

Die globale Bewirtschaftung des Körpers.
Eine qualitative Fallstudie zum amerikanischen Markt der
Ethnochirurgie

Inauguraldissertation
zur Erlangung des Doktorgrades der Humanwissenschaftlichen Fakultät
der Universität zu Köln nach der Promotionsordnung vom 10.05.2010

vorgelegt von

Timo Galle

aus

Ostercappeln

April 2019

Erstgutachter: Professorin Dr. Julia Reuter

Zweitgutachter: Privatdozent Dr. Markus Gamper

3.2.5	Japan.....	69
3.2.6	Peru.....	70
3.2.7	Kolumbien.....	71
3.2.8	Venezuela.....	71
3.3	Die theoretischen Arbeiten.....	72
4.	Die Bewirtschaftung des Körpers im Dienste der Schönheit und die Herausbildung des globalen Körpermarkts	74
4.1	Die Geschichte der Schönheitschirurgie	74
4.2	Die Ethnochirurgie als Integrationsstrategie ab dem 19. Jahrhundert.....	79
4.3	Schönheitsoperationen als Bestandteil der Populärkultur ab den 1980er Jahren.....	90
4.4	Das Wechselverhältnis zwischen Schönheitsoperationen und Psychologie	91
4.5	Der globale Körpermarkt.....	95
4.5.1	Der globale Markt des Medizintourismus.....	96
4.5.2	Der globale Markt der Ethnochirurgie	98
4.5.3	Der amerikanische Markt der Ethnochirurgie	101
4.5.4	Der globale Ethnic Surgery Tourism	103
4.5.4.1	Die Rahmenbedingungen des Ethnic Surgery Tourism.....	106
4.5.4.2	Der Ethnic Surgery Tourism im „globalen Norden“.....	109
4.5.4.3	Der Ethnic Surgery Tourism im „globalen Süden“.....	115
5.	Im Mekka des „Body Shopping“: Eine qualitative Fallstudie zur Ethnochirurgie in Beverly Hills	122
5.1	Erkenntnisinteresse und Fragestellung.....	122
5.2	Das wissenschaftliche Grundverständnis	124
5.3	Methodologie.....	126
5.4	Auswahl des Forschungsfelds und Herstellung des Feldzugangs.....	127
5.5	Auswahl empirischer Methoden zur Datenerhebung: „Methodologische Triangulation“	129
5.5.1	Experteninterviews.....	130
5.5.2	Teilnehmende Beobachtung.....	133
5.5.3	Dokumentenanalyse	135
5.6	Datenauswertung: Computergestützte qualitative Datenanalyse	136
6.	Los Angeles County – ein Mekka der Ethnochirurgie im „globalen Norden“.....	139

6.1	Beverly Hills: Das globale Mekka für Ethnochirurgien.....	139
6.1.1	Die medizinische Infrastruktur.....	139
6.1.2	Die Geschichte des „Körperkults“	143
6.1.3	Herkunftsländer und Anzahl internationaler Patienten	152
6.1.4	„Enklave des Luxus“	153
6.1.5	Elite der Schönheitschirurgen	155
6.2	Der Schönheitschirurg in Beverly Hills: Vom „Homo medicus“ zum „Homo oeconomicus“	159
6.2.1	Ausrichtung des Geschäftsmodells auf internationale Patienten	159
6.2.2	Strukturwandel in den Praxisstrukturen	173
6.2.3	Vermarktungsstrategie: Der Schönheitschirurg als Marke und Celebrity	177
6.2.4	Körperanatomische Spezialisierung der Schönheitschirurgen	192
6.2.5	Standardisierung im Ablaufprozess von Ethnochirurgien.....	198
6.2.6	Erosion des Berufsethos	202
6.2.6.1	„Overhead Kosten“	202
6.2.6.2	Wettbewerbsdruck.....	206
6.2.6.3	Der Schönheitschirurg MBA.....	216
6.2.6.4	„Corporate Medicine“	225
6.3	Der internationale nicht-kaukasische Patient in Beverly Hills: Vom „Homo biologicus“ zum „Homo plasticus“	227
6.3.1	Der lebenslange Prozess der Zerlegung und Neukonfiguration des Körpers....	227
6.3.2	Der Verlaufsprozess der Plastifizierung.....	236
6.3.3	Wider dem hässlichen Körper: Die Wirkungsmächtigkeit von Motiven und soziokulturellen Faktoren	246
6.3.4	Begleiterscheinungen in der Sehnsucht nach dem „Überkörper“	253
7.	Zusammenfassung und Ausblick	261
7.1	Zusammenfassung der Forschungsergebnisse.....	261
7.2	Die Konzepte „Body Shopping“ und Body Privilege“ als Erklärung für die ethnochirurgische Körperbewirtschaftung	269
7.3	Die Hegemonie des „weißen“ Körpers auf dem globalen Körpermarkt	274
7.4	Anknüpfungspunkte der Ethnochirurgie in der sozialwissenschaftlichen Forschung....	277
7.5	Entwicklungstendenzen und zukünftige Fragestellungen	278

Literaturverzeichnis282

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Experteninterviews (n = 14)	132
Tabelle 2: Beobachtungsprotokolle (n = 3) nach Ort der Beobachtung	134

Vorwort

Diese Dissertation wurde von der Humanwissenschaftlichen Fakultät der Universität zu Köln im Juli 2019 angenommen.

Danksagung

Mein Dank gilt allen Menschen, deren Unterstützung ich im Rahmen meiner Promotion erhalten habe, sei es in Form von Diskussionen, Gesprächen, der kritischen Durchsicht des Manuskripts und vielen weiteren Dingen, die zum Gelingen der vorliegenden Arbeit notwendig waren.

Mein besonderer Dank gilt vor allem den Expertinnen und Experten, mit denen ich die Experteninterviews geführt habe, da sie mir den Zugang zum Forschungsfeld ermöglicht haben und damit maßgeblich zur Realisierung der vorliegenden Arbeit beigetragen haben.

Ebenfalls möchte mich ausdrücklich bei Professorin Dr. Julia Reuter bedanken, da sie dem Thema dieser Arbeit von Anfang an positiv gegenüberstand, die Konkretisierung der Idee förderte und mit ihrer fachlichen Kompetenz, wie auch menschlichen Kompetenz, eine besondere Hilfe bei der Erstellung der vorliegenden Arbeit gewesen ist.

Weiterhin gilt mein besonderer Dank Privatdozent Dr. Markus Gamper, der seit der ersten Präsentation des Themas der Arbeit großes Interesse an dieser Thematik gezeigt hat und dabei durch konstruktive Hinweise und durch hilfreiche Anmerkungen den Prozess der Erstellung dieser Arbeit begleitet hat.

Mein besonderer Dank gilt auch Hedwig, Oliver und Reimund, die mich in Krisenzeiten immer wieder aufbauten und nachhaltig zu meiner Work-Life-Balance beigetragen haben.

Zu ganz besonderem Dank bin ich Sigrid, Reinhard und Werner verpflichtet, die mich auf unterschiedlichste Art und Weise unterstützt und immer an mich geglaubt haben.

1. Einleitung

1.1 Entstehungszusammenhang, Relevanz und Ziele der Arbeit

In der gegenwärtigen Gesellschaft hat die Körperbewirtschaftung einen Bedeutungszuwachs erhalten.¹ D.h. die Menschen beschäftigen sich intensiv mit ihrem Körper und dessen Erscheinungsbild, vor allem im Sinne der physischen Attraktivität. Damit verbunden ist die individuelle Bereitschaft, den Körper zu modellieren und dabei auf entsprechende Körperbewirtschaftungsmaßnahmen zurückzugreifen.² Der Handlungsimperativ der Körperbewirtschaftung wird durch die Massenmedien transportiert, in dem bestimmte Schönheitsideale und die entsprechenden Körperleitbilder an die Rezipienten vermittelt werden.³ Infolgedessen wird den Rezipienten vor Augen geführt und somit bewusst, dass ihr Körper von den medial generierten Schönheitsidealen und den dortigen Körperleitbildern abweicht, sodass der Körper des Individuums entsprechende Defizite aufweist und es sich um einen sozial abweichenden Körper handelt. Dadurch tritt beim Individuum vielfach die Angst vor der gesellschaftlichen Exklusion auf, womit der Verlust von Sozialprestige und somit der Statusverlust verbunden ist. Ebenso sind Individuen, die über einen sozial abweichenden Körper verfügen, mit Stigmatisierungen in ihrem Alltagsleben konfrontiert. Um diese Verlustängste und Diskriminierungen aufgrund der Defizite am Körper bzw. am physischen Erscheinungsbild zu überwinden, steigt die Bereitschaft, also die Motivation, den Körper mittels entsprechender Maßnahmen zu bewirtschaften, wozu die Schönheitsoperationen, also Schönheitschirurgien wie auch Ethnochirurgien, gehören.⁴ Dabei lassen die Individuen die Schönheitsoperationen nicht mehr nur am Wohnsitz bzw. in ihrem jeweiligen Nationalstaat vornehmen, sondern reisen hierfür in andere Nationalstaaten.

¹ Für die vorliegende Arbeit ist bezüglich des darin angewandten Sprachgebrauchs anzumerken, dass die Prinzipien der gendergerechten Sprache berücksichtigt worden sind. Im Rahmen des Gebrauchs von Begriffen, wie Patient, Schönheitschirurg, Mediziner etc. wird aufgrund der besseren Lesbarkeit und der sprachlichen Vereinfachung das generische Maskulinum verwendet. Damit haben die Begriffe grammatikalisch die maskuline Form, die jedoch zugleich auch die feminine Form inkludiert (vgl. Gelhaus 1998: 200).

² Unter Körperbewirtschaftung verstehe ich alle medizinischen Maßnahmen, wie Schönheitsoperationen, die vielfach eine dauerhafte Wirkung besitzen und alle nicht-medizinischen Maßnahmen wie Kosmetik, die eine temporäre Wirkung haben, welche zum Zweck der Modellierung, Optimierung und Instandhaltung des Körpers vom Individuum angewandt werden und denen mitunter bestimmte Körperleitbilder, wie dem amerikanischen Schönheitsideal, zugrunde liegen (vgl. DeMello 2014; Gugutzer 2007; Pitts 2003; Posch 1999, 2009).

³ Unter Körperleitbild, dessen theoretische Grundlage im Begriff Leitbild bzw. soziales Leitbild liegen, verstehe ich einen Körper, der gewisse Schönheitsideale verkörpert, die vom Individuum, wie auch von der Gesellschaft, als erstrebenswert gelten und woraus sich eine Normierung des Körpers ergibt (vgl. Gronemeyer 1984: 336f.).

⁴ In der vorliegenden Arbeit wird der Begriff der Ethnochirurgie benutzt, womit nicht-kaukasische Ethnien gemeint sind, die eine ethnochirurgische Bearbeitung des Körpers machen lassen. Im Unterschied zum Begriff Ethnochirurgie erfasst der Begriff Schönheitschirurgie Kaukasier, die schönheitschirurgische Eingriffe am Körper durchführen lassen. Im Gegensatz zu den Begriffen Ethnochirurgie und Schönheitschirurgie ist der Begriff Schön-

Die gesellschaftliche Bedeutungszunahme des Körpers und dessen Instrumentalisierung findet seinen Ausdruck in der Ethnochirurgie. Der Gebrauch der Ethnochirurgie erfolgt durch nicht-kaukasische Ethnien, wie Afrikaner, Araber, Asiaten, Hispanics und Latinos, um die körperanatomischen Spezifika zu eliminieren.⁵ Dabei lassen sich in der wissenschaftlichen Literatur zum Thema Ethnochirurgie u.a. bei Gilman (2001, 2008b), Haiken (1997) und Villa (2008a) zwei unterschiedliche Erscheinungsformen dieser medizinischen Körperbewirtschaftung identifizieren, wobei das kaukasische Körperleitbild den nicht-kaukasischen Ethnien als Orientierung dient. Die erste Erscheinungsform betrifft die Ethnochirurgie in Nationalstaaten mit einer multikulturellen oder mehrheitlich kaukasischen Gesellschaft zum Zwecke der Assimilation und Integration im Sinne einer weiteren Alternative zu den klassischen Möglichkeiten der Integration, wie das Erlernen der Sprache, die Nutzung von Angeboten der „Zivilgesellschaft“ oder die Erwerbstätigkeit durch das Individuum (vgl. Gilman 2001, 2008b; Haiken 1997; Villa 2008a).⁶ Die zweite Erscheinungsform umfasst die Ethnochirurgie in Nationalstaaten mit nicht-kaukasischer Bevölkerung zum Zwecke der Distinktion sowie der Verbesserung der Chancen im Berufs- und Privatleben (vgl. Gilman 2001, 2008b; Haiken 1997; Villa 2008a).

Die globale Bewirtschaftung des Körpers mittels Ethnochirurgie hat inhaltliche Bezugs- und Anknüpfungspunkte zur Globalisierung nach Levitt (1986), der Glokalisierung nach Robertson (1998) und der Migration nach Lee (1966). Damit wird deutlich, dass der globale Körpermarkt für Ethnochirurgien nach Bröskamp (2006) als die Entnationalisierung dieser

heitsoperation ein Catch-all-Begriff, der keine ethnien-spezifische Unterscheidung bei dieser medizinischen Bewirtschaftung des Körpers vornimmt, also gleichermaßen kaukasische und nicht-kaukasische Ethnien miteinschließt.

⁵ In der vorliegenden Arbeit werden die Begriffe „Rasse“ und Ethnie gebraucht. Mit dem Begriff der „Rasse“ erfolgt eine Reduzierung des Menschen auf seine körperanatomischen, also biologischen Eigenschaften, wodurch diese naturwissenschaftliche Determiniertheit des Körpers im Sozialdarwinismus zu entsprechenden Selektionsmechanismen aufgrund der individuellen Beschaffenheit von Körpern geführt hat (vgl. Klingemann 1984: 460ff.). Dagegen enthält der Begriff der Ethnie nicht nur biologische, sondern auch kulturelle Einflussfaktoren, die sich im bzw. am Individuum verkörpern und dadurch die naturwissenschaftlichen Determinanten als alleiniges Erklärungsmuster für die Körperanatomie eines Individuums ausschließen (vgl. Hauck 1984: 134f.).

⁶ Die Begriffe von Integration und Assimilation werden beim Thema Ethnochirurgie vielfach synonym gebraucht. Dabei besitzen diese beiden Begriffe unterschiedliche Inhalte (vgl. Hans 2016: 25-28). Der Begriff Integration verweist zunächst auf eine konsistente Gesellschaft auf nationalstaatlicher Ebene, die sich aus dem Individuum und einer funktional ausdifferenzierten Gesellschaft konstituiert, wobei in einer solchen Gesellschaft entsprechende Kohäsionskräfte wirken (vgl. Hans 2016: 25). Die Integration besitzt mit der Systemintegration und der Sozialintegration zwei Erscheinungsformen, die sich jeweils mit Austauschprozessen beschäftigen (vgl. Hans 2016: 25). Während die Systemintegration diesen Austausch auf die funktional ausdifferenzierte Gesellschaft bezieht, bedeutet die Sozialintegration den Austausch des Individuums mit der Gesellschaft (vgl. Hans 2016: 25). Mit dem Begriff der Sozialintegration wird erfasst, wie Angehörige von Randkulturen als Teil der Mehrheitsgesellschaft in einem Nationalstaat werden und dabei entsprechende Partizipationsmöglichkeiten erhalten, um die Marginalisierung zu überwinden (vgl. Hans 2016: 25f.). Der Begriff der Assimilation beschreibt die Herstellung von Homogenität und die damit verbundene Überwindung der sozialen Ungleichheit, die die einzelnen sozialen Gruppen wie auch die ethnischen Gruppen einer Gesellschaft separiert und auf soziokulturellen Aspekten basiert (vgl. Hans 2016: 26f.). Mit der Assimilation ist ein Nivellierungsprozess gemeint, der die kulturelle Identität und ethnische Identität der Individuen gleichermaßen erfasst (vgl. Hans 2016: 26f.). Der Integration ist die Assimilation vorgeschaltet (vgl. Hans 2016: 27).

Körperbewirtschaftungspraxis verstanden werden kann und damit die internationalen nicht-kaukasischen Patienten zu Globetrottern werden (vgl. Bröskamp 2006: 222). Für die Existenz eines globalen Markts für Ethnochirurgien gilt es daher zu beachten, dass die ethnochirurgische Körperbewirtschaftung, wie auch andere soziale Praxen der Körperbewirtschaftung, im Zusammenhang mit dem Raum zu betrachten sind. Diese Annahme hat einen inhaltlichen Bezug auf die Arbeit von Bourdieu (1995) zum sozialen Raum (vgl. Bourdieu 1995: 9-42). Gerade in den Arbeiten von Bauriedl u.a. (2000) und Strüver (2011) wird deutlich, dass das Verhältnis aus Raum und Körper für die Geschlechter- und Körpersoziologie neue Perspektiven eröffnet. Zu diesem Verhältnis bemerken Bauriedl u.a. (2000), dass „Subjekte, Körper und Räume [...] Orte der Disziplinierung und des Widerstandes [sind]. Sie sind Orte, an denen gesellschaftliche Strukturen reproduziert werden. Zugleich können Körper diese Strukturen aber auch verändern.“ (Bauriedl u.a. 2000: 135f.) Insbesondere Strüver (2011) lässt in diesem Kontext den Aspekt der Körperbewirtschaftung miteinfließen. Auf der Grundlage von Bauriedl u.a. (2000) und Strüver (2011) lässt sich ableiten, dass der Raum nicht nur geschlechterspezifische Körper, sondern auch ethnienpezifische Körper hervorbringt und somit die Lokalität, in der sich das Individuum befindet, bei der ethnochirurgischen Körperbewirtschaftung miteinzubeziehen ist.

Bei der Modellierung des Körpers mittels Ethnochirurgie nehmen die Medien eine Sonderstellung ein, da dort der besondere Stellenwert der physischen Attraktivität, das kaukasische Körperleitbild und die kaukasischen Schönheitsideale überbetont werden, sodass in den Medien die Hegemonie des „Weißseins“ und somit die Kultur der Kaukasier an die Rezipienten vermittelt wird (vgl. Blake 2015; Borkenhagen 2001; Hemetsberger/Pirker/Pretterhofer 2009; Küpper 2010; Levine/Chapman 2011; Orbach 2010; Posch 1999; Schemer 2003). Zusätzlich erfolgt in den Medien die Verbreitung von Handlungsempfehlungen, u.a. in speziellen Medienformaten, zur Bearbeitung des nicht-kaukasischen Körpers, was dazu führt, dass die Individuen Ethnochirurgien durchführen lassen und eine kulturelle Aneignung des kaukasischen Körpers erfolgt (vgl. Blake 2015; Borkenhagen 2001; Hemetsberger/Pirker/Pretterhofer 2009; Küpper 2010; Levine/Chapman 2011; Orbach 2010; Posch 1999; Schemer 2003). Dieser durch und in den Medien generierte „Kult um den Körper“, wie von Gugutzer (2007) angeführt, verstärkt sich wahrscheinlich gerade durch die neuen Medien, in dem den Rezipienten dort neue Interaktionsmöglichkeiten zur Verfügung stehen. So eröffnen die neuen Medien beispielsweise weitere Informationsmöglichkeiten über das Thema Ethnochirurgien.

Weitere Einflussfaktoren im Kontext der ethnochirurgischen Bewirtschaftung des Körpers sind die Modernisierungs- und Transformationsprozesse in Nationalstaaten, der Wertewandel, der Bedeutungszuwachs des körperlichen Kapitals bei gleichzeitiger Bedeutungsab-

nahme anderer Kapitalsorten, die Individualisierung, die Medikalisierung, die „wunscherfüllende Medizin“, die Globalisierung und die Neukonfiguration der Sozialstruktur (vgl. Gugutzer 2004: 34-40). Diese Einflussfaktoren haben in der spätmodernen Gesellschaft zur Erhöhung des Stellenwerts des Körpers beigetragen, sodass der Körper und dessen Bewirtschaftung in der Lebenswelt der Individuen eine Priorisierung erfahren hat (vgl. Gugutzer 2004: 34-40). Schließlich bieten die Lebensstile, Wertemuster und Sozialstrukturen der spätmodernen Gesellschaft keine Sinn- und Identitätsstiftung und damit keine Orientierung (vgl. Gugutzer 2004: 34-40; Gugutzer 2007: 3-6). D.h. in der spätmodernen Gesellschaft definiert sich das Individuum mit und durch seinen Körper bzw. über die physische Attraktivität, wozu das Individuum angehalten ist, entsprechende Investitionen im Rahmen unterschiedlicher Bewirtschaftungspraxen in den Körper zu tätigen (vgl. Gugutzer 2004: 34-40; Gugutzer 2007: 3-6). Dadurch wird deutlich, dass die Motivation der Bewirtschaftungspraxen des Körpers in der spätmodernen Gesellschaft, gerade aber die zunehmende Popularität von Ethnochirurgien, durchaus unter den beiden Aspekten von sozialer Positionierung und Identitätsbildung verstanden werden können (vgl. Gugutzer 2004: 34-40; Gugutzer 2007: 3-6).⁷

Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich als eine sozialwissenschaftliche Analyse mit nicht-kaukasischen Patienten, die zur Durchführung von Ethnochirurgien an ihrem Körper ihr Herkunftsland verlassen. Diese ethnochirurgische Körperbewirtschaftung erscheint ethnien-, alters- und geschlechterspezifisch zu sein. Zudem lässt sich die Existenz von Masterplänen bei dieser Körperbewirtschaftungsform und die Etablierung eines globalen Körpermarkts für Ethnochirurgien als ein Suchtverhalten deuten, wovon die nicht-kaukasischen Ethnien betroffen wären. Das Erkenntnisinteresse ist also auf das körperliche Kapital ausgerichtet und es geht darum zu eruieren, inwieweit die Naturgegebenheit des Körpers nicht mehr akzeptierbar ist, sondern stattdessen der Körper als eine Ressource aufgefasst wird, den es mittels Ethnochirurgien zu bewirtschaften gilt. Für diesen eingetretenen Strukturwandel vom „Naturkörper“ zum „Kulturkörper“ ist darzulegen, welche Wahrnehmungen und Vorstellungen in Bezug auf den Körper dazu geführt haben, diesen nun als eine Ressource zu begreifen. Dabei gilt es für die Ethnochirurgie ebenso zu überprüfen, inwiefern sich durch die Globalisierung geschlechterspezifische „Standardkörper“ herausgebildet haben und was die Indoktrination von Schönheitsidealen und deren Sozialisation auf den Habitus von nicht-kaukasischen Individuen bewirken. Insofern erfolgt die ethnochirurgische Körperbewirtschaftung im Spannungsverhältnis zwischen Fremdzweck und Selbstzweck, wobei sich der Stellenwert des Körpers alters-, ethnien- und geschlechterspezifisch, also gesamtgesellschaftlich, erhöht hat.

⁷ Der Gebrauch des Begriffs Identität erfolgt in der vorliegenden Arbeit im Verständnis von Keupp u.a. (2013).

Die Relevanz des Themas ergibt sich aus der Praxisnähe des Themas, dem Marktvolumen für Ethnochirurgien in den USA, die Veränderung der Weltbevölkerung nach Ethnien zugunsten nicht-kaucasischer Ethnien und die Zunahme der Bereitschaft von Individuen am Beispiel der USA, das Angebot des Medizintourismus zu nutzen.⁸ Zudem zeigt sich die Relevanz des Themas anhand des Medizintourismus als Wirtschaftsfaktor für Nationalstaaten, an der Bedeutungszunahme der physischen Attraktivität im Berufs- und Privatleben des Individuums, an der „Kommodifizierung des Körpers“ aufgrund der gesellschaftlichen Bedingungen und an der historischen Tradition des Medizintourismus.

Das Thema der vorliegenden Arbeit enthält theoretisches Wissen, das praktisch auf dem ethnochirurgischen Körperbewirtschaftungsmarkt eingesetzt wird, sodass es sich um ein anwendungsorientiertes Thema handelt. Infolgedessen ist die vorliegende Arbeit nicht nur für die Wissenschaft von Interesse, sondern auch für die Stakeholder, die im Körperbewirtschaftungsmarkt am „Projekt Körper“ agieren, da diese Informationen erhalten, die dazu angewandt werden können, das Marktwachstum zu steigern, indem das Geschäftsmodell der ethnochirurgischen Körperbewirtschaftung und die dazu notwendigen Rahmenbedingungen optimiert werden. Die in dieser Arbeit enthaltenen Forschungsergebnisse können somit dazu genutzt werden, das Geschäftsmodell der Schönheitschirurgen mit internationalen nicht-kaucasischen Patienten zu professionalisieren.

Zum Marktvolumen für Ethnochirurgien ist festzustellen, dass im Jahr 2011 ca. 4,236 Millionen Ethnochirurgien in den USA durchgeführt wurden, während in demselben Jahr ca. 9,593 Millionen Schönheitschirurgien gemacht wurden (vgl. American Society of Plastic Surgeons 2012a: 21; eigene Berechnung). Die Gesamtzahl der Schönheitsoperationen im Jahr 2011 in den USA betrug ca. 13,829 Millionen, wodurch Einnahmen in Höhe von ca. 10,434 Milliarden US-Dollar generiert wurden (vgl. American Society of Plastic Surgeons 2012a: 20f.). Der Markt für Schönheitsoperationen in den USA verteilte sich im Jahr 2011 auf 31 Prozent Ethnochirurgien und 69 Prozent Schönheitschirurgien (vgl. American Society of Plastic Surgeons 2012a: 21).

Die Relevanz von Ethnochirurgien wird ebenfalls mit der Zunahme der Weltbevölkerung und der gleichzeitigen Zunahme der globalen Verstärkung im Zeitraum zwischen den Jahren 2014 und 2050 deutlich (vgl. United Nations, Department of Economic and Social Af-

⁸ Der Medizintourismus ist ein Themenfeld, was neben den Sozialwissenschaften, vor allem innerhalb der Geographie durch die Health Geography und die Medical Geography bearbeitet wird (vgl. Kearns/Collins 2010: 15-27; Mayer 2010: 33-50). Weitere Bereiche der Geographie, die thematische Bezugspunkte zum Medizintourismus haben, sind die Humangeographie im Verständnis von Heineberg (2004), die Sozialgeographie im Verständnis von Werlen (2004) und die Wirtschaftsgeographie im Verständnis von Kulke (2004).

fairs, Population Division 2014: 1, 20). Es zeigt sich nämlich, dass die Bevölkerungsentwicklung und Verstädterung weltweit vollkommen ungleich verläuft, da die Kontinente mit nicht-kaukasischer Bevölkerungsmehrheit, also Südamerika, Asien und Afrika, die größte Bevölkerungsentwicklung und Verstädterung im Gegensatz zu den Kontinenten Europa, Nordamerika und Australien mit kaukasischer Bevölkerungsmehrheit aufweisen (vgl. United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division 2014: 1, 20-25). Die zunehmende Verstädterung dient den einzelnen Nationalstaaten, gerade im „globalen Süden“, vielfach als ein Katalysator für einen vollumfänglichen Transformations- und Modernisierungsprozess, der die kulturellen, sozialen, ökonomischen und politischen Bereiche gleichermaßen erfasst und die Lebensbedingungen der dortigen Bevölkerung nachhaltig verbessert (vgl. United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division 2014: 3; Mau 2014: 9f.; Popp 2014: 30f.).⁹ Die Verstädterung als Folge einer nationalen und transnationalen Migration vom Land in die Stadt trägt dazu bei, dass sich weltweit eine „Mittelschicht“ ausbildet und damit in den jeweiligen Nationalstaaten eine Konsumgesellschaft entsteht, was insbesondere in Entwicklungs- und Schwellenländern zu beobachten ist (vgl. United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division 2014: 3, 20; Mau 2014: 9f.; Popp 2014: 30f.). In einer solchen „Mittelschicht“ investieren die Menschen im Rahmen des Konsums in entsprechende Körperbewirtschaftungspraxen, da mit der „Mittelschicht“ auch eine Erhöhung der Standards an Sozial- und Körperhygiene einhergehen (vgl. United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division 2014: 3). Aus international vergleichender Perspektive bedeutet die Entstehung und Entwicklung einer „globalen Mittelschicht“, dass die „Mittelschicht“ in Nationalstaaten des „globalen Südens“, den Entwicklungs- und Schwellenländern, zunimmt, während im Gegensatz dazu, die „Mittelschicht“ in den Nationalstaaten des „globalen Nordens“, den Industrieländern, abnimmt (vgl. Mau 2014: 9f.; Popp 2014: 30f.).

Die Berichte der Wirtschaftsberatungsunternehmen der KPMG International Cooperative (2011), Deloitte von Keckley/Underwood (2008, 2009) und McKinsey von Ehrbeck/Gue-

⁹ Die Unterscheidung der Welt in einen „globalen Norden“ und einen „globalen Süden“ korrespondiert mit dem Forschungsbereich der postkolonialen Studien, deren Forschungsprogramm sich kritisch mit dem Kapitalismus und dem Westen bzw. der westlichen Leitkultur auseinandersetzt, wie die Ausführungen von Franzki/Aikins (2010) und Reuter/Villa (2010) deutlich machen. Diese Unterteilung der Welt in einen „globalen Norden“ und einen „globalen Süden“ erfolgt aufgrund der entwicklungspolitischen Unterschiede zwischen den Industrieländern des „globalen Nordens“ und den Schwellen- und Entwicklungsländern des „globalen Südens“, wobei diese Unterschiede vor allem das wirtschaftliche, soziale und politische System betreffen, sodass diese Systeme in den Nationalstaaten des „globalen Südens“ im Vergleich zu den Nationalstaaten des „globalen Nordens“ als unterentwickelt bzw. rückständig gelten und vielfach auf noch stattfindende bzw. bislang ausgebliebene Modernisierungs- und Transformationsprozesse in Politik, Wirtschaft und Gesellschaft zurückzuführen sind (vgl. Arrighi 2001: 469-475; Arrighi/Silver/Brewer 2003: 3-27; Ernst/Isidoro Losada 2010: 10-15; Wallacher 2003: 307-323).

vara/Mango (2008) sehen in den USA einen der größten Märkte für potentielle Medizintouristen, die für bestimmte medizinische Eingriffe ins Ausland reisen.¹⁰ Die Gründe dafür sind auf die Dysfunktionalität des amerikanischen Gesundheitssystems zurückzuführen (vgl. Artecona 2012: 5; Buettgens/Hall 2011: 1; KPMG International Cooperative 2011: 3).¹¹ Dass der Medizintourismus für Nationalstaaten einen Wirtschaftsfaktor darstellt, zeigt sich daran, dass die Nationalstaaten Asiens eine globale Vormachtstellung im Bereich des Medizintourismus einnehmen (vgl. KPMG International Cooperative 2011: 11). Für diesen Medizintourismusmarkt und den Destinationen der internationalen Patienten ist zu bedenken, dass diese Destinationen und die damit verbundene globale medizinische Körperbewirtschaftung im Sinne von Pries (1998) zur Herausbildung von „Transnationalen Sozialen Räumen“ beitragen (vgl. Pries 1998: 74f.).

Die Bedeutungszunahme der physischen Attraktivität und damit der Sinnhaftigkeit der Bewirtschaftung des Körpers mittels Schönheitsoperationen oder anderweitiger Körperbewirtschaftungsmaßnahmen, also allgemein die Investitionen in den Körper zur Beibehaltung und Steigerung der physischen Attraktivität und somit des Körperkapitals, erschließt sich in den Arbeiten zur Bedeutung der physischen Attraktivität von Friday (1996), Guggenberger (1997), Hamermesh (2011), Hamermesh/Biddle (1994), Mobius/Rosenblat (2006), Rhode (2010) und Webster, Jr./Driskell, Jr. (1983). In diesen Arbeiten wird zum Ausdruck gebracht, dass das Individuum aufgrund seiner physischen Attraktivität Vorteile bzw. Renditen in dessen Berufs- und Privatleben erhält, die als eine privilegierende soziale Exklusivität zu verstehen sind und darauf basieren, dass das jeweilige Individuum eine signifikant höhere physische Attraktivität als andere Individuen besitzt und somit über ein Mehr an körperlichem Kapital bzw. erotischem Kapital verfügt.

Außerdem lässt sich die Relevanz, sich mit der globalen Bewirtschaftung des Körpers mittels Ethnochirurgie zu beschäftigen, vor allem durch Baudrillard (1981) begründen, der den Körper als ein Objekt betrachtet, das entsprechend zu bewirtschaften ist (vgl. Baudrillard 1981: 93). Der Körper ist nach Baudrillard (1981) ein Konsumobjekt, sodass eine „Kommodifizierung des Körpers“ vorliegt (vgl. Baudrillard 1981: 93). Diese Notwendigkeit für die Bewirtschaftung

¹⁰ Das Kreditkartenunternehmen Visa verweist darauf, dass der globale Medizintourismusmarkt ein finanzielles Gesamtvolumen im Durchschnitt von 58,75 Milliarden US-Dollar pro Jahr umfasst und dass in diesem globalen Markt das verfügbare Portfolio an medizinischen Dienstleistungen von 14 Millionen Patienten pro Jahr genutzt wird (vgl. Visa 2016: 5). Im Durchschnitt werden also ca. 4.196 US-Dollar pro Patient im globalen Medizintourismusmarkt erwirtschaftet (vgl. Visa 2016: 5; eigene Berechnung).

¹¹ Diese Dysfunktionalität im amerikanischen Gesundheitssystem ist durch die Tatsache begründet, dass, trotz des am 23. März 2010 in Kraft getretenen „Patient Protection and Affordable Care Act (PPACA)“, womit der amerikanische Präsident Barack Obama eine grundlegende Zäsur in der amerikanischen Gesundheitspolitik vollzogen hat, immer noch Millionen von Amerikanern keine Krankenversicherung oder nur einen unzureichenden Versicherungsschutz durch ihre Krankenversicherung besitzen (vgl. Artecona 2012: 5; Buettgens/Hall 2011: 1; KPMG International Cooperative 2011: 3).

des Körpers ist nach Baudrillard (1981) auf die gesellschaftlichen Verhältnisse zurückzuführen (vgl. Baudrillard 1981: 93f.). Die von Baudrillard (1981) beschriebene „Kommodifizierung des Körpers“ wird ebenso von Decker (2011) in dessen Arbeit dargelegt. Dabei verweisen Baudrillard (1981) und Decker (2011) in ihren Arbeiten darauf, dass der Körper als Ressource zu unterschiedlichen Zwecken bewirtschaftet wird und sich dementsprechend ein Körpermarkt etabliert hat (vgl. Baudrillard 1981: 93f.; Decker 2011: 16-22). Auf diesem Körpermarkt nimmt die Medizin eine Sonderstellung ein, da die Mediziner über das Expertenwissen zur Körperbewirtschaftung verfügen (vgl. Decker 2011: 16-22).

Die globalen Ausgaben der Konsumenten für das sogenannte „Vanity Capital“ im Rahmen der Körperbewirtschaftung, wozu u.a. auch Schönheitsoperationen gehören, betragen ca. 3,7 Billionen US-Dollar im Jahr 2014 und bis ins Jahr 2018 werden die globalen Ausgaben der Konsumenten für das „Vanity Capital“ um ca. 800 Milliarden US-Dollar auf ca. 4,5 Billionen US-Dollar ansteigen (vgl. Hartnett 2015: 17; Singh Kapur u.a. 2015: 1, 10, 15; eigene Berechnung).¹² Zeitlebens belaufen sich die gesamten durchschnittlichen Ausgaben einer amerikanischen Frau für die Bewirtschaftung des Körpers auf 449.127 US-Dollar (vgl. Singh Kapur u.a. 2015: 22; eigene Berechnung).

Zur historischen Tradition des Medizintourismus ist zu sagen, dass das Feld der Bewirtschaftung des Körpers aus der zeitgeschichtlichen Perspektive kein neues Feld ist (vgl. Bookman/Bookman 2007: 4f.; Eckart 2009: 21ff.; Gahlinger 2008: 16ff.). So nutzten vor allem zu Beginn des Medizintourismus die „Oberschichten“ diese Erscheinungsform des Tourismus, der bereits in der griechischen Antike, genauer gesagt in Epidauros im 6. Jahrhundert, mit dem Asklepios-Heilkult, seinen Ursprung hat (vgl. Bookman/Bookman 2007: 4f.; Eckart 2009: 21ff.; Gahlinger 2008: 16f.). Um den Körper zu bewirtschaften, wobei die Priorität auf der Heilung des Körpers durch Konsultation von Körperexperten gelegen hat, wurden sozialräumliche Stätten mit der entsprechenden Architektur geschaffen (vgl. Eckart 2009: 21ff.; Gahlinger 2008: 16f.). Eine Renaissance des Medizintourismus erfolgte durch die „globale Oberschicht“ im 19. Jahrhundert, die wiederum Orte, zumeist im „globalen Norden“, aufgesucht hat, die über entsprechende sozialräumliche Stätten zur Bewirtschaftung des Körpers verfügten (vgl. Bookman/Bookman 2007: 5; Gahlinger 2008: 16, 18). Erst im 20. Jahrhundert erfolgte die Ausrichtung des Medizintourismus auf den „globalen Süden“, wobei nun nicht mehr nur die „Oberschicht“, sondern auch die „Mittelschicht“ und „Unterschicht“ an dieser Tourismusform partizipieren konnten (vgl. Bookman/Bookman 2007: 5; Gahlinger 2008: 18). Von besonderer

¹² Unter „Vanity Capital“ verstehen Singh Kapur u.a. (2015) „[...] the pursuit of, and the accumulation of, attributes and accessories to augment self-confidence by enhancing one’s appearance and prestige. It is self-actualization through self-improvement and self-focus.“ (Singh Kapur u.a. 2015: 1)

Bedeutung ist dabei die Asienkrise zwischen den Jahren 1997 bis 1998, die viele der ASEAN-Staaten dazu veranlasst hat, den Medizintourismus als ein „entwicklungspolitisches Projekt“ zu nutzen, um die durch die Asienkrise entstandenen wirtschaftlichen, politischen, kulturellen und sozialen Verwerfungen zu beheben und somit nachhaltiges Wirtschaftswachstum zu generieren (vgl. Gahlinger 2008: 18). Doch nicht nur die Nationalstaaten des „globalen Südens“ haben sich im Rahmen der Diversifizierung der Wirtschaft und zugunsten des Wirtschaftswachstums mit den sich daran anschließenden Transformationen in den Bereichen Politik, Kultur, Wirtschaft und Gesellschaft auf den Medizintourismus konzentriert, sondern auch Nationalstaaten im „globalen Norden“ bzw. supranationale Organisationen, wie die Europäische Union, haben sich gezielt dem Medizintourismus und dessen Förderung verschrieben (vgl. Europäisches Parlament/Rat der Europäischen Union 2011: 45-65).

Das Thema der vorliegenden Arbeit gehört in die Soziologie und hat dort Bezugspunkte zu den speziellen Soziologien der Körpersoziologie, Medizinsoziologie und Konsumsoziologie, wie aus den Arbeiten zur Körpersoziologie von Gugutzer (2004), Klein (2010) und Schroer (2012), den Arbeiten zur Medizinsoziologie von Siegrist (1994) und Straus (1957) hervorgeht sowie der Arbeit zur Konsumsoziologie von Hellmann (2010) zu entnehmen ist.¹³ Der theoretische Zugang der Körpersoziologie zum Thema der ethnochirurgischen Körperbewirtschaftung erfolgt durch die wissenschaftlichen Arbeiten von Bourdieu (1994, 2005) und Hakim (2011), die den Körper als Kapital betrachten und in diesem Kontext die Begriffe des körperlichen Kapitals und des erotischen Kapitals gebrauchen, wobei es sich bei diesen beiden Begriffen um Kapitalsorten handelt, die in andere Kapitalsorten konvertierbar sind. Weitere wissenschaftliche Arbeiten aus der Körpersoziologie, die den theoretischen Rahmen der Ethnochirurgie bilden, sind die Arbeiten von Elias (1994, 1997), der den Körper in den Modernisierungs- und Zivilisationsprozess einbettet und die damit verbundenen Auswirkungen für den Körper darlegt. Weitere in der Körpersoziologie zu verortende wissenschaftliche Arbeiten, die für die Körperbewirtschaftung durch die Ethnochirurgie von Bedeutung sind, stammen von Foucault (1994, 2012), wodurch sich gleichermaßen die normierenden, normalisierenden und disziplinierenden Aspekte einer solchen „Körpermodellierung“ verdeutlichen lassen. Zudem bilden die wissenschaftlichen Arbeiten von Goffman (2003, 2008) den theoretischen Rahmen der Ethnochirurgie, da hierdurch die Stigmatisierung in Bezug auf die Körperanatomie wie auch für die physische Attraktivität sowie das Impression Management durch den Körper erklärt werden.¹⁴

¹³ Das Thema Körper wird in der Wissenschaft, nicht mehr nur fachspezifisch, sondern allgemein unter dem Begriff „Body Studies“ subsumiert, wie DeMello (2014) darlegt.

¹⁴ Zusätzlich zu den Arbeiten von Goffman (2003, 2008) ist es die Arbeit von Field (1978), die die Relevanz des Körpers für das Individuum erfasst.

Für die ethnochirurgische Körperbewirtschaftung ist aus der medizinsoziologischen Forschung die wissenschaftliche Arbeit von Kettner (2006) von Relevanz, da das Konzept der „wunscherfüllenden Medizin“ die medizinische „Körpermodellierung“ jenseits der medizinischen Indikation im Sinne der Optimierung erfasst und die Medizin nun ein Konsumgut ist, bei dem die Mediziner zu Dienstleistern und die Patienten zu Konsumenten geworden sind, sodass eine Entfremdung der tradierten Arzt-Patient-Beziehung und dem allgemeinen Verständnis von Medizin vorliegen (vgl. Kettner 2006: 7-15).

Für die Betrachtung der ethnochirurgischen Körperbewirtschaftung aus der konsumsoziologischen Perspektive eignet sich die wissenschaftliche Arbeit von Veblen (2011), da dieser den Aspekt der Distinktion und der Herstellung des Sozialprestiges durch den demonstrativen Konsum, womit der Luxuskonsum gemeint ist und dem damit einhergehenden Lebensstil am Beispiel der Oberklasse darstellt. Neben diesen Mikrotheorien der Körper-, Konsum- und Medizinsoziologie, mitsamt den dazugehörigen Theoretikern, wird der theoretische Rahmen durch die Makrotheorie von Beck (1986) mit dessen Risikogesellschaft gebildet, die als eine gesellschaftliche Zeitdiagnose zu verstehen ist.

Bei der vorliegenden qualitativen Fallstudie wurde zur Bearbeitung des Forschungsthemas eine körper-, konsum- und medizinsoziologische Perspektive eingenommen, um das Geschäftsmodell der ethnochirurgischen Körperbewirtschaftung abzubilden, da hierauf das Interesse am Forschungsgebiet liegt. Dieser Fokus der Arbeit leistet somit einen Beitrag für die Forschung auf dem Gebiet der Körper-, Konsum- und Medizinsoziologie.

Die Ethnochirurgie ist ein Forschungsthema in den Sozialwissenschaften. Allerdings werden in der sozialwissenschaftlichen Forschung vor allem die Schönheitsoperationen im Allgemeinen als ein Phänomen der Gegenwartsgesellschaft untersucht oder das Thema der Schönheitschirurgie, insbesondere von weiblichen kaukasischen Patienten, behandelt. Dem Thema der ethnochirurgischen Körperbewirtschaftung wurde, im Gegensatz zu Schönheitschirurgien, in der Forschung wenig Aufmerksamkeit gewidmet, was in der Brisanz des Themas begründet liegt, da die Ethnochirurgie sich auf den sozialwissenschaftlich diskussionswürdigen Begriff der „Rasse“ bezieht. Infolgedessen existieren entsprechende Defizite in der sozialwissenschaftlichen Forschung zum Thema Ethnochirurgien. So wurde der globale Körpermarkt für Ethnochirurgien bislang noch nicht aus einer international vergleichenden Perspektive im Sinne seiner Gesamtheit erfasst, sondern nur für einzelne Nationalstaaten untersucht. Diesbezüglich wurde die Heterogenität dieses globalen Körpermarkts in seiner Gesamtheit nicht erfasst, womit die Konsumenten- und Kostenstruktur, das Qualitätsniveau von Ethnochirurgien und das Qualifikationsniveau von Schönheitschirurgen sowie von den sonstigen Anbietern der ästhetischen Medizin gemeint sind. Zudem lag der Fokus der wissenschaftlichen Arbeiten manchmal

nur auf ganz bestimmten Aspekten, wie z.B. den Patienten. Weiterhin ist für den sozialwissenschaftlichen Forschungsstand zu Ethnochirurgien anzumerken, dass bislang keine ethnien-, alters- und geschlechterspezifische Differenzierung dieser Körperbewirtschaftungspraxis vorgenommen wurde. Ebenso wurde in der bisherigen Forschung der Aspekt, dass der Körper eine Ressource geworden ist, die in Abhängigkeit von der Ethnie, dem Alter und dem Geschlecht einen unterschiedlichen Stellenwert besitzt, nicht adäquat erfasst. Damit einher geht der in der sozialwissenschaftlichen Forschung zu diesem Thema oftmals vernachlässigte weitere Aspekt, dass die soziokulturellen Faktoren, welche ebenfalls ethnien-, alters- und geschlechterspezifisch sind, die Körperwahrnehmung beeinflussen und dadurch die Bereitschaft zur ethnochirurgischen Modellierung des Körpers beeinflussen. Dieses wirkt sich wiederum auf die Motivation und damit auf die Willens- und Entscheidungsbildung für einen solchen medizinischen Eingriff aus.

Für den sozialwissenschaftlichen Forschungsstand zum Thema Ethnochirurgien lässt sich sagen, dass dieses Thema in den einzelnen wissenschaftlichen Arbeiten entsprechende Lesarten besitzt. In diesen Arbeiten werden die Körpersoziologie, die Medizinsoziologie und die Konsumsoziologie samt den Abhandlungen der entsprechenden soziologischen Theoretiker angewandt. Die vorhandene Wissenschaftsliteratur zur ethnochirurgischen Modellierung des Körpers lässt sich in drei Strömungsrichtungen unterteilen. Zur ersten Strömungsrichtung gehören die historischen Arbeiten von Gilman (2001), Haiken (1997) und Ramsbrock (2011), die sich mit der Entstehungsgeschichte von Ethnochirurgien befassen und den Aspekt der Integration und Assimilation durch Ethnochirurgien sowie die Professionalisierung dieses Bereichs der ästhetisch-plastischen Chirurgie, u.a. im Bereich der Operationsmethoden, betrachten.

Zur zweiten Strömungsrichtung zählen die wissenschaftlichen Arbeiten, die als Länderstudien für Ethnochirurgien für einen bestimmten Nationalstaat aufzufassen sind und damit die länderspezifischen Rahmenbedingungen der Ethnochirurgie für den jeweiligen Nationalstaat darstellen. Die Länderstudien zu Brasilien stammen von Edmonds (2010), zu China von Brownell (2005), Hua (2013), Jha (2016) und Xu/Feiner (2012), zu Kolumbien von Stanfield (2014), zu Japan von Miller (2006), zu Peru von Bañales (2005), zu Südkorea von Davies/Han (2011), Elfving-Hwang (2013) und Holliday/Elfving-Hwang (2012), zu den USA von Kaw (2003), Lieu (2011), Oh (2008), Ouellette (2009), Palumbo-Liu (1999) und Zane (2003) sowie zu Venezuela von Ochoa (2014).

Die dritte Strömungsrichtung bilden die theoretischen Arbeiten von Davis (2008), Goring (2003), Heyes (2009) und Hunter (2011), die sich mit den allgemeinen Grundlagen zur Ethnochirurgie auseinandersetzen. So konzentriert sich die Arbeit von Davis (2008) auf die exponierte Stellung der Ethnochirurgie im Vergleich zur Schönheitschirurgie. Dagegen setzt

sich die Arbeit von Goering (2003) äußerst kritisch mit der Körperbewirtschaftung mittels Ethnochirurgie auseinander hinsichtlich der ethnochirurgischen Herstellung des gesellschaftskonformen Körpers aufgrund der minderen Wertschätzung des nicht-kaukasischen Körpers. In der wissenschaftlichen Arbeit von Heyes (2009) wird auf die unterschiedlichen Bewertungsmuster zwischen Ethnochirurgien und Schönheitschirurgien verwiesen und diesbezüglich für die kritische Weißseinsforschung plädiert. Währenddessen widmet sich die Arbeit von Hunter (2011) den Körperbewirtschaftungspraxen der Hautaufhellung und der Ethnochirurgie zwecks Verwestlichung, indem diese die hegemoniale Vormachtstellung des kaukasischen Körpers und des damit verbundenen „Weißseins“ hervorhebt.

Die für das Individuum gestiegene Bedeutung der physischen Attraktivität und die Intensivierung der Körperwahrnehmung sowie die erhöhte Bereitwilligkeit zur Durchführung einer Ethnochirurgie führen zur folgenden These: Die globale Bewirtschaftung des Körpers erfolgt mittels Ethnochirurgie. Die These lässt sich dahingehend erläutern, dass aufgrund der globalen Nachfrage nach Ethnochirurgien ein globaler Körpermarkt besteht und sich somit für diese medizinische Körperbewirtschaftung ein eigener Reisemarkt innerhalb des Medizintourismus entwickelt hat. Mit dieser These sind drei zentrale Forschungsfragen verbunden, die sich auf die Anbieter und Patienten im globalen Körpermarkt für Ethnochirurgien konzentrieren. Erstens: Warum gilt Beverly Hills aufgrund der dortigen Angebots- und Konsumentenstruktur als ein Mekka für Ethnochirurgien? Zweitens: Wie positionieren sich die Schönheitschirurgen mit ihrem Geschäftsmodell im globalen Markt für Ethnochirurgien? Drittens: Welche Handlungs- und Verhaltensweisen zeigen die internationalen nicht-kaukasischen Patienten in Abhängigkeit von Ethnie, Alter und Geschlecht im Verlaufsprozess einer Ethnochirurgie?

Die Arbeit, die als eine qualitative Fallstudie zur ethnochirurgischen Körperbewirtschaftung angelegt ist, gehört bei der empirischen Sozialforschung in die qualitative Sozialforschung und bedient sich dementsprechend an den zur Verfügung stehenden Methoden der qualitativen Forschung, die sich paradigmatisch von der quantitativen Forschung unterscheiden (vgl. Flick 2005: 12f.; Flick/von Kardorff/Steinke 2010: 14, 16f., 24f.). Aufgrund der Anlage der Arbeit ist nur die qualitative Forschung in der Lage, bedingt durch die Anpassungsfähigkeit der qualitativen Forschungsmethoden, eine Rekonstruktion der ethnochirurgischen Körperbewirtschaftung vorzunehmen, da diese die Subjektivität, die Innenperspektive, die gesellschaftlichen Dynamiken und die Kontextbezogenheit erfasst, was die quantitative Forschung, bedingt durch deren generalisierte und standardisierte Verfahren, nicht gewährleistet (vgl. Flick 2005: 12f.; Flick/von Kardorff/Steinke 2010: 14, 16f., 20-25). Schließlich ist die ethnochirurgische Körperbewirtschaftung ein individuelles „Körperprojekt“, das die Patientenbiographie enthält,

die auf einem individuellen Willensbildungs- und Entscheidungsfindungsprozess basiert, sodass dieses Thema nur durch die qualitative Forschung zu bearbeiten ist. Bei der Entscheidung eine qualitative Fallstudie zu erstellen, ist der Zugang zum Forschungsfeld zu berücksichtigen und die Verankerung des Feldforschers in dem jeweiligen Forschungsfeld, um exklusive Einblicke zu erhalten (vgl. Flick 1995: 70f.). Als Ort der Feldforschung wurde Los Angeles County ausgewählt, da der „Kult um den Körper“ dort sein Mekka hat, was sich in der Ausbildung einer „Makeover Culture“ manifestiert hat (vgl. Biel 1997: 62, 64f.).

Zur Erstellung der qualitativen Fallstudie dient die „methodologische Triangulation“ bei der Datenerhebung, sodass diesbezüglich unterschiedliche qualitative Forschungsmethoden auf den Forschungsgegenstand angewandt werden (vgl. Flick 2010: 309, 313f.). Dazu nutzt die vorliegende Arbeit das Experteninterview, die Offline-Dokumentenanalyse und die Online-Dokumentenanalyse sowie die teilnehmende Beobachtung, sodass die von Denzin (1975) dargelegten Erfordernisse der „methodologischen Triangulation“ erfüllt werden (vgl. Denzin 1975: 262-292). Die Datenauswertung des Datenmaterials aus Experteninterviews, teilnehmender Beobachtung sowie Offline-Dokumentenanalyse und Online-Dokumentenanalyse erfolgt durch die computergestützte qualitative Datenanalyse (CUQDAS) mittels des Softwareprogramms ATLAS.ti (vgl. Muhr 1994: 317).

1.2 Überblick über die Arbeit

Nach dieser Einleitung wird im zweiten Kapitel die theoretische Rahmung vorgenommen, wozu zunächst für die Makroebene eine gesellschaftliche Zeitdiagnose vorgenommen wird, in dem die gegenwärtige Gesellschaft als eine Risikogesellschaft verstanden wird. In dieser Gesellschaftsform besitzt der Körper für das Individuum einen besonderen Stellenwert aufgrund des gesellschaftlichen, politischen, kulturellen, ökologischen und ökonomischen Strukturwandels. Dieses hat zur Erosion der sinn- und identitätsstiftenden Sicherheitsarchitektur für das Individuum geführt, was gleichermaßen die Individualisierung und Pluralisierung hervorgebracht hat. Für die theoretische Rahmung auf der Mikroebene erfolgt eine Zuordnung in die speziellen Soziologien der Körper-, Medizin- und Konsumsoziologie, wobei jeweils die Darstellung des Forschungsprogramms der jeweiligen speziellen Soziologie dargelegt wird. Zudem werden zu jeder einzelnen dieser speziellen Soziologien entsprechende Theoretiker benannt und deren Arbeiten inhaltlich zusammengefasst, die die entsprechende soziologische Fundierung der vorliegenden Arbeit liefern.

Im dritten Kapitel wird eine Zusammenfassung des wissenschaftlichen Forschungsstands zum Thema Ethnochirurgie geliefert. Dazu werden die entsprechenden Arbeiten als zeitgeschichtliche Arbeiten, Länderstudien und theoretische Arbeiten klassifiziert und deren Inhalt vorgestellt. Somit werden die unterschiedlichen Zugänge und Lesarten zum Thema Ethnochirurgie aufgezeigt.

Das vierte Kapitel enthält die Geschichte und den Markt der Schönheitsoperationen von der Antike bis zur Neuzeit und beschäftigt sich mit den Stakeholdern dieser Bewirtschaftungspraxis des Körpers. Die detaillierte Beschreibung der zeitgeschichtlichen Entstehung und Entwicklung von Schönheitsoperationen, samt den Operationsmethoden, verdeutlicht, neben der Ausdifferenzierung in die Schönheitschirurgie bei Kaukasiern und die Ethnochirurgie bei Nicht-Kaukasiern, auch noch das Wechselverhältnis zwischen der Psychologie und den Schönheitsoperationen. Gerade für die Ethnochirurgie wird der Aspekt der Assimilation und Integration dargestellt. Für die Schönheitsoperationen wird der kulturelle Transformationsprozess dieser Körperbewirtschaftungspraxis von der Randkultur bzw. Subkultur zur Populärkultur aufgezeigt. Des Weiteren wird die Herausbildung des globalen Körpermarkts für Ethnochirurgien in seiner Gesamtheit dargestellt. Dieses beinhaltet das Anführen von Daten zum globalen Körpermarkt, wobei der Medizintourismus als ideologischer und theoretischer Überbau dient. Ebenso erfolgt die detaillierte Beschreibung des Markts für Ethnochirurgien im Ethnic Surgery Tourism und den dort agierenden Stakeholdern. Diesbezüglich werden die Konsumenten und die Angebote, die positiven und negativen Begleiterscheinungen für Konsumenten und für Schönheitschirurgen, die Ausdifferenzierung des globalen Markts für Ethnochirurgien in den „globalen Süden“ und in den „globalen Norden“ vorgestellt.

Das fünfte Kapitel umfasst die Beschreibung der empirischen Vorgehensweise der qualitativen Fallstudie und des Forschungsprozesses, wozu die positiven und negativen Aspekte, wie auch etwaige anderweitige Begleiterscheinungen, aufgezeigt werden. Dazu werden das Erkenntnisinteresse und die sich daran anschließende Fragestellung, die ethischen Grundlagen der sozialwissenschaftlichen Forschung, die Auswahl des Forschungsfelds und des damit verbundenen Feldzugangs sowie die Methodologie und die Methoden der Untersuchung dieses Themas, das in der qualitativen Sozialforschung zu verorten ist, dargelegt. Ebenfalls erfolgt eine kritische Reflexion von Vor- und Nachteilen der Methodologie qualitativer Sozialforschung und der Methode der „methodologischen Triangulation“ mitsamt den darin enthaltenen Methoden der Experteninterviews, der teilnehmenden Beobachtung und der Dokumentenanalyse, die maßgeblichen Einfluss auf die Datenerhebung, das gewonnene Datenmaterial und die Datenauswertung haben. Bei der abschließenden Datenauswertung des Datenmaterials mittels der

computergestützten qualitativen Datenanalyse handelt es sich letztlich um eine qualitative Inhaltsanalyse mittels entsprechendem Softwareprogramm auf dem Computer.

Das sechste Kapitel enthält die Forschungsergebnisse, wozu der Ethnic Surgery Tourism im „globalen Norden“ anhand der Destination Beverly Hills beschrieben wird, indem die dortigen Rahmenbedingungen, aus denen sich die Standort- und Wettbewerbsvorteile gegenüber anderen Destinationen des Ethnic Surgery Tourism ableiten, detailliert geschildert werden. Für die Destination Beverly Hills werden die Grundlagen und Grundfragen der dortigen Kultur der Körperbewirtschaftung und das daraus resultierende Image eines Mekkas der „Makeover Culture“ herausgearbeitet. Des Weiteren wird der Beruf des Schönheitschirurgen in Beverly Hills und dessen Partizipation im Ethnic Surgery Tourism betrachtet, wozu die Ausrichtung von dessen Geschäftsmodell auf internationale Patienten erfasst wird und im Allgemeinen das Geschäftsmodell von Schönheitschirurgen sowie deren Positionierung im Markt der ästhetischen Medizin aufgezeigt wird. Dazu gehört die Einbeziehung der Marktbedingungen für Schönheitsoperationen, woraus sich Implikationen für den Berufsethos und den Habitus des Schönheitschirurgen ergeben. Das Ende des sechsten Kapitels bilden die nicht-kaukasischen internationalen Patienten in Beverly Hills und die Rekonstruktion von Ethnochirurgien im Rahmen einer Patientenbiographie. Hierzu werden die Grundlagen, der Verlauf, die Motive und die soziokulturellen Faktoren sowie die Begleiterscheinungen dieser Bewirtschaftungspraxis aufgezeigt.

Das siebte Kapitel umfasst die Reflexion der Forschungsergebnisse, sodass eine Zusammenfassung und Interpretation dieser Ergebnisse erfolgt. Außerdem werden die Forschungserkenntnisse für die sozialwissenschaftliche Forschung sowie aktuelle und zukünftige Entwicklungen der ethnochirurgischen Körperbewirtschaftung thematisiert.

2. Theoretische Rahmung: Ethnochirurgie im Spiegel von Körper-, Medizin- und Konsumsoziologie

2.1 Der Körper in der Risikogesellschaft

Die Bedeutung des Körpers und die Faszination für den makellos perfekten Körper in der Gegenwartsgesellschaft sind nur verständlich, wenn man den Versuch einer gesellschaftlichen Zeitdiagnose unternimmt. Bedingt durch die vom Neoliberalismus eingeleitete Modifizierung der Terminologie Staat, wie bei Benz (2001) aufgezeigt, also dem Transformationsprozess vom konservativen und sozialdemokratischen Wohlfahrtsstaat zum liberalen Wohlfahrtsstaat entsprechend der von Esping-Andersen (1993) vorgenommenen Typologisierung von Wohlfahrtsstaatsregimen und dem bei Pierson (1996) beschriebenen Wandel der Wohlfahrtsstaatspolitik, hat dazu geführt, dass sich die Risikogesellschaft nach Beck (1986) und das darin enthaltene Individualisierungstheorem vollständig ausgebildet hat (vgl. Beck 1986: 205; Benz 2001: 223-287; Esping-Andersen 1993: 9-33; Pierson 1996: 143-179).¹⁵ Dabei wird mit dem Individualisierungstheorem auch die Frage aufgeworfen, wie die Reintegration des Individuums erfolgen kann und was sich in der Risikogesellschaft als gesellschaftskonstituierende Elemente herausbildet (vgl. Beck 1994: 43-60; Rauschenbach 1994: 89-96). Besonders die Entbindung des Individuums aus seiner Sozialstruktur und die so entstandene Vereinzelung als Folge des Lebens in der Risikogesellschaft und der Individualisierung hat beim Individuum eine Sinn- und Identitätskrise ausgelöst, die kaum mehr zu kompensieren war (vgl. Beck 1986: 20, 115-120; Beck 1994: 43-60; Rauschenbach 1994: 89-96).¹⁶ Folglich gilt nun das Sprichwort „jeder ist sein eigenes Glückes Schmied“ aufgrund der Tatsache der Akkumulation sozialer Risiken für das Individuum und ein Leben jenseits der Normalität ohne ein lebensweltliches Koordinatensystem für das Individuum (vgl. Rauschenbach 1994: 91).

¹⁵ Dieser Veränderung von Staatlichkeit nach Benz (2001) liegt auch ein anderes Politikverständnis in der Risikogesellschaft zugrunde, was sich daran zeigt, dass der politische Diskurs nicht mehr in den politischen Institutionen stattfindet, sondern in der „Zivilgesellschaft“, wobei als Steuerungskonzept die „Governance“ in diesem Mehrebenensystem angewandt wird (vgl. Hitzler 1994: 44f.).

¹⁶ Mit der Identitätskrise und dem damit eingeleiteten Strukturwandel hinsichtlich der Herstellung von Identität beschäftigt sich die Abhandlung von Keupp u.a. (2013), die in besonderem Maß auf die auf das Subjekt einwirkenden erosiven Kräfte veränderter gesellschaftlicher, politischer, ökologischer, kultureller und wirtschaftlicher Rahmenbedingungen hinweisen. Dabei wird deutlich, dass jegliche Veränderungen von Rahmenbedingungen mittel- und unmittelbare Implikationen auf die Identität haben. Im Zuge der Moderne ist das Leben daher zu einem unendlichen Identitätsfindungsprozess geworden, sodass auch die Ich-Identität permanent zur Disposition gestellt wird und sich daraus ein Zustand des Transitorischen ergibt, wodurch die Ich-Identität unterschiedliche Konfigurationen besitzt, also es sich um eine sogenannte „Patchwork-Identität“ handelt (vgl. Keupp u.a. 2013: 189-271). Im Gegensatz zu Keupp u.a. (2013), die den Begriff der „Patchwork-Identität“ gebrauchen, verwenden Hitzler/Honer (1994) für diesen Identitätsfindungsprozess den Begriff der „Bastelexistenz“.

Als problematisch erscheint im Zuge der Individualisierung für das Individuum, dass tradierte Leitbilder sowie Normen, Werte und Moralvorstellungen bewusst in Frage gestellt wurden, sich das Individuum aufgrund der neu gewonnenen Freiheit seine eigene Lebenswelt und Biographie als „Patchwork“ zusammenstellen durfte und dessen Habitus nunmehr einer Restrukturierung bedurfte (vgl. Beck 1986: 216f.; Rauschenbach 1994: 89-93). Damit wird deutlich, dass die Individualisierung gleichzeitig das Ende der Normalbiographie und der tradierten Lebensformen bedeutet (vgl. Beck/Beck-Gernsheim 1994: 11). An die Stelle der Normalbiographie tritt eine von hoher Fragilität geprägte Bastelbiographie (vgl. Beck/Beck-Gernsheim 1994: 13, 19). Sofern diese Fragilität aufgrund negativer sozialer, wirtschaftlicher und individueller Einflussfaktoren zu groß wird, ersetzt die Bruchbiographie die Bastelbiographie (vgl. Beck/Beck-Gernsheim 1994: 13, 19). Infolgedessen waren es nicht mehr die Arbeit und die Familie, sondern nur noch der Körper, der dem Individuum geblieben ist, um Sinn, Identität, Zuflucht und Orientierung in einer von Risiken geprägten Lebenswelt zu finden (vgl. Beck 1994: 43-60; Rauschenbach 1994: 89-93).

Derartige Risiken sind die Folge von Verwerfungen im Zuge der Erosion tradierter wirtschaftlicher und gesellschaftlicher Beziehungen sowie eines fundamentalen politischen, sozialen, ökologischen und ökonomischen Strukturwandels und Transformationsprozesses, der die Lebenswelt des Individuums betrifft und das Individuum nunmehr aus der Gemeinschaft der Sozialstruktur in die Eigenverantwortlichkeit entlässt (vgl. Beck 1994: 43-60; Rauschenbach 1994: 89-93). Diese Eigenverantwortlichkeit und Freisetzung des Individuums aus den tradierten Interdependenzen ist mehr als nur ein Schein, da das Individuum in neue Interdependenzen sowie in neue Zwangs- und Kontrollmechanismen eintritt, die das Individuum in seiner freien Entfaltung einengen und damit dessen Freiheit beschneiden (vgl. Beck/Beck-Gernsheim 1994: 12). Das Leben in der Risikogesellschaft erfordert vom Individuum die bedingungslose Bereitschaft zum Durchsetzungsvermögen, um die Partizipation an den Ressourcen sicherzustellen, was vor dem Hintergrund zu betrachten ist, dass eine staatliche Neuausrichtung vom Versorgungsstaat zum Leistungsstaat erfolgt ist (vgl. Beck/Beck-Gernsheim 1994: 12).

Als Präventivmaßnahme und Hilfe zur Selbsthilfe gegen die in der Risikogesellschaft omnipräsente Sinn- und Identitätskrise erfolgen seitens des Individuums die zeit-, arbeits- und kostenintensiven Bewirtschaftungsmaßnahmen am Körper durch die „Technologien des Selbst“, wie Hitzler (2002) verdeutlicht.¹⁷ In diesem Zusammenhang spricht Gugutzer (2007)

¹⁷ Der Begriff „Technologien des Selbst“ stammt von Michel Foucault, worunter dieser all jene Methoden, Techniken etc. versteht, die dem Individuum zur Verfügung stehen, um dessen Körper zu bewirtschaften. Zugleich verweist dieser Begriff auf die Selbstbeherrschung, also auf die individuelle Verantwortung für den Zustand des Körpers und damit auf ein neuartiges Verhältnis des Trägers zu seinem Körper sowie auf die damit einhergehende Disziplinierung und Normierung des Körpers (vgl. Klein 2010: 466). Demnach sind es nach Foucault (1993) die „[...] Technologien des Selbst, die es dem Einzelnen ermöglichen, aus eigener Kraft oder mit Hilfe anderer eine

von einem alters-, geschlechter- und ethnienunabhängigen „Körperkult“, womit dieser die Sinn- und Identitätsstiftung durch den Körper betont und dadurch die Arbeit am Körper, bedingt durch die Säkularisierung, als ein Religionsersatz zu verstehen ist (vgl. Gugutzer 2007: 3f.).¹⁸ Daher spricht Gugutzer (2007) im Kontext dieses „Körperkults“, mit dem auch ein Schönheitswahn einhergeht, von einer sogenannten „Diesseitsreligion“ (vgl. Gugutzer 2007: 3f.).¹⁹ Der von Gugutzer (2007) für den „Körperkult“ geprägte Begriff der „Diesseitsreligion“, also eine Religionsform der Moderne, erschließt sich vor allem dadurch, wenn dieser darlegt:

„Glaubensvermittler sind Körperexperten wie Fitnesstrainer, Ernährungsberater oder Schönheitschirurgen. Die zentralen Glaubenssymbole verkörpern beispielsweise der Waschbrettbauch, ‚90–60–90‘ oder ‚size-zero‘-Jeans. Die Glaubensgemeinschaft trifft sich in postmodernen Soziotopen wie dem Fitnessstudio oder der Wellnessfarm. Glaubensrituale äußern sich in festen Trainingstagen, -zeiten und -abläufen. Die Bibel dieser Körperreligion sind Zeitschriften wie *Fit for Fun*, *Men’s Health* oder *Body Shape*. Und auch eine Todsünde findet sich in dieser Körperreligion, nämlich dick zu sein.“ (Gugutzer 2007: 4; Hervorh. im Orig.)²⁰

Dieser „Kult um den Körper“ ist als ein Ausdruck von Narzissmus im Sinne von Lasch (1979) zu verstehen, wobei gerade dieses Deutungsmuster im Feuilleton und in vielen sozial- und kulturwissenschaftlichen Erklärungsmustern zu diesem Phänomen der Gegenwartsgesellschaft

Reihe von Operationen an seinem Körper oder seiner Seele, seinem Denken, seinem Verhalten und seiner Existenzweise vorzunehmen, mit dem Ziel, sich so zu verändern, daß er einen gewissen Zustand des Glücks, der Reinheit, der Weisheit, der Vollkommenheit oder der Unsterblichkeit erlangt“ (Foucault 1993: 26).

¹⁸ Der „Körperkult“ ist kein Phänomen der Spätmoderne, sondern seit der Antike existiert das Streben nach dem „schönen Körper“ und damit der Kampf gegen den „häßlichen Körper“ mittels unterschiedlicher Maßnahmen der Körperbewirtschaftung, wie Salben, Öle, Kosmetika (vgl. Schulz 2002: 221). Die Grundlagen der medizinischen Körperbewirtschaftung, gerade durch das Fachgebiet der plastischen Chirurgie mit deren Operationsmethoden, existiert seit dem Ersten Weltkrieg (vgl. Schulz 2002: 221). Danach erfolgte, neben der Professionalisierung des Fachgebiets und der Herausbildung einer medizinischen Infrastruktur für dieses Fachgebiet, zusätzlich die Entwicklung weiterer Operationsmethoden auf dem medizinischen Fachgebiet der plastischen Chirurgie für die chirurgischen Eingriffe, wie der Brustvergrößerung, dem Facelift, der Fettabsaugung und für die nicht-chirurgischen Eingriffe wie Laser, Dermalfiller, Microdermabrasion, Botox und chemische Peelings (vgl. Schulz 2002: 212-216, 218, 220f., 224, 226, 228). Diesbezüglich ist zu berücksichtigen, dass für die Durchführung dieser chirurgischen Eingriffe, wie auch der nicht-chirurgischen Eingriffe, das Vorhandensein von entsprechendem medizinischem Expertenwissen auf Grundlage der medizinischen Facharztausbildung zum plastischen Chirurgen die Grundvoraussetzung darstellt, wie sich exemplarisch anhand von Lasern zeigt, deren Einsatz ohne dieses Expertenwissen zu Pigmentstörungen, Narbenbildung und Verbrennungen beim Patienten führen kann (vgl. Schulz 2002: 214f., 224).

¹⁹ Die bei Gugutzer (2007) angewandten Begriffe des „Körperkults“ und der damit verbundenen „Diesseitsreligion“ gehen auf Polhemus (1975) zurück (vgl. Polhemus 1975: 13).

²⁰ Die von Gugutzer (2007) gemeinten Medien nutzen dabei explizit die von Le Bon (2014) dargelegten Methoden der Massenpsychologie. Zugleich sind diese Medien die Produzenten von Mainstream wie es Martel (2011) in seiner Abhandlung zum weltweiten Mediensystem und deren Kulturproduktion aufgezeigt hat. Interessant ist dabei, dass die Medien bzw. die globalen Medienkonzerne offenbar über einen Kultur-Code verfügen, der es ihnen ermöglicht, mediale Erzeugnisse zu generieren, deren Charakteristika Massenkompabilität und Kulturraumabhängigkeit sind (vgl. Martel 2011: 9-19, 474ff.). Dabei ist zu berücksichtigen, dass der Mainstream zugleich den Kulturimperialismus und die Geopolitik miteinschließt, wodurch der Kultur, in dem Fall der Medienkultur, wiederum der Status von Softpower zugewiesen wird und damit ganz offensichtlich auch die Interessen von Nationalstaaten verfolgt werden (vgl. Martel 2011: 9-19, 474ff.).

aufgegriffen wird, um Kritik am „Körperkult“ zu üben und zugleich eine gewisse Körperfeindlichkeit gegenüber gewissen Bewirtschaftungspraxen anzubringen und somit das Individuum als „Körperarbeiter“ zu stigmatisieren (vgl. Gugutzer 2007: 5f.; Schulz 2002: 220f.).²¹ Stattdessen wäre es laut Gugutzer (2007) in diesem Diskurs durchaus angebracht, den „Körperarbeitern“ auch eine gewisse Anerkennung zu zollen, da diese durch den Gebrauch der „Technologien des Selbst“ aus einem „Naturkörper“ einen „Kulturkörper“ formen und damit die in zeitgeschichtlicher Perspektive oftmals angezweifelte anthropologische Beherrschung, Nutz- und Machbarkeit des Körpers eindrucksvoll widerlegen (vgl. Gugutzer 2007: 5f.). Nichtsdestotrotz merkt Gugutzer (2007) kritisch an, dass die massenmedial verbreiteten Körperleitbilder den „Körperkult“ zusätzlich befördern und dadurch ein erhebliches „Suchtpotential“ im Kampf um die Herstellung des Idealkörpers geschaffen wird (vgl. Gugutzer 2007: 5f.). Lasch (1979) würde in einem solchen „Körperarbeiter“ die Sozialfigur eines Narzissten sehen und damit von einer narzisstischen Gesellschaft sprechen (vgl. Lasch 1979: 22f.).²²

Ebenfalls lässt sich auf diesen „Körperkult“ und die damit einhergehenden individuellen Bewirtschaftungspraxen die Sozialfigur des „unternehmerischen Selbst“ nach Bröckling (2007) auf den „Körperarbeiter“ projizieren. Dabei hat das „unternehmerische Selbst“ von Bröckling (2007) aufgrund dessen Generierung aus einer neoliberalen Ideologie eine weit höhere Passgenauigkeit für den „Kult um den Körper“ als der Narzisst von Lasch (1979).²³ Dieses „unternehmerische Selbst“ im Verständnis nach Bröckling (2007), ein rastloses Individuum in Zeit und Raum auf der Suche nach Subjektivierung sowie die Verkörperung der Ökonomisierung respektive Rationalisierung des Sozialen kann dabei als die dominierende Sozialfigur der Risikogesellschaft angesehen werden, da der Neoliberalismus und die damit einhergehende Deregulierung sowie vollkommene Ökonomisierung des Sozialen dazu geführt hat, dass sich die

²¹ Bezüglich des wissenschaftlichen Diskurses zum „Körperkult“ ist für die deutschsprachigen Sozial- und Kulturwissenschaften anzumerken, dass der dortige Diskurs durch Degele (2007, 2008b), Posch (2009) und Villa (2007, 2008a, 2008b) geprägt wurde. Wichtige neue Impulse für den wissenschaftlichen Diskurs zu diesem Thema stammen von Reuter (2011). Gerade gegenüber der Ethnochirurgie herrscht in der deutschsprachigen Wissenschaft offenbar eine moralethische Bedenkenträgerei, da das kaukasische Schönheitsideal, also der „weiße Körper“, als „Rassismus“ betrachtet wird und die Ansicht vertreten wird, dass die Ethnochirurgie mitnichten den nicht-kaukasischen Ethnien zu einer Verbesserung im gesellschaftlichen Ansehen verhilft (vgl. Fenner 2017: 118).

²² Lasch (1979) erschafft im Rahmen seiner Abhandlung zum Narzissmus und der narzisstischen Gesellschaft die Sozialfigur des Narzissten, der eine gewisse Schnittmenge mit dem spornosexuellen Mann, einem Upgrade der Sozialfigur des Metrosexuellen, für die Postmoderne aufweist (vgl. Simpson 2014: o.S.).

²³ Der von Bröckling (2007) geprägte Begriff des „unternehmerischen Selbst“ entspricht nach Hondrich (2001) vollumfänglich dem Typus eines neuen Menschen. Das Aufkommen solcher Typen des neuen Menschen sind demnach nicht vollkommen neu, sondern diese liegen allen Entwürfen von Staats- und Gesellschaftsmodellen zugrunde (vgl. Hondrich 2001: 7). Hondrich (2001) widerspricht dieser Tradition und stellt damit zugleich Becks Risikogesellschaft und Bröcklings „unternehmerisches Selbst“ infrage (vgl. Hondrich 2001: 9f.). Die von Hondrich (2001) vorgebrachte Sozialkritik führt dabei zur vollständigen Desillusionierung aller sogenannter Typen des neuen Menschen und dessen Selbstkontrolle (vgl. Hondrich 2001: 8f.).

Existenz- und Daseinsberechtigung für das Individuum in der Gesellschaft über seinen Körper und dessen „Kommodifizierung“ vollzieht (vgl. Bröckling 2007: 47).

2.2 Die Körpersoziologie

2.2.1 Überblick über das körpersoziologische Forschungsprogramm

Bei der Erschließung der Thematik bezüglich der Bewirtschaftung des Körpers nimmt die Körpersoziologie in den entsprechenden Abhandlungen der Sozial- und Kulturwissenschaften eine übergeordnete Stellung ein.²⁴ Die Körpersoziologie ist ein Sammelbegriff für unterschiedliche theoretische wie empirische Zugänge zum Körper innerhalb der Soziologie und angrenzenden Disziplinen, die möglicherweise die Annahme eint, dass der Körper ein zentrales Element von Gesellschaft und Gesellschaftsanalyse ist (vgl. Gugutzer 2004; Klein 2010; Schroer 2012).²⁵ So werden durch die Körpersoziologie die unterschiedlichsten Bewirtschaftungsformen des Körpers erfasst, wobei die Bewirtschaftung des Körpers, wie in der Körpersoziologie dargestellt, nicht als Folgeerscheinung der Moderne zu betrachten ist (vgl. Pitts-Taylor 2008: xxii).

Die Körpersoziologie hat dazu beigetragen, dass der in der Wissenschaft persistente naturwissenschaftliche Ansatz, der allen Forschungsarbeiten zum Körper bislang zugrunde lag, nicht mehr gebraucht wurde und durch anderweitige Forschungsansätze ersetzt worden ist, denn „die theoretische Erfassung des Körpers läßt sich in phänomenologische, handlungstheoretische, strukturalistische, systemtheoretische Ansätze usw. einteilen“ (Schroer 2012: 39). Letztendlich vollzog sich in der Wissenschaft die Abkehr vom „Naturkörper“ zum „Kulturkörper“ (vgl. Gugutzer 2004: 41-45). Jedoch scheint sich diese Abkehr noch nicht in allen Wissenschaftsdisziplinen vollzogen zu haben, wie das Forschungsprogramm der medizinischen Wissenschaft und Naturwissenschaft beweist (vgl. Pitts-Taylor 2008: xxii). Von besonderer Relevanz für die Körpersoziologie war auch die Aufhebung des durch René Descartes manifestierten und persistenten Dualismus von Körper und Geist im wissenschaftlichen Diskurs, sodass die Körpersoziologie, wie auch die übrige Wissenschaft, sich nun endlich mit dem Wechselverhältnis von Körper und Geist auseinandersetzen konnte (vgl. Gugutzer 2004: 21; Schroer 2012: 16).²⁶

²⁴ Die unterschiedlichen Bewirtschaftungsmöglichkeiten des Körpers werden durch den Catch-all-Begriff „Körpermodifikationen“, wie bei Pitts (2003), erfasst.

²⁵ Die unterschiedlichen theoretischen Zugänge zum Körper erfolgen u.a. durch die Praxeologie basierend auf Reckwitz (2003) und die Intersektionalität basierend auf Winker/Degele (2010).

²⁶ Dieser „cartesianische Dualismus“ wird bereits durch Nietzsche (1994) abgelehnt, der zugleich in seiner Abhandlung wichtige Impulse für die Körpersoziologie liefert (vgl. Nietzsche 1994: 32f.). Neben Nietzsche (1994)

Die Bedeutung der Körpersoziologie für die Sozialwissenschaft erschließt sich vor dem Hintergrund, wie Reuter (2011) aufzeigt, dass im Rahmen der bisherigen körpersoziologischen Forschung unter Zuhilfenahme des sozialkonstruktivistischen Ansatzes, der auf den Abhandlungen von Berger/Luckmann (1991) sowie Giddens (1984) rekurriert, aufgezeigt werden konnte, dass die soziale Ordnung in Abhängigkeit vom Körper steht, womit sich wiederum Goffman (2003, 2008) und Turner, B. (2008) beschäftigen.²⁷ Außerdem konnte durch die Körpersoziologie dargelegt werden, dass die soziale Positionierung des Individuums sich über den Körper vollzieht, die Normierung des Körpers aufgrund eines Selbstzwangs erfolgt, die Rechtlosigkeit des Körpers gegenüber seinem Träger vorliegt, die Existenz von Klassenkörpern mit- samt entsprechenden Bewirtschaftungsformen besteht und der Körper für das Individuum ein inoffizielles Ausweisdokument darstellt (vgl. Klein 2010: 457f., 464-467; Schroer 2012: 22, 39f.). Von entscheidender Relevanz im Rahmen der Körpersoziologie ist auch die Tatsache, dass der Körper gleichermaßen das Produkt und der Produzent des Sozialen ist, also „[...] die Doppelgesichtigkeit von Körpern, nämlich Praxis zu produzieren und durch Praxis produziert zu sein, zugleich Produzent und Effekt von sozialer Praxis zu sein“ (Klein 2010: 465). Diesbezüglich wird dem Körper eine wichtige Funktion zuteil, nämlich durch dessen Instrumentalisierbarkeit (vgl. Klein 2010: 462). So dient der Körper als Macht- und Herrschaftsinstrument, wodurch zugleich auf dessen Symbolik verwiesen wird (vgl. Klein 2010: 462). Letztlich scheinen sich im Zuge der körpersoziologischen Forschung drei vollkommen unterschiedliche Körperkonzeptionen zu ergeben und somit schafft es die Körpersoziologie das Bild vom Panoptikum des Körpers abzubilden (vgl. Schroer 2012: 39f.).

„Während die vom Ordnungsproblem ausgehenden soziologischen Theorien den Körper und seine Bedürfnisse hinsichtlich seiner Gefahren für den Bestand der sozialen Ordnung einer Gesellschaft thematisieren [...], also einen *gefährlichen Körper* im Blick haben, geht es auf der Gegenseite um die Abrichtung und Zurichtung, die Disziplinierung und Kontrolle des Körpers, der insofern als stets *gefährdeter Körper* erscheint. Zwischen diesen beiden Positionen vermittelt eine dritte Position, die nicht nur vom Einfluß des Körpers auf die Gesellschaft und vice versa handelt, sondern den Körper als dasjenige in Erscheinung treten läßt, das die Instanzen, auf die der Körper ebenso Einfluß hat wie sie auf ihn, allererst herzustellen in der Lage ist. Der in diesem Feld thematisierte Körper kann deshalb als *riskanter Körper* beschrieben werden, weil die von ihm konstituierten sozialen Arrangements und Beziehungen sowohl gefährdend als auch als gefährlich auf den Körper zurückwirken können.“ (Schroer 2012: 39f.; Hervorh. im Orig.)

ist vor allem Scheler (1983) zu erwähnen, der eine dezidierte Ablehnung für den „cartesianischen Dualismus“ liefert (vgl. Scheler 1983: 71-87).

²⁷ Die Herleitung des sozialkonstruktivistischen Zugangs zum Körper erfolgt durch Knoblauch (2012).

Für die wissenschaftliche Konstituierung der Körpersoziologie wird in den jeweiligen Handbüchern und Lexika, wie Gugutzer (2004), Howson (2004), Klein (2010), Pitts-Taylor (2008) oder Schroer (2012) der Feminismus genannt, was jedoch nur bedingt richtig ist. So hat der Feminismus entscheidenden Anteil daran gehabt, dass sich eine Flurbereinigung des biologisch determinierten Körpers im Zuge des Sex und Gender Diskurses zugunsten des Körpers als Produkt bzw. Konstruktion des Sozialen eingestellt hat (vgl. Degele 2008a: 10-22; Gugutzer 2004: 42f.; Klein 2010: 467f.; Meuser 2012: 274f.; Penkwitt/Mangelsdorf 2003: 18-38; Schroer 2012: 31ff.).²⁸ Das Ziel des Feminismus war die Befreiung der Frau aus dem patriarchalischen Macht-, Herrschafts- und Abhängigkeitssystem (vgl. Degele 2008a: 10-22; Gugutzer 2004: 42f.; Klein 2010: 467f.; Meuser 2012: 274f.; Penkwitt/Mangelsdorf 2003: 18-38; Schroer 2012: 31ff.).²⁹ Allerdings erscheint gerade der radikale Feminismus im Kontext der Bewirtschaftung des Körpers als eine hochgradig körperfeindliche Bewegung (vgl. Degele 2008a: 10-22; Penkwitt/Mangelsdorf 2003: 18-38; Schrupp 2008: 1-8). Diese Körperfeindlichkeit, wie auch die Sexualitätsfeindlichkeit, treten insbesondere in der ersten, zweiten und bedingt in der dritten Welle des Feminismus auf, wogegen in der vierten Welle eine fast vollständige Abstinenz von Körper- und Sexualfeindlichkeit erkennbar ist, die auf der Inventur des Feminismus durch die vierte Welle des Feminismus basiert und somit der Feminismus tendenziell eine wesentlich höhere gesamtgesellschaftliche Anschlussfähigkeit besitzt (vgl. Frey Steffen 2017: 31-90; Klaus 2008: 176f., 179-185; Penkwitt/Mangelsdorf 2003: 18-38; Schrupp 2008: 1-8).

Symptomatisch für die feministisch orientierte Forschung im Feld der Körpersoziologie ist daher dessen Spaltung in Befürworter und Gegner von der Bewirtschaftung des Körpers, wobei die Befürworter in ihren Erklärungsansätzen auf Bourdieu (1994, 2005) und Goffman (2003, 2008) zurückgreifen, um das Rechtfertigungsnarrativ der Selbstermächtigung zu begründen, wie Villa (2007) aufzeigt, während die Gegner das Rechtfertigungsnarrativ der Selbstunterwerfung nutzen und dabei auf Foucault (1994) zurückgreifen, wie es Degele (2007) tut.³⁰

²⁸ Die relevanten wissenschaftlichen Abhandlungen des Feminismus stammen von Butler (1990) und de Beauvoir (2000), die maßgeblich auch zur Etablierung der Geschlechterforschung beigetragen haben und deren Arbeiten als Grundlage der Geschlechterforschung dienen.

²⁹ Bezüglich des Sex und Gender Diskurses liefert Laqueur (1992) wichtige Erkenntnisse, nämlich dass der Körper das alleinige konstituierende Kriterium für das Geschlecht und damit für die Identität des Individuums darstellt, sodass folgerichtig sich die soziale Ungleichheit der Geschlechter ebenso über deren unterschiedliche Körperanatomie vollzieht (vgl. Laqueur 1992: 8; Meuser 2012: 271f.). Ebenso konnte nachgewiesen werden, dass die Geschlechterunterschiede erst nach dem Ende der Renaissance auf biologischen Grundlagen erfolgten, während dieses zuvor in den jeweiligen zeitgeschichtlichen Epochen auf sozialen Grundlagen basierte (vgl. Laqueur 1992: 8; Meuser 2012: 271f.).

³⁰ In der englischsprachigen Sozialwissenschaft wird das Rechtfertigungsnarrativ der Selbstermächtigung, also des Empowerments, mittels Schönheitsoperationen für Frauen in den Abhandlungen von Davis (1995, 2003) angewandt, in denen ebenfalls das Agency-Paradigma am Beispiel von Schönheitsoperationen dargestellt wird. Außerdem sind es vor allem die Abhandlungen von Bordo (1993, 1999) und Morgan (1998, 2008), die stellvertretend die feministische Abneigung gegenüber Schönheitsoperationen aufzeigen und als Rechtfertigungsnarrativ die Op-

2.2.2 Konzepte der Körpersoziologie in Bezug zur Ethnochirurgie

2.2.2.1 Pierre Bourdieu und Catherine Hakim: Der Körper als Kapital

Der Körper als Kapital wird von Bourdieu (1994) beschrieben, in dem er eine mikroskopische Analyse der französischen Klassengesellschaft der 1950er, 1960er und 1970er Jahre vornimmt und dabei auf Grundlage seines Verständnisses einer kritischen, investigativen wie auch selbst-reflexiven Sozialwissenschaft den klassenspezifischen Konsum, Geschmack und die Lebensverhältnisse sowie den Habitus darstellt (vgl. Bourdieu 1994: 36ff.). In seiner Gesellschaftsanalyse hat Bourdieu (1994, 2005) dabei vier Kapitalsorten, nämlich das soziale Kapital (Netzwerke), das kulturelle Kapital (Bildungstitel), das ökonomische Kapital (Geld) und das symbolische Kapital konzipiert, deren individuelle Konfiguration letztlich die Zuweisung des Individuums in eine der drei gesellschaftlichen Klassen ermöglicht sowie die Konvertierbarkeit der Kapitalsorten dem Individuum soziale Mobilitätsprozesse ermöglicht (vgl. Bourdieu 2005: 52-75). Dabei wird auch deutlich, dass trotz des Multiplikatoreffekts der Kapitalsorten, die übrigen Kapitalsorten in deren Ausprägung beim Individuum in Abhängigkeit vom ökonomischen Kapital stehen (vgl. Bourdieu 2005: 70f.). Anders gesagt, ist das ökonomische Kapital der Gatekeeper zum sozialen, symbolischen und kulturellen Kapital (vgl. Bourdieu 2005: 70f.). Daher kann man durchaus sagen, dass, je höher das individuell verfügbare ökonomische Kapital ist, desto höher ist zumeist auch das soziale, symbolische und/oder kulturelle Kapital (vgl. Bourdieu 2005: 70-75). Das kulturelle Kapital kann bezüglich seiner Ausprägungen als „institutionalisierter Zustand“ wie Bildungstitel, als „inkorporierter Zustand“, wie künstlerische Talente und als „objektivierter Zustand“, wie Kulturgüter erscheinen (vgl. Bourdieu 2005: 53-63).

Von besonderer Bedeutung ist für das Individuum der sogenannte Klassenhabitus, da hiermit eine entsprechende Konditionierung von Verhaltens- und Handlungsweisen, Lebensstile wie auch Normierungen als auch Normalisierungen sowie Sozialisationsmuster einhergehen (vgl. Bourdieu 1994: 175, 278-285, 298f., 355). Letztlich generiert sich hieraus das System der Distinktion, dessen Konfiguration über den Geschmack erfolgt und Dinge im Zuge der symbolischen Ordnung zum Statussymbol werden und somit der Besitz und der Konsum von Dingen, wozu auch der Körper gehört, distinguierbare Lebensstile der „Oberschicht“, „Mittelschicht“ und „Unterschicht“ hervorbringen (vgl. Bourdieu 1994: 175, 278-285, 298f., 355).³¹

ferrolle der Frauen bezüglich deren Unterwerfung gebrauchen. Mit dem Aspekt der „Kommodifizierung“ im Kontext von Schönheitsoperationen beschäftigt sich Gimlin (2000) in ihrer Arbeit. Die Zwanghaftigkeit der Anforderung eines schönen Körpers für das Individuum wird in der Arbeit von Etoff (2000) beschreiben.

³¹ Bourdieu (1994) verwendet in seiner Arbeit nicht den Schichtbegriff, sondern nutzt stattdessen den Begriff der „Herrschenden Klasse“ für die „Oberschicht“, den Begriff der „Mittleren Klasse“ für die „Mittelschicht“ und den

Dabei gilt es vor allem, den Konsum, also die Aneignung von Waren, hervorzuheben, wo sogenannte Luxusgüter bzw. besonders knappe Waren dazu führen, die Distinktion innerhalb der Klassengesellschaft aufrechtzuerhalten, also die soziale Ordnung, mitsamt den darin eingebetteten Macht- und Herrschaftsverhältnissen, also der sozialen Ungleichheit, zu bewahren und somit weiterhin entsprechende Distinktionsgewinne zu erzielen (vgl. Bourdieu 1994: 366f., 388f.). Derartige Distinktionsgewinne werfen dabei Dividenden bzw. Renditen für die entsprechenden Kapitalsorten ab, sodass diesbezüglich entsprechende Distinktionstrategien im Sinne von Anlageplänen, also die Aneignung von bestimmten Waren im Kontext dazugehöriger Konsummuster, existieren (vgl. Bourdieu 1994: 366f., 388f.).

Zugleich macht Bourdieu (1994) deutlich, dass jede Ware bzw. jedes Konsumgut und deren Besitz eine entsprechende Aufladung an symbolischer Macht besitzt, also ein Distinktionsmerkmal darstellt, womit ein gewisser Lebensstil und die Zugehörigkeit zu einer Klasse zugeschrieben wird, wobei das Konsumverhalten wiederum vom Habitus gesteuert wird (vgl. Bourdieu 1994: 366f., 388f.). So zeigt Bourdieu (1994) auf, dass Klassenkörper existieren, also jede Klasse über einen bestimmten Körper verfügt und damit der Körper ein Symbol der Klassenzugehörigkeit ist (vgl. Bourdieu 1994: 307). Damit stehen die Bewirtschaftungsformen des Körpers und die dazu angewandten „Technologien des Selbst“ in Abhängigkeit vom Klassenhabitus, wodurch sich wiederum bestimmte Einschränkungen bei der Nutzung des körperlichen Kapitals, also der Distinktion über den Körper, ergeben (vgl. Bourdieu 1994: 307, 310). Daher verkörpert der Körper die Stellung seines Trägers in der Gesellschaft und ist damit das signifikanteste Symbol sozialer Ungleichheit (vgl. Bourdieu 1994: 310). Beispielhaft wird dieses an den klassenspezifischen Sportarten, die wiederum auf dem Habitus und der damit verbundenen Bereitschaft des Einsatzes des Körpers rekurrieren und wodurch zugleich aufgezeigt werden kann, dass bei den Sportarten der „Oberschicht“ und „Mittelschicht“ vor allem das ökonomische und kulturelle Kapital und weniger das körperliche Kapital erforderlich sind, während sich dieses bei den Sportarten der „Unterschicht“ genau gegenteilig verhält (vgl. Bourdieu 1994: 44, 339-349). Damit trägt das körperliche Kapital, neben den Konsum- und Geschmacksgewohnheiten und der individuellen Ausstattung mit ökonomischem, kulturellem und sozialem Kapital, maßgeblich zur Distinktion und sozialer Ungleichheit bei (vgl. Bourdieu 1994: 107).

Zugleich muss dieses körperliche Kapital aber nicht zwangsläufig der (Re-)Produktion der sozialen Ungleichheit und der sich daraus konstituierenden Klassengesellschaft dienen,

Begriff der „Beherrschten Klasse“ für die „Unterschicht“. In der Soziologie wird anstatt des „Schichtbegriffs“ eher von „oberen Herkunftsgruppen“, „mittleren Herkunftsgruppen“ und „niedrigeren Herkunftsgruppen“ gesprochen. In den Sozialwissenschaften haben sich Klassen- und Schichtmodelle im Rahmen der Sozialstrukturanalyse, insbesondere in der Forschung zur sozialen Ungleichheit, etabliert, mit denen die soziale Ungleichheit in der Gesellschaft veranschaulicht wird (vgl. Burzan 2007; Solga/Berger/Powell 2009).

denn das körperliche Kapital kann üblicherweise, wie die übrigen Kapitalsorten auch, in andere Kapitalsorten, vor allem in ökonomisches und soziales Kapital, konvertiert werden (vgl. Bourdieu 1994: 329). So zeigt sich am Beispiel von Frauen, dass gerade die Individuen aus der „Unterschicht“ die Möglichkeit haben, sich ihrer physischen Attraktivität, also ihres körperlichen Kapitals, zu bemächtigen, wozu diese eine wesentlich höhere Bereitschaft zeigen, als Angehörige der „Mittelschicht“ und „Oberschicht“, also entsprechende Investitionen in ihr körperliches Kapital zu tätigen und damit eine wesentlich höhere Affinität zur Körperbewirtschaftung besitzen (vgl. Bourdieu 1994: 329). Bei der Möglichkeit, eine Kapitalsorte in eine andere Kapitalsorte zu konvertieren, ist zu berücksichtigen, dass dieses für das Individuum ohne Gewährleistung der davon erhofften Renditen in Form anderer Kapitalsorten erfolgt und dies auch ein zeit-, kosten- und arbeitsintensiver Prozess ist, also jedes Individuum eigenverantwortlich für entsprechende Konvertierbarkeiten und die anfallenden Transformationskosten ist, sodass das Individuum als persönlich haftender Gesellschafter mit Venture-Kapital agiert, dessen Erfolgchancen in Abhängigkeit von den Rahmenbedingungen, also von internen und externen Einflussfaktoren, stehen (vgl. Bourdieu 1994: 209; Bourdieu 2005: 70-75).

Zusätzlich zu Bourdieu (1994, 2005) spricht Hakim (2011) von erotischem Kapital, wodurch diese die von Bourdieu (1994, 2005) definierten Kapitalsorten, also das soziale, ökonomische, kulturelle, körperliche und symbolische Kapital, um eine weitere Kapitalsorte erweitert (vgl. Hakim 2011: 7f., 28-32). Auch besteht nach Hakim (2011) für das Individuum, ebenfalls wie bei Bourdieu (1994, 2005), die Möglichkeit bei Bedarf, sein erotisches Kapital in andere Kapitalsorten, vor allem in soziales und ökonomisches Kapital, zu konvertieren und somit soziale Mobilitätsprozesse zu generieren (vgl. Hakim 2011: 8f., 21). Das erotische Kapital ist dabei ein Kaleidoskop von Fähigkeiten und Erscheinungen, die allesamt ihre Ausdrucksform durch den Körper erhalten, bzw. durch diesen verkörpert werden (vgl. Hakim 2011: 20-28). Zugleich ist hinsichtlich des erotischen Kapitals anzumerken, dass bezüglich der Verfügbarkeit dieser Kapitalsorte eine geschlechterspezifische Ungleichheit zu Gunsten der Frau existiert (vgl. Hakim 2011: 10f., 14, 27f.). D.h., Frauen haben eine wesentlich höhere Ausstattung mit erotischem Kapital als Männer, wobei die Situation des Mannes noch durch dessen sexuelle Mangelbefriedigung verstärkt wird (vgl. Hakim 2011: 10f., 44f.).³² Dadurch wird den Frauen eine neue Wettbewerbsfähigkeit zu Teil, in dem diese sich bewusst ihres erotischen Kapitals

³² Der geschlechterspezifische Unterschied beim erotischen Kapital steht jedoch zur Disposition, wenn man bedenkt, dass die männliche Immunisierung gegenüber Investitionen in den Körper sukzessive zurückgeht aufgrund der Herausbildung eines neuen Männlichkeitsbilds und somit bei diesem Geschlecht mittels entsprechender Körperbewirtschaftungspraxen ein Aufwertungsprozess dieser Kapitalsorte erfolgt, jedoch die weibliche Hegemonie bei dieser Kapitalsorte nur fortbesteht, weil Frauen eine wesentlich höhere Investitionsbereitschaft in ihren Körper und damit in das erotische Kapital zeigen (vgl. Hakim 2011: 44f.). Dieses von Hakim (2011) beschriebene erotische Kapital bei Frauen und deren Nutzen für diese, wird in der Arbeit von Ebberfeld (2007) thematisiert.

bemächtigen und damit das Patriarchat, wie auch sonstige geschlechterspezifische soziale Ungleichheiten in der Gesellschaft, obsolet werden (vgl. Hakim 2011: 10, 45). Das erotische Kapital ist ein Konglomerat bzw. eine Kapitalsorte, die sich aus mehreren Bausteinen zusammensetzt und dabei im inneren Körper und äußeren Körper zu verorten ist (vgl. Hakim 2011: 20).

Das erotische Kapital ist dazu da, das Interesse am Gegenüber zu wecken, wobei dieses auf heterosexuelle Beziehungs- bzw. Interaktionsmuster beschränkt ist und somit keine Funktionsfähigkeit in homosexuellen Beziehungs- und Interaktionsmustern möglich ist (vgl. Hakim 2011: 27). Damit wird deutlich, dass das erotische Kapital gerade in der pornofizierten Gesellschaft, in der der „Porn Chic“ zur Populärkultur gehört, eine besonders hohe Entfaltungsmöglichkeit besitzt und dieser Kapitalsorte geschlechterübergreifend in allen Lebensbereichen ein wesentlich höherer Stellenwert beigemessen wird als den übrigen Kapitalsorten (vgl. Hakim 2011: 21). Vor allem marginalisierte Menschen, die einer Randkultur angehören und damit einer Stigmatisierung ausgesetzt sind, können vom erotischen Kapital profitieren (vgl. Hakim 2011: 28).

Die Nutzung des erotischen Kapitals ist daher als besonders erfolgsversprechend anzusehen, da nicht nur der „Oberschicht“ das exklusive Zugriffsrecht auf diese Kapitalsorte vorbehalten ist, sondern es sich um eine klassenunabhängige Kapitalsorte handelt, deren Einsatz bzw. Erwerb keiner Altersbeschränkung unterliegt und zugleich für das Individuum soziale Mobilitätsprozesse, mitsamt der Eröffnung neuer Lebenschancen, realisierbar sind, in dem die Möglichkeit der Konvertierbarkeit in eine andere Kapitalsorte gegeben ist (vgl. Hakim 2011: 31ff.). Damit besitzt das erotische Kapital das größte Potential aller Kapitalsorten hinsichtlich der Möglichkeit, die bestehende soziale Ordnung und damit die Macht- und Herrschaftsverhältnisse zum Erodieren zu bringen (vgl. Hakim 2011: 25). Allerdings gilt es zu berücksichtigen, dass in den jeweiligen Kulturräumen und in Abhängigkeit vom Geschlecht das erotische Kapital eine unterschiedliche Konfiguration, bedingt durch die unterschiedliche Gewichtung der Bestandteile mitsamt dessen Wirkungsmächtigkeit, besitzt (vgl. Hakim 2011: 25).

Auch ist das erotische Kapital optimierbar, d.h. das Individuum kann durch bestimmte Bewirtschaftungsformen des Körpers im Rahmen von Investitionen sein erotisches Kapital erhöhen (vgl. Hakim 2011: 42). Jedoch wird durch diese Optimierbarkeit ein gesamtgesellschaftlicher Normierungszwang eingeleitet, der anhand der dem Individuum zur Verfügung stehenden Körperbewirtschaftungspraxen zum Ausdruck kommt, sodass durch das erotische Kapital in der Wohlstandsgesellschaft neue Exklusions- wie auch Inklusionsprozesse herbeiführt werden, in dem das Körperleitbild angestrebt wird, in dem sich der „Homo plasticus“ und „Homo eroticus“ vereinen, also ein Körper, der neben außergewöhnlicher physischer Attraktivität, auch eine omnipotente Sexualität darstellt (vgl. Hakim 2011: 46f.). Schließlich hat dieses nun dazu

geführt, dass ein geschlechterübergreifender Wettbewerb um das erotische Kapital ausgelöst wurde, weil sich der gesellschaftliche Stellenwert des erotischen Kapitals erhöht hat (vgl. Hakim 2011: 49f.).

Die Abhandlungen von Bourdieu (1994) und Hakim (2011) lassen sich auf das Thema Ethnochirurgie beziehen, da die Ethnochirurgie dazu beiträgt, das körperliche Kapital, wie auch das erotische Kapital, zu steigern. Ebenso führt dieses dazu, dass sich das optimierte körperliche bzw. erotische Kapital in andere Kapitalsorten, vor allem in soziales und ökonomisches Kapital, übertragen lässt. Die ethnochirurgische Bewirtschaftung des Körpers geht damit also vielfach mit sozialen Aufstiegschancen und somit verbesserten Lebenschancen einher, wovon vor allem die Gesellschaftsmitglieder der „Unterschicht“ profitieren. Insbesondere Angehörige nicht-kaukasischer Ethnien haben durch die Investition in ihr körperliches bzw. erotisches Kapital mittels Ethnochirurgie die Möglichkeit, den Integrations- und Assimilationsprozess zu beschleunigen. Letztlich ist das körperliche Kapital in allen Kulturräumen für Minderheiten, die einer mannighaften Stigmatisierung unterliegen, die einzige Möglichkeit, die soziale Teilhabe zu erreichen, da anderweitige Zugangsmöglichkeiten nicht existieren. Zugleich verhelfen Investitionen in das körperliche Kapital dazu, dass diese die Distinktion und damit die soziale Ordnung, mitsamt den Macht- und Herrschaftsverhältnissen, aufrechtzuerhalten. Schließlich können Ethnochirurgien als ein Luxusgut betrachtet werden, die als ein Statussymbol und damit als Indikator für einen gewissen Lebensstil gelten, der mit der sozialen Zugehörigkeit zur „Oberschicht“ assoziiert wird. Diese Distinktion besteht nach wie vor, allerdings nicht mehr aufgrund der Zugangsvoraussetzungen zu der ethnochirurgischen Bewirtschaftung des Körpers, nämlich dem Vorhandensein von ökonomischem Kapital im Zuge der Möglichkeit der Kreditfinanzierung solcher medizinischer Eingriffe, sondern dadurch, welche Baustoffe am Körper verbaut wurden, also von welchem Medizinproduktehersteller das Botox, die Dermalfiller, die Silikon-, Kinn-, Gesäß- und Wangenimplantate sind. Eine weitere Distinktion ergibt sich durch die Reputation des Schönheitschirurgen. Das Thema der ethnochirurgischen Bewirtschaftung des Körpers ist gerade in Wohlfahrtsstaaten von besonderer Bedeutung, da die Distinktion nur über das körperliche bzw. erotische Kapital möglich ist, da andere Distinktionsmöglichkeiten durch staatliche Transferleistungen unterminiert werden. Ebenso bietet die Ethnochirurgie, gerade für Frauen, die Möglichkeit des Empowerments, sodass dadurch eine Befreiung aus den patriarchalischen Verhältnissen ermöglicht wird.

2.2.2.2 Norbert Elias: Die Zivilisation des Körpers

Für die Bewirtschaftung des Körpers liefert Elias (1994, 1997) in seinen Abhandlungen wichtige Erkenntnisse im Sinne des Zivilisationsprozesses des Körpers. So beschreibt Elias (1994, 1997) die Konstitution des Habitus des Menschen in unterschiedlichen zeitgeschichtlichen Epochen. In seiner Theorie der Zivilisation wird dargelegt, wie sich der Habitus des Individuums in den letzten Jahrhunderten verändert hat, also dieser einen Übergang von der Fremdkontrolle zur Selbstkontrolle bzw. vom Fremdzwang zum Selbstzwang, im Rahmen des gleichzeitigen Verlaufsprozesses des Strukturwandels von Staat und Gesellschaft, vollzogen hat (vgl. Elias 1994: 313f., 388; Elias 1997: 9-12). Hierbei gilt es anzumerken, dass der Zivilisationsprozess kein abgeschlossenes Projekt ist, sondern ein andauernder Prozess ist, der eine kontinuierliche Entwicklung aufweist bzw. einzelne Entwicklungsstadien durchlaufen werden, wobei der Zivilisationsprozess auch einen Backlash erleiden kann und damit die Fragilität des jeweiligen Zustands der Zivilisation zum Ausdruck gebracht wird (vgl. Elias 1997: 9-12, 75, 183). Von besonderer Relevanz ist im Zivilisationsprozess die Tatsache der funktionalen Differenzierung der Gesellschaft (vgl. Elias 1994: 317).

Damit beinhaltet der Zivilisationsprozess immer die Rationalisierung sowie die funktionale Ausdifferenzierung, sodass sich damit Inklusionsprozesse aufgrund der Verhaltensanpassung von Individuen ergeben und zugleich ein Konformitätsdruck bei der Modifizierung des Habitus entsteht (vgl. Elias 1994: 320). Letztendlich führt dieses dazu, dass sich eine Selbstkontrollapparatur herausbildet, allerdings steht dieser idealtypische Prozess der Zivilisation in Abhängigkeit vom Vorhandensein eines staatlich legitimierte Gewaltmonopols mitsamt den entsprechenden Institutionen, die im Rahmen eines Mehrebenensystems die Konditionierung des Verhaltens herbeiführen, also letztlich das Individuum zur Eigenverantwortlichkeit seines Verhaltens anleiten (vgl. Elias 1994: 321f.). Anders formuliert, solange kein staatlich legitimierte Gewaltmonopol existiert, erfolgt keine Verhaltensänderung, da schlichtweg entsprechende Institutionen fehlen, über die eine Verhaltens- und Triebkontrolle, also die Regulierung des Affekthaushalts von Individuum und Gesellschaft vorgenommen werden kann (vgl. Elias 1994: 321f.). Der Zivilisationsprozess führt zu einer Veränderung von exklusiven Zugriffsrechten, also Monopole im Rahmen staatlicher Macht- und Herrschaftsverhältnisse, die auf das Individuum und dessen Körper Zugriff besitzen, was sich letztlich in einer Neukonfiguration des Habitus niederschlägt (vgl. Elias 1997: 82).

Der Zivilisationsprozess, also die damit verbundene Affektkontrolle, vollzieht sich innerhalb der Gesellschaft dadurch, dass die Selbstkontrolle bzw. die Selbstzwänge erst in der „Oberschicht“ vorzufinden waren, während die „Unterschicht“ noch einer Fremdkontrolle bzw.

den Fremdwängen unterlagen, jedoch sich im Zuge des Diffusionsprozesses und der Permeabilität der Klassenstruktur sich das Prinzip der Selbstzwänge in allen Klassen verbreitete und die Fremdwänge fortan in der Gesellschaft nicht mehr existierten (vgl. Elias 1994: 342ff.). Dabei adaptierten die jeweils direkt untereinander liegenden Gesellschaftsschichten den Habitus der direkt darüber befindlichen Gesellschaftsschicht, sodass sich hierdurch entsprechende soziale Mobilitätsprozesse ergaben und erstmals die Gesellschaftsmitglieder der „Unterschicht“ hieran partizipieren konnten, da diese nunmehr über eine Existenz- und Daseinsberechtigung verfügten (vgl. Elias 1994: 420ff.). Damit trägt dieser Prozess dazu bei, dass sich universal verbindliche Standards von Verhalten- und Lebensstilen durchsetzen, also ein Mainstream entsteht (vgl. Elias 1994: 424). Dadurch leitet der Zivilisationsprozess die westliche Kolonialisierung der Welt und damit deren hegemoniale Vormachtstellung ein, in dem de facto eine Gleichschaltung der Verhaltensformen und des dortigen Kulturraums unter besonderer Berücksichtigung der kulturellen Globalisierung erfolgt (vgl. Elias 1994: 347f.).

Die Abhandlungen von Elias (1994, 1997) haben für die Thematik der ethnochirurgischen Bewirtschaftung des Körpers einen Erkenntnisgewinn, der darin besteht, dass aufgezeigt wird, wie die Ethnochirurgie zu einem Massenphänomen geworden ist, also eine Normalisierung dieser Körperbewirtschaftungspraxis stattgefunden hat. Schließlich betont Elias (1994, 1997), dass der Zivilisationsprozess die Gleichheit von Lebensstilen herbeiführt, sodass die Menschen folgerichtig dieselben Bewirtschaftungspraxen, in diesem Fall die Ethnochirurgie, gebrauchen. Ebenso geht damit einher, dass die Ethnochirurgie zum Zwecke sozialer Mobilitätsprozesse gebraucht wird, also dem Individuum der soziale Aufstieg in der Gesellschaft ermöglicht wird. Ebenfalls wird durch die Darlegung des Zivilisationsprozesses bei Elias (1994, 1997) deutlich, dass die Körperleitbilder, also die Standards in Bezug auf den makellos perfekten Körper, immer durch die Angehörigen der „Oberschicht“ definiert werden. Die Nachahmung dieser Körper führt letztendlich dazu, dass sich innerhalb der Gesellschaft sogenannte „Standardkörper“ herausbilden, also statt der körperlichen Vielfalt eine körperliche Eintönigkeit vorherrscht. Schließlich ermöglicht die von Elias (1994, 1997) entwickelte Theorie der Zivilisation zu erklären, dass der Zivilisationsprozess zu einer Nivellierung der Körper aus nicht-westlichen Kulturräumen an westliche Kulturräume beiträgt, also die Ethnochirurgie bei Individuen aus nicht westlichen Kulturräumen genutzt wird, um sich dem westlichen Körper anzunähern. Somit erfolgt durch den Zivilisationsprozess die Erosion der körperlichen Vielfalt im Sinne einer Entethnisierung und Entindividualisierung, die sich in der Uniformität von Körpern widerspiegelt.

2.2.2.3 Michel Foucault: Die Disziplinierung und Normierung des Körpers

Die Disziplinierung und Normierung des Körpers wird durch Foucault (1994) thematisiert, in dem dieses am Beispiel der Reformation des Justizvollzugssystems in Frankreich zwischen dem 18. Jahrhundert und 19. Jahrhundert veranschaulicht wird (vgl. Foucault 1994: 14-19). Im Zuge dieser französischen Justizreform konzentrierte sich das Strafsystem weniger auf den Körper, also auf die Physis des Gefangenen, sondern vielmehr auf dessen Psyche, also auf dessen Seele, wodurch auch offensichtlich wurde, dass das eigentliche Strafsystem vielmehr zu einem Erziehungssystem wurde (vgl. Foucault 1994: 14-19). Daher wird durch die Zäsur des französischen Strafsystems der Körper nur noch indirekt erfasst und dieses geschieht auf eine wesentlich subtilere, ja sogar perfidere Art und Weise (vgl. Foucault 1994: 14-19). Schließlich geht es darum, dass immer mehr Akteure bzw. Berufsgruppen entsprechend ihres Tätigkeitsfelds in das Strafsystem involviert sind und sich somit eine funktionale Ausdifferenzierung ergibt (vgl. Foucault 1994: 31). Doch dieses reformierte Strafsystem, also das Ende des Zeitalters des Marterns im 19. Jahrhundert und die verhängten Strafen, haben immer noch Implikationen auf den Körper des Individuums (vgl. Foucault 1994: 24f.).

Diesbezüglich merkt Foucault (1994) an, „daß in unseren Gesellschaften die Strafsysteme in eine bestimmte ‚politische Ökonomie‘ des Körpers einzuordnen sind“ (Foucault 1994: 36). Diese damit einhergehende Ökonomisierung des Körpers erfolgt auf der Dialektik zwischen Repression und Nutzbarmachung und in Bezug zum Wissen-Macht-Komplex, der auf der Makroebene, aber vor allem auf der Mikroebene zur vollständigen Entfaltung kommt (vgl. Foucault 1994: 36-40). „Es handelt sich gewissermaßen um eine Mikrophysik der Macht, die von den Apparaten und Institutionen eingesetzt wird; ihre Wirksamkeit liegt aber sozusagen zwischen diesen großen Funktionseinheiten und den Körpern mit ihrer Materialität und ihren Kräften.“ (Foucault 1994: 38) Eine solche „Mikrophysik der Macht“ ist dabei eine Machttechnologie die gleichsam auf den Außenkörper wie auch auf den Innenkörper des Individuums einwirkt und sich in der Metaphorik der Justizvollzugsanstalt zeigt (vgl. Foucault 1994: 42f.).

Die Normierung und Disziplinierung des Körpers, wodurch die Leistungsfähigkeit des Körpers des Individuums erhöht wird, erfolgt durch die Disziplin, welche eine vollumfängliche Wirkungsmächtigkeit im Sinne der Körperkontrolle durch entsprechende Disziplinarinstitutionen und Disziplinarapparate besitzt (vgl. Foucault 1994: 175ff.). Hinsichtlich der Disziplin ist zu bemerken, dass diese jeweils vier unterschiedliche Disziplintechniken, also die Taktiken, die Manöver, die Tableaus und die Übungen, gebraucht und somit ebenso viele Erscheinungsformen von Individualität hervorbringt (vgl. Foucault 1994: 216). Von besonderer Relevanz für die Disziplin als Machttechnik bzw. Technologie der Macht sind Disziplinarapparate, die eine

totale Überwachung des Individuums garantieren ohne dabei eine Verletzung des Körpers zu riskieren, jedoch die Privatsphäre eliminieren (vgl. Foucault 1994: 221, 224, 229). Somit gilt es neben der Überwachung, auch die Normalisierung zu berücksichtigen (vgl. Foucault 1994: 237).

In diesem Kontext ist anzumerken, dass die Disziplargesellschaft verdeutlicht, dass sich durch die Terminologie der Macht das Stigma des Negativen entledigen sollte (vgl. Foucault 1994: 249f.). Schließlich „[...] ist die Macht produktiv; und sie produziert Wirkliches. Sie produziert Gegenstandsbereiche und Wahrheitsrituale: das Individuum und seine Erkenntnis sind Ergebnisse dieser Produktion.“ (Foucault 1994: 250) Dadurch verkehren sich die im Diskurs vorherrschenden Rechtfertigungsnarrative, dass das Individuum unter der Macht sprichwörtlich leidet und die Macht das Individuum determiniert ins Gegenteil, sodass das Individuum zum Profiteur der Macht wird (vgl. Foucault 1994: 250).

Foucault (1994) veranschaulicht seine theoretischen Abhandlungen zur Disziplinierung und Normierung des Körpers am Beispiel des Panopticon, jener von Bentham entworfenen Architektur einer Disziplinarinstitution bzw. den Idealtyp einer totalen Überwachungsanstalt, in der die Prinzipien der Disziplin vollends zur Entfaltung kommen bzw. im Panopticon integriert sind, also die Macht das Individuum vollständig kontaminiert (vgl. Foucault 1994: 256-268). Dabei ist besonders interessant, dass die vom Panopticon betriebene äußerst effiziente wie auch effektive Optimierung der Macht vor allem positive Effekte für die Bereiche Wirtschaft und Gesellschaft hat, was vor allem darauf zurückzuführen ist, dass das Panopticon eine Leistungs- und Produktivitätssteigerung beim Individuum erzielt (vgl. Foucault 1994: 265-268). Abschließend ist zur Entstehung und Entwicklung der Disziplargesellschaft zu sagen, dass sich dieser Gesellschaftstyp aufgrund „der fortschreitenden Ausweitung der Disziplinarsysteme im Laufe des 17. und 18. Jahrhunderts, ihrer Vervielfältigung durch den gesamten Gesellschaftskörper hindurch, der Formierung der ›Disziplargesellschaft‹ [herausbildet; T.G.]“ (Foucault 1994: 269). Damit wird deutlich, dass die Disziplargesellschaft die unmittelbare Folge von Modernisierungs- und Transformationsprozessen ist (vgl. Foucault 1994: 279). In einem solchen Gesellschaftstyp existiert eine Ortsungebundenheit der Disziplin, sodass diese eine Quantifizierung innerhalb der Gesellschaft erfährt und das Panopticon die Grundlage für das gesellschaftliche Zusammenleben darstellt (vgl. Foucault 1994: 277). Man hat es also mit einem Gesellschaftstyp zu tun, in dem die Selbstkontrolle, wie auch die Fremdkontrolle, als Mikromacht existiert und der König nur noch als Symbolfigur der Makromacht erscheint (vgl. Foucault 1994: 279; Foucault 2004: 59).

Ebenfalls mit der Disziplinierung und Normierung des Körpers beschäftigt sich Foucault (2012), in dem dieser sich mit der Entstehung und Entwicklung der „Biomacht“ und

in dessen Folge mit dem Gesellschaftstyp der Normalisierungsgesellschaft befasst (vgl. Foucault 2012: 131-153). Dabei macht Foucault (2012) deutlich, dass sich mit dem Zeitalter des Abendlands eine Abkehr von der negativen Macht, worunter die Allmachtsbefugnisse des Königs fallen, zur positiven Macht, die als Empowerment aufgefasst werden kann, vollzogen hat (vgl. Foucault 2012: 132). Es handelt sich um einen „Strukturwandel der Macht“ vom Tod zum Leben (vgl. Foucault 2012: 132). Die positive Macht als lebensbejahende statt einer lebensverneinenden bzw. lebensfeindlichen Form der Macht mit ebenso vollumfänglichen Zugriffsrechten auf das Individuum agiert durch „die Disziplinen des Körpers und die Regulierungen der Bevölkerung [...]“ (Foucault 2012: 135). Es handelt sich zum einen um eine Disziplinierung bzw. Abrichtung des Körpers in entsprechenden Einrichtungen zum Zwecke der Optimierung menschlicher Leistungsfähigkeit und der Herstellung eines gesellschaftskonformen Körpers, der sich anstandslos in die soziale Ordnung einfügt (vgl. Foucault 2012: 134f.). Zum anderen geht es um die Bevölkerungskontrolle im Rahmen der „Biopolitik“, die schlichtweg das Forschungsprogramm der Bevölkerungswissenschaft darstellt (vgl. Foucault 2012: 135f.). Letztendlich konstituiert sich ab dem 18. Jahrhundert, basierend auf diesen beiden Elementen positiver Macht, die „Biomacht“, welche eine Ökonomisierung, Sozialisierung sowie Kolonialisierung des Körpers gleichermaßen hervorgebracht hat und somit die Grundlagen des Kapitalismus und moderner Staatlichkeit geschaffen hat und sich ebenso dieser bedient (vgl. Foucault 2012: 136). Anzumerken ist dabei, dass die „Biomacht“ dabei mitunter als eine totalitäre Macht erscheint, der sich kein Individuum mitsamt dessen Körper entziehen kann, sodass die „Biomacht“ den Körper und das Individuum gleichermaßen vermachtet, wodurch die „Biomacht“ eine doppelte Kontrolle darstellt (vgl. Foucault 2012: 136f.). Infolgedessen ist die „Biomacht“ der Wegbereiter für die Entstehung der Normalisierungsgesellschaft (vgl. Foucault 2012: 139).

Die Abhandlungen von Foucault (1994, 2012) zur Disziplinierung und Normierung lassen sich dahingehend auf die Ethnochirurgie beziehen, da Schönheitschirurgen de facto im Stande sind mittels entsprechender chirurgischer und nicht-chirurgischer Eingriffe den Körper des Individuums an bestimmte gesellschaftliche Normen bzw. Schönheitsideale anzupassen. Damit setzen Schönheitschirurgen gemeinsam mit den Medien in der Konsumkultur die sozialen Normen in Bezug zur Schönheit, sodass die Ethnochirurgie zur Normerfüllung beiträgt und die dort agierenden Stakeholder somit maßgeblich an der Entstehung einer Normalisierungsgesellschaft beteiligt sind. Zugleich ist anzumerken, dass sich solche ethnochirurgischen Eingriffe mitnichten nur auf den Außenkörper, sondern auch auf den Innenkörper, beziehen. Hierdurch wird deutlich, dass die Ethnochirurgie eine vollumfängliche Wirkungsmächtigkeit besitzt, die Körper und Geist gleichermaßen erfassen kann. Dadurch erscheint die Ethnochirurgie als eine

positive Machttechnologie, die sich der Optimierung des Lebens verschrieben hat. Ebenfalls lässt sich mittels der Disziplinierung und Normierung des Körpers die Peer Group Pressure erklären, da die Ethnochirurgie als eine Form der „Biomacht“ zu interpretieren ist, die letztendlich die Individuen dazu anleitet, gesellschaftskonforme Körper zu besitzen, um entsprechende negative soziale und ökonomische Folgen zu vermeiden. Zudem kann das Leben in der Gesellschaft und die dort stattfindenden täglichen Interaktionen mit Menschen dahingehend aufgefasst werden, dass die Blicke der Menschen einen panoptischen Charakter annehmen; sodass eine gesamtgesellschaftliche Kontrolle im Hinblick auf das äußere Erscheinungsbild in ethnisch monokulturellen, wie auch in ethnisch multikulturellen, Gesellschaften existiert und somit das einzelne Individuum dazu verleitet wird, über ein entsprechendes äußeres Erscheinungsbild zu verfügen, welches sich den Blicken zu entziehen vermag. Dieses führt dazu, dass sich so etwas wie ein „Standardkörper“ herausbildet, der die gesellschaftlichen Normen erfüllt ohne dabei ein abweichendes Objekt im Sinne eines mangelbehafteten Körpers zu sein, der aufgrund seiner Nonkonformität die panoptischen Blicke der Mitmenschen auf sich zieht. Für die Herstellung eines solchen „Standardkörpers“ bedarf es vielfach einer ethnochirurgischen Bewirtschaftung des Körpers.

2.2.2.4 Erving Goffman: Das Impression Management und der Körper als Stigma

Im Rahmen der Abhandlung von Goffman (2008) zum Impression Management gibt dieser zu bedenken, dass jeglicher Interaktionsbeziehung der Austausch von Informationen zugrunde liegt (vgl. Goffman 2008: 5). Von besonderer Bedeutung ist in diesen Interaktionen die Darstellung des Individuums bzw. dessen Ausdruck und den dadurch resultierenden Eindrücken (vgl. Goffman 2008: 6, 227f.). Ebenfalls ist zu berücksichtigen, dass die Interaktion eine gewisse Störanfälligkeit besitzt, wodurch die Interaktion zur Disposition gestellt werden kann (vgl. Goffman 2008: 15). Nichtsdestotrotz gibt es Sonderfälle, die eine sofortige Beendigung der Interaktion durch das Individuum erfordern, u.a. bei der drohenden Gefahr der Schädigung des Rufs und der Verletzung der Ehre (vgl. Goffman 2008: 224). Für die Sicherstellung der Interaktion und dessen reibungslosen Verlaufs ist das Individuum de facto auf das Impression Management angewiesen, wodurch sich das Individuum entsprechend spezifisch an die Interaktion anpasst und somit sich unterschiedlicher Techniken bedient (vgl. Goffman 2008: 17, 218).

