

Ganz schön operiert

Ästhetisch-Plastische Chirurgie als optimierende Körperarbeit

Julia Wustmann

Im Rahmen ästhetisch-plastischer Verfahren werden Körper vermessen und eingeordnet, sie werden aufgeschnitten und modifiziert, in sie wird injiziert und implantiert. All diese Prozesse können als Körperarbeit gefasst werden im Sinne von »work that focuses directly on the bodies of others [...] that thus become the object of the worker's labour« (Twiggy et al. 2011: 1). Die Körperarbeit, die ästhetisch-plastische Chirurg*innen leisten, zeichnet sich also dadurch aus, dass sie auf andere Körper bezogen ist, die zu Objekten ihrer Arbeit werden. Das operative Bilden, Formen und Gestalten von Körper(masse)n verfolgt in der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie das Ziel der ästhetischen Optimierung und umfasst minimal-invasive sowie chirurgische Eingriffe (vgl. VDÄPC 2018).

Ein Exkurs zur Geschichte der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie

Auch wenn die Ästhetisch-Plastische Chirurgie eine vergleichsweise junge Fachdisziplin ist – in Deutschland wurde der Facharzttitel der Plastischen Chirurgie erst im Jahr 2005 um den Schwerpunkt der Ästhetik erweitert und lautet seither »Facharzt/Fachärztin für Plastische und Ästhetische Chirurgie« (vgl. Maas 2005: 30ff.) – so reichen die Ursprünge der Disziplin jedoch weiter zurück und sind eng verknüpft mit den Wurzeln der chirurgischen Medizin selbst. Der Chirurgie war es seit jeher ein Anliegen ästhetische Ergebnisse zu erzielen, aber im Verlauf ihrer Geschichte finden sich auch immer wieder konkrete Beispiele für ästhetisch motivierte plastische Eingriffe, etwa zu einem Verfahren zur operativen Entfernung von Bauchfett im 1. Jahrhundert n.Chr.

oder zur chirurgischen Behandlung von Gynäkomastie im 7. Jahrhundert n.Chr. (vgl. Gilman 2005: 64ff.). Bei solchen überlieferten Fällen handelt es sich jedoch um seltene Einzelfälle, denn aufgrund mangelnder Möglichkeiten zur Betäubung und allgemein niedrigen Hygienestandards war das Mortalitätsrisiko bei Operationen sehr hoch und sie wurden in der Regel nur bei medizinischer Notwendigkeit durchgeführt (vgl. ebd.).

Das Risiko von operativen Eingriffen sank drastisch, als im Laufe des 19. Jahrhunderts damit begonnen wurde Patient*innen mit Äther und Kokain zu betäuben (Anästhesie) und Operationsbesteck sowie Hände von Operateur*innen mit Karbolsäure bzw. Chlor zu desinfizieren (Antisepsis) (vgl. Gilman 2005: 62f.; Ramsbrock 2011: 114). Entsprechend des abnehmenden Infektions- und Mortalitätsrisikos stieg die Anzahl chirurgischer Eingriffe und damit auch ästhetisch-plastischer Operationen rapide an. Zu einer weiteren Steigerung der Anzahl ästhetisch-plastischer Verfahren führten überdies auch die Folgen des 1. Weltkrieges. Denn durch die zahlreichen, teils massiven Verletzungen und Verstümmelungen wurde dieser Krieg zu einem »Experimentierfeld für plastische Chirurgen« (Ramsbrock 2011: 136), auf dem Operationstechniken verbessert oder neu entwickelt wurden.

Im Zuge dieser Entwicklungen begann sich auch allmählich die Intention ästhetisch-plastischer Eingriffe zu wandeln. Denn durch die risikominimierenden Innovationen der Anästhesie und Antisepsis sowie durch (Weiter-)Entwicklungen chirurgischer Verfahren wurden nicht mehr nur medizinisch notwendige Eingriffe durchgeführt, sondern auch solche, die von den Patient*innen gewünscht wurden (vgl. Gilman 2005: 83). Bildeten bis dato vor allem durch Krankheiten, Unfälle, Kämpfe oder Bestrafungen entstandene Entstellungen den Anlass für ästhetisch-plastische Operationen, so wurden sie zu Beginn des 20. Jahrhunderts zunehmend mit der Absicht durchgeführt, »to minimize or eradicate physical signs of race or ethnicity that they [die Patient*innen] believe mark them as ›other« (Haiken 1997: 175f.).

Erst im weiteren Verlauf des 20. Jh. wurden dann auch in steigendem Maße ästhetisch-plastische Eingriffe vorgenommen, die dazu dienen Alterungsprozesse zu kaschieren. Einen zentralen Einfluss auf diese Entwicklung hatte damals – wie heute auch – die »celebrity culture«. Im Laufe der 1930er Jahre gewann der Kinofilm als Unterhaltungselement für große Teile der Bevölkerung enorm an Bedeutung und Schauspieler*innen setzten als »role models« Schönheitsideale. Mit der cinematographischen Neuerung des »close-up«, der totalen Nahaufnahme, gerieten die Gesichter und Körper von Schauspieler*innen buchstäblich in den Fokus und selbst der kleinste Makel wurde sichtbar. Zahl-

reiche Schauspieler*innen, von Greta Garbo über Marlene Dietrich bis Marilyn Monroe, nutzten Ästhetisch-Plastische Chirurgie um ihr äußeres Erscheinungsbild zu optimieren und setzten mit ihren chirurgisch modifizierten Körpern wiederum neue Ideale, nach denen viele Menschen strebten. (vgl. Taschen 2005: 10ff.)

