

6. Grenzen der Behandlung

Zur Effektivität der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie

In Rahmen der Analysen der Gruppendiskussionen und Expert*inneninterviews stellte sich heraus, dass neben der medizinischen Bestimmung und der gesellschaftlichen Bedeutung der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie auch Aushandlungen zur Effektivität ästhetisch-plastischer Behandlungen eine zentrale Rolle einnehmen. Zwar geht es bei dieser Schwerpunktsetzung auch um Wirkungsweisen von Ästhetisch-Plastischer Chirurgie, wie sie bereits innerhalb von Kapitel 5 thematisiert wurden. Jedoch unterscheiden sich die folgenden alltagsweltlichen und professionellen Verhandlungen von den bisherigen dahingehend, dass es nicht um die Wirkung von Ästhetisch-Plastischer Chirurgie in einem gesamtgesellschaftlichen Prozess geht, sondern um die Effekte (und Effektivität) dieser in einem dezidiert individuellen Kontext: Es wird also diskutiert, welche Effekte die Anwendung von Ästhetisch-Plastischer Chirurgie für den*die Einzelne*n hat, was durch sie behandelt wird, was nicht behandelt wird und was durch sie behandelt werden sollte.

Welche Grenzkonstruktionen die Chirurg*innen und die Alltagsakteur*innen in Bezug auf die Effekte und Effektivität ästhetisch-plastischer Behandlungen vornehmen, wird Thema des folgenden Kapitels sein. In einem ersten Schritt wird die Perspektive der Alltagsakteur*innen über ihre Annahmen zu Behandlungseffekten bei Patient*innen erkundet, um im Anschluss die Orientierungen der Chirurg*innen hinsichtlich der Frage, was sie annehmen bei Patient*innen durch ihre Behandlungen bewirken zu können, darzustellen. In einem dritten abschließenden Schritt werden beide Perspektiven kontrastierend miteinander in Beziehung gesetzt und Schlussfolgerungen zum Verhältnis des Alltags- und Expert*innenwissens formuliert.

6.1. Ästhetisch-Plastische Chirurgie als stigmatisierende Symptom- statt Ursachenbehandlung

Neben Erörterungen zur Definition und Wirkungsweise der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie beschäftigen sich die Alltagsakteur*innen in der Diskussion auch und

vor allem mit denjenigen Personen, die ästhetisch-plastische Eingriffe vornehmen lassen: Patient*innen. Wird über Patient*innen der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie gesprochen, so liegt ein Schwerpunkt der alltagsweltlichen Diskussionen auf der Einschätzung der visuell durch ästhetisch-plastische Eingriffe erreichten Effekte bei Patient*innen. So kommentiert etwa eine Diskutantin »Costa Gonzales, wenn ich den sehe denk ich mir da steht n Alien vor mir« (GD, Orange: Z. 617f.).¹ In einer anderen Gruppe wird festgehalten, dass alle Botoxpatientinnen gleich aussehen würden, woraufhin ein Diskutant resümiert: »Schauen alle aus wie der Grinch« (GD Blau: Z. 825). In einer anderen Gruppendiskussionen bemerkt ein Diskutant zur Schauspielerin Renee Zellweger: »wie diese ganzen anderen Hollywoodzombies schaut die aus« (GD Lila: Z. 858f.).

Die Begriffe »sehen« und »ausschauen« verweisen darauf, dass es den Alltagsakteur*innen um das äußere, von ihnen visuell wahrnehmbare Erscheinungsbild von Personen geht, die sich durch ästhetisch-plastische Eingriffe haben modifizieren lassen. Ein Alien ist eine Figur des Sciene-Fiction-Genres, die aufgrund ihrer wesenhaften Abgrenzung von der menschlichen Spezies zum für uns »*maximal Fremden*« wird (Schetsche/Anton 2019: 35; H.i.O.). Aufgrund der maximalen Fremdheit von Aliens ist ihr Handeln nicht antizipierbar, weswegen sie in Literatur und Filmen mal positiv konnotiert als »Retter, Erlöser, Heilsbringer«, aber auch in negativer Weise als »gnadenlose Eroberer, kaltblütige Zerstörer und erbarmungslose Herrscher« dargestellt werden (ebd.). Die maximale Fremdheit spiegelt sich dann auch in der Darstellung ihres äußeren Erscheinungsbilds wider, das in der Regel als maximal un-menschlich inszeniert wird.

Der Grinch ist ebenso eine fiktionale Figur aus dem von Theodor Seuss Geisel 1957 geschriebenen Roman »How the Grinch Stole Christmas!«. Der Grinch wird als misanthropische Kreatur beschrieben, die das Weihnachtsfest hasst, und versucht dieses zu verhindern. Er erscheint, ähnlich wie Aliens, vor allem in seinem Aussehen fremd, wie in den Verfilmungen des Romans deutlich wird, in denen der Grinch stets als grünes, menschenunähnliches Wesen erscheint. Auch Zombies, die zur Beschreibung von Patient*innen der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie herangezogen werden, stellen fiktionale Wesen dar, die durch eine Andersartigkeit (»Otherness«) charakterisiert werden (vgl. Stingl/Weiss 2015: 71). Sie sind den Menschen fremd, da sie laut fiktionaler Beschreibung keine Menschen mehr sind – auch nicht in äußerlicher Hinsicht, da sie häufig als Verwesende dargestellt werden, denen mitunter ganze Körperteile fehlen. In literarischen und filmischen Szenarien geht von der Nicht-Menschlichkeit der Zombies darüber hinaus auch eine Gefahr für Menschen aus, bilden sie aufgrund ihrer Infektiosität in der Regel

1 Da die Gruppe zuvor über Daniela Katzenberger sprach und diese die Schwiegertochter von Costa Cordalis ist, kann angenommen werden, dass die Diskutantin statt Costa Gonzales eigentlich Costa Cordalis meinte.

doch den Ausgangspunkt für apokalyptische Ideen zum Ende der Menschheit (vgl. Dellwing/Harbusch 2015).

Den Figuren des »Aliens«, des »Grinchs« sowie des »Zombies« ist also gemein, dass sie durch eine wesentliche Andersartigkeit bzw. Fremdheit im Vergleich zu Menschen charakterisiert werden, die sich u.a. auch in ihrem nicht-menschlichen Erscheinungsbild äußert. Von ihnen geht darüber hinaus eine (potenzielle) Bedrohung für Menschen aus, was ihnen allesamt eine negative Konnotation einbringt. Derlei negative Begriffe zur Beschreibung von Personen, wie sie die Alltagsakteur*innen für Patient*innen der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie verwenden, können als das verstanden werden, was Erving Goffman unter »Stigmatermini« gefasst hat. Nach Goffman gebrauchen wir in »unserer täglichen Unterhaltung [...] spezifische Stigmatermini wie Krüppel, Bastard, Schwachsinniger, Zigeuner als eine Quelle der Metapher und der Bildersprache« (Goffman 1979: 14). Dies meint, dass Bezeichnungen, wie Goffman sie anführt und wie sie von den Alltagsakteur*innen verwendet werden, sprachliche Ausdrücke für Stigma-Zuschreibungen sind.

Nach Goffman ist eine Person dann stigmatisiert, wenn sie »in unerwünschter Weise anders [ist], als wir es antizipiert hatten« (ebd.: 13). Dass wir etwas als unerwünscht anders wahrnehmen, ist der Effekt einer »Diskrepanz zwischen virtueller und aktueller sozialer Identität« (ebd.: 11).² Goffman beschreibt mit virtueller sozialer Identität antizipierte Annahmen über Kategorien, Rollen und Eigenschaften einer Person, die an normative Erwartungen gebunden sind, eine »Charakterisierung ›im Effekt‹«, wie er es nennt (vgl. ebd.: 10). Mit aktueller sozialer Identität meint Goffman dagegen die tatsächlich wahrgenommene Identität, an der sich zeigt, ob die antizipierten Erwartungen erfüllt werden oder eben nicht. Zu einem Stigma kommt es in dem Fall, in dem eine Abweichung im negativen Sinne erfolgt, d.h. wenn sich die tatsächlich wahrgenommene Identität nicht mit antizipierten, normativen Identitätsidealen deckt (vgl. ebd.: 10f.; 158ff.).

Diese Identitätsideale betreffen oftmals körperliche Merkmale. So führt Goffman u.a. das »Sehvermögen« und – im Kontext der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie nicht unwesentlich – die »physische Schönheit« als Normen an, »die die Form

2 Der Begriff der Identität ist in den Sozialwissenschaften ein mindestens umstrittener und oftmals deutlich kritisierter Terminus (vgl. u.a. Jungwirth 2007, Straub 2011). Michael von Engelhardt hält jedoch zu Goffmans Stigma-Studie fest, dass sie auf eine zweifache Weise gelesen werden könne: »Zum einen handelt es sich um eine Abhandlung über das spezielle soziale Phänomen des Stigmas, das als eine spezifische Ausformung der Identität interpretiert wird. Zum anderen handelt es sich um eine Abhandlung über das allgemeine Phänomen der personalen Identität, in der dem Stigma eine grundlegende Bedeutung zugewiesen wird« (Engelhardt 2010: 126). Die vorliegende Arbeit schließt sich dieser Annahme über eine mehrdeutige Auslegung der Stigma-Studie von Goffman an und ›liest‹ diese vorrangig als eine detaillierte Analyse zum gesellschaftlichen Phänomen der Stigmatisierung und weniger als eine theoretische Abhandlung zum Konzept personaler Identität.

von Idealen annehmen und Standards konstituieren« (Goffman 1979: 158). In den begrifflichen Beispielen der Alltagsakteur*innen zur Bezeichnung von Patient*innen der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie spiegelt sich nun genau diese bedeutende Rolle der physischen Erscheinung wieder, insoweit diese Begriffe eben das äußere Erscheinungsbild im Sinne Goffmans stigmatisieren: Die Patient*innen weichen in ihrer tatsächlich wahrgenommenen Identität von antizipierten, durch normative Vorstellungen zur physischen Schönheit geprägten Erwartungen ab, sodass eine Diskrepanz entsteht. Und gerade die Termini »Alien«, »Grinch« und »Zombie«, die der Wortbedeutung nach für das ultimative Fremde stehen, decken sich mit der Aussage Goffmans, dass wir von »der Definition her [...] natürlich [glauben], daß eine Person mit einem Stigma nicht ganz menschlich ist« (ebd.: 13). Patient*innen der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie erscheinen für die Alltagsakteur*innen in Bezug auf ihr äußeres Erscheinungsbild derart fremd, dass sie begrifflich entmenschlicht und in diesem Sinne stigmatisiert werden.

Doch beruhen nach Goffman Stigmatisierungen nicht allein auf Termini, durch die Personen Stigmata zugeschrieben werden. Vielmehr »konstruieren [wir] eine Stigma-Theorie, eine Ideologie, die ihre Inferiorität erklären und die Gefährdung durch den Stigmatisierten nachweisen soll« (Goffman 1979: 14). Dies meint, dass bezüglich zugeschriebener Stigmata spezifische »Alltagstheorien«, wie es Michael von Engelhardt bezeichnet, erstellt werden, die dazu dienen, die vermeintlichen Ursachen des zugeschriebenen Stigmas, also die Gründe, warum Personen als minderwertig oder gefährlich eingeschätzt werden, weitergehend zu begründen (vgl. Engelhardt 2010: 130). Solche Alltagstheorien finden sich in den Gruppendiskussionen vor allem in Verhandlungen zu meist imaginierten Anliegen für ästhetischplastische Eingriffe bzw. bei Fällen, in denen (bekannte) Personen derart mit ihrem äußeren Erscheinungsbild unzufrieden sind, dass eine Körpermodifikation potenziell in Betracht gezogen wird.

Zur Erkundung von derlei Alltagstheorien soll zunächst ein Ausschnitt der Gruppe Gelb diskutiert werden, der Teil einer sehr umfangreichen Passage ist. Im Vorgang zum folgenden Ausschnitt wurde der Fall einer Warze im Gesicht als Beispiel diskutiert und es wurde anhand dieses Falls besprochen, welche Möglichkeiten es gebe, damit umzugehen. Zum einen wurde festgehalten, dass es schnelle Lösungen gebe, wie etwa das Wegschneiden der Warze. Zum anderen hält die Gruppe fest, dass weiter die Möglichkeit bestünde, eine*n Psycholog*in aufzusuchen, um über eine Psychotherapie mehr Selbstbewusstsein zu entwickeln, sodass einen die Warze nicht mehr stören würde. An diese Überlegungen schloss sich die folgende Diskussion an:

Af: Naja ich glaub das ist ja auch das Ding bei Schönheits-OPs dass das da um die Symptome geht aber nicht um die Ursachen ((Zustimmung)) und diese Warzen-gesicht ähm weiß ich nicht kann man vielleicht auch akzeptieren lernen (.) oder

man versteift sich so darauf dass alles schief geht nur wegen dieser Warze (.) und dann will man sie natürlich wegmachen und dann geht's danach auch besser,

Cf: | _ Ja natürlich

Dm: Und wenn man vielleicht schon so drauf ist könnt's auch sein dass wenn die Warze weg ist dann findet man halt irgendwas anderes was einen daran hindert äh jetzt erfolgreich zu sein.

Ef: | _ glücklich zu sein; ja man muss halt die Ursachen nicht in sich selbst suchen;

[...]

