

DAGMAR FENNER

IST DAS GEGENWÄRTIGE SCHÖNHEITSHANDELN AUCH GUT?

Eine kritische Analyse der ethischen Argumente pro und kontra Schönheitsoperationen

Dagmar Fenner, geb. 1971, Studium der Philosophie und Germanistik in Basel, Forschungsaufenthalte an der EHESS in Paris und der FU Berlin, Habilitation 2004 und Ernennung zur Titularprofessorin 2010 an der Universität Basel, Forschungsschwerpunkte Ethik und Angewandte Ethik, unterrichtet z.Z. Ethik an den Universitäten Tübingen und Basel.

Nachdem Schönheit lange Zeit als eine Gabe Gottes galt, entscheiden immer mehr Menschen heute selbst über ihr bislang als naturgegebenes „Schicksal“ hingenommenes Aussehen. Hunderttausende Frauen und immer mehr auch Männer legen sich „unters Messer“, um ihr Äußeres nach ihren Wunschvorstellungen verändern zu lassen: Zwischen 1990 und 2002 versechsfachte sich in Deutschland die Zahl der schönheitschirurgischen Eingriffe und im Jahr 2015 wurden bereits rund 55.000 Augenlidkorrekturen, 53.000 Brustvergrößerungen, 40.000 Fettabsaugungen, 22.000 Fat grafting und 18.000 Bauchstraffungen durchgeführt.¹ Während Menschen schon immer ein Bedürfnis nach ästhetischer Kultivierung des Körpers hatten, wandelten sich doch die gesellschaftlichen Schönheitsideale und die technischen Mittel der Verschönerung erheblich. In diesem Beitrag soll es um das Schönheitshandeln mittels moderner medizinischer Verfahren und insbesondere chirurgischer Eingriffe gehen, die durchschnittlich dauerhafter und nicht mehr oder nur mit großem Aufwand reversibel sind. Der umgangssprachliche Ausdruck „Schönheits-Operation“ deckt sich weitgehend mit dem medizinischen Fachterminus „ästhetische“ oder „kosmetische Chirurgie“, wobei allerdings auch nichtoperative minimalinvasive Maßnahmen wie Botox-Injektionen oder chemische Peelings zu Schönheitsoperationen gezählt werden. „Ästhetische Chirurgie“ als Teilbereich der „plastischen Chirurgie“ ist dadurch charakterisiert, dass die formverändernden Eingriffe ohne medizinische Indikation ausschließlich auf den Wunsch des Patienten nach einer ästhetischen Optimierung seines

¹ Vgl. zur Zunahme der Eingriffe B. HERMANN: Schönheitsideal und medizinische Körpermanipulation (2006), S. 71, sowie die Zahlen zu 2015 unter: www.statista.com (Abruf 25.9.2016).

Erscheinungsbildes erfolgen. Beim zweiten wichtigen Teilbereich plastischer Chirurgie, der „rekonstruktiven Chirurgie“, werden hingegen Defekte der Körperform oder sichtbar gestörte Körperfunktionen als Folgen einer Krankheit oder einer Verletzung z.B. bei einem Unfall wiederhergestellt oder eben „rekonstruiert“. Aufgrund der Zugehörigkeit der Schönheitschirurgie zur Medizin und zum Gesundheitswesen sowie der rasant steigenden Nachfrage nach dieser institutionalisierten Praxis stellt das Schönheitshandeln keineswegs lediglich eine individuelle ethische, sondern auch eine sozialetische Angelegenheit dar: Es stellt sich die Frage, wie sich institutionelle Rahmenbedingungen für Schönheitsoperationen wie die Forschungsförderung der neuen Technologien, die Bereitstellung medizinischen Personals oder gar die Eröffnung eigener Schönheitskliniken ethisch rechtfertigen lassen. In Teil 1 sollen die wichtigsten ethischen Argumente pro und in Teil 2 diejenigen kontra Schönheitsoperationen kurz vorgestellt und kritisch analysiert werden, um in Abschnitt 3 ein vorläufiges Fazit ziehen zu können.

1 Argumente pro Schönheitsoperationen

1.1 Einbettungen der ästhetischen in die plastische Chirurgie

Zur Legitimation der ästhetischen Chirurgie wird oft eine „Einbettungsstrategie“ angewendet, bei der die „ästhetische“ an die „rekonstruktive“ Chirurgie bzw. an die Medizin allgemein angegliedert werden soll.² Man verweist darauf, dass in der Praxis die eben umrissenen klaren Gegensätze zwischen ästhetischer und rekonstruktiver Chirurgie oft verwischen. Denn zum einen korrigiert die sogenannte rekonstruktive Chirurgie auch angeborene Form- und Funktionsanomalien, z.B. entstellende Segelohren oder asymmetrische Brüste ohne medizinische Indikation, und viele Rekonstruktionen werden sowohl aus funktionalen als auch ästhetischen Gründen durchgeführt. Zum anderen verfolgt auch die sogenannte ästhetische Chirurgie häufig einen therapeutischen und damit medizinischen Zweck des Heilens, da kosmetische Korrekturen ein psychisches Leiden unter einer bestimmten Körperform beseitigen können. In Anbetracht dieser Abgrenzungsschwierigkeiten und weil das medizinische und ethische Gebotensein rekonstruktiver Maßnahmen von niemandem in Zweifel gezogen wird, müsste nach dieser Argumentation auch die ästhetische Chirurgie als notwendig und legitim gebilligt werden. Neben dieser indirek-

² Vgl. die Rekonstruktion dieser Argumentationsstrategie in B. MEILI: Experten der Grenzziehung (2008), S. 135f.

ten „Einbettung“ oder Verortung der ästhetischen in der plastischen Chirurgie wird häufig direkt auf das psychische Leid der Betroffenen Bezug genommen, das eine medizinische Hilfeleistung und therapeutische Maßnahmen erforderlich mache. Psychosoziale Probleme wie die Angst vor Hänseleien oder despektierlichen Blicken oder Minderwertigkeitsgefühle sind aus dieser Sicht genauso gute Gründe für medizinische Eingriffe wie physische Probleme oder Auffälligkeiten.³ Wird im Zeichen eines sehr weiten Krankheitsbegriffs psychosoziales Leid als hinreichendes Merkmal für Krankheit betrachtet, stellte wohl tatsächlich jede Schönheitsoperation einen therapeutischen Eingriff dar und wäre genauso ethisch geboten wie jeder andere medizinisch indizierte Eingriff.

Auch wenn es zwischen der ästhetischen und rekonstruktiven Chirurgie zweifellos viele Grenzfälle und eine Grauzone gibt, lassen sich praktikable Kriterien für ein krankheitswertiges Leid und das Vorliegen einer therapiebedürftigen Krankheit finden. Ohne im Rahmen dieses Beitrags auf die Begründung dieser Kriterien und die kontroverse Debatte um verschiedene Krankheits- und Gesundheitsmodelle eingehen zu können, bezieht sich das unabdingbare objektive Kriterium (1) auf eine empirisch feststellbare Dysfunktionalität oder Abnormität. Von den beiden anderen, dem subjektiven Kriterium (2) eines nicht durch äußere wirtschaftliche oder gesellschaftliche Umstände verursachten psychischen Leids und dem relationalen Kriterium (3) der Inkompetenz im Verhältnis zur Umwelt, müsste mindestens ein weiteres erfüllt sein.⁴ Als in den Niederlanden bis 1980 die ästhetische Chirurgie noch einen Teil der medizinischen Grundversorgung darstellte und vom solidarischen Krankenkassensystem finanziert wurde, formulierte man entsprechend folgende Kriterien: Auf der objektiven Seite sollte entweder eine funktionale Störung wie z.B. ein herabhängendes und die Sehfähigkeit einschränkendes Augenlid vorliegen oder aber eine abnorme körperliche Unzulänglichkeit wie etwa eine Brust, bei der „die Brustwarzen der Patientin auf einer Linie mit ihren Ellbogen“ liegen.⁵ Hinsichtlich der Intensität des Leids wurde für die

³ Vgl. dazu K. DAVIS: *Reshaping the female body* (1995), S. 34.

⁴ CHRISTIAN LENK systematisiert in Kap. III seiner Dissertation *Therapie und Enhancement. Ziele und Grenzen der modernen Medizin* (2002), S. 103–217, die verschiedenen etablierten Krankheits- und Gesundheitsmodelle und entwickelt einen umfassenden und überzeugenden integrativen Krankheitsbegriff mit diesen drei Kriterien (vgl. ebd., S. 241ff.). Auch beim 3. Kriterium wäre ähnlich wie beim 2. auszuschließen, dass das Ungleichgewicht zwischen Individuum und Umwelt durch unrealistische subjektive Ziele oder repressive gesellschaftliche Verhältnisse zustande kam (vgl. ebd., S. 216f.).

⁵ Zitiert nach K. DAVIS: *Reshaping the female body* (1995), S. 35.

Deckelung der Krankenversorgung ein „schweres psychisches Leiden“ verlangt, das mit einem psychiatrischen Gutachten zu belegen war. Während sich Störungen grundlegender Körperfunktionen biologisch relativ gut feststellen lassen dürften, ist die Kategorie der „Normalität“ des Erscheinungsbildes weit problematischer. Als objektives Messkriterium bietet sich etwa die Gaußsche Verteilungskurve an, bei der an den Rändern der extrem fallenden Kurve starke Anomalien zu finden sind.⁶ Das durch solche gut sichtbare außergewöhnliche Abweichungen von Durchschnittswerten verursachte Leid dürfte nicht nur von viel größerer Intensität sein, sondern in Anlehnung an eine Differenzierung von URBAN WIESING auch mit einer ganz anderen Qualität sozialer Aufmerksamkeit verknüpft sein⁷: Die Betroffenen leiden in diesen Fällen unter einer negativen Aufmerksamkeit in Form von unangenehmen Blicken, Hänseleien und sozialer Ausgrenzung, so dass ein medizinischer Eingriff ethisch betrachtet durch einen Ausgleich natürlicher Ungerechtigkeiten und die Ermöglichung der ungehinderten Teilhabe am gesellschaftlichen Leben legitimiert wäre. Wünscht sich hingegen jemand im „Normalbereich“ eine Schönheitsoperation zur Erlangung von mehr positiver Aufmerksamkeit im Wettbewerb um soziale Anerkennung, sprengt dies eindeutig den medizinischen Heilsauftrag und den Verantwortungsbereich der Gesellschaft.