Zur Darstellung des Modells der Interaktion und des Impression Management gebraucht Goffman (2008) die Metapher des Theaters, wobei das Individuum als ein Performance-Künstler in Erscheinung tritt, der eine entsprechende Rolle einnimmt bzw. diese soziale Rolle verkörpert (vgl. Goffman 2008: 18, 217f.). Diese Metapher des Theaters dient letztlich als eine Projektionsfläche zur Veranschaulichung der sozialen Wirklichkeit (vgl. Goffman 2008: 232f.). In der Abhandlung von Goffman (2008) wird auch das Abhängigkeitsverhältnis zwischen der gesellschaftlichen Ordnung und der sozialen Interaktion thematisiert, sodass die Sicherstellung der gesellschaftlichen Ordnung nur durch eine störungsfreie soziale Interaktion gewährleistet ist (vgl. Goffman 2008: 221). Das Gefahrenpotenzial, was solche Störungen beinhalten, ist immens, gerade, was die Individuen betrifft, die Verursacher solcher Störungen sind und dadurch Risikominimierung bzw. Schadensbegrenzung bei Störungen betreiben (vgl. Goffman 2008: 222).

Im Rahmen des Impression Management ist anzumerken, dass dieses auf der Vorderbühne, also im öffentlichen Leben des Individuums stattfindet, während sich das private Leben des Individuums auf der Hinterbühne, also in der Privatsphäre, vollzieht, wo auch die Vorbereitung des Impression Management, mitsamt den dazu notwendigen Maßnahmen, erfolgt (vgl. Goffman 2008: 217, 223). Die Problematik des Impression Management besteht darin, dass damit entsprechende Manipulationsmöglichkeiten einhergehen, also die bewusste Täuschung mittels Darstellungen bzw. Eindrücken erfolgt (vgl. Goffman 2008: 229). Mitunter werden solche Manipulationen im Sinne der Eindrucksmanipulation auch zwangsläufig durch die gesellschaftliche Tätigkeit des Individuums notwendig, damit das Individuum seine Rolle adäquat ausfüllt und die mit der jeweiligen Rolle einhergehenden Erwartungshaltungen vollumfänglich befriedigt werden (vgl. Goffman 2008: 229f.).

Die mit einer solchen Eindrucksmanipulation normalerweise assoziierte moralische Bedenkenträgerie ist für das Individuum von keinerlei Relevanz, da es einzig und allein um die angemessene Ausfüllung der Rolle geht (vgl. Goffman 2008: 229f.). Bezüglich des Rollenspiels des Individuums ist zu berücksichtigen, dass dieses nicht von dessen Selbst entkoppelt ist (vgl. Goffman 2008: 230). Vielmehr erfolgt die Konstitution des Selbst durch eine angemessene Rollenausübung (vgl. Goffman 2008: 231). Damit wird deutlich, welche Komplexität der Selbstinszenierung zugrunde liegt, welche Unwägbarkeiten damit verbunden sein können und wie aufwendig diese Selbstinszenierung ist (vgl. Goffman 2008: 231).

Die Abhandlung von Goffman (2008) zum Impression Management, also die Praxis der Eindrucksmanipulation des Individuums in der Lebenswelt, lässt sich dahingehend auf die Ethnochirurgie beziehen, da die ethnochirurgische Körperbewirtschaftung eine Maßnahme bzw. Technik darstellt, die von dem jeweiligen Individuum bzw. Darsteller auf der Hinterbühne, also

im Privatleben, vorgenommen wird, damit dieser seine Rolle auf der Vorderbühne, also im öffentlichen Leben, adäquat erfüllt. Zudem verhilft die Ethnochirurgie dem Individuum dazu, dass die Interaktionsbeziehung aufrechterhalten wird. Damit wird deutlich, dass dies vielfach über das äußere Erscheinungsbild des Individuums erfolgt, sodass eine entsprechende Manipulation dieses äußeren Erscheinungsbilds mittels Ethnochirurgie mitunter notwendig ist. Letztlich geschieht dies vor allem vor dem Hintergrund, dass das jeweilige Individuum seine soziale Rolle nicht verlieren möchte, also sprichwörtlich keinen Gesichtsverlust erleiden möchte. So wird die Ethnochirurgie von bestimmten Berufsgruppen, wie auch von Individuen, abhängig von deren Klassenzugehörigkeit, durchgeführt, um die jeweilige soziale Positionierung, mitsamt den damit vielfach verbundenen Privilegien, nachhaltig abzusichern und somit die existierende gesellschaftliche Ordnung beizubehalten. Gleichermaßen wird damit aber auch deutlich, dass der Zugang zu bestimmten Berufsgruppen und zu bestimmten Klassen nur mittels Ethnochirurgie im Rahmen der Eindrucksmanipulation erfolgen kann, also an eine solche Körperbewirtschaftungspraxis geknüpft ist.

In einer weiteren Abhandlung von Goffman (2003) thematisiert dieser die Interaktion zwischen normalen Individuen und stigmatisierten Individuen, wobei Goffman (2003) sich vor allem auf die damit verbundenen negativen Implikationen für die stigmatisierten Individuen konzentriert (vgl. Goffman 2003: 22f.). Dabei verfügen stigmatisierte Individuen vielfach über entsprechende Routinen im Umgang mit Stigmatisierungen im Rahmen von sozialen Situationen aufgrund falscher Kategorisierungen durch die normalen Individuen (vgl. Goffman 2003: 30). Goffman (2003) macht deutlich, dass die Stigmatisierung von Individuen im Sinne der Kategorisierung über deren äußeres Erscheinungsbild erfolgt, also auf der sozialen Identität basiert (vgl. Goffman 2003: 9f.). Bezüglich der sozialen Identität unterscheidet Goffman (2003) zwischen einer virtualen sozialen Identität und einer aktuellen sozialen Identität (vgl. Goffman 2003: 10). Dabei betont Goffman (2003), dass mit der Stigmatisierung die Abweichung vom Normalen gemeint ist (vgl. Goffman 2003: 11). Zudem verweist Goffman (2003) darauf, dass drei Erscheinungsformen von Stigma existieren, die jeweils den physischen, psychologischen und phylogenetischen Bereich umfassen (vgl. Goffman 2003: 12f.).

Mithilfe solcher Stigma vollziehen sich soziale Ungleichheiten innerhalb der Gesellschaft, indem dem Individuum eine negative soziale Identität durch die übrigen Gesellschaftsmitglieder zugeschrieben wird (vgl. Goffman 2003: 13f.). Das Bewusstsein der Individuen der gesellschaftlichen Stigmatisierung ausgesetzt zu sein, also ein Mängelwesen zu sein, im Gegensatz zu den übrigen Gesellschaftsmitgliedern, hat ebenfalls negative Implikationen auf deren Identität (vgl. Goffman 2003: 16). Jedoch bestehen für das Individuum entsprechende Lö-

sungsmöglichkeiten die Stigmatisierung zu unterbinden, in dem diese entsprechende Dienstleistungen in Anspruch nehmen, u.a. von Schönheitschirurgen oder durch Eigeninitiative (vgl. Goffman 2003: 18f.). Dabei ist mit der Loslösung von einem Stigma eine entsprechende Entstigmatisierung verbunden, was sich wiederum auf die Ich-Identität überträgt (vgl. Goffman 2003: 18). Die Inanspruchnahme etwaiger Dienstleistungen zur Entstigmatisierung verweist gleichermaßen auf den Leidensdruck und die Verzweiflung von diesen Individuen (vgl. Goffman 2003: 18f.). Die Stigmatisierten bilden dabei eine Schicksalsgemeinschaft (vgl. Goffman 2003: 31). Bei den Stigmata bildet das Ehrenstigma eine Sonderform (vgl. Goffman 2003: 43f.). Die Habitualisierung der Stigmatisierten erfolgt nach Goffman (2003) aufgrund der biologischen Determiniertheit, der Schaffung einer eigenen Sphäre, im Laufe des Lebens des Individuums oder durch die Herstellung eines neuen Daseins in der Gesellschaft (vgl. Goffman 2003: 45-49).

Die Bedeutung von Symbolen wird von Goffman (2003) dahingehend betrachtet, dass Symbole generell die Funktion der Übermittlung von sozialen Informationen übernehmen, wobei eine Unterscheidung dieser Symbole in Prestigesymbole und Stigmasymbole erfolgt (vgl. Goffman 2003: 58f.). Die Prestigesymbole dienen dem Individuum für dessen gesellschaftliche Verortung, die vor allem auf das Erreichen von sozialem Prestige abzielen, also einen exklusiven gesellschaftlichen Status einzunehmen (vgl. Goffman 2003: 58f.). Die Stigmasymbole haben dagegen negative Implikationen auf das Individuum, indem diese diskriminierend und diskreditierend für das Individuum sind, also somit der Zugang zum sozialen Prestige einer Einschränkung unterliegt (vgl. Goffman 2003: 59). Ebenfalls existieren als Symbole nach Goffman (2003) auch noch Disidentifiers (vgl. Goffman 2003: 59). Diese Symbole bzw. Zeichen sind der sozialen Identität zuzuschreiben (vgl. Goffman 2003: 77). Bezüglich von Zeichen weist Goffman (2003) darauf hin, dass eine Unterscheidung dahingehend erfolgen muss, inwieweit diese Symbole einer biologischen Determiniertheit unterliegen (vgl. Goffman 2003: 61). Für die soziale Interaktion wird das Stigma-Management vom Stigmatisierten angewandt (vgl. Goffman 2003: 68). Diesbezüglich merkt Goffman (2003) an, dass die Kompatibilität der sozialen Interaktion des Stigmatisierten von der Visibilität des Stigmas abhängig ist (vgl. Goffman 2003: 71f.). Außerdem bemerkt Goffman (2003), dass das Stigma-Management in Abhängigkeit vom Bekanntschaftsverhältnis steht (vgl. Goffman 2003: 72). In diesem Kontext gebraucht Goffman (2003) den Begriff der persönlichen Identität (vgl. Goffman 2003: 72). Die persönliche Identität dient dem Individuum gleichermaßen für dessen Identifizierung und Differenzierung, wozu persönliche Daten genutzt werden (vgl. Goffman 2003: 74).

Diese persönlichen Daten, woraus sich die persönliche Identität konstituiert, sind in Dokumenten enthalten (vgl. Goffman 2003: 77). Die persönliche Identität nimmt zugleich die

Funktion der Rückversicherung gegenüber der sozialen Identität ein, sofern etwaige Differenzen bzw. Inkonsistenzen zwischen der persönlichen Identität und der sozialen Identität existieren (vgl. Goffman 2003: 79). Goffman (2003) beschreibt in seiner Arbeit auch zwei Formen der sozialen Kontrolle, die formale soziale Kontrolle und die informale soziale Kontrolle (vgl. Goffman 2003: 90f.). Zusätzlich widmet sich Goffman (2003) der Beschreibung des öffentlichen Images (vgl. Goffman 2003: 91f.). Dabei besteht die Möglichkeit, dass das öffentliche Image eine Sonderform der Stigmatisierung einnimmt (vgl. Goffman 2003: 92). Des Weiteren geht Goffman (2003) auf das Spannungsverhältnis des Individuums ein, inwieweit diese offen mit dem Stigma umgehen oder dieses Stigma geheim halten (vgl. Goffman 2003: 94f.). Weiterhin befasst sich Goffman (2003) mit der Lebenswelt des Individuums und stellt diesbezüglich fest, dass es dementsprechend Orte gibt, an denen entweder die persönliche Identität, aufgrund von vorhandenen Bekanntschaften oder die soziale Identität, aufgrund nicht vorhandener Bekanntschaften, gebraucht wird (vgl. Goffman 2003: 106). Dabei zeigt Goffman (2003) auf, dass das Täuschen mitunter kein probates Mittel sein kann (vgl. Goffman 2003: 108).

Im Kontext von Stigmasymbolen verdeutlicht Goffman (2003), dass Individuen, die mit derartigen Stigmasymbolen behaftet sind, versuchen, sich von diesen zu entledigen und damit entsprechende Informationen vorzuenthalten (vgl. Goffman 2003: 117). Sofern ein solches Täuschen nicht mehr praktiziert wird, erfolgt ein Outing des Individuums im Sinne der Zurschaustellung des jeweiligen Stigmasymbols (vgl. Goffman 2003: 126). Zusätzlich zum Täuschen gebrauchen die Individuen noch das Kuvrieren, wodurch die Minimierung der Einflussgröße des jeweiligen Stigmas angestrebt wird, also die Wirkungsmächtigkeit eines Stigmas in Interaktionsprozessen möglichst zu neutralisieren bzw. zu reduzieren (vgl. Goffman 2003: 129). Von besonderer Bedeutung ist das Kuvrieren im Rahmen von Assimilations- und Integrationsprozessen für Randgruppen, wie ethnische Minderheiten und Individuen mit physischen Einschränkungen, wie körperanatomischen Deformationen (vgl. Goffman 2003: 130). In seiner Abhandlung nutzt Goffman (2003), neben der sozialen Identität und der persönlichen Identität, noch die Ich-Identität, um damit die subjektive Ebene des von der Stigmatisierung betroffenen Individuums abzubilden (vgl. Goffman 2003: 132f.). Der Gebrauch dieser unterschiedlichen Identitäten dient Goffman (2003) dazu, unterschiedliche Perspektiven für das Individuum bezüglich des Stigmas aufzuzeigen (vgl. Goffman 2003: 133).

Goffman (2003) beschäftigt sich ebenso mit den Verhaltensregeln für das Individuum, die eine ambivalente Umgangsform umfassen (vgl. Goffman 2003: 135). So ist das stigmatisierte Individuum dazu angehalten, ein ausgewogenes Verhältnis der Theatralisierung zu gebrauchen (vgl. Goffman 2003: 137f.). Weiterhin befasst sich Goffman (2003) mit In-group-

Ausrichtungen und Out-group-Ausrichtungen für das von der Stigmatisierung betroffene Individuum (vgl. Goffman 2003: 153). Im Kontext der Ich-Identität und der damit verbundenen Identitätspolitik wird deutlich, dass das von der Stigmatisierung betroffene Individuum seinem Schicksal selbst überlassen wird (vgl. Goffman 2003: 155).

In der Abhandlung zu Stigma zeigt Goffman (2003) ebenfalls die Verbindung zwischen dem stigmatisierten Individuum und der Abweichung auf (vgl. Goffman 2003: 156). Dabei betont Goffman (2003) die Relevanz von Normen und den damit verbundenen Selektionsmechanismus auf Grundlage der Normerfüllung, wodurch sich die Konformität und Nonkonformität für das Individuum ableitet (vgl. Goffman 2003: 157ff.). Anhand dieser Normen vollzieht sich also die Einteilung der einzelnen Gesellschaftsmitglieder in normale Individuen und stigmatisierte Individuen (vgl. Goffman 2003: 161). Dabei ist zu bedenken, dass stigmatisierte Individuen nach Goffman (2003) eine Abweichung vom Normalen darstellen, also als deviant gelten (vgl. Goffman 2003: 162). Diese Dichotomie kann sich jedoch verändern, sodass aus einem normalen Individuum ein stigmatisiertes Individuum werden kann und umgekehrt, also sich ein Transformationsprozess vom stigmatisierten Individuum zum normalen Individuum vollzieht (vgl. Goffman 2003: 162f.). Eine solche Entstigmatisierung zugunsten der Herstellung des Normalen erfolgt beispielsweise durch die plastische Chirurgie (vgl. Goffman 2003: 162).

Im Hinblick auf diese Unterscheidung zwischen Normalen und Stigmatisierten gibt Goffman (2003) zu bedenken, dass sich im Individuum beide Rollenmuster vereinigen, d.h. dass das Individuum sowohl als Stigmatisierter, wie auch als Normaler, in Abhängigkeit von der jeweiligen Situation in Erscheinung treten kann, was wiederum zur Folge hat, dass keine Determiniertheit bezüglich einer der beiden Rollen existiert, sondern dass das Individuum zwischen diesen beiden Rollen changiert (vgl. Goffman 2003: 169f.). Ebenfalls verdeutlicht Goffman (2003), dass die Stigmatisierung zur gesellschaftlichen Exklusion dient und damit die stigmatisierten Individuen eine gesellschaftliche Marginalisierung erfahren, wodurch diesen Individuen eine partizipative Teilhabe an der Gesellschaft verwehrt wird (vgl. Goffman 2003: 171). Diesbezüglich zeigt Goffman (2003) auf, dass sich bei den Stigmata eine funktionale Differenzierung bezüglich deren Wirkung ausgebildet hat (vgl. Goffman 2003: 171).

In der Abhandlung zu Stigma widmet sich Goffman (2003) auch noch den vier Erscheinungsformen von Abweichenden, deren Angehörige sich als stigmatisierende Individuen, neben den Zugangsschwierigkeiten zur Mehrheitsgesellschaft, vor allem mit den Risiken in Interaktionsprozessen, ausgesetzt sehen (vgl. Goffman 2003: 178f.). Die In-group-Abweichenden stellen eine Sonderform dar, da das Individuum zwar einer Gruppe angehört, jedoch innerhalb einer solchen Gruppe den Status als Abweichender besitzt (vgl. Goffman 2003: 174). Diese In-group-Abweichenden unterscheiden sich von den sozial Abweichenden (vgl. Goffman 2003:

178). Die Subkulturen und Randgruppen stellen nach Goffman (2003) eine soziale Abweichung dar (vgl. Goffman 2003: 175). Charakteristisch ist dabei, dass sich diese Individuen, die den Randgruppen und Subkulturen zugehörig sind, sich den gesellschaftlichen Konventionen widersetzen, also nicht dem Mainstream folgen (vgl. Goffman 2003: 176). Diese sozial Abweichenden verzichten damit auf eine Verortung in der bürgerlichen Gesellschaft und zugleich erfolgt die Inszenierung als bessere Menschen mitsamt dem dazugehörigen alternativen Lebens- und Gesellschaftsmodell (vgl. Goffman 2003: 177f.). Weitere Erscheinungsformen von Abweichenden sind die Angehörigen der gesellschaftlichen Minderheiten, die über eine jeweilige kulturelle Identität verfügen und die Angehörigen der „Unterschicht“, die über einen eigenen Habitus verfügen (vgl. Goffman 2003: 178f.). Die gesellschaftliche Stigmatisierung betrifft nach Goffman (2003) also die Angehörigen der „Unterschicht“, die Angehörigen gesellschaftlicher Minderheiten, die sozial Abweichenden und die In-group-Abweichenden (vgl. Goffman 2003: 179).

Die Abhandlungen zur Thematik Stigma von Goffman (2003) lassen sich dahingehend auf die Ethnochirurgie beziehen, indem die Ethnochirurgie für das stigmatisierte Individuum eine Möglichkeit darstellt, sich von diesem Stigma zu befreien. Das Stigma bezieht sich dabei auf die Körperanatomie, u.a. darauf, dass die jeweiligen Ethnien unterschiedliche Gesichtsanatomien besitzen und sich im Zuge der Zugehörigkeit zu einer ethnischen Minderheit, in einem Land mit kaukasischer Bevölkerungsmehrheit, eine solche Stigmatisierung aufgrund der abweichenden Gesichtsanatomie vollzieht. Diese nicht-kaukasische Körperanatomie ist im Sinne von Goffman (2003) als Stigmasymbol zu interpretieren, wobei die Ethnochirurgie die Möglichkeit der Entstigmatisierung bietet. Im Zuge einer solchen Entstigmatisierung mittels Ethnochirurgie wird dem vormals stigmatisierten Individuum die Möglichkeit geboten, zu einem normalen Individuum zu werden, dem nun die partizipative Teilhabe an der Gesellschaft ermöglicht wird. D.h. die Ethnochirurgie übernimmt die Funktion eines Gatekeepers und dient somit gleichermaßen der Integration und Assimilation. Damit ermöglicht die Ethnochirurgie die Inklusion, sodass die vormals bestehende Marginalisierung, Diskriminierung und Diskreditierung keinen Fortbestand hat, also die Exklusion durchbrochen wird. Schließlich verhilft die Ethnochirurgie dem Individuum dazu, eine neue soziale Identität zu erhalten, wobei die Ethnochirurgie, sofern keine vollkommene Entstigmatisierung damit einhergeht, zumindest dadurch jedoch eine Kuvrierung erfolgt. Letztlich verhilft die Ethnochirurgie dem Individuum dazu, einen gesellschaftskompatiblen Körper zu erhalten, der eine Normkonformität darstellt und damit die Risiken sozialer Ungleichheit minimiert.

2.3 Die Medizinsoziologie

2.3.1 Überblick über das medizinsoziologische Forschungsprogramm

Der theoretische Rahmen wird, neben der Körpersoziologie, durch die Medizinsoziologie gebildet, da diese beiden speziellen Soziologien das Forschungsfeld der medizinischen Körperbewirtschaftung und sonstiger Maßnahmen der Körperbewirtschaftung abdecken (vgl. Reuter 2011: 13f.). Die Medizinsoziologie beschäftigt sich mit den Interdependenzstrukturen aus Gesellschaft, Gesundheit und Krankheit (vgl. Siegrist 1994: 456).³³ Im Hinblick auf diese Interdependenzstrukturen widmet sich die Medizinsoziologie einerseits der Risikoanalyse von Krankheit für das Individuum, wie auch für die Gesellschaft, also die Identifizierung von Einflussfaktoren, die für das Kranksein und das Gesundsein verantwortlich sind (vgl. Siegrist 1994: 456). Andererseits konzentriert sich die Medizinsoziologie auf die Entstehung und Entwicklung von Präventionsmaßnahmen gegen Krankheit (vgl. Siegrist 1994: 456).

Von besonderer Relevanz für die Medizinsoziologie ist die Abhandlung von Straus (1957), da dadurch eine Rollendefinition des Forschers und die Unterteilung der Medizinsoziologie in zwei separate Forschungsbereiche erfolgte; zum einen in die „sociology in medicine“ und zum anderen in die „sociology of medicine“ (vgl. Siegrist 1994: 456; Straus 1957: 203). Dabei liegt der Fokus der „sociology of medicine“ nach Straus (1957) auf dem System der Medizin im Sinne eines Verhaltenssystems und dem institutionellen Charakter der Medizin vom Standpunkt der Außenperspektive des Forschers (vgl. Siegrist 1994: 456f.; Straus 1957: 203). Dagegen liegt der Fokus der „sociology in medicine“ nach Straus (1957) in der Analyse der Rolle des Mediziners, wofür der Forscher eine Innenperspektive einnimmt und eine direkte Interaktion zwischen Forscher und Mediziner besteht (vgl. Siegrist 1994: 457; Straus 1957: 203). Dabei übt der Forscher in der „sociology in medicine“ eine beratende Tätigkeit gegenüber dem Mediziner aus, die auf die Optimierung der Leistungsfähigkeit des Mediziners abzielt (vgl.

³³ Von der Medizinsoziologie ist die Soziologie der Gesundheit und Krankheit abzugrenzen, die eine eigenständige spezielle Soziologie ist und in der eine Abkehr von der Medizin zugunsten eines holistischen Verständnisses des Körpers stattgefunden hat (vgl. Siegrist 1994: 457). Bei diesem holistischen Verständnis des Körpers geht es um die Herstellung des Gleichgewichts der Komponenten Körper, Geist und Seele zur Herstellung des Wohlbefindens (vgl. Siegrist 1994: 457). Neben dieser speziellen Soziologie hat die Medizinsoziologie gleichzeitig auch zur Entstehung und Entwicklung der neuen Wissenschaftsdisziplin mit dem Namen Public Health bzw. Gesundheitswissenschaften beigetragen, indem sich diese Wissenschaftsdisziplin an den wissenschaftlichen Erkenntnissen der Medizinsoziologie bedient (vgl. Siegrist 1994: 459f., 469). Ebenso profitiert das Wissenschaftsfeld der „Medical Humanities“ von der Medizinsoziologie, wobei die „Medical Humanities“ ein trans- und interdisziplinäres Konglomerat der Medizin, Sozial- und Humanwissenschaften darstellen, sodass die Hegemonie der naturwissenschaftlichen Denk-, Verhaltens-, und Handlungsmuster in der Medizin durch human- und sozialwissenschaftliche Denk-, Verhaltens- und Handlungsmuster durchbrochen wird und dadurch ein Modernisierungs- und Transformationsprozess der Medizin bzw. des Habitus der Medizin erfolgt (vgl. Cole/Carlin/Carson 2015: ix, 1-10; Zürcher u.a. 2014: 5-9).

Straus 1957: 203). In dieser „sociology in medicine“ geht es damit zugleich um den Aspekt der Soziogenese, also die Identifizierung von potenziellen Einflussfaktoren, die sich negativ auf den Gesundheitszustand des Individuums auswirken (vgl. Siegrist 1994: 465).

Einen wichtigen Beitrag zur Medizinsoziologie liefert auch die Abhandlung von Parsons (1958) (vgl. Siegrist 1994: 458). Die Bedeutung der Abhandlung von Parsons (1958) für die soziologische Validierung der Medizinsoziologie erschließt sich dadurch, „[...] daß die Medizin in jeder Gesellschaft eine substantielle gesellschaftliche Kontrollfunktion erfüllt und daß zu diesem Zweck spezifische soziale Rollen (Krankenrolle) geschaffen werden“ (Siegrist 1994: 458). Dass sich die soziale Kontrolle der Gesellschaft durch die Medizin vollzieht, erfolgt durch entsprechende Rollenmuster für den Patienten und den Arzt, mitsamt der damit einhergehenden Interaktionsbeziehung zwischen Arzt und Patient auf der Grundlage rollenspezifischer Handlungs- und Verhaltensweisen (vgl. Parsons 1958: 10-54; Siegrist 1994: 458, 463). Im Zuge dieser Rollenverteilung ist auf die darin enthaltene Ungleichheit zwischen dem Patienten und dem Arzt hinzuweisen, die dem Arzt eine exponierte Stellung zuweist, aus der sich ein Über- und Unterordnungsverhältnis, mitsamt der Aufgabe der Selbstbestimmungsrechte des Individuums, also des Patienten, ergibt (vgl. Parsons 1958: 10-54; Siegrist 1994: 463ff.).

Die skizzierte Problematik des Verhältnisses zwischen dem Patienten und dem Arzt findet seine Vollkommenheit an abgeschlossenen Orten medizinischer Versorgung, wie dem Krankenhaus, weil in einer solchen totalitären Institution der Patient, anders als in der ambulanten medizinischen Versorgung, de facto vollständig seiner Selbstbestimmungsrechte beraubt wird (vgl. Siegrist 1994: 463f.). Im Kontext der Arzt-Patient-Beziehung ist zu bedenken, dass sich nach Emanuel/Emanuel (1992) vier vollkommen unterschiedliche Modellvarianten dieser Interaktionsbeziehung herausgebildet haben, also das paternalistische Modell, das informative Modell, das interpretative Modell und das deliberative Modell, die sich bezüglich der Rolle des Patienten, der Rolle des Arztes, der Entscheidungsfreiheit des Patienten und dem Patientennutzen unterscheiden (vgl. Emanuel/Emanuel 1992: 2221f.).

Zusätzlich befasst sich die Medizinsoziologie mit der Entstehung und Entwicklung von Krankheiten sowie deren Prävention in Abhängigkeit vom jeweiligen sozialen Milieu, wodurch die soziale Ungleichheit für den Bereich Gesundheit erfasst wird (vgl. Siegrist 1994: 461f.). Ebenfalls thematisiert die Medizinsoziologie die Patientenbiographie im Rahmen einer Rekonstruktion des Krankheitsverlaufs, gerade für Individuen, die an chronischen Krankheiten leiden, aus denen sich wiederum auch negative Implikationen für das Individuum und dessen Identität ergeben (vgl. Siegrist 1994: 462f.). Außerdem beschäftigt sich die Medizinsoziologie mit dem Wohlfahrtsstaat und der Gesundheitswirtschaft, gerade vor dem Aspekt etwaiger Transformationsprozesse auf dem Gesundheits- und Medizinmarkt (vgl. Siegrist 1994: 465). Das Interesse

der Medizinsoziologie liegt hierbei auch auf den dort agierenden Stakeholdern (vgl. Siegrist 1994: 465). In diesem von Siegrist (1994) dargelegten Kontext ist die professionssoziologische Abhandlung von Freidson (1975a, 1975b) zu Medizinern und die Abhandlungen zur Medikalisierung von Conrad (2007) und Illich (1995) hervorzuheben. Diese Abhandlungen verdeutlichen nämlich die Monopolstellung von Medizinern zulasten anderer Stakeholder in der Gesundheitswirtschaft bezüglich des Zugriffs auf das Individuum und dessen Körper, also die Medikalisierung des Menschen (vgl. Conrad 2007; Illich 1995). Ebenfalls wird dadurch die Konstituierung der Institution Medizin zum Zwecke sozialer Kontrolle aufgezeigt, also die Instrumentalisierung der Medizin (vgl. Siegrist 1994: 465).

2.3.2 Konzepte der Medizinsoziologie in Bezug zur Ethnochirurgie

2.3.2.1 Matthias Kettner: Die „wunscherfüllende Medizin“

Bei der „wunscherfüllenden Medizin“ liegt der ärztlichen Tätigkeit eine medizinische Indikation zugrunde, es handelt sich also um eine „kurative Medizin“, während bei der „wunscherfüllenden Medizin“ der ärztlichen Tätigkeit keine medizinische Indikation zugrunde liegt (vgl. Kettner 2006: 7f.). Charakteristisch für die „wunscherfüllende Medizin“ ist, dass diese für Selbstzahler ist, also die Kostenübernahme von Eingriffen ohne medizinische Indikation nicht in das wohlfahrtsstaatliche Portfolio der Krankenkassen gehört (vgl. Kettner 2006: 7). Dieser Transformationsprozess von der „kurativen Medizin“ zur „wunscherfüllenden Medizin“ impliziert die Generierung eines neuen Berufsethos, der sich vor allem anhand der neuen Tätigkeitsbereiche der Mediziner zeigt (vgl. Kettner 2006: 8ff.).³⁴

Zu diesem Tätigkeitsbereich gehört die Bewirtschaftung des Körpers zum Zwecke der Optimierung, worunter vor allem medizinische Eingriffe in natürliche Prozesse des Körpers, wie die Reproduktionsmedizin und an der Körperanatomie, wie die Schönheitsoperationen, fallen (vgl. Kettner 2006: 8f.). Ein anderer Tätigkeitsbereich der Mediziner betrifft das Enhancement, wodurch der Versuch unternommen wird, den „Übermenschen“ zu erschaffen, in dem die natürlichen Grenzen des Individuums bewusst überschritten werden und somit eine unend-

³⁴ Der Berufsethos der Mediziner basiert auf dem „Eid des Hippokrates“, dessen Formulierung in der griechischen Antike durch den Mediziner Hippokrates von Kos erfolgte, der die medizinethischen Grundlagen des Berufs als Mediziner, wie die Arzt-Patient-Beziehung, enthält (vgl. Eckart 2009: 28, 34f.). In diesem „hippokratischen Eid“ wird ab dem 4. Jahrhundert v. Chr. der idealtypische Habitus des Mediziners beschrieben (vgl. Eckart 2009: 34f.). Gerade in der ästhetischen Medizin und vor allem bei Schönheitsoperationen wird der „hippokratische Eid“ und somit der Berufsethos des Mediziners infrage gestellt (vgl. Schulz 2002: 226).

liche Neuvermessung des Menschen einsetzt, die auf der Grundlage der Gen- und Stammzellenforschung basiert (vgl. Kettner 2006: 9). Zudem ergibt sich ein weiterer Tätigkeitsbereich für die Mediziner dadurch, dass diese, neben der klassischen Schulmedizin mit dem biomedizinischen Krankheitsmodell, nun auch noch die Alternativmedizin mit dem biopsychosozialen Krankheitsmodell zu ihrem Portfolio hinzugefügt haben, womit vollkommen unterschiedliche Therapiekonzepte, mitsamt den dazugehörigen Behandlungen, einhergehen (vgl. Kettner 2006: 9).³⁵ Zusätzlich zu den bereits aufgeführten Tätigkeitsbereichen für Mediziner existieren noch individuelle Gesundheitsleistungen, die vom Patienten selbst zu zahlen sind, da es sich um Zusatzleistungen der Mediziner handelt, die von den Krankenkassen nicht vergütet werden (vgl. Kettner 2006: 10).

Zur „wunscherfüllenden Medizin“ bleibt anzumerken, dass es sich um einen medizinischen Gegenentwurf zur tradierten „kurativen Medizin“ handelt, also dies ein neues Grundlagenmodell der Medizin darstellt, bei der eine Abkehr vom biomedizinischen Modell zum biopsychosozialen Modell erfolgt, die sich auf den Berufsethos des Mediziners, wie auch auf die Rolle des Patienten, auswirkt (vgl. Kettner 2006: 11f.). Im Zuge dieses Übergangs von der Pathogenese der „kurativen Medizin“ zur Salutogenese der „wunscherfüllenden Medizin“ erfolgt eine Kommerzialisierung der Medizin, indem der Mediziner sein Expertenwissen auf dem Medizinmarkt für die Konsumenten käuflich zur Verfügung stellt (vgl. Kettner 2006: 11f.). Es geht also nicht mehr um den Erhalt von Gesundheit und die Herstellung von Gesundheit nach Krankheiten, sondern um die Optimierung von Gesundheit, sodass es sich nicht mehr um kranke Menschen, also Patienten, handelt, sondern um vollkommen gesunde Menschen, also Konsumenten, handelt, die die Dienstleistungen der Mediziner in Anspruch nehmen (vgl. Kettner 2006: 11f.).

Das Rechtfertigungsnarrativ, wie auch die Grundlagen für die „wunscherfüllende Medizin“, liefert die Weltgesundheitsorganisation u.a. durch die im Jahr 1986 verabschiedete „Ottawa Charter for Health Promotion“ (vgl. Kettner 2006: 11f.; World Health Organization

³⁵ Die Grundlagen und Implikationen des biomedizinischen Krankheitsmodells und des biopsychosozialen Krankheitsmodells werden in der Abhandlung von Engel (1977) dargelegt (vgl. Engel 1977: 129-135). Dabei macht Engel (1977) deutlich, dass in der Medizin eine Abkehr vom biomedizinischen Krankheitsmodell zugunsten des biopsychosozialen Krankheitsmodells notwendig ist (vgl. Engel 1977: 130, 132f.). Dieses begründet Engel (1977) dadurch, dass im biomedizinischen Krankheitsmodell lediglich die naturwissenschaftlichen Einflussfaktoren berücksichtigt werden und dadurch anderweitige Einflussfaktoren auf Krankheit ausgeschlossen werden (vgl. Engel 1977: 130). Dagegen werden im biopsychosozialen Krankheitsmodell laut Engel (1977) alle auf das Individuum einwirkende Einflussfaktoren, vor allem aber auch die sozialwissenschaftlichen und humanwissenschaftlichen Indikatoren, erfasst, wodurch es dem Mediziner ermöglicht wird, neben medizinischen Präventionsmaßnahmen, auch eine passgenaue Diagnose zu erstellen und individuell auf den jeweiligen Patienten abgestimmte Behandlungskonzepte durchzuführen, wobei die tradierte Arzt-Patient-Beziehung und die dazugehörigen Rollenmuster angewandt werden (vgl. Engel 1977: 130, 132f.).

1986: 1-5). Die Popularität der „wunscherfüllenden Medizin“ wird auch von der medizinethischen Bedenkenträgerei begleitet (vgl. Kettner 2006: 12). Dabei basiert diese Kritik vor allem darauf, inwiefern die „wunscherfüllende Medizin“, anders als die „kurative Medizin“, ein Konsumgut ist, das auf dem Markt käuflich zu erwerben ist und damit die klassischen Marktmechanismen aus Angebot und Nachfrage für dieses Konsumgut gelten und somit diese Medizin kein Gemeinwohlgut mehr ist (vgl. Kettner 2006: 12f.). Diese Kritik konzentriert sich auf die Kommerzialisierung von Medizin und der damit einhergehenden sozialen Ungleichheit (vgl. Kettner 2006: 12f.). Dabei ist zu bedenken, dass sich im Rahmen der „wunscherfüllenden Medizin“ vollkommen neue Rollenkonstellationen in der Arzt-Patient-Beziehung ergeben, die eine Verkehrung der tradierten Rollenmuster darstellen und dieses somit in einer asymmetrischen Beziehung zwischen Medizinern und Konsumenten resultiert, bei der der Konsument die vollständige Entscheidungshoheit und Verfügungsgewalt über dessen Körper, wie auch über medizinische Maßnahmen am Körper, hat und der Mediziner nur noch ein Erfüllungsgehilfe ist (vgl. Kettner 2006: 12).³⁶ Damit wird der Mediziner zu einem Dienstleister, der sein Expertenwissen auf dem Markt zum Kauf anbietet und dadurch eine Abkehr vom wohlfahrtsstaatlichen Paradigma der Gesundheits- und Medizinversorgung erfolgt (vgl. Kettner 2006: 12). Ebenfalls wird im Rahmen der medizinethischen Bedenkenträgerei gegenüber der „wunscherfüllenden Medizin“ angeführt, dass auf dem Medizinmarkt nur noch solche medizinischen Dienstleistungen erhältlich sind, die finanzielle Profite generieren, während wiederum andere medizinische Dienstleistungen aufgrund falscher Prioritäten, wegen zumeist geringerer Profitraten, von diesem Medizinmarkt in einen Nischenmarkt überführt werden (vgl. Kettner 2006: 13).

Zusätzlich hat die „wunscherfüllende Medizin“ dazu beigetragen, dass sich das damit verbundene Paradigma auf die „kurative Medizin“ übertragen hat (vgl. Kettner 2006: 13). Damit sind jedoch medizinethische Bedenken verbunden, die sich auf die Legitimität von Wünschen gegenüber der Medizin beziehen (vgl. Kettner 2006: 13). Diesbezüglich geht es auch darum, die Rahmenbedingungen und medizinethischen Grundlagen und Grundfragen der „kurativen Medizin“, wie auch der „wunscherfüllenden Medizin“, zu bestimmen (vgl. Kettner 2006: 13). Allerdings zeigt sich hierbei, dass die „wunscherfüllende Medizin“ keine medizinethischen Grundlagen besitzt, also keine medizinischen Richtlinien bzw. Demarkationslinien existieren, sodass die „wunscherfüllende Medizin“ auf außermedizinischen Grundlagen, die in den Massenmedien generiert werden, basiert, wie sich anhand von Schönheitsoperationen dar-

³⁶ Die Arzt-Patient-Beziehung, die dem Konzept der „wunscherfüllenden Medizin“ von Kettner (2006) zugrunde liegt, ist das bei Emanuel/Emanuel (1992) dargelegte interpretative Modell dieser Interaktionsbeziehung wie Junker/Kettner (2009) feststellen (vgl. Junker/Kettner 2009: 73).

legen lässt (vgl. Kettner 2006: 13f.). Damit wird deutlich, dass die Mediziner in der „wunscherfüllenden Medizin“, also im Fall von Schönheitschirurgen, nur noch Erfüllungsgehilfen der massenmedial hergestellten Körperleitbilder sind und diese Mediziner sich der professionellen Autonomie beraubt haben (vgl. Kettner 2006: 14). Die Argumentationen, die gegenüber der „wunscherfüllenden Medizin“ angewandt werden, sind das „Nichtschädigungsprinzip“ und die „Kohärenzargumente“, wobei vor allem die letztere Argumentation wesentlich plausibler ist (vgl. Kettner 2006: 15). Die Argumentation des „Nichtschädigungsprinzips“ widerspricht dem Selbstbestimmungsrecht des Individuums, während die Argumentation des „Kohärenzarguments“ darauf hinweist, dass die „wunscherfüllende Medizin“ ausschließlich positive Implikationen auf das Individuum und dessen Identität haben sollte, also nur solche Wünsche des Individuums legitimiert sind, von denen das Individuum in seiner Ganzheit auch profitiert (vgl. Kettner 2006: 15).

Abschließend lässt sich zum Konzept der „wunscherfüllenden Medizin“ feststellen, dass es sich um ein bislang noch un abgeschlossenes Konzept handelt, das sich den Entwicklungen auf dem Gesundheits- und Medizinmarkt anpasst (vgl. Kettner 2006: 15). Dazu gehört die Differenzierung der Medizin in die „kurative Medizin“ und die „wunscherfüllende Medizin“, mit samt den damit einhergehenden Implikationen (vgl. Kettner 2006: 15). Außerdem sind diesbezüglich für die „wunscherfüllende Medizin“ die Sozialpolitik des Wohlfahrtsstaats und die Rolle der Krankenkassen zu berücksichtigen, die wichtige Einflussfaktoren darstellen (vgl. Kettner 2006: 15).

Die Abhandlungen von Kettner (2006) zur „wunscherfüllenden Medizin“ lassen sich auf die Ethnochirurgie beziehen, da es sich bei der Ethnochirurgie um solche medizinischen Eingriffe am Körper des Individuums handelt, bei denen keine medizinische Indikation vorliegt. D.h. der jeweiligen Ethnochirurgie liegt ein Patientenwunsch zugrunde, der von dem Schönheitschirurgen in die Realität umgesetzt wird. Damit wird der ehemalige Patient zu einem Konsument, der sich am Portfolio des Schönheitschirurgen bedient. Dabei erfüllt sich der Konsument nicht nur eine körperanatomische Veränderung, sondern diese durchgeführte Ethnochirurgie wirkt sich, neben dem Körper, auch auf dessen Geist und die Seele aus, sodass die Ganzheit des Konsumenten von einer solchen Ethnochirurgie betroffen ist. Die Ethnochirurgie wird, wie bei der „wunscherfüllenden Medizin“ üblich, von dem Konsumenten selbst finanziert, da derartige medizinische Eingriffe nicht im Leistungskatalog der Krankenkassen enthalten sind. Die Bewirtschaftung des Körpers mittels Ethnochirurgie unterliegt damit der Marktlogik. Auch wird anhand der Ethnochirurgie die Kommerzialisierung und Ökonomisierung der Medizin deutlich, da sich ein Medizinmarkt für derartige medizinische Eingriffe ausgebildet hat, auf

dem Mediziner unterschiedlicher Professionen derartige Eingriffe anbieten. Gleichzeitig verweist dies auf die „Kommodifizierung des Körpers“. Im Zuge einer solchen Dienstleistungsorientierung erfahren die tradierten medizinethischen Grundlagen, wie auch die damit verbundene Arzt-Patient-Beziehung sowie der Berufsethos der Mediziner, eine Transformation. Dabei gilt es zu berücksichtigen, dass die Mediziner sich von den medizinischen Grundlagen entfremden. Ebenfalls wird anhand der Ethnochirurgie deutlich, dass diese medizinischen Modifikationen am Körper nicht auf den Grundlagen der Medizin basieren, sondern diese Eingriffe auf kaukasische Körperleitbilder und massenmediale Trends, wie Gesäßvergrößerungen, Verwestlichung der Gesichtsanatomie etc., zurückgehen. Dadurch dient die Ethnochirurgie als ein idealtypisches Beispiel für die „wunscherfüllende Medizin“, da hierbei das traditionelle Verständnis der Medizin keine Rolle mehr spielt und sich die Anbieter ethnochirurgischer Eingriffe, die oftmals auch zusätzlich noch die „kurative Medizin“ praktizieren, an der Nachfragesituation und den Konsumentenbedürfnissen auf dem Medizinmarkt orientieren.

2.4 Die Konsumsoziologie

2.4.1 Überblick über das konsumsoziologische Forschungsprogramm

In der Konsumsoziologie wird die Ganzheit des Konsums dargestellt, wozu der gesamte Ablaufprozess des Konsums von Dingen, wie auch von Dienstleistungen, gehören (vgl. Hellmann 2010: 179). Diesbezüglich widmet sich die Konsumsoziologie auch dem Aspekt der Bedürfnisbefriedigung, die durch den Konsum erfolgt (vgl. Hellmann 2010: 179). Damit wird deutlich, dass sich die konsumsoziologische Forschung von der wirtschaftswissenschaftlichen Konsumforschung abgrenzt, die sich ausschließlich auf die marktwirtschaftlichen Aspekte des Konsums konzentriert (vgl. Hellmann 2010: 179). Dieser wirtschaftswissenschaftlichen Konsumforschung liegt somit eine wissenschaftliche Determiniertheit zugrunde, basierend auf der ideologischen Grundlage dieser Wissenschaftsdisziplin und deren Monokausalität (vgl. Hellmann 2010: 179). Um diese Problematik zu vermeiden, liefert Hellmann (2010) einen Ansatz für die Konsumsoziologie, in der die multiplen Perspektiven der soziologischen Konsumforschung und zugleich die Diversität von Konsum erfasst sind (vgl. Hellmann 2010: 179). Im Rahmen der Konsumsoziologie existieren zwei sich diametral voneinander unterscheidbare Arten des Konsums, wobei der Konsum erster Ordnung, also der Basiskonsum, die Sicherstellung des Überlebens, also der Konsum zum Zwecke der Existenzsicherung des menschlichen Daseins im Sinne von Grundbedürfnissen gemeint ist, während der Konsum zweiter Ordnung jeglichen

Konsum umfasst, der nicht auf die damit verbundene Sicherstellung von Grundbedürfnissen abzielt und es sich somit um Luxuskonsum handelt (vgl. Hellmann 2010: 179f.).

Die Konsumsoziologie zeigt auf, dass die Konsumstile in Abhängigkeit von der jeweiligen Gesellschaftsform stehen, sodass in der archaischen Gesellschaft der archaische Konsumstil, in der hochkulturellen Gesellschaftsform der hochkulturelle Konsumstil und in der modernen Gesellschaft der moderne Konsumstil existiert (vgl. Hellmann 2010: 186).³⁷ In der derzeitigen modernen Gesellschaft existiert der moderne Konsumstil, was dazu geführt hat, dass der Konsum zweiter Ordnung dominiert (vgl. Hellmann 2010: 188). Die Tatsache, dass nunmehr der Luxuskonsum, anstatt der Basiskonsum, eine vorherrschende Stellung in dieser Gesellschaft einnimmt, ist auf die Sozialpolitik und die damit einhergehenden wohlfahrtsstaatlichen Transferleistungen an bedürftige Individuen zurückzuführen (vgl. Hellmann 2010: 188). Dabei ist der moderne Konsumstil charakteristisch für eine Überflussgesellschaft (vgl. Hellmann 2010: 188). Damit einher geht auch der abnehmende Bedeutungsverlust des schichtspezifischen Konsums, was dazu führt, dass jedes Individuum die Möglichkeit hat, am Konsum zu partizipieren (vgl. Hellmann 2010: 189). Jedoch ist der Konsum wiederum von den Rahmenbedingungen des Individuums abhängig, der sich dadurch auszeichnet, dass nicht nur der materielle Konsum, sondern auch der immaterielle Konsum zu berücksichtigen ist (vgl. Hellmann 2010: 189). Damit wird deutlich, dass die moderne Gesellschaft mit ihrem modernen Konsumstil eine Emanzipation von der Existenzsicherung vollzogen hat, die sich in einem maßlosen, wie auch grenzenlosen, Konsum zeigt (vgl. Hellmann 2010: 191). Zudem ist ersichtlich, dass der moderne Konsumstil weiterhin ein fester Bestandteil der modernen Gesellschaft ist, also sich keine Desintegration des Konsums von der Gesellschaft ergeben hat, obgleich dieses in der modernen Gesellschaft der idealtypische Fall gewesen wäre (vgl. Hellmann 2010: 188f., 192).

Abschließend lässt sich im Rahmen der Konsumsoziologie noch darlegen, dass in der Überflussgesellschaft der Konsum nicht zur Individualisierung, sondern zur Uniformität beiträgt (vgl. Hellmann 2010: 191). Außerdem ist im Kontext der neuen Medien zu berücksichtigen, dass sich im Zuge des E-Commerce neue Entwicklungen beim individuellen Konsumverhalten, u.a. durch neue Konsummuster, ergeben und sich dementsprechend das konsumsoziologische Forschungsfeld von der Offline-Welt in die Online-Welt verlagert (vgl. Hellmann 2010: 191f.).

³⁷ Das Abhängigkeitsverhältnis zwischen dem jeweiligen Konsumstil und der jeweiligen Gesellschaftsform zeigt Hellmann (2010) anhand des Rekurrens auf der Abhandlung von Polanyi (2001) auf.

2.4.2 Konzepte der Konsumsoziologie in Bezug zur Ethnochirurgie

2.4.2.1 Thorstein Veblen: Der demonstrative Konsum

Veblen (2011) beschäftigt sich mit den Lebens- und Arbeitsgewohnheiten bzw. dem Lebensstil der Oberklasse in einer aus unterschiedlichen sozialen Klassen strukturierten Gesellschaft (vgl. Veblen 2011: 21). Dabei ist für die Oberklasse, die Veblen (2011) als „müßige Klasse“ bezeichnet, charakteristisch, dass diese, im Gegensatz zu den übrigen sozialen Klassen, keinerlei für die Gesellschaft relevanter Erwerbstätigkeit nachgehen und somit nicht zur gesellschaftlichen Produktivkraft beitragen (vgl. Veblen 2011: 21f.). Dabei stellt Veblen (2011) im Rahmen seiner Analyse der sozialen Klassen dar, dass die zur Oberklasse gehörenden Gesellschaftsmitglieder von der normalen Arbeit freigestellt sind, während alle Gesellschaftsmitglieder der unteren sozialen Klassen keine Freistellung von dieser normalen Arbeit erhalten können (vgl. Veblen 2011: 22). Ebenso wird deutlich, dass innerhalb dieser Gesellschaft keine soziale Mobilität existiert und sich eine Segregation entsprechend der jeweiligen sozialen Klasse vollzogen hat (vgl. Veblen 2011: 22). Auch wird zum Ausdruck gebracht, dass es innerhalb der Oberklasse soziale Differenzierungen gibt, was sich anhand der dortigen Tätigkeitsbereiche zeigt (vgl. Veblen 2011: 22f.). Zusätzlich basiert dieses Klassifikationssystem der Oberklasse auf dem Prinzip der Abstammung und der Besitztümer (vgl. Veblen 2011: 86).

Neben dieser allgemeinen Beschreibung des Gesellschaftssystems konzentriert sich Veblen (2011) vor allem auf den Konsum der Oberklasse und die damit verbundene Distinktion gegenüber den anderen sozialen Klassen (vgl. Veblen 2011: 79f.). Der Konsum wird damit zu einem Statussymbol der Oberklasse (vgl. Veblen 2011: 80). Dabei handelt es sich vor allem um Luxuskonsum (vgl. Veblen 2011: 82). Dieser Luxuskonsum, der geschlechterspezifisch durch den Mann vorgenommen wird und sich dabei dem Müßiggang dieser Gesellschaftsschicht anpasst, ist dabei an bestimmte Voraussetzungen geknüpft, wozu die ästhetische Kompetenz gehört, die sich individuell im Sinne der ästhetischen Bildung angeeignet werden muss (vgl. Veblen 2011: 84). Die Besonderheit besteht vor allem darin, dass das jeweilige männliche Mitglied der Oberklasse die entsprechenden Luxusgüter auf dem Konsumgütermarkt identifiziert und wie dementsprechend der Konsum von solchen Luxusgütern abläuft (vgl. Veblen 2011: 84). Dafür wird von Veblen (2011) der Begriff des demonstrativen Konsums gebraucht, womit die Beziehung von Luxuskonsum und Sozialprestige beschrieben wird (vgl. Veblen 2011: 85).

Für den Lebensstil der Oberklasse ist zu berücksichtigen, dass dieser Lebensstil eine Orientierung für die übrigen sozialen Klassen darstellt, die diesbezüglich versuchen, unter den ihnen zur Verfügung stehenden Möglichkeiten, u.a. Barmittel, Zeit etc., diesem Lebensstil

nachzueifern (vgl. Veblen 2011: 92f.). Damit wird deutlich, dass in der Gesellschaft die Oberklasse als Trendsetter fungiert und der jeweilige Lebensstil der Distinktion und dem Sozialprestige dient (vgl. Veblen 2011: 92f.). Im Rahmen der Herstellung des konformen Lebensstils ist anzumerken, dass die Mittelklasse eine Mimese des Lebensstils der Oberklasse praktiziert, während die Unterklasse eine Mimese des Lebensstils der Mittelklasse vornimmt (vgl. Veblen 2011: 92f.).

Damit wird ersichtlich, dass in allen sozialen Klassen der demonstrative Konsum ausgeübt wird und dieser Konsum als Statussymbol des jeweiligen Individuums dient (vgl. Veblen 2011: 93). Ebenfalls ist für den demonstrativen Konsum und dem damit einhergehenden Sozialprestige zu bedenken, dass im Rahmen des Zivilisationsprozesses der Konsum die Muße überlagert (vgl. Veblen 2011: 94). Von ganz besonderer Bedeutung ist auch, dass der individuelle Reichtum, also der Wohlstand, in der Öffentlichkeit zur Schau gestellt wird und somit der öffentlich stattfindende demonstrative Konsum dazu angewandt wird, sich von den übrigen Gesellschaftsmitgliedern abzuheben bzw. Sozialprestige zu erlangen (vgl. Veblen 2011: 95). Diesbezüglich existiert wiederum ein Stadt-Land-Gegensatz, was dazu führt, dass die finanziellen Aufwendungen zum Zwecke des demonstrativen Konsums in der Stadtbevölkerung wesentlich höher sind als in der Landbevölkerung (vgl. Veblen 2011: 95). Dieses Ungleichgewicht bei den finanziellen Ausgaben für den demonstrativen Konsum ist darauf zurückzuführen, dass in der Stadtgesellschaft die soziale Mobilität wie auch die Interaktionsbeziehungen wesentlich ausgeprägter sind und damit die Gefahr eines Prestigeverlusts, mitsamt dem Verlust der Zugehörigkeit zu einer bestimmten sozialen Klasse, also der Angst, vor dem sozialen Abstieg einhergeht (vgl. Veblen 2011: 95). Gerade diese soziale Mobilität in Kombination mit der hohen Interaktionsdichte in der Stadtgesellschaft fordert von den dort lebenden Gesellschaftsmitgliedern einen hohen Tribut, da diese fast sämtliche finanziellen Ressourcen für den demonstrativen Konsum aufwenden und somit kaum finanzielle Rücklagen bilden können, was zu einem Leben am Existenzminimum führt (vgl. Veblen 2011: 95).

Dieser Stadt-Land-Gegensatz verdeutlicht, dass der zur Schaustellung von Wohlstand notwendige demonstrative Konsum auf dem Land wesentlich kostengünstiger ist als in der Stadt (vgl. Veblen 2011: 96). Dieser Vorteil auf dem Land ist darauf zurückzuführen, dass innerhalb der Landbevölkerung der gesellschaftliche Konkurrenzkampf geringer ist (vgl. Veblen 2011: 96). Gleichwohl ist für den demonstrativen Konsum, unabhängig vom Wohnort, ob in der Stadt oder auf dem Land, festzustellen, dass die finanziellen Aufwendungen für den demonstrativen Konsum von der sozialen Klasse abhängig sind, wobei die finanziellen Aufwendungen von der Oberklasse zur Unterklasse abnehmen (vgl. Veblen 2011: 96). Gleichzeitig stellen die finanziellen Aufwendungen, wohnortunabhängig, für den demonstrativen Konsum

eine Rückversicherung gegen den sozialen Abstieg und damit dem Prestigeverlust dar, indem die Konformität an den jeweiligen Lebensstil entsprechend der sozialen Klasse sichergestellt wird (vgl. Veblen 2011: 96). Abschließend ist noch für den demonstrativen Konsum festzustellen, dass nur durch diesen Luxuskonsum das Individuum einen Prestigegewinn erzielt, jedoch nicht durch den Basiskonsum, was dazu führt, dass die Konsumgüter des demonstrativen Konsums schlichtweg nicht lebensnotwendig sind, also der Existenzsicherung dienen (vgl. Veblen 2011: 103).

Die Abhandlung von Veblen (2011) lässt sich auf die Ethnochirurgie beziehen, da die Ethnochirurgie eine Form des demonstrativen Konsums darstellt. Dabei ist die Ethnochirurgie ein Konsumgut aus dem Luxuskonsumgütermarkt, der dazu dient, den gesellschaftlichen Status öffentlich zur Schau zu stellen. Ebenfalls dient die Ethnochirurgie der Distinktion, so versuchen die Gesellschaftsmitglieder der jeweiligen sozialen Klasse sich durch die ethnochirurgische Bewirtschaftung des Körpers von der darunter befindlichen sozialen Klasse zu distinguieren. Für die Oberklasse dient die Ethnochirurgie dazu, die gesellschaftlichen Macht- und Herrschaftsverhältnisse aufrechtzuerhalten, wie auch gleichermaßen den ethnochirurgisch optimierten Körper als Symbol des Wohlstands zu inszenieren. Ebenfalls lässt sich mithilfe von Veblen (2011) die gesamtgesellschaftliche Verbreitung von Ethnochirurgien im Sinne eines Massenphänomens erklären, da sich die übrigen sozialen Klassen an der in der Oberklasse praktizierten ethnochirurgischen Bewirtschaftung des Körpers orientieren. Die in der Oberklasse durchgeführten Ethnochirurgien dienen somit für die darunter befindlichen sozialen Klassen als eine Orientierungshilfe, welche Ethnochirurgie notwendig ist, um einer Exklusion zu entgehen. Somit werden durch die Oberklasse die entsprechenden Körpernormen definiert, hinsichtlich eines gesellschaftlich konformen Körpers. Die Ethnochirurgie ist somit für das Individuum ein wichtiges Instrument bezüglich einer Rückversicherung gegen das Risiko des sozialen Abstiegs. Damit wird deutlich, dass Impression Management durch den demonstrativen Konsum von Ethnochirurgien erfolgt und diese medizinischen Eingriffe am Körper eine Präventivstrategie gegen Risiken darstellt, die die Zugehörigkeit zu einer sozialen Klasse, mitsamt den damit verbundenen exklusiven Privilegien, gefährden. Mithilfe von Veblen (2011) lässt sich der Stadt-Land-Gegensatz bezüglich der ethnochirurgischen Bewirtschaftung des Körpers erklären. So sind aufgrund der in der Stadtgesellschaft existierenden Dynamiken, gerade im Kampf um soziale Exklusivität, wie auch die permanente Gefahr des sozialen Abstiegs, also der Verlust der sozialen Zugehörigkeit, wesentlich höher als auf dem Land, sodass der einzelne Stadtbewohner wesentlich größere Anstrengungen im Rahmen der ethnochirurgischen Bewirtschaftung des Körpers unternehmen muss als ein Landbewohner. Des Weiteren ist noch anzumerken, dass die

Ethnochirurgie als Erscheinungsform des demonstrativen Konsums der Selbstinszenierung des Individuums dient, wodurch das Individuum sich vor allem einen Zugewinn an Prestige erhofft.

3. Ethnochirurgie: Internationale Studien, empirische Befunde, theoretische Analysen

In der sozialwissenschaftlichen Referenzliteratur zu Ethnochirurgien lassen sich drei unterschiedliche Herangehensweisen an diese Thematik identifizieren. Dazu gehören erstens die zeitgeschichtlichen Arbeiten, die sich mit der Entstehung und Entwicklung von Ethnochirurgien, unter besonderer Berücksichtigung der jeweils zeitgeschichtlichen Kontexte, beschäftigen. Zweitens die Länderstudien, in denen die länderspezifischen Rahmenbedingungen von Ethnochirurgien dargestellt werden. Drittens die theoretischen Arbeiten zu Ethnochirurgien, die eine allgemeine Herangehensweise an diese Thematik verfolgen, also historische und länderspezifische Aspekte nicht in den Fokus stellen, sondern versuchen, eine theoretische Fundierung, ebenso wie eine wissenschaftstheoretische Erfassbarkeit, der ethnochirurgischen Körperbewirtschaftung vorzunehmen. Diesen einzelnen Arbeiten liegen jeweils entsprechende soziologische Abhandlungen aus der Körpersoziologie von Bourdieu (1994, 2005), Elias (1994, 1997), Foucault (1994, 2012), Goffman (2003, 2008), Hakim (2011), von Kettner (2006) aus der Medizinsoziologie und von Veblen (2011) aus der Konsumsoziologie zugrunde. Dementsprechend lassen sich diese Forschungsarbeiten der Körpersoziologie, der Medizinsoziologie und der Konsumsoziologie zuordnen, wobei eine Zuordnung in mehr als eine dieser speziellen Soziologien möglich ist.

3.1 Die zeitgeschichtlichen Arbeiten

Die Arbeit von Gilman (2001) beschäftigt sich mit der zeitgeschichtlichen Entwicklung der ästhetisch-plastischen Chirurgie, wobei der Schwerpunkt vor allem auf der Entstehung und Entwicklung der Ethnochirurgie sowie auf jüdischen Individuen liegt, die die ethnochirurgische Bewirtschaftung des Körpers durchführen lassen. Diesbezüglich beschreibt Gilman (2001) das „Passing“ mittels Ethnochirurgie, indem sich das Individuum durch die ethnochirurgische Veränderung der Körperanatomie bzw. durch körperanatomische Eigenschaften, die ein Stigma darstellen, dem Exklusionsprozess widersetzt und zugleich positive psychologische Folgewirkungen erzielt (vgl. Gilman 2001: 21-26). Bei diesem „Passing“ geht es nach Gilman (2001) vor allem darum, dass durch die Ethnochirurgie ein Transformationsprozess des Individuums eingeleitet wird, in dessen Verlauf mittels der Ethnochirurgie die negativen Eigenschaften der Körperanatomie bei nicht-kaukasischen Ethnien eliminiert werden, sodass die Möglichkeit der Inklusion eröffnet wird und dabei der Schönheitschirurg die Rolle eines Erfüllungsgehilfen

bzw. Gatekeepers übernimmt (vgl. Gilman 2001: 22f.). Dass körperanatomische Stigma existieren mit denen entsprechende negative Zuschreibungen bei nicht-kaukasischen Ethnien einhergehen und denen zugleich die „Rassenfrage“ zugrunde liegt, verdeutlicht Gilman (2001) am Beispiel von Nasen bzw. des Gesichts sowie die damit verbundenen länderspezifischen Entwicklungen von Märkten der Ethnochirurgie mitsamt kulturspezifischer Ethnochirurgien (vgl. Gilman 2001: 85-118). Dabei macht Gilman (2001) deutlich, dass der Sinn und Zweck von Ethnochirurgien darin besteht, eine Entethnisierung, also die „Verwestlichung des Körpers“ zu vollziehen, also die Aufgabe der Zugehörigkeit zu einer nicht-kaukasischen Ethnie zugunsten der Zugehörigkeit zu Kaukasiern, indem bei Ethnochirurgien die Körperanatomie der Kaukasier als anzustrebendes Ideal angewandt wird (vgl. Gilman 2001: 85-118). Ebenfalls zeigt Gilman (2001) am Beispiel von jüdischen Immigranten in den USA auf, dass die Ethnochirurgie ein wichtiger Bestandteil des Integrations- und Assimilationsprozesses ist (vgl. Gilman 2001: 186-198). Abschließend ist zu Gilman (2001) und dessen Konzept des „Passings“ noch hinzuzufügen, dass dieser die Grundlagen dafür im Zeitalter der Aufklärung verortet, wobei im „Passing“ neben dem physischen vor allem der psychische Aspekt, insbesondere das Glücksversprechen durch die Ethnochirurgie eine entscheidende Rolle, vor dem Hintergrund der eintretenden Entstigmatisierung, spielt (vgl. Gilman 2001: 329-334). In der Abhandlung von Gilman (2001), die das Spektrum der Medizin- und Körpersoziologie abdeckt, lassen sich Versatzstücke aus den soziologischen Abhandlungen von Bourdieu (1994, 2005), Elias (1994, 1997), Foucault (1994, 2012), Goffman (2003) und Kettner (2006) identifizieren.

Weitere Studien, die sich mit der Entstehung und Entwicklung von Ethnochirurgien unter dem Aspekt der „Verwestlichung des Körpers“ sowie der damit verbundenen Professionalisierung des Berufs des Schönheitschirurgen und der zunehmenden Normalisierung solcher medizinischen Eingriffe beschäftigen, sind die Arbeiten von Haiken (1997) für die USA und die Arbeit von Ramsbrock (2011) für Deutschland.

3.2 Die Länderstudien

3.2.1 USA

Die Arbeit von Kaw (2003) befasst sich mit den Motiven zur ethnochirurgischen Bewirtschaftung des Körpers bei Asian-Americans, vor allem im Bereich des Gesichts, denen die Diskurse zu „Rasse“ und Geschlecht zugrunde liegen (vgl. Kaw 2003: 197). Diesbezüglich zeigt Kaw

(2003), wie sich Schönheitschirurgen diesen Diskursen mitsamt den darin beinhalteten Stigmata bemächtigen, um eine geschlechterspezifische, wie auch ethnien-spezifische, Nachfragesituation nach Ethnochirurgien bei Frauen zu generieren (vgl. Kaw 2003: 197f.). In diesem Kontext macht Kaw (2003) deutlich, dass es sich um eine Verbraucher-manipulation bei den betroffenen weiblichen Asian-Americans handelt, in dem die Schönheitschirurgen, u.a. mittels dem Expertenstatus bei der medizinischen Körperbewirtschaftung, ganz bewusst auf die Stigmata abstellen, die den Angehörigen der Asian-Americans vorgehalten werden und sich mittels Ethnochirurgien, mitsamt der erfolgenden körperlichen Verwestlichung, beheben lassen (vgl. Kaw 2003: 198). Dabei verweist Kaw (2003) darauf, dass sich anhand des Körpers bestimmte Charaktereigenschaften ableiten lassen, wobei dem asiatischen Körper negative Charaktereigenschaften zugeordnet werden, woraus sich auch negative psychologische Folgeerscheinungen für das Individuum ergeben (vgl. Kaw 2003: 198). Ebenfalls weist Kaw (2003) nach, dass die Medizin und deren gesellschaftlicher Stellenwert im Sinne eines Expertenstatus maßgeblich dazu beiträgt, dass sich bestimmte Idealvorstellungen des Frauseins, wie auch Stigmata von nicht-kaukasischen Ethnien, im gesellschaftlichen Denken manifestiert haben, was wiederum dazu führt, dass Frauen ethnochirurgische Eingriffe durchführen lassen, um diesem Ideal zu entsprechen und gleichermaßen eine Entstigmatisierung zu erreichen (vgl. Kaw 2003: 198). Die Disziplinierung und Normierung des Körpers bei Asian-Americans verortet Kaw (2003) in der Konsumgesellschaft, in der die Medizin das entsprechende Expertenwissen im Rahmen einer Dienstleistung zur Verfügung stellt, sodass die Ethnochirurgie eine Form der Medikalisierung darstellt, die die Physis, wie auch die Psyche, gleichermaßen miteinschließt (vgl. Kaw 2003: 198). Außerdem legt Kaw (2003) dar, dass sich die weiblichen Asian-Americans in einem unendlichen Teufelskreis befinden, indem diese zu Opfern der Medizin, wie auch des Narzissmus, geworden sind, deren Folge der Selbstzwang, wie auch die Flucht nach der ethnochirurgischen Bewirtschaftung des Körpers zum Zwecke physischer Normkonformität und positiver Psyche sind (vgl. Kaw 2003: 198). Die Arbeit von Kaw (2003), die die Körper- und Medizinsoziologie umfasst, enthält dabei Versatzstücke der soziologischen Theoretiker Foucault (1994), Goffman (2003, 2008) und Kettner (2006).

Andere Studien, die sich mit dem amerikanischen Markt für Ethnochirurgien auseinandersetzen, stammen von Lieu (2011), Oh (2008), Ouellette (2009), Palumbo-Liu (1999) und Zane (2003), wobei sich diese Studien allesamt auf die ethnochirurgische Körperbewirtschaftung bei Asiaten bzw. Asian-Americans konzentrieren.

3.2.2 Südkorea

Die Arbeit von Davies/Han (2011) konzentriert sich auf das Phänomen der Populärkultur von Ethnochirurgien, die in Südkorea aufgrund der massenmedialen Rezeption, insbesondere durch das Internetzeitalter, zu einem festen Bestandteil der Konsumgesellschaft, mitsamt der „Kommodifizierung des Körpers“, geworden sind und es werden diesbezüglich die Ursachen für diese Normalisierung der ethnochirurgischen Bewirtschaftung des Körpers, mitsamt den Implikationen auf die Nachbarländer, wie China, dargestellt, die ebenfalls unter der Einflussosphäre dieser südkoreanischen Populärkultur stehen und sich dort ebenfalls dieselben Entwicklungstendenzen hinsichtlich der ethnochirurgischen Bewirtschaftung des Körpers abzeichnen (vgl. Davies/Han 2011: 146f.). Dabei machen Davies/Han (2011) darauf aufmerksam, dass diese gesellschaftlichen Entwicklungen bezüglich der Ethnochirurgie, also der gesellschaftliche Positivismus in Bezug auf diese Thematik, erst seit dem 21. Jahrhundert existiert und auf die südkoreanische Populärkultur der „Hallyu“ bzw. „Korean wave“ zurückzuführen ist, die diesbezüglich einen katalysatorischen Effekt auf nationaler wie auch internationaler Ebene erzeugt (Davies/Han 2011: 146f.). Einen zusätzlichen Anteil an der Entwicklung der südkoreanischen Populärkultur der ethnochirurgischen Bewirtschaftung des Körpers hat nach Davies/Han (2011) auch die Herausbildung der dortigen Digitalisierung der Lebenswelt (vgl. Davies/Han 2011: 147). Zudem verdeutlichen Davies/Han (2011), dass für die Vermarktung von Ethnochirurgien vor allem Celebrities genutzt wurden, die als Werbeträger von Schönheitskliniken fungierten und diese Marketingkampagnen, neben den alten Medien, vor allem in den neuen Medien stattfinden (Davies/Han 2011: 148). Zusätzlich stellen Davies/Han (2011) fest, dass die positive Konnotation der ethnochirurgischen Bewirtschaftung des Körpers in der südkoreanischen Gesellschaft darauf zurückzuführen ist, dass diese für das Individuum ausschließlich nur Vorteile mit sich bringt, die sich neben der psychischen Ebene, vor allem in den sozialen und ökonomischen Lebensbereichen zeigen (Davies/Han 2011: 149). Für die ethnochirurgische Bewirtschaftung des Körpers betonen Davies/Han (2011), dass damit eine Verwestlichung des asiatischen Körpers erreicht werden soll, da dieser kaukasische Körper als Körperleitbild und gleichermaßen als Statussymbol des erfolgreichen Koreaners dient (vgl. Davies/Han 2011: 150). Zusätzlich merken Davies/Han (2011) an, dass durch das Internet die potenziellen Konsumenten über wesentlich schnellere Möglichkeiten der Informationsbeschaffung zu Ethnochirurgien verfügen, was dazu geführt hat, dass die Marketingkampagnen in den neuen Medien ausschließlich die Vorteile solcher Ethnochirurgien für das Individuum präsentieren, um eine Manipulation im Willensbildungs- und Entscheidungsprozess für einen solchen medizinischen Eingriff herbeizuführen, wie dies auch bei den Marketingkampagnen in den alten Medien gemacht worden

ist (vgl. Davies/Han 2011: 151). Von besonderer Relevanz ist nach Davies/Han (2011) auch die Tatsache, dass die Entethnisierung des asiatischen Körpers vielfach mehrerer nacheinander durchzuführender Ethnochirurgien bedarf, wobei in den Marketingkampagnen nicht das Rechtfertigungsnarrativ der Verwestlichung für diese Ethnochirurgien angewandt wird, sondern schlichtweg von der Herstellung medizinischer Schönheitsideale gesprochen wird, also eine Verbrauchertäuschung vorliegt (vgl. Davies/Han 2011: 152). Ebenfalls widmen sich Davies/Han (2011) der Internationalisierung der südkoreanischen Schönheitschirurgie, in dem diese die Reputation südkoreanischer Schönheitschirurgen in China basierend auf der südkoreanischen Populärkultur „Hallyu“ bzw. „Korean wave“ und die Arbeitsmigration südkoreanischer Schönheitschirurgen nach China darstellen (vgl. Davies/Han 2011: 152f.). Zusätzlich weisen Davies/Han (2011) darauf hin, dass die Patientenbiographien in China dieselben wie in Südkorea sind und auch in China eine Digitalisierung der Lebenswelt erfolgt, wobei die dortigen autoritären Macht- und Herrschaftsverhältnisse die Fluchtbewegung der Individuen hin zur Körperbewirtschaftung forcieren, in dem die thematische Schwerpunktsetzung der Massenmedien auf dem Gebiet des Unpolitischen liegt, somit also überwiegend der Unterhaltung der Rezipienten dient (vgl. Davies/Han 2011: 153). Letztlich konstatieren Davies/Han (2011), dass die ethnochirurgische Bewirtschaftung des Körpers, gleichwohl in China, wie auch in Südkorea, auf der Grundlage des Rechtfertigungsnarrativs der Selbstverbesserung erfolgt (Davies/Han 2011: 154). Abschließend betrachten Davies/Han (2011) noch die Ethnochirurgie nach südkoreanischer Prägung als ein nationalstaatliches Exportgut und deren globale Strahlkraft, was sich auch an der Gestaltung der Webseiten von südkoreanischen Schönheitskliniken belegen lässt, die im Gegensatz zu chinesischen Schönheitskliniken als mehrsprachige Webseiten konzipiert sind (vgl. Davies/Han 2011: 154). Die Arbeit von Davies/Han (2011) ist der Körpersoziologie zuzuordnen, wobei soziologische Abhandlungen von Bourdieu (1994, 2005), Elias (1994, 1997) und Foucault (1994, 2012) angewandt werden.

Neben der Arbeit von Davies/Han (2011) existieren weitere Studien von Elfving-Hwang (2013) und Holliday/Elfving-Hwang (2012) für den südkoreanischen Markt der Ethnochirurgie.

3.2.3 China

Die Arbeit von Brownell (2005) konzentriert sich auf die Entstehung und Entwicklung des chinesischen Markts für Ethnochirurgien seit den 1980er Jahren im Kontext des Globalen und Lokalen sowie des Nationalismus (vgl. Brownell 2005: 132). Von besonderem Interesse ist für

Brownell (2005) dabei die Implementation dieser globalen kulturellen Körperbewirtschaftungspraxis als Erscheinungsform des Transnationalismus in die lokalen Rahmenbedingungen (vgl. Brownell 2005: 132). Zur Erfassung des chinesischen Markts für Ethnochirurgien nutzt Brownell (2005) das Konzept des Transnationalismus, wobei diese bezüglich der Ethnochirurgie konstatiert, dass die Verbreitung dieser Körperbewirtschaftungspraxis, die ihre Verortung in der westlichen Welt hat, erst durch transnationalistische Erscheinungsformen erfolgt, also diese Körperbewirtschaftungspraxis vom Globalen auf das Lokale übergeht (vgl. Brownell 2005: 132ff.). Für Brownell (2005) ist vor allem der Verlaufsprozess von Interesse, wie die kulturelle Deutungsumkehr der Ethnochirurgie von einer globalen zu einer lokalen Körperbewirtschaftungspraxis abläuft, u.a. bei der Augenlidchirurgie und gerade vor dem Hintergrund, dass diese ethnochirurgische Körperbewirtschaftung vor dem nationalen Transformationsprozess ab den 1990er Jahren, also zu Zeiten des sozialistischen Chinas eine Stigmatisierung erfahren hat, die zwischen den 1950er Jahren und 1980er Jahren andauerte (vgl. Brownell 2005: 135f.). Die Stigmatisierung der Ethnochirurgie ist nach Brownell (2005) an das chinesische Klassendenken als Folge des Kommunismus gekoppelt und diese Körperbewirtschaftungspraxis gilt als Ausdrucksform der Dekadenz der Bourgeoisie, wobei zugleich auch der Diskurs des Fachgebiets der plastischen Chirurgie zwischen den Bereichen der ästhetisch-plastischen Chirurgie, die negativ konnotiert war und der rekonstruktiv-plastischen Chirurgie, die positiv konnotiert war, geführt wurde (vgl. Brownell 2005: 136-140). Das Ende der Kulturrevolution und deren Körperfeindlichkeit dienen der ethnochirurgischen Bewirtschaftung des Körpers nach Brownell (2005) als Katalysator, wobei der Aufbau der medizinischen Infrastruktur und der Wissenschaftsdisziplin plastische Chirurgie mit dem Schwerpunkt der ästhetisch-plastischen Chirurgie vor allem im Rahmen der Arbeitsmigration westlicher Schönheitschirurgen sowie durch den chinesischen Schönheitschirurgen Song Ruyao erfolgte (vgl. Brownell 2005: 139ff.). Dazu merkt Brownell (2005) an, dass der mit dem Ende der Kulturrevolution und des Maoismus einsetzende wirtschaftliche, soziale und politische Transformationsprozess den „Kult um den Körper“ hervorgebracht hat, in dessen Folge sich auch der Transformationsprozess in der Gesichtsanatomie im Zuge der Augenlidchirurgie abzeichnete, die nunmehr die Westausrichtung Chinas symbolisierte (vgl. Brownell 2005: 141f.). Diesbezüglich verdeutlicht Brownell (2005), dass die Rahmenbedingungen maßgeblich über die Normalisierung einer solchen ethnochirurgischen Körperbewirtschaftung innerhalb der Gesellschaft entscheiden, also eine vormals vom Klassenfeind, also des Westens, praktizierte Körperbewirtschaftungspraxis erst ab den 1980er Jahren durch das Ende des ideologischen Weltbilds Maos durch eine neue Ideologie ersetzt wurde und dadurch neue Lesarten bzw. Deutungsmuster einhergehen, die nunmehr einen Antagonismus zum Maoismus darstellen (vgl. Brownell 2005: 142). Schließlich stellt Brownell

(2005) eine Zäsur in China bei Ethnochirurgien im Zuge der diametralen Veränderung der Rahmenbedingungen fest, in deren Folge die Überführung einer globalen, westlichen Körperbewirtschaftungspraxis in eine nationale Körperbewirtschaftungspraxis erfolgt, wozu vor allem das Selbstverständnis chinesischer Schönheitschirurgen beigetragen hat, in dem diese eine hegemoniale Vormachtstellung auf dem Gebiet der ästhetisch-plastischen Chirurgie für sich reklamierten (vgl. Brownell 2005: 142ff.). Dazu gibt Brownell (2005) zu bedenken, dass auf dem Gebiet der Ethnochirurgien die chinesische Medizin vor allem westliche Erkenntnisse und Hilfen in Anspruch genommen hat, u.a. in Form von Public-private-Partnerships zum Aufbau der medizinischen Infrastruktur, es sich also um ein Gemeinschaftsprojekt aus westlichen und asiatischen Medizinkenntnissen handelt (vgl. Brownell 2005: 144f.). Ebenso verweist Brownell (2005) darauf, dass die medizinische Infrastruktur bei Ethnochirurgien ein nationales Prestigeprojekt ist und somit China seinen Platz im globalen Körperbewirtschaftungsmarkt hat (vgl. Brownell 2005: 145f.). Zudem widmet sich Brownell (2005) der Augenlidchirurgie, wobei diese die Lesart dieser ethnochirurgischen Veränderung im Gesicht bezüglich deren Deutung im Spannungsverhältnis zwischen Verwestlichung, Herstellung nationaler Identität und „Bewahrung der Ethnie“ darstellt, wobei es sich jedoch tendenziell eher um eine Verwestlichung handelt (vgl. Brownell 2005: 146-149). Abschließend konstatiert Brownell (2005), dass sich bei der ethnochirurgischen Bewirtschaftung des Körpers in China aufzeigen lässt, wie sich die Überführung einer westlichen und globalen Körperbewirtschaftungspraxis in eine nationale Körperbewirtschaftungspraxis vollzieht (vgl. Brownell 2005: 149). Außerdem zeigt Brownell (2005) auf, dass die Ethnochirurgie die „Rassenzugehörigkeit“ zur Disposition stellt und diese Thematik der Körperbewirtschaftungspraxis im Kontext der kulturellen Globalisierung verortet und dieses auch die Identitätspolitik beinhaltet (vgl. Brownell 2005: 150). Die Arbeit von Brownell (2005) ist der Körpersoziologie zuzuordnen und es befinden sich darin entsprechende Bezüge zur soziologischen Abhandlung von Elias (1994, 1997) und Goffman (2003).

Zusätzlich zu der Studie von Brownell (2005) befassen sich die Studien von Hua (2013), Jha (2016) und Xu/Feiner (2012) mit dem Markt für Ethnochirurgien in China.

3.2.4 Brasilien

Die Arbeit von Edmonds (2010) ist eine vollumfängliche Studie zum Thema Ethnochirurgien in Brasilien, die den Facettenreichtum dieser Bewirtschaftungspraxis des Körpers darstellt. Dabei gibt Edmonds (2010) zu bedenken, dass, neben dieser medizinischen Körperbewirtschaftungspraxis zur Herstellung des erotischen Körpers, vor allem die Kleidung angewandt wurde

und sich daraus eine entsprechende Distinktion ergab (vgl. Edmonds 2010: 239). Ebenfalls konzentriert sich Edmonds (2010) auf das weibliche Alleinstellungsmerkmal, die Brust, wozu dieser die Aufladung und den Zuschreibungsprozess dieses Körperteils im Sinne der vollkommenen Weiblichkeit bezüglich Sexualität und Natürlichkeit darlegt und aufzeigt, wie die Kleidung dieses Körperteil in Szene setzt (vgl. Edmonds 2010: 239f.). Ebenfalls verdeutlicht Edmonds (2010), dass die Ethnochirurgie keine mit privilegierender Exklusivität aufgeladene Körperbewirtschaftungspraxis darstellt, die gleichermaßen den äußeren, wie auch inneren, Körper der Frau betrifft und zudem dieser Körperbewirtschaftungspraxis ein Diskurs zum Thema Weiblichkeit zugrunde liegt (vgl. Edmonds 2010: 240). Daraus ergibt sich nach Edmonds (2010) auch die Sonderstellung der Ethnochirurgie, da diese anders als andere Körperbewirtschaftungspraxen den natürlichen Körper betrifft, anstatt nur den sozialen Körper, es handelt sich also um einen Eingriff in die Natur des Individuums bzw. in die natürliche Weiblichkeit (vgl. Edmonds 2010: 240). Außerdem verweist Edmonds (2010) darauf, dass die Ethnochirurgie die Arbeit am Rohkörper bedeutet, also der nackte Körper im Fokus steht und dabei aus dem Kontext des sozialen Geschlechts mitsamt dessen Körper herausgelöst wird, wobei diese Bewirtschaftungspraxis den Körper vom „Naturkörper“ zum „Kulturkörper“ transformiert (vgl. Edmonds 2010: 240ff.). In diesem Kontext zeigt Edmonds (2010) auch die fließenden Grenzen zwischen dem natürlichen und künstlichen Körper auf und es wird deutlich, dass die Medikalisierung gleichermaßen Implikationen auf den natürlichen Körper und das Individuum hat und dadurch das Individuum die Kontrolle über den natürlichen Körper und dessen Funktionen bzw. Eigenschaften erlangt (vgl. Edmonds 2010: 242f.). Diesbezüglich nennt Edmonds (2010) die Ethnochirurgie und stellt dar, dass es dort um die Bewirtschaftung der sekundären Geschlechtsmerkmale geht und vor allem solche Körperteile, gerade bei Frauen, einer ethnochirurgischen Bewirtschaftung unterliegen, die eine hohe Symbolkraft besitzen und eine Herstellung bzw. Wiederherstellung von Weiblichkeit darstellen (vgl. Edmonds 2010: 243f.). Dazu merkt Edmonds (2010) an, dass im Kontext gesellschaftlicher und zeitlicher Prozesse unterschiedliche natürliche bzw. körperliche Voraussetzungen einen Bedeutungswandel erfahren, wozu vor allem die Aufwertung des körperlichen Kapitals im Sinne der physischen Attraktivität gehört und entsprechende Bewirtschaftungsmaßnahmen ergriffen werden, sich also das Individuum an veränderte Rahmenbedingungen anpasst (vgl. Edmonds 2010: 245). Der medizinisch-technische Fortschritt konzentriert sich nach Edmonds (2010) auch auf die Medikalisierung der Sexualität, also die Entkopplung von Sexualität und Fortpflanzung im Zuge der Säkularisierung und Moderne (vgl. Edmonds 2010: 245f.). Die Moderne und der Kapitalismus finden nach Edmonds (2010) ihren Ausdruck vor allem in der Schönheitskultur, wobei der Kapitalismus eine voll-

ständige Durchdringung der Lebenswelt und des Individuums, also auch dessen Körper, darstellt (vgl. Edmonds 2010: 246). Die Expansion des Kapitalismus hat nach Edmonds (2010) auch zur Folge, dass das ökonomische, kulturelle und erotische Kapital einen Bedeutungsgewinn erfahren hat und diese Kapitalsorten dazu beitragen, dass die bestehenden Macht- und Herrschaftsverhältnisse zur Disposition gestellt werden, was wiederum Auswirkungen auf die Frau und deren neue Freiheiten hat (vgl. Edmonds 2010: 246f.). Von besonderer Relevanz bezüglich der Kapitalsorten ist nach Edmonds (2010) in dieser kapitalistischen Gesellschaft das körperliche Kapital, vor allem der damit verbundene Imperativ des schönen Körpers und dessen Transformierbarkeit in andere Kapitalsorten, wodurch vor allem das Individuum profitiert (vgl. Edmonds 2010: 247). Dieses veranschaulicht Edmonds (2010) anhand des homosexuellen Mannes und bei Transvestiten, die das körperliche Kapital bzw. das erotische Kapital, bedingt durch deren Transformierbarkeit, zu eigenem ökonomischen und sozialen Vorteil einsetzen und somit existierende soziale Demarkationslinien überschreiten können, deren Körper also zu einem Gatekeeper werden (vgl. Edmonds 2010: 247f.). In diesem Kontext betont Edmonds (2010) nochmals, dass Frauen ebenfalls ihr körperliches Kapital zu persönlichen Zwecken der Verbesserung der Lebenssituation einsetzen können (vgl. Edmonds 2010: 248f.). So dient der „kommodifizierte weibliche Körper“, wie Edmonds (2010) aufzeigt, der Rekonfiguration der Rolle der Frau, was vor dem Hintergrund geschlechterspezifischer Zuschreibungsprozesse erfolgt (vgl. Edmonds 2010: 249). Jedoch gibt Edmonds (2010) zu bedenken, dass in der Schönheitskultur für die Frau sich neue Freiheiten und neue Risiken eröffnen, also Freiheit und Unfreiheit beieinander liegen und dadurch sich die Macht bzw. Wirkungsmächtigkeit des körperlichen bzw. erotischen Kapitals relativiert (vgl. Edmonds 2010: 249f.). Im Hinblick auf die physische Attraktivität und das damit verbundene körperliche Kapital führt Edmonds (2010) aus, dass in der Gesellschaft klassenspezifische Körper existieren, die die Klassengrenzen darstellen, jedoch mittels entsprechender Investitionsbereitschaft in das körperliche Kapital eine soziale Mobilität, also die Überwindung solcher Klassengrenzen, möglich ist (vgl. Edmonds 2010: 250). Diesbezüglich hebt Edmonds (2010) die Macht der physischen Attraktivität für unterprivilegierte Gesellschaftsmitglieder hervor und betont die multiple Einsatzmöglichkeit dieser physischen Attraktivität im gesellschaftlichen bzw. sexuellen Kontext, wie die Suche nach einem Sexualpartner oder auf dem Partnermarkt im Allgemeinen, denn auf solchen Märkten ist ausschließlich die physische Attraktivität von Relevanz, sodass dort die eigentlichen Klassengrenzen de facto nicht mehr existieren (vgl. Edmonds 2010: 250f.). Des Weiteren beschreibt Edmonds (2010), dass die „Demokratisierung der Schönheit“, wozu vor allem die Ethnochirurgie beiträgt, auch einen erheblichen Anteil zur Verringerung der sozialen Ungleichheit

leistet (vgl. Edmonds 2010: 251f.). Außerdem stellt Edmonds (2010) fest, dass unterprivilegierten Gesellschaftsmitgliedern vielfach nur das körperliche Kapital und damit vor allem die physische Attraktivität zur Verfügung steht und diese sich dieser Kapitalsorte bemächtigen sollen, da ökonomisches Kapital und/oder kulturelles Kapital aufgrund der Lebenssituation, nicht wie bei den privilegierten Gesellschaftsmitgliedern, vorhanden ist (vgl. Edmonds 2010: 252). Damit plädiert Edmonds (2010) dafür, dass die unterprivilegierten Gesellschaftsmitglieder, vor allem Frauen, das Potential des Körpers vollumfänglich ausschöpfen, womit dieser vor allem die physische Attraktivität meint und somit die Distinktion zwischen Arm und Reich sich in Auflösung befindet und es sich zudem um eine Exit-Strategie aus der Armut handelt (vgl. Edmonds 2010: 252). Die Arbeit von Edmonds (2010) ist der Körpersoziologie zuzuordnen. Dabei nutzt Edmonds (2010) in seiner Arbeit die soziologischen Abhandlungen von Bourdieu (1994, 2005) und Hakim (2011).

3.2.5 Japan

Die Arbeit von Miller (2006) beschäftigt sich mit den Körperbewirtschaftungspraxen in der japanischen Konsumgesellschaft, wobei diese Bewirtschaftung des Körpers als „Kreolisierung“ und nicht als Verwestlichung verstanden wird, sodass ein Schmelztiegel aus japanischen und globalen, zumeist westlichen Bestandteilen, der dortigen Schönheitskultur entstanden ist (vgl. Miller 2006: 2-5). Dabei rekonstruiert Miller (2006) auch die Dichotomie des Feminismus bezüglich der Körperbewirtschaftungspraxis bei Frauen und das feministische Weltbild des Schwarz-Weiß-Denkens bezüglich dieser Thematik (vgl. Miller 2006: 6ff.). Ebenfalls verdeutlicht Miller (2006), dass vor allem Frauen in Japan entsprechende Körperbewirtschaftungspraxen nutzen und im Allgemeinen diese Körperbewirtschaftungspraxen ein Bestandteil des japanischen Nationalcharakters darstellen, womit die Herstellung gesellschaftskonformer Körper gemeint ist, also darin der Handlungsimperativ der Körperbewirtschaftung enthalten ist (vgl. Miller 2006: 9f.). Diesbezüglich verweist Miller (2006) auf den Stellenwert des Körpers in der Konsumgesellschaft und die damit einhergehende Wechselbeziehung für das Individuum bezüglich dessen physischen Erscheinungsbilds des Körpers und dessen Charaktereigenschaften (vgl. Miller 2006: 11f.). Ebenso widmet sich Miller (2006) der Rolle der Massenmedien bei der gesamtgesellschaftlichen Expansion der Körperbewirtschaftungspraxen und der Tatsache, dass der Körper zu der relevantesten Strukturkategorie geworden ist (vgl. Miller 2006: 17f.). Besonders detailliert beschreibt Miller (2006) auch die zeitgeschichtliche Entwicklung des gegenwärtigen Kults um den Körper in der japanischen Gesellschaft, wobei die 1990er Jahre eine Zäsur darstellen, in deren Folge sich ein auf Basis der „Kreolisierung“ entstandenes Körperleitbild

etabliert hat und letztlich vor allem das weibliche Geschlecht einem Schönheitsterror ausgesetzt wird (vgl. Miller 2006: 19-39). Dabei zeigt Miller (2006) geschlechterspezifisch auf, dass Frauen gleichermaßen der Selbstermächtigung und Selbstunterwerfung im Kontext der körperlichen Bewirtschaftungspraxen ausgesetzt sind, während diesbezüglich die Männer ausschließlich von der Selbstunterwerfung betroffen sind (vgl. Miller 2006: 204f.). Ebenso gibt Miller (2006) zu bedenken, dass bei den dortigen Körperbewirtschaftungspraxen inländische und ausländische Vorstellungen von Schönheitsidealen sowie Körperleitbildern zusammenfallen, womit mitnichten eine Entethnisierung und Verwestlichung erfolgen, sondern die „Bewahrung der Ethnie“ und die Optimierung der asiatischen Körperanatomie erreicht werden (vgl. Miller 2006: 205). Außerdem stellt Miller (2006) fest, dass die Schönheit eine Erscheinungsform von Kultur ist und damit soziokulturelle Faktoren die nationale Schönheitskultur in Japan generieren (vgl. Miller 2006: 205). Schließlich verweist Miller (2006) auch darauf, dass der Konsum von Körperbewirtschaftungspraxen mitsamt den damit verbundenen Wunschvorstellungen keine Entkopplung vom Lokalen darstellt, sondern ganz bewusst die Herstellung bzw. Verbindung zu nationaler und kultureller Identität erfolgt (vgl. Miller 2006: 205f.). Die Arbeit von Miller (2006) ist der Körper- und Medizinsoziologie zuzuordnen und diese nutzt darin die soziologischen Abhandlungen von Bourdieu (1994, 2005), Foucault (1994, 2012), Hakim (2011) und Kettner (2006).

3.2.6 Peru

Die Arbeit von Bañales (2005) beschreibt die soziale Ungleichheit von Frauen in der peruanischen Gesellschaft, die der „Unterschicht“ angehören, aufgrund deren Hautfarbe und der Körperanatomie, sodass die Ethnochirurgie der Entstigmatisierung und Entethnisierung sowie der sozialen Mobilität und der sozialen Teilhabe dient (vgl. Bañales 2005: 131f.). Dabei macht Bañales (2005) deutlich, dass diese soziale Ungleichheit und die Unterdrückung von Frauen aus der „Unterschicht“, vor allem zu Zwecken der Macht- und Herrschaftsverhältnisse der „Oberschicht“ genutzt werden, sodass deren Hautfarbe und Körperanatomie der Distinktion dienen (vgl. Bañales 2005: 131). Damit verweist Bañales (2005) darauf, dass die Ethnochirurgie die einzige Exit-Strategie für Frauen in Südamerika, wie auch in Nordamerika, zur Verbesserung deren sozialer Lage darstellt und bei der Ethnochirurgie das kaukasische Körperleitbild eine Orientierungshilfe bietet (vgl. Bañales 2005: 132). Diesbezüglich verdeutlicht Bañales (2005) auch, dass für Frauen nur der mittels Ethnochirurgien bearbeitete nicht-kaukasische Körper eine Möglichkeit darstellt, die bestehenden Macht- und Herrschaftsverhältnisse zu überwinden und dadurch eine Flucht aus dem Unterdrückungsregime ermöglicht wird (vgl. Bañales

2005: 133). So widmet sich Bañales (2005) auch der massenmedialen Berichterstattung über peruanische Frauen, die Ethnochirurgien durchführen lassen und weist dahingehend die tendenziöse Berichterstattung hinsichtlich der Opferrolle nach sowie das damit verbundene Frauenbild von Frauen aus dem „globalen Süden“ (vgl. Bañales 2005: 133). Allerdings macht Bañales (2005) darauf aufmerksam, dass die Ethnochirurgie auf der Mikroebene zwar eine Lösung für diese Frauen bedeutet, jedoch die ethnochirurgische Bewirtschaftung des Körpers auf der Makroebene kein Lösungsansatz für die Probleme dieser Frauen darstellt, was wiederum die Aufgabe der feministischen Forschung ist, sich dementsprechend mit den Problemlagen und Empowerment-Strategien der Frauen im „globalen Süden“ auseinanderzusetzen (vgl. Bañales 2005: 148f.). Die Arbeit von Bañales (2005) ist der Körpersoziologie zuzuordnen, wobei diese die soziologischen Abhandlungen von Bourdieu (1994, 2005) und Goffman (2003, 2008) nutzt.

3.2.7 Kolumbien

Die Arbeit von Stanfield (2014) beschäftigt sich mit der Bedeutung der Schönheitskultur in Kolumbien, einem Nationalstaat, der die Charakteristika von gescheiterter Staatlichkeit aufweist und wo die Schönheitskultur als Opium für das Volk dient, wie die Schönheitswettbewerbe verdeutlichen, auf denen die Präsentation der Schönheit der kolumbianischen Frauen als nationales Aushängeschild im Sinne des Nationenmarketings genutzt werden (vgl. Stanfield 2014: 1ff.). Bei den Schönheitswettbewerben werden im Rahmen der Körperbewirtschaftungspraxen, wie Stanfield (2014) darlegt, seit den 1960er Jahren auch Ethnochirurgien angewandt (vgl. Stanfield 2014: 142). Diesbezüglich legt Stanfield (2014) dar, dass das System der Schönheitswettbewerbe, der Schönheitsfabriken und der Schönheitsköniginnen vor allem von solchen männlichen Personen unterstützt wird, die der organisierten Kriminalität angehören und diese die Frauen nur als Statussymbol betrachten und dabei als Sugar-Daddy, wie auch als Zuhälter, fungieren (vgl. Stanfield 2014: 220). Die Arbeit von Stanfield (2014) ist der Körpersoziologie zuzuordnen und dieser verwendet darin die soziologische Abhandlung von Goffman (2008).

3.2.8 Venezuela

Die Arbeit von Ochoa (2014) widmet sich der Lebenssituation und der Rolle der „Transformistas“ und beschäftigt sich dabei mit dem Herstellungsprozess von Weiblichkeit, mit der Thematik von Venezuela als Schönheitsfabrik, die Schönheitsköniginnen produziert und der nationalstaatlichen Symbolkraft von Schönheitswettbewerben, wobei der zentrale Stellenwert von

Weiblichkeit und Schönheit aufgezeigt wird, der gleichermaßen bei „Transformistas“, wie auch bei Schönheitsköniginnen bzw. Partizipanten von Schönheitswettbewerben, von Bedeutung ist (vgl. Ochoa 2014: 3-8). Ochoa (2014) betont, dass Schönheitsideale keine Konstanz besitzen, sondern Schönheitsideale inkonsistent sind (vgl. Ochoa 2014: 197). Außerdem stellt Ochoa (2014) die Zwickmühle dar, in der sich die Schönheitschirurgen und andere Stakeholder bei der Herstellung von Körpern mittels entsprechender Ethnochirurgien befinden, da die weiblichen Körper den Ansprüchen der Verkörperung der Moderne, wie auch der Weiblichkeit, genügen müssen (vgl. Ochoa 2014: 199f.). Dazu bemerkt Ochoa (2014), dass dies gerade auf der hohen Bereitschaft basiert, welche Anstrengungen die „Transformistas“ und die Frauen im Kontext der Körperbewirtschaftungspraxen auf sich nehmen, um dem venezuelanischen Schönheitsideal zu entsprechen und dadurch eine Erosion der dortigen Machtverhältnisse bezüglich der Verfügungsgewalt über den eigenen Körper, also die Definition zwischen konformen und nicht-konformen Körpern, herbeizuführen (vgl. Ochoa 2014: 199f.). Die Arbeit von Ochoa (2014) ist der Körper- und Medizinsoziologie zuzuordnen und diese gebraucht darin die soziologischen Abhandlungen von Bourdieu (1994, 2005), Foucault (1994), Goffman (2008), Hakim (2011) und Kettner (2006).

3.3 Die theoretischen Arbeiten

Die Arbeit von Davis (2008) beschäftigt sich mit der Sonderstellung der Ethnochirurgie im Feld der Schönheitsoperationen und die moralethische Aufladung dieses Teilgebiets der ästhetisch-plastischen Chirurgie, die sich aus der Gemengelage von „Rasse“, Identität, Schönheit und Feminismus ergeben (vgl. Davis 2008: 41). Dabei widerlegt Davis (2008) auch die feministische Kritik an Schönheitsoperationen, in dem diese auf die positiven Folgewirkungen, die sich auf die Identität der Frau konzentriert, hinweist (vgl. Davis 2008: 42f.). Die Sonderstellung von Ethnochirurgien basiert nach Davis (2008) darauf, dass eine ethnochirurgische Bewirtschaftung des nicht-kaukasischen Körpers erfolgt, also ein medizinischer Eingriff in die ethnisch determinierte Körperanatomie vorgenommen wird, sodass dadurch eine Veränderung der Zuschreibung zu einer bestimmten Ethnie aufgrund der Körperanatomie einhergeht (vgl. Davis 2008: 43). Diesbezüglich plädiert Davis (2008) für den Gebrauch des Forschungsansatzes der Intersektionalität im Rahmen feministischer Forschung im Feld der sozialen Ungleichheit (vgl. Davis 2008: 45). Davis (2008) widmet sich auch den vollkommen unterschiedlichen Lesarten von Schönheitsoperationen bei kaukasischen Patienten und nicht-kaukasischen Patienten, wobei die Schönheitschirurgie eine positive Konnotation besitzt, während die Ethnochirurgie negativ konnotiert ist, wozu Rechtfertigungsnarrative aus dem Postkolonialismus angewandt werden

(vgl. Davis 2008: 60f.). Des Weiteren gibt Davis (2008) zu bedenken, dass die Ethnochirurgie im Spannungsverhältnis zwischen „Rassismus“ sowie der Disziplinierung und Normierung des nicht-kaukasischen Körpers zu verorten ist (vgl. Davis 2008: 61). Zudem legt Davis (2008) dar, dass die Ethnochirurgie für Individuen, die nicht-kaukasischen Ethnien angehören, eine Möglichkeit der Inklusion darstellt, da der nicht-kaukasische Körper innerhalb der Gesellschaft ein „Fremdkörper“ ist und somit der ethnochirurgischen Bewirtschaftung des Körpers die „Rassenfrage“ zugrunde liegt (vgl. Davis 2008: 61f.). Die Arbeit von Davis (2008) ist der Körpersoziologie zuzuordnen, wobei diese die soziologischen Abhandlungen von Foucault (1994, 2012) und Goffman (2003, 2008) nutzt.

Eine weitere theoretische Arbeit stammt von Goering (2003), die eine kritische Auseinandersetzung mit der Ethnochirurgie liefert und aufzeigt, dass die in der Gesellschaft bestehenden Ressentiments gegen den nicht-kaukasischen Körper die Bereitschaft der ethnochirurgischen Modellierung des Körpers erhöhen, um einen gesellschaftskonformen Körper zu besitzen. Eine andere theoretische Arbeit, die von Heyes (2009) stammt, konzentriert sich auf die Maßstäbe der Bewertung von Ethnochirurgien und Schönheitschirurgien, da sich die Ethnochirurgie mitnichten nur auf bestimmte Aspekte reduzieren lässt, sodass eine vorbehaltlose Forschung auf Grundlage der kritischen Weißseinsforschung zum Thema Ethnochirurgie anzustreben ist. Die theoretische Arbeit von Hunter (2011) befasst sich mit den bei nicht-kaukasischen Ethnien präferierten Körperbewirtschaftungsmaßnahmen der Hautaufhellung und Ethnochirurgie vor dem Hintergrund der „Verwestlichung des Körpers“, dem die Hegemonie des „Weißseins“ und somit des kaukasischen Körpers zugrunde liegt, was wiederum dazu geführt hat, dass der Körper zu einer Strukturkategorie avanciert ist und der nicht-kaukasische Körper eine Minderwertigkeit gegenüber dem kaukasischen Körper besitzt, was im Begriff des „Racial Capital“ zum Ausdruck gebracht wird.

4. Die Bewirtschaftung des Körpers im Dienste der Schönheit und die Herausbildung des globalen Körpermarkts

4.1 Die Geschichte der Schönheitschirurgie

Das Fachgebiet der plastischen Chirurgie besteht aus zwei Teilgebieten, der rekonstruktiven und ästhetischen-plastischen Chirurgie (vgl. Biel 1997: 64; Losee u.a. 2015: 1852-1891; Schulz 2002: 215; Verheyden u.a. 2002: if.). Erstmals wurde der Begriff der plastischen Chirurgie vom deutschen Chirurgen Eduard Zeis in seinem im Jahr 1838 veröffentlichten „Handbuch der plastischen Chirurgie“ für die Bezeichnung eines neuen Fachgebiets der Chirurgie verwendet (vgl. Locher 2013: 54). Eduard Zeis ist zusammen mit seinen Kollegen Karl Ferdinand von Graefe und Johann Friedrich Dieffenbach für die Konstituierung des Fachgebiets mitsamt den beiden Teilgebieten verantwortlich und sie zählen bis heute zu den Koryphäen der plastischen Chirurgie (vgl. Locher 2013: 54). Die Ethnochirurgie ist dabei, wie auch die Schönheitschirurgie, dem ästhetisch-plastischen Fachgebiet zuzuordnen. Erstmals wurde im Jahr 1934 der Begriff der ästhetischen Chirurgie gebraucht, um das Teilgebiet der ästhetisch-plastischen Chirurgie auch sprachlich und nicht nur medizinisch vom Teilgebiet der rekonstruktiv-plastischen Chirurgie abzugrenzen (vgl. Gilman 2001: 15). Das Teilgebiet der rekonstruktiv-plastischen Chirurgie umfasst diejenigen Eingriffe, denen eine medizinische Indikation zugrunde liegt, also solche Eingriffe aufgrund von Krankheiten, wie z.B. Brustkrebs oder nach Unfällen (vgl. Biel 1997: 64; Losee u.a. 2015: 1852-1882; Schulz 2002: 215; Verheyden u.a. 2002: if.). Das Teilgebiet der ästhetisch-plastischen Chirurgie umfasst hingegen diejenigen Eingriffe, denen keine medizinische Indikation zugrunde liegt und somit nicht der notwendigen Reparatur des Körpers, sondern der freiwilligen Instandhaltung und Optimierung des Körpers dient (vgl. Biel 1997: 64; Losee u.a. 2015: 1882-1891; Schulz 2002: 215; Verheyden u.a. 2002: if.). Damit sich das Teilgebiet der ästhetisch-plastischen Chirurgie entwickeln konnte, ist auch dem amerikanischen Chirurgen William Stewart Halsted ab den 1890er Jahren am Johns Hopkins Hospital zu verdanken, der die Professionalisierung der universitären Facharztausbildung zum Chirurgen vorangetrieben hat (vgl. MacCallum 1935: 155f.). Ebenfalls hat dieser entsprechende Entwicklungen im Bereich des Operationssaals mitsamt dessen Ausstattungsgrads, also dem dort vorhandenen Equipment, gemacht und zugleich die hygienischen Bedingungen im Rahmen von chirurgischen Eingriffen durch Anwendung der Antisepsis sowie durch das Tragen von Gummihandschuhen der im Operationssaal tätigen Personen verbessert (vgl. MacCallum 1935: 155f.). Ebenso hat die ästhetisch-plastische Chirurgie einen wesentlich höheren Wirkungsgrad

auf die Psyche des Individuums (vgl. Gilman 1998: 29). Außerdem ist hinsichtlich der Wechselbeziehung zwischen Körper und Geist zu bedenken „what manifested itself in the mind was written upon the body; what appeared on the body shaped the mind“ (Gilman 1998: 48). In diesem Kontext der Wirkung zwischen Schönheitsoperationen und der Psyche betrachten sich die Schönheitschirurgen als Psychotherapeuten (vgl. Biel 1997: 62).

Im Laufe der Entstehung und Entwicklung der plastischen Chirurgie erfuhren beide Teilgebiete eine unterschiedliche Wertschätzung (vgl. Gilman 2001: 14f.; Haiken 1997: 54). Während die rekonstruktiv-plastischen Chirurgen einen positiv bewerteten Berufsstatus haben, ist dieses bei den ästhetisch-plastischen Chirurgen mit einem negativ bewerteten Berufsstatus gegenteilig (vgl. Gilman 2001: 14f.; Haiken 1997: 54).³⁸ Dieser negative Berufsstatus wurde auch anhand der Selbstbezeichnung des medizinischen Handels der betroffenen Mediziner deutlich (vgl. Gilman 2001: 14f.). Hierzu führt Gilman (2001) aus, dass

„*beauty doctors* and *the beauty industry* were not terms of endearment. In order to maintain the idea of the ‘beautiful’ without using the terms *beauty* or *cosmetic*, the profession turned to the classical label *aesthetic*. The term *aesthetic surgery* [...] came into more common use only after 1934.“ (Gilman 2001: 14f.; Hervorh. im Orig.)

Hierzu ist auch noch anzuführen, dass die ästhetisch-plastischen Chirurgen innerhalb ihres Fachgebietes, wie auch von der übrigen Ärzteschaft, stigmatisiert wurden, in dem man sie schlichtweg als Quacks titulierte (vgl. Gilman 2001: 14; Haiken 1997: 54).³⁹ Die Stigmatisierung erfolgte auch aufgrund der Tatsache, dass jede Schönheitsoperation zugleich ein Eingriff in die Psyche und Identität des Patienten darstellt (vgl. Gilman 1998: 3-10; Haiken 1997: 6). Auch außerhalb der medizinischen Profession sahen sich die ästhetisch-plastischen Chirurgen mit Kritik konfrontiert (vgl. Gilman 1998: 5). So wird diesen vor allem von Feministinnen vorgehalten, dass sie maßgeblich dafür verantwortlich sind, dass Frauen ein Unwohlsein in ihrem Körper empfinden oder anders gesagt, dass die ästhetisch-plastischen Chirurgen die Imperfekt-heit des weiblichen Körpers, mitsamt den daraus resultierenden negativen Implikationen, auf das individuelle Wesen des Frauseins befördern (vgl. Gilman 1998: 5).

³⁸ Hinsichtlich der plastischen Chirurgie, insbesondere für das Teilgebiet der ästhetischen-plastischen Chirurgie, ist anzumerken, dass dies vor allem ein von Männern dominiertes Feld ist (vgl. Davis 2003: 22; Gilman 2008a: 88ff.). Die Französin Suzanne Noël war die erste Frau, die als Schönheitschirurgin in Paris während der Jahre 1916 bis 1950 praktizierte (vgl. Davis 2003: 22; Gilman 2008a: 88ff.).

³⁹ Die Charakteristika von Quacks sind deren Profitorientierung, die Förderung der Sucht nach Schönheitsoperationen und deren kategorischer Ausschluss durch die medizinischen Fachverbände, wodurch diese keinen Zugang zu der medizinischen Infrastruktur, wie Krankenhäuser, erhalten haben (vgl. Haiken 1997: 54). Diese Stigmatisierung war nachteilig für die öffentliche Wahrnehmung und somit für Werbemaßnahmen um potentielle Kunden zu gewinnen (vgl. Haiken 1997: 54f.).

Die Geschichte der plastischen Chirurgie beschränkt sich bis zur Entwicklung der Anästhesie im Jahr 1846 durch William Thomas Green Morton, der Asepsis durch Ignaz Phillip Semmelweis im Jahr 1847, der Antisepsis durch Joseph Lister im Jahr 1867 und der Lokalanästhesie durch Carl Koller im Jahr 1894 überwiegend auf das Teilgebiet der rekonstruktiv-plastischen Chirurgie (vgl. Eckart 2009: 218ff.; Gilman 2008a: 62f.; Wulf/Goerig 2010: 2). Jedoch gab es bereits in der griechisch-römischen Antike, u.a. durch Aulus Cornelius Celsus, im Pharaonenzeitalter, also 3000 v. Chr. und auch im alten China, u.a. durch Bian Qiu und Hua Tuo immer wieder Abhandlungen auf dem Fachgebiet der ästhetisch-plastischen Chirurgie, wobei sich diese Abhandlungen zumeist auf ästhetische Eingriffe im Gesicht konzentrierten (vgl. Gilman 2001: 99, 141; Gilman 2008a: 64f.). Eine Sonderstellung in der Geschichte der plastischen Chirurgie nimmt dabei das Mittelalter ein, da aus dieser Epoche keinerlei Abhandlungen auf dem Fachgebiet der plastischen Chirurgie existieren (vgl. Gilman 2008a: 65).

Besonders richtungsweisend für das Fachgebiet der plastischen Chirurgie und insbesondere für das Teilgebiet der rekonstruktiv-plastischen Chirurgie war das 15. und 16. Jahrhundert (vgl. Gilman 1998: 20f.; Gilman 2001: 49f.; Gilman 2008a: 65f.). Die in dieser Zeit auftretende Syphilis verursachte bei den Infizierten Entstellungen der Nase (vgl. Gilman 1998: 20f.; Gilman 2001: 49f.; Gilman 2008a: 65f.). Dieses sichtbare Kennzeichen als Syphilerkrankter führte innerhalb der Bevölkerung zu einer sozialen Exklusion mitsamt der Begleiterscheinung der Stigmatisierung (vgl. Gilman 1998: 20f.; Gilman 2001: 49f.; Gilman 2008a: 65f.). Infolgedessen konsultierten die an Syphilis erkrankten Menschen die Chirurgen bezüglich der Rekonstruktion ihrer Nase, wovon sie sich eine Entstigmatisierung sowie die Rückkehr in die Gesellschaft erhofften (vgl. Gilman 1998: 20f.; Gilman 2001: 49f.; Gilman 2008a: 65f.).

Für die Rekonstruktion der Nasen haben im Zeitalter der Renaissance der deutsche Chirurg Heinrich von Pfalzpaint im Jahr 1460 sowie die italienischen Chirurgen Branca im Jahr 1450 und Gaspare Tagliacozzi im Jahr 1597 unterschiedliche Operationsmethoden entwickelt, wozu diese jeweils Lappenplastiken genutzt haben (vgl. Gilman 2001: 66ff., 75; Gilman 2008a: 66-76; Haiken 1997: 5). Diese Operationsmethode ist dabei keineswegs neu, sondern wurde bereits im Jahr 600 v. Chr. durch den indischen Chirurgen Susrutha entwickelt (vgl. Haiken 1997: 4f.). In Europa war die indische Operationsmethode für die Rekonstruktion der Nase bis ins Jahr 1794 unbekannt, sodass die Fachöffentlichkeit erst durch die Abhandlung des britischen Chirurgen Coly Lyon Lucas darauf aufmerksam wurde (vgl. Gilman 2001: 66ff., 75; Gilman 2008a: 66-76; Haiken 1997: 4f.). Infolgedessen haben in Deutschland die Chirurgen Karl Ferdinand von Graefe und Johann Friedrich Dieffenbach unter Berücksichtigung der italienischen und indischen Operationsmethoden für eine Nasenoperation eine vollkommen neu-

artige Operationsmethode entwickelt (vgl. Gilman 2001: 12, 55ff.; Gilman 2008a: 76-82; Locher 2013: 54). Diese von ihnen im 19. Jahrhundert entwickelte Operationsmethode brachte der plastischen Chirurgie innerhalb der Medizin große Anerkennung ein, die letztendlich dazu geführt hat, dass das Fachgebiet der plastischen Chirurgie an Universitäten bzw. an deren medizinischen Fakultäten angesiedelt wurde und damit die plastische Chirurgie zu einem integralen Bestandteil der Medizin geworden ist und seine Legitimation erhalten hat (vgl. Gilman 2001: 12, 55ff.; Gilman 2008a: 76-82; Locher 2013: 54).

Die bisher skizzierte Entwicklung für das Fachgebiet der plastischen Chirurgie bezog sich dabei auf das Teilgebiet der rekonstruktiv plastischen Chirurgie. Jedoch ist zu berücksichtigen, dass im Zeitalter der Renaissance auch wichtige Impulse für das Teilgebiet der ästhetisch-plastischen Chirurgie ausgegangen sind (vgl. Locher 2013: 53). So waren es die italienischen Mediziner Gerolamo Mercuriale, Tommaso Minadoi und Gabriele Fallopio, die im 16. Jahrhundert in Padua in ihren Abhandlungen nicht nur auf die kurative Funktion der Medizin hingewiesen haben, sondern auch auf die optimierende Funktion der Medizin, also auf die ästhetische Medizin, eingegangen sind (vgl. Locher 2013: 53). Dementsprechend kommt hier bereits das Kettnersche Paradigma der „wunscherfüllenden Medizin“ zum Tragen, also wird der Medizin die Legitimierung dafür zugesprochen, gesunde Körper zu bewirtschaften mitsamt den positiven Implikationen für Psyche und Identität des Individuums (vgl. Locher 2013: 53). Zugleich werden auch die Grundlagen der Medikalisierung des Körpers gelegt und somit das Tätigkeitsgebiet der Medizin erweitert (vgl. Locher 2013: 53). Infolgedessen hat sich auch ein neues Körperleitbild herausgebildet, nämlich das des ästhetischen Körpers für dessen Herstellung und Bewirtschaftung die Medizin nun verantwortlich ist (vgl. Locher 2013: 53).

Das Teilgebiet der ästhetisch-plastischen Chirurgie profitierte maßgeblich durch das im 19. Jahrhundert beginnende Zeitalter der Aufklärung, das untrennbar mit der Person Immanuel Kant verbunden ist (vgl. Gilman 1998: 27f.). Die so eingeleiteten Freisetzungsprozesse bedeuteten für das Individuum, dass nun sprichwörtlich jeder seines eigenen Glückes Schmied ist und die Menschen sich diesbezüglich auch ihres Körpers bemächtigten (vgl. Gilman 1998: 27f.). Dadurch wurde den Schönheitschirurgen eine besonders verantwortungsvolle Aufgabe zuteil. Denn durch ihr Expertenwissen waren diese nun in der prädestinierten Lage, die Psyche und Identität des Individuums positiv zu beeinflussen, wovon überwiegend Männer Gebrauch gemacht haben und sich somit eine geschlechterspezifische Ungleichheit bei der Bewirtschaftung des Körpers ergab (vgl. Gilman 1998: 7; Gilman 2001: 17-21, 32; Gilman 2008a: 62f.). Letztlich beginnen mit der Renaissance die „Ästhetisierung der Alltags- und Lebenswelt“ sowie die Individualisierung (vgl. Schimank 2012: o.S.). Dadurch geht vom Zeitalter der Renaissance

eine zeitgeschichtliche Zäsur aus, die die Grundlagen für den Narzissmus und die Becksche Risikogesellschaft bilden (vgl. Schimank 2012: o.S.).

Von besonderer Relevanz für die Teilbereiche der ästhetisch-plastischen Chirurgie wie auch der rekonstruktiv-plastischen Chirurgie waren der Erste Weltkrieg, da für die mitunter vollkommen entstellten Gesichter und Körper die existierenden Operationsmethoden nicht angewandt werden konnten, sodass es der Entwicklung neuer Operationsmethoden bedurfte (vgl. Gilman 2001: 157ff.; Gilman 2008a: 96ff.; Haiken 1997: 30f.).⁴⁰ Diese Operationsmethoden, gerade im Bereich der Gesichtschirurgie, wurden zur Rekonstruktion der Gesichter angewandt (vgl. Gilman 2001: 157, 159; Gilman 2008a: 96f.; Haiken 1997: 31). Mit Ende des Kriegs wurden diese Operationsmethoden von den im Krieg tätigen Mediziner in den Teilbereich der ästhetisch-plastischen Chirurgie übernommen (vgl. Gilman 2008a: 95-98; Haiken 1997: 35f.). Schließlich bestand der Berufswunsch vieler im Krieg tätiger Mediziner nicht darin, sich dem Teilbereich der rekonstruktiv-plastischen Chirurgie zu verschreiben, sondern an der „Ästhetisierung von Körpern“ im Sinne des „Körperdesigns“ im Zuge der Herausbildung der Konsumgesellschaft mitzuwirken (vgl. Gilman 2008a: 95-98; Haiken 1997: 35f.).⁴¹

Von besonderer Relevanz für das Fachgebiet der plastischen Chirurgie war, neben den Weltkriegen, die Professionalisierung dieses medizinischen Fachgebietes im Zuge der Gründung von wissenschaftlichen Fachverbänden, die neben der Interessensvertretung auch zur kontinuierlichen Weiterentwicklung des Fachgebiets beitragen (vgl. Haiken 1997: 47, 60; Sullivan 2001: 81). So erfolgte im Jahr 1931 die Gründung der American Society of Plastic and Reconstructive Surgeons durch Jacques W. Maliniak in New York, im Jahr 1937 folgte die Gründung des Fachverbands American Board of Plastic Surgery und im Jahr 1967 konstituierte sich die American Society for Aesthetic Plastic Surgery (vgl. Haiken 1997: 47, 60; Sullivan 2001: 81). Bereits im Jahr 1921 vollzog sich die Konstitution der American Association of Plastic Surgeons (vgl. Haiken 1997: 47). Zur weiteren Professionalisierung hat, neben den Fachverbänden, die Verleihung des Facharztstitels für plastische Chirurgie seit dem Jahr 1941 durch das im Jahr 1937 von Wilroy P. Blair gegründete American Board of Plastic Surgery

⁴⁰ Einer der berühmtesten Gesichtschirurgen des Ersten Weltkriegs ist der Neuseeländer Harold Delf Gillies, der ab dem Jahr 1917 zusammen mit weiterem medizinischem Personal am „Queen’s Hospital“ in Sidcup sich auf dem Teilgebiet der rekonstruktiv-plastischen Chirurgie profilierte, in dem er neue Operationsmethoden entwickelte und diese an den verletzten britischen Soldaten anwandte (vgl. Gilman 2001: 157ff.; Gilman 2008a: 97f.; Haiken 1997: 30f.).

⁴¹ Der Beginn der Konsumgesellschaft wird in den einzelnen Nationalstaaten unterschiedlich festgelegt (vgl. König 2008: 24, 26). Während die USA bereits ab den 1930er Jahren eine Konsumgesellschaft sind, erfolgt dieses in Deutschland erst ab den 1960er Jahren (vgl. König 2008: 24, 26). Im Zuge der Herausbildung der Konsumgesellschaft haben sich entsprechende Lebensstile entwickelt, die sich mitnichten nur der Befriedigung von Grundbedürfnissen zuwenden (vgl. König 2008: 24, 26). Im Zuge der Konsumgesellschaft erfolgte nicht nur eine Popularisierung von Schönheitsoperationen, sondern auch anderer „Technologien des Selbst“ zur Bewirtschaftung des Körpers, wie Kosmetika (vgl. Haiken 1997: 42f., 94f.).

beigetragen (vgl. Haiken 1997: 47, 59, 88f.). Allerdings für die Zeit bis in die 1960er Jahre anzumerken, dass das Teilgebiet der ästhetisch-plastischen Chirurgie im Curriculum der Facharztausbildung zum plastischen Chirurgen vernachlässigt wurde (vgl. Sullivan 2001: 81). Der globale Zusammenschluss der plastischen Chirurgen, die sich ausschließlich auf den Teilbereich der ästhetisch-plastischen Chirurgie konzentrierten, initiiert durch den spanischen Schönheitschirurgen Dr. Ulrich T. Hinderer, erfolgte im Jahr 1970 im Rahmen des Fachverbands der International Society of Aesthetic Plastic Surgery (ISAPS) (vgl. Eisenmann-Klein 2007: 4; Olivari 2007: 5).

4.2 Die Ethnochirurgie als Integrationsstrategie ab dem 19. Jahrhundert

Im Laufe der letzten Jahrzehnte des 19. Jahrhunderts hat sich die Ethnochirurgie als eigenständiges Teilgebiet innerhalb der ästhetisch-plastischen Chirurgie etabliert und maßgeblichen Anteil daran hatten Mediziner, zumeist Chirurgen bzw. Mediziner aus Deutschland, den USA und Japan, wie u.a. den Abhandlungen zur Thematik Schönheitschirurgien bzw. Ethnochirurgien von Gilman (2001, 2008a, 2008b) und Haiken (1997) zu entnehmen ist. Diese Schönheitschirurgen haben spezielle Operationsmethoden zur Bearbeitung des nicht-kaukasischen Körpers entwickelt, wobei diesen Operationsmethoden und dem Handeln der Schönheitschirurgen die „Rassentheorie“ zugrunde liegt (vgl. Gilman 2001: 30). Die Ethnochirurgie dient dabei der vorsätzlichen Entfremdung vom Körper, also der bewussten Entfernung ethnisch determinierter Körpermerkmale, wodurch das Individuum eine neue kulturelle Identität erhält und sich somit der Zugehörigkeit zu den Kaukasiern wähnt (vgl. Gilman 2001: 206ff.).⁴² Gilman (2001) bezeichnet eine solche „Verwestlichung des Körpers“ durch Ethnochirurgien als „Passing“, die vor dem Hintergrund gesellschaftlicher Exklusions- oder Inklusionsprozesse erfolgen und dem

⁴² Bezogen auf die Herstellung eines ethnienübergreifenden attraktiven Körpers ist anzuführen, dass vom Schönheitschirurgen immer mathematische Konfigurationen angewandt werden (vgl. Lee/Roberts III/Bruner 2009: 232; Prendergast 2012: 16). So gilt für Schönheitschirurgen bei Gesichtschirurgien die Idealformel, dass „the face is divided into horizontal thirds [...]. The upper third extends from the hairline to the glabella, the middle third from the glabella to the subnasale, and the lower third from the subnasale to the menton. [...] The lower third is further divided into its own thirds, defining the upper lip, lower lip, and chin [...]“ (Prendergast 2012: 16) Bei Frauen sollte das Taille-Hüft-Verhältnis einen Wert von 0,7 haben (vgl. Lee/Roberts III/Bruner 2009: 232). Diesbezüglich gilt es, die Körperanatomie der jeweiligen Ethnie zu berücksichtigen und dementsprechend die geeignete Operationsmethode auszuwählen (vgl. Lee/Roberts III/Bruner 2009: 232-240). Beispielhaft hierfür ist die Veränderung der Form des Gesäßes, wobei die jeweiligen Ethnien unterschiedliche Proportionen ihres Gesäßes präferieren (vgl. Lee/Roberts III/Bruner 2009: 237-240). Während Hispanics und Latinos sowie Afrikaner übermäßig proportionierte Gesäße anstreben, soll das Gesäß bei Asiaten und Kaukasiern nur normale Proportionen aufweisen (vgl. Lee/Roberts III/Bruner 2009: 237-240).