Cf: [...] also so das ist halt auch so ähm ne Freundin von mir die hat halt hier aufm Bauch so diese (.) so ne so nen Leberfleck oder so Sieht aus wie die Inselgruppe [...] sieht aus wie Kuba letztendlich ja? und ich finde das halt eigentlich so; sie hat sich ihr Leben lang dafür geschämt die wollte nie Bikini anziehen und so; und ich denk mir immer so ich würde deinen Bauch aus tausenden rausidentifizieren weil (.) das macht dich halt auch einmalig also so (.) du siehst halt du hast halt nicht den Bauch wie jeden den du auf irgendnem Scheißplakat siehst oder so wie alle gleich aussehen sondern (.) also so dass man kann das ja auch annehmen also so (.) ich meine gut jemand der keine Warze im Gesicht hat sollte vielleicht auch nicht darüber urteilen wies jemandem geht der ne Warze im Gesicht hat am besten noch Mitten auf der Nase so aber;

Fm: Ich ich wollts grad sagen es is ja wirklich so ähm Wir wissen das jetze dass man sich quasi dass jeder individuell ist und dass hier dass zum Beispiel diese Inselgruppe halt aufm Bauch halt total cool is weil man das tausend Leuten wiedererkennt und man tut ja auch was Positives daraus ableiten aber es gibt ja viele Menschen die einfach mal; die haben nicht die Kraft halt und auch wie gesagt die haben sich nicht mit sich auseinandergesetzt, es gibt keine Langzeitstudien darüber ob man sich jetzt im Endeffekt besser fühlt und so; die nehmen das halt als Rettungsanker im Endeffekt um sich besser zu fühlen halt für die. nächst- fürs nächste Jahr oder die nächsten zwei Jahre oder (.) vielleicht auch für immer im Endeffekt ne?

(Gruppe Gelb, Z. 1055-1095)

Die Diskutantin Af beschäftigt sich in ihrer Aussage damit, was »das Ding bei Schönheits-OPs« sei. Dass etwas »das« und nicht etwa »ein« Ding von »Schönheits-OPs« sei, deutet darauf hin, dass sie im Folgenden auf einen wesentlichen Kernaspekt von ästhetisch-plastischen Eingriffen eingehen wird. Sie führt weiter aus, dass es bei »Schönheits-OPs« nicht um die »Ursachen«, sondern um die »Symptome« geht. Mit dem medizinischen Fachbegriff »Symptom« werden charakteristische Anzeichen beschrieben, die auf etwas Tieferliegendem, genauer, auf etwas

Pathologischem beruhen. Der Terminus »Ursache« ist wiederum ein Ausdruck für diesen tieferliegenden, eigentlichen Anlass eines Symptoms. Bezogen auf ästhetisch-plastische Eingriffe lässt sich schlussfolgern, dass die Diskutantin der Ansicht ist, mit diesen werden nur Auswirkungen behandelt, während deren (pathologischer) Ursprung unbehandelt bleibe.

Diese Argumentation wird im Weiteren anhand des zuvor besprochenen imaginären Falles des »Warzengesichts« exemplifiziert. Die Diskutantin eröffnet zwei Wege des Umgangs mit diesem: So könne man einerseits das »Warzengesicht« »auch akzeptieren lernen«. Der Umstand, dass man es nicht einfach annehmen könne, sondern dies erst einmal erlernen müsse, verweist darauf, dass ein Prozess bis zur zu erreichenden Akzeptanz vollzogen werden muss, der – sinngemäß zum Lernen – durchaus Zeit und Anstrengungen kosten kann. Zum anderen könne man sich darauf »versteifen«, dass »nur wegen dieser Warze« alles schief gehe. Wenn man sich auf etwas versteift, bedeutet dies in den meisten Fällen, dass man von etwas zwanghaft nicht lassen kann. Wovon in diesem Beispiel nicht gelassen werden kann, ist dann die Sichtweise auf die Warze als singuläre Ursache, denn »nur wegen« ihr würde alles nicht nach gewünschten Vorstellungen verlaufen. Im Rahmen dieser zweiten Umgangsweise mit einem ästhetisch auffallenden Körpermerkmal wird eben dieses zur Ursache erklärt, weswegen es in der Konsequenz modifiziert, also entfernt werden müsse. Die Diskutantin schließt ihre Überlegungen mit der Aussage, dass man die Warze in dieser zweiten Umgangsweise dann »natürlich wegmachen« lassen wolle. Die Formulierung »natürlich« suggeriert, dass dieser Gedankengang durch die Diskutantin durchaus nachvollzogen werden kann. Als Folge (»dann«) der Entfernung der Warze würde auf diesem Wege auch eine Besserung des Wohlbefindens eintreten. Die gesamte Aussage, der auch die Diskutantin Cf zustimmt (»Ja natürlich«), vermittelt, dass ästhetisch-plastische Eingriffe als mögliche Umgangsstrategie mit einem störenden körperlichen Merkmal durch die Gruppenmitglieder nachvollzogen werden können.

Der Diskutant Dm knüpft im Anschluss an die Aussage seiner Vorrednerin an und führt den Gedanken zum zweiten Umgangsweg mit der Warze argumentativ in einer Wenn-Dann-Aussage weiter aus: »[W]enn man vielleicht schon so drauf« sei, dann finde man nach der Entfernung der Warze etwas anderes. Die Formulierung »so drauf ist« impliziert, dass er die spezifische Denkweise thematisiert, durch die der zweite Umgangsweg geprägt sei. Aufgrund dieser Denkweise »könnte« es sein, dass man in der Folge der Warzenentfernung »halt irgendwas anderes [findet]«, was einen daran »hindert«, erfolgreich zu sein. Dass nach der Warzenentfernung noch etwas anderes gefunden werden könne, suggeriert, dass es aufgrund der Denkweise nicht bei einer einmaligen Modifikation des Körpers bleibe, denn der Begriff »finden« impliziert, dass nach weiteren körperlichen Makeln gesucht werde. Diese neu gefundenen Merkmale würden einen dann wiederum »hindern [...] erfolgreich« zu sein. Der Begriff »hindern« wird meist verwendet, um darzu-

stellen, dass man von etwas abgehalten wird – in diesem Fall von einem eigentlichen Ziel, nämlich »erfolgreich« zu sein bzw., wie die Diskutantin Ef ergänzt, »glücklich« zu sein. Damit stellt die zweite Umgangsweise mit der körperlichen Modifikation letztendlich keine abschließende Lösung dar, weil aufgrund der damit verbundenen Denkweise stets neue körperliche Merkmale zum individuellen Hinderungsgrund werden könnten.

Die Diskutantin Ef schlussfolgert schließlich in Bezug auf den zweiten Weg der Körpermodifikation (Warzenentfernung), dass »man [...] halt die Ursachen nicht in sich selbst suchen [muss]«. Dass man nicht müsse, also bei diesem Wege nicht gezwungen sei, sich mit der Ursache der Unzufriedenheit mit der Warze auseinanderzusetzen, deutet zum einen an, dass mit diesem zweiten Weg eine gewisse Handlungsentlastung für Personen einhergehe. Im Umkehrschluss bedeutet dies jedoch zum anderen, dass eine endgültige Lösung des Problems der Unzufriedenheit nur über den Weg der Auseinandersetzung mit dem eigenen Selbst, also über den ersten Umgangsweg, erreicht werden könne. Darüber hinaus verdeutlicht die Diskutantin mit der Aussage, dass der Ursprung der Unzufriedenheit mit der Warze im Selbst liege, sie diese also auf einer psychischen Ebene verortet. Somit schließt sich der argumentative Kreis, insoweit die individuelle Umgangsweise mit einer Warze exemplarisch das eingangs von der Diskutantin Af beschriebene Kerncharakteristikum von ästhetisch-plastischen Eingriffen illustriert: Sie behandeln somatische Symptome, nicht jedoch deren psychologische Ursachen.

Nach einer kurzen Unterhaltung zu Peter Maffays Warze, die aus Platzgründen in der Darstellung ausgespart wurde, beginnt Cf einen Bericht von einer Freundin, die einen Leberfleck in der Form Kubas auf ihrem Bauch habe. Zwar geht es in diesem Beispiel nicht um eine Person mit dem Wunsch nach einer ästhetischen Operation, aber es besteht eine Relation zu Patient*innen der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie, insoweit es auch in diesem Beispiel um das Empfinden zu und den Umgang mit einem auffallenden körperlichen Merkmal geht. Die Freundin habe sich aufgrund des Leberflecks ein »Leben lang geschämt«. Nach Goffman entsteht Scham daraus, »daß das Individuum eines seiner eigenen Attribute begreift als etwas Schändliches und als etwas, worauf es gern verzichten würde« (Goffman 1979: 16). Dass die Freundin gern darauf verzichten würde, illustriert das Beispiel des Bikinis, den sie – vermutlich wegen der dann gegebenen Sichtbarkeit des Leberflecks – vermied.

Die Diskutantin Cf setzt dem eine positiv Lesart entgegen: Sie würde die Freundin aufgrund des Leberflecks aus »tausenden rausidentifizieren«, da er sie »einmalig« mache. Während die Freundin den Leberfleck als Fehler oder Mangel erlebt, deutet Cf ihn also als Zeichen von Individualität. Dass sie Individualität als etwas Positives auslegt, wird nochmals deutlich, wenn sie anführt, dass die Freundin aufgrund ihrer Einmaligkeit nicht aussehe »wie jeden den du auf irgendnem Scheißplakat siehst oder so wie alle gleich aussehen«. Dass sie einen Gegenstand,

(die Plakate) um den vulgären Ausdruck »Scheiß« ergänzt, macht deutlich, dass sie diesen Gegenstand negativ beurteilt. Die Plakate werden von ihr dann in einen sinnhaften Zusammenhang mit Personen gebracht, die alle »gleich aussehen«. Diese Formulierung vermittelt eine auf das Aussehen bezogene Gleichförmigkeit von Personen, was im direkten Gegensatz zur Einzigartigkeit steht, durch die sich Personen eben nicht gleichen. Im direkten Vergleich zur negativ beurteilten äußerlichen Gleichförmigkeit wird die positive Konnotation von Individualität nochmals hervorgehoben.

Schließlich eröffnet die Diskutantin neben der gegensätzlichen Lesart des Leberflecks auch eine alternative Umgangsweise, die darin bestehe, diesen Leberfleck anzunehmen, d.h. ihn im Sinne des positiven Verständnisses von Individualität auch als positive Besonderheit zu akzeptieren, statt ihn zu verstecken oder – weitergedacht – entfernen zu lassen. Sie knüpft somit an die von der Diskutantin Af aufgeworfene Orientierung von Ästhetisch-Plastischer Chirurgie als Symptom statt Ursachenbehandlung an und illustriert diese Orientierung am Beispiel des Leberflecks der Freundin: Statt ein körperliches Attribut zu verstecken oder entfernen zu lassen, also somatische Symptome zu behandeln, sollte lieber an der psychischen Einstellung als Ursache für die Unzufriedenheit gearbeitet werden. Zwar relativiert sie ihre vertretene Ansicht abschließend über den Rückbezug auf das Warzenbeispiel, denn man solle nicht »urteilen«, da man nicht wisse, wie es jemanden mit einer Warze im Gesicht ergeht. Allerdings deutet sich mit ihrem abschließenden »aber« ein Einwand zur formulierten Relativierung an, der aber nicht mehr weiter ausgeführt wird.

Im Weiteren stimmt der Diskutant Fm der Aussage von Cf zu, indem er das von ihr angebrachte Beispiel und ihre dazu formulierte positive Lesart wiederholend aufnimmt. Er bewertet ihre Lesart als »cool«, entsprechend stimmt er mit ihr in der Deutung von Individualität als etwas Positivem überein. Im Weitergang abstrahiert er vom Beispiel der Freundin und beschreibt die Gruppendiskussionsmitglieder als die Wissenden (»Wir wissen jetzte«) und grenzt sie in einer implizit distinktiven Weise von unwissenden Anderen ab. Das Mehr an Wissen, über das sie verfügen würden, bestehe darin, Individualität als etwas Positives wahrzunehmen. Den Anderen fehle dieses Wissen und darüber hinaus verfügten sie auch nicht über eine spezifische »Kraft«, die die Gruppenmitglieder jedoch hätten. Die den Anderen fehlende Kraft bestünde darin, sich mit sich selbst auseinanderzusetzen zu können. Die Auseinandersetzung mit etwas meint eine zeit- und kraftintensive Beschäftigung, mitunter auch ein kritisches Hinterfragen von etwas – in diesem Beispiel: die Wahrnehmung des eigenen Körpers und den Umgang mit diesem (was erneut auf eine psychische Dimension verweist). Die Fähigkeit, sich mit sich selbst auseinanderzusetzen, wird den unwissenden Anderen abgesprochen, stattdessen würden sie die Modifikation der Physis als einen »Rettungsanker« nutzen, also als

ein Hilfsmittel, durch das sie einer als Notlage empfundenen Situation entkommen wollen.

Der Diskutant Fm knüpft somit ebenfalls an die von Af aufgeworfene Orientierung an und erweitert diese argumentativ, indem er die Ästhetisch-Plastische Chirurgie als eine Art Vermeidungsstrategie darstellt. Denn Patient*innen der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie würden sie dazu verwenden, körperliche Attribute zu modifizieren (im Sinne einer Symptombehandlung). Da sie aber nicht die Kraft besäßen, sich mit sich selbst auseinanderzusetzen, bleibt die psychische Ursache, nämlich die defizitäre Wahrnehmung des eigenen Körpers, unbehandelt. Somit stellt auch die Ästhetisch-Plastische Chirurgie für ihn keine adäquate Lösung dar, was er nochmals abschließend darüber verdeutlicht, dass es keine »Langzeitstudien« ihrer Wirkung auf die psychische Konstitution gebe. Er zieht also die Effektivität der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie indirekt in Zweifel.