1.2 Steigerung der individuellen Freiheit

Neben der Einbettungsstrategie verwenden Schönheitschirurgen am häufigsten das liberale Argument, Schönheitsoperationen seien als Dienstleistungen für freiwillige und selbstzahlende Kunden gutzuheißen.⁸ Da in liberalen Gesellschaften die individuelle Freiheit oder Selbstbestimmung den höchsten Wert darstellt, seien real vorhandene Bedürfnisse und Wünsche der Individuen für eine Legitimation ästhetischer chirurgischer Eingriffe bereits völlig hinreichend. Die Gesellschaft oder die Ärzte hätten nicht das Recht, die Wünsche und Motive der Kunden zu bewerten und die Freiheit der Bürger einzuschränken. Schönheitschirurgen lehnen teilweise explizit eine Psychologisierung ab, weil der bloße Veränderungswunsch genüge und gar kein psychischer Leidensdruck vorhanden sein müsse.⁹ Aufgabe des Arztes sei allein die umfassende Information über den gewünschten Eingriff und mögliche Folgen und

⁶ Vgl. dazu vgl. B. MEILI: Experten der Grenzziehung (2008), S. 129.

⁷ Vgl. U. WIESING: Ethische Aspekte der ästhetischen Medizin (2011), S. 47.

⁸ Vgl. die Rekonstruktion dieser Argumentationsstrategie ebd., S. 136f.

⁹ Vgl. ebd., S. 132.

Risiken, damit die Klienten eine freie und aufgeklärte Entscheidung treffen können. Oft wird das liberale Argument in eine marktliberale ökonomische Argumentationslinie eingeflochten, die letztlich auf die Forderung nach einer Umstrukturierung des gesamten Gesundheitssystems hinausläuft: Unter dem ökonomischen Druck müsse das nicht mehr finanzierbare teure bürokratische Solidarsystem gesetzlicher Krankenkassen in ein marktwirtschaftliches, nachfragegesteuertes Dienstleistungsangebot für selbstverantwortliche Bürger umfunktioniert werden.

Kritiker dieser liberalen Argumentationsweise bezweifeln, dass schönheitschirurgische Maßnahmen Ausdruck autonomer Entscheidungen von Individuen zur Gewinnung von Normalität oder zur Verwirklichung persönlicher ästhetischer Präferenzen sind.¹⁰ Diese Sichtweise impliziere ein realitätsfremdes subjektivistisch-präferenzorientiertes Autonomieverständnis, das den vielfältigen Formen sozialer Zwänge nicht gerecht werde. Ausgegangen werde dabei von einem schwachen Freiwilligkeitskonzept, das nur ganz wenige Umstände wie äußeren physischen Zwang und Strafandrohungen als freiheitseinschränkend akzeptiere.¹¹ Nach der gängigen philosophischen Differenzierung in Handlungs- und Willensfreiheit wäre in diesem Fall die „Handlungsfreiheit“ der Betroffenen durch sozial externe Faktoren eingeschränkt. Da im Fall von Schönheitsoperationen niemand von außen zum Schönheitshandeln gezwungen wird, schließen die Befürworter von Schönheitsoperationen auf die Freiheit der Betroffenen. Übersehen würden dabei jedoch andere Formen von Druck, nämlich ein soziokultureller Normierungsdruck, der von den Individuen verinnerlicht werde und dann als „innerer“ oder „internalisierter Zwang“ wirke. Durch einen solchen psychischen Druck und zusätzlich manipulative Einflüsse von Werbung und Medien wäre nicht die Handlungs-, sondern die „Willensfreiheit“ der Betroffenen eingeschränkt, also die Fähigkeit zur Wahl zwischen Handlungsalternativen gemäß persönlichen Idealen und Werten. Insbesondere von feministischen Autorinnen wie etwa KATHRYN MORGAN werden Schönheitsoperationen heftig attackiert, weil sie eine Unterwerfung unter das Diktat vorherrschender sozialer Normen und vorwiegend männlicher Schönheitsstandards bedeuteten.¹² Aus dieser Perspektive erscheint das Beteuern der betroffenen Frauen, sie würden es „nur für sich selbst“ tun, als pure Selbsttäu-

¹⁰ Vgl. B. HERMANN: *Schönheitsideal und medizinische Körpermanipulation* (2006), S. 72, und K. MORGAN: *Foucault, Hässliche Entlein und Techno-Schwäne* (2008), S. 166.

¹¹ Vgl. B. HERMANN, ebd., S. 75f.

¹² Vgl. dazu K. DAVIS: *Reshaping the female body* (1995), S. 164–173, und J. ACH: *Komplizen der Schönheit?* (2006), S. 198f.

schung. Zwar stecke hinter der Entscheidung für Schönheitsoperationen sehr wohl ein Bedürfnis nach Autonomie und vor allem ein starker Wunsch, das Tun als freie und selbständige Wahl zu vermitteln und zu kommunizieren. Im Grunde handle es sich bei der gebräuchlichen Rede von „Befreiung“, „Selbstermächtigung“ und „persönlicher Erfüllung“ jedoch um eine oberflächliche „verführerische Rhetorik“ oder gar eine „Ideologie“, die eine „erzwungene Freiwilligkeit“ überdecke.¹³ Da Schönheitshandeln kein privates Handeln sei, sondern nach dem Blick der anderen verlange und eindeutig einen kommunikativen Akt darstelle, sei die liberale These von individueller Autonomie und Selbst-Ermächtigung „soziologisch schlichtweg absurd“¹⁴.

Zweifellos machen die Kritiker zu Recht darauf aufmerksam, dass die liberale Darstellung des Schönheitshandelns als rein subjektive „Privatangelegenheit“ von freien, an persönlichen Präferenzen orientierten Individuen zu kurz greift. Denn die Präferenzen für bestimmte Maßnahmen zur ästhetischen Optimierung entstehen nicht im isolierten Subjekt, sondern in institutionellen und soziokulturellen Zusammenhängen mit bestimmten ästhetischen Normen und sozialen Erwartungen. Entscheidungen für Schönheitsoperationen verdanken sich einem komplexen Ineinandergreifen von internen Motiven wie dem Wunsch nach persönlichem Wohlbefinden und Selbstvertrauen einerseits und externen Motiven wie anderen gefallen zu wollen oder bessere Chancen bei Partnerwahl und Karriere andererseits. Bei der aktiven „freien“ Gestaltung des eigenen Erscheinungsbildes durch das Sich-Unterziehen unter beliebte Verschönerungspraktiken scheinen „Selbstführung“ und „Fremdführung“ nicht mehr voneinander trennbar.¹⁵ Meines Erachtens ist es aber genauso einseitig, wenn Feministinnen den Betroffenen ihre Autonomie völlig absprechen, wie wenn aus radikalliberaler Sicht der soziale Kontext gänzlich ausgeblendet wird. Das feministische Ideal einer von allen äußeren kontaminierenden Faktoren gereinigten „absoluten“ Autonomie ist genauso unrealistisch wie die liberale Annahme, allein durch physischen Zwang könne die persönliche Freiheit eingeschränkt werden. Denn die meisten persönlichen Ideale und Selbstbilder sind keine individuellen Erfindungen, sondern werden im engeren sozialen Kontext oder der jeweiligen Gesellschaft oder Kultur vorgefunden. Solange eine reflexive Auseinandersetzung mit den bereits vorhandenen Schönheitsidealen, ihre rationale Überprüfung und Ableh-

¹³ Zitiert nach K. MORGAN: Foucault, Hässliche Entlein und Techno-Schwäne (2008), S. 143, 166, und N. DEGELE: Sich schön machen (2004), S. 12, 201.

¹⁴ P.-I. VILLA: Habe den Mut, Dich Deines Körpers zu bedienen! (2008), S. 267.

¹⁵ Vgl. A. SEIER u.a.: Schnitt-Stellen (2008), S. 179.

nung möglich ist, bedeutet die pure Existenz von Schönheitsidealen und das Wecken entsprechender Verschönerungswünsche keine Beeinträchtigung der Willensfreiheit. Graduell kann die Willensfreiheit jedoch sehr wohl infolge sozialen Drucks und drohender Nachteile bei der Berufs- und Partnerwahl oder sogar ganz fehlen im Fall einer Manipulation durch suggestive und realitätsfremde Versprechungen der Medien- und Werbewelt oder beim Vorliegen einer psychischen Störung hinsichtlich der eigenen Körperwahrnehmung (vgl. unten, 2.3).