Es etablieren sich jedoch fortlaufend neue Körper- und Schönheitsideale und relational dazu setzen auch in der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie immer wieder neue Trends ein. Wurden beispielsweise bis Ende des 19. Jahrhunderts Brustoperationen vor allem zur Verkleinerung durchgeführt, um stigmatisierende ethnische Zuschreibungen zu vermeiden, setzte ab den 1940/50er Jahren der Trend zur operativen Brustvergrößerung ein. Im Umkehrschluss dazu wurden sogar zu kleine Brüste zu einem eigenen medizinischen Krankheitsbild erklärt, der Hypomastie (Gilman 2005: 101). Es wandeln sich also nicht nur die Möglichkeiten, was alles über ästhetisch-plastische Eingriffe operiert werden ›kann‹, sondern auch was operiert werden ›soll‹, d.h. was als körperliches Ideal angestrebt bzw. als körperliches Defizit problematisiert wird.

Der kurze Blick in die Geschichte der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie zeigt: ›NoBody is perfect‹. Kein Körper scheint perfekt (genug) und es wurde immer danach gestrebt Körper ästhetisch zu verbessern. Ästhetisch-Plastische Chirurgie hat sich in diesem Kontext als eine Praktik der Körperoptimierung etabliert und sie verzeichnet, trotz der dargestellten Wandlungsprozesse von Motiven und Idealen, eine seit Jahr(zehnt)en steigende Zunahme ihrer Anwendung und ihrer Anwender*innen, also der Anzahl ästhetisch-plastischer Eingriffe und der sie durchführenden ästhetisch-plastischen Chirurg*innen (vgl. Tab. 1.1).

Tabelle 1.1: Eingriffszahlen ästhetisch-plastischer Maßnahmen

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 2018: 13, 2014: 13, 2010: 12; eigene Darstellung)

Zuletzt verzeichnete die Ästhetisch-Plastische Chirurgie sogar einen neuen »Boom« ganz eigener Art. So berichten die Fachgesellschaften von einer seit Pandemie-Beginn immens gestiegenen Nachfrage nach ästhetisch-plastischen Eingriffen, vor allem im Gesichtsbereich, was auf die pandemiebedingte Nutzung von Video-Konferenztools zurückgeführt wird (VDÄPC 2021) – der Pandemie-Zoom-Call als moderne Version des Hollywood-Close-Ups. Doch ergibt sich aus den steigenden Nutzungszahlen nicht automatisch eine gesellschaftliche Akzeptanz oder gar Popularität. Die Ästhetisch-Plastische Chirurgie wird hinsichtlich ihrer Möglichkeiten und Grenzen sowie ihrer Intentionen und Wirkungen vielmehr ambivalent diskutiert (vgl. u.a. Villa 2008; Wustmann 2021).

Die Ästhetisch-Plastische Chirurgie als Forschungsgegenstand

Dem Umstand, dass die Legitimität der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie als medizinische Disziplin nicht per se gegeben ist, sondern sich fortlaufend in Verhandlung befindet, habe ich mich im Rahmen meiner Forschung gewidmet und nach gegenwärtigen Mustern der De-/Legitimierung der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie in Deutschland gefragt (vgl. Wustmann 2022, 2021, 2018a, 2018b). Dafür habe ich gesellschaftliche Betrachtungsweisen mit medizinischen professionellen Eigenverständnissen zusammengeführt, indem ich zum einen Gruppendiskussionen mit Alltagsakteur*innen aus unterschiedlichen sozialen Milieus durchgeführt (vgl. Lamnek 2005; Loos/Schäffer 2001) und

zum anderen Expert*inneninterviews mit Chirurg*innen aus dem Bereich der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie geführt habe (vgl. Bogner/Littig/Menz 2014; Meuser/Nagel 2009).¹ Beide Datensorten wurden mit der Dokumentarischen Methode nach Ralf Bohnsack und Arnd-Michael Nohl ausgewertet (vgl. Bohnsack 2010; Nohl 2017; Wustmann 2018b).

Gerade in der Multiperspektivität, die sich aus der Verschränkung der Alltags- mit der Expert*innenperspektive ergibt, erschien der Forschungsansatz vielversprechend, denn ein großer Teil der bisherigen akteurs- bzw. subjekt-orientierten Studien im Kontext der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie konzentriert sich auf einzelne Personengruppen, die in den Prozessen involviert sind. Also zuvorderst auf die Chirurg*innen (vgl. u.a. Ensel 1996; Klein 2014, Meili 2008) oder aber die Patient*innen (vgl. u.a. Adams 2010; Borkenhagen 2014; Pitts-Taylor 2009) bzw. waren bisherige Forschungen auf das Verhältnis dieser beiden Gruppen begrenzt (vgl. u.a. Dull/West 1991; Gimlin 2010, Meßmer 2017).

Expert*innenwissen zum Verhältnis von gesellschaftlichen Schönheitsidealen und Ästhetisch-Plastischer Chirurgie

Für diesen Beitrag zur Ästhetisch-Plastischen Chirurgie als optimierender Körperarbeit wird der Fokus dezidiert auf die Verhandlungen der interviewten Chirurg*innen gelenkt, als diejenigen, die diese Körperarbeit leisten. In Bezug auf die Ambivalenz ihrer Fachdisziplin diskutierten alle interviewten Chirurg*innen u.a. deren Bedeutung innerhalb gesellschaftlicher Entwicklungsdynamiken. Leitführend war für sie die Frage, was die Ästhetisch-Plastische Chirurgie durch ihre Existenz und zunehmende Anwendung innerhalb der Gesellschaft bewirke. Einen Schwerpunkt bei diesen Erklärungen bildete das Thema »Schönheit«, was angesichts der Zentralität des Themas innerhalb ihres beruflichen Wirkens wenig überrascht. Im Folgenden soll ein exemplarischer Ausschnitt aus einem Interview mit Dr. Uranus² illustrieren,

1 Die Gruppendiskussionen wurden im Rahmen des von Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Paula-Irene Villa geleiteten DFG-Projekts »Das optimierte Geschlecht? Soziologische Explorations zur (Neu)Kodierung der Geschlechterdifferenz am Beispiel der Schönheitschirurgie« (04/2013 – 03/2015) erhoben.