Die Verhandlung der Grenzen der Effektivität von Behandlungen im Rahmen der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie findet sich in ähnlicher Weise in allen Gruppendiskussionen wieder. Den Ausgangspunkt bildet dabei stets eine Ursachenanalyse, in welcher die Alltagsakteur*innen erörtern, wie es dazu kommt, dass Menschen überhaupt ein körperliches Attribut als Defizit empfinden und entsprechend einen Wunsch nach einer Körpermodifikation entwickeln. Daran anschließend nehmen die Alltagsakteur*innen in der Regel eine Bewertung der Effektivität ästhetisch-plastischer Eingriffe vor. Dieser typische Diskussionsverlauf innerhalb der Gruppendiskussionen soll im Folgenden an einem Ausschnitt aus der Gruppe Lila exemplifiziert werden:

Cm: Aber ich glaub dass das auch @(.)@ dass das auch viel (.) dass das auch viel mit Komplexen zusammenhängt hat (.) dass Leute was einen Makel haben oder von sich selber glauben dass sie einen kleinen Makel haben (.) die kriegen dann Minderwertigkeitskomplexe etcetera und später wird das noch schlimmer kriegen ne Depression oder was weiß ich und lassen dann deswegen diesen Eingriff da machen

Bf: Genau aber dann ist aber die Depression nicht geheilt; [...]

(GD Lila, Z. 209-214)

Der Diskutant Cm hält in diesem Ausschnitt zunächst fest, dass die Ästhetisch-Plastische Chirurgie »viel mit Komplexen« zusammenhänge. Einen Komplex zu haben, meint eine negativ geprägte Vorstellung von sich selbst zu haben, die sich auf einen spezifischen Aspekt bezieht. Die im Weiteren vorgenommene begriffliche Erweiterung zu »Minderwertigkeitskomplexe[n]« unterstreicht diese Lesart nochmals, steht Minderwertigkeit doch dafür, dass etwas vergleichsweise einen minderen, also geringeren Wert aufweist. Die Ästhetisch-Plastische Chirurgie habe demnach also mit einer negativen Sichtweise auf sich selbst zu tun. Was dies

genau meint, wird im Weiteren ausgeführt, wenn der Diskutant erklärt, dass sich die Komplexe aus »kleinen Makel[n]« ergeben würden, von denen Personen »glauben«, sie zu haben. Ein Makel wird gemeinhin als Fehler oder Mangel verstanden, der herabsetzend wirkt und Unvollkommenheit impliziert. Bezogen auf das, was durch ästhetisch-plastische Eingriffe verändert wird, also das äußere Erscheinungsbild, meint der Begriff Makel in diesem Kontext also ein als defizitär begriffenes körperliches Merkmal. Dieses Merkmal wird jedoch nach Cm nur aus der individuellen Sichtweise der betroffenen Personen als Makel empfunden, was an der Formulierung »von sich selber glauben« deutlich wird.

Patient*innen der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie bzw. Personen mit einem Wunsch nach einem ästhetisch-plastischen Eingriff haben also nach Ansicht von Cm eine defizitäre Sichtweise auf ihr äußeres Erscheinungsbild. Der Makel, wie auch die sich daraus ergebenden Komplexe betreffen vor allem die Psyche von Personen, denn es geht um Wahrnehmungen, Emotionen und Empfindungen, was allesamt Aspekte sind, die innerhalb der Gruppe auf einer psychischen Dimension verortet werden. Abermals wird also die Psyche zum Ausgangspunkt einer körperbezogenen Unzufriedenheit erklärt, aus der heraus überhaupt erst der Wunsch nach einer Veränderung des Körpers emergiere. Die Zentralität der Psyche in der Ursachenanalyse wird nochmals indirekt hervorgehoben, wenn konstatiert wird, dass es »später [...] noch schlimmer« werde und die Personen eine »Depression« bekommen würden. In diesem Beispiel beschreibt der Diskutant eine Steigerung der negativen Konsequenzen aus einer defizitären Selbstwahrnehmung: Aus einer psychischen Unzufriedenheit mit dem Körper könne auch eine psychische Erkrankung entstehen.

Anschließend erklärt der Diskutant resümierend, dass Personen »dann deswegen diesen Eingriff da machen« ließen, dass also das psychische Leiden den Anlass zur körperlichen Modifikation via Ästhetisch-Plastischer Chirurgie bilde. Dieser Annahme wird von der Diskutantin Bf geteilt (»Genau«) und um eine weitere Einschätzung ergänzt, die sinngemäß an die Ausführungen von Cm anknüpft: Mit der Behandlung durch ästhetisch-plastische Eingriffe sei »aber die Depression nicht geheilt«. Auch in diesem Beispiel wird also eine Grenze der Effektivität von ästhetisch-plastischen Behandlungen aufgezeigt, denn die eigentliche Ursache bleibe trotz ästhetisch-plastischer Eingriffe bestehen und lediglich physische Auswirkungen der eigentlichen psychischen Ursache würden durch sie bearbeitet. Insoweit illustriert auch dieser exemplarische Auszug aus der Diskussion der Gruppe Lila die eingangs dargestellte Orientierung der Alltagsakteur*innen zur Ästhetisch-Plastischen Chirurgie als Symptom- statt Ursachenbehandlung.

Dass Personen das psychische Leiden an einem physischen Merkmal zum Anlass nehmen, sich ästhetisch-plastisch operieren zu lassen, wird in den Gruppendiskussionen mit Alltagsakteur*innen zwar mitunter auch als akzeptabler Grund verhandelt, jedoch nur, wenn die Eingriffe einen zuvorderst rekonstruk-

tiven Charakter haben, es also nicht (allein) um ein ästhetisches Anliegen geht. Steht beim Wunsch nach einem plastischen Eingriff jedoch die Ästhetik im Vordergrund, wie es gruppenübergreifend angenommen wird, so thematisieren die Gruppen die Schwierigkeit der Bestimmung von psychischem Leiden, wie der folgende Auszug aus der Gruppe Grün exemplarisch aufzeigt. Im Vorlauf zu dem Auszug betont eine Diskutantin, dass sie sich nicht aus ästhetischen Gründen operieren lassen wolle, woraufhin ihr eine andere Diskutantin vorwirft, dass sie zuvor erzählt habe, sie wolle sich Krampfadern entfernen lassen, aufgrund von Schmerzen, aber auch, weil es sie ästhetisch störe. Die erste Diskutantin argumentiert daraufhin, dass ihr die Krampfadern wirklich Schmerzen bereiten würden, woran sich folgende Diskussion schließt:

Dm: Schmerzen sind medizinisch

Cm: Psychisch ist doch auch medizinisch

Ef: Ja: und ich find ich f-

Dm: Ja jein

Cm: Ja is so

Bm: Ja aber is dann aber wirklich sehr dehnbar also wenn du wenn du; Beispiel eine von den Reichen und Schönen in an der Côte d'Azur sagt zu meiner äh Segelregatta passt mein Gesicht jetzt langsam nicht mehr ja, und da leide ich psychisch drunter; das ist für mich nicht einsehbar

(GD Grün, Z. 645-653)

Der Diskutant Dm konstatiert zunächst, dass Schmerzen »medizinisch« seien. Da der Begriff »medizinisch« in den Gruppendiskussionen oftmals als Kurzform für »medizinische Notwendigkeit« verwendet wird und für Alltagsakteur*innen wiederum eine legitime Indikation für ärztliche Behandlungen darstellt (vgl. Kap. 4.1), lässt sich schlussfolgern, dass er Schmerzen als einen nachvollziehbaren Grund für einen operativen/plastischen Eingriff hält. Was genau er jedoch mit Schmerzen meint, wird aus seiner Aussage allein noch nicht ersichtlich, sondern erst, wenn der nachfolgende Beitrag des Diskutanten Cm hinzugezogen wird. Dieser formuliert eine Anti-These zur Aussage seines Vorredners, indem er einwirft, dass »psychisch« doch auch medizinisch sei. Indem Cm »psychisch« als etwas anführt, das ebenso wie Schmerzen zum Medizinischen gehöre, wird im Umkehrschluss die Annahme deutlich, dass mit dem vorherigen Merkmal »Schmerzen« ausschließlich somatische Aspekte gemeint waren. Darüber hinaus zeichnet sich durch diese Aussage gleichfalls ab, dass die Psyche bzw. psychisches Leiden keine selbstverständliche Indikation zu sein scheint, da sonst keine Notwendigkeit bestehen würde, dies explizit als Begründung hervorzuheben.

Der Anti-These folgen divergente Positionierungen zur aufgeworfenen These (»ja«, »jein«), die bereits andeuten, dass es einer gesonderten Erörterung bedarf,

ob psychisches Leiden ebenso wie physisches Leiden als medizinische Notwendigkeit gewertet werden kann. Der Diskutant Bm führt diesbezüglich an, dass der Begriff »psychisch« »sehr dehnbar« sei, womit impliziert wird, dass der Begriff nicht eindeutig bestimmbar oder aber mehrdeutig sei. Er gibt im Weiteren diesbezüglich ein Beispiel und spricht konkret von den »Reichen und Schönen«, womit er sich auf eine spezifische Personengruppe bezieht, die aufgrund zweier Merkmale (reich und schön) als privilegiert gedeutet werden kann. Die Diskutant*innen gehören nicht zu dieser Personengruppe, was an der Formulierung die »Reichen und Schönen« deutlich wird, da diese üblicherweise nicht zur Selbstzuschreibung genutzt wird. Die Personengruppe wird anschließend noch buchstäblich verortet, nämlich an der »Côte d'Azur«, einer Region an der französischen Mittelmeerküste, die mit Luxus und Exklusivität assoziiert wird.

Wie eine Person dieser privilegierten Gruppe einen ästhetisch-plastischen Eingriff psychisch begründen könnte, führt der Diskutant imaginierend aus: Wenn das »Gesicht« als nicht mehr passend zur eigenen »Segelregatta« wahrgenommen werde. Eine Regatta meint eigentlich ein Wettrennen von Segelbooten, vermutlich zielt der Diskutant auf den Besitz von einem Segelboot, was wiederum als ein Zeichen für Wohlstand gedeutet werden kann, da Segeln als Sportart mit einem privilegierten Status assoziiert wird und aufgrund der dafür anfallenden Kosten in der Regel einen gewissen Wohlstand voraussetzt. Im Beispiel wird auch eine körperbezogene Unzufriedenheit (Gesicht passt nicht) thematisiert, die zu psychischem Leiden führe, ähnlich zu den bisher dargestellten Beispielen. Die Begründung wird von ihm jedoch de-legitimiert, insoweit er diese nicht nachvollziehen kann (»nicht einsehbar«).

Die Ablehnung kann gemäß der vorangegangenen Beschreibung der Personengruppe entweder daraus resultieren, dass die Empfindung von Leiden aufgrund des Beispiels als *übertrieben* empfunden wird, in dem Sinne, dass das Aussehen zu einem Aspekt wird, der den übrigen Lifestyle-Aspekten (Segelboot, Côte d'Azur) angepasst wird. Oder aber die Ablehnung ergibt sich daraus, dass es als *unangemessen* gesehen wird, bei einer privilegierten Stellung, wie die der beschriebenen Personengruppe, irgendeine Form psychischen Leidens zu empfinden. Der Grund seiner Ablehnung von psychischen Aspekten als Begründung für einen Eingriff kann unter Rückbezug seiner vorherigen Aussage abgeleitet werden: Die »dehnbare« Interpretation dessen, was als psychisches Leiden gilt, wird in diesem Beispiel aus der Sicht von Bm »überdehnt«.

Nachdem eingangs rekonstruiert wurde, dass der Anlass bzw. Wunsch nach einem ästhetisch-plastischen Eingriff gruppenübergreifend auf einer psychischen und nicht auf einer somatischen Ebene verortet wird, konnte anhand des vorangegangenen exemplarischen Ausschnitts ergänzend aufgezeigt werden, dass der Begründung von dezidiert *ästhetisch-plastischen* Eingriffen allein über den Aspekt des psychischen Leidens mindestens mit Skepsis begegnet wird. Entsprechend der

dargestellten Orientierungen und skeptischen Haltungen kommt es in den Gruppendiskussionen dann auch vereinzelt zu Aussagen, wie der einer Diskutantin, die Patient*innen der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie »empfehlen [würde] dass die ne Therapie machen dass die mal (.) ein gesundes Körpergefühl« entwickelten (GD Grün, Z. 1310f.). Die Aufforderung dazu, eine Therapie zu machen, die sich auf die Behandlung der Psyche bezieht (»Körpergefühl«), bedeutet im Umkehrschluss, dass den Chirurg*innen teilweise die medizinische Zuständigkeit für die Behandlung der Patient*innen aberkannt wird, da die Ästhetisch-Plastische Chirurgie keinen adäquaten Lösungsansatz für das von den Alltagsakteur*innen angenommene Problem darstelle.

Neben einer *Aberkennung* der Zuständigkeit zur medizinischen Behandlung werden darüber hinaus auch Forderungen nach einer *Kontrolle* der Behandlungen der ästhetisch-plastischen Chirurg*innen formuliert, wie etwa von einer Diskutantin aus Gruppe Orange, die dafür plädiert, dass es »vor so einer Schönheitsoperation finde ich wie bei einer Geschlechtsumwandlung psychische Fragen geben muss und der psychisch beurteilt werden muss« (GD Orange, Z. 1139ff.). In diesem Falle wird den Chirurg*innen die Behandlungszuständigkeit zwar nicht grundlegend aberkannt, allerdings wird es als notwendig erachtet, dass andere Fachärzt*innen, deren Schwerpunkt auf der Behandlung der Psyche liegt (also allen voran Psychotherapeut*innen), die Behandlung von ästhetisch-plastischen Chirurg*innen kontrollieren sollten. Diese Kontrolle solle darüber erfolgen, dass durch sie generell zu überprüfen sei, ob ästhetisch-plastische Chirurg*innen bei den zu behandelnden Fällen tatsächlich zuständig seien. In der Konsequenz lässt sich die von den Alltagsakteur*innen geäußerte Skepsis gegenüber bzw. die Aberkennung der Deutungshoheit und Behandlungszuständigkeit von ästhetisch-plastischen Chirurg*innen als Muster von De-Legitimierungen interpretieren.

