur von Zeit zu Zeit eigene Statistiken. Hinzu kommt, dass viele ästhetisch-plastische Chirurg*innen und Mediziner*innen meist mehreren Verbänden oder Gesellschaften angehören, was die Datenlage nochmals undurchsichtiger werden lässt.³ Einen Anhaltspunkt

3 Eine Übersicht über deutsche Fachverbände und -gesellschaften der Ästhetischen Chirurgie bzw. Medizin, die keinen Anspruch auf Vollständigkeit beansprucht, soll die Komplexität nochmals verdeutlichen: Arbeitsgemeinschaft Ästhetik und Dermatologische Institute e.V. (AADI), Deutsche Gesellschaft der Plastischen, Rekonstruktiven und Ästhetischen Chirurgen (DGPRÄC), Deutsche Gesellschaft für Ästhetische Botulinumtoxin-Therapie e.V. (DG-BT), Deutsche Gesellschaft für Ästhetisch-Plastische Chirurgie (DGÄPC), Deutsche Gesellschaft für Dermatochirurgie e.V. (DGDC), Deutsche Gesellschaft für Intimchirurgie und Genitalästhetik e.V. (DGINTIM), Deutsche Gesellschaft für Kosmetische Zahnmedizin e.V. (DGKZ), Deutsche Gesellschaft für Plastische und Wiederherstellungschirurgie (DGPW), Gesellschaft für Ästhetische Chirurgie Deutschland e.V. (GÄCD), Gesellschaft für ästhetische und rekonstruktive Intimchirurgie Deutschland e.V. (GAERID), German Society of Anti-Aging Medicine e.V. (GSAAM), Internationale Gesellschaft für Ästhetische Medizin e.V. (IGÄM), Vereinigung

bietet die jährlich erhobene Statistik der International Society of Aesthetic Plastic Surgery (ISAPS), dem weltweit führenden Berufsverband für Fachärzt*innen der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie. Für das Jahr 2018 beziffert die ISAPS-Statistik 385.906 operative und 536.150 minimal-invasive ästhetische Eingriffe, die in Deutschland durchgeführt wurden – im weltweiten Vergleich lag Deutschland damit auf dem vierten Platz (vgl. ISAPS 2019: 31).

Aus dem Vergleich der Zahlen aus dem Jahr 2018 mit denen aus den Vorjahreserhebungen lässt sich schlussfolgern, dass die Anzahl von ästhetisch-plastischen Eingriffen seit Jahren in Deutschland signifikant steigt. Ähnlich verhält es sich auch mit den Zahlen zu denjenigen, die diese Eingriffe durchführen, denn auch die Anzahl von Mediziner*innen mit der Facharztausbildung für Plastische und Ästhetische Chirurgie wächst seit Jahren stetig an, wie die folgende Tabelle verdeutlicht:

Tabelle 1.1 Eingriffszahlen ästhetisch-plastischer Maßnahmen (Deutschland)

ISAPS – International Survey on Aesthetic/Cosmetic Procedures	2010	2014	2018
Ästhetisch-Plastische Operationen	184.639	287.262	385.906
Minimalinvasive Eingriffe	170.796	246.360	536.150
Gesamtzahl durchgeführter Verfahren	355.435	533.622	922.056
Mediziner*innen mit Facharzttitel für Plastische und Ästhetische Chirurgie	156	469	745

(Quellen: ISAPS 2019: 18, 2015: 2f., 2013: 3; Bundesärztekammer 2018b: 13, 2014: 13, 2010: 12; eigene Darstellung)

In der folgenden Tabelle 1.2 ist die Rangliste der am häufigsten durchgeführten ästhetisch-plastischen Maßnahmen in Deutschland für das Jahr 2018 dargestellt. Laut der ISAPS führen Brustvergrößerungen die Rangliste der operativen Verfahren an, dicht gefolgt von Fettabsaugungen auf Platz zwei. Es folgt mit wenig Abstand die Prozedur der Augenlidoperation. Mit etwas geringeren Operationszahlen rangieren die Eingriffe der Bauchdecken- und Bruststraffung auf dem vierten und fünften Platz. Der Vergleich mit den Ranglisten der Vorjahreserhebungen (vgl. ISAPS 2015: 14; 2013: 10) fördert zutage, dass diese fünf Operationsverfahren seit Jahren in abwechselnder Reihenfolge die Rangliste dominieren. Das Ranking der häufigsten nicht-operativen Verfahren in Deutschland führen im Jahr 2018, wie auch in den vergangenen Jahren, mit deutlichem Abstand die minimalinvasiven

der Deutschen Ästhetisch-Plastischen Chirurgen (VDÄPC). Zur Problematik der Ermittlung von validen Daten im Bereich der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie vgl. ausführlicher Korzcak 2007.