2 Alle Namen, Daten und Informationen, die Rückschlüsse auf die Personen zulassen, wurden anonymisiert.

welchen Stellenwert das Thema »Schönheit« nach Ansicht der Chirurg*innen innerhalb der Gesellschaft habe:

»[...] es gibt ein wunderbares Buch von [Autorin] so eine Harvard Psychologin die Schönen gewinnen immer (.) schöne Menschen kriegen mehr Geld (.) sie kriegen bessere Jobs (.) sie haben es leichter sie werden im Kindergarten (.) mehr bevorzugt (2) interessanterweise werden auch schöne Kinder weniger sexuell missbraucht als die hässlicheren (.) das ist ganz eigenartig (.) man hat vor Schönheit Respekt (.)« (Dr. Uranus, Z. 548–553)

Dr. Uranus verweist zu Beginn seiner Ausführung auf ein Buch einer Psychologin, die an einer der prestigeträchtigsten Universitäten weltweit arbeitet. Über den Verweis auf die Universität wird die dann folgende Aussage als eine wissenschaftliche Expertise legitimierend gerahmt: »die Schönen gewinnen immer«. Unklar ist, ob diese Aussage den Titel des Buches, eine Kernaussage der Autorin oder aber sein Resümee zum Buch meint. Eindeutig ist aber, dass wenn es um das Gewinnen geht, ein auf Konkurrenz basierender Wettkampf zwischen verschiedenen Personen vorausgesetzt wird. Dieser Wettkampf dreht sich der Aussage nach um Schönheit. Dieser Lesart nach ist Schönheit etwas, über das nicht jede*r gleichermaßen verfügt, das aber erstrebenswert erscheint. Darüber hinaus impliziert der Satz eine Kausalität, die eine gewisse Allgemeingültigkeit suggeriert: wenn man schön ist, gewinnt man immer.

Was man aufgrund von Schönheit gewinne, seien »mehr Geld« und »bessere Jobs«, es geht also darum mehr zu erreichen bzw. etwas zu steigern. Beide angeführten Beispiele beziehen sich auf Erwerbsarbeitskontexte, eine Steigerung in diesem Bereich meint in der Regel mehr Erfolg zu haben. Beruflicher Erfolg basiert nach Dr. Uranus also auf einer Eigenschaft (schön sein) und nicht etwa auf erbrachten Leistungen (fleißig sein). Das lässt die Kausalität unfair erscheinen, da das Leistungsprinzip in kapitalistischen Gesellschaften sehr bedeutsam ist (vgl. Verheyen 2018).

Schöne Menschen hätten es zudem »leichter«, eine Formulierung, die impliziert, dass sich schöne Menschen weniger anstrengen müssten, um etwas zu erreichen, was wiederum benachteiligend erscheint. Zudem würden schöne Menschen bereits im Kindergarten »mehr bevorzugt«, ihnen würden also Vorrechte eingeräumt. Schönheit wird diesen Beispielen folgend also zu einem Faktor, der soziale Ungleichheit produziert. Welchen Einfluss der Faktor Schönheit hat, illustriert Dr. Uranus schließlich nochmals im Kontext des Kindesalters, wenn er ausführt, dass schöne Kinder »weniger sexuell miss-

braucht« würden als »die hässlicheren«. Schönheit hat demnach so viel Einfluss, dass sie nicht nur Vorteile sichere, sondern sogar beschützend wirke.

Dr. Uranus resümiert schließlich zu allen von ihm angeführten Beispielen: »man hat vor Schönheit Respekt«. Verwendet man das unbestimmte Pronomen »man«, dann ist damit in der Regel die Absicht verbunden, etwas Allgemeingültiges zu formulieren. Seine Aussage sieht er also als gesamtgesellschaftlich gültig. »Respekt« vor Schönheit meint, dass »Schönheit« und entsprechend schönen Menschen eine achtvolle Anerkennung entgegengebracht wird, was sich in allen gegebenen Beispielen widerspiegelt. Im Umkehrschluss bedeutet diese Generalaussage allerdings für diejenigen, die er als die »Hässlicheren« bezeichnet, dass sie nicht nur soziale Benachteiligungen erfahren, sondern dass ihnen Anerkennung verwehrt wird. Schönheit wird in dieser Lesart zu einem Gut aus dem Profit geschlagen werden kann, durch das man Begünstigungen erhält und welches vor Schaden bewahrt. Dies über alle Lebensphasen hinweg, was die Generalität seiner Aussage nochmals untermauert. Wie weitreichend der Einfluss von Schönheit in sozialen Kontexten sein kann, soll noch ein weiterer Ausschnitt aus dem Interview mit Dr. Jupiter verdeutlichen:

»[...] ich war mit meine: [weibliche Verwandte] bei der Bank (.) die ist eine intelligente Frau viel intelligenter als ich (.) äh und (.) die hat auch so::o viel Falten (.) @ gehabt im Gesicht@ (.) und das war es ging um ihr Geld (.) und der Bankangestellte hat (.) sie überhaupt nicht beachtet immer mit mir gesprochen (.) und ich habe zu (.) ihr gesagt [Kosename] siehst du (.) wenn du lassen würdest das ich dich ein bisschen sch- (.) spritze dann würden sie dich auch voll nehmen das sie sonst denken (.) alt und gebrechlich (.) dann ist nichts; (.) äh und das ist wirklich, (.) auch viele Ältere kommen hier (.) da deshalb auch (4)« (Dr. Jupiter, Z. 524–531)