Das liberale Pochen auf den Wert größtmöglicher Freiheit der Individuen bei der ästhetischen Optimierung ihrer Körper ist aber auch deswegen problematisch, weil die Bedingungen der Ausübung dieser Handlungsfreiheit sehr ungleich verteilt sind. Wenn Schönheitsoperationen Dienstleistungen für selbstzahlende Kunden darstellen, können sich nämlich viele Menschen solche Wunscheingriffe schlicht nicht leisten. Obwohl es ihnen freisteht und sie von niemandem am Besuch eines Schönheitschirurgen gehindert werden, nützt ihnen diese Handlungs- oder Hindernisfreiheit in ihrer prekären finanziellen Lage nichts. Zynisch wäre es, ihnen zuzurufen, sie wären frei, sich dank des immer breiteren Angebots ihre individuellen ästhetischen Wünsche zu erfüllen. Eine Kommerzialisierung von immer mehr medizinischen Leistungen oder gar eine Umstrukturierung des gesamten Gesundheitssystems zu einem marktwirtschaftlichen nachfragegesteuerten Dienstleistungsangebot gefährdet den minimalen Handlungsspielraum der Schlechtergestellten. Denn wie zahlreiche empirische Studien bestätigen, führt das sogenannte Inverse Care Law zur Priorisierung der Wünsche der privilegierten Bevölkerungsgruppen.¹⁶ Der Grund dafür ist, dass diejenigen, die eigentlich eine medizinische Versorgung am dringlichsten benötigen, diese am wenigsten nachfragen. Dies wiederum liegt zum einen an der lokal unzureichenden Versorgung der unterprivilegierten Bevölkerung in ärmeren Wohngebieten, die sich der geringen ökonomischen Attraktivität dieses Leistungsangebots schuldet. Zum anderen sind für diese meist weniger gebildeten Patientengruppen die Zugangsschwellen zum medizinischen Angebot ganz allgemein am höchsten. Ein typisches Beispiel sind die von Obdachlosen empfundenen Bedürfnisse nach Primärversorgung, die aber aus den genannten Gründen weder adäquat nachgefragt noch angeboten werden und so nicht zu existieren scheinen.¹⁷ Ein rein marktliberal gesteuertes Gesundheitssystem führt also zu einer ungerechten marktförmigen

¹⁶ Vgl. zu diesen empirischen Untersuchungen T. KRONES: Patientenwünsche versus Indikation? (2009), S. 138.

¹⁷ Vgl. ebd., S. 138, 142.

Verteilung der Ressourcen, bei der die größere Freiheit der einen mit größerer Unfreiheit der anderen bezahlt wird.

1.3 Ästhetische statt medizinische Indikation

Im Gegensatz zur oben vorgestellten Einbettungsstrategie mit der Eingliederung der „ästhetischen Chirurgie“ in die „plastische“ wird die Legitimation der „ästhetischen“ aus rechtswissenschaftlicher Perspektive auch durch eine klare Abgrenzung von der „rekonstruktiven“ vorgenommen. Nach einer strengen Auslegung der geltenden Rechtslage führt zwar das Fehlen einer medizinischen Indikation bei „reinen“ Schönheitsoperationen zu einer rechtswidrigen, als „Behandlungsfehler“ einzustufenden ärztlichen Behandlung.¹⁸ Anstelle einer sich auf eine Heilbehandlung beziehenden medizinischen Indikation könne aber auch eine auf Schönheit ausgerichtete ästhetische Indikation legitimatorische Funktion übernehmen. Auch wenn eine medizinische Maßnahme medizinisch nicht notwendig ist, könne sie aufgrund einer nichtmedizinischen ästhetischen Indikation sinnvoll und legitim sein – sofern sie ohne große Risiken und Beeinträchtigungen die bezweckte Verschönerung herbeiführt. Obgleich prinzipiell auch ästhetische Werte und Gründe menschliches Handeln rechtfertigen können, stellen sich aus medizinethischer Sicht einige Fragen: Sind ästhetische Werte und Zielvorstellungen gleich zu gewichten wie medizinisch-gesundheitliche, so dass auch ästhetische Mängel moralische Ansprüche begründen können und ihre Behandlung sogar vom solidarisch finanzierten Gesundheitssystem übernommen werden müsste? Oder wäre eine klare Hierarchisierung der Werte erforderlich, um Verteilungsungerechtigkeiten zwischen Patientengruppen mit medizinisch indizierten Krankheiten und Kunden mit ästhetischen Optimierungswünschen zu vermeiden?

Obwohl die Begriffe „Krankheit“ und „Gesundheit“ wertend sind und „Krankheit“ unvermeidlich mit der Aufforderung zur Bekämpfung des unerwünschten Krankheitszustandes verbunden zu sein scheint, muss strenggenommen jeder medizinische Eingriff mit ethischen Argumenten gerechtfertigt werden. Gemäß dem handlungsreflexiven Ansatz ist die Behandlung von Krankheiten moralische Pflicht, weil durch Krankheit und Leid das fundamentale Gut menschlicher Handlungsfähigkeit stark beeinträchtigt werden kann. Im Falle von ästhetischen Schönheitsfehlern wird die Handlungsfähigkeit der Betroffenen jedoch nicht oder höchstens indirekt eingeschränkt, wenn

¹⁸ Vgl. R. DAMM: Medizinrechtliche Aspekte der Ästhetischen Chirurgie (2011), S. 215.

nämlich die Gesellschaft die nach geltenden Schönheitsidealen „Hässlichen“ durch Sanktionen wie Ausgrenzung oder Benachteiligung bestraft. Es läge dann aber eine moralisch höchst verwerfliche Diskriminierung von Menschen aufgrund ihres Äußeren („lookism“) vor, da ein sachlich relevanter Grund für eine Ungleichbehandlung fehlt (vgl. unten, 2.2): Es ist lediglich ein Vorurteil, dass schöne Menschen über bessere Eigenschaften und höhere Kompetenzen verfügen. Folglich sind handlungsreflexiv betrachtet mit ästhetischen Indikationen keine moralischen Pflichten zur medizinischen Hilfeleistung verbunden, woraus sich aber nicht automatisch ein moralisches Verbot ableiten lässt. Darüber hinaus können ästhetische Kriterien und Maßstäbe im Unterschied zu ethischen Normen nicht mit allgemein nachvollziehbaren Gründen gerechtfertigt werden, so dass ihnen etwas Willkürliches anhaftet. Wie ein Blick auf den enormen kulturgeschichtlichen Wandel von gesellschaftlichen Schönheitsidealen zeigt, gibt es für viele Modeerscheinungen wie z.B. das gegenwärtige extreme Schlankheitsideal keine rationale Erklärung. Ethisch höchst problematisch sind solche ästhetische Normen, wenn sie wie bei diesem Beispiel viele junge Frauen zu krankhaften Essstörungen treiben oder wie im Fall des Jugendkults oder ethnisch geprägter Schönheitsideale ganze Bevölkerungsgruppen diskriminieren. Die faktische Verfügbarkeit preiswerter Schönheitsoperationen und die Omnipräsenz retuschierter idealer Körper in der Medienwelt prägen unser Körper- und Selbstverhältnis auf eine Weise, die der Selbstreflexion weitgehend unzugänglich ist.¹⁹

1.4 Aufhebung einer Identitätsstörung und „authentisches Selbst“

Gemäß KATHY DAVIS' Befragungen von Frauen nach einer Schönheitsoperation geht es bei Eingriffen der ästhetischen Chirurgie meist weniger um das Erlangen von Schönheit als um die Aufhebung einer Identitätsstörung der Frauen.²⁰ Ähnlich legen andere Studien als zentrales Motiv der Frauen für Schönheitsoperationen nahe, bestimmte als „eigentliches Selbst“ betrachtete personale Eigenschaften auch im äußeren Erscheinungsbild verkörpern zu wollen.²¹ Sie streben also nach einem „authentischen Selbst“ im Sinne einer Übereinstimmung der äußeren Erscheinung mit dem persönlichen Selbstbild. Mit dem Bemühen um Identitätssicherung oder eine neue Identität mittels Körpermodifikationen sind aber individualethische Schwierigkeiten verbunden,

¹⁹ Vgl. B. HERMANN: Schönheitsideal und medizinische Körpermanipulation (2006), S. 77.

²⁰ Vgl. K. DAVIS: Reshaping the female body (1995), S. 77 und 169.

²¹ Vgl. B. HERMANN: Schönheitsideal und medizinische Körpermanipulation (2006), S. 74f.

zu denen allen voran a) unaufgeklärte und b) neurotische Wünsche zählen:²² *Unaufgeklärte* Wünsche sind solche, die auf unzureichenden oder falschen Informationen basieren und deshalb unerfüllbar bleiben oder eine unerwartete Wirkung zeitigen. Im Falle von Schönheitsoperationen dürften sich viele Menschen aufgrund von Werbeversprechungen über die tatsächlichen Möglichkeiten und Risiken einer körperbasierten Identitätsveränderung täuschen und entsprechend ohne Erfolg ihrem Schönheitsideal und Ideal-Selbst nachrennen. Bei *neurotischen* Wünschen führt auch das Erreichen des erwünschten Zustandes bzw. Erscheinungsbildes nicht zur subjektiven Erfahrung von Erfüllung, weil die Wünsche einer krankhaften psychischen Verfassung wie etwa einem Minderwertigkeitskomplex oder übertriebener Selbstunsicherheit entspringen. Häufig gründet die Körperunzufriedenheit der Nachfrager von Schönheitsoperationen in einem durch geringes Selbstwertgefühl verursachten psychopathologischen Körperbild, so dass die Störung des Selbstbildes durch die Operation keineswegs behoben werden kann (vgl. unten, 2.3). Bei vielen von Davis' Kommentaren wie „Appearance and identity go hand in hand“²³ wird die „Identität“ oder das „Selbst“ irritierenderweise auf das „körperliche Selbst“ reduziert, weshalb die Aufhebung der Identitätsstörung dann allzu einseitig auf der Körperebene angegangen wird und somit kaum gelingen dürfte. Denn der Körper macht nur einen Aspekt des „materiellen Selbst“ aus, das zusammen mit dem „sozialen Selbst“ als soziale Rollen und dem „geistigen Selbst“ als Charaktereigenschaften das „empirische Selbst“ bildet.²⁴

1.5 Zufriedenheit, Glück und Erfolg

Negativ gesprochen bildet die Unzufriedenheit mit dem eigenen Körperbild das zentrale vordergründige Motiv für einen schönheitschirurgischen Eingriff.²⁵ Positiv gewendet steht das Schönheitshandeln in engem Zusammenhang mit Wohlfühlen und Wohlbefinden, da sich Frauen nach eigenen Angaben schön machen, „um sich wohl fühlen zu können“.²⁶ Kandidatinnen von Schönheitssendungen nennen als Motive größtenteils, sie möchten „endlich glücklich sein“ oder „eine glückliche Ehe führen können“.²⁷ Eine empirische Überprüfung der Annahme, dass Schönheitsoperationen tatsächlich zu sol-

²² Vgl. zur Problematik von Wunschtheorien D. FENNER: *Das gute Leben* (2007), S. 62f.