Eingriffe mit Botulinumtoxin und Hyaluronsäure an. Mit weitaus weniger Eingriffen rangieren auf den folgenden Plätzen nicht-operative Alternativen zu Verfahren der Fettreduktion sowie zur Straffung und Glättung der Haut (vgl. ISAPS 2019: 18).

Tabelle 1.2 Häufigkeitsverteilung ästhetisch-plastische Maßnahmen (Deutschland)

ISAPS – International Survey on Aesthetic/Cosmetic Procedures	Top 5 Operationen 2018	Top 5 minimal-invasive Eingriffe 2018
	1. Brustvergrößerung (65.876)	1. Botulinumtoxin (321.702)
	2. Fettabsaugung (63.694)	2. Hyaluronsäure (174.900)
	3. Augenlidoperation (57.417)	3. Nichtinvasive Fettreduktion (14.850)
	4. Bauchdeckenstraffung (30.806)	4. Calcium-Hydroxylapatit (4.492)
	5. Bruststraffung (25.407)	5. Ablative Lasertherapie (4.223)

(Quelle: ISAPS 2019: 18; eigene Darstellung)

Zur Expansion und Etablierung der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie – ein historischer Exkurs

Die heutigen ästhetisch-plastischen Operationstechniken wurden bereits in der Zeit zwischen 1840 und 1900 innerhalb der Chirurgie entwickelt. Bis dato wurden zwar auch ästhetisch-operative Veränderungen vorgenommen, allerdings aufgrund der Langwierigkeit der Heilungsprozesse, der immensen Schmerzbelastung und des durch Infektionen sehr hohen Mortalitätsrisikos nur ausgesprochen selten (vgl. Gilman 2005a: 62, 72, 83). Mit dem beginnenden 20. Jahrhundert stieg jedoch die Anzahl ästhetisch-plastischer Operationen plötzlich rapide an, was mehreren Ursachen geschuldet war:

So setzten sich etwa zeitgleich zwei medizinische Innovationen durch, die maßgeblich die Risiken von Operationen verringerten: die Anästhesie, die ab den 1880er Jahren in Form von Äther zur Narkose und Kokain zur örtlichen Betäubung angewandt wurden, sowie die Mitte der 1860er Jahre entwickelte Asepsis, im Rahmen derer Wunden mit desinfizierender Karbolsäure behandelt und Operationsbesteck sowie die Hände von Chirurg*innen mit Chlor gereinigt wurden (vgl. Gilman 2005a: 62f., Ramsbrock 2011: 114). Darüber hinaus bedingten auch die körperlichen Folgen des Ersten Weltkrieges das Erstarken der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie, insoweit dieser Krieg aufgrund der zahlreichen und massiven Verletzungen und Verstümmelungen ein »Experimentierfeld für plastische Chirurgen« (Ramsbrock 2011: 136) darstellte, auf dem Operationstechniken neu entwickelt, optimiert und ausdifferenziert wurden (vgl. Ramsbrock 2011: 124-137; Gilman 2001: 157-168).

Im Zuge der Entwicklungen der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie zu Beginn des 20. Jahrhunderts änderte sich allmählich auch die Funktion der Eingriffe.

Durch die risikosenkenden Fortschritte der Anästhesie und Asepsis wurden nicht mehr nur medizinisch notwendige Operationen, sondern auch von Patient*innen gewünschte Eingriffe durchgeführt (vgl. Gilman 2005a: 83). Waren bis dahin die durch Infektionskrankheiten⁴, Unfälle, Kämpfe und Bestrafungen verursachten Entstellungen und die daraus resultierende Angst vor gesellschaftlicher Stigmatisierung der hauptsächliche Anlass für ästhetische Operationen, so nahmen zu Beginn des 20. Jahrhunderts Operationen zu, mit denen die Absicht verbunden war »to minimize or eradicate physical signs of race or ethnicity that they [die Patient*innen; Anmerk. J.W.] believe mark them as ›other« (Haiken 1997: 175f.). In Europa galten zu dieser Zeit vor allem Jüdinnen und Juden als ›other‹, also ›anders‹, und entsprechend wurde über ästhetische Operationen versucht, ein vermeintlich jüdisches Aussehen zu verschleiern, denn mit stereotypen Körperbildern wie der ›Hakennase‹ oder ›Moritz-Ohren‹ wurden stigmatisierende Zuschreibungen wie Krankheit und Verderbtheit verbunden (vgl. Davis 2008: 45; Gilman 2005b: 114ff.).⁵