Dr. Jupiter erzählt von einem vergangenen Besuch bei einer Bank, bei dem sie eine weibliche Verwandte begleitet hat. Ein Bankangestellter habe ihre Verwandte »überhaupt nicht beachtet«. Obwohl sie die eigentliche Kundin in dieser Szenerie war, wurde sie von dem Bankangestellten also nicht in dieser Rolle wahrgenommen. Dr. Jupiter führt diesen Umstand auf das makelhafte Aussehen ihrer Verwandten zurück, denn sie habe »so:o viel Falten«. Hätte sich die Verwandte von ihr behandeln lassen, so die Annahme von Dr. Jupiter, dann wäre sie in der Konsequenz auch als adäquate Gesprächspartnerin adressiert worden.

Dass die Verwandte nicht nur visuell als »alt und gebrechlich«, sondern im selben Zug auch als nicht mehr eigenständige, ernstzunehmende Person wahrgenommen wurde, lässt die Schlussfolgerung zu, dass man nicht nur nachteilig behandelt wird, wenn man idealen Vorstellungen von Schönheit nicht entspricht, sondern dass einem noch weitere, über den Körper hinausreichende negative Zuschreibungen drohen. Soziale Benachteiligungen, die sich aufgrund eines makelhaften Aussehens ergeben, sieht Dr. Jupiter als Begründung dafür, dass »auch viele Ältere« in ihre Praxis zur Behandlung kommen. Mit dem Verweis auf die Begründung (»deshalb auch«) macht sie ihren Einfluss auf den Faktor Schönheit deutlich. Denn sie könne Menschen über ihr ärztliches Handeln dazu verhelfen, als vollwertige Personen akzeptiert zu werden und negative soziale Zuschreibungen abzuwenden und werde deshalb aufgesucht.

Die bis hierhin dargestellten Analysen der Interviewausschnitte sollen exemplarisch verdeutlichen, dass die von mir interviewten Chirurg*innen dem Merkmal »Schönheit« einen enorm hohen gesellschaftlichen Stellenwert einräumen: schön zu sein, bedeute über Erfolg, Zugang und Macht zu verfügen. Damit einher gehen Dynamiken von sozialen Ein- und Ausschlüssen, die ihren Ursprung in der ungleichen Verteilung von Schönheit haben, aber auch über diesen Aspekt hinausreichen. Aus dem hohen Stellenwert von Schönheit, den die Chirurg*innen konstatieren, lässt sich eine indirekte Legitimation der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie schlussfolgern. Denn all den negativen Auswirkungen von fehlender Schönheit (schlechtere Jobs, weniger Geld, größere Gefahren, negative Zuschreibungen) können Chirurg*innen der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie über ihr berufliches Handeln entgegenwirken. Die Ästhetisch-Plastische Chirurgie wird in dieser Lesart zu einem Mittel des individuellen Risiko-Managements, denn durch sie können Risiken minimiert werden, die durch die enorme Bedeutung von Schönheit in der Gesellschaft überhaupt erst entstehen.

Expert*innenwissen zur Verortung der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie in sozialen Optimierungsdynamiken

Im Weiteren soll nun ein Einblick gegeben werden, wie die interviewten Chirurg*innen ihre Fachdisziplin innerhalb von gesellschaftlichen Dynamiken verorten, die sich durch den hohen gesellschaftlichen Stellenwert von Schönheit ergeben. Zunächst folgt dazu ein Auszug aus dem Interview mit Dr. Merkur,

dem ich zuvor von meiner Recherche zur Ästhetisch-Plastischen Chirurgie erzählt habe. Im Zuge dieser ist mir aufgefallen, dass die Homepages von Chirurg*innen der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie ganz anders gestaltet sind als diejenigen von anderen Fachärzt*innen, so finden sich beispielsweise auffallend oft Interviews mit verschiedenen Medienformaten. Während Dr. Merkur mir diesen Umstand erklärt, führt er unter anderem aus, dass es

»[...] einfach so eine gesamtgesellschaftliche Entwicklung irgendwo ist in Richtung (.) noch schön:er (.) dadurch noch erfolgreiche:r (.) das geben wir Ärzte nicht vor (.) also ich suggeriere das ja keinem Patienten (.) (bloß) der Patient kommt rein (.) und haben letztendlich so die Hoffnung durch ein verbessertes Aussehen vielleicht auch erfolgreicher zu sein attraktiver zu sein ähm (.) ich glaube deswegen stehen wir per se schon mal mehr ä:h (.) da quasi an medialer vorderster Front als die anderen Fachbereiche (.) [...]« (Dr. Merkur, Z. 353–359)

Dr. Merkur geht von einem Wandel aus, der alle Gesellschaftsmitglieder betrifft und deren »Richtung« er mit »noch schön:er (.) dadurch noch erfolgreiche:r« beschreibt. Auch hier wird Schönheit erneut argumentativ mit Erfolg verknüpft. Dieser Kausalzusammenhang basiert nach Dr. Merkur nun auf einer Steigerungslogik (›noch schön:er«, ›noch erfolgreich:er«). Er erklärt dann zu dieser Steigerungsdynamik, dass »wir Ärzte [dies] nicht vor[geben]«. Er spricht damit nicht nur für sich, sondern auch im Namen einer Personengruppe, derer er sich zugehörig fühlt: den Ärzt*innen. Mit der Betonung, dass Ärzt*innen die gesellschaftliche Tendenz zur Steigerung bzw. Optimierung nicht festlegen oder bestimmen, weist er jede Form der Beeinflussung ab und zieht sich und die Personengruppe, für die er stellvertretend spricht aus einer möglicherweise antizipierten Verantwortung heraus. Im Fortlauf stellt er klar, dass die Initiative von den Patient*innen ausginge. Sie verbänden mit ihm und der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie die positive Erwartung an jener Optimierungsdynamik teilhaben zu können, da er sie noch schöner und dadurch eventuell noch erfolgreicher machen könne.