²³ K. DAVIS: *Reshaping the female body* (1995), S. 78.

²⁴ Vgl. D. FENNER: *Das gute Leben* (2007), S. 96.

²⁵ Vgl. A. BORKENHAGEN u.a.: *Schönheitsoperationen* (2014), S. 47; M. LANGER u.a.: *Der gemachte Körper* (2011), S. 82.

²⁶ Vgl. N. DEGELE: *Sich schön machen* (2004), S. 92.

²⁷ Zitiert nach B. STROOP: *Traurige Entlein und glückliche Schwäne?* (2011), S. 151.

chen positiven Veränderungen im Leben führen, erforderte zunächst eingehende begriffliche und methodische Klärungen. Insbesondere „Glück“ und „Lebensqualität“ sind anders als die klar abgrenzbare Zufriedenheit mit einem bestimmten Körperteil höchst komplexe Phänomene, unter denen sich u.U. jeder sehr Verschiedenes vorstellt. So ist beispielsweise ein „negatives Glück“ als Abwesenheit des Leidens an einem hässlichen Körperteil noch lange kein „positives Glück“ aufgrund eines im Ganzen gelingenden Welt-Selbst-Verhältnisses. In empirischen Studien und bei der argumentativen Verteidigung von Schönheitsoperationen finden aber meist keine solchen Differenzierungen statt.²⁸

Die weitverbreitete Meinung, dass hohe Attraktivität in einer direkten Kausalbeziehung zu größerem Glück führt, ließ sich empirisch nicht bestätigen: Zwischen natürlicher, weitgehend angeborener Schönheit und subjektivem Wohlbefinden gibt es vermutlich aufgrund der Gewöhnungsmechanismen nur eine sehr schwache Korrelation, so dass Schönheit allein keineswegs glücklich macht, sondern höchstens indirekt über gesellschaftlichen Erfolg dazu beiträgt. Denn empirisch nachgewiesen und unter dem Namen „Halo-Effekt“ bekannt ist das Phänomen, dass attraktive Personen als intelligenter und beliebter wahrgenommen werden, in den unterschiedlichsten Berufen besser verdienen, mit höherer Wahrscheinlichkeit befördert werden und mehr Erfolg beim „Dating“ haben.²⁹ Im Unterschied zur natürlichen angeborenen Schönheit führen aktive Verschönerungsmaßnahmen vielen Befragungen zufolge tatsächlich zu einer signifikanten und nachhaltigen Steigerung der Körperzufriedenheit, des Wohlbefindens oder des Glücks.³⁰ Andere Studien führten allerdings zu weniger deutlichen Resultaten und ergaben beispielsweise lediglich eine Steigerung der Zufriedenheit mit dem verbesserten Körperteil, nicht aber der generellen Zufriedenheit mit dem ganzen Körper oder der gesamten Lebensqualität.³¹ Insbesondere external motivierte Patienten, die sich durch den Eingriff eine Veränderung ihres Lebens erhoffen oder Dritten gefallen wollen, sind mit dem Ergebnis oft unzufrieden – zumal wenn sich das Leben nicht wie erhofft verbessert.³² Gegen das Argument individuellen Glücksversprechens ist außerdem zu bedenken zu geben, dass die mediale und gesellschaftliche Koppelung von Zufriedenheit und Glück an immer anspruchsvol-

²⁸ Vgl. dazu ebd., S. 145–149.

²⁹ Vgl. ebd., S. 155f.

³⁰ Vgl. ebd., S. 157ff.; A. BORKENHAGEN u.a.: Schönheitsoperationen (2014), S. 50ff., und M. LANGER u.a. (2011): Der gemachte Körper, S. 81.

³¹ Vgl. zu den verschiedenen Studien M. LANGER u.a.: Der gemachte Körper (2011), S. 82f.

³² Vgl. A. BORKENHAGEN u.a.: Schönheitsoperationen (2014), S. 46.

lere Schönheitsideale nachweislich geradezu immer mehr Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper hervorruft und zu Selbstwertstörungen bereits unter Jugendlichen führt, weshalb in gewissem Sinn von einer planmäßigen „Erzeugung von Unwohlsein“³³ gesprochen werden kann. So waren bei einer repräsentativen Schülerbefragung im Wien 90% der Mädchen mit ihrem Körper unzufrieden.³⁴

2 Argumente kontra Schönheitsoperationen

2.1 Sozialer Druck und Biopolitik

Wie unter Punkt 1.2 bereits erwähnt, sprechen Kritiker der Schönheitsindustrie von einem Aufkrotzen gesellschaftlicher Schönheitsideale unter hohem soziokulturellem Normierungsdruck und einer „freien Wahl unter Druck“³⁵. Kaum zu bestreiten sind ein wie auch immer komplexer Zusammenhang und eine Wechselwirkung zwischen einer steigenden Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper und der persönlichen Bereitschaft zu schönheitschirurgischen Maßnahmen einerseits und einer gesamtgesellschaftlich zunehmenden Bedeutung des äußeren Erscheinungsbildes und steigender sozialer Erwartungen hinsichtlich ästhetischer Standards andererseits. Längst wird nicht mehr nur bei Personen des öffentlichen Lebens großer Wert auf die äußere Erscheinung gelegt, sondern in immer mehr Branchen der Medien- und Dienstleistungsgesellschaft wird öffentliche Präsenz und ein repräsentatives Äußeres verlangt.³⁶ Insbesondere in konkurrenzbetonten Arbeitszusammenhängen gehört neben der fachlichen Kompetenz ein jugendliches, schlankes und dynamisches Erscheinungsbild zum entscheidenden Karrierevorteil. So wird von Managern erwartet, dass sie die Vitalität des Unternehmens und die eigene Durchsetzungskraft auch im eigenen Körperbild widerspiegeln und dazu Botulinum, Filler und Kinnoperationen zu Hilfe nehmen.³⁷ Bereits in der Sozialisation im Kindheits- und Jugendalter wird den Heranwachsenden beigebracht, dass es besonders für Mädchen sehr wichtig sei, sich stets schön und gepflegt zu präsentieren.³⁸ Bezüglich ihres negativen Körperbilds und Selbstwertgefühls im

³³ B. STROOP: Traurige Entlein und glückliche Schwäne? (2011), S. 152.

³⁴ Vgl. M. LANGER u.a.: Der gemachte Körper (2011), S. 73.

³⁵ Vgl. S. BORDO: Braveheart, Babe, and the Contemporary Body (1998), S. 203.

³⁶ Vgl. D. SCHARSCHMIDT: Minimalinvasive schönheitschirurgische Eingriffe mit Botulinum und Fillern (2014), S. 62f.

³⁷ Vgl. ebd., S. 63.

³⁸ Vgl. A. KUCHUK: Schönheitsoperation zwischen Selbstbestimmung und Fremdorrientierung (2009), S. 63ff.

Erwachsenenalter machen Frauen nach Schönheitsoperationen in Interviews vor allem Medien, Mode und Werbung verantwortlich.³⁹ Die tägliche Konfrontation mit makellosen, gestylten und retuschierten Hochglanz-Models und ästhetisch operierten Schauspielern und Prominenten weckte in ihnen ein Unwohlsein und den Wunsch nach ästhetischer Optimierung. Je mehr sich eine bestimmte ästhetische Norm durchsetzt und je mehr „normierte“ Körper dominieren, desto stärker wird der soziale Druck auf alle nicht der Norm Entsprechenden, sich der Mehrheit anzupassen und sich zu „normalisieren“. Sozialer Druck entsteht also durch die Koppelung von sozialer Anerkennung an ein schönes Aussehen im Laufe der Sozialisation und die Konkretisierung dieses grundlegenden Bedürfnisses nach sozialer Wertschätzung auf bestimmte medial vermittelte normative Schönheitsideale. Die Freiheit des Einzelnen wird entsprechend eingeschränkt durch eine künstlich erzeugte Nachfrage nach Schönheitsoperationen und die gleichzeitige manipulative Suggestion, dass Beliebtheit und Erfolg in Liebe und Beruf notwendig dieser Mittel bedarf.

Viele Kritiker des aktuellen Booms der ästhetischen Chirurgie greifen auf MICHEL FOUCAULTS Konzept der „Biopolitik“ zurück, um die hinter dem scheinbar freien individuellen Streben nach körperlicher Optimierung verborgenen gesellschaftlichen, politischen und ökonomischen Machtstrukturen aufzudecken.⁴⁰ Bei der „Bio-Macht“ oder „Biopolitik“ (von französisch *biopouvoir*) als Gesamtheit der Machttechniken zur Regulierung der Lebensprozesse erfolgt die Zurichtung der Körper statt durch äußere Gesetze wie bei früheren repressiven Formen der Macht durch Anreize zur Selbstkontrolle und Selbstdisziplinierung der Individuen.⁴¹ So wird hinsichtlich der ästhetischen Kultivierung der Körper niemand unter Androhung negativer Sanktionen zu bestimmten Schönheitsoperationen gezwungen, sondern die Individuen werden mit Bildern und Versprechungen perfekter, hochattraktiver und leistungsfähiger Körper dazu animiert, sich selbst permanent unter Druck zu setzen und sich zu verschönern. Indem über angebliche körperliche Mängel informiert und aufgeklärt wird, werden Minderwertigkeitsgefühle und das Bedürfnis geweckt, „normal“ auszusehen und durch „Normalisierung“, d.h. eine Anpassung an die herrschenden Schönheitsideale, soziale Anerkennung und

³⁹ Vgl. ebd., S. 67ff.