Neben Eingriffen, die vermeintliche ethnische Körperauffälligkeiten verbergen sollten, gewannen im 20. Jahrhundert auch allmählich jene Operationen an Beliebtheit, die Alterserscheinungen – allen voran diejenigen im Gesichtsbereich – behandelten. So wurde das erste Facelift im Jahre 1901 durchgeführt, wobei die angewendete Technik sogar selbst von der Patientin, einer polnischen Aristokratin, vorgeschlagen wurde. Rasch folgten die erste kosmetisch indizierte Augenlidstraffung im Jahr 1906, die erste operative Behandlung von Hängewangen im Jahr 1912, die erste Maßnahme zur Entfernung von Doppelkinnen im Jahr 1919, die ersten subkutanen Eigenfettunterspritzungen in den 1920er Jahren und schließlich wurden ab den 1940er Jahren vermehrt Verfahren zur Brustvergrößerung durch Siliko-

4 Syphilis war eine der zentralen Infektionskrankheiten, mit deren Folgen sich ästhetisch-plastische Chirurgen beschäftigten. Die sich im 16. Jahrhundert in Europa epidemisch ausbreitende Krankheit hatte nicht selten das Zersetzen der Nase, oder, wenn die Syphilis vererbt wurde, eine entstellte Nasenform, die sogenannte ›Sattelnase‹, zur Folge. Mit der Krankheit ging ein hoher Grad der Stigmatisierung einher, da die Kirche die Krankheit als Gottesstrafe auslegte. Aber auch ohne religiöse Interpretation blieb das Stigma bestehen, denn Syphilis wurde und wird vor allem beim Geschlechtsverkehr übertragen. Entsprechend wurde eine sichtbare Entstellung durch Syphilis als Folge eines moralischen Fehlverhaltens gedeutet (vgl. Davis 1995: 15; Gilman 2001: 49-60).

5 In den USA führte die Einwanderungsbewegung am Ende des 19. Jahrhunderts bzw. am Anfang des 20. Jahrhunderts dazu, dass ästhetisch-plastische Operationen zunahmen, da viele Immigrierende versuchten, sich nicht nur sozial, sondern auch körperlich zu assimilieren und mögliche Stigmatisierungen aufgrund ihres Aussehens zu vermeiden. Ein weiteres Beispiel ethnisch motivierter Ästhetischer Chirurgie betrifft die nach dem Zweiten Weltkrieg u.a. von Koreaner*innen, Japaner*innen und Chines*innen gewünschte Augenlid-Operation, durch die ein ›westliches‹, d.h. doppeltes Augenlid erzielt werden sollte (vgl. Davis 2008: 46; Gilman 2005b: 112ff., 122-127).

ninjektionen und -implantaten entwickelt und optimiert (vgl. Gilman 2005a: 84-91, 98-102).

In Folge des Wandels der Intention plastischer Eingriffe etablierte sich die Unterscheidung von Wiederherstellungschirurgie – mit der Absicht, den »natürlichen« Zustand des Körpers wiederherzustellen –, und rein ästhetischer Chirurgie – mit dem Streben, das ästhetische »Normalmaß« zu übertreffen (vgl. Gilman 2005a: 96ff.). Als ein charakteristisches Merkmal für die vorrangig ästhetisch motivierte Chirurgie galt eine gänzlich neue Indikationsstellung. So hielt Dr. Eugen Holländer, einer der Pioniere der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie, in seinem Beitrag zur kosmetischen Chirurgie im 1912 erschienenen »Handbuch der Kosmetik« fest:

»Ist eine Operation und der Vorschlag zu einer solchen in der übrigen Medizin meist das Resultat ärztlicher Überlegungen und Besprechungen, so ist der Modus bei kosmetischen Eingriffen ein umgekehrter. Der Patient kommt zum Chirurgen und will seinen Schaden kuriert haben, denn dieser liegt ja meistens offen zutage. Der Schönheitsfehler erübrigt eine gelehrte Diagnose.« (Holländer 1912: 672)

Für die Ästhetisch-Plastische Chirurgie sei also kennzeichnend, dass Patient*innen nicht nur die Diagnostik, sondern auch die Auswahl der Behandlungsmaßnahmen selbst vornahmen. Dieses Phänomen hätte keiner weiteren Diskussion bedurft, wenn nicht die »Zahl der unberechtigten Wünsche nach operativer Veränderung [...] eine unglaublich große« geworden wäre (Holländer 1912: 673). Dass die Chirurg*innen mit einer immer größer werdenden Zahl von Patient*innen konfrontiert wurden, die den Wunsch nach einer ästhetisch-operativen Veränderung hegten, führte den Berufsstand zu der Frage: »Wie soll sich nun der Arzt dem Verlangen solcher Patienten gegenüber verhalten?« (ebd.: 672). Viele zeitgenössische Mediziner*innen sahen das in der hippokratischen Tradition stehende Prinzip »primum non nocere« (lat. für »erstens nicht schaden«) verletzt, da ästhetisch-plastische Chirurg*innen nicht zum Ziel (gehabt) hätten, Krankheiten zu heilen, sondern »lediglich« Schönheit zu erschaffen. Dass zur Erlangung eines ästhetischeren Erscheinungsbilds das risikoreiche Verletzen von an sich unversehrten Körpern in Kauf genommen wurde, sahen viele der damaligen Mediziner*innen als unvereinbar mit dem ärztlichen Berufsethos (vgl. Ramsbrock 2011: 138; Gilman 2005a: 96f.). Doch wie Holländer, der der Ästhetischen Chirurgie selbst kritisch gegenüberstand, einwendet:

»Andere seriöse Ärzte nehmen in der Diskussion über diesen Gegenstand eine andere Stellung ein und behaupten, dem Wunsch solcher Patienten, berechtigt oder unberechtigt, könne Folge geleistet werden ohne jede ethische Beeinträchtigung des Standesgefühls, und machen im Bewußtsein ihrer technischen Sicherheit jede Operation, die gewünscht und bezahlt wird [...].« (Holländer 1912: 673)

Es gab demnach auch Ärzt*innen, die den Hippokratischen Eid als vereinbar mit der Durchführung rein ästhetische Operationen ansahen und die sich nach den Wünschen der Patient*innen richteten, ohne eine Bewertung dieser vorzunehmen. Diese kritisch geführte Diskussion über die Berechtigung und die Wirkung Ästhetisch-Plastischer Chirurgie beschränkte sich jedoch nicht nur auf einen innermedizinischen Diskurs, sondern reichte weit darüber hinaus, denn mit »der Anzahl der Verfahren und Eingriffe stieg [...] auch das gesellschaftliche Stigma im Zusammenhang mit der Schönheitschirurgie« (Gilman 2005a: 96). Die Stigmatisierung betraf aber nicht nur Personen, die ästhetisch-plastische Eingriffe wünschten, sondern ebenso jene, die diese anboten und vollzogen, und die Stigmatisierung ging nicht nur von anderen Mediziner*innen aus, sondern eben auch von der Gesellschaft.

Dass die gesellschaftliche Anerkennung bzw. Ablehnung für den Berufsstand der ästhetisch-plastische Chirurg*innen von fundamentaler Bedeutung war, zeigt sich u.a. auch in der medizinischen Fachliteratur, in der das soziale Miteinander in der Öffentlichkeit immer wieder in Bezug auf die Entwicklung der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie thematisiert wurde. So beantwortet etwa die Chirurgin Suzanne Noël in ihrem Werk »Die Ästhetische Chirurgie und ihre soziale Bedeutung« (1932) die Frage, warum sie sich ausgerechnet der Ästhetischen Chirurgie zugewandt habe, mit mehreren Falldarstellungen von Personen, die sie operiert hat. Allesamt teilen ein tragisches Schicksal und hätten durch ihr operatives Wirken wieder Arbeit und Lebenszufriedenheit finden können (vgl. Noël 1932: 10-15). Sie vollendet ihren Bericht mit folgendem Resümee:

»Jetzt hat sich die ästhetische Chirurgie ihren Platz errungen. Die Schwierigkeiten sind zum großen Teil beseitigt. Zuerst mußte die beschränkte Gesinnung überwunden werden, die in ihr etwas beinahe Verabscheuenswerthes sah [...].« (Noël 1932: 15)

Die Erklärung, dass »Schwierigkeiten« aus dem Weg geräumt und »beschränkte« Ansichten überwunden werden mussten, zeugt von langwierigen Anstrengungen um die gesellschaftliche Anerkennung der Ästhetischen Chirurgie. Diese Anerkennung sei ihr aber nun zuteil geworden, sie habe sich »ihren Platz errungen«, sie werde nach einem mühsamen Prozess von der Gesellschaft endlich als legitim akzeptiert. Zumindest verwunderlich ist nun aber, dass knapp achtzig Jahre nach dieser Aussage die Ästhetisch-Plastische Chirurgie immer noch und in einer sehr ähnlichen Weise mit der Frage nach ihrem Stand innerhalb der Gesellschaft beschäftigt zu sein scheint.

So werden etwa die jährlich veröffentlichten Statistiken der Vereinigung der Deutschen Ästhetisch-Plastischen Chirurgen (VDÄPC) stets hinsichtlich des gesellschaftlichen Stellenwerts der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie kommentiert. Die Ergebnisse der Umfrage für das Jahr 2015 interpretiert der damalige Präsident der

VDÄPC, Prof. Dr. E. Magnus Noah, mit den Worten: »Unsere Zahlen zeigen, dass die Ästhetisch-Plastische Chirurgie inzwischen auch in Deutschland – ähnlich wie in den USA – zunehmend zur Selbstverständlichkeit wird« (VDÄPC 2016). Ein Jahr später meinte der neu gewählte Präsident, Prof. Dr. Dennis von Heimburg, resümierend zu den Ergebnissen: »Die Ästhetisch-Plastische Chirurgie ist inzwischen in der Mitte der Gesellschaft angekommen« (VDÄPC 2017). Mit den Aussagen, dass die Ästhetisch-Plastische Chirurgie zur »Selbstverständlichkeit« geworden und in der »Mitte der Gesellschaft« angekommen sei, wird impliziert, dass sie zur Normalität geworden sei und in der Gesellschaft nicht mehr als eine Absonderlichkeit wahrgenommen werde. In beiden Statements wird auch betont, dass dieser Umstand »inzwischen« der Fall sei. Damit wird angedeutet, dass es eine Entwicklung hin zur gesellschaftlichen Akzeptanz gab, die allerdings bis jetzt andauert.

Kommentierungen zum gesellschaftlichen Ansehen der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie beschränken sich jedoch nicht nur auf die VDÄPC, sondern werden auch von anderen Fachgesellschaften, wie etwa bei der DGPRÄC, veröffentlicht. In der Pressemitteilung zur Bekanntgabe des 2017 neu gewählten Präsidenten der DGPRÄC, Prof. Dr. Riccardo Giunta, wird festgehalten, dass es ihm darum ginge, die »Plastische Chirurgie sichtbarer [zu] machen« (DGPRÄC 2017). Die Disziplin solle »in der öffentlichen Wahrnehmung optimiert werden [...] 2018 werde daher die Öffentlichkeitsarbeit anlässlich des 50. Jubiläums der DGPRÄC verstärkt« (ebd.). Auch an diesem Statement wird deutlich, dass dem öffentlichen Ansehen der eigenen Disziplin ein hoher Wert beigemessen wird. Darüber hinaus wird betont, dass es noch Steigerungspotenzial hinsichtlich der gesellschaftlichen Wahrnehmung gebe, weshalb Bemühungen getätigt werden sollen, diese noch weiter zu verbessern.