Dr. Merkur resümiert abschließend, dass er »deswegen« annehme, dass die Ästhetisch-Plastische Chirurgie – anders als andere Fachdisziplinen – »an medialer vorderster Front« steht und knüpft damit wieder an die eigentliche Interview-Frage an. An vorderster Front zu stehen, ist ein militärisch gefärbter Ausdruck dafür, dass man in einem Kampf in der ersten Reihe einer kämpfenden Truppe steht und entsprechend im Kampf die meisten oder schlimmsten Verletzungen erleiden kann. Angewendet auf Dr. Merkur und die Ästhe-

tisch-Plastische Chirurgie kann dies im übertragenen Sinne meinen, dass er der Ansicht ist, dass ihm und seiner Fachdisziplin in den Medien eine wesentliche Verantwortung für die Optimierungsdynamik zugeschrieben wird. Diese argumentative Selbstverortung im Kontext von gesellschaftlichen Optimierungsdynamiken findet sich auch in den anderen Interviews, wie dieser Ausschnitt aus einem Interview mit Dr. Saturn verdeutlicht:

»[...] das ist der Lauf der Zeit natürlich momentan das mehr Wert auf (.) ähm Fitness gelegt wird das man ähm öfters körperliche (.) Empfinden oder Aussehen dass das ein bisschen in den Vordergrund geht man achtet mehr auf sich selbst (.) ich weiß nicht ob man das jetzt auf die plastische Chirurgie so beschränken kann ich meine also so sieht man ja im Lebensmittelbereich auch Ernährung vor ein paar Jahren hat noch keiner von diesen ganzen Allergenen Laktose und so gesprochen [...] ich meine das spielt alles miteinander über das per-per-personelle Well-Being [...]« (Dr. Saturn, Z. 408–423)

Dr. Saturn konstatiert die Tendenz, dass auf Aspekte wie Fitness, Empfinden, Aussehen und das eigene Selbst mehr Wert gelegt wird. Diese Aspekte rücken »in den Vordergrund«, man »achtet mehr« auf sie. Alle Formulierungen implizieren eine Steigerungstendenz, denn bei allen Formulierungen geht es darum, dass etwas von einem bestehenden Punkt aus optimiert und/oder intensiviert wird. Die Aspekte, betreffen darüber hinaus alle den Körper, denn die angeführten Beispiele tangieren alle auf eine spezifische Weise auch die Dimension des Körperlichen (Fitness, Empfinden, Aussehen usw.).

Dr. Saturn erklärt, dass sie nicht wisse, ob man diese Steigerungslogik »jetzt auf die plastische Chirurgie so beschränken kann« und stellt damit gleichzeitig eine solche Begrenzung rhetorisch mindestens infrage. Durch das Anführen weiterer Beispiele (Allergene, Laktose, Ernährung), die ihrer Meinung nach ebenfalls Phänomene einer gegenwärtigen Steigerungslogik darstellen, widerspricht sie vielmehr der (antizipierten) Annahme, dass sich die generelle Tendenz zur Optimierung ausschließlich auf die Plastische Chirurgie beschränke. All die auf Optimierung ausgelegten, körperbezogenen Phänomene führt sie schließlich unter dem Überbegriff des »personelle[n] Well-Being« zusammen. Indem Dr. Saturn die Ästhetisch-Plastische Chirurgie auf eine Ebene mit anderen Phänomenen setzt, relativiert sie eine mögliche Sonderstellung und damit auch eine alleinige Verantwortung ihrer Fachdisziplin für gesellschaftliche Optimierungsdynamiken.

Führt man nun die Analysen zur Verortung der Wirkungsweisen und Effekte der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie in sozialen Optimierungsdynami-

ken zusammen, lässt sich festhalten, dass die Chirurg*innen übergreifend der Ansicht sind, dass sich gegenwärtig Wandlungsprozesse hinsichtlich körperlicher Schönheit vollziehen, denen eine Steigerungslogik zugrunde liegt. Die Chirurg*innen distanzieren sich jedoch in Hinblick auf ihr berufliches Wirken deutlich von der alleinigen Einflussnahme auf bzw. Verantwortung für derlei Dynamiken und Prozesse. Vielmehr wird die Ansicht vertreten, dass die Ästhetisch-Plastische Chirurgie ein Phänomen neben vielen anderen ist, das von Menschen zur Optimierung genutzt wird, auch wenn es von den Chirurg*innen selbst nicht als Optimierung angeboten wird. Die Chirurg*innen verstehen ihre Disziplin vielmehr als ein Mittel, um Menschen zu helfen, die aufgrund dieser Optimierungsdynamik soziale Benachteiligung erfahren.