Individuum den Zugang zu dem in der Gesellschaft exklusiv verteilten ökonomischen und sozialen Kapital ermöglichen sollen (vgl. Gilman 2001: 22-25, 329-334; Haiken 1997: 175ff.).

In den USA haben John Orlando Roe und Edward Talbot Ely und Robert Fulton Weir, die alle im Bundesstaat New York praktizierten, die Ethnochirurgie durch die Entwicklung entsprechender Operationsmethoden geprägt (vgl. Gilman 2001: 91, 112; Gilman 2008b: 112f., 119). So erfolgte durch John Orlando Roe seit dem Jahr 1880 die kontinuierliche Entwicklung narbenfreier Operationsmethoden der Rhinoplastik, so dass erstmals ab dem Jahr 1867 eine Stigmatisierung nach einem solchen Eingriff, bedingt durch die Sichtbarkeit der Operationsnarbe, ausblieb (vgl. Gilman 2001: 91; Gilman 2008b: 112f.). Dieses bedeutete vor allem für Migranten aus Irland eine entscheidende Grundlage im Assimilationsprozess zur vollständigen Integration in die amerikanische Gesellschaft aufgrund der Nichtsichtbarkeit körperanatomischer Stigmata, so dass hierdurch vor allem der Zugang zum amerikanischen Arbeitsmarkt eröffnet wurde, was gleichzeitig mit der Inklusion, also konkret dem Zugang in die dortige Gesellschaft gleichzusetzen war (vgl. Gilman 2001: 91; Gilman 2008b: 112f.; Ignatiev 1995: 2f.).⁴³ Denn „the scar reveals that the body has been ill or damaged, that the present body is not intact but ‘merely’ restored. The scar shows the body not to be ‘natural’ but inauthentic and constructed. It is intimation of mortality that vitiates any happiness as it indicates eventual dissolution and death.“ (Gilman 1998: 8) Ebenfalls gilt John Orlando Roe als einer der Begründer des „Racial Profilings“ aufgrund der ethnisch determinierten Körperanatomie (vgl. Gilman 2001: 93). Diesbezüglich bemerkt Gilman (2001), dass „based on the profile, Roe divided the image of the nose into five categories: Roman, Greek, Jewish, Snub or Pug, and Celestial. Each type of nose indicated qualities of character, following Samuel Wells’s (1820–75) phrenological/physiognomic theories [...].“ (Gilman 2001: 93) So konstatiert Roe (1977): „The Roman indicates executiveness or strength; the Greek, refinement; the Jewish, commercialism or desire of gain; the Snub or Pug, weakness and lack of development; the Celestial, weakness, lack of development, and inquisitiveness.“ (Roe 1977: 114) Eine weitere Operationsmethode, die im Jahr 1881 von Edward Talbot Ely entwickelt wurde, war das Anlegen der Ohren bzw. die Korrektur der Ohrenstellung, auf die wiederum von Migranten aus Irland im Rahmen des Assimilationsprozesses zurückgegriffen wurde (vgl. Gilman 2001: 125; Gilman 2008b: 113). Eine vor allem für das Teilgebiet der rekonstruktiv-plastischen Chirurgie relevante Operationsmethode war die narbenfreie Rhinoplastik für Syphiliskranke von Robert F. Weir aus dem Jahr 1892 (vgl. Gilman 2001: 112; Gilman 2008b: 119). Diese Operationsmethode konnte zugleich in

⁴³ Entsprechend dem von Gordon (1964) beschriebenen Integrations- und Assimilationsprozess gehört die Ethnochirurgie in die erste Stufe des Verlaufsprozesses und bildet damit eine elementare, wenn nicht sogar die unabdingbare Grundlage, auf dem Weg zur vollumfänglichen Integration als Gesellschaftsmitglied bzw. Staatsbürger der USA.

dem Teilgebiet der ästhetisch-plastischen Chirurgie eingesetzt werden, was sich während der ethnischen Segregation in den USA zwischen den Jahren 1896 und 1964 zeigte und wovon insbesondere die Afroamerikaner profitierten, indem eine Verwestlichung deren Nasen ermöglicht wurde (vgl. Gilman 2001: 112; Gilman 2008b: 119). Folgerichtig bedeutete dies für Afroamerikaner, dass sie sich dem „Rassismus“ bedingt durch deren neu hergestellte Körperanatomie entziehen konnten (vgl. Gilman 2001: 112; Gilman 2008b: 119).⁴⁴

Die Ethnochirurgie in Deutschland ist untrennbar mit dem Namen des jüdischen Chirurgen Jacques Joseph verbunden, der seine Ethnochirurgien an jüdischen Patienten durchführte, wobei die zeitgeschichtlichen Bedingungen der Stigmatisierung von Juden zu berücksichtigen sind und Jacques Joseph als eine Koryphäe für dieses Teilgebiet der plastischen Chirurgie angesehen werden kann (vgl. Gilman 2001: 124-137; Gilman 2008b: 114-118).⁴⁵ So hat Joseph im Jahr 1893 eine narbenfreie Operationsmethode für die Rhinoplastik entwickelt, im Jahr 1896 eine Operationsmethode zur Ohrenkorrektur und im Jahr 1898 eine nicht-narbenfreie Operationsmethode für die Reduktionsrhinoplastik, wobei diese Operationsmethode durch die Konstruktion von entsprechenden Operationsinstrumenten optimiert wurde und somit ab dem Jahr 1904 narbenfrei durchgeführt werden konnte (vgl. Gilman 2001: 125, 130-134; Gilman 2008b: 114-117). Die Narbenfreiheit basierte darauf, dass nicht mehr von der Nasenaußenseite, sondern durch die Naseninnenseite die Operation vorgenommen wurde (vgl. Gilman 2001: 132f.; Gilman 2008b: 117). Neben diesen von Joseph an weiblichen und männlichen jüdischen Patienten durchgeführten Operationen, hat dieser bei den männlichen Patienten vielfach auch eine Rekonstruktion der beschnittenen Penisvorhaut vorgenommen (vgl. Gilman 2001: 138). Die von Joseph bei seinen jüdischen Patienten durchgeführten Ethnochirurgien dienten dazu, dass diese sich eine ethnische Anonymität aneigneten, um sich den Stigmatisierungen und Ressentiments zu entziehen (vgl. Gilman 2001: 130, 132, 135-137; Gilman 2008b: 117; Gilman 2010: 167). Diesbezüglich gilt es auch, die positiven sozialpsychologischen Folgewirkungen zu berücksichtigen, die eine solche Ethnochirurgie für den Patienten mit sich bringt (vgl. Gilman 2001: 132; Gilman 2008b: 116ff.; Gilman 2010: 165, 167).

In Japan ist die Ethnochirurgie durch zwei Entwicklungen begünstigt worden. Dazu gehört erstens, dass in der Meiji-Restauration im Zuge des im Jahr 1874 erlassenen Medizingesetzes eine vollständige Abkehr von der fernöstlichen Medizin und den damit verbundenen

⁴⁴ Die ethnochirurgischen Eingriffe gehören seit den 1980er Jahren zum Portfolio amerikanischer Schönheitschirurgen (vgl. Gilman 2001: 114).

⁴⁵ Der Berliner Schönheitschirurg Jacques Joseph war einer der angesehensten Schönheitschirurgen des 20. Jahrhunderts (vgl. Ramsbrock 2010: o.S.). Dieser hatte, wie nur wenige andere Schönheitschirurgen seiner Zeit, neben den nationalen, auch internationale Patienten (vgl. Ramsbrock 2010: o.S.). Außerdem sind Fachkollegen aus aller Welt zum Hospitieren in seine Praxis gekommen (vgl. Ramsbrock 2010: o.S.). Des Weiteren hat Joseph auch eigene Operationsmethoden für Schönheitsoperationen entwickelt (vgl. Ramsbrock 2010: o.S.).

Prinzipien erfolgte (vgl. Gilman 2001: 102f.; Gilman 2008b: 124ff.). Infolgedessen durften medizinische Eingriffe nicht mehr nur am, sondern auch im Körper durchgeführt werden und das ärztliche Handeln basierte auf den Grundlagen der westlichen Medizin (vgl. Gilman 2001: 102f.; Gilman 2008b: 124ff.).⁴⁶ Trotz der Westorientierung der japanischen Medizin hat sich das Fachgebiet der plastischen Chirurgie im Jahr 1975 und das Teilgebiet der ästhetisch-plastischen Chirurgie erst im Jahr 1978 konstituiert (vgl. Gilman 2001: 100; Gilman 2008b: 123). Die zweite Entwicklung seit dem Ende des 19. Jahrhunderts, die es in Japan zu berücksichtigen gilt, ist die sukzessive Verwestlichung der japanischen Kultur, die auch den Körper der dortigen Individuen erfasste (vgl. Gilman 2001: 101ff.; Gilman 2008b: 122-126). Wie ein Katalysator auf diese Entwicklung wirkte sich insbesondere die amerikanische Besatzungszeit nach dem Zweiten Weltkrieg aus (vgl. Haiken 1997: 201). Um eine vollständige Anpassung an das amerikanische Körperleitbild zu erreichen, bedurfte es einer ganzheitlichen Veränderung des asiatischen Körpers, obgleich diese „Verwestlichung des Körpers“ bereits vor dem Jahr 1945 ihren Ausgangspunkt hatte (vgl. Gilman 2001: 100; Gilman 2008b: 122f.; Haiken 1997: 201). Der neue Körper brachte den Individuen damit auch eine neue kulturelle Identität (vgl. Gilman 2001: 100f.; Gilman 2008b: 122f.). So entwickelte erstmals K. Mikamo die Operationsmethode der Blepharoplastik, also der chirurgischen Herstellung des doppelten Augenlids, wobei es sich hierbei um eine ab dem Jahr 1896 in Gebrauch befindliche geschlechterunabhängige Operationsmethode zur Verwestlichung der Gesichtsanatomie handelt (vgl. Gilman 2001: 100; Gilman 2008b: 122; Nguyen/Hsu/Dinh 2009: 185).⁴⁷ Im Laufe der Zeit fand eine derartige Optimierung dieser Operationsmethode statt, sodass es nunmehr 32 unterschiedliche Möglichkeiten für diese Ethnochirurgie gibt, wobei vor allem die in den 1960er Jahren durch den in Singapur praktizierenden Chirurgen Khoo Boo-Chai optimierte Operationsmethode zur Doppellidmodifikation zu berücksichtigen ist (vgl. Gilman 2001: 100; Gilman 2008b: 122, 130; Nguyen/Hsu/Dinh 2009: 185). Damit nicht nur die Augen ein westliches Antlitz erhalten, entwickelten A. Yoshida und T. Nishihata im Jahr 1923 die Operationsmethode der Augmentationsrhinoplastik, wozu Elfenbein in die Nase des Patienten implantiert wurde (vgl. Gilman 2001: 101; Gilman 2008b: 124). Zusätzlich zu den Augen und der Nase wurde die Flachbrüstigkeit der japanischen Frau im Jahr 1949 behoben, indem Taichiro Akiyama die Operationsmethode der Brustvergrößerung auf Basis einer Brustprothese aus Silikon entwickelt hat (vgl. Gilman 2001: 103; Gilman 2008b: 126). Die Bereitschaft in der japanischen Bevölkerung ethnochirurgische Eingriffe durchführen zu

⁴⁶ Dasselbe galt auch lange Zeit für China, da auch die fernöstliche Medizin und Heiltradition die Grundlage der Medizin bildeten, die sich auf den Außenkörper statt Innenkörper beschränkte (vgl. Gilman 2001: 99; Gilman 2008a: 64).

⁴⁷ Der Begriff der Blepharoplastik existiert seit dem Jahr 1829 und stammt somit nicht von K. Mikamo, sondern von dem deutschen Chirurgen Johann C. G. Fricke (vgl. Gilman 2001: 310).

lassen, erfolgt dabei vor dem Hintergrund der Verbesserung der individuellen Lebenschancen und der Hoffnung, dass die „Verwestlichung des Körpers“ der Distinktion dient (vgl. Gilman 2001: 104f.; Gilman 2008b: 126f.). Die Präferenz sich der Ethnochirurgie zu bedienen, beschränkt sich nicht nur auf Japan, sondern auch auf andere asiatische Nationalstaaten bedingt durch die Einflussosphäre amerikanischer Kultur sowie auf Nationalstaaten mit einem asiatischen Bevölkerungsanteil (vgl. Gilman 2001: 109; Gilman 2008b: 132; Haiken 1997: 200-209). Beispielhaft ist der Wunsch von Asiaten in den USA anzuführen, die sich im Rahmen der sozialen Positionierung bewusst für eine vollkommene „Verwestlichung des Körpers“ entscheiden (vgl. Gilman 2001: 109; Gilman 2008b: 132; Haiken 1997: 205-209).

Neben den bereits in den USA, Deutschland und Japan entwickelten Operationsmethoden zur Bearbeitung des nicht-kaucasischen Körpers im Rahmen von Ethnochirurgien sind noch weitere Operationsmethoden zu berücksichtigen, die zur vollständigen Modellierung des Körpers notwendig sind (vgl. Gilman 2001, 2008a, 2008b; Haiken 1997). Auch bei diesen übrigen Operationsmethoden ist auffällig, dass es wiederum deutsche und amerikanische Mediziner, also zumeist Chirurgen, waren, die als Triebkräfte der chirurgischen Bearbeitung des Körpers anzusehen sind (vgl. Gilman 2001, 2008a, 2008b; Haiken 1997). Zugleich komplettieren diese Operationsmethoden das Portfolio an Schönheitsoperationen, wobei ab den 1920er Jahren vor allem Frauen davon Gebrauch gemacht haben (vgl. Gilman 2008a: 98). So wurden für die Bearbeitung des Körpers in Deutschland die Operationsmethoden für das Facelift von Eugen Holländer im Jahr 1901 und Erich Lexer im Jahr 1906 sowie das Lifting für die Wangen von Jacques Joseph im Jahr 1912 entwickelt (vgl. Gilman 2001: 38, 231, 309f.; Gilman 2008a: 82-88). In den USA wurden die Operationsmethoden zur Reduzierung von Körperfett im Jahr 1889 und der Bauchdeckenstraffung im Jahr 1899 durch Howard Kelly, die Augenlidstraffung von Conrad Miller im Jahr 1906 sowie die Korrektur des Kinn mittels Implantaten durch Vilray Papin Blair im Jahr 1909 entwickelt (vgl. Gilman 2001: 38, 231, 309f.; Gilman 2008a: 82-88, 102). Außerdem wurden die Operationsmethoden zur Korrektur des Doppelkinns von Raymond Passot im Jahr 1919, der Haartransplantation durch Normen Orentreich im Jahr 1959 und die erstmals nicht gesundheitsschädliche Brustvergrößerung durch Silikonimplantate von Frank Gerow und Thomas Cronin im Jahr 1963 mitsamt deren Optimierung in den 1970er Jahren durch Franklyn L. Ashley entwickelt (vgl. Gilman 2001: 239, 311; Gilman 2008a: 90f., 101; Haiken 1997: 255f.; Orentreich 2014: 4).⁴⁸ Zuvor erfolgte die Brustvergrößerung in der Zeit

⁴⁸ Bezüglich der Brustvergrößerung ist hinzuzufügen, dass bei nicht-kaucasischen Ethnien offenbar ein Umdenken stattgefunden hat, wenn man bedenkt, dass erst ab den 1940er Jahren die Brustvergrößerung anstatt der Brustverkleinerung, die in den vorherigen Jahrzehnten dominierte, gemacht worden ist (vgl. Gilman 2008a: 98-101).

von 1949 bis 1962 durch gesundheitsschädliche Injektionen mit flüssigem Silikon, Ivalon, Hydron oder Etheron (vgl. Gilman 2001: 239; Gilman 2008a: 101; Haiken 1997: 251-255). Zudem erfolgte die Entwicklung der Operationsmethoden für die Gesäßvergrößerung durch den Mediziner Bartels im Jahr 1969, indem dem jeweiligen Patienten ein Silikonimplantat in das Gesäß eingesetzt worden ist (vgl. Bruner/Roberts III/Nguyen 2006: 449; Oranges u.a. 2017: 561).

Zusätzlich wurden noch in Frankreich die Operationsmethoden durch Paul Tessier für die Korrektur der Wangen mittels Implantaten in den 1960er Jahren sowie die narbenfreie Operationsmethode der Fettabsaugung durch Yves-Gerard Illouz im Jahr 1977 entwickelt, wobei die Operationsmethode der Wangenimplantate nur ein Jahrzehnt später, im Jahr 1971, für den Tätigkeitsbereich der Schönheitschirurgen und Gesichtschirurgen einerseits durch den Mediziner Spadafora wie auch andererseits durch den spanischen Schönheitschirurgen Ulrich T. Hinderer optimiert wurden (vgl. Binder/Azizzadeh 2008: 11; Ghali u.a. 2014: 3; Gilman 2001: 217; Gilman 2008a: 104; Hinderer 1975: 157; Metzinger u.a. 1999: 980). Zudem wurde in den 1980er Jahren das chirurgische Verfahren der Fettabsaugung durch Jeffrey Klein optimiert (vgl. Mann/Palm/Sengelmann 2008: 75). Erst ab den 1990er Jahren wurde im chirurgischen Verfahren der Fettabsaugung die Absaugtechnik angewandt, obwohl Arpad und Fischer bereits im Jahr 1975 diese Technik bei der Fettabsaugung nutzten, die jedoch erst durch Gross im Jahr 1995 weiterentwickelt wurde und somit die Medizinproduktehersteller entsprechende Medizinprodukte den Medizinerinnen zur Verfügung stellen konnten (vgl. Mann/Palm/Sengelmann 2008: 75). In Brasilien erfolgte in den 1970er und den 1980er Jahren die Entwicklung der Operationsmethode von Lifting-Techniken für die Brust, das Gesäß und den Bauch sowie neuartiger Behandlungsmethoden von Narben durch Dr. Ivo Pitanguy (vgl. Gilman 2001: 215ff.; Gilman 2008a: 102; Kron 1994: 195).⁴⁹ In China existiert zur „Verwestlichung des Körpers“ die Operationsmethode zur Beinverlängerung (vgl. Gilman 2008b: 130f.).

Des Weiteren sind die Operationsmethoden der weiblichen Intimchirurgie durch James Burt im Jahr 1975 entwickelt worden, die durch David Matlock optimiert worden sind und somit ab dem Jahr 1996 mittels Laser durchgeführt werden konnten, sodass die Erschaffung der

⁴⁹ Der brasilianische Schönheitschirurg Dr. Ivo Pitanguy war der erste Schönheitschirurg, dessen Status als Koryphäe der ästhetisch-plastischen Chirurgie sich durch dessen Patientenklintel aus „Socialites“ und Celebrities, wie Raquel Welch, Candice Bergen, Brigitte Bardot, Marisa Berenson, Sophia Loren, Zsa Zsa Gabor, Josephine Baker, Lee Radziwill Ross, Gina Lollobrigida und Farah Palavi, herleitete (vgl. Kron 1994: 195f.). Allerdings kritisiert Kron (1994) die Massenabfertigung von Patienten und unterminiert damit dessen Status, da dieser Schönheitschirurg im Rahmen einer Schönheitsoperation eine arbeitsteilige Bewirtschaftung des Körpers durchführt, sodass andere Schönheitschirurgen den Großteil der Schönheitsoperationen durchführen, während er selbst nur die eigentliche Schönheitsoperation vornimmt und dadurch an den medizinischen Arbeitsschritten davor und danach nur noch im Rahmen der Telemedizin beteiligt ist (vgl. Kron 1994: 230). Damit gilt für den Schönheitschirurgen Dr. Ivo Pitanguy, dass er sich sprichwörtlich mit fremden Federn schmückt (vgl. Kron 1994: 230). Außerdem hat der Schönheitschirurg Dr. Ivo Pitanguy ein mangelndes Verantwortungsbewusstsein gegenüber seinen Patienten, da dieser sich nicht den Komplikationen annimmt (vgl. Kron 1994: 230).

Designer-Vagina möglich wurde (vgl. Norton 2015: o.S.; Wilkerson 1988: o.S.).⁵⁰ Weitere weibliche ästhetische Intimchirurgien umfassen z.B. die Labioplastie, die Vaginoplastik, die Klitoroplastie, die Perineoplastik, die Fettabsaugung am Venushügel und die Hymenoplastik (vgl. Biel 1997: 65; Goodman 2009: 157f.; Goodman 2011: 1814-1817). Neben dem Aspekt der Ästhetisierung, der im Jahr 1984 bei den Medizinerinnen Hodgekinson und Hait für einen solchen intimchirurgischen Eingriff genannt wird, ist ebenfalls der Aspekt der Sexualität zu berücksichtigen, der bereits im Jahr 1978 bei den Medizinerinnen Honoré und O'Hara für einen derartigen Eingriff angeführt wird (vgl. Goodman 2009: 154; Goodman 2011: 1813f.).⁵¹ Das intimchirurgische Verfahren zur Behandlung des Penis beim Mann erfolgte aufgrund von Erektionsstörungen, wobei das effektivste Penisimplantat bzw. die Penisprothese seit dem Jahr 1973 zur Verfügung steht und dessen Entwicklung durch den Urologen Dr. F. Brantley Scott erfolgte (vgl. Le/Burnett 2015: 180f.; Rodriguez/Pastuszak 2017: S853).⁵² Eine weitere Möglichkeit zur medizinischen Behandlung des Penis, gerade aus ästhetischen Gesichtspunkten bezüglich der Länge und des Durchmessers des Penis, erfolgt mittels eines Penisimplantats aus Silikon, welches vom Urologen Dr. James Elist konstruiert wurde, der in Beverly Hills praktiziert (vgl. Ryan 2016: o.S.).

Für das Teilgebiet der ästhetisch-plastischen Chirurgie sind, neben den invasiven Eingriffen, auch die non-invasiven Eingriffe zu berücksichtigen.⁵³ Die non-invasiven Eingriffe werden seit den 1920er Jahren durchgeführt, in dem die Behandlung von Falten im Gesicht durch die Injektion von Fett erfolgte, wobei die Kenntnisse im Gebrauch von Eigenfett vom deutschen Arzt Franz Neuber aus dem Jahr 1893 stammen und die Besonderheit bei Eigenfett darin liegt, dass dessen Einsatzbereich sich nicht nur auf das Gesicht im Rahmen der Verjüngung bzw. des Anti-Aging beschränkt, sondern am ganzen Körper zu unterschiedlichen Zwecken verwendet werden kann (vgl. Gilman 2008a: 91; Hetherington/Block 2013: 201; Moretti/Jorgensen 2010: 64). Ein weiteres probates Mittel zur Faltenbehandlung ist seit dem Jahr 1949 das Nervengift Botulinumtoxin, kurz Botox, dessen Wirkungsmechanismus von Arnold

⁵⁰ Die Etablierung der weiblichen Intimchirurgie zu ästhetischen Zwecken im Portfolio der ästhetischen Medizin ist auf Dr. David Matlock zurückzuführen, der als Gynäkologe die Entwicklung dieses Eingriffs und die dazugehörige Weiterbildung anderer Mediziner in dieser Operationsmethode mittels Laser vorangebracht hat (vgl. Kent/Pelosi III 2012: 89).

⁵¹ Für die ästhetische Intimchirurgie bei der Frau ist zu bedenken, dass es sich um eine äußerst kontrovers diskutierte Schönheitsoperation handelt (vgl. Hardwick-Smith 2011: 106-113).

⁵² Weitere Verfahren zur ästhetischen Intimchirurgie beim Mann bezüglich der Vergrößerung und/oder Verlängerung des Penis werden bei Vardi u.a. (2008) aufgeführt (vgl. Vardi u.a. 2008: 1043-1047).

⁵³ Der New Yorker Schönheitschirurg Dr. Sherell Aston war einer der ersten Schönheitschirurgen in den USA, der in seiner Praxis chirurgische und nicht-chirurgische Eingriffe angeboten hat (vgl. Schaertl 2007: o.S.). Neben Dr. Sherell Aston für die USA wird auch immer wieder der Brasilianer Dr. Ivo Pitanguy genannt, der als Wegbereiter des Trends gilt, dass Schönheitschirurgen invasive und nicht-invasive Eingriffe anbieten (vgl. Schaertl 2007: o.S.).

Burgen erstmals nachgewiesen worden ist, jedoch noch nicht zu ästhetischen Zwecken verwendet worden ist (vgl. Kalfus/Stewart 2012: o.S.).⁵⁴ Die Erkenntnis, dass Botox zur Faltenbehandlung angewandt wird, erfolgte durch die kanadischen Mediziner Alastair und Jean Carruthers im Jahr 1987 (vgl. Calonego 2010: o.S.; Kalfus/Stewart 2012: o.S.). Ein weiteres Mittel zur Verjüngung der Haut sind auch seit den 1980er Jahren die sogenannten Dermalfiller, die auf Basis von Kollagen, Polyactide, Calcium-Hydroxylapatit oder Hyaluronsäure im Gesichtsbereich, teilweise in Kombination mit Botox, injiziert werden (vgl. Coleman/Carruthers 2006: 177-187; U.S. Food and Drug Administration o.J.a: o.S.; U.S. Food and Drug Administration o.J.b: o.S.).⁵⁵ Ebenfalls durch Entwicklungen von Lasern in den 1960er Jahren und deren Optimierung in den 1990er Jahren werden diese für unterschiedliche Behandlungsmöglichkeiten angewandt, wie der Hautverjüngung und der Haarentfernung (vgl. Pickett 2012: 44; Treacy 2015: 63ff.).⁵⁶ Die stärkere Berücksichtigung dieser Hauttypen von nicht-kaukasischen Patienten

⁵⁴ Für das Nervengift Botox ist zu berücksichtigen, dass im Rahmen der Zulassung durch die FDA der Anwendungsbereich dieses Medizinprodukts sich nicht nur auf die ästhetische Medizin beschränkt, sondern der Anwendungsbereich auch das medizinische Behandlungsspektrum umfasst, dem eine medizinische Indikation zugrunde liegt, sodass es sich um ein hochprofitables Medizinprodukt im Portfolio des Medizinprodukteherstellers „Allergan“ handelt (vgl. Sifferlin 2017: o.S.; Singer 2009: o.S.). Somit kann Botox als ein Allzweck-Produkt der Medizin angesehen werden, dessen Anwendungsbereich durch Mediziner im Rahmen des „Off-Label Use“, der von der FDA untersagt ist, kontinuierlich ausgeweitet wird, sodass die Forschungs- und Entwicklungskosten von Medizinern und Patienten anstatt vom Medizinproduktehersteller „Allergan“ getragen werden und lediglich die Kosten für das Zulassungsverfahren bei der FDA für den entsprechenden Anwendungsbereich von Botox durch den Medizinproduktehersteller „Allergan“ getragen werden müssen (vgl. Sifferlin 2017: o.S.; Singer 2009: o.S.).

⁵⁵ Bei den Dermalfillern ist anzumerken, dass diese, genauso wie Botox, eine unterschiedliche Halbwertszeit besitzen und Dermalfiller ein Lokalanästhetikum, wie Lidocain, beinhalten (vgl. Ginsberg 2011: o.S.; U.S. Food and Drug Administration o.J.a: o.S.; Walker/Dayan 2014: 31-38). Die Halbwertszeit von Dermalfillern, wie auch bei Botox, hängt, neben dem Individuum und dem Behandlungsbereich, auch vom Anbruchdatum der Durchstechflasche und deren Lagerung, vom Arzt bzw. sonstigem medizinischen Personal ab, die die Injektion vornehmen sowie in Abhängigkeit von den einzelnen Herstellern von Dermalfillern und Botox, die unterschiedliche Konzentrationen bei den Inhaltsstoffen verwenden (vgl. Carruthers u.a. 2008: 5S-25S; Coleman Moriarty 2004: 17-27; Ginsberg 2011: o.S.; Walker/Dayan 2014: 31-38). Während Botox eine Halbwertszeit zwischen 3 Monaten und 6 Monaten besitzen kann, die von dem jeweiligen Medizinproduktehersteller abhängig ist, ergeben sich bei den Dermalfillern vier Kategorien in Abhängigkeit von deren Halbwertszeit (vgl. Crow 2018: o.S.; LaVito 2017: o.S.; Sifferlin 2017: o.S.; U.S. Food and Drug Administration o.J.a: o.S.). So gehören Polyactide zu den Dermalfillern mit der höchsten Halbwertszeit von bis zu 24 Monaten und Calcium-Hydroxylapatit zu den Dermalfillern mit der hohen Halbwertszeit von bis zu 18 Monaten (vgl. U.S. Food and Drug Administration o.J.a: o.S.). Hyaluronsäure gehört zu den Dermalfillern mit einer mittleren Halbwertszeit von 6 Monaten bis zu 12 Monaten und Kollagen zu den Dermalfillern mit der geringsten Halbwertszeit von nur 3 Monaten bis zu 4 Monaten (vgl. U.S. Food and Drug Administration o.J.a: o.S.). Letztlich beträgt die Durchschnittshalbwertszeit von Botox nur 4,5 Monate und die von Dermalfillern auf der Basis von Hyaluronsäure im Durchschnitt 9 Monate und von Dermalfillern auf der Basis von Kollagen lediglich nur 3,5 Monate (vgl. Crow 2018: o.S.; LaVito 2017: o.S.; Sifferlin 2017: o.S.; U.S. Food and Drug Administration o.J.a: o.S.; eigene Berechnung). Die Nutzung von Dermalfillern, in diesem Fall von „Restylane“ des Medizinprodukteherstellers „Galderma“, zu unterschiedlichen Behandlungszwecken im Gesichtsbereich und deren temporäres Nutzen im Zuge eines nicht-invasiven Eingriffs auf dem Teilgebiet der ästhetisch-plastischen Chirurgie wurde durch Michael Olenius im Jahr 1998 nachgewiesen (vgl. Olenius 1998: 97-101).

⁵⁶ Bei der Injektion von Botox und Dermalfillern besteht bei nicht-kaukasischen Patienten die Möglichkeit einer Hyperpigmentierung, sofern die Injektionen zu oberflächlich, also nicht in die tieferen Hautschichten erfolgen und darüber hinaus zu viele Einstichpunkte genutzt werden (vgl. Few, Jr. 2009: 204).

ten erfolgte auch bei den Hautpflegeprodukten und den übrigen Möglichkeiten der Gesichtsbearbeitung (vgl. Cole u.a. 2009b: 168-171).⁵⁷ Zudem ist auch noch die Intense Pulsed Light (IPL) Technologie anzuführen, die zumeist im Rahmen der Haarentfernung eingesetzt wird, jedoch auch weitere Anwendungsmöglichkeiten im Bereich der nicht-chirurgischen Eingriffe, oftmals für den Bereich des Anti-Aging, wie der Verjüngung der Haut, findet (vgl. Babilas 2010: 61; Goldman/Weiss/Weiss 2005: 1179). Die technologische Entwicklung des Intense Pulsed Light (IPL) erfolgte im Zeitraum vom Jahr 1990 bis zum Jahr 1992 durch den israelischen Physiker Shimon Eckhouse und den amerikanischen Dermatologen Mitchel P. Goldman (vgl. Babilas 2010: 61; Goldman/Weiss/Weiss 2005: 1179). Ebenfalls sind für den Bereich der non-invasiven Eingriffe auch der Gebrauch von Stammzellen und Eigenblut bzw. plättchenreiches Plasma (PRP) zu berücksichtigen, die vielfältige Einsatzbereiche am Körper haben, u.a. im Bereich des Anti-Aging für die Haut und der Wundheilung und deren Injektion am zu behandelnden Körperbereich erfolgt (vgl. McArdle u.a. 2014: 193-199; Sommeling u.a. 2013: 301-309; Wied-Baumgartner 2016: 18-22).

Das chemische Peeling als nicht-chirurgischer Eingriff wurde bereits zwischen den 1870er und 1890er Jahren durch Dermatologen entwickelt, beginnend mit Tilbury Fox im Jahr 1871, Ferdinand Hebra im Jahr 1874, Henry Piffard im Jahr 1881, P. G. Unna im Jahr 1882 und im Jahr 1892 durch Edmund Saalfeld (vgl. Brody u.a. 2000: 405). Die Dermabrasion, ein nicht-chirurgischer Eingriff bei dem die Haut mit einem Gerät abgeschliffen wird, existiert bereits seit dem Jahr 1905 durch Kromayer, wobei die technischen Weiterentwicklungen dieses Eingriffs im Jahr 1950 durch McEvvitt und im Jahr 1953 durch Kurtin erfolgten (vgl. Landes 1984: 39). Die Anwendung der Radiofrequenz, die auch als nicht-chirurgischer Eingriff in der ästhetischen Medizin zum Zwecke der Hautverjüngung und der Körpermodellierung genutzt wird, erfolgt seit dem Jahr 1926 als der Mediziner Dr. Harvey Williams Cushing in den USA ein solches Radiofrequenz-Gerät benutzt hat (vgl. Belenky u.a. 2012: 249-265; Duncan/Kreindell 2015: 1; Lolis/Goldberg 2012: 1765f.). Die Herstellung eines für die Medizin nutzbaren Radiofrequenz-Gerät geht auf William T. Bovie zurück (vgl. Duncan/Kreindell 2015: 1). Die medizinisch relevanten Erkenntnisse zur Kryolipolyse, also dass Kälte in der Medizin zu Behandlungszwecken genutzt werden kann, u.a. heutzutage bei dem nicht-chirurgischen Verfahren der

⁵⁷ Die Fitzpatrick Skala unterscheidet sechs unterschiedliche Hauttypen (vgl. Hadshiew 2010: 479). Dabei erfolgt die Zuordnung zu einem Hauttyp nach der Hautfarbe (vgl. Hadshiew 2010: 479). Die Kaukasier gehören nach der Fitzpatrick Skala zu den Hauttypen 1, 2 und 3, während die nicht-kaukasischen Ethnien zu den Hauttypen 4, 5 und 6 gehören (vgl. Cole u.a. 2009a: 173f.; Hadshiew 2010: 479; Ho/Chan 2009: 153). Die Einteilung nach Hauttypen bzw. der Hautfarbe dient auch dazu, eine entsprechende Zuordnung zu einer bestimmten Ethnie vorzunehmen. Dieses erfolgte im Jahr 1795 durch den deutschen Anthropologen Johann Friedrich Blumenbach (vgl. Bhopal 2007: 1308; Roberts 1977: 329). Demzufolge existieren „[...] five races, yellow (Mongolian), brown (Malaysian), red (American), black (Ethiopian), and white (Caucasian) [...]“ (Roberts 1977: 329).

Fettreduzierung, basieren auf Hochsinger im Jahr 1902, auf Haxthausen im Jahr 1941 sowie auf Epstein und Oren im Jahr 1970 (vgl. Jalian/Avram 2013: 31; Stevens/Bachelor 2015: 66). Daneben existiert das Verfahren der Injektionslipolyse, womit ebenfalls ein nicht-chirurgisches Verfahren zur Fettreduzierung besteht, dessen Wirkstoff Phosphatidylcholin in der Ukraine bereits in den 1960er Jahren entwickelt wurde (vgl. Talathi/Talathi 2018: 67). Diese Injektionslipolyse wurde in Italien jedoch erst zum Ende der 1980er Jahre durch den Mediziner Dr. Sergio Maggiori benutzt und die Anwendung in der ästhetischen Medizin erfolgte in Brasilien im Jahr 1995, wo die Dermatologin Patricia Rittes die Injektionslipolyse im Selbstversuch testete (vgl. Mann/Palm/Sengelmann 2008: 79; Talathi/Talathi 2018: 67). Der Einsatz von Lasern auf dem Gebiet der Fettabsaugung erfolgte in den 1990er Jahren durch Apfelberg sowie von Cook und dessen Mitarbeitern im Jahr 1997 sowie von Neira und dessen Mitarbeitern im Jahr 2002 (vgl. Mann/Palm/Sengelmann 2008: 75). Ein zusätzliches Verfahren zur Fettreduzierung besteht seit den 1980er Jahren mittels Ultraschall, das von Zocchi eingesetzt worden ist (vgl. Mann/Palm/Sengelmann 2008: 73). Das nicht-chirurgische Verfahren der Mesotherapie, dessen Anwendungsbereich in der ästhetischen Medizin in der Fettreduzierung liegt, stammt aus dem Jahr 1952 (vgl. Coleman/Coleman III/Benchetrit 2009: 263).

Allerdings haben die nicht-invasiven Eingriffe im Teilgebiet der ästhetisch-plastischen Chirurgie an Akzeptanz gewonnen als die FDA in den USA das sogenannte Moratorium für Silikonimplantate mit Ausnahme von rekonstruktiven Eingriffen verhängt hat, dass im Zeitraum zwischen dem 16. April 1992 und 17. November 2006 bestand und eine Existenzbedrohung für Schönheitschirurgen darstellte, die ihr Tätigkeitsfeld ausschließlich im Bereich der ästhetisch-plastischen Chirurgie hatten (vgl. Kalfus 2012: o.S.; U.S. Food and Drug Administration 2004: o.S.; U.S. Food and Drug Administration 2006: o.S.). Nichtsdestotrotz existierte in den USA ein Schwarzmarkt für Silikonimplantate, auf dem sich die Schönheitschirurgen mit Silikonimplantaten versorgten, sodass die Silikonimplantate entweder aus dem Ausland, u.a. Mexiko, illegal in die USA eingeführt worden sind oder indem den Patienten die Silikonimplantate im Rahmen klinischer Studien der Medizinproduktehersteller implantiert worden sind, obwohl der Gebrauch von Silikonimplantaten nur dem Teilgebiet der rekonstruktiv-plastischen Chirurgie, u.a. für die Behandlung von Brustkrebspatienten, vorbehalten war (vgl. Duenwald 2005: o.S.; Lin 2006: o.S.).⁵⁸

⁵⁸ An den klinischen Studien der Medizinproduktehersteller für Silikonimplantate im Rahmen von Brustoperationen sind durchschnittlich 25 plastische Chirurgen beteiligt, die eine entsprechende Operation an den 1.000 Studienteilnehmern durchführen, sodass jeder der beteiligten plastischen Chirurgen im Durchschnitt 40 Brustoperationen mit Silikonimplantaten durchgeführt hat (vgl. Duenwald 2005: o.S.; eigene Berechnung). Das bestehende Verbot von Silikonimplantaten hat maßgeblich zur Entstehung und Entwicklung des amerikanischen Markts für potenzielle Patienten des Cosmetic Surgery Tourism bzw. Ethnic Surgery Tourism beigetragen, sodass die ameri-

Zusätzlich profitieren die Schönheitschirurgen auch von der Entwicklung der Imaging-Technologien in den 1980er Jahren, die bereits im Jahr 1989 in den Praxen der Schönheitschirurgen eingesetzt worden sind (vgl. Balsamo 1992: 207, 222). Dadurch kann man potenziellen Patienten nun im Vorfeld der Schönheitsoperation beim Patientengespräch am Computer entsprechende Vorher-Nachher-Aufnahmen zeigen, sodass der Patient eine Vorstellung davon enthält, wie das mögliche Endergebnis einer Schönheits- bzw. Ethnochirurgie aussehen kann (vgl. Canfield Scientific, Inc. o.J.: 3, 5; Gilman 2001: 40). Außerdem ermöglicht diese Imaging-Technologie, dass sich die Kommunikation und damit oftmals einhergehende Verständnisprobleme zwischen Arzt und Patient beheben lassen, wenngleich diese Technologien auch ein gewisses Manipulationspotential beinhalten, was die Erwartungshaltungen bezogen auf das Endergebnis und weiterer Optimierungsmöglichkeiten am Körper des Patienten betreffen (vgl. Canfield Scientific, Inc. o.J.: 3-7; Gilman 2001: 40). Daher ist es besonders wichtig, dass diese Imaging-Technologien von den Schönheitschirurgen mit medizinischem Verantwortungsbewusstsein eingesetzt werden (vgl. Canfield Scientific, Inc. o.J.: 6; Gilman 2001: 40). Schließlich geht es nicht darum, unrealistische Erwartungshaltungen beim Patienten zu erwecken (vgl. Canfield Scientific, Inc. o.J.: 6; Gilman 2001: 40). Zudem ist zu bedenken, dass diese Imaging-Technologie nur ein Hilfsmittel sein kann bzw. sollte, denn entscheidend für das Endergebnis des Eingriffs ist immer noch die Leistungsfähigkeit und die jeweilige Operationsmethode sowie die Routine des Schönheitschirurgen und dessen Angestellte im gesamten Ablaufprozess (vgl. Balsamo 1992: 221-225; Canfield Scientific, Inc. o.J.: 2-8; Georgii u.a. 2014: 918; Gilman 2001: 40).

Bevor es diese Imaging-Technologien für den Computer gab, wurden Fotos von den Patienten oftmals durch einen medizinischen Fotografen angefertigt (vgl. Gilman 2001: 36-40). Die Vorher-Nachher-Fotos wurden erstmals seit den 1840er Jahren im Teilgebiet der rekonstruktiv-plastischen Chirurgie eingesetzt (vgl. Gilman 2001: 37). Besonders wichtig sind die Vorher-Nachher-Fotos gerade im Bereich der Ethnochirurgien, da diesen Eingriffen in weitaus stärkerem Maße als bei Schönheitschirurgien üblich eine Validität, Reliabilität und Objektivität zugrunde liegt (vgl. Gilman 2001: 36-42). Der Rekonstruktionsprozess der Entscheidung für die Ethnochirurgie verdeutlicht, dass gerade diese Vorher-Nachher-Fotos einen erheblichen Einfluss auf die Entscheidung des Individuums haben, sich seiner ethnisch determinierten Körperanatomie zu entledigen (vgl. Gilman 2001: 36-42).

kanischen Patienten fortan Destinationen, wie Brasilien oder Mexiko aufsuchten, um sich bei einem der dort praktizierenden Schönheitschirurgen einer Brustvergrößerung mit Silikonimplantaten zu unterziehen (vgl. Duenwald 2005: o.S.; Lin 2006: o.S.; Merz 1997: o.S.).

Ebenfalls als besonders nützlich haben sich die unterschiedlichen Softwareprogramme für die Schönheitschirurgen erwiesen, da diese eine Standardisierung der Ablaufprozesse innerhalb der Praxis herbeigeführt haben, sodass sich ein einheitliches Serviceniveau etabliert hat (vgl. CosmetiSuite o.J.: 1-4; Modernizing Medicine o.J.: 1-7; Nextech o.J.: 1-12). Die Besonderheit dieser Programme für das Praxismanagement besteht zusätzlich darin, dass diese unterschiedliche Tools integrieren, die im Zuge des Praxisbetriebs relevant sind (vgl. CosmetiSuite o.J.: 1-4; Modernizing Medicine o.J.: 1-7; Nextech o.J.: 1-12). So enthalten diese Softwareprogramme nicht nur die jeweiligen Patientendaten, sondern diese enthalten auch ein Programm für das Personalmanagement, ein Programm für die Bestellung von Verbrauchs- und Bedarfsgütern, ein Programm für die Terminierung, ein Tool für die Arzt-Patient Interaktion etc. (vgl. CosmetiSuite o.J.: 1-4; Modernizing Medicine o.J.: 1-7; Nextech o.J.: 1-12). Man kann daher durchaus sagen, dass diese Softwareprogramme wie ein Betriebssystem für die Praxen von Schönheitschirurgen und den weiteren Anbietern ästhetischer Medizin zu verstehen sind, wobei diese Programme vor allem dazu genutzt werden, neben der Standardisierung im Ablaufprozess, vor allem den Patientendurchlauf zu erhöhen und damit eine Profitmaximierung zu erreichen (vgl. CosmetiSuite o.J.: 1-4; Modernizing Medicine o.J.: 1-7; Nextech o.J.: 1-12).

4.3 Schönheitsoperationen als Bestandteil der Populärkultur ab den 1980er Jahren

Damit die Ethnochirurgien und Schönheitschirurgien in den USA massenkompatibel und damit Bestandteil der Populärkultur werden konnten, markiert das Jahr 1982 eine Zäsur (vgl. Essig 2010: 35). So führt Essig (2010) aus, dass „in 1982 the Supreme Court upheld an earlier Federal Trade Commission (FTC) ruling that doctors should be allowed to advertise. Although there were medical advertisements before this, American Medical Association (AMA)–approved physicians were not allowed to advertise.“ (Essig 2010: 35) Diese Gerichtsentscheidung erfolgte vor dem Hintergrund, dass „physicians have been allowed to advertise since a 1979 decision of the Federal Trade Commission that determined that medical advertisements should be no different from those for other consumer services“ (Kuczynski 2007: 10). Infolgedessen wurde die Grundlage für den Strukturwandel des Teilgebietes der ästhetisch-plastischen Chirurgie gelegt, da die Schönheitschirurgen ihr Portfolio in der medialen Öffentlichkeit gegenüber potenziellen Konsumenten bewerben konnten und sich der Schönheitschirurg fortan als Dienstleister verstanden hat, der sich an den Bedürfnissen der Konsumenten orientierte, sodass damit auch eine Erosion des Berufsethos einhergegangen ist (vgl. Essig 2010: 35f.; Kuczynski 2007: 10f.).

Zugleich ist damit auch eine Verbraucheraufklärung in Sachen Schönheitsoperation einhergegangen, wodurch sich potenzielle Bedenken gegenüber einem solchen Eingriff verflüchtigt haben, also eine Normalisierung von Schönheitsoperationen stattgefunden hat und diese Teil der Normalbiografie und der Konsumkultur geworden sind (vgl. Essig 2010: 35f.; Kuczynski 2007: 11).⁵⁹

Dass man seit den 1980er Jahren von einer Normalisierung von Schönheitsoperationen sprechen kann, rekuriert auch darauf, dass diese fortan gleichermaßen an kaukasischen wie auch an nicht-kaukasischen Konsumenten durchgeführt wurden (vgl. Cashmore 2006: 100; Rosen 2004: 19f.). Zugleich erfolgte auch eine „Demokratisierung der Schönheit“ bezüglich Schönheitsoperationen wie Rosen (2004) gesamtgesellschaftlich für die USA dargelegt hat, da alle gesellschaftlichen Schichten nunmehr zu den Patienten eines Schönheitschirurgen gehörten und das einstige Privileg der „weißen Oberschicht“ mitsamt der Distinktion, über einen schönen Körper zu verfügen, nicht mehr existierte, was sich wiederum auch auf die soziale Ordnung der amerikanischen Gesellschaft auswirkte (vgl. Cashmore 2006: 100; Rosen 2004: 19f.).

Infolge dieser Entwicklung hinsichtlich der Normalisierung und Demokratisierung von Schönheitsoperationen sind auch neuartige Finanzierungsmodelle auf Kreditbasis, wie bei Essig (2010) dargelegt, zu berücksichtigen (vgl. Essig 2010: xi-xxiv, 135-152). Sinnbildlich für diese Akzeptanz von Schönheitsoperationen steht die Kohorte der Baby Boomer in den USA, die die Schönheitsoperationen, neben der Herstellung von physischer Attraktivität, auch zur Verbesserung des psychologischen Zustands nutzen (vgl. Ellin 2011: o.S.; Kristof 1996: o.S.).⁶⁰ Allerdings hat die Ubiquität der von Schönheitschirurgen hergestellten Körpern dazu geführt, dass sich kaum noch Distinktionsgewinne durch Investitionen in das körperliche Kapital erzielen lassen, jedoch nicht-kaukasische Ethnien hiervon ausgenommen sind, also die Ethnochirurgie nach wie vor das „Passing“ ermöglicht (vgl. Gilman 1998: 39).

4.4 Das Wechselverhältnis zwischen Schönheitsoperationen und Psychologie

Die Verbindung von Psychologie und plastischer Chirurgie, die Schönheitschirurgen als Rechtfertigungsnarrativ für ihre Tätigkeit im Diskurs zu Schönheitsoperationen anführen, betrifft so-

⁵⁹ Das Werbeverbot wurde bis zuletzt von der American Medical Association (AMA) befürwortet (vgl. Essig 2010: 35).

⁶⁰ Der Begriff Baby Boomer bezeichnet die 77 Millionen Personen umfassende Kohorte der amerikanischen Nachkriegsgeneration des Zweiten Weltkriegs, zu denen die Geburtsjahrgänge zwischen den Jahren 1946 und 1964 gehören (vgl. Willens 2014: o.S.).

wohl das Teilgebiet der rekonstruktiv-plastischen Chirurgie als auch das Teilgebiet der ästhetisch-plastischen Chirurgie (vgl. Gilman 1998: 25; Haiken 1997: 108). Allerdings ist der psychologische Wirkungsmechanismus bei Schönheitsoperationen deutlich höher als bei rekonstruktiven Eingriffen (vgl. Gilman 1998: 25; Haiken 1997: 108). Als häufig gebrauchtes Rechtfertigungsnarrativ im Rahmen des Entscheidungsprozesses für eine Schönheitsoperation dient den Schönheitschirurgen der Minderwertigkeitskomplex ihrer Patienten (vgl. Haiken 1997: 94f.).⁶¹

Zum Verständnis des Wirkungsgrads von Schönheitsoperationen auf die Psyche des Individuums trägt das somatopsychische Modell bei (vgl. Gilman 1998: 17). So verhilft die ästhetisch-plastische Chirurgie dem hässlichen Körper und der unglücklichen Psyche letztlich dazu, einen schönen Körper mitsamt einer glücklichen Psyche zu erhalten (vgl. Gilman 1998: 25).⁶² Eine solche Transformation des psychologischen Zustands des Patienten ist jedoch nur dann möglich, sofern der Patient über eine realistische Selbsteinschätzung bezüglich seiner physischen Attraktivität verfügt und sein psychologischer Zustand als stabil zu bezeichnen ist, was wiederum letztlich dazu beiträgt, dass der Patient mit dem Endergebnis seiner Schönheitsoperation zufrieden ist (vgl. Gilman 1998: 14). Diese Voraussetzungen müssen erfüllt sein, damit die ästhetisch-plastische Chirurgie ihrem Anspruch einer Psychotherapie gerecht werden kann, wozu vor allem die Rolle des Schönheitschirurgen im Rahmen der Verbraucheraufklärung eine besondere Priorität sowie dessen Einschätzung zum psychologischen Zustands seines Patienten im Ablaufprozess beigemessen werden muss (vgl. Gilman 1998: 14).

Über diese psychotherapeutische Wirkung von ästhetisch-plastischer Chirurgie hat vor allem Maltz (1969) hingewiesen, der diesbezüglich in seiner Tätigkeit als Schönheitschirurg die Erfahrung gemacht hatte, dass Schönheitsoperationen zwar am äußeren Körper stattfinden, jedoch einen signifikanten Einfluss auf das Selbstbild eines Patienten, also auf den inneren Körper und damit auf die Psyche eines Patienten haben (vgl. Maltz 1969: vff.). Damit betont Maltz (1969) die Wechselbeziehung von Körper und Geist, also von Innenkörper und Außenkörper (vgl. Maltz 1969: vff.). Doch eine Schönheitsoperation betrifft mitnichten nur die Psyche, sondern führt auch zu einer nachhaltig positiven Veränderung des Habitus des Patienten (vgl. Maltz 1969: vff.). Dessen Verbesserung des psychologischen Zustands mitsamt dem

⁶¹ Der Begriff des Minderwertigkeitskomplexes und das dazugehörige psychologische Konzept stammt von dem Psychologen Alfred Adler (vgl. Gilman 1998: 100-110).

⁶² Inwiefern die ästhetische Chirurgie nicht nur ein Ausdruck von Narzissmus ist, sondern auch eine positive psychologische Wirkung hat, ist nach wie vor umstritten, vor allem durch solche Berufsfelder, die ihre Existenzberechtigung durch Schönheitschirurgen gefährdet sehen, wie Psychologen (vgl. Gilman 1998: 23, 29). Zu einer abschließenden Beurteilung, ob eine Schönheitsoperation sich nun positiv oder negativ auf die Psyche auswirkt, ist anzumerken, dass hierfür zusätzliche Langzeitstudien mit einer besonders hohen Studienteilnehmerzahl erforderlich sind (vgl. Dittmann 2005: 30).

Selbstbild erfolgt nach drei Wochen und ist kaum mit einer anderen Technologie des Selbst möglich, insbesondere, wenn man die Halbwertszeit chirurgischer Eingriffe und damit die Aufrechterhaltung dieses erzielten psychologischen Zustands sowie das Kosten-Nutzen-Verhältnis zugrunde legt (vgl. Maltz 1969: vff.). Unter Berücksichtigung dieser Tatsachen sind Schönheitsoperationen und damit der Schönheitschirurg wesentlich geeigneter als Psychologen, die nur den Innenkörper aber nicht den Außenkörper kurieren und damit die Wechselbeziehung zwischen Körper und Geist ignorieren (vgl. Maltz 1969: v-viii). Es ist allerdings anzumerken, dass keine Generalisierbarkeit des psychologischen Wirkungsmechanismus der plastischen Chirurgie besteht, sondern die Erfolgchancen in Abhängigkeit von jedem Individuum stehen und jeder Schönheitschirurg beachten sollte, dass die unendlichen Baumaßnahmen am Körper zur Identitätsveränderung beitragen, die mitunter irreversibel sind (vgl. Maltz 1969: vff.).

Neben Maltz (1969) haben sich auch die psychologischen Forschungsarbeiten von Crerand/Franklin/Sarwer (2006), Crerand/Magee (2013), Dittmann (2005), Frederick/Lever/Peplau (2007), Jakubietz u.a. (2007), Joiner, Jr. (2003), Mühlbauer/Holm/Wood (2001), Sansone/Sansone (2007), Sarwer (2002), Sarwer u.a. (1998), Sarwer u.a. (2005a), Sarwer u.a. (2005b) und Zuckerman/Abraham (2008) mit der Wirkung von Schönheitsoperationen auf die Psyche beschäftigt. Dabei wird in diesen psychologischen Forschungsarbeiten deutlich, dass Schönheitsoperationen keine oder nur eine geringe Verbesserung des psychologischen Zustands des Individuums herbeiführen können, sofern der Patient bereits unter bestimmten Vorerkrankungen leidet, wie einer Dysmorphophobie oder aber bereits sonstige schwerwiegende psychologische Probleme bestehen (vgl. Crerand/Franklin/Sarwer 2006: 176e; Dittmann 2005: 30; Sarwer u.a. 2005a: 268).⁶³ Allerdings ist zu bedenken, dass, sofern ein bestimmtes Stadium der Dysmorphophobie noch nicht erreicht ist, die Schönheitsoperation eine psychologische Leidenslinderung ermöglicht (vgl. Crerand/Franklin/Sarwer 2006: 176e). Ebenso besitzt die Schönheitsoperation bei normalen psychologischen Problemen einen hohen Wirkungsgrad bezüglich der Verbesserung des psychischen Allgemeinzustands (vgl. Crerand/Franklin/Sarwer 2006: 176e; Dittmann 2005: 30; Sarwer u.a. 2005a: 268). So hat Joiner, Jr. (2003) nachgewiesen, dass eine Brustvergrößerung das Selbstmordrisiko von Frauen erheblich verringert, sodass anderweitige Therapiemethoden bei selbstmordgefährdeten Frauen wesentlich geringere Erfolgchancen aufweisen (vgl. Joiner, Jr. 2003: 374). Dadurch hat Joiner, Jr. (2003) zugleich Forschungsergebnisse widerlegt, in denen Frauen mit einer Brustvergrößerung ein deutlich höheres Selbstmordrisiko attestiert wurde als Frauen ohne Brustvergrößerung (vgl. Sansone/Sansone 2007: 65f.).

⁶³ Die Notwendigkeit der Behandlungsbedürftigkeit besteht in den USA erst seit dem Jahr 1987, obwohl diese Erkrankung bereits seit dem Jahr 1886 bekannt ist (vgl. Dittmann 2005: 30; Jakubietz u.a. 2007: 1924).

Um eine Dysmorphophobie oder anderweitige psychologische Probleme im Vorfeld einer Schönheitsoperation, bedarf es

„a general psychological screening, consisting of an assessment of patient motivations and expectations, psychiatric status and history, body image concerns and body dysmorphic disorder symptoms, and an observation of the patient’s office behavior, can identify persons for whom surgery may be inappropriate. Such a screening may include an interview with the patient and/or use of self-report assessments. Patients with suspected body dysmorphic disorder can be referred to a mental health professional for additional screening and treatment.“ (Crerand/Franklin/Sarwer 2006: 175e)

Dabei obliegt es einzig und allein dem Schönheitschirurgen, inwieweit dieser den psychologischen Zustand des jeweiligen Patienten berücksichtigt und dementsprechend auch seine Angestellten darauf hinweist, diesen zu beachten (vgl. Crerand/Magee 2013: 77; Jakubietz u.a. 2007: 1928; Mühlbauer/Holm/Wood 2001: 325). So können gerade die Angestellten möglicherweise abweichendes Verhalten des Patienten während des Ablaufprozesses einer Schönheitsoperation frühzeitig erkennen und den Schönheitschirurgen darüber in Kenntnis setzen (Jakubietz u.a. 2007: 1928). So gilt es vor allem, den psychologischen Zustand von Patienten nicht außer Acht zu lassen und Patienten zu klassifizieren, die zu bestimmten Risikogruppen gehören, um einen reibungslosen Ablauf der Schönheitsoperation zu gewährleisten (vgl. Crerand/Magee 2013: 77; Jakubietz u.a. 2007: 1928; Mühlbauer/Holm/Wood 2001: 325; Sarwer 2002: 534). Gerade bei Patienten, die zu bestimmten Risikogruppen gehören, wie Patienten mit einer Dysmorphophobie ist es angebracht, dass eine Schönheitsoperation nicht durchgeführt wird, insbesondere um mögliche Rechtsstreitigkeiten und eine Verschlimmerung des psychologischen Zustands zu vermeiden sowie den Schönheitschirurg vor verbalen wie auch körperlichen Auseinandersetzungen zu schützen (vgl. Jakubietz u.a. 2007: 1928; Sarwer 2002: 534). Allerdings ist bezüglich der Risikogruppen anzumerken, dass eine Schönheitsoperation bei diesen Patienten unter bestimmten Voraussetzungen, wie der Intensivierung der Interaktion, also der Fürsorge, auch eine Verbesserung des psychologischen Zustands herbeiführen kann (vgl. Crerand/Magee 2013: 77; Mühlbauer/Holm/Wood 2001: 325).⁶⁴ Dazu gehören eine umfassendere Verbraucheraufklärung und eine psychologische Begleitung während des gesamten Ablaufprozesses durch einen Psychologen, was u.a. bei der Risikogruppe der Minderjährigen äußerst erfolgsversprechend ist (vgl. Crerand/Magee 2013: 77). Letztendlich ist es nicht unmöglich, dass Risikopatienten den-

⁶⁴ Bei der Risikogruppe der Minderjährigen betonen Zuckerman/Abraham (2008) vor allem die Einbeziehung der Eltern und das Screening als „Best Practice“ für diese Risikogruppe (vgl. Zuckerman/Abraham 2008: 323).

selben psychologischen Normalzustand erreichen wie die übrigen Patienten des Schönheitschirurgen auch, was jedoch für den Schönheitschirurgen zeit- und arbeitsintensiv ist (vgl. Crerand/Magee 2013: 77; Mühlbauer/Holm/Wood 2001: 325).

Schließlich ist bezüglich einer Dysmorphophobie noch hinzuzufügen, dass diese Erkrankung in der Wahrnehmung von Schönheitschirurgen und dessen Angestellten, den Fachverbänden der Schönheitschirurgen sowie in der Öffentlichkeit deutlich unterrepräsentiert ist, vor allem wenn man bedenkt, dass „among patients presenting for cosmetic treatments, 7 to 15 percent may suffer from body dysmorphic disorder“ (Crerand/Franklin/Sarwer 2006: 176e). Auch scheint es, dass der Mensch in unterschiedlichen Lebensphasen über eine unterschiedlich hohe Bereitschaft verfügt, sich einer Schönheitsoperation zu unterziehen, was auch in den Forschungsarbeiten bezüglich der Akzeptanz von Schönheitsoperationen von Frederick/Lever/Peplau (2007), Henderson-King/Henderson-King (2005), Park u.a. (2009), Sarwer u.a. (2005b) und Swami u.a. (2009) zum Ausdruck gebracht wird. So ist die Bewirtschaftung des Körpers mittels Schönheitsoperationen ein geschlechterspezifisches Phänomen, wovon vor allem Frauen betroffen sind (vgl. Frederick/Lever/Peplau 2007: 1413; Sarwer u.a. 2005b: 937). Interessant ist hierbei, dass sich das Ideal des makellos perfekten Körpers manifestiert hat und sich daraus eine Zwangsnormierung des Körpers ergibt (vgl. Frederick/Lever/Peplau 2007: 1413f.; Sarwer u.a. 2005b: 937).

4.5 Der globale Körpermarkt

Die Ethnochirurgie und der Medizintourismus sind ein globaler Markt mit stetig steigenden Wachstumsraten. Allerdings ist die Datenlage unübersichtlich und unzureichend, da keine nationale oder internationale statistische Behörde Daten zur Ethnochirurgie erfasst und keine empirischen Studien existieren, sondern es zumeist nationale und internationale Fachverbände der Schönheitschirurgen sind, die diese Daten erfassen und in ihren jährlichen Statistiken veröffentlichen. Problematisch an der Datenerfassung ist deshalb, dass nicht alle Schönheitschirurgen eine Mitgliedschaft in allen Fachverbänden haben und es zusätzlich noch andere medizinische Professionen gibt, die ethnochirurgische Eingriffe vornehmen, u.a. Dermatologen, Gesichtschirurgen etc.⁶⁵ Außerdem bieten die Medical Spas ebenfalls ethnochirurgische Eingriffe

⁶⁵ Fachverbände von Schönheitschirurgen in den USA, die die Daten zur Ethnochirurgie erfassen, sind die American Society for Aesthetic Plastic Surgery und die American Society of Plastic Surgeons (vgl. American Society for Aesthetic Plastic Surgery 2015a: 3; American Society of Plastic Surgeons 2012a: 4). Auf internationaler Ebene werden Daten zur Ethnochirurgie durch die International Society of Aesthetic Plastic Surgery erhoben (vgl. International Society of Aesthetic Plastic Surgery 2012: 1).

an. Letztlich kann die Gesamtzahl aller ethnochirurgischen Eingriffe nicht genau statistisch erfasst werden. So bieten z.B. in den USA mehr als 24.000 Ärzte unterschiedlicher medizinischer Fachrichtungen ethnochirurgische Eingriffe an (vgl. American Society of Plastic Surgeons 2012a: 4). Für den Medizintourismus existiert, ebenso wie bei der Ethnochirurgie, dasselbe Problem bezüglich der Datenlage, da es ebenfalls keine nationalen oder internationalen statistischen Behörden gibt, die Daten zum Medizintourismus erfassen, sodass man auf den Report der OECD von Lunt u.a. (2011) angewiesen ist, um sich einen Überblick über den Markt des Medizintourismus zu verschaffen. Bei den Daten zum Medizintourismus im OECD Report von Lunt u.a. (2011) ist auffällig, dass offensichtlich möglichst viele Bereiche erfasst werden, sodass der Begriff Medizintourismus bei der Datenerfassung als äußerst problematisch zu bewerten ist, da es keine einheitliche, verbindliche Definition gibt.⁶⁶

4.5.1 Der globale Markt des Medizintourismus

Der globale Medizintourismus und die damit einhergehende Globalisierung von medizinischen Dienstleistungen wird durch das seit dem Jahr 1995 existierende Handelsabkommen „General Agreement on Trade in Services“ der Welthandelsorganisation abgedeckt (vgl. Amodeo 2010: 66f.; World Trade Organization, Information and External Relations Division 2015: 33-38).⁶⁷ Der OECD Report von Lunt u.a. (2011) weist für den globalen Medizintourismus ein Marktvolumen von 60 Milliarden US-Dollar aus und eine Anzahl von 0,060 Millionen Medizintouristen bis 50 Millionen Medizintouristen (vgl. Lunt u.a. 2011: 14f.). Von besonderer Bedeutung im globalen Medizintourismus sind dabei Krankenhäuser, wie das „Bangkok-Hospital“ in der thailändischen Hauptstadt Bangkok, das den Idealtyp des sogenannten „Hospital-Hotels“ im Sinne von Masi de Casanova/Sutton (2013) bzw. des „Medical Hotels“ im Sinne von Brooks (1999) darstellt und sich vollständig auf die Bedürfnisse internationaler Patienten ausgerichtet hat, die aufgrund der Dysfunktionalität der Gesundheitssysteme in deren Herkunftsländern und den besonderen finanziellen Konditionen für medizinische Eingriffe im Vergleich zu anderen Destinationen dorthin reisen (vgl. Buse 2009: 125-129). Diese Krankenhäuser stehen dabei sinnbildlich für die Kommerzialisierung und Ökonomisierung der Medizin, sodass Medizin wie auch Gesundheit zu einem Konsumgut wird, das auf dem globalen Markt käuflich zu erwerben

⁶⁶ Daher ist es nötig, den Begriff des Wellness- und Gesundheitstourismus vom Begriff des Medizintourismus abzugrenzen. Der Begriff des Medizintourismus bezieht sich auf medizinische Eingriffe am Körper, während die Begriffe Wellness- und Gesundheitstourismus auf die physischen und psychologischen Aspekte im Sinne der holistischen Körperbewirtschaftung abzielen, ohne dass dabei entsprechende medizinische Eingriffe am Körper vorgenommen werden (vgl. Rulle/Hoffmann/Kraft 2010: 5-10).

⁶⁷ Die Grundlagen des internationalen Tourismus werden bei Reisinger (2009) dargelegt.

ist (vgl. Buse 2009: 126f.). Dabei geht es auch um das Outsourcing von kranken Menschen und den damit verbundenen Behandlungskosten in deren Herkunftsländern (vgl. Buse 2009: 127). Ein solcher Prozess der globalen medizinischen Bewirtschaftung des Körpers wird durch amerikanische Versicherungsgesellschaften forciert, wie Buse (2009) darlegt (vgl. Buse 2009: 129).

Im globalen Medizintourismus existieren neben diesen Märkten für medizinische Eingriffe aufgrund entsprechender medizinischer Indikation auch Nischenmärkte, denen wie Schönheitsoperationen, keine medizinischen Indikationen zugrunde liegen. Dazu gehört auch der Nischenmarkt für Geschlechtsumwandlungen, in dem Thailand einen Standort- und Wettbewerbsvorteil aufgrund der dortigen medizinischen Infrastruktur, der gesetzlichen Rahmenbedingungen für derartige medizinische Eingriffe und der kulturellen Besonderheiten des Landes aufgrund des Buddhismus besitzt (vgl. Talbot 2001: o.S.).

Der Markt für diesen Geburtstourismus befindet sich vor allem in den USA, wohin werdende Mütter aus der ganzen Welt zur Erlangung der amerikanischen Staatsangehörigkeit für deren Kinder fliegen, wobei die Mehrheit dieser Mütter aus der Volksrepublik China stammt, um die dortige Gesetzeslücke des „Birthright Citizenship“, im Zusatzartikel XIV Abschnitt I der amerikanischen Verfassung zu nutzen, die am 17. September 1787 in Kraft getreten ist (vgl. Kim/Shyong 2015: o.S.; The Times Editorial Board 2014: o.S.; U.S. House of Representatives 2007: v, 16). Darin ist rechtlich festgelegt: „All persons born or naturalized in the United States, and subject to the jurisdiction thereof, are citizens of the United States and of the State wherein they reside.“ (U.S. House of Representatives 2007: 16) Die werdenden Mütter nehmen dabei die Dienstleistungen spezieller Reiseagenturen in Anspruch, die diesen ein Paketangebot für die Geburt in den USA machen, das die Beschaffung von Visa, die Auswahl des Geburtsorts in den USA, die Auswahl des Krankenhauses, die Buchung von Flug und Beherbergungsstätten etc. enthält (vgl. Kim/Shyong 2015: o.S.). Dieser Geburtstourismus beinhaltet auch migrationspolitische Probleme, wenn man bedenkt, „[...] that about 40,000 of 300,000 children born to foreign citizens in the U.S. each year are the product of birth tourism“ (Kim/Shyong 2015: o.S.). Zudem ist dieser Nischenmarkt des Medizintourismus in den USA, der sich auf die Metropolregion Los Angeles konzentriert, mit gesetzwidrigen Handlungen der werdenden Mütter wie auch der Reiseagenturen verbunden, wobei es sich um vorsätzliche Gesetzesbrüche handelt und diese somit einen Straftatbestand nach amerikanischer Rechtslage darstellen (vgl. Kim/Shyong 2015: o.S.).

4.5.2 Der globale Markt der Ethnochirurgie

Um die Dimension des internationalen Markts zu verdeutlichen, sollen einige Daten zur Anzahl der Schönheitschirurgen und zur Anzahl der Ethnochirurgien angeführt werden. Dafür werden die Daten der International Society of Aesthetic Plastic Surgery aus dem Jahr 2011 genutzt, die die Daten von 25 Ländern für ein Ranking miteinander verglichen hat (vgl. International Society of Aesthetic Plastic Surgery 2012: 1-11). Im Vorfeld ist allerdings anzumerken, dass die Daten der International Society of Aesthetic Plastic Surgery mit den Daten der American Society of Plastic Surgeons aus dem Jahr 2011 nicht übereinstimmen, denn es bestehen große Unterschiede was die Anzahl der Schönheitsoperationen und Schönheitschirurgen für die USA betrifft (vgl. International Society of Aesthetic Plastic Surgery 2012: 1ff.; American Society of Plastic Surgeons 2012a: 3f., 7).⁶⁸ Trotz dieser großen Unterschiede liefert das Datenmaterial der International Society of Aesthetic Plastic Surgery für das Jahr 2011 einen guten Überblick darüber, wie sich der globale Markt der Ethnochirurgien aus international vergleichender Perspektive konstituiert und welche Ethnien in diesem Markt eine dominante Stellung einnehmen (vgl. International Society of Aesthetic Plastic Surgery 2012: 2-11). Im Jahr 2011 gab es weltweit 31.894 Schönheitschirurgen und es wurden ca. 14,708 Millionen Schönheitsoperationen durchgeführt, die sich auf ca. 6,371 Millionen chirurgische und ca. 8,337 Millionen nicht-chirurgische Eingriffe verteilen (vgl. International Society of Aesthetic Plastic Surgery 2012: 10). Damit führte jeder Schönheitschirurg durchschnittlich ca. 461 Schönheitsoperationen im Jahr 2011 durch (vgl. International Society of Aesthetic Plastic Surgery 2012: 10; eigene Berechnung).

Dabei ergibt sich eine globale Ungleichverteilung von Schönheitsoperationen nach Kontinenten im Jahr 2011 (vgl. International Society of Aesthetic Plastic Surgery 2012: 3).⁶⁹ Die globale Verteilung nach Kontinenten ist dahingehend relevant um darzulegen, dass die Ethnochirurgie ein weltweiter Markt ist (vgl. International Society of Aesthetic Plastic Surgery

⁶⁸ So wurden laut den Daten der International Society of Aesthetic Plastic Surgery im Jahr 2011 in den USA ca. 3,105 Millionen Schönheitsoperationen durchgeführt, während die American Society of Plastic Surgeons für das gleiche Jahr eine Anzahl von ca. 13,829 Millionen Schönheitsoperationen angegeben hat (vgl. American Society of Plastic Surgeons 2012a: 7; International Society of Aesthetic Plastic Surgery 2012: 3). Die Unterschiede im Datenmaterial sind darauf zurückzuführen, dass die International Society of Aesthetic Plastic Surgery nur Schönheitsoperationen statistisch erfasst, die von Schönheitschirurgen mit der entsprechenden Facharztausbildung für plastische Chirurgie durchgeführt worden sind, dagegen enthält die Statistik der American Society of Plastic Surgeons auch Schönheitsoperationen, die von Ärzten ohne diese entsprechende Facharztausbildung vorgenommen wurden (vgl. American Society of Plastic Surgeons 2012a: 4; International Society of Aesthetic Plastic Surgery 2012: 1).

⁶⁹ Für den Kontinent Antarktika stehen keine Daten der International Society of Aesthetic Plastic Surgery zur Verfügung (vgl. International Society of Aesthetic Plastic Surgery 2012: 3).

2012: 3). Im globalen Vergleich nach Kontinenten belegt Asien mit ca. 4,337 Millionen Schönheitsoperationen und 8.379 Schönheitschirurgen den ersten Rang im Jahr 2011 (vgl. International Society of Aesthetic Plastic Surgery 2012: 3). Den zweiten Rang im Jahr 2011 belegt Nordamerika mit ca. 4,188 Millionen Schönheitsoperationen und 8.022 Schönheitschirurgen, gefolgt von Europa auf dem dritten Rang mit ca. 3,545 Millionen Schönheitsoperationen und 7.440 Schönheitschirurgen (vgl. International Society of Aesthetic Plastic Surgery 2012: 3). Auf den vierten Rang im Jahr 2011 kommt Südamerika mit ca. 2,271 Millionen Schönheitsoperationen und 7.186 Schönheitschirurgen (vgl. International Society of Aesthetic Plastic Surgery 2012: 3). Auf den Rängen fünf und sechs im Jahr 2011 folgen Afrika mit ca. 0,239 Millionen Schönheitsoperationen und 594 Schönheitschirurgen sowie Australien und Ozeanien mit ca. 0,128 Millionen Schönheitsoperationen und 273 Schönheitschirurgen (vgl. International Society of Aesthetic Plastic Surgery 2012: 3). Afrika sowie Australien und Ozeanien spielen zusammen mit ca. 0,367 Millionen Schönheitsoperationen und 867 Schönheitschirurgen demnach nur eine marginale Rolle, da auf den Kontinenten Europa, Asien, Südamerika und Nordamerika 31.027 Schönheitschirurgen praktizieren und 14,341 Millionen Schönheitsoperationen im Jahr 2011 vorgenommen worden sind (vgl. International Society of Aesthetic Plastic Surgery 2012: 3; eigene Berechnung).

Im Hinblick auf die Verteilung nach Kontinenten lässt sich auch eine Differenzierung der Schönheitsoperationen in Schönheitschirurgien bei Kaukasiern und Ethnochirurgien bei nicht-kaukasischen Ethnien für das Jahr 2011 anhand der Daten der International Society of Aesthetic Plastic Surgery vornehmen (vgl. International Society of Aesthetic Plastic Surgery 2012: 3). Dabei gehört die Mehrheit der Bevölkerung auf den Kontinenten Asien, Südamerika und Afrika zu den nicht-kaukasischen Ethnien, während die Mehrheit der Bevölkerung auf den Kontinenten Nordamerika, Europa sowie Australien und Ozeanien Kaukasier sind. Somit wurden 6,847 Millionen Ethnochirurgien und 7,861 Millionen Schönheitschirurgien im Jahr 2011 vorgenommen (vgl. International Society of Aesthetic Plastic Surgery 2012: 3; eigene Berechnung). Auf den Kontinenten mit kaukasischer Bevölkerungsmehrheit praktizierten 15.735 Schönheitschirurgen und auf den Kontinenten mit nicht-kaukasischer Bevölkerungsmehrheit praktizierten 16.159 Schönheitschirurgen im Jahr 2011 (vgl. International Society of Aesthetic Plastic Surgery 2012: 3; eigene Berechnung).

Die globale Ungleichheit bezüglich der Bewirtschaftung des Körpers mittels Schönheitsoperationen zeigt sich auch daran, dass in den 25 weltweit führenden Ländern des Rankings der International Society of Aesthetic Plastic Surgery ca. 12,775 Millionen Schönheitsoperationen im Jahr 2011 vorgenommen wurden und damit sich die übrigen 1,933 Millionen Schönheitsoperationen auf die anderen Länder der Welt verteilten (vgl. International Society of

Aesthetic Plastic Surgery 2012: 10f.; eigene Berechnung).⁷⁰ In diesen 25 Ländern praktizierten 27.730 Schönheitschirurgen im Jahr 2011, sodass sich die restlichen 4.164 Schönheitschirurgen auf die übrigen Länder der Welt verteilten (vgl. International Society of Aesthetic Plastic Surgery 2012: 10f.; eigene Berechnung).

Der globale Markt für Ethnochirurgien weist eine globale Ungleichheit bezüglich des Preisniveaus auf, sodass zum Kostenvergleich für Ethnochirurgien die Daten aus dem OECD Report von Lunt u.a. (2011) genutzt werden, der die Kosten für verschiedene Länder des Medizintourismus für Schönheitsoperationen enthält (vgl. Lunt u.a. 2011: 12).⁷¹ Beim Vergleich der durchschnittlichen Kosten für Ethnochirurgien in den Ländern USA, Indien, Thailand, Singapur, Malaysia, Mexiko, Kuba, Polen, Ungarn und Großbritannien stellt man fest, dass sich drei Kategorien von Ländern entsprechend der Kosten für Ethnochirurgien herausbilden (vgl. Lunt u.a. 2011: 12).⁷² Die erste Kategorie sind die Länder der Oberklasse, in denen die durchschnittlichen Kosten für eine Ethnochirurgie mehr als 4.000 US-Dollar betragen. In diese Kategorie fallen die Länder Singapur mit Durchschnittskosten von ca. 6.656 US-Dollar, die USA mit 5.525 US-Dollar und Großbritannien mit ca. 4.434 US-Dollar (vgl. Lunt u.a. 2011: 12; eigene Berechnung). Zur zweiten Kategorie gehören die Länder der Mittelklasse, in denen die Ethnochirurgie zwischen 3.000 US-Dollar und 4.000 US-Dollar kostet. Zu den Ländern der Mittelklasse gehören Thailand mit durchschnittlichen Kosten von ca. 3.088 US-Dollar, Malaysia mit ca. 3.159 US-Dollar, Ungarn mit ca. 3.339 US-Dollar und Polen mit ca. 3.397 US-Dollar (vgl. Lunt u.a. 2011: 12; eigene Berechnung). Die dritte Kategorie bilden die Länder der Unterklasse, in denen eine Ethnochirurgie durchschnittlich weniger als 3.000 US-Dollar kostet. In diese Kategorie fallen die Länder Mexiko mit durchschnittlichen Kosten von 2.925 US-Dollar, Indien mit 2.400 US-Dollar und Kuba mit ca. 1.571 US-Dollar (vgl. Lunt u.a. 2011: 12; eigene Berechnung). In Bezug auf die Kosten für eine Ethnochirurgie in einem Land der Oberklasse, Mittelklasse und Unterklasse lässt sich somit feststellen, dass die Kosten in einem Land der Oberklasse sich im Durchschnitt auf ca. 5.538 US-Dollar belaufen (vgl. Lunt u.a. 2011: 12; eigene Berechnung). In einem Land der Mittelklasse zahlt man dagegen im Durchschnitt nur ca. 3.246 US-Dollar, was einem Kostenunterschied von 2.292 US-Dollar im Vergleich zum

⁷⁰ Zu den führenden Ländern mit kaukasischer Bevölkerungsmehrheit gehören die USA, Italien, Frankreich, Deutschland, Spanien, Russland, Kanada, Großbritannien, Griechenland, Australien, Niederlande und Rumänien (vgl. International Society of Aesthetic Plastic Surgery 2012: 10f.). Zu den führenden Ländern mit nicht-kaukasischer Bevölkerungsmehrheit zählen die Länder Brasilien, China, Japan, Mexiko, Südkorea, Indien, Kolumbien, Türkei, Taiwan, Venezuela, Thailand, Argentinien und Saudi-Arabien (vgl. International Society of Aesthetic Plastic Surgery 2012: 10f.).

⁷¹ Der Report der OECD von Lunt u.a. (2011) erfasst keine Kosten für nicht-chirurgische Eingriffe für bestimmte Zielländer des Medizintourismus bei Ethnochirurgien (vgl. Lunt u.a. 2011: 12).

⁷² Die durchschnittlichen Kosten für eine Ethnochirurgie berechnen sich aus den Kosten für eine Nasenoperation, eine Bauchdeckenstraffung, eine Brustverkleinerung und eine Brustvergrößerung in den jeweiligen Ländern (vgl. Lunt u.a. 2011: 12).

Land der Oberklasse entspricht (vgl. Lunt u.a. 2011: 12; eigene Berechnung). Die Kosten für eine Ethnochirurgie in einem Land der Unterklasse betragen im Durchschnitt ca. 2.299 US-Dollar, was einen Kostenunterschied von 947 US-Dollar zu einem Land der Mittelklasse und von 3.239 US-Dollar zum Land der Oberklasse darstellt (vgl. Lunt u.a. 2011: 12; eigene Berechnung).

4.5.3 Der amerikanische Markt der Ethnochirurgie

Der weltweit größte Markt für Ethnochirurgien existiert in den USA. Die Ethnochirurgie ist ein eigener Markt, der sich in den letzten Jahrzehnten stetig entwickelt hat und einen immer größeren Anteil innerhalb des Gesamtmarkts der Schönheitsoperationen in den USA einnimmt. Zur Darlegung, welche Dimensionen dieser Markt inzwischen erreicht hat, soll anhand der Daten der American Society of Plastic Surgeons für das Jahr 2011 dargestellt werden. So betrug die Anzahl der Ethnochirurgien ca. 4,236 Millionen im Jahr 2011, was einem Anteil von 31 Prozent an der Gesamtzahl der Schönheitsoperationen entspricht (vgl. American Society of Plastic Surgeons 2012a: 21; eigene Berechnung). Der Anteil der Kaukasier an der Gesamtzahl der Schönheitsoperationen belief sich auf 69 Prozent im Jahr 2011, was ca. 9,593 Millionen Schönheitschirurgien entspricht (vgl. American Society of Plastic Surgeons 2012a: 21). Insgesamt wurden ca. 13,829 Millionen Schönheitsoperationen im Jahr 2011 durchgeführt (vgl. American Society of Plastic Surgeons 2012a: 21). Besonders zu berücksichtigen ist bei der Gesamtzahl der Schönheitsoperationen auch das Verhältnis zwischen chirurgischen Eingriffen und nicht-chirurgischen Eingriffen, die sich auf ca. 1,579 Millionen chirurgische Eingriffe und ca. 12,250 Millionen nicht-chirurgische Eingriffe im Jahr 2011 verteilten (vgl. American Society of Plastic Surgeons 2012a: 7).

Die generierten finanziellen Einnahmen durch Schönheitsoperationen lagen im Jahr 2011 bei ca. 10,434 Milliarden US-Dollar (vgl. American Society of Plastic Surgeons 2012a: 20). In Bezug auf die nicht-kaukasischen Ethnien ergibt sich hinsichtlich der Anzahl der Ethnochirurgien und deren Anteil an der Gesamtzahl der Schönheitsoperationen im Jahr 2011 ein differenziertes Bild (vgl. American Society of Plastic Surgeons 2012a: 21). Bei den Hispanics und Latinos betrug die Anzahl der Ethnochirurgien ca. 1,609 Millionen im Jahr 2011, was einem prozentualen Anteil von 12 Prozent an der Gesamtzahl der Schönheitsoperationen entspricht (vgl. American Society of Plastic Surgeons 2012a: 21). Bei den Afrikanern wurden ca. 1,110 Millionen Ethnochirurgien im Jahr 2011 durchgeführt, sodass deren prozentualer Anteil an der Gesamtzahl der Schönheitsoperationen bei 8 Prozent lag (vgl. American Society of Plastic Surgeons 2012a: 21). Bei den Asiaten wurden ca. 0,810 Millionen Ethnochirurgien im Jahr

2011 vorgenommen, sodass deren Anteil an der Gesamtzahl der Schönheitsoperationen bei 6 Prozent lag (vgl. American Society of Plastic Surgeons 2012a: 21). Die sonstigen nicht-kaucasischen Ethnien hatten einen Anteil von 5 Prozent an der Gesamtzahl der Schönheitsoperationen im Jahr 2011, was ca. 0,707 Millionen Ethnochirurgien entspricht (vgl. American Society of Plastic Surgeons 2012a: 21).

Die Daten der American Society of Plastic Surgeons für das Jahr 2011 belegen, dass die nicht-kaucasischen Ethnien bzw. in diesem Fall die Hispanics und Latinos, Afrikaner und die Asiaten bestimmte chirurgische Eingriffe und nicht-chirurgische Eingriffe präferieren, die ein jeweils unterschiedliches Preisniveau haben, wobei die nicht-chirurgischen Eingriffe wesentlich kostengünstiger sind als die chirurgischen Eingriffe (vgl. American Society of Plastic Surgeons 2012a: 20f.). Während die durchschnittlichen Kosten für chirurgische Eingriffe im Jahr 2011 bei ca. 3.787 US-Dollar lagen, betragen die Kosten für nicht-chirurgische Eingriffe im Durchschnitt nur ca. 712 US-Dollar (vgl. American Society of Plastic Surgeons 2012a: 20f.; eigene Berechnung). So beliefen sich die Kosten für eine Fettabsaugung, ein beliebter chirurgischer Eingriff bei Afrikanern sowie bei Hispanics und Latinos, auf durchschnittlich 2.859 US-Dollar im Jahr 2011 (vgl. American Society of Plastic Surgeons 2012a: 20f.). Hingegen lagen die Kosten für eine Brustvergrößerung, eine bevorzugte Ethnochirurgie bei Hispanics und Latinos, bei Asiaten und bei Afrikanern im Durchschnitt bei 3.388 US-Dollar im Jahr 2011 (vgl. American Society of Plastic Surgeons 2012a: 20f.). Doch nicht nur die Brustvergrößerung genießt eine hohe Beliebtheit bei Afrikanern, sondern auch die Brustverkleinerung (vgl. American Society of Plastic Surgeons 2012a: 21). Die durchschnittlichen Kosten für eine Brustverkleinerung lagen bei 3.051 US-Dollar im Jahr 2011 (vgl. American Society of Plastic Surgeons 2012a: 20).⁷³ Die durchschnittlichen Kosten für eine Nasenoperation, die häufig bei Hispanics und Latinos sowie bei Asiaten durchgeführt werden, beliefen sich auf 4.422 US-Dollar im Jahr 2011 (vgl. American Society of Plastic Surgeons 2012a: 20f.). Die Kosten für eine Augenlidoperation, eine vor allem bei Asiaten äußerst populäre Ethnochirurgie, lagen im Jahr 2011 durchschnittlich bei 2.741 US-Dollar (vgl. American Society of Plastic Surgeons 2012a: 20f.).

Für die nicht-chirurgischen Eingriffe lässt sich für das Jahr 2011 aufzeigen, dass die Hispanics und Latinos, die Afrikaner sowie die Asiaten für Botox und Dermalfiller eine besondere Präferenz haben (vgl. American Society of Plastic Surgeons 2012a: 21). Die Kosten für eine Behandlung mit Botox lagen im Jahr 2011 im Durchschnitt bei 365 US-Dollar (vgl. Ame-

⁷³ Bei der Brustverkleinerung handelt es sich um die Kosten für eine Brustverkleinerung beim Mann, da die American Society of Plastic Surgeons in der Statistik zu Schönheitsoperationen für das Jahr 2011 keine Kosten für die Brustverkleinerung bei der Frau ausgewiesen hat (vgl. American Society of Plastic Surgeons 2012a: 20).

rican Society of Plastic Surgeons 2012a: 20). Die Behandlung mit Dermalfillern kostete durchschnittlich ca. 826 US-Dollar im Jahr 2011 (vgl. American Society of Plastic Surgeons 2012a: 20; eigene Berechnung).⁷⁴ Die Kosten für chemische Peelings, die vielfach bei den Hispanics und Latinos sowie bei den Asiaten vorgenommen werden, beliefen sich durchschnittlich auf 653 US-Dollar im Jahr 2011 (vgl. American Society of Plastic Surgeons 2012a: 20f.). Zudem präferieren die Afrikaner auch die Microdermabrasion, wobei dieser nicht-chirurgische Eingriff im Durchschnitt 141 US-Dollar im Jahr 2011 kostete (vgl. American Society of Plastic Surgeons 2012a: 20f.).

Die Popularität von Schönheitsoperationen in den USA wird auch daran deutlich, dass 51 Prozent der Patienten im Jahr 2011 sogenannte Wiederholungspatienten waren, also schon über eine Patientenbiographie im Bereich der Schönheitsoperationen verfügten und 48 Prozent der Patienten mehrere Schönheitsoperationen gleichzeitig an ihrem Körper im Rahmen des Besuchs beim Schönheitschirurgen vornehmen ließen (vgl. American Society of Plastic Surgeons 2012a: 21). Dieses Patientenverhalten ist auch dahingehend zu erklären, dass viele chirurgische Eingriffe und nicht-chirurgische Eingriffe häufig in der Praxis des Schönheitschirurgen stattfinden. Demzufolge betrug die Anzahl der Eingriffe in der Praxis des Schönheitschirurgen ca. 9,494 Millionen im Jahr 2011, was einem Anteil von 69 Prozent an der Gesamtzahl der durchgeführten Schönheitsoperationen entspricht (vgl. American Society of Plastic Surgeons 2012a: 21). In den ambulanten Chirurgiezentren wurden ca. 2,792 Millionen Schönheitsoperationen im Jahr 2011 vorgenommen, sodass deren Anteil bei 20 Prozent hinsichtlich der Gesamtzahl der durchgeführten Schönheitsoperationen lag (vgl. American Society of Plastic Surgeons 2012a: 21). Demgegenüber wurden nur ca. 1,543 Millionen Schönheitsoperationen im Jahr 2011 in den Krankenhäusern durchgeführt, was einem Anteil von 11 Prozent an der Gesamtzahl der durchgeführten Schönheitsoperationen entsprach (vgl. American Society of Plastic Surgeons 2012a: 21).

4.5.4 Der globale Ethnic Surgery Tourism

Die Implikationen, die sich rekurrierend auf der globalen Bewirtschaftung des Körpers mittels Ethnochirurgien ergeben, sind äußerst vielfältig und betreffen den globalen Ethnic Surgery Tourism, die Destinationen für internationale nicht-kaukasische Patienten, die Anbieter von

⁷⁴ Die unterschiedlichen Kosten bei Dermalfillern sind auf die unterschiedlichen Grundstoffe zurückzuführen, auf denen der jeweilige Dermalfiller basiert (vgl. American Society of Plastic Surgeons 2012a: 20).

Ethnochirurgien sowie die internationalen nicht-kaukasischen Patienten, die dorthin reisen.⁷⁵ Bezüglich des globalen Ethnic Surgery Tourism soll erörtert werden, inwiefern diese Erscheinungsform des Medizintourismus als Bestandteil der Tourismusindustrie anzusehen ist und welche rechtlichen Fragen damit einhergehen. Ebenso soll anhand des globalen Ethnic Surgery Tourism veranschaulicht werden, inwiefern sich unterschiedliche Märkte im „globalen Süden“ und „globalen Norden“ ausgebildet haben. Weitere Implikationen beziehen sich auf die Destinationen für internationale nicht-kaukasische Patienten. Hierbei soll die Herausbildung einer globalen Ungleichheit hinsichtlich der globalen ethnochirurgischen Bewirtschaftung des Körpers veranschaulicht werden, also inwiefern bestimmte Destinationen gegenüber anderen Destinationen über Standort- und Wettbewerbsvorteile verfügen, aus der sich eine gewisse Exklusivität ableiten lässt, die wiederum eine ganz bestimmte Zielgruppe von internationalen nicht-kaukasischen Patienten anspricht. Weitere Implikationen betreffen die Anbieter von Ethnochirurgien, dabei soll dargelegt werden, dass sich ein eigener Markt für Ethnochirurgien bei internationalen nicht-kaukasischen Patienten herausgebildet hat und die sich daraus ergebenden positiven wie negativen Konsequenzen sollen dargestellt werden. Letztlich zielen die Implikationen auch auf die internationalen nicht-kaukasischen Patienten ab, was anhand der Arzt-Patient-Beziehung und den durchgeführten Ethnochirurgien als Wegbereiter für globale Schönheitsnormen aufgezeigt werden soll. Zusätzlich ist zu klären, inwieweit die ethnochirurgischen Eingriffe weitaus mehr als nur ein Eingriff am Körper sind, denn sie sind zugleich auch ein Eingriff in die Identität und können damit auch eine Entgrenzung des Subjektes von seinem Körper herbeiführen. Darüber hinaus lassen sich unterschiedliche Konsumententypen aus dem globalen Ethnic Surgery Tourism ableiten.

Der globale Medizintourismus ist ein Milliardengeschäft, allerdings unterscheidet sich der Medizintourismusmarkt für Ethnochirurgien vom sonstigen Markt des Medizintourismus

⁷⁵ Der Begriff Ethnic Surgery Tourism wird in der vorliegenden Arbeit anstatt des in der wissenschaftlichen Literatur gebräuchlichen Begriffs Cosmetic Surgery Tourism, wie bei Holliday u.a. (2014) oder bei den Fachverbänden, wie der American Society of Plastic Surgeons (o.J.a), verwendet, da der Begriff des Cosmetic Surgery Tourism ein sogenannter Catch-all-Begriff ist, der alle außerhalb des Herkunftslands der Patienten durchgeführten Schönheitsoperationen zusammenfasst, ohne dabei eine Differenzierung nach Ethnien vorzunehmen. D.h. der Begriff Cosmetic Surgery Tourism verweist auf die kaukasischen und nicht-kaukasischen Ethnien, während der Begriff des Ethnic Surgery Tourism nur die nicht-kaukasischen Ethnien erfasst. Die wissenschaftliche Literatur zum Cosmetic Surgery Tourism beschäftigt sich fast ausschließlich mit Patienten der „Unterschicht“ und „Mittelschicht“, die vom „globalen Norden“ in den „globalen Süden“ reisen, wobei der Fokus oftmals auf weiblichen Patienten liegt, wie in den Abhandlungen von Ackerman (2010), Castonguay/Brown (1993), Edmonds (2011), Franzblau/Chung (2013), Masi de Casanova/Sutton (2013), Melendez/Alizadeh (2011), Viladrich/Baron-Faust (2014) zu entnehmen ist. Lediglich die wissenschaftliche Überblicksstudie von Holliday u.a. (2014) beschäftigt sich mit Patienten aus der „Mittelschicht“ und „Unterschicht“, die vom „globalen Norden“ in den „globalen Süden“ reisen sowie vom „globalen Norden“ in eine andere Destination des „globalen Nordens“ reisen (vgl. Holliday u.a. 2014: 7). Eine wissenschaftliche Studie zu den internationalen nicht-kaukasischen Patienten, also zu den Patienten der „Oberschicht“ aus den Industrieländern, Entwicklungs- und Schwellenländern, die für eine Ethnochirurgie in den „globalen Norden“ reisen, existiert bislang nicht, obwohl dieses kein neuzeitliches Phänomen ist (vgl. Masi de Casanova/Sutton 2013: 58).

dahingehend, da es sich hierbei um Eingriffe handelt, bei denen keine medizinische Indikation zugrunde liegt.⁷⁶ Damit sich ein globaler Ethnic Surgery Tourism etablieren konnte, war dieser auf die touristische Infrastruktur angewiesen, wodurch eine entscheidende Rahmenbedingung für den Medizintourismus für Ethnochirurgien bereits existierte (vgl. Holliday u.a. 2014: 3). Doch die touristische Infrastruktur ist nicht ausreichend, denn sie ist noch um die medizinische Infrastruktur zu ergänzen, um letztendlich die internationalen nicht-kaukasischen Patienten behandeln zu können (vgl. Holliday u.a. 2014: 3). Bezüglich der Entwicklung einer medizinischen Infrastruktur sind hohe finanzielle Aufwendungen notwendig, sodass die finanziellen Ressourcen vielfach durch den Staat, im Rahmen von Public-private-Partnerships oder auch durch Joint Ventures, bereitgestellt werden (vgl. Turner, L. 2012: 254f.).⁷⁷ Ebenso wichtig ist die Vermarktung der Destination, in dem entsprechende Alleinstellungsmerkmale in den jeweiligen Marketingkampagnen ausdrücklich hervorgehoben werden, um sich nicht nur im Markt zu positionieren, sondern auch, um gegenüber anderen Destinationen bestimmte Standort- und Wettbewerbsvorteile zu haben (vgl. Turner, L. 2012: 256). Dieses hat dazu geführt, dass sich zwei vollkommen voneinander unterschiedliche Märkte des Ethnic Surgery Tourism im „globalen Norden“ und „globalen Süden“ ausgebildet haben, bei denen jeweils zwei Migrationsformen hervortreten, nämlich die Patientenmigration und die Arbeitsmigration (vgl. Holliday u.a. 2014: 3).⁷⁸ Die Ausbildung zweier Märkte für Ethnochirurgien bei internationalen nicht-kaukasischen

⁷⁶ Der Ethnic Surgery Tourism kann, wie der Cosmetic Surgery Tourism, als ein „Transnational Body Project“ aufgefasst werden, wie dieses in der Abhandlung von Masi de Casanova/Sutton (2013) für den Cosmetic Surgery Tourism und in Anlehnung an die körpersoziologische Abhandlung von Shilling (1993) erfolgt (vgl. Masi de Casanova/Sutton 2013: 60). Als Rechtfertigungsnarrativ für den Begriff des „Transnational Body Project“ führen Masi de Casanova/Sutton (2013) an, dass der

„[...] CST [Cosmetic Surgery Tourism; T.G.] exemplifies how concrete practices on the fleshly body are enabled through transnational border crossings, which are in turn propelled by economic conditions or materialities, and [...] with increased contact between cultures via media, migration, and travel, representations and conceptions of beauty and the body travel across national boundaries, and infuse CST [Cosmetic Surgery Tourism; T.G.] practices and expectations.“ (Masi de Casanova/Sutton 2013: 60)

⁷⁷ In der globalen Wirtschaft ist es notwendig, dass für das Zustandekommen von Joint Ventures und von Direktinvestitionen sogenannte Investitionsschutzabkommen existieren, damit den Investoren außerhalb von deren Herkunftsländern eine entsprechende Rechtssicherheit für die dort getätigten finanziellen Investitionen geboten wird und gleichermaßen entsprechende Anreize für Auslandsinvestitionen geschaffen werden (vgl. Weiss u.a. 2015: 4). Letztendlich zielen diese Investitionsschutzabkommen darauf ab, einen freien Wettbewerb und Markt im Rahmen der internationalen Beziehungen zwischen Nationalstaaten zu erschaffen (vgl. Weiss u.a. 2015: 4f.).

⁷⁸ Vielfach lässt sich durch den Ethnic Surgery Tourism bzw. Cosmetic Surgery Tourism ein Braindrain im Zuge der Arbeitsmigration in den Nationalstaaten der Schwellen-, Entwicklungs- und Industrieländer beobachten, in dem Schönheitschirurgen und das sonstige medizinische Fachpersonal sowie das Pflegepersonal im Zuge einer globalen Arbeitsmigration für bessere Einkommensmöglichkeiten und mitunter auch für bessere Arbeits- und Lebensbedingungen einen bestimmten Nationalstaat verlassen, um sich in einer Destination des Ethnic Surgery Tourism niederzulassen (vgl. Holliday u.a. 2014: 10). Dieser Braindrain wird in der Studie von Holliday u.a. (2014) nicht als Emigration, sondern nur als eine temporäre Arbeitsmigration beschrieben (vgl. Holliday u.a. 2014: 10).

Patienten im „globalen Norden“ und „globalen Süden“ deutet ebenfalls darauf hin, dass es ganz offenbar eine globale Ungleichheit im Ethnic Surgery Tourism gibt.⁷⁹

4.5.4.1 Die Rahmenbedingungen des Ethnic Surgery Tourism

Die Rahmenbedingungen für den Ethnic Surgery Tourism werden, vor allem was Destinationen betrifft, die nur mittels Flugzeug aus dem Herkunftsland zu erreichen sind, von den Richtlinien der Aerospace Medical Association bestimmt, da in diesen Richtlinien die medizinischen Risiken des Fliegens dargelegt werden (vgl. Aerospace Medical Association, Medical Guidelines Task Force 2003: A1-A18). Die Beachtung solcher medizinischen Risiken durch Flugreisen hat zur Folge, dass erst ein gewisser Grad des gesundheitlichen Zustands erreicht werden muss, damit die Heimreise aus der Zieldestination in das Herkunftsland angetreten werden kann, ohne sich dabei mitunter lebensbedrohlichen Komplikationen wie auch gesundheitlichen Folgeschäden auszusetzen (vgl. Bagshaw u.a. 2002: 17). Es handelt sich somit um eine Art Mindestaufenthaltsdauer von ein bis zwei Wochen in der jeweiligen Destination, die wiederum in Abhängigkeit von der Art der Schönheitsoperation und dem individuellen Heilungsverlauf steht, also vom psychologischen und physischen Zustand des Patienten abhängig ist (vgl. Bagshaw u.a. 2002: 17).

Die Bewerbung des Ethnic Surgery Tourism erfolgt in Zeitungsartikeln, wie dem von Pope (2006) in der „New York Times“, der sich mit den unterschiedlichen Körperexperten in Rio de Janeiro beschäftigt und die dazugehörigen Kontaktinformationen zu den jeweiligen Körperexperten für potenzielle Patienten beinhaltet (vgl. Pope 2006: o.S.). Dabei wird vor allem das Image Rio de Janeiros als eine kostengünstige Alternative für Schönheitsoperationen bei

⁷⁹ Dieselbe Aufteilung wie im Markt des Ethnic Surgery Tourism in einen Markt im „globalen Norden“ und in einen Markt im „globalen Süden“ existiert im Gesamtmarkt des Medizintourismus, da sich dieser Markt ebenso in einen Markt im „globalen Norden“ und in einen Markt im „globalen Süden“ hinsichtlich dem Angebot, den Konsumenten, den Kosten und dem Qualitätsniveau unterteilen lässt, wie den Reporten der Wirtschaftsberatungsunternehmen McKinsey, KPMG und Deloitte zu entnehmen ist (vgl. Ehrbeck/Guevara/Mango 2008: 4f.; Keckley/Underwood 2008: 11f.; KPMG International Cooperative 2011: 3ff.). Im Allgemeinen präferieren im Gesamtmarkt des Medizintourismus die nicht-kaukasischen Patienten, die zumeist aus Herkunftsländern des „globalen Südens“ und somit aus Entwicklungs- und Schwellenländern stammen, die medizinischen Eingriffe in teuren Destinationen mit hohem Qualitätsniveau im „globalen Norden“, während die Kaukasier, deren Herkunftsländer die Industrienationen des „globalen Nordens“ sind, tendenziell die günstigen Destinationen mit geringem Qualitätsniveau im „globalen Süden“ für die medizinischen Eingriffe aufsuchen (vgl. Ehrbeck/Guevara/Mango 2008: 4f.; KPMG International Cooperative 2011: 3ff.). Für den Gesamtmarkt des Medizintourismus ist zu konstatieren, dass die zentralen Einflussgrößen in diesem Markt das Qualitätsniveau der medizinischen Eingriffe, die Kosten für die medizinischen Eingriffe, das Qualifikationsniveau der Anbieter der medizinischen Eingriffe und die Dauer des zeitlichen Verlaufsprozesses von medizinischen Eingriffen, insbesondere der Beschleunigung dieses Verlaufsprozesses, sind (vgl. Ehrbeck/Guevara/Mango 2008: 4f.; Keckley/Underwood 2008: 11f.; KPMG International Cooperative 2011: 3ff.).

gleichzeitig hohem Qualitätsniveau der Schönheitsoperationen und hohem Qualifikationsniveau der dortigen Schönheitschirurgen hervorgehoben (vgl. Pope 2006: o.S.).

Zudem dienen für die Bewerbung des Ethnic Surgery Tourism auch sogenannte Medizinguides. So werden in dem von Castle/Connolly (2014) herausgegebenen Medizinguide „America’s Top Doctors“ die unterschiedlichen Körperbewirtschaftungsexperten, wie Dermatologen, Gesichtschirurgen und Schönheitschirurgen, nach geographischen Regionen der USA aufgeführt. Diese Guides bieten potenziellen Patienten einen ersten Überblick über die jeweiligen Spezialisten auf dem Fachgebiet der ästhetisch-plastischen Chirurgie. Auch existieren solche Medizinguides, die sich ausschließlich mit den Körperexperten für Eingriffe, denen keine medizinische Indikation zugrunde liegt, beschäftigen, wie der von Lewis/Connolly (2005) publizierte Medizinguide „America’s Cosmetic Doctors & Dentists“, der die entsprechenden Körperexperten, wie Gesichtschirurgen, Hals-Nasen-Ohren-Ärzte, Dermatologen, Zahnärzte, Augenärzte etc. nach Bundesstaaten der USA, wie z.B. Kalifornien, auflistet (vgl. Lewis/Connolly 2005: 331-389).

Neben diesen eher national angelegten Medizinguides existieren auch globale Guides für den Ethnic Surgery Tourism. So umfasst der im Jahr 2010 vom renommierten britischen „Tatler“ Magazin herausgegebene „Beauty & Cosmetic Surgery Guide“ Schönheitschirurgen, Gesichtschirurgen und Dermatologen sowie die Luxushotels (vgl. Lewis 2010: 38ff., 42, 44, 46). Die europäischen Destinationen für den Ethnic Surgery Tourism sind Mailand in Italien sowie Nizza und Paris in Frankreich, die nordamerikanischen Destinationen sind New York und Los Angeles in den USA, die südamerikanische Destination ist São Paulo in Brasilien und die afrikanische Destination ist Kapstadt in Südafrika (vgl. Lewis 2010: 38ff., 42, 44, 46). Die aufgeführten sieben Destinationen zur ethnochirurgischen Körperbewirtschaftung machen deutlich, dass sich der Ethnic Surgery Tourism mehrheitlich auf die drei Destinationen in Europa und auf die zwei Destinationen in Nordamerika konzentriert, wohingegen in Afrika und Südamerika nur jeweils eine Destination existiert und somit die Dominanz, wie auch das Prestige, amerikanischer und europäischer Schönheitschirurgen deutlich wird (vgl. Lewis 2010: 38ff., 42, 44, 46; eigene Berechnung). Da der vom „Tatler“ Magazin herausgegebene „Beauty & Cosmetic Surgery Guide“ für das Jahr 2010 keine Destinationen in Asien sowie Australien und Ozeanien auflistet, bedeutet dies, dass auf diesen Kontinenten keine Schönheitschirurgen, keine Gesichtschirurgen und keine Dermatologen praktizieren, die über das für den Ethnic Surgery Tourism notwendige Qualitäts- und Qualifikationsniveau verfügen und/oder keine entsprechende touristische und medizinische Infrastruktur vorhanden ist (vgl. Lewis 2010: 38ff.,

42, 44, 46). Letztlich zeigt sich hieran eine globale Ungleichheit bei der Verteilung von Schönheitschirurgen, Gesichtschirurgen und Dermatologen, die für die transnationale Bewirtschaftung des Körpers systemrelevant sind (vgl. Lewis 2010: 38ff., 42, 44, 46).

Diese Bewerbung für den Ethnic Surgery Tourism erfolgt oftmals über Werbeanzeigen in den Bordmagazinen von Fluggesellschaften (vgl. TheTopPhysicians.com 2015: 89). In diesen Werbeanzeigen offerieren die Anbieter des Ethnic Surgery Tourism, also Schönheitschirurgen, den potenziellen Patienten ein hohes Qualitäts- und Qualifikationsniveau (vgl. TheTopPhysicians.com 2015: 89). Zugleich enthalten die Werbeanzeigen entsprechende Kontaktdaten für potenzielle Patienten (vgl. TheTopPhysicians.com 2015: 89).

Auffällig ist, dass sich im Werben um potenzielle Patienten des Ethnic Surgery Tourism auch die Fachverbände der Schönheitschirurgen engagieren, wie das Beispiel der Werbeanzeige der American Society for Aesthetic Plastic Surgery im Bordmagazin „American Way“ von „American Airlines“ in der Dezemberausgabe des Jahres 2013 zeigt (vgl. American Society for Aesthetic Plastic Surgery 2013: 25). Neben den Werbeanzeigen existieren auch Broschüren zu Werbezwecken für den Ethnic Surgery Tourism. Beispielhaft hierfür ist „The International Institute for Cosmetic Surgery“ in New York, wo gezielt um potenzielle Patienten aus Europa geworben wird und man diesbezüglich auch eine Kontaktadresse in London besitzt und damit eine transnationale Körperbewirtschaftung ermöglicht wird (The International Institute for Cosmetic Surgery o.J.: 1f.). In der Broschüre wird explizit auch auf die Unterbringungsmöglichkeiten und die weiteren Serviceleistungen verwiesen (vgl. The International Institute for Cosmetic Surgery o.J.: 1).

Der Ethnic Surgery Tourism lebt vor allem durch sogenannte Plastic Surgery Consultants, deren Aufgabe es ist, den passenden Schönheitschirurgen für den Patienten zu finden und diesen im gesamten Ablaufprozess zu unterstützen, also einen „Concierge Service“ anzubieten (vgl. Holliday u.a. 2014: 11). Auf die Bedeutung dieser Plastic Surgery Consultants im Sinne einer Schlüsselposition im Ethnic Surgery Tourism verweisen auch Holliday u.a. (2014) in deren Studie und betonen ebenfalls die Multitaskingfähigkeit, die diese Personen verkörpern (vgl. Holliday u.a. 2014: 11). Die Plastic Surgery Consultants leisten im Rahmen ihrer Tätigkeit psychologische Unterstützung bei den Patienten (vgl. Holliday u.a. 2014: 11). Diese psychologische Komponente im Tätigkeitsbereich der Plastic Surgery Consultants wird bei Holliday u.a. (2014) mit dem Begriff „Emotional Labour“ bezeichnet (vgl. Holliday u.a. 2014: 11). Die „Emotional Labour“ macht deutlich, welche Ängste mitunter bei den Patienten vorhanden sind und dass es möglicherweise doch Selbstzweifel an der getroffenen Entscheidung gibt (vgl. Holliday u.a. 2014: 11). Diese „Emotional Labour“ dient also im Wesentlichen vor allem dazu, die

Zweifel bei den Patienten zu zerstreuen, sodass es sich hierbei um ein verbales Beruhigungsmittel handelt, dass den Patienten davon abhalten soll, seine Entscheidung zu revidieren und möglicherweise den Eingriff nicht durchführen zu lassen (vgl. Holliday u.a. 2014: 11). Neben dem Begriff der „Emotional Labour“ für den Arbeitsbereich der Plastic Surgery Consultants gebrauchen Holliday u.a. (2014) auch den Begriff „Aesthetic Labour“ (vgl. Holliday u.a. 2014: 11). Darunter verstehen Holliday u.a. (2014) für den Beruf des Plastic Surgery Consultant, dass diese ihr physisches Erscheinungsbild, welches das Ergebnis von Schönheitsoperationen ist, bewusst gegenüber den Patienten, wie auch den potentiellen Patienten, zur Schau stellen und somit die positiven Effekte von Schönheitsoperationen verkörpern (vgl. Holliday u.a. 2014: 11).

4.5.4.2 Der Ethnic Surgery Tourism im „globalen Norden“

Der Ethnic Surgery Tourism im „globalen Norden“ wird ausschließlich durch internationale nicht-kaukasische Patienten der „Oberschicht“ aus den Industrieländern sowie aus den Schwellen- und Entwicklungsländern genutzt (vgl. Holliday u.a. 2014: 3; Masi de Casanova/Sutton 2013: 58). Bei den internationalen nicht-kaukasischen Ethnien lassen sich ethnien-spezifische Aspekte der Körperbewirtschaftung bezüglich entsprechender Ethnochirurgien identifizieren (vgl. Baum 2014: o.S.). Dabei besteht eine globale Nachfrage nach amerikanischen Schönheitschirurgen, die die entsprechenden Ethnochirurgien durchführen (vgl. Maier-Schwartz 2013: o.S.).

Die internationalen nicht-kaukasischen Patienten reisen für die Durchführung von Ethnochirurgien in die Destination Dubai (vgl. Maier-Schwartz 2013: o.S.; Snead 2013: o.S.). In der Destination Dubai nutzen die internationalen nicht-kaukasischen Patienten zur Durchführung der Ethnochirurgie, wie auch die übrigen Patienten des Medizintourismus, die „Dubai Healthcare City“, wobei es sich um einen Cluster von Anbietern medizinischer Dienstleistungen handelt, der sich räumlich konzentriert im Stadtgebiet von Dubai befindet (vgl. Woodman 2012: xi-106). Um ein solches Angebot an Schönheitsoperationen durch Schönheitschirurgen sicherzustellen, wurden entsprechende finanzielle Anreizstrukturen geschaffen sowie medizinische Zulassungsverfahren implementiert, was vor allem auf die Anwerbung ausländischer Schönheitschirurgen abzielt (vgl. Maier-Schwartz 2013: o.S.; Snead 2013: o.S.; Webster 2015: o.S.). Zudem hat sich eine Arbeitsmigration von amerikanischen Schönheitschirurgen nach Dubai etabliert (vgl. Maier-Schwartz 2013: o.S.; Snead 2013: o.S.). Darauf hat sich das dortige „American British Surgical & Medical Centre“ mitsamt der Bedürfnisbefriedigung nationaler und internationaler Patienten ausgerichtet (vgl. Maier-Schwartz 2013: o.S.; Snead 2013: o.S.).

Diese nationale und internationale Patientenmigration und Arbeitsmigration existiert ebenfalls im „Beverly Hills Sunset Surgery Center International“, das sich in der „Valiant Clinic“ befindet und bewusst damit wirbt, dass den Patienten das höchste Qualitätsniveau geboten wird und dort Schönheitschirurgen praktizieren, die in Beverly Hills tätig sind (vgl. Meraas 2018: o.S.; Meraas 2019: o.S.). Neben dem üblichen Portfolio der Schönheitschirurgen gehören zum Angebot der in Dubai praktizierenden Schönheitschirurgen aus den USA die Korrektur von vorherigen Schönheitsoperationen, bei denen das Qualitätsniveau des Eingriffs aufgrund des mangelnden Qualifikationsniveaus des Schönheitschirurgen nicht erzielt worden ist (vgl. Maier-Schwartz 2013: o.S.). In der Destination Dubai werden die muslimischen Gebetsgewohnheiten arabischer Patienten durch die dort praktizierenden Schönheitschirurgen beachtet (vgl. Snead 2013: o.S.). Außerdem ist in Dubai das hohe Preisniveau der dortigen Schönheitschirurgen charakteristisch, gerade, wenn es sich um amerikanische Schönheitschirurgen handelt, die den entsprechenden Eingriff durchführen (vgl. Snead 2013: o.S.). Die Etablierung der Destination Dubai im globalen Markt der ethnochirurgischen Körperbewirtschaftung, vor allem bei arabischen Patienten, basiert auf Rundum-sorglos-Paketen, wodurch diese Destination einen Standort- und Wettbewerbsvorteil hat, da zum einen die medizinische und touristische Infrastruktur genutzt wird und zum anderen es sich um eine nationalstaatliche Initiative handelt (vgl. Sahoo 2014: o.S.).

Neben Dubai wird in Asien ebenfalls Seoul als Destination aufgesucht, wie bei Marx (2015) beschrieben. Dass sich Südkorea, insbesondere Seoul, zu einem Mekka der Ethnochirurgien bei Asiaten entwickelt hat, wird bei Marx (2015) dargelegt, die sich in ihrer Abhandlung explizit auf in Seoul durchgeführte Ethnochirurgien konzentriert (vgl. Marx 2015: o.S.). In der Destination Seoul konzentrieren sich die Schönheitschirurgen auf den Stadtteil Gangnam, wohin, neben den nationalen Patienten auch internationale Patienten, zumeist aus anderen Nationalstaaten Asiens, reisen (vgl. Eun 2013: 1561; Marx 2015: o.S.). Die Massenkompabilität der Ethnochirurgie und die damit einhergehende Zugehörigkeit zur Populärkultur erfolgte ab den 1960er Jahren (vgl. Stone 2013: o.S.). Damit die internationalen Patienten nach Seoul reisen, versucht die südkoreanische Regierung den Medizintourismus ganz besonders zu fördern, in dem durch eine Gesetzesänderung seit dem Jahr 2009 die Marketingkampagnen von Krankenhäusern zur Anwerbung potenzieller ausländischer Patienten erlaubt sind (vgl. Eun 2013: 1562). Zusätzlich arbeiten die relevanten Stakeholder, wie Fluggesellschaften und Krankenhäuser, zusammen, um eine Vermarktung der Destination zu erreichen und es existieren auch Rundum-sorglos-Pakete seitens der Schönheitskliniken (vgl. Eun 2013: 1561f.). Dabei profitiert Seoul vor allem von der langen südkoreanischen Tradition bei Ethnochirurgien, die anfangs bei dort tätigen Prostituierten angewandt wurde, um während der Besatzungszeit, als

Folge des Koreakriegs, ihre Dienstleistungen an dort stationierte Soldaten der amerikanischen Streitkräfte vermarkten zu können (vgl. Stone 2013: o.S.).⁸⁰ Ebenso nützlich für Seoul bei der Vermarktung als Destination des Ethnic Surgery Tourism ist die globale Ausbreitung der südkoreanischen Populärkultur im Zuge der kulturellen Globalisierung, der sogenannten „Hal-lyu“ bzw. „Korean Wave“ (vgl. Eun 2013: 1561f.; Marx 2015: o.S.; Stone 2013: o.S.). Ein integraler Bestandteil dieser Populärkultur ist die körperliche Modifizierung zum Zwecke der „Verwestlichung des Körpers“ (vgl. Stone 2013: o.S.). Diesbezüglich dienen südkoreanische Celebrities als Werbefiguren für Schönheitschirurgen und Schönheitskliniken (vgl. Stone 2013: o.S.). Allerdings ist gerade für Seoul und Südkorea, deren lokale Bevölkerung ein Exzess nach Verwestlichung mittels ethnochirurgischer Eingriffe auslebt, zu bedenken, dass das Qualitätsniveau nicht befriedigend ist (vgl. Kwaak 2014: o.S.). Dieses verdeutlicht letztlich, dass das auf Massenabfertigung ausgerichtete Geschäftsmodell südkoreanischer Schönheitschirurgen und die darauf basierenden niedrigen Kosten für eine Ethnochirurgie deutliche Nachteile für den einzelnen Patienten mit sich bringt (vgl. Kwaak 2014: o.S.). Diese Probleme existieren auch aufgrund mangelnder staatlicher Regulierung und damit nicht existierender einheitlicher Standards im Qualitäts- und Qualifikationsniveau der dortigen Stakeholder im Markt für Ethnochirurgien (vgl. Kwaak 2014: o.S.). Nachteilig für Südkorea als Destination im Ethnic Surgery Tourism ist auch die Tatsache, dass die südkoreanische Regierung eine Besteuerung auf die Dienstleistungen im Bereich ästhetischer Medizin in Höhe von 10 Prozent seit dem 01. Januar 2014 erhebt (vgl. Kwaak 2013: o.S.).

Als Destinationen im „globalen Norden“ haben sich in Nordamerika vor allem die amerikanischen Städte New York, Miami, Dallas und Los Angeles etabliert (vgl. Flint 2012: o.S.).⁸¹

⁸⁰ Die körperanatomische Verwestlichung in Südkorea ist zeitgeschichtlich auf die amerikanische Besatzungszeit und auf den Schönheitschirurgen Dr. David Ralph Millard zurückzuführen, der im Zuge seiner Tätigkeit für die amerikanischen Streitkräfte in Südkorea stationiert wurde (vgl. Marx 2015: o.S.; Stone 2013: o.S.). So führte dieser Schönheitschirurg ab dem Jahr 1954 die Augenlidchirurgie durch, sodass die asiatische Gesichtsanatomie verwestlicht wurde (vgl. Marx 2015: o.S.; Stone 2013: o.S.).

⁸¹ Die Sicherheits- und Qualitätsstandards sind rechtlich in den USA durch den am 29. Juli 2005 in Kraft getretenen „Patient Safety and Quality Improvement Act“ geregelt (vgl. Rohrich 2006: 671f.). Zusätzlich sind die Patientenrechte dort in dem 1996 erlassenen und im Jahr 2013 modifizierten „Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA)“ rechtlich verankert (vgl. American Society of Plastic Surgeons 2010: 1f.; Medical Board of California 2013: 69; U.S. Department of Health and Human Services 2013: o.S.). Des Weiteren sind alle Chirurgiezentren, in denen Schönheitsoperationen durchgeführt werden, rechtlich dazu verpflichtet, über eine Akkreditierung zu verfügen, die von sogenannten Akkreditierungsagenturen vergeben werden und es existieren weitere rechtliche Vorschriften, die von diesen Chirurgiezentren einzuhalten sind (vgl. Haeck u.a. 2009: 18S; Medical Board of California 2013: 17f.). Zu solchen Akkreditierungsagenturen in den USA gehören die Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, die American Association for Accreditation of Ambulatory Surgery Facilities und die Accreditation Association for Ambulatory Health Care (vgl. Haeck u.a. 2009: 18S). Die amerikanischen Schönheitschirurgen und deren Patienten profitieren auch davon, dass die auf dem Markt durch die U.S. Food and Drug Administration (FDA) zugelassenen Medizinprodukte qualitativ wesentlich hochwertiger sind als die in der Europäischen Union erhältlichen Medizinprodukte, was auf das restriktivere Zulassungsverfahren in den USA zurückzuführen ist und die Marktzulassung für die USA für die Medizinproduktehersteller wesentlich kosten-, zeit- und arbeitsintensiver ist (vgl. Goodall/Tom 2012: 1-11; U.S. Department of Health and Human Services, U.S. Food and Drug Administration 2012: 3-15). So geht es im Zulassungsverfahren in der Europäischen Union

Dabei profitieren die Destinationen in den USA im überdurchschnittlichen Maß von dem visa-freien Reisen im Rahmen des Visa Waiver Program (VWP), was für Personen aus 38 Nationalstaaten gilt und eine maximale Aufenthaltsdauer von 90 Tagen in den USA ermöglicht (vgl. Platzer 2014: 13). Für die amerikanischen Destinationen Los Angeles, Miami, New York, mit Ausnahme von Dallas, ist noch zu konstatieren, dass in diesen Destinationen die höchste Dichte an Schönheitschirurgen im Jahr 2011 herrscht und sich die 7.012 praktizierenden Schönheitschirurgen im Jahr 2011 äußerst ungleich über die USA verteilen (vgl. American College of Surgeons Health Policy Institute, Cecil G. Sheps Center for Health Services Research 2012: 1).

In der Destination Dallas hat sich eine medizinische Infrastruktur ausgebildet, wozu neben den Schönheitschirurgen des „Dallas Plastic Surgery Institute“, das ambulante Chirurgiezentrum „Dallas Day Surgery Center“ und die Aftercare-Einrichtung „The Cloister“ gehören (vgl. Dallas Plastic Surgery Institute 2011: o.S.; Flint 2012: o.S.). Daneben hat sich die Abteilung der Plastischen Chirurgie am University of Texas Southwestern Medical Center in Dallas im Markt für Schönheitsoperationen etabliert, da es dort, neben einem ambulanten Chirurgiezentrum, auch eine Art Aftercare-Einrichtung mit den sogenannten „Medallion Guest Suites“ für die postoperative Versorgung gibt (vgl. Schnurman 2010: o.S.).⁸² Die Kosten pro Tag für die postoperative Versorgung in diesen „Medallion Guest Suites“ belaufen sich auf 650 US-Dollar (vgl. Schnurman 2010: o.S.). Den Aufenthalt in Dallas verbringen die Patienten in einem der dortigen Luxushotels, wie das „Rosewood Mansion on Turtle Creek“, wo die Patienten eine entsprechende Versorgung mit dem größtmöglichen Komfort erhalten (vgl. Flint 2012: o.S.).

In der Destination Miami werden Rundum-sorglos-Pakete angeboten, jedoch sind darin nicht die Kosten für die Ethnochirurgie enthalten, sondern diese umfassen nur die Kosten für alle Dienstleistungen eines Plastic Surgery Consultant und die damit verbundenen Ausgaben, die im gesamten Verlaufsprozess für den Patienten anfallen, wie die Kosten für ein Hotel, für

nur darum, dass ein Medizinprodukt möglichst schnell auf dem Markt erhältlich ist, ohne dabei entsprechende (Gesundheits-)Risiken und das Nutzen für den Konsumenten angemessen zu berücksichtigen (vgl. U.S. Department of Health and Human Services, U.S. Food and Drug Administration 2012: 5f.). Während die U.S. Food and Drug Administration (FDA) die Interessen der Konsumenten berücksichtigt, geht es in der Europäischen Union vordergründig um die Interessen der Medizinproduktehersteller und deren Profitmaximierung (vgl. U.S. Department of Health and Human Services, U.S. Food and Drug Administration 2012: 5f.). Beispielhaft wird dieser Unterschied zwischen den USA und der Europäischen Union auch an den jeweils für den Markt zugelassenen Dermalfillern, was dazu führt, dass die Mediziner in den USA nur zwischen 10 Dermalfillern wählen können, während in der Europäischen Union 160 Dermalfiller für den Markt der ästhetischen Medizin erhältlich sind (vgl. U.S. Department of Health and Human Services, U.S. Food and Drug Administration 2012: 10).