⁴⁰ Vgl. S. MAASEN: *Bio-ästhetische Gouvernementalität* (2008), S. 102f., und N. RUCK: *Zur Normalisierung von Schönheit und Schönheitschirurgie* (2012), S. 80f.

⁴¹ Vgl. M. FOUCAULT: *Der Wille zum Wissen* (1983), S. 135ff.

Selbstbewusstsein zu erlangen.⁴² Zwar sind weder sämtliche Formen sozialen Drucks noch gesellschaftlicher Anreizsysteme zur Einhaltung bestimmter allgemein anerkannter Normen generell ethisch verwerflich. Hinsichtlich der aktuell boomenden Schönheitschirurgie ist es aber ethisch bedenklich, dass die hinter dem Schönheitshandeln wirksamen biopolitischen Regulierungsmechanismen weitgehend unbemerkt bleiben und nicht Gegenstand öffentlicher Debatten werden: Während über den in einer Gesellschaft stattfindenden Wandel von ethischen Normen und Wertvorstellungen in der Öffentlichkeit jeweils heftig und kontrovers debattiert wird, scheinen sich ästhetische Normen quasi-naturwüchsig und notwendig weiterzuentwickeln. Darüber hinaus sind die aktuell höchst anspruchsvollen Schönheitsideale insofern ethisch bedenklich, als sie eine große zeitliche und finanzielle Zuwendung zu einem individualethisch ziemlich unbedeutenden Aspekt des Lebens erfordern und so zur Vernachlässigung tatsächlicher glückskonstitutiver Güter führen. Weder in philosophischen Theorien des guten Lebens noch in der empirischen Lebensqualitätsforschung oder den erwähnten empirischen Untersuchungen zum Verhältnis von Schönheit und Glück wird die äußere Hülle eines Menschen als notwendiger Bestandteil eines gelingenden und guten Lebens erwähnt.⁴³

2.2 Stigmatisierung und Diskriminierung

Moralisch verwerflich sind ästhetische Normen dann, wenn sie zu einer Stigmatisierung und Diskriminierung der sie nicht erfüllenden Personen führen. Analog gebildet zu bekannteren Diskriminierungsformen wie „Rassismus“ oder „Sexismus“ meint der „Lookism“ die willkürliche und unbegründete Höherbewertung und Bevorzugung von attraktiven Menschen und die Benachteiligung weniger gut Aussehender. Als Beweis für einen grassierenden Lookism in westlichen Konkurrenzgesellschaften wird die als „Halo-Effekt“ bekannte empirische Tatsache angeführt, dass attraktive Menschen mehr soziale Aufmerksamkeit und Anerkennung genießen, von Lehrern und Arbeitgebern als intelligenter bzw. besser qualifiziert eingestuft werden und mehr Hilfsbereitschaft erfahren (vgl. oben, 1.5).⁴⁴ Der Lookism verbindet sich mit einem „Sexismus“, wenn Frauen bei Abweichungen von ästhetischen Normen viel häufiger und stärker sanktioniert werden als Männer. Unabhängig von der Geschlechterdifferenz soll das Schönheitsideal der Jugendlichkeit zur

⁴² Vgl. S. BORDO: Braveheart (1998), S. 192.

⁴³ Vgl. zu den philosophischen Theorien des guten Lebens D. FENNER: Das gute Leben (2007).

⁴⁴ B. STROOP: Traurige Entlein und glückliche Schwäne? (2011), S. 155f.

Verachtung und Stigmatisierung älterer Menschen und das Schlankheitsideal zum Hass auf fettleibige Personen und deren Unterdrückung führen. Die Nachfrage nach medizinischen Eingriffen zur Fettreduktion steigt vor allem in den USA rasant, weil das Ideal eines schlanken Körpers zu einer regelrechten Fett-Phobie und einem systematischen Fett-Hass mit sozialer Exklusion der Fettleibigen und ihrem öffentlichen Anprangern als „Parias“ und der Gemeinschaft Kosten verursachende „innere Bioterroristen“ geführt habe.⁴⁵ Im Rahmen eines „Rassismus“ erhebt der Lookism das Erscheinungsbild der eigenen Rasse oder Gemeinschaft zur ästhetischen Norm, würdigt alle Menschen anderen Aussehens herab und setzt sie beispielsweise bei der Arbeits- und Wohnungssuche zurück. Betroffen sind in westlichen Ländern z.B. Angehörige anderer Ethnien oder Rassen, die vom Schönheitsideal der Weißen durch dunkle Haut, krauses Haar oder hervorstehende Lippen abweichen, oder Mitglieder religiöser Gruppen wie Menschen mit Hakennasen als Stereotypen für das Jüdischsein.⁴⁶ Dieses Argument gegen Schönheitsoperationen lautet also, dass solche zur Verschlankeung oder Verjüngung, zur Aufhellung schwarzer Haut oder zur Korrektur von Hakennasen die Vorurteile und die gesellschaftliche Verachtung gegenüber den zu verbessernden Personengruppen, Minderheiten oder Rassen bejahen und bestärken. Dabei werde die Ungerechtigkeit dadurch verschärft, dass sich nicht alle Betroffenen medizinische Eingriffe leisten können und die verbleibenden Träger angeblich unästhetischer Merkmale umso mehr diskriminiert werden.

Die letztgenannte Ungerechtigkeit ließe sich zwar dadurch beseitigen, dass allen Angehörigen der betreffenden Minderheiten die medizinischen Leistungen zur Angleichung an das vorherrschende Schönheitsideal kostenlos zur Verfügung gestellt werden. Mit der Aufhebung der stigmatisierenden ethnischen Merkmale wären jedoch nur die Symptome zum Verschwinden gebracht, nicht aber die moralisch verwerflichen Einstellungen gegenüber Menschen mit mehr Körperfülle, höheren Alters oder anderer Religionen oder Rassen. Denn diskriminierende Schönheitsideale basieren nicht auf willkürlichen und harmlosen ästhetischen Vorlieben, sondern vielmehr auf falschen und ungerechten Vorurteilen gegenüber bestimmten Bevölkerungsgruppen, z.B. auf den Annahmen, dass die Qualität von Frauen eher in ihrem Körper als in ihrem Geist zu suchen sei, dass Fettleibige willensschwach, undiszi-

⁴⁵ K. MORGAN: Foucault, Hässliche Entlein und Techno-Schwäne (2008), S. 152ff.

⁴⁶ Vgl. dazu D. BROCK: Enhancement menschlicher Fähigkeiten (2009), S. 65, und M. LITTLE: Schönheitschirurgie, fragwürdige Normen und die Ethik der Komplizenschaft (2009), S. 132.

pliniert und faul oder Schwarze „subhuman“ und „näher am Affen“ seien.⁴⁷ Wenn sich Schönheitschirurgen angesichts solcher moralisch bedenklicher gesellschaftlicher Einstellungen und Praktiken darauf berufen, mit einem ästhetischen Eingriff lediglich das Leiden der Betroffenen unter ihrem Minderwertigkeitskomplex lindern und ihnen so helfen zu wollen, scheint das gewählte Mittel zum guten Zweck ungeeignet zu sein. Denn es handelt sich dabei nicht um krankheitswertige, durch Funktionsstörungen oder pathologische Lebensprozesse verursachte Leidenszustände. Nicht ein körperlicher „Makel“ ist in einer einfachen Ursache-Wirkungs-Relation die Ursache des Leids, sondern die mit diesem Körpermerkmal verbundene gesellschaftliche Stigmatisierung und Diskriminierung. Ärzte machen sich gewissermaßen zu „Komplizen“ unmoralischer Überzeugungen und Handlungsweisen, wenn sie angebliche körperliche Mängel beseitigen und damit implizit die Minderwertigkeit der Träger dieser Merkmale eingestehen.⁴⁸ Auch wenn das Komplizen-Argument natürlich keinen Grund zur Ächtung und Verwerfung der gesamten Schönheitsindustrie darstellt, müssten stigmatisierende und diskriminierende Schönheitsideale und sämtliche Handlungen zur Erfüllung fragwürdiger ästhetischer Normen sowohl seitens der ausführenden Ärzte selbst als auch in öffentlichen gesellschaftlichen Debatten klar verurteilt werden.

2.3 Komplikationen und hohe Risiken

Gegen ästhetische Eingriffe werden in medizinethischen Debatten stets auch die vielen Komplikationen und hohen Risiken bei Schönheitsoperationen geltend gemacht. Da eine medizinische Indikation fehlt und so keine Gefährdungslage der Patienten besteht, fallen Schadensfälle mehr ins Gewicht. Bei den beliebten Brustvergrößerungen mit Silikonimplantaten beispielsweise machen Rupturen, Faltenbildungen, Asymmetrien, Narben, Schmerzen und Infektionen bei 20–40% der Frauen in den ersten 8–10 Jahren eine erneute Operation notwendig.⁴⁹ 2010 kam es zu einem weltweiten Gesundheitskandal, weil eine französische Firma Industriesilikon verwendete, das zum Reißen der Implantate führte und allmählich austrat. Gemäß einer Studie über Fettabsaugungen im deutschsprachigen Raum kam es zwischen 1998 und 2001 in 76 Fällen zu schweren Komplikationen mit Todesfolge bei drei Per-

⁴⁷ Vgl. dazu M. LITTLE: *Schönheitschirurgie* (2009), S. 131f., und K. MORGAN: *Foucault, Hässliche Entlein und Techno-Schwäne* (2008), S. 153.