Typisierung des Alltagswissens zu Grenzverhandlungen von Effekten ästhetisch-plastischer Behandlungen

Alle in diesem Kapitel dargestellten Diskussionen und Äußerungen der Alltagsakteur*innen werden durch die Ergründung der Frage nach den Grenzen der Behandlung durch ästhetisch-plastische Eingriffe getragen. Den Blick richten die Interviewten vor allem auf diejenigen, die die Ästhetisch-Plastische Chirurgie (potenziell) nutzen, d.h. auf (mögliche) Patient*innen. Die Alltagsakteur*innen betonen in ihren Verhandlungen vor allem den Aspekt der Effektivität ästhetisch-plastischer Behandlungen, womit zwar ebenso Fragen der Wirkungsweise angesprochen sind, aber in einer anderen Weise, als es in Kapitel 5.1 der Fall war. Denn die alltagsweltlichen Verhandlungen entfernen sich in den dargestellten Passagen und Ausschnitten von einer gesamtgesellschaftlichen Perspektive hin zu einer Betrachtung der Effekte (und Effektivität) der Behandlung auf einer dezidiert indivi-

duellen Ebene. Die rekonstruierten Orientierungen der Alltagsakteur*innen werden nun im Anschluss im Rahmen einer sinngenetischen Typenbildung zu einer am Erkenntnisinteresse orientierten Basistypik abstrahiert (vgl. zur Typenbildung Kap. 3.2).

Wenn Alltagsakteur*innen über Patient*innen der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie sprechen, so tun sie dies in vielen Fällen in einer sich dazu distanzierenden, herabsetzenden, ergo in einer stigmatisierenden Art und Weise. Den Ausgangspunkt dafür bilden stets die äußeren Erscheinungsbilder der Patient*innen der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie, also die wahrnehmbaren, visuellen Effekte von durchgeführten ästhetisch-plastischen Eingriffen. Da die operierten Patient*innen-Körper übergreifend mit monströsen, entmenslichenden Bezeichnungen beschrieben werden, könnte man schlussfolgern, dass die Stigmatisierungen der Alltagsakteur*innen einem spezifischen Typus von Stigma zugeordnet werden können, den Goffman als »Abscheulichkeiten des Körpers« benennt und unter dem er »verschieden[e] physisch[e] Deformationen« subsummiert (vgl. Goffman 1979: 12). Doch stehen hinter diesen Stigma-Termini spezifische Alltagstheorien, die Aufschluss darüber geben, worin die Ursache des Stigmas aus Sicht der Stigma-Zuschreibenden besteht und wie die angenommene Minderwertigkeit diskreditierter Personen begründet wird (vgl. Goffman 1979: 13f.; Engelhardt 2010: 130).

In der Ergründung dieser Alltagstheorien steckt das Potenzial, ein differenzierteres Verständnis davon zu erhalten, wie und was Alltagsakteur*innen in Bezug auf (potenzielle) Patient*innen der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie stigmatisieren. Die alltagsweltlichen Stigma-Theorien treten vor allem in der Verhandlung der Gründe zutage, warum Personen sich für eine Körpermodifikation entscheiden würden. Wie die Analysen diesbezüglich zeigen, ergebe sich der Wunsch nach einer Veränderung des Körpers aus Sichtweise der Alltagsakteur*innen vor allem aus einem subjektiven Defizit-Empfinden des eigenen Körpers. Die Ästhetisch-Plastische Chirurgie stelle, dieser Annahme entsprechend, aber lediglich eine Vermeidungsstrategie dar, da durch sie zwar die störenden körperlichen Attribute bearbeitet, das eigentliche Problem, nämlich die defizitäre Wahrnehmung des eigenen Körpers, dadurch jedoch nicht gelöst werde, sondern weiterhin fortbestehen würde. An diesem Punkt zeigt sich sehr deutlich eine Grenzkonstruktion der Alltagsakteur*innen in Bezug auf die Behandlung durch Ästhetisch-Plastische Chirurgie, denn durch sie werde zwar etwas behandelt, aber nicht das, was von den Alltagsakteur*innen als notwendig erachtet wird.

Da die Psyche als eigentlichem Ursprung für einen Wunsch nach ästhetisch-plastischen Eingriffen durch eben solche nicht behandelt werde, wird die Effektivität der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie in allen Gruppendiskussionen übereinstimmend mindestens infrage gestellt, mitunter auch negiert. Da die von einer Diskutant*in der Gruppe Gelb aufgeworfene Orientierung diesen Umstand begriff-

lich bereits sehr treffend gefasst hat, wird zur Benennung der Basistypik auf ihre Formulierung zurückgegriffen: Die rekonstruierten Orientierungen der Alltagsakteur*innen werden als Typik zusammengefasst, die in direkter Zitation der DiskutantIn zunächst als *›Ästhetisch-Plastische Chirurgie als Symptom- statt Ursachenbehandlung‹* betitelt wird.

Unter Hinzuziehung der Stigma-Theorien der Alltagsakteur*innen wird nun deutlich, dass das eigentliche, genuine Stigma nicht in körperlichen Deformationen verortet wird, die sich aus ästhetisch-plastischen Eingriffen ergeben. Das Stigma besteht für die Alltagsakteur*innen vielmehr darin, dass die (potenziellen) Patient*innen ihren Körper als defizitär wahrnehmen, wodurch überhaupt erst der Wunsch nach einer Modifikation desselben erwache. Damit einher geht nach den Alltagsakteur*innen die Unfähigkeit der Patient*innen, den eigenen Körper positiv zu deuten. Um diesen Umstand theoretisch zu fassen, können erneut Goffmans Überlegungen zu Stigmata herangezogen werden, denn nach ihm bilden körperliche Abweichungen von Idealzuständen nur einen Stigma-Typus. Einen weiteren bezeichnet er als »individuelle Charakterfehler«, die u.a. als »Willensschwäche« wahrgenommen werden würden (vgl. Goffman 1979: 12f.).³

Da die Alltagsakteur*innen die Psychotherapie als den richtigen Weg der Behandlung verstehen, der allerdings weit zeit- und kraftaufwändiger sei als ein ästhetisch-plastischer Eingriff, bzw. sie den Menschen mit dem Wunsch nach einer ästhetischen Modifikation des Körpers mitunter unterstellen, dass diese nicht die Stärke besäßen, ihre Psyche statt des Körpers zu behandeln, kann geschlussfolgert werden, dass die Alltagsakteur*innen (potenziellen) Patient*innen das Stigma des zweiten Typus des »individuelle[n] Charakterfehler[s]« im Sinne eines »fehlerhaften« Selbst-Verhältnisses zuschreiben. Denn das, was sie an (potenziellen) Patient*innen der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie stigmatisierend problematisieren, ist eine psychosoziale Eigenschaft dieser, die sich im Fall einer Entscheidung für eine ästhetische Operation ferner zu einer Stigmatisierung des ersten Typus, also der körperlichen Abweichung, erweitern kann. Um zu erfassen, dass Personen mit einem Wunsch nach einer ästhetisch-plastischen Modifikation durch die Alltagsakteur*innen stigmatisiert werden (unabhängig davon, ob sie diesen Wunsch umsetzen oder nicht), wird die erstellte Typik des Alltagswissens nochmals begrifflich erweitert zu *›Ästhetisch-Plastische Chirurgie als stigmatisierende Symptom- statt Ursachenbehandlung‹*.

3 Neben diesen beiden Typen von Stigmata führt Goffman noch einen dritten Stigma-Typus an, unter den er phylogenetische Merkmale wie Ethnizität, Nationalität oder Religion fasst (vgl. Goffman 1979: 13).

6.2. Ästhetisch-Plastische Chirurgie als eine spezifische Körperarbeit der Ent-Stigmatisierung

Ähnlich wie die Alltagsakteur*innen erörtern die Chirurg*innen, neben Fragen zur definitorischen Bestimmung und zur gesellschaftlichen Wirkungsweise der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie, ebenfalls das Thema der Effekte und Effektivität der von ihnen durchgeführten Behandlungen. Im Zuge dieser Erörterung lenken die Chirurg*innen, wie schon die Alltagsakteur*innen, den Blick auf diejenigen, die sich behandeln lassen: ihre Patient*innen. Welche Grenzziehungen die Chirurg*innen hinsichtlich der Effektivität ihrer Behandlungsverfahren sowie in Bezug auf die Annahme oder Ablehnung von Behandlungen vornehmen, wird Gegenstand des folgenden Kapitels sein. Einen ersten Einblick in die Verhandlung soll im Folgenden ein Auszug aus dem Interview mit Dr. Merkur geben:

Y1: Und wie schaut zum Beispiel so eine Beratungssituation aus wenn wenn Leute zu Ihnen kommen (.) gibt es da auch so einen typischen Ablauf (.) oder was sind Gründe warum Leute kommen (.) Gründe warum Sie sie dann aufnehmen ihnen ihnen helfen und sie operieren

M.: [...] in der Regel (.) sind das Gründe die (2) die Patienten schon länger beschäftigen und vom Ablauf ist es so (.) der größte Schritt glaube ich für die Patienten ist (.) erst einmal hier anzurufen (2) ähm denn ab dann letztendlich ähm (.) spricht man ja das Thema dann auch verbal aus vorher haben sie es vielleicht für sich behalten und (.) ähm mussten es dann so ein bisschen so ausmachen mit sich selbst von wegen mit wem spreche ich spreche ich es überhaupt an ähm (.) kriege ich vielleicht mit den Gesprächspartnern ähm kriege ich ein gutes Feedback oder ähm (.) werde ich dann irgendwie (.) eher belächelt (.) ne was das angeht (.) gibt es ja so es gibt ja auch intolerante (.) ähm Reaktionen ja und dann rufen die Patienten halt an wie gesagt das ist so finde ich so immer das: Wesentliche ab dann (.) stehen die ja letztendlich zu dem kleinen Makel den die haben (.) machen dann ähm letztendlich einen Termin aus [...]«

(Merkur, Z. 122-156)

Die Interviewerin fragt nach dem »typischen Ablauf« einer »Beratungssituation« und bekundet damit Interesse an den alltäglichen, charakteristischen Mustern und Strukturen des Berufslebens von Dr. Merkur. Im Folgenden schwenkt sie bei der Themensetzung der Frage um bzw. konkretisiert diese in zweierlei Hinsicht: Zum einen wird danach gefragt, warum Personen ihn aufsuchen würden, also nach den Anlässen von Patient*innen. Zum anderen wird sich danach erkundigt, warum sich Dr. Merkur bei Patient*innen dazu entscheidet, ihnen zu helfen und sie zu operieren, was also seine individuellen (beruflichen) Motive sind. Mit dem Begriff

»helfen« impliziert die Interviewerin, dass die Gründe von Patient*innen mit einer problematischen Situation bzw. einer Notlage zusammenhängen, zu deren Bewältigung sie allein nicht im Stande sind.

Dr. Merkur erklärt in seiner Antwort zunächst, dass die »Gründe« von Patient*innen diese »in der Regel« schon »länger beschäftigen« würden. Mit der Formulierung »in der Regel« und der Thematisierung von »Gründen« werden die folgenden Ausführungen als eine Darstellung von Regelmäßigkeiten gerahmt und Dr. Merkur nimmt die Bitte um die Darstellung typischer Beweggründe von Patient*innen durch die Interviewerin auf. Dass die Gründe der Patient*innen diese schon »länger beschäftigen«, impliziert, dass diese nicht kurzfristig entstehen, sondern die Patient*innen vor der Kontaktierung bereits ein längeren »Leidensweg« durchlebt haben. Damit deutet Dr. Merkur auch an, dass sich Patient*innen nicht spontan oder übereilt für einen Eingriff entscheiden, sondern sie sich über einen längeren Zeitraum mit den Anlässen beschäftigt haben oder über längere Zeit mit diesen konfrontiert waren.

Im weiteren Verlauf geht Dr. Merkur dem ersten Teil der Interviewfrage nach, indem er mit der Thematisierung des Erstkontakts mit Patient*innen einen »typischen Ablauf« aufzeigt, also alltägliche, charakteristische Muster und Strukturen seines Berufslebens. Der »größte Schritt« für die Patient*innen sei es, bei ihm anzurufen. Das Anrufen, also die erstmalige Kontaktaufnahme zu ihm, sei nicht nur der erste Schritt, sondern auch der schwierigste, insoweit die Formulierung »einen großen Schritt machen« auf gewisse Anstrengungen und/oder Überwindung hinweist, die absolviert werden müssen. Mit diesem Schritt (»ab dann«) würden die Patient*innen »das Thema« dann auch »verbal« aussprechen, was indirekt anzeigt, dass das Anliegen für eine Körpermodifikation bis dato von den Patient*innen nicht ausgesprochen, also verschwiegen wurde. Wenn etwas verschwiegen wird, kann dies u.a. ein Hinweis darauf sein, dass jemandem etwas peinlich oder unangenehm ist und die Person im Sinne Goffmans ein Gefühl des Stigmatisiert-Seins empfindet (vgl. Goffman 1979: 67f.).