⁸² Innerhalb der USA nimmt die Abteilung der Plastischen Chirurgie an der University of Texas Southwestern Medical Center in Dallas eine Sonderstellung aufgrund von dessen Größe, was die Anzahl des medizinischen Personals betrifft, ein (vgl. Schnurman 2010: o.S.). Zudem wurde dort erkannt, dass der Markt für ästhetische Medizin ein finanziell äußerst lukrativer Markt ist und sich somit hohe finanzielle Gewinne erwirtschaften lassen (vgl. Schnurman 2010: o.S.). Außerdem hat sich die dortige Abteilung der plastischen Chirurgie der Ästhetisierung des Körpers verschrieben, da bereits im Durchschnitt 25 Prozent aller plastisch-chirurgischen Eingriffe auf das Teilgebiet der ästhetisch-plastischen Chirurgie entfallen (vgl. Schnurman 2010: o.S.; eigene Berechnung).

die Fahrdienstleistungen, die Private Duty Nurse etc. (vgl. No Limits Concierge LLC 2013: o.S.). Als Hotels in Miami, die von den internationalen Patienten im Rahmen von Schönheitsoperationen aufgesucht werden und wo die postoperative Versorgung stattfindet, sind das „Mandarian Oriental Miami“ und „The Setai“ (vgl. Flint 2012: o.S.). Ein Problem im Bereich des Angebots in Miami ist der dortige Schwarzmarkt für Schönheitsoperationen, dessen Entstehung und Entwicklung in Abhängigkeit von der dortigen Einwanderungsgesellschaft erfolgte (vgl. Singer 2006a: o.S.).⁸³ Eine Folge dieses Schwarzmarkts sind sogenannte „Botched Surgeries“, da diese Eingriffe zumeist nicht ohne Komplikationen ablaufen und oftmals Nachoperationen bei Ärzten auf dem legalen Markt erforderlich sind, um lebensbedrohliche Konsequenzen zu vermeiden oder um die physische Attraktivität des Individuums wiederherzustellen (vgl. Singer 2006a: o.S.). Abschließend ist für die Destination Miami noch anzumerken, dass der Bundesstaat Florida mittels einer Initiative versucht, sich im globalen Markt des Medizintourismus als eine Destination zu etablieren und dabei wirtschaftliche Interesse verfolgt (vgl. Auslen 2015: o.S.). Diesbezüglich versucht sich gerade Miami, mit seinem kosmopolitischen Image als eine präferierte Destination im globalen Markt der medizinischen Körperbewirtschaftung zu positionieren, in dem die dortige medizinische Infrastruktur, insbesondere das dortige Qualitätsniveau bei medizinischen Eingriffen und das Qualifikationsniveau der medizinischen Dienstleister, hervorgehoben wird (vgl. Greater Miami Convention & Visitors Bureau o.J.: 1-8).

Für die Destination New York ist zu berücksichtigen, dass diese Destination sich vor allem durch die dortige Tätigkeit des Schönheitschirurgen Dr. Thomas D. Rees entwickelt bzw. etabliert hat, der dort seit dem Jahr 1957 mit dem Fokus auf der ästhetisch-plastischen Chirurgie praktizierte und im Jahr 2013 verstorben ist (vgl. Aston/Baker 2014: 31; Manhattan Eye, Ear and Throat Hospital Aesthetic Plastic Surgery Alumni 2014: o.S.). Dieser Schönheitschirurg hat ab dem Jahr 1975 am Manhattan Eye, Ear & Throat Hospital (MEETH) eine Professionalisierung dieses Teilgebiets im Zuge der universitären Facharztausbildung zum plastischen Chirurgen eingeleitet und erstmalig sogenannte „Aesthetic Fellowships“ angeboten (vgl. Aston/Baker 2014: 31; Manhattan Eye, Ear and Throat Hospital Aesthetic Plastic Surgery Alumni 2014: o.S.). Zudem hat der Schönheitschirurg Dr. Thomas D. Rees zum Wissensaustausch innerhalb des Teilgebiets der ästhetisch-plastischen Chirurgie erstmals ab dem Jahr 1979 das seitdem

⁸³ Der Grund für die auf dem Schwarzmarkt praktizierenden Mediziner ist auf die seit den 1980er Jahre andauernde Hispanisierung von Miami und des dortigen Miami-Dade County zurückzuführen (vgl. Booth 2001: o.S.; Singer 2006a: o.S.). Diese Hispanisierung erfolgt durch die Migrationsströme aus den Nationalstaaten Mittel- und Südamerikas, wobei die bereits angesiedelte hohe Anzahl von Migranten aus diesen Nationalstaaten als ein wesentlicher Pull-Faktor anzusehen ist, sodass Miami den Beinamen „Capital of Latin America“ erhalten hat (vgl. Aranda/Hughes/Sabogal 2014: 8; Booth 2001: o.S.).

jährlich in Manhattan stattfindende „The Cutting Edge Aesthetic Surgery Symposium“ begründet (vgl. Aston/Baker 2014: 31; Manhattan Eye, Ear and Throat Hospital Aesthetic Plastic Surgery Alumni 2014: o.S.). Zum Angebot in New York tragen das ambulante Chirurgiezentrum „Center for Specialty Care“ und die Zusammenarbeit von Schönheitschirurgen mit den Luxushotels wie „The Pierre“, „The Carlyle“ und „The Surrey“ bei (vgl. Center for Specialty Care, Inc. o.J.a: o.S.; Center for Specialty Care, Inc. o.J.b: o.S.; Flint 2012: o.S.; Shaw Brown 2013: o.S.; The Surrey o.J.: 1; Townsend 2013: o.S.). Die Schönheitschirurgen, wie auch die dortigen Luxushotels und andere Experten der Körperbewirtschaftung, wie Ernährungsexperten und Stylisten, haben für die internationalen Patienten entsprechende „Surgery Packages“ entwickelt, die dieser Patientenklientel den größtmöglichen Komfort während ihres Aufenthaltes bieten sollen, u.a. in dem die postoperative Versorgung durch eine Private Duty Nurse in einer der Suiten des jeweiligen Luxushotels erfolgt und sich diese Luxushotels in unmittelbarer Nähe zu den Praxen der Schönheitschirurgen und den ambulanten Chirurgiezentren befinden (vgl. Flint 2012: o.S.; Shaw Brown 2013: o.S.; The Surrey o.J.: 1; Townsend 2013: o.S.). Eine Besonderheit dieser Luxushotels besteht darin, dass diese architektonisch so konstruiert worden sind, dass gerade die Patienten von Schönheitschirurgen besondere Diskretion und Anonymität durch entsprechende Hintereingänge sowie separate Aufzüge erfahren (vgl. Shaw Brown 2013: o.S.; Townsend 2013: o.S.).

In Europa ist bei Ethnochirurgien vor allem London eine präferierte Destination (vgl. Awwad 2014: o.S.). Die Destination London profitiert vor allem von der „Harley Street“ und der Reputation der dort ansässigen Mediziner, wozu auch Schönheitschirurgen gehören (vgl. Diplomat Magazine 2017: o.S.; Killen 2018: o.S.). Die Londoner „Harley Street“ hat eine lange Tradition hinsichtlich der medizinischen Bewirtschaftung des Körpers, wie in der Arbeit von Crawford Adams (2008) dargelegt wird. Neben der Akkumulation von Schönheitschirurgen an der Harley Street unterhalten auch ausländische Schönheitschirurgen in London im Rahmen der Arbeitsmigration eine Praxis, im Sinne einer Satellitenpraxis, um auf dem britischen Markt präsent zu sein (vgl. British Association of Aesthetic Plastic Surgeons 2013: o.S.).⁸⁴ Bei den dortigen Angeboten zur Bewirtschaftung des Körpers ist jedoch zu beachten, dass der Markt für ästhetische Medizin als vollkommen unreguliert erscheint und sich hier ein Nichtvorhan-

⁸⁴ Das hier beschriebene Geschäftsmodell von ausländischen Schönheitschirurgen in London wird in einer Pressemitteilung vom 20. Januar 2013 der British Association of Aesthetic Plastic Surgeons massiv kritisiert und die britische Regierung zum Handeln aufgefordert, diesen unlauteren Wettbewerb durch entsprechende rechtliche Vorgaben zu unterbinden (vgl. British Association of Aesthetic Plastic Surgeons 2013: o.S.). Im Rahmen eines solchen temporären Arbeitsaufenthalts in London erfolgt die Anmietung entsprechender Räumlichkeiten in „Medical Buildings“ mit den Adressen „8 Harley Street“, „10 Harley Street“ und „12 Harley Street“ (vgl. Ten Harley Street Limited 2018: 2-10).

densein von Standards offenbart, was die Anbieter von Schönheitsoperationen hinsichtlich deren Mindestqualifikationen betrifft (vgl. Cosmetic Surgical Practice Working Party 2013: 4; Wiggin 2010: 81). Dieses hat zur unmittelbaren Folge, dass den potenziellen Konsumenten keine Gewährleistungsgarantie für ein gewisses Qualitäts- und Qualifikationsniveau gegeben werden kann (vgl. Cosmetic Surgical Practice Working Party 2013: 4; Wiggin 2010: 81).⁸⁵

Bei den Destinationen im „globalen Norden“ ist zu bedenken, dass gerade zwischen den europäischen Destinationen und amerikanischen Destinationen sowie zwischen den amerikanischen Destinationen New York und Los Angeles erhebliche Unterschiede bestehen, was die Operationsstile der Schönheitschirurgen und damit die Dimensionen körperlicher Modellierung hinsichtlich der Unnatürlichkeit betreffen (vgl. Ginsberg 2015e: o.S.; Landman/Richford 2018: o.S.). Während in den europäischen Destinationen und in New York versucht wird, eher eine gewisse Form der Natürlichkeit zu bewahren, wird dagegen in Los Angeles eher die Unnatürlichkeit präferiert (vgl. Ginsberg 2015e: o.S.; Landman/Richford 2018: o.S.).

4.5.4.3 Der Ethnic Surgery Tourism im „globalen Süden“

Neben dem Ethnic Surgery Tourism im „globalen Norden“ existiert auch ein solcher Medizintourismus für Ethnochirurgien im „globalen Süden“ (vgl. American Society of Plastic Surgeons o.J.a: 2; Holliday u.a. 2014: 3).⁸⁶ In die Destinationen im „globalen Süden“ reisen die interna-

⁸⁵ Dem Problem der fehlenden Mindestqualifikationen wird in Europa durch eine Europäische Norm vorgebeugt, in dem das European Committee for Standardization mit der „EN 16372 Aesthetic surgery services“ einen umfassenden Verbraucherschutz bei Schönheitsoperationen, u.a. durch standardisierte Verlaufsprozesse gewährleistet, der sich allerdings nur auf chirurgische Eingriffe bezieht und nur auf freiwilliger Basis in 33 Nationalstaaten erfolgt (vgl. European Committee for Standardization 2015: 1f.; European Committee for Standardization 2016: 6). Dabei bezieht sich diese Standardisierung bislang nur auf Schönheitsoperationen bei denen chirurgische Eingriffe durchgeführt werden, jedoch wird diese Europäische Norm zukünftig durch die „EN 16855 Aesthetic Medicine Services - Non surgical medical treatments“ ergänzt, sodass auch die nicht-chirurgischen Eingriffe standardisiert werden (vgl. European Committee for Standardization 2015: 2; European Committee for Standardization 2016: 1-28).

⁸⁶ Der Ethnic Surgery Tourism und dessen Angebote wirken sich vor allem auf die lokale Bevölkerung in den Destinationen des „globalen Südens“ aus, insbesondere auf die dortige „Mittelschicht“ und „Unterschicht“, wie die Arbeiten von Bookman/Bookman (2007) und von Franzblau/Chung (2013) deutlich machen. So trägt der von Bookman/Bookman (2007) gelobte Medizintourismus mitnichten zur Entwicklung eines Landes bei und wirkt sich mitunter negativ auf den Transformationsprozess eines Nationalstaats aus (vgl. Bookman/Bookman 2007: 39; Franzblau/Chung 2013: 6). Stattdessen erzeugt der Ethnic Surgery Tourism, wie auch der Medizintourismus, einen katalysatorischen Effekt, der sich nachhaltig auf die soziale Ungleichheit und die fragmentierende Entwicklung in einem Nationalstaat auswirkt, sodass jegliche entwicklungspolitischen Absichten konterkariert werden (vgl. Franzblau/Chung 2013: 6). Besonders deutlich zeigt sich dieses an den Zugangsmöglichkeiten zur medizinischen Infrastruktur unter Berücksichtigung der Disparitäten Stadt und Land und der damit verbundenen fragmentierenden Entwicklung (vgl. Franzblau/Chung 2013: 6). Auf die Problematiken aus fragmentierender Entwicklung und sozialer Ungleichheit sowie deren gleichzeitigem Zusammenfall verweisen Franzblau/Chung (2013), wie diese beispielhaft an nationalstaatlichen Prestigeprojekten des Ethnic Surgery Tourism bzw. Medizintourismus darlegen (vgl. Franzblau/Chung 2013: 6). So steht die medizinische Infrastruktur aufgrund des Preisniveaus, mit einigen

tionalen nicht-kaucasischen Patienten der „Mittelschicht“ und „Unterschicht“ aus den Entwicklungs- und Schwellenländern sowie aus den Industrieländern (vgl. Holliday u.a. 2014: 3, 8). In Bezug auf die Patienten aus den Industrieländern ist anzumerken, dass diese vielfach in die Herkunftsländer zurückreisen, aus denen sie selbst bzw. ihre Familien einst emigriert sind (vgl. Holliday u.a. 2014: 8). Beim Ethnic Surgery Tourism in den „globalen Süden“ handelt es sich also um „[...] expatriates, local cross-border travellers and migrants returning ‘home’ for treatments“ (Holliday u.a. 2014: 8). In die Destinationen des „globalen Südens“ reisen die internationalen nicht-kaucasischen Patienten, die Angehörige der „Mittelschicht“ und „Unterschicht“ sind, zumeist für einen Zeitraum von 5 Tagen bis 15 Tagen, um sich einer Ethnochirurgie unter der Prämisse der Kostensensibilität zu unterziehen, wobei der Aufenthalt auch immer von der Art der Ethnochirurgie abhängig ist (vgl. Holliday u.a. 2014: 3, 8). Eine andere Mindestaufenthaltsdauer in der jeweiligen Destinationen wird bei der American Society of Plastic Surgeons für Ethnochirurgien im Gesicht mit durchschnittlich ca. 9 Tagen und für Ethnochirurgien am Körper mit durchschnittlich 6 Tagen angegeben (vgl. American Society of Plastic Surgeons o.J.a: 1; eigene Berechnung).

Dass sich die Versprechungen für die Destinationen des „globalen Südens“ nicht verwirklichen lassen, verweist darauf, dass diese Patienten keinerlei Erfahrung mit Ethnochirurgien in deren Herkunftsländern gemacht haben und diese offenbar jegliche erdenkliche Möglichkeit nutzen, an der „Demokratisierung der Schönheit“ im Sinne von Rosen (2004) teilzuhaben (vgl. Holliday u.a. 2014: 8). Schließlich geht mit der Ethnochirurgie offensichtlich auch ein über lange Jahre bestehender Wunsch in Erfüllung (vgl. Holliday u.a. 2014: 3). Dabei informieren sich diese Patienten im Vorfeld über den jeweiligen Anbieter, den Schönheitschirurgen oder die Schönheitsklinik in den neuen Medien, sie vergleichen die Bewertungen auf Rating Webseiten sowie die Selbstpräsentation der Anbieter auf den Webseiten (vgl. Holliday u.a. 2014: 12, 15f.). Jedoch existieren, außer dem Internet, keine weiteren neutralen und objektiven Informationsquellen, es gibt also schlichtweg keine Möglichkeit, die Erfahrungsberichte sowie auch die sonstigen Angaben einer objektiven Nachprüfbarkeit zu unterziehen, sodass potenziellen Patienten mitunter relevante Informationen vorenthalten werden oder gar falsche Versprechungen gemacht werden (vgl. Holliday u.a. 2014: 12, 15f.).

Es zeigt sich, dass das Kostenargument, wie auch das Argument des Qualitäts- und Qualifikationsniveaus, das Argument für oder gegen eine bestimmte Destination des „globalen Südens“ überlagern (vgl. Holliday u.a. 2014: 8f.). Allerdings ist zu bedenken, ob nicht nur das

Ausnahmen, nur internationalen Patienten zur Verfügung und somit erfolgt mitnichten eine nachhaltige Verbesserung der medizinischen Versorgung der Gesamtbevölkerung im Zuge der staatlichen Daseinsvorsorge, wie das Beispiel Indien verdeutlicht (vgl. Franzblau/Chung 2013: 6).

Kostenargument letztlich die sonstigen Argumente überlagert (vgl. American Society of Plastic Surgeons o.J.a: 1). Trotzdem gilt es zu berücksichtigen, dass die niedrigen Kosten im Vergleich zu Destinationen des „globalen Nordens“ nicht darüber hinweg täuschen sollten, dass die Patienten sich in einem rechtsfreien Raum befinden, was sich vor allem im Kontext von Komplikationen und den Patientenrechten zeigt (vgl. American Society of Plastic Surgeons o.J.a: 2; Holliday u.a. 2014: 15). Es gibt also erhebliche Schwierigkeiten für den Patienten die möglicherweise im Rahmen von Ethnochirurgien entstandenen Komplikationen mit den zur Verfügung stehenden Rechtsmitteln im Zuge eines Klageverfahrens durchzusetzen (vgl. American Society of Plastic Surgeons o.J.a: 2; Holliday u.a. 2014: 15).

Ein weiteres Problem besteht bei sogenannten „Revision Cases“ im Anschluss an Ethnochirurgien im „globalen Süden“ für die Schönheitschirurgen in den Herkunftsländern der Patienten, da hierbei wiederum rechtliche Fragen und die Möglichkeit der Korrigierbarkeit der entstandenen Schäden am Körper der Patienten im Raum stehen (vgl. American Society of Plastic Surgeons o.J.a: 2; Holliday u.a. 2014: 16). Es geht zum einen also darum, dass „[...] doctors back home do not like resolving emerging problems for fear of transfer of liability“ (Holliday u.a. 2014: 16). Zum anderen ist zu berücksichtigen:

„Patients who have traveled outside of the United States for cosmetic surgery and experienced a complication may find it hard to locate a qualified plastic surgeon to treat the problem or to provide revision surgeries. Local doctors may not know what surgical techniques the physician used in the initial operation, making treatment difficult or nearly impossible. Revision surgeries can be more complicated than the initial operation and patients rarely get the desired results.“ (American Society of Plastic Surgeons o.J.a: 2)

Es wird also deutlich, dass sich die Patienten mit einer Ethnochirurgie in einer Destination des „globalen Südens“ einem erhöhten Sicherheits- und Gesundheitsrisiko aussetzen (vgl. American Society of Plastic Surgeons o.J.a: 2). Ebenso sind Komplikationen und deren Behebung, egal ob im Herkunftsland oder in der Destination, wo der Eingriff durchgeführt wurde, immer mit erheblichen finanziellen Zusatzaufwendungen verbunden und auch die Inanspruchnahme von existierenden Versicherungspolicen zur Risikorückversicherung bei Ethnochirurgien im „globalen Süden“ ist problematisch (vgl. American Society of Plastic Surgeons o.J.a: 2; Holliday u.a. 2014: 15). So ist, wie Holliday u.a. (2014) hervorheben, zu beachten: „Complications insurance often lasts only a year from the date of surgery, and surgeons often recommend letting surgery heal for a year before the final result can be seen. Thus insurance can run out before revisions are done.“ (Holliday u.a. 2014: 15)

Im Hinblick auf die Komplikationen scheint es gerade bei den Destinationen des „globalen Südens“ sich so zu verhalten, dass dort eine Akkumulation unterschiedlicher Problemlagen dazu führt, dass sich dementsprechend Komplikationen ergeben, die einen unterschiedlichen Grad der Schwere aufweisen (vgl. American Society of Plastic Surgeons o.J.a: 1f.). Außerdem ist insbesondere bei den Destinationen des „globalen Südens“ anzumerken, dass die interkulturellen Kompetenzen der Patienten nicht ausreichend sind und sich dadurch Folgeprobleme ergeben, die zu negativen Implikationen führen (vgl. Holliday u.a. 2014: 3, 16). Denn „patients are mostly not well-travelled and have poor foreign language skills. Most have never visited their destination country prior to surgery.“ (Holliday u.a. 2014: 3) Mitunter wird aber auch die Inkompetenz der Patienten deutlich, sich mit der jeweiligen Destination des „globalen Südens“ auseinanderzusetzen, die sich oftmals in einem anderen Kulturraum befindet als das Herkunftsland und somit möglicherweise ein Kulturschock bei den Patienten auftritt (vgl. Holliday u.a. 2014: 16).

Besonders problematisch ist jedoch die mangelnde Sprachkompetenz, die sich mitunter negativ auf die Arzt-Patient-Beziehung auswirkt, die gerade von besonderer Relevanz ist (vgl. Holliday u.a. 2014: 16). Diese Reisebewegungen in die Destinationen des „globalen Südens“ sind hochgradig geschlechterspezifisch, da die dortigen Angebote zumeist nur von Frauen in Anspruch genommen werden und dieser Tourismus für Männer offenbar nur eine marginale Bedeutung hat (vgl. American Society of Plastic Surgeons o.J.a: 2; Holliday u.a. 2014: 3, 7). Die Patienten im „globalen Süden“ orientieren sich offenbar nicht an den Körperleitbildern der Celebrities bei der Bewirtschaftung des Körpers, wobei die Abkehr von solchen Körperleitbildern und die Ablehnung einer Mimese eines bestimmten Celebrities auf die Auswahl der Studienteilnehmer in der Studie von Holliday u.a. (2014) zurückzuführen ist (vgl. Holliday u.a. 2014: 3, 8). Als widersprüchlich erscheint dabei die Aussage bei Holliday u.a. (2014) in diesem Kontext: „No participants said they wanted to look like a particular celebrity. But celebrities’ body parts were used as a catalogue of desirable features that patients took to their surgeon (just like we sometimes take pictures to the hairdressers to indicate our desired style).“ (Holliday u.a. 2014: 9) Relativiert wird die Mimese eines Celebrities bei Holliday u.a. (2014) dadurch, dass „almost all of our patients strongly rejected the idea they wanted to look like celebrities, referring instead to problems with or negative changes to their own bodies“ (Holliday u.a. 2014: 15). Bei der Entscheidung für eine Ethnochirurgie spielen bei diesen Patienten, neben der Herstellung und Wiederherstellung der physischen Attraktivität, auch die Korrektur von ethnien-spezifischen Körperanatomien zugunsten einer „Verwestlichung des Körpers“ eine Rolle (vgl. Holliday u.a. 2014: 9). Abschließend ist zu den Destinationen des „globalen Südens“ zu sagen,

dass die internationalen nicht-kaukasischen Patienten den Konsumententyp des „Patient Tourists“ darstellen, da diese den ethnochirurgischen Eingriff mit dem touristischen Erlebnis verbinden.⁸⁷ Auch ergeben sich unterschiedliche Einschätzungen, was die potenziellen Risiken betrifft, die die jeweiligen Konsumenten in einer Destination des „globalen Südens“ eingehen. Während der nationale Fachverband von Schönheitschirurgen am Beispiel der American Society of Plastic Surgeons (o.J.a) von einem erheblichen Risikopotential bei den Destinationen im „globalen Süden“ spricht, wird diese Gefahr in wissenschaftlichen Studien, wie der von Holliday u.a. (2014), eher relativiert (vgl. American Society of Plastic Surgeons o.J.a: 1f.; Holliday u.a. 2014: 16).

Im „globalen Süden“ etablieren sich unter Ausnutzung der dortigen kulturellen Alleinstellungsmerkmale zur Positionierung und für das Branding in den Destinationen „Argentina, Brazil, Costa Rica, Dominican Republic, Malaysia, Mexico, Phillipines, Poland, South Africa, and Thailand. These destinations offer everything from ‘safari and surgery’ to ‘tropical, scenic tour’ vacation packages.“ (American Society of Plastic Surgeons o.J.a: 2)⁸⁸ Man versucht also rekurrierend auf die Kultur eines Nationalstaats oder dessen naturräumlichen Gegebenheiten eine Distinktion gegenüber anderen Destinationen im Wettbewerb um potentielle Patienten zu erzielen, wobei es jedoch auch zu bedenken gilt, dass das allgemeine Image eines Nationalstaats, u.a. durch mediale Berichterstattung oder entsprechende Reisewarnungen durch die Politik, eine nicht zu unterschätzende Rolle spielt, wenn sich die potenziellen Patienten im Entscheidungsprozess für oder gegen eine bestimmte Destination befinden (vgl. Holliday u.a. 2014: 9).

Dabei werden solche Eingriffe in touristischen Destinationen von auf Schönheitsoperationen spezialisierten Reiseagenturen angeboten, die dafür unterschiedliche Verkaufskanäle

⁸⁷ Der Begriff der „Patient Tourists“ als Konsumententyp wird auch in der Literatur zum Cosmetic Surgery Tourism benutzt, wie dies u.a. bei Masi de Casanova/Sutton (2013) der Fall ist. Dies deutet darauf hin, dass zwischen dem Cosmetic Surgery Tourism und dem Ethnic Surgery Tourism des „globalen Südens“ erhebliche Schnittmengen bestehen.

⁸⁸ Vor allem in Brasilien zeigen sich die negativen Begleiterscheinungen des Ethnic Surgery Tourism bzw. Cosmetic Surgery Tourism, da die dort praktizierenden Schönheitschirurgen sich der Daseinsvorsorge im öffentlichen Gesundheitssystem, also dem Fachgebiet der rekonstruktiv-plastischen Chirurgie, bewusst entziehen, um sich dem finanziell wesentlich lukrativeren Fachgebiet der ästhetisch-plastischen Chirurgie für nationale und internationale Privatpatienten zuzuwenden (vgl. Der Spiegel 1993: 183f.; Edmonds 2011: 298f.). In Brasilien besteht jedoch für die dortige Bevölkerung die Möglichkeit, sich einer kostenlosen Schönheitsoperation in einem öffentlichen Krankenhaus zu unterziehen, wobei diese Eingriffe von nationalen und internationalen Schönheitschirurgen durchgeführt werden, die sich noch in der Weiterbildung zum Facharzt für plastische Chirurgie befinden und deren Patienten in diesen Krankenhäusern als „lebende Trainingsobjekte“ dienen (vgl. Edmonds 2011: 299ff.). Die Möglichkeit sich einer kostenlosen Schönheitsoperation zu unterziehen und damit das brasilianische Dogma eines klassenlosen Körpers aufrechtzuerhalten, in dem die Bevölkerung aus der „Unterschicht“ ebenfalls an dieser medizinischen Körperbewirtschaftungspraxis partizipieren kann, ist als eine Art Präventionsmaßnahme gegen die soziale Ungleichheit zu verstehen, die auf die Initiative des Schönheitschirurgen Dr. Ivo Pitanguy zurückgeht (vgl. Der Spiegel 1993: 184; Edmonds 2011: 298f.).

nutzen und den potenziellen Patienten ein Vollkasko-Paket offerieren, dem das klassische Prinzip der Buchung von Urlaub bei üblichen Tourismusanbietern zugrunde liegt (vgl. American Society of Plastic Surgeons o.J.a: 1; Holliday u.a. 2014: 10ff.). Damit ein solches Paketangebot für potenzielle Patienten zur Verfügung steht, sind unterschiedliche interne und externe Stakeholder involviert, deren Tätigkeitsbereiche in den unterschiedlichen Phasen des Ablaufprozesses zu verorten sind, sodass es sich hierbei um eine funktionale Ausdifferenzierung im Sinne der arbeitsteiligen Bewirtschaftung des Körpers handelt, wobei die Reiseagenturen eine Schlüsselposition einnehmen und für potenzielle Patienten als Gatekeeper dienen, die über ein entsprechendes Netzwerk in den jeweiligen Destinationen verfügen (vgl. Holliday u.a. 2014: 10f.).

In den angebotenen Paketen sind die Kosten für den Flug, den Hotelaufenthalt und die Kosten für den Eingriff gleich miteingeschlossen, sodass dem potenziellen Patienten, außer den entsprechenden Ausgaben für den Eigenbedarf, keine weiteren Kosten entstehen (vgl. American Society of Plastic Surgeons o.J.a: 1; CosMediTour 2014: 3; Holliday u.a. 2014: 3, 8, 10). Solche Reiseangebote sind auch über eine Kreditfinanzierung erhältlich und die Reiseagenturen offerieren dabei spezielle Konditionen (vgl. CosMediTour 2014: 4; Holliday u.a. 2014: 8). Zusätzlich werden diese Paketpreise für Schönheitsoperationen auch als Gruppenreise angeboten (vgl. CosMediTour 2014: 5; Holliday u.a. 2014: 10). Zudem wird seitens der Reiseagenturen zu Marketingzwecken und damit zur Kundengewinnung den potentiellen Patienten bei Buchung solcher Pauschalangebote das größtmögliche Qualifikations- und Qualitätsniveau der vor Ort in der Destination beteiligten Stakeholder versprochen, was sich in der Realität oftmals als Trugschluss erweist (vgl. American Society of Plastic Surgeons o.J.a: 1; CosMediTour 2014: 2; Holliday u.a. 2014: 12).

Für den Ethnic Surgery Tourism im „globalen Süden“ ist anzumerken, dass die kontinuierliche Entwicklung dieser Form des Tourismusangebots für Schönheitsoperationen, wie auch der sonstige Medizintourismus, durch die Medical Tourism Association konstruktiv begleitet wird und basierend auf dem Paradigma von „Governance“ und „Zivilgesellschaft“ die externen und internen Stakeholder der Bewirtschaftung des Körpers in diesen Entwicklungsprozess miteinbezogen werden (vgl. Medical Tourism Association 2010: 5). Neben den Marketingkampagnen profitieren diese Reiseagenturen maßgeblich von den persönlichen Empfehlungen von Bestandskunden an potenzielle Neukunden und deren Erfahrungsberichte, was wiederum verdeutlicht, wie schwierig die Kundengewinnung ist und wie groß doch die Vorbehalte bei potenziellen Kunden sind (vgl. Holliday u.a. 2014: 12).

Letztlich ist noch zu berücksichtigen, dass der Begriff Ethnic Surgery Tourism im „globalen Süden“ ganz offensichtlich zur Verbrauchertäuschung dient, da in der Realität das Narrativ des Urlaubs für den einzelnen Patienten nicht in Erfüllung geht und dieser vielmehr mit

den üblicherweise auftretenden postoperativen Begleiterscheinungen zu tun hat (vgl. American Society of Plastic Surgeons o.J.a: 1; Holliday u.a. 2014: 16). Das touristische Potential der Destination des „globalen Südens“ bleibt diesen Patienten also vorenthalten (vgl. American Society of Plastic Surgeons o.J.a: 1). Man kann also sagen, dass die Patienten im „globalen Süden“ aufgrund derartiger Präventionsmaßnahmen bzw. Vorsichtsmaßnahmen von dem dortigen touristischen und kulturellen Angebot ausgeschlossen werden (vgl. American Society of Plastic Surgeons o.J.a: 1). Diesbezüglich verweisen auch Holliday u.a. (2014) auf die Verbrauchertäuschung, die den Patienten im „globalen Süden“ widerfährt und bemerken hierzu:

„The label cosmetic surgery tourism was rejected by many patients because of its whimsical connotations of beauty and relaxation. They pointed out that surgery is serious and painful. There were no beaches and bikinis in our study, though most patients undertook shopping and visits to local attractions as they began to feel better.“ (Holliday u.a. 2014: 16)

5. Im Mekka des „Body Shopping“: Eine qualitative Fallstudie zur Ethnochirurgie in Beverly Hills

5.1 Erkenntnisinteresse und Fragestellung

Das Erkenntnisinteresse liegt vor allem darin zu fragen, inwiefern sich die globale Bewirtschaftung des Körpers vollzieht, also die entsprechenden Baumaßnahmen am Körper mittels Ethnochirurgien auf globaler Ebene erfolgen und sich dementsprechend ein globaler Körperbewirtschaftungsmarkt ausgebildet hat. So gilt es aufzuzeigen, weshalb Beverly Hills als Destination im „globalen Norden“ den Charakter eines Mekkas für Ethnochirurgien besitzt und wie die dortigen Anbieter sich auf die entsprechenden Konsumenten ausgerichtet haben. Außerdem besteht das Erkenntnisinteresse auch darin, herauszufinden, inwieweit in der Risikogesellschaft der Körper zu einer zentralen Ressource des Individuums geworden ist. Dabei geht es darum, wie aus dem „Naturkörper“ mittels Ethnochirurgien ein „Kulturkörper“ entstanden ist. Das Erkenntnisinteresse besteht diesbezüglich darin, einen Überblick aller Stakeholder zu erhalten, die an diesem „Körperprojekt“ beteiligt sind sowie gleichermaßen die Innen- und Außenperspektive seitens Anbieter und Nutzer von Ethnochirurgien darzulegen. Für die Ethnochirurgien gilt es auch zu überprüfen, inwiefern sich durch die kulturelle Globalisierung geschlechterspezifische „Standardkörper“ etabliert haben.⁸⁹ Zudem gilt es zu hinterfragen, inwiefern in Abhängigkeit von Alter, Ethnie und Geschlecht bestimmte Ethnochirurgien, also Körperbewirtschaftungspraxen, auch vor dem Hintergrund der Existenz möglicher Masterpläne zur Plastifizierung des Körpers durch nicht-kaukasische Ethnien, angewandt werden. Des Weiteren geht es hinsichtlich der Patienten aufzuzeigen, wie deren Patientenbiographie aussieht und welchen Stellenwert der Körper für diese Patienten besitzt sowie das Verhältnis dieser Patienten zum Körper auch bezüglich interner und externer Einflussfaktoren. Zudem soll anhand der Patienten, die entsprechende Ethnochirurgien durchführen lassen, überprüft werden, inwieweit der nicht-kaukasische Körper als „Body Shaming“ aufgefasst werden kann.

Daher lässt sich die Annahme formulieren, dass in Anlehnung an Bourdieu (1994) das körperliche Kapital und in Anlehnung an Hakim (2011) das erotische Kapital die für das Indi-

⁸⁹ Die kulturelle Globalisierung erscheint in di als ein wesentlicher Einflussfaktor, wodurch europäisch-amerikanische Schönheitsnormen global verbreitet werden, also eine Kosmopolität und kulturraumunabhängige hegemoniale Verbreitung des kaukasischen Körperleitbilds einhergehen und damit zur wachsenden Popularität von ethnochirurgischen Eingriffen, wie auch von anderen Körperbewirtschaftungspraxen, beitragen, da der nicht-kaukasische Körper als minderwertig betrachtet wird (vgl. Jones, G. 2011: 885-911).

viduum relevantesten Kapitalsorten geworden sind und dadurch der Körper zu einem individuellen „globalen Projekt“ im Sinne eines „Doing Body“ geworden ist. Hierbei wird die Ethnochirurgie als prioritäre Bewirtschaftungspraxis angewandt, was zu folgender These führt: Die globale Bewirtschaftung des Körpers erfolgt mittels Ethnochirurgie. Im Zuge dieses „Doing Body“ kann der Ist-Zustand des Körpers als permanente „Work in Progress“ aufgefasst werden. Diese These beinhaltet dabei im Verständnis von Maasen (2005), Posch (2009) und Reusch (2000) die Tatsache, dass der Körper eine „Bioaktie“ ist, wobei die Geburt de facto den Ausgabepreis der „Bioaktie Körper“ markiert und sich im Zuge der vorgenommenen Ethnochirurgien eine Wertsteigerung ergibt, die umso höher ausfällt, je mehr Ethnochirurgien durchgeführt werden und je stärker die Annäherung an den kaukasischen Körper ausfällt, also sich der Grad bzw. die Dimension der Verwestlichung darstellt (vgl. Maasen 2005: 245; Posch 2009: 23; Reusch 2000: 4). Mit der These der globalen Bewirtschaftung des Körpers mittels Ethnochirurgie geht auch einher, dass Ethnochirurgien mitunter als reine Instandhaltungs- und Renovierungsarbeiten am Körper zum Erhalt des bisherigen Werts der „Bioaktie Körper“ erfolgen, so wie es Maasen (2005), Posch (2009) und Reusch (2000) beschreiben (vgl. Maasen 2005: 245; Posch 2009: 23; Reusch 2000: 4). D.h. ein konstanter auf hohem Niveau stagnerender Wert der „Bioaktie Körper“ im Sinne der Wertbeständigkeit bis zum Lebensende erreicht werden soll und damit die Ethnochirurgien als eine Präventionsmaßnahme vor dem Hintergrund der Halbwertszeit der physischen Attraktivität erscheinen. In diesem Kontext gilt es unbedingt zu vermeiden, dass es zu einer Wertminderung der „Bioaktie Körper“ kommt. Voraussetzung aller Maßnahmen ist das Vorhandensein eines Kapitalgrundstocks, sodass die erforderlichen ethnochirurgischen Maßnahmen jederzeit vorgenommen werden können.

Das Thema der globalen ethnochirurgischen Bewirtschaftung des Körpers ist den Sozialwissenschaften zuzuordnen. Die Existenz eines globalen Markts der Körperbewirtschaftung wirft die folgende Frage auf: Wie erfolgt die globale Bewirtschaftung des Körpers mittels Ethnochirurgie? Es erscheint somit angebracht aufgrund der Dimensionalität dieser Frage für die unterschiedlichen Bereiche der Körperbewirtschaftung durch Ethnochirurgien entsprechende Unterfragen zu formulieren, um eine vollumfängliche Darstellung dieser Körperbewirtschaftungspraxis zu erhalten. Die Frage nach der globalen Bewirtschaftung des Körpers impliziert auch die Frage nach der Herausbildung eines globalen Mekkas in Beverly Hills. Welche historischen Bedingungsfaktoren haben zur Herausbildung des Mekkas für Ethnochirurgien beigetragen? Woher stammen die internationalen nicht-kaukasischen Patienten, die dorthin reisen? Wie groß ist die Anzahl der internationalen nicht-kaukasischen Patienten? Weshalb lässt sich überhaupt dort von einem Mekka sprechen? Welche Körperleitbilder dominieren in diesem

Mekka? Welche Schönheitschirurgen wie auch andere Körperexperten praktizieren in diesem Mekka?

Die Frage nach der globalen Bewirtschaftung des Körpers betrifft dabei vor allem auch die im Mekka der Ethnochirurgie in Beverly Hills ansässigen Schönheitschirurgen. Wie haben sich diese Schönheitschirurgen auf die internationalen nicht-kaukasischen Patienten ausgerichtet? Welche Veränderungen ergeben sich dadurch im Geschäftsmodell? Welche Praxismodelle existieren in Beverly Hills? Wie erfolgt die globale Vermarktung des Schönheitschirurgen? Welche Strategien der Internationalisierung der Geschäftstätigkeit werden durch den Schönheitschirurgen angewandt? Inwiefern erfolgt eine körperanatomische Spezialisierung innerhalb der in Beverly Hills praktizierenden Schönheitschirurgen? Wie erfolgt eine Standardisierung im Ablaufprozess von Ethnochirurgien? Was sind die zentralen Faktoren, die zu einer Erosion des Berufsethos der Schönheitschirurgen beitragen? Wodurch setzen sich die „Overhead Kosten“ zusammen und wie hoch sind diese? Was sind die Ursachen für den Wettbewerbsdruck? Wodurch äußert sich der Wettbewerbsdruck? Warum übernehmen Schönheitschirurgen immer stärker das ökonomische Denk-, Handlungs- und Verhaltensmuster anstatt das tradierte medizinische Denk-, Handlungs- und Verhaltensmuster beizubehalten? Was sind die Folgen des unternehmerischen Denkens des Schönheitschirurgen?

In besonderem Maße betrifft die globale Bewirtschaftung des Körpers vor allem die internationalen nicht-kaukasischen Patienten, die für entsprechende ethnochirurgischen Eingriffe nach Beverly Hills reisen. Welche Patientenbiographie haben diese Patienten? Wie erfolgt die lebenslange Bewirtschaftung des Körpers? Welche ethnochirurgischen Bewirtschaftungsmaßnahmen existieren in Abhängigkeit von Alter, Geschlecht und Ethnie? Inwiefern orientieren sich diese Patienten an bestimmten Körperleitbildern, die als Orientierungshilfe bzw. Bauplan für den perfekten Körper dienen? Wie genau verläuft eine Ethnochirurgie? Welche Prozesse umfasst die Transformation vom „Naturkörper“ zum „Kulturkörper“ im Zuge der Plastifizierung des Körpers? Welche Motive liegen der Bewirtschaftung des Körpers durch Ethnochirurgien in Abhängigkeit von Alter, Geschlecht und Ethnie zugrunde? Welche soziokulturellen Faktoren beeinflussen den Willensbildungs- und Entscheidungsprozess für eine Ethnochirurgie in Abhängigkeit von Alter, Geschlecht und Ethnie? Welche Folgeerscheinungen können mit der Bewirtschaftung des Körpers durch Ethnochirurgen einhergehen?

5.2 Das wissenschaftliche Grundverständnis

Das wissenschaftliche Grundverständnis, also die Forschungsethik, die den Habitus des Forschers bestimmt, leitet sich aus dem Ethikkodex der American Sociological Association (ASA)

ab (vgl. American Sociological Association 2008: 3-22). Der Forschungsethik wird in der empirischen Sozialforschung eine unterschiedliche Bedeutung beigemessen, was wiederum zur Folge hat, dass die qualitativ angelegte Sozialforschung sich wesentlich stärker mit der Forschungsethik auseinandersetzt als die quantitativ angelegte Sozialforschung (vgl. Hopf 2010: 590). Diesbezüglich sind in qualitativ angelegten Forschungen immer forschungsethische Aspekte zu bedenken, sodass das jeweilige Forschungsvorhaben keinerlei Verletzung des Ethikodex und damit des Berufsethos des Soziologen darstellen (vgl. Hopf 2010: 590). Die forschungsethischen Aspekte umfassen vielfach Rechtsfragen (vgl. Hopf 2010: 590).

Gerade die Sicherstellung der Anonymität nimmt in der qualitativ angelegten Sozialforschung einen besonderen Stellenwert ein. Schließlich ist die Wahrung der Anonymität und dessen Zusicherung an die Studienteilnehmer ein zentrales Kriterium, sodass eine Identifizierung der jeweiligen Studienteilnehmer unbedingt zu vermeiden ist (vgl. Hopf 2010: 591). Die negativen Implikationen im Rahmen von Forschungsvorhaben erfolgt für Einzelpersonen auch durch Zuordnung zu bestimmten Gruppen, denen entsprechende Stigmata zugeschrieben werden (vgl. Hopf 2010: 597). Letztendlich geht es darum, dass die Studienteilnehmer keinerlei Nachteile und Kollateralschäden erfahren sollen, sodass der Anonymisierung eine besondere Bedeutung zuteilwird und die Wahrung dieser Anonymität im gesamten Ablaufprozess des Forschungsvorhabens zu garantieren ist; also konkrete Fehlerquellen aufgrund eines mangelnden Grads der Anonymisierung und auf die Veröffentlichung von Informationen zurückzuführen sind, sodass das Vertrauen der Studienteilnehmer und die vorab zugesicherte Anonymität nicht fortbesteht (vgl. Hopf 2010: 594ff.). Die Gewährleistung der Anonymität im Zuge der Bearbeitung des Datenmaterials ist sehr arbeitsintensiv, denn es gilt zu beachten, dass die Erhöhung des Grads der Anonymität der Studienteilnehmer nicht gleichermaßen zu einem Informationsverlust führen darf (vgl. Hopf 2010: 596).

Von besonderer Relevanz im Rahmen der Forschungsethik ist deshalb auch, dass die Studienteilnehmer durch einen sogenannten „Informed Consent“, also der informierten Einwilligung vollumfänglich über das jeweilige Forschungsvorhaben in Kenntnis gesetzt werden, auch wenn diesbezüglich etwaige Schwierigkeiten hinsichtlich der Informationsverarbeitung und deren Deutung durch mitunter äußerst heterogene Studienteilnehmer sowie die Detailliertheit der Beschreibung des Forschungsvorhabens existieren (vgl. Hopf 2010: 592f.). Die Studienteilnahme an einem Forschungsvorhaben basiert auf der Freiwilligkeit der jeweiligen Studienteilnehmer (vgl. Hopf 2010: 597).

5.3 Methodologie

Die empirische Sozialforschung umfasst zwei Bereiche, den Bereich der qualitativen Forschung und den Bereich der quantitativen Forschung, sodass diesen beiden Bereichen der empirischen Sozialforschung unterschiedliche empirische Methoden der Datenerhebung und unterschiedliche wissenschaftstheoretische Paradigmen zugrunde liegen (vgl. Flick/von Kardorff/Steinke 2010: 17).⁹⁰ So basiert die quantitative Forschung auf der Grundlage der Deduktion und die qualitative Forschung auf der Grundlage der Induktion (vgl. Flick 2005: 12f.).⁹¹ Das Thema der globalen Bewirtschaftung des Körpers mittels Ethnochirurgie gehört in den Bereich der qualitativen Forschung. Dementsprechend wird das Thema mittels qualitativer Forschungsmethoden bearbeitet. Dieses lässt sich aufgrund des Paradigmas der qualitativen Forschung begründen, denn „qualitative Forschung hat den Anspruch, Lebenswelten <von innen heraus> aus der Sicht der handelnden Menschen zu beschreiben. Damit will sie zu einem besseren Verständnis sozialer Wirklichkeit(en) beitragen und auf Abläufe, Deutungsmuster und Strukturmerkmale aufmerksam machen.“ (Flick/von Kardorff/Steinke 2010: 14)

Dass es sich bei der Forschung zur globalen Bewirtschaftung des Körpers mittels Ethnochirurgie um ein qualitativ angelegtes Forschungsthema handelt, ergibt sich somit daraus, dass es sich um einen Körperbewirtschaftungsprozess in der Lebenswelt handelt, bei dem das Individuum aufgrund eines subjektiv verlaufenden Willensbildungs- und Entscheidungsprozess sich dazu entschließt, bestimmte ethnochirurgische Baumaßnahmen am Körper durchführen zu lassen. Gerade im Rahmen solcher ethnochirurgischen Bewirtschaftungsmaßnahmen stehen die individuellen Beweggründe im Fokus, wobei es sich vor allem um das Verhältnis des Trägers zu seinem Körper handelt sowie die mit dieser Körperbewirtschaftungsmaßnahme verbundenen Implikationen auf die Identität. Zusätzlich ist die Auswahl für die qualitative Forschung dadurch zu erklären, dass jeder Ethnochirurgie eine individuelle Patientenbiographie zugrunde

⁹⁰ Die Erschließung sozialwissenschaftlicher Forschungsthemen durch die qualitative Forschung hat in den USA und in Deutschland einen divergierenden zeitgeschichtlichen Verlaufsprozess, während die amerikanische Sozialwissenschaft bereits ab den 1960er Jahren explizit qualitative Forschungsmethoden gebrauchte, erfolgte dieses in der deutschen Sozialwissenschaft erst ein Jahrzehnt später, ab den 1970er Jahren (vgl. Flick 2005: 21; Flick/von Kardorff/Steinke 2010: 26). Für die qualitative Sozialforschung in der Sozialwissenschaft in Deutschland ist zu berücksichtigen, dass der Positivismusstreit in den 1960er Jahren dafür verantwortlich war, dass die quantitativen Forschungsmethoden eine hegemoniale Vormachtstellung gegenüber den qualitativen Forschungsmethoden einnahmen (vgl. Rheinländer 2011: 112).

⁹¹ In der Wissenschaft haben sich mit der Deduktion und der Induktion zwei Vorgehensweisen etabliert, um zu wissenschaftlichen Erkenntnissen im Rahmen der empirischen Sozialforschung zu gelangen, wobei die Hypothese bei der Deduktion die Grundlage bildet und bei der Induktion das Ergebnis darstellt (vgl. Bortz/Döring 1995: 17f., 29f., 275f.; Diekmann 2017: 173ff.; Flick 2005: 12f.). Die Unterschiede zwischen einer deduktiven und einer induktiven Vorgehensweise zum Zwecke des Erkenntnisgewinns, u.a. in Form von Theorien, bestehen darin, dass sich die Erkenntnisse bei der Deduktion erst durch die theoretische Beschäftigung und danach durch die empirische Überprüfung mittels der quantitativen Sozialforschung ergeben, während sich bei der Induktion die Erkenntnisse durch die empirische Überprüfung mittels der qualitativen Sozialforschung und danach durch die theoretische Beschäftigung ableiten (vgl. Bortz/Döring 1995: 17f., 29f., 275f.; Diekmann 2017: 173ff.; Flick 2005: 12f.).

liegt sowie derartige Investitionsmaßnahmen auf die jeweils individuellen Motive bzw. intrinsische und extrinsische Motivation zurückzuführen sind. Damit handelt es sich bei dieser Körperbewirtschaftungsmaßnahme um klassische Einzelfallentscheidungen, bei denen keine Generalisierbarkeit und Pauschalisierung vorgenommen werden können, keine konstanten Rahmenbedingungen des Verlaufsprozesses von Ethnochirurgien vorliegen und damit die quantitative Forschung mit deren Standardisierung bei der jeweiligen Datenerhebungsmethode nicht angewandt werden kann. Infolgedessen lässt sich nur durch die qualitative Forschung eine Rekonstruktion der globalen Bewirtschaftung des Körpers mittels Ethnochirurgie vornehmen, wobei die Lebenswirklichkeit der Individuen in deren Lebenswelt adäquat fassbar gemacht wird.

Die Grundlagen der qualitativen Forschung „[...] sind dabei die Gegenstandsangemessenheit von Methoden und Theorien, die Berücksichtigung und Analyse unterschiedlicher Perspektiven sowie der Reflexion des Forschers über die Forschung als Teil der Erkenntnis“ (Flick 2005: 16). Diese Grundlagen der qualitativen Sozialforschung verweisen darauf, dass versucht wird, die Interaktionsbeziehungen der Gesellschaftsmitglieder in der jeweiligen Lebenswelt zu erfassen, eine Rekonstruktion des Habitus der jeweiligen Individuen zu generieren, den Bauplan der sozialen Wirklichkeit zu erhalten, wozu ein Repertoire unterschiedlichster qualitativer Forschungsmethoden zur Verfügung steht, mit denen die Innenperspektive, also die Subjektivperspektive in der Lebenswelt erfasst werden kann und dass so gewonnene Datenmaterial dazu angewandt wird, eine „Rekonstruktion der sozialen Lebenswelt“ zu ermöglichen (vgl. Flick/von Kardorff/Steinke 2010: 20ff.). Damit versucht die qualitative Sozialforschung aus Datenmaterial, das im Rahmen der Datenerhebung die jeweils subjektive Realität abbildet, nach der Datenauswertung eine objektive Realität zu schaffen (vgl. Flick/von Kardorff/Steinke 2010: 20ff.).

5.4 Auswahl des Forschungsfelds und Herstellung des Feldzugangs

Den Ausgangspunkt zum Zwecke der Datenerhebung bildet in der qualitativen Forschung die Herstellung des Feldzugangs (vgl. Flick 1995: 70). Ebenfalls entscheidend ist die Verortung des Feldforschers im jeweiligen Forschungsfeld, wobei diese Verortung in Abhängigkeit zur Datenerhebung steht (vgl. Flick 1995: 71). D.h. Es geht darum, keine oberflächliche Feldforschung zu betreiben, sondern tiefgründig in das jeweilige Forschungsfeld involviert zu sein und damit eine Innenperspektive einzunehmen (vgl. Flick 1995: 71). Ebenso unterliegt der Feldfor-

scher den jeweiligen Dynamiken des Forschungsfelds und dessen Anwesenheit bleibt nicht Unverborgen, sodass der Feldforscher an dortigen Interaktionen aktiv teilnimmt (vgl. Flick 1995: 71).

Doch der bloße Feldzugang ist für den Feldforscher nicht ausreichend, da dieser im Rahmen der Datengewinnung entsprechende Informationsquellen innerhalb des Forschungsfelds rekrutieren muss, um sich an den vorhandenen Wissensbeständen zu bedienen (vgl. Flick 1995: 74f.). Bei der Rekrutierung relevanter Personen wird vielfach das sogenannte Schneeballprinzip bzw. Schneeballsystems angewandt, wo der Feldforscher auf ein bereits existierendes Netzwerk von Bekannten zurückgreift (vgl. Flick 1995: 75f.). Bei der Feldforschung ist der Feldforscher grundsätzlich ein „Fremdkörper“ in dem jeweiligen Forschungsfeld, wobei der Feldforscher als Besucher oder Initianten, also zwei Erscheinungsformen des Fremden, in Abhängigkeit von der qualitativen Forschungsmethode gegenüber den im Forschungsfeld befindlichen Individuen in Erscheinung tritt und dadurch unterschiedliche Dimensionen des Informationsgehalts einhergehen (vgl. Flick 1995: 76). Im Zuge der Feldforschung geht es letztlich darum, die Außenperspektive zugunsten der Innenperspektive einzutauschen, womit wiederum entsprechende forschungsethische Implikationen wie auch anderweitige Implikationen für die Arbeit des Feldforschers verbunden sind, mit denen sich der Feldforscher konfrontiert sieht (vgl. Flick 1995: 77).

Für die Feldforschung wurde Los Angeles County ausgewählt, da in dieser Region die Perfektionierung des Körpers, mitsamt den dazu angewandten „Technologien des Selbst“, eine lange Tradition hat (vgl. Biel 1997: 62, 64f.). Insbesondere Schönheitsoperationen nehmen eine Allgegenwärtigkeit in der Alltags- und Lebenswelt der Menschen in Los Angeles County ein, aus der sich die „Makeover Culture“ konstituiert hat (vgl. Biel 1997: 62, 64f.). Im Zuge globaler Transformationsprozesse in eine Weltrisikogesellschaft dient die „Makeover Culture“ zur Beschreibung für die individuelle und kollektive Bewirtschaftung des Körpers, sodass mittels der „Makeover Culture“ auch die internationalen Patienten erfasst werden, die für eine Ethnochirurgie nach Los Angeles County reisen und diesen Lebensstil in die jeweiligen Kulturräume transportieren. De Facto werden die internationalen Patienten zu „Kulturbotschaftern“ der „Makeover Culture“, gerade was die ethnochirurgische Bewirtschaftung des Körpers betrifft. Ein weiterer Aspekt, die Feldforschung in Los Angeles County durchzuführen, besteht darin, dass von dort weltweit die höchste Signalwirkung ausgeht, wenn es um Schönheitsideale und die dazugehörigen Körperleitbilder geht (vgl. Schulz 2002: 221f.). Zudem ist anzuführen, dass die Celebrities und Hollywoodstars als Verkörperungen und Repräsentanten des „Körperkults“ in Los Angeles County ansässig sind bzw. dort ihren Lebensmittelpunkt haben (vgl. Schulz

2002: 221f.). Außerdem bietet es sich an, die Feldforschung in Los Angeles County durchzuführen, da dort eine jahrzehntelange Tradition im Bereich des Medizintourismus existiert und dementsprechend eine medizinische Infrastruktur entstanden ist (vgl. Sloane 2010: 438-441).

Der Feldzugang zum Forschungsfeld ist besonders schwer, weil es sich um ein äußerst sensibles Forschungsfeld innerhalb der Sozialwissenschaften handelt. Zudem agieren in dem Forschungsfeld Stakeholder, die bedingt durch die finanzielle Lukrativität gegenüber Wissenschaftlern sehr verschlossen und zurückhaltend agieren. Für den Feldforscher im Feld der Ethnochirurgie war zu beobachten, dass die dort agierenden Stakeholder einer für sie unbekanntem Person zunächst einmal mit Skepsis begegnen und dieses teilweise mit einer Ablehnung einhergeht. Diese Skepsis und Ablehnung, die den Forschungsprozess manchmal behinderte, verschwand in diesem Feld zumeist nur dann, sofern andere Stakeholder den Feldforscher mit diesen Stakeholdern in Kontakt brachten, also eine Art Vermittlungs- bzw. Brückenfunktion erfüllten.

5.5 Auswahl empirischer Methoden zur Datenerhebung: „Methodologische Triangulation“

Die Triangulation besitzt nach Denzin (1975) vier Ausprägungen (vgl. Denzin 1975: 301; Flick 2010: 310). Bei der Daten-Triangulation handelt es sich um eine Diversität von Daten und deren Verknüpfung (vgl. Denzin 1975: 301ff.; Flick 2010: 310ff.). Bei der Investigator-Triangulation handelt es sich um die Beteiligung mehrerer Forscher anstatt eines einzelnen Forschers zur Herstellung von Objektivität (vgl. Denzin 1975: 303; Flick 2010: 310, 312). Bei der Theorien-Triangulation handelt es sich um die Multiperspektivität (vgl. Denzin 1975: 303-307; Flick 2010: 310, 315). Bei der „methodologischen Triangulation“ handelt es sich um den Methodenpluralismus wie auch um den Pluralismus einzelner Forschungsmethoden hinsichtlich deren Ausgestaltungsmöglichkeiten zur Erfüllung der Gütekriterien der empirischen Sozialforschung bzw. der paradigmatischen Grundsätze der sozialwissenschaftlichen Forschung im Allgemeinen (vgl. Denzin 1975: 307-310; Flick 2010: 310, 312ff.). Letztendlich dient die Triangulation „als Validierungsstrategie, als Ansatz der Generalisierung der gefundenen Erkenntnisse und als Weg zu zusätzlicher Erkenntnis“ (Flick 2010: 318).

Bei der Datenerhebung im Rahmen des Forschungsthemas der globalen Bewirtschaftung des Körpers mittels Ethnochirurgie wird nach Denzin (1975) und Flick (2010) die „methodologische Triangulation“ angewandt. So werden das Experteninterview und die teilnehmende Beobachtung als reaktives Verfahren und die Dokumentenanalyse als nicht-reaktives

Verfahren angewandt (vgl. Denzin 1975: 262-292). Diese Forschungsmethoden werden im Zuge der „methodologischen Triangulation“ bei der Datenerhebung während der Feldforschung nicht miteinander verknüpft, sondern diese Verknüpfung vollzieht sich erst im Rahmen der Verknüpfung der aus dem Vergleich gewonnenen Erkenntnisse der jeweils angewandten Forschungsmethoden, also nach Abschluss der Datenauswertung des in der Datenerhebung gewonnenen Datenmaterials der jeweiligen Forschungsmethode (vgl. Flick 2010: 317). Die im Rahmen der „methodologischen Triangulation“ angewandten Methoden werden vor dem eigentlichen Einsatz im Forschungsfeld einem sogenannten Pretest, also einem erstmaligen Praxistest unter Feldforschungsbedingungen unterzogen, um die Schwachstellen wie auch die Einsatzmöglichkeiten der einzelnen Methoden herauszufinden und somit entsprechende Modifikationen vornehmen zu können (vgl. Friedrichs 1973: 153ff.).

Die Datenerhebung mittels der „methodologischen Triangulation“ und das für das Forschungsvorhaben ausgewählte Sampling erfolgt auf der Grundlage der „theoretischen Sättigung“ und des „theoretischen Sampling“, also zweier zentraler Prinzipien bzw. elementarer Bestandteile der Grounded Theory von Glaser/Strauss (2006), wodurch sich entsprechende Implikationen für den Forschungsverlauf ergeben (vgl. Flick 1995: 79-83; Flick 2010: 318; Glaser/Strauss 2006: 45-77). Dieses hat zur Folge, dass im Gegensatz zu dem „statistischen Sampling“ keine im Vorfeld der Feldforschung bzw. im Rahmen des Forschungsvorhabens genau fest definierte Fallzahl, u.a. an Interviews etc. und somit auch keine vorherige Samplestruktur existierte (vgl. Flick 1995: 79ff., 83; Flick 2005: 98-101, 105). Der Abschluss der Datenerhebung beim „theoretischen Sampling“, dem die der Kontrastierung der Fälle zugrunde liegt, erfolgt erst dann, wenn die sogenannte „theoretische Sättigung“ eingetreten ist, also die bereits gewonnenen Erkenntnisse zur Bearbeitung des Forschungsthemas ausreichend sind und durch die weitere Generierung von Fällen im Zuge der Anwendung von entsprechenden Forschungsmethoden sich kein neuer Erkenntnisgewinn durch die Fortführung der Feldforschung einstellt (vgl. Flick 1995: 81ff.; Flick 2005: 102-105; Flick 2010: 318; Glaser/Strauss 2006: 45, 61).

5.5.1 Experteninterviews

Das Experteninterview hat im Gegensatz zu den anderen vielfältigen Erscheinungsformen von Interviews, wie rezeptives Interview, narratives Interview, problemzentriertes Interview etc. und deren unterschiedlicher Schwerpunktsetzung, nicht das Ziel, sich mit der Biographie, dem Habitus und der Lebenswelt des Individuums zu beschäftigen, sondern das Experteninterview konzentriert sich auf das vorhandene Wissen des Individuums, dessen Erfahrungsschatz und dessen Tätigkeitsbereich, also seine Rolle in dem jeweiligen Kontext (vgl. Meuser/Nagel 1991:

442, 444; Mey/Mruck 2010: 424-427). Dabei ist anzumerken, dass einem Individuum der Status des Experten erst aufgrund eines entsprechenden Forschungsthemas und durch den jeweiligen Forscher verliehen bzw. zuteilwird, also es sich um kein objektives Kriterium der Statusbestimmung handelt (vgl. Meuser/Nagel 1991: 443; Meuser/Nagel 1997: 486).

Das Experteninterview basiert auf einem Interviewleitfaden, in dem die relevanten Themenbereiche enthalten sind, die im Rahmen eines Experteninterviews abgehandelt werden (vgl. Meuser/Nagel 1991: 448; Meuser/Nagel 1997: 486). Bei der Erstellung des Interviewleitfadens plädieren Meuser/Nagel (1997) auf Fragen zu verzichten, sodass in einem solchen Interviewleitfaden nur die jeweiligen Themen aufgeführt sind und dadurch dem Experteninterview keinerlei Einschränkungen auferlegt sind (vgl. Meuser/Nagel 1997: 487). Demzufolge ist das Experteninterview nicht in ein vorab definiertes Ablaufschema bzw. in eine bestimmte Reihenfolge von Themen gepresst, sodass sich also eine gewisse Ungezwungenheit bei Interviewer und Experten einstellt, bei der die jeweiligen Themen mit unterschiedlicher Sorgfalt und Tiefgründigkeit abgehandelt werden und somit sich die vorhandenen Wissensbestände des Experten erschließen lassen (vgl. Meuser/Nagel 1997: 487). Von besonderer Bedeutung für ein Experteninterview ist gleich ganz am Anfang eines solchen Interviews die Nutzung eines sogenannten „Eisbrechers“, also einer klassischen Eisbrecherfrage als Einstiegshilfe (vgl. Meyen u.a. 2011: 93). Als ein solcher „Eisbrecher“ dient dabei eine offene Frage, die eine entsprechende Erzählaufforderung an den Experten enthält und sich zumeist auf die Biographie des Experten bezieht (vgl. Meyen u.a. 2011: 93, 97).

Im Rahmen der Feldforschung wurden 14 Experteninterviews ($n = 14$) geführt (vgl. Tabelle 1). Für die Datenauswertung wurden diese Experteninterviews, die mit einem Aufnahmegerät aufgezeichnet worden sind und als Audiodatei vorlagen, unter Berücksichtigung entsprechender Transkriptionsregeln auf der Grundlage von Bellmann (o.J.), Flick (2005), Kowal/O'Connell (2010), Legewie (1997), Legewie/Paetzold-Teske (1996) und Meyen u.a. (2011) transkribiert (vgl. Bellmann o.J.: 1ff.; Flick 2005: 252ff.; Kowal/O'Connell 2010: 438-446; Legewie 1997: 1; Legewie/Paetzold-Teske 1996: 1; Meyen u.a. 2011: 115f.). Das Interviewprotokoll für diese Experteninterviews umfasst dabei ein Präskript und ein Postskript (vgl. Legewie 1997: 1; Mey/Mruck 2010: 431; Meyen u.a. 2011: 115).

Tabelle 1: Experteninterviews (n = 14)

Experteninterview (Int.)	Ge- schlecht	Al- ter	Ethnie	Beruf
1	männlich	38	Kauka- sier	Vice-President Medical Device Com- pany
2	weiblich	52	Kauka- sier	President Medical Marketing Com- pany
3	männlich	53	Kauka- sier	Plastic Surgeon
4	weiblich	36	Kauka- sier	Practice Management Consultant
5	weiblich	43	Kauka- sier	Managing Director Medical Spa
6	weiblich	42	Jude	Senior Director of Sales Medical De- vice Company
7	weiblich	55	Kauka- sier	Plastic Surgery Consultant
8	weiblich	38	Asiate	Anesthetist
9	weiblich	35	Kauka- sier	Editor Aesthetic Medicine Magazine
10	weiblich	29	Kauka- sier	Plastic Surgery Consultant
11	männlich	54	Kauka- sier	Plastic Surgeon
12	weiblich	47	Asiate	CEO Aesthetic Surgery Center
13	weiblich	46	Kauka- sier	Cosmetic Social Media Specialist
14	weiblich	61	Kauka- sier	Plastic Surgery Consultant

Quelle: eigene Darstellung.

Für das Sampling wurden ausschließlich Experten genommen, die Führungskräfte sind, da es äußerst schwierig ist, mit Krankenschwestern und sonstigen Personen ein Experteninterview zu führen, die nicht als Führungskräfte gelten, da es diesen aufgrund ihres Beschäftigungsverhältnisses und entsprechender rechtlicher Rahmenbedingungen, wie der Verschwiegenheitspflicht,

untersagt ist, entsprechende Betriebsinterna der ethnochirurgischen Körperbewirtschaftung im Rahmen eines Experteninterviews preis zu geben. Somit ergibt sich ein relativ homogenes Sampling, da sich die Experteninterviews auf Führungskräfte beziehen. Dieses ist insofern positiv zu bewerten, da entsprechendes Expertenwissen der ethnochirurgischen Körperbewirtschaftung mittels der Experteninterviews erschlossen wird und diese Experten als Führungskräfte aufgrund ihrer beruflichen Stellung relativ offen und ungezwungen berichten können, ohne etwaige berufliche Konsequenzen befürchten zu müssen. Dadurch bieten sich gerade Führungskräfte als Experten auf diesem Themengebiet für die Durchführung von Experteninterviews an, auch wenn sich hierdurch kein heterogenes Sampling ergibt.

5.5.2 Teilnehmende Beobachtung

Die Methode der Beobachtung kann mehrere Erscheinungsformen haben, die dabei alle Sinne des Beobachters berühren (vgl. Flick 2005: 199f.). Diese Erscheinungsformen der Beobachtung besitzen nach Flick (2005) wiederum unterschiedliche Ausprägungen wie nicht-teilnehmende Beobachtung versus teilnehmende Beobachtung, verdeckte Beobachtung versus offene Beobachtung, systematische Beobachtung versus unsystematische Beobachtung, Beobachtung natürlicher Situationen versus Beobachtung künstlicher Situationen und Selbstbeobachtung versus Fremdbeobachtung (vgl. Flick 2005: 200). Im Rahmen des Gebrauchs der Methode der Beobachtung in der qualitativen Sozialforschung bezieht sich dieses immer auf die natürliche Umwelt, also auf die Lebenswelt und damit auf die Realität (vgl. Flick 2005: 201). Ebenfalls ist anzumerken, dass bei der nicht-teilnehmenden Beobachtung oftmals forschungsethische Bedenken angebracht sind, da sich bei dieser Beobachtung der Beobachter anonym verhält, also eine Undercover Feldforschung im Sinne eines Voyeurs betreibt und teilweise nicht mal selbst im Forschungsfeld in Erscheinung tritt (vgl. Flick 2005: 201, 205f.). Bei der Methode der Beobachtung, der das Prinzip der „theoretischen Sättigung“ zugrunde liegt, geht es auch darum, dass für das jeweilige Forschungsthema ein geeigneter Untersuchungsort zur Verfügung steht, an dem diese Methode angewandt werden kann (vgl. Flick 2005: 202). Dementsprechend wird definiert, was im Fokus der Beobachtung steht, sodass sich bei der Beobachtung ein sukzessiver Verlaufsprozess von der Grobbeobachtung zur Feinbeobachtung ergibt, also im Sinne eines Mikroskops der Ausschnitt der Beobachtung sich immer weiter verkleinert und dadurch die Schärfe der Beobachtung zunimmt (vgl. Flick 2005: 202).

Die teilnehmende Beobachtung hat, im Gegensatz zur nicht-teilnehmenden und verdeckten Beobachtung, als Grundvoraussetzung, dass der Feldforscher, in diesem Fall der Be-

obachter, eine vollkommene Integration im jeweiligen Forschungsfeld, gerade bei subkulturellen Milieus bzw. Parallelgesellschaften, besitzt und somit selbst zum Bestandteil des Forschungsfelds wird, also die Beobachtung aus der Innenperspektive heraus erfolgt und sich im Verlauf des Beobachtungszeitraums das Spektrum der Beobachtung immer weiter verengt (vgl. Flick 2005: 206f.; Friedrichs 1973: 288). Ein für die teilnehmende Beobachtung existierende Schwierigkeit besteht darin, den perfekten Ort und Zeitpunkt zu finden, an dem die für das Forschungsthema bedeutenden Szenarien sich ereignen (vgl. Flick 2005: 209). Ebenfalls schwierig ist bei der teilnehmenden Beobachtung auch die Herstellung des Feldzugangs, sodass der Feldforscher diesbezüglich sogenannte Schlüsselpersonen benötigt, wobei Flick (2005) die Inanspruchnahme solcher Schlüsselpersonen eher kritisch bzw. sogar als nachteilig bewertet (vgl. Flick 2005: 210). Das bei der teilnehmenden Beobachtung vorherrschende Prinzip ist das Erreichen der Innenperspektive, also des „going native“ im Rahmen der Feldforschung (vgl. Flick 2005: 210).

Bei der Feldforschung wurde die teilnehmende Beobachtung angewandt und an drei verschiedenen Orten durchgeführt, wozu das Medical Spa, die Praxis des Schönheitschirurgen und das ambulante Chirurgiezentrum gehörten, sodass 3 Beobachtungsprotokolle (n = 3) daraus entstanden sind (vgl. Tabelle 2). Diese 3 Beobachtungsprotokolle wurden unmittelbar nach der teilnehmenden Beobachtung der stattgefundenen Szenarien an dem jeweiligen Ort angefertigt. Dazu wurden die schriftlichen Aufzeichnungen im Rahmen von Feldnotizen, die sich in einer Kladde befanden, nach Abschluss der Beobachtung in einem Word-Dokument verschriftlicht. Die Erstellung eines solchen Beobachtungsprotokolls aus Feldnotizen, die handschriftlich per Kugelschreiber in die Kladde eingetragen worden sind, gestaltet sich dabei vollkommen unproblematisch, da sich alle relevanten Feldnotizen zu dem jeweiligen Ort der Beobachtung, mitsamt dem Datum und der dort verbrachten Zeit, in der Kladde befinden.

Tabelle 2: Beobachtungsprotokolle (n = 3) nach Ort der Beobachtung

Beobachtungsprotokoll (Beo.)	Ort
1	Medical Spa
2	Praxis Schönheitschirurg
3	Ambulantes Chirurgiezentrum

Quelle: eigene Darstellung.

5.5.3 Dokumentenanalyse

Bei der Dokumentenanalyse handelt es sich um textbasiertes Datenmaterial, wobei in diesem Datenmaterial bestimmte Szenarien niedergeschrieben bzw. protokolliert sind (vgl. Wolff 2010: 502). Dabei erscheinen Dokumente als ein Gesellschaftsarchiv, wobei die Dokumente eine Folge der Entstehung und Entwicklung des modernen Staats, also des „Government“ sind (vgl. Wolff 2010: 502). Die Besonderheit von Dokumenten besteht darin, dass diese eine gewisse Standardisierung aufweisen, in unterschiedlichen Erscheinungsformen vorliegen und oftmals nicht an die Allgemeinheit adressiert sind (vgl. Wolff 2010: 503). Bei den Dokumenten von staatlichen Institutionen ist zu bedenken, dass diese eine vollumfängliche Darstellung der Institution liefern, was deren Ziele, Aufgaben, Funktionen und Tätigkeitsbereiche betrifft (vgl. Wolff 2010: 503). Im Rahmen der Offline-Dokumentenanalyse wurden Zeitungsartikel, Zeitschriftenartikel, Flyer, Pressemitteilungen, Medizinguides, Statistiken und Veröffentlichungen von den Fachverbänden der plastischen Chirurgen und von den staatlichen Institutionen genutzt.

Zusätzlich zu der Dokumentenanalyse nach Wolff (2010), die eine Offline-Dokumentenanalyse ist, wurde auch eine Online-Dokumentenanalyse nach Gnambs/Batinic (2011) durchgeführt. Die qualitative Online-Forschung ist eine Folge der Digitalisierung der Gesellschaft (vgl. Gnambs/Batinic 2011: 400). Zudem lassen sich mithilfe der qualitativen Online-Forschung, die zumeist weniger zeit- und kostenintensiv ist als die tradierte Feldforschung, also die sogenannte Offline-Forschung, auch subkulturelle Milieus und damit einhergehende Themengebiete jenseits des Mainstreams erschließen (vgl. Gnambs/Batinic 2011: 400f.). Bei der qualitativen Online-Forschung handelt es sich um die Gewinnung von Datenmaterial im Internet, also um die räumliche und zeitliche Verlagerung der Feldforschung ins Internet, wozu für die Datenerhebung die qualitativen Forschungsmethoden angewandt werden (vgl. Gnambs/Batinic 2011: 387). Allerdings ist bei der Datenerhebung im Internet zu berücksichtigen, dass die qualitativen Forschungsmethoden, wie die Dokumentenanalyse, einer etwaigen Modifizierung bedürfen, da diese ansonsten nicht mit den Gegebenheiten des Internets bzw. für die dortige Feldforschung kompatibel sind (vgl. Gnambs/Batinic 2011: 387). Dabei konzentriert sich diese Form der Datenerhebung auf Homepages, wobei als Dokumente entweder der Inhalt der jeweiligen Homepage oder die auf der Homepage befindlichen Dokumente für die Datenauswertung relevant sind (vgl. Gnambs/Batinic 2011: 399). Die qualitative Online-Dokumentenanalyse war auf die Homepages der Schönheitschirurgen in Beverly Hills und auf weitere Stakeholder der globalen Bewirtschaftung des Körpers mittels Ethnochirurgien ausgerichtet. So gibt es spezielle Webseiten von Anbietern des Medizintourismus und bestimmte Bereiche auf den Homepages

der Schönheitschirurgen und deren Fachverbänden, die sich mit dieser Thematik der globalen Körperbewirtschaftungspraxis auseinandersetzen, sodass dementsprechende Dokumente auf diesen Webseiten vorhanden sind. Des Weiteren wurden bei der Online-Dokumentenanalyse die Online-Archive von Zeitungen und Zeitschriften genutzt, um dort nach entsprechenden Dokumenten bezüglich dieser Thematik zu suchen.

5.6 Datenauswertung: Computergestützte qualitative Datenanalyse

Die computergestützte qualitative Datenanalyse (CUQDAS) mit dem Softwareprogramm ATLAS.ti wurde angewandt, da die Vielfältigkeit und Masse an Datenmaterial, also die transkribierten Experteninterviews, die Beobachtungsprotokolle der teilnehmenden Beobachtung und die Materialien der Dokumentenanalyse, sich nur mittels eines solchen Softwareprogramms auswerten lässt (vgl. Friese 2006: 459; Muhr 1994: 317).⁹² Die Grundlage der computergestützten qualitativen Datenanalyse (CUQDAS) mit dem Softwareprogramm ATLAS.ti zur Datenauswertung ist somit ein mitunter gleichzeitig ablaufendes Drei-Phasen-Modell, wobei in der ersten Phase das „Bemerken (notice)“, in der zweiten Phase das „Sammeln (collect)“ und in der dritten Phase das „Nachdenken (thinking about)“ erfolgt (vgl. Friese 2006: 464ff.). Diesbezüglich stellen nach Muhr (1994) im Softwareprogramm ATLAS.ti die erste und zweite Phase die „textuelle Bearbeitungsebene“ dar, während es sich bei der dritten Phase um die „konzeptuelle Bearbeitungsebene“ handelt (vgl. Muhr 1994: 319). Dabei dient dieses Drei-Phasen-Modell der Textinterpretation dazu, dass aus dem ursprünglichen Text letztlich ein vollkommen neuer Text entsteht (vgl. Muhr 1994: 318f.). Von besonderer Bedeutung ist dabei vor allem die Herstellung von Beziehungsmustern zwischen den Codes bzw. die Herausbildung eines Netzwerks von Codes (vgl. Muhr 1994: 319)

In der ersten Phase der computergestützten qualitativen Datenanalyse (CUQDAS), also dem „Bemerken (notice)“, erfolgt die Beschäftigung mit dem textbasierten, auditiven, visuellen und audiovisuellen Datenmaterial, wobei die Hilfsmittel der Computertastatur und der Computermaus für das Erstellen von Bemerkungen und Kennzeichnungen dienen (vgl. Friese 2006: 465). Dabei ist zu beachten, dass die Softwareprogramme für dieses Datenmaterial wie ein digitales Archiv fungieren, in das der Import des jeweils vorhandenen, uncodierten Datenmateri-

⁹² Im Englischsprachigen bezeichnet man diese Softwareprogramme mit dem Begriff Computer-Assisted Qualitative Data Analysis Software (CAQDAS) (vgl. Herkommer 2012: 9).

als erfolgt, wobei das textbasierte Datenmaterial, anders als das weitere Datenmaterial in anderen Dateiformaten, teilweise erst mittels entsprechender Softwareprogramme für die Textverarbeitung generiert wird (vgl. Friese 2006: 465; Friese 2012: 79-88).

In der zweiten Phase der computergestützten qualitativen Datenanalyse (CUQDAS) erfolgt das „Sammeln (collect)“, was das Codieren des Datenmaterials umfasst, in dem entsprechende Datensegmente mit demselben Inhalt bzw. Thema ein entsprechendes Codewort zugewiesen wird bzw. an diese Datensegmente ein entsprechendes Codewort vergeben wird (vgl. Friese 2006: 465f.). Für die Vergabe eines solchen Codeworts wird die Computermaus eingesetzt, indem das entsprechend zu codierende Datensegment ausgewählt wird und dieses Codewort neben dem jeweiligen Datensegment erscheint (vgl. Friese 2006: 466). Dies wird von Muhr (1994) als sogenanntes „On-Screen-Kodieren“ bezeichnet, wobei ATLAS.ti auch die Funktion für das „automatische Kodieren“ enthält (vgl. Muhr 1994: 321f.). Zusätzlich besteht bei dem Softwareprogramm ATLAS.ti die Möglichkeit, dass nicht nur ein Codewort dem jeweiligen Datensegment zugewiesen wird, sondern auch weitere Codeworte, die sich allesamt am Seitenrand des entsprechenden Datensegments befinden (vgl. Friese 2006: 466). Den Abschluss des Codierens stellt die Herausbildung eines Kategoriensystems dar (vgl. Friese 2006: 466). In dieser zweiten Phase werden auch die Vorteile der Softwareprogramme bei der computergestützten qualitativen Datenanalyse (CUQDAS), gerade im Hinblick auf deren Funktionen, deutlich (vgl. Friese 2006: 466). Diesbezüglich betont Friese (2006), dass „[...] Modifikationen einfacher durchzuführen sind. Notizen und erste Interpretationen können Datensegmenten und Codes direkt elektronisch hinzugefügt werden und über Such- und Abfragefunktionen auch schnell wiedergefunden werden.“ (Friese 2006: 466)

In der dritten Phase, dem „Nachdenken (thinking about)“, erfolgt eine intensive Beschäftigung mit dem Datenmaterial, insbesondere mit den Datensegmenten, um die sich darin enthaltenen Verknüpfungen bzw. Verbindungen herauszufinden (vgl. Friese 2006: 466).⁹³ Mithilfe der Datensegmente, die aus dem Datenschwungel des ursprünglichen Datenmaterials herausgelöst sind, lassen sich solche Verknüpfungen bzw. Verbindungen erschließen, in dem die Datensegmente verglichen werden, wozu die entsprechende Suche nach Kombination von Codes durchgeführt wird (vgl. Friese 2006: 466). Diese Vorgehensweise führt dazu, dass weitere im Datenmaterial befindliche Verbindungen bzw. Verknüpfungen zum Vorschein kommen, die existierenden Codes zur Disposition gestellt werden, was die Löschung von Codes, deren Neubenennung oder die Modifikation des Codenamens zur Folge haben kann und der

⁹³ Im Rahmen dieser dritten Phase besteht die Möglichkeit, im Sinne der Grounded Theory und dem darin beinhalteten „theoretischen Sampling“, sofern neue Aspekte auftreten, dass die Suche nach weiterem Datenmaterial mitsamt entsprechender Datenauswertung erfolgt (vgl. Muhr 1994: 319).

Neustart des Drei-Phasen-Modells der computergestützten qualitativen Datenanalyse (CUQDAS) erfolgt (vgl. Friese 2006: 466). Diesbezüglich verfügen die Softwareprogramme über entsprechende Funktionen für die Suche, wobei es sich um „Boolesche Operatoren“, „Nährungsoperatoren“ und „semantische Operatoren“ handelt (vgl. Friese 2006: 466f.).

6. Los Angeles County – ein Mekka der Ethnochirurgie im „globalen Norden“

6.1 Beverly Hills: Das globale Mekka für Ethnochirurgien

6.1.1 Die medizinische Infrastruktur

Im Laufe der letzten Jahrzehnte hat sich Los Angeles County weltweit, neben einem beliebten touristischen Reiseziel, auch zu einem medizinischen Reiseziel entwickelt.⁹⁴ So reisen Men-

⁹⁴ In Los Angeles County lebten schätzungsweise ca. 10,117 Millionen Menschen im Jahr 2014, von denen 22,8 Prozent zur Ethnie der Kaukasier, 48,4 Prozent zur Ethnie der Latinos/Hispanics, 9,2 Prozent zur Ethnie der Afrikaner, 14,8 Prozent zur Ethnie der Asiaten und 4,8 Prozent zu den sonstigen Ethnien zählten (vgl. U.S. Census Bureau 2015b: o.S.). Damit gehörten 77,2 Prozent der Bevölkerung zu den nicht-kaukasischen Ethnien im Jahr 2014 (vgl. U.S. Census Bureau 2015b: o.S.; eigene Berechnung). Dieses Bevölkerungsverhältnis bezüglich der ethnischen Zusammensetzung, also zwischen Nicht-Kaukasiern und Kaukasiern, wird als „Majority-Minority“ bezeichnet, wobei aufgrund der ethnischen Zusammensetzung der Bevölkerung in der wissenschaftlichen Literatur über Los Angeles County von einem „Melting Pot“ gesprochen wird, was jedoch bezogen auf Los Angeles County, kaum zutreffend ist, wenn man die sozialräumliche Verteilung der Bevölkerung nach Ethnien betrachtet und anstatt einer Vermischung der Ethnien, vielmehr eine hochgradige sozialräumliche Segregation, also ein Mosaik aus Enklaven ethnisch homogener Bevölkerungsgruppen, besteht (vgl. Frey 2006: 19ff.; Frey 2015: o.S.; Halle/Gedon/Beveridge 2003: 150-186; Kurashige 2010: 56-69; Lewthwaite 2010: 44-47; Mather/Pollard/Jacobsen 2011: 8). Nichtsdestotrotz wird dieses Image vom „Melting Pot“ zu Vermarktungszwecken im Tourismus und durch Schönheitschirurgen genutzt. Im Jahr 2014 reisten insgesamt 6,520 Millionen internationale Touristen nach Los Angeles, wodurch Einnahmen in Höhe von 6,440 Milliarden US-Dollar generiert worden sind (vgl. Los Angeles Tourism & Convention Board 2015: 2f.). Damit wurde im Durchschnitt pro internationalem Tourist ca. 988 US-Dollar im Jahr 2014 eingenommen (vgl. Los Angeles Tourism & Convention Board 2015: 2f.; eigene Berechnung). Die meisten internationalen Touristen im Jahr 2014 kamen mit 1,732 Millionen Touristen aus Mexiko, 0,739 Millionen Touristen aus Kanada, 0,686 Millionen Touristen aus China, 0,401 Millionen Touristen aus Australien, 0,328 Millionen Touristen aus Großbritannien, 0,310 Millionen Touristen aus Japan, 0,281 Millionen Touristen aus Frankreich, 0,254 Millionen Touristen aus Südkorea, 0,234 Millionen Touristen aus Deutschland und 0,128 Millionen Touristen aus Brasilien (vgl. Los Angeles Tourism & Convention Board 2015: 3). Somit kamen im Jahr 2014 aus diesen aufgeführten Nationalstaaten insgesamt 5,093 Millionen internationale Touristen (vgl. Los Angeles Tourism & Convention Board 2015: 3; eigene Berechnung). Die restlichen 1,427 Millionen internationalen Touristen im Jahr 2014 verteilten sich auf die übrigen Nationalstaaten (vgl. Los Angeles Tourism & Convention Board 2015: 3; eigene Berechnung). Ein entscheidender Grund, warum aus den genannten Nationalstaaten die meisten internationalen Touristen nach Los Angeles County reisten, ist begründet durch die Tatsache, dass die USA im Jahr 2009 unter der Präsidentschaft von Barack Obama den sogenannten „Travel Promotion Act“ erlassen haben, wodurch eine Tourismuskampagne als Public-private-Partnership zum Zwecke der Internationalisierung der Vermarktung des Reiselandes USA und der Interessenaggregation der Stakeholder der Reiseindustrie bzw. der Tourismuswirtschaft unter dem Namen „Brand USA“ initiiert worden ist, deren Fokus sich seit dem Jahr 2011 auf diese Nationalstaaten konzentriert (vgl. Brand USA 2013: 1-8; Platzer 2014: 12; U.S. Department of Commerce 2010: o.S.). Dazu schreibt Platzer (2014):

„In 2010, the Travel Promotion Act (TPA) launched a public-private partnership known as Brand USA to assist in financing an international advertising campaign for the United States as a travel destination. The effort is funded through a \$10 fee added to the automated Electronic System Travel Authorization (ESTA) application assessed on each visitor from one of 38 countries, whose nationals may enter the United States without visas under the Visa Waiver Program (VWP).“ (Platzer 2014: 12)

schen aus aller Welt nach Los Angeles County, um sich bei einem der Schönheits- und Gesichtschirurgen einer Schönheitsoperation zu unterziehen.⁹⁵ Ein entscheidender Grund, warum sich Los Angeles County bei internationalen, wie auch bei nationalen Patienten, als ein Mekka für Schönheitschirurgien und Ethnochirurgien etabliert hat, ist, dass es im Vergleich zu anderen Regionen und Städten in der Welt eine überproportional hohe räumliche Konzentration von Schönheits- und Gesichtschirurgen mitsamt der dafür notwendigen medizinischen Infrastruktur wie Chirurgiezentren, Aftercare-Einrichtungen sowie eine touristische Infrastruktur wie Hotels und Flughäfen aufweist.⁹⁶

In Los Angeles County, zu dessen Gebiet 88 Städte gehören, gab es 194 Schönheitschirurgen, 58 Gesichtschirurgen, 350 Dermatologen, 5 Aftercare-Einrichtungen und 162 ambulante Chirurgiezentren im Jahr 2015 (vgl. Accreditation Association for Ambulatory Health Care 2015: o.S.; American Academy of Dermatology 2015: o.S.; American Academy of Facial Plastic and Reconstructive Surgery 2015: o.S.; American Society of Plastic Surgeons 2015a: o.S.; Cosmedtique Post-Op Care o.J.a: o.S.; Cosmedtique Post-Op Care o.J.b: o.S.; County of Los Angeles 2012: 1f.; Gibbons 2014: 54; Majestic Recovery 2008b: o.S.; Pearl Recovery Retreat 2015: 12; Pike 2014: o.S.; Serenity After Care 2009c: o.S.; Serenity After Care 2009d: o.S.; Stovall 2012: 30; Trinity Aftercare 2013a: o.S.).⁹⁷ Damit gab es im Durchschnitt im Jahr

Neben dieser Marketingkampagne sind auch vereinfachte Einreisebestimmungen für Bürger aus bestimmten Nationalstaaten zu berücksichtigen, sodass Bürger aus diesen Nationalstaaten wesentlich schneller und unkomplizierter in die USA reisen können, wie beispielsweise die seit dem 12. November 2014 veränderten Bestimmungen bei der Vergabepaxis von Visa an Bürger aus der Volksrepublik China belegen (vgl. Spiegel Online 2014: o.S.).

⁹⁵ Zur Erstellung des Abbilds der medizinischen Infrastruktur für die Körperbewirtschaftung durch Ethnochirurgie in Los Angeles County wurden die Daten der Accreditation Association for Ambulatory Health Care für die ambulanten Chirurgiezentren, der American Academy of Dermatology für die Dermatologen, der American Academy of Facial Plastic and Reconstructive Surgery für die Gesichtschirurgen und der American Society of Plastic Surgeons für die Schönheitschirurgen genutzt. Zusätzlich wurden für die Generierung dieses Abbilds der dortigen medizinischen Infrastruktur die Webseiten und Broschüren der Aftercare-Einrichtungen „Cosmedtique Post-Op Care“, „Majestic Recovery“, „Pearl Recovery Retreat“, „Serenity After Care“ und „Trinity Aftercare“ sowie sonstige Veröffentlichungen, wie Artikel, zu diesen Aftercare-Einrichtungen verwendet.

⁹⁶ Die touristische Infrastruktur für Los Angeles County umfasste im Jahr 2014 für den kommerziellen Flugbetrieb den Flughafen Los Angeles International Airport mit ca. 70,662 Millionen Passagieren, auf den der Großteil der Fluggäste an kommerziellen Flughäfen entfiel (vgl. Los Angeles Tourism & Convention Board 2015: 4). Hinzu kamen im Jahr 2014 noch der Bob Hope Airport mit ca. 3,861 Millionen Passagieren, der Long Beach Airport mit ca. 2,824 Millionen Passagieren und der L.A./Ontario International Airport mit ca. 4,127 Millionen Passagieren sowie für den privaten Flugbetrieb u.a. der Van Nuys Airport und der Santa Monica Airport (vgl. CBS Los Angeles 2014: o.S.; Los Angeles Tourism & Convention Board 2015: 4; Los Angeles World Airports 2016: o.S.; Santa Monica Municipal Airport 2016: o.S.). Ebenso gab es im Jahr 2014 in Los Angeles County 993 Beherbergungsstätten mit insgesamt 97.895 Zimmern (vgl. Los Angeles Tourism & Convention Board 2015: 4). Damit verfügt jede Beherbergungsstätte über durchschnittlich ca. 99 Zimmer (vgl. Los Angeles Tourism & Convention Board 2015: 4; eigene Berechnung). Diese in Los Angeles County existierende touristische Infrastruktur ist für die Schönheitschirurgie eine Grundvoraussetzung für das Geschäft mit internationalen Patienten.

⁹⁷ Insgesamt waren im Zeitraum zwischen dem Jahr 2013 und 2014 in Los Angeles County 29.120 Mediziner ansässig (vgl. Medical Board of California 2014: i). Im Jahr 2014 praktizierten in Kalifornien 1.939 Dermatologen, 1.600 Gesichtschirurgen bzw. Hals-Nasen-Ohren-Ärzte, 5.802 Anästhesisten und 952 Plastische Chirurgen (vgl. Elsevier/American Board of Medical Specialties 2015: 12). Dabei ist anzumerken, dass einige der Schönheits- und Gesichtschirurgen sowie der Dermatologen an mehreren Standorten innerhalb von Los Angeles County praktizierten (vgl. American Academy of Dermatology 2015: o.S.; American Academy of Facial Plastic and Reconstructive Surgery 2015: o.S.; American Society of Plastic Surgeons 2015a: o.S.).

2015 pro Stadt in Los Angeles County ca. 2 Schönheitschirurgen, ca. 1 Gesichtschirurgen, ca. 4 Dermatologen und ca. 2 ambulante Chirurgiezentren, jedoch keine Aftercare-Einrichtung (vgl. Accreditation Association for Ambulatory Health Care 2015: o.S.; American Academy of Dermatology 2015: o.S.; American Academy of Facial Plastic and Reconstructive Surgery 2015: o.S.; American Society of Plastic Surgeons 2015a: o.S.; Cosmedtique Post-Op Care o.J.a: o.S.; Cosmedtique Post-Op Care o.J.b: o.S.; County of Los Angeles 2012: 1f.; Gibbons 2014: 54; Majestic Recovery 2008b: o.S.; Pearl Recovery Retreat 2015: 12; Pike 2014: o.S.; Serenity After Care 2009c: o.S.; Serenity After Care 2009d: o.S.; Stovall 2012: 30; Trinity Aftercare 2013a: o.S.; eigene Berechnung). Allerdings war für das Jahr 2015 im Hinblick auf die räumliche Verteilung der Anbieter von Ethnochirurgien auffällig, dass sich diese äußert ungleich über das Gebiet von Los Angeles County verteilen und eine Konzentration vor allem in Beverly Hills festzustellen ist (vgl. Accreditation Association for Ambulatory Health Care 2015: o.S.; American Academy of Dermatology 2015: o.S.; American Academy of Facial Plastic and Reconstructive Surgery 2015: o.S.; American Society of Plastic Surgeons 2015a: o.S.; Cosmedtique Post-Op Care o.J.a: o.S.; Cosmedtique Post-Op Care o.J.b: o.S.; County of Los Angeles 2012: 1f.; Gibbons 2014: 54; Majestic Recovery 2008b: o.S.; Pearl Recovery Retreat 2015: 12; Pike 2014: o.S.; Serenity After Care 2009c: o.S.; Serenity After Care 2009d: o.S.; Stovall 2012: 30; Trinity Aftercare 2013a: o.S.). Darauf verweist auch Baum (2014), wenn dieser konstatiert, dass sich das eigentliche Mekka der Körperbewirtschaftung mittels Schönheitsoperationen in Beverly Hills befindet (vgl. Baum 2014: o.S.).⁹⁸

Die Tradition von Beverly Hills als Mekka für Schönheitsoperationen führt Baum (2014) auf die Schönheitschirurgien bei Marilyn Monroe ab Mitte des 20. Jahrhunderts zurück (vgl. Baum 2014: o.S.). So praktizierten im Jahr 2015 in Beverly Hills 84 Schönheitschirurgen, 29 Gesichtschirurgen und 50 Dermatologen (vgl. American Academy of Dermatology 2015: o.S.; American Academy of Facial Plastic and Reconstructive Surgery 2015: o.S.; American Society of Plastic Surgeons 2015a: o.S.).⁹⁹ Außerdem gab es im Jahr 2015 allein in Beverly

⁹⁸ Charakteristisch für die nur 34.109 Einwohner zählende Stadt Beverly Hills im Jahr 2010 war, neben der überproportionalen Konzentration von Anbietern von Schönheitsoperationen, vor allem die Tatsache, dass sich die dortige ethnische Bevölkerungszusammensetzung vollkommen von der ethnischen Bevölkerungszusammensetzung in Los Angeles County unterschied (vgl. U.S. Census Bureau 2015a: o.S.; U.S. Census Bureau 2015b: o.S.). So gehörten im Jahr 2010 in der Stadt Beverly Hills 78,2 Prozent der Bevölkerung zur Ethnie der Kaukasier, 5,7 Prozent der Bevölkerung zur Ethnie der Hispanics und Latinos, 8,9 Prozent der Bevölkerung zur Ethnie der Asiaten, 2,2 Prozent der Bevölkerung zur Ethnie der Afrikaner und 5 Prozent der Bevölkerung zu den sonstigen Ethnien (vgl. U.S. Census Bureau 2015a: o.S.; eigene Berechnung). Damit gehörten im Jahr 2010 nur 21,8 Prozent der Bevölkerung zu den nicht-kaukasischen Ethnien und 78,2 Prozent der Bevölkerung zur kaukasischen Ethnie, sodass der multikulturelle Charakter von Los Angeles County dort nur rudimentär ausgeprägt war (vgl. U.S. Census Bureau 2015a: o.S.; eigene Berechnung). Dementsprechend kann für die Stadt Beverly Hills nicht von einem „Melting Pot“ sowie einem „Majority-Minority Verhältnis“ zwischen Kaukasiern und Nicht-Kaukasiern bezüglich der ethnischen Zusammensetzung der Bevölkerung gesprochen werden.

⁹⁹ Bei den insgesamt 84 Schönheitschirurgen, die in Beverly Hills im Jahr 2015 praktizierten, handelt es sich um 77 Männer und 7 Frauen (American Society of Plastic Surgeons 2015a: o.S.; eigene Berechnung). Die geringe

Hills 28 ambulante Chirurgiezentren, jedoch keine Aftercare-Einrichtung (vgl. Accreditation Association for Ambulatory Health Care 2015: o.S.; Cosmedtique Post-Op Care o.J.a: o.S.; Cosmedtique Post-Op Care o.J.b: o.S.; Gibbons 2014: 54; Majestic Recovery 2008b: o.S.; Pearl Recovery Retreat 2015: 12; Pike 2014: o.S.; Serenity After Care 2009c: o.S.; Serenity After Care 2009d: o.S.; Stovall 2012: 30; Trinity Aftercare 2013a: o.S.).¹⁰⁰

Bezogen auf Beverly Hills ist zu berücksichtigen, dass im Jahr 2015 sich die räumliche Konzentration von Anbietern von Schönheitsoperationen vor allem auf bestimmte Gebäude bzw. „Medical Buildings“ innerhalb des Stadtgebietes von Beverly Hills beschränkt, u.a. 120 South Spalding Drive, 416 North Bedford Drive, 436 North Bedford Drive, 201 South Lasky Drive, 414 North Camden Drive, 433 North Camden Drive, 421 North Rodeo Drive, 435 North Roxbury Drive, 436 North Roxbury Drive, 465 North Roxbury Drive, 9400 Brighton Way, 9675 Brighton Way, 8920 Wilshire Boulevard, 9033 Wilshire Boulevard, 9301 Wilshire Boulevard, 9735 Wilshire Boulevard (vgl. Accreditation Association for Ambulatory Health Care 2015: o.S.; American Academy of Dermatology 2015: o.S.; American Academy of Facial Plastic and Reconstructive Surgery 2015: o.S.; American Society of Plastic Surgeons 2015a: o.S.;

Anzahl an weiblichen Schönheitschirurgen in Beverly Hills macht deutlich, dass der Beruf des Schönheitschirurgen eine männliche Domäne ist. Die Gründe hierfür sind auf das Ausbildungsprogramm zurückzuführen, was es zu durchlaufen gilt, um als Schönheitschirurg mit entsprechender Facharztausbildung zu praktizieren (vgl. Kuczynski 1998: o.S.). In den USA gab es 70 Universitäten im Studienjahr 2015/2016, die an den medizinischen Fakultäten die Weiterbildung zum Facharzt für plastische Chirurgie angeboten haben (vgl. Accreditation Council for Graduate Medical Education 2015b: 1-11). Die Weiterbildung zum Facharzt für plastische Chirurgie erfolgt in den USA entweder im Rahmen eines sogenannten Integrated Residency Program über 6 Jahre oder eines Independent Residency Program über 3 Jahre an der jeweiligen medizinischen Fakultät der Universität (vgl. The American Board of Plastic Surgery, Inc. 2014: 22ff.; Walden/Phillips 2010: 271). Das Integrated Residency Program wird dabei sofort im Anschluss an das Medizinstudium begonnen, während das Independent Residency Program direkt im Anschluss zumeist nach Abschluss eines fünfjährigen Facharztstudiums für Allgemeinchirurgie aufgenommen wird (vgl. The American Board of Plastic Surgery, Inc. 2014: 22f.; Walden/Phillips 2010: 271f.). Die Voraussetzungen für das universitäre Medizin- und Facharztstudium in den USA sind äußerst restriktiv sowie zeit- und kostenintensiv, da vor dem Beginn des Medizinstudiums, welches sich über 4 Jahre erstreckt, zuvor ein Bachelorstudium an einem College oder einer Universität erfolgreich absolviert werden muss, sodass erst nach dem Abschluss dieser beiden Studiengänge das Facharztstudium zum plastischen Chirurgen aufgenommen werden kann oder zunächst ein weiteres Facharztstudium absolviert wird, bevor das Facharztstudium der plastischen Chirurgie begonnen wird (vgl. Brückner 2004: 11-20; Schmitt-Sausen 2012: 10; Walden/Phillips 2010: 271f.). Dieses Ausbildungsprogramm scheint unvereinbar mit einer weiblichen Normalbiographie zu sein (vgl. Kuczynski 1998: o.S.). Im Hinblick auf das Geschlecht des Schönheitschirurgen ergeben sich mitunter auch Unterschiede in Bezug auf die Arzt-Patient-Beziehung und im Hinblick auf das etwaige Verständnis von Schönheit sowie auf das jeweils anzustrebende Ergebnis einer Schönheitsoperation (vgl. Kuczynski 1998: o.S.; Singer 2006b: o.S.). Allerdings helfen die Medizinproduktehersteller, wie „Allergan“ mit dem „Rising Star Program“, denjenigen Schönheitschirurgen, die sich nach der medizinischen Facharztausbildung selbstständig machen möchten, u.a. durch Sonderkonditionen für das Portfolio des Medizinprodukteherstellers und durch weitere Serviceleistungen im Rahmen von „Allergan One“, wozu u.a. Weiterbildungen und das Kundenbindungsprogramm „Brilliant Distinctions“ gehören (vgl. Allergan 2018: 1ff.).

¹⁰⁰ Die einzige in Beverly Hills ansässige Aftercare-Einrichtung, „Beverly Hills Surgical Aftercare“, hat ihren Betrieb eingestellt, was sich während der Feldforschung herausgestellt hat, obwohl diese Aftercare-Einrichtung nach wie vor in Zeitschriftenartikeln über Aftercare-Einrichtungen, wie bei Pike (2014) genannt wird (vgl. Pike 2014: o.S.).

City of Beverly Hills - Information Technology - GIS 2012: 1). Dass sich die Praxen der Körperbewirtschaftungsexperten nur auf wenige Straßen in Beverly Hills verteilen, wird auch bei Baum (2014) dargelegt (vgl. Baum 2014: o.S.).

6.1.2 Die Geschichte des „Körperkults“

Charakteristisch für Los Angeles County als Mekka der Ethnochirurgie ist jedoch nicht nur die hohe räumliche Konzentration von Schönheitschirurgen mitsamt den entsprechenden infrastrukturellen Einrichtungen, sondern auch die Tatsache, dass sich in Los Angeles County ein Lebensstil entwickelt hat, der auf die fortwährende Perfektionierung und Optimierung des Körpers abzielt (vgl. Biel 1997: 62, 64f.). Ein solcher Lebensstil, der durch die Babyboomer eine gesamtgesellschaftliche Demokratisierung erfahren hat und geschlechterunabhängig auch aufgrund des Kosten-Nutzen-Verhältnis von Schönheitsoperationen im Gegensatz zu den sonstigen Körperbewirtschaftungspraxen wie Diät, Fitness, Sport angewandt wird, beinhaltet zugleich einen normierenden „Körperkult“ und eine „Ästhetisierung der Lebenswelt“ (vgl. Biel 1997: 62, 64f.). Man spricht in diesem Zusammenhang auch von einer „Makeover Culture“ im Sinne von Jones, M. (2008).¹⁰¹ In der dortigen „Makeover Culture“ richtet sich der Kampf vor allem gegen den alternden Körper (vgl. Singer 2007: o.S.).

Als konstituierende Bestandteile, die wesentlich zur Entstehung und Entwicklung dieser „Makeover Culture“ in Los Angeles County sowie zu deren Implementierung in die Alltags- und Lebenswelt beigetragen haben, gehören die Kommerzialisierung der Fitnesskultur, die „Celebrity Culture“ und Hollywood, die „Versportlichung der Gesellschaft“, das Männermagazin „Playboy“ und die Pornografie sowie die Errichtung einer medizinischen Infrastruktur, wie u.a. den Arbeiten von Altman (2010), Cashmore (2006), Lewandowski (2012), Matzer Rose (2001), Sloane (2010), Steffen (2014), Stern (2008) und Watts (2009) zu entnehmen ist.

Die Kommerzialisierung der Fitness- und Bodybuildingkultur mitsamt den jeweiligen Örtlichkeiten Gym und Health Club, in denen jeweils unterschiedliche Kultfiguren und Sozialcharaktere zu finden sind, erfolgt zwischen den Jahren 1940 und 1965 in Los Angeles County (vgl. Dilger 2008: 167-170; Harvey 1986: o.S.; Kirsch 1999: o.S.; Matzer Rose 2001: 9-32, 121-132). Bevor die Verhäuslichung der Bodybuilding- und Fitnesskultur erfolgte, trainierten

¹⁰¹ Der Begriff der „Makeover Culture“ von Jones, M. (2008) beschreibt einen „Körperkult“, bei dem die unterschiedlichsten „Technologien des Selbst“ von den Individuen angewandt werden und die jeweiligen Körperexperten entsprechend deren Kompetenzbereich an den individuellen „Körperprojekten“ beteiligt sind, um das äußere Erscheinungsbild bzw. die Selbstpräsentation in der Risikogesellschaft zu optimieren (vgl. Jones, M. 2008: 12). Damit wird der Körper zu einem „lebenslangen Projekt“, das jedoch trotz aller Umbau-, Renovierungs- und Wartungsmaßnahmen unvollendet bleibt (vgl. Jones, M. 2008: 12).

die Bodybuilder in dem Zeitraum der Jahre 1934 bis 1958 am legendären Muscle Beach in Santa Monica, der sich als globales Epizentrum der Kraftsportszene etabliert hat und die Fitness- und Bodybuildingunternehmer Vic Tanny und Joe Gold hervorgebracht hat (vgl. Dilger 2008: 167-170; Harvey 1986: o.S.; Kirsch 1999: o.S.; Matzer Rose 2001: 9-32, 121-132). Am Muscle Beach wurde in dieser Zeit das Körperleitbild des Adonis, u.a. verkörpert durch Steve (Hercules) Reeves und das weibliche Pendant, u.a. verkörpert durch Abbye (Pudgy) Stockton, der Moderne geschaffen, wozu die dort trainierenden Menschen ihren Körper wie ein Steinmetz bearbeiteten, um eine lebende Skulptur in Anlehnung antiker Körperdarstellungen zu erschaffen, deren Bilder sich weltweit medial verbreitet haben, sodass Anhänger dieser „Körperkultur“ bzw. „Körperkunst“ aus aller Welt hierher migriert sind (vgl. Dilger 2008: 167-170; Harvey 1986: o.S.; Kirsch 1999: o.S.; Matzer Rose 2001: 9-32, 121-132). Interessant ist dabei, dass der Muscle Beach nicht als Mekka des Kraftsports, gerade des Bodybuildings konzipiert wurde, sondern eher als ein staatliches Workout begann (vgl. Harvey 1986: o.S.).

In Santa Monica eröffnet Vic Tanny im Jahr 1940 ein für beide Geschlechter geeignetes luxuriöses Fitnessstudio mit Wellness-Bereich, dem Health Club, der sich ganz bewusst von dem klassischen Image und dem teilweise puritanischen Ausstattungsgrad der sonstigen Fitnessstudios und Gyms abgrenzt, die fast ausschließlich Männer als Zielgruppe hatten (vgl. Matzer Rose 2001: 70; Stern 2008: 10f.). Der von Vic Tanny erschaffene Health Club, also dessen Konzeption eines Fitnessstudios, sorgte letztendlich für die Massenkompabilität der Fitnesskultur, sodass nun auch explizit Frauen angesprochen wurden und diese begannen, ihre Körper zu trainieren (vgl. Matzer Rose 2001: 70; Stern 2008: 10f.). Die von Vic Tanny entwickelte Konzeption des Health Clubs besteht noch heute fort, da diese die Grundlage für die heutigen Luxusfitnessstudios in den USA bildet (vgl. Matzer Rose 2001: 70; Stern 2008: 10f.). Ein dem Health Club gegenüberstehendes Konzept entwickelte Joe Gold, mit dem Gym (vgl. Matzer Rose 2001: 137). Im Jahr 1965 eröffnete Joe Gold in Venice sein „Gold Gym“, das sich vollkommen auf die Bedürfnisse der zumeist männlichen und wenigen weiblichen Kraftsportler, also der Bodybuilder, ausgerichtet hat, was den Ausstattungsgrad und das Ambiente betrifft (vgl. Matzer Rose 2001: 137). Das Gym von Joe Gold erscheint dabei als eine Indoor Variante des Muscle Beach und dadurch konnte das Bodybuilding massenkompabil werden, in dem der Outdoor Geist des Muscle Beach verhäuslicht wurde (vgl. Matzer Rose 2001: 137).

Vic Tanny als auch Joe Gold gelten beide als Wegbereiter der amerikanischen Fitness- und Bodybuildingkultur und sind neben Celebrities und Hollywoodstars, die in Werbekampagnen für Fitness und Bodybuilding auftraten, wie z.B. Jane Fonda für die Popularisierung von Aerobic, maßgeblich daran beteiligt, dass diese beiden „Technologien des Selbst“ seit den

1970er Jahren eine geschlechter-, alters- und ethnienübergreifende Massenkompabilität besitzen, wodurch sich neue Körperleitbilder etabliert haben, der disziplinierte, normierte Körper den Normalzustand darstellt und das Empowerment der Frau gefördert wurde (vgl. Dilger 2008: 200; Stern 2008: 5-10).¹⁰² Diese Massenkompabilität erfolgte vor allem dadurch, dass Vic Tanny in den 1950er und 1960er Jahren landesweit sowie Joe Gold in den 1970er und 1980er Jahren landes- und weltweit jeweils neue Fitness- und Bodybuildingstudios unter den Namen eröffnet haben (vgl. Stern 2008: 10). Außerdem wurde von Joe Gold der Name „Gold’s Gym“ und „World Gym“ zum Vertrieb von Merchandising Produkten, wie Nahrungsergänzungsmitteln und Bekleidung, benutzt (vgl. Matzer Rose 2001: 139; Stern 2008: 25). In den 1970er Jahren erfolgte eine Binnendifferenzierung der Fitnessstudios, also der Health Clubs, in Country Clubs und Storefront Center mit den jeweiligen charakteristischen Eigenschaften (vgl. Stern 2008: 19f.). Die Country Clubs verlangen hohe monatliche Beiträge von ihren Mitgliedern, die zumeist der gesellschaftlichen „Oberschicht“ angehören und ihre Körper in luxuriöser Atmosphäre trainieren (vgl. Stern 2008: 19). In den Storefront Centern trainieren die Angehörigen der „Mittelschicht“ und „Unterschicht“, die einen niedrigen Monatsbeitrag bezahlen und dafür in funktional ausgestatteter Umgebung die Arbeit am Körper vollführen (vgl. Stern 2008: 20). Diese Kommerzialisierung der Fitness- und Bodybuildingkultur, ausgehend von Los Angeles County, hat dafür gesorgt, dass sich das kalifornische Körperleitbild landes- und weltweit als das Idealbild des Körpers verbreiten konnte und die Menschen durch Gebrauch der unterschiedlichsten „Technologien des Selbst“ versuchen, dieses Idealbild des Körpers zu erreichen (vgl. Stern 2008: 5f.).

Die Kommerzialisierung der Fitnesskultur wird auch durch bestimmte Kampagnen von Regierungen im Zuge von Public Health verstärkt, in dem man der Bevölkerung erklärt, dass Fitness und gesunde Ernährung als eine Präventionsmaßnahme gegen bestimmte Krankheiten dienen (vgl. Stern 2008: 2f.). Hierbei soll eine gesundheitsbewusste Lebensführung bei den Individuen eingeleitet werden (vgl. Stern 2008: 2f.). Für die Kommerzialisierung der Bodybuildingkultur lässt sich sagen, dass vor allem Arnold Schwarzenegger, der im „Gold’s Gym“ trainierte und dessen Talent von Joe Weider, ebenfalls ein Veteran des Muscle Beach, erkannt wurde, dazu beigetragen hat, dass Bodybuilding zu einem populärkulturellen Massenphänomen geworden ist und sich das Image des Bodybuildings innerhalb der Gesellschaft nachhaltig verändert hat (vgl. Matzer Rose 2001: 137f.; Schwarzenegger 1997: 24ff.).¹⁰³

¹⁰² Die innenarchitektonische Gestaltung eines Fitnessstudios kann, wie Stern (2008) darlegt, als ein Panoptikum verstanden werden, sodass im Fitnessstudio das Foucaultsche Paradigma der Disziplinierung und Normierung des Körpers stattfindet (vgl. Stern 2008: 17).

¹⁰³ Dazu hat vor allem Arnold Schwarzeneggers Rolle in dem Film „Pumping Iron“, einem Filmklassiker des Bodybuildings, seine Bücher sowie dessen Präsenz in den amerikanischen Massenmedien und Marketingkampagnen für das Bodybuilding beigetragen (vgl. Matzer Rose 2001: 138; Schwarzenegger 1997: 24ff.).

Eine weiterer relevanter Bestandteil der „Makeover Culture“ ist seit den 1910er Jahren die Entstehung von Hollywood mit dessen Starsystem und der aufkommenden „Celebrity Culture“ (vgl. Altman 2010: 14; Cashmore 2006: 109; Prokop 1995: 35). Doch erst ab den 1930er Jahren im Zuge der Massengesellschaft haben die Hollywoodstars und die Celebrities entscheidenden Anteil daran, dass sich bestimmte geschlechterspezifische Schönheitsnormen innerhalb der Bevölkerung verbreitet haben und diesbezüglich der Konsum von Produkten zur „Körpermodellierung“ zugenommen hat (vgl. Altman 2010: 14; Cashmore 2006: 109; Prokop 1995: 35).¹⁰⁴ Zuerst waren dies vor allem Kosmetika und ab den 1950er Jahren vermehrt auch Schönheitsoperationen, wobei gerade die Medien mit deren wachsender Popularität und Verbreitung ab den 1950er Jahren das Konsumverhalten des Individuums beeinflussten (vgl. Altman 2010: 13). Bezüglich der Schönheitsoperation ist bei den Hollywoodstars und Celebrities anzumerken, dass die Studiobesitzer, Agenten und Manager vielfach zu Karriere Zwecken von diesen verlangt haben, dass diese sich einer Schönheitsoperation unterziehen, wie u.a. bei Merle Oberon, John Wayne, Hedy Lamarr, Rita Hayworth, Burt Lancaster, Marilyn Monroe (vgl. Cashmore 2006: 101-104; Schulz 2002: 221; Taschen 2008: 11). Letztlich hat Hollywood einen „Standardkörper“ generiert (vgl. Snead 2013: o.S.).

Der Grund, weshalb sich die Hollywoodstars und Celebrities für eine erfolgreiche Karriere gezwungenermaßen einer Schönheitsoperation unterziehen müssen, ist zusätzlich seit den 1920er Jahren dadurch bedingt, dass in der Medienproduktion der sogenannte „Close-up“ angewandt wird, wozu ein makellos perfekter Körper notwendig ist (vgl. Schulz 2002: 221; Taschen 2008: 11). Letztendlich wurde hierdurch das von Hollywood konzipierte Körperleitbild, das zugleich als ein Trademark fungiert, in seiner ganzen Vollkommenheit sichtbar. Fortan wurde keine Imperfektheit bei den Hollywoodstars und Celebrities mehr akzeptiert (vgl. Taschen 2008: 11). Schließlich gelten die Hollywoodstars und die Celebrities als „Botschafter“ des amerikanischen Schönheitsideals, sodass die amerikanischen Schönheitsideale in die unterschiedlichen Kulturräume transportiert wurden, die dortigen Rezipienten sich diese Kör-

¹⁰⁴ Cashmore (2006) spricht in diesem Zusammenhang von einem „[...] gold standard of beauty“ (Cashmore 2006: 109). Celebrities sind ein Produkt der Herausbildung der modernen Öffentlichkeit und den Massenmedien des 18. Jahrhunderts (vgl. Altman 2010: 12). Das Zeitalter der „Celebrity Culture“ beginnt in den 1980er Jahren (vgl. Cashmore 2006: 3). Die omnipräsente „Celebrity Culture“ beeinflusst die Handlungs- und Verhaltensweise von Individuen, wobei wiederum das Dasein als Celebrity, also die Halbwertszeit und dieser Status, in Abhängigkeit von dem Interesse der Medien und Rezipienten an deren Leben steht (vgl. Cashmore 2006: 6). Das oftmals temporär begrenzte Dasein als Celebrity ist bedingt durch deren Talentfreiheit im Gegensatz zu den Hollywoodstars (vgl. Cashmore 2006: 6).

perleitbilder als Vorbild nahmen und dadurch die globale hegemoniale Vormachtstellung amerikanischer Schönheitsideale manifestiert wurden (vgl. Peltzer 2012: 98).¹⁰⁵ In diesem Zusammenhang wird häufig auch das Rechtfertigungsnarrativ der Amerikanisierung im Diskurs des Kulturimperialismus gebraucht, obwohl es sich bei der Perfektionierung des eigenen Körpers und der Orientierung an amerikanischen Schönheitsidealen schlichtweg um eine „Selbst-Amerikanisierung“ handelt (vgl. Fluck 1999: 70; Fluck 2005: 223).¹⁰⁶ So ist zu konstatieren, dass das amerikanische Körperleitbild und die dazugehörigen Schönheitsideale eine globale Massenkompatibilität besitzen und zugleich den Handlungsimperativ zur Arbeit am Körper beinhalten.¹⁰⁷

In Bezug auf die Celebrities und Hollywoodstars ist noch anzumerken, dass sich das mediale Interesse ausschließlich auf deren äußeres Erscheinungsbild konzentriert, was darauf verweist, dass die Medien, wie auch die Rezipienten, bestimmte Erwartungshaltungen an deren

¹⁰⁵ Peltzer (2012) verdeutlicht in ihrer medienwissenschaftlichen Analyse zu Blockbustern, dass seit jeher in den Hollywoodfilmen immer dieselben Rollen- und Handlungsmuster gebraucht werden, wozu dementsprechend auch immer wieder dieselben Körperleitbilder benötigt werden, also die jeweiligen Schauspieler über ein bestimmtes äußeres Erscheinungsbild verfügen müssen (vgl. Peltzer 2012: 98). Diesbezüglich verweist Peltzer (2012) auch auf die kulturelle Armut in Hollywoodfilmen bezüglich der Homogenität von Schönheitsidealen bzw. Körperleitbildern, da keine alternativen, heterogenen Schönheitsideale bzw. Körperleitbilder in Hollywoodfilmen gezeigt werden und damit die These der Kulturindustrie von Horkheimer/Adorno (2004) belegt wird (vgl. Peltzer 2012: 98). Infolgedessen wird die hegemoniale Vormachtstellung des amerikanischen Schönheitsideals bzw. Körperleitbilds nachhaltig gesichert (vgl. Peltzer 2012: 98). Ausgehend von Peltzer (2012) ist daher zu konstatieren, dass Hollywood und Celebrities maßgeblich zur Persistenz von Schönheitsidealen bzw. Körperleitbildern beitragen (vgl. Peltzer 2012: 98). Gugutzer (2012) bemerkt in diesem Kontext: „Spielfilme sind Kulturprodukte, denen für die Produktion und Reproduktion körperbezogener Werte und Weltbilder in der Gesellschaft eine zentrale Bedeutung zukommt.“ (Gugutzer 2012: 19) Folgerichtig werden in der Gesellschaft alle nicht amerikanischen Schönheitsideale bzw. Körperleitbilder als abweichend sowie als minderwertig angesehen, wodurch sich wiederum eine gewisse Drucksituation für alle diejenigen ergibt, die diesen Schönheitsidealen bzw. Körperleitbildern nicht entsprechen.

¹⁰⁶ Die Amerikanisierung der Schönheitskultur im Sinne der Kulturimperialismusthese von Horkheimer/Adorno (2004) ist oftmals negativ konnotiert und dient dabei dem linksalternativen Milieu als ideologischer Kampfbegriff. So wird teilweise von der „Scientific Community“ in den deutschen Sozial- und Kulturwissenschaften kritisch angemerkt, dass die amerikanische Kultur anderen Kulturen überlegen sei und dadurch ein Anpassungsdruck in den jeweiligen Nationalstaaten einhergegangen ist, der dazu geführt hat, dass tradierte, nationale Schönheitsnormen durch amerikanische Schönheitsnormen ersetzt worden sind (vgl. Fluck 1999: 56ff.; Fluck 2005: 223f.). Weiterhin wird diesbezüglich konstatiert, dass nur in den seltensten Fällen eine „Hybridkultur“ aus nationaler und amerikanischer Schönheitskultur entstanden ist. Letztendlich wird behauptet, dass durch den voranschreitenden Globalisierungsprozess sich keine Nationalkultur der Amerikanisierung widersetzen kann (vgl. Fluck 1999: 56ff.; Fluck 2005: 223f.). Besonders auffällig erscheint dabei, dass viele Wissenschaftler in den deutschen Sozial- und Kulturwissenschaften dabei anscheinend verkennen, dass die Amerikanisierung in den außeramerikanischen Kulturräumen vielfach den bisher ausgebliebenen Modernisierungs- und Zivilisationsprozess in Gang gesetzt hat und somit eine nachhaltige Verbesserung der dortigen Lebensverhältnisse auf Grundlage einer demokratisch-pluralistischen Gesellschaftsordnung für das Individuum erreicht hat (vgl. Fluck 1999: 58, 70). Abschließend ist festzustellen, dass es sich, wie Fluck (1999, 2005) argumentativ darlegt, nicht um eine Amerikanisierung, sondern um eine Selbstamerikanisierung handelt (vgl. Fluck 1999: 55-70; Fluck 2005: 221-232).

¹⁰⁷ Der Grund für die Massenkompatibilität der amerikanischen Schönheitskultur, wie auch der übrigen amerikanischen Populärkultur, basiert auf deren Generierung in einer heterogenen Gesellschaft, in der die ethniespezifischen Charakteristika angemessen berücksichtigt worden sind (vgl. Fluck 2005: 225). Diese amerikanische Populärkultur bildet damit die Grundlage für die „Post-racial Society“, in der ethnische Demarkationslinien aufgehoben worden sind, wobei es sich um ein Gesellschaftsmodell handelt, was während der Präsidentschaftszeit von Barack Obama und im Rahmen dessen politischer Agenda gefördert worden ist (vgl. Dawkins 2010: 9-17; Dawson/Boho 2009: 247ff.).

äußeres Erscheinungsbild haben (vgl. Altman 2010: 4). Infolgedessen sind die Celebrities und Hollywoodstars gezwungen, sich Schönheitsoperationen zu unterziehen, um die Erwartungshaltung der Medien, wie auch der Rezipienten, zu befriedigen sowie dem Image als Hollywoodstar und Celebrity gerecht zu werden (vgl. Altman 2010: 4).¹⁰⁸ Gleichwohl sprechen Celebrities und Hollywoodstars in den seltensten Fällen in der Öffentlichkeit über ihre Schönheitsoperationen (vgl. Minton Tabin 2016: o.S.).¹⁰⁹

Diese öffentliche Zurschaustellung bestimmter Körperleitbilder dient den Rezipienten als Orientierungshilfe bei der Bearbeitung des äußeren Erscheinungsbildes. Zugleich werden den Rezipienten im Hollywood-Kino durch die Protagonisten ethienunabhängige Identitätsangebote für die Geschlechter unterbreitet, die eine kulturraumunabhängige Wirkungsmächtigkeit besitzen und sich nachhaltig auf den Habitus der Rezipienten auswirken (vgl. Peltzer 2011: 11ff.; Peltzer 2012: 91-94). Ebenfalls als äußerst nützliche Orientierungshilfe für Individuen in der „Makeover Culture“ erweisen sich Reality-TV-Formate, wie „Extreme Makeover“, „Dr. 90210“, „Botched“, „I want a Famous Face“, „The Doctors“ oder „The Swan“ (vgl. Altman 2010: 4; Marwick 2010: 252; Moench-Kelly 2010: 21; Nabi 2009: 1; Ng 2013: o.S.; Snead 2013: o.S.).¹¹⁰ In diesen werden die Schönheitsoperationen nicht nur medial inszeniert, sondern die Rezipienten erhalten zusätzlich auch eine Verbraucheraufklärung über die jeweiligen Eingriffe und deren mögliche Ergebnisse (vgl. Altman 2010: 3f.). Diese Reality-TV-Formate und die Medienformate, die sich mit Celebrities und Hollywoodstars beschäftigen, dienen der exzessiven Zurschaustellung von Schönheitsoperationen und werden zugleich in den meisten wissenschaftlichen Abhandlungen über Schönheitsoperationen als Erklärungsversuch für die kontinuierliche Steigerung im Konsum von Schönheitsoperationen angeführt (vgl. Altman 2010: 3f.). Beispielsweise zeigt Blum (2003) in ihrer Studie, dass die Grundlage für den Konsum von Schönheitsoperationen in der „Celebrity Culture“ liegt sowie die Celebrities und Hollywoodstars für die Schönheitschirurgen unverzichtbar geworden sind (vgl. Blum 2003: 53, 83).

¹⁰⁸ Die Neuaufstellung der Medienkonzerne in den 1990er Jahren hat dazu geführt, dass eine Abkehr von kostenintensiven Medienformaten erfolgte, sodass sich die Medien und deren Medienformate verstärkt der „Celebrity Culture“ zugewandt haben (vgl. Altman 2010: 2).

¹⁰⁹ Das erste öffentliche Bekenntnis, sich einer Schönheitsoperation unterzogen zu haben, erfolgte im Jahr 1971 von dem Hollywoodstar Phyllis Diller (vgl. Taschen 2008: 11).