⁴⁸ Vgl. zu diesem Komplizen-Argument M. LITTLE: *Schönheitschirurgie* (2009), S. 136f.

⁴⁹ Vgl. A. BORKENHAGEN u.a.: *Schönheitsoperationen* (2014), S. 49.

sonen, wohingegen nach 2005 in Deutschland keine Todesfälle mehr bekannt wurden.⁵⁰ Abgesehen von solchen teilweise schwerwiegenden Folgeschäden auf der Körperebene liegen bei Klienten häufig psychopathologische Motive vor, so dass anstelle einer operativen Behandlung eine Psychotherapie angebracht wäre. Bei ca. 5–15% der schönheitschirurgischen Patienten spielt aktuell die psychiatrisch diagnostizierbare Körperdymorphe Störung eine Rolle, die durch ein stark beeinträchtigtes Selbstwertgefühl und eine unangemessene, den Lebensalltag störende Sorge um eine minimale oder nicht vorhandene Körperanomalie gekennzeichnet ist.⁵¹ Hier stellte eine Schönheitsoperation einen Behandlungsfehler dar, weil sie die Störung trotz guter Operationsergebnisse verstärken und einen Wiederholungszwang auslösen kann.⁵² Ethisch legitim können Schönheitsoperationen nur nach sorgfältiger Nutzen-Schadenrisiko-Abschätzung und einer umfassenden psychiatrischen Prüfung der Ursachen des Leidens sein.

2.4 Widerspruch zum ärztlichen Ethos

Ein gängiges Argument gegen die Schönheitschirurgie lautet, dieses medizinische Tätigkeitsfeld verstoße gegen das „ärztliche Ethos“ oder das „Standesethos“. Unter dem ärztlichen Ethos wird meist unter Berufung auf den antiken „Eid des Hippokrates“ die humane Grundhaltung der Ärzte verstanden, immer nach bestem Wissen und fachlichem Können dem Wohl des Patienten zu dienen und ihm niemals zu schaden.⁵³ Oft werden noch weitere in der Eidesformel enthaltene Forderungen zitiert, wie die Schweigepflicht, die Achtung vor dem Leben oder das Verbot sexueller Übergriffe; oder es werden die traditionellen Ziele der kurativen Medizin, also die Heilung von Krankheit, Wahrung der Gesundheit und Linderung von Leid aufgeführt.⁵⁴ Ein Eingriff ohne Indikation anhand objektiver medizinwissenschaftlicher Kriterien war nach dem lange gültigen traditionellen Medizinverständnis illegitim und wurde in Deutschland bis 1964 als rechtswidrig verurteilt.⁵⁵ Zur Verteidigung der Schönheitschirurgie wird jedoch heute zum einen eine „ästhetische“ anstelle

⁵⁰ Vgl. ebd.

⁵¹ Vgl. ebd., S. 48, und K. BRUKAMP: *Ästhetische Chirurgie* (2011), S. 26f.

⁵² Vgl. M. LANGER u.a.: *Der gemachte Körper* (2011), S. 83f., und R. DAMM: *Medizinrechtliche Aspekte der Ästhetischen Chirurgie* (2011), S. 217.

⁵³ Vgl. H.-M. SASS: *Medizinethik* (1998), S. 90.

⁵⁴ Vgl. U. WIESING: *Ethische Aspekte der ästhetischen Medizin* (2011), S. 44, und A. ALTINTAS u.a.: *Der Arzt, die ethisch-moralische Verpflichtung und die ästhetisch-plastische Chirurgie* (2011), S. 12.

⁵⁵ Vgl. B.-R. KERN u.a.: *Haftung für den Erfolgseintritt?* (2009), S. 131.

einer „medizinischen Indikation“ geltend gemacht, die oben bereits erläutert und relativiert wurde (vgl. oben, 1.3). Zum andern werden Abstufungen zwischen medizinisch indizierten Heilbehandlungen und „reinen“ nichtindizierten Schönheitsoperationen mit abnehmender Legitimation vorgenommen, z.B. in die vier Fallgruppen: Behebung einer physischen Funktionsbeeinträchtigung, Behebung einer entstellenden Deformität, Behebung einer psychischen Beeinträchtigung, Verschönerung bereits normaler Körperformen.⁵⁶ In Anbetracht der immer nur relativen Indikation bei Schönheitsoperationen sind jedoch besonders hohe Anforderungen an die Aufklärung der Ärzte zu stellen. Denn nur eine sorgfältige ärztliche Aufklärung sichert die Autonomie des Patienten, dessen Einwilligung und Recht auf Selbstbestimmung in der Medizinethik nach der Verabschiedung des paternalistischen hippokratischen Ethos immer wichtiger wurde. Bei einer solchen Aufklärung denken Mediziner zwar meist nur an eine Auskunft über die zu erwartenden Komplikationen einer Schönheitsoperation. Darüber hinaus sollten die Patienten oder Kunden aber im gemeinsamen Gespräch dazu befähigt werden, über ihre moralischen und ästhetischen Wertvorstellungen und Wünsche zu reflektieren und deren soziale Bedingtheit zu erkennen.⁵⁷ Letztlich kann eine solche umfassende Aufklärung allerdings kaum von den Ärzten allein geleistet werden, sondern es braucht öffentliche Appelle zu einem distanzierten und kritischen Umgang mit gesellschaftlichen Schönheitsidealen.

Im Widerspruch zum ärztlichen Ethos soll aber vor allem auch die Orientierung der Schönheitschirurgen an individuellen Profitinteressen stehen. Denn die humane Grundhaltung der Ärzte verlange die Verpflichtung auf eine gesellschaftlich wichtige Aufgabe, auf das „Gemeinwohl“ bzw. die „Volks-gesundheit“.⁵⁸ Dies wird oft damit begründet, dass es sich beim Arztberuf im Unterschied zu einem „Gewerbe“ um eine „Profession“ oder einen „freien Beruf“ handle: Während es bei einem Gewerbe primär um Gewinnmaximierung geht, sind Professionen wie Ärzte, Juristen oder Pfarrer auf gesellschaftlich als notwendig anerkannte und ethisch achtenswerte Ziele ausgerichtet, im Falle der Medizin auf die Wahrung oder Wiederherstellung von Gesundheit oder das Lindern von Leid.⁵⁹ Die Schönheitschirurgie hingegen werde als „verbraucherorientiertes Geschäft“ aufgezogen und bediene die Profitgier der Ärzte,

⁵⁶ Vgl. R. DAMM: Medizinrechtliche Aspekte der Ästhetischen Chirurgie (2011), S. 215.

⁵⁷ Vgl. J. ACH: Komplizen der Schönheit? (2006), S. 203.

⁵⁸ Vgl. F. KARSCH: Ärzte ohne Grenzen? (2011), S. 91, und W. EBERBACH: Möglichkeiten und rechtliche Beurteilung der Verbesserung des Menschen (2011), S. 14.

⁵⁹ Vgl. U. WIESING: Ethische Aspekte der ästhetischen Medizin (2011), S. 44f.

welche ihre Praxen ausbauen und ihr Einkommen steigern wollten.⁶⁰ Die Ökonomisierung der Schönheitschirurgie spiegle sich in der engen Zusammenarbeit der Schönheitschirurgen mit den Herstellern medizinischer Produkte und in ihren aggressiven Vermarktungsstrategien. Klar als berufs- oder standeswidrige Werbung zu verurteilen sind alle täuschenden, irreführenden oder manipulativen Informationen, die falsche oder ungerechtfertigte Erwartungen wecken und schnelle Lösungen versprechen.⁶¹ Die deutsche Bundesärztekammer verbietet sowohl anpreisende als auch vergleichende Werbemaßnahmen und somit auch Vorher-Nachher-Fotovergleiche von Patienten, da sie medizinische Laien suggestiv beeinflussen können.⁶² Auch dürfen keine einzelnen Leistungen oder Sonderangebote beworben oder Schönheitsoperationen als Preis einer Verlosung oder Probierangebot offeriert werden. Gemäß der allgemeinen Gebote der Werbeethik ist letztlich nur sachliche, informative Werbung legitim, bei der kein Bedarf künstlich erzeugt wird. Statt irgendwelche Maßnahmen verkaufen zu wollen, müsste die Tätigkeit der Ärzte zur Wahrung ihres Ethos stets auf das Ziel ausgerichtet sein, dem Patienten zu helfen, auch wo nur eine relative Indikation vorliegt.⁶³ Ästhetische Eingriffe im Rahmen eines kommerziellen Gewerbes sollten neben der gesellschaftlich wichtigen Aufgabe der Krankheitsheilung immer nur peripher bleiben, nicht aber in ausgliederten Schönheitskliniken oder Instituten für ästhetische Dermatologie zum ausschließlichen Tätigkeitsfeld der Ärzte werden.

3 Fazit

Die Analyse der wichtigsten Argumente pro und kontra Schönheitsoperationen erlaubt am Ende kein einfaches abschließendes ethisches Urteil, etwa im Sinne eines generellen Verbots oder Gebots solcher Optimierungsmaßnahmen. Die vielen ernst zu nehmenden Einwände haben aber deutlich gemacht, dass ästhetische Eingriffe nur unter bestimmten individuellen, gesellschaftlichen und medizinischen Bedingungen erlaubt sein können. Aus individualethischer Perspektive scheint zwar möglichst große gestalterische Selbstbestimmung über den eigenen Körper begrüßenswert zu sein, weil sie die Hoffnung auf ein „authentisches Selbst“, Glück und Erfolg nährt. Allerdings kann eine Iden-

⁶⁰ Vgl. F. MILLER u.a.: Schönheitschirurgie und die Binnenmoral der Medizin (2009), S. 150, und A. FERRARI: Ästhetische Chirurgie an Erwachsenen im Spannungsfeld von Kommerzialisierung und Patientenautonomie (2011), S. 115.