Was die Aussage von Dr. Noël mit denen von Prof. Dr. Noah, Prof. Dr. von Heimburg und Prof. Dr. Giunta eint, ist die Annahme über eine gesellschaftliche Ablehnung der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie, die nach einem langwierigen Prozess nun im Begriff ist, überwunden zu werden. Was die jeweiligen Überlegungen trennt, sind allerdings über acht Jahrzehnte, d.h. bereits vor einem knappen Jahrhundert wie auch gegenwärtig bleibt die Ästhetisch-Plastische Chirurgie nicht unberührt von Fragen nach ihrer Berechtigung und ihren Absichten, ihren Möglichkeiten und Grenzen sowie nach ihren Ergebnissen und Effekten. Darüber hinaus verdeutlichen die Aussagen, dass die Ästhetisch-Plastische Chirurgie in Bezug auf ihre Legitimität ständig im Werden begriffen ist, denn trotz andauernder Konstatierungen von gesellschaftlicher Akzeptanz der Disziplin sind ästhetisch-plastische Chirurg*innen fortlaufend darum bemüht, eben diese Akzeptanz zu erzeugen, einzufordern und/oder zu verteidigen. Das zeigt sich nicht etwa nur in den Bemühungen um eine optimierte Öffentlichkeitsarbeit, wie es in der Vorankündigung zum 50. Jubiläum der DGPRÄC formuliert wurde, sondern auch darin, dass ästhetisch-plastische Chirurg*innen die ambivalent geführten Debatten mindestens

kommentieren oder sogar argumentativ mitgestalten, wie die eingangs dargestellten Beispiele zu Reality-TV-Sendungen und zum PIP-Skandal gezeigt haben.

Auffallend an den angeführten Kommentierungen und Aussagen ästhetisch-plastischer Chirurg*innen ist, dass für die An- oder Aberkennung der Legitimität der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie vor allem die gesellschaftliche Perspektive immer wieder als Bezugspunkt herangezogen wird: Ob die Öffentlichkeit, die korrekt über die Ästhetisch-Plastische Chirurgie aufgeklärt werden müsse, oder die gesellschaftliche Stigmatisierung, die Patient*innen und Mediziner*innen der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie drohe; ob die Kinder und Jugendlichen, die durch die Ästhetisch-Plastische Chirurgie gefährdet seien oder aber die Gesellschaft, für die die Ästhetisch-Plastische Chirurgie zur Selbstverständlichkeit werde; der gesellschaftlichen Perspektive scheint fortwährend ein hoher Wert im Urteil über die Berechtigung der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie zugeschrieben zu werden.

Die vorliegende Arbeit setzt an dem dargestellten spannungsreichen Zusammenhang zwischen gesellschaftlichen Betrachtungsweisen und medizinprofessionellen Eigenverständnissen an und fragt nach gegenwärtigen Mustern der (De-)Legitimierung der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie in Deutschland.

Zur Beantwortung dieser Frage wird in einem ersten Schritt erfasst, wie die Ästhetisch-Plastische Chirurgie aus einer dezidiert soziologischen Perspektive heraus bestimmt werden kann (Kap. 2). So wird zunächst diskutiert, ob die Ästhetisch-Plastische Chirurgie als ein Expert*innentum, eine Profession oder als ein Spezialist*innentum bestimmt werden kann (Kap. 2.1). Im Anschluss wird aufgezeigt, inwieweit die Ästhetisch-Plastische Chirurgie als optimierende Körperarbeit gefasst (Kap. 2.2) und wie sie zwischen verschiedenen Medizinverständnissen verortet werden kann (Kap. 2.3). In den folgenden Unterkapiteln wird zum einen anhand der Darstellung verschiedener Transformationsprozesse, die die Medizin gegenwärtig durchläuft, aufgezeigt, warum die Ästhetisch-Plastische Chirurgie als ein Phänomen der Entgrenzung gerahmt werden kann (Kap. 2.4). Zum anderen wird die Ästhetisch-Plastische Chirurgie im Kontext reflexiver Modernisierungsprozesse verortet und es werden die sich daraus ergebenden Konsequenzen für das Feld der Medizin wie auch für die Alltagswelt aufgezeigt (Kap. 2.5). Abschließend wird, mit Blick auf die Personengruppen, die in dieser Studie in den Fokus gerückt werden, der Forschungsstand rekonstruiert und die konkreten Fragestellungen dieser Forschungsarbeit formuliert (Kap. 2.6).