¹¹⁰ Das erste „Extreme Makeover“, das der in Beverly Hills ansässige Schönheitschirurg Dr. Kurt Wagner an einer 55jährigen Frau durchführte, wurde im Jahr 1971 auf NBC im Rahmen der „Merv Griffith Show“ ausgestrahlt (vgl. Wagner 2012: 168ff.). Ebenfalls war der Schönheitschirurg Dr. Kurt Wagner, der erste Schönheitschirurg, der zugleich auch ein Celebrity war und damit die Schönheitsoperationen in die Öffentlichkeit brachte (vgl. Wagner 2012: 166-170). Hierzu verfasste dieser auch mehrere Bücher für die Konsumenten von Schönheitsoperationen (vgl. Wagner 2012: 170). Damit hat der Schönheitschirurg Dr. Kurt Wagner maßgeblich zur Popularisierung von Schönheitsoperationen, mitsamt entsprechender Verbraucheraufklärung, beigetragen und entscheidenden Anteil an der „Demokratisierung der Schönheit“ im Sinne von Rosen (2004) in den USA, deren gesamtgesellschaftlicher Stellenwert von der individuellen Klassenzugehörigkeit entkoppelt ist und somit eine Ubiquität des plastifizierten Körpers in der amerikanischen Gesellschaft vorliegt (vgl. Rosen 2004: 19-35; Wagner 2012: 166-170).

Weitere Bestandteile der „Makeover Culture“ sind das im Dezember 1953 durch Hugh Hefner erstmals herausgegebene Männermagazin „Playboy“ und die Pornografie, da entsprechende geschlechterspezifische Körperleitbilder durch die Nacktheit der dort auftretenden Akteure an die Rezipienten vermittelt werden (vgl. Lewandowski 2012: 7; Watts 2009: 73f.). Die Normalisierung der Nacktheit und die damit einsetzende „Pornografisierung der Gesellschaft“ erfolgt dadurch, dass die Pornografie keine Randkultur, sondern nunmehr eine Populärkultur darstellt (vgl. Lewandowski 2012: 7). Häufig werden gerade die Körperleitbilder von „Playmates“ aus dem Männermagazin „Playboy“ und Pornostars als Orientierungshilfe bei der Perfektionierung und Optimierung des eigenen Körpers genutzt (vgl. Healy 2006: o.S.; Pelley 2012: o.S.; Steffen 2014: 164-167).¹¹¹ Vor allem der Einfluss der Pornografie, dessen globales Zentrum sich im San Fernando Valley befindet, das zu Los Angeles County gehört, hat einen nicht unerheblichen Einfluss auf die Körperwahrnehmung der Rezipienten sowie auf das Bedürfnis bestimmte Schönheitsoperationen bzw. ästhetische Gestaltungsmaßnahmen im Intimbereich durchzuführen (vgl. Healy 2006: o.S.; Pelley 2012: o.S.; Steffen 2014: 164-167). Dazu gehören die ästhetische Intimchirurgie, wie Vaginaloperationen, Penisverlängerungen oder nicht-chirurgische Eingriffe, wie Anal Bleaching oder Praktiken zur Körperenthaarung, zusätzlich zu den standardmäßigen Schönheitsoperationen, wie die Etablierung der Körbchengröße Doppel D im Rahmen von Brustvergrößerungen bei Frauen (vgl. Healy 2006: o.S.; Knowlton 1994: o.S.; Pelley 2012: o.S.; Steffen 2014: 164-167). Diese Körperbewirtschaftungsmaßnahmen tragen zur Entstehung des „Pornokörpers“, bedingt durch die Elimination der körperanatomischen Determinanten des „Naturkörpers“, zugunsten der Neukonfiguration des Körpers im Zuge von dessen Plastifizierung, bei (vgl. Healy 2006: o.S.; Knowlton 1994: o.S.; Pelley 2012: o.S.; Steffen 2014: 164-167).¹¹²

¹¹¹ Das äußere Erscheinungsbild der „Playmates“ im Männermagazin „Playboy“ wird durch den Gebrauch unterschiedlichster „Technologien des Selbst“ hergestellt (vgl. St. James 2006: 193-203). Die anfallenden Kosten für die Generierung eines „Playmates“ werden durch den Gründer des Männermagazins „Playboy“ Hugh Hefner übernommen (vgl. St. James 2006: 197). Dabei nutzen die „Playmates“, neben den invasiven und nicht-invasiven Schönheitsoperationen, noch die kosmetische Zahnmedizin und die Dienstleistungen von Stylisten, um das typische Image eines „Playmates“ zu erschaffen (vgl. St. James 2006: 193-203). Diesbezüglich lässt sich sagen, dass das Männermagazin „Playboy“ einen Bauplan entwickelt hat, wie man aus jeder Frau und deren Körper ein „Playmate“ machen kann (vgl. St. James 2006: 193-203).

¹¹² Der in diesem Kontext angewandte Begriff des „Pornokörpers“ stammt aus dem Kontext der „Pornografisierung der Gesellschaft“ (vgl. Schuegraf/Tillmann 2012: 13f.). Mit dem Begriff der „Pornografisierung der Gesellschaft“ wird aufgezeigt, dass die Stilelemente der Pornografie in der Gesellschaft bzw. von den dortigen Individuen angewandt werden, was maßgeblich durch die Performance des lasziven Körpers erfolgt (vgl. Schuegraf/Tillmann 2012: 10). Dabei ist der Körper ein Seismograph der gesellschaftlichen Zustände bezüglich der Moralvorstellungen, was den Grad der körperlichen Visibilität und Intimität betrifft (vgl. Schuegraf/Tillmann 2012: 13). Ebenso wird durch den „Pornokörper“ die Essentialität des Körpers für das Individuum zum Ausdruck gebracht (vgl. Schuegraf/Tillmann 2012: 13). Die Laszivität des Körpers wird durch das Individuum für dessen Performance gebraucht, wodurch sich ein Körpermarkt der Intimitäten herausgebildet hat, auf dem das Individuum als erotischer bzw. nackter Körperkünstler auftritt (vgl. Schuegraf/Tillmann 2012: 13). Damit einhergegangen ist also die Normalisierung der Nacktheit, sodass sich eine Erosion der „Schamgrenzen“ vollzogen hat und das Nacktsein zu keiner Stigmatisierung mehr führt (vgl. Schuegraf/Tillmann 2012: 13f.). In diesem neuen Nacktheitsdiskurs erfolgt

Die Bewirtschaftungspraxen der Intimbereiche, vor dem Aspekt der „Ästhetisierung“, werden seit den 1990er Jahren im Männermagazin „Playboy“ durch die „Playmates“ und in der Pornografie durch die Pornostars praktiziert (vgl. Fetters 2011: o.S.; Healy 2006: o.S.). Anhand der weiblichen Aktfotografien im Männermagazin „Playboy“ lassen sich diesbezüglich die historischen Veränderungen in der Bewirtschaftungspraxis der Intimbereiche von der Vollbehaarung im Intimbereich bis in die 1980er Jahre zum enthaarten bzw. teilbehaarten Intimbereich ab den 1990er Jahren aufzeigen (vgl. Fetters 2011: o.S.). Dieser Trend der Körperenthaarung mündet in der Pornografie schließlich in der geschlechterunabhängigen Ganzkörperenthaarung, mit Ausnahme des Kopfhaares, wodurch die geschlechterspezifische Körperanatomie durch den blanken Körper explizit zum Ausdruck gebracht wird (vgl. Steffen 2014: 164, 167).

Einen weiteren Bestandteil, den es bei Konstituierung der „Makeover Culture“ zu berücksichtigen gilt, ist die „Versportlichung der Gesellschaft“ seit dem Ende des 19. Jahrhunderts in Los Angeles County (vgl. Sloane 2010: 452f.).¹¹³ Diese „Versportlichung“ resultiert nicht nur aus dem Interesse innerhalb der dortigen Bevölkerung sich sportlich zu betätigen, sondern dieses wird auch durch die klimatischen und räumlichen Bedingungen begünstigt (vgl. Sloane 2010: 452f.). Infolgedessen werden viele sportliche Aktivitäten als Freiluftkultur ausgeübt, wie Beachvolleyball, Fahrradfahren, Joggen, Surfen, Schwimmen bei denen der athletisch-trainierte Körper entsprechend der jeweiligen Sportart eingesetzt und zur Schau gestellt wird (vgl. Sloane 2010: 452f.).

Einen besonderen Einfluss auf die Konstituierung der „Makeover Culture“ in Los Angeles County hat die Errichtung einer medizinischen Infrastruktur ab den 1890er Jahren (vgl. Sloane 2010: 440f.). Diese medizinische Infrastruktur wurde errichtet, da innerhalb der USA ein Medizintourismus existierte (vgl. Sloane 2010: 438ff.). So reisten Menschen aus anderen Landesteilen der USA, die z.B. unter chronischen Krankheiten litten, zur Behandlung nach Los Angeles County (vgl. Sloane 2010: 438ff.). Dieser Medizintourismus wurde in Werbekampagnen beworben, in denen man sich auf die Krankenhäuser im Stile von Luxushotels und das örtliche medizinische Fachpersonal fokussierte (vgl. Sloane 2010: 440f.). So eröffnete in Beverly Hills am 9615 Brighton Way im Januar 1927 das „Beverly Professional Building“, in dem

eine Verkehrung der tradierten Verhältnisse, sodass der intime, nackte Körper von der Privatsphäre in die Öffentlichkeit gelangt (vgl. Schuegraf/Tillmann 2012: 13f.). Subsumierend beschreibt der „Pornokörper“ einen pornografischen Akt, der sich mit, im und über dem Körper des Individuums vollzieht und an dem, neben dem Individuum selbst, auch alle anderen Gesellschaftsmitglieder teilhaben (vgl. Schuegraf/Tillmann 2012: 13f.). Allerdings ist zu bedenken, dass diese neue Normalität der Nacktheit zwar als Symbol der Freiheit des Individuums mitsamt der Verschiebung der Toleranzbereiche für Intimität und Nacktheit anzusehen ist, jedoch damit auch eine neue Unfreiheit des Individuums einhergeht, nämlich sich dem Postulat des Nacktseins und damit dem Handlungsimperativ der Intimität zu widersetzen (vgl. Schuegraf/Tillmann 2012: 14).

¹¹³ Die in Los Angeles County entstandene „Versportlichung der Gesellschaft“ ist als eine „Zivilreligion“ anzusehen, ein Begriff von Bellah (1990), der sich an den von Gugutzer (2007) geprägten Begriff der „Diesseitsreligion“ anlehnt.

sich Ärzte unterschiedlichster Fachrichtungen niedergelassen haben (vgl. Heumann/Ostashay 2014: 1, 3, 6; Sussman 1988: o.S.). Dieses „Medical Building“, das nach den Plänen der Immobilienunternehmer George A. Cordingly und Guy K. Harrison errichtet wurde und dessen architektonische Konstruktion durch Harry Edward Werner erfolgte, war das erste „Medical Building“ in Beverly Hills (vgl. Heumann/Ostashay 2014: 6f.; Sussman 1988: o.S.).

Im Laufe der Zeit wurden weitere derartige Gebäude mit derselben Architektur in Beverly Hills gebaut und so konnte sich das Geschäft mit der Bewirtschaftung des Körpers etablieren (vgl. Heumann/Ostashay 2014: 6; Sussman 1988: o.S.).¹¹⁴ Ab den 1980er Jahren errichtete man mit den Aftercare-Einrichtungen die medizinische Infrastruktur für internationale Patienten von Schönheitsoperationen und sonstigen medizinischen Eingriffen (vgl. Beyette 1988: o.S.; Lockridge 2005: 85; Pike 2014: o.S.). Die Idee für solche Aftercare-Einrichtungen hatte der Hotelier Severyn Ashkenazy, der Eigentümer des Luxushotels „L’Ermitage“ am Burton Way in Beverly Hills (vgl. Beyette 1988: o.S.; Lockridge 2005: 85; Pike 2014: o.S.). In dessen Hotel waren seit den 1970er Jahren in zunehmenden Maße Patienten nach Schönheitsoperationen abgestiegen (vgl. Beyette 1988: o.S.; Lockridge 2005: 85; Pike 2014: o.S.). Um deren Bedürfnisse angemessen befriedigen zu können, errichtete Severyn Ashkenazy das „Le Petit Ermitage“ direkt neben seinem Luxushotel „L’Ermitage“ (vgl. Beyette 1988: o.S.; Lockridge 2005: 85; Pike 2014: o.S.). Diese Aftercare-Einrichtung, unter der Leitung der Krankenschwester Maggie Lockridge, war die erste ihrer Art in Beverly Hills, die sich ausschließlich auf die postoperative Versorgung von Patienten nach Schönheitsoperationen im Ambiente eines Luxushotels spezialisiert hat, jedoch im Jahr 1993 geschlossen wurde (vgl. Beyette 1988: o.S.; Lockridge 2005: 85; Pike 2014: o.S.).

Weitere solcher Aftercare-Einrichtungen in Beverly Hills waren u.a. der im Jahr 1988 eröffnete „Hidden Garden“ von Nola Rocco am South Elm Drive, wozu diese ein luxuriöses Haus mit speziell für die postoperative Versorgung ausgestatteten Zimmern nutzte (vgl. Calistro 1988: o.S.; Goldberg 1996: o.S.; Gross 1996: o.S.). Im Jahr 1994 eröffnete Maggie Lockridge ihre eigene Aftercare-Einrichtung, das „Chantique“ in Beverly Hills, das sich im Luxushotel „Beverly Prescott Hotel“ befand und im Jahr 1998 wieder geschlossen wurde (vgl. Goldberg 1996: o.S.; Lockridge 2005: 86-93). Bereits im Jahr 1999 eröffnete Maggie Lockridge das „Shanteque“, ebenfalls eine Aftercare-Einrichtung, die bis zum Jahr 2005 in unterschiedlichen Luxushotels in Los Angeles County, wie dem „Le Meridien Hotel“ in Beverly Hills und dem „Le Montrose“ in West Hollywood, angesiedelt war (vgl. Lockridge 2005: 93ff.). Im Jahr 1995

¹¹⁴ Der Errichtung der „Medical Buildings“ liegt auch ein ökonomisches Interesse der Eigentümer dieser Gebäude zugrunde, da „[...] medical office rents are higher than regular office rents, it costs about 15% more to build and about 8% to 10% more to operate a medical building“ (Sussman 1988: o.S.).

eröffnete Pamela Robart das „Belle Cchette“ in West Hollywood, das im luxuriösen „Le Parc Hotel“ untergebracht war (vgl. Glusac 1995: o.S.). Bis heute gibt es derartige Aftercare-Einrichtungen, die das von Severyn Ashkenazy entwickelte und von Maggie Lockridge perfektionierte Prinzip der postoperativen Versorgung nach einer Schönheitsoperation anwenden (vgl. Lockridge 2005: 85-95; Pike 2014: o.S.).

Ebenso hat sich im Rahmen der Errichtung der medizinischen Infrastruktur ab den 1980er Jahren bei der architektonischen Gestaltung der „Medical Buildings“, mit den darin befindlichen Praxen der Schönheitschirurgen, in Beverly Hills ein Modell herausgebildet, das die Bedürfnisse von nationalen, vor allem aber internationalen Patienten berücksichtigt. Entwickelt und erstmals umgesetzt wurde diese spezielle architektonische Gestaltung, mitsamt dem Praxismodell, durch den Gesichtschirurgen Dr. Frank M. Kamer für dessen im Jahr 1981 eröffnete „Lasky Clinic“ (vgl. Bardach 1988: o.S.; Lasky Clinic 2014: o.S.). Die „Lasky Clinic“ garantiert nicht nur absolute Diskretion und Anonymität durch die räumliche Einteilung, sondern diese besitzt neben einem Medical Spa auch ein ambulantes Chirurgiezentrum, so dass Patienten den größtmöglichen Komfort erhalten (vgl. Bardach 1988: o.S.; Lasky Clinic 2014: o.S.).

6.1.3 Herkunftsländer und Anzahl internationaler Patienten

Die Herkunftsländer der internationalen Patienten werden nicht in den Jahresstatistiken der nationalen Fachverbände der Schönheitschirurgen, wie der American Society of Plastic Surgeons oder der American Society for Aesthetic Plastic Surgery, erfasst (vgl. American Society for Aesthetic Plastic Surgery 2016a: 5-25; American Society of Plastic Surgeons 2016: 5-23). Die große Diversität von Herkunftsländern, aus denen internationale Patienten für Schönheitsoperationen nach Beverly Hills reisen, um diese dort durchführen zu lassen, wird auch durch die folgende Aussage eines Experten deutlich: „Well, (.) we do have a number of patients from the Middle East, but we also have patients from Europe or from Asia.“ (Int. 3, Z. 320-321)

Auch die Anzahl der internationalen Patienten wird nicht in den Jahresstatistiken der nationalen Fachverbände der Schönheitschirurgen, wie der American Society of Plastic Surgeons oder der American Society for Aesthetic Plastic Surgery, abgebildet (vgl. American Society for Aesthetic Plastic Surgery 2016a: 5-25; American Society of Plastic Surgeons 2016: 5-23). Diesbezüglich ist daher niemand in der Lage, die Anzahl der internationalen Patienten für Beverly Hills zu bestimmen, worauf ein Experte hinweist: „I don't think that there are numbers. Anything possible will come by.“ (Int. 1, Z. 215) Lediglich die einzelnen Praxen der dortigen Schönheitschirurgen verfügen über das entsprechende statistische Datenmaterial, um die An-

zahl der internationalen Patienten für Beverly Hills zu ermitteln. Diesbezüglich merkt ein Experte an: „There is nobody track it. Because you gonna have to go to each individual doctor’s office, you can do surveys easily as they can and the doctors are gonna necessary give you good data.“ (Int. 1, Z. 219-220) Hinsichtlich der Anzahl an internationalen Patienten an der Gesamtzahl an Patienten, die ein Schönheitschirurg hat, ergeben sich entsprechende Unterschiede zwischen den einzelnen Praxen der Schönheitschirurgen. Dies lässt sich anhand des folgenden Auszugs aus dem Experteninterview belegen:

I: “How many international patients are coming to your office per year?”

B: “I would say ethnic surgery is maybe fifty, plastic surgery maybe hundred.”

I: “How many national patients are coming to your office?”

B: “Many hundreds.”

I: “The ethnic surgery share of the national patients?”

B: “Probably thirty-five, forty percent.” (Int. 3, Z. 208-218)

Es hängt also alles immer von dem jeweiligen Schönheitschirurgen ab, inwiefern das Geschäft mit internationalen Patienten einen signifikanten Anteil an dessen Geschäftsmodell mit der Bewirtschaftung des Körpers hat. Darauf weist eine Expertin hin: „We do have some international patients, emailing us and you know, incoming over to do surgery here. It’s not a huge part of our practice [...].“ (Int. 12, Z. 33-36) Somit gibt es auch Praxen von Schönheitschirurgen, die sehr stark von internationalen Patienten, die vor allem zu den nicht-kaukasischen Ethnien gehören, frequentiert werden (vgl. Baum 2014: o.S.).¹¹⁵ Letztlich scheint es sich um eine doch überschaubare Anzahl von internationalen Patienten zu handeln, die für eine Schönheitsoperation nach Beverly Hills reisen, wie eine Expertin feststellt: „I mean (...) it’s a very tight group, they are flying to Beverly Hills and everything is right there.“ (Int. 4, Z. 339-340)

6.1.4 „Enklave des Luxus“

Die Destination Beverly Hills wird durch das Beverly Hills Conference & Visitors Bureau als eine „Enklave des Luxus“ vermarktet, wobei vor allem der Aspekt von Luxus und Wohlstand

¹¹⁵ Diesbezüglich merkt Baum (2014) an, dass „some practices now draw as many as a third of their patients from beyond American borders, especially the Middle East (Saudi Arabia and the United Arab Emirates are tops), Asia (China, South Korea), Russia and the U.K.“ (Baum 2014: o.S.).

in unterschiedlichen Erscheinungsformen der Stadt Beverly Hills hervorgehoben wird (vgl. Beverly Hills Conference & Visitors Bureau 2014: 2-8). Hinsichtlich der Marketingkampagnen des Beverly Hills Conference & Visitors Bureau ist festzustellen, dass nur oberflächlich und allgemein auf die Möglichkeiten unterschiedlicher Bewirtschaftungspraxen des Körpers eingegangen wird, jedoch nicht explizit der Medizintourismus beworben wird (vgl. Beverly Hills Conference & Visitors Bureau 2014: 6). Charakteristisch für die „Enklave des Luxus“ sind die dortigen Luxushotels, wie „The Beverly Hilton“, „The Mosaic Hotel“, „Luxe Rodeo Drive Hotel“, „The Peninsula Beverly Hills“, „The Beverly Hills Hotel“, das „L’Ermitage Beverly Hills“, das „Beverly Wilshire“ oder ab dem Jahr 2017 das „Waldorf Astoria Beverly Hills“ (vgl. Beverly Hills Conference & Visitors Bureau 2014: 3f.; Coleman 2015: 8; Rounds o.J.: o.S.).¹¹⁶ Ebenso gehören zur „Enklave des Luxus“ die unzähligen Einkaufsmöglichkeiten im Luxussegment am Rodeo Drive mit den sich dort befindlichen Niederlassungen der Luxusmarken, wie „Bvlgari“, „Cartier“, „Chanel“ und die beiden Luxuswarenhäuser „Saks Fifth Avenue“ und „Neiman Marcus“ am Wilshire Boulevard (vgl. Beverly Hills Conference & Visitors Bureau 2014: 5; Beverly Hills Conference & Visitors Bureau/Beverly Hills Chamber of Commerce 2015: 1f.; Rounds o.J.: o.S.).¹¹⁷

Letztendlich wird in der „Enklave des Luxus“ eine Mischung aus touristischer Infrastruktur wie Hotels, den Shoppingmöglichkeiten und den entsprechenden geographischen Gegebenheiten geboten. Somit werden in der „Enklave des Luxus“ faktisch alle erdenklichen Bedürfnisse angemessen befriedigt, wie eine Expertin argumentiert: „They have everything, they want it. They got beautiful weather, they got wonderful hotels, they can shop. There is nothing, that’s not here.“ (Int. 14, Z. 313-314) Allerdings scheint Beverly Hills als „Enklave des Luxus“ aber auch von dem globalen Image von Kalifornien zu profitieren, worauf eine Expertin verweist: „I think because California is a draw.“ (Int. 2, Z. 209-210) Zusammenfassend ist zu konstatieren, dass Beverly Hills als „Enklave des Luxus“ gleichermaßen von der touristischen Infrastruktur und der medizinischen Infrastruktur profitiert, die in einem Abhängigkeitsverhältnis zueinander stehen, worauf Rounds (o.J.) explizit hinweist (vgl. Rounds o.J.: o.S.).

¹¹⁶ Sofern die internationalen Patienten keinen Aufenthalt in einem Luxushotel wünschen, nutzen diese für ihren Aufenthalt das „AKA Beverly Hills“, welches eine luxuriöse Apartmentanlage mit unterschiedlichen Ausstattungsgraden von Apartments ist und diesen Patienten dieselben Standards und Annehmlichkeiten eines Luxushotels bietet (vgl. Beverly Hills Conference & Visitors Bureau 2014: 3; Vincent 2012: o.S.).

¹¹⁷ Diese Einkaufsmöglichkeiten in Kombination mit Hotels, Praxen von Schönheitschirurgen sowie weiteren touristischen Attraktionen bilden im Sinne von Ritzer (2005) die sozialräumliche Dichte von sogenannten „Cathedrals of Consumption“ und verweisen zugleich auf den Hyperkonsum (vgl. Ritzer 2005: 150f.). Sie lassen Beverly Hills damit im Sinne von Ritzer (2005) als das Ideal einer „Landscape of Consumption“ erscheinen (vgl. Ritzer 2005: 150f.).

6.1.5 Elite der Schönheitschirurgen

Die Voraussetzungen, um zur Elite der Schönheitschirurgen zu gehören, sind an bestimmte Kriterien geknüpft. Dazu gehört, dass der Schönheitschirurg entsprechendes Expertenwissen besitzt. Dieses bezieht sich auf die neuesten chirurgischen und nicht-chirurgischen Eingriffe, die außerhalb der USA bei den dortigen Schönheitschirurgen angewandt werden, was in der folgenden Aussage eines Experten zum Ausdruck gebracht wird:

„In the U.S. for a surgeon to be viewed as being the best, he or she has to understand all the best technologies in Europe. So you cannot be considered the best in Beverly Hills, if you are unaware of Teoxin, if you unaware of the latest surgical procedures are being done in Sweden in Nils Knudson's office. If you gonna be great here, we view you as being great by understanding the newest techniques overseas.“ (Int. 1, Z. 142-147)

Ein weiteres Kriterium, um zur Elite der Schönheitschirurgen zu gehören, ist, dass Patienten der „globalen Oberschicht“ zu diesem Schönheitschirurgen reisen und dieser Schönheitschirurg das weltweit höchste auf dem globalen Markt für die Bewirtschaftung des Körpers erhältliche Qualitätsniveau bietet. Es handelt sich somit auch um die Reputation der in Beverly Hills praktizierenden Schönheitschirurgen, die als weltweit führend auf dem Fachgebiet der ästhetisch-plastischen Chirurgie angesehen werden, also es sich um absolute Experten handelt und man als Patient somit das „Beste vom Besten“ für sein Geld erhält. Dieses wird in der folgenden Aussage einer Expertin dokumentiert:

„So, yes, they want to know that our doctor has done those cases, but if they are researching and flying in from another country, they have already done their research, they have already seen him, they have already seen him talk about that cheekbone and jawbone reduction, you know, on our website or somewhere. That's making them know that he is an expert. I mean, if they are willing to fly, they wanna know, they are going to the best, so that's what they are looking for.“ (Int. 12, Z. 64-69)

Ein zusätzliches Kriterium dafür, dass in Beverly Hills die Elite der Schönheitschirurgen praktiziert, lässt sich auch daran erkennen, dass der Schönheitschirurg Dr. Steven Hoefflin als „Doc Hollywood“ titulierte wurde (vgl. Kron 1993: 132-135, 172). Dieser erhielt den Namen „Doc Hollywood“ aufgrund der Tatsache, dass er als der Hausschönheitschirurg von Hollywood und Beverly Hills fungierte und dadurch integraler Bestandteil der dortigen „Celebrity Culture“ war und er, neben seinen Patienten, selbst auch den Status eines Celebrities inne hatte (vgl. Kron 1993: 132-135, 172; Lei 1997: o.S.).

Der Elitetstatus der in Beverly Hills ansässigen Schönheitschirurgen erfolgt auch dadurch, dass die dortigen Schönheitschirurgen mitunter ein sogenanntes „Aesthetic Fellowship“ nach Abschluss der Facharztausbildung zum plastischen Chirurgen absolviert haben. Dabei konzentrierte sich diese weitere medizinische Spezialisierung ausschließlich auf das Teilgebiet der ästhetisch-plastischen Chirurgie.¹¹⁸ Nach Abschluss dieses „Aesthetic Fellowship“ erfolgt dann die Niederlassung als Schönheitschirurg in Beverly Hills. Dieser idealtypische Werdegang eines Schönheitschirurgen in Beverly Hills wird in der folgenden Aussage eines Experten beschrieben:

„Originally, I thought I wanna do cardiac surgery. But when I started to do cardiac surgery, it was very serious and there is a lot of death and it didn't suit. I became to personally involved, but I liked the technical aspect of plastic surgery. I never dreamed I will end up in Beverly Hills, but I did a fellowship at UCLA in just cosmetic surgery and a lot of people asked me to join them and I joined one of them and here I am.“ (Int. 3, Z. 55-59)

Der Elitestatus der dortigen Schönheitschirurgen wird auch daran ersichtlich, dass deren Patienten sogar nur für nicht-chirurgische Eingriffe extra nach Beverly Hills reisen, wie ein Experte darlegt:

„Especially performers, they cannot afford not to look perfect. So they found the place, where they get what they need. They can't afford to go to somebody else and be crooked for three month on stage. I think that's their rational. I feel bad, they come from all the way across the world to get a Botox injection, but on the other hand I know they have a bright, when they go on the stage.“ (Int. 3, Z. 266-270)

Der Elitestatus der Schönheitschirurgen leitet sich auch davon ab, dass Beverly Hills das Image als Mekka für Schönheitsoperationen besitzt, worauf eine Expertin hinweist: „There are a lot of surgeons in different places, New York, Miami, but this is the hub.“ (Int. 14, Z. 319-320) Neben dem Image als Mekka der Körperbewirtschaftung aus dem sich der Elitestatus der dortigen Schönheitschirurgen ableitet, sind es die Assoziation mit Hollywood und dass die in Beverly Hills praktizierenden Schönheitschirurgen die höchste Leistungsfähigkeit besitzen, was sich unter anderem an der kontinuierlichen Weiterentwicklung auf dem Gebiet der ästhetisch-

¹¹⁸ Die Ausbildungsprogramme zum Facharzt für plastische Chirurgie in der Metropolregion Los Angeles sind an der Loma Linda University (LLC), der University of California, Irvine (UCI), der University of California, Los Angeles (UCLA) und der University of Southern California (USC) angesiedelt (vgl. Accreditation Council for Graduate Medical Education 2015a: 3, 5f., 8; Accreditation Council for Graduate Medical Education 2015b: 6, 9). Zudem werden von einigen Schönheitschirurgen in der Metropolregion Los Angeles, wie beispielsweise bei Dr. Daniel C. Mills in Laguna Beach, bei Dr. Andrew Cohen in Beverly Hills sowie bei Dr. W. Grant Stevens in Marina Del Rey und Dr. Jay Calvert in Beverly Hills, sogenannte „Aesthetic Fellowships“ angeboten, in denen Plastische Chirurgen nach abgeschlossener Facharztausbildung eine weitere Spezialisierung auf deren zukünftigen Tätigkeitsgebiet der ästhetisch-plastischen Chirurgie unter Anleitung eines erfahrenen Schönheitschirurgen vornehmen (vgl. American Society for Aesthetic Plastic Surgery 2016b: o.S.).

plastischen Chirurgie zeigt. Dieses wird im folgenden Auszug aus dem Experteninterview beschrieben:

I: "Why do you think that international patients choose Beverly Hills to undergo their ethnic surgery?"

B: "I think Beverly Hills is a little bit of the plastic surgery center."

I: "The mecca."

B: "No, yeah, maybe. Maybe because of Hollywood, maybe, you know, maybe there are so many plastic surgeons here that innovation is constantly occurring. [...]" (Int. 3, Z. 123-132)

Die von der Elite der Schönheitschirurgen in Beverly Hills erbrachte Leistungsfähigkeit zeigt sich anhand der Tatsache, dass die dortigen Schönheitschirurgen in der Lage sind, eine vollständige körperliche Transformation innerhalb von weniger als einem halben Tag, in dem vorliegenden Fall von 10 Stunden, durchzuführen (vgl. Garcia 2010: o.S.; Nelson 2010: o.S.). Als massenmedial und global vermarktetes Anschauungsobjekt für diese körperliche Transformation und Leistungsfähigkeit der in Beverly Hills praktizierenden Schönheitschirurgen diente das Celebrity Heidi Montag (vgl. Garcia 2010: o.S.; Nelson 2010: o.S.). Um eine solche körperliche Transformation und die damit einhergehende vollumfängliche Plastizität des Körpers herzustellen, bedurfte es lediglich 10 Schönheitsoperationen, die der im Jahr 2010 verstorbene Schönheitschirurg Dr. Frank Ryan am 20. November 2009 vorgenommen hat (vgl. Garcia 2010: o.S.; Nelson 2010: o.S.).

Die Innovationsbereitschaft der in Beverly Hills ansässigen Elite der Schönheitschirurgen zeigt sich anhand der neuen chirurgischen und nicht-chirurgischen Eingriffe auf dem Teilgebiet der ästhetisch-plastischen Chirurgie, deren Mainstreamkompatibilität von Celebrities, wie Demi Moore oder Jennifer Lopez, hergestellt werden (vgl. Ginsberg 2014b: o.S.; Ginsberg 2015c: o.S.; Ginsberg 2015d: o.S.). Beispielhaft hierfür sind das sogenannte Lifting des Knies, wozu entweder ein chirurgischer Eingriff, bei dem vielfach deutlich sichtbare Narben zurückbleiben oder ein nicht-chirurgischer Eingriff mittels Laser oder Injektion von „Kybella“ gemacht wird, bei dem keine Narbenbildung erfolgt (vgl. Ginsberg 2015d: o.S.). Ein anderes Beispiel ist auch die Verbesserung und Optimierung bereits bestehender Operationsmethoden, sodass eine kontinuierliche Verbesserung des Qualitätsniveaus erreicht wird und dabei zugleich die Nebenwirkungen bzw. negativen Begleiterscheinungen für den Patienten mitunter komplett ausgeschlossen werden. Letztlich erfolgt eine Optimierung der Schönheitsoperationen, wobei auch neuartige Medizinprodukte und neue Einsatzbereiche tradierter Verfahren genutzt werden

Man kann daher sagen, dass diese Eingriffe immer schonender werden (vgl. Ginsberg 2015b: o.S.). Die Innovationsfähigkeit zeigt sich in Beverly Hills auch bezüglich der Verjüngung der Hand zur Kaschierung des Alterungsprozesses und deren Massenkompabilität, wozu, neben nicht-chirurgischen Eingriffen, auch chirurgische Eingriffe dem jeweiligen Patienten zur Verfügung stehen (vgl. Ginsberg 2014a: o.S.). Die Operationsmethoden umfassen das Spektrum von Eigenfettinjektionen, den Einsatz von Dermalfillern, den Laserbehandlungen bis hin zur Fettabsaugung und speziellen Lifting-Techniken für Hände (vgl. Ginsberg 2014a: o.S.). Ebenfalls wird die Innovationsfähigkeit für einen Teilbereich der ästhetischen Medizin in Beverly Hills deutlich, da dort erstmals die sogenannten „Lunchtime-Eingriffe“ bei einer breiten Masse der dortigen Bevölkerung durchgeführt wurden und diese nicht-chirurgischen Eingriffe zu einem globalen Massenphänomen geworden sind, die zugleich das Erfolgsmodell der Medical Spas begründeten (vgl. Ginsberg 2015a: o.S.). Zudem zeigt sich die Innovationsfähigkeit in Beverly Hills auch daran, dass die Gesäßvergrößerung bei bestimmten Celebrities wie Beyoncé Knowles, Kim Kardashian oder Jennifer Lopez zu einem Massenphänomen geworden ist. Zusätzlich haben diese Celebrities dazu beigetragen, dass sich im Zuge der Gesäßvergrößerung und deren massenmedialer Zurschaustellung ein neues Frauenbild, bzw. eine neue weibliche Körperanatomie etabliert hat (vgl. Ginsberg 2015c: o.S.).

Der Elitestatus der in Beverly Hills praktizierenden Schönheitschirurgen wird auch im Wartebereich in der Praxis des Schönheitschirurgen deutlich. Dort gibt es eine Zurschaustellung von Zertifikaten, die auf das hohe Qualitäts- und Qualifikationsniveau explizit verweisen. Dies konnte im Rahmen der teilnehmenden Beobachtung während der Feldforschung in Beverly Hills festgestellt werden:

„An den Wänden im Wartebereich hingen die Zertifikate des Schönheitschirurgen, also dessen Zulassung als Facharzt für plastische Chirurgie durch die American Society of Plastic Surgeons und der American Society for Aesthetic Plastic Surgery. Ebenso befanden sich an den Wänden die Zertifikate von erfolgreich abgeschlossenen Veranstaltungen bzw. Weiterbildungsmaßnahmen der Medizinproduktehersteller für Brustimplantate, Filler, Laser und Botox. Diese Sichtbarkeit von Zertifikaten vermittelte den Eindruck, dass dieser Schönheitschirurg über das höchste Qualitäts- und Qualifikationsniveau verfügen würde.“ (Beo. 2, Z. 152-159)

Zudem wird der Elitestatus der in Beverly Hills ansässigen Schönheitschirurgen auch durch deren Selbstdarstellung explizit hervorgehoben. Dabei wird vor allem auf das Qualifikationsniveau verwiesen wird. Diesbezüglich die sogenannte „Board Certification“ und die besuchten Universitäten im Rahmen des Medizin- und Facharztstudiums genannt sowie der Habitus des Schönheitschirurgen dargelegt, sodass der Anschein des „State of the Art“ kreiert wird (vgl. Firouz Institute of Aesthetic & Plastic Surgery o.J.: 2).

Abschließend ist für die Elite der Schönheitschirurgen in Beverly Hills anzumerken, dass es Nachwuchsprobleme bei den Eliteschönheitschirurgen gibt. Dieses hat dazu geführt, dass der einstige Wettbewerb unter den Schönheitschirurgen um den Status des Eliteschönheitschirurgen der Vergangenheit angehört. Eine solche existenzielle Problematik wird in der folgenden Aussage einer Expertin zum Ausdruck gebracht: „Ah, you know, it’s actually changing. (..) The ones, who are number one, are getting older. So, um, in the last ten years I had me personally, I have not seen superstars, I think we all know. The last ten years no competition.“ (Int. 7, Z. 465-467)

Das Problem des fehlenden Nachwuchs bei den Plastischen Chirurgen wird auch noch durch die Überalterung der Dermatologen und Gesichtschirurgen verstärkt, wobei es diesbezüglich Unterschiede zwischen Stadt und Land gibt, sodass die in den Städten praktizierenden Plastischen Chirurgen, wie auch die Dermatologen und Gesichtschirurgen, jünger sind als auf dem Land (vgl. Walker/Poley/Ricketts 2010: 1f.).¹¹⁹

6.2 Der Schönheitschirurg in Beverly Hills: Vom „Homo medicus“ zum „Homo oeconomicus“

6.2.1 Ausrichtung des Geschäftsmodells auf internationale Patienten

Bevor die konkrete Ausrichtung auf das Geschäftsmodell für internationale Patienten dargestellt wird, bleibt vorab anzumerken, dass dieses Geschäftsfeld für die Schönheitschirurgen in Beverly Hills nicht vollkommen neu ist, worauf eine Expertin hinweist: „This isn’t a new thing, this is been going on for a long time.“ (Int. 2, Z. 209) Jedoch gibt es eine stetige Zunahme an internationalen Patienten, wie eine Expertin betont: „So I think we will always have people coming from overseas, but more so now than ever.“ (Int. 2, Z. 212-213) Dabei erfolgt die Ausrichtung jedoch auch zumeist aufgrund finanzieller Erwägungen, da es sich bei internationalen Patienten um eine scheinbar lukrative finanzielle Einnahmequelle für den Schönheitschirurgen handelt, wie eine Expertin anmerkt: „Of course, everybody try to attract international patients

¹¹⁹ Besonders zeigt sich die Überalterung der Plastischen Chirurgen im Vergleich zu den anderen Körperbewirtschaftungsexperten, wie Dermatologen und Gesichtschirurgen, bezüglich des Altersdurchschnitts (vgl. Walker/Poley/Ricketts 2010: 1f.). Im Jahr 2009 hatten den jüngsten Altersdurchschnitt die Dermatologen mit 43 Jahren, während die Plastischen Chirurgen mit 50 Jahren den ältesten Altersdurchschnitt hatten und die Gesichtschirurgen sich mit einem Altersdurchschnitt von 49 Jahren zwischen dem Altersdurchschnitt der Dermatologen und der Plastischen Chirurgen befanden (vgl. Walker/Poley/Ricketts 2010: 1f.). Damit lag das Alter dieser Körperbewirtschaftungsexperten im Durchschnitt bei ca. 47 Jahren im Jahr 2009, was ebenfalls tendenziell eine Überalterung darstellte (vgl. Walker/Poley/Ricketts 2010: 1f.; eigene Berechnung).

because it's a good business [...]“ (Int. 6, Z. 386-388) Schließlich sind die internationalen Patienten offenbar bereit, jeden Preis für das in Beverly Hills gebotene Service- und Qualitätsniveau zu zahlen. Eine Expertin formuliert dies mit folgenden Worten: „**Absolutely, money is usually no object.**“ (Int. 14, Z. 50; Hervorh. im Orig.) Dass die Bewirtschaftungskosten schlichtweg keine Rolle für diese Patientenklientel spielen, wird auch bei Baum (2014) genannt (vgl. Baum 2014: o.S.). So führt Baum (2014) aus, dass „the type of patients who come to Beverly Hills from overseas tend not to be affected by price, say doctors (who, among the A-list, can pull in annual incomes of up to the mid-single-digit millions). And they frequently pay in cash.“ (Baum 2014: o.S.)

Um diese Ausrichtung der Praxisstrukturen mit dem damit verbundenen Geschäftsmodell vornehmen zu können, stehen den Schönheitschirurgen entsprechende Konferenzen bzw. Tagungen zur Verfügung, die die Schönheitschirurgen auf dieses Geschäft vorbereiten bzw. diesen, die dafür notwendigen Informationen zur Verfügung stellen. Zusätzlich erhalten die Schönheitschirurgen dort entsprechende Schulungen auch im Bereich des Marketings. Die folgende Aussage eines Experten belegt dieses: „[...] I know that there are now conferences and are specifically addressed to us. But I think those are offered oriented taught marketing and how to get the patients from those countries.“ (Int. 3, Z. 31-33) Im Hinblick auf die geschäftliche Ausrichtung im Rahmen der Internationalisierung des Dienstleistungsangebots der in Beverly Hills praktizierenden Schönheitschirurgen, sind diese dazu angehalten, entsprechende „Accommodations“ zu machen. Dabei geht es vor allem darum, dieser Patientenklientel bei der Planung ihres Aufenthalts behilflich zu sein, sofern diese keine Familienangehörigen oder anderweitigen Bekannten vor Ort haben, die sich um Dinge wie Transport, Hotel, Aftercare etc. kümmern. Eine Expertin beschreibt dies folgendermaßen:

„Well, we understand that they are not at home, when they come here. So they are in a foreign country, but lot of them, when they come here, they already have some relatives, you know, or some friends or you know, they are not coming here, not knowing anyone lot of times. So they have people they can stay with and things like that. But if they don't know anyone and then we make sure that, you know, they are in a nearby hotel, we make sure that they are comfortable, we make sure that they know where to go to eat. We try to accommodate their travel accommodation needs, to make them feel comfortable. So there is some extra pampering you have to do for those patients.“ (Int. 12, Z. 215-222)

Bei der Planung des Verlaufsprozesses sind die Angestellten des Schönheitschirurgen im besonderen Maße behilflich. Schließlich verfügen diese Angestellten über ein entsprechendes Qualifikationsniveau, um die Bedürfnisse der Patienten angemessen zu befriedigen, wie eine Expertin betont: „[...] we have what we call consultants in the plastic surgery department and these consultants work with, um, each patient directly, so whether they are from local or from

another county, another state or internationally. Um, they are trained to be able to help whatever they need.“ (Int. 12, Z. 31-33) Somit wird den Angestellten des Schönheitschirurgen bei der Ausrichtung auf die internationalen Patienten eine besondere Rolle zuteil. So müssen diese eine gewisse Kompetenz haben sowie über eine gewisse Persönlichkeit und über entsprechende Charaktereigenschaften verfügen, was die Interaktion mit den Patienten erleichtert. Zumeist handelt sich dabei um solche Eigenschaften einer Person, die sich mittels entsprechender Trainings nicht erlernen lassen, wie Herzlichkeit und Hilfsbereitschaft. Auf diese Persönlichkeitsmerkmale und allgemein auf die Persönlichkeit von Angestellten, die für das Geschäftsmodell Schönheitsoperationen relevant sind, weist eine Expertin explizit hin:

„Well, I would say from (.) the administrative side, I really feel like, you know, when I would look to hire anybody yet, administrative side, it would be for me, (.) I could teach them, if they didn't know enough about plastic surgery, I can teach that. But you can't teach somebody how to be a nice person. You can't teach them how to be, you know, friendly. You know, for me when I would go, I had a long list like three pages of interview questions because I would rather spend an hour on the interview. I mean a lot of the people that I hired, they have been here a long, long time and where they have, um, you hear the surgery center, because they have the right attitude. You know, you have to be able to be a people person and you have to want help people. And I think on the nursing side obviously, they have to have the clinical qualifications for nursing. But you know, there are some nurses who are not very nice people or there are other nurses who are really handsome. And this clientele, you know, they are not sick, they don't have to have the surgery. They could go spend the money on a trip to Europe or on a new carpet in their house. I mean they don't have to have a facelift or breast augmentation. So, we, you know, really it's about finding a person who can, you know, have empathy, you know, and, um, who is patient and wants truly help. And not, you know, some places you go and you feel like you are bothering them (laughs), you know. I am trying to give you money, but they are rude, you know.“ (Int. 13, Z. 23-39)

Zudem ist für Angestellte, die bei Schönheitschirurgen beschäftigt sind, wichtig, dass diese keinerlei Vorbehalte gegenüber Schönheitsoperationen haben, also keine Mentalitätsprobleme vorhanden sind. Diesbezüglich erklärt eine Expertin:

„Yeah and so, you know, here it's more really what sets this clinic apart, what has always been something that we focussed on, you know, finding the right fit. Then these are gonna be people (.), who don't have, um, a problem with (.) like any philosophical problem with plastic surgery. Because there are people out there who would say, 'Oh, I would never work there because I don't believe in plastic surgery.'“ (Int. 13, Z. 44-48)

Nichtsdestotrotz besteht die Möglichkeit, die Angestellten von Schönheitschirurgen im Umgang mit den Patienten zu trainieren. Es geht dabei vor allem darum, den Angestellten zu vermitteln, dass es sich nicht um Patienten im eigentlichen Sinn handelt, die entsprechende medizinische Eingriffe aufgrund einer vorliegenden medizinischen Indikation durchführen lassen.

Die Durchführung von Schönheitsoperationen basiert auf der Freiwilligkeit des Individuums, also ohne dass eine medizinische Indikation zugrunde liegt, wie eine Expertin anmerkt: „We also work with doctors to help train their staff on how to handle an aesthetic patient with the premise that these people are not sick people. They don't need to see a plastic surgeon, they want to see a plastic surgeon and they generally are paying cash for services.“ (Int. 2, Z. 15-18) Schließlich ist der Schönheitschirurg bei der Ausrichtung auf das Geschäftsmodell mit internationalen Patienten auf hochqualifizierte Angestellte angewiesen, wie eine Expertin zum Ausdruck bringt: „Well, I say, I can make your phone ring, but I can't answer. Whoever answers your email or your telephone should be top-notch.“ (Int. 2, Z. 427-428) Trotzdem besteht oftmals das Problem, dass die Angestellten des Schönheitschirurgen über ein geringes Qualifikationsniveau verfügen. Eine Expertin drückt dies folgendermaßen aus: „I think that, you know, the patients, the internal staff is (.) the coordinators that are doing the closing, they are not educated enough to, um, perhaps I think ask the right questions and really get down to the needs of the patient.“ (Int. 4, Z. 90-92) Letztlich geht es aber vor allem darum, dass die Schönheitsoperationen unter Wahrung des größtmöglichen Komforts erfolgen und die Bedürfnisse der Patienten vom Schönheitschirurgen und dessen Angestellten beachtet werden (vgl. Firouz Institute of Aesthetic & Plastic Surgery o.J.: 5).

Bei diesen „Accommodations“ geht es auch darum, diesen Patienten einen gewissen Standard zu bieten. Schließlich gehören diese Patienten zur „Oberschicht“ der Gesellschaft, sodass diese auch ein gewisses Anspruchsdenken haben, was gerade in Beverly Hills befriedigt werden kann. Dazu stellt eine Expertin fest: „I think that money speaks. So, I think that especially in a city like Beverly Hills, that there are systems set up for them to accommodate this and they would expect that level of service. These are people who are not flying commercial jets, you know, who are not flying first class and not sitting in the economy.“ (Int. 8, Z. 98-101)

Die Schönheitschirurgen versuchen, mit den dargelegten „Accommodations“ den internationalen Patienten ein besonderes Erlebnis zu bieten, bei denen der größtmögliche Komfort im Vordergrund steht und eine besondere Interaktionsbeziehung existiert. Letztlich geht es um die Erbringung von sogenannten „Concierge Services“, bei denen der internationale Patient eine individuelle Rundum-sorglos-Betreuung genießt. Diesbezüglich soll auch sichergestellt werden, dass der Patient seine Entscheidung für eine Schönheitsoperation nicht zur Disposition stellt. Ebenso wird versucht, dass das Wohlergehen des Patienten über alles steht, wozu entsprechende Angestellte benötigt werden. Dieses wird in der folgenden Aussage einer Expertin dokumentiert:

„Well, I think (.) extra patience and they are the people who are expecting, you know, the

highest level of service. Just like the most expensive hotel or the most expensive, you know, almost like a private concierge, you know. We actually, a couple different times over the year here at the surgery center, we thought about having a person who is almost just did nothing, but almost be a concierge, you know. Because (.) you want to make sure they are happy and they are not uncomfortable, you know, whether here in the clinic, but you really need especially for people overseas or people even if they are travelling from Kansas to San Diego, you still need that one-on-one connection because (.) the longer people have to wait for something to happen, the more likely they might change their mind and do something different. And so they have to know, they have like a partner on the other side, so that person has to be, you know, really good in communication, really good at unique kind of customer service, making them feel special.“ (Int. 13, Z. 64-74)

Es geht also darum, den Patienten ein Gefühl zu vermitteln, dass sie ganz besondere Patienten sind und eine dementsprechende Betreuung erfahren, wie eine Expertin einräumt:

„Because they were if they gonna come all this way, then we have to feel like we were taking extra care with them (..) because it may be a lot easier for them just to stay home and do it at their home, you know, in their own city, you know. So it's kind of like, 'Why would you come here? Because we have excellent surgeons and we have excellent staff which is been to be there for you every step of the way.' So it's, I think, they wanna feel like they are being taking care of and throughout the whole process, not just the day of or the day after, it's got to be everything line up for them and they were anticipating what's happening next.“ (Int. 13, Z. 280-287)

Infolgedessen werden im Rahmen dieser „Accommodations“ die wesentlichen Dinge, wie die Flugbuchung, vom Schönheitschirurgen bzw. durch dessen Angestellte vorgenommen, worauf eine Expertin hinweist:

„I think they want (.) things done for them. Like they don't wanna have to (.) be told, like if we said, 'Okay, we gonna do this now.' You need to call your hotel and they are more expecting on overall or expecting us to do things for them as much as possible. I mean we were booking their airfare, but I mean, you know, we tried to make it as easy as possible.“ (Int. 13, Z. 277-280)

Sofern der Schönheitschirurg oder dessen Angestellte diese offerierten „Accommodations“, also gerade die Hotel- und Flugbuchung, nicht selbst erbringen, wird dieses an externe Dienstleister outgesourct (vgl. Baum 2014: o.S.). Die Ausrichtung auf diese Patienten hat mitunter auch dazu geführt, dass die Schönheitschirurgen eine besondere Beziehung zu dieser Patientenklientel aufgebaut haben und auch gemeinsame Unternehmungen vorgenommen wurden, wie gemeinsame Einkaufstouren am Rodeo Drive. Dieses wird anhand der folgenden Aussagen einer Expertin deutlich: „I think there are some offices that really build the relationships with these patients and they go shopping with them and spend time with them.“ (Int. 4, Z. 273-275) Die enge Patientenbindung wird auch daran deutlich, dass die Praxen der Schönheitschirurgen

über entsprechende Softwareprogramme verfügen, in denen sich persönliche Notizen zu den einzelnen Patienten befinden. Darunter befinden sich auch mitunter sehr persönliche Dinge der Patienten. Diese Notizen werden seitens des Schönheitschirurgen und dessen Angestellten dazu genutzt, eine äußerst enge, ja gar familiäre Patientenbindung zu erzielen. Diese enge Patientenbindung wird in der folgenden Aussage einer Expertin beschrieben:

„[...] we have a software system, where we put in notes about the patients, to help us remember, so that if Dolly calls and then like, ‘Oh, who is Dolly?’ You know, I saw forty patients last week, how I remember who Dolly is. But I can go look, pull it up and say, ‘Oh, here is Dolly, she is getting married.’ There is what she is worried about and then, so we are really, I think an office that has to (...) give themselves some little like notes on something, so that those patients feel like we are part of their family. Because we want to get to know them, that part is easy. But at the very beginning, because they doubt what would be on the phone and somebody went on to say, ‘Oh, hi Dolly, how are you? You are getting excited for the wedding.’ And then they go, ‘Oh, you remember me!’ They are really genuinely happy that you, you know, can remember about them. You have to have internal processes that give you (...) structured photos or notes or you know, different things.“ (Int. 13, Z. 75-85)

Die Ausrichtung des Geschäftsmodells auf internationale Patienten zeigt sich insbesondere anhand der Webseiten der Schönheitschirurgen, da diese einen sogenannten Bereich für „Out of Town Patients“ enthalten. Dieser Bereich beinhaltet alle relevanten Informationen zu einer potenziellen Schönheitsoperation in Beverly Hills (vgl. Cassileth Plastic Surgery 2016: o.S.). Auf einen solchen Webseitenbereich wird in der folgenden Aussage einer Expertin hingewiesen: „So when they come here, we need to have a specific international traveller, you know, banner ad that has all information on it and where they can stay, you know.“ (Int. 12, Z. 363-365) Ebenso haben die Schönheitschirurgen auch eine Broschüre für die internationalen Patienten aufgelegt, in denen diese die internationalen Patienten über deren Angebot an sogenannten „Accommodations“ informieren, wie Sonderkonditionen bei Hotels oder spezifische Angebote in der postoperativen Versorgung. Darauf wird in der folgenden Aussage einer Expertin Bezug genommen: „So we have a list of, ah, hotels on our website plus in our pre-op booklet. There are hotels, special rates we have with the hotels, aftercare, different nurses, we even have a post-op massage, a lymph drainage massage, we have people that we work with for that.“ (Int. 13, Z. 335-337) Zusätzlich zu dieser Broschüre erhalten die Patienten auch den sogenannten „Surgical Guide“, in dem entsprechende Informationen bezüglich der nachgefragten Ethnochirurgie enthalten sind und der de facto eine Gebrauchsanleitung für den bevorstehenden Eingriff darstellt (vgl. American Society of Plastic Surgeons 2014: 1-28; Fisher 2008: 1-29). Dieses wird in der folgenden Aussage einer Expertin dargelegt: „[...] we send something to the patients that are basically their surgical guide.“ (Int. 13, Z. 204-205)

Ebenso spielt bei der Ausrichtung auf internationale Patienten auch die Einbeziehung moderner Kommunikationstechnologien eine wichtige Rolle. Dabei hat dies zu einer globalen räumlichen Verdichtung geführt. D.h. den Patienten stehen im Rahmen des Internetzeitalters wesentlich mehr Informationen in wesentlich kürzerer Zeit zur Verfügung. Dadurch wird ermöglicht, dass die potenziellen Patienten sich einen ersten Überblick verschaffen, u.a. über den Schönheitschirurgen, über das Ergebnis von bestimmten Eingriffen etc. Diese Veränderungen durch das Internet und die dadurch einhergehende Digitalisierung wird folgendermaßen durch eine Expertin beschrieben:

„Well, you know, (.) I mean with the web and like the fact that I know, there are apps on your phone. You know, right on your phone, you don't even have to have somebody professional do it for you. Um, so I think, you know, we have so much access to so much information and our fingertips all the time and you know, it's like, you know, maybe twenty, thirty years ago (.) you might not even, maybe there would be one doctor doing a special procedure, but nobody would ever really know about it. Now you find out in five minutes, you can find out who does it, where to go, how good they are, you know, so because the world is kind of with technology become smaller in a way that the patients are more aware of what are the possibilities. You know, some of those possibilities may have existed before, but they know and now they think, 'Oh, really, I can do that, what is that look like?' And they can see pictures instantly of what they would look like or what other people have done and here is the before and after. When I started in this business, (..) you would have to see before and after pictures, we didn't have websites here. (laughs)“ (Int. 13, Z. 113-125)

Stellvertretend für das Internetzeitalter und die damit einhergehenden Veränderungen für den Schönheitschirurgen bei internationalen Patienten zeigen sich vor allem durch die Nutzung von Skype im Rahmen der Konsultation des Patienten mit dem Schönheitschirurgen, wie eine Expertin hervorhebt: „There's a lot now with them Skype consultation.“ (Int. 2, Z. 217) Das Internetzeitalter und die damit verbundenen Möglichkeiten haben dabei den klassischen Ablaufprozess ersetzt, sodass die internationalen Patienten nicht mehr ein Jahr im Voraus einen solchen Eingriff generalstabsmäßig planen müssen. Diese signifikanten Veränderungen im zeitlichen Ablaufprozess und die so bedingte zeitliche Ersparnis werden in der folgenden Aussage einer Expertin zum Ausdruck gebracht:

„Yeah, so that's really helped with having a consultation with a doctor before you make the trip over here. Okay, what we have seen, where people come out one year. They do a consultation, they have their vacation and then they come out the second year for a longer period of time, they book and they plan, they plan their recovery, they plan their nurses, you know, it's a well thought out procedure.“ (Int. 2, Z. 222-226)

Letztendlich wird die Kommunikation durch moderne Kommunikationstechnologien wesentlich vereinfacht und zugleich erfolgt eine temporäre Beschleunigung des gesamten Ablaufprozesses, wie eine Expertin darlegt: „[...] I mean when you have email and you have, I mean we have, it's easier, everything is easier because you can communicate so much quicker with them. Um, you know, technology has made that communication process a lot better.“ (Int. 13, Z. 196-198) Bei der Kommunikation mit den internationalen Patienten ist jedoch zu bedenken, dass hierbei die größten Probleme bestehen, worauf ein Experte hinweist: „There is always a communication issue. You know, you wanna make sure that you can communicate with the patient. Communication is the biggest issue.“ (Int. 3, Z. 305-306) Im besonderen Maß zeigt sich diese technologische Beschleunigung des Ablaufprozesses auch daran, dass es erst ab den 1990er Jahren die Webseiten von Schönheitschirurgen gab. Die Webseiten haben dazu geführt, dass die potenziellen Patienten nicht mehr zwangsläufig in die Praxis des Schönheitschirurgen kommen mussten, um sich in dem dortigen „Picture Book“ über das Qualitätsniveau von Schönheitsoperationen zu informieren, sondern all dieses nun auf der Webseite des Schönheitschirurgen zu finden war. Diese Veränderungen im Zugang zu Schönheitsoperationen durch das Internet werden in der folgenden Aussage einer Expertin dokumentiert:

„So, you have to go make the appointment, you know, and I mean, I think our first website, we put up in nineteen ninety-five. So I started in nineteen ninety-one and so if you wanna to go see (.) what a facelift look. But to see pictures, you have to go into the office and look at the picture book. And that was that doctor's picture book. Now in two seconds you have.“ (Int. 13, Z. 130-133)

Bei der Ausrichtung auf internationale Patienten geht es explizit darum, deren Bedürfnisse angemessen zu erfüllen, also auch deren kulturelle Gepflogenheiten zu berücksichtigen. Dabei ist jedoch zu beachten, dass Patienten aus unterschiedlichen Kulturräumen oder aufgrund ihres gesellschaftlichen Status unterschiedliche Anstrengungen seitens des Schönheitschirurgen und dessen Angestellten verlangen. Dabei geht es mitunter um die Wahrung der Privatsphäre oder um Aspekte des Personenschutzes bzw. der Sicherheit. Ein Experte fasst diese Sonderanforderungen in Worte:

„Well, there are of course differences in the sensibilities of different cultures. For western cultures like Europeans or even Asian patients or patients from this country not much accommodation needs to be done. But sometimes the special people from the Middle East or Africa, they do have certain privacy requirements. The big difference is really coming people who are in the public eye. Celebrities or politicians who need security details and absolute anonymity beyond what normal people require. So that's really were, you know, special handlings require. Celebrities in this country do this in some extent.“ (Int. 3, Z. 19-25)

Derartige Anforderungen werden durch die innenarchitektonische Gestaltung der Praxis des Schönheitschirurgen berücksichtigt. Dadurch wird vor allem die Privatsphäre der dortigen Patienten gewahrt. Von besonderer Bedeutung für die Wahrung der Privatsphäre sind dabei die Hinterein- und Hinterausgänge. Dieses konnte im Rahmen der teilnehmenden Beobachtung festgestellt werden:

„Der Wartebereich, der als Ort der Beobachtung dient, ist dabei zugleich der Empfangs- und Eingangsbereich der Praxis, in den das Büro der Empfangsdame integriert ist und zu den weiteren Räumen der Praxis besteht eine räumlich-architektonische Trennung mittels einer Tür. Zu den Räumen gehören u.a. die Besprechungszimmer, der Aufenthalts- bzw. Personalraum, die Toiletten, das Büro der Praxismanagerin und des Schönheitschirurgen und die Behandlungszimmer. Dabei sind die hinter dieser Tür gelegenen weiteren Räumlichkeiten sind aus dem Wartebereich nicht einsehbar, sodass die Privatsphäre der Patienten gewahrt wird. Zudem existiert diesbezüglich auch noch ein Hinterausgang, von dem die Patienten ungesehen Praxis erreichen können.“ (Beo. 2, Z. 3-11)

Hingegen spielt bei der Ausrichtung auf internationale Patienten ein Kundenbindungsprogramm eine eher untergeordnete Rolle. Ein solches Programm ist vielmehr für nationale Patienten von Relevanz, wie eine Expertin anführt: „The loyalty program is important for local people, but for international people not really, they don't really care.“ (Int. 12, Z. 361-362) Solche Kundenbindungsprogramme basieren auf dem Prinzip, dass die Patienten eine entsprechende Punktezahl für einen Eingriff erhalten, welche diese im Rahmen weiterer Eingriffe einlösen können (vgl. Josef Hadeed Plastic Surgery 2015: o.S.).¹²⁰ Zusätzlich zum Kundenbindungsprogramm des Schönheitschirurgen offerieren Schönheitschirurgen auch die Mitgliedschaft in den Kundenbindungsprogrammen der Medizinproduktehersteller, bei dem die Patienten ebenfalls pro Eingriff mit dem jeweiligen Produkt des Medizinprodukteherstellers Punkte

¹²⁰ Die „Loyalty Programs“ der Schönheitschirurgen und der Medizinproduktehersteller basieren auf dem Konzept des „Customer Relationship Management“, wodurch der Schönheitschirurg bzw. die Medizinproduktehersteller aus finanziellem Interesse den Versuch unternehmen, eine konstante Interaktionsbeziehung zu dem Patienten bzw. dem Konsumenten aufzubauen und somit eine Kundenbindung mitsamt der dazugehörigen kundenspezifischen Bedürfnisbefriedigung zu erreichen (vgl. Chen/Popovich 2003: 685f.). Die Schlüsselposition der Patienten bzw. der Konsumenten zeigt sich nämlich daran,

„[...] that the relationship between satisfaction and customer retention is moderated by the *relationship quality* construct and must be interpreted as *nonlinear*. Relationship quality has been introduced as a three-dimensional variable that incorporates the customer's product- or service-related quality perception, the customer's trust, and his or her relationship commitment.“ (Hennig-Thurau/Klee 1997: 758; Hervorh. im Orig.)

Der Erfolg eines solchen „Customer Relationship Management“ ist nach Hennig-Thurau/Klee (1997) somit ausschließlich vom Patienten bzw. vom Konsumenten abhängig, inwiefern dieser mit der erbrachten Leistung bei der Körperbewirtschaftung mittels Schönheitsoperationen zufrieden ist, da nur ein zufriedener Patient bzw. Konsument das Interesse hat, eine Interaktionsbeziehung zum Schönheitschirurgen bzw. Medizinproduktehersteller einzugehen, sodass sich daraus eine Kundenbindung ergibt (vgl. Hennig-Thurau/Klee 1997: 758).

sammeln können, die wiederum eingelöst werden können (vgl. Josef Hadeed Plastic Surgery 2016a: o.S.). Des Weiteren bieten die Schönheitschirurgen ein Bonusprogramm an, bei dem die Patienten entsprechende Punkte sammeln können, wenn diese für den Schönheitschirurgen persönliche Empfehlungen aussprechen und diese Patienten der Empfehlung folgen und letztendlich diesen Schönheitschirurgen zur Durchführung der Schönheitsoperation aufsuchen (vgl. Josef Hadeed Plastic Surgery 2016b: o.S.).

Im Rahmen der Ausrichtung des Geschäftsmodells auf internationale Patienten profitieren die Schönheitschirurgen davon, dass der Flughafen Los Angeles International (LAX) sich ebenfalls immer stärker auf die Bedürfnisse von Passagieren der „Oberschicht“ ausrichtet. Dies erfolgt dadurch, dass diesen Passagieren für eine Gebühr von jeweils 1.800 US-Dollar die Möglichkeit offen steht, ein extra Terminal zu benutzen, das über eine spezielle Luxusausstattung verfügt (vgl. Lovett 2015: o.S.; Weikel 2015: o.S.). Dieses Terminal befindet sich abseits von den anderen Terminals, sodass ein Reisen unter höchsten Sicherheitsstandards und in absoluter Anonymität gewährleistet ist, da in diesem Terminal alle sonst üblichen Vorgänge an einem Flughafen wie Check-In, die Gepäckaufgabe sowie die Sicherheits- und Passkontrolle erfolgen (vgl. Lovett 2015: o.S.; Weikel 2015: o.S.). Außerdem werden zusätzlich zu diesem räumlich abgelegenen Terminal am Flughafen Los Angeles International (LAX) auch in den übrigen Terminals bestimmte räumlich abgetrennte Bereiche für die „Oberschicht“ zur Verfügung gestellt, in dem die Fluggesellschaften mithilfe dieser Bereiche ebenfalls absolute Anonymität sicherstellen und entsprechenden Luxuskomfort bieten (vgl. Abramovitch 2015: o.S.; Martin 2015: o.S.).

Zusätzlich spielt bei der Bedürfnisbefriedigung der internationalen Patienten auch die Wahl des Praxisstandorts innerhalb von Beverly Hills eine entscheidende Rolle. Der beste Praxisstandort befindet sich im „Medical Building“ mit der Adresse 120 South Spalding Drive, da sich direkt auf der gegenüberliegenden Straßenseite das „Mosaic Hotel“, ein Luxushotel, befindet, sodass die Patienten einfach fußläufig durch Überquerung der Straße das „Medical Building“ wie auch das Luxushotel erreichen können. Ein Experte drückt die Besonderheit dieses Praxisstandorts folgendermaßen aus: „[...] The Mosaic Hotel. [...] Many people stay there and they come over sometimes every day and then they see us, we check them up and they feel very comfortable. But they are far away from home. For us that is very important that those people feel at home, they know somebody.“ (Int. 3, Z. 198-200)

Neben dem „Mosaic Hotel“ wird ein weiteres Luxushotel, in diesem Fall das „Peninsula Hotel“ von dieser Patientenklientel präferiert, worauf Baum (2014) hinweist (vgl. Baum 2014: o.S.). Zudem ist bei der Wahl des Praxisstandorts zu beachten, dass die Multikulturalität gewährleistet ist. D.h., dass die internationalen Patienten keinen Kulturschock erleiden. Damit

einher geht, dass sich in der Metropolregion Los Angeles Schönheitschirurgen unterschiedlicher ethnischer Abstammung angesiedelt haben, sodass für die internationalen Patienten die Möglichkeit besteht, einen Schönheitschirurgen derselben Ethnie aufzusuchen und somit keine soziokulturellen Differenzen auftreten. Zugleich erhalten die internationalen Patienten das bestmögliche auf dem globalen Körperbewirtschaftungsmarkt erhältliche Qualitäts- und Qualifikationsniveau, welches in deren Herkunftsländern oftmals nicht verfügbar ist. Die Multikulturalität des Praxisstandorts und die damit einhergehenden interkulturellen Kompetenzen für das Geschäft mit internationalen Patienten werden in der folgenden Aussage einer Expertin dargelegt:

„I think that for the Asians, I mean mostly South Koreans and Chinese, then it's just closer. It's like, um, it's one flight over, the weather is very good and there is a large Chinese population here, too. So for example, if I wanna a doctor, who speaks my specific dialect, I can probably find them and they would be American trained. I would feel like I am at home, but I have an access to medical care that is American quality because there is still a very big distrust in the Chinese government. Also the local Chinese have a lot of distrust in their own government in the healthcare system and a lot of criticism. So there is a little bit more trust with the healthcare system in the U.S. So, what I want to say, that that's probably if I also wanna to go for. There is not much culture shock because you just go to East L.A. and everything is in Chinese. You don't even have to read English, you just go there and it's maybe half an hour drive and everything is in Chinese or you go to Koreatown and everything is in Korean. You don't even have to learn the language, there is no cultural gap. So, I think that that's more privileged in Los Angeles than say Hawaii or even New York City.“ (Int. 8, Z. 136-148)

Die Ausrichtung auf internationale Patienten wird insbesondere anhand der Aftercare-Einrichtungen deutlich, die sich zumeist in Luxushotels befinden, wo die postoperative Versorgung, also die Erstversorgung, nach der Schönheitsoperation erfolgt. Sofern keine Aftercare-Einrichtung genutzt wird, nutzen die internationalen Patienten eine Private Duty Nurse. Dabei sind die nationalen Patienten auf derartige Versorgungsmöglichkeiten nach einer Schönheitsoperation nicht angewiesen. Eine Expertin formuliert dies mit folgenden Worten:

„Yeah, they have a hotel, but they have a super section in the hotel that's for VIP patients and it is, um, staffed by nurses or nurse assistants, so they know what to look for, for bleeding or for other complications of surgery, so there is particularly are tailored for that kind of audience. So I think that, um, if you are a local patient, you can probably just go home, but for a lot of international patients, they will choose this option or a private duty nurse.“ (Int. 8, Z. 89-93)

Die Aufenthaltsdauer in solchen Aftercare-Einrichtungen und die entsprechende Versorgung durch eine Private Duty Nurse hängen dabei von der Art der Schönheitsoperation ab und wie

sich der individuelle Heilungsverlauf gestaltet (vgl. Fisher 2008: 13-16). Hierbei ist zu anzu-merken, dass es letztendlich einer Standardisierung bei der postoperativen Versorgung der je-weiligen Schönheitsoperationen bedarf und generell Patienten zwischen 1 und 3 Tagen, also im Durchschnitt 2 Tage, auf externe Hilfsdienstleistungen im Rahmen einer Aftercare-Einrichtung oder einer Private Duty Nurse angewiesen sind (vgl. Fisher 2008: 10; Serenity After Care 2009a: o.S.; Serenity After Care 2009b: o.S.; Serenity After Care 2009c: o.S.; Serenity After Care 2009d: o.S.).

Zu den Aftercare-Einrichtungen, die von den Schönheitschirurgen in Beverly Hills ge-nutzt werden, gehören „Serenity After Care“ im „Berkley East“ einer Gesundheitseinrichtung in Santa Monica, „Trinity Aftercare“ im Hotel „Langham Huntington“ in Pasadena sowie „Cos-medtique Post-Op Care“ im Hotel „Residence Inn by Marriott Beverly Hills“, „Pearl Recovery Retreat“ im „SLS Hotel Beverly Hills“ und „Majestic Recovery“ im Hotel „Angeleno“, welche sich alle in Los Angeles befinden (vgl. Cosmedtique Post-Op Care o.J.a: o.S.; Cosmedtique Post-Op Care o.J.b: o.S.; Gibbons 2014: 54; Komaiko 2012: o.S.; Majestic Recovery 2008b: o.S.; Pearl Recovery Retreat 2015: 12; Pike 2014: o.S.; Serenity After Care 2009c: o.S.; Sere-nity After Care 2009d: o.S.; Stovall 2012: 30; Trinity Aftercare 2013a: o.S.; Yoo 2004: 44).¹²¹

Jedoch befindet sich keine der Aftercare-Einrichtungen in Beverly Hills und damit in unmittelbarer Nähe zu den Praxen der Schönheitschirurgen, sodass die Patienten nach einer Schönheitsoperation in die außerhalb von Beverly Hills liegenden Aftercare-Einrichtungen transportiert werden müssen (vgl. Cosmedtique Post-Op Care o.J.a: o.S.; Cosmedtique Post-Op Care o.J.b: o.S.; Gibbons 2014: 54; Komaiko 2012: o.S.; Majestic Recovery 2008b: o.S.; Pearl Recovery Retreat 2015: 12; Pike 2014: o.S.; Serenity After Care 2009c: o.S.; Serenity After Care 2009d: o.S.; Stovall 2012: 30; Trinity Aftercare 2013a: o.S.; Yoo 2004: 44). Die funk-tionale Ausdifferenzierung hat bei den Aftercare-Einrichtungen zur Entstehung und Entwicklung von zwei Grundtypen bezüglich des postoperativen Versorgungsmanagements geführt, in denen die postoperative Versorgung auf der Basis unterschiedlicher geschäftlicher Ausrichtun-gen, der dargebotenen Service- und Qualitätsstandards und der jeweiligen Lokalität, in der sich die Aftercare-Einrichtung befindet, erfolgt. So gibt es den Typ der medizinisch-orientierten Af-tercare-Einrichtung, wozu „Serenity After Care“ gehört und den Typ der luxuriös-orientierten Aftercare-Einrichtung, zu denen „Trinity Aftercare“, „Pearl Recovery Retreat“, „Cosmedtique Post-Op Care“ und „Majestic Recovery“ gehören (vgl. Cosmedtique Post-Op Care o.J.a: o.S.;

¹²¹ Für das „Residence Inn by Marriott Beverly Hills“, in dem sich die Aftercare-Einrichtung, „Cosmedtique Post-Op Care“ befindet, ist anzumerken, dass, obwohl dieses Hotel den Namen „Beverly Hills“ im Hotelnamen führt, sich dieses Hotel entsprechend der Postanschrift nicht in Beverly Hills befindet, sondern in Los Angeles (vgl. Cosmedtique Post-Op Care o.J.a: o.S.; Cosmedtique Post-Op Care o.J.b: o.S.; Residence Inn by Marriott Beverly Hills: 2017: o.S.).

Cosmetique Post-Op Care o.J.b: o.S.; Gibbons 2014: 54; Komaiko 2012: o.S.; Majestic Recovery 2008a: o.S.; Majestic Recovery 2008b: o.S.; Majestic Recovery 2008c: o.S.; Majestic Recovery 2008d: o.S.; Pearl Recovery Retreat 2015: 2-12; Pike 2014: o.S.; Serenity After Care 2009a: o.S.; Serenity After Care 2009b: o.S.; Serenity After Care 2009c: o.S.; Serenity After Care 2009d: o.S.; Serenity After Care 2009e: o.S.; Serenity After Care 2009f: o.S.; Stovall 2012: 28, 30, 32; Trinity Aftercare 2013a: o.S.; Trinity Aftercare 2013b: o.S.; Yoo 2004: 44). Auf diese Klassifizierung in zwei Typen von Aftercare-Einrichtungen, also den medizinisch-orientierten Typ und den luxuriös-orientierten Typ, verweist auch Pike (2014) in der Abhandlung zur postoperativen Versorgung in Los Angeles County (vgl. Pike 2014: o.S.). Zudem ist in Abhängigkeit von der Herkunft der Patienten in den Aftercare-Einrichtungen zu sagen, dass beispielsweise in der Aftercare-Einrichtung „Pearl Recovery Retreat“ ein Verhältnis von 60 Prozent nationaler Patienten zu 40 Prozent internationaler Patienten besteht (vgl. Komaiko 2012: o.S.; eigene Berechnung).

In diesen genannten Aftercare-Einrichtungen werden die Patienten durch Pflegepersonal betreut, deren Tätigkeitsschwerpunkt ausschließlich in der postoperativen Versorgung nach Schönheitsoperationen liegt, wenngleich es auch bestimmte Unterschiede bezüglich des Betreuungsverhältnisses, der Kapazität, den Besuchszeiten, den Zimmerkategorien, den Unterbringungskosten und weiteren Angeboten, wie Massagen, Essensmenüs, Fahrdienstleistungen etc. zwischen den jeweiligen Aftercare-Einrichtungen gibt (vgl. Cosmetique Post-Op Care o.J.a: o.S.; Cosmetique Post-Op Care o.J.b: o.S.; Gibbons 2014: 54; Komaiko 2012: o.S.; Majestic Recovery 2008a: o.S.; Majestic Recovery 2008b: o.S.; Majestic Recovery 2008c: o.S.; Majestic Recovery 2008d: o.S.; Pearl Recovery Retreat 2015: 2-12; Pike 2014: o.S.; Serenity After Care 2009a: o.S.; Serenity After Care 2009e: o.S.; Serenity After Care 2009f: o.S.; Stovall 2012: 28, 30, 32; Trinity Aftercare 2013a: o.S.; Trinity Aftercare 2013b: o.S.; Yoo 2004: 44).

Im Hinblick auf die Aftercare-Einrichtungen ist festzustellen, dass die Schönheitschirurgen in Beverly Hills vielfach eine gewisse Präferenz für eine bestimmte Aftercare-Einrichtung haben, nämlich für „Serenity After Care“, wie ein Experte betont: „We usually use Serenity.“ (Int. 3, Z. 315) Die Präferenz für eine bestimmte Aftercare-Einrichtung durch die Schönheitschirurgen, in diesem Fall „Serenity After Care“, wird darin begründet, dass diese Aftercare-Einrichtung ein höheres Qualitätsniveau als die übrigen Aftercare-Einrichtungen bietet, in dem die dortige postoperative Versorgung sich an medizinischen Prinzipien orientiert. Dieses Rechtfertigungsnarrativ wird in der folgenden Aussage eines Experten angewandt: „I prefer Serenity because it’s an institution and it’s not quite as luxurious, but it’s more medical. I really worry about the medical aspect and of the safety and the medicine are being on hand and the monitoring. So I think the better offer and you are safer with Serenity.“ (Int. 11, Z. 126-128)

Dasselbe Rechtfertigungsnarrativ wird auch bei Pike (2014) im Rahmen der Gegenüberstellung der Aftercare-Einrichtungen bezüglich deren Ausstattungsgrad und Grundausrüstungen genannt (vgl. Pike 2014: o.S.). Ein weiterer Grund für die Präferenz für „Serenity After Care“ oder eben für „Pearl Recovery Retreat“ bei den Aftercare-Einrichtungen hat auch vielmehr damit zu tun, dass deren Eigentümer den Schönheitschirurgen eine Provision zahlen, wenn deren Patienten eine der beiden Aftercare-Einrichtungen für die postoperative Versorgung in Anspruch nehmen.¹²² Dieses System der Provisionszahlungen ist im Rahmen der teilnehmenden Beobachtung in der Praxis des Schönheitschirurgen deutlich geworden: „Außerdem hätte man dann von einer der beiden Aftercare-Einrichtungen eine Provisionszahlung durch die Betreiber der jeweiligen Aftercare-Einrichtung Serenity oder Pearl Recovery Retreat erhalten.“ (Beo. 2, Z. 142-144)

Manchmal stellen die Schönheitschirurgen den internationalen Patienten auch eine Private Duty Nurse zur Seite, sodass diese keine Aftercare-Einrichtung nutzen, wie ein Experte anmerkt: „Sometimes they do use private duty nurses, we usually send people to Serenity, but if they want a private duty nurse, then they can have that.“ (Int. 11, Z. 121-122) Jedoch kann es mitunter zu Kommunikationsproblemen mit einer Private Duty Nurse kommen, sofern kein Dolmetscher anwesend ist. Diese Kommunikationsprobleme durch die Nutzung einer Private Duty Nurse konnten im Zuge der teilnehmenden Beobachtung in der Praxis des Schönheitschirurgen bemerkt werden:

„Auch die Office Managerin kam nun in den Wartebereich, um sich von ihrem Gesprächspartner zu verabschieden. Nachdem diese sich verabschiedet hatte, erfolgte ein Gespräch mit der Empfangsdame, die die Office Managerin von dem Geschäftsabschluss bezüglich einer Brustvergrößerung bei zwei Frauen aus Saudi-Arabien informierte, diese die Ethnochirurgie gerade zuvor in bar bezahlt hatten und dass beide Frauen zusammen eine Private Duty Nurse wünschen würden. Die Office Managerin erklärte, ein wenig verärgert, dass die Aftercare-Einrichtungen Pearl Recovery Retreat oder Serenity eine eventuell bessere Alternative gewesen wären, da es doch wiederholt Probleme ohne Dolmetscher bei der Versorgung dieser Patienten bei Inanspruchnahme der Dienstleistung einer Private Duty Nurse in der Vergangenheit gegeben hatte.“ (Beo. 2, Z. 133-142)

Die Private Duty Nurses verlangen je nach Qualifikationsniveau (RNs, LVNs, CNAs bzw. Caregiver) einen durchschnittlichen Stundenlohn zwischen 27,50 US-Dollar pro Stunde bei Certified Nursing Assistants (CNAs) bzw. Caregiver, 52,50 US-Dollar pro Stunde bei Licensed

¹²² Dieses Geschäftsgebaren der beiden Aftercare-Einrichtungen mit den Schönheitschirurgen funktioniert auf der nachfolgend beschriebenen Grundlage: „Typically, recovery centers are handled as referrals only, so any contract that exists is between the patient and the recovery center, not the surgeon and the center. This reduces the direct liability of the physician. Even though a written contract will not exist between your practice and the recovery center, being aware of a facility’s reputation is prudent.“ (Stovall 2012: 32) Somit sind die Aftercare-Einrichtungen von den Schönheitschirurgen abhängig.

Vocational Nurse (LVNs) und 72,50 US-Dollar pro Stunde bei Registered Nurses (RNs) (vgl. Vitale Nursing 2015: o.S.; eigene Berechnung). Damit entstehen bei einem Betreuungszeitraum von 24 Stunden Kosten im Durchschnitt in Höhe von 660 US-Dollar für eine Certified Nursing Assistant (CNA) bzw. einem Caregiver, von 1.260 US-Dollar für eine Licensed Vocational Nurse (LVN) und von 1.740 US-Dollar für eine Registered Nurse (RN) (vgl. Vitale Nursing 2015: o.S.; eigene Berechnung). Letztlich scheint es, dass für die Ausrichtung auf das Geschäft mit internationalen Patienten vor allem sogenannte Schönheitskliniken anstatt privater Praxen von Schönheitschirurgen geeignet sind, wie eine Expertin deutlich macht: „I know we can do everything here. (.) This center is designed to be able to accommodate those people.“ (Int. 12, Z. 441-442)

6.2.2 Strukturwandel in den Praxisstrukturen

Der Strukturwandel in den Praxen der Schönheitschirurgen erfolgt vor dem Hintergrund, dass eine derartige Dienstleistungsorientierung erst seit den 1990er Jahren existiert. Eine Expertin beschreibt dies folgendermaßen:

„I thought only in Manhattan, I can have a practice just about plastic surgery, and then in the mid late nineties I realized, I want more into plastic aesthetic surgery. As we call it, the fluffy end of it. (laughs) And I did, I think, you know, I did work for one big plastic surgeon; I feel gave me my break, (.) without Doctor John Myers and I had my own office and he had his own office, but they were both his and I saw his patients only. And he had the foresight to see these twenty years ago.“ (Int. 7, Z. 12-17)

Infolge dieser Dienstleistungsorientierung lassen sich die Praxen amerikanischer Schönheitschirurgen anhand der Konzepte amerikanischer Warenhäuser und deren Käuferschicht kategorisieren, worauf eine Expertin hinweist: „Well, we are Nordstrom. You know, really nice, good value, friendly people, but we are not the most expensive. We can't, there is too much competition. So we have people, who are teachers, who are postal workers and truck drivers. So our clientele isn't the very rich, rich, rich.“ (Int. 13, Z. 629-632) Diese Kategorisierung erfolgt dabei vor dem Hintergrund, dass Schönheitsoperationen als ein Luxuskonsumgut angesehen werden und damit einen Objektcharakter erhalten (vgl. Wimalawansa/McKnight/Bullocks 2009: 160). Im Zuge dieses Luxusshoppings bezüglich Schönheitsoperationen geht es darum, eine möglichst luxuriöse Einkaufsatmosphäre mit häuslichem Charakter zu schaffen, wie eine Expertin darlegt:

„The surgery center here, I would say it's the communication with the patients. That's really there, you know, it's a beautiful surrounding, but it's not intimidating, everybody is really friendly and people are have been here a long time and it's like this family atmosphere. We did a word cloud from all the surveys to see, you know, what are the words that come up the most. Family is one of them, you know, the care that they get from the staff and the surgeons. Um, so that's something and having the reputation because now it's been, they are in their twenty-seventh year. And so they are really well known in San Diego, but also outside of San Diego.“ (Int. 13, Z. 551-557)

Diese luxuriöse Einkaufsatmosphäre zeigte sich auch im Rahmen der teilnehmenden Beobachtung in der Praxis des Schönheitschirurgen:

„Im Rahmen der Beobachtung war auffällig, dass die Praxis des Schönheitschirurgen einen äußerst wohnlichen bzw. häuslichen Eindruck machte und somit eine entspannte Atmosphäre geschaffen wurde. So gab es bequeme Sitzgelegenheiten durch einzelne Ledersessel, einen Tisch, auf dem ein großer Blumenstrauß in einer Glasvase stand [...].“ (Beo. 2, Z. 145-152)

Bei den Praxismodellen lassen sich vier idealtypische Modelle unterscheiden. Diese sind die Universalpraxis, die Nischenpraxis, die Schönheitsklinik und das Body-Shopping-Center. Die Universalpraxis besteht aus einem Schönheitschirurgen, der das gesamte Spektrum der Schönheitsoperationen anbietet und darüber hinaus sein eigenes ambulantes Chirurgiezentrum besitzt, in denen die Schönheitsoperationen durchgeführt werden. Der Schönheitschirurg beschäftigt die Angestellten in Voll- und Teilzeit und nutzt zusätzlich weitere externe Dienstleister. Die Charakteristika der Universalpraxis des Schönheitschirurgen beschreibt ein Experte folgendermaßen: „There is the practice and the surgery center. So in the practice we have about four full-time employees and in the surgery center we have three employees. And then many part-time people and support people for websites, lawyers and also support people.“ (Int. 3, Z. 6-8) Die durchschnittliche Größe der Universalpraxis beträgt nur 1.500 square feet, wie eine Expertin hervorhebt: „Most doctors, their office spaces are fifteen hundred square feet, that's the average.“ (Int. 12, Z. 477-478)

Die Nischenpraxis des Schönheitschirurgen zeichnet sich dadurch aus, dass sich Schönheitschirurgen auf bestimmte Bereiche innerhalb der ästhetisch-plastischen Chirurgie spezialisiert haben, wie auf sogenannte „Revision Cases“ von Nasenoperationen oder auf bestimmte Ethnochirurgien, sodass die Nischenpraxis sich an den körperanatomisch ethnisch-determinierten Demarkationslinien des Körpers orientiert. Eine Expertin stellt die Charakteristika der Nischenpraxis mit folgenden Worten dar:

„So I would say, you can come across a plastic surgeon that does everything, right? Tummy tucks, breast, face, noses. The smart patient, (.) I think will do their research and

due diligence and try to find somebody who is a little bit more niche. So there are a lot of surgeons who just specialize in revision rhinoplasty, hard cases or breasts. So I would say (..), how the competition separate is really finding the one that's unique to what they do and only do.“ (Int. 4, Z. 261-265)

Mithilfe der Nischenpraxis wird es dem Schönheitschirurgen ermöglicht, dass dieser sich dem Wettbewerbsdruck entzieht und sich bewusst vom Mainstream abhebt, wie eine Expertin deutlich macht: „So if they wanna to specialize (.) or subspecialize and build a unique niche, like almost a VIP area within their practice and if they know that they are getting certain type of clientele, how can be trained and educated on that ethnicity. That then included that they are taking Skype patients.“ (Int. 4, Z. 368-371)

Die Schönheitsklinik, die über ein eigenes Chirurgiezentrum verfügt, ist ein äußerst kostenintensives Praxismodell, worauf eine Expertin hinweist: „[...] how do you keep delivering that world class service. Because it cost a lot of money to do that, you know, cost a lot of money to have a surgery center, where, you know, we can do something today, if we needed to.“ (Int. 13, Z. 576-580) Besonders charakteristisch für die Schönheitsklinik ist die hohe Anzahl an Angestellten, die dort in unterschiedlichen Tätigkeitsbereichen agieren, wie eine Expertin anmerkt: „I mean it's expensive per position to say, you know, we have forty something employees and we have four plastic surgeons and we have, you know, physician assistants and we have all, you know, it's a lot.“ (Int. 13, Z. 585-587) Mitunter ergibt sich dabei eine funktional ausdifferenzierte Arbeitsteilung zwischen den dort tätigen Schönheitschirurgen, sodass die Schönheitsklinik eine nach Körperregionen parzellierte Nischenpraxis ist. Diesbezüglich erklärt eine Expertin:

„There are only two who do it full-time cosmetic, not reconstructive. And Doctor Thompson, she specializes in breast and body. She used to do facelifts and said, 'She hates doing them.' She said, you know, 'It stresses her too much.' She is so good at breast and body that that's what people want to her for. So Doctor Walker, the one you met walking, he does a lot of revision surgeries on really complicated breast revisions, so if they have had a lot of capsular contractures.“ (Int. 13, Z. 321-326)

Das Body-Shopping-Center ist ein Praxismodell, in dem, neben den Schönheitschirurgen, auch andere medizinische Professionen tätig sind, die ebenfalls an der Bewirtschaftung des Körpers beteiligt sind.¹²³ Zudem befindet sich bei diesem Praxismodell quasi alles unter einem Dach, also ein Medical Spa und ein ambulantes Chirurgiezentrum. Dabei ist der Unterhalt eines Body-

¹²³ Gerade dieses Body-Shopping-Center integriert das Kaufhauskonzept vollumfänglich, da es auf der Grundlage des One-Stop-Shopping der Konsumsoziologie basiert (vgl. Ritzer 2005: 36).

Shopping-Centers mit hohen finanziellen Kosten verbunden, die neben den eigentlichen Unterhaltungskosten auf die dortigen Angestellten entfallen. In diesem Body-Shopping-Center ist die ganzheitliche Bewirtschaftung des Körpers möglich. Die Charakteristika eines solchen Body-Shopping-Centers werden in der folgenden Aussage einer Expertin dargestellt:

„[...] I also manage the whole center, the aesthetic surgery center, um, and it takes a lot of time, a lot of work, try to put all (.) our services together, the plastic surgery and dentistry. We also have an own outpatient surgery center, [...] we have our own surgery center downstairs, so we have to manage all the accreditation, patients safety and all about that. It's an accredited surgery center. So there is that and then we also have a spa and wellness center. So we do facials. That's a very small part of our practice because our main focus is plastic surgery and dentistry, so the spa has been not a very big part of our practice, we just, but it compliments what we do, so that's why we offer it. We actually going to be, um, we focussing our energy in the spa to more of a wellness service oriented center because you can make people beautiful on the outside, but if inside you are unhealthy, you gonna age faster, you gonna get wrinkles faster, you gonna die faster (laughs), you know and if you ill, doesn't matter how beautiful you look, you not gonna look very beautiful, right? So we are really focussing on the inside out beauty and wellness and feeling good and healthy.“ (Int. 12, Z. 10-23)

Dabei ist der Unterhalt eines Body-Shopping-Centers mit hohen finanziellen Kosten verbunden, die neben den eigentlichen Unterhaltungskosten auf die dortigen Angestellten entfallen, wie eine Expertin zu Bedenken gibt:

„It is, but to rent this place is very expensive. Like let's say if he had a small office of his own and I have a small office of my own and we generate the same income. I don't think we are saving any money by being here just because of the extensiveness of the building. [...] This building is eleven thousand square feet. So air conditioning, heating, everything is like times ten (laughs), you know and we need additional employees to manage the building, to manage, you know, the cleaning. [...] But because we have an increase in employees and then some of them can be shared, but there is still, so actually our overhead is going up significant since we moved from our small office (laughs). And so I wouldn't say, we make more money because there is cost savings now because of the increase in overhead, we have increased the quality of service that we provide them. Because now they are coming to a nicer place, you know and we have hired good staff. Ah, so they get good service.“ (Int. 12, Z. 475-487)

Bei dem „Strukturwandel der Praxisstrukturen“ geht es offenbar vor allem darum, dass sich die einzelnen Schönheitschirurgen ein profitables Tätigkeitsgebiet innerhalb der ästhetisch-plastischen Chirurgie erschließen, womit auch entsprechende Distinktionsbestrebungen verknüpft sind. Eine Expertin bringt dies folgendermaßen zum Ausdruck: „I think it's two faults. I think the physicians, I think the industry is becoming commoditised. There is a lot of competition and for physicians have to have a way to leverage themselves in a niche area, so it's promoting

them [...]“ (Int. 4, Z. 57-61) Ebenfalls sind die Schönheitschirurgen einer permanenten Dynamik ausgesetzt sich an den Nachfragebedingungen des Markts anzupassen und dadurch immer Dienstleistungen zu erbringen, die „State of the Art“ sind. Dazu führt eine Expertin an:

„The market is shifting so dramatically (.) from the commodity. It really has to be about education. You know, I think that the only way doctors can differentiate is that they are staying tight to the societies, if they keeping up with new technologies, new techniques, new treatments, new procedures. And not from one, from an innovation perspective, but too, just to meet the demands of the market.“ (Int. 4, Z. 346-350)

Letztendlich erfolgt ein Strukturwandel zugunsten des Body-Shopping-Centers, wie eine Expertin betont: „I think that will be the wave of the future. So that people can have one-stop-shopping and one place to go what operates everything.“ (Int. 4, Z. 380-381)

6.2.3 Vermarktungsstrategie: Der Schönheitschirurg als Marke und Celebrity

Die Schönheitschirurgen sind bei der Vermarktungsstrategie unabdingbar auf die Massenmedien angewiesen.¹²⁴ Schließlich bilden die Massenmedien die Existenzgrundlage für Schönheitschirurgen. Damit muss der einzelne Schönheitschirurg über eine entsprechende Affinität zu den Massenmedien verfügen und somit zu einer eigenen Marke werden. Auf den Stellenwert der Massenmedien für die Schönheitschirurgen wird in der folgenden Aussage einer Expertin hingewiesen: „We all know that first you need to go out and promote yourself through the media.“ (Int. 2, Z. 346-347) Für diese massenmediale Vermarktung der Schönheitschirurgen können diese auf die Dienstleistungen spezieller Marketingagenturen zurückgreifen. Diese Marketingagenturen sind dabei an der globalen Vermarktung des Schönheitschirurgen beteiligt, wozu diese die Massenmedien unterschiedlicher Nationalstaaten einbinden und den Schönheitschirurgen in den jeweiligen Fernsehsendungen zum Thema Schönheitsoperationen platzieren oder diesbezüglich entsprechende Storylines des Schönheitschirurgen produzieren, die in den entsprechenden Medienformaten ausgestrahlt werden bzw. veröffentlicht werden.¹²⁵ Es

¹²⁴ Bei der Selbstvermarktung sind die Schönheitschirurgen dazu angehalten, nicht gegen den Ethikkodex des jeweiligen Fachverbands zu verstoßen und um dieses zu vermeiden, gibt die American Society of Plastic Surgeons als Fachverband ihren Mitgliedern entsprechende Hilfestellungen und Ratschläge für deren Marketing im wettbewerbsintensiven Markt der ästhetischen Medizin (vgl. Leonardo 2012a: 111S-116S).

¹²⁵ Die von den Marketingagenturen angewandten Konzepte für die Vermarktung von Schönheitschirurgen und deren Dienstleistungen basieren auf Bernays (1928), der die Grundlagen und Grundfragen der Public Relations dargelegt hat.

geht letztlich darum, dass der Schönheitschirurg eine globale Publicity erhält und gleichermaßen eine Verbraucheraufklärung auf dem Gebiet der Schönheitsoperationen erfolgt. Das Zurückgreifen auf die Expertise entsprechender externer Dienstleister, also Marketingagenturen zur globalen Vermarktung von Schönheitschirurgen, beschreibt eine Expertin folgendermaßen:

„I am president of the medical marketing company, a public relation and marketing agency, located in Irvine, California. We specialize in publicity and marketing for the aesthetic surgery market. [...] My goal is, my agency works with doctors to help them, promote their business to the patient and thereby educate the consumer. We work regularly with television shows like The Doctors, CBS News, CNN, even worldwide news, UK press, German press, French press to promote the aesthetic Beverly Hills doctor to the media.“ (Int. 2, Z. 7-15)

Bei diesen von Schönheitschirurgen engagierten Marketingagenturen ist auffällig, dass deren Inhaber oftmals über langjährige Erfahrungen im Bereich der Massenmedien verfügen und diese entsprechende Prioritäten bezüglich des jeweiligen Marketings, wie das Qualitätsniveau, haben. Darauf verweist eine Expertin:

„[...] I have connections to people, like in the media, like reporters who used to work with CNN and CBS and they are very capable and they believe in what we do. You know because they have experienced services here themselves and now they have marketing company that they are developing and they want to basically use us as their the main, like portfolio, like, you know, the way the marketing approach is going to be, is going to be very based on quality.“ (Int. 12, Z. 499-504)

Ebenfalls verfügen die Inhaber solcher Marketingagenturen über eine langjährige Erfahrung im Markt für Schönheitsoperationen, wie eine Expertin betont: „I have just over twenty-eight years in the plastic surgery industry.“ (Int. 2, Z. 61) Außerdem verfügen die Beschäftigten der Marketingagenturen auch noch über interkulturelle Kompetenzen, was sich als Vorteil bei internationalen Marketingkampagnen für Schönheitschirurgen erweist. Eine Expertin formuliert dies folgendermaßen: „[...] I am myself from Manchester, England. The vice-president of our company is from London. He has also lived in Germany and in Paris and speaks both German and French, a little bit of Spanish and English and so between us, we have a very good understanding of the worldwide aesthetic market.“ (Int. 2, Z. 27-30)

Bei der Vermarktungsstrategie über die Massenmedien wird das Ziel verfolgt, dass sich der Schönheitschirurg in den Massenmedien etabliert, wie eine Expertin deutlich macht: „Well, I think they gonna maintain by keeping their profile very high in the media, in the news.“ (Int. 2, Z. 421-422) Jedoch ist bei der Vermarktungsstrategie anzumerken, dass gerade die amerika-

nischen Massenmedien ein gespaltenes Verhältnis zu Ethnochirurgien aufweisen. Dieses Verhältnis ist charakterisiert durch einen Ethnozentrismus wie auch einen „Rassismus“, so wird eine allgemeine Pauschalisierung vorgenommen bzw. der Generalverdacht ausgesprochen, dass nicht-kaukasische Ethnien mit einer Ethnochirurgie bewusst eine Verwestlichung anstreben. Eine Expertin erörtert diese Problematik mit folgenden Worten:

„American media (.) has tried to focus on this ethnic surgery as been something that is, um, very confrontational or very contradictory, um, you know, like we had so many media come to us and say, ‘Well, we heard you are an ethnic surgery expert, we wanna interview you.’ Like Dr. Phil, I don’t know if you saw his interview in Dr. Phil Show, but his whole thing was changing my face, changing my race. And so, what they were trying to get out is, ‘Oh, do these ethnic people want to look more Caucasian? Do they want to look more European?’ So that’s the question. Some people call it ethnic jealousy. We are trying to (.) reject their ethnicity because they want to look like a different ethnicity.“ (Int. 12, Z. 148-156)

Von besonderer Bedeutung für die Vermarktung der Schönheitschirurgen sind die Reality-TV-Formate hinsichtlich der „Makeover Culture“. Insbesondere sind solche Fernsehsendungen relevant, die auch gewisse Elemente einer Homestory enthalten, also auch über die persönliche Seite des Schönheitschirurgen berichtet wird. Darauf wird in der folgenden Aussage einer Expertin Bezug genommen: „[...] I don’t think the Swan was as interesting as the shows they picked the life’s of the doctors because I think the patients, the public view of those shows, they liked, they knew that doctor. They have watched him, they have seen him in his home, they felt more associated.“ (Int. 2, Z. 156-159) Derartige Medienformate bieten entsprechendes Infotainment zum Thema Schönheitsoperationen für die Rezipienten, wie ein Experte feststellt: „The television shows. Those have the biggest impact because people watch them, they see patients having surgery, they see what they go through, they know what the procedures are. Thus every housewife knows what a facelift is because they have seen it on television.“ (Int. 3, Z. 183-185)

Die Relevanz von solchen Reality-TV-Formaten zur Selbstvermarktung und der Positionierung im Markt der Körperbewirtschaftung für Schönheitschirurgen wird durch Baum (2014) dargelegt (vgl. Baum 2014: o.S.). Von diesem massenmedial generierten Image als Mekka für Schönheitsoperationen profitieren alle Schönheitschirurgen in Beverly Hills (vgl. Baum 2014: o.S.). Die Schönheitschirurgen sind dabei offenbar sehr bestrebt, entsprechende Auftritte in diesen Fernsehsendungen zu erhalten. Dieses wurde im Rahmen der teilnehmenden Beobachtung in der Praxis des Schönheitschirurgen deutlich:

„Die Office Managerin war während des gesamten Beobachtungszeitraums nicht zu sehen, allerdings konnte man dem Gespräch zwischen der Empfangsdame und der Krankenschwester entnehmen, dass diese sich gerade in ihrem Büro mit einem Mitarbeiter einer PR-Firma befindet, um die neuen Marketingkampagnen des Schönheitschirurgen und dessen Fernsehauftritt in der Sendung ‚The Doctors‘ zu planen.“ (Beo. 2, Z. 28-33)

Auf die besondere Bedeutung dieser „Makeover Fernsehsendungen“ verweisen auch Wimalawansa/McKnight/Bullocks (2009) im Hinblick auf die Popularisierung von Schönheitsoperationen (vgl. Wimalawansa/McKnight/Bullocks 2009: 159f.). Die Wirkungsmächtigkeit dieser Reality-TV-Formate für Schönheitschirurgen lässt sich anhand des in Beverly Hills ansässigen Schönheitschirurgen Dr. Garth Fisher aufzeigen (vgl. Binstok 2012: 4). Letztendlich haben gerade solche „Makeover Fernsehsendungen“ maßgeblich dazu beigetragen, dass die Schönheitsoperationen als fester Bestandteil der Populärkultur geworden ist, was vor allem der Verdienst des Schönheitschirurgen Dr. Garth Fisher ist und damit die gesamtgesellschaftliche Transformation der Körperbewirtschaftung einleitete (vgl. Binstok 2012: 9).

Zugleich führte die Teilnahme des Schönheitschirurgen Dr. Garth Fisher in diesen Fernsehformaten auch dazu, dass vielfach, neben den normalen Patienten, auch sogenannte Celebrity Patienten zu dessen Patientenstamm gehören, wie das Beispiel Katie Price verdeutlicht (vgl. Price 2011: 18f.). Des Weiteren nutzen einige Schönheitschirurgen, wie Dr. Garth Fisher mit CellCeuticals Inc. eine eigene Hautpflegeproduktlinie, die der Markenbildung dient (vgl. Binstok 2012: 9). Ebenfalls erörtert Binstok (2012) am Beispiel des Schönheitschirurgen Dr. Garth Fisher, dass die massenmediale Präsenz einem Schönheitschirurgen, neben bestimmten Eingriffen, zur Distinktion gegenüber anderen Schönheitschirurgen dient und derartige Fernsehformate eine äußerst karriereförderliche Angelegenheit darstellen, um den Olymp der Schönheitschirurgen zu erreichen und zugleich ein globaler Experte auf dem Gebiet der Körperbewirtschaftung mittels Schönheitsoperationen zu sein (vgl. Binstok 2012: 9).

Ein Beispiel für eine globale Vermarktung des Schönheitschirurgen ist, dass in der entsprechenden massenmedialen Darstellung des Schönheitschirurgen der Fokus darauf liegt, dass dieser Schönheitschirurg in Beverly Hills praktiziert und dessen Ehefrau zugleich ein Celebrity ist. Eine derartige Marketingkampagne wird im folgenden Auszug aus dem Experteninterview beschrieben:

B: “[...] let me just end of the story with Emirates Magazine on a Beverly Hills plastic surgeon and his wife is a celebrity.”

I: “# You mean Doctor Jimmy Smith and his wife Pamela Smith. #”

B: “# We did that story. # And then we did another story with them on the good morning television in the UK about plastic surgery in Hollywood. And that just came out in the UK. [...]” (Int. 2, Z. 190-203)

Im Rahmen dieser Vermarktungsstrategie außerhalb der USA ist zu bedenken, dass die Schönheitschirurgen bzw. die Angestellten in der Praxis des Schönheitschirurgen über entsprechende Sprachkenntnisse verfügen müssen. Schließlich gilt es, Sprachbarrieren zu vermeiden, worauf eine Expertin hinweist:

„And one of the things, you know, is the doctor went on to say, ‘Oh, we should be advertising in Mexico.’ We have talked about it, but then we have to make sure, we have a person on staff who can speak Spanish all the time. Because sometimes we have, sometimes we don’t and you need somebody who is fluent in Spanish because they are demanding patients. And you can’t, you have to have the risks. I mean we have to make completely sure they understand everything that all the risks and complications they can happen and we don’t want to have a language barrier at that point. (laughs)“ (Int. 13, Z. 377-383)

Für die Vermarktung der Schönheitschirurgen eignen sich auch Zeitschriften, wie „NewBeauty“, deren inhaltliche Thematik sich ausschließlich auf die Bewirtschaftung des Körpers konzentriert (vgl. NewBeauty 2015: 1).¹²⁶ Außerdem lassen einige der Schönheitschirurgen Gutscheine in die sogenannten „Gift Bags“ bei den Preisverleihungen, wie den Academy Awards (Oscarverleihung) legen, wie dieses beispielsweise der Schönheitschirurg Dr. Garth Fisher gemacht hat (vgl. Time Staff 2012: o.S.).¹²⁷ Zudem sind einige Schönheitschirurgen zu Imagezwecken auch Mitglied in der Beverly Hills Chamber of Commerce (vgl. Beverly Hills Chamber of Commerce 2015: o.S.). Des Weiteren werden manche Schönheitschirurgen wie Dr. Garth Fisher in den Hotelprospekten der Luxushotels in Beverly Hills, wie „The Peninsula“, vorgestellt oder im „Masters of Aesthetics Magazine“ wird ein ausführliches Porträt über diesen Schönheitschirurgen veröffentlicht (vgl. Ben-David o.J.: 29ff.; Binstok 2012: 3-9). Zudem schalten Schönheitschirurgen Werbeanzeigen, wie Dr. Sheila Nazarian, im wöchentlich erscheinenden „Beverly Hills Courier“, der Standardlektüre der in Beverly Hills ansässigen „Oberschicht“, wozu vor allem sogenannte „Socialites“ gehören (vgl. Beverly Hills Courier 2016: 2-5; Nazarian Plastic Surgery 2015: 3).¹²⁸

¹²⁶ Die Zeitschrift „NewBeauty“ erscheint einmal pro Quartal in den USA und hat eine Auflage von jeweils 500.000 Exemplaren pro Magazin (vgl. NewBeauty 2015: 2).

¹²⁷ Dazu ist anzumerken, dass die jährlich stattfindende Oscarverleihung eine Leistungsschau der Schönheitsoperationen ist, da dort die mittels Schönheitsoperationen hergestellten Körper der Celebrities und Hollywoodstars der globalen Weltöffentlichkeit präsentiert werden (vgl. Stewart 2010: o.S.).

¹²⁸ Der Begriff „Socialite“ wird seit den 1920er Jahren in den USA für die Mitglieder der „Oberschicht“ angewandt, wobei im Zuge der Entstehung und Entwicklung der amerikanischen Populärkultur zugleich auch der Begriff Celebrity aufgekommen ist und scheinbar im Zuge des Siegeszugs der Populärkultur, also deren gesamtgesellschaftliche Verbreitung, in Konkurrenz zum Begriff des „Socialite“ getreten ist (vgl. Weir 2007: 808). Dabei

Daneben ist bezüglich der klassischen Vermarktungsstrategien mittels Printmedien anzumerken, dass das Potenzial von Bordmagazinen bei Fluggesellschaften durch die Schönheitschirurgen bislang nur wenig genutzt wird.¹²⁹ Darauf deutet der folgende Auszug aus dem Experteninterview hin:

I: "Can you describe how the plastic surgeons want to attract the international patients? You have mentioned the advertisement in the board magazine of Emirates Airlines."

B: "I think for some doctors, you know, you have to think about how many physicians are in the market place and how many of them are actually behind that type of advertising and it's quite a small number." (Int. 2, Z. 335-340)

Ebenso wenig verbreitet scheint auch das Ethnomarketing unter den Schönheitschirurgen zu sein. Mithilfe des Ethnomarketings lassen sich speziell die nicht-kaukasischen Ethnien erreichen, wie eine Expertin darlegt: „We don't do any marketing to ethnicities so much as we have doctors who may wanna capture certain ethnic market. And then, when there's an ethnic market, they wanna capture that we work with them to help that happen.“ (Int. 2, Z. 393-395) Jedoch ist gerade das Ethnomarketing, also in diesem Fall die Vermarktung von Ethnochirurgien, von besonderer Relevanz im Rahmen des Geschäftsmodells mit internationalen nicht-kaukasischen Patienten. Diesbezüglich merkt eine Expertin an: „[...] I think we can capture a lot more of that international, you know, competition for sure. If we focussed more on very ethnic surgery, focussed marketing plan like internet obviously or advertise in TV, media, you know, in different countries, just to try out.“ (Int. 12, Z. 334-336) Dagegen wird das Ethnomarketing ganz gezielt von den Medizinprodukteherstellern genutzt, wie der folgende Auszug aus dem Experteninterview deutlich macht:

ist zu berücksichtigen, dass der Begriff „Socialite“ vor allem den Wohlstand der „Oberschicht“ bzw. einzelner Familien und deren Angehörigen mit den sich daran anknüpfenden Privilegien, deren Lebensstil, deren zivilgesellschaftliches Engagement und dem der gesellschaftlichen Zugehörigkeit automatisch verliehenem sozialen Prestige zum Ausdruck bringt (vgl. Weir 2007: 808). Außerdem lassen sich anhand der Charakteristika des „Socialite“ bereits eine Abgrenzung gegenüber Celebrities vornehmen, denn „the characteristics of well-considered socialites include grace, poise, charity, charisma, and the ability to socialize at parties“ (Weir 2007: 808). Trotz der existierenden Charakteristika zur Klassifizierung von Angehörigen der „Oberschicht“ als „Socialite“, „the mixing of money, celebrity, culture, and consumption makes it hard to determine just who and what a socialite is“ (Weir 2007: 809). Letztlich scheint es für die Angehörigen der „Oberschicht“ immer schwieriger zu werden, diese, entweder dem Status des „Socialite“ oder dem Status eines Celebrities zuzuordnen, da hierbei auch vielfach subjektive Bewertungskriterien eine Rolle spielen, die vor allem von dem gesellschaftlichen Image bzw. dem medial hergestellten Image des jeweiligen Individuums beeinflusst werden (vgl. Weir 2007: 809). Dieses zeigt sich wiederum daran, dass bei „Socialites“ das Individuum negativ konnotiert ist, jedoch dessen Status eine positive Konnotation besitzt (vgl. Weir 2007: 809). Abschließend ist zu den „Socialites“ zu sagen, dass es weltweit 6.000 Personen gibt, die den Status des „Socialite“ besitzen (vgl. Rothkopf 2009: 17).

¹²⁹ Die Nutzung von Bordmagazinen von Fluggesellschaften scheint dabei ein äußerst probates Werbemittel für Schönheitschirurgen in Beverly Hills zu sein, vor allem, wenn man bedenkt, dass eine Fluggesellschaft wie „American Airlines“ jährlich 193 Millionen Passagiere befördert, in 56 Nationalstaaten aktiv ist, an 336 Flughäfen vertreten ist und dabei 6.700 Flugbewegungen pro Tag hat (vgl. American Airlines/Ink 2015: 3).

I: "Would you use ethno-marketing to promote your new medical device?"

B: "We are using all of them right now, (...) of course." (Int. 6, Z. 438-440)

Bei der Vermarktungsstrategie für Schönheitschirurgen geht es mitunter nicht zwangsläufig um das sogenannte Branding und es scheint auch kein Masterplan für die Vermarktung von Schönheitschirurgen zu existieren. Es geht vielmehr darum, sich ein gewisses Image aufzubauen, wozu unterschiedliche Komponenten beitragen. Dazu gehören u.a. die Vorher-Nachher-Bilder, die Herausgabe von Pressemitteilungen oder die Präsenz in den Nachrichten bzw. Medien. Eine Expertin beschreibt dieses mit folgenden Worten: „It can be some potential branding, but I think it’s mainly (.) trying to be reputable, trying to do a lot of press releases or being very involved in societies, having a lot of news and then showing very good before and after pictures.“ (Int. 4, Z. 236-239) Nichtsdestotrotz gibt es Schönheitschirurgen, die hohe finanzielle Aufwendungen betreiben und somit sehr viel Wert auf die Selbstvermarktung legen, wie eine Expertin einräumt: „I think you have very aggressive physicians that spent a lot of money in marketing with billboards and magazines.“ (Int. 4, Z. 234-235) Jedoch ist zu solchen teuren Marketingkampagnen im Millionenbereich anzumerken, dass diese oftmals von Schönheitskliniken genutzt werden und dadurch eine entsprechende Massenabfertigung von Patienten einhergeht, wie eine Expertin betont: „[...] mass producing type of clinics that they do that. These spend one million dollars in marketing.“ (Int. 12, Z. 494-495)

Allerdings werden derartig teure Marketingstrategien auch abgelehnt. Stattdessen werden weniger umfangreiche Marketingkampagnen präferiert. Darauf weist die folgende Aussage einer Expertin hin: „So I think I can do a little bit of marketing. So I am re-strategizing my marketing program and the marketing plan is not the way all the other doctors doing it. I am not going and blaster ourselves in radio and TV, you know.“ (Int. 12, Z. 488-490) Bei den Marketingkampagnen zur Selbstvermarktung spielt auch das Internet eine immer größere Rolle, wenn es um die Gewinnung von potenziellen Patienten geht. Dieses hat zur unmittelbaren Folge, dass die Schönheitschirurgen ihr Budget für Marketingkampagnen nicht mehr für Marketing in den alten Medien ausgeben, sondern dass Ausgaben vor allem für Marketingkampagnen im Internet getätigt werden. Diese veränderte Budgetverteilung bei Marketingkampagnen wird von einer Expertin folgendermaßen beschrieben:

„[...] that third of the thirty-five percent the biggest chunk of it is all internet, anything on the web, you know, between social media and you know Google. Just then, they say, ‘I googled you,’ you know or the blog or the website, it’s all internet. So we do here, we do very little print almost never, you know, we do a little bit when they are running ‘The

Best of San Diego Contest', we do some stuff. But pretty much everything is now of our marketing budget, it's on the web.“ (Int. 13, Z. 598-603)

Im Zuge dieser Internetmarketingkampagnen ist zu berücksichtigen, dass gerade die jüngeren Altersklassen dieses Medium nutzen. Diese Altersspezifität bezüglich der Marketingkampagnen fasst eine Expertin in Worte: „[...] especially young people, they are using the internet to look for and you can find people from all over the country, right?“ (Int. 12, Z. 336-338) Sofern der Schönheitschirurg einen Blog im Internet unterhält, bzw. von externen Dienstleistern betreiben lässt, ist dieser dazu angehalten, dort keine Bilder von „Pornokörpern“ zur Schau zu stellen, da dies potenzielle weibliche Patienten abschrecken könnte. Diesbezüglich mahnt eine Expertin an:

„Well, I think, you know, if I had a client who (..) his SEO guy was doing the blog and this guy would put up the most (..) just tacky pictures, you know, big boobs and girls on cars and you know, just very like these sexy images that are for guys. The women, we don't wanna see that, like we wanna see beautiful women or beautiful pictures, but we don't need to see something that looks like porn.“ (Int. 13, Z. 255-259)

Dass das Internet und vor allem die dortigen Profile der Schönheitschirurgen in den sozialen Medien eine immer größere Rolle spielen, macht die folgende Aussage einer Expertin deutlich:

„The social media is only maybe the sixth biggest driver or something, there is a whole bunch of stuff before you get to social media, but from what I am seeing, not saying, it's the only thing, but, you know, if they are googling San Diego plastic surgery and my doctors in San Diego are on Google+, on Facebook and on Instagram and we are doing things that help with the rankings.“ (Int. 13, Z. 456-460)

Diesbezüglich nutzen die Schönheitschirurgen die Expertise entsprechender Experten für die Suchmaschinenoptimierung und die für die Internetvermarktung relevanten Tools. Es geht vor allem darum, dass das Ranking der jeweiligen Schönheitschirurgen in den Suchmaschinen nach einer entsprechenden Suchanfrage durch potenzielle Patienten verbessert wird. Die zunehmende Bedeutung des Internets wird anhand der folgenden Aussage einer Expertin ersichtlich: „Practice management consultants are big into helping doctors' practices, you know, learn SEO and market. I think the more the doctors can to get big with it on the search engine site, you know, the internet market insight it's going to help improve their business. I think it does gonna even make the industry bigger.“ (Int. 5, Z. 450-453)

Dass die Suchmaschinenoptimierung, wie auch die persönlichen Empfehlungen, für das Geschäftsmodell der Schönheitschirurgen von besonderer Bedeutung bezüglich der Akquise potenzieller Patienten sind, wird auch von Baum (2014) angemerkt (vgl. Baum 2014: o.S.).

Jedoch ist „Google“ keine Garantie dafür, dass auch mehr internationale Patienten die Praxis des Schönheitschirurgen aufsuchen, wie eine Expertin anmerkt: „I mean we do Google. We have people searching coming on our website from all over the world. Not everyone ends up coming here because of the travel expense and the inconvenience of it.“ (Int. 12, Z. 342-344) Neben „Google“ sind vor allem die Profile in den sozialen Medien, wie „Facebook“, „Twitter“ etc., für die Schönheitschirurgen von besonderer Relevanz. Dies hat zur Folge, dass die Schönheitschirurgen versuchen, in den sozialen Medien mittels eines entsprechenden Profils vertreten zu sein, um die Akquise von potenziellen Patienten zu betreiben. Dieser Stellenwert der sozialen Medien für die Schönheitschirurgen wird in der folgenden Aussage einer Expertin hervorgehoben:

„So, I mean just in the quite parts of what we do by having all this activity in social media, helps the doctors get found, when people google, so that’s part of it. Then it’s kind of a, um, ah, like a validation. Okay, so say, they google it and then it comes up and they go on the doctor’s website. And then they see the little Facebook icons, they are on the doctor’s website and read around and then they click on Facebook, they come back over here to social media. It’s like reinforcement.“ (Int. 13, Z. 460-465)

Es geht bei dieser Internetorientierung der Schönheitschirurgen zumeist darum, dass das Serviceniveau in der realen, wie auch in der fiktiven Welt, gleich ist, wie eine Expertin feststellt:

„You can have a beautiful website and then have your Facebook, where there is a post from two years ago. You know, you have to have it all working for you because it has to be consistent. So that’s when they call, they have a really nice person to talk to you and if they are on the web, they are getting great information and this little happy community and social.“ (Int. 13, Z. 484-488)

Die Pflege der Profile in den sozialen Medien, wie auch der gesamte Internetauftritt, wird oftmals nicht von den Schönheitschirurgen selbst, sondern von speziellen Marketingagenturen übernommen.¹³⁰ Der Tätigkeitsbereich dieser speziellen Marketingagenturen wird von einer Expertin folgendermaßen dargestellt:

¹³⁰ Bei der Selbstvermarktung der Schönheitschirurgen im Internet unterliegen die Schönheitschirurgen der äußerst restriktiven Gesetzgebung des „Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA)“ und der bundesstaatlichen Gesetzgebung, was entsprechende Einschränkungen in deren Online-Auftritt und gerade bei der dortigen Online-Kommunikation mit Patienten zur Folge hat, da die Online-Kommunikation als Beweismittel in gerichtlichen Verfahren gegen den Schönheitschirurgen verwendbar ist (vgl. Leonardo 2012b: 144S-149S; Nahai/Reisman 2012: 152Sf.; Reisman 2012: 150S). Bei der Online-Kommunikation des Schönheitschirurgen wird zwischen Altpatienten, die bereits zum Patientenstamm des Schönheitschirurgen gehören und zwischen potenziellen Patienten unterschieden, sodass die Altpatienten wesentlich detailliertere Antworten des Schönheitschirurgen erhalten, während der Schönheitschirurg bei potenziellen Patienten nur allgemein gehaltene, oberflächliche Standardantworten gibt (vgl. Leonardo 2012b: 146S, 148Sf.; Nahai/Reisman 2012: 152Sf.). Außerdem ist bei dieser Online-Kommunikation zu beachten, dass niemals persönliche Daten und Informationen von Altpatienten wie auch von potenziellen Patienten an die Öffentlichkeit gelangen sowie keine Stellungnahmen in der Öffentlichkeit

„So, my company does social media and marketing services for doctors, mostly ninety-eight percent, I guess or almost hundred percent are in aesthetic surgery. So the biggest group I would say, is plastic surgeons, we do have a few cosmetic, maybe two or three facial plastics, one dermatologist and then we have a few ob-gyns. And so we will do their, you know, we can set up their social media accounts, but, and we can train them on how to run it, but most of them just want us to do it for them. So then we write all the content for them and manage their little online communities and then we also do graphic design for their advertising or postcards. And we do some blog post writing or website writing, articles, whatever they need because (.) we, um, are a small agency, I guess. We don't do big media buys or anything, mostly it's all online.“ (Int. 13, Z. 6-14)

Die Schönheitschirurgen profitieren durch das Engagement solcher Marketingagenturen von der langjährigen Erfahrung, die die Inhaber dieser Marketingagenturen im Markt für Schönheitsoperationen besitzen. Dieses wird durch die folgende Aussage einer Expertin deutlich:

„So for my own company (.) I think I am like one of the only ones or the only one who has twenty years of background in plastic surgery before going in the social media and I did marketing the whole time. Specifically in this industry, so in this niche, I speak their language, I understand the consumer, I understand the doctors, I get it and I know how busy they are, I know how much time they have and I come at it from my own frustrations, when I was working in the center. You know, if you have marketer come to you and say, 'Oh well, can I have ten minutes of your time and also tell me, what you do.' Like don't come ask me, what I do, you need to know, if you want my business, you need to know, what I do and you need to show me, why you gonna help. I don't need to teach you what plastic surgery is about. So, you know, for me the difference between me and somebody else is knowing as much as I do about plastic surgery and social media. Well, they can get somebody else who knows a lot about social media, but they don't understand this business. They don't understand the language. So then I am always thinking, when I see different tools for social media and thinking, 'Okay, how could, how's this gonna help doctors do a better job communicating with their patients.' And you know, because some things are not be appropriate, you know, like chat might not be appropriate. But for some doctors, somewhere it might be appropriate. There is a doctor, I worked with for a while in Beverly Hills and I said, 'You know, you could do a special and at the end of that day

zu Patienten gemacht werden, sodass der Schönheitschirurg bei der Online-Kommunikation, wie auch dessen Angestellte, eine besondere Sensibilität besitzen, um entsprechenden Rechtsstreitigkeiten vorzubeugen und dadurch die rechtlichen Rahmenbedingungen beachten müssen (vgl. Leonardo 2012b: 147Sff.; Nahai/Reisman 2012: 152Sf.; Reisman 2012: 150Sf.). Besondere rechtliche Probleme für den Schönheitschirurgen und dessen Angestellte machen bei der Online-Kommunikation vor allem solche potenzielle Patienten, deren Wohnort sich außerhalb des Bundesstaats des Praxisstandorts des Schönheitschirurgen befindet (vgl. Nahai/Reisman 2012: 152S; Reisman 2012: 150S). Abschließend ist noch anzumerken, dass die Schönheitschirurgen und dessen Angestellte zu bedenken haben, dass die Patientenrechte bei Gerichtsverfahren eine wesentlich höhere Würdigung erfahren als die Rechte des Schönheitschirurgen, sodass gerade bei Rechtsstreitigkeiten im Bereich der Online-Kommunikation dem Schönheitschirurgen nur geringe Erfolgchancen in solchen rechtlichen Auseinandersetzungen eingeräumt werden (vgl. Reisman 2012: 151S). Zudem ist bei der Online-Kommunikation für den Schönheitschirurgen zu berücksichtigen, dass vor allem nationale und internationale Patienten dadurch erreicht werden, jedoch in der Praxis die entsprechende digitale Infrastruktur vorhanden sein muss und der Schönheitschirurg, wie auch dessen Angestellte, über eine entsprechende Medien- und Sozialkompetenz verfügen müssen, um das Potential der Online-Kommunikation unter Beachtung der rechtlichen Rahmenbedingungen vollumfänglich auszuschöpfen, wovon maßgeblich dessen Altpatienten profitieren und potentiellen Patienten die Möglichkeit eines unkomplizierten, unverbindlichen Erstkontakts bietet (vgl. Leonardo 2012b: 144S-149S).

and you see what happens.’ Has anybody tried it and he is like, ‘I love it.’ He loved it, you know, he thought it was a great idea. So for me, what differs me, is just having that background and understanding their clientele (cell phone rings) and having that social media certification.“ (Int. 13, Z. 527-546)

Bei der Vermarktung des Schönheitschirurgen ist es besonders wichtig, dass der Schönheitschirurg ein eigenes Trademark hat, wie das Abschleifen von Gesichtsknochen und dieses Trademark letztendlich dazu führt, dass Patienten aus aller Welt diesen Schönheitschirurg aufsuchen. Die Bedeutung eines solchen Trademarks für die Internationalisierung der Geschäftstätigkeit wie auch der Distinktion gegenüber anderen Schönheitschirurgen wird in der folgenden Aussage einer Expertin zum Ausdruck gebracht:

„[...] we, um, have a patient flying in from Singapore, the reason why they are coming here is because they have seen Doctor Ward on the Internet, on the YouTube or something that’s driving them to and that’s probably what he gets most requests from is because he does the cheekbone and jawbone recontouring surgery [...]. So they are looking for a doctor, who had experience doing that type of a surgery because it’s a specialised area of surgery. Because it’s not a very common surgery, so not every doctor has experience doing that type of procedure.“ (Int. 12, Z. 56-64)

Zusätzlich dienen vor allem die Angestellten des Schönheitschirurgen als Vermarktungsinstrument. Schließlich wird durch deren äußeres Erscheinungsbild das Leistungsniveau des Schönheitschirurgen zur Schau gestellt, sodass die kaukasischen weiblichen Angestellten als lebende Anschauungsobjekte für das angebotene Portfolio an Schönheitsoperationen fungieren (vgl. Binstok 2012: 5). Zugleich werden die Angestellten vom Schönheitschirurgen dazu angehalten, ein entsprechendes äußeres Erscheinungsbild zu haben, da hierdurch eine verkaufsfördernde Wirkung beim Patienten erzielt wird. In diesem Zusammenhang spricht man im Sinne von Holiday u.a. (2014) von sogenannter „Aesthetic Labour“. Die besondere Bedeutung des physischen Erscheinungsbilds der Angestellten des Schönheitschirurgen, unter Berücksichtigung der damit einhergehenden verkaufsfördernden Wirkung zum Zwecke der Selbstpräsentation, wird anhand des folgenden Auszugs aus dem Experteninterview belegt:

B: “[...] So, I would say that the majority of the investment as a surgeon is in the presentation of the office, the presentation of their office staff. Are their office staff like beautiful, young and smiley, and they have the hair extensions, you know, what I am talking about.”