⁶¹ Vgl. F. MILLER u.a.: Schönheitschirurgie (2009), S. 158.

⁶² Vgl. K. BRUKAMP: Ästhetische Chirurgie (2011), S. 36f.

⁶³ Vgl. U. WIESING: Ethische Aspekte der ästhetischen Medizin (2011), S. 48.

titätsfindung über eine rein äußerliche Körperveränderung insbesondere bei niedrigem Selbstbewusstsein und körperdysmorpher Störung nicht gelingen, und körperliche Schönheit garantiert keineswegs eine glückliche Beziehung oder gar ein Lebensdauerglück. Auch wenn empirischen Studien zufolge die Zufriedenheit mit dem eigenen Körper oder zumindest dem verbesserten Körperteil nach einem ästhetischen Eingriff überwiegend steigt, ist äußerliche Schönheit trotz gegenteiliger Suggestionen von Werbung und Hochglanzmagazinen weder eine notwendige noch hinreichende Bedingung eines guten und glücklichen Lebens. Eine zu starke und einseitige Fokussierung auf das Aussehen und eine ständige Steigerung der diesbezüglichen Ansprüche führt allzu leicht zur Vernachlässigung anderer glückskonstitutiver Güter. Zudem ist die individuelle Freiheit insofern durch den sozialen Normierungsdruck eingeschränkt, als geltende gesellschaftliche Schönheitsideale mehr soziale Anerkennung und größere Chancen bei der Berufs- und Partnerwahl versprechen. Aus sozialetischer Perspektive ist dieser bereits in der Sozialisation verinnerlichte und durch die Medien verstärkte Zwang zur Anpassung an ästhetische Normen problematisch, weil solche biopolitische Machtmechanismen weitgehend unbemerkt und unhinterfragt wirken und schon das Angebot von Schönheitsoperationen unbewusst das persönliche Körperverhältnis und Selbstbild verändert.⁶⁴ Je mehr Bedeutung dem äußeren Erscheinungsbild infolge zunehmender Präsenz ästhetisch retuschiertes und perfektionierter Körper beigemessen wird, desto mehr steigt die Körperunzufriedenheit in der Bevölkerung und die Gefahr einer Stigmatisierung und Diskriminierung der weniger zahlungskräftigen „Naturbelassenen“. Moralisch höchst verwerflich ist der „Lookism“ als willkürliche und unbegründete Höherbewertung und Bevorzugung attraktiver Menschen, der sich im empirisch bestätigten „Halo-Effekt“ niederschlägt. Besonders unmoralisch sind rassistische Schönheitsideale und entsprechende ästhetische Korrekturen bei Angehörigen anderer Ethnien, durch die gesellschaftliche Vorurteile bejaht und bestärkt werden.

Aus medizinethischer Sicht stellt es einen Widerspruch zum traditionellen, an objektiv bestimmbareren Krankheiten orientierten ärztlichen Ethos dar, wenn Ärzte im freien Wettbewerb Dienstleistungen zur Erfüllung subjektiver Wünsche gesunder „Patienten“ anbieten. Der Hinweis auf den sich gegenwärtig vollziehenden Wandel im Grundverständnis der Medizin weg von einer herkömmlichen kurativen hin zu einer „wunscherfüllenden Medizin“ verschiebt das Legitimationsproblem der Schönheitschirurgie lediglich, da dieser Struk-

⁶⁴ Vgl. B. HERMANN: Schönheitsideal und medizinische Körpermanipulation (2006), S. 77.

turwandel selbst zu prüfen wäre.⁶⁵ Als nicht überzeugend erwies sich auch das Argument, die ästhetische Chirurgie lasse sich genauso wenig von der rekonstruktiven Chirurgie oder der Medizin insgesamt abgrenzen wie Krankheit von Gesundheit. Denn trotz einer Grauzone und vieler Grenzfälle lassen sich Krankheit und Gesundheit nicht nur kriteriell voneinander unterscheiden, sondern die Behandlung von Krankheiten hat auch einen höheren ethischen Stellenwert als die Erfüllung von ästhetischen Wünschen: Eine Therapie ist deswegen ethisch dringlicher geboten als ein Enhancement, weil Krankheiten ein „normales Funktionieren“, das „normale Chancenspektrum“ in einer Gesellschaft oder die „Handlungsfähigkeit“ der Betroffenen einschränken oder gefährden. Allerdings wären Abstufungen zwischen eindeutiger medizinischer Indikation und rein ästhetischer Indikation mit je andersartigen Ursachen des Leids und verschiedenen Graden an Beeinträchtigungen vorzunehmen, beispielsweise zwischen dem Leiden an ständiger negativer Aufmerksamkeit aufgrund einer stark entstellenden körperlichen Deformation und dem Leiden an einem unerfüllten Wunsch nach mehr positiver Aufmerksamkeit. Ethisch zu missbilligen sind die ausschließliche Betätigung der Ärzte als Schönheitschirurgen in separaten Kliniken wie auch eine marktförmige Verteilung der Gesundheitsleistungen nach dem liberalen Dienstleistungsmodell, solange die medizinische Grundversorgung wegen begrenzter Ressourcen an Geld und Personal nicht für alle Menschen sichergestellt ist und die Ungleichheit zwischen ökonomisch besser und schlechter Gestellten infolge von Halo-Effekten und gesellschaftlicher Stigmatisierung verschärft wird. In Anbetracht all dieser Bedenken braucht es eine öffentliche ethische Debatte sowohl über eine wachsende gewerbemäßige Schönheitsindustrie als auch über eine Erweiterung des Angebots der teuren wunscherfüllenden Medizin innerhalb des solidarisch finanzierten Gesundheitssystems. Es gilt gemeinsam Kriterien und Regelungen darüber zu entwickeln, welche ästhetischen Eingriffe auf dem privaten Markt oder innerhalb des Solidarsystems berechtigterweise angeboten werden dürfen. Die zunehmende Koppelung sozialer Anerkennung an das äußere Erscheinungsbild und immer höhere Ansprüche an Schönheit, Jugendlichkeit und körperliche Perfektion müssen kritisch hinterfragt werden, da immer mehr und immer jüngere Menschen unter ihrem unzulänglichen Äußeren leiden.

⁶⁵ Den Begriff „wunscherfüllende Medizin“ hat Matthias Kettner geprägt und in die ethische Debatte geworfen (vgl. M. KETTNER: ASSISTENZ ZUM GUTEN LEBEN (2006)).

Zusammenfassung

FENNER, DAGMAR: **Ist das gegenwärtige Schönheitshandeln auch gut? Eine kritische Analyse der ethischen Argumente pro und kontra Schönheitsoperationen.** ETHICA 25 (2017) 2, 99–123

Angesichts steigender Zahlen immer jüngerer Nachfrager von Schönheitsoperationen hat sich der Artikel zum Ziel gesetzt, zur Stukturierung der dringend erforderlichen öffentlichen Debatte die wichtigsten ethischen Argumente pro und kontra Schönheitsoperationen zu systematisieren und kritisch zu erörtern. Seitens der Pro-Argumente wird beispielsweise die beliebte Argumentationsstrategie analysiert, in liberalen Gesellschaften müssten diese Möglichkeiten selbstbestimmter Lebensführung allen Selbstzahlern bereitgestellt werden. Dagegen und gegen die weitverbreiteten Wünsche, durch Schönheitsoperationen zu einem „authentischeren“ Selbst oder zu mehr Zufriedenheit und Glück zu gelangen, sprechen begrifflich-konzeptuelle Schwierigkeiten und gewichtige ethische Bedenken. Seitens der Kontra-Argumente wird untersucht, wie genau ein sozialer Druck durch die Vermittlung gesellschaftlicher Ideale in Sozialisation und Medien aufgebaut wird und eine steigende Unzufriedenheit vor allem in der weiblichen Bevölkerung erzeugt. Neben innermedizinischen Einwänden wie den in der Werbung meist ausgeblendeten hohen Risiken und dem Widerspruch zum ärztlichen Ethos müssen besonders auch die mit ästhetischen Normen möglicherweise verbundene Stigmatisierung und Diskriminierung bedacht werden.

Ästhetische Chirurgie
Ethos, ärztliches
Normen, ästhetische
Schönheitschirurgie
Schönheitshandeln
Schönheitsideale, gesellschaftliche

Summary

FENNER, DAGMAR: **Does the current wave of beautification make sense at all? A critical analysis of the ethical arguments for and against cosmetic operations.** ETHICA 25 (2017) 2, 99–123

In the face of growing numbers of increasingly younger consumers of cosmetic operations the most important ethical arguments for and against this kind of operations shall be systematized and critically discussed in this article in order to give structure to an urgently needed public debate. As far as the pros are concerned, it is preferably argued that within liberal societies such possibilities of self-determined mode of living have to be made available to all self-payers. What speaks against this and the widespread desires to achieve a “more authentic” self or more satisfaction and happiness are conceptual difficulties as well as serious ethical concerns. On the part of the counter-arguments it is analysed how social pressure is built up by conveying societal ideals in socialization and media, thus bringing about a growing discontent especially among the female population. Apart from medical objections, like the high risks usually dismissed from advertisements and commercials, and the contradiction to medical ethos also the stigmatization and discrimination have to be considered that are possibly connected with aesthetic norms.