Den konkreten Grund für das Verschweigen führt Dr. Merkur direkt im Anschluss an, wenn er berichtet, was Patient*innen erleben würden, bis sie ihn erstmals kontaktierten. Bis dahin würden sie die Gründe »für sich behalten« oder »mit sich ausmachen«. Diese Formulierungen implizieren eine gewisse Form der Geheimhaltung und deuten auf emotionale Aushandlungs- oder Bearbeitungsprozesse hin, die verborgen vor anderen vollzogen werden. Erneut kann dies ein Anzeichen dafür sein, dass die Patient*innen ein körperbezogenes Gefühl des Stigmatisiert-Seins empfinden. Dr. Merkur wechselt dann in die imaginierte Sprecherrolle einer*ines Patient*in und illustriert darüber das Erleben möglicher Reaktionen des sozialen Umfelds auf das Anliegen der Patient*innen. Die Reaktionen reichten von »gutem Feedback« bis hin zu »intoleranten Reaktionen«, was zum einen ein breites Spektrum möglicher Rückmeldungen aufzeigt und zum an-

deren verdeutlicht, dass Rückmeldungen sowohl positiv wie auch negativ ausfallen können. Die negativen Reaktionen werden jedoch ausführlicher beschrieben. Der Begriff »intolerant« verweist auf darauf, dass Akzeptanz abgesprochen wird, die Formulierung »belächelt« zu werden, meint in der Regel, dass man nicht ernstgenommen wird. Beide Exemplifizierungen von negativen Reaktionen des sozialen Umfelds deuten also auf Ausgrenzungs- und Herabsetzungserfahrungen der Patient*innen hin.

Fasst man nun die Schilderungen Dr. Merkurs zum typischen Weg von Patient*innen bis zum Erstkontakts zusammen, so lässt sich schlussfolgern, dass er eine exemplarische Deskription von individuellen Stigma-Empfindungen der Patient*innen und durch andere Personen bedingte Stigma-Erfahrung von Patient*innen gibt. Denn die jeweiligen Schilderungen weisen darauf hin, dass die Patient*innen von Dr. Merkur – ob selbst empfunden oder durch andere wahrgenommen – in einer unerwünschten Weise von antizipierten Erwartungen abweichen und daraufhin mitunter mit Scham reagieren. Zusammengenommen schildert Dr. Merkur also exakt die Kerncharakteristika eines Stigmas, wie sie Goffman beschreibt (vgl. Goffman 1979: 13, 16).

Zum Ende hin konkretisiert Dr. Merkur schließlich noch die Beweggründe der Patient*innen: Der Anlass, warum ihn Personen kontaktieren und warum sie, mit Goffman gesprochen, zu potenziell »Diskreditierbaren« bzw. tatsächlich »Diskreditierten« werden (vgl. Goffman 1979: 56f.), seien kleine »Makel«. Ein Makel wird in der Regel als etwas Fehler- oder Mangelhaftes verstanden, der in der sprachlichen Verwendung Herabsetzung bewirkt und/oder Unvollkommenheit suggeriert. Der Begriff wird oftmals auch im Zusammenhang mit Körpern verwendet und in diesem Kontext synonym zu »Schönheitsfehler« verwendet. Im Vergleich zu anderen Begriffen wie »Verletzung« oder »Verunstaltung« erscheint der Begriff des »Makels« in Bezug auf die Physis weniger gefährdend, weniger wesentlich. Die Effekte, die Dr. Merkur dem Makel zuschreibt, sind dagegen vor allem psychischer Natur: Die Gefahr, die von ihm ausgeht, besteht in der Erfahrung eines Stigmas. Dr. Merkur ist nun derjenige, der diese Gefahr abwenden kann. In diesem Sinne wird Dr. Merkur, in Goffmans Worten, zum »Weisen«, worunter Goffman Personen fasst

»die normal sind, aber deren besondere Situation sie intim vertraut und mitfühlend mit dem geheimen Leben der Stigmatisierten gemacht hat [...]. Weise Personen sind die Grenzpersonen, vor denen das Individuum mit einem Fehler weder Scham zu fühlen noch Selbstkontrolle zu üben braucht, weil es weiß, daß es trotz seines Mangels als ein gewöhnlicher anderer gesehen wird.« (Goffman 1979: 40)

Ästhetisch-plastische Chirurg*innen, wie Dr. Merkur, sind also diejenigen »Weisen«, die von (potenziell) Stigmatisierten aufgesucht werden und vor denen sie keine Diskreditierung zu fürchten brauchen. Vor ästhetisch-plastischen Chirurg*in-

nen können (potenziell) Stigmatisierte über ihr Anliegen sprechen, wie auch Dr. Merkur betont, und sie können sich zeigen, ohne dabei Scham zu empfinden. Denn die Chirurg*innen sind ebenjene, die stigmatisierte/stigmatisierbare körperliche Merkmale im Rahmen ihrer beruflichen Tätigkeit behandeln. Doch nicht nur Dr. Merkur, sondern auch die anderen interviewten Chirurg*innen berichten von Stigma-Erfahrungen und -Empfindungen ihrer Patient*innen. So auch Dr.ⁱⁿ Saturn, die im Vorlauf zum folgenden Ausschnitt durch die Interviewerin gefragt wurde, wie sie dazu kam, einen Schwerpunkt ihrer Arbeit auf die Intimchirurgie zu legen. Im Zuge der Beantwortung dieser Frage nach ihrer Motivation erklärt sie unter anderem zu Patient*innen der Intimchirurgie:

S.: [...] die haben ja auch einen wirklichen Leidensdruck (.) wenn die Schamlippen zum Beispiel vergrößert sind dass sie Schmerzen haben bei Geschlechtsverkehr oder sportliche Aktivitäten nicht durchführen können oder (.) ich hatte auch schon ähm sage ich mal (.) junge Erwachsene die Hemmungen hatten Sportunterricht in der Schule zu machen weil (.) die Schamlippe unten ähm so ein bisschen rausguckte weil die einfach überproportional groß war und dann gehänselt wird das ist ja ein ganzer Teufelskreis wo man auch (handeln) und den muss man ja irgendwie helfen [...]

(Saturn, Z. 200-207)

Aufgrund des körperlichen Merkmals von überproportional großen, für andere wahrnehmbaren Schamlippen würden Patient*innen »Leidensdruck« empfinden. Ähnlich wie der Begriff des »Makels« impliziert auch derjenige des »Leidensdrucks« eine stärker psychische Ausrichtung. Denn Leidensdruck meint eine starke mentale Belastung, andernfalls wäre beispielsweise von »Schmerzen« als Begriff für somatische Beschwerden die Rede. Dr.ⁱⁿ Saturn führt zwar auch somatische Beschwerden an, die wegen zu großer Schamlippen auftreten könnten (wie Schmerzen beim Geschlechtsverkehr oder bei Sportaktivitäten), aber daneben könne es ihrer Ansicht nach eben auch dazu kommen, dass Patient*innen auf andere Weise »Hemmungen«, also gewisse Formen von Unsicherheit empfinden würden, was wiederum erneut eine eher psychische Dimension tangiert.

Als ein Beispiel für solche Hemmungen führt Dr.ⁱⁿ Saturn Patientinnen und deren Erfahrungen im Schulsportunterricht an. Sie kenne Patientinnen, die in diesem spezifischen Rahmen wegen ihrer zu großen und dadurch sichtbaren Schamlippen »gehänselt« worden seien. Hänseln ist eine Form des Mobblings, die darauf abzielt, jemanden zu diskreditieren und in diesem Sinne zu stigmatisieren. Auch in diesem Auszug wird also eine von Patient*innen erlebte Stigma-Erfahrung beschrieben, die daher rührt, dass eine Person aufgrund eines körperlichen Merkmals, das nicht den gängigen Idealen entspricht, Diskreditierungen aus ihrem sozialen Umfeld erfährt. Dass das körperliche Attribut nicht gängigen Idealvor-

stellungen entspricht, stellt Dr.ⁱⁿ Saturn selbst fest, wenn sie die Schamlippen als »überproportional« bezeichnet und somit als etwas deutet, das von einem irgendwie gearteten Normalzustand abweicht.

Im Anschluss daran nimmt Dr.ⁱⁿ Saturn eine Bewertung zu den Stigma-Erfahrungen der Patient*innen vor, indem sie dies einen »Teufelskreis« bezeichnet. Mit dem Begriff »Teufelskreis« wird eine Situation bezeichnet, die durch eine nicht endende Reihe aneinander anschließender oder aufeinander aufbauender negativer Ereignisse gekennzeichnet ist. Dass sie dies in Beziehung zu ihren Patient*innen setzt, meint entsprechend, dass ihre Patient*innen in einer aussichtslosen Lage gefangen seien. Im Rahmen einer dann folgenden Argumentation macht sie schließlich deutlich, dass man angesichts einer solchen aussichtslosen Lage zum Handeln aufgefordert sei (»muss man [...] helfen«). Mit der Betonung der Notwendigkeit zu helfen, wird Dr.ⁱⁿ Saturn schließlich gleichfalls zur »Weisen«. Denn sie fühlt die Verpflichtung (und verfügt über die Mittel) die Patient*innen im Rahmen ihrer beruflichen Möglichkeiten aus dem benannten Teufelskreis zu befreien, womit sie auch letztlich die Notwendigkeit ihres beruflichen Handelns plausibilisiert.

Insgesamt lässt sich unter Rückbezug auf die bisherigen Analysen der Expert*inneninterviews schlussfolgern, dass für die Chirurg*innen ein Stigma vor allem in einem körperlichen Merkmal von Patient*innen besteht, an dem diese in der Selbstwahrnehmung oder durch diskreditierende Zuschreibungen durch andere psychisch leiden. Aufgrund der Körperbezogenheit kann man diese Art von Stigma, die die Chirurg*innen für die Patient*innen beschreiben, in Goffman's Typisierung dem ersten Typus zuordnen, unter den Goffman »verschieden[e] physisch[e] Deformationen« zusammenfasst (vgl. Goffman 1979: 12). Die Chirurg*innen nehmen, wie nun im Folgenden aufgezeigt wird, ausgehend von den beschriebenen Stigma-Erfahrungen und -Empfindungen ihrer Patient*innen, eine strikte Trennung zwischen psychischem *Leiden* auf der einen und psychischer *Erkrankung* auf der anderen Seite vor. Die die Chirurg*innen in diesem Kontext umtreibende Frage ist dabei stets, wie das Leiden von Patient*innen eingeschätzt werden kann: Bis wohin ist es verständlich, ab wann ist es nicht mehr nachvollziehbar?

Ein wesentliches Kriterium bei der Beantwortung dieser Fragen bildet in allen Expert*inneninterviews die körperdysmorphe Störung, eine psychopathologische Erkrankung, bei der Betroffene den eigenen Körpers als hässlich und/oder entstellt wahrnehmen (vgl. u.a. Cuzzolaro/Nizzoli 2018, Gruber et al. 2018). Charakteristisch für diese Erkrankung ist »eine übermäßige Beschäftigung mit einem Makel, der entweder objektiv nicht als solcher erkennbar oder so geringfügig ausgeprägt ist, dass die Beschäftigung damit deutlich übertrieben ist« (Lahousen et al. 2017: 973). Wie Chirurg*innen nun zwischen psychischem Leiden und psychischer Erkrankung unterscheiden, illustriert ein Auszug aus dem Interview mit Dr.

Neptun. Auf die Frage, mit welchen Wünschen und Vorstellungen Patient*innen ihn aufsuchen würden und wie sich der Ablauf bis zu einer Operation gestaltet, antwortet er unter anderem:

N.: [...] das heißt der Patient muss wirklich einen (.) Mangel mitbringen unter dem er leidet (.) den ich nachvollziehen kann da sind wir bei der Dysmorphophobie als Krankheit ne (.) ich muss es nachvollziehen können (.) der die der die das Leiden und die subjektive Beeinträchtigung des Patienten (.) muss (.) zu der Schwere der Veränderung passen (.) kann also nicht sein das eine kleine Blinddarmnarbe von zwei Zentimetern im Unterbauch (.) dann irgendwie Selbstmordgedanken hervorruft ne das ist eine Ratio das das passt nicht zusammen (.) da stimmt dann was nicht [...]

(Neptun, Z. 427-433)

Eine Behandlung knüpft Dr. Neptun an zwei Bedingungen (»muss«): Der Mangel, wegen dem der*die Patient*in ihn aufsuche, müsse zum einen so schwerwiegend sein, dass er*sie darunter »leide«, d.h. es muss ein Mangel vorliegen, der zu einer wesentlichen Beeinträchtigung der*des Patient*in führe. An diese Voraussetzung für eine Behandlung knüpft er dann noch eine weitere Bedingung: Der Mangel müsse für ihn »nachvollziehbar« sein, was bedeutet, dass es nicht nur darum gehe, dass ein*e Patient*in an einem Mangel leidet, sondern dass sich auch der Chirurg vorstellen kann, dass man wegen dieses Mangels so leidet, wie es der*die Patient*in es tut. Er eröffnet im Anschluss (»da sind wir«) einen spezifischen Aspekt, nämlich »Dysmorphophobie als Krankheit«. Körperdysmorphie Störungen spielen somit im Kontext der Beurteilung vom Leiden seiner Patient*innen und der Entscheidung für oder gegen eine Behandlung eine bedeutende Rolle.

Im Weiteren führt Dr. Neptun aus, was für ihn Nachvollziehbarkeit bedeutet, wenn er erklärt, dass das Leiden der Patient*innen zur »Schwere der Veränderung passen« müsse. Der Begriff »Veränderung« ist in diesem Kontext recht deutensoffen, da es die Veränderung meinen kann, die sich im Zuge der Entstehung eines Mangels vollzieht, ebenso kann damit aber auch die Veränderung durch eine ästhetische Behandlung durch ihn selbst gemeint sein. Unabhängig davon macht der Terminus »passen« jedoch deutlich, dass es ihm beim Aspekt der Nachvollziehbarkeit vor allem um eine Angemessenheit (des Grades des Leidens bzw. eben der gewünschten Modifikation) geht. Im weiteren Verlauf exemplifiziert er, was er nicht unter Angemessenheit versteht, nämlich, wenn ein*e Patient*in aufgrund einer Blinddarmnarbe Suizidgedanken entwickeln würde. An diesem Beispiel wird zum einen nochmals deutlich, dass er mit dem Leiden von Patient*innen vor allem psychische und weniger somatische Beeinträchtigungen verbindet. Zum anderen suggeriert er mit diesem Beispiel eine Übertreibung hinsichtlich der Relation von

Körperwahrnehmung und Leidensempfinden, was u.a. als typisches Charakteristikum für eine körperdysmorphe Störung gilt.