I: “The staff shows the portfolio of the plastic surgeon.”

B: “**Exactly!** So they have to look that part. If they don’t look that part, then from the minute that person gets into the building, and they see that girl who answers the phone, if she doesn’t look that part, every single person is sending a message to the patient, ‘Do I

do good work?’ [...]” (Int. 8, Z. 260-277; Hervorh. im Orig.)

Doch nicht nur die physische Attraktivität der weiblichen Angestellten der Schönheitschirurgen wird zu Zwecken der Verkaufsförderung instrumentalisiert. Diese Instrumentalisierung, bei der die physische Attraktivität des Individuums einem ökonomischen Zweck dient, erfolgt ebenso durch die Anbieter der ästhetischen Medizin, wie das Beispiel der Aesthetic Nurse Tiffany Holliday verdeutlicht (vgl. Takowsky 2015: 28f.). Die Wirkungsmächtigkeit des physischen Erscheinungsbilds der Angestellten wurde im Zuge der teilnehmenden Beobachtung in der Praxis des Schönheitschirurgen deutlich:

„Im Rahmen der Beobachtung ist anzumerken, dass das äußere Erscheinungsbild der Angestellten als makellos perfekt zu beschreiben war, wobei die Angestellten ein äußerst künstliches Erscheinungsbild vermittelten, denn deren Erscheinungsbild unterschied sich nur noch anhand der Haarlänge bzw. in den Farbnuancen der blonden Haare, da ansonsten der gesamte Körper bei den Angestellten fast gleich aussah. Hierbei wurde bei den Angestellten das zentrale Paradigma der ästhetisch-plastischen Chirurgie an deren Körper zum Ausdruck gebracht, sodass an deren Körper das angebotene Produktportfolio abgebildet worden ist. Ebenso war auffällig, dass der Schönheitschirurg und die Krankenschwester die typische Arbeitskleidung für diese Berufsgruppe trugen, während die Empfangsdame und die Office Managerin besonders elegante Business-Kleidung trugen.“ (Beo. 2, Z. 160-169)

Dabei wird dieses physische Erscheinungsbild in der Praxis des Schönheitschirurgen ausschließlich von kaukasischen Angestellten verkörpert:

„In der Praxis des Schönheitschirurgen sind der Schönheitschirurg selbst, die Empfangsdame, die Praxismanagerin sowie eine Krankenschwester beschäftigt, wobei alle Angestellten Frauen im Alter zwischen Anfang 20 und Mitte 30 sind und nur der Schönheitschirurg ein Mann im Alter von Anfang 50 ist. Der Schönheitschirurg und dessen Angestellten sind Kaukasier mit einem makellos perfekten Körper.“ (Beo. 2, Z. 11-15)

Die verkaufsfördernde Wirkung der Angestellten des Schönheitschirurgen wird auch dadurch deutlich, dass diese selbst Schönheitsoperationen bei dem Schönheitschirurgen haben durchführen lassen und damit eine ideale Referenz für Patienten darstellen. Hierdurch wird wiederum durch die Angestellten sogenannte „Aesthetic Labour“ im Sinne von Holliday u.a. (2014) erbracht. Dieses zeigte sich auch im Rahmen der teilnehmenden Beobachtung in der Praxis des Schönheitschirurgen, als die Empfangsdame über ihre eigene Erfahrung mit der Brustvergrößerung gesprochen hat:

„Als sie diesen Patientenaufnahmebogen ausgefüllt hatte, brachte sie diesen zur Empfangsdame zurück und fragte diese, welche Erfahrungen die Patienten mit Brustvergrößerungen mit Silikonimplantaten des Medizinprodukteherstellers Mentor bei diesem

Schönheitschirurgen gemacht hätten. Daraufhin antwortete die Empfangsdame, dass die Patientinnen voller Zufriedenheit waren und auch sie selbst sich bei diesem Schönheitschirurgen einer Brustvergrößerung, allerdings mit Silikonimplantaten des Medizinprodukteherstellers Allergan, unterzogen hatte.“ (Beo. 2, Z. 73-79)

Des Weiteren nutzen die Schönheitschirurgen zu Vermarktungszwecken, neben den Angestellten, auch die Ehefrauen, Lebenspartner, Familienangehörige und Freunde, um diese mit kostenlosen Schönheitsoperationen als Werbeträger zu präsentieren (vgl. Scovell 2009: o.S.). Dass sich die Schönheitschirurgen auch an Familienangehörigen bedienen, um deren Expertise auf dem Gebiet der ästhetisch-plastischen Chirurgie zur Schau zu stellen, wird auch bei Blum (2003) erwähnt (vgl. Blum 2003: 80). Als besonders werbewirksam für den Schönheitschirurgen erweist sich jedoch, wenn die Ehefrau ein berühmter Celebrity ist. Als idealtypisches Beispiel hierfür ist der Schönheitschirurg Dr. Garth Fisher zu nennen, durch dessen beide ehemaligen Ehefrauen, nämlich dem Fernsehstar Brooke Burke und dem „Playmate“ des Männermagazins „Playboy“ Jessica Canseco, dieser jeweils das massenmediale Interesse auf sich gezogen hat und an lebenden Anschauungsobjekten seine Expertise als Schönheitschirurg präsentieren konnte (vgl. Scovell 2009: o.S.; Nessif 2011: o.S.). Weitere Beispiele von Beziehungen zwischen Schönheitschirurgen und Celebrities, in diesem Fall Schauspielerinnen, sind die Beziehung des Schönheitschirurgen Dr. John Diaz mit Sophie Monk und die Beziehung des Schönheitschirurgen Dr. Marc Mani zu Heather Locklear (vgl. Forbes 2010: o.S.; Shira 2013: o.S.). Der Vermarktungserfolg durch die Beziehung zwischen Schönheitschirurg und Celebrity wird im folgenden Auszug aus dem Experteninterview abgewogen:

I: “Would say it’s an advantage for a Beverly Hills based plastic surgeon, when his wife or girlfriend is a celebrity?”

B: “I think that’s objective. I think (..) people can look at it as an advantage or people can look at it and say, ‘I don’t wanna go to that one.’” (Int. 4, Z. 242-246)

Als besonders vorteilhaft für die Vermarktung eines Schönheitschirurgen ist es auch, wenn dieser über Celebrity Patienten verfügt, die sich offen dazu bekennen, eine bestimmte Schönheitsoperation durchgeführt zu haben. Ein solcher Schönheitschirurg ist beispielsweise Dr. Garth Fisher, der Celebrity Patienten, wie Kris Jenner und Lisa Rinna hat, vor allem aber mithilfe der Celebrities Holly Madison, Jenna Jameson, Nicole Richie, Kate Hudson, Brandi Glanville und Katie Price sein Trademark der Brustvergrößerung etabliert hat und diesbezüglich die Grundlagen des „Porn Chic Looks“ gelegt hat (vgl. Binstok 2012: 4; Chiu 2010: 73f.; Jameson 2007:

70; Johnson 2011: o.S.; Johnson 2012: o.S.; Price 2011: 19, 89; Us Weekly 2007: 100).¹³¹ Eine solche Assoziation von Schönheitschirurgen und Celebrities ist dabei nach Baum (2014) ebenfalls für die Vermarktung von besonderer Relevanz (vgl. Baum 2014: o.S.).

Die Arzt-Patient-Beziehung zwischen Schönheitschirurgen und Celebrities ist eine vollkommen andere als bei den übrigen Patienten, da das Anspruchsdenken und die Erwartungshaltung dieser Patienten im Sinne einer medizinischen Überversorgung und deren Bedürfnisse, vor allem die Sicherstellung von absoluter Anonymität, die Schönheitschirurgen mitsamt deren Angestellten vor erhebliche Probleme stellt, was durch den Habitus der Celebrities begründet ist (vgl. Kron 2006: 210, 212f.).¹³² Bei diesen Celebrities wird durch die Schönheitschirurgen eine Idealform des „Concierge Service“ praktiziert (vgl. Kron 2006: 210, 212f.). Damit geht einher, dass die Celebrities vielfach von dem standardisierten Verlaufsprozess bei Schönheitsoperationen abweichen, sodass die Gefahr von potenziellen Risikofaktoren, wie das Auftreten von Komplikationen, wesentlich höher ist als bei den übrigen Patienten (vgl. Kron 2006: 210, 212). Beispielhaft hierfür ist, dass die Celebrities versuchen, für entsprechende Schönheitsoperationen nicht unbedingt im Rahmen der Pre-OP-Phase die Praxis des Schönheitschirurgen aufzusuchen und in der Post-OP-Phase durch habituelles Fehlverhalten den standardisierten Verlauf der postoperativen Versorgung zu unterminieren (vgl. Kron 2006: 210, 212). Oftmals nimmt die Bewirtschaftung des Körpers mittels Schönheitsoperationen bei Celebrities paranoide Züge an, wie die Wahnhaftigkeit in Bezug auf die Anonymität verdeutlicht und die Klagefreudigkeit von Celebrities gegenüber Schönheitschirurgen zeigt, sofern diese mit einem Schönheitschirurgen assoziiert werden und dieses dann in den Massenmedien verbreitet wird (vgl. Kron 2006: 210, 212f.). So durchlaufen die Celebrities unter einem Pseudonym den gesamten Verlaufsprozess der Schönheitsoperation und auch sonst besteht bei dieser Patientenklientel keine Auskunftswilligkeit, wie die rudimentären Daten in den Patientenaufnahmebögen von Celebrities belegen und zudem bestehen erhebliche Schwierigkeiten beim Beibringen der notwendigen medizinischen Dokumente (vgl. Kron 2006: 210, 212). Die Wahrung der Anony-

¹³¹ Der Schönheitschirurg Dr. Garth Fisher gilt als Begründer des „Porn Chic Looks“, da dieser der Hausschönheitschirurg des Männermagazins „Playboy“ und deren „Playmates“ ist (vgl. Price 2011: 19). Der „Porn Chic Look“, also der „Pornokörper“, ist ein Konglomerat der physischen Erscheinungsbilder und den damit jeweils verbundenen charakteristischen Stilelementen, körperanatomischen Besonderheiten, Accessoires und Performances von Hollywoodstars und Pornostars (vgl. Steffen 2014: 164). Um einen solchen „Pornokörper“ zu erhalten, sind geschlechter- und ethnienübergreifend die dazu notwendigen Bewirtschaftungspraxen anzuwenden, da es sich um einen hochgradig künstlichen Körper handelt, in dem die Abweichung vom „Naturkörper“ ins Extreme gesteigert wird und dieses bewusst durch den Träger des Körpers gewünscht ist (vgl. Steffen 2014: 164).

¹³² Die Celebrities leiden an dem „VIP Syndrome“ mit dessen Erscheinungsformen und Charakteristika sich die Arbeiten von Groves/Dunderdale/Stern (2002), Guzman/Sasidhar/Stoller (2011), Lerner (2006) und Weintraub (1964) beschäftigen, u.a. bezüglich medizinischer Fachdisziplinen, der Arzt-Patient-Beziehung, den Krankheitsbildern und dem Hazardmanagement bei dieser Patientenklientel.

mität von Celebrities erfolgt ebenso durch die Vertraulichkeitserklärungen, der an der Bewirtschaftung des „Celebrity-Körpers“ beteiligten Stakeholder sowie durch eine äußerst restriktive Gesetzgebung in den USA bezüglich der Preisgabe von Patienteninformationen durch diese Stakeholder an die Massenmedien und der öffentlichen Verbreitung dieser Patienteninformationen (vgl. California Healthcare Association 2003: 1-13; Kron 2006: 210f.). Für die Schönheitschirurgen sind diese Celebrities, im Vergleich zu den übrigen Patienten, äußerst personal-, zeit- und kostenintensive Patienten, deren Zahlungsmoral zu wünschen übrig lässt und sie dadurch eine vollkommen unwirtschaftliche Patientenklientel im Praxisbetrieb des Schönheitschirurgen darstellen, es sich also um ein Nullsummenspiel handelt (vgl. Kron 2006: 210, 212f.). Daneben ist für Celebrities hinzuzufügen, dass diese Patientenklientel bei „Botched Surgeries“ einen totalen physischen und psychischen Zusammenbruch erleidet (vgl. Kron 2006: 212). Bezüglich der hegemonialen Arzt-Patient-Beziehung zugunsten des Celebrity ist festzuhalten, dass der Celebrity den Schönheitschirurgen wie einen Leibeigenen behandelt und diese Leibeigenschaft im gesamten Verlaufsprozess einer Schönheitsoperation bei dieser Patientenklientel durch deren habituelle Denk-, Verhaltens- und Handlungsmuster zum Ausdruck kommt (vgl. Kron 2006: 210ff.).

Im Hinblick auf die Vermarktung bleibt anzumerken, dass neben den von Schönheitschirurgen angewandten Marketingstrategien, die persönlichen Empfehlungen wesentlich effektiver sind als alle Marketinganstrengungen, wie eine Expertin hervorhebt: „Even though we have good reputation, we don't do a lot of marketing, we don't do a lot of advertisement and because of that when people find us, lot of people still say, 'They are following people that have been referred by this group of people.'“ (Int. 12, Z. 454-456) Damit haben persönliche Empfehlungen einen wesentlich größeren Einfluss auf die potenziellen Patienten als die dem Schönheitschirurgen zur Verfügung stehenden Marketingmethoden. Ebenfalls wird damit ersichtlich, dass die finanziellen Einnahmen des Schönheitschirurgen sich zumeist aus Patienten generieren, die nicht den Marketingkampagnen gefolgt sind, sondern den persönlichen Empfehlungen. Dazu wird von einer Expertin folgendermaßen Bezug genommen:

„I mean most of (.) our revenue comes from existing patients. We are word-of-mouth, something we didn't have to pay for. And then the other thirty-five percent maybe, so that's like sixty-five or seventy percent come from that, thirty-five percent maybe comes from marketing or thirty, depending on which doctors, we have had here.“ (Int. 13, Z. 593-596)

In Bezug auf die persönlichen Empfehlungen ist jedoch anzumerken, dass diese in Abhängigkeit von dem Alter des Schönheitschirurgen stehen. So ist nämlich festzustellen, dass je älter

ein Schönheitschirurg ist, desto weniger ist dieser auf etwaige Marketingkampagnen angewiesen, sondern dessen Geschäftsmodell mit der Bewirtschaftung des Körpers mittels Schönheitsoperationen basiert überwiegend auf persönlichen Empfehlungen. Dagegen verfügen die jüngeren Schönheitschirurgen nicht über einen solchen Patientenstamm, der entsprechende persönliche Empfehlungen aussprechen kann, sodass diese wiederum zwangsläufig auf Marketingkampagnen angewiesen sind. Diese Abhängigkeit vom Vorhandensein eines Patientenstamms und der Nutzung von Marketingkampagnen verdeutlicht eine Expertin mit folgenden Worten: „Because the younger they are, they more relying, they are more relying upon the marketing. As they get older, really have their patient bases, telling their friends and they are getting more referrals.“ (Int. 13, Z. 596-598) Die persönlichen Empfehlungen sind vor allem bei internationalen nicht-kaukasischen Patienten relevant, wenn es darum geht, Patienten aus einem gewissen Kulturraum zur Patientenklientel zu zählen. Die Akquirierung dieser Patientenklientel aufgrund von persönlichen Empfehlungen wird in der folgenden Aussage eines Experten beschrieben: „They tend to be ethnic. So Jimmy Abraham (.) has deep contacts in the Armenian community and in the Middle East. So there that entire contact network will refer to him.“ (Int. 1, Z. 183-184)

Abschließend ist festzuhalten, dass die Vermarktungsstrategie des Schönheitschirurgen darauf abzielt, dass dieser eine eigene Marke ist und zugleich den gesellschaftlichen Status eines Celebrities besitzt (vgl. Blum 2003: 83). Ein Erklärungsversuch für eine solche Vermarktungsstrategie liegt auch darin, dass die gesamtgesellschaftliche Bedeutung der Schönheitsoperationen zu berücksichtigen ist (vgl. Lei 1997: o.S.). Dazu merkt Lei (1997) an:

„A plastic society requires plastic surgeons: They are vital to Hollywood’s culture of narcissism and, increasingly, to the rest of youth-obsessed America. Plastic surgeons are the sorcerers of medicine, delivering the illusion of immortality to a clientele that is rich and vain and sometimes desperate.“ (Lei 1997: o.S.)

6.2.4 Körperanatomische Spezialisierung der Schönheitschirurgen

Bevor die körperanatomische Spezialisierung der amerikanischen Schönheitschirurgen erfolgt, erwerben diese durch eine nationalstaatliche Initiative seit dem Jahr 1998 auch weitreichende Kenntnisse im Umgang mit nicht-kaukasischen Patienten im Rahmen der interkulturellen Medizin (vgl. Garrison/Bloom 2004: 1). Die interkulturelle Medizin wird dabei im Grundstudium der Medizin an den medizinischen Fakultäten der amerikanischen Universitäten vermittelt, also vor Beginn der Facharztausbildung zum plastischen Chirurgen und gehört damit zum festen

Bestandteil des dortigen Curriculums des Medizinstudiums (vgl. Association of American Medical Colleges 2005: 1f.; Garrison/Bloom 2004: 1). Dabei dient ein solches Curriculum vor allem dazu, dass im alltäglichen Praxisbetrieb dem Ethnozentrismus Abhilfe geleistet wird und stattdessen durch eine Kultursensibilität im Sinne des Multikulturalismus ersetzt wird (vgl. Association of American Medical Colleges 2005: 1f.; Garrison/Bloom 2004: 1).

Die körperanatomische Spezialisierung, also im Rahmen einer Körpersensibilität bei Ethnochirurgien, wurde offenbar lange Zeit bei den Schönheitschirurgen vernachlässigt, so dass, unabhängig von der Ethnie, die Patienten beispielsweise dieselbe Nasenform nach einer Schönheitsoperation hatten. Schließlich orientierten sich die Schönheitschirurgen bei der Bearbeitung des Körpers mittels ethnochirurgischer Eingriffe an einem kaukasischen Körperleitbild, worauf eine Expertin hinweist:

„[...] I think, when your hands are on the patient; I think you should not change them; I think doctors becoming more aware. Um, it's like how twenty years ago, when they did rhinoplasty, (.) they did the same nose on everyone. Now, I think, what they are doing in the U.S., they are doing, what fits to the person, so they are not making them all look Aryan. (laughs) The same look. I think that's what changed. They are more sensitive to their patients.“ (Int. 7, Z. 529-533)

In diesem Kontext macht Pierce (1980) bezüglich der Nasenoperationen deutlich, dass die Verwestlichung der Nase als eine der wesentlichen anatomischen Körpereigenschaften und der damit erfolgenden Zuordnung zu einer Ethnie fungiert (vgl. Pierce 1980: 492). Auch betont Pierce (1980), dass für die Verwestlichung der Nase entsprechende Operationsmethoden in Abhängigkeit von der jeweiligen nicht-kaukasischen Ethnie angewandt werden müssen, um eine solche Verwestlichung hinsichtlich der neuen Erscheinungsform der Nase herzustellen (vgl. Pierce 1980: 492). Die Homogenisierung der Körper, also die Verwestlichung von nicht-kaukasischen Körpern, wird auch bei Wimalawansa/McKnight/Bullocks (2009) auf die nicht vorhandenen bzw. nicht angewandten ethnienspezifischen Operationstechniken zurückgeführt (vgl. Wimalawansa/McKnight/Bullocks 2009: 160).

Die Verwestlichung aufgrund der Anwendung von Operationstechniken für Kaukasier hat sich jedoch nicht weiter fortgesetzt. Infolgedessen werden die körperanatomischen Determinanten der jeweiligen Ethnie beibehalten und somit keine Gleichmacherei des Körpers infolge von Schönheitsoperationen mehr betrieben. Die Schönheitschirurgen verfügen über die notwendigen Kenntnisse, welche Präferenzen die einzelnen Patienten haben. Diese Körpersensibilität der Schönheitschirurgen verdeutlicht die folgende Aussage einer Expertin: „I think there is much more understanding of the different ethnicity of the face and of the body. You

know, I mean like doctors understand American women want smaller butts and bigger boobs. And Brazilians want smaller boobs and bigger butts. (laughs)“ (Int. 2, Z. 237-240)

Die Beachtung der jeweiligen körperanatomischen Voraussetzungen und deren Bewahrung, gerade bei Nasenoperationen, sind auch darauf zurückzuführen, dass die Patienten die ethnienpezifische Körperanatomie beibehalten wollen. Diese Bewahrung der ethnienpezifischen Determinanten des Körpers wird in der folgenden Aussage einer Expertin dargelegt: „So basically the Arabs have the tip of the nose and they say, ‘Okay, I want to do the nose job, but I want to keep this, I want to keep the Arabic look.’“ (Int. 10, Z. 148-150) Eine solche „Bewahrung der Ethnie“ im Zuge von Ethnochirurgien, u.a. bei Nasenoperationen, wird auch von einigen Schönheitschirurgen explizit auf deren Homepage beworben (vgl. Fisher 2019a: o.S.).

Die Bewahrung der ethnischen Körperanatomie, insbesondere bei Nasenoperationen, ist darauf zurückzuführen, dass sich das globale Schönheitsideal aus unterschiedlichen kulturellen Einflüssen zusammensetzt, sodass es nicht nur westliche Einflüsse sind, die dominieren, sondern auch zugleich nicht-westliche Einflüsse. Dieses wird in der folgenden Aussage einer Expertin angemerkt: „The noses, I think, now the trend is more to retain the ethnicity, to preserve the ethnicity as much as possible because I think worldwide we have become much more coloured global beauty market.“ (Int. 2, Z. 235-237) Die Berücksichtigung der ethnisch determinierten Körperanatomie und deren Konservierung im Rahmen von Ethnochirurgien ist auch eine Folge der Veränderung der ethnischen Zusammensetzung der Community von Schönheitschirurgen. So hat sich auch dort, wie auch in der amerikanischen Gesellschaft, ein „Melting Pot“ ausgebildet. Infolgedessen handelt es sich bei den praktizierenden Schönheitschirurgen nicht mehr nur um eine homogene Gruppe von Kaukasiern, sondern um eine heterogene Gruppe von Kaukasiern und Nicht-Kaukasiern. Diese neue Zusammensetzung der Community der Schönheitschirurgen nach Ethnien beschreibt eine Expertin folgendermaßen:

„We have a much more ethnic diversity of physicians. What we really do is like these physicians in Beverly Hills who are Arabian descent, and they want to preserve the ethnicity of their own culture. I think, if you look back at physicians from fifty years ago in the U.S., they were pretty much all white Americans. They may have been a European descent or Irish or English descent, now I think we just have a bigger melting pot of physicians from different ethnicities. They thought they keep their ethnicity.“ (Int. 2, Z. 245-250)

Hieraus leitet sich dementsprechend eine an die jeweilige Ethnie angepasste Körpersensibilität ab. Diese führt dazu, dass der jeweilige Schönheitschirurg die Ethnochirurgie anders plant als

eine Schönheitschirurgie bei kaukasischen Patienten. Dabei geht es vor allem darum, die Narbenbildung zu vermeiden, worauf ein Experte hinweist: „We have to be more careful with African-American patients (...) because the scars on their skin. Scar placement becomes very important.“ (Int. 11, Z. 53-54) Ebenso tragen die Medizinproduktehersteller zu dieser Körpersensibilität bei, indem diese den Schönheitschirurgen entsprechende Produkte, u.a. zu nicht-chirurgischen Eingriffen zur Verfügung stellen, mit denen sich nicht-kaukasische Körper ohne entsprechende Folgeschäden, vor allem durch das Hinterlassen von Narben, bearbeiten lassen. Dieses wird in der folgenden Aussage eines Experten dargelegt:

„Ethnic surgery is how you define ethnic plastic surgery, but if its people of colour, Hispanic people, black people. The lasers are much more tuneable now. They are less harsh; they can be used on ethnic skin even on black skin. And incision formation at the same time we are learning to reconstruct every little part of the face and restore to a normal appearance. At the same time we doing now that benefits people who don't scar rare. We also have many things to help people scar better. Now we have creams and lotions and of course lasers to help people scar better. So that's benefitted in ethnic patients.“ (Int. 3, Z. 106-113)

Diese medizintechnologischen Weiterentwicklungen, von denen nicht-kaukasische Patienten maßgeblich profitieren, werden durch eine Expertin hervorgehoben:

„[...] it's become, if you are talking about, ah, those people taking also see that if before you did the surgery, let's say on a dark person, ah, that have skin type, let's say six, most of the plastic surgeons they will do something that they will have like, ah, big scars staying after that. So, it's really something that they don't want to have. And now with the non-invasive procedure more and more people that have skin type six and above can allowed doing those procedures without any almost, say nothing left and no damage and no bruise and nothing.“ (Int. 6, Z. 141-147)

Besonders deutlich wird diese Körpersensibilität, wenn die Schönheitschirurgen die Ansprüche der unterschiedlichen Ethnien hinsichtlich einer Nasenoperation erfüllen müssen. Dieses wird im folgenden Auszug aus dem Experteninterview deutlich:

B: “[...] When we do their [Arabic; T.G.] noses, then (..) we are careful not to change their ethnicity.”

I: “And the Hispanics?”

B: “Hispanic patients often want, you know, their nose done and they want a little bit more western features. The nose not so wide and tip a bit better defined.”

I: “And the Latinos?”

B: "Latinos and Hispanic patients and African-American patients, too. They often want their nose a little bit better sculpted." (Int. 11, Z. 38-49)

Jedoch gibt es auch Schönheitschirurgen, die sich auf keine bestimmten Ethnien spezialisieren, wie ein Experte betont: „We don't seek out anyone particular subtype. People, who research and they like the techniques, they will come here.“ (Int. 3, Z. 321-322) Dagegen verlangt nur noch eine Minderheit der Patienten eine totale körperanatomische Veränderung, wie diese in der Vergangenheit von Schönheitschirurgen vorgenommen worden ist. Dieses wird in der folgenden Aussage einer Expertin deutlich: „There are some people, a small, small population really like the European features and they wish, they can look more European, that's true. There are some, but it's a minority for sure.“ (Int. 12, Z. 181-183) Diesbezüglich haben sich Schönheitschirurgen nach wie vor auf die körperanatomische Verwestlichung bei nicht-kaukasischen Ethnien spezialisiert. Infolgedessen hat sich deren Tätigkeitsschwerpunkt auf die körperanatomische Transformation konzentriert, u.a. bei Nasen. Eine Expertin fasst diese Spezialisierung in Worte: „His speciality is the ethnic nose; his speciality is just to make the nose look more European, that's his whole speciality.“ (Int. 8, Z. 131-132) Eine solche Transformation von Nasen wird auch insbesondere auf der Homepage von Schönheitschirurgen beworben (vgl. Ghavami 2016: o.S.).

Hierbei ist jedoch auffällig, dass sich die körperanatomische Spezialisierung dabei weniger auf den Körper, sondern vielmehr auf das Gesicht konzentriert, wie eine Expertin feststellt: „Body is not so much because they know that most internationally the body is body (laughs). Um, but the face, they know that, you know, each ethnic face has specific, um, anatomy and features are unique to their culture and their ethnicity.“ (Int. 12, Z. 54-56) Bezüglich der Gesichtsanatomie nutzt der Schönheitschirurg idealistische Voraussetzungen, die die perfekte Schönheit abbilden. Diese Vermessung des Gesichts wird anhand der folgenden Aussage einer Expertin dargelegt:

„[...] I think there's kind of a standard, an international standard of beauty that is in the eyes of the plastic surgeon, is based more on mathematical configurations of the face not necessarily the shape. A beautiful face is configured a three third of the face. You know, what I mean. Ethnically is the same what is different in features.“ (Int. 2, Z. 230-233)

Gerade bei Eingriffen, wie dem Facelift, sind die körperanatomischen Voraussetzungen bei nicht-kaukasischen Patienten in besonderem Maß zu berücksichtigen, um ein hohes Qualitätsniveau zu erreichen, sodass das Gesicht dieser Patienten nicht entstellt wird. Eine Expertin beschreibt dies folgendermaßen:

„So, the age reversing type of procedures, I mean obviously that’s applicable to everyone. You know, most people, um, if they got their facelifts and they gonna be probably make no matter what ethnicity you are, your face you gonna look younger and prettier, if you have that technical skill. But then, when it comes to ethnic, then they definitely looking for people that have experience to do that, otherwise they can make your eyes look ridiculous (laughs).“ (Int. 12, Z. 122-126)

Dabei sind die Schönheitschirurgen dazu angehalten, eine entsprechende körperanatomische Spezialisierung vorzunehmen aufgrund des demographischen Wandels der USA in Bezug auf die ethnische Zusammensetzung der dortigen Bevölkerungsstruktur. Darauf wird von einer Expertin hingewiesen: „[...] there’s so many different ethnicities in the U.S. who now all have children, the baby boomers children and now they are in their thirties and forties and there is the next surge of aging population patients who want to keep their youth.“ (Int. 2, Z. 465-468) Eine entsprechende körperanatomische Spezialisierung ist auch notwendig, da die nicht-kaukasischen Patienten solche Schönheitschirurgen in ihrem Entscheidungsprozess präferieren, die über entsprechende Erfahrung im Bereich von Ethnochirurgien verfügen. Diesbezüglich merkt eine Expertin an: „[...] most ethnic patients want to know that our doctor has worked on their particular ethnic type of face or body.“ (Int. 12, Z. 53-54) Ebenfalls hat sich bei den Schönheitschirurgen auch eine gewisse Routine im Umgang mit nicht-kaukasischen Patienten eingestellt, wie ein Experte deutlich macht: „Well, human kind is very cosmopolitan now, it is not just which way people rule the world, you know, it’s rich people who rule the world. So different skin types and different body types are now much more commonplace to the market.“ (Int. 3, Z. 89-90) Die Routine ist bei diesen ethnochirurgischen Eingriffen darauf zurückzuführen, dass im Markt eine entsprechende Nachfrage nach Ethnochirurgien vorhanden ist und dementsprechend die Schönheitschirurgen darauf reagiert haben. Eine solche marktbedingte körperanatomische Spezialisierung wird in der folgenden Aussage einer Expertin zum Ausdruck gebracht:

„And so I would say the advancements just come from general more experience. You know, now that more people they doing it, there are more doctors, I don’t know, maybe more experience because it’s becoming so commonplace. So I would just say the advancement would be just improvement in technique, just from people doing so much of it. Now it’s not a unique thing, now it’s almost, you know, mainstream.“ (Int. 12, Z. 139-143)

Die körperanatomische Spezialisierung von Schönheitschirurgen und die damit vielfach einhergehende Verwestlichung von nicht-kaukasischen Körpern wird von der American Society of Plastic Surgeons, dem Fachverband der amerikanischen Schönheitschirurgen, bewusst verklärt und stattdessen von der „Bewahrung der Ethnie“ gesprochen (vgl. American Society of

Plastic Surgeons 2017: o.S.).¹³³ Auch wird in der wissenschaftlichen medizinischen Fachliteratur zu plastischer Chirurgie die „Verwestlichung des Körpers“ abgelehnt, wie u.a. bei Wimalawansa/McKnight/Bullocks (2009) oder bei Ishii (2014). Die körperanatomische Spezialisierung wird neben den Schönheitschirurgen auch von den Gesichtschirurgen betrieben, was sich beispielhaft an dem in Beverly Hills praktizierenden Gesichtschirurgen Dr. Paul Nassif veranschaulichen lässt, der sich auf die Verwestlichung von Nasen spezialisiert hat und die verwestliche Nase somit zu seinem Trademark geworden ist (vgl. Wilentz 2006: o.S.).¹³⁴ Die „Verwestlichung des Körpers“ wird dabei auch auf den jährlich stattfindenden Symposien erlernt, wie dem „Dallas Cosmetic Surgery Symposium“, dem „Dallas Rhinoplasty Symposium“, „The Cutting Edge Aesthetic Surgery Symposium“ in Manhattan sowie das „Multi-Specialty Plastic Surgery Symposium“ am „Cedars-Sinai“ in Los Angeles (vgl. Cedars-Sinai, Department of Surgery 2015: 1f.; The New York Plastic Surgery Foundation 2015: 1f.; UT Southwestern Medical Center 2015a: 1f.; UT Southwestern Medical Center 2015b: 1f.). Bezüglich der Nasenoperationen und deren Verwestlichung ist anzumerken, dass es hierfür eine gesonderte Fachvereinigung von Schönheitschirurgen gibt, nämlich „The Rhinoplasty Society“ (vgl. UT Southwestern Medical Center 2015b: 2).

6.2.5 Standardisierung im Ablaufprozess von Ethnochirurgien

Die Standardisierung im Ablaufprozess einer Ethnochirurgie zeigt sich auch daran, dass die Schönheitschirurgen eine gewisse Routine mit ortsfremden Patienten haben und es überhaupt keine Rolle mehr spielt, ob es sich bei dem jeweiligen Patienten um einen nationalen oder internationalen Patienten handelt. Letztendlich durchlaufen alle Patienten denselben Ablaufprozess, der aus den Phasen Pre-OP, Day-of-OP und Post-OP besteht. Dieses wird anhand der folgenden Aussage eines Experten deutlich:

„Well, we treat all patients alike. You know, most of my patients do come from other states or other countries. (.) So there is no real difference from someone who comes from

¹³³ So heißt es bei der American Society of Plastic Surgeons (2017): „The majority of patients want to maintain their ethnic identity. They do not want to lose important facial features that exhibit racial character.“ (American Society of Plastic Surgeons 2017: o.S.) Die Dimension der ethnochirurgischen Körperbewirtschaftung changieren zwischen der Verwestlichung nach Von Laue (1987) im Zuge der Homogenisierung von Körpern und der Bewahrung der Körperanatomie bzw. der Ethnie im Rahmen der „Hybridkultur“ nach Spielmann (2010) bzw. der „Kreolisierung“ nach Hannerz (1992) im Zuge der Heterogenisierung von Körpern. Diese Dimensionen der Bearbeitung des Körpers mittels entsprechender Ethnochirurgien werden durch die Cultural Studies im Verständnis von Grossberg (1999) und Hall (1999) erfasst.

¹³⁴ Ein weiterer Gesichtschirurg in Beverly Hills, der das Idealbild der Nase erschaffen hat, ist der Gesichtschirurg Dr. Raj Kanodia, der sich auf Nasenoperationen spezialisiert hat und durch diese Expertise die Gesichtsanatomie von Celebrities und Hollywoodstars wie Cameron Diaz, Ashley Tisdale, Ashlee Simpson und Jennifer Aniston geschaffen hat (vgl. Haute Living 2008: o.S.; Rizzo 2007: 98).

Dubai or from someone who comes from Virginia. It's still they stay in town for one or two weeks, have the surgery, recovering and go back.“ (Int. 3, Z. 12-15)

Bei dieser Standardisierung handelt es sich de facto um einen schon automatisierten Ablaufprozess, bei dem jedoch scheinbar immer noch versucht wird, auf die individuellen Bedürfnisse Rücksicht zu nehmen. Ein Experte drückt dies folgendermaßen aus: „We have accommodations for them, we aware their cultural sensitivities, we make a surgery happen and recovery safely and then they leave and go home. So it's not automated, but we are very, very custom to international patients.“ (Int. 3, Z. 119-121) Nichtsdestotrotz ist die Praxis des Schönheitschirurgen darauf bedacht, dass dieser Ablaufprozess immer derselbe ist, wozu auch entsprechende Schriftstücke bzw. Formulare existieren, in denen der jeweilige Verlauf genau dargelegt wird. Eine Expertin formuliert dies mit folgenden Worten: „And you know, you have to create systems, I mean we spend a lot of time developing systems and forms for the nurses and steps that it has to be done the same way.“ (Int. 13, Z. 198-200) So existiert speziell für internationale Patienten ein genauer Ablaufplan darüber, was im gesamten Ablaufprozess zu erfolgen hat, wie eine Expertin betont: „So we have a whole protocol just for out of town patients and that means that date of surgery is here, that means two weeks before we are doing this, three weeks before we are doing that.“ (Int. 13, Z. 288-290)

Eine solche Standardisierung ist notwendig, um den internationalen Patienten einen reibungslosen Ablauf zu garantieren. So dient die Standardisierung dazu, dass gerade die notwendigen medizinischen Dokumente und medizinischen Befunde des Patienten in der Pre-OP-Phase zeitnah dem Schönheitschirurgen bzw. der Praxis vorliegen und dadurch die Schönheitsoperation wie geplant verlaufen kann. Auch wird durch solch eine Standardisierung vermieden, dass eine Schönheitsoperation verschoben werden muss. Somit ist das Geschäft mit internationalen Patienten äußerst ressourcenintensiv und wesentlich personalintensiver als das Geschäft mit nationalen Patienten. Die hohe Anzahl an Angestellten im Geschäft mit internationalen Patienten ist darauf zurückzuführen, dass bei diesen Patienten wesentlich weniger Zeit zur Verfügung steht und auch weniger Möglichkeiten bestehen, bestimmte Dinge zu korrigieren, sofern im Verlaufsprozess etwaige Probleme auftreten. Dieser Ablauf in der Pre-OP-Phase wird in der folgenden Aussage einer Expertin beschrieben:

„So the nurses have it, so that they are gonna call the patient and we are gonna keep saying, ‘Okay! Now, how are you doing? Did you get your blood work?’ We were working on and then saying, ‘Okay! Now you need to call Jenna! Because Jenna needs, we gonna make sure she got her blood work done. We haven't got it back yet!’ You know because it's just more complicated, we have a lot more staff because normally if they gonna have surgery and they are from in town. We are gonna see them two weeks before for their pre-op and we have a lot of time in between here if there is a problem. But when

it's an out of town patient, you know, maybe the pre-op is right here (laughs). They come into town and we have to do everything really close. So a lot of staff were doing on a phone call ahead of time or you know, mailing the packet or faxing it or emailing it, whatever. And were making, you know, we are having all this communications line up to it. So they feel like every step of the way, they are not worrying like, 'What's happening?' We are hand-holding them through all the way up (.) until surgery.“ (Int. 13, Z. 294-306)

Diese Standardisierung des Ablaufprozesses wird dabei maßgeblich durch Softwareprogramme sichergestellt. Mithilfe dieser Softwareprogramme ist die genaue Verortung des jeweiligen Patienten im Ablaufprozess zu ermitteln, wie eine Expertin erklärt: „So we have a software system, it's like a contact management system. So it would show, 'Okay, she is pre-op, she is an out of town pre-op.'“ (Int. 13, Z. 287-288) Die Besonderheit dieser Softwareprogramme für das Praxismanagement besteht zusätzlich darin, dass diese unterschiedliche Tools integrieren, die im Zuge des Praxisbetriebs relevant sind (vgl. CosmetiSuite o.J.: 1-4; Modernizing Medicine o.J.: 1-7; Nextech o.J.: 1-12). So enthalten diese Softwareprogramme nicht nur die jeweiligen Patientendaten, sondern diese enthalten auch ein Programm für das Personalmanagement, ein Programm für die Bestellung von Verbrauchs- und Bedarfsgütern, ein Programm für die Terminierung, ein Tool für die Arzt-Patient Interaktion etc. (vgl. CosmetiSuite o.J.: 1-4; Modernizing Medicine o.J.: 1-7; Nextech o.J.: 1-12).

Zusätzlich existieren für die Einhaltung des standardisierten Ablaufprozesses auch noch sogenannte Checklisten. Mithilfe dieser Checklisten wird ebenfalls sichergestellt, dass der gesamte Ablaufprozess einer Schönheitsoperation immer nach demselben Prinzip abläuft. Eine Expertin stellt den Gebrauch solcher Checklisten folgendermaßen dar: „But then, we have on the inside, it has to be done the same way every time because you can't worry if nurse Mandy is doing it in the same way as nurse Sandy. It has to be the same, the same questions, the same protocols, you know, checklists. So we developed a lot of checklists.“ (Int. 13, Z. 205-208) Der Einsatz solcher Checklisten konnte im Rahmen der teilnehmenden Beobachtung im ambulanten Chirurgiezentrum mitverfolgt werden:

„Bevor der erste Patient sowie die Angestellten für den Operationsaal, also der Schönheitschirurg, die OP-Krankenschwester, die chirurgisch-technische Assistentin und der Anästhesist, im ambulanten Chirurgiezentrum eintrafen, bereiteten die Managerin, die Empfangsdame und die Pre- und Postcare Nurse das ambulante Chirurgiezentrum für den Praxisbetrieb vor. Dazu gehörten, dass diese zuerst einmal das Licht in allen Räumlichkeiten anschalteten und danach den Tagesablaufplan durchgingen und kontrollierten, ob alle Patientenakten mitsamt den entsprechenden Dokumenten der Patienten vorlagen. Auch wurden noch Checklisten für den täglichen Betrieb des ambulanten Chirurgiezentrums durchgegangen.“ (Beo. 3, Z. 27-34)

Derartige Checklisten dienen nach Rosenfield (2012) der Risikominimierung, sodass eine solche Checkliste den gesamten Ablaufprozess von Schönheitsoperationen erfasst (vgl. Rosenfield 2012: 12f.). Neben den Softwareprogrammen, Formularen und Checklisten zeigt sich die Standardisierung auch durch die Imaging-Technologien, sodass es nun möglich ist, entsprechende potenzielle Ergebnisse einer Schönheitsoperation zu visualisieren und somit den Willens- und Entscheidungsbildungsprozess seitens des Patienten, wie auch die Interaktionsbeziehung zwischen dem Schönheitschirurgen und dem potenziellen Patienten, nachhaltig im Sinne der Beschleunigung des Verlaufsprozess der ethnochirurgischen Körperbewirtschaftung zu verändern (vgl. Canfield Scientific, Inc. o.J.: 2f.). Eine Expertin beschreibt dieses folgendermaßen:

„Well, certainly having the computer imaging, I think is huge because being able to communicate better about what you want. Sometimes for example, we had a guy, who came in and he said, ‘He want a chin implant.’ He didn’t like his profile and so we take his picture, we put him up on the computer. Doctor comes in and I was doing the imaging at that time and so I did everything, they called me because I was good at it. So put him up on the computer and so the doctor said, ‘Okay, give him a little chin implant.’ I am looking at this picture and I am thinking, ‘He doesn’t really need a chin implant!’ I am so confused and I was trying to, you know, make more projection, trying to make it look more strong or something and (.) so then the doctor came back in and the patient with me. And I said, ‘I have really trouble with this because it doesn’t look right. Every time I am trying to move it around and this isn’t looking right.’ And he said to the patient, he said, ‘Show me, show me!’ They just had a consult, they already had a whole twenty minute consult, then we are doing imaging. So he said, ‘Where you show me on the screen, where?’ He goes, ‘Your chin projection is really not.’ And he goes, ‘Show me, what’s bothering you!’ He goes, ‘Well, I want a stronger chin!’ But he was talking about here, so he was very narrow and so he was very pointed, his brother had the kind more of a square, strong jaw, you know. And so the patient saying, ‘Chin implant!’ The doctor, but until we got him on the screen and he could see it and got point to it and then he was like, ‘No, right here.’ And that’s when everybody understood. And when you are talking about patients having realistic expectations, (...) the language, even though chin, should mean the same thing, this guy, he really meant his jaw, he was like here, he wanted it more square and so even though, they had this whole appointment and they should have been on the same page, (.) having that computer imaging and having him be able to say, ‘Oh, this is what I mean.’ And then we were all talking on the same page. So having that technology, I think is so important because it really does help with expectations.“ (Int. 13, Z. 155-178)

Die Verantwortung dafür, dass der Ablauf einer Schönheitsoperation immer nach demselben Prinzip erfolgt, obliegt dem Tätigkeitsbereich der Office Managerin des Schönheitschirurgen. Dies konnte im Rahmen der teilnehmenden Beobachtung in der Praxis des Schönheitschirurgen festgestellt werden: „Die Office Managerin überwacht in der Regel den gesamten Ablaufprozess in der Praxis, also die Standardisierung der dortigen Arbeitsabläufe [...].“ (Beo. 2, Z. 33-

36) Ansonsten ist für den geregelten Ablaufprozess in der Praxis des Schönheitschirurgen maßgeblich die Empfangsdame zuständig. Dieses konnte ebenfalls im Zuge der teilnehmenden Beobachtung in der Praxis des Schönheitschirurgen festgestellt werden:

„Die Empfangsdame ist für den Empfang der Patienten, die Terminvergabe sowie für die Bezahlung der durchgeführten Eingriffe und die Patientendokumente, wie den Patientenaufnahmebogen, verantwortlich. Der Patientenaufnahmebogen wird den neuen Patienten ausgehändigt, die diesen während der Wartezeit ausfüllen oder bereits zu Hause ausgefüllt haben, da dieses Dokument auf der Homepage des Schönheitschirurgen als PDF-Dokument zum Download zur Verfügung steht oder im Rahmen der Terminvereinbarung durch die Empfangsdame per E-Mail übersandt worden ist. Beim Ausfüllen des Patientenaufnahmebogens steht die Empfangsdame bei Rückfragen, wie auch bei sonstigen Fragen, den wartenden Patienten zur Verfügung. Zudem koordiniert diese die OP-Termine mit dem ambulanten Chirurgiezentrum und ist für die eingehenden E-Mails, Postsendungen sowie Telefonate zuständig bzw. leitet diese an die dafür zuständigen weiteren Angestellten oder an den Schönheitschirurgen weiter. Damit ist diese im Wesentlichen für den Patientendurchlauf, also für den Ablaufprozess der Praxis verantwortlich, also damit auch für den wirtschaftlichen Profit.“ (Beo. 2, Z. 16-28)

6.2.6 Erosion des Berufsethos

6.2.6.1 „Overhead Kosten“

Die „Overhead Kosten“, also die Ausgaben, die für den jährlichen Betrieb einer Praxis anfallen, betragen mitunter mehr als die Hälfte der dort erwirtschafteten finanziellen Einnahmen. Damit wird deutlich, wie kostenintensiv die Bewirtschaftung des Körpers aus der Perspektive des Schönheitschirurgen ist, der die dafür notwendige Infrastruktur und das Humankapital zur Verfügung stellt. Darauf verweist die folgende Aussage einer Expertin: „It’s very expensive to be a plastic surgeon; usually about fifty to fifty-five percent of the money that they bring in, goes to the overhead of their business.“ (Int. 8, Z. 253-254) Im Rahmen der „Overhead Kosten“ ist es vor allem das Anliegen des Schönheitschirurgen, die entsprechenden finanziellen Ausgaben, wie die Personalkosten, zu reduzieren (vgl. Vincent 2007: o.S.). Diesbezüglich nutzt der Schönheitschirurg für bestimmte Tätigkeiten sogenannte „Physician Extender“. Diese übernehmen mitunter Tätigkeiten, die zuvor von Medizinern ausgeführt wurden. Auf diese Kosteneinsparung durch entsprechendes Personalmanagement wird in der folgenden Aussage einer Expertin eingegangen:

„There is always gonna be physician extenders meaning a nurse midwife or (.) like you

have in ophthalmology, you have an optometrist, when you have orthopaedics, you have a pediatricist, when you have an ob-gyn, you have nurse midwives. A lot of plastic surgeons use nurse practitioners and physician assistants for office visits, so it's just the reality of cost savings, um, in a society that really is trying to minimize their cost and expenses. So that's just the reality that we have to work with.“ (Int. 8, Z. 24-29)

Diese Kosteneinsparungen bei medizinischem Personal führen dazu, dass sich die davon betroffenen Mediziner, wie Anästhesisten, entsprechend anderweitige finanzielle Einnahmequellen erschließen müssen, um die Mindereinnahmen im eigentlichen beruflichen Tätigkeitsfeld zu kompensieren. Deren Tätigkeitsfeld als Anästhesist wird vielfach von sogenannten Anästhesiepflegern übernommen. Ebenfalls hat die Gesundheitsreform in den USA, also „Obamacare“, signifikante Auswirkungen auf den Gesundheitsmarkt und die dort tätigen Mediziner. Dazu wird von einer Expertin angemerkt:

„Yes, you have to figure out a way to add value to yourself as a physician anesthetist, so I know a lot of people, who will do a fellowship in cardiac anesthesia or some specialize in pediatrics. There are nurse practitioners, nurse anesthetists in those fields, but it's a lot less or you have to choose an area that is, um (.), nurse anesthetists don't work in. For me, I have a business on the side, so I have been trying to not depend hundred percent on being an anesthetist because healthcare in the United States is changing constantly, especially with the passage of Obamacare. So I think that if you can add some value with that being, you just have to play, you can't change the system, but you can play within the system.“ (Int. 8, Z. 33-40)

Neben Personalkosten sind es auch die hohen Mietkosten für Praxen in Beverly Hills, die ein Problem für Schönheitschirurgen darstellen (vgl. Vincent 2007: o.S.). Dies hat zur Folge, dass manche Schönheitschirurgen anstatt in einer Einzelpraxis in einer Gemeinschaftspraxis mit anderen Schönheitschirurgen praktizieren (vgl. Vincent 2007: o.S.). Damit wird auch deutlich, dass die finanziellen Einnahmen eines einzelnen Schönheitschirurgen mitunter nicht ausreichen, um die Selbstständigkeit als Schönheitschirurg anzustreben (vgl. Vincent 2007: o.S.). Aufgrund der Tatsache, dass sich also mehrere Schönheitschirurgen in einer Praxis befinden, ergeben sich wiederum auch für Patienten entsprechende Möglichkeiten, Einfluss auf das Preisniveau von Schönheitsoperationen zu nehmen. Eine Expertin stellt dies folgendermaßen dar:

„I know, it's like five plastic surgeons to one office because they cannot afford space. It's very expensive space over there and that's why there are so many plastic surgeons packed in one. It's good and bad because like you can say, 'Oh, this plastic surgeon charges me blablabla. You can negotiate.'“ (Int. 8, Z. 246-249)

Eine weitere Folge der Nutzung von Praxisräumen durch mehrere Schönheitschirurgen in einer Praxis ist auch, dass die medizinische Infrastruktur innerhalb der „Medical Buildings“ auf diese

Problematik nicht ausgelegt ist (vgl. Vincent 2007: o.S.). Diese Problematik an verfügbaren Räumlichkeiten zeigt sich auch bei der Errichtung von Medical Spas in den Praxisräumen von Schönheitschirurgen, wie eine Expertin einräumt: „[...] they have these facilities, it’s all in one place. In Beverly Hills you put them in a hotel room on one floor.“ (Int. 7, Z. 479-480) Zudem ist bei den „Overhead Kosten“ auch zu berücksichtigen, dass darin auch die Kosten enthalten sind, die ein Schönheitschirurg dazu aufwenden muss, um entsprechende Medizintechnik anzuschaffen (vgl. Vincent 2007: o.S.). Dabei ist das Vorhandensein von Medizintechnik für Schönheitschirurgen unabdingbar, um ein gewisses Qualitätsniveau sicherzustellen. Dieses wird durch die folgende Aussage einer Expertin verdeutlicht: „But on the surgeon side, you know, it’s like, ‘Oh, you can’t buy every new machine comes out,’ you know (laughs). How do you keep up with and how do you deliver world class service at a price that keeps with overhead, you know, it’s hard.“ (Int. 13, Z. 567-570)

Zu den „Overhead Kosten“ eines Schönheitschirurgen, wie bei den übrigen Medizinern auch, gehören zudem dessen Versicherungsbeiträge im Rahmen einer Berufshaftpflicht, die dieser pro Jahr an den jeweiligen Versicherungskonzern zahlen muss (vgl. Bendix 2012: o.S.).¹³⁵ So betragen die durchschnittlichen Kosten für eine solche Berufshaftpflicht von Stakeholdern, die an der medizinischen Bewirtschaftung des Körpers beteiligt waren, für einen Dermatologen im Jahr 2011 durchschnittlich 10.300 US-Dollar und für einen Anästhesisten im Jahr 2013 durchschnittlich 19.594 US-Dollar (vgl. Bendix 2012: o.S.; Domino 2013: 54). Im Rahmen dieser Berufshaftpflicht ist zu bedenken, dass für das Jahr 2013 eine Haftungsgrenze existiert, sodass der jeweilige Versicherungskonzern eine jährliche Haftungsobergrenze und eine jährliche Haftungsobergrenze pro Schadensfall festgesetzt hat, die bei einem Anästhesisten bei 3 Millionen US-Dollar als jährliche Haftungsobergrenze bzw. 1 Million US-Dollar jährlich pro Schadensfall lag (vgl. Domino 2013: 54). Dabei ist bei dieser von den Schönheitschirurgen, wie ebenfalls von den übrigen Medizinern auch, zu zahlenden Berufshaftpflicht zu berücksichtigen, dass die Kosten der Berufshaftpflicht von mehreren Faktoren abhängig sind, die darüber entscheiden, ob die jährliche Beitragshöhe steigt, fällt oder konstant bleibt (vgl. Bendix 2012: o.S.). So ist Beitragshöhe u.a. vom Alter und der Berufserfahrung des Schönheitschirurgen bzw. des Mediziners, dem Patientendurchlauf, dem Praxismodell und dem Ort, an dem der Schönheitschirurg bzw. der Mediziner niedergelassen ist, abhängig (vgl. Bendix 2012: o.S.).

Hinsichtlich der Prämienzahlungen für diese Berufshaftpflicht ist hinzuzufügen, dass die Schönheitschirurgen eine äußerst klagefreundliche Patientenklientel im Sinne der „Medical Malpractice Cases“ haben, die von der „Tort Reform“ und den damit verbundenen gesetzlichen

¹³⁵ Die Beitragsfestsetzung für Berufshaftpflichtversicherungen für Mediziner wird bei Hillman u.a. (2003) dargelegt.

Rahmenbedingungen, vor allem was die Entschädigungszahlungen bzw. Prozessvergleiche und den juristischen Verlaufsprozess solcher Klageverfahren betreffen, profitieren, woraus sich eine institutionelle Benachteiligung der Schönheitschirurgen ergibt, wie die Arbeiten von Bendix (2012), Bloom (2014), Danzon (1991), Hubbard (2006), Jackiw (2004), Kaplan/Hammert/Zin (2007), Svider u.a. (2013), The Doctors Company (2008), U.S. Congress, Congressional Budget Office (2004), U.S. Congress, Office of the Technology Assessment (1993) und Viscusi u.a. (1993) verdeutlichen.¹³⁶

Im Kontext dieser „Medical Malpractice Cases“ ist festzustellen, dass die Schönheitschirurgen sich intensiv mit diesem Aspekt ihres Tätigkeitsbereichs auseinandersetzen und diesbezüglich ein entsprechendes Risikomanagement in deren Praxis implementieren (vgl. The Doctors Company 2008: 1). Hierbei geht es vor allem darum, dass die Schönheitschirurgen die Grundlagen und Grundfragen von Versicherungen auf dem medizinischen Gebiet der ästhetisch-plastischen Chirurgie, wie auch hinsichtlich der Notwendigkeit einer Berufshaftpflicht als Schönheitschirurg anerkennen und sich mit dem Geschäftsmodell des Versicherungswesens für Schönheitschirurgen vertraut machen (vgl. The Doctors Company 2008: 1ff.). Außerdem ist es für die Schönheitschirurgen wichtig, dass diese entsprechende Maßnahmen in deren Praxisbetrieb aufnehmen, um das Risiko der Haftbarmachung nach Schönheitsoperationen bei Patienten zu minimieren und dadurch entsprechende „Medical Malpractice Cases“ mittels eines Risikomanagements zu vermeiden (vgl. The Doctors Company 2008: 1, 4-9). Ein solches Risikomanagement in der Praxis des Schönheitschirurgen umfasst eine vollumfängliche Verbraucheraufklärung, ein selektives auf Risikominimierung ausgelegtes Patientenmanagement, wie die Patientenauswahl, die Schaffung rechtlicher Grundlagen durch die Einwilligungserklärung seitens des Patienten, die rechtzeitige Identifikation von Risikopatienten, deren physische und psychische Konstitution eine Schönheitsoperation nach objektiven Kriterien ausschließt sowie das Problemfeld Narben in der Post-OP-Phase (vgl. The Doctors Company 2008: 1, 5-9).

¹³⁶ So machen Wong u.a. (2012) für „Medical Malpractice Cases“ zwischen den Jahren 1985 und 2010 in den USA deutlich, dass in diesem Zeitraum entsprechende Entschädigungszahlungen in Höhe von 16 Milliarden US-Dollar für die insgesamt 256.225 Behandlungsfehler durch Mediziner geleistet worden sind (vgl. Wong u.a. 2012: 65). Im Hinblick auf die plastischen Chirurgen entfielen in diesem Zeitraum 9.312 medizinische Schadensfälle, für die eine Schadenssumme von insgesamt 297 Millionen US-Dollar gezahlt wurde, sodass im Einzelfall eine Schadenssumme von durchschnittlich ca. 31.894 US-Dollar gezahlt wurde (vgl. Wong u.a. 2012: 65; eigene Berechnung). Bei diesen entstandenen medizinischen Kunstfehlern durch plastische Chirurgen machen Wong u.a. (2012) darauf aufmerksam, dass diese so entstandenen Schadensfälle mitunter alters- und geschlechterspezifisch sind sowie in Abhängigkeit vom Qualifikationsniveau des plastischen Chirurgen und den Rahmenbedingungen stehen, unter denen der jeweilige plastische Chirurg praktiziert (vgl. Wong u.a. 2012: 65). Für Gerichtsprozesse bei „Medical Malpractice Cases“ gibt Baum (2014) für den Bundesstaat Kalifornien zu bedenken, dass die Erfolgsaussichten für Kläger, deren Prozesskosten bei 0,100 Millionen US-Dollar liegen, äußerst gering sind, sodass die Schönheitschirurgen vielfach in solchen Klageverfahren Recht bekommen (vgl. Baum 2014: o.S.). Auch verweist Baum (2014) darauf, dass dem Kläger bei einem erfolgreichen Klageverfahren nur Entschädigungszahlungen in Höhe von bis zu 0,250 Millionen US-Dollar durch das Gericht zugesprochen werden (vgl. Baum 2014: o.S.).

Letztlich sind jedoch die „Medical Malpractice Cases“ auf das unzureichende Qualifikationsniveau des Schönheitschirurgen und damit auf das unzureichende Qualitätsniveau von dessen durchgeführten Schönheitsoperationen zurückzuführen (vgl. The Doctors Company 2008: 4). Trotz der finanziellen Aufwendungen zur Deckung der „Overhead Kosten“ für den Schönheitschirurgen in Beverly Hills liegt dessen Jahresgehalt immer noch im einstelligen Millionenbereich. Dies ist dem folgenden Auszug aus dem Experteninterview zu entnehmen:

I: “Your annual salary.”

B: “One million dollars.”

I: “And last but not least your profession.”

B: “Plastic Surgeon.” (Int. 3, Z. 432-438)

6.2.6.2 Wettbewerbsdruck

Der Wettbewerbsdruck für die Schönheitschirurgen besteht darin, dass sich im amerikanischen Markt für ästhetische Medizin eine große Diversität von Medizinern unterschiedlicher medizinischer Fachrichtungen niedergelassen hat. Dieses hat zur Folge, dass die Schönheitschirurgen kein exklusives Monopol hinsichtlich des Zugriffsrechts im Rahmen der Bewirtschaftung des Körpers besitzen, sondern diese sich den Markt mit weiteren Medizinern, mit oder ohne Facharztausbildung, teilen müssen. Diese Grundlagen der Wettbewerbssituation im Markt für ästhetische Medizin werden in der folgenden Aussage einer Expertin beschrieben:

„One thing to understand with the aesthetic surgery market in the U.S., anyway, it comprises a variety of specialities, including plastic surgery, facial plastic surgery, cosmetic surgery, dermatologic plastic surgery and then all the non-speciality physicians who operate in the aesthetic area.“ (Int. 2, Z. 9-12)

Im Kontext dieses Verlusts der Monopolstellung der Schönheitschirurgen stellt Singer (2008) fest:

„Twenty years ago, when the scalpel served as the primary tool for altering a person’s physiognomy, plastic surgeons enjoyed a near monopoly on appearance medicine. But now, with the popularization of all kinds of devices like lasers marketed to change the skin, and a variety of injectable fillers used to inflate an aging face, surgeons are increasingly competing with other specialists and even nonspecialists for a finite pool of beauty clients.“ (Singer 2008: o.S.)

Dass es bei der hohen Anzahl von Anbietern im Bereich der ästhetischen Medizin um einen Angriff auf die Monopolstellung der Schönheitschirurgen handelt, wird auch bei Costelloe (2014) deutlich (vgl. Costelloe 2014: 7). Die Monopolstellung ist nach Costelloe (2014) nur dadurch wiederherzustellen, in dem eine entsprechende Verbraucheraufklärung durch die American Society of Plastic Surgeons, also durch den nationalen Fachverband der Schönheitschirurgen, erfolgt (vgl. Costelloe 2014: 7). Ebenso bedarf es hoher finanzieller Aufwendungen, die alternativlos sind, um entsprechende Rahmenbedingungen für die Schönheitschirurgen und deren Portfolio an Dienstleistungen zu schaffen (vgl. Costelloe 2014: 7). Vor diesem Hintergrund und den derzeitigen Marktbedingungen werden unterschiedliche Maßnahmen vorgeschlagen, die allesamt darauf abzielen, dass eine Distinktion von Schönheitschirurgen gegenüber den anderen Körperbewirtschaftungsexperten hergestellt wird, also um das exklusive Zugriffsrecht der Schönheitschirurgen auf den Körper wiederzuerlangen (vgl. Costelloe 2014: 7).

Dieser Wettbewerbsdruck ist auch darauf zurückzuführen, dass dies ein äußerst lukrativer Markt für Mediziner ist, da es sich um Selbstzahler handelt, wie eine Expertin anmerkt: „[...] I think having so many providers, you know, there is plastic surgeons and then you have got the ents and the derms and the ob-gyns. Everybody wants to be in it, even emergency room doctors. Yeah, it's cash payment.“ (Int. 13, Z. 570-572) Der Wettbewerbsdruck für die Schönheitschirurgen bezieht sich dabei vor allem auf den Bereich der nicht-chirurgischen Eingriffe, worauf eine Expertin verweist: „There are too many doctors doing injectable fillers.“ (Int. 5, Z. 335) Der Wettbewerbsdruck, dem die Schönheitschirurgen gerade im Bereich der nicht-chirurgischen Eingriffe auf dem Gebiet der ästhetischen Medizin ausgesetzt sind, ist auch auf das zeitweilige Verbot von Silikonimplantaten zurückzuführen. Die Schönheitschirurgen waren also gewissermaßen gezwungen, sich anderweitige Tätigkeitsbereiche der Körperbewirtschaftung im Rahmen der ästhetischen Medizin zu erschließen, um die finanziellen Ausfälle im Zuge des Verbots von Silikonimplantaten bei Brustvergrößerungen zu kompensieren. Dieser Sachverhalt wird in der folgenden Aussage einer Expertin dargelegt:

„Another huge turning moment for plastic surgeons was the breast implants silicon ban. When the breast implants silicon ban happened in the U.S., the plastic surgeons had to find other ways to make money. So they turned to chemical skin peeling to Obagi, they turned to lesser invasive Botox because there was no option for breast implants. Then selling implants who brought on the market and they were approved, so that kind have got the plastic surgeons back home to the breast implant market.“ (Int. 2, Z. 90-95)

Dieser Wettbewerb auf dem Gebiet der nicht-chirurgischen Eingriffe findet dabei vor allem zwischen Medical Spas und Schönheitschirurgen statt. Diesbezüglich ergibt sich gerade für Beverly Hills eine besondere räumliche Konkurrenzsituation, wie eine Expertin betont: „I think the competition lead them into that. Because if you walk in Beverly Hills, you gonna see every second (.) clinic, it’s a spa clinic, and across the road you have a spa, but on the other side, you have a very fancy plastic surgery clinic. (laughs)“ (Int. 6, Z. 480-482) Als Beispiel hierfür liegen die Kosten für eine Botoxbehandlung in einem Medical Spa bei 250 US-Dollar, während seitens der American Society for Aesthetic Plastic Surgery für das Jahr 2015 durchschnittliche Kosten von 317 US-Dollar pro Botoxbehandlung genannt werden und bei der American Society of Plastic Surgeons für das Jahr 2015 sogar im Durchschnitt 382 US-Dollar pro Botoxbehandlung veranschlagt werden (vgl. American Society for Aesthetic Plastic Surgery 2016a: 25; American Society of Plastic Surgeons 2016: 20; Int. 5, Z. 248-250).¹³⁷ Damit sind die Botoxbehandlungen in einem Medical Spa um 67 US-Dollar bzw. 132 US-Dollar günstiger als von den nationalen Fachverbänden der Schönheitschirurgen in den USA aufgeführt (vgl. American Society for Aesthetic Plastic Surgery 2016a: 25; American Society of Plastic Surgeons 2016: 20; Int. 5, Z. 248-250; eigene Berechnung).

Diese Wettbewerbssituation führt dazu, dass Schönheitschirurgen ein Medical Spa in deren Praxis integrieren (vgl. Katz/McBean 2008: 308-319).¹³⁸ Die Integration eines Medical Spa in die Praxisräume eines Schönheitschirurgen ist aus finanzieller Sicht für den Schönheitschirurgen besonders profitabel (vgl. Katz/McBean 2008: 313ff.). Ein solches Medical Spa

¹³⁷ Der folgende Auszug aus dem Experteninterview beinhaltet die Kosten für eine Botoxbehandlung im Medical Spa:

I: “What are the average costs for a treatment like Botox?”

B: “The average cost is two hundred fifty dollars.” (Int. 5, Z. 248-250)

¹³⁸ Das Geschäftsfeld der amerikanischen Medical Spas hatte ein Marktvolumen von 3,97 Milliarden US-Dollar im Jahr 2016 (vgl. American Med Spa Association 2017a: o.S.; American Med Spa Association 2017b: 4). Dabei existierten im Jahr 2016 in den USA 4.200 Medical Spas, wobei der durchschnittliche Umsatz pro Medical Spa bei 0,945 Millionen US-Dollar lag und maßgeblich durch das nicht-chirurgische Angebot von Botox, Dermalfillern, Laserhaarentfernung und anderweitigen ästhetischen Dienstleistungen erwirtschaftet wurde (vgl. American Med Spa Association 2017a: o.S.; American Med Spa Association 2017b: 4). Diese Medical Spas verteilten sich im Jahr 2016 lokalräumlich äußerst ungleich über das Staatsgebiet der USA, sodass sich 40 Prozent im Süden der USA, 25 Prozent im Westen der USA, 22 Prozent im Mittleren Westen und nur 13 Prozent im Nordosten befanden und die Bundesstaaten mit der höchsten Dichte an Medical Spas waren Texas, Kalifornien und Florida (vgl. American Med Spa Association 2017a: o.S.; American Med Spa Association 2017b: 4). Auffällig ist, dass bei den Medical Spas eine geschlechterspezifische Ungleichheit im Jahr 2016 vorlag, da das dortige Portfolio an nicht-chirurgischen Dienstleistungen zu 85 Prozent von Frauen und nur von 15 Prozent von Männern nachgefragt wurde (vgl. American Med Spa Association 2017a: o.S.; American Med Spa Association 2017b: 4; eigene Berechnung). Außerdem herrschte im Jahr 2016 eine altersspezifische Ungleichheit in den Medical Spas, da die Kosumenten der Altersklasse 35 bis 54 Jahre einen Anteil von 52 Prozent ausmachten, während die Altersklasse 55plus, die Generation der Baby Boomer, einen Anteil von 30 Prozent hatte, die Altersklasse 17 bis 34, die Generation der Millennials, einen Anteil von 17 Prozent hatte und die Altersklasse von 0 bis 16 Jahre einen Anteil von 1 Prozent hatte (vgl. American Med Spa Association 2017a: o.S.; American Med Spa Association 2017b: 4).

macht zwischen 20 Prozent und 30 Prozent Gewinn pro Jahr, wobei die finanziellen Aufwendungen zwischen 2 Prozent und 5 Prozent auf das Marketing entfallen, 30 Prozent bis 40 Prozent auf die Beschaffung von Verbrauchsgütern entfallen und zwischen 15 Prozent und 30 Prozent auf die Gehaltskosten der dortigen Angestellten entfallen (vgl. Katz/McBean 2008: 313ff.). Das Erfolgsmodell der Medical Spas bei der Körperbewirtschaftung zeigt sich auch daran, dass sich in den USA schon ein Filialmodell von Medical Spas etabliert hat, bei dem das Franchise-Modell angewandt wird und in diesen Medical Spas das gesamte Portfolio der nicht-chirurgischen Körperbewirtschaftung offeriert wird (vgl. Beverly Hills Rejuvenation Center 2017: 3-16).¹³⁹

Diese Wettbewerbssituation führt jedoch unweigerlich dazu, dass manche Anbieter von ästhetischer Medizin nicht am Markt bestehen können, also im Verteilungskampf keinerlei Chancen besitzen, sich gegen andere Mitbewerber durchzusetzen. Eine Expertin formuliert dies mit folgenden Worten: „There are more competitors, but they won't survive.“ (Int. 5, Z. 386) Im Zuge des Wettbewerbsdrucks ist zu bedenken, dass die große Anzahl an Anbietern von ästhetischer Medizin bei den Patienten zu dem Problem führt, dass diese eventuell einen sogenannten „Cosmetic Surgeon“ auswählen, der zwar Schönheitsoperationen anbietet, jedoch über keine Facharztausbildung zum plastischen Chirurgen verfügt (vgl. Edwards 2014: o.S.). Somit lassen sich manche Patienten vom Begriff des „Cosmetic Surgeon“ blenden, da die potenziellen Patienten mitunter nur über eine rudimentäre Verbraucheraufklärung verfügen (vgl. Edwards 2014: o.S.). Die Missverständlichkeit des Begriffs „Cosmetic Surgeon“ ist also eine Verbrauchertäuschung (vgl. Edwards 2014: o.S.). Weiterhin besteht für diese Patienten bei einem „Cosmetic Surgeon“ die Gefahr, dass aufgrund der nicht vorhandenen Facharztausbildung das Risiko eines missglückten Eingriffs um ein vielfaches höher ist, als wenn der Eingriff von einem Facharzt für plastische Chirurgie durchgeführt würde (vgl. Edwards 2014: o.S.). Der Begriff „Cosmetic Surgeon“ dient im Grunde genommen nur der Verbrauchertäuschung, jedoch wird dieser Begriff im Wettbewerb um potenzielle Patienten bewusst von den Anbietern gebraucht, womit diese bei missglückten Eingriffen die Reputation der Schönheitschirurgen mit entsprechender Facharztausbildung gleichermaßen beschädigen (vgl. Edwards 2014: o.S.).

Der Wettbewerbsdruck ist auch eine unmittelbare Folge der Dysfunktionalität des amerikanischen Gesundheitsmarkts, sodass die dortigen finanziellen Einnahmen der Mediziner sukzessiv zurückgehen, gerade was die Kompensation von Eingriffen mit medizinischer Indikation betrifft und dies dazu führt, dass sich die Mediziner anderweitige finanzielle Einnahmequellen,

¹³⁹ Solche Filialmodelle gibt es auch in anderen Nationalstaaten, wie in Deutschland, wo ein Unternehmensmodell für Schönheitskliniken, die chirurgische Eingriffe und nicht-chirurgische Eingriffe anbieten, existiert und die unter dem Namen „Medical One“ firmieren (vgl. Schulz 2002: 220).

u.a. im Selbstzahlerbereich, erschließen (vgl. Freudenheim 1996: o.S.). Zusätzlich erhöht wird dieser Wettbewerbsdruck durch die Neuordnung des amerikanischen Markts für Medizin im Zuge des vom amerikanischen Präsidenten Barack Obama initiierten und im Jahr 2010 in Kraft getretenen „Affordable Care Act (ACT)“ (vgl. Israel u.a. 2015: 55). Die Besonderheit dieser neuen Gesetzgebung im amerikanischen Gesundheitsmarkt besteht nun darin, dass die bestehenden Grundlagen hinsichtlich der Erbringung medizinischer Dienstleistungen zur Disposition gestellt werden, wodurch sich mitunter unabwägbare Risiken eines solchen Systemwechsels im Markt für medizinische Dienstleistungen bzw. im Gesundheitsmarkt ergeben (vgl. Israel u.a. 2015: 60f.). Diesbezüglich machen Israel u.a. (2015) deutlich, dass „under the Act, surgical subspecialties will likely experience changes to the coverage of services and reimbursement that may be viewed as unfavorable when compared to the ways of years past“ (Israel u.a. 2015: 60).

Ebenfalls ist im Rahmen des Wettbewerbsdrucks auch die Rolle der Medizinproduktehersteller zu berücksichtigen, die im Rahmen der kontinuierlichen Entwicklung immer mehr Produkte für den Markt der nicht-chirurgischen Eingriffe bereitstellen. Dadurch haben immer mehr Mediziner die Möglichkeit, derartige nicht-chirurgische Eingriffe vorzunehmen. Letztlich wird somit das exklusive Zugriffsrecht der Schönheitschirurgen auf den Körper aufgehoben, sodass die Medizinproduktehersteller und deren Produkte eine erodierende Wirkung auf die Stellung von Schönheitschirurgen hatten. Jedoch ist diesbezüglich anzumerken, dass die Schönheitschirurgen lange Zeit überhaupt kein Interesse an solchen Produkten für nicht-chirurgische Eingriffe hatten bzw. dieser Bereich der ästhetisch-plastischen Chirurgie konsequent zugunsten chirurgischer Eingriffe vernachlässigt wurde. Infolgedessen wurden diese Produkte durch die Medizinproduktehersteller anderen Mediziner überlassen, die somit in die Lage versetzt worden sind, diese nicht-chirurgischen Eingriffe durchzuführen. Allerdings nutzen nunmehr auch die Schönheitschirurgen derartige Produkte. Eine Expertin erörtert diese Rolle der Medizinproduktehersteller folgendermaßen:

„I think the big change is the set of mind of the plastic surgeons because if you are talking about devices. All the scientists saying, ‘Those technologies were existing also twenty years ago.’ But not all the plastic surgeons were willing to give them a chance and that’s why because a huge damage to themselves by not trying those devices. Because those devices are the beginning of twenty years ago, was created specifically for plastic surgeons and what’s happened because they didn’t accept them, ah, the manufacturers needed to find other users, so they got a permission and allowed, registration allowed, to go to derms, to go to other doctors and then the fight started. And then the plastic surgeons starting to complain because suddenly a derm can do a facelifting, a derm can do a liposuction. Why, because we give them the tools to do it in a safe way and it’s actually permitted by the ministry of health. So also injection, before the world of the fillers, there was allowed to just by plastic surgeons. And because plastic surgeons didn’t adopt it and

be preferred to do a full surgery, then derms and even dentists got into this business. So what do I think, I think that overall in the past five years, plastic surgeons become more and more open to technology in real life, that it can make their life easier.“ (Int. 6, Z. 164-177)

Um die Ablehnung der Schönheitschirurgen gegenüber nicht-chirurgischen Eingriffen zu verstehen, muss man deren Berufsethos berücksichtigen. So sehen viele Schönheitschirurgen ihren Tätigkeitsschwerpunkt auf dem Gebiet der chirurgischen Eingriffe. Eine Abkehr von deren Berufsethos ist eine unmittelbare Folge aufgrund der veränderten Nachfragesituation im Markt für ästhetische Medizin. Dies hat dazu geführt, dass der Markteintritt von Schönheitschirurgen auf dem Gebiet der nicht-chirurgischen Eingriffe erfolgte. Damit wird deutlich, dass Schönheitschirurgen sich nicht an medizinischen Prinzipien orientieren, sondern sich von der Marktlogik leiten lassen. Diese Ausrichtung der Schönheitschirurgen auf Basis der Marktnachfrage wird in der folgenden Aussage einer Expertin dargelegt:

„One thing that you will find, is, when you ask a plastic surgeon about the introduction about the lesser invasive things. These doctors go into medical practice because they want to do surgery; they don't really want to do injection. They don't really want to do the laser resurfacing, they want to do surgery. But the market is demanding, the consumer market is demanding all that treatment, so they have to offer.“ (Int. 2, Z. 104-108)

Zusätzlich konzentriert sich der Wettbewerbsdruck auch auf internationale Patienten, wie eine Expertin deutlich macht: „So the level of competition is high, but in terms of what they need, it's very, very ordinary.“ (Int. 4, Z. 340-341) Dabei erfolgt der Wettbewerbsdruck um internationale Patienten auch durch Krankenhäuser in der Metropolregion Los Angeles, da das „Cedars-Sinai“ wie auch die Abteilung für plastische Chirurgie an der University of California, Los Angeles, sogenannte „Concierge Services“ für diese Patienten anbieten und damit den internationalen Patienten ein Rundum-sorglos-Paket offeriert wird (vgl. Cedars-Sinai 2016: o.S.; UCLA Health o.J.: o.S.). Dabei bietet das „Cedars-Sinai“ für internationale Patienten sogenannte „Concierge Services“ an, die wiederum Verbindungen zur „Concierge Medicine“ beinhalten.¹⁴⁰

¹⁴⁰ Die Grundlagen dieser „Concierge Medicine“ basieren auf der Privatisierung medizinischer Dienstleistungen, indem die Konsumenten eine Flatrate bei einem Mediziner ihrer Wahl nach der Zahlung eines Jahresbeitrags erhalten und die Mediziner ein Geschäftsmodell für das Konsumgut Medizin etabliert haben, bei dem die Medizin kein Gemeinwohlgut mehr ist bzw. als Bestandteil der öffentlichen Daseinsvorsorge des Nationalstaats zur Disposition gestellt wird, sodass die „Concierge Medicine“ die Implementation der sozialen Ungleichheit für den Bereich Gesundheit bzw. im Zugang zu medizinischer Grundversorgung bedeutet und somit wohlfahrtsstaatliche wie auch sozialpolitische Verwerfungen auslöst (vgl. Kirchhoff 2013: 15f.; U.S. Government Accountability Office 2005: 1-26). Dabei verdeutlicht die „Concierge Medicine“ die Transformation des Habitus des Mediziners vom „Homo medicus“ zum „Homo oeconomicus“ und verweist auf das medizinethische Problem der Entsolidarisierung sowie Priorisierung seitens der Mediziner bei der Erbringung medizinischer Dienstleistungen, da Kassenspatienten nicht nur eine strukturelle Diskriminierung, sondern auch eine institutionelle Benachteiligung gegenüber den Selbstzahlern, also Privatpatienten erfahren, die eine Flatrate für medizinische Dienstleistungen besitzen (vgl. Kirchhoff 2013: 15f.; U.S. Government Accountability Office 2005: 1-26).

Dabei handelt sich schlichtweg um ein Rundum-sorglos-Paket. Diese Art und Weise der Patientenbetreuung beschreibt eine Expertin folgendermaßen:

„My husband is a physician at Cedars-Sinai and when they have a patient, who is, um, an affluent patient, it's like a hotel, it's concierge medicine. They have somebody who escorts them, they get a VIP suit, it is, um, hundred percent crazy level of customer service, I have never seen under normal circumstances. And it's good for them, you know, it's good because they are cash paying patients. They know what they are doing.“ (Int. 8, Z. 73-78)

Der Wettbewerbsdruck für Schönheitschirurgen durch Krankenhäuser wird zunehmen, da weitere Krankenhäuser in das Geschäft mit internationalen Patienten einsteigen werden, wie eine Expertin zu bedenken gibt: „At Saint John's they do and they actually growing that business.“ (Int. 8, Z. 73) Im Zuge dieser Wettbewerbssituation durch Krankenhäuser ist zu berücksichtigen, dass vor allem das „Cedars-Sinai“ einen entscheidenden Wettbewerbsvorteil besitzt, da dieses Krankenhaus das nationale wie auch internationale Image eines Krankenhauses der „Oberschicht“ hat (vgl. Baum 2012: o.S.). Dagegen bietet die Abteilung für plastische Chirurgie an der University of California, Los Angeles, den Patienten den Vorteil, dass diese in der Post-OP-Phase nicht auf eine Private Duty Nurse oder eine Aftercare-Einrichtung, wie sonst üblich, angewiesen sind, da die postoperative Versorgung im Universitätsklinikum mitsamt der dort vorhandenen medizinischen Infrastruktur vorgenommen wird (vgl. UCLA Division of Plastic & Reconstructive Surgery o.J.b: o.S.).

Dabei ist zu berücksichtigen, dass die Schönheitschirurgen für diese Krankenhäuser von besonderer Bedeutung sind, da sie für das jeweilige Krankenhaus hohe finanzielle Einnahmen generieren, was bei anderen dort tätigen medizinischen Professionen nicht der Fall ist. Eine Expertin drückt dies mit folgenden Worten aus: „So it's the surgeons who bring the customers into the hospital and generate revenue, not the anesthetist, not the radiologist [...].“ (Int. 8, Z. 210-214) Daneben wird der Wettbewerbsdruck für Schönheitschirurgen auch besonders deutlich, wenn diese versuchen, sich einen Patientenstamm aufzubauen. Dieses ist mit finanziellen Aufwendungen verbunden. Auch ist zu bedenken, dass die Schönheitschirurgen mit einer hohen Fluktuation von Patienten zu kämpfen haben. Auf diese Problematik bezüglich des Patientenstamms wird in der folgenden Aussage einer Expertin hingewiesen: „We are talking about everybody wants to grow their business, it cost two hundred fifty dollars plus to gain a new patient and that's more on the Botox, you know, filler side. But in order to retain one new surgical patient is difficult.“ (Int. 4, Z. 365-368)

Diesbezüglich ist anzumerken, dass sich die Schönheitschirurgen aufgrund des Wettbewerbsdrucks es sich nicht leisten können, bei Patienten die Schönheitsoperation nicht durchzuführen. Schließlich sind diese auf jeden einzelnen Patienten angewiesen. So wird nur in absoluten Ausnahmefällen die Schönheitsoperation durch den Schönheitschirurgen verweigert. Dazu stellt eine Expertin fest: „[...] well, the thing is, they know that if one doctor says, ‘No’, they just go next door, somebody else will do it. And so the problem is, when you perform the procedure that patient is yours forever. Sometimes you have to say, ‘No’, just because the patient is a little bit crazy, and you can’t tell the patient.“ (Int. 8, Z. 364-367) Der Wettbewerbsdruck auf die Schönheitschirurgen wird auch noch zusätzlich dadurch erhöht, dass sich deren Einnahmesituation aufgrund eines sinkenden Preisniveaus für Schönheitsoperationen verschlechtert. Das Preisniveau wird vor allem dadurch kontinuierlich gesenkt, da den potenziellen Patienten immer mehr sogenannte Sonderangebote zur Verfügung stehen. Gleichzeitig führt dieses dazu, dass die existierenden Geschäftsmodelle zur Disposition gestellt werden, wie eine Expertin erklärt:

„Other than that, it’s the Groupon, the living social, all the internet is discounting. Therefore doctors are being forced to cut their prices, they are losing revenue. Patients are not loyal, losing retention. So, we have to find a better way to practice medicine with the right results and I think with the right mentality behind, why they are practicing.“ (Int. 4, Z. 73-77)

Zudem erfolgt ein Wettbewerbsdruck beim Preisniveau auch durch die „Resident Clinics“ an den universitären Abteilungen für plastische Chirurgie, wie an der University of California, Los Angeles (UCLA) und der University of Southern California (USC) wo diese Schönheitsoperationen zu erheblich reduzierten Kosten angeboten werden (vgl. UCLA Division of Plastic & Reconstructive Surgery o.J.a: 1-8; USC Plastic & Reconstructive Surgery 2016: o.S.).¹⁴¹ Diese

¹⁴¹ Für die Durchführung von Ethnochirurgien wie auch von sonstigen Schönheitschirurgien in der „Resident Clinic“ merken Qureshi u.a. (2016) an, dass den potenziellen Patienten dort dasselbe Qualitäts- und Qualifikationsniveau geboten wird, wie es auch bei den niedergelassenen Schönheitschirurgen der Fall ist, sodass es keine signifikanten Unterschiede gibt, was die Komplikationsraten und gerade die „Botched Surgeries“ betreffen, die eine Nachoperation erfordern (vgl. Qureshi u.a. 2016: NP278f.). Dieses hohe Qualitäts- und Qualifikationsniveau der in der „Resident Clinic“ tätigen Schönheitschirurgen, die sich noch in der Facharztausbildung zum plastischen Chirurgen befinden, führen Qureshi u.a. (2016) auf das Curriculum dieses Facharztstudiums zurück, da der Teilbereich der ästhetisch-plastischen Chirurgie 150 Eingriffe enthält (vgl. Accreditation Council for Graduate Medical Education 2017: 4ff.; Qureshi u.a. 2016: NP273). Der Teilbereich der rekonstruktiv-plastischen Chirurgie umfasst 1.000 Eingriffe, insgesamt werden im Facharztstudium also 1.150 Eingriffe durchgeführt (vgl. Accreditation Council for Graduate Medical Education 2017: 1-6). Außerdem ist das hohe Qualifikations- und Qualitätsniveau von Schönheitsoperationen in der „Resident Clinic“ darauf zurückzuführen, da die Schönheitschirurgen in der Vergangenheit nur 55 Schönheitsoperationen im Rahmen der Facharztausbildung zum plastischen Chirurgen durchzuführen hatten, währenddessen seit dem Jahr 2014 die angehenden plastischen Chirurgen nun 95 Schönheitsoperationen mehr machen müssen, also 150 Schönheitsoperationen, was auf die neue Gewichtung zwischen der rekonstruktiv-plastischen Chirurgie und ästhetisch-plastischen Chirurgie im Curriculum dieses Facharztstudiums bezüglich der Quantitäten von medizinischen Eingriffen zurückzuführen ist (vgl. Accreditation Council for Graduate Medical Education 2017: 1-6; Qureshi u.a. 2016: NP273; eigene Berechnung).

„Resident Clinics“ tragen maßgeblich zur Aufrechterhaltung der „Demokratisierung der Schönheit“ im Sinne von Rosen (2004), also der sozialen Teilhabe an Schönheitsoperationen bei (vgl. Kaufman 2002: o.S.; Rosen 2004: 19f.). Die dort offerierten Schönheitsoperationen werden entweder von einem sich in der Facharztausbildung befindlichen plastischen Chirurgen oder durch einen plastischen Chirurgen ausgeführt, der nach Abschluss seiner Facharztausbildung ein sogenanntes „Aesthetic Fellowship“ an der jeweiligen Universitätsklinik absolviert (vgl. Kaufman 2002: o.S.). Damit das Qualifikationsniveau bei diesen kostengünstigen Schönheitsoperationen gewährleistet ist, erfolgen diese Eingriffe immer unter der Aufsicht eines Schönheitschirurgen mit der entsprechenden Facharztausbildung, der über eine langjährige Erfahrung verfügt und eine private Praxis betreibt oder Angestellter der Abteilung für plastische Chirurgie der jeweiligen Universität mit dem entsprechenden Schwerpunkt für das Teilgebiet der ästhetisch-plastischen Chirurgie ist (vgl. Kaufman 2002: o.S.; UCLA Division of Plastic & Reconstructive Surgery o.J.a: 1-8; USC Plastic & Reconstructive Surgery 2016: o.S.).

So betragen die Kosten für eine Nasenoperation in der „Resident Clinic“ der Abteilung für plastische Chirurgie an der University of California, Los Angeles (UCLA) nur 2.720 US-Dollar, während derselbe Eingriff in Beverly Hills im Durchschnitt 12.500 US-Dollar kostet und die durchschnittlichen Kosten bei amerikanischen Schönheitschirurgen für diesen Eingriff bei 4.806 US-Dollar liegen (vgl. American Society for Aesthetic Plastic Surgery 2016a: 24; Int. 14, Z. 194-197; UCLA Division of Plastic & Reconstructive Surgery o.J.a: 7).¹⁴² Damit ist die Nasenoperation an der „Resident Clinic“ der Abteilung für plastische Chirurgie an der University of California, Los Angeles (UCLA) im Durchschnitt um 9.780 US-Dollar günstiger ist als in Beverly Hills und um 2.086 US-Dollar günstiger im Vergleich zu den durchschnittlichen

¹⁴² Im folgenden Auszug aus dem Experteninterview werden die Kosten für eine Nasenoperation in Beverly Hills genannt:

I: “What are the costs for a rhinoplasty?”

B: “Rhinoplasty. Anywhere from ten thousand dollars to fifteen thousand dollars or more, it’s more work.” (Int. 14, Z. 194-197)

Die Kosten von 2.720 US-Dollar für eine Nasenoperation an der „Resident Clinic“ der Abteilung für plastische Chirurgie an der University of California, Los Angeles (UCLA) setzen sich zusammen aus 1.620 US-Dollar für die Nutzung des OPs, 600 US-Dollar für die Anästhesie und 500 US-Dollar für den Schönheitschirurgen, wobei eine Operationsdauer von 2 Stunden veranschlagt wird (vgl. UCLA Division of Plastic & Reconstructive Surgery o.J.a: 7). Die American Society for Aesthetic Plastic Surgery legt bei Nasenoperation eine Operationsdauer von 1 bis 2 Stunden zugrunde (vgl. American Society for Aesthetic Plastic Surgery 2016a: 24). Zusätzliche Kosten im Verlaufsprozess der Ethnochirurgie für den jeweiligen Patienten, die in diesen Preisen noch nicht enthalten sind, umfassen die Kosten für die Aftercare-Einrichtungen bzw. die Private Duty Nurse und die Kosten für die Medikamente (vgl. Biel 1997: 65).

Kosten amerikanischer Schönheitschirurgen (vgl. American Society for Aesthetic Plastic Surgery 2016a: 24; Int. 14, Z. 194-197; UCLA Division of Plastic & Reconstructive Surgery o.J.a: 7; eigene Berechnung).

Zusätzlich existiert ein Wettbewerbsdruck um sogenannte Celebrities als Patienten des Schönheitschirurgen, die für einen Schönheitschirurgen unabdingbar sind, wenn es darum geht, eine Marktpositionierung zu erreichen und zugleich entsprechende finanzielle Einnahmen zu generieren (vgl. Lei 1997: o.S.).¹⁴³ Der so entstehende Wettbewerbsdruck zwischen Schönheitschirurgen um das Label eines Celebrity-Schönheitschirurg im Sinne eines „Doc Hollywood“, wird umso verständlicher, wenn man bedenkt, dass Schönheitschirurgen dieses Label nicht auf Lebenszeit, sondern nur für durchschnittlich 9 Jahre zugeschrieben wird (vgl. Kron 1993: 132-135, 172). Nach dieser Zeit verlieren Schönheitschirurgen dieses Label normalerweise wieder, während wiederum anderen Schönheitschirurgen dieses Label zugeschrieben wird, sofern über deren Celebrity Patienten in den Massenmedien berichtet wird (vgl. Kron 1993: 132-135, 172). Im Zuge des Wettbewerbsdrucks werden auch unlautere Wettbewerbsmethoden angewandt, um damit die Reputation von Schönheitschirurgen in Verruf zu bringen und Verbrauchermanipulation zu betreiben. Dies bezieht sich auf negative Bewertungen von Schönheitschirurgen auf Ratingwebseiten, wie „Yelp“. Diese negativen Einflüsse auf die Wettbewerbssituation werden in der folgenden Aussage einer Expertin zum Ausdruck gebracht:

„There’s a lot of nasty business that goes on. Because where there is money, there is madness. (laughs) There are a lot of doctors who are indeed against this. All the ethical ones will have whether paying somebody to write bad reviews on Yelp. So throughout the industry nobody is trusting Yelp review anymore. For the general public, they don’t really understand that Yelp can be manipulated.“ (Int. 2, Z. 371-375)

Bezüglich der Ratingwebseiten ist anzumerken, dass lediglich die Ratingwebseite „RealPatientRatings“ den Schönheitschirurgen keinerlei Schäden zufügt, wie eine Expertin einräumt: „I think RealPatientRatings is actually good. And I think they are good because they are third party company. They will call patients (.) and try to get a testimonial from them verbally on the phone after their surgery. [...]“ (Int. 4, Z. 167-169) Nichtsdestotrotz gibt es Schönheitschirurgen, die auf die Bewertungen von Patienten auf der Ratingwebseite „Yelp“ verweisen (vgl. Firouz Institute of Aesthetic & Plastic Surgery o.J.: 4).

¹⁴³ Erstmals wurde dieser Wettbewerbsdruck unter den dort praktizierenden Schönheitschirurgen deutlich, als eine gerichtliche Auseinandersetzung zwischen den Schönheitschirurgen Dr. Wallace Goodstein, Dr. Steven Hofflin und Dr. James Hurvitz sich mit deren Celebrity Patienten beschäftigte und durch die einzelnen Beteiligten des Rechtsstreits aufgezeigt wurde, dass nicht die medizinethischen Grundlagen im Vordergrund stehen, sondern die persönliche Bereicherung auf Kosten der Celebrity Patienten (vgl. Lei 1997: o.S.). Auch Kron (1993) verweist darauf, dass Celebrities für den Schönheitschirurgen eine existentielle Bedeutung haben (vgl. Kron 1993: 132-135, 172).

Für die amerikanischen Schönheitschirurgen herrscht auch ein Wettbewerbsdruck dadurch, dass ein großes Angebot an medizinischen Dienstleistungen im Bereich von Schönheitsoperationen in den mexikanischen Grenzstädten zu den USA, wie Tijuana, Nuevo Laredo und Mexicali besteht (vgl. Gomez 2005: o.S.; Medina 2012: o.S.; Scalza 2011: o.S.). Dieses ist vor allem auf das äußerst niedrige Preisniveau zurückzuführen, da Schönheitsoperationen dort etwa nur die Hälfte kosten, als wenn die Patienten diesen Eingriff in den USA durchführen lassen würden (vgl. Scalza 2011: o.S.). Beim Angebot von Schönheitsoperationen in den mexikanischen Grenzstädten handelt es sich mitunter um eine transnationale Körperbewirtschaftung, sodass die eigentliche Schönheitsoperation von einem mexikanischen Schönheitschirurgen in dessen Zweitniederlassung in der mexikanischen Grenzstadt erfolgt und die sich unmittelbar daran anschließende postoperative Versorgung in der amerikanischen Grenzstadt erfolgt (vgl. Gomez 2005: o.S.).

6.2.6.3 Der Schönheitschirurg MBA

Die Entstehung und Entwicklung des Schönheitschirurg MBA war vor Jahrzehnten nicht möglich, da diese sich dem klassischen Berufsethos verpflichtet sahen. Jedoch hat sich dieser Berufsethos im Laufe der letzten Jahrzehnte von einem „Homo medicus“ zu einem „Homo oeconomicus“ transformiert. So hat sich das Selbstbild der Schönheitschirurgen dahingehend verändert, da diese nicht mehr nur bloße Mediziner sind, sondern diese zusätzlich zu Geschäftsmännern wurden, da die wirtschaftlichen Aspekte die medizinischen Aspekte überlagern. Schließlich handelt es sich bei der Bewirtschaftung des Körpers um ein Geschäftsmodell bei dem mitnichten nur die medizinischen Fähigkeiten des Schönheitschirurgen relevant sind, sondern es geht auch um dessen ökonomisches Verständnis. Konkret geht es um eine Dienstleistung, bei der der Schönheitschirurg sein medizinisches und ökonomisches Wissen gleichermaßen einbringen muss. Eine Expertin erörtert dieses folgendermaßen:

„The thing is for a lot of the doctors who can't stop the down, thirty, forty years ago, they would make your opposite what a long as far as how you deal with the patient, I am a doctor, you know, they had their opinions about themselves. I think, now there's so much more available to them, much more open to understanding that this is a business, is not just medical practice and so, now they accept it is a business and they begin into look at it as a business person which they have to be, what they are doing. So, it's the staff training, the practice marketing, the management, the finances and even down to the understanding of the equipment that's available for them, is what choice they gonna make because that's a big investment.“ (Int. 2, Z. 433-440)

Die zentralen Grundlagen des Schönheitschirurgen MBA sind demnach, dass der Schönheitschirurg sich fortan als ein Geschäftsmann versteht und dieser nunmehr nicht von Patienten spricht, sondern von Kunden. Damit geht einher, dass dieser sich in seiner Tätigkeit nicht mehr von medizinischen, sondern von wirtschaftlichen Prinzipien leiten lässt. Dieser fundamentale Wandel in dessen Berufsethos wird anhand der folgenden Aussage einer Expertin deutlich: „He said, ‘When he started, he was a doctor and they were patients. Now it’s a business and they are clients. It’s a business.’“ (Int. 7, Z. 65-67)

Die Generierung des Schönheitschirurgen MBA, also die vollständige Transformation des Habitus des Schönheitschirurgen vom „Homo medicus“ zum „Homo oeconomicus“ erfolgt bereits mitunter zu Beginn des Medizinstudiums, da die amerikanischen Universitäten ein Studium anbieten, in dem das Medizinstudium und das Managementstudium kombiniert werden, also es sich um sogenannte MD-MBA Studiengänge handelt (vgl. Westbrook Sherrill 2000: S37). Derartige Studiengänge, bei denen diese beiden Wissenschaftsbereiche nicht mehr voneinander getrennt sind, gibt es seit den 1990er Jahren (vgl. Keogh/Martin 2011: 222). Die angehenden Medizinstudenten in den USA haben die Möglichkeit, ein solches Studium landesweit an 52 Universitäten aufzunehmen, wobei ein solches Studienangebot dadurch sichergestellt wird, dass die medizinische Fakultät das Curriculum des MD-Studiums und die wirtschaftswissenschaftliche Fakultät das Curriculum des MBA-Studiums übernimmt, also eine funktionale Ausdifferenzierung innerhalb des Studiengangs entsprechend der jeweiligen Fachdisziplin erfolgt (vgl. Keogh/Martin 2011: 223).¹⁴⁴

Zusätzlich zu diesen klassischen MD-MBA Studiengängen haben die Mediziner in den USA auch die Möglichkeit, den Studiengang für Medical Management zu belegen, deren Curriculum eine Ausdifferenzierung wie auch Komprimierung des klassischen MBA-Studiengangs darstellt, also nur den relevanten Bereich des Medical Management abdeckt, um somit den Abschluss eines Master of Medical Management (MMM) zu erhalten, sofern die Mediziner bzw. Medizinstudenten nach Abschluss bzw. während ihres Studiums keinen MBA-Studiengang belegen (vgl. Keogh/Martin 2011: 223).¹⁴⁵ Letztlich werden die Ärzte in einem solchen Studiengang, wie auch in den MD-MBA Studiengängen, dazu angeleitet, fortan Unternehmer zu

¹⁴⁴ Bezüglich der Regelstudienzeit für einen solchen MD-MBA Studiengang führen Keogh/Martin (2011) aus, dass „typically, a student needs to complete four years of medical school and one to two years in a business school to complete the joint MD/MBA degree. The duration of the programs ranged from five to six years.“ (Keogh/Martin 2011: 228)

¹⁴⁵ Die in Beverly Hills praktizierende Schönheitschirurgin Sheila Nazarian hat ein solches Managementstudium absolviert und verkörpert eine neue Generation von Schönheitschirurgen deren Habitus nicht mehr dem „Homo medicus“, sondern dem des „Homo oeconomicus“ entspricht (vgl. Nazarian Plastic Surgery 2016: o.S.).

sein.¹⁴⁶ In der Metropolregion Los Angeles haben angehende Medizinstudenten die Möglichkeit ein solches Studienangebot im Rahmen des MD-MBA Studiengangs an der University of Southern California (USC), der University of California, Irvine (UCI) und der University of California, Los Angeles (UCLA) aufzunehmen (vgl. Keogh/Martin 2011: 225ff.). Zudem wird den Mediziner in der Metropolregion Los Angeles der Weiterbildungsstudiengang Master of Medical Management (MMM) angeboten, den diese an der University of Southern California (USC) absolvieren können (vgl. Keogh/Martin 2011: 223)

Der Berufsethos des Schönheitschirurgen erfährt ebenso eine Veränderung, die von der American Society for Aesthetic Plastic Surgery bewusst forciert wird, indem den Schönheitschirurgen auf Symposien entsprechendes unternehmerisches Denken vermittelt wird und dabei eine bewusste Veränderung des Habitus der Schönheitschirurgen eingeleitet wird (vgl. Codner 2016: 18).¹⁴⁷ Die Vermittlung des unternehmerischen Denkens erfolgt dabei durch „[...] attorneys, marketing specialists, practice management consultants, accountants, practice managers, and physicians [...]“ (Codner 2016: 18). Es geht letztendlich darum, dass der Schönheitschirurg MBA eine Kombination aus medizinischem und ökonomischem Expertenwissen besitzt, also nicht mehr nur die medizinische Kompetenz das entscheidende Kriterium für den Schönheitschirurgen darstellt (vgl. Codner 2016: 18). Letztendlich scheint es auch darum zu gehen, dass man versucht, die sich in der Facharztausbildung befindlichen plastischen Chirurgen, wie auch die plastischen Chirurgen, die ein „Aesthetic Fellowship Program“ nach Abschluss der Facharztausbildung absolvieren, auf ein Marktumfeld vorzubereiten, in dem ökonomische Rahmenbedingungen dominieren (vgl. Codner 2016: 18). Durch die Ausrichtung solcher Symposien passt sich die American Society for Aesthetic Plastic Surgery den neuen Rahmenbedingungen an, indem deren Mitgliedern die entsprechenden berufsrelevanten Kompetenzen vermittelt werden, um im wettbewerbsintensiven Markt der ästhetischen Medizin bestehen zu können und damit der Übergang vom „Homo medicus“ zum „Homo oeconomicus“ vollzogen wird (vgl. Codner 2016: 18f.).

Auch die American Society of Plastic Surgeons bietet derartige Veranstaltungen an, bei dem alle Aspekte des Praxismanagements abgehandelt werden und ebenfalls der Übergang vom „Homo medicus“ zum „Homo oeconomicus“ eingeleitet wird (vgl. American Society of Plastic Surgeons 2015b: 2). Diese Veranstaltungen der American Society of Plastic Surgeons beschäftigen sich zumeist mit den ökonomischen Aspekten des Praxisbetriebs, also „[...] learning new

¹⁴⁶ Für dieses Studium ist zu berücksichtigen, dass „these programs equip physicians with knowledge, skills and conceptual roadmaps for delivering financial management, quality management, human resources management and strategic management, and provide a ‘practice field’ for physician-managers“ (Keogh/Martin 2011: 223).

¹⁴⁷ Beispielhaft für ein solches Symposium ist das Symposium „The Business of Launching Your Practice – The ASAP Gift of Expert Advice“, welches von der American Society for Aesthetic Plastic Surgery in der Zeit vom 11. bis 13. Dezember 2015 in Dallas ausgerichtet worden ist (vgl. Codner 2016: 18).

ways to improve your profit margins, manage problematic staff and target your market's most profitable patient population“ (American Society of Plastic Surgeons 2015b: 2). Auch hat die American Society of Plastic Surgeons nicht nur Schönheitschirurgen als Zielgruppe für solche Veranstaltungen, sondern auch alle weiteren Angestellten der Praxis (vgl. American Society of Plastic Surgeons 2015b: 2).

Im Kontext des Schönheitschirurg MBA ist zu berücksichtigen, dass dieser von der nationalen wirtschaftlichen Entwicklung abhängig ist. So hat die Wirtschaftskrise ab dem Jahr 2008 mit dem damit einhergehenden Zusammenbruch des Banken- und Finanzsystems auch die Schönheitschirurgen betroffen, da die Patienten nunmehr kein Geld mehr für teure Bewirtschaftungsmaßnahmen am Körper mittels Schönheitsoperationen hatten. Ebenso haben kurzfristige wirtschaftliche Ereignisse, wie Arbeitsniederlegungen, die oftmals temporär beschränkt sind, ebenfalls Auswirkungen auf deren Geschäftsmodell. Um einer solchen Abhängigkeit von der nationalen wirtschaftlichen Entwicklung in den USA zu entgehen, bietet sich für die dort praktizierenden Schönheitschirurgen die Arbeitsmigration in andere Nationalstaaten an, also die Internationalisierung der Geschäftstätigkeit. Diese Abhängigkeit von der wirtschaftlichen Entwicklung mitsamt den damit verbundenen Implikationen wird im folgenden Auszug aus dem Experteninterview dargelegt:

B: “Well, I think, you know, the economy has not been great. It's a fact that you will see in the U.S. probably five years ago, six to seven years ago, the housing market was huge. It was huge and ridiculously, so I mean houses were selling for silly prices. People believed that they had equity in their homes and the banks agreed that they did. (.) So as a result, there was a boom here in plastic surgery because the people put in a facelift that cost thirty thousand, forty thousand dollars on their line of credit, on their home deposit. When the banking crashed in the U.S., a lot of plastic surgeons felt that in their practice.”

I: “Really?”

B: “**Oh yeah! Big time! Big time!**”

I: “No one has told me this before.”

B: “Plastic surgeons won't tell you this because they believe that everything is perfect for them.”

I: “The have told me that everything is perfect and they are running their business successful.”

B: “**No, no, no, it's not true!** It did affect them. The housing market really affected them because people had no money. There was a thing in Hollywood, when the writers strike. The writers' strike affected cosmetic surgeons because all those behind the scenes producers, camera people, who were affected as a result of the writers' strike, they didn't have money for Botox. You know, and so we definitely, you know, there is the economy

as affected them. So then this desire to go overseas is bigger.” (Int. 2, Z. 163-186; Hervorh. im Orig.)

Die Abhängigkeit von der wirtschaftlichen Lage ist dabei erheblich und führt zu massiven Einnahmeausfällen. Somit ist das Geschäftsmodell der Schönheitschirurgen unabdingbar auf eine positive wirtschaftliche Entwicklung angewiesen, wie eine Expertin hervorhebt:

„I know there was a little bit of a slowdown because of the economy few years ago. People were like not doing surgery. Yeah, so it got dropped, they said, ‘Nationally in the US when the economy was in decline, the stocks were going down.’ They said, ‘On the average thirty to forty percent reduction in plastic surgery,’ so that’s huge. It started to come back as long as the economy is stable, it’s gonna grow for sure.“ (Int. 12, Z. 404-408)

Dabei sind die Schönheitschirurgen jedoch nicht nur von der konjunkturellen Entwicklung der nationalen Wirtschaft, sondern auch von der Entwicklung der Weltwirtschaft abhängig. Dieses hat zur Folge, dass die Anzahl der internationalen Patienten von der globalen Konjunktur abhängig ist. Somit steht und fällt das Geschäft mit den internationalen Patienten mit der globalen Konjunkturlage. Darauf wird in der folgenden Aussage eines Experten hingewiesen: „I think the economy has a lot to do with it. When the world economy gets better, people have more money and they can travel.“ (Int. 3, Z. 365-366) Damit die Schönheitschirurgen in wirtschaftlichen Krisenzeiten eine finanzielle Absicherung haben, erfolgt eine teilweise Verlagerung deren Tätigkeitsschwerpunkt vom ästhetisch-plastischen auf den rekonstruktiv-plastischen Bereich. Diesbezüglich besteht deren Geschäftsmodell, neben den Selbstzahlern, nun auch vielfach aus Patienten, deren Eingriffe durch die jeweilige Versicherungsgesellschaft gezahlt werden. Die so erzielten finanziellen Einnahmen von den Versicherungsgesellschaften kompensieren damit die Einnahmeausfälle des Schönheitschirurgen in Zeiten von negativen wirtschaftlichen Rahmenbedingungen. Diese Neuausrichtung in wirtschaftlichen Krisenzeiten stellt eine Expertin folgendermaßen dar:

„So Manuel Barrera, I worked with him shortly after like two thousand nine, and he was doing a cancer case. He said, ‘I have to do a lot more cancer cases because cancer cases are insurance patients.’ He said, ‘I have noticed, fifty percent dropped in cash paying customers because the disposable income is not (.) available for the majority of customers.’ So he has to do more insurance based products, so that’s a lot more, a lot of plastic surgeons are doing insurance cases now.“ (Int. 8, Z. 317-322)

Der Schönheitschirurg MBA zeigt sich also daran, dass die Profitmaximierung im Vordergrund steht. Eine Expertin formuliert dies mit folgenden Worten: „But I think we can double our revenue to make it all.“ (Int. 12, Z. 487-488) Somit wird ersichtlich, dass die Schönheitschirurgen

die Bewirtschaftung des Körpers mittels Schönheitsoperationen aus reinen wirtschaftlichen Gesichtspunkten betrachten, also der „Homo oeconomicus“ anstatt des „Homo medicus“ den Habitus der Schönheitschirurgen darstellt. Dies verdeutlicht die folgende Aussage einer Expertin: „[...] having a physician operate, it will be business in the best way possible.“ (Int. 4, Z. 314-316) Der Schönheitschirurg MBA zeichnet sich auch durch seine Priorisierung und Abwägung von Investmentstrategien aus. Dieses zeigt sich insbesondere an deren ambulanten Chirurgiezentren. So scheint der Schönheitschirurg nur eine geringe Bereitschaft zu zeigen, in das ambulante Chirurgiezentrum zu investieren.¹⁴⁸ Die Vernachlässigung des ambulanten Chirurgiezentrums im Vergleich zu den übrigen Bereichen der Praxis zeigt sich in einer neben einer minimalistischen Grundausstattung auch darin, dass mitunter bestimmtes medizinisches Equipment im ambulanten Chirurgiezentrum nicht vorhanden ist.¹⁴⁹ Diese Problematik bedingt durch den Schönheitschirurg MBA für das ambulante Chirurgiezentrum wird anhand der folgenden Aussage einer Expertin belegt:

„I have actually been to a surgery center, not the Spalding ones, but another one in Santa Monica and I looked for a laryngoscope, and not a single one worked, so I had to go to the hospital and go borrow one for a couple hours. I went over there, had to call my friends and I asked, ‘Can I get a laryngoscope from here guys?’ So everything because they didn’t have it there because someone stole it obviously. Sometimes they (.) have one staff member checking everything and sometimes the anesthesia things are just not as important as things like Botox, making sure that’s available in the office.“ (Int. 8, Z. 293-299)

¹⁴⁸ Die gesetzlichen Rahmenbedingungen für den Betrieb eines solchen ambulanten Chirurgiezentrums werden von dem jeweiligen Bundesstaat in den USA, bedingt durch die Gesetzgebungskompetenzen im amerikanischen Regierungssystem, bestimmt, in dem sich das ambulante Chirurgiezentrum befindet (vgl. McGuire 2002: 89). Diesbezüglich hat der Bundesstaat Kalifornien mit der Schaffung der entsprechenden Gesetzgebungen für ambulante Chirurgiezentren aus dem Jahr 1995 eine federführende Rolle in den USA eingenommen, an der sich die übrigen Bundesstaaten hinsichtlich etwaiger Gesetzgebungen für den Betrieb ambulanter Chirurgiezentren orientiert haben (vgl. McGuire 2002: 89). Die theoretischen Grundlagen für das Modell eines ambulanten Chirurgiezentrums stammen von William H.L. Dornette und von Charles Hills, jeweils aus dem Jahr 1968 (vgl. Reed/Ford 1976: 113; Vandam 1987: 7). Die medizinischen Grundlagen, eine auf die räumlichen Gegebenheiten funktional angepasste Anästhesie existiert seit dem Jahr 1919, die von Dr. Ralph M. Waters entwickelt und bereits im Praxisbetrieb in der Stadt Sioux City im Bundesstaat Iowa angewandt worden ist (vgl. Hedley-Whyte/Milamed 2006: 46; Reed/Ford 1976: 129; Vandam 1987: 3). Bereits im Jahr 1962 wurden die Grundlagen und Grundfragen eines ambulantes Chirurgiezentrums durch John Dillon und David Cohen an der University of California, Los Angeles (UCLA) erörtert und diesbezüglich erfolgte auch ein entsprechender Praxistest eines solchen Modells eines Chirurgiezentrums (vgl. Hedley-Whyte/Milamed 2006: 50; Vandam 1987: 6). Die Umsetzung des Modells eines solchen ambulanten Chirurgiezentrums und deren Etablierung im Medizinbetrieb der USA wurde durch John Ford und Wallace Reed in Phoenix im Bundesstaat Arizona am 12. Februar 1970 vollzogen (vgl. Reed/Ford 1976: 121). Bei dem ambulanten Chirurgiezentrum und dessen sozialräumlicher Gestaltung geht es vor allem darum, ein Höchstmaß an Effizienz und Effektivität zu erreichen, wodurch sich gegenüber anderen Modellen von Chirurgiezentren vor allem Kostenvorteile ergeben, die auf der funktionalen Ausdifferenzierung der Arbeitsabläufe basieren und denen ökonomische Prinzipien zugrunde liegen (vgl. Reed/Ford 1976: 114-119).

¹⁴⁹ Die architektonische Gestaltung und die betriebswirtschaftlichen Grundlagen zum Betrieb eines ambulanten Chirurgiezentrums werden bei Wajda/Bell (2012) beschrieben (vgl. Wajda/Bell 2012: 76). Letztendlich geht es bei einem ambulanten Chirurgiezentrum vor allem darum, dass dieses nicht nur über eine Mindestgröße verfügt, sondern auch dass dieses einen gewissen Ausstattungsgrad besitzt und damit eine entsprechende architektonische Gestaltung zugrunde liegt, um ein gewisses Qualitäts- und Sicherheitsniveau sicherzustellen, wozu vor allem auch die Raumaufteilung, die medizinischen und elektronischen Sicherheitsvorkehrungen sowie die ausreichende Berücksichtigung der dort stattfindenden Arbeitsabläufe beitragen (vgl. Wajda/Bell 2012: 73-81).

Ebenso zeigt sich anhand des Ausstattungsgrads des ambulanten Chirurgiezentrums bei Schönheitschirurgen, dass die Patienten in einem Krankenhaus wesentlich besser aufgehoben sind, was den Ausstattungsgrad des dortigen Chirurgiezentrums betrifft. Dazu merkt eine Expertin an: „So to say that compared to the equipment in a hospital, it’s not that good in the private practice world.“ (Int. 8, Z. 273-274) Im Hinblick auf die Investitionsbereitschaft der Schönheitschirurgen ist daher zu sagen, dass diese eine genaue Abwägung treffen, inwiefern sich entsprechende Investitionen rentieren.¹⁵⁰ Es geht den Schönheitschirurgen darum, eine entsprechende Rendite zu erzielen, worauf eine Expertin hinweist: „Of course, it makes more sense in terms of the business center; you don’t wanna invest your money, where there is no return, or spend the money, where you can recognize the return.“ (Int. 8, Z. 275-277)

Des Weiteren zeigt sich die Profitmaximierung der Schönheitschirurgen auch daran, dass die Schönheitschirurgen die Arbeitsmigration nach Dubai nur wegen des dort vorhandenen Gelds vornehmen, welches die dortigen Patienten trotz der besonders hohen Preise dieser Schönheitschirurgen bereit sind, zu zahlen (vgl. Snead 2013: o.S.). Diese Arbeitsmigration von Schönheitschirurgen aus Beverly Hills, also die Internationalisierung von deren Geschäftstätigkeit, ist nach Baum (2014) dabei auf den Schönheitschirurgen Dr. Marc Mani und den Gesichtschirurgen Dr. Jason Diamond zurückzuführen (vgl. Baum 2014: o.S.). Der Aspekt der Profitmaximierung wird auch daran ersichtlich, dass die Körperbewirtschaftungsexperten aus Beverly Hills Akkordarbeit in Dubai verrichten (vgl. Snead 2013: o.S.). Die Profitmaximierung der Körperbewirtschaftungsexperten aus Beverly Hills wird auch daran veranschaulicht, dass diese versuchen, in andere Industrie-, Schwellen- und Entwicklungsländer zu expandieren (vgl. Snead 2013: o.S.).

Schließlich werden diese Schönheitschirurgen zu Handlungsreisenden in Sachen Körperbewirtschaftung mittels Schönheitsoperationen, die somit das entsprechende Körperleitbild von Beverly Hills global verbreiten und ein Filialnetz aufbauen, in dem potenzielle Patienten eine körperliche Transformation zum „Standardkörper“ von Beverly Hills erhalten und sich die Schönheitschirurgen aus Beverly Hills finanziell bereichern (vgl. Maier-Schwartz 2013: o.S.;

¹⁵⁰ Die für den Schönheitschirurgen entstehenden Kosten für chirurgische und nicht-chirurgische Eingriffe unterscheiden sich signifikant voneinander, was die Fixkosten und die finanziellen Ausgaben für medizinische Verbrauchsgüter betreffen und dies ist darauf zurückzuführen, dass chirurgische Eingriffe nicht ambulant in der Praxis des Schönheitschirurgen, sondern im ambulanten Chirurgiezentrum durchgeführt werden, also solche Eingriffe wesentlich kosten-, personal-, arbeits- und zeitintensiver sind (vgl. LaBove/Davison 2016: 1-4). So liegen die durchschnittlichen Fixkosten für chirurgische Eingriffe bei ca. 951 US-Dollar (vgl. LaBove/Davison 2016: 2f.). Dagegen belaufen sich die durchschnittlichen Fixkosten für den Schönheitschirurgen bei einem nicht-chirurgischen Eingriff lediglich auf ca. 64 US-Dollar, sodass die Kostendifferenz bei den Fixkosten zwischen einem chirurgischen Eingriff und einem nicht-chirurgischen Eingriff 887 US-Dollar beträgt (vgl. LaBove/Davison 2016: 2f.; eigene Berechnung).

Snead 2013: o.S.). Zusätzlich erfolgt die Profitmaximierung der Schönheitschirurgen auch dadurch, dass die Schönheitschirurgen zu Anteilseignern eines Medizinprodukteherstellers werden. Die Schönheitschirurgen tätigen also finanzielle Investments, wie ein Experte anführt: „We were founded and our lead investors are plastic surgeons and we buy technologies and services and software to (.) build their practice and to give better results to patients.“ (Int. 1, Z. 8-9) Des Weiteren versuchen Schönheitschirurgen eine Profitmaximierung herbeizuführen, indem diese sich den Kundenbindungsprogrammen der Medizinproduktehersteller anschließen, um die medizinischen Verbrauchsgüter zu wesentlich günstigeren Konditionen zu erhalten. Dieses konnte im Rahmen der teilnehmenden Beobachtung im Medical Spa festgestellt werden:

„Der Medical Director hatte gleich zu Beginn der Beobachtung das Medical Spa verlassen und zuvor der Empfangsdame im Empfangsbereich im Vorbeigehen noch mitgeteilt, dass diese der Managerin ausrichten sollte, dass diese sich bei ihm telefonisch melden sollte, sobald sie das Gespräch mit der Vertreterin des Medizinprodukteherstellers von Allergan beendet hätte. Sie sollte ihm bitte mitteilen, ob das Medical Spa nun am Kundenbindungsprogramm ‚Brilliant Distinctions‘ von Allergan teilnehmen würde und ob man sich aufgrund des hohen Absatzes an Produkten von Allergan auf günstigere Bezugspreise von deren medizinischen Verbrauchsprodukten, also von Botox und Fillern sowie der Hautpflegeprodukte, geeinigt hätte.“ (Beo. 1, Z. 13-20)

Weitere Möglichkeiten der Profitmaximierung für Schönheitschirurgen bei der Beschaffung medizinischer Verbrauchsgüter bietet auch das von der American Society of Plastic Surgeons beworbene „Access Medical Purchasing“, wobei es sich um einen medizinischen Fachgroßhandel handelt und die Schönheitschirurgen die für den Praxisbetrieb notwendigen Bedarfs- und Verbrauchsgüter zu Sonderkonditionen erhalten (vgl. Access Medical Purchasing o.J.: 2ff.; American Society of Plastic Surgeons o.J.b: 13). Zusätzlich haben die Schönheitschirurgen die Möglichkeit, kostengünstig die medizinischen Verbrauchsgüter und die Medizintechnik für die Praxis, das Medical Spa und das ambulante Chirurgiezentrum direkt beim medizinischen Fachgroßhandel „Henry Schein, Inc.“, der Eigenmarken und Markenhersteller im Angebot hat oder bei „DRE Medical Equipment“, der Eigenmarken, Markenhersteller und gebrauchte Medizintechnik anbietet, zu beschaffen (vgl. DRE Medical Equipment 2017: 1-39; Henry Schein Medical o.J.: 2-48).

Zum Zwecke der Profitmaximierung gehört auch, dass einige der in den USA praktizierenden Schönheitschirurgen entsprechenden Netzwerken von Plastic Surgery Consultants beigetreten sind, zu denen auch andere medizinische Körperexperten gehören, die diesen Schönheitschirurgen dementsprechend nationale wie auch internationale Patienten zuführen (vgl. Shelasky 2012: o.S.). Dabei agieren diese Schönheitschirurgen oftmals am Rande der Legalität, da die Schönheitschirurgen normalerweise in keinem finanziellen Abhängigkeitsverhältnis mit

diesen Plastic Surgery Consultants zum Zwecke der Akquise von Patienten stehen dürfen (vgl. Shelasky 2012: o.S.).

Die Partizipation von Schönheitschirurgen in solchen Netzwerken verstößt somit gegen die Ethikkodex dieser Berufsgruppe (vgl. American Society for Aesthetic Plastic Surgery 2014: 43-46; American Society of Plastic Surgeons 2012b: 1-10; Shelasky 2012: o.S.; The American Board of Plastic Surgery, Inc. 2011: 1-5).¹⁵¹ Auch scheinen diese Netzwerke nur von zwielichtigen Schönheitschirurgen genutzt zu werden, worauf eine Expertin verweist: „The physicians are still the doctors; they are highly educated, medical doctors who are afraid of crossing the line between ethics. And to engage and pay their patients is unethical. So, you know, unless is approved by an ASPS or ASAPS, they won't openly engaged in a network.“ (Int. 2, Z. 364-367) Zur Verschleierung dieser Machenschaften und um keine gesetzeswidrigen Handlungen zu begehen, dienen den beteiligten Schönheitschirurgen Netzwerkkonstrukte, die von dem jeweiligen Plastic Surgery Consultant verwaltet werden und die Zugehörigkeit zu einem solchen Netzwerk an eine pro Jahr zu zahlende Mitgliedschaftsgebühr gekoppelt ist, z.B. in Höhe von 10.000 US-Dollar (vgl. Shelasky 2012: o.S.).

Allerdings wird bei dem Schönheitschirurg MBA auch deutlich, dass diese Transformation des beruflichen Habitus zu erheblichen Problemen führt. Man kann sogar von einer totalen Selbstüberschätzung bei den Schönheitschirurgen sprechen, die dazu führt, dass die Schönheitschirurgen dem Glauben unterliegen, wie ein Geschäftsmann zu handeln. In der Realität wird jedoch ersichtlich, dass das wirtschaftliche Denken mitunter nicht ausreichend vorhanden ist, was zu erheblichen finanziellen Fehlinvestitionen seitens der Schönheitschirurgen führt. Dabei sind die Schönheitschirurgen jedoch nicht in der Lage, die durch Eigenverschulden verursachten finanziellen Fehlinvestitionen zu beheben. Diese Selbstüberschätzung als Geschäftsmann wird im folgenden Auszug aus dem Experteninterview erörtert:

B: “**Of course!** In all kind of business there are problems. Plastic surgeon problems, their main problem is that they really starting to become more and more businessmen, they want to be a businessman, and they forget sometimes that they are doctors first of all.”

I: “But the plastic surgeons are now attending workshops in which they are learning how to run their business.”

¹⁵¹ Der Ethikkodex der amerikanischen Schönheitschirurgen stammt vom American Board of Plastic Surgery, deren Zuständigkeit die Verleihung des Facharzttitels für plastische Chirurgie umfasst und damit die fundamentalen Grundlagen der Verhaltens- und Handlungsweisen festlegt, also die beruflichen Rahmenbedingungen eines Schönheitschirurgen gerade in Bezug auf dessen Habitus definiert (vgl. The American Board of Plastic Surgery, Inc. 2011: 1-5). Dieser Ethikkodex wurde von den amerikanischen Fachverbänden der Schönheitschirurgen, also der American Society for Aesthetic Plastic Surgery und der American Society of Plastic Surgeons, modifiziert und erweitert (vgl. American Society for Aesthetic Plastic Surgery 2014: 43-46; American Society of Plastic Surgeons 2012b: 1-10).

B: **“Exactly and this is their issue!** They think they know, but now we see it more open. They think they know to do it by themselves, but after they doing the damage, they are calling a person like me. Then like, ‘Oh, I really did a mistake, I bought and see it, but I can’t use it!’ Of course, you can’t use it because most of your clients, they have skin type five, six, seven, so what you gonna do is this, two hundred thousand dollars you just spend.” (Int. 6, Z. 413-424; Hervorh. im Orig.)