Die Ästhetisch-Plastische Chirurgie zwischen Optimierung, Risiko und Gerechtigkeit

Abschließend wird der Blick auf die eingangs gestellte zentrale Frage nach den gegenwärtigen Mustern der (De-)Legitimierung der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie in Deutschland gelenkt. Dargestellt wurden diesbezüglich die rekonstruierten Verhandlungen der interviewten Chirurg*innen dazu, was die Ästhetische-Plastische Chirurgie aus ihrer Perspektive bewirke und welche Grenzen die Chirurg*innen hinsichtlich ihrer Wirkungsweise ziehen. Es wurde aufgezeigt, dass die Chirurg*innen von gegenwärtigen Wandlungsprozessen ausgehen, die eine gesamtgesellschaftliche Tragweite aufweisen und durch eine Logik der Steigerung charakterisiert sind. Sie beziehen diese Wandlungsprozesse nicht allein auf den Faktor »körperliche Schönheit«, sondern verknüpfen diesen mit anderen Aspekten (wie etwa beruflichem Erfolg) zu weiterreichenden, sozialen Kausalzusammenhängen. Die Ästhetisch-Plastische Chirurgie verorten sie innerhalb dieser Prozesse als ein Phänomen neben vielen anderen, denen dieselbe Steigerungslogik zugrunde liege.

In ihren Verhandlungen zur Rolle von Ästhetisch-Plastischer Chirurgie in sozialen Wandlungsprozessen, vor allem hinsichtlich der Intentionen der Nutzer*innen und der Effekte, bedienen sich die Chirurg*innen übergreifend der Begriffe »Verbesserung«, »Steigerung«, »Optimierung« oder anderer sinnverwandter Wörter. All diese Formulierungen deuten ihrem Wortsinn nach darauf hin, dass körperbezogene Maßnahmen und Eingriffe mit einer solchen Zielsetzung oder Wirkung dazu dienen einen gegebenen körperlichen Zustand zu übertreffen. Dieser Bedeutung folgen entsprechen ästhetisch-plastische Ein-

griffe genau dem, was in bioethischen Debatten als »Enhancement« beschrieben wird: körpermodifizierende Praktiken »die die menschliche Gestalt oder Funktionsweise verbessern sollen, aber keine anerkannten medizinischen Bedürfnisse befriedigen« (Juengst 2009: 28).

In der Regel wird Enhancement in theoretischen Diskussionen relational bestimmt, d.h. immer über die Bezugnahme auf ein »Anderes«. Eine der gebräuchlichsten Relationen ist diejenige zwischen Enhancement und Therapie, wobei unter Therapie dann Eingriffe gefasst werden, die beabsichtigen einen durch Krankheit oder Behinderung verlorengegangenen Körperzustand wiederherzustellen. Während unter den Begriff Enhancement jene Maßnahmen versammelt werden, die Körpereigenschaften und -funktionen optimieren sollen. Doch eine solche relationale Bestimmung von Enhancement verhandeln die interviewten Chirurg*innen gar nicht, sondern sie nehmen diese in der Charakterisierung ihrer Fachdisziplin als gegeben an.

Statt die Bedeutung der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie in sozialen Dynamiken, also in Bezug auf biomedizinische Grenzziehungen zu diskutieren, verhandeln sie, wie die Analysen der Interviewausschnitte zeigen, ihre Fachdisziplin vielmehr im Rahmen einer »Ethik der Selbstverbesserung« (Juengst 2009: 25). Sie diskutieren Ästhetisch-Plastische Chirurgie als Enhancement also weniger als eine definitorische »Grenzmarkierung«, sondern vielmehr als eine Art »moralischer Wegweiser« (Juengst 2009: 35). Es ist nicht ihre Absicht zu bestimmen, bis wohin ein ästhetisch-plastischer Eingriff als medizinisch notwendig gilt (Therapie) und ab wann nicht mehr (Enhancement), sondern sie diskutieren bis wohin ein optimierender Eingriff als moralisch akzeptabel und ab wann als ethisch zweifelhaft gilt (vgl. ebd.).

Die Diskussionen führen die Chirurg*innen vor dem Hintergrund der von ihnen angeführten sozialen Wandlungsprozesse, innerhalb derer das Thema ›Schönheit‹ dominiert. Das Thema habe eine sehr hohe Bedeutung in der Gesellschaft und an ihm zeige sich, durch was sich gegenwärtige gesellschaftliche Entwicklungen auszeichnen: Es gehe darum immer ›noch‹ schöner zu werden, also um eine Form von Optimierung. Anhand der kausalen Verknüpfung mit anderen Aspekten wie sozialer Anerkennung, monetären Gütern, gesellschaftlicher Teilhabe oder beruflichem Erfolg machen die Chirurg*innen deutlich, welche weitreichenden Chancen sich für den*die Einzelne*n ergeben, wenn man über (genug) Schönheit verfüge.

Aufgrund der ungleichen Verteilung von Schönheit in der Gesellschaft, ergeben sich nicht nur vielversprechende Möglichkeiten der Partizipation, sondern auch Risiken der Benachteiligung. Genau an diesem Punkt der Argumen-

tation – also an einem nun mehr durchweg ethischen und nicht mehr medizinischen Punkt – verorten die Chirurg*innen ihre Fachdisziplin als eine Option, über die man potenziell negative Konsequenzen der beschriebenen Dynamiken abwenden kann. Dass über ästhetisch-plastische Eingriffe soziale Benachteiligung reduziert werden könne, die sich aus einer ungleichen Verteilung von Schönheit ergebe, macht die Ästhetisch-Plastische Chirurgie – im Sinne dieser ethischen Argumentation – letztlich zu einem Mittel, über das gesellschaftliche Chancengleichheit geschaffen werden könne.