In Bezug auf dieses Beispiel nimmt er abschließend eine Bewertung vor, indem er konstatiert, dass Anlass und Wirkung (also Blinddarmnarbe und Suizidgedanken) im Kontext der Angemessenheit nicht zusammenpassen und leitet daraus ab, dass etwas nicht »stimmt«. Somit illustriert er über das Beispiel einen (möglichen) Fall, den er als eine derartige Abweichung von seiner Vorstellung von Angemessenheit sieht, dass er diesem als Chirurg mindestens skeptisch begegnet. Dass die Blinddarmnarbe und Suizidgedanken nicht zusammengehören, ergebe sich nach Dr. Neptun aus der »Ratio«, einem Begriff, der synonym sowohl als »Vernunft« wie außerdem, in einem mathematischen Sinne, als Verhältnismäßigkeit gemeint sein kann. Entweder meint Dr. Neptun also, dass es der Vernunft nach nicht nachvollziehbar ist, bei einer Narbe Suizidgedanken zu entwickeln, oder aber er will verdeutlichen, dass es keine angemessene Verhältnismäßigkeit darstelle, eine Narbe als Anlass für Selbstmordgedanken zu nehmen. Die Unterscheidung von psychischem Leiden und psychischer Erkrankung schlägt sich dann auch in der fachlichen Entscheidung der Chirurg*innen nieder, ob ein*e Patient*in von ihnen behandelt wird oder nicht. Dies zeigt sich beispielhaft in einer Antwort von Dr.ⁱⁿ Saturn auf die Interviewfrage, ob es auch Fälle gebe, deren Behandlung sie ablehne:

S.: Ja (.) jaja °auf jeden Fall° (3) man muss ja auch einfach äh überlegen es gibt auch Patienten die haben dysmorphophobische Erkrankungen die: wo man ganz klar sagt die sind mit ihrem Körper unzufrieden denen würde man mit einer Behandlung ja gar nichts Gutes tun weil man das Zie:l (.) oder die Ursache der äh der Erkrankung damit eigentlich nicht behebt [...]

(Saturn, Z. 128-132)

Dr.ⁱⁿ Saturn bejaht ausdrücklich, dass sie definitiv Grenzziehungen in Bezug auf die Behandlung von Patient*innen vornehme, die sich ebenfalls an Annahmen über Angemessenheit orientieren. Als einen möglichen Grund der Ablehnung führt sie explizit dysmorphophobische Erkrankungen an und begründet dies darüber, dass in diesem Falle »klar« sei, dass betroffenen Personen eine ästhetisch-plastische Behandlung nicht helfen würde, da die »Ursache« dadurch nicht behoben werden würde. Ähnlich zu den Alltagsakteur*innen verortet sie – jedoch ausschließlich für den Fall von Dysmorphophobien – das eigentliche, ursprüngliche Problem der Patient*innen auf einer psychischen Ebene und konstatiert, dass dieses nicht durch eine somatische Behandlung zu lösen sei. Somit macht sie nicht nur klar, was sie behandelt und was sie ablehnt, sondern darüber hinaus auch, was die Ästhetisch-Plastische Chirurgie effektiv behandeln kann und was eben nicht.

Anhand der bisher dargestellten Analysen der Expert*inneninterviews lassen sich in Bezug auf das Thema »Behandlung« multiple professionelle Grenzkon-

struktionen ausmachen, die die Chirurg*innen vornehmen: a) Die Chirurg*innen nehmen eine deutliche Grenzziehung zwischen psychischem Leiden (als ihren Zuständigkeits- und Handlungsbereich) und psychischen Erkrankungen vor. Entsprechend dieser Unterscheidungen ziehen sie auf Grundlage ihrer Annahmen von Angemessenheit auch b) Grenzen zwischen Fällen, die sie behandeln (würden), und Anliegen, die sie ablehnen. Die Ablehnung von Fällen begründet sich aus Sichtweise der Chirurg*innen schließlich wiederum über c) eine Grenzziehung zwischen dem, was die Ästhetisch-Plastische Chirurgie behandeln (und in diesem Sinne leisten) kann, und dem, was sie, selbst bei einer Behandlung, nicht zu kurieren im Stande ist. Aus den bisherigen Grenzkonstruktionen resultiert aber noch eine weitere Differenzierung, die vor allem mögliche ärztliche Behandlungswege zum Thema hat.

Im Wissen darum, dass die Ästhetisch-Plastische Chirurgie nicht bei jedem Anliegen die adäquate Behandlungsweise darstellt, führen die Chirurg*innen auch eine andere Option ärztlicher Behandlung an: die Psychotherapie. So weist etwa Dr. Neptun auf Patient*innen hin, bei denen eine »Dysmorphophobie« im Sinne einer »Fehlwahrnehmung« vorliege und resümiert, dass »in so einer Situation [...] tatsächlich eine Psychotherapie angebracht [wäre]« (Neptun, Z. 902, 908f.). Dr. Uranus berichtete in diesem Kontext von seiner Facharztprüfung, in der er nach seiner Vorgehensweise gefragt wurde, wenn ihn eine Frau mit dem Wunsch aufsuchen würde, »einfach keine Brüste mehr haben« zu wollen, weil sie sie »stören« (Uranus, Z. 39f.). Er erklärt dazu, dass bevor er ärztlich tätig werde, er die Patientin »tatsächlich [...] auch nochmal zu einem Psychologen schicken [würde] um zu klären (.) was steckt dahinter« (ebd., Z. 41f.). Die Behandlung durch andere Fachärzt*innen, wie Psychotherapeut*innen, erachten die Chirurg*innen also durchaus als legitim und angemessen, jedoch nur für eben jene Patient*innen, die sie im Rahmen ihrer eigenen Grenzkonstruktionen als krank kategorisieren.

Wenn die Chirurg*innen jedoch das Anliegen ihrer Patient*innen als ihrem ärztlichen Fachbereich zuständig erachten, wird die Option der Psychotherapie gänzlich anders bewertet. Deutlich wird dies vor allem in den Reaktionen der Chirurg*innen auf eine spezifische Frage, die in allen Expert*inneninterviews meist zum Ende hin durch die Interviewerin gestellt wurde. Vor der eigentlichen Frage wurde durch die Interviewerin zunächst berichtet, dass die für dieses Forschungsvorhaben ebenfalls interviewten Alltagsakteur*innen oftmals diskutiert haben, warum Patient*innen sich für einen ästhetisch-plastischen Eingriff und nicht stattdessen für eine psychotherapeutische Behandlung entschieden haben. Im Anschluss an diese Darstellung wurden die Chirurg*innen gebeten, aus ihrer Sicht heraus zu erklären, warum Patient*innen einen chirurgischen und nicht einen psychotherapeutischen Behandlungsweg wählen würden bzw. sollten.

Da jede Entscheidung für eine andere Behandlung gleichzeitig die Ablehnung der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie als inadäquates Mittel bedeuten kann, hat

die Frage das Potenzial, als Kritik verstanden zu werden. Somit begibt sich die Interviewerin, wie bereits in Kapitel 3.2 und 5.2 ausgeführt, abermals in die Rolle einer *vermittelnden* Kritikerin, wie es in Anlehnung an Bogner et al. (2014) formuliert wurde. Denn die Frage beinhaltet keine Auffassungen der Interviewerin, sondern vermittelt die Orientierungen der Alltagsakteur*innen in einer konfrontativen Weise, da um eine Stellungnahme zu diesen Orientierungen gebeten wird (vgl. grundlegend zu Interviewer*innen-Rollen Bogner et al. 2014: 49-55). Über eine solche vermittelnde Konfrontation soll erreicht werden, dass die Chirurg*innen die »normativen Prämissen der eigenen Orientierung« offenlegen, was einen der wenigen Vorteile der Rolle der Interviewerin als Kritikerin ausmacht (ebd.). Wie nun die Chirurg*innen die Psychotherapie bewerten, wenn sie sich für das Anliegen der Patient*innen fachlich verantwortlich fühlen, zeigt der folgende Ausschnitt aus dem Interview mit Dr. Neptun:

N.: [...] (.) bei jemandem der seit Jahrzehnten (.) so sehr leidet dass er mit seinem Partner (.) nur im Dunkeln schläft weil er sich nicht traut sich ihm nackt zu zeigen (.) muss man sagen (.) ist die Operation die einmalige operative Therapie einer (.) Psychotherapie um Längen Effi- in der Effektivität und in der Nachhaltigkeit überlegen [...] für mich ist das ein (.) Kosten (.) Entstehungs- Verhinderungsinstrument der Krankenkassen (.) welches aber zu kurz greift (.) weil immer so eine jahrzehntelange Behandlung wenn man das mal so ganz ausreizt ne wenn ein Patient über fünf sechs sieben Jahre sich regelmäßig seine Sitzungen einholt (wird) das wahrscheinlich für die Kasse teurer wird (.) als wenn (.) es einmalig durch eine Operation dann behoben wird [...]

(Neptun, Z. 909-919)

Dr. Neptun schildert einen imaginierten oder tatsächlich erlebten Fall, in dem es um eine Person geht, die seit geraumer Zeit leidet (»Jahrzehnten«). Dieses Leiden äußere sich vor allem in einer psychischen Belastung, die sich aus körperlichen Attributen ergibt, was deutlich wird, wenn er berichtet, dass sich die Person nicht »traue«, sich dem eigenen Partner gegenüber »nackt« zu zeigen und nur im »Dunkeln«, also visuell nicht sichtbar, mit ihm Sex zu haben. Dies deutet auf eine körperbezogene Scham und entsprechend auf ein langjähriges Empfinden eines körpergebundenen Stigmas hin. Für einen solchen Fall sei eine operative Vorgehensweise einer psychotherapeutischen Behandlung hinsichtlich der Aspekte »Effektivität« und »Nachhaltigkeit« überlegen. Mit dieser Aussage nimmt Dr. Neptun eine Bewertung vor, denn er schätzt die Wirksamkeit, die durch seine Behandlung erzielt werden könne, und das Anhalten eben dieser Wirksamkeit höherwertiger ein, als die (Dauer von) Effekte/n, die durch eine Psychotherapie erreicht werden könne/n.

Im Fortgang konstatiert Dr. Neptun, dass »das« aus seiner Perspektive ein »Instrument« der »Krankenkassen« sei. Den Krankenkassen unterstellt er also, hinsichtlich von Kosten, ein Mittel oder eine Vorgehensweise zu haben, das/die einem bestimmten, kostenbezogenen Zweck dient. Ein bestimmtes Muster oder Mittel zur Kostenbestimmung ist nicht unwahrscheinlich, weil die Krankenkassen diejenigen Institutionen sind, die über die Übernahme der Kosten von operativen Eingriffen entscheiden, wodurch ihnen eine machtvolle Position zukommt. Den Zweck des Instruments der Krankenkassen stellt Dr. Neptun über eine Reihung von Substantiven dar. So beschreibt er dieses Instrument hinsichtlich der Kostenthematik gleichzeitig als »Entstehungs-« und als »Verhinderungsinstrument«. Beide Begriffe könnten nicht gegensätzlicher sein, denn während der eine suggeriert, dass sich etwas anbahnt, vermittelt der andere, dass etwas eben nicht geschehen soll. In der Zusammenführung dieser beiden Termini wird die Widersprüchlichkeit auf den Gegenstand, also das Instrument der Krankenkassen sinnhaft übertragen: Das Instrument lasse etwas entstehen, das eigentlich vermieden werden sollte, nämlich: Kosten. Dass Dr. Neptun urteilt, dass dieses Instrument »zu kurz« greife, verdeutlicht seine negative Konnotation dieses Instruments.

Was genau er mit diesem widersprüchlichen Instrument meint, wird erst über seine sich anschließende exemplifizierende Ausführung deutlich: Im Falle einer Ausreizung psychotherapeutischer Behandlungen würden die Kosten, die sich daraus für die Krankenkassen ergeben, höher ausfallen, als wenn ein Anliegen mit einer einmaligen Operation »behoben« werden würde. In dieser Argumentation macht Dr. Neptun zum einen deutlich, dass seine Behandlungsweise der ästhetisch-plastischen Behandlung im Gegensatz zur Psychotherapie eine Lösung des Anlasses erreichen könne, da durch Ästhetisch-Plastische Chirurgie das Problem »behoben«, also gelöst sei. Zum anderen rahmt er mit dieser exemplifizierenden Argumentation die Beurteilung der Angemessenheit (s)einer Behandlungsweise in einer dezidiert wirtschaftlichen Weise. Somit legitimiert Dr. Neptun die Ästhetisch-Plastische Chirurgie sowohl in einer effektorientierten wie auch in einer wirtschaftlichen Hinsicht.

Die Überlegenheit der Effekte, die durch eine Behandlung im Bereich der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie erzielt werden können, wird jedoch nicht immer ausschließlich in einer ökonomischen Deutung plausibilisiert, wie der folgende Ausschnitt aus dem Interview mit Dr. Merkur zeigt. Auch ihm wurden vorab die Verhandlungen der Alltagsakteur*innen zur Frage nach Chirurgie oder Psychotherapie erläutert und auch er wurde gebeten, die Sichtweise der professionellen Akteur*innen diesbezüglich darzustellen. In der Beantwortung dieser Frage verweist er darauf, dass er und die Mitarbeiter*innen seiner Praxis nach ästhetischen Behandlungen feststellen würden, dass:

M.: [...] Patienten sich danach (.) wohler fühlt (.) die sind teilweise selbstsicherer (.) und äh treten anders auf kleiden sich vielleicht anders schminken sich anders ä:hm (.) und (.) das sind glaube ich auch so ähm (2) Symptome die beschreiben dass man nicht zwangsweise immer einer Therapie im psychologischen Bereich braucht (.) heißt da liegt jetzt keine psychologische Grunderkrankung vor (.) Dysmorphophobie sondern es ist einfach nur (.) eine kleine Veränderung (.) in einem speziellen Bereich (.) und das ist nicht krank aus meiner Sicht [...]