Diesbezüglich wird auch deutlich, dass die Schönheitschirurgen auf externe Dienstleister angewiesen sind und dass das wirtschaftliche Denken den Schönheitschirurgen schlichtweg nicht liegt. Eine Expertin drückt dies folgendermaßen aus: „Because more and more plastic surgeons and doctors understand that they are not businessmen and they do need help. So they are starting to approach, and they are starting to ask help.“ (Int. 6, Z. 467-469) Zudem nutzen die Schönheitschirurgen sogenannte Practice Management Consultants, die den Schönheitschirurgen mit deren Expertise dabei unterstützen, die „Overhead Kosten“ in dessen Praxis zu reduzieren und damit eine Profitmaximierung zu erzielen. Dabei geht es darum, die Wirtschaftlichkeit der Praxis bei gleichzeitiger Kosteneffizienz zu erhöhen. Die folgende Aussage einer Expertin dokumentiert diese Profitmaximierung der Schönheitschirurgen:

„So, I am a practice management and business consultant. I have my company for about a year and a half (.) and ah, my main (.) goal is to (.) assess physicians, ah, business their internal operating practices. Ah, ultimately create opportunities for them to increase their revenue, increase, improve their proficiency and productivity, efficiency within their practice and save them money.“ (Int. 4, Z. 7-11)

6.2.6.4 „Corporate Medicine“

Der Habitus des „Homo oeconomicus“ anstatt des „Homo medicus“ zeigt sich im Verhältnis von „Corporate Medicine“ und den einzelnen Schönheitschirurgen, indem die moralethischen Grenzen zwischen diesen beiden Stakeholdern aufgrund des beiderseitigem Profitstrebens aufgehoben worden sind (vgl. Swanson 2013: 1065). So haben sowohl die Schönheitschirurgen als auch die „Corporate Medicine“ maßgeblich zur „Kommodifizierung des Körpers“ im Zuge der Vermarktung von Schönheitsoperationen beigetragen, sodass das klassische Patientenwohl nachrangig geworden ist (vgl. Swanson 2013: 1065f.). Ebenfalls ist zu berücksichtigen, dass die „Corporate Medicine“ den weitaus größeren Einfluss auf den Markt für Schönheitsoperationen hat als die Schönheitschirurgen selbst, was wiederum nachteilig für die Patienten ist, da

in der „Corporate Medicine“ die Ideologie des „Homo oeconomicus“ die geschäftliche Ausrichtung der Schönheitschirurgen bestimmt und letztlich der Warencharakter von Schönheitsoperationen dominiert (vgl. Swanson 2013: 1065).

Diesbezüglich ist vor allem das sogenannte Modell der „Corporate Medicine“ näher zu betrachten, wodurch sich die Rahmenbedingungen für die berufliche Tätigkeit als Schönheitschirurg ergeben und dieser sich den geschäftlichen Interessen, unter Ausblendung medizinischer Interessen, unterwirft (vgl. Swanson 2013: 1065f.).¹⁵² Ebenfalls ist für den Schönheitschirurgen in seiner Tätigkeit zu bedenken, dass dessen Patienten vielfach eine psychologische Unstetigkeit aufweisen und das Portfolio der Schönheitschirurgen dafür verantwortlich ist, dass keine realistische Erwartungshaltung, sondern eine unrealistische Erwartungshaltung, im Rahmen dieser Körperbewirtschaftungspraxis vorherrscht (vgl. Swanson 2013: 1066). Dabei tätigen die Schönheitschirurgen oftmals Fehlinvestitionen, wenn diese neuartige Innovationen auf dem Gebiet der ästhetischen Medizin in deren Praxis- und Tätigkeitsbereich implementieren, jedoch die wissenschaftliche Zweckmäßigkeit fragwürdig ist (vgl. Swanson 2013: 1066). Zudem erfolgt durch die „Corporate Medicine“ eine Verbrauchertäuschung, da die Risiken von Schönheitsoperationen bewusst verschleiert werden (vgl. Swanson 2013: 1066). Des Weiteren ist im Markt für Schönheitsoperationen eine Wettbewerbsverzerrung zugunsten der „Corporate Medicine“ im Sinne der Hegemonie der Verfügungsgewalt über den Patientenkörper zu erkennen, sodass einzelne Schönheitschirurgen benachteiligt sind (vgl. Swanson 2013: 1066).

Charakteristisch für die auf Profitmaximierung ausgerichtete „Corporate Medicine“ ist die Mangelhaftigkeit im Qualitätsniveau im Verlaufsprozess von Schönheitsoperationen und bei der Patientensicherheit, indem bei Schönheitsoperationen anstatt einer Allgemeinanästhesie eine Lokalanästhesie präferiert wird und diese Schönheitsoperationen von den tradierten Örtlichkeiten der Medizin, wie dem Krankenhaus, in die Praxisräume des Schönheitschirurgen verlagert wurden (vgl. Swanson 2013: 1066f.). Des Weiteren erfolgt die Erosion des Berufsethos der Schönheitschirurgen durch die Selbstherrlichkeit und Selbstvermarktung einiger Schönheitschirurgen, die zu Wettbewerbsvorteilen bzw. zur Distinktion gegenüber den anderen Schönheitschirurgen sogenannte „Trademark-Schönheitsoperationen“ in deren Portfolio haben (vgl. Swanson 2013: 1067). Außerdem ist eine weitere Folge der „Corporate Medicine“, dass

¹⁵² Die „Corporate Medicine“ bedeutet für Mediziner, dass diese in den USA de facto zur Selbstständigkeit gezwungen werden und ein Beschäftigungsverhältnis auf Angestelltenbasis bei Unternehmen, wie Klinikgruppen, nur möglich ist, wenn die jeweiligen Bundesstaaten die rechtlichen Möglichkeiten dafür schaffen bzw. diese bereits bestehen (vgl. American Medical Association 2015: 1f.; Kaiser III/Friedlander 1999: 55). Somit obliegt es den einzelnen Bundesstaaten in den USA entsprechende rechtliche Rahmenbedingungen zu schaffen, die es Unternehmen ermöglichen, die Mediziner im Angestelltenverhältnis zu beschäftigen, wobei die medizinischen Entscheidungen ausschließlich von den Medizinern zu treffen sind und die Mediziner nicht der Weisungsgebundenheit des Arbeitgebers unterliegen (vgl. American Medical Association 2015: 1f.; Kaiser III/Friedlander 1999: 55).

die medizinethischen Standards, die sich bei den Schönheitschirurgen hinsichtlich deren Berufsethos und im Umgang mit Patienten etabliert haben, infrage gestellt werden, obwohl die rechtliche Verankerung normalerweise die Bewahrung dieser medizinethischen Standards garantiert (vgl. Swanson 2013: 1067).

Allerdings ist trotz dieses Objekt- und Warencharakters von Schönheitsoperationen mit- samt der dahinterstehenden Ideologie des Konsums zu bedenken, dass keine Standardisierung und Universalisierung gleichermaßen für den Patienten, wie auch für den Schönheitschirurgen, auf dem Markt für Schönheitsoperationen existiert, sodass der Individualismus anstatt des Universalismus vorherrscht, auch wenn durch die „Corporate Medicine“ anderes verlautbart wird (vgl. Swanson 2013: 1067). Abschließend ist festzuhalten, dass der Geschäftserfolg der Schönheitschirurgen ausschließlich darauf gründet, dass diese das Alleinstellungsmerkmal besitzen, was im Wechselverhältnis zwischen Schönheitsoperationen und der Psychologie sowie im Expertenwissen der chirurgischen anstatt der nicht-chirurgischen Körperbewirtschaftung zu verorten ist (vgl. Swanson 2013: 1067).

6.3 Der internationale nicht-kaukasische Patient in Beverly Hills: Vom „Homo biologicus“ zum „Homo plasticus“

6.3.1 Der lebenslange Prozess der Zerlegung und Neukonfiguration des Körpers

Die Zerlegung und Neukonfiguration des Körpers erfolgt zumeist um den Zeitpunkt von Feiertagen, um einen entsprechenden Heilungsprozess zu gewährleisten. Darauf verweist die folgende Aussage einer Expertin: „They arrange it around the holiday, so that they have several weeks to recover.“ (Int. 2, Z. 216) Bei dieser Zerlegung und Neukonfiguration des Körpers mittels der angewandten Ethnochirurgien ist zu bedenken, dass diese Baumaßnahmen am Körper immer entsprechende Implikationen auf das Individuum, also den internationalen nicht-kaukasischen Patienten, haben. Eine Expertin formuliert dies mit folgenden Worten:

„I think people look at it, wonder, extremely happy. When you getting something like your nose or something that’s pretty profound, the breasts, the face that can make a significant impact, they can be the factor, positive or negative or patients are getting liposuction and it’s done very conservatively and we can’t tell at all.“ (Int. 4, Z. 210-213)

Auch ist bei der Zerlegung und Neukonfiguration des Körpers zu berücksichtigen, dass die ethnischen Determinanten von deren Zuschreibung abhängen, wie eine Expertin betont: „So, there are things that I think people certain features that are considered, you know, more ethnic. You know, there is an ethnic population that knows just their nose has to be bigger than an average, right?“ (Int. 12, Z. 103-105) Für diesen lebenslangen Prozess der Zerlegung und Neukonfiguration des Körpers ist anzumerken, dass es sich bei den internationalen nicht-kaukasischen Patienten um sogenannte Wiederholungspatienten handelt. Diese Patienten hatten also bereits zuvor schon Ethnochirurgien durchführen lassen und besitzen diesbezüglich gewissermaßen eine Routine.¹⁵³ Auf eine solche Routine bei der ethnochirurgischen Bewirtschaftung des Körpers wird in der folgenden Aussage eines Experten hingewiesen: „Often they have done surgeries before. Most patients have done surgeries before, so they are comfortable with it, they are comfortable with travel.“ (Int. 11, Z. 84-85)

Oftmals lassen die internationalen nicht-kaukasischen Patienten neben weiteren Ethnochirurgien auch sogenannte „Revision Cases“ durchführen, wie eine Expertin anmerkt: „Sometimes they already had surgery, you know. They want it fixed, they want a revision.“ (Int. 14, Z. 167) Derartige „Revision Cases“ sind darauf zurückzuführen, dass die Patienten mit dem jeweiligen Ergebnis der Ethnochirurgie schlichtweg unzufrieden sind. Eine Expertin drückt dies folgermaßen aus: „But anyway, um, like the eyelid surgery, um, it can be corrected, we correct it. But let’s say because somebody thinks it’s too big, they want make it smaller or they think it’s too small, want make it bigger. It can be corrected or it can be modified, but in general, um, it’s very rare.“ (Int. 12, Z. 317-320)

Im Hinblick auf diese „Revision Cases“ ist hinzuzufügen, dass diese oftmals nicht nur die Korrektur der misslungenen Ethnochirurgie, welche im Herkunftsland der internationalen nicht-kaukasischen Patienten vorgenommen worden ist, darstellt, sondern diese „Revision Cases“ mit anderen Ethnochirurgien kombiniert werden. Diese Kombination von Ethnochirurgien im Rahmen des Aufenthalts von internationalen nicht-kaukasischen Patienten wird durch die folgende Aussage eines Experten belegt: „Sometimes they have surgeries done there and that’s why they want to leave. Maybe the first surgery did not go well and they come here or

¹⁵³ Dass sich bei einigen internationalen nicht-kaukasischen Patienten eine Routine bei der Bewirtschaftung des Körpers mittels Ethnochirurgien eingestellt hat, zeigt sich vor allem an den internationalen arabischen weiblichen Patienten, die den Herrschaftshäusern der Golfmonarchien angehören und sich ethnochirurgischen Eingriffen bei dem brasilianischen Schönheitschirurgen Dr. Ivo Pitanguy in Rio de Janeiro unterzogen haben (vgl. Holzer 2011: 64, 107f., 145). Dieser Schönheitschirurg reiste zu seinen Patienten, wovon bereits im Jahr 1971, Farah Pahlavi, die Frau des Schahs von Persien, Gebrauch gemacht hat, die sich im Teheraner Universitätskrankenhaus einer Ethnochirurgie bei dem brasilianischen Schönheitschirurgen Dr. Ivo Pitanguy unterzogen hat (vgl. Holzer 2011: 102). Zudem ließen die internationalen arabischen Patienten die ethnochirurgischen Eingriffen auch in New York am Manhattan Eye, Ear and Throat Hospital (MEETH) bei den dort praktizierenden Schönheitschirurgen Dr. Daniel Baker, Dr. Thomas Rees, Dr. John LeRoy, Dr. Michael Hogan und Dr. Sherrell Aston durchführen (vgl. Winter Ney 1993: o.S.).

they operating on a different area, they want to come here and have their surgery done.“ (Int. 11, Z. 95-97)

Die lebenslange Zerlegung und Neukonfigurierung des Körpers ist nicht an ein bestimmtes Mindestalter geknüpft, sondern hängt ausschließlich von den finanziellen Möglichkeiten des einzelnen Individuums ab. Diesbezüglich stellt ein Experte fest: „I think people have to be successful, you know, a lot of cost involved. So people in their twenties often just getting started.“ (Int. 11, Z. 21-22) Dieses hat somit zur Folge, dass die Bewirtschaftung des Körpers ein „lebenslanges Projekt“ ist, das bereits im Teenageralter startet, wie eine Expertin deutlich macht: „All ages. I can get somebody that’s fourteen years old that wants their ears set back. Yeah, it can be any age.“ (Int. 14, Z. 162-163) Die Möglichkeit, ein solches „lebenslanges Projekt“ am Körper mittels entsprechender ethnochirurgischer Baumaßnahmen durchzuführen, ist damit zu erklären, dass die internationalen nicht-kaukasischen Patienten sich keine Gedanken über die Kosten machen müssen. Diese aufgrund von Wohlstand basierende Körperbewirtschaftungspraxis expliziert ein Experte folgendermaßen: „[...] I think many people are incredibly wealthy, they can get whatever they want. If they don’t like their bodies, then they change it. They have the money.“ (Int. 3, Z. 238-239)

Die Kosten für Ethnochirurgien setzen sich aus unterschiedlichen Komponenten zusammen, wobei es einen Grundpreis gibt, der sich wiederum erhöht, sofern es sich um komplexere Eingriffe handelt. Bei den Kosten ist anzumerken, dass die Angehörigen des öffentlichen Dienstes in den USA einen Sonderpreis erhalten. Ein Experte beschreibt diese Preisgestaltung bei Ethnochirurgien mit folgenden Worten: „[...] ideally you should have a pretty much a base fee that you charge and then it goes up, if the surgery is complex and it goes down, if the person is a teacher or police men or something.“ (Int. 3, Z. 231-233) Bei dem Berechnungsmuster der Kosten bei Ethnochirurgien merkt Baum (2014) an, dass die Schönheitschirurgen lediglich bei den „Revision Cases“ höhere Kosten verlangen, was diese mit dem Mehraufwand begründen (vgl. Baum 2014: o.S.). Dies wird auch durch die folgende Aussage eines Experten belegt: „Someone had surgery before and revision surgery needs to be done that’s going to take a long time and very complicated, we charge more.“ (Int. 3, Z. 223-224) Trotz dieses Berechnungssystems der Kosten bei Ethnochirurgien versuchen die internationalen asiatischen Patienten, noch zusätzliche Rabatte zu erhalten, wie eine Expertin hervorhebt: „I would say the Asians. As far as that, they will spend the most money. They wanna a deal.“ (Int. 5, Z. 350) Im Gegensatz zu diesem Verhalten der internationalen asiatischen Patienten stellen die internationalen arabischen Patienten das genaue Gegenteil dar. Diese sind bereit, sämtliche anfallenden Kosten

bei der Bewirtschaftung des Körpers mittels Ethnochirurgien zu zahlen. Auf diese Sonderstellung der internationalen arabischen Patienten wird im folgenden Auszug aus dem Experteninterview hingewiesen:

I: "And who are the most solvent international patients? I mean which international patients are spending the most money on procedures?"

B: "The patients from the Middle East." (Int. 2, Z. 293-296)

Letztlich ist bei den der Kosten von Ethnochirurgien ist zu berücksichtigen, dass die nationalen wie auch internationalen Patienten denselben Preis für diese Körperbewirtschaftung bezahlen müssen, obwohl die Schönheitschirurgen für die internationalen Patienten im Zuge der „Accommodations“ einen entsprechenden Mehraufwand haben, der mitunter personal- und zeitintensiv ist, also entsprechende Zusatzkosten verursacht. Ein Experte beschreibt dies folgendermaßen: „[...] I mean people, who come from across the world, we make accommodations for them, but the price is the same. It doesn't matter where they come from, the price is the same.“ (Int. 3, Z. 310-311) Diese Kosten für die Ethnochirurgien werden dabei per Banküberweisung, per Scheck oder per Barzahlung beglichen, wie eine Expertin darlegt:

„International patients (..) we require cashier's check. (laughs) Money order, cashier's check, you know because we are not familiar with their accounts or not gonna conform check. But, um, or they can bring cash, but they would have to cash at a bank somewhere else. It's easier to do with cashier's checks, money orders.“ (Int. 12, Z. 247-250)

Die internationalen nicht-kaukasischen Patienten orientieren sich bei der Bewirtschaftung des Körpers an den Körperleitbildern der Celebrities. Dieses erfolgt dabei in Form einer Mimese der Körperanatomie eines bestimmten Celebrities. Eine derartige Körperbewirtschaftung wird anhand des folgenden Auszugs aus dem Experteninterview deutlich:

I: "Are the international patients striving for certain body features of the celebrities?"

B: "**Yes, with a photo, I wanna look like that!**"

I: "Really?"

B: "**Yes!**" (Int. 4, Z. 179-185; Hervorh. im Orig.)

Zusätzlich dient, neben den Körpern der Celebrities, auch der „Pornokörper“ als eine Orientierung bei der Bewirtschaftung des Körpers mittels Ethnochirurgien, der durch die „Playmates“

aus dem Männermagazin „Playboy“ und den Pornostars repräsentiert wird. Dies wird durch den folgenden Auszug aus dem Experteninterview belegt:

I: “But they are also striving to look like the Playmates in the Playboy and the pornstars in the adult entertainment industry.”

B: “**Oh, that’s right!**” (Int. 4, Z. 105-108; Hervorh. im Orig.)

Dabei obliegt es dem Schönheitschirurgen auch, inwieweit dieser bereit ist, solche Ethnochirurgien durchzuführen, bei denen sich die internationalen nicht-kaukasischen Patienten an den Celebrities orientieren. Dazu merkt eine Expertin an:

„[...] they used to bring in something from a magazine and say, ‘I like this,’ you know, and then the doctor has to be able to say, ‘Why you can get pretty close to that or no. Your anatomy isn’t gonna, I can’t do the same. That nose, it’s great, but that’s not possible!’ You know, you have to talk about, what’s possible.“ (Int. 13, Z. 235-239)

Jedoch wird diese Orientierung an Celebrities für die heutige Zeit systematisch bestritten, so sei dieses nur in der Vergangenheit der Fall gewesen. Stattdessen erfolge heute eine individuelle Bewirtschaftungspraxis des Körpers ohne ein entsprechendes mimetisches Aneignungsverhalten, wie eine Expertin argumentiert:

„They are not following after, ah, all these Hollywood stars anymore. Usually long time ago they gonna come with a picture of, I don’t know and they said, ‘I wanna look like this!’ Today they coming, they looking at themselves and now they say, ‘I want just a bit of a change here and here.’ They are not really coming with the picture, but if you talking twenty years ago, they will come with the picture with a really beautiful nose of one of the actors, regardless to the fact, how it’s gonna look at their face (.) and then will say, ‘I want that!’ Ah, but today, no. Today they are really more smart and they coming to your office with like ‘I just want a bit of change, let me see how it’s gonna fit my face, if really or not.’ But really not like, it was before.“ (Int. 6, Z. 345-352)

Ein Hinweis, dass sich die internationalen nicht-kaukasischen Patienten, wie auch die übrigen Patienten, immer noch an den Celebrities orientieren, zeigte sich im Rahmen der teilnehmenden Beobachtung. So lagen im Wartebereich der Praxis des Schönheitschirurgen entsprechende Celebrity-Zeitschriften aus: „[...] Celebrity-Zeitschriften lagen auf diesem Tisch, wie Us Weekly, People, Star, OK! [...].“ (Beo. 2, Z. 147-152) Bei der Zerlegung und Neukonfiguration des Körpers nutzen die internationalen nicht-kaukasischen Patienten das gesamte Portfolio des Schönheitschirurgen, wie eine Expertin anführt: „[...] they come for everything, I think they tend to come for bigger procedures like a facelift, breast augmentation, liposuction. You know, I mean they wouldn’t just come for Botox, just for lip augmentation.“ (Int. 2, Z. 213-216)

Das Produktportfolio des Schönheitschirurgen wird nach den jeweiligen Bewirtschaftungszonen am Körper unterteilt, also Haut, Gesicht, Körper und Brust, wobei es sich mitunter um geschlechterspezifische Eingriffe handelt, wie die ästhetische Intimchirurgie bei Frauen und die Reduzierung der Männerbrust (vgl. Firouz Institute of Aesthetic & Plastic Surgery o.J.: 1, 3). Dazu wählen die internationalen nicht-kaukasischen Patienten die jeweiligen Eingriffe aus dem Portfolio des Schönheitschirurgen, der diese wie ein Tuning-Programm nach Körperregionen anbietet und das offerierte Angebot wie ein Ersatzteillager zur Modernisierung und Instandhaltung des Körpers wirkt (vgl. Firouz Institute of Aesthetic & Plastic Surgery o.J.: 1, 3).

Dass das gesamte Portfolio des Schönheitschirurgen an Ethnochirurgien genutzt wird, zeigt sich gerade bei den internationalen arabischen weiblichen Patienten, wie Larson (2013) darlegt, wobei bestimmte ethnochirurgische Eingriffe bei diesen Patienten bereits zum Standardrepertoire gehören (vgl. Larson 2013: 101).¹⁵⁴ Die durchschnittliche Behandlungsdauer von chirurgischen Eingriffen und nicht-chirurgischen Eingriffen ist dabei relativ unterschiedlich (vgl. American Society for Aesthetic Plastic Surgery 2015a: 22f.). Des Weiteren sind bei den nicht-chirurgischen Eingriffen oftmals mehrere Eingriffe notwendig, wobei die internationalen nicht-kaukasischen Patienten nach diesen nicht-chirurgischen Eingriffen vielfach keine Ausfallzeit haben (vgl. American Society for Aesthetic Plastic Surgery 2015a: 23).

Dagegen müssen die internationalen nicht-kaukasischen Patienten bei chirurgischen Eingriffen eine entsprechende Ausfallzeit miteinkalkulieren (vgl. American Society for Aesthetic Plastic Surgery 2015a: 23). Bei den chirurgischen Eingriffen ist auch zu bedenken, dass manche dieser Eingriffe nur eine gewisse Halbwertszeit haben (vgl. American Society for Aesthetic Plastic Surgery 2015b: o.S.; Kotler 2003: 238). Allgemein ist bezüglich der Halbwertszeit anzumerken, dass „the duration of plastic surgery results varies by individual, device and procedure“ (American Society for Aesthetic Plastic Surgery 2015b: o.S.). Allerdings haben internationale nicht-kaukasische männliche und weibliche Patienten unterschiedliche Problemzonen am Körper. Diese geschlechterspezifische Identifizierung körperlicher Problemzonen wird durch den folgenden Auszug aus dem Experteninterview verdeutlicht:

B: “Women come in with sun damage all over and they don’t even care about that. They are caring about wrinkles, but not caring about pigment. Even the darker skin types care more about pigment than wrinkles.”

I: “The men and women have the same problems or?”

¹⁵⁴ So merkt Larson (2013) diesbezüglich an, dass „most of them already had liposuction, tummy tucks, rhinoplasty, mammoplasty, blepharoplasty (eyelid lifting/stretching/cutting), and even vaginal rejuvenation [...]“ (Larson 2013: 101).

B: "No. (.) Every man that comes in here, every single one, cares about his wrinkles and his eyes. They care mainly about their eyes."

I: "Only the eyes."

B: "Nothing else. I guess, they know that their eyes changing." (Int. 5, Z. 168-179)

Somit bedienen sich Männer und Frauen unterschiedlicher Ethnochirurgien aus dem Portfolio des Schönheitschirurgen. So geht es den internationalen männlichen nicht-kaukasischen Patienten bei der Bewirtschaftung des Körpers überwiegend um das Gesicht, während bei den Frauen das Gesicht und der Unterleib im Fokus stehen. Diese geschlechterspezifische Bewirtschaftung des Körpers mittels Ethnochirurgien beschreibt ein Experte folgendermaßen:

„Well, females often get different surgeries than males, so that’s the main differences. People travel here for their faces and their tummies. And males they don’t often, sometimes they get liposuction here, they don’t really come all the way to Beverly Hills for that, they come a lot for their faces.“ (Int. 11, Z. 5-8)

Bei der Zerlegung und Neukonfiguration des Körpers im Zuge der Verjüngung des Gesichts ist zu berücksichtigen, dass die internationalen nicht-kaukasischen Patienten diesbezüglich mehrere Eingriffe kombinieren, wie eine Expertin aufzeigt: „So (.) the facelift is almost never alone. So when a person turned to a facelift, they normally do the eyelids or fat injections or chin implants or brow lift and so on or blepharoplasty. So most of the people who do the facial rejuvenation, they don’t do only facelift.“ (Int. 10, Z. 129-131)

Auch nutzen die internationalen nicht-kaukasischen Patienten das Angebot der vollständigen Transformation des Körpers im Rahmen eines sogenannten „Body Makeover“.¹⁵⁵ Dabei werden mehrere Ethnochirurgien bzw. Körperzonen pro Operationstermin bearbeitet.¹⁵⁶ In der Regel erfolgt dabei die totale Zerlegung und Neukonfiguration des Körpers nach nur drei Operationsterminen. Eine solche extensive Nutzung von Ethnochirurgien dokumentiert die folgende Aussage eines Experten: „Completely body makeover, but that’s too much surgery. So I have to tell them, ‘**No, these are three separate dates!** For the breast and the arms that’s one date, for the tummy and the thighs it’s another date, for the face that’s another date. (.) Otherwise it’s just not safe.’“ (Int. 11, Z. 106-108; Hervorh. im Orig.)

In Bezug auf die chirurgischen Eingriffe ist ebenso anzumerken, dass diese mitunter in Abhängigkeit vom Alter des internationalen nicht-kaukasischen Patienten erfolgen. Während bei den älteren internationalen nicht-kaukasischen Patienten das Facelift durchgeführt wird,

¹⁵⁵ Die Kosten für einen solchen Eingriff belaufen sich auf 250.000 US-Dollar (vgl. Baum 2014: o.S.).

¹⁵⁶ Die Rationalität mehrere Eingriffe durchzuführen sind „[...] a single recovery period and lower costs, support the safety and efficacy of these combined procedures“ (Stevens u.a. 2009: 133f.).

nutzen die jüngeren internationalen nicht-kaukasischen Patienten die Brustvergrößerung und Nasenoperation. Dieses ist anhand des folgenden Auszugs aus dem Experteninterview zu entnehmen:

B: "If they are older and they know that this doctor is good. They may, a lot of them just again, they want to look better."

I: "You mean rejuvenation procedures like the facelift."

B: "Yeah. So then they do a lot of facelifts."

I: "Okay. Any other procedures, when they are younger."

B: "The rhinoplasty and breast augmentation, those are the two popular ones." (Int. 12, Z. 234-243)

Bei den chirurgischen Eingriffen nutzen die internationalen nicht-kaukasischen Patienten die entsprechenden chirurgischen Eingriffe, die die ethnisch determinierte Körperanatomie bzw. die Gesichtsanatomie nachhaltig verändern. Gerade die internationalen asiatischen Patienten nutzen diese totale Veränderung des Körpers mittels der entsprechenden Ethnochirurgien sowie sonstiger erhältlicher Medizinprodukte für die Veränderung der Hautfarbe.¹⁵⁷ Dieses verdeutlicht die folgende Aussage einer Expertin:

„[...] the blepharoplasty and then they also want to have, um, a longer face, not so round and then they want a higher nasal bridge and then more projection of the nose. [...] I know also a lot of Asian women getting breast augmentations, becoming more common. And also skin lightning, even though it's not a plastic surgery, but skin lightning is a huge product market. Almost all the skincare products in Asia, not just for women, but for men, too, are lightning.“ (Int. 8, Z. 116-122)

Die internationalen afrikanischen Patienten lassen vielfach eine sogenannte Gesäßvergrößerung durchführen. Dabei liegt dieser Ethnochirurgie eine gewisse kulturelle Aufladung zugrunde, wie eine Expertin einräumt: „The patients from Africa, the butt, the Brazilian butt, they love it (laughs). It's a cultural thing, you know, the Brazilian butt.“ (Int. 10, Z. 145-146) Die internationalen arabischen Patienten nutzen das gesamte vom Schönheitschirurgen zur Verfügung gestellte Portfolio. Diese vollkommene ethnochirurgische Bewirtschaftung des Körpers bei diesen

¹⁵⁷ Dabei riskieren die Konsumenten, also die nicht-kaukasischen Ethnien, sogar gesundheitliche Folgeschäden, sodass es bei dieser Form der Körperbewirtschaftung einer Verbraucheraufklärung bedarf (vgl. World Health Organization 2011: 1ff.). Im Zusammenhang mit der Hautaufhellung weist Jablonski (2004) auf die besondere Bedeutung der Hautfarbe hin: „In many countries, however, tanned or dark skin does not connote membership in a fashionable class, and the possession of light skin—especially among women—was and still is viewed as highly desirable and indicative of higher social standing.“ (Jablonski 2004: 610)

Patienten bringt eine Expertin mit folgenden Worten zum Ausdruck: „[...] the Brazilian butt, the sixpack, the rhinoplasty and of course, a lot of non-invasive procedures, like Botox and fillers. They do a lot.“ (Int. 10, Z. 139-140) Neben den ethniespezifischen Eingriffen gibt es auch solche Ethnochirurgien, die mitunter keiner bestimmten Ethnie zugeschrieben werden können, sondern von allen Ethnien gleichermaßen genutzt werden. Dieses ist bei der Brustvergrößerung der Fall, worauf von einer Expertin hingewiesen wird: „[...] the breast augmentation is common for all ethnicities, it’s universal for sure!“ (Int. 12, Z. 317)

Die internationalen nicht-kaukasischen Patienten haben bei der ethnochirurgischen Bewirtschaftung des Körpers zu berücksichtigen, dass die nicht-chirurgischen Eingriffe ab einem gewissen Alter nicht mehr den gewünschten Effekt erzielen. D.h. die Möglichkeiten der nicht-chirurgischen Eingriffe sind begrenzt. Letztlich sind ab einem gewissen Alter nur noch chirurgische Eingriffe im Kampf gegen den Alterungsprozess wirksam. Diese Determiniertheit der nicht-chirurgischen Eingriffe wird im folgenden Auszug aus dem Experteninterview deutlich:

I: “Non-surgical procedures cannot stop the aging and altering process of your body.”

B: “**Exactly!** You can camouflage it a little bit if you are in your forties, maybe, but you are not gonna be sixty and try to not do a facelift and still try to look forty. No, you can look fifty-five, maybe. (laughs)” (Int. 12, Z. 413-417; Hervorh. im Orig.)

Schließlich ist zu dieser Zerlegung und Neukonfiguration des Körpers festzustellen, dass sich die internationalen nicht-kaukasischen Patienten offenbar nicht von den übrigen Patienten unterscheiden, wie eine Expertin klarstellt: „[...] their expectation (..) is not any different from a non-ethnic patient. They all wanna look better.“ (Int. 12, Z. 147-148) Abschließend ist zu den internationalen nicht-kaukasischen Patienten festzuhalten, dass deren Aufenthalt in Beverly Hills das Narrativ des Shoppings zugrunde liegt und deren körperliche Bewirtschaftungspraxis als eine Aneignung von Luxusgütern aus dem Portfolio des Schönheitschirurgen verstanden werden kann, wodurch der Objekt- und Warencharakter des Körpers bei diesem globalen Luxusshopping hervortritt (vgl. Rouen 2010: 28). Dieser Konsumtyp von internationalen nicht-kaukasischen Patienten kann daher als „Patient Shopper“ bezeichnet werden.¹⁵⁸ Diese Begrifflichkeit lässt sich anhand der folgenden Aussage einer Expertin herleiten: „At the end of the day what is comes down to, is what of these doctors do on a daily basis to create an experience like you just bought something from Chanel. You know, what I mean as a shopping market that give you luxury service, luxury goods and treat you well.“ (Int. 2, Z. 353-356) Als „Patient

¹⁵⁸ Ein solches Shopping von Schönheitsoperationen, das den Objekt- und Warencharakter dieser medizinischen Eingriffe am Körper betont, wurde für nationale Patienten in den USA bei Essig (2010), Kuczynski (2007) und Pitts-Taylor (2007) beschrieben.

Shopper“ ist man vor allem darauf bedacht, dieses Luxusshopping aus dem Portfolio des Schönheitschirurgen nur dort vorzunehmen, wo das Preis-Leistungs-Verhältnis gewährleistet ist. Die Investition in den Körper mittels Ethnochirurgie ist also auf die größtmögliche Rendite ausgelegt, wie ein Experte betont: „When they have enough money and they want the best, then they go to the area that they perceive gives them the best value and the best surgery.“ (Int. 3, Z. 366-367) Jedoch ist anzumerken, dass dieser Shoppingcharakter bei Ethnochirurgien hinsichtlich der Gleichstellung mit sonstigen materiellen Gütern in Abrede gestellt wird. Darauf deutet die folgende Aussage eines Experten hin: „It’s not like buying a house or a watch.“ (Int. 3, Z. 367-368)

6.3.2 Der Verlaufsprozess der Plastifizierung

Bevor die eigentliche Plastifizierung und deren Verlaufsprozess beginnen, ist anzumerken, dass den internationalen nicht-kaukasischen Patienten in Beverly Hills aufgrund der hohen räumlichen Dichte an entsprechenden Körperexperten eine große Diversität geboten wird. Eine Expertin drückt dies folgendermaßen aus: „It’s not only plastic surgery. I have in my database alone three hundred fifty aesthetic offices in Beverly Hills. Not just in Beverly Hills, in those five streets.“ (Int. 2, Z. 345-346) Bei dieser Plastifizierung ist eine besondere Zielstrebigkeit der internationalen nicht-kaukasischen Patienten zu erkennen, wie ein Experte dargelegt:

„Usually they know that they wanna be here and they come here with their specific intend to do surgery. They may have talked to other people before, but usually they are very specific, they want to come to Beverly Hills and get their surgery. Usually they know what they want and they come.“ (Int. 11, Z. 70-73)

Diese Patientenklientel weiß also ganz genau, was sie will und verfügt dementsprechend über eine hohe Verbraucheraufklärung, worauf eine Expertin hinweist: „I would have to say the international patients are more educated because, you know, they read so much and see so much. I mean patients are very educated these days.“ (Int. 14, Z. 144-145) Bei dem Verlaufsprozess der Plastifizierung des Körpers ist zu beachten, dass die internationalen nicht-kaukasischen männlichen Patienten umgänglicher sind, wie eine Expertin betont: „Men are easier to work with.“ (Int. 14, Z. 104) Dagegen gestaltet sich der Verlaufsprozess der Plastifizierung bei internationalen nicht-kaukasischen weiblichen Patienten wesentlich komplizierter. Dieses zeigt sich u.a. daran, dass diese mehrere Schönheitschirurgen im Vorfeld konsultieren. Eine Expertin formuliert dies mit folgenden Worten: „[...] women may wanna see two or three doctors [...]“

(Int. 14, Z. 112-113) Allerdings scheint dieser Verlaufsprozess immer vom einzelnen Individuum abhängig zu sein, sodass eine Generalisierbarkeit nur schwer vorzunehmen ist, was eine Expertin zu bedenken gibt:

„It depends on the person! (laughs) I see male more scared than women though. But it's more an individual thing, it's not male, female, it's more individual. I see men are more decided, but it also depends, sometimes they are not; they are so scared of pains. I always take people by patient, I think the individual thing.“ (Int. 10, Z. 105-108; Hervorh. im Orig.)

Für den Verlaufsprozess der Plastifizierung des Körpers bei den internationalen nicht-kaukasischen Patienten nehmen die Plastic Surgery Consultants eine Sonderstellung ein. Denn diese begleiten den internationalen nicht-kaukasischen Patienten durch diesen Prozess. Dieses wird durch die folgende Aussage einer Expertin deutlich: „I will interview the patients, I want photographs, I will send the photographs to the doctors, I think will do the best work and then I will accompany the patient to the doctors.“ (Int. 14, Z. 10-11) Dabei profitieren die internationalen nicht-kaukasischen Patienten maßgeblich von der langjährigen Erfahrung der Plastic Surgery Consultants. Schließlich sind diese mit dem gesamten Verlaufsprozess der ethnochirurgischen Bewirtschaftung des Körpers bestens vertraut, wie eine Expertin anmerkt: „Experience. (.) I have been in the business for twenty-five years, worked for the top doctors in the world, so I connected to all the right resources.“ (Int. 14, Z. 15-16) Die Plastic Surgery Consultants bieten den internationalen nicht-kaukasischen Patienten ein Rundum-sorglos-Paket. Damit begibt sich der internationale nicht-kaukasische Patient in die Hände des Plastic Surgery Consultants, der im Rahmen seiner angebotenen Dienstleistungen nahezu die gesamte Verantwortung für die Bewirtschaftung des Körpers mittels Ethnochirurgien übernimmt. Dieses Dienstleistungsangebot des Plastic Surgery Consultants wird von einer Expertin folgendermaßen beschrieben: „I get them into hotels discreetly; I get them into the doctor's office discreetly, I take care of them, I get private duty nurses, I take care of them from their favorite food, favorite water, anything they want, I make happen.“ (Int. 14, Z. 84-86) Dieses Dienstleistungsangebot der Plastic Surgery Consultants wird dabei vielfach von internationalen arabischen Patienten in Anspruch genommen. Dazu stellt ein Experte fest: „Yeah, they have middleman. Broker things or taking cut or commission. There is a whole fleet of people who are there, you know, to serve the Middle East because there is a lot money in the Middle East.“ (Int. 3, Z. 148-150)

Im Allgemeinen lässt sich die ethnochirurgische Bewirtschaftung des Körpers und die sich damit vollziehende Plastifizierung des Körpers in drei Phasen unterteilen, also die Pre-OP-Phase, den Day-of-Surgery and die Post-OP-Phase (vgl. Fisher 2008: 6-26). Diesbezüglich ist zu berücksichtigen, dass die Aufenthaltsdauer von der jeweils durchgeführten Ethnochirurgie

abhängt, wie eine Expertin erklärt: „Depends on what they are doing. Two weeks, some month, it depends.“ (Int. 14, Z. 375)

In der Pre-OP-Phase haben die internationalen nicht-kaukasischen Patienten die Möglichkeit, sich die „Verwestlichung des Körpers“, also die möglichen Ergebnisse der Ethnochirurgie, vorab auf dem Webseitenbereich für Vorher-Nachher-Bilder des jeweiligen Schönheitschirurgen anzuschauen, u.a. zur „Verwestlichung des Gesichts“ bei den Asiaten durch die Augenlidchirurgie (vgl. Fisher 2019b: o.S.; Hsu Plastic Surgery o.J.a: o.S.).¹⁵⁹ Ebenso gibt es beispielsweise auf den Webseiten der Schönheitschirurgen Vorher-Nachher-Bilder zur Kieferkorrektur bei Asiaten, um deren Gesicht zu verwestlichen (vgl. Hsu Plastic Surgery o.J.b: o.S.). Zudem erfolgt eine solche „Verwestlichung des Gesichts“ durch die Nasenoperationen bei den nicht-kaukasischen Ethnien, sodass die Schönheitschirurgen für diesen Eingriff ebenfalls Vorher-Nachher-Bilder für die einzelnen nicht-kaukasischen Ethnien auf ihrer Webseite zur Verfügung stellen (vgl. Fisher 2019c: o.S.; Fisher 2019d: o.S.). Eine Erscheinungsform einer interkulturellen Schönheitsoperation stellt der Brazilian Butt Lift dar, sodass die Schönheitschirurgen ebenso Vorher-Nachher-Bilder auf ihrer Webseite zeigen (vgl. Katzen 2019: o.S.). Oftmals erfolgt bei den nicht-kaukasischen Ethnien die Kombination mehrerer Ethnochirurgien, um eine „Verwestlichung des Körpers“ zu erreichen, was auch auf den Vorher-Nachher-Bildern auf der Webseite des Schönheitschirurgen gezeigt wird (vgl. Enhance Medical Center, Inc. 2019: o.S.).

Danach erfolgt in der Pre-OP-Phase die Konsultation mit dem Schönheitschirurgen, in dem der internationale nicht-kaukasische Patient, oftmals in Begleitung eines Dolmetschers, die Praxis des Schönheitschirurgen aufsucht. In der Praxis des Schönheitschirurgen wird der internationale nicht-kaukasische Patient zuerst von der Empfangsdame in Empfang genommen, bevor die eigentliche Konsultation mit dem Schönheitschirurgen beginnt. Dieses konnte im Rahmen der teilnehmenden Beobachtung in der Praxis eines Schönheitschirurgen festgestellt werden:

„Es dauerte nicht lange bis drei Frauen in äußerst körperbetonter Kleidung, die zur Ethnie der Araber gehörten, die Praxis betraten, von denen zwei Frauen jeweils ca. Anfang 20 waren, die dritte Frau war schätzungsweise Anfang 30. Bei der älteren Frau stellte sich heraus, dass es sich um eine Dolmetscherin handelte, die sich an die Empfangsdame gewandt hatte, um dieser mitzuteilen, dass sie die Dolmetscherin wäre und die beiden Frauen zur Konsultation mit dem Schönheitschirurgen begleiten würde. Die Empfangsdame erklärte der Dolmetscherin, dass die beiden Patientenaufnahmebögen der Praxis vorliegen und sie alle bitte noch erst einmal kurz im Wartebereich Platz nehmen sollten, bevor sie sie zu den Konsultationsräumen bringen würde. Dieses teilte die Dolmetscherin

¹⁵⁹ Die photographische Darstellung von Ethnochirurgien ist, neben den Webseiten der Schönheitschirurgen, auch in Fachbüchern, wie dem Sammelband von Grimes (2008), dokumentiert.

den zwei Frauen auf Arabisch mit und so setzten sie sich erst noch einmal in den Wartebereich, wo alle Frauen einen herzlichen und aufgeschlossenen Eindruck machten, da sie miteinander sprachen und dabei auch immer wieder laut lachten.“ (Beo. 2, Z. 93-103)

Von besonderer Relevanz ist in der Pre-OP-Phase, dass der Patientenaufnahmebogen mitsamt der dazugehörigen Einwilligungserklärung für die Ethnochirurgie rechtzeitig in der Praxis des Schönheitschirurgen vorliegt. Die Einwilligungserklärung dient der Verbraucheraufklärung bezüglich potenzieller Risiken der jeweiligen Ethnochirurgie und dem Schönheitschirurgen als eine rechtliche Absicherung hinsichtlich potenzieller Rechtstreitigkeiten (vgl. Jewell 2000: 134). Insbesondere diese Einverständniserklärung für die jeweilige Ethnochirurgie, wie auch der Patientenaufnahmebogen, dient dem Schönheitschirurgen zu rechtlichen Zwecken in potenziellen Rechtstreitigkeiten und zur Verbraucheraufklärung sowie um Einblicke in die Patientenbiographie zu erhalten und dementsprechend mögliche Risiken bereits frühzeitig zu erkennen bzw. präventive Maßnahmen zu ergreifen (vgl. Jewell 2000: 134; Medical Board of California 2013: 70; Nazarian Plastic Surgery o.J.a: 1-7; Nazarian Plastic Surgery o.J.b: 1f.).

Nach der Konsultation mit dem Schönheitschirurgen erhält der internationale nicht-kaukasische Patient von der Empfangsdame die obligatorische Informationsmappe, wobei vielfach der Dolmetscher eine wichtige Verbindungsperson zwischen dem internationalen nicht-kaukasischen Patienten und der Empfangsdame ist. So übersetzt der Dolmetscher die Anliegen des internationalen nicht-kaukasischen Patienten. Auch koordiniert der Dolmetscher durch entsprechende Übersetzung die im Rahmen der Ethnochirurgie notwendigen Termine. Zudem werden die Bezahlung der Ethnochirurgie und die postoperative Versorgung geregelt. Dieses konnte in der teilnehmenden Beobachtung in der Praxis eines Schönheitschirurgen beobachtet werden:

„Nachdem die Empfangsdame alle drei Frauen zu den Räumen für die Konsultation gebracht hatte, kehrten diese nach ca. 60 Minuten in den Wartebereich zurück, wo sich die drei Frauen zunächst auf Arabisch unterhielten und die Dolmetscherin anschließend die zwei obligatorischen Informationsmappen von der Empfangsdame ausgehändigt bekam. Die Dolmetscherin teilte dabei der Empfangsdame mit, dass sich die beiden Frauen schon entschieden hätten und beide die Brustvergrößerung bei diesem Schönheitschirurg innerhalb der nächsten drei Wochen durchführen lassen wollten, da dieser auch bei den Nasenoperationen bei ihnen im letzten Jahr ein hervorragendes Ergebnis erzielt hatte. Die Empfangsdame nahm diese Aussagen der Dolmetscherin erfreut zur Kenntnis und sagte der Dolmetscherin, dass sie dann auch schon die Termine für den Eingriff und die drei Nachkontrolltermine vereinbaren könnten, was dann auch erfolgte, in dem die Empfangsdame der Dolmetscherin die jeweiligen Termine nannte und diese die Termine den Frauen übersetzte. Letztendlich wurden die für die beiden Frauen passenden Termine gefunden. Ebenfalls wurde sich auf die Barzahlung der Ethnochirurgie verständigt und vereinbart, dass beide Frauen die Dienstleistung einer Private Duty Nurse im Rahmen der postoperativen Versorgung in Anspruch nehmen würden, die bei dem Schönheitschirurgen beschäftigt ist. Diese sollte die beiden Frauen für zunächst 24 Stunden in deren Hotelzimmer im The Beverly Hilton versorgen, nachdem der Eingriff im ambulanten Chirurgiezentrum

des Schönheitschirurgen durchgeführt wurde.“ (Beo. 2, Z. 104-121)

Weiterhin erfolgen in der Pre-OP-Phase die Bezahlung der Ethnochirurgie und die weitere Verständigung auf die Beibringung von medizinischen Dokumenten des internationalen nicht-kaukasischen Patienten. Auch werden weitere Anmerkungen des internationalen nicht-kaukasischen Patienten durch den Dolmetscher an die Empfangsdame übermittelt, wie z.B. dass internationale nicht-kaukasische weibliche Patienten bei der Brustvergrößerung die Silikonimplantate des Medizinprodukteherstellers „Mentor“ präferieren.¹⁶⁰ Die teilnehmende Beobachtung in der Praxis eines Schönheitschirurgen lieferte derartige Erkenntnisse:

„Die Barzahlung erfolgte durch eine der beiden Frauen, die den Eingriff durchführen lassen wollten, in dem diese mehrere Bündel mit US-Dollar-Scheinen aus ihrer Handtasche nahm und damit die von der Empfangsdame genannten Kosten in Höhe von 20.000 US-Dollar bezahlte. Nachdem die Bezahlung erfolgt war, erklärte die Empfangsdame der Dolmetscherin, dass die beiden Frauen noch die obligatorischen relevanten medizinischen Dokumente beibringen müssten, die sie beim Arzt erhalten könnten, der ein Stockwerk über dieser Praxis praktizieren würde. Die Dolmetscherin übersetzte dieses den beiden Frauen. Im Anschluss vergewisserte sich die Dolmetscherin nach einer Konversation mit den beiden Frauen bei der Empfangsdame, dass für die Brustvergrößerung ausschließlich Silikonimplantate des Medizinprodukteherstellers Mentor genutzt werden würden. Danach verließen die Dolmetscherin und die beiden Frauen die Praxis.“ (Beo. 2, Z. 122-132)

Zusätzlich sind in der Pre-Op-Phase bestimmte Maßnahmen zu ergreifen, die die üblichen negativen Begleiterscheinungen während und im Anschluss nach einer Ethnochirurgie wie Übelkeit, Erbrechen, Hämatome, Thrombosen, Unterkühlung etc., abmildern, worauf Farkas u.a. (2007), Iverson/Lynch/ASPS Committee on Patient Safety (2006), Marcus u.a. (2002), Tom (2000) sowie Young/Watson (2006a, 2006b) hinweisen und dementsprechende Präventionsmaßnahmen getroffen werden müssen. Dazu gehört auch die Berücksichtigung von möglichen

¹⁶⁰ So genießen Brustimplantate aus Silikon unter Frauen einen wesentlich höheren Stellenwert als Brustimplantate mit Kochsalzlösung, was sich statistisch dadurch ausdrückt, dass sich der Markt für Brustimplantate im Durchschnitt zu 85 Prozent in Silikonimplantate und zu 15 Prozent in Brustimplantate mit Kochsalzlösung aufteilt (vgl. Carlton 2007: o.S.; eigene Berechnung). Ebenso ist die Präferenz für Silikonimplantate auch darauf zurückzuführen, dass je nach Hersteller und Modell Silikonimplantate im Durchschnitt 1.850 US-Dollar kosten, während die Brustimplantate aus Kochsalzlösung im Durchschnitt nur 850 US-Dollar kosten (vgl. Carlton 2007: o.S.; eigene Berechnung). Der höhere gesellschaftliche Status und das damit verbundene Prestige bei Brustvergrößerungen durch „Mentor“ Brustimplantate innerhalb der internationalen nicht-kaukasischen weiblichen Patienten lässt sich dadurch begründen, dass „Mentor“ seine Brustimplantate in den USA, in Irving im Bundesstaat Texas, herstellt und die Trägerinnen somit ein Qualitätsprodukt „Made in USA“ erwerben, womit auch „Mentor“ in seinen Marketingkampagnen für Brustimplantate wirbt (vgl. Carlton 2007: o.S.; Kaplan 2015: o.S.). Dagegen werden die Brustimplantate der übrigen Medizinproduktehersteller nicht in den USA produziert, sondern die von „Allergan“ in Costa Rica und die von „Sientra“ in Brasilien (vgl. Mittelman 2015: o.S.; The Orange County Register 2008: o.S.). Bei einem durchgeführten umfangreichen Qualitätstest der Silikonimplantate der Medizinproduktehersteller von „Mentor“, „Allergan“ und „Sientra“ konnten nur minimale Qualitätsunterschiede zwischen den jeweiligen Medizinprodukteherstellern festgestellt werden, sodass auf dem amerikanischen Markt für Silikonimplantate kein Medizinproduktehersteller einen Wettbewerbsvorteil besitzt (vgl. Kinney u.a. 2014: 47S-55S).

Allergien, Übergewicht, Vorerkrankungen wie Bluthochdruck, Lungenerkrankung oder Diabetes, Nutzung von Naturheilmitteln und Nahrungsergänzungsmitteln, was in den Abhandlungen von Au u.a. (2008), Beran (2003), Heller u.a. (2006), Higgins (1999), Levin (1999) und bei Recant (1999) thematisiert wird. Abschließend besteht für die internationalen nicht-kaukasischen Patienten in der Pre-OP-Phase noch die Möglichkeit, eine Versicherungspolice für die anstehende Ethnochirurgie abzuschließen, sofern der Schönheitschirurg sich einem solchen Versicherungsprogramm angeschlossen hat (vgl. CosmetAssure 2012: 1; Sure Insurance Services Ltd 2010: 1-6).

Im Übergang von der Pre-OP-Phase zum Day-of-Surgery ist auch der physische und psychologische Zustand der internationalen nicht-kaukasischen Patienten zu berücksichtigen (vgl. Taub/Bashey/Hausman 2010: 2e). So gilt für den Gesundheitszustand dieser Patienten, dass diese in die ersten beiden Klassen des sechsstufigen Klassifikationssystems der American Society of Anesthesiologists fallen müssen, um eine Unbedenklichkeit hinsichtlich des Auftretens möglicherweise lebensbedrohlicher Situationen bzw. Komplikationen vollkommen ausschließen zu können (vgl. Taub/Bashey/Hausman 2010: 2e). Die Sonderfälle bei den internationalen nicht-kaukasischen Patienten gehören in die Klasse 3 (vgl. Taub/Bashey/Hausman 2010: 2e). D.h. sofern ein internationaler nicht-kaukasischer Patient nicht in diese ersten beiden Klassen fällt, besteht auch noch die Möglichkeit, außer für Patienten der Klasse 4, Klasse 5 und Klasse 6, dass dieser Patient eine ethnochirurgische Bewirtschaftung des Körpers durchführt, indem im Verlauf der Pre-OP-Phase entsprechende Maßnahmen zur Verbesserung dessen physischen Zustands eingeleitet werden (vgl. Taub/Bashey/Hausman 2010: 2e).¹⁶¹ Ebenfalls sind die internationalen nicht-kaukasischen Patienten dazu angehalten am Day-of-Surgery ihre Essens- und Trinkgewohnheiten einzuschränken, sodass 2 Stunden vor der terminierten Ethnochirurgie keine Flüssigkeitszunahme und 8 Stunden vor der terminierten Ethnochirurgie keine Essenzunahme erfolgen darf (vgl. Taub/Bashey/Hausman 2010: 2e). Zur Verbesserung des psychologischen Zustands der internationalen nicht-kaukasischen Patienten erfolgt die Medikamentengabe in der Pre-OP-Phase zum einen in Form von Schlafmittel am letzten Tag der Pre-OP-Phase sowie zum anderen in Form von Beruhigungsmittel gegen Angstzustände, deren Einnahme in unterschiedlicher Dosierung bereits bis zu 3 Tage vorher erfolgt (vgl. Taub/Bashey/Hausman 2010: 2e). Zusätzlich erhalten die internationalen nicht-kaukasischen Patienten noch am Day-of-Surgery vor der Ethnochirurgie eine weitere Medikamentengabe, deren Wirkung sich auf deren psychologischen Zustand als beruhigendes Mittel und auf deren

¹⁶¹ Ein solches Klassifikationssystem dient der Risikoabschätzung von internationalen nicht-kaukasischen Patienten, die sich einer Ethnochirurgie unterziehen und zugleich als ein Ausschlussverfahren für diese Patienten (vgl. Taub/Bashey/Hausman 2010: 2e).

physischen Zustand als blutdrucksenkendes Mittel konzentriert (vgl. Taub/Bashey/Hausman 2010: 2e).

Die Plastifizierung des Körpers findet am Day-of-Surgery in einem ambulanten Chirurgiezentrum in Beverly Hills statt (vgl. 436 Beverly Hills, LLC o.J.: 1f.). Dort verläuft der Ablauf der Ethnochirurgie nach einem festen Ablaufplan, wobei dem Schönheitschirurg und dem dortigen Angestellten wiederum bestimmte Checklisten zur Verfügung stehen (vgl. Association of periOperative Registered Nurses 2016: 1; Haeck u.a. 2009: 18S). In das ambulante Chirurgiezentrum begibt sich der internationale nicht-kaukasische Patient, mitunter zusammen mit dem Dolmetscher, am Day-of-Surgery. Im ambulanten Chirurgiezentrum erfolgt der Empfang durch den dortigen Manager des ambulanten Chirurgiezentums und dieser begleitet den internationalen nicht-kaukasischen Patienten zur Umkleidekabine. Die Rolle des Dolmetschers besteht darin, dass dieser Anmerkungen oder wichtige Hinweise des internationalen nicht-kaukasischen Patienten sofort an die dortigen Angestellten übermittelt, u.a. im Vorfeld der Narkose. Ein solcher Ablauf zeigte sich in der teilnehmenden Beobachtung im ambulanten Chirurgiezentrum:

„Nachdem dieses erfolgt war, traf ca. 30 Minuten später die erste Patientin ein, die durch die Tür aus dem Empfangsbereich in den hinteren Bereich des ambulanten Chirurgiezentums von der Managerin des ambulanten Chirurgiezentums gebracht wurde. Dabei handelte es sich um eine Patientin, ca. Anfang 20, die zur Ethnie der Araber gehörte und von einer weiteren Frau begleitet wurde, die ebenfalls Araberin war, ein elegantes Kostüm trug und ca. Anfang 40 war. Die Patientin machte in ihrem legeren Hosenanzug einen äußerst routinierten, abgeklärten Eindruck; sie hatte kein Make-up aufgetragen und keinen sichtbaren Schmuck angelegt und die Haare waren nicht gestylt. Trotzdem verfügte diese Patientin über ein perfektes äußeres Erscheinungsbild. Die Managerin brachte beide Frauen bis vor die Umkleidekabine, wo diese der älteren Frau noch ein paar Instruktionen gab, die diese ins Arabische übersetzte. Bei der älteren Frau handelte es sich offenbar um eine Dolmetscherin, da die Empfangsdame dieser noch einmal ihre besonders relevante Aufgabe und Stellung im gesamten Ablaufprozess erklärte. So verwies die Managerin explizit darauf, dass sie die von ihr und den übrigen Angestellten erklärten Dinge, vor allem beim Durchgehen der Checkliste vor der Narkose mit dem Anästhesisten im Einleitungsraum, sachgemäß zu übersetzen hätte und bei entsprechenden Rückfragen der Patientin ebenfalls deren Fragen und Anliegen den entsprechenden Angestellten umgehend mitzuteilen hätte, damit mögliche Komplikationen ausgeschlossen werden könnten.“ (Beo. 3, Z. 35-52)

Zudem erfolgt am Day-of-Surgery die Vorbereitung der Ethnochirurgie durch die Pre- und Postcare Nurse sowie durch den Schönheitschirurgen, den Anästhesisten, den chirurgisch-technischen Assistenten und der OP-Krankenschwester, die sich allesamt im ambulanten Chirurgiezentrum befinden. Von besonderer Bedeutung am Day-of-Surgery ist zunächst die Rolle des Anästhesisten, der die Narkose beim internationalen nicht-kaukasischen Patienten einleitet.

Ebenfalls werden letzte Maßnahmen im Operationssaal getroffen, wozu etwaige benötigte medizinische Bedarfs- und Verbrauchsgüter dorthin gebracht werden. Diese Vorgänge waren bei der teilnehmenden Beobachtung im ambulanten Chirurgiezentrum zu erkennen:

„Bei den Instruktionen ging es darum, dass die Frau sich in der Umkleidekabine ihre Operationskleidung anziehen müsste. Ihre Kleidung sowie Wertgegenstände sollte sie in ihre mitgebrachte Reisetasche legen und diese in das Schließfach Nummer 1 stellen. Den Schlüssel sollte sie danach der Pre- und Postcare Nurse geben. Ebenso erklärte die Managerin, dass in ca. 10 Minuten die Pre- und Postcare Nurse in den Umkleideraum kommen würde, um sie von dort in den Einleitungsraum zu bringen. Während sich die Patientin in der Umkleidekabine befand, traf auch das Personal für den Operationssaal in Zivilkleidung im ambulanten Chirurgiezentrum ein. Sie gingen in deren Umkleidekabine, um sich ebenfalls umzuziehen. Zwischenzeitlich ging die Managerin in ihr Büro zurück. Die Pre- und Postcare Nurse kam aus dem Empfangsbereich mit der Patientenakte in der Hand und brachte diese in den Einleitungsraum. Von dort kam sie zurück und ging in die Umkleidekabine der Patientin und brachte diese, zusammen mit der Dolmetscherin, in den Einleitungsraum. Als die Pre- und Postcare Nurse die Tür zum Einleitungsraum geschlossen hatte, ging diese in den Umkleideraum der Angestellten. Von dort kehrte sie nach ca. 5 Minuten mit dem Personal für den Operationssaal zurück. Die Pre- und Postcare Nurse und der Anästhesist gingen in den Einleitungsraum, während der Schönheitschirurg, die OP-Krankenschwester und die chirurgisch-technische Assistentin durch die Hygieneschleuse in den Operationssaal gingen. Die OP-Krankenschwester und der Schönheitschirurg kamen noch einmal für ca. 5 Minuten aus dem Operationssaal zurück, um zuerst in den Abstellraum und anschließend in den Raum für die medizinischen Verbrauchsgüter zu gehen. Von dort gingen beide wieder zurück in den Operationssaal, wobei die OP-Krankenschwester eine Plastikbox und der Schönheitschirurg vier Boxen mit Silikonimplantaten des Medizinprodukteherstellers Mentor trug.“ (Beo. 3, Z. 53-74)

Im Rahmen dieser Phase im Verlaufsprozess der Plastifizierung des Körpers am Day-of-Surgery wird deutlich, dass die Verantwortung, neben dem Schönheitschirurgen, vor allem auch bei dem Anästhesisten liegt. Der Anästhesist ist darauf angewiesen, so viele Informationen über den Patienten wie möglich zu erhalten, damit dieser auf mögliche individuelle Probleme des Patienten eingehen kann, sodass entsprechend negative Ereignisse im Rahmen einer Ethnochirurgie minimiert werden. Eine Expertin beschreibt dies folgendermaßen:

„I think that (.) people don't care how much you know, they care that you care, and when somebody says, 'Oh, last time I had anesthesia, I had nausea.' It's easy to do the same anesthetic that is cause nausea last time. It's actually much harder to do an anesthetic to minimize nausea and to create as much post-operative pain relief, and if you listen to them, you can listen to the patient, they tell you a lot of information, and I think that in our society when everybody is in a rush, nobody wants to listen and so I think that because I do listen to them. I think that makes a big difference that they feel like they have a human connection because you only get a few minutes to talk to them before they are totally unconscious and they just want that we assurance that when they are unconscious that they gonna wake up at the end.“ (Int. 8, Z. 221-229)

Sobald am Day-of-Surgery die Wirkung der Narkose eingesetzt hat, wird der internationale nicht-kaukasische Patient in den Operationssaal gebracht.¹⁶² Dieses war bei der teilnehmenden Beobachtung im ambulanten Chirurgiezentrum zu sehen: „Nach ca. 25 Minuten schoben die Pre- und Postcare Nurse und der Anästhesist die narkotisierte Patientin auf einem Krankenbett, auf dem die Patientenakte lag, aus dem Einleitungsraum in den Operationssaal [...].“ (Beo. 3, Z. 75-78) Sobald die Ethnochirurgie im Operationssaal durchgeführt worden ist, wurde der internationale nicht-kaukasische Patient vom Operationssaal in den Aufwachraum verlegt. Damit beginnt die Post-OP-Phase bereits im ambulanten Chirurgiezentrum, wo die ersten Maßnahmen für die postoperative Versorgung getroffen werden. Dieses wurde bei der teilnehmenden Beobachtung im ambulanten Chirurgiezentrum beobachtet:

„Nach ca. 90 Minuten ertönte ein Signalton. Sofort fuhr die Pre- und Postcare Nurse das Krankenbett vom Aufwachraum durch die Hygieneschleuse in den Operationssaal. Vom Operationssaal wurde die Patientin durch die Pre- und Postcare Nurse und dem Anästhesisten in den Aufwachraum geschoben. [...] Nach weiteren ca. 20 Minuten kamen die Dolmetscherin und eine Asiatin in typischer Arbeitskleidung einer Krankenschwester, die ca. Ende 30 war, zusammen mit der Managerin in den Aufwachraum. Dem vor dem Aufwachraum geführten Gespräch der Dolmetscherin und der Managerin war zu entnehmen, dass es sich bei der Krankenschwester um eine Private Duty Nurse handelte, die die Patientin für 48 Stunden in einer Luxusvilla im Stadtgebiet von Beverly Hills betreuen würde. Der Fahrer würde am Hintereingang des Medical Building warten.“ (Beo. 3, Z. 82-94)

Im Zuge der weiteren Post-OP-Phase verlässt der internationale nicht-kaukasische Patient nach einem Kontrollbesuch im Aufwachraum durch den Schönheitschirurgen und dem Anästhesisten das ambulante Chirurgiezentrum, was sich bei der teilnehmenden Beobachtung im ambulanten Chirurgiezentrum erkennen ließ:

„Der Anästhesist und der Schönheitschirurg gingen in den Aufwachraum und verließen diesen kurze Zeit später wieder, um in ihre Umkleidekabine zu gehen. Die Managerin kam mit einem Schlüssel in der Hand aus dem Aufwachraum und ging in die Umkleidekabine, von wo sie mit einer Reisetasche zurück in den Aufwachraum ging. Danach wurde die Patientin in einem Rollstuhl von der Pre- und Postcare Nurse in Begleitung der Private Duty Nurse und der Dolmetscherin vom Aufwachraum durch eine Hintertür aus dem ambulanten Chirurgiezentrum geschoben.“ (Beo. 3, Z. 97-103)

¹⁶² Bei der Ethnochirurgie werden unterschiedliche Methoden der Anästhesie im Rahmen der Allgemeinanästhesie angewandt (vgl. Haecck u.a. 2009: 15Sf.; Hübner 2003: 100f.). Zu diesen Methoden der Anästhesie gehören die Regional- bzw. Leitungsanästhesie, die balancierte Anästhesie und die totale intravenöse Anästhesie (vgl. Haecck u.a. 2009: 15Sf.; Hübner 2003: 100f.). Eine Risikominimierung erfolgt bei der Allgemeinanästhesie auch dadurch, indem das Anästhetikum Xenon anstatt anderer Anästhetika verwendet wird und dem Schönheitschirurgen dazu verhilft, mögliche Komplikations- und Sicherheitsrisiken zu minimieren und damit sogar im schlimmsten Fall, Todesfälle bei sogenannten Risikopatienten zu vermeiden (vgl. Georgieff u.a. 1997: A-2203f.; Richter 2013: o.S.; Roewer/Thiel 2010: 56).

Im weiteren Verlauf der Post-OP-Phase nimmt der internationale nicht-kaukasische Patient die entsprechenden Nachkontrolltermine in der Praxis des Schönheitschirurgen wahr. Dabei befindet sich dieser immer noch in der postoperativen Versorgung. Dies konnte bei der teilnehmenden Beobachtung in der Praxis des Schönheitschirurgen festgestellt werden:

„So schob die Krankenschwester zusammen mit einer weiteren Frau, die ca. Mitte 40 war und zur Ethnie der Asiaten gehörte und die typische Arbeitskleidung einer Krankenschwester trug, eine weibliche kaukasische Patientin, geschätzt Anfang 40 mit einem Kopfverband, im Rollstuhl durch die Eingangstür in den Wartebereich, wo der Schönheitschirurg diese Patientin bereits erwartete und von dort durch die Tür in den hinteren Bereich der Praxis begleitete. Nach ca. 25 Minuten wurde die Frau im Rollstuhl von beiden Krankenschwestern wieder aus der Praxis des Schönheitschirurgen geschoben und nach weiteren ca. 10 Minuten kehrte die zur Praxis gehörende Krankenschwester wieder in die Praxis zurück. Dort erklärte sie der Empfangsdame vom Wartebereich bzw. Empfangsbereich aus, dass die internationale Patientin aus Shanghai noch eine Nacht in der Aftercare-Einrichtung Serenity in Santa Monica verbringen wird und morgen wieder in die Praxis für einen zweiten der insgesamt fünf Nachkontrolltermine des Facelifts kommen wird.“ (Beo. 2, Z. 42-53)

Für diese nun eingeleitete Post-OP-Phase ist zu bedenken, dass der Bedarf der postoperativen Versorgung in Abhängigkeit von der jeweiligen Ethnochirurgie steht und somit die internationalen nicht-kaukasischen Patienten teilweise mehrere Tage auf die Dienstleistungen einer Aftercare-Einrichtung oder Private Duty Nurse angewiesen sind (vgl. Reflections Cosmeticare 2015: o.S.). Ebenfalls ist in der Post-OP-Phase das Schmerzmanagement sowie das Wund- und Narbenmanagement von besonderer Bedeutung, wozu die dafür jeweils entsprechenden Maßnahmen eingeleitet werden (vgl. Casas/Jewell 2002: 493f.; Janis/Kwon/Lalonde 2010: 230e-242e; Monstrey u.a. 2014: 1018-1022; Richards/Schleicher/Zins 2014: 108S-112S; Taub/Bashey/Hausman 2010: 6e).

Eine wesentlich schnellere Möglichkeit der Plastifizierung des Körpers wird im Medical Spa geboten, da die internationalen nicht-kaukasischen Patienten dort die Pre-OP-Phase, den Day-of-Surgery und die Post-OP-Phase in einer zeitlichen Straffung durchlaufen. Eine solche beschleunigte Körperbewirtschaftung durch nicht-chirurgische Eingriffe konnte im Rahmen der teilnehmenden Beobachtung in einem Medical Spa verfolgt werden:

„Als erste Patientin betrat eine ca. 30jährige Araberin das Medical Spa. Diese wurde von einer weiteren Frau, die ebenfalls zur Ethnie der Araber gehörte und ca. Mitte 40 war, begleitet. Beide trugen äußerst elegante Kleidung. Wie sich herausstellte, handelte es sich bei der älteren der beiden Frauen um eine Dolmetscherin, die die jüngere Frau zu ihrem Liquid Facelift begleitete, was im Gespräch mit der Empfangsdame besprochen wurde.

Bevor die beiden Frauen von der Aesthetic Nurse zu dem Behandlungsraum geführt wurden, händigte die Empfangsdame der Dolmetscherin den Patientenaufnahmebogen aus, den diese zusammen mit der Patientin im Wartebereich ausfüllte. Nachdem diese den Patientenaufnahmebogen an die Empfangsdame zurückgegeben hatten, überprüfte sie diesen auf Vollständigkeit. Währenddessen unterhielten sich die beiden Frauen äußerst angeregt und kurz darauf kam die Aesthetic Nurse mit der Patientenakte in der Hand in den Wartebereich, um beide Frauen zum Behandlungsraum zu geleiten. Nach ca. 50 Minuten kehrten beide Frauen in den Empfangsbereich zurück und die Aesthetic Nurse übergab der Empfangsdame die Patientenakte und ging wieder in die hinteren Räumlichkeiten des Medical Spas zurück. Bevor beide Frauen die Praxis verließen, bezahlte die Patientin bei der Empfangsdame die Behandlungskosten in bar. Dabei war ein Großteil des Gesichts der Patientin hinter einer großen Sonnenbrille verborgen.“ (Beo. 1, Z. 39-54)

6.3.3 Wider dem hässlichen Körper: Die Wirkungsmächtigkeit von Motiven und soziokulturellen Faktoren

Der Bewirtschaftung des Körpers mittels Ethnochirurgien liegen unterschiedliche Motive zugrunde, wobei keine Unterschiede bei den Motiven zwischen nationalen und internationalen Patienten bestehen, wie Baum (2014) betont, sodass die Konservierung und Optimierung der physischen Attraktivität im Mittelpunkt dieser Körperbewirtschaftung stehen (vgl. Baum 2014: o.S.). Ein Motiv ist die Herstellung von Jugendlichkeit, wie die folgende Aussage einer Expertin verdeutlicht: „Because everybody is in to youth, looking their best, presenting themselves as the best that they are. There is a lot of competition in the world for everything. So we have to maintain this certain look, this certain everything.“ (Int. 14, Z. 244-246) Ein weiteres Motiv bei den internationalen nicht-kaukasischen Patienten besteht auch darin, dass die Ethnochirurgie im Gegensatz zu anderen Bewirtschaftungspraxen äußerst zeitsparend ist. Eine solche Rationalisierung ist vor allem für Angehörige der gesellschaftlichen „Oberschicht“ von Vorteil, wie eine Expertin hervorhebt: „[...] I think, you know, it occupies time. You know; especially if you are born princess in the Middle Eastern, why not spend some time perfecting yourself. You know, I really think that’s what a lot of that is, but I don’t think that’s the norm.“ (Int. 2, Z. 301-303)

Ein anderes Motiv sich einer Ethnochirurgie zu unterziehen, leitet sich auch aus den neuen Kommunikationsmitteln ab, was dazu geführt hat, dass bestimmte Eingriffe, wie Kinnimplantate, eine verstärkte Nachfrage erfahren. Eine solche Nachfragesituation aufgrund der zunehmenden Nutzung von neuartigen Kommunikationstechnologien beschreibt eine Expertin folgendermaßen: „I think is media. I mean, you know, there are big stories recently, you know, like chin implants increased because the people see themselves in the webcam and don’t believe

it.“ (Int. 13, Z. 321-322) Außerdem liegt ein Motiv auch darin, dass ab einem Alter von 40 Jahren die Schönheit abhanden kommt und damit entsprechende Gegenmaßnahmen im Zuge von Ethnochirurgien erforderlich werden. Dabei erfolgt auch eine Neuverhandlung des Verhältnisses von innerer und äußerer Schönheit. Dabei zeigt sich auch, dass gerade die innere Schönheit eine zentrale Stütze für die äußere Schönheit ist. Das belegt folgender Auszug aus dem Experteninterview:

B: “My personal sense. No, I think it’s all about symmetry (.) and inner beauty. I think when you are truly person, internally. Okay, I think you can fake, you may be beautiful and you can be a terrible person on the inside. When she turned forty, the mask comes off and you won’t no longer be beautiful. Your beauty is gone.”

I: “At the age of forty. You say a turning point and life changing moment is happening in everyone’s life.”

B: “No, I think your mask comes off and if you are not beautiful on the inside, you will no longer be beautiful as you get older. (..) You won’t be able to mask it, but you can mask your inside beauty or ugliness with all your young collagen and lasting everything, but then your eyes and everything kind of transforms and kind evolves into who you really are on the inside. That’s why some people really change their looks, like the way, like how they, I am saying not having anything done, if you look at some people, they have gone through a lot or have had a lot of stress or anger or as they get older.” (Int. 5, Z. 56-70)

Ebenfalls ist ein Motiv bei den internationalen nicht-kaukasischen Patienten, dass diese durch die Ethnochirurgie ein besseres Wohlbefinden erlangten, wie eine Expertin anmerkt: „Because when you look good, you feel better. (.) When you look in the mirror and you have made a change and you look younger, you feel better.“ (Int. 5, Z. 255-256) Des Weiteren ist ein Motiv klassenspezifisch begründet. So sind einige der internationalen nicht-kaukasischen Patienten aufgrund ihres gesellschaftlichen Status angehalten, entsprechende Ethnochirurgien durchführen zu lassen. Dies wird in der folgenden Aussage einer Expertin dargelegt: „I mean that could be one aspect, you know, if you have high occupational status and involved in high societies. There probably is a certain image that you need to portray or feel you need to portray.“ (Int. 4, Z. 195-197) Zudem ist als Motiv für die Ethnochirurgie bei den internationalen nicht-kaukasischen Patienten die Feminisierung zu nennen, indem die Gesichtsanatomie entsprechend verändert wird, wie eine Expertin anführt: „[...] so a lot of Asians and specific ethnic groups, um, that had prominent cheek and jaw, they wanna look more feminine.“ (Int. 12, Z. 56-61)

Ein weiteres Motiv der internationalen nicht-kaukasischen Patienten besteht in der Distinktion über den Körper. So sind diese Patienten bereit, in Ethnochirurgien zu investieren, so-

dass diese einen Körper erhalten, der sich bewusst von den übrigen Körpern in deren Herkunftsländern bzw. in deren Kulturraum unterscheidet. Der Körper wird also zu einem Distinktionsmerkmal, wie eine Expertin einräumt: „Ah, they wanna be different. They wanna look different than their rest of the people over there.“ (Int. 6, Z. 331-332) Auch liegen der Ethnochirurgie bei diesen Patienten zwischenmenschliche Motive zugrunde. Dabei geht es vor allem um die Partnersuche, sodass derartige Investitionen in das körperliche Kapital die Chancen auf dem Partnermarkt erhöhen. Eine Expertin formuliert dies mit folgenden Worten: „They consider that, you know, as an investment for finding a husband. (laughs)“ (Int. 8, Z. 355)

Das Motiv der Peer Pressure ist dabei ein Motiv, dessen Grundlage die Interaktion bildet. Schließlich ist das Individuum in die Gesellschaft eingebettet und nicht autark. Infolgedessen existiert ein gesellschaftlicher Wettbewerb um den schönsten Körper, der dazu führt, dass jedes Individuum entsprechende Bewirtschaftungsmaßnahmen am Körper durchführt. Eine Expertin drückt dies folgendermaßen aus:

„People, we don't live life in a bubble, (.) we are social people. When my friend or neighbour gets a nice car, I want a nice car, too. My friend gets something done, she looks better and she is getting positive response from her peers, I want that positive response, too. I wanna look better like her. You know and so it's very, we encourage each other to improve and surgery is part of that.“ (Int. 12, Z. 274-278)

Von dieser Peer Pressure sind vor allem jüngere Altersgruppen betroffen, wie eine Expertin betont: „Yes, (.) definitely, um, peer pressure comes into play, especially young teenagers like, um, when it comes to like doing the eyelid surgery, the blepharoplasty.“ (Int. 12, Z. 282-283) Zusätzlich besteht ein Motiv auch darin, dass die Ethnochirurgie dazu verhilft, die Lebenschancen aufgrund des physischen Erscheinungsbildes zu verbessern. Hierzu merkt eine Expertin an: „Some think they can be more successful in their personal life or because if they look better.“ (Int. 10, Z. 338-339) Ein zentrales Motiv für eine Ethnochirurgie bei den internationalen nicht-kaukasischen weiblichen Patienten ist darauf zurückzuführen, dass diese gerade nach Schwangerschaften ihre physische Attraktivität wiedererlangen wollen. Schließlich beeinträchtigt die Veränderung des Körpers nach einer Schwangerschaft die Frau. Dieses wird in der folgenden Aussage eines Experten zum Ausdruck gebracht: „For women, they usually had children, their abdominal wall is loose, they have extra skin, their breasts hang, they don't like the way they look. So that's for women the main thing.“ (Int. 11, Z. 112-113) Diesem geschlechterspezifischen Motiv der Ethnochirurgie liegt dabei auch zugrunde, dass das Muttersein kein Rechtfertigungsnarrativ für einen außer Form geratenen Körper mehr darstellt. Dazu erklärt ein Experte: „Imagine body image, I think there are changes in body image. I think we expect mothers to be pretty now.“ (Int. 3, Z. 384-385) Ein geschlechterspezifisches Motiv der internationalen nicht-

kaukasischen männlichen Patienten besteht hingegen darin, dass diese den Alterungsprozess kaschieren möchten.¹⁶³ Darauf verweist die folgende Aussage eines Experten: „For men, you see that too, but mainly men come for their faces because they are looking older and they need to have to look younger and to look more handsome. Not just looking younger, but it’s also sometimes you can make people look more handsome.“ (Int. 11, Z. 113-116)

Ein ethnienpezifisches Motiv der internationalen arabischen Patienten für eine Ethnochirurgie ist, dass diese über einen Lebensstil verfügen, der durch eine unausgewogene Work-Life-Balance charakterisiert ist, sodass keinerlei anderweitige Möglichkeiten bestehen, mittels anderer Körperbewirtschaftungspraxen den Körper zu bearbeiten. Eine Expertin beschreibt dieses folgendermaßen:

„In Dubai and Middle East the people don’t move too much, you know, because of the lifestyle they have. They stay too long in the offices and they don’t have time. There are not really a lot of outside activities like in Romania or Germany. You don’t even see people on the street, you know, you don’t see them, only in some parts. (.) So that’s a problem, the lifestyle of these people. So a lot of people turn to liposuction, a lot of people having liposuction and Brazilian butt augmentation.“ (Int. 10, Z. 112-117)

Die ethnienpezifischen wie auch geschlechterspezifischen Motive, die die internationalen arabischen weiblichen Patienten veranlassen, eine Ethnochirurgie durchführen zu lassen, liegen vielfach darin begründet, dass ethnochirurgische Eingriffe eine Art der Freizeitbeschäftigung darstellen (vgl. Larson 2013: 28). Dies erfolgt auch vor dem Hintergrund, dass deren Leben im arabischen Kulturraum oftmals vielen Beschränkungen unterliegt, sodass die Ethnochirurgie, neben dem Shopping, eine willkommene Abwechslung darstellt (vgl. Larson 2013: 101).

Ein anderes ethnienpezifisches wie auch geschlechterspezifisches Motiv ist auch, dass viele internationale arabische weibliche Patienten offenbar bestimmte Eingriffe, wie die Gesäßvergrößerung, durchführen lassen, nicht nur, weil es sich um einen äußerst beliebten ethnochirurgischen Eingriff handelt, sondern auch, weil es die Männer dieses Kulturraums präferieren. Dies dokumentiert die folgende Aussage einer Expertin: „They like a lot, like Arabic ladies, I think those of the men like that. Most of them, they like to have a Brazilian butt. So, how you do that? They scalp their body, they get fat from all over their body and they injected in the butt.“ (Int. 10, Z. 117-120) Ein weiteres ethnienpezifisches und zugleich geschlechterspezifisches Motiv, was gerade bei internationalen asiatischen weiblichen Patienten auftritt, ist der Wunsch nach vollkommener Unnatürlichkeit, Inauthenzität und Entindividualisierung. Eine

¹⁶³ Der Alterungsprozess des Körpers erfolgt geschlechterunabhängig ab etwa dem 35. Lebensjahr vor allem im Gesichts- und Bauchbereich, wobei dieses durch die Faltenbildung im Gesicht und durch die Erschlaffung der Haut am Bauch deutlich sichtbar wird (vgl. Schulz 2002: 220).

Expertin drückt dies folgendermaßen aus: „They don't want any wrinkles or any spots on their skin. They don't wanna any hyperpigmentation. They wanna like, like a geisha, they wanna just perfect and no wrinkles.“ (Int. 5, Z. 155-156)

Neben diesen Motiven spielen auch soziokulturelle Faktoren bei der ethnochirurgischen Bewirtschaftung des Körpers eine bedeutende Rolle. Ein soziokultureller Faktor bei den internationalen nicht-kaukasischen Patienten sich einer Ethnochirurgie zu unterziehen, ist darauf zurückzuführen, dass diese durch entsprechende Bewirtschaftungsmaßnahmen am Körper durch die Gesellschaft ein positives Feedback erhalten. Eine solche Honorierung wird in der folgenden Aussage einer Expertin zum Ausdruck gebracht: „Yeah, they look good, they feel good because they get a positive response from people around them and that makes them feel better about themselves.“ (Int. 12, Z. 260-261) Zudem ist als soziokultureller Faktor für die Ethnochirurgie bei den internationalen nicht-kaukasischen Patienten anzuführen, dass sich ein Strukturwandel hinsichtlich der Körperlichkeit vollzogen hat. Die öffentliche Zurschaustellung des Körpers genießt eine gesamtgesellschaftliche Akzeptanz, worauf eine Expertin hinweist: „Well, I think, what has happened people in the world as a whole are more concerned with benefit than they used to be. Showing your body is much more acceptable than it was forty years ago, for both men and women. And therefore you wanna showcase something that in your belief looks good.“ (Int. 2, Z. 313-316) Auf den soziokulturellen Faktor, dass bestimmte körperanatomische Voraussetzungen nicht vorliegen, wird in der folgenden Aussage einer Expertin am Beispiel der Augenlidchirurgie bei der Ethnie der Asiaten Bezug genommen:

„And, um, it's a very common procedure (.) not all Asians need it, I actually had a fold, I was, you know, born with it, so didn't need that surgery. So when I was young and in college and I would see my friends, other students, coming back puffy from the surgery and I would think, 'God! That doesn't look good! Why you are getting it done? Why don't you just love, what God gave them?' You know, it's a little judgement at all (laughs) to be honest with you (laughs). So, um, that was kind of my perception, it's like, 'Well, why you just can't be happy with what you have? Why you getting that done?' So that was my mentality of an immature, I guess a teenager. As I (..) grew older and I began to see some of them actually look so much better after the surgery. It's not that they look like a completely different person; it's just like, especially with the Asian eyelid ethnic surgery. I mean it's like wouldn't they don't have that crease, (.) they have a very small in a way sharp, you know, their, um, image is not very soft. As soon they just even make that one little tiny crease, which is like a very minor, very minor surgery really, um, sometimes all they have to do this actually just to put in a little suture, you know, just to make that line, so that it folds over and they look like so much softer and just lighter, you know, like more bright, their eyes are half closer, you know. Um, and so maybe it's a good thing, maybe that person should do it (laughs).“ (Int. 12, Z. 81-96)

Ein weiterer soziokultureller Faktor, der bei der Bewirtschaftung des Körpers mittels Ethnochirurgien auch eine besondere Rolle spielt, ist die Tatsache, dass sich ein Klassifikationssystem

nach Hautfarben ausgebildet hat. In diesem Klassifikationssystem werden der „Rassismus“ und die soziale Exklusion praktiziert, wie der folgende Auszug aus dem Experteninterview verdeutlicht:

I: “Do you think those darker skin types feel that their skin colour is a stigma?”

B: “I think darker skin races are more prestigious about darker skin than lighter skin races are prestigious about darker skin. (laughs) I think within their own community like when you go to Jamaica or even Asians. I met a Japanese doctor, who married in Hawaii, who married a Mongolian girl. I think she is the ugliest thing on the planet because her skin is dark. Only Japanese are beautiful because their skin is lighter than Mongolian. So it’s very interesting how prestigious they are one another on their skin and it almost tells their class of society.”

I: “The high class has the light skin and the lower class has the dark skin.”

B: “Yes. They even put them in those jobs.” (Int. 5, Z. 78-89)

Ein wesentlicher soziokultureller Faktor bei den internationalen nicht-kaukasischen Patienten ist auch, dass die jeweiligen Kulturräume unterschiedliche Auffassungen bezüglich der körperlichen Bewirtschaftungspraxis mittels Ethnochirurgien vertreten. Dieses führt somit zu einer Befürwortung oder Ablehnung von Ethnochirurgien, wie ein Experte darlegt: „[...] culturally, many cultures don’t believe in plastic surgery, they don’t get plastic surgery, they don’t care about. Whether or not they have money. So in other cultures they are almost obsessed with it.“ (Int. 3, Z. 255-257) Ein geschlechterspezifischer soziokultureller Faktor bei den internationalen nicht-kaukasischen weiblichen Patienten ist der Wandel der Rolle der Frau in den jeweiligen Gesellschaften. Dieser Strukturwandel im gesellschaftlichen Machtverhältnis zugunsten der Frau findet seinen Ausdruck in unterschiedlichen Körperbewirtschaftungspraxen. Hierzu stellt eine Expertin fest:

„Regarding Caucasian and Asian, ah, don’t forget that before any aesthetician lab those people was, ah, very close community. They never talked about beauty of women, there were like, I can compare them even to Moslem. Ah, they didn’t talk about the beauty, women were not allowed to speak about their beauty. Everything was very freezing, very sharp, very clean, even the make-up was very, very, you know, mellow. And now we are seeing not just about surgery, look about the make-up, look about the clothing, they are more open, more colourful, more demand, and on the top of that, they have more money they had ever. And women become more independent, so they feel like more rights, to go ahead and do that kind of surgery. So, I believe that the most important thing, that keeps this change, is actually the freedom. If we are talking Asian, is the freedom of the one, if we are talking about dark skin with six and above (coughs), I would say that it’s more about their, ah, applications and the way we are working right now and what we know about dark skin. And this is why more of them feeling much more comfortable to get be treated.“ (Int. 6, Z. 147-159)

Ein ethnien-spezifischer wie auch geschlechterspezifischer soziokultureller Faktor liegt bei den internationalen arabischen weiblichen Patienten vor, die den patriarchalischen Machtverhältnissen ausgesetzt sind. Dieses zeigt sich vor allem darin, dass diese Frauen sich einer Ethnochirurgie unterziehen, um dem Mann zu gefallen, wie eine Expertin deutlich macht:

„Um, most of them, I think it's peer pressure. So that's so common that you see people around you who hide it. Sometimes it's their husband, like a young Arabic lady yesterday was calling me and she was telling me that she had a baby like only fourteen days ago (.) and um, now she is overweight, actually she is a beast and she wants to do the weight loss surgery. She wants to do this surgery because of her husband did it. Her husband was so fat, he had one hundred forty Kilogram and he did the surgery, now he lost and he is okay and he is putting a lot of pressure on her. And I had to explain to her, 'You should leave your husband because you just gave birth fourteen days ago. You have to wait three months and you are not a candidate.' I said, 'After three months if you don't lose weight, I think the laser or liposuction will help you more just to reshape because you just gave birth, it's normally to have a lot of weight, it's normal.' Yeah, so sometimes their husband, they tell the ladies that they are not beautiful or they look after other girls.“ (Int. 10, Z. 248-259)

Ein anderer ethnien-spezifischer soziokultureller Faktor bei den internationalen asiatischen Patienten ist, dass diese bestimmte Normen, Moral- und Wertvorstellungen haben, die die Reinheit der Ethnie betreffen und damit eine Vermischung mit anderen Ethnien rigoros ablehnen. Dieses hat zur Folge, dass Partnerschaften nur innerhalb der eigenen Ethnie geschlossen werden und keine Veränderung der ethnisch determinierten Körperanatomie erfolgt. Dazu führt eine Expertin aus: „You cannot marry a non-Korean, you know. They are very like strong, um, patriotic and you know, very pro Koreans have the best kind of mentality, right (laughs)? But, um, Koreans like I would say, the eyelid surgery is probably most popular in Koreans because of the pureness of their ethnicity. Lot of them don't have that lid.“ (Int. 12, Z. 168-171)

Von besonderer Relevanz bei der ethnochirurgischen Bewirtschaftung des Körpers ist der soziokulturelle Faktor der Verwestlichung, was zugleich auch ein Motiv darstellt. Die Verwestlichung wird von den internationalen nicht-kaukasischen Patienten gewünscht. Dabei geht es vor allem darum, die ethnisch-determinierte Körperanatomie zu beseitigen, um einen westlichen Körper mittels entsprechender Ethnochirurgien zu erhalten. Darauf verweist die folgende Aussage einer Expertin: „But this is true like the same kind of phenomena happening with Indians I know, the black people that I know and all other ethnic minorities when they want to have surgery, usually it's, um, to look less ethnic and to look more, um, European.“ (Int. 8, Z. 122-125) Bei der Verwestlichung erfolgt eine Orientierung am kaukasischen Körperleitbild, wie eine Expertin anführt: „[...] ethnic patients wanna come to the United States and ultimately

look more like a Caucasian person and change the way that their own dynamics look.“ (Int. 4, Z. 58-61)

Jedoch wird die Verwestlichung mittels einer Ethnochirurgie explizit zurückgewiesen. Diesbezüglich wird immer das Rechtfertigungsnarrativ gebraucht, dass es ausschließlich darum gehe, bestimmte ethnisch determinierte Körpereigenschaften zu optimieren. Dieses Spannungsverhältnis aus Bewahrung und Verwestlichung wird von einer Expertin folgendermaßen zum Ausdruck gebracht: „Um, so that’s always been an interesting topic, but when we actually see our patients ninety-nine point nine percent of them don’t wanna look Caucasian. They want to look like the Asian, the prettier version of the Asian.“ (Int. 12, Z. 156-158) Dieses Rechtfertigungsnarrativ, dass es sich nur um eine Optimierung anstatt einer Verwestlichung handelt, erfolgt auch vor dem Hintergrund, dass bewusst die Debatte um die Verwestlichung bzw. der Sozialneid auf Kaukasier, die über entsprechende körperanatomische Eigenschaften verfügen, vermieden werden soll. Dazu wird in der folgenden Aussage einer Expertin Stellung bezogen:

„[...] I would say a lot of Koreans don’t have that lid, but then even if let’s say thirty percent of them do, okay, if they have it and if it’s pretty, the one’s the majority of them, they don’t have the lid just want to look like the perfect version of the one that has it naturally. They don’t want their eyes still look like big sunken, you know, eyes of I don’t know Caucasian or African-American or whatever, they not looking for that. And so they are not trying to create an ethnic jealousy situation, you know, they just want to be more beautiful.“ (Int. 12, Z. 174-180)

Abschließend ist zum soziokulturellen Faktor der Verwestlichung noch anzuführen, dass dies vor allem bei internationalen asiatischen Patienten auftritt, wie eine Expertin anmerkt: „I think one point has been with the Asian eyelid, you know, Asians don’t have an eyelid. So their eyelids, they want western eyelids.“ (Int. 2, Z. 233-235) In diesem Kontext der Verwestlichung gibt Baum (2014) zu bedenken, dass es sich letztlich hierbei oftmals um ein geschlechterspezifisches Motiv handelt, was vor allem bei Frauen auftritt (vgl. Baum 2014: o.S.).

6.3.4 Begleiterscheinungen in der Sehnsucht nach dem „Überkörper“

Bei der Herstellung des „Überkörpers“ sind vor allem auch die Schönheitschirurgen beteiligt. So besteht für die internationalen nicht-kaukasischen Patienten in Beverly Hills die Möglichkeit, einen Schönheitschirurgen zu finden, der jegliche Ethnochirurgien vornimmt. D.h. die Wünsche der Patienten werden bereitwillig erfüllt, auch wenn die Ergebnisse solcher Ethnochirurgien die ethnisch vertretbaren Maßstäbe überschreiten. Deutlich wird dies in der folgenden Aussage einer Expertin:

„[...] I think there is, ah, a lot of people, again, they come here, wanting plastic surgery and they have the ability to find the doctors that will do whatever they want. Without doing the right thing for the patient (.) and patients unfortunately, you know, again, they are not taking into consideration their labour and physical state and then patients look, you know, overdone.“ (Int. 4, Z. 48-53)

Somit wird die Suche nach dem „Überkörper“ durch das individuelle Schönheitsverständnis des Schönheitschirurgen bestimmt.¹⁶⁴ Dieser ist maßgeblich dafür verantwortlich, welche Dimensionen bei Ethnochirurgien erreicht werden. Ein Experte beschreibt dies folgendermaßen:

„My sense of beauty is become more refined. I think (.) my style is more conservative. I don't like outlandish surgeries. So I think people who want that kind of surgery, they don't wanna see any other necessary surgery at all. They don't necessary wanna be the tightest in the land. So that's more my style. So that's the kind of people I tend to attract. So, you know, I haven't formed new standard of beauty, but I think I am a much more better observer what makes things beautiful, people beautiful and oriented by innovations thought what makes us more beautiful.“ (Int. 3, Z. 63-68)

Zudem übernehmen Schönheitschirurgen eine Steuerungsfunktion bei der Suche nach dem „Überkörper“. Denn diese sind aufgrund der Imaging-Technologien in der Lage, dem jeweiligen Patienten vollkommen unrealistische Ergebnisse zu präsentieren, wie eine Expertin anmerkt:

„I mean if you have a doctor who is unethical, you know, or I mean some of the doctors would do their own; they felt very comfortable because they knew what they can achieve in the operation room. But if you have a girl who is in your office doing the imaging, like I only would do it, the doctor send to me and I would say to the patient, 'You know, I can do whatever I want to you, but that doesn't mean he can do it in the operation room.' You know, so for me, I would have the doctor tell me, how he wants it, I would do it and then I would have the doctor come back in and say, 'Yes or a little more or change this angle.' You wanna use it in a way that's ethical, you know, because you can show them anything, but that doesn't mean it's gonna happen in the operation room. So it has to be something that's used in an ethical way.“ (Int. 13, Z. 182-191)

Letztlich liegt es an dem jeweiligen internationalen nicht-kaukasischen Patienten, welchen Schönheitschirurgen dieser auswählt, wie ein Experte betont:

„I think that every doctor has an own style, I like to be conservative. I like to weigh my

¹⁶⁴ Der Begriff „Überkörper“ und dessen Gebrauch im Zuge der exzessiven Körperbewirtschaftung mittels Ethnochirurgien erfolgt in Anlehnung an den von Nietzsche (1994) geprägten Begriff „Übermensch“. Die Suche nach dem „Überkörper“ durch die internationalen nicht-kaukasischen Patienten und die sich damit vollziehende „Kommodifizierung des Körpers“ im Zuge des Konsums von Ethnochirurgien korreliert dabei auch mit der zeitgeschichtlichen Analyse von Marcuse (1998).

decisions well. I like to be careful and the people, who seek me out, have the same values, so they don't want outlandish, they don't want garish. It's not so much who is the best and who is not the best. It's what style you want.“ (Int. 3, Z. 293-296)

Allerdings kommt es bei der Suche nach dem „Überkörper“ mitunter jedoch zu Beeinträchtigungen. Diese Beeinträchtigungen sind darauf zurückzuführen, dass diese Patienten oftmals nicht über die notwendige Verbraucheraufklärung verfügen, wie ein Experte darlegt: „Well, the American public is very well-educated as to the expectations of plastic surgery. People are aware of being expecting too much or having unrealistic expectations. But in many other countries it's not that way.“ (Int. 3, Z. 139-141) So orientieren sich die internationalen nicht-kaukasischen Patienten oftmals nicht an relevanten Auswahlkriterien, sondern die massenmediale Präsenz des Schönheitschirurgen stellt die Entscheidungsgrundlage dar. Darauf verweist die folgende Aussage eines Experten: „If you are on television, I am on television; that shouldn't guide you to pick a doctor. I mean it's good to see them on television, but it's not good to make that your sole criterion. You wanna look at the background and the before and after and ratings.“ (Int. 3, Z. 163-166) Zudem treffen die internationalen nicht-kaukasischen Patienten letztendlich keine selbständigen Entscheidungen, sondern anderen Personen wird die Entscheidung bezüglich der Plastifizierung des Körpers überlassen. Ein Experte formuliert dies mit folgenden Worten: „They don't do the research by themselves; they have others do the research for them. So I think that hampers the results often.“ (Int. 3, Z. 162-163)

Diese Suche nach dem „Überkörper“ wird vor allem dadurch geleitet, dass die Medien entsprechende makellos perfekte Körperleitbilder verbreiten, die für das Individuum nur schwer bis gar nicht zu erreichen sind. Manche Individuen verfallen dabei der Versuchung, diese massenmedial verbreiteten perfekten Körper erreichen zu wollen, was oftmals zu suchtähnlichen Verhaltensmustern führt, um das eigene physische Erscheinungsbild mittels Ethnochirurgien zu optimieren. Die Massenmedien wirken dabei wie ein Katalysator, die das Individuum, wie auch ganze Gesellschaften, dazu veranlassen, sich ausgiebig mit dem eigenen Körper zu beschäftigen. Dazu stellt eine Expertin fest:

„Um, (..) I think, you know, we are more and more obsessed nowadays with the body. So, you know, you got to be slim and you got to look young. Some magazines certainly perpetuate that. The consumer magazines have all of these images of perfect women. For men as well, it's all about to have a sixpack (laughs). I think our society is very, um, obsessed with looks and um, with desire of perfection. And this is why people can go too far; I think with surgery that can make people chasing off the perfection.“ (Int. 9, Z. 169-174)

Trotz dieser scheinbaren geschlechterunabhängigen Suche nach dem „Überkörper“ ist anzumerken, dass dieser Zwang über einen makellos perfekten Körper zu verfügen, vor allem Frauen betrifft. Dieses führt bei den Frauen vielfach dazu, dass diese ihren Körper mit den in den Massenmedien zur Schau gestellten Körpern abgleichen und dabei unweigerlich Defizite am eigenen Körper ausfindig machen. Diesbezüglich erfolgt dann der Wunsch nach der Bewirtschaftung des Körpers, wie eine Expertin erklärt:

„I think these ideals about what is beautiful are shown by women in magazines, TV and films. That are not very realistic ideals and that definitely make people feel insecure. I think especially young girls read magazines and see the beautiful models and they think, ‘Oh, I have got a big nose or I am fat!’ They want to change themselves because of that. I definitely think that influences it.“ (Int. 9, Z. 220-224)

Bezüglich dieser massenmedial vermittelten Körperleitbilder ist zu konstatieren, dass den Rezipienten keine authentischen Bilder gezeigt werden, sondern diese Bilder mit Hilfe von entsprechenden Softwareprogrammen bearbeitet wurden. Es handelt sich seitens der Massenmedien um einen Fake, der jedoch bei den Individuen eine unheimliche Drucksituation erzeugt, was das physische Erscheinungsbild betrifft. Dieses wird in der folgenden Aussage einer Expertin zum Ausdruck gebracht:

„And also the media. You know, they put so many standards; sometimes it’s hard to achieve that. You know, you see because of the Photoshop. Most of the pictures of models in advertisements are photoshopped and people don’t know that. So they think they are perfect and I want that, I can do that, I could have this. But it keeps it, puts to your mind and then depends, how you think some people get stalked on that, that’s if I wanted, some people say, ‘I am okay, I am fine.’ But you know, it’s still like peer pressure, media pressure, everything (laughs).“ (Int. 10, Z. 266-271)

Außerdem gilt es zu berücksichtigen, dass die Schönheitsideale einem immer schnelleren Wandel unterliegen, sodass eine zeitnahe Anpassung des Körpers mittels Ethnochirurgien an das gängige Schönheitsideal immer schwieriger wird. Dieses beschreibt eine Expertin folgendermaßen: „[...] when you are looking at this social life and the beauty standard are always changing and always getting more and more difficult to achieve; then pressure, so that’s what turns to plastic surgery.“ (Int. 10, Z. 345-347) Der „Überkörper“ und dessen Herstellung mittels Ethnochirurgien kann ein Suchtverhalten auslösen, wie eine Expertin zu bedenken gibt: „It’s addictive. People, who I know, are addicted to it.“ (Int. 8, Z. 359) Das Suchtverhalten gründet sich vor allem darauf, dass die von diesem Suchtverhalten betroffenen Individuen permant unzufrieden mit ihrem physischen Erscheinungsbild sind. Eine solche Unvollkommenheit und die damit verbundene Suche nach dem perfekten Körper beschreibt eine Expertin mit folgenden

Worten: „They can be obsessed with, you know, a specific way that they think they should look and then they just not gonna be happy.“ (Int. 12, Z. 303-304) Infolgedessen lassen solche Patienten immer weitere Ethnochirurgien durchführen, worauf eine Expertin hinweist: „They wanna doing more on their body.“ (Int. 5, Z. 300) Doch trotz aller Ethnochirurgien, die diese Patienten durchführen lassen, bleibt der Zustand der Unzufriedenheit bestehen, wie eine Expertin einräumt: „[...] you get with patients, they are not always satisfied because they think they could do more.“ (Int. 10, Z. 441-442)

Dieses Suchtverhalten beginnt sobald die erste Ethnochirurgie gemacht worden ist. Das Individuum scheint sich danach wesentlich stärker mit seinem Körper zu beschäftigen und identifiziert immer neue Defizite. Ein solcher unendlicher Kreislauf im Rahmen des Suchtverhaltens nach Ethnochirurgien wird in der folgenden Aussage einer Expertin dargestellt:

„And so it’s in a lot of times, people, if you fix one problem, they start noticing another problem and it’s very, very common, I am sure you are aware of that. And just look at all those celebrities, you fix one thing and then you focus on something else, and you just keep warning to do more. It’s a disease almost, you know.“ (Int. 8, Z. 170-173)

Oftmals geht dieses Suchtverhalten nach Ethnochirurgien dabei auch mit einer Sucht nach verschreibungspflichtigen Medikamenten einher. So lassen diese Patienten in kontinuierlichen zeitlichen Abständen immer wieder Ethnochirurgien am Körper durchführen, um die verschreibungspflichtigen Medikamente verordnet zu bekommen. Oftmals werden manche Ethnochirurgien mehrfach durchgeführt, wozu jeweils unterschiedliche Schönheitschirurgen aufgesucht werden.¹⁶⁵ Diese miteinander einhergehenden Suchtverhalten nach Ethnochirurgien und nach verschreibungspflichtigen Medikamenten werden in dem folgenden Auszug aus dem Experteninterview dokumentiert:

B: “Well, I think my opinion that some people have plastic surgery because they are addicted to prescription medication.”

I: “There is a connection, you would say?”

B: “Yes. And I think, they think, ‘Uh, what surgery can I have, so I can get more Vicodin!’ I think there’s a major epidemic with the narcotic, you know, pharmaceuticals and other things. And I have known people, ‘Oh, I have to get my breast redone! Oh, I have to do the nose!’ It’s like they constantly are trying to find a surgery, mainly cosmetic, that they can do so, that they can get more Vicodin or more. So, that they have an excuse, to be on pain pills.”

¹⁶⁵ Die verschreibungspflichtigen Medikamente und deren Abgabebestimmungen an Patienten, an Mediziner und andere medizinische Berufe, wie Nurse Practitioner, werden durch die bundesstaatliche Behörde des Medical Board of California sowie durch die staatliche Behörde der Drug Enforcement Administration (DEA) rechtlich festgelegt (vgl. Medical Board of California 2013: 47-63).

I: "Are they really undergoing plastic surgeries to get the prescription drugs?"

B: "I have seen it. I have seen it here even, where patients go, 'Oh, do you guys write prescription?' I tell them, 'No, here we don't do anything that you in that kind of pain, where you don't need a prescription!' Because then their friends are thinking, 'They have a job prob.' They are thinking, 'Oh well, she is pain pills because she just had surgery or she still in pain from a surgery.'"

I: "It's the first time I hear that people asking for prescription drugs in medical spas and they are getting all those surgeries?"

B: "Liposuction, breast augmentation."

I: "The face."

B: "**Yeah!** Nose jobs, second nose job, third nose job because it's not perfect."

I: "Are they always going to the same doctor?"

B: "**No!**"

I: "They are changing."

B: "I think so." (Int. 5, Z. 457-491; Hervorh. im Orig.)

Um einem solchen Suchtverhalten nach Ethnochirurgien im Rahmen einer Präventionsmaßnahme vorzubeugen, ist es besonders wichtig, dass die Erwartungshaltung mit dem internationalen nicht-kaukasischen Patienten abgeklärt wird. Es geht vor allem darum, genau aufzuzeigen, welche Ergebnisse der Ethnochirurgie möglich sind und welche Ergebnisse nicht realisierbar sind. Schließlich erhoffen sich viele dieser Patienten die absolute Perfektion, was der Tatsache geschuldet ist, dass diese finanziell hohe Aufwendungen betreiben und deren Herkunftsland explizit für die Durchführung der Ethnochirurgie verlassen. Die Notwendigkeit einer intensiven Auseinandersetzung mit der Ethnochirurgie wird in der folgenden Aussage eines Experten gefordert:

„There are so many cultural subtypes, everyone reacts a little bit differently, but in all cases, we wanna talk to them very carefully about what their expectations are, so that when the surgery is done, they gonna be happy with their surgery and that's tougher than it can sound. Someone is gonna pay a lot of money, travel a long distance and want perfection, but plastic surgery is never perfect. **Never!** We can be nearly perfect, but it's never perfect. So it's very important for us to have a discussion with them beforehand and tell them what to expect and what not to expect. And sometimes you can't fulfil their dreams. They never gonna be someone, who's a woman, who is two hundred pounds, is never how much she spend, she is never ever going to the, you know, a hundred five pound actress who is chosen for being one of the most beautiful women in the world. That's not gonna happen.“ (Int. 3, Z. 275-284; Hervorh. im Orig.)

Daher sind die Schönheitschirurgen auch dazu angehalten, sofern der jeweilige Patient den „Überkörper“ mittels Ethnochirurgien anstrebt, diesen Patienten schlichtweg abzulehnen. Darauf wird im folgenden Auszug aus dem Experteninterview hingewiesen:

B: **“Well, often I have to say, ‘No!’** Once a princess from the Middle East came and her nose was large and she wanted to make her nose larger.”

I: “Why?”

B: “I am not sure and I asked the translator several times, but no, she wanted that larger. And I just didn’t think it was aesthetically helpful to her, so I didn’t do the surgery. And there are patients, you know, who are very happy and they just want liposuction. You know, they have to manage their weight better before they have liposuction. So it is better not to do surgery on that patient, not because you can’t do it, but it is not helping.” (Int. 3, Z. 75-84; Hervorh. im Orig.)

Von der Ablehnung sind vielfach solche Patienten betroffen, die bereits eine exzessive Bewirtschaftung des Körpers mittels Ethnochirurgien durchgeführt haben und nach weiteren Eingriffen verlangen, wie eine Expertin anführt: „You also have problems with doctors who don’t say, ‘No’ to patients. Let’s say you have a patient who had twenty or twenty-five surgeries and the patient still want another surgery. They can do this one and they will improve and sometimes you have to say, ‘No’ to a patient.“ (Int. 10, Z. 360-363) Diese Suche nach dem „Überkörper“ kann dazu führen, dass bei den internationalen nicht-kaukasischen Patienten teilweise eine vollständige Veränderung der Körperanatomie erfolgt, sodass keine Identifizierung mittels amtlicher Dokumente zur Verifizierung der Identität mehr möglich ist und somit anderweitige Zusatzdokumente, u.a. vom Schönheitschirurgen, erforderlich sind (vgl. Bruk 2014: o.S.; DeNinno 2014: o.S.; Innes 2014: o.S.; Marx 2015: o.S.). Auch DeNinno (2014) beschreibt derartige Probleme der Identitätsfeststellung nach ethnochirurgischen Eingriffen, sodass nur noch entsprechende Zertifikate die Feststellung der Identität ermöglichen (vgl. DeNinno 2014: o.S.). In besonders tragischen Fällen endet die Suche nach dem „Überkörper“ sogar im Selbstmord, wie eine Expertin erklärt:

„There was a woman who jumped off one of the buildings at Camden. She was totally naked; she jumped off a ten storey building. In Beverly Hills at Camden there is a medical tower. And she was completely naked and she jumped off the building. I don’t know. There are no details on why she did it, but it was at a medical tower and she was completely naked. So and I know that she had called the medical office, but it was, um, um, she couldn’t consult, she just jumped off the building and died.“ (Int. 8, Z. 179-185)

Infolge solcher dramatischer Ereignisse erfolgt bei den in Beverly Hills praktizierenden Schönheitschirurgen eine Debatte über den physischen und psychischen Zustand der Patienten (vgl. Baum 2014: o.S.). Im Rahmen dieser Debatte wurde deutlich, dass 20 Prozent der Patienten von Schönheitsoperationen in den USA unter psychischen Problemen leiden (vgl. Baum 2014: o.S.). Ebenfalls ist zu berücksichtigen, dass gerade Patienten, die die ästhetische Medizin in Anspruch nehmen unter der Dismorphophobie, also einer vorliegenden Suchterkrankung, leiden (vgl. Crerand/Franklin/Sarwer 2006: 173e). Trotz dieser vielfach vorliegenden Problematik bezüglich des psychischen Zustands der Patienten scheint es, dass die in Beverly Hills praktizierenden Schönheitschirurgen dieses Faktum vielfach vernachlässigen, u.a. in der Pre-OP-Phase (vgl. Baum 2014: o.S.). Diese Vernachlässigung des psychischen Zustands der Patienten durch den Schönheitschirurgen ist auch eine unmittelbare Folge der Veränderung des Berufsethos der Schönheitschirurgen zugunsten des „Homo oeconomicus“ (vgl. Baum 2014: o.S.).

7. Zusammenfassung und Ausblick

7.1 Zusammenfassung der Forschungsergebnisse

Die Bewirtschaftung des Körpers mittels Ethnochirurgie am Beispiel von Beverly Hills, dem globalen Mekka dieser medizinischen Körperbewirtschaftungspraxis, wurde empirisch rekonstruiert. Diese empirische Rekonstruktion stellt dabei die Forschungsergebnisse dar, wodurch sich die These der globalen Bewirtschaftung des Körpers mittels Ethnochirurgie verifizieren lässt. Die Arbeit hatte ihren Ausgangspunkt in der Frage nach der globalen ethnochirurgischen Bewirtschaftung des Körpers aufgrund der Aufwertung des Körperkapitals zugunsten anderer Kapitalsorten. Die Forschungsergebnisse belegen, dass sich in Beverly Hills ein Mekka der ethnochirurgischen Körperbewirtschaftung mit der dafür notwendigen medizinischen und touristischen Infrastruktur herausgebildet hat. Jedoch existieren zur Gesamtzahl der internationalen nicht-kaukasischen Patienten keine Daten, da die Fachverbände der Schönheitschirurgen die Daten für die amerikanischen Städte nicht separat erfassen, sodass nur die einzelnen Praxen der Schönheitschirurgen über diese Daten verfügen. Die Stadt Beverly Hills und Los Angeles County haben eine zeitgeschichtliche Tradition der Körperbewirtschaftung, da sich dort eine „Makeover Culture“ ausgebildet hat. Auch hat Beverly Hills eine lange Tradition bei den internationalen nicht-kaukasischen Patienten. Somit profitiert Beverly Hills vor allem von den dort ansässigen Celebrities und Hollywoodstars, die eine besondere Strahl- und Anziehungskraft besitzen. Die internationalen nicht-kaukasischen Patienten nutzen dabei die Körper der Celebrities und Hollywoodstars als Orientierungshilfe. Das exklusive Image von Beverly Hills zeigt sich, neben dem dortigen Lebensstil, auch im Stadtbild, wo der Luxus in Form von Hotels und Einkaufsmöglichkeiten dominiert. Damit werden den internationalen nicht-kaukasischen Patienten die Annehmlichkeiten geboten, die diese verlangen. Zusätzlich gehören zu diesen Annehmlichkeiten auch die geographische Lage von Beverly Hills, was das Klima betrifft und die Ausflugsmöglichkeiten. In Beverly Hills hat sich zudem noch die Elite der Schönheitschirurgen niedergelassen, was dazu führt, dass die dortigen Schönheitschirurgen absolute Experten auf dem Gebiet der Körperbewirtschaftung mittels Schönheitsoperationen sind. Diese Leistungsfähigkeit der dortigen Schönheitschirurgen ist auf die Wettbewerbssituation aufgrund der hohen medizinischen Dichte von Anbietern der ästhetischen Medizin zurückzuführen und auf die Bereitschaft der dortigen Schönheitschirurgen, neue Innovationen auf dem Gebiet der ästhetisch-plastischen Chirurgie anzuwenden bzw. diese zu entwickeln.

Nach Beverly Hills reisen die internationalen nicht-kaukasischen Patienten aus den Herkunftsländern des „globalen Südens“ oder „globalen Nordens“, um sich bei einem der dort ansässigen Schönheitschirurgen einer Ethnochirurgie zu unterziehen. Das dortige Preisniveau für Ethnochirurgien liegt deutlich über dem Preisniveau der übrigen Destinationen des „globalen Nordens“. Zudem bewirbt die Stadt Beverly Hills, im Gegensatz zu den anderen Destinationen des „globalen Nordens“, nicht den Medizintourismus. Trotzdem wird Beverly Hills als Destination präferiert, weil die dort durchgeführten Ethnochirurgien, bedingt durch die Exklusivität des Standorts, die größtmögliche Distinktion und die nachhaltigste Investition in das körperliche Kapital darstellen. Hinsichtlich der Exklusivität dieses Standorts ist anzumerken, dass die Stadt Beverly Hills versucht, diese Exklusivität mit unterschiedlichen Maßnahmen aufrechtzuerhalten. So ist zu konstatieren, dass es ein besonderes Privileg ist, Besitzer, also Träger eines solchen Körpers zu sein, insbesondere dann, wenn ein Individuum diesen Körper instrumentalisiert respektive der Bemächtigung für persönliche Zwecke, wie auch zu Macht- und Herrschaftszwecken.

Bei der ethnochirurgischen Bewirtschaftung des Körpers nehmen die Schönheitschirurgen eine Sonderstellung ein. Dabei bewerben die in Beverly Hills ansässigen Schönheitschirurgen ihr Expertenwissen durch den exzessiven Gebrauch des Multichannel-Marketings. Zusätzlich nutzen einige Schönheitschirurgen ihren Starappeal, da diese bereits selbst Celebrities sind. Zu Marketingzwecken, die speziell auf internationale nicht-kaukasische Patienten abzielen, eignen sich vor allem die sozialen Medien, die Fernsehauftritte in „Makeover-Fernsehsendungen“ und die massenmediale Präsenz in den Herkunftsländern der Patienten sowie die mediale Berichterstattung in Zeitungen, Zeitschriften und Plastic Surgery Guides.

Ebenfalls haben sich die Praxen der Schönheitschirurgen auf die internationalen nicht-kaukasischen Patienten ausgerichtet, indem diese auf deren Webseiten spezielle Webseitenbereiche für diese Patientenklientel eingerichtet haben. Auf diesen Webseitenbereichen, zumeist betitelt als „Out of Town Patients“, erhalten diese potenziellen Patienten alle relevanten Informationen zu Ethnochirurgien, Hotels, Flughäfen, Aftercare-Einrichtungen etc. und es werden unterschiedliche Kontaktmöglichkeiten mit dem Schönheitschirurgen angeboten. Zugleich sind die Angestellten des Schönheitschirurgen dazu angehalten, sich besonders um diese Patientenklientel zu kümmern. Die Sonderstellung dieser Patienten im Praxisalltag zeigt sich insbesondere an den Aftercare-Einrichtungen und den Private Duty Nurses, die die postoperative Versorgung dieser Patienten sicherstellen. Auch wurden in Beverly Hills entsprechende Praxisstrukturen und Praxismodelle erschaffen, die den Bedürfnissen und den Ansprüchen der internationalen nicht-kaukasischen Patienten gerecht werden. Die Standardisierung des Ablaufs

der ethnochirurgischen Bewirtschaftung des Körpers erfolgt in den Praxen der Schönheitschirurgen durch den Einsatz von Computerprogrammen und durch Checklisten. Damit wird ein hohes Qualitätsniveau sichergestellt. Auch erhalten die internationalen nicht-kaukasischen Patienten einen sogenannten „Surgical Guide“, der alle relevanten Informationen zur bevorstehenden Ethnochirurgie enthält.

Daran schließt sich auch an, dass die Schönheitschirurgen und deren Fachverbände konsequent die Tatsache bestreiten, dass eine Ethnochirurgie einzig und allein dazu dient, eine „Verwestlichung des Körpers“ beim Individuum herbeizuführen, was durch die Feldforschung aufgezeigt werden konnte. Die Forschungsergebnisse haben auch das von den Schönheitschirurgen und deren Fachverbänden angewandte Rechtfertigungsnarrativ der „Bewahrung der Ethnie“ widerlegt. Ein ähnliches Verhalten der Schönheitschirurgen und deren Fachverbände, wie bei den Ethnochirurgien, zeigen sich auch beim Thema des Ethnic Surgery Tourism. Dabei wird der Ethnic Surgery Tourism im „globalen Süden“ diskreditiert, was sich auf das dort angebotene Qualitäts- und Qualifikationsniveau, also ganz konkret auf das Ergebnis einer dort durchgeführten Ethnochirurgie bezieht. Im Kontext des Ethnic Surgery Tourism im „globalen Süden“ wird sogar von einer Verbrauchertäuschung gesprochen, sodass die dortigen Destinationen pauschal stigmatisiert werden.

Für den Markt der ethnochirurgischen Körperbewirtschaftung konnte anhand von Beverly Hills aufgezeigt werden, dass in diesem Markt unzählige andere Anbieter von ästhetischer Medizin agieren und dadurch der Konkurrenzkampf weiter zunimmt. So offerieren in zunehmenden Maße die Gesichtschirurgen und Dermatologen ebenfalls chirurgische Eingriffe und nicht-chirurgische Eingriffe, wodurch das Einsatzgebiet des Schönheitschirurgen am Körper des Individuums immer weiter beschnitten wird, obwohl dieser aufgrund seiner Facharztausbildung zum plastischen Chirurgen den ganzen Körper bearbeiten darf. Zusätzlich befinden sich die in Beverly Hills praktizierenden Schönheitschirurgen in Konkurrenz mit den „Resident Clinics“ der Universitäten, die ebenfalls Ethnochirurgien für internationale nicht-kaukasische Patienten zu wesentlich geringeren Kosten offerieren. Weitere Konkurrenz für die Schönheitschirurgen existiert durch die Krankenhäuser in der Umgebung von Beverly Hills, die die internationalen nicht-kaukasischen Patienten als Patientenklientel für sich entdeckt haben und nun ebenfalls Ethnochirurgien anbieten.

Die Forschungsergebnisse machen auch deutlich, dass Schönheitschirurgen nicht mehr Mediziner im eigentlichen Sinne sind, sondern Unternehmer, die in ihrem Luxuskaufhaus, gemeint ist die Praxis, das Portfolio der ästhetischen Medizin mit dem dazu notwendigen Expertenwissen zum Kauf anbieten. Damit hat sich eine Transformation des Berufsethos der Schön-

heitschirurgen vom „Homo medicus“ zum „Homo oeconomicus“ vollzogen, was sich nachhaltig auf deren Habitus auswirkt. Unterstützt werden die Schönheitschirurgen in ihrer Unternehmertätigkeit dabei von den weiblichen Angestellten, die ebenfalls durch ihr äußeres Erscheinungsbild bei den Patienten eine verkaufsfördernde Wirkung erzeugen und bei den internationalen nicht-kaukasischen Patienten, sofern diese noch keine Ethnochirurgie haben machen lassen, die Rolle des „Kulturbotschafters“ einnehmen. Der Berufsethos hat sich auch deshalb verändert, da es sich um medizinische Eingriffe handelt, die beim Individuum ohne medizinische Indikation erfolgen und zugleich von diesem Individuum privat gezahlt werden, da es sich um medizinische Leistungen handelt, deren Kostenübernahme nicht im Rahmen wohlfahrtstaatlicher Leistungen für das Individuum gedeckt sind. Besonders deutlich wird diese Veränderung des Berufsethos, wenn man bedenkt, dass immer mehr Schönheitschirurgen ein Managementstudium mit dem Studienabschluss Master of Business Administration (MBA) absolviert haben. Das in diesem Studium angeeignete Wissen widerspricht den tradierten medizinethischen Grundlagen, da eine Profitmaximierung und Implementation standardisierter bzw. automatisierter Ablaufprozesse seitens der Schönheitschirurgen eingeleitet worden ist und somit eine Veränderung des Habitus des Schönheitschirurgen herbeigeführt wird. Dieses Management-Denken wird von den Schönheitschirurgen vor allem dazu angewandt, die „Overhead Kosten“ zu reduzieren, also die Betriebskosten in der Praxis des Schönheitschirurgen, die oftmals noch ein Medical Spa und ein ambulantes Chirurgiezentrum beinhalten, zu senken, um den Profit des Schönheitschirurgen zu steigern. Diese Reduzierung der Betriebskosten entfällt maßgeblich auf die Personalkosten und Mietkosten von Praxisräumen, sodass viele Praxen anstatt eines Anästhesisten, nun eine Nurse Anesthetist für chirurgische Eingriffe nutzen sowie Räume in der Praxis u.a. an andere Schönheitschirurgen untervermieten.

Dieser Übergang vom „Homo medicus“ zum „Homo oeconomicus“ zeigt sich auch darin, dass der Schönheitschirurg als Unternehmer seine Dienstleistungen bzw. sein Körperwissen käuflich anbietet und dieses nicht von Patienten, sondern von Konsumenten erworben wird. Diese Veränderung des Berufsethos wird zugleich noch durch die „Corporate Medicine“ verstärkt. Das Management-Denken wird auch daran deutlich, dass die Schönheitschirurgen versuchen, einen Standort- und Wettbewerbsvorteil gerade aufgrund der hohen Dichte von Schönheitschirurgen in Beverly Hills gegenüber anderen Schönheitschirurgen zu erzielen. Diesbezüglich adaptieren die Schönheitschirurgen zur Minimierung des unternehmerischen Risikos entsprechendes unternehmerisches Denken für den Praxisbetrieb und versuchen, einen möglichst hohen Patientendurchlauf zu haben und sich durch ein „Racial Profiling“ auf die Bedürfnisse der jeweiligen Patienten in Abhängigkeit von deren Ethnie auszurichten. Die Notwendigkeit eines solchen „Racial Profiling“ besteht, neben der Erhöhung der Patientenzufriedenheit,

auch in der Herstellung der Loyalität zu einem Schönheitschirurgen. Das „Racial Profiling“ ist somit als „Best Practice“ gerade im Umgang mit nicht-kaukasischen Patienten anzusehen.

Die internationalen nicht-kaukasischen Patienten sind Globetrotter, die für den demonstrativen Konsum die jeweiligen Destinationen des „globalen Nordens“ aufsuchen. Dabei verfügen diese Patienten über eine Routine, was die ethnochirurgische Körperbewirtschaftung betrifft. Auch unterscheiden sich diese Patienten in ihrem Habitus und ihren Bedürfnissen von den nationalen Patienten. So ist die ethnochirurgische Körperbewirtschaftung bei diesen Patienten ein „lebenslanges Projekt“, was neben neuen Ethnochirurgien auch immer wieder „Revision Cases“ miteinschließt, sodass die Investitionen in den Körper ein gesamtes Leben lang getätigt werden. Die Kosten spielen bei diesen internationalen nicht-kaukasischen Patienten überhaupt keine Rolle, es wird lediglich darauf geachtet, dass man das höchste Qualitätsniveau und eine entsprechende Patientensicherheit erhält, was in den USA der Fall ist.

Die internationalen nicht-kaukasischen Patienten bedienen sich an den Körperleitbildern von Celebrities, obwohl versucht wird, dieses zu bestreiten und als überholt darzustellen. Vielfach wird deshalb betont, dass diese Patienten ihren Körper nach eigenen Vorstellungen gestalten. Im Zuge der ethnochirurgischen Bewirtschaftung des Körpers bedienen sich die internationalen nicht-kaukasischen Patienten am gesamten Portfolio des Schönheitschirurgen. So haben sich auch bestimmte Ethnochirurgien herausgebildet, die ethnienpezifisch angewandt werden, wie die Augenlidchirurgie bei internationalen asiatischen Patienten. Dagegen werden andere Ethnochirurgien, wie die Brustvergrößerung, ethnienunabhängig durchgeführt. Zudem haben sich geschlechterspezifische Bereiche der ethnochirurgischen Körperbewirtschaftung ausgebildet. So konzentrieren sich die internationalen männlichen nicht-kaukasischen Patienten auf das Gesicht, wogegen die internationalen weiblichen nicht-kaukasischen Patienten, neben dem Gesicht, auch den Unterleib ethnochirurgisch bearbeiten. Zusätzlich werden bei den internationalen nicht-kaukasischen Patienten manche Ethnochirurgien altersspezifisch durchgeführt, was vor allem das Facelift im höheren Alter betrifft, während die Nasenoperation und die Brustvergrößerung in jüngeren Jahren durchgeführt werden.