Dieses rekonstruierte Verständnis der interviewten Chirurg*innen von der Wirkungsweise von Ästhetisch-Plastischer Chirurgie deckt sich mit medizintheoretischen Ansätzen, die Kritik an der etablierten Unterscheidung von als legitim erachteter, weil medizinisch notwendiger Therapie und als illegitim gerahmten, weil medizinisch nicht notwendigem Enhancement üben. In einer solchen kritischen Perspektive wird Enhancement nicht nur als medizinische Grenzmarkierung konzeptualisiert, sondern auch die Bedeutung von Enhancement als moralischem Richtungsweiser betont (vgl. Juengst 2009: 32). Aus einer solchen weiter gefassten Perspektive auf Enhancement ergibt sich wiederum auch ein erweitertes Verständnis davon, was medizinische Versorgung leisten sollte. So sollten in dieser Perspektive medizinische Behandlungen darauf ausgelegt sein, dass Patient*innen »as close to equal opportunity in life as is possible« gelangen, wie James E. Sabin und Norman Daniels als prominente Vertreter eines solchen kritischen Ansatzes, festgehalten haben (Sabin/Daniels 1994: 10).

Dieses erweiterte Verständnis von Enhancement deckt sich schließlich mit der Annahme der interviewten Chirurg*innen, dass Ästhetisch-Plastische Chirurgie Chancengleichheit ermögliche und daher eine legitime medizinische Fachdisziplin sei. Die Chirurg*innen nehmen letztlich eine ethische Verortung ihrer Fachdisziplin in sozialen Kontexten vor und rahmen die Ästhetisch-Plastische Chirurgie als ein Mittel, das soziale Benachteiligung abwenden und Chancengleichheit ermöglichen kann. Dies vermittelt letztlich den Eindruck, dass die Ästhetisch-Plastische Chirurgie durch ihre Wirkungsweise in sozialen Dynamiken als moralisch akzeptabel und dementsprechend als legitim angesehen werden kann. Für die Chirurg*innen gilt: »NoBody is perfect« und genau deswegen wollen sie den Patient*innen helfen.

Literatur

- Adams, Josh (2010): »Motivational Narratives and Assessments of the Body After Cosmetic Surgery«, in: *Qualitative Health Research* 6, S. 755–767.
- Bogner, Alexander/Littig, Beate/Menz, Wolfgang (2014): *Interviews mit Experten. Eine praxisorientierte Einführung*, Wiesbaden: Springer VS.
- Bohnsack, Ralf (2010): *Rekonstruktive Sozialforschung. Einführung in qualitative Methoden*, 8. Auflage, Opladen & Farmington Hills: Verlag Barbara Budrich.
- Borkenhagen, Ada (2014): »Der Wunsch nach einem genitalkosmetischen Eingriff – Motive der Patientinnen und Empfehlungen für den Gynäkologen«, in: Johannes Bitzer/Hans-Wolfgang Hoefert (Hg.), *Psychologie in der Gynäkologie*, Lengerich: Pabst Science Publishers, S. 89–94.
- Bundesärztekammer (2010): *Ergebnisse der Ärztestatistik zum 31.12.2010*, Bundesärztekammer, [online] https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/specialdownloads/Stat10Abbildungsteil.pdf [abgerufen am 18.01.2022].
- Bundesärztekammer (2014): *Ergebnisse der Ärztestatistik zum 31.12.2014*, Bundesärztekammer, [online] https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/Statistik2014/Stat14AbbTab.pdf [abgerufen am 18.01.2022].
- Bundesärztekammer (2018): *Ärztestatistik zum 31. Dezember 2018*, Bundesärztekammer, [online] https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/Statistik2018/Stat18AbbTab.pdf [abgerufen am 18.01.2022].
- Dull, Diana/West, Candace (1991): »Accounting for Cosmetic Surgery. The Accomplishment of Gender«, in: *Social Problems* 1, S. 54–70.
- Ensel, Angelica (1996): *Nach seinem Bilde. Schönheitschirurgie und Schöpfungsphantasien in der westlichen Medizin*, Bern: eFeF Verlag.
- Gilman, Sander L. (2005): »Die erstaunliche Geschichte der Schönheitschirurgie«, in: Angelika Taschen (Hg.), *Schönheitschirurgie*, Köln/London/Los Angeles/Madrid/Paris/Tokyo: Taschen Verlag, S. 60–109.
- Gimlin, Debra (2010): »Imagining the Other in Cosmetic Surgery«, in: *Body & Society* 4, S. 57–76.
- Haiken, Elizabeth (1997): *Venus Envy. A History of Cosmetic Surgery*, Baltimore: The Johns Hopkins University Press.
- ISAPS – International Society of Aesthetic Plastic Surgery (2013): *ISAPS International Survey on Aesthetic/Cosmetic Procedures Performed in 2010* (Re-