(Merkur, Z. 330-337)

Dr. Merkur schildert in dieser Aussage das Befinden von Patient*innen nach von ihm durchgeführten ästhetisch-plastischen Behandlungen. Er selbst und sein Team würden eine Veränderung an den Patient*innen bemerken, die er an zweierlei Aspekten festmacht: Zum einen betont er Merkmale, die vor allem die Ebene von psychischen Empfindungen tangieren (Selbstsicherheit, Wohlfühlen), und vermerkt zu diesen, dass es zu einer positiven Verbesserung durch seine Behandlung komme, insoweit er jeweils sprachliche Steigerungsformen (»wohler«, »selbstsicherer«) verwendet. Zum anderen bezieht er sich auf wahrnehmbare, körperbezogene Verhaltensweisen (andere Kleidung, anderes Make-Up), die sich seit seiner Behandlung verändert hätten.

All diese veränderten Aspekte bezeichnet er als »Symptome«, die anzeigen würden, dass es nicht immer »zwangsweise« eine psychologische Therapie brauche. Die von ihm und seinen Mitarbeiter*innen beobachteten Veränderungen versteht er also – im Sinne der Wortbedeutung des fachmedizinischen Begriffs »Symptom« – als Anzeichen für einen Wandel, der sich durch eine ästhetisch-plastische Behandlung nicht nur oberflächlich, sondern auf einer tiefergehenden, psychologischen Dimension vollzogen habe. Die beobachtbaren Effekte der Behandlung durch Ästhetisch-Plastische Chirurgie lassen ihn schließlich zu der Bewertung kommen, dass andere Behandlungsoptionen (wie die der Psychotherapie) zumindest keine besseren Ergebnisse erzielen würden als die Ästhetisch-Plastische Chirurgie, wodurch diese als mindestens gleichwertig gegenüber anderen Arten der Behandlung plausibilisiert wird.

Die beschriebenen Effekte seiner Behandlungen setzt er abschließend nochmals in Relation zu der Art und dem Ausmaß seiner Behandlung. So beruhen die wesentlichen Wandlungsprozesse, die er ästhetischen Behandlungen zuschreibt, eigentlich »nur« auf einer jeweils »kleine[n] Veränderung« in »speziellen Bereichen«. Damit vermittelt er argumentativ, dass die als massiv und tiefgreifend beschriebenen Effekte, die die Ästhetisch-Plastische Chirurgie erzielen könne, nicht einer ebenso intensiven Behandlung bedürfen, sondern bereits durch weit aus weniger drastische und gravierende Maßnahmen erreicht werden können. Die Ästhetisch-Plastische Chirurgie wird in diesem Sinne zu einem Verfahren,

das über einen minimalen Aufwand maximale Ergebnisse zu erzielen vermag. Dies treffe allerdings nur für den Fall zu, dass keine psychische Erkrankung wie eine »Dysmorphophobie« vorliege, sondern wenn es – der Grenzkonstruktion der Chirurg*innen entsprechend – ausschließlich um ein psychisches Leideninge.

Typisierung des Expert*innenwissens zu Grenzverhandlungen von ästhetisch-plastischen Behandlungen

Wie die Analysen der Expert*inneninterviews zeigen, beschäftigen sich die Chirurg*innen auch mit Grenzverhandlungen hinsichtlich der Notwendigkeit, der Angemessenheit und Effektivität der von ihnen durchgeführten Behandlungen. Ähnlich zu den Alltagsakteur*innen richten sie zur Erörterung dieser Grenzen den Blick vor allem auf die Patient*innen der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie. Für die Chirurg*innen ist in diesem Kontext jedoch von besonderem Interesse zu erörtern, ab wann und bis wohin sie etwas behandeln und in welchem Falle sie die Behandlung ablehnen. In der Fokussierung auf die Patient*innen-Perspektive thematisieren sie zwar mitunter auch die Wirkungsweise der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie (vgl. Kap. 5.2), jedoch wechseln sie, wie auch die Alltagsakteur*innen, von einer gesamtgesellschaftlichen zu einer explizit akteurszentrierten Perspektive, aus der heraus sie die Effekte von ästhetisch-plastischen Behandlungen betrachten. Im Folgenden sollen nun die rekonstruierten Orientierungen der Chirurg*innen zu Grenzkonstruktionen in Bezug auf die Effekte von ästhetisch-plastischen Behandlungen im Zuge einer sinngenetischen Typenbildung zusammengefasst und abstrahiert werden (vgl. zur sinngenetischen Typenbildung Kap. 3.2).

Wenn die Chirurg*innen über die Behandlung ihrer Patient*innen sprechen, so werden dabei in der Regel die Motivationen für einen ästhetisch-plastischen Eingriff erläutert. Für die Darstellung der Beweggründe von Patient*innen illustrieren die Chirurg*innen in einer typisierenden Weise die »Leidenswege« dieser und schildern, was Patient*innen typischerweise erleben, bevor sie sich dafür entscheiden, eine ästhetisch-plastische Behandlung durchführen zu lassen. Anhand der jeweiligen Deskriptionen der »Leidenswege« von Patient*innen konnte herausgearbeitet werden, dass diese »Leidenswege« allesamt durch eine auf körperliche Attribute bezogene Stigmatisierung gekennzeichnet sind, insoweit die Patient*innen aufgrund dieser Attribute von antizipierten gesellschaftlichen Erwartungen in einer unerwünschten Weise abweichen (vgl. Goffman 1979: 13). Entsprechend der Fokussierung auf körperliche Merkmale als dem Anlass für Stigmatisierungen kann das Stigma-Verständnis der Chirurg*innen, der Goffman'schen Unterteilung verschiedener Stigma-Typen folgend, dem ersten Typus von Stigma zugeordnet werden, der sich dezidiert auf körperliche Attribute bezieht und unter welchem Goffman »verschieden[e] physisch[e] Deformationen« zusammenfasst (vgl. Goffman 1979: 12).

Die Chirurg*innen schildern die Stigmatisierung der Patient*innen auf zweierlei Weise: Zum einen zeigen sie auf, dass Patient*innen ein körperliches Attribut selbst als Stigma *empfinden*. Die Chirurg*innen zeigen in den Schilderungen der ›Leidenswege‹ von Patient*innen zum anderen aber auch auf, dass diese Stigmatisierung nicht nur über ihre eigene Wahrnehmung empfinden, sondern ebenso durch das soziale Umfeld *erfahren*. Von zentraler Bedeutung ist nach den Chirurg*innen also vor allem die Zuschreibung von Stigmata durch andere Personen. Dieser Aspekt findet sich in impliziter Weise auch bereits in Goffmans Stigma-Definition, nach der eine Person dann ein Stigma hat, wenn sie »in unerwünschter Weise anders [ist], als wir es antizipiert hatten« (Goffman 1979: 13). Dass das soziale Umfeld im Prozess der Stigmatisierung eine zentrale Rolle einnimmt, wird in diesem Zitat insoweit deutlich, als dass Goffman den Vorgang der Stigmatisierung aus der Perspektive derjenigen heraus formuliert, die das Stigma zuschreiben. Entsprechend dieser Schwerpunktsetzung bezeichnet er – in Abgrenzung zu stigmatisierten Personen – »[u]ns und diejenigen, die von den jeweils in Frage kommenden Erwartungen nicht negativ abweichen« als die »Normalen« (ebd.).

Im Anschluss an die Darstellungen der Stigma-Erfahrungen und -Empfindungen der Patient*innen stellen sich die Chirurg*innen schließlich als diejenigen dar, die den stigmatisierten Personen im Rahmen ihres beruflichen Handelns zu helfen vermögen. Denn durch die von ihnen durchgeführten ästhetischen Behandlungen könnten körperliche Merkmale, die den Ausgangspunkt von Stigmatisierung bildeten, modifiziert werden, wodurch folglich negative Konsequenzen der Stigmatisierung, wie psychisches Leiden, Ausgrenzung, Diskreditierung usw., abgewendet werden können. Kurz: Ästhetisch-Plastische Chirurgie ent-stigmatisiert – aus der Perspektive der sie anwendenden Chirurg*innen. Diese potenziellen Effekte von ästhetischen Behandlungen lassen sich mit den Darstellungen der Motive und Erlebnisse von Patient*innen zu einer Typik des Expert*innenwissens abstrahieren, die mit ›*Ästhetisch-Plastische Chirurgie als ent-stigmatisierende Körperarbeit*‹ betitelt wird.

Es gilt jedoch außerdem zu berücksichtigen, dass die Chirurg*innen eine klare Grenze zwischen psychischem Leiden und psychischer Erkrankung ziehen. Während sie sich für psychisches Leiden, das durch körperliche Attribute verursacht werde, die Behandlungszuständigkeit (und teilweise auch Behandlungshoheit) zuschreiben, lehnen sie die Behandlung von Fällen, in denen körperliche Merkmale zum Ausgangspunkt pathologischer Leidensempfindungen werden, konsequent ab. Die Chirurg*innen verstehen die Ästhetisch-Plastische Chirurgie also nicht *generell* als adäquate Behandlungsmethode, sondern sie argumentieren, dass die Ästhetisch-Plastische Chirurgie nur in *spezifischen* Fällen ihre Effektivität zu entfalten vermag. Unter Hinzuziehung dieser Eingrenzung der Effektivität und Anwendungsmöglichkeiten wird die Typik des Expert*innenwissens zu Grenzver-

handlungen von ästhetisch-plastischen Behandlungen nochmals konkretisiert zu ›Ästhetisch-Plastische Chirurgie als eine spezifische Körperarbeit der Ent-Stigmatisierung‹.

6.3. Grenzkonstruktionen zwischen Wunscherfüllung und Kuration

In Bezug auf das fokussierte Wissen vom Körper bzw., konkreter formuliert, den alltagsweltlichen und professionellen Wissensbeständen zu Ästhetisch-Plastischer Chirurgie als einer spezifischen Form der Körperarbeit, lässt sich anhand der jeweiligen rekonstruierten Stigma-Verständnisse abschließend schlussfolgern, dass das Alltags- und Expert*innenwissen in einer Opposition zueinanderstehen. Zwar gehen Alltagsakteur*innen wie auch Chirurg*innen davon aus, dass Patient*innen der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie im Sinne des Goffman'schen Verständnisses stigmatisiert seien (vgl. Goffman 1979: 12ff.), doch begründen sie dies auf ganz unterschiedliche Weise: Während Alltagsakteur*innen das eigentliche Stigma der Patient*innen auf einer psychosozialen Ebene als ein im Sinne Goffmans ›fehlerhaftes‹ Selbst-Verhältnis verorten, gehen die Chirurg*innen davon aus, dass das Stigma der Patient*innen auf einer rein somatischen Ebene zu lokalisieren sei.

Entsprechend dieser unterschiedlichen Stigma-Verständnisse haben Alltagsakteur*innen und Chirurg*innen unterschiedliche Vorstellungen von einem angemessenen »Stigma-Management« (vgl. Goffman 1979: 68). Da die Chirurg*innen den Ausgangspunkt für Stigma-Empfinden und -Erfahrung der Patient*innen an spezifischen körperlichen Attributen festmachen, besteht für sie ein adäquates Stigma-Management in der physischen Modifikation eben dieser Attribute. Auch für Goffman stellt diese Art des Umgangs eine mögliche Antwort auf die Frage dar, wie »die stigmatisierte Person auf ihre Situation [antwortet]« (ebd.: 18). Denn er hält zu möglichen Umgangsweisen mit einem Stigma fest, dass es einer stigmatisierten Person mitunter zudem möglich sei, »einen direkten Versuch zu machen, das zu korrigieren, was sie als die objektive Basis ihres Fehlers sieht, etwa wenn eine physisch deformierte Person sich einer Behandlung durch plastische Chirurgie unterzieht« (ebd.).⁴

4 Goffman erwähnt die plastische bzw. ästhetische Chirurgie neben dieser Stelle nur an zwei weiteren Stellen. So schreibt er u.a. auch von »Personen, die sich plötzlich von einem Stigma befreit finden, etwa nach erfolgreicher plastischer Chirurgie« (1979: 162). Plastische Chirurgie wird also von ihm als Möglichkeit der Stigma-Überwindung beschrieben. Von dezidiert ästhetisch motivierter Plastischer Chirurgie schreibt Goffman nur im Kontext von Umgangsweisen stigmatisierter Personen mit sogenannten ›Normalen‹. So ließen sich Bemühungen zur Spannungsreduktion von stigmatisierten Personen beim Aufeinandertreffen mit ›Normalen‹ beobachten, wie er anhand der Zitation eines Fallbeispiels aus einer anderen Studie illustriert: »Eine etwas spitzfindige Patientin, deren Gesicht durch eine Schönheitsoperation entstellt worden war, hielt es für wirksam, beim Eintritt in einen Raum voller Men-

Für die Alltagsakteur*innen besteht ein legitimes Stigma-Management entsprechend ihres Stigma-Verständnisses dagegen vor allem darin, die psychische Konstitution zu modifizieren, d.h. die defizitäre Wahrnehmung des Körpers zu ändern und außergewöhnliche körperliche Merkmale positiv zu deuten und in Folge dessen selbstbewusst die eigene Individualität zu zelebrieren. Auch diese Vorstellung eines Stigma-Managements findet sich in ähnlicher Weise bei Goffman. So könne nach ihm »die beschämend andersartige Person mit dem, was Realität genannt wird, brechen und eigensinnig versuchen, eine unkonventionelle Auffassung von der Eigenart ihrer sozialen Identität durchzusetzen« (Goffman 1979: 19f.). Dies trifft sinngemäß auch auf die Aussagen der Alltagsakteur*innen zu, in denen sie dazu auffordern, über die psychische Modifikation auch konventionelle Normen zu verändern, bspw. Individualität statt Konformität als etwas Ideales zu besetzen.