Aesthetic surgery
beautification
cosmetic surgery
ethos, medical
ideals of beauty, societal
norms, aesthetical

Literatur

- ACH, JOHANN: Komplizen der Schönheit? Anmerkungen zur Debatte über die ästhetische Chirurgie, in: Johann Ach/Arnd Pollmann (Hrsg.): No body is perfect. Baumaßnahmen am menschlichen Körper. Bielefeld: Transcript, 2006, S. 187–206.
- ALTINTAS, AHMET/ALTINTAS, MEHMET: Der Arzt, die ethisch-moralische Verpflichtung und die ästhetisch-plastische Chirurgie, in: Arianna Lüttenberg/Johann Ach: Im Dienste der Schönheit? Interdisziplinäre Perspektiven auf die Ästhetische Chirurgie. Münster: Lit, 2011, S. 5–14.
- BORDO, SUSAN: Braveheart, Babe, and the Contemporary Body, in: Erik Parens (Hrsg.): Enhancing human traits. Ethical and social implications. Washington: Georgetown University Press, 1998.
- BORKENHAGEN, ADA/BRÄHLER, ELMAR: Schönheitsoperationen, in: Ada Borkenhagen/Elmar Brähler (Hrsg.): Body Modification. Manual für Ärzte, Psychologen und Berater. Berlin: Med.-Wiss. Verl.-Ges., 2014, S. 41–56.
- BROCK, DAN: Enhancement menschlicher Fähigkeiten, in: Bettina Schöne-Seifert/Divinia Talbot (Hrsg.): Enhancement. Die ethische Debatte. Paderborn: Mentis, 2009, S. 47–74.
- BRUKAMP, KIRSTEN: Ästhetische Chirurgie: Medizin, Psychotherapie, Dienstleistung?, in: Arianna Lüttenberg/Johann Ach: Im Dienste der Schönheit? Interdisziplinäre Perspektiven auf die Ästhetische Chirurgie. Münster: Lit, 2011, S. 25–42.
- DAMM, R.: Medizinrechtliche Aspekte der Ästhetischen Chirurgie, in: Arianna Lüttenberg/Johann Ach: Im Dienste der Schönheit? Interdisziplinäre Perspektiven auf die Ästhetische Chirurgie. Münster: Lit, 2011, S. 207–246.
- DAVIS, KATHY: Reshaping the female body. The dilemma of cosmetic surgery. London: Routledge, 1995.
- DEGELE, NINA: Sich schön machen. Zur Soziologie von Geschlecht und Schönheitshandeln. Wiesbaden: VS, Verlag f. Sozialwiss., 2004.
- EBERBACH, WOLFRAM: Möglichkeiten und rechtliche Beurteilung der Verbesserung des Menschen, in: Albrecht Wienke/Wolfram Eberbach u.a. (Hrsg.): Die Verbesserung des Menschen. Tatsächliche und rechtliche Aspekte der wunscherfüllenden Medizin. Heidelberg: Springer, 2009, S. 1–40.
- FENNER, DAGMAR: Das gute Leben. Berlin/New York: de Gruyter, 2007.
- FERRARI, ARIANNA: Ästhetische Chirurgie an Erwachsenen im Spannungsfeld von Kommerzialisierung und Patientenautonomie, in: Arianna Lüttenberg/Johann Ach: Im Dienste der Schönheit? Interdisziplinäre Perspektiven auf die Ästhetische Chirurgie. Münster: Lit, 2011, S. 105–124.
- FOUCAULT, MICHEL: Der Wille zum Wissen, Sexualität und Wahrheit. Bd. 1. Frankfurt a. M.: Suhrkamp, 1983.
- HERMANN, BEATE: Schönheitsideal und medizinische Körpermanipulation. Invasive Selbstgestaltung als Ausdruck autonomer Entscheidung oder „sozialer Unterwerfung“? *Ethik in der Medizin* 18 (2006) 1, 71–80.
- KARSCH, FABIAN: Ärzte ohne Grenzen? Ästhetische Chirurgie und medizinische Professionalität, in: Arianna Lüttenberg/Johann Ach: Im Dienste der Schönheit? Interdisziplinäre Perspektiven auf die Ästhetische Chirurgie. Münster: Lit, 2011, S. 91–104.
- KERN, BERND-RÜDIGER/RICHTER, ISABELL: Haftung für den Erfolgseintritt? Die garantierte ärztliche Leistung, in: Albrecht Wienke/Wolfram Eberbach u.a. (Hrsg.): Die Verbesserung

des Menschen. Tatsächliche und rechtliche Aspekte der wunscherfüllenden Medizin. Heidelberg: Springer, 2009, S. 129–144.

KETTNER, MATTHIAS: Assistenz zum guten Leben. Der Trend zur wunscherfüllenden Medizin. *Ethik in der Medizin* 18 (2006) 1, 5–25.

KRONES, TANJA: Patientenwünsche versus Indikation?, in: Matthias Kettner (Hrsg.): *Wunscherfüllende Medizin. Ärztliche Behandlung im Dienst von Selbstverwirklichung und Lebensplanung*. Frankfurt a. M.: Campus Verlag, 2009, S. 137–152.

KUCHUK, ANNA: Schönheitsoperation zwischen Selbstbestimmung und Fremdorientierung. Masterarbeit Universität Wien 2009, abrufbar unter http://othes.univie.ac.at/7871/1/2009-11-25_0247475.pdf

LANGER, MICHAELA/WIMMER-PUCHINGER, BEATE: Der gemachte Körper – die genormte Frau, in: Arianna Lüttenberg/Johann Ach: *Im Dienste der Schönheit? Interdisziplinäre Perspektiven auf die Ästhetische Chirurgie*. Münster: Lit, 2011, S. 71–90.

LENK, CHRISTIAN: *Therapie und Enhancement. Ziele und Grenzen der modernen Medizin*. Münster u.a.: Lit, 2002.

LITTLE, MARGARET: Schönheitschirurgie, fragwürdige Normen und die Ethik der Komplizenschaft, in: Bettina Schöne-Seifert/Divinia Talbot (Hrsg.): *Enhancement. Die ethische Debatte*. Paderborn: Mentis, 2009, S. 127–145.

MAASEN, SABINE: Bio-ästhetische Gouvernementalität – Schönheitschirurgie als Biopolitik, in: Paula-Irene Villa (Hrsg.): *Schön normal. Manipulationen am Körper als Technologien des Selbst*. Bielefeld: Transcript, 2008, S. 99–118.

MEILI, BARBARA: Experten der Grenzziehung – Eine empirische Annäherung an Legitimationsstrategien von Schönheitschirurgen zwischen Medizin und Lifestyle, in: Paula-Irene Villa (Hrsg.): *Schön normal. Manipulationen am Körper als Technologien des Selbst*. Bielefeld: Transcript, 2008, S. 119–143.

MILLER, FRANKLIN/BRODY, HOWARD u.a.: Schönheitschirurgie und die Binnenmoral der Medizin, in: Bettina Schöne-Seifert/Divinia Talbot (Hrsg.): *Enhancement. Die ethische Debatte*. Paderborn: Mentis, 2009, S. 145–163.

MORGAN, KATHRYN: Foucault, Hässliche Entlein und Techno-Schwäne – Fett-Hass, Schlankheitsoperationen und biomedikalisierte Schönheitsideale in Amerika, in: Paula-Irene Villa (Hrsg.): *Schön normal. Manipulationen am Körper als Technologien des Selbst*. Bielefeld: Transcript, 2008, S. 143–172.

RUCK, NORA: Zur Normalisierung von Schönheit und Schönheitschirurgie, in: Anna Sieben (Hrsg.): *Menschen machen: die hellen und die dunklen Seiten humanwissenschaftlicher Optimierungsprogramme*. Bielefeld: Transcript, 2012, S. 79–106.

SASS, HANS-MARTIN: *Medizinethik*, in: Annemarie Pieper/Urs Thurnherr (Hrsg.): *Ange wandte Ethik: eine Einführung*. München: Beck, 1998, S. 80–109.

SCHARSCHMIDT, DAGMAR: Minimalinvasive schönheitschirurgische Eingriffe mit Botulinum und Fillern, in: Ada Borkenhagen/Elmar Brähler (Hrsg.): *Body Modification. Manual für Ärzte, Psychologen und Berater*. Berlin: Med.-Wiss. Verl.-Ges., 2014, S. 57–68.

SEIER, ANDREA/SURM, HANNA: Schnitt-Stellen – Mediale Subjektivierungsprozesse in THE SWAN, in: Paula-Irene Villa (Hrsg.): *Schön normal. Manipulationen am Körper als Technologien des Selbst*. Bielefeld: Transcript, 2008, S. 199–218.

STROOP, BARBARA: Traurige Entlein und glückliche Schwäne? Glück in der Debatte um ästhetisch-chirurgische Eingriffe als Enhancement, in: Arianna Lüttenberg/Johann Ach:

Im Dienste der Schönheit? Interdisziplinäre Perspektiven auf die Ästhetische Chirurgie. Münster: Lit, 2011, S. 143–166.

VILLA, PAULA-IRENE: Habe den Mut, Dich Deines Körpers zu bedienen! Thesen zur Körperarbeit in der Gegenwart zwischen Selbstermächtigung und Selbstunterwerfung, in: Dies. (Hrsg.): Schön normal. Manipulationen am Körper als Technologien des Selbst: Bielefeld: Transcript, 2008, S. 245–272.

WIESING, URBAN: Ethische Aspekte der ästhetischen Medizin, in: Arianna Lüttenberg/Johann Ach: Im Dienste der Schönheit? Interdisziplinäre Perspektiven auf die Ästhetische Chirurgie. Münster: Lit, 2011, S. 43–54.

Prof. Dr. Dagmar Fenner, Philosophisches Seminar der Universität Basel,
Steinengraben 5, CH-4051 Basel
Dagmar.Fenner@unibas.ch