- vised – January 15, 2013), ISAPS, [online] <https://www.isaps.org/wp-content/uploads/2017/10/ISAPS-Results-Procedures-2010-1.pdf> [abgerufen am 18.01.2022].
- ISAPS – International Society of Aesthetic Plastic Surgery (2015): International Survey on Aesthetic/Cosmetic Procedures Performed in 2014, isaps, [online] <https://www.isaps.org/wp-content/uploads/2017/10/2015-ISAPS-Results-1.pdf> [abgerufen am 18.01.2022].
- ISAPS – International Society of Aesthetic Plastic Surgery (2019): International Study on Aesthetic/Cosmetic Procedures performed in 2018, isaps, [online] <https://www.isaps.org/wp-content/uploads/2019/12/ISAPS-Global-Survey-Results-2018-new.pdf> [abgerufen am 18.01.2022].
- Juengst, Eric T. (2009): »Was bedeutet Enhancement?«, in: Bettina Schöne-Seifert, a/Davinia Talbot (Hg.), *Enhancement. Die ethische Debatte*, Paderborn: mentis, S. 25–46.
- Klein, Regina (2014): »Vernähtungen – schönheitschirurgische Praxen als Grenzverletzung und -(wieder)herstellungen im ›surgical passing‹. Eine kritische Reflektion«, in: *Soziale Welt* 3, S. 295–315.
- Lamnek, Siegfried (2005): *Gruppendiskussion. Theorie und Praxis*. 2. Auflage, Weinheim/Basel: Beltz Verlag.
- Loos, Peter/Schäffer, Burkhard (2001): *Das Gruppendiskussionsverfahren. Theoretische Grundlagen und empirische Anwendung*, Opladen: Leske + Budrich.
- Maas, Hans-Jürgen (2005): *Beschlussprotokoll des 108. Deutschen Ärztetages vom 3.–6. Mai 2005 in Berlin*, Bundesärztekammer, [online] https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/Beschluss_e108.pdf [abgerufen am 18.01.2022].
- Meili, Barbara (2008): »Experten der Grenzziehung – Eine empirische Annäherung an Legitimationsstrategien von Schönheitschirurgen zwischen Medizin und Lifestyle«, in: Paula-Irene Villa (Hg.), *schön normal. Manipulationen am Körper als Technologien des Selbst*, Bielefeld: transcript, S. 119–142.
- Meuser, Michael/Nagel, Ulrike (2009): »Das Experteninterview – konzeptionelle Grundlagen und methodische Anlage«, in: Susanne Pickel/Gert Pickel/Hans-Joachim Lauth et al. (Hg.), *Methoden der vergleichenden Politik- und Sozialwissenschaft. Neue Entwicklungen und Anwendungen*, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaft, S. 465–479.
- Meßmer, Anna-Katharina (2017): *Überschüssiges Gewebe. Intimchirurgie zwischen Ästhetisierung und Medikalisierung*, Wiesbaden: Springer VS.

- Nohl, Arnd-Michael (2017): Interview und Dokumentarische Methode. Anleitungen für die Forschungspraxis. 5., aktualisierte und erweiterte Auflage, Wiesbaden: Springer VS.
- Pitts-Taylor, Victoria (2009): »Becoming/Being a Cosmetic Surgery Patient: Semantic Instability and the Intersubjective Self«, in: *Studies in Gender and Sexuality* 3, S. 119–128.
- Ramsbrock, Annelie (2011): *Korrigierte Körper. Eine Geschichte der Schönheit in der Moderne*, Göttingen: Wallstein Verlag.
- Sabin, James E./Daniels, Norman (1994): »Determining »Medical Necessity« in Mental Health Practice«, in: *The Hastings Center Report* 6, S. 5–13.
- Taschen, Angelika (2005): »Schönheit und Schönheitschirurgie«, in: Dies. (Hg.), *Schönheitschirurgie*, Köln u.a.: Taschen Verlag, S. 10–15.
- Twigg, Julia et al. (Hg.) (2011): *Body Work in Health and Social Care: Critical Themes, New Agendas*, Chichester: Wiley-Blackwell.
- Verheyen, Nina (2018): *Die Erfindung der Leistung*, Berlin: Hanser Verlag.
- VDÄPC – Vereinigung der Deutschen Ästhetisch-Plastischen Chirurgen (2018): *Fakten und Kurzporträt VDÄPC*, vdaepc, [online] <http://www.vdaepc.de/vdaepc-kompakt/fakten-und-kurzportrait/> [abgerufen am 18.01.2022].
- VDÄPC – Vereinigung der Deutschen Ästhetisch-Plastischen Chirurgen (2021): *Pressemitteilung. Neue VDÄPC-Studie »Fokus Gesichtsästhetik«: Zoom-Boom, Selbstbild und Social Media*, vdaepc, [online] <https://vdaepc.de/neue-vdaepc-studie-fokus-gesichtsasthetik-zoom-boom-selbstbild-und-social-media/> [abgerufen am 18.01.2022].
- Villa, Paula-Irene (2008): »Habe den Mut, Dich Deines Körpers zu bedienen! Thesen zur Körperarbeit in der Gegenwart zwischen Selbstermächtigung und Selbstunterwerfung«, in: Dies. (Hg.), *schön normal. Manipulationen am Körper als Technologien des Selbst*, Bielefeld: transcript, S. 245–272.
- Wustmann, Julia (2018a): »Der Hippokratische Eid auf dem Prüfstand? Zum Verhältnis von Experten- und Alltagswissen am Beispiel der ästhetisch-plastischen Chirurgie«, in: Angelika Pofert/Michaela Pfadenhauer (Hg.), *Wissensrelationen. Beiträge und Debatten zum 2. Sektionskongress der Wissenssoziologie*, Weinheim/Basel: Beltz Juventa, S. 322–331.
- Wustmann, Julia (2018b): »Schönheitschirurgie zwischen Kapitalisierung, Evolution und Normierung – eine sinngenetische Typenbildung alltagsweltlichen Wissens«, in: Nicole Burzan/Ronald Hitzler (Hg.), *Typologische Konstruktionen und kategoriale Klassifikationen*, Wiesbaden: Springer VS, S. 289–304.

- Wustmann, Julia (2021): Ganz schön operiert. Zur Legitimität der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie, Bielefeld: transcript.
- Wustmann, Julia (2022, i.E.): »Ästhetisch-Plastische Chirurgie als Ent-/Stigmatisierung? Expert*innen- und Alltagswissen zu einer spezifischen Form der Körperarbeit«, in: Reiner Keller/Michael Meuser (Hg.), Die Körper der Anderen. Tagungsband zur gemeinsamen Tagung der Sektionen Soziologie des Körpers und des Sports und der Sektion Wissenssoziologie, Wiesbaden: Springer VS.