Hinter diesen unterschiedlichen Stigma-Verständnissen stehen wiederum differierende Verständnisse davon, was Medizin bewirken solle. Anhand der Vorstellungen, die die Alltagsakteur*innen vom Stigma der Patient*innen der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie haben, lässt sich schließen, dass sie ein eher klassisch kurati-

schen scherzhaft zu sagen: »Bitte entschuldigen Sie den LepraFall« (F. Macgregor et al. 1953: 85; zitiert nach Goffman 1979: 146f.). Goffman beschreibt die Ästhetisch-Plastische Chirurgie an dieser Stelle also als Möglichkeit der Stigma-Entstehung. Die randständige Rolle der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie in Goffmans Werk verwundert wenig, wenn man bedenkt, dass diese zum Zeitpunkt der Veröffentlichung noch in ihren sprichwörtlichen Kinderschuhen steckte. So wurde bspw. die Ästhetisch-Plastische Chirurgie in Deutschland erst 2005 als eigenständige Fachdisziplin anerkannt. Parallel dazu kam es in den letzten Jahrzehnten zu einer immensen Expansion der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie und im Zuge von Modernisierungsprozessen haben sich ebenso die Möglichkeiten und Anforderungen an die individuelle Lebensgestaltung gesteigert und auch Fragen der Körpergestaltung haben sich auf radikale Weise individualisiert (vgl. Kap. 2.5.2). Angesichts dieser Prozesse, die sich seit dem Erscheinen der Studie 1963 vollzogen haben, sowie aufgrund der Randständigkeit des Themas in der Studie, wurde es für die vorliegende Arbeit als lohnenswert erachtet, sich der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie auch über das Stigma-Konzept von Goffman anzunähern. Eine solche Annäherung wurde bereits in einigen Studien unternommen, allerdings bisher fast ausschließlich über Patient*innen der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie, die durch diese versucht haben, Stigma zu überwinden oder durch sie erst Stigmatisierung erfahren haben (vgl. Bradbury 1994, George 2003, Saxena 2013, Schäfer-Fauth 2015). Wie dargestellt wurde, sind jedoch nicht nur diejenigen, die ein Stigma erfahren, sondern auch diejenigen, die ein Stigma zuschreiben, im Prozess der Stigmatisierung nach Goffman von zentraler Bedeutung. In der Forschung zu Ästhetisch-Plastischer Chirurgie und Goffmans Stigma-Konzept ist denjenigen, die Stigma zuschreiben (vgl. Mayeux 2009), genau wie denjenigen, die an der körperlich-technischen Herstellung und/oder Überwindung von Stigma beteiligt sind, also den Chirurg*innen (vgl. Adams 2012), bisher vergleichsweise wenig Interesse zuteil geworden. Daher wurde in dieser Arbeit auch der Versuch unternommen, genau diese beiden, bisher weniger beleuchteten Perspektiven, über die Rekonstruktion von alltagsweltlichen und medizinprofessionalen Deutungen von Ästhetisch-Plastischer Chirurgie vor der Folie von Goffmans Stigma-Konzept zu erkunden.

ves Verständnis von Medizin vertreten. Ein solches kuratives Medizin-Verständnis ist, wie in Kapitel 2.3 ausführlich dargestellt u.a. dadurch gekennzeichnet, dass Mediziner*innen mit ihren Behandlungen Krankheiten verhindern und heilen sowie durch Krankheiten entstehende Schmerzen lindern sollen (vgl. Kettner 2006: 7). In einem kurativen Medizinverständnis wird daran anschließend ›Gesundheit‹ als ein Zustand gefasst, der durch die Abwesenheit von Krankheit gekennzeichnet ist und den es wieder zu erreichen gilt, wenn dieser aufgrund von Krankheit nicht mehr bestehen sollte (vgl. Junker/Kettner 2009: 67). Diese Annahmen decken sich mit den Orientierungen der Alltagsakteur*innen, denn auch für sie sind diejenigen gesund, die nicht krank sind: Ein mit Makeln behafteter Körper ist für sie in diesem Sinne nicht krank, er bedarf deshalb keiner Heilung oder Korrektur durch ästhetisch-plastische Behandlungen.

Für die Alltagsakteur*innen ist allenfalls krankhaft, wie Patient*innen der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie ihren Körper wahrnehmen. Für sie gilt es diese Wahrnehmung zu behandeln, da diese als eigentlicher Ursprung für den Wunsch nach einer ästhetisch-plastischen Behandlung gefasst wird. Mit dieser analytischen Ursachenklärung stimmen sie erneut mit dem kurativen Medizinverständnis überein, welches sich u.a. auch durch eine pathogenetische Vorgehensweise auszeichnet, durch welche Krankheiten ursächlich erklärt und behandelt werden sollen (vgl. Junker/Kettner 2009: 67f., Kettner 2012: 20). In einem ›klassischen‹ kurativen Medizinverständnis gilt darüber hinaus die Therapie als die üblichste Form der ursächlichen Behandlung von Krankheit (vgl. Junker/Kettner 2009: 69, Kettner 2012: 18), was sich auch in den Orientierungen der Alltagsakteur*innen zeigt, die mitunter auch dafür plädieren, dass Personen, die ihren Körper in einer krankhaften Weise als defizitär empfinden, statt einer ästhetisch-plastischen Behandlung eine Psychotherapie machen sollten.

Für die Chirurg*innen geht es im Gegensatz dazu nicht allein darum, mit den von ihnen durchgeführten Behandlungen Gesundheit wiederherzustellen. Denn mit dem, was sie im Rahmen ihrer beruflichen Tätigkeiten zu erreichen versuchen, gehen sie über die bloße Behandlung von Krankheit hinaus. Deutlich wird dies vor allem in den Darstellungen der Effekte, die sie im Rahmen der Behandlung von somatisch bedingten, aber psychisch erfahrenen Stigmatisierungen ihrer Patient*innen erzielen konnten. Angedeutet hat sich dies bereits im Auszug aus dem Interview mit Dr. Merkur, in welchem er von der Beobachtung berichtet, dass sich Patient*innen nach einer Behandlung »wohler« fühlten und »selbstsicherer« auftraten (Merkur, Z. 331). Ähnliche Ausführungen finden sich auch in den anderen Expert*inneninterviews. So erklärt bspw. Dr.ⁱⁿ Jupiter, eine behandelte Person wäre nach der Behandlung »dann glücklich« gewesen (Jupiter, Z. 230). Dr. Uranus führt zu Behandlungsergebnissen aus, dass Patient*innen »ein ganz anderes Selbstbewusstsein« bekämen (Uranus, Z. 423). Dr. Neptun berichtet, dass er in Bezug auf einen ehemaligen Patienten dachte »[H]ey super den Patienten hast du (.) äh

glücklich gemacht« (Neptun, Z. 606). Schließlich erklärt Dr.ⁱⁿ Saturn zu Effekten von ästhetischen Behandlungen, dass »man sich auch besser [fühlt] wenn man in den Spiegel guckt« (Saturn, Z. 424f.).

In den Auszügen zu den Effekten, die die Chirurg*innen mit ihren Behandlungen erreicht haben, wird nicht thematisiert, dass die Patient*innen nach einer Krankheit wieder den Zustand von Gesundheit erreicht hätten. Vielmehr wird geschildert, dass durch ästhetische Behandlungen vor allem der mentale Zustand in Bezug auf das Glücksempfinden⁵, das Selbstbewusstsein und das psychische Wohlergehen *verbessert* wurde. Das Ergebnis, das die Chirurg*innen aus ihrer Sicht durch ästhetische Behandlungen erzielen, ist demnach nicht nur die Abwesenheit von Krankheit (aus ihrer Sicht erreichen sie dies ebenfalls, indem sie psychisches Leid abwenden), sondern durch ihr berufliches Handeln werde bei den Patient*innen ein weitaus multidimensionalerer Zustand erreicht, der sich nicht allein auf die klassische Unterscheidung von gesund und krank beschränken lässt. Im Anschluss an Junker und Kettner lässt sich diesbezüglich schlussfolgern, dass die Chirurg*innen Gesundheit statt als Abwesenheit von Krankheit, viel eher als eine »komplexe, positive, sozio-bio-physische Qualität« fassen (Junker/Kettner 2009: 67).

Ein solches Verständnis ist wiederum ein Kennzeichen eines wunscherfüllenden Medizin-Verständnisses, dass sich – neben einem anderen Verständnis von Gesundheit und Krankheit als dem eines kurativen Medizin-Verständnisses – vor allem dadurch auszeichnet, dass Mediziner*innen salutogenetisch vorgehen, d.h. sie richten ihr ärztliches Handeln nicht (nur) danach aus, Gesundheit wiederzuerlangen, sondern orientieren dieses (zusätzlich) daran, Gesundheit zu erhalten und zu steigern (vgl. Junker/Kettner 2009: 67f., Kettner 2012: 19f.). Diese Vielschichtigkeit in der Zielsetzung, die sich bei den Chirurg*innen in den Erzählungen zu den Effekten ihrer Behandlungen abzeichnen, basiert wiederum auf ihrem spezifischen Stigma-Verständnis, das sie in Bezug auf ihre Patient*innen haben. Denn auch dieses ist weitaus komplexer als eine bloße Gegenüberstellung von Krankheit und Gesundheit, betonen die Chirurg*innen doch, dass das Stigma zwar somatisch bedingt ist, jedoch psychisch erfahren wird, und bei der Zuschreibung des Stigmas vor allem das soziale Umfeld eine wesentliche Rolle spielt. Entsprechend geht es nicht nur um die Behandlung einer Krankheit, sondern auch darum, die Gefährdung sozialer Teilhabe und Anerkennung abzuwenden.

Der in diesem Kapitel fokussierte Blick der Alltagsakteur*innen und Chirurg*innen auf (potenzielle) Patient*innen der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie, unter dem Gesichtspunkt der Effekte und Grenzen der Behandlung dieser, gibt schließlich auch weitere Einblicke in die Verhandlung um die Legitimität der

5 Zum Begriff »Glück« im Kontext der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie als eine Form des Enhancements vgl. ausführlich Stroop 2011.

Ästhetisch-Plastischen Chirurgie. Aus der kurativ-medizinischen Sicht der Alltagsakteur*innen wird durch die Ästhetisch-Plastische Chirurgie etwas behandelt (Symptome), das gar nicht als Problemursprung verstanden wird (Ursache). Dementsprechend erwarten die Alltagsakteur*innen entweder, dass ästhetisch-plastische Chirurg*innen durch andere Fachärzt*innen mit einschlägiger Fachkenntnis kontrolliert werden oder es wird den Chirurg*innen generell die medizinische Zuständigkeit aberkannt, indem sie anderen Berufsgruppen (Psycholog*innen, Psychotherapeut*innen etc.) zuerkannt wird. Der Typisierung des Alltagswissens von Ästhetisch-Plastischer Chirurgie als einer Symptom- statt einer Ursachenbehandlung liegt also entsprechend eine grundlegende De-Legitimierung der sie praktizierenden Chirurg*innen zugrunde: Ästhetisch-plastische Chirurg*innen behandeln aus alltagsweltlicher Perspektive etwas, das nicht behandelt werden muss bzw. nicht behandelt werden sollte, und sie überschreiten in diesem Sinne eine von den Alltagsakteur*innen gesetzte Grenze.

Die Chirurg*innen fühlen sich dagegen aufgrund ihres Stigma-Verständnisses in Bezug auf ihre Patient*innen sowie wegen ihres wunscherfüllenden Medizinverständnisses für eben jene Problemlagen zuständig, für die ihnen von Alltagsakteur*innen die Zuständigkeit aberkannt oder mindestens infrage gestellt wird. Die Chirurg*innen betreiben ihrer Ansicht nach das, was bereits in den historischen Ausführungen zur Plastischen Chirurgie in Kapitel 1 ausgeführt wurde: Sie helfen Stigmatisierten über ästhetisch-plastische Behandlungen dabei, ihr Stigma zu überwinden. Erachten sich die Chirurg*innen entsprechend ihrer Grenzkonstruktionen (psychisches Leid versus psychische Erkrankung) für die Wünsche und Anliegen ihrer Patient*innen zuständig, dann betonen sie darüber hinaus die Ebenbürtigkeit und mitunter sogar die Überlegenheit der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie hinsichtlich ihrer Effektivität im Vergleich zu der Wirkungsweise anderer Behandlungsarten (wie etwa der Psychotherapie).

Somit lässt sich hinsichtlich der in diesem Kapitel fokussierten Grenzkonstruktionen zu Behandlungen der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie abschließend resümieren, dass das, worin ästhetisch-plastische Chirurg*innen ihre Legitimität begründet sehen, nämlich die Ent-Stigmatisierung von Personen durch ihr ärztliches Handeln, letztlich genau das ist, wofür sie von Alltagsakteur*innen de-legitimiert werden. Denn nach Ansicht der Alltagsakteur*innen haben Personen mit dem Wunsch nach einer ästhetisch-plastischen Modifikation ihres Körpers zwar bereits ein Stigma, insoweit sie im Sinne Goffmans ein »fehlerhaftes« Selbstverhältnis aufweisen. Sie laufen jedoch durch ästhetisch-plastische Behandlung (statt einer Psychotherapie zur Behandlung des eigentlichen Stigmas) mitunter auch Gefahr, aufgrund der visuell wahrnehmbaren Effekte ästhetisch-plastischer Chirurgie durch andere Gesellschaftsmitglieder nochmals auf eine andere Weise stigmatisiert zu werden. Diese Divergenz der Sichtweisen entspricht letztlich auch der rekonstruierten Gegensätzlichkeit des Alltags- und Expert*innenwissens.