Im Anschluss an die theoretische Bestimmung der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie als Forschungsgegenstand wird in Kapitel 3 dargelegt, wie die Erforschung des Verhältnisses der gesellschaftlichen Betrachtungsweisen und der medizinprofessionellen Eigenverständnisse methodologisch gefasst und methodisch umgesetzt wurde. Zunächst werden die Spezifika des Alltags- und Expert*innenwissens als den zentral interessierenden Wissensbeständen dieser Studie herausgearbeitet (Kap. 3.1). Daran anschließend wird dargelegt, welche Verfahren zur Erhebung

der jeweiligen Wissensformen ausgewählt wurden, wie sich die Auswahl der im Rahmen dieser Forschungsarbeit interviewten Personen begründet, welche inhaltlichen Schwerpunkte in der Befragung gesetzt wurden, welche Modi der Befragung sich aus der Forschungskonzeption ergaben sowie welches Auswertungsverfahren zur Interpretation der Daten Anwendung fand (Kap. 3.2). Innerhalb des letzten Unterkapitels werden schließlich die interviewten Akteur*innen der Alltagswelt und die Chirurg*innen der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie bzw. der Ästhetischen Medizin näher vorgestellt (Kap. 3.3).

Die empirischen Rekonstruktionen (Kap. 4 bis 7) untergliedern sich jeweils in ein Unterkapitel, in dem die rekonstruierten Orientierungen der Alltagsakteur*innen dargestellt werden, in ein Unterkapitel, das die Analysen zu den Orientierungen der Chirurg*innen versammelt sowie in ein Unterkapitel, in welchem die Ergebnisse der vorangegangenen Unterkapitel abschließend miteinander diskutiert werden. Die ersten beiden empirisch ausgerichteten Kapitel (Kap. 4 und 5) sind durch die Unternehmungen der Alltagsakteur*innen und Chirurg*innen, die Ästhetisch-Plastische Chirurgie zu bestimmen, dominiert. In Kapitel 4 wird dargestellt, wie die interviewten Personengruppen die Ästhetisch-Plastische Chirurgie in innermedizinischen Kontexten verorten, um eine erste definitorische Bestimmung dieser medizinischen Fachdisziplin vorzunehmen und um für sich (und untereinander) zu ergründen, was die Ästhetisch-Plastische Chirurgie im Vergleich zu anderen Fachdisziplinen kennzeichnet. In Kapitel 5 wird geschildert, wie die interviewten Alltagsakteur*innen und Chirurg*innen darüber hinaus auch versuchen, die Ästhetisch-Plastische Chirurgie hinsichtlich ihrer Wirkungsweise innerhalb sozialer Entwicklungsdynamiken und Wandlungsprozesse zu bestimmen, um eine weitere Eingrenzung des Gegenstandsbereiches zu erreichen.

Die darauffolgenden empirischen Kapitel (Kap. 6 und 7) widmen sich den alltagsweltlichen und medizinprofessionellen Verhandlungen zur Anwendung der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie. In Kapitel 6 werden Analysen vorgestellt, die durch die Erörterung der Frage nach den individuellen Effekten und der generellen Effektivität ästhetisch-plastischer Eingriffe getragen werden, wofür die Alltagsakteur*innen wie auch die Chirurg*innen den Blick dezidiert auf die Patient*innen als den Nutzer*innen dieser Eingriffe richten. Im sich anschließenden Kapitel 7 werden dagegen jene rekonstruierten Orientierungen der Alltagsakteur*innen und Chirurg*innen zusammengeführt, die den Aspekt der Berechtigung zum Thema haben. Dabei werden zum einen Verhandlungen einbezogen, in denen die Frage nach der Rechtmäßigkeit derjenigen Personen, die Ästhetisch-Plastische Chirurgie praktizieren, diskutiert wird. Zum anderen werden auch Verhandlungen dargestellt, in denen der Fokus auf den Grenzen der Befugnis zur Ausübung ästhetisch-plastischer Eingriffe liegt.

In einem abschließenden Schritt (Kap. 8) werden die rekonstruierten Orientierungen der interviewten Alltagsakteur*innen und Chirurg*innen der Ästhetisch-

Plastischen Chirurgie bzw. Ästhetischen Medizin in Bezug auf relevante Gemeinsamkeiten und wesentliche Unterschiede zusammenführend dargestellt. Im Anschluss daran werden die herausgearbeiteten Orientierungen hinsichtlich der zentralen Forschungsfrage nach gegenwärtigen Mustern der (De-)Legitimierung von Ästhetisch-Plastischer Chirurgie vergleichend diskutiert und es wird ein Forschungsausblick an sich anschließende Forschungsfragen eröffnet.