Für den Verlaufsprozess der ethnochirurgischen Körperbewirtschaftung ist festzustellen, dass manche der internationalen nicht-kaukasischen Patienten diese Körperbewirtschaftung nicht selbst planen, sondern die Dienstleistungen der Plastic Surgery Consultants in Anspruch nehmen. Ein solcher Plastic Surgery Consultant begleitet den internationalen nicht-kaukasischen Patienten durch die drei Phasen der ethnochirurgischen Körperbewirtschaftung, wozu die Pre-OP-Phase, die Day-of-Surgery und die Post-OP-Phase gehören. In der Pre-OP-Phase erfolgt der Willensbildungs- und Entscheidungsprozess, wozu die Auswahl der Ethnochirurgie

und die Auswahl des Schönheitschirurgen gehören. Auch werden in dieser Phase alle notwendigen Planungen für den Aufenthalt in der Destination durchgeführt, u.a. die Hotel- und Flugbuchung, die Fahrdienstleistungen, die Modalitäten der Bezahlung, die eventuelle Hinzuziehung eines Dolmetschers, die Termine für die Konsultationen mit den Schönheitschirurgen, der Termin für die Ethnochirurgie und die Nachkontrolltermine. Ferner wird die postoperative Versorgung in einer Aftercare-Einrichtung oder mit einer Private Duty Nurse abgeklärt. Außerdem werden die medizinischen Dokumente beigebracht, die notwendigen Formalitäten bezüglich von Visa bzw. Einreisebestimmungen erledigt sowie der Patientenaufnahmebogen und die Einverständniserklärung ausgefüllt. Während der Konsultation mit dem Schönheitschirurgen werden die Vorstellungen des internationalen nicht-kaukasischen Patienten erörtert und es erfolgt eine Verbraucheraufklärung für die anstehende Ethnochirurgie.

Die ethnochirurgische Bewirtschaftung wird am Day-of-Surgery im ambulanten Chirurgiezentrum durch den Schönheitschirurgen und dessen OP-Team durchgeführt. Nachdem diese Ethnochirurgie gemacht worden ist, beginnt die Post-OP-Phase. Der internationale nicht-kaukasische Patient wird für die postoperative Versorgung vom ambulanten Chirurgiezentrum per Fahrer und in Begleitung einer Krankenschwester in eine Aftercare-Einrichtung oder in eines der dortigen Luxushotels gebracht. In der Post-OP-Phase erfolgen die Nachkontrolltermine in der Praxis des Schönheitschirurgen. Dorthin wird der Patient wiederum per Fahrer aus der Aftercare-Einrichtung oder aus dem Luxushotel gebracht. Die Dauer der postoperativen Versorgung steht in Abhängigkeit von der Ethnochirurgie.

Die Motive der internationalen nicht-kaukasischen Patienten sind äußerst vielfältig. So geht es, neben der Optimierung und Herstellung von physischer Attraktivität, auch um die Wiederherstellung von Jugendlichkeit. Auch wird die ethnochirurgische Körperbewirtschaftung aus rationalen Erwägungen als Motiv genutzt, da diese Körperbewirtschaftungspraxis effektiver und effizienter als andere Körperbewirtschaftungspraxen ist. Weitere Motive sind die neuen Kommunikationstechnologien, der Kampf gegen den Alterungsprozess, die Herstellung von Wohlbefinden, die Herstellung eines femininen Körpers und der soziale Status, der eine solche Ethnochirurgie erforderlich macht. Andere Motive sind die Peer Pressure, die Distinktion über den Körper und die Verbesserung der Chancen auf dem Partnermarkt. Daneben werden von den internationalen nicht-kaukasischen Patienten auch geschlechterspezifische Motive angeführt, wie die Herstellung des schönen Körpers nach Schwangerschaften. Des Weiteren existieren ethnien-spezifische Motive, wie bei den internationalen arabischen Patienten, wo aufgrund einer unausgeglichene Work-Life-Balance die Ethnochirurgie die einzige Möglichkeit einer Körperbewirtschaftung darstellt und das Motiv der ethnochirurgischen und geschlechterspezifischen Körperbewirtschaftung als Freizeitbeschäftigung bei internationalen arabischen

weiblichen Patienten auftritt. Ein weiteres Motiv ist der Wunsch nach vollkommener Unnatürlichkeit, der von den internationalen asiatischen Patienten genannt wird.

Zusätzlich zu diesen Motiven sind die soziokulturellen Faktoren zu berücksichtigen, wozu der „Strukturwandel der Körperlichkeit“ und die Honorierung der ethnochirurgischen Körperbewirtschaftung durch die Gesellschaft gehören. Ein soziokultureller Faktor ist auch das Nicht-Vorhandensein einer bestimmten Körperanatomie, worauf die Augenlidchirurgie bei den internationalen asiatischen Patienten hinweist und es sich damit um einen ethnien-spezifischen soziokulturellen Faktor handelt. Des Weiteren ist ein soziokultureller Faktor das gesellschaftliche Klassifikationssystem nach Hautfarben. Weiterhin gehören zu den soziokulturellen Faktoren die kulturraumspezifische Bewertung von Ethnochirurgien, also die Akzeptanz bzw. die Normalisierung der ethnochirurgischen Körperbewirtschaftung. Ebenfalls existieren geschlechterspezifische soziokulturelle Faktoren, wie der „Strukturwandel der Geschlechterverhältnisse“ deutlich macht. Außerdem gibt es den geschlechterspezifischen wie auch ethnien-spezifischen soziokulturellen Faktor bei den internationalen arabischen Patienten, wo sich die Frau dem Patriarchat des Manns unterwirft. Allerdings sind die ethnochirurgischen Eingriffe bei den internationalen weiblichen nicht-kaukasischen Patienten ein Anzeichen für ein verändertes Frauenbild, das die Selbstermächtigung über den Körper zugleich für eine Befreiung vom Patriarchat nutzt. So verhelfen die ethnochirurgischen Eingriffe zu Emanzipation und Empowerment, was eine Durchbrechung der männlichen Machtssphäre nach sich zieht. Einen besonderen ethnien-spezifischen soziokulturellen Faktor stellt bei den internationalen asiatischen Patienten auch die Reinheit der „Rasse“ dar, sodass keine interkulturellen Beziehungen, u.a im Rahmen von Mischehen, gewünscht sind. Der wohl relevanteste soziokulturelle Faktor ist der Wunsch nach Verwestlichung und die damit verbundene Entethnisierung. Jedoch steht dieser soziokulturelle Faktor der Verwestlichung in der Kritik und es wird stattdessen von der „Bewahrung der Ethnie“ im Zuge der ethnochirurgischen Optimierung der Körperanatomie gesprochen. Für den soziokulturellen Faktor der Verwestlichung ist zu bedenken, dass die internationalen nicht-kaukasischen Patienten und deren ethnochirurgische Körperbewirtschaftung in Abhängigkeit von den Schönheitschirurgen stehen. Schließlich entscheiden die Schönheitschirurgen darüber, ob diese die Ethnochirurgie durchführen und welche Dimensionen der ethnochirurgischen Körperbewirtschaftung, gerade vor dem Aspekt der Verwestlichung, erreicht werden. So existieren unterschiedliche Dimensionen der Verwestlichung bei den internationalen nicht-kaukasischen Patienten, wobei die Asiaten die größtmögliche Verwestlichung präferieren, gefolgt von den Hispanics und Latinos, den Arabern sowie den Afrikanern. Gerade dieser soziokulturelle Faktor der Verwestlichung verweist auf die Existenz des Ethnozentrismus bei

der Ethnochirurgie. Ein besonders interessanter soziokultureller Faktor ist bei den internationalen arabischen Patienten und bei den internationalen Patienten der Hispanics und Latinos auszumachen, da diese keine Präferenz für andere Körperbewirtschaftungspraxen haben, sondern ganz bewusst ausschließlich die Ethnochirurgie nutzen.

So kann die ethnochirurgische Körperbewirtschaftung bei den internationalen asiatischen Patienten dazu führen, dass das Individuum keinerlei Ähnlichkeit mehr mit den Bildern in dessen amtlichen Dokumenten besitzt und weitere Dokumente zur Identitätsfeststellung erforderlich sind. Vielfach sind die Schönheitschirurgen jedoch bereit, sämtliche Wünsche der internationalen nicht-kaukasischen Patienten zu erfüllen, auch wenn diese medizinisch bedenklich sind. Auch zeigen einige der Schönheitschirurgen den internationalen nicht-kaukasischen Patienten vollkommen unrealistische Ergebnisse, die diese mittels der Imaging-Technologie generieren. Diesbezüglich ist zu bedenken, dass manche der internationalen nicht-kaukasischen Patienten keine Verbraucheraufklärung für das Thema Ethnochirurgie haben, was dazu führt, dass diese anderweitige Auswahlkriterien bei der Wahl des Schönheitschirurgen zugrunde legen und vielfach den Schönheitschirurgen auswählen, der eine hohe Medienpräsenz besitzt. Zudem haben manche dieser Patienten keine Verfügungsgewalt über den eigenen Körper, was die Entscheidung für die ethnochirurgische Körperbewirtschaftung betrifft, sodass dieses durch andere Personen erfolgt.

Die internationalen nicht-kaukasischen Patienten verfallen vielfach dem Schönheitsterror der Medien und dem Handlungsimperativ der ethnochirurgischen Körperbewirtschaftung, sodass daraus ein Selbstzwang wird, über einen makellos perfekten Körper zu verfügen. Davon sind vor allem Frauen betroffen. Diese verkennen oftmals, dass die Bilder in den Massenmedien nicht der Realität entsprechen, sondern diese Bilder eine digitale Nachbearbeitung erfahren haben und damit Fake sind. Auch ist es schier unmöglich, den jeweiligen Trends bei Körpern und Schönheitsidealen zu folgen. Daraus ergibt sich vielfach eine Sucht nach Ethnochirurgien, die dadurch fortbesteht, dass diese Individuen niemals das gewünschte Ergebnis erhalten, sondern die Unzufriedenheit mit dem Körper und dessen physischem Erscheinungsbild fortbesteht. Dabei ist ein Entkommen aus dieser Sucht oftmals aussichtslos, da bereits schon eine Ethnochirurgie diese Sucht auslösen kann.

Dieses Suchtverhalten nach Ethnochirurgien steht oftmals in Verbindung mit der Medikamentensucht. Um an bestimmte verschreibungspflichtige Medikamente zu gelangen, lassen die betroffenen Individuen dann die Ethnochirurgie durchführen. Eine Präventionsmaßnahme bei der Sucht nach Ethnochirurgien ist, dass der jeweilige Patient zu einer realistischen Erwartungshaltung gelangt und damit der Wunsch nach dem makellos perfekten Körper nicht weiter existiert. Schließlich geht es darum, dass der Patient keine Enttäuschung erlebt, wenn dieser

das Ergebnis der Ethnochirurgie betrachtet. Eine andere Präventionsmaßnahme ist, dass die Schönheitschirurgen keine Ethnochirurgien bei Patienten durchführen, die bereits etliche Ethnochirurgien haben durchführen lassen. In besonders schlimmen Fällen kann die Sucht nach Ethnochirurgien in den Selbstmord führen. Damit wird nochmals deutlich, dass die Schönheitschirurgen wesentlich stärker den psychologischen Zustand der Patienten berücksichtigen müssen, gerade vor dem Hintergrund, dass manche der Patienten an der Dymorphophobie leiden, was jedoch aufgrund des neuen Habitus, des „Homo oeconomicus“, der Schönheitschirurgen vernachlässigt wird.

Zusammenfassend ist zu den Forschungsergebnissen zu sagen, dass in der gegenwärtigen Gesellschaft das körperliche Kapital wichtiger ist als die übrigen Kapitalsorten und zur Erhaltung und Optimierung dieses körperlichen Kapitals ethnochirurgische Masterpläne zur Bewirtschaftung des Körpers existieren. Ebenso konnte anhand der Forschungsergebnisse nachgewiesen werden, dass bei den nicht-kaukasischen internationalen Patienten geschlechter-spezifische wie auch ethnienspezifische Unterschiede bestehen, die neben der Strukturkategorie Geschlecht auch auf die Strukturkategorie Ethnie sowie auf die Strukturkategorie Körper zurückzuführen sind. Außerdem ist zu konstatieren, dass die globalen Eliten dasselbe Körperleitbild und damit dieselben Schönheitsideale präferieren, sodass die privilegierende Exklusivität bei diesen Individuen vielfach auch durch den Körper erfolgt. Des Weiteren haben die Medien und die Globalisierung die Homogenität von Schönheitsidealen manifestiert und damit die Diversität von Schönheitsidealen und die dazugehörigen Körperleitbilder überlagert.

7.2 Die Konzepte „Body Shopping“ und Body Privilege“ als Erklärung für die ethnochirurgische Körperbewirtschaftung

Die Forschungsergebnisse lassen sich anhand der Konzepte des „Body Shopping“ von Dickenson (2009) und des „Body Privilege“ von Kwan (2010) erklären. So erfolgt der Zusammenfall dieser beiden Konzepte bei der globalen ethnochirurgischen Körperbewirtschaftung in der Destination Beverly Hills. Die globale Bewirtschaftung des Körpers mittels Ethnochirurgie stellt nach Dickenson (2009) eine Erscheinungsform des „Body Shopping“ dar, da es sich um eine Materialisierung des Körpers handelt (vgl. Dickenson 2009: 1). Daneben dient der Begriff „Body Shopping“ als ein Catch-all-Begriff für die globalen Körpermärkte, in denen der Körper durch die jeweiligen medizinischen Experten arbeitsteilig bewirtschaftet wird bzw. die entsprechenden Ersatzteile im Sinne der Optimierung, wie auch Instandhaltung, für den Körper durch das jeweilige Individuum käuflich erworben werden können (vgl. Dickenson 2009: viif.). In

diesem globalen Körpermarkt für Ethnochirurgien existieren Push-Faktoren und Pull-Faktoren, die die Patienten und die Anbieter ästhetischer Medizin gleichermaßen betreffen, sodass es sich um eine Migration im Verständnis von Lee (1966) handelt (vgl. Lee 1966: 47-57). Damit beinhaltet das „Body Shopping“ zum Zwecke der ethnochirurgischen Körperbewirtschaftung, welches in der Arbeit von Dickenson (2009) beschrieben wird, die Patientennmigration einerseits und die Arbeitsmigration andererseits.

Innerhalb dieses globalen Körpermarkts entfällt der größte Marktanteil auf Schönheitsoperationen (vgl. Dickenson 2009: 134). Dieser von Dickenson (2009) geprägte Begriff des „Body Shoppings“ verweist somit auf die globale Dimension der Bewirtschaftung des Körpers, also dem Objektcharakter des Körpers und konzentriert sich auf die Vielfalt an Bewirtschaftungsmaßnahmen, die an unterschiedlichen Destinationen angeboten werden und an denen sich der Träger des Körpers bedienen kann (vgl. Dickenson 2009: viff.). Im Rahmen der globalen Bewirtschaftung des Körpers existieren bestimmte Rundum-sorglos-Pakete, die den potenziellen Patienten offeriert werden, sodass diese Patienten aus unterschiedlichen Destinationen mit jeweils unterschiedlichem touristischen Potential wählen können (vgl. Dickenson 2009: 133). Bezüglich dieser Rundum-sorglos-Pakete bedienen sich die Anbieter solcher Angebote der Grundlagen des „Body Shopping“ (vgl. Dickenson 2009: 133). Die Inanspruchnahme solcher Rundum-sorglos-Pakete bzw. allgemein die Ethnochirurgie außerhalb des Herkunftslands durchführen zu lassen, birgt nicht nur entsprechende Risiken für den Patienten, sondern auch für das jeweilige Herkunftsland des Patienten (vgl. Dickenson 2009: 133f.). Bei diesen Risiken handelt es sich beim Patienten um sogenannte „Botched Surgeries“, die eine entsprechende Nachoperation erforderlich machen, wodurch die Herkunftsländer dieser Patienten oftmals zusätzliche Finanzmittel aufwenden müssen, da diese Nachoperation über das staatlich finanzierte Gesundheitssystem abgegolten werden (vgl. Dickenson 2009: 133f.).

Die Objektifizierung und „Kommodifizierung des Körpers“ im Rahmen des „Body Shopping“ bei Ethnochirurgien zeigt sich auch daran, dass jeder Schönheitschirurg seinen eigenen Operationsstil hat, der auf den zu bearbeitenden Körper angewandt wird (vgl. Dickenson 2009: 135). Ebenfalls ist bei dieser Form des „Body Shopping“ zu berücksichtigen, dass dieser Bewirtschaftungspraxis die Medikalisierung zugrunde liegt (vgl. Dickenson 2009: 135). Das „Body Shopping“ von Ethnochirurgien ist eine geschlechterspezifische Angelegenheit, die fast ausschließlich vom weiblichen Geschlecht betrieben wird, sodass das männliche Geschlecht eine Minderheit bei dieser Erscheinungsform des „Body Shopping“ darstellt (vgl. Dickenson 2009: 136). Dabei enthält diese Form des „Body Shopping“ auch eine psychologische Komponente, die die Identität des Individuums betrifft (vgl. Dickenson 2009: 136). Zudem ist bei dieser Form des „Body Shopping“ noch zu bedenken, dass die jeweiligen Individuen sich in einem

Teufelskreis befinden, der sich auf die immer neue Herstellung des perfekten Körpers konzentriert (vgl. Dickenson 2009: 136). Diesbezüglich wird deutlich, dass die Ethnochirurgie und die damit verbundene Bewirtschaftung des Körpers einen Identitätsfindungsprozess darstellen und die Ethnochirurgie eine Orientierungshilfe im Sinne der Hilfe zur Selbsthilfe bedeutet (vgl. Dickenson 2009: 137).

Im Zuge des „Body Shopping“ bei Ethnochirurgien hat sich ein „Standardkörper“ herausgebildet, der sich an den kaukasischen Körpermerkmalen von Celebrities orientiert, sodass sich die Diversität von Körpern zu einer Monokultur von Körpern wandelt (vgl. Dickenson 2009: 136). Diese Standardisierung von Körpern erfolgt durch die massenmediale Verbreitung der entsprechenden kaukasischen Körperleitbilder, durch Schönheitswettbewerbe sowie durch die „Pornografisierung der Gesellschaft“, also die Transformation der Pornografie von der Subkultur zur Massenkultur mitsamt der Adaption pornografischer Stilelemente durch die Gesellschaft (vgl. Bröskamp 2006: 239; Dickenson 2009: 136; Schuegraf/Tillmann 2012: 10). Diese Entindividualisierung und Entethnisierung ist das Machwerk amerikanischer Schönheitschirurgen, deren Operationsstil einem „one-size-fits-all“ gleicht, sodass die individuelle Physiognomie von deren Patienten beseitigt wird (vgl. Dickenson 2009: 136).

Abschließend ist für das „Body Shopping“ für Ethnochirurgien festzuhalten, dass in diesem Körpermarkt die Dichotomie aus konformen versus non-konformen Körpern existiert, wobei die Herstellung des konformen Körpers aufgrund der sich zeitgeschichtlich permanent verändernden Schönheitsideale als Utopie erweist (vgl. Dickenson 2009: 150). Diese Diskontinuität der Schönheitsideale und der damit anfallenden ethnochirurgischen Anpassung des Körpers an diese Schönheitsideale dient dem Geschäftsmodell der Schönheitschirurgen (vgl. Dickenson 2009: 160).

Der Begriff „Body Privilege“ von Kwan (2010) steht dabei in Anlehnung an den Begriff „White Privilege“ von McIntosh (2008) (vgl. Kwan 2010: 145). So betont McIntosh (2008) die Hegemonie der Kaukasier, woraus sich die soziale Ungleichheit in Abhängigkeit von der ethnischen Zugehörigkeit ergibt (vgl. McIntosh 2008: 123-127). Von dieser Hegemonie des „Weißseins“ und den daraus abzuleitenden privilegierenden Exklusivitäten profitieren nur die Kaukasier, da die nicht-kaukasischen Ethnien systematisch ausgeschlossen bzw. benachteiligt werden (vgl. McIntosh 2008: 123). Der von Kwan (2010) angewandte Begriff „Body Privilege“ hat ebenso inhaltliche Anknüpfungspunkte an den Begriff „Rassismus“, wie dieser von Teo (1995) definiert ist und auch an den Begriff Ethnozentrismus, der in den Arbeiten von Levine/Campbell (1972) und Sumner (1940) beschrieben wird. Bei den geschlechterspezifischen Körperleitbildern besteht eine hegemoniale Vormachtstellung des kaukasischen Körpers (vgl. Kwan 2010: 144). Dabei symbolisiert dieser makellos perfekte Körper zugleich die Übermacht

der Ethnie der Kaukasier, wodurch sich ein Über- und Unterordnungsverhältnis zu anderen Ethnien und deren Körpern ergibt (vgl. Kwan 2010: 144f.). Um den makellos perfekten Körper herzustellen, bedarf es mannighafter Körperbewirtschaftungspraxen, wobei diesbezüglich eine geschlechterspezifische Ungleichheit vorliegt, da überwiegend Frauen eine Bewirtschaftung des Körpers durchführen lassen, was jedoch nicht zu deren Empowerment, sondern zu deren Viktimisierung beiträgt (vgl. Kwan 2010: 144f.). Diesen beiden Lesarten und Deutungsmuster des „Body Privilege“ zwischen Selbstermächtigung und Selbstunterwerfung liegt dabei dieselbe Tatsache zugrunde, nämlich die Verringerung der Körpervielfalt mittels entsprechender Körperbewirtschaftungspraxen und somit die Transformation von der Diversität der Körper zur Uniformität der Körper herbeizuführen (vgl. Kwan 2010: 159).

Im Kontext des „Body Privilege“ sind die nicht-kaukasischen Ethnien Betroffene, da deren Körper als „Fremdkörper“ in der Gesellschaft betrachtet wird und der Träger eines solchen sozial abweichenden Körpers der Stigmatisierung ausgesetzt ist (vgl. Kwan 2010: 145ff.). Dagegen erfährt der Träger eines kaukasischen Körpers keine Stigmatisierung, da in der Gesellschaft eine Körperordnung existiert, in der der kaukasische Körper dem nicht-kaukasischen Körper übergeordnet ist und somit die nicht-kaukasischen Ethnien aufgrund ihres Körpers keine privilegierende Exklusivität erfahren und dadurch vom „Body Privilege“ ausgeschlossen sind (vgl. Kwan 2010: 145ff.). Somit wird deutlich, dass sich über den Körper bzw. die Körperanatomie und deren ethnische Zuschreibung die soziale Ungleichheit ergibt (vgl. Kwan 2010: 145ff.). Ebenso dient das physische Erscheinungsbild des Körpers dazu, dass sich die soziale Ungleichheit über den äußeren Zustand des Körpers vollzieht, sodass der Körper die wirkungsmächtigste Strukturkategorie der Gesellschaft ist (vgl. Kwan 2010: 146f.). Zur Aufrechterhaltung dieser beschriebenen gesellschaftlichen Körperordnung trägt maßgeblich das massenmediale Bombardement des kaukasischen Körpers und dem dazugehörigen Körperleitbild bei, wodurch das Individuum in Abhängigkeit von dessen physischem Erscheinungsbild dementsprechend Inklusions- oder Exklusionsprozessen ausgesetzt ist (vgl. Kwan 2010: 147).

Es ist vor allem die im „Body Privilege“ zum Ausdruck gebrachte Minderwertigkeit des nicht-kaukasischen Körpers, die die Grundlage der Körperbewirtschaftung bildet, da das Individuum zur Erkenntnis gelangt, über einen „Fremdkörper“ zu verfügen (vgl. Kwan 2010: 150). Dieser Sachverhalt wird mit dem von Kwan (2010) gebrauchten Begriff „Body Consciousness“ erfasst, worunter die Selbsterkenntnis beim Individuum verstanden wird, dass dessen Körper vom Schönheitsideal abweicht und somit das physische Erscheinungsbild einen Widerspruch zum gesellschaftskonformen Körperleitbild darstellt (vgl. Kwan 2010: 150). Dieser Widerspruch des physischen Erscheinungsbilds des Körpers und dass das Individuum über einen so-

zial abweichenden Körper verfügt, bildet die Grundlage dafür, dass beim Individuum das Handlungsimperativ der Körperbewirtschaftung bzw. des „Body Management“ auftritt, wobei der von Kwan (2010) eingeführte Begriff der Körperbewirtschaftung bzw. des „Body Management“ zwei Erscheinungsformen hat (vgl. Kwan 2010: 150). So kann das Individuum einerseits die Körperbewirtschaftung bzw. das „Body Management“ durchführen, was sich auf der physischen Ebene, also am äußeren Körper, vollzieht und andererseits eine Körperbewirtschaftung bzw. das „Body Management“ vornehmen, was sich auf den inneren Körper, also auf die psychische Ebene konzentriert (vgl. Kwan 2010: 151). In Bezug auf den Zustand des Körpers ist das Individuum letztendlich selbst verantwortlich (vgl. Kwan 2010: 152).

Die Körperbewirtschaftung zielt auf die Physis und die Psyche des Individuums ab, wobei es darum geht, den gesellschaftlichen Angstraum der Körperlichkeit seitens des Individuums zu überwinden (vgl. Kwan 2010: 151). Vordergründiges Ziel ist es, sich vom sozial abweichenden Körper zu entledigen und dadurch, neben der Entstigmatisierung, vor allem eine partizipative Teilhabe an den privilegierenden Exklusivitäten der Gesellschaft im Sinne der Inklusion zu erreichen (vgl. Kwan 2010: 151). Damit zeigt sich, dass der Zugang zur Gesellschaft nur noch über den Körper bzw. die Körperanatomie und dessen physischem Erscheinungsbild erfolgt (vgl. Kwan 2010: 151). Die Körperbewirtschaftung erfolgt damit bei den nicht-kaukasischen Ethnien ausschließlich vor dem Hintergrund, einen Körper zu besitzen bzw. herzustellen, der es dessen Träger ermöglicht, am „Body Privilege“ zu partizipieren (vgl. Kwan 2010: 152). Dieses erfolgt bei den nicht-kaukasischen Ethnien mit einer absoluten Konsequenz, was die Disziplinierung und Normierung des Körpers betreffen (vgl. Kwan 2010: 152).

Abschließend lässt sich für das „Body Privilege“ konstatieren, dass sich daran die geschlechter- und ethnien-spezifische soziale Ungleichheit über den Körper abbildet (vgl. Kwan 2010: 160). Diesbezüglich wird ersichtlich, dass die Bewirtschaftung des Körpers und dass sich daraus ergebende „Body Privilege“ von den individuellen Verfügungsmitteln und somit von der Klassenzugehörigkeit des Individuums abhängig ist, sodass die Herstellung des „Body Privilege“, also die Transformation des sozial abweichenden Körpers aus individueller Sicht, eine kosten-, arbeits- und zeitintensive Körperbewirtschaftung darstellt (vgl. Kwan 2010: 160). Ebenfalls ist für das „Body Privilege“ festzustellen, dass für das Individuum die Grundvoraussetzung der Entstigmatisierung ein gesellschaftskonformer Körper ist, sodass der Körper, bzw. dessen physisches Erscheinungsbild, keine Angriffsfläche zu Zwecken der Stigmatisierung und Exklusion mehr bietet (vgl. Kwan 2010: 160). Schließlich ist für das „Body Privilege“ noch zu bemerken, dass die Entstehung und Entwicklung, wie auch die Rahmenbedingungen dieses Klassifikationssystems, einer Körperordnung mitsamt dem Handlungsimperativ zur Körperbe-

wirtschaftung für Individuen mit sozial abweichenden Körpern aus soziokulturellen Einflussfaktoren heraus erfolgt (vgl. Kwan 2010: 161). So basieren die gesellschaftlichen Macht- und Herrschaftsverhältnisse auf dem „Body Privilege“, woraus sich für das Individuum mit einem nicht gesellschaftskonformen Körper eine Chancenungleichheit ergibt (vgl. Kwan 2010: 161).

Zusammenfassend besteht für die Forschungsergebnisse die Verbindung des „Body Shopping“ zum „Body Privilege“ darin, dass die Ethnochirurgie durch Eliminierung stigmatisierender Körperanatomie zum „Body Privilege“ beiträgt, indem der natürliche Körper des nicht-kaukasischen Individuums in einen künstlichen Körper überführt wird, der es diesem Individuum ermöglicht, sein Körperkapital einzusetzen, wozu dieser im Rahmen des „Body Shopping“ das Angebot für Ethnochirurgien auf dem globalen Körpermarkt nutzt. Die Synthese des Konzepts des „Body Privilege“ und des „Body Shopping“ erfolgt in der Sozialfigur des „Patient Shopper“, der den Konsum von Ethnochirurgien zum Zwecke des „Weißseins“ mitsamt den damit verbundenen Privilegien durchführt.

7.3 Die Hegemonie des „weißen“ Körpers auf dem globalen Körpermarkt

Die Forschungsergebnisse lassen erkennen, dass das Geschäftsmodell der Schönheitschirurgen einen Bezug zum Konzept der „McDonaldisierung“ von Ritzer (1995) hat. Diese „McDonaldisierung“ wird u.a. durch den „Surgical Guide“ für Patienten, die Checklisten im ambulanten Chirurgiezentrum und in der Praxis, den jeweiligen Praxisstrukturen, den Einsatz von Computern und Softwareprogrammen zum Praxismanagement deutlich. Mit dieser „McDonaldisierung“ geht eine Rationalisierung wie auch eine Standardisierung der Körperbewirtschaftung einher, was dazu führt, dass die Ethnochirurgie Körper hervorbringt, die über dieselben physiognomischen Eigenschaften verfügen.

Für die Körper-, Medizin- und Konsumsoziologie, die den theoretischen Rahmen bilden, liefern die Forschungsergebnisse die Erkenntnis, dass mittels der körpersoziologischen Theoretiker Bourdieu (1994, 2005), Elias (1994, 1997), Foucault (1994, 2012), Goffman (2003, 2008) und Hakim (2011), des medizinsoziologischen Theoretikers Kettner (2006) und des konsumsoziologischen Theoretikers Veblen (2011) das Geschäftsmodell der medizinischen Körperbewirtschaftung mittels Ethnochirurgie erschlossen werden kann.

So sind die theoretischen Arbeiten aus der Körpersoziologie von Bourdieu (1994, 2005), Elias (1994, 1997), Foucault (1994, 2012), Goffman (2003, 2008) und Hakim (2011) vor allem auf die internationalen nicht-kaukasischen Patienten zu beziehen. Diese Theoretiker tragen zum

Verständnis der Patientenbiographie bei und der gesamte Prozess der ethnochirurgischen Körperbewirtschaftung lässt sich somit rekonstruieren. Der besondere Stellenwert des Körpers bei dieser Patientenklientel, gerade hinsichtlich der Tatsache, dass das Körperkapital die bedeutendste Kapitalsorte ist, wird vor allem durch die Arbeiten von Bourdieu (1994, 2005) und Hakim (2011) erfasst. Auf die Universalisierung, Normierung und Disziplinierung der Körper der internationalen nicht-kaukasischen Patienten sind die Arbeiten von Elias (1994, 1997), Foucault (1994, 2012) und Goffman (2003, 2008) zu beziehen. Ebenso lässt sich die globale Vormachtstellung von Beverly Hills als Destination für die ethnochirurgische Körperbewirtschaftung und der sich dort zeitgeschichtlich etablierte Körpermarkt, der distinguierte Körper hervorbringt, durch die Arbeiten von Bourdieu (1994) und Elias (1994, 1997) verstehen. Des Weiteren ist die konsumsoziologische Arbeit von Veblen (2011) auf die Forschungsergebnisse zu beziehen, da hierdurch das Patientenverhalten zu erklären ist, gerade vor dem Aspekt, dass durch den Konsum von Ethnochirurgien eine Distinktion über den Körper hergestellt wird. Zudem erfasst die Abhandlung von Veblen (2011) das Geschäftsmodell der Schönheitschirurgen, da diese den Körper zu einem Konsumobjekt gemacht haben, mit dem sich eine entsprechende Distinktion erzielen lässt. Die medizinsoziologische Arbeit von Kettner (2006) hat einen Bezug zu den Forschungsergebnissen, da hierdurch die praktische Umsetzung des Konzepts der „wunscherfüllenden Medizin“ anhand der in Beverly Hills tätigen Schönheitschirurgen aufgezeigt wird. So lässt sich mittels der Arbeit von Kettner (2006) die Professionalisierung und Spezialisierung der Schönheitschirurgen, deren Transformation bezüglich deren Berufsethos sowie die Ökonomisierung und Medizinisierung in deren Geschäftsmodell erfassen. Mithilfe dieser Theoretiker der jeweiligen speziellen Soziologie bzw. im Allgemeinen durch diese speziellen Soziologien ist es somit möglich, die ethnochirurgische Körperbewirtschaftung aus der Perspektive von Patienten und aus der Perspektive von Schönheitschirurgen abzubilden und darzulegen, dass sich die prioritären Investitionsmaßnahmen auf den Körper konzentrieren.

Zudem liefern die Forschungsergebnisse für die Critical Whiteness Studies und für die Postcolonial Studies wichtige Erkenntnisse, auch wenn dieser Forschungsansatz nicht die Grundlage und damit die theoretische Rahmensetzung bildete. Zudem wird anhand der Forschungsergebnisse deutlich, dass der gewählte theoretische Rahmen der Körper-, Konsum- und Medizinsoziologie nicht ausreicht, um das Thema zu erfassen, sodass die Critical Whiteness Studies u.a durch die Arbeiten von Amesberger/Halbmayer (2008), Tißberger (2016) und Wollrad (2005) und die Postcolonial Studies u.a. durch die Arbeit von Ashcroft/Griffiths/Tiffin (2007) miteinbezogen werden müssen. So ist der Körper ganz offenbar immun gegenüber der Hybridität und es gibt am Körper keine Glokalisierung, da die Ethnochirurgie keine „glokalierten Körper“ im Sinne von Bröskamp (2006), sondern „globalisierte Körper“ im Sinne von

Gilman (2008b) hervorbringt. Stattdessen zeigen sich eine Hegemonie des „Weißseins“, eine „weiße“ Identitätspolitik und eine Globalisierung des „Weißseins“. Es geht um die „weiße“ Schönheit, welche den Minoritäten, womit Angehörige der nicht-Kaukasischen Ethnien gemeint sind, aufgezwungen wird. Ein solches System ist kritisch zu hinterfragen, wenn Menschen sich operieren lassen, um „weiß“ zu sein. Bei der medizinischen Körperbewirtschaftung gibt es keine Körperhybridität, wogegen es in anderen Bereichen eine Kulturhybridität gibt. Der Körper bleibt damit von der Hybridität ausgenommen und es existiert eine hegemoniale Schönheit des „Weißen“, was sich auch daran zeigt, dass die Schönheitschirurgen in ihrem Portfolio nur „weiße“ Körper anbieten. Zudem wird dadurch in dieser Arbeit Rassismus benannt und aufgedeckt, da der „weiße“ Körper der Kaukasier eine hegemoniale Vormachtstellung gegenüber dem „nicht-weißen“ Körper der Nicht-Kaukasier besitzt und die Schönheit ausschließlich „weiß“ ist. Diese Hegemonie und Macht des „Weißseins“, die eine Erscheinungsform des Rassismus darstellen und wie die Forschungsergebnisse verdeutlichen, lässt sich mittels der Abhandlungen der Theoretiker wie Michel Foucault, Pierre Bourdieu und Erving Goffman belegen, da diese jeweils Theorien der Macht entwickelt haben. Insbesondere ist die Theorie von Stuart Hall, die auf den schriftlichen Abhandlungen von Antonio Gramsci zum Thema Hegemonie rekurrieren, auf den Forschungsgegenstand zu beziehen, weil so der Aspekt der Hegemonie des „Weißseins“ anhand der Forschungsergebnisse erschlossen wird (vgl. Forgacs 2000; Hall 1986, 1994). Im Kontext des „Weißseins“ und der Verwestlichung ist auch immer der Aspekt der Ästhetik zu berücksichtigen (vgl. Welsch 2017). Ebenso ist diesbezüglich auch immer der Aspekt der Schönheit miteinzubeziehen (vgl. Liessmann 2009; Menninghaus 2007; Renz 2007). Um diese Thematik des „Weißseins“ zu erschließen, ist es auch hilfreich, sich mit der Thematik des „Schwarzseins“ zu beschäftigen, wie dies in der Arbeit von Fanon (2008) erfolgt.

Anhand der Forschungsergebnisse lässt sich aufzeigen, dass zur Komplettierung des „Weißseins“ und der totalen „Verwestlichung des Körpers“ es, neben der Ethnochirurgie, auch noch der Hautaufhellung bedarf (vgl. Blay 2011: 4-37; Hunter 2011: 142-158). Ebenso ist für das „Weißsein“ die ästhetische Zahnmedizin notwendig, um „weiße Zähne“ zu erhalten (vgl. Enders 2009: 30f.; Karrer 2002: 515-524; Karrer 2005: 71-76). Diesbezüglich haben sich die Zahnmediziner auf die Herstellung des kaukasischen Schönheitsideals bei Zähnen spezialisiert (vgl. Groß 2009: 103-119; Maio 2009: 47-51).

7.4 Anknüpfungspunkte der Ethnochirurgie in der sozialwissenschaftlichen Forschung

Die Forschungsergebnisse verdeutlichen zusätzlich die Bandbreite und die Anknüpfungspunkte, die das Thema Ethnochirurgie in der sozialwissenschaftlichen Forschung bietet und verweisen auf die Bedeutung des Körpers als eine Strukturkategorie der Gesellschaft. Dieses gilt für die Bereiche der Transnationalität sozialer Ungleichheit, der Migrationssoziologie, der Forschung zu „Rasse“, der Tourismussoziologie und der Forschung zur Weltgesellschaft, so dass sich der Körper als Forschungsgegenstand in den Sozialwissenschaften manifestiert. Für die Transnationalität der sozialen Ungleichheit bedeutet dies, dass sich aufgrund der unterschiedlichen Qualität der Ergebnisse von Ethnochirurgien und des Qualifikationsniveaus von Schönheitschirurgen sowie anderen Anbietern von Ethnochirurgien eine neue globale soziale Ordnung ergibt, die sich über das physische Erscheinungsbild des Körpers vollzieht. Die Arbeiten von Beck (2008), Pries (2008), Stichweh (2016) und Weiß (2017) zur Transnationalität sozialer Ungleichheit liefern die Grundlagen, um die Ethnochirurgie in diesem Kontext zu betrachten. Darauf deutet auch die Arbeit von Rosar/Klein/Hagenah (2014) hin, die die soziale Ungleichheit anhand der physischen Attraktivität darstellen. Zusätzlich ist die Arbeit von Koppetsch (2000) in diesem Kontext der sozialen Ungleichheit miteinzubeziehen und es ist auch zu hinterfragen, ob die geschlechterspezifische soziale Ungleichheit bei der physischen Attraktivität, wie diese bei Sieverding (1993) beschrieben wird, noch existiert oder ob diese soziale Ungleichheit inzwischen geschlechterunabhängig ist.

Das Thema Ethnochirurgien kann für die Migrationssoziologie dahingehend betrachtet werden, inwiefern die soziale Integration in die Gesellschaft immer häufiger über den Körper erfolgt, was gerade in den Migrationsgesellschaften relevant ist. D.h. der ethnochirurgisch modellierte Körper ermöglicht dem Individuum eine wesentlich schnellere Integration in die Gesellschaft, da der Aspekt des Fremden, der vielfach über die Körperanatomie vermittelt wird, nicht existiert und damit ein zentrales Integrationshemmnis in der Aufnahmegesellschaft beseitigt ist und eine erfolgreiche Integration gelingen kann. Die Grundlagen der Migrationssoziologie sind der Überblicksarbeit von Hoffmann-Nowotny (1994) zu entnehmen. Ebenso ist die Arbeit von Esser (1999) zu berücksichtigen.

Die Anschlüsse der ethnochirurgischen Körperbewirtschaftung für das Forschungsgebiet „Rasse“ beziehen sich darauf, dass trotz aller Beteuerungen sich die ethnischen Grenzen innerhalb der Gesellschaft vielfach über den Körper vollziehen, sodass gerade für ethnische Minderheiten nur mittels Ethnochirurgien die Möglichkeit besteht, diese Grenzen zu überwin-

den. Zudem ist mit dieser ethnischen Grenzziehung über den Körper ein erhebliches Konfliktpotential in bestimmten Nationalstaaten vorhanden, sodass die Ethnochirurgie dazu beiträgt, dieses Konfliktpotential zu reduzieren. Die wissenschaftlichen Arbeiten, die das Thema „Rasse“ diesbezüglich behandeln, stammen von Brubaker (2009), Skrentny (2008) und Wimmer (2008). Der Aspekt der „Rasse“ ist dabei mit der Minderheitensoziologie im Sinne von Imhof (1994) zu verknüpfen.

Das Thema der globalen ethnochirurgischen Körperbewirtschaftung hat auch für die Tourismussoziologie eine Relevanz, da sich aus dem Forschungsprogramm dieser speziellen Soziologie auf der Grundlage von Cohen (1984) und Crick (1989) bestimmte Bezüge zu diesem Forschungsthema herstellen lassen. Schließlich handelt es sich bei der globalen Körperbewirtschaftung um eine Erscheinungsform des Tourismus, die dem Medizintourismus zugeschrieben wird.

Das Thema der Ethnochirurgie kann in der Forschung zur Weltgesellschaft ebenso genutzt werden, nämlich hinsichtlich des Stellenwerts des Körpers und dessen physischer Attraktivität in der Weltgesellschaft sowie der sozialen Integration durch den Körper in die Weltgesellschaft. Zudem ist für die Weltgesellschaft zu fragen, welche Rolle die Global Cities bei der Verbreitung und Herstellung eines bestimmten Körperleitbilds einnehmen und inwiefern in diesen Global Cities ein Schmelztiegel der Körperanatomie bei der ethnochirurgischen Körperbewirtschaftung erfolgt. Die wissenschaftlichen Arbeiten zur Weltgesellschaft, die als Grundlage dienen, stammen von Meyer (2010), Meyer u.a. (1997), Sassen (2005, 2012) und Wallerstein (2004).

7.5 Entwicklungstendenzen und zukünftige Fragestellungen

Die Forschungsergebnisse der qualitativen Fallstudie ermöglichen es, weitere Entwicklungen und zukünftige Fragestellungen auf dem Gebiet des globalen Körpermarkts der Ethnochirurgie zur Diskussion zu stellen. Eine weitere Entwicklung betrifft die Tatsache, dass durch den Transformations-, Modernisierungs- und Zivilisationsprozess in den Entwicklungs- und Schwellenländern mit der zunehmend größer werdenden „Oberschicht“ sich ein Marktpotential bietet, welches es zu erschließen gilt. Der Ethnic Surgery Tourism sollte auch gerade deshalb ein Thema der nationalen Fachverbände der Schönheitschirurgen sein, da der nationale Markt zeitnah kaum noch Wachstumspotential bietet und in absehbarer Zeit die Sättigung bei Schönheitsoperationen, vor allem bei chirurgischen Eingriffen, erreicht ist, worauf bereits jetzt der Konkurrenzkampf unter Schönheitschirurgen um nationale Patienten hindeutet. Zur Erschließung

des Marktpotentials des Ethnic Surgery Tourism bedarf es umfassende Kooperationen mit weiteren Stakeholdern, die die touristische und medizinische Infrastruktur bereitstellen. Die Praxen der amerikanischen Schönheitschirurgen werden sich zukünftig wesentlich stärker auf internationale Patienten ausrichten, da das Geschäft mit internationalen Patienten, im Gegensatz zu nationalen Patienten, keine Abhängigkeit von der wirtschaftlichen Entwicklung aufweist und diese Patienten wesentlich öfter chirurgische Eingriffe statt nicht-chirurgische Eingriffe vornehmen lassen oder mitunter beides kombinieren. Dabei werden die internationalen Patienten weiterhin aus den bisherigen Nationalstaaten nach Beverly Hills reisen, wobei vor allem eine Zunahme arabischer, asiatischer und afrikanischer Patienten, bedingt durch die demographische Entwicklung der Weltbevölkerung und der globalen Wohlstandsverteilung, zu erwarten ist.

Weitere Entwicklungen betreffen die internationalen nicht-kaukasischen Patienten, wenn es darum geht, eine Globalkultur herzustellen, zu der auch ein entsprechender „Standardkörper“ gehören muss, den diese besitzen. Damit wird die Einflussphäre dieser Patienten deutlich, denn im Rahmen einer sich kontinuierlich ausbreitenden Globalisierung bieten diese Menschen durch ihren Körper eine Orientierung. Mit den zur Verfügung stehenden Mitteln der Körperbewirtschaftung lässt sich ein Körper erschaffen, der die Identitäts- und Existenzsicherung trotz der durch die Globalisierung ausgelösten ökonomischen, sozialen, politischen, kulturellen und ökologischen Verwerfungen sicherstellt. Außerdem ist für die internationalen nicht-kaukasischen Patienten zu sagen, dass deren Körper dazu beitragen, dass sich in deren Herkunftsländern bestimmte Transformations-, Zivilisations- und Modernisierungsprozesse vollziehen, die ein Empowerment des Individuums herbeiführen, in dessen Folge sich eine gerechtere Gesellschaftsordnung ergibt. Des Weiteren ist für diese Patienten zu konstatieren, dass diese als Transporteure der globalen Körperleitbilder fungieren und sich alle anderen sozialen Milieus in deren Herkunftsländern an diesen Körpern orientieren. Damit wird ersichtlich, dass die Ethnochirurgie ein Wegbereiter für globale Schönheitsnormen darstellt, da massenkompatible Körper hergestellt werden, die für alle Ethnien eine Passgenauigkeit besitzen. Die internationalen nicht-kaukasischen Patienten sind somit „Kulturbotschafter“ des verwestlichten Körpers, der die europäisch-amerikanischen Schönheitsideale symbolisiert. Bedingt durch deren gesellschaftlichen Status orientiert sich die übrige Bevölkerung in deren Herkunftsländern bei der Modellierung des Körpers mittels den „Technologien des Selbst“ an diesen Körpern, sodass dieser „Standardkörper“ der „Oberschicht“ mittel- und langfristig zum schichtunabhängigen „Standardkörper“ wird. Infolgedessen werden die natürlichen Körper in deren Herkunftsländern zu einem „Fremdkörper“, der zu einem Stigma für das Individuum wird. Ebenso ist der Aspekt der Universalität der ethnochirurgisch produzierten Körper zu berücksichtigen, da diese Körper in allen Kulturräumen als attraktiv wahrgenommen werden, sodass diese Körper die

ethnisch-kulturellen Demarkationslinien überwinden und sie de facto den „Standardkörper“ der Weltgesellschaft darstellen.

Im Zuge der „Verwestlichung des Körpers“ bei den internationalen nicht-kaukasischen Patienten ist auch kritisch zu hinterfragen, inwiefern, anstatt des Rechtfertigungsnarrativs der „Bewahrung der Ethnie“, nicht doch der „One-size-fits-all approach“ bei der ethnochirurgischen Bewirtschaftung des Körpers durch die Schönheitschirurgen angewandt wird. Schließlich erscheint aufgrund des hohen Patientendurchlaufs eine individuell auf den jeweiligen Patienten abgestimmte Ethnochirurgie schlichtweg als zu zeit-, arbeits- und kostenintensiv.

Im Rahmen der Entwicklungstendenzen einiger Nationalstaaten des „globalen Südens“ ist es durchaus denkbar, dass diese im Zuge der Diversifizierung der dortigen Wirtschaft und zum Zwecke der Einnahmen von Devisen spezielle Projekte des Medizintourismus finanzieren. Dies hat zur Folge, dass sich weitere Destinationen im Medizintourismusmarkt für Ethnochirurgien, also im Ethnic Surgery Tourism, etablieren und dementsprechend mit einer Verschärfung der Konkurrenzsituation zwischen den Destinationen zu rechnen ist, die sich maßgeblich über die Kosten für Ethnochirurgien vollziehen. Ebenfalls ist auch im „globalen Norden“ damit zu rechnen, dass sich weitere Destinationen etablieren werden, da aufgrund der globalen Gefährdungslage, u.a. durch den internationalen Terrorismus, manche der bereits existierenden Destinationen im „globalen Süden“ einen erheblichen Imageschaden erlitten haben, was potenzielle internationale nicht-kaukasische Patienten abschreckt und diese auf anderweitige Destinationen im „globalen Norden“ aufgrund der dortigen politischen Stabilität ausweichen.

Eine weitere Prognose betrifft auch die „Demokratisierung der Schönheit“, sodass der daraus generierte Gruppenzwang die Bereitschaft zu einer Ethnochirurgie weiter erhöht. Diese Bereitschaft der ethnochirurgischen Bewirtschaftung des Körpers erfolgt dabei auch vor dem Hintergrund, dass im Rahmen der zeitdiagnostischen Bewertung der gegenwärtigen neoliberalen Gesellschaft als Risikogesellschaft der Körper der letzte wertbeständige Gegenstand für das Individuum ist, mit dem das Überleben in der Risikogesellschaft durch zweckgebundene Investitionen, gemeint sind Ethnochirurgien, gesichert werden kann.

Zukünftige Studien werden sich mit einem Kulturvergleich von Ethnochirurgien beschäftigen, indem der Stellenwert von Ethnochirurgien zwischen zwei oder mehr Kulturräumen miteinander verglichen wird. Zudem werden sich weitere Studien damit auseinandersetzen, inwiefern der durch die Ethnochirurgie geschaffene neue „Körperkult“ die Menschen zu Exponaten der Leistungsfähigkeit der Medizin macht und welche medizinethischen Bedenken damit verbunden sind. Außerdem wird der Aspekt der Ethnochirurgie als Volkskultur für einzelne Nationalstaaten näher zu untersuchen sein. Des Weiteren werden sich Fragestellungen damit beschäftigen, welche Märkte von Schönheitsoperationen überlagert werden und wie diese

Märkte, die von der Überlagerung betroffen sind, reagieren. Dabei geht es dann auch darum zu untersuchen, welche Abwehrmechanismen diese Märkte ergreifen. Außerdem wird zu untersuchen sein, inwieweit die Schönheitschirurgen ihr eigenes Körperkapital, also deren physische Attraktivität in den Selbstvermarktungsprozess, wie auch in die Arzt-Patient-Beziehung, einbringen. Damit geht einher, dass die Schönheitschirurgen sich auch selbst Schönheitsoperationen unterzogen haben, was wiederum zu Image-Zwecken genutzt wird. Darüber hinaus geht es auch darum zu untersuchen, weshalb Frauen ganz offensichtlich bei Ethnochirurgien männliche Schönheitschirurgen präferieren, während Männer bei Ethnochirurgien weibliche Schönheitschirurgen bevorzugen. Ebenso sollte auch untersucht werden, ob die internationalen nicht-kaukasischen Patienten bei der Auswahl des Schönheitschirurgen die Ethnie in besonderem Maß berücksichtigen. Sodass dieses dazu führt, dass die Präferenz der internationalen nicht-kaukasischen Patienten möglicherweise auf kaukasischen Schönheitschirurgen liegt.

Ebenfalls weitere Fragestellungen werden in der Zukunft sicherlich die zunehmende Differenzierung des Markts für Ethnochirurgien betreffen, vor allem was das Preisniveau innerhalb von Nationalstaaten betrifft. Andere Fragestellungen werden auch durch kulturvergleichende Studien bearbeitet werden, wie die kulturelle Legitimation von Ethnochirurgien zwischen Nationalstaaten des „globalen Nordens“ und des „globalen Südens“ erfolgt. Ebenso werden sich zukünftige Arbeiten damit beschäftigen, welche Rolle die Sozialisationsinstitutionen bei der Vermittlung von Schönheitsidealen und die Darstellung der ethnochirurgischen Körperbewirtschaftung spielen. Außerdem werden auch medizinethische Fragestellungen in den Vordergrund rücken aufgrund des zunehmenden Einsatzes von Stammzellen in der ästhetischen Medizin. Zusätzlich gilt es zu untersuchen, ob die vom politischen System getragene Neoliberalisierung und Deregulierung nicht zwangsläufig einen katalysatorischen Effekt bezüglich der individuellen Bereitschaft der Körperbewirtschaftung mittels Ethnochirurgie auslöst, da in bestimmten Nationalstaaten das körperliche Kapital eine Sonderstellung gegenüber anderen Kapitalsorten einnimmt und dadurch die Investition in das körperliche Kapital eine rationale Entscheidung vor dem Aspekt individueller Lebenschancen darstellt.

Im Zuge der Bereitschaft der internationalen nicht-kaukasischen Patienten, die Ethnochirurgien außerhalb von deren Herkunftsländern durchzuführen, stellt sich die Frage nach Verteilungskämpfen und Konfliktsituationen mit den nationalen Patienten in den jeweiligen Destinationen. Daran schließt sich die Frage nach dem Konfliktmanagement zwischen nationalen und internationalen Patienten an, woran die Schönheitschirurgen und deren Fachverbände zu beteiligen sind.

Literaturverzeichnis

- 436 Beverly Hills, LLC (o.J.): 436 Beverly Hills. Beverly Hills: 436 Beverly Hills, LLC. Veröffentlicht unter: <https://www.drcassileth.com/assets/pdfs/436-info.pdf> (01.05.2017).
- Abramovitch, Seth (2015): Delta Debuts Anti-Paparazzi VIP Service at LAX. In: The Hollywood Reporter vom 10. Juni 2015. Veröffentlicht unter: <https://www.hollywoodreporter.com/news/delta-debuts-anti-paparazzi-vip-801158> (11.12.2015).
- Access Medical Purchasing (o.J.): Discover the AMP Advantage. Join the Buying Power of Thousands of Plastic Surgeons. Save in All Aspects of Your Practice. O.O.: Access Medical Purchasing. Veröffentlicht unter: <http://www.njsps.com/members/downloads/benefits/Benefits-AMP.pdf> (20.03.2016).
- Accreditation Association for Ambulatory Health Care (2015): About AAAHC. Find a Health Care Organization. Veröffentlicht unter: https://eweb.aaahc.org/eWeb/DynamicPage.aspx?Site=aaahc_site&WebKey=94f04d39-62b7-45ba-9b21-98de165b328a&FromSearchControl=yes&FromSearchControl=Yes (15.06.2015).
- Accreditation Council for Graduate Medical Education (2015a): Plastic Surgery - Integrated Programs. Academic Year 2015-2016 United States. Chicago: Accreditation Council for Graduate Medical Education. Veröffentlicht unter: <http://acaplasticsurgeons.org/multimedia/files/ACGME/Integrated-Plastic-Surgery-Programs.pdf> (14.02.2016).
- Accreditation Council for Graduate Medical Education (2015b): Plastic Surgery Programs. Academic Year 2015-2016 United States. Chicago: Accreditation Council for Graduate Medical Education. Veröffentlicht unter: <http://acaplasticsurgeons.org/multimedia/files/acgme/plastic-surgery-programs.pdf> (14.02.2016).
- Accreditation Council for Graduate Medical Education (2017): Operative Minimums Effective July 1, 2014. Review Committee for Plastic Surgery. Chicago: Accreditation Council for Graduate Medical Education. Veröffentlicht unter: https://www.acgme.org/Portals/0/PFAssets/ProgramResources/Operative_Minimums_effective_07012014.pdf (22.10.2017).
- Ackerman, Sara L. (2010): Plastic Paradise: Transforming Bodies and Selves in Costa Rica's Cosmetic Surgery Tourism Industry. In: Medical Anthropology. Cross-Cultural Studies in Health and Illness, 29 (4), S. 403-423.
- Aerospace Medical Association, Medical Guidelines Task Force (2003): Medical Guidelines for Airline Travel, 2nd ed. In: Aviation, Space, and Environmental Medicine, 74 (5, Section II, Supplement), S. A1-A19.

- Allergan (2018): Special opportunity for new physicians. The Rising Star Program from Allergan. O.O.: Allergan. Veröffentlicht unter: <https://www.allerganrising-star.com/Documents/AllerganRisingStarBrochure.pdf> (07.03.2019).
- Altman, Howard (2010): Celebrity Culture. Are Americans Too Focused on Celebrities? In: CQ Researcher (Hrsg.): Issues for Debate in Sociology. Selections from CQ Researcher. Thousand Oaks: Pine Forge Press, S. 1-22.
- American Academy of Dermatology (2015): Find a Dermatologist. Veröffentlicht unter: <https://www.aad.org/find-a-derm?location=Los+Angeles&name=&keywords=&specialty=> (15.06.2015).
- American Academy of Facial Plastic and Reconstructive Surgery (2015): Finder. Veröffentlicht unter: <https://www.aafprs.org/patient/finder/finder.cfm?SearchBy=ZipCodeCountryName&ZipCodeCountryName=90210@@&Miles=200> (15.06.2015).
- American Airlines; Ink (2015): 2015 Media Pack. Coconut Grove: Ink. Veröffentlicht unter: http://www.ink-live.com/contentFiles/file/mediakit/Ink_American_Airlines_Media_Kit_2015.pdf (21.04.2016).
- American College of Surgeons Health Policy Institute, Cecil G. Sheps Center for Health Services Research (2012): Plastic Surgeons per 100,000 Population 2011. Chapel Hill: University of North Carolina. Veröffentlicht unter: http://www.acshpri.org/documents/PlasticSurgMaps2006-2011_Dec2012.pdf (10.11.2017).
- American Med Spa Association (2017a): 2017 Medical Spa State of the Industry Report. Veröffentlicht unter: <http://www.americanmedspa.org/page/2017Study> (31.10.2017).
- American Med Spa Association (2017b): Medical Spa Industry Overview. In: Supplement to Modern Aesthetics vom Mai/Juni 2017, S. 4. Veröffentlicht unter: http://modernaesthetics.com/pdfs/0617_supp2.pdf (01.02.2019).
- American Medical Association (2015): Issue brief: Corporate practice of medicine. Chicago: American Medical Association. Veröffentlicht unter: https://www.ama-assn.org/sites/default/files/media-browser/premium/arc/corporate-practice-of-medicine-issue-brief_1.pdf (19.03.2018).
- American Society for Aesthetic Plastic Surgery (2013): Knowledge is a Beautiful Thing. In: American Way vom 01. Dezember 2013, S. 25. Veröffentlicht unter: http://www.ink-live.com/emagazines/american-way/2014/december-2013/files/assets/common/downloads/AW_12_2013.pdf (21.03.2018).
- American Society for Aesthetic Plastic Surgery (2014): Code of Ethics of the American Society for Aesthetic Plastic Surgery. In: Aesthetic Society News. Quarterly Newsletter of the American Society for Aesthetic Plastic Surgery, 18 (3), S. 43-46.

- American Society for Aesthetic Plastic Surgery (2015a): 2014 Cosmetic Surgery National Data Bank Statistics. New York: American Society for Aesthetic Plastic Surgery, ASAPS Communication Office. Veröffentlicht unter: <http://www.surgery.org/sites/default/files/2014-Stats.pdf> (02.01.2016).
- American Society for Aesthetic Plastic Surgery (2015b): Cosmetic Surgery Timeline. In: Smart Beauty Guide vom 09. März 2015. Veröffentlicht unter: <https://www.smartbeautyguide.com/news/infographics/cosmetic-surgery-timeline/#.WpyJtujOXIU> (04.10.2016).
- American Society for Aesthetic Plastic Surgery (2016a): 2015 Cosmetic Surgery National Data Bank Statistics. New York: American Society for Aesthetic Plastic Surgery, ASAPS Communication Office. Veröffentlicht unter: <http://www.surgery.org/sites/default/files/ASAPS-Stats2015.pdf> (12.10.2016).
- American Society for Aesthetic Plastic Surgery (2016b): Residents & Fellows. ASAPS Registered Fellowships. Veröffentlicht unter: <http://www.surgery.org/professionals/residents-and-fellows/aesthetic-fellowships> (27.08.2016).
- American Society of Plastic Surgeons (2010): ASPS Guiding Principles: Online Communication for Plastic Surgeons. Arlington Heights: American Society of Plastic Surgeons. Veröffentlicht unter: <https://www.plasticsurgery.org/Documents/Health-Policy/Principles/principle-2010-online-communication.pdf> (14.02.2014).
- American Society of Plastic Surgeons (2012a): 2011 Plastic Surgery Statistics Report. ASPS National Clearinghouse of Plastic Surgery Procedural Statistics. Arlington Heights: American Society of Plastic Surgeons. Veröffentlicht unter: <https://www.plasticsurgery.org/documents/News/Statistics/2011/plastic-surgery-statistics-full-report-2011.pdf> (02.03.2018).
- American Society of Plastic Surgeons (2012b): Code of Ethics of the American Society of Plastic Surgeons. Arlington Heights: American Society of Plastic Surgeons. Veröffentlicht unter: https://www.plasticsurgery.org/Documents/ByLaws/Code_of_Ethics_March12.pdf (23.06.2017).
- American Society of Plastic Surgeons (2014): Cosmetic Plastic Surgery Procedures at a Glance. Important Facts about Cosmetic Procedures. Consultation and Preparing for Your Procedure. Arlington Heights: American Society of Plastic Surgeons.
- American Society of Plastic Surgeons (2015a): Find a Plastic Surgeon. Veröffentlicht unter: <https://find.plasticsurgery.org/?q=Los+Angeles%2C> (15.06.2015).
- American Society of Plastic Surgeons (2015b): Re-Boot Camp Practice Management. Comprehensive Practice Management Symposium. For ASPS Members, Guest Physicians and

- Practice Managers. Arlington Heights: American Society of Plastic Surgeons. Veröffentlicht unter: <http://www.plasticsurgery.org/Documents/6049Re-BootProgramBrochure.pdf> (23.01.2016).
- American Society of Plastic Surgeons (2016): 2015 Plastic Surgery Statistics Report. ASPS National Clearinghouse of Plastic Surgery Procedural Statistics. Arlington Heights: American Society of Plastic Surgeons. Veröffentlicht unter: <https://www.plasticsurgery.org/documents/News/Statistics/2015/plastic-surgery-statistics-full-report-2015.pdf> (31.10.2018).
- American Society of Plastic Surgeons (2017): Briefing Paper: Plastic Surgery for Ethnic Patients. Veröffentlicht unter: <https://www.plasticsurgery.org/news/briefing-papers/briefing-paper-plastic-surgery-for-ethnic-patients> (10.11.2017).
- American Society of Plastic Surgeons (o.J.a): Medical Tourism. Arlington Heights: American Society of Plastic Surgeons. Veröffentlicht unter: <https://d2wirczt3b6wjm.cloudfront.net/Patient-Safety/asps-plastic-surgery-tourism-facts.pdf> (04.03.2018).
- American Society of Plastic Surgeons (o.J.b): Welcome to Your Society. The American Society of Plastic Surgeons. Candidate for Active Membership. Orientation Guide. Arlington Heights: American Society of Plastic Surgeons. Veröffentlicht unter: <https://www.plasticsurgery.org/Documents/medical-professionals/join-ASPS/asps-candidate-active-membership-brochure.pdf> (17.08.2017).
- American Sociological Association (2008): Code of Ethics and Policies and Procedures of the ASA Committee on Professional Ethics. Washington, D.C.: American Sociological Association. Veröffentlicht unter: http://www.asanet.org/sites/default/files/code_of_ethics_aug_2017_2_1.pdf (01.04.2018).
- Amesberger, Helga; Halbmayr, Brigitte (2008): Das Privileg der Unsichtbarkeit. Rassismus unter dem Blickwinkel von Weißsein und Dominanzkultur. Wien: Braumüller.
- Amodeo, Joseph (2010): Medical Refugees and the Future of Health Tourism. In: *World Medical & Health Policy*, 2 (4), S. 65-81.
- Aranda, Elizabeth M.; Hughes, Sallie; Sabogal, Elena (2014): *Making a Life in Multiethnic Miami. Immigration and the Rise of a Global City*. Boulder: Rienner.
- Arrighi, Giovanni (2001): Global Capitalism and the Persistence of the North-South Divide. In: *Science & Society*, 65 (4), S. 469-476.
- Arrighi, Giovanni; Silver, Beverly J.; Brewer, Benjamin D. (2003): Industrial Convergence, Globalization, and the Persistence of the North-South Divide. In: *Studies in Comparative International Development*, 38 (1), S. 3-31.

- Artecona, Raquel (2012): U.S. health care reform and medical tourism opportunities. Washington, D.C.: Economic Commission for Latin America and the Caribbean. Veröffentlicht unter: <http://www.cepal.org/publicaciones/xml/6/47826/ushealthreformandmedicaltourism.pdf> (14.02.2014).
- Ashcroft, Bill; Griffiths, Gareth; Tiffin, Helen (2007): Post-Colonial Studies. The Key Concepts. 2. Aufl. London, New York: Routledge.
- Association of American Medical Colleges (2005): Cultural Competence Education. Washington, D.C.: Association of American Medical Colleges. Veröffentlicht unter: <https://www.aamc.org/download/54338/data/culturalcomped.pdf> (02.05.2016).
- Association of periOperative Registered Nurses (2016): Comprehensive Surgical Checklist. Denver: Association of periOperative Registered Nurses. Veröffentlicht unter: https://www.aorn.org/-/media/aorn/guidelines/tool-kits/correct-site-surgery/aorn_comprehensive_surgical_checklist_2016.pdf (15.11.2016).
- Aston, Sherrell J.; Baker, Daniel C. (2014): Thomas D. Rees (1927-2013). In: ISAPS News. Official Newsletter of the International Society of Aesthetic Plastic Surgery, 8 (1), S. 29, 31.
- Au, Katherine u.a. (2008): Correlation of Complications of Body Contouring Surgery with Increasing Body Mass Index. In: Aesthetic Surgery Journal, 28 (4), S. 425-429.
- Auslen, Michael (2015): Florida Sen. Aaron Bean pushing to grow state's medical tourism industry. In: Miami Herald vom 01. Dezember 2015. Veröffentlicht unter: <http://miamiherald.typepad.com/nakedpolitics/2015/12/florida-sen-aaron-bean-pushing-to-grow-states-medical-tourism-industry.html> (19.01.2016).
- Awwad, Salma (2014): Nip & tuck: Rise in UAE clients flocking to the UK for plastic surgery. In: Arabian Business vom 14. Juli 2014. Veröffentlicht unter: <http://www.arabianbusiness.com/nip-tuck-rise-in-uae-clients-flocking-the-uk-for-plastic-surgery-557457.html> (24.01.2016).
- Babilas, Philipp (2010): Light-assisted therapy in dermatology: The use of intense pulsed light (IPL). In: Medical Laser Application, 25 (2), S. 61-69.
- Bagshaw, Michael u.a. (2002): Medical Guidelines for Airlines Passengers. Alexandria: Aerospace Medical Association. Veröffentlicht unter: <https://www.asma.org/asma/media/asma/Travel-Publications/paxguidelines.pdf> (03.06.2018).
- Balsamo, Anne (1992): On the Cutting Edge: Cosmetic Surgery and the Technological Production of the Gendered Body. In: Camera Obscura: Feminism, Culture and Media Studies, 10 (1), S. 206-237.

- Bañales, Victoria M. (2005): "The Face Value of Dreams": Gender, Race, Class, and the Politics of Cosmetic Surgery. In: Tadiar, Neferti X. M.; Davis, Angela Y. (Hrsg.): *Beyond the Frame. Women of Color and Visual Representation*. New York, Basingstoke: Palgrave Macmillan, S. 131-152.
- Bardach, Ann Louise (1988): The Dark Side of Plastic Surgery. In: *The New York Times Magazine* vom 17. April 1988. Veröffentlicht unter: <http://www.nytimes.com/1988/04/17/magazine/the-dark-side-of-plastic-surgery.html?pagewanted=all> (13.07.2014).
- Baudrillard, Jean (1981): Der schönste Konsumgegenstand: Der Körper. In: Gehrke, Claudia (Hrsg.): *Ich habe einen Körper*. München: Matthes & Seitz, S. 93-128.
- Baum, Gary (2012): The Secrets of Cedars-Sinai, Hollywood's Glamour Hospital. In: *The Hollywood Reporter* vom 26. Juli 2012. Veröffentlicht unter: <https://www.hollywoodreporter.com/news/cedars-sinai-hospital-354462> (17.10.2015).
- Baum, Gary (2014): Plastic Surgery Suicide Puts Spotlight on Beverly Hills Patients' Desperation, Lies and Mental States. In: *The Hollywood Reporter* vom 26. Juni 2014. Veröffentlicht unter: <http://www.hollywoodreporter.com/news/plastic-surgery-suicide-puts-spotlight-714478> (26.06.2016).
- Bauriedl, Sybille u.a. (2000): Verkörperte Räume – «verräumte» Körper. Zu einem feministisch-poststrukturalistischen Verständnis der Wechselwirkungen von Körper und Raum. In: *Geographica Helvetica*, 55 (2), S. 130-137.
- Beck, Ulrich (1986): *Risikogesellschaft. Auf dem Weg in eine andere Moderne*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Beck, Ulrich (1994): Jenseits von Stand und Klasse? In: Beck, Ulrich; Beck-Gernsheim, Elisabeth (Hrsg.): *Riskante Freiheiten. Individualisierung in modernen Gesellschaften*. Frankfurt am Main: Suhrkamp, S. 43-60.
- Beck, Ulrich (2008): Jenseits von Klasse und Nation: Individualisierung und Transnationalisierung sozialer Ungleichheiten. In: *Soziale Welt. Zeitschrift für sozialwissenschaftliche Forschung und Praxis*, 59 (4), S. 301-325.
- Beck, Ulrich; Beck-Gernsheim, Elisabeth (1994): Individualisierung in modernen Gesellschaften – Perspektiven und Kontroversen einer subjektorientierten Soziologie. In: Beck, Ulrich; Beck-Gernsheim, Elisabeth (Hrsg.): *Riskante Freiheiten. Individualisierung in modernen Gesellschaften*. Frankfurt am Main: Suhrkamp, S. 10-39.
- Belenky, Inna u.a. (2012): Exploring Channeling Optimized Radiofrequency Energy: a Review of Radiofrequency History and Applications in Esthetic Fields. In: *Advances in Therapy*, 29 (3), S. 249-266.

- Bellah, Robert (1990): Civil religion in America. In: Alexander, Jeffrey C.; Seidman, Steven (Hrsg.): Culture and Society. Contemporary Debates. Cambridge u.a.: Cambridge University Press, S. 262-272.
- Bellmann, Johannes (o.J.): Transkriptionsregeln. Veröffentlicht unter: <https://www.uni-muenster.de/imperia/md/content/ew/forschung/nefo/transkriptionsregeln.pdf> (16.04.2017).
- Ben-David, Barbara (o.J.): The Eye of the Beholder. In: The Peninsula Beverly Hills, 2 (1), S. 28-31. Veröffentlicht unter: https://www.garthfisher.com/media/print/pdf/peninsula_spring_09_a.pdf (21.09.2018).
- Bendix, Jeffrey (2012): Malpractice premiums continue their downward trend for most physicians. In: Medical Economics vom 25. November 2012. Veröffentlicht unter: <http://medicaleconomics.modernmedicine.com/medical-economics/news/modernmedicine/modern-medicine-feature-articles/malpractice-premiums-continue?page=full> (18.11.2017).
- Benz, Arthur (2001): Der moderne Staat. Grundlagen der politologischen Analyse. München, Wien: Oldenbourg.
- Beran, Samuel J. (2003): Management of the Latex-reactive Patient. In: Aesthetic Surgery Journal, 23 (5), S. 389-390.
- Berger, Peter L.; Luckmann, Thomas (1991): The Social Construction of Reality. A Treatise in the Sociology of Knowledge. London u.a.: Penguin Books.
- Bernays, Edward L. (1928): Propaganda. New York: Horace Liveright.
- Beverly Hills Chamber of Commerce (2015): Health Care. Veröffentlicht unter: <http://business.beverlyhillschamber.com/list/ql/health-care-11> (17.10.2015).
- Beverly Hills Conference & Visitors Bureau (2014): Visitors Guide. Beverly Hills: Beverly Hills Conference & Visitors Bureau. Veröffentlicht unter: <http://lovebeverlyhills.com/uploads/model/Block/14534/pdf/3/Beverly-Hills-Visitor-Guide-2014.pdf> (09.01.2016).
- Beverly Hills Conference & Visitors Bureau; Beverly Hills Chamber of Commerce (2015): Map & Directory. Beverly Hills: Beverly Hills Conference & Visitors Bureau. Veröffentlicht unter: http://lovebeverlyhills.com/uploads/model/Block/14891/pdf/8/BH%20Map%202015_r4_RGB.pdf (09.01.2016).
- Beverly Hills Courier (2016): 2016 Advertising Planer. Beverly Hills: Beverly Hills Courier. Veröffentlicht unter: http://bhcourier.com/wp-content/uploads/2016/12/2016Adv_Planner.pdf (20.12.2016).

- Beverly Hills Rejuvenation Center (2017): Franchise Opportunity. O.O.: Beverly Hills Rejuvenation Center. Veröffentlicht unter: <https://bhrcenter.com/wp-content/uploads/2017/04/Medical-Spa-Franchise-Opportunity-Brochure-April-2017.pdf> (31.10.2017).
- Beyette, Beverly (1988): Post-Op Hotel: A New Wrinkle in Cosmetic Surgery Recovery. In: Los Angeles Times vom 24. März 1988. Veröffentlicht unter: http://articles.latimes.com/1988-03-24/news/vw-329_1_cosmetic-surgery (15.12.2016).
- Bhopal, Raj (2007): The beautiful skull and Blumenbach's errors. Raj Bhopal reappraises Blumenbach, an important contributor to the scientific concept of race. In: BMJ: British Medical Journal, 335 (7633), S. 1308-1309.
- Biel, Maria (1997): Schönheit. Der Messermann wird's richten. Mit immer ausgefeilteren Methoden lassen sich die Amerikaner operativ verjüngen. In: Spiegel Special Nr. 4/1997, S. 62-65.
- Binder, William J.; Azizzadeh, Babak (2008): Malar and Submalar Augmentation. In: Facial Plastic Surgery Clinics of North America, 16 (1), S. 11-32.
- Binstok, Laurie (2012): Under the Skin of the Master of Rejuvenation and Reconstruction. In: Masters of Aesthetics Magazine: Beverly Hills Edition 2012, S. 2-9. Veröffentlicht unter: https://www.garthfisher.com/about-dr-fisher/personal/book/MastersOfAesthetics_GARTH_SECTION.pdf (14.03.2018).
- Blake, Christopher (2015): Wie mediale Körperdarstellungen die Körperzufriedenheit beeinflussen. Eine theoretische Rekonstruktion der Wirkungsursachen. Wiesbaden: Springer VS.
- Blay, Yaba Amgborale (2011): Skin Bleaching and Global White Supremacy: By Way of Introduction. In: The Journal of Pan African Studies, 4 (4), S. 4-46.
- Bloom, Anne (2014): Plastic Injuries. In: Hofstra Law Review, 42 (3), S. 759-798.
- Blum, Virginia L. (2003): Flesh Wounds. The Culture of Cosmetic Surgery. Berkeley u.a.: University of California Press.
- Bookman, Milica Z.; Bookman, Karla R. (2007): Medical Tourism in Developing Countries. New York, Basingstoke: Palgrave Macmillan.
- Booth, Cathy (2001): Miami: the Capital of Latin America. In: Time vom 24. Juni 2001. Veröffentlicht unter: <http://content.time.com/time/magazine/article/0,9171,162806,00.html> (01.07.2016).
- Bordo, Susan (1993): Unbearable Weight. Feminism, Western Culture, and the Body. Berkeley u.a.: University of California Press.

- Bordo, Susan (1999): *Twilight Zones. The Hidden Life of Cultural Images from Plato to O.J.* Berkeley u.a.: University of California Press.
- Borkenhagen, Ada (2001): *Gemachte Körper. Die Inszenierung des modernen Selbst mit dem Skalpell. Aspekte zur Schönheitschirurgie.* In: *Psychologie und Gesellschaftskritik*, 25 (1), S. 55-67.
- Bortz, Jürgen; Döring, Nicola (1995): *Forschungsmethoden und Evaluation.* 2. Aufl. Berlin u.a.: Springer.
- Bourdieu, Pierre (1994): *Die feinen Unterschiede. Kritik der gesellschaftlichen Urteilskraft.* 7. Aufl. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Bourdieu, Pierre (1995): *Sozialer Raum und ›Klassen‹. Leçon sur la leçon. Zwei Vorlesungen.* 3. Aufl. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Bourdieu, Pierre (2005): *Ökonomisches Kapital – Kulturelles Kapital – Soziales Kapital.* In: Steinrück, Margareta (Hrsg.): *Pierre Bourdieu. Die verborgenen Mechanismen der Macht. Schriften zu Politik & Kultur 1.* Hamburg: VSA-Verlag, S. 49-79.
- Brand USA (2013): *FY13 Marketing Plan.* February 2013. Washington, D.C.: Brand USA. Veröffentlicht unter: https://www.thebrandusa.com/system/files/021513%20Brand%20USA%20Marketing%20Plan_February%202013.pdf (30.10.2018).
- British Association of Aesthetic Plastic Surgeons (2013): *Surgeons offer clear-cut solution to ‘Fly-In-Fly-Out’ problem. Cut out middlemen, secure proper cover and ensure standards says the BAAPS.* Pressemitteilung vom 20. Januar 2013. Veröffentlicht unter: <http://baaps.org.uk/about-us/press-releases/1557-surgeons-offer-clear-cut-solution-to-fly-in-fly-out-problem> (25.01.2016).
- Bröckling, Ulrich (2007): *Das unternehmerische Selbst. Soziologie einer Subjektivierungsform.* Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Brody, Harold J. u.a. (2000): *A History of Chemical Peeling.* In: *Dermatologic Surgery*, 26 (5), S. 405-409.
- Brooks, Andree (1999): *After the Recovery Room, the Recovery Hotel.* In: *The New York Times* vom 02. Mai 1999. Veröffentlicht unter: <http://www.nytimes.com/1999/05/02/realestate/after-the-recovery-room-the-recovery-hotel.html> (19.07.2016).
- Bröskamp, Bernd (2006): *Glokalisierte Körper. Körperkünste und Kulturen in Zeiten der Globalisierung.* In: Hillebrand, Mark u.a. (Hrsg.): *Willkürliche Grenzen. Das Werk Pierre Bourdieus in interdisziplinärer Anwendung.* Bielefeld: transcript, S. 219-248.

- Brownell, Susan (2005): China Reconstructs: Cosmetic Surgery and Nationalism in the Reform Era. In: Alter, Joseph S. (Hrsg.): Asian Medicine and Globalization. Philadelphia: University of Pennsylvania Press, S. 132-150.
- Brubaker, Rogers (2009): Ethnicity, Race and Nationalism. In: Annual Review of Sociology, 35, S. 21-42.
- Brückner, Carsten (2004): Medizin in den USA. Erfolgreich studieren und arbeiten. Berlin, Heidelberg: Springer.
- Bruk, Diana (2014): These Women Have Had so Much Plastic Surgery They Can't Get through Airport Security. These photos show just how unrecognizable they are. In: Cosmopolitan vom 12. November 2014. Veröffentlicht unter: <https://www.cosmopolitan.com/style-beauty/beauty/news/a33163/these-before-after-plastic-surgery-cant-get-through-airport-security/> (21.01.2016).
- Bruner, Terrence W.; Roberts III, Thomas L.; Nguyen, Karl (2006): Complications of Buttocks Augmentation: Diagnosis, Management, and Prevention. In: Clinics in Plastic Surgery, 33 (3), S. 449-466.
- Buettgens, Matthew; Hall, Mark A. (2011): Who Will Be Uninsured after Health Insurance Reform? Princeton: Robert Wood Johnson Foundation. Veröffentlicht unter: https://www.rwjf.org/content/dam/farm/reports/issue_briefs/2011/rwjf69624 (20.07.2018).
- Burzan, Nicole (2007): Soziale Ungleichheit. Eine Einführung in die zentralen Theorien. 3. Aufl. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Buse, Uwe (2009): Das Welt-Hospital. In: Der Spiegel Wissen Nr. 2/2009, S. 124-129.
- Butler, Judith (1990): Gender Trouble. Feminism and the Subversion of Identity. New York, London: Routledge.
- California Healthcare Association (2003): Guide to Release of Patient Information to the Media. A guide for hospital public relations professionals and the news media, as specified by California law and HIPAA. Sacramento: California Healthcare Association. Veröffentlicht unter: http://identity.uclahealth.org/workfiles/documents/media/HIPAA_CHA_Guide.pdf (15.11.2017).
- Calistro, Paddy (1988): Apres-Scalpel Care: New Plastic Surgery 'Halfway Houses' and Other Specialized Aftercare. In: Los Angeles Times vom 18. September 1988. Veröffentlicht unter: http://articles.latimes.com/1988-09-18/magazine/tm-3030_1_plastic-surgery (17.01.2015).

- Calonego, Bernadette (2010): Faltenlos dank Botox. Wer zuletzt lacht. In: Süddeutsche Zeitung vom 17. Mai 2010. Veröffentlicht unter: <https://www.sueddeutsche.de/wissen/faltenlos-dank-botox-wer-zuletzt-lacht-1.48848> (17.12.2018).
- Canfield Scientific, Inc. (o.J.): Vectra XT. 3D imaging solution for body, breast, and face. O.O.: Canfield Scientific, Inc. Veröffentlicht unter: <http://www.canfieldsci.com/common/docs/products/9/brochures/VectraXTBrochure.pdf> (16.08.2017).
- Carlton, Jeff (2007): Implant Factory Adjusts to Silicone Rule. In: The Washington Post vom 20. Januar 2007. Veröffentlicht unter: http://www.washingtonpost.com/wp-dyn/content/article/2007/01/20/AR2007012001276_pf.html (02.01.2016).
- Carruthers, Jean D. A. u.a. (2008): Advances in Facial Rejuvenation: Botulinum Toxin Type A, Hyaluronic Acid Dermal Fillers, and Combination Therapies—Consensus Recommendations. In: Plastic and Reconstructive Surgery, 121 (5S), S. 5S-30S.
- Casas, Laurie A.; Jewell Mark L. (2002): Non-narcotic Acute Pain Relief after Ambulatory Aesthetic Surgery. In: Aesthetic Surgery Journal, 22 (5), S. 493-494.
- Cashmore, Ellis (2006): Celebrity/Culture. Milton Park, New York: Routledge.
- Cassileth Plastic Surgery (2016): Fly in for Surgery. Out of Town Patients. Veröffentlicht unter: <https://www.drcassileth.com/new-patients/fly-in-for-surgery/> (12.07.2016).
- Castle, John K.; Connolly, John J. (Hrsg.) (2014): America's Top Doctors. A Castle Connolly Guide. 13. Aufl. New York: Castle Connolly Medical Ltd.
- Castonguay, Gilles; Brown, Adam (1993): "Plastic surgery tourism" proving a boon for Costa Rica's surgeons. In: Canadian Medical Association Journal, 148 (1), S. 74-76.
- CBS Los Angeles (2014): Santa Monica City Council Approves Plan to Take Over Portion of Airport. In: CBS Los Angeles vom 25. März 2014. Veröffentlicht unter: <http://losangeles.cbslocal.com/2014/03/25/residents-to-speak-out-on-future-of-santa-monica-airport/> (19.12.2016).
- Cedars-Sinai (2016): International Patients. Veröffentlicht unter: <https://www.cedars-sinai.edu/International-Patients/> (19.07.2016).
- Cedars-Sinai, Department of Surgery (2015): Multi-Specialty Plastic Surgery Symposium and Bernard G. Sarnat, MD Lectureship. November 6-8, 2015. Los Angeles: Cedars-Sinai. Veröffentlicht unter: http://www.facialplastics.info/wp-content/uploads/2015/09/CME_PlasticSurgeryBrochure_8_21_15.pdf (13.01.2016).
- Center for Specialty Care, Inc. (o.J.a): History. Veröffentlicht unter: <http://www.specialty-careinc.com/page.php?id=5> (07.01.2016).
- Center for Specialty Care, Inc. (o.J.b): Medical Facilities. Veröffentlicht unter: <http://www.specialtycareinc.com/facility/index.php> (07.01.2016).

- Chen, Injazz J.; Popovich, Karen (2003): Understanding customer relationship management (CRM). People, process and technology. In: *Business Process Management Journal*, 9 (5), S. 672-688.
- Chiu, Alexis (2010): Lisa Rinna's Lip Reduction. Why the reality star decided to reshape her infamous mouth. In: *People* vom 25. Oktober 2010, S. 73-74.
- City of Beverly Hills - Information Technology - GIS (2012): Streets of City of Beverly Hills, California. Beverly Hills: City of Beverly Hills. Veröffentlicht unter: <https://www.beverlyhills.org/cbhfiles/storage/files/10521842211256623099/Streetmap.pdf> (16.10.2017).
- Codner, Mark (2016): ASAPS First-Ever Symposium "The Business of Launching Your Practice" Just for Plastic Surgery Residents and Fellows: A Great Success. In: *Aesthetic Society News. Quarterly Newsletter of the American Society for Aesthetic Plastic Surgery*, 20 (1), S. 18-19.
- Cohen, Erik (1984): The Sociology of Tourism: Approaches, Issues, and Findings. In: *Annual Review of Sociology*, 10, S. 373-392.
- Cole, Patrick D. u.a. (2009a): Laser Therapy in Ethnic Populations. In: *Seminars in Plastic Surgery*, 23 (3), S. 173-177.
- Cole, Patrick D. u.a. (2009b): Skin Care in Ethnic Populations. In: *Seminars in Plastic Surgery*, 23 (3), S. 168-172.
- Cole, Thomas R.; Carlin, Nathan S.; Carson, Ronald A. (2015): *Medical Humanities. An Introduction*. New York: Cambridge University Press.
- Coleman Moriarty, Kate (2004): *Botulinum Toxin in Facial Rejuvenation*. Edinburgh u.a.: Mosby.
- Coleman, Kiersten R.; Carruthers, Jean (2006): Combination therapy with Botox and fillers: the new rejuvenation paradigm. In: *Dermatologic Therapy*, 19 (3), S. 177-188.
- Coleman, Kyle M.; Coleman III, William P.; Benchetrit, Arie (2009): Non-Invasive, External Ultrasonic Lipolysis. In: *Seminars in Cutaneous Medicine and Surgery*, 28 (4), S. 263-267.
- Coleman, Laura (2015): Waldorf Astoria Beverly Hills Names French Hotelier Luc Delafosse As Incoming GM. In: *Beverly Hills Courier* Nr. 50 vom 11. Dezember 2015, S. 8.
- Conrad, Peter (2007): *The Medicalization of Society. On the Transformation of Human Conditions into Treatable Disorders*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press.
- CosMediTour (2014): *CosMediTour Cosmetic & Medical Tourism Group*. Australia's No. 1 Medical Tourism Agency. Broadbeach, Bangkok: CosMediTour. Veröffentlicht unter:

- www.cosmeditour.com_wp_wp-content_uploads_2014_07_CosMediTour-E-Brochure-2014.pdf (01.02.2016).
- Cosmedtique Post-Op Care (o.J.a): A comfortable setting for the patient to recover after surgery with personal, professional and quality nursing care. Veröffentlicht unter: <http://www.cosmedtiquepostopcare.com> (27.10.2015).
- Cosmedtique Post-Op Care (o.J.b): Your stay at Comedtique includes. Veröffentlicht unter: <http://www.cosmedtiquepostopcare.com/about/html> (27.10.2015).
- CosmetAssure (2012): Policy Acknowledgement Form. Coverage for Complications of Cosmetic Surgery. O.O.: CosmetAssure. Veröffentlicht unter: <http://www.dbreath.com/documents/CosmetAssure-Policy-Acknowledgement-Form.pdf> (18.11.2017).
- Cosmetic Surgical Practice Working Party (2013): Professional Standards for Cosmetic Practice. London: The Royal College of Surgeons of England. Veröffentlicht unter: https://www.rcseng.ac.uk/-/media/files/rcs/library-and-publications/non-journal-publications/standards_for_cosmetic_practice.pdf (25.01.2019).
- CosmetiSuite (o.J.): MEDITAB CosmetiSuite. Integrated software solution for Plastic, Cosmetic, Hand Surgery, ASC & Medical Spa. Oakland: CosmetiSuite.
- Costelloe, Michael (2014): From the Executive Office. Keep the barbarians from the gate. In: Plastic Surgery News vom Januar/Februar 2014, S. 7.
- County of Los Angeles (2012): Cities within the County of Los Angeles. Los Angeles: County of Los Angeles. Veröffentlicht unter: <http://ceo.lacounty.gov/forms/09-10%20Cities%20Alpha.pdf> (17.05.2017).
- Crawford Adams, John (2008): Harley Street. A brief history, with notes on nearby Regent's Park. London: Royal Society of Medicine Press Ltd.
- Crerand, Canice E.; Franklin, Martin E.; Sarwer, David B. (2006): Body Dysmorphic Disorder and Cosmetic Surgery. In: Plastic and Reconstructive Surgery, 118 (7): 167e-180e.
- Crerand, Canice E.; Magee, Leanne (2013): Cosmetic and Reconstructive Breast Surgery in Adolescents: Psychological, Ethical, and Legal Considerations. In: Seminars in Plastic Surgery, 27 (1), S. 72-78.
- Crick, Malcolm (1989): Representations of International Tourism in the Social Sciences: Sun, Sex, Sights, Savings, and Servility. In: Annual Review of Anthropology, 18, S. 307-344.
- Crow, David (2018): Challenges to Botox threaten a market makeover. Biotech company Revance hopes its rival treatments will put the squeeze on Allergan. In: Financial Times vom 08. März 2018. Veröffentlicht unter: <https://www.ft.com/content/49570b38-221f-11e8-9a70-08f715791301> (18.06.2018).

- Dallas Plastic Surgery Institute (2011): About Dallas Plastic Surgery Institute. Veröffentlicht unter: <https://dpsi.org/dallas-plastic-surgery-institute/> (03.02.2019).
- Danzon, Patricia M. (1991): Liability for Medical Malpractice. In: *The Journal of Economic Perspectives*, 5 (3), S. 51-69.
- Davies, Gloria; Han, Gil-Soo (2011): Korean Cosmetic Surgery and Digital Publicity: Beauty by Korean Design. In: *Media International Australia*, 141 (1), S. 146-156.
- Davis, Kathy (1995): *Reshaping the Female Body. The Dilemma of Cosmetic Surgery*. New York, London: Routledge.
- Davis, Kathy (2003): *Dubious Equalities and Embodied Differences. Cultural Studies on Cosmetic Surgery*. Lanham u.a.: Rowman & Littlefield Publishers, Inc.
- Davis, Kathy (2008): Surgical passing – Das Unbehagen an Michael Jacksons Nase. In: Villa, Paula-Irene (Hrsg.): *schön normal. Manipulationen am Körper als Technologien des Selbst*. Bielefeld: transcript, S. 41-65.
- Dawkins, Marcia (2010): Mixed Messages: Barack Obama and Post-Racial Politics. In: *Spectator*, 30 (2), S. 9-17. Veröffentlicht unter: <https://cinema.usc.edu/archivedassets/101/16191.pdf> (28.10.2017).
- Dawson, Michael C.; Bobo, Lawrence D. (2009): One Year Later and the Myth of a Post-Racial-Society. In: *Du Bois Review: Social Science Research on Race*, 6 (2), S. 247-249.
- de Beauvoir, Simone (2000): *Das andere Geschlecht. Sitte und Sexus der Frau*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.
- Decker, Oliver (2011): *Der Warenkörper. Zur Sozialpsychologie der Medizin*. Springer: zu Klampen.
- Degele, Nina (2007): Schönheit – Erfolg – Macht. In: *Aus Politik und Zeitgeschichte. Beilage zur Wochenzeitung Das Parlament*, B 18/2007, S. 26-32.
- Degele, Nina (2008a): *Gender/Queer Studies. Eine Einführung*. Paderborn: Fink (UTB).
- Degele, Nina (2008b): Normale Exklusivitäten – Schönheitshandeln, Schmerznormalisieren, Körper inszenieren. In: Villa, Paula-Irene (Hrsg.): *schön normal. Manipulationen am Körper als Technologien des Selbst*. Bielefeld: transcript, S. 67-84.
- DeMello, Margo (2014): *Body Studies. An Introduction*. London, New York: Routledge.
- DeNinno, Nadine (2014): Women Who Undergo Plastic Surgery in Korea Denied Access to Their Home Countries. In: *International Business Times* vom 19. April 2014. Veröffentlicht unter: <http://www.ibtimes.com/women-who-undergo-plastic-surgery-korea-denied-access-their-home-countries-1573823> (21.01.2016).
- Denzin, Norman K. (1975): *The Research Act. A Theoretical Introduction to Sociological Methods*. Chicago: Aldine Publishing Company.

- Der Spiegel (1993): Brasilien. Michelangelo des Skalpell. In: Der Spiegel Nr. 24 vom 14. Juni 1993, S. 182-184.
- Dickenson, Donna (2009): Body Shopping. Converting Body Parts to Profit. Oxford: Oneworld Publications.
- Diekmann, Andreas (2017): Empirische Sozialforschung. Grundlagen, Methoden, Anwendungen. 11. Aufl. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.
- Dilger, Erika (2008): Die Fitnessbewegung in Deutschland. Wurzeln, Einflüsse und Entwicklungen. Schorndorf: Hofmann.
- Diplomat Magazine (2017): Healthcare Report: The Future of Harley Street. In: Diplomat Magazine vom 08. Mai 2017. Veröffentlicht unter: <http://www.diplomatmagazine.com/healthcare-report-the-future-of-harley-street/> (25.01.2019).
- Dittmann, Melissa (2005): Plastic surgery: Beauty or beast? In: Monitor on Psychology, 36 (8), S. 30. Veröffentlicht unter: <http://www.apa.org/monitor/sep05/surgery.aspx> (12.11.2017).
- Domino, Karen B. (2013): Medical Liability Insurance: The Calm before the Storm? In: ASA Newsletter. The Newsletter of the American Society of Anesthesiologists, Inc., 77 (10), S. 54-56.
- DRE Medical Equipment (2017): 2017-2018 Catalog. New & Refurbished Medical Equipment. Louisville: DRE Medical Equipment. Veröffentlicht unter: <https://www.dremed.com/catalog/documents/DRE-Medical-Equipment-Catalog.pdf> (27.02.2018).
- Duenwald, Mary (2005): Despite Ban, a Gray Market in Silicone Implants Thrives. In: The New York Times vom 21. April 2005. Veröffentlicht unter: <http://www.nytimes.com/2005/04/21/fashion/thursdaystyles/despite-ban-a-gray-market-in-silicone-implants.html> (21.01.2016).
- Duncan, Diane Irvine; Kreindel, Michael (2015): Basic Radiofrequency: Physics and Safety and Application to Aesthetic Medicine. In: Lapidoth, Moshe; Halachmi, Shlomit (Hrsg.): Radiofrequency in Cosmetic Dermatology. Basel u.a.: Karger, S. 1-22.
- Ebberfeld, Ingelore (2007): Blondinen Bevorzugt. Wie Frauen Männer verführen. Frankfurt am Main: Westend.
- Eckart, Wolfgang U. (2009): Geschichte der Medizin. Fakten, Konzepte, Haltungen. 6. Aufl. Heidelberg: Springer.
- Edmonds, Alexander (2010): Pretty Modern. Beauty, Sex, and Plastic Surgery in Brazil. Durham, London: Duke University Press.

- Edmonds, Alexander (2011): "Almost Invisible Scars": Medical Tourism to Brazil. In: *Signs. Journal of Women in Culture and Society*, 36 (2), S. 297-302.
- Edwards, Michael C. (2014): Plastic surgeon vs. cosmetic surgeon: What's the difference? In: *Smart Beauty Guide* vom 07. Juli 2014. Veröffentlicht unter: <https://www.smartbeautyguide.com/news/news-and-trends/plastic-surgeon-cosmetic-surgeon-s-difference/#.Wp2zb-jOXIU> (29.01.2016).
- Ehrbeck, Tilman; Guevara, Ceani; Mango, Paul D. (2008): Mapping the market for medical travel. In: *The McKinsey Quarterly* vom Mai 2008, S. 1-11.
- Eisenmann-Klein, Marita (2007): Visionäre gibt es wenige – er war einer. In: *Plastische Chirurgie* Nr. 1/2007, S. 4. Veröffentlicht unter: <https://www.dgpraec.de/sites/default/files/HindererNachruf1.pdf> (05.03.2018).
- Elfving-Hwang, Joanna (2013): Cosmetic Surgery and Embodying the Moral Self in South Korean Popular Makeover Culture. In: *The Asia-Pacific Journal: Japan Focus*, 11 (24/2), S. 1-18. Veröffentlicht unter: <https://apjif.org/-Joanna-Elfving-Hwang/3956/article.pdf> (14.03.2018).
- Elias, Norbert (1994): *Über den Prozeß der Zivilisation. Soziogenetische und psychogenetische Untersuchungen. Zweiter Band. Wandlungen der Gesellschaft. Entwurf zu einer Theorie der Zivilisation.* 18. Aufl. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Elias, Norbert (1997): *Über den Prozeß der Zivilisation. Soziogenetische und psychogenetische Untersuchungen. Erster Band. Wandlungen des Verhaltens in den weltlichen Oberschichten des Abendlandes.* 21. Aufl. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Ellin, Abby (2011): *The Golden Years, Polished with Surgery.* In: *The New York Times* vom 08. August 2011. Veröffentlicht unter: <http://www.nytimes.com/2011/08/09/health/09plastic.html> (27.01.2016).
- Elsevier; American Board of Medical Specialties (2015): *2013-2014 ABMS Board Certification Report.* Chicago: American Board of Medical Specialties.
- Emanuel, Ezekiel J.; Emanuel, Linda L. (1992): Four Models of the Physician-Patient Relationship. In: *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 267 (16), S. 2221-2226.
- Enders, Jeannette (2009): „Aus der Reihe tanzende“ Zähne. Formen, Verbreitung und Hintergründe künstlicher Zahndeformationen. In: *Dental Tribune* Nr. 6 vom 08. Mai 2009, S. 30-31. Veröffentlicht unter: [https://www.dental-tribune.com/epaper/dt-germany/dt-germany-0609-\[30-31\].pdf](https://www.dental-tribune.com/epaper/dt-germany/dt-germany-0609-[30-31].pdf) (25.01.2019).
- Engel, George L. (1977): The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine. In: *Science*, 196 (4286), S. 129-136.

- Enhance Medical Center, Inc. (2019): Chin Augmentation Gallery. Veröffentlicht unter: <https://www.asiancosmeticsurgery.com/photo-gallery/chin-augmentation/> (02.03.2019).
- Ernst, Tanja; Isidoro Losada, Ana María (2010): Nord-Süd-Beziehungen: Globale Ungleichheit im Wandel? In: Aus Politik und Zeitgeschichte. Beilage zur Wochenzeitung Das Parlament, B 10/2010, S. 10-15.
- Esping-Andersen, Gøsta (1993): *The Three Worlds of Welfare Capitalism*. Princeton: Princeton University Press.
- Esser, Hartmut (1999): Inklusion, Integration und ethnische Schichtung. In: *Journal für Konflikt- und Gewaltforschung*, 1 (1), S. 5-34. Veröffentlicht unter: <http://www.uni-bielefeld.de/ikg/jkg/1-1999/esser.pdf> (24.04.2018).
- Essig, Laurie (2010): *American Plastic. Boob Jobs, Credit Cards, and Our Quest for Perfection*. Boston: Beacon Press.
- Etcoff, Nancy (2000): *Survival of the Prettiest. The Science of Beauty*. New York: Anchor Books.
- Eun, Seok-Chan (2013): Brilliant Hallyu and Plastic Surgery. In: *Journal of Korean Medical Science*, 28 (11), S. 1561-1562.
- Europäisches Parlament; Rat der Europäischen Union (2011): Richtlinie 2011/24/EU des Europäischen Parlaments und des Rates vom 9. März 2011 über die Ausübung der Patientenrechte in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung. In: *Amtsblatt der Europäischen Union Nr. L 88 vom 04. April 2011*, S. 45-65.
- European Committee for Standardization (2015): CEN publishes standard on Aesthetic Surgery services. Pressemitteilung vom 20. Januar 2015. Veröffentlicht unter: <ftp://ftp.cencenelec.eu/CEN/News/PR/PR-CEN-20150120.pdf> (14.08.2016).
- European Committee for Standardization (2016): European Standard Final Draft FprEN 16844. January 2016. *Aesthetic medicine services - Non-surgical medical treatments*. Brüssel: European Committee for Standardization. Veröffentlicht unter: https://www.aemh.org/images/AEMH_documents/2016/AEMH16-005_Draft_Aesthetic_medicine_services_non-surgical_Jan_2016.pdf (14.08.2016).
- Fanon, Frantz (2008): *Black Skin, White Masks*. London: Pluto Press.
- Farkas, Jordan P. u.a. (2007): The Effect of Blood Pressure on Hematoma Formation with Perioperative Lovenox in Excisional Body Contouring Surgery. In: *Aesthetic Surgery Journal*, 27 (6), S. 589-593.

- Fenner, Dagmar (2017): Ist das gegenwärtige Schönheitshandeln auch gut? Eine kritische Analyse der ethischen Argumente pro und kontra Schönheitsoperationen. In: *Ethica. Wissenschaft und Verantwortung*, 25 (2), S. 99-123.
- Fetters, Ashley (2011): The New Full-Frontal: Has Pubic Hair in America Gone Extinct? In: *The Atlantic* vom 13. Dezember 2011. Veröffentlicht unter: <https://www.theatlantic.com/health/archive/2011/12/the-new-full-frontal-has-pubic-hair-in-america-gone-extinct/249798/> (25.01.2016).
- Few, Jr., Julius W. (2009): Rejuvenation of the African American Periorbital Area: Dynamic Considerations. In: *Seminars in Plastic Surgery*, 23 (3), S. 198-206.
- Field, David (1978): Der Körper als Träger des Selbst. Bemerkungen zur sozialen Bedeutung des Körpers. In: Hammerich, Kurt; Klein, Michael (Hrsg.): *Materialien zur Soziologie des Alltags. Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie, Sonderheft 20*. Opladen: Westdeutscher Verlag, S. 244-264.
- Firouz Institute of Aesthetic & Plastic Surgery (o.J.): Menu of Services. Beverly Hills: Firouz Institute of Aesthetic & Plastic Surgery. Veröffentlicht unter: <http://www.drfirouz.com/wp-content/uploads/2015/08/Firouz-brochureforweb.pdf> (05.02.2016).
- Fisher, Garth (2008): *The Naked Truth about Plastic Surgery. Personal Procedure Organizer & Workbook*. O.O.: The Naked Truth Product Company, LLC.
- Fisher, Garth (2019a): Ethnic Rhinoplasty. Veröffentlicht unter: <https://www.garthfisher.com/procedures/nose/ethnic-rhinoplasty/> (17.03.2019).
- Fisher, Garth (2019b): Gallery. Blepharoplasty. Veröffentlicht unter: <https://www.garthfisher.com/photo-gallery/face/blepharoplasty/> (28.02.2019).
- Fisher, Garth (2019c): Gallery. Ethnic Rhinoplasty. Veröffentlicht unter: <https://www.garthfisher.com/photo-gallery/nose/ethnic-rhinoplasty/> (28.02.2019).
- Fisher, Garth (2019d): Gallery. Primary Rhinoplasty. Veröffentlicht unter: <https://www.garthfisher.com/photo-gallery/nose/primary-rhinoplasty/> (28.02.2019).
- Flick, Uwe (1995): *Qualitative Forschung. Theorie, Methoden, Anwendung in Psychologie und Sozialwissenschaften*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.
- Flick, Uwe (2005): *Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung*. 3. Aufl. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.
- Flick, Uwe (2010): Triangulation in der qualitativen Forschung. In: Flick, Uwe; von Kardorff, Ernst; Steinke, Ines (Hrsg.): *Qualitative Forschung. Ein Handbuch*. 8. Aufl. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt, S. 309-318.

- Flick, Uwe; von Kardorff, Ernst; Steinke, Ines (2010): Was ist qualitative Forschung? Einleitung und Überblick. In: Flick, Uwe; von Kardorff, Ernst; Steinke, Ines (Hrsg.): Qualitative Forschung. Ein Handbuch. 8. Aufl. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt, S. 13-29.
- Flint, Sunshine (2012): The Top 10 Places to Heal in Style. In: Worth vom 07. Februar 2012. Veröffentlicht unter: <http://www.worth.com/the-top-10-places-to-heal-in-style/> (11.07.2016).
- Fluck, Winfried (1999): Amerikanisierung und Modernisierung. In: Transit. Europäische Revue, 17, S. 55-71.
- Fluck, Winfried (2005): California Blue. Americanization as Self-Americanization. In: Stephan, Alexander (Hrsg.): Americanization and Anti-Americanism. The German Encounter with American Culture after 1945. New York, Oxford: Berghahn Books, S. 221-237.
- Forbes, Sophie (2010): Sophie Monk gets an unwanted visit from the ex boyfriend who cheated on her. In: Daily Mail Online vom 16. Juli 2010. Veröffentlicht unter: <http://www.dailymail.co.uk/tvshowbiz/article-1295167/Sophie-Monk-gets-unwanted-visit-ex-boyfriend-cheated-her.html> (29.03.2016).
- Forgacs, David (Hrsg.) (2000): The Gramsci Reader. Selected Writings 1916-1935. New York: New York University Press.
- Foucault, Michel (1993): Technologien des Selbst. In: Martin, Luther H.; Gutman, Huck; Hutton, Patrick H. (Hrsg.): Technologien des Selbst. Frankfurt am Main: S. Fischer, S. 24-62.
- Foucault, Michel (1994): Überwachen und Strafen. Die Geburt des Gefängnisses. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Foucault, Michel (2004): Räderwerke des Überwachens und Strafens. Interview (1975). In: Gente, Peter; Paris, Heidi; Weinmann, Martin (Hrsg.): Michel Foucault. Short Cuts. 3. Aufl. Frankfurt am Main: Zweitausendeins, S. 56-80.
- Foucault, Michel (2012): Sexualität und Wahrheit. Erster Band. Der Wille zum Wissen. 12. Aufl. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Franzblau, Lauren E.; Chung, Kevin C. (2013): Impact of Medical Tourism on Cosmetic Surgery in the United States. In: Plastic and Reconstructive Surgery – Global Open, 1 (7), S. 1-7. Veröffentlicht unter: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4174065/pdf/gox-1-e63.pdf> (17.11.2017).
- Franzki, Hannah; Aikins, Joshua Kwesi (2010): Postkoloniale Studien und kritische Sozialwissenschaft. In: Prokla. Zeitschrift für kritische Sozialwissenschaft, 40 (1), S. 9-28.

- Frederick, David A.; Lever, Janet; Peplau, Letitia Anne (2007): Interest in Cosmetic Surgery and Body Image: Views of Men and Women across the Lifespan. In: Plastic and Reconstructive Surgery, 120 (5), S. 1407-1415.
- Freidson, Eliot (1975a): *Doctoring Together. A Study of Professional Social Control*. New York u.a.: Elsevier.
- Freidson, Eliot (1975b): *Profession of Medicine. A Study of the Sociology of Applied Knowledge*. 8. Aufl. New York: Dodd, Mead & Company.
- Freudenheim, Milt (1996): As Insurers Cut Fees, Doctors Shift to Elective Procedures. In: The New York Times vom 24. August 1996. Veröffentlicht unter: <http://www.ny-times.com/1996/08/24/business/as-insurers-cut-fees-doctors-shift-to-elective-procedures.html> (26.12.2015).
- Frey Steffen, Therese (2017): *Gender*. 2. Aufl. Stuttgart: Reclam.
- Frey, William H. (2006): *Diversity Spreads Out: Metropolitan Shifts in Hispanic, Asian, and Black Populations since 2000*. Washington, D.C.: The Brookings Institution. Veröffentlicht unter: https://www.brookings.edu/wp-content/uploads/2016/06/20060307_Frey.pdf (29.05.2018).
- Frey, William H. (2015): In the U.S., diversity is the new majority. In: Los Angeles Times vom 06. März 2015. Veröffentlicht unter: <http://www.latimes.com/opinion/op-ed/la-oe-0310-frey-no-racial-majority-america-20150310-story.html> (17.12.2015).
- Friday, Nancy (1996): *The Power of Beauty*. New York: HarperCollins Publishers.
- Friedrichs, Jürgen (1973): *Methoden empirischer Sozialforschung*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.
- Friese, Susanne (2006): Computergestützte Analyse qualitativer Daten. In: Ayaß, Ruth; Bergmann, Jörg R. (Hrsg.): *Qualitative Methoden der Medienforschung*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt, S. 459-474.
- Friese, Susanne (2012): *Qualitative Data Analysis with ATLAS.ti*. London u.a.: Sage Publications.
- Gahlinger, Paul M. (2008): *The Medical Tourism Travel Guide. Your Complete Reference to Top-Quality, Low-Cost Dental, Cosmetic, Medical Care & Surgery Overseas*. North Branch: Sunrise River Press.
- Garcia, Jennifer (2010): Heidi Montag Obsessed with Being “Perfect”. In: People vom 25. Januar 2010. Veröffentlicht unter: <http://people.com/archive/cover-story-heidi-montag-obsessed-with-being-perfect-vol-73-no-3/> (22.06.2016).
- Garrison, Shadia; Bloom, Stefanie (2004): A Blueprint for Change. In: U.S. Department of Health and Human Services, Health Resources and Service Administration, Bureau of

- Health Professions, Division of Medicine and Dentistry (Hrsg.): Cultural Competency in Medical Education: A Guidebook for Schools. Washington, D.C.: U.S. Department of Health and Human Services, S. 1-6. Veröffentlicht unter: <https://www.hrsa.gov/sites/default/files/culturalcompetence/cultcomp.pdf> (09.04.2018).
- Gelhaus, Hermann (1998): Die Wortarten: Die Flektierbaren und die Unflektierbaren. In: Wissenschaftlicher Rat der Dudenredaktion (Hrsg.): Duden. Grammatik der deutschen Gegenwartssprache. Duden Band 4. 6. Aufl. Mannheim u.a.: Dudenverlag, S. 85-407.
- Georgieff, Michael u.a. (1997): Xenon statt Lachgas? In: Deutsches Ärzteblatt, 94 (34-35), S. A-2202-A-2205.
- Georgii, Joachim u.a. (2014): A Computational Tool for Pre-operative Breast Augmentation Planning in Aesthetic Plastic Surgery. In: IEEE Journal of Biomedical and Health Informatics, 18 (3), S. 907-919.
- Ghali, Michael G. Z. u.a. (2014): Craniosynostosis surgery: the legacy of Paul Tessier. Historical vignette. In: Neurosurgical Focus, 36 (4), S. 1-8. Veröffentlicht unter: <http://thejns.org/doi/pdf/10.3171/2014.2.FOCUS13562> (09.04.2018).
- Ghavami, Ashkan (2016): Beverly Hills Ethnic Rhinoplasty – Dr. Ashkan Ghavami. Veröffentlicht unter: <http://www.rhinoplastycenter.com/ethnic-rhinoplasty.html> (21.10.2016).
- Gibbons, Cuyler (2014): Trinity Aftercare. Comfortable, effective cosmetic surgery aftercare in a luxury environment with all the amenities. In: Pasadena Magazine vom Juli/August 2014, S. 53-54. Veröffentlicht unter: <http://trinityaftercare.com/wp-content/uploads/2015/02/PasadenaMagazine2014TopDocsFeature.pdf> (30.10.2015).
- Giddens, Anthony (1984): The Constitution of Society. Outline of the Theory of Structuration. Berkeley, Los Angeles: University of California Press.
- Gilman, Sander L. (1998): Creating Beauty to Cure the Soul. Race and Psychology in the Shaping of Aesthetic Surgery. Durham, London: Duke University Press.
- Gilman, Sander L. (2001): Making the Body Beautiful. A Cultural History of Aesthetic Surgery. Princeton, Woodstock: Princeton University Press.
- Gilman, Sander L. (2008a): Die erstaunliche Geschichte der Schönheitschirurgie. In: Taschen, Angelika (Hrsg.): Schönheitschirurgie. Köln u.a.: Taschen, S. 60-109.
- Gilman, Sander L. (2008b): Ethnische Fragen in der Schönheitschirurgie. In: Taschen, Angelika (Hrsg.): Schönheitschirurgie. Köln u.a.: Taschen, S. 110-137.
- Gilman, Sander L. (2010): Glück, Ästhetische Chirurgie, die Juden und Michael Jackson. In: Walther, Sigrid; Staube, Gisela; Macho, Thomas (Hrsg.): Was ist schön? Göttingen: Wallstein, S. 162-173.

- Gimlin, Debra (2000): *Cosmetic Surgery: Beauty as Commodity*. In: *Qualitative Sociology*, 23 (1), S. 77-98.
- Ginsberg, Merle (2011): *Hollywood's New Plastic Surgery Alternative: The Quick-Fix Lasers*. In: *The Hollywood Reporter* vom 13. August 2011. Veröffentlicht unter: <https://www.hollywoodreporter.com/news/hollywoods-new-plastic-surgery-alternative-222859> (02.12.2015).
- Ginsberg, Merle (2014a): *Hollywood's Latest Beauty Fad: Hand Jobs*. In: *The Hollywood Reporter* vom 29. August 2014. Veröffentlicht unter: <https://www.hollywoodreporter.com/news/hollywood-beauty-hand-jobs-728247> (05.03.2016).
- Ginsberg, Merle (2014b): *How to Look Hot This Summer (and Beyond)*. In: *The Hollywood Reporter* vom 05. August 2014. Veröffentlicht unter: <https://www.hollywoodreporter.com/news/how-look-hot-summer-beyond-721809> (05.03.2016).
- Ginsberg, Merle (2015a): *Bye-Bye Doctor's Office: Lunchtime Botox Booms in L.A.* In: *The Hollywood Reporter* vom 12. November 2015. Veröffentlicht unter: <https://www.hollywoodreporter.com/news/bye-bye-doctors-office-lunchtime-838682> (05.03.2016).
- Ginsberg, Merle (2015b): *Face-Lift 2.0: Hollywood's New Faster, Multitasking Surgery*. In: *The Hollywood Reporter* vom 28. August 2015. Veröffentlicht unter: <https://www.hollywoodreporter.com/news/face-lift-20-hollywoods-new-817498> (05.03.2016).
- Ginsberg, Merle (2015c): *From Jennifer Lopez to Kim Kardashian: How Butts Stole the Spotlight from Boobs*. In: *The Hollywood Reporter* vom 12. März 2015. Veröffentlicht unter: <https://www.hollywoodreporter.com/news/jennifer-lopez-kim-kardashian-how-780108> (05.03.2016).
- Ginsberg, Merle (2015d): *Hollywood's Knee Anxiety: Ironing Out Those "Kninkles"*. In: *The Hollywood Reporter* vom 27. Juli 2015. Veröffentlicht unter: <https://www.hollywoodreporter.com/news/hollywood-s-knee-anxiety-ironing-810027> (05.03.2016).
- Ginsberg, Merle (2015e): *The N.Y. Face vs. the L.A. Face: Top Plastic Surgeons Reveal Biggest Differences*. In: *The Hollywood Reporter* vom 16. April 2015. Veröffentlicht unter: <https://www.hollywoodreporter.com/news/ny-face-la-face-top-786776> (05.03.2016).
- Glaser, Barney G.; Strauss, Anselm, L. (2006): *The Discovery of Grounded Theory. Strategies for Qualitative Research*. New Brunswick, London: Aldine Transaction.
- Glusac, Elaine (1995): *It's Pampering Post-surgery Retreat*. In: *Chicago Tribune* vom 08. Oktober 1995. Veröffentlicht unter: http://articles.chicagotribune.com/1995-10-08/features/9510080200_1_plastic-surgery-tummy-tucks-nurse (17.01.2015).

- Gnambs, Timo; Batinic, Bernad (2011): Qualitative Online-Forschung. In: Naderer, Gabriele; Balzer, Eva (Hrsg.): Qualitative Marktforschung in Theorie und Praxis. Grundlagen – Methoden – Anwendungen. 2. Aufl. Wiesbaden: Gabler, S. 385-404.
- Goering, Sara (2003): Conformity through Cosmetic Surgery: The Medical Erasure of Race and Disability. In: Figueroa, Robert; Harding, Sandra (Hrsg.): Science and Other Cultures. Issues in Philosophies of Science and Technology. New York, London: Routledge, S. 172-188.
- Goffman, Erving (2003): Stigma. Über Techniken der Bewältigung beschädigter Identität. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Goffman, Erving (2008): Wir alle spielen Theater. Die Selbstdarstellung im Alltag. 6. Aufl. München, Zürich: Piper.
- Goldberg, Carey (1996): Only in California, Après-Face-Lift Spas Thrive. In: The New York Times vom 27. Oktober 1996. Veröffentlicht unter: <http://www.nytimes.com/1996/10/27/style/only-in-california-apres-face-lift-spas-thrive.html> (17.01.2015).
- Goldman, Mitchel P.; Weiss, Robert A.; Weiss, Margaret A. (2005): Intense Pulsed Light as a Nonablative Approach to Photoaging. In: Dermatologic Surgery, 31 (9 Pt 2), S. 1179-1187.
- Gomez, Lisa Marie (2005): The ugly road to beauty. One woman's harrowing quest for plastic surgery. In: NBC News vom 08. Juni 2005. Veröffentlicht unter: http://www.nbcnews.com/id/8145681/ns/health-health_care/t/ugly-road-beauty/#.WD7OI9LhCt8 (21.01.2016).
- Goodall, Simon; Tom, Jennifer (2012): Regulation and Access to Innovative Medical Technologies. A comparison of the FDA and EU Approval Processes and their Impact on Patients and Industry. O.O.: The Boston Consulting Group. Veröffentlicht unter: http://www.medtecheurope.org/sites/default/files/resource_items/files/01062012_BCG_Regulation%20and%20Access%20to%20Innovative%20Medical%20Technologies_Backgrounder.pdf (25.02.2014).
- Goodman, Michael P. (2009): Female Cosmetic Genital Surgery. In: Obstetrics & Gynecology, 113 (1), S. 154-159.
- Goodman, Michael P. (2011): Female Genital Cosmetic and Plastic Surgery: A Review. In: The Journal of Sexual Medicine, 8 (6), S. 1813-1825.
- Gordon, Milton M. (1964): Assimilation in American Life. The Role of Race, Religion, and National Origins. New York: Oxford University Press.

- Greater Miami Convention & Visitors Bureau (o.J.): Miami Health. MiamiHealthCare.org. Miami, Miami Beach: Greater Miami Convention & Visitors Bureau. Veröffentlicht unter: http://www.miamiandbeaches.com/things-to-do/travel-guides/-/media/6698bbe9abe841938875ce61a6cc8cbd.ashx?_ga=2.47904295.1493113207.1510577194-1283631704.1510577194 (17.11.2017).
- Grimes, Pearl E. (Hrsg.) (2008): *Aesthetics and Cosmetic Surgery for Darker Skin Types*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Gronemeyer, Reimer (1984): Leitbilder, soziale. In: Kerber, Harald; Schmieder, Arnold (Hrsg.): *Handbuch Soziologie. Zur Theorie und Praxis sozialer Beziehungen*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt, S. 336-340.
- Groß, Dominik (2009): Wunscherfüllende Zahnmedizin: Die Zahnarztpraxis als Kosmetik- und Wellness-Oase? In: Kettner, Matthias (Hrsg.): *Wunscherfüllende Medizin. Ärztliche Behandlung im Dienst von Selbstverwirklichung und Lebensplanung*. Frankfurt am Main, New York: Campus, S. 103-122.
- Gross, Jane (1996): Posh Beverly Hills Retreat Puts a New Face on Privacy. In: Los Angeles Times vom 20. Januar 1996. Veröffentlicht unter: http://articles.latimes.com/1996-01-20/local/me-26754_1_beverly-hills (26.11.2017).
- Grossberg, Lawrence (1999): Was sind Cultural Studies? In: Hörning, Karl H.; Winter, Rainer (Hrsg.): *Widerspenstige Kulturen. Cultural Studies als Herausforderung*. Frankfurt am Main: Suhrkamp, S. 43-83.
- Groves, James E.; Dunderdale, Barbara A.; Stern, Theodore A. (2002): Celebrity Patients, VIPs, and Potentates. In: *The Primary Care Companion to the Journal of Clinical Psychiatry*, 4 (6), S. 215-223.
- Guggenberger, Bernd (1997): *Einfach schön. Schönheit als soziale Macht*. München: Deutscher Taschenbuch Verlag.
- Gugutzer, Robert (2004): *Soziologie des Körpers*. Bielefeld: transcript.
- Gugutzer, Robert (2007): Körperkult und Schönheitswahn – Wider den Zeitgeist. In: *Aus Politik und Zeitgeschichte. Beilage zur Wochenzeitung Das Parlament*, B 18/2007, S. 3-6.
- Gugutzer, Robert (2012): *Verkörperungen des Sozialen. Neophänomenologische Grundlagen und soziologische Analysen*. Bielefeld: transcript.
- Guzman, Jorge A.; Sasidhar, Madhu; Stoller, James K. (2011): Caring for VIPs: Nine principles. In: *Cleveland Clinic Journal of Medicine*, 78 (2), S. 90-94.
- Hadshiew, Ina (2010): Pigmentstörungen der Haut. In: Moll, Ingrid (Hrsg.): *Dermatologie*. 7. Aufl. Stuttgart: Thieme, S. 478-488.

- Haeck, Phillip C. u.a. (2009): Evidence-Based Patient Safety Advisory: Patient Selection and Procedures in Ambulatory Surgery. In: *Plastic and Reconstructive Surgery*, 124 (4S), S. 6S-27S.
- Haiken, Elizabeth (1997): *Venus Envy. A History of Cosmetic Surgery*. Baltimore, London: The Johns Hopkins University Press.
- Hakim, Catherine (2011): *Erotisches Kapital. Das Geheimnis erfolgreicher Menschen*. Frankfurt am Main, New York: Campus.
- Hall, Stuart (1986): Gramsci's Relevance for the Study of Race and Ethnicity. In: *Journal of Communication Inquiry*, 10 (2), S. 5-27.
- Hall, Stuart (1994): Der Westen und der Rest: Diskurs und Macht. In: Mehlem, Ulrich u.a. (Hrsg.): *Stuart Hall. Rassismus und kulturelle Identität. Ausgewählte Schriften 2*. Hamburg: Argument Verlag, S. 137-179.
- Hall, Stuart (1999): Die zwei Paradigmen der Cultural Studies. In: Hörning, Karl H.; Winter, Rainer (Hrsg.): *Widerspenstige Kulturen. Cultural Studies als Herausforderung*. Frankfurt am Main: Suhrkamp, S. 13-42.
- Halle, David; Gedeon, Robert; Beveridge, Andrew A. (2003): Residential Separation and Segregation, Racial and Latino Identity, and the Racial Composition of Each City. In: Halle, David (Hrsg.): *New York & Los Angeles. Politics, Society, and Culture. A Comparative View*. Chicago, London: The University of Chicago Press, S. 150-191.
- Hamermesh, Daniel S. (2011): *Beauty Pays. Why Attractive People Are More Successful*. Princeton, Oxford: Princeton University Press.
- Hamermesh, Daniel S.; Biddle, Jeff E. (1994): Beauty and the Labor Market. In: *The American Economic Review*, 84 (5), S. 1174-1194.
- Hannerz, Ulf (1992): *Cultural Complexity. Studies in the Social Organization of Meaning*. New York, Oxford: Columbia University Press.
- Hans, Silke (2016): Theorien der Integration von Migranten – Stand und Entwicklung. In: Brinkmann, Heinz Ulrich; Sauer, Martina (Hrsg.): *Einwanderungsgesellschaft Deutschland. Entwicklung und Stand der Integration*. Wiesbaden: Springer VS, S. 23-50.
- Hardwick-Smith, Susan (2011): Examining the Controversy in Aesthetic Vaginal Surgery. In: *The American Journal of Cosmetic Surgery*, 28 (3), S. 106-113.
- Hartnett, Michael (2015): BofAML's Transforming World Atlas. Investment themes illustrated by maps. O.O.: Bank of America Merrill Lynch. Veröffentlicht unter: <http://www.wtcphila.org/uploads/4/9/5/7/49572435/bofaml-transforming-world-atlas-2015-08.pdf> (14.11.2015).

- Harvey, Steve (1986): Mussel or Muscle: Whatever You Call It, It's a Beach That's Not Forgotten by Its Many Devotees. In: Los Angeles Times vom 30. März 1986. Veröffentlicht unter: http://articles.latimes.com/1986-03-30/local/me-1736_1_muscle-beach (30.08.2016).
- Hauck, Gerhard (1984): Ethnologie. In: Kerber, Harald; Schmieder, Arnold (Hrsg.): Handbuch Soziologie. Zur Theorie und Praxis sozialer Beziehungen. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt, S. 131-135.
- Haute Living (2008): The Face of Hollywood: Dr. Raj Kanodia. In: Haute Living vom 30. Oktober 2008. Veröffentlicht unter: <http://hauteliving.com/2008/10/the-face-of-hollywood/3957/> (01.02.2016).
- Healy, Melissa (2006): Intimate makeover. In a quest to look younger, feel prettier and have better sex, women are turning to genital plastic surgery. And the look many want is that of a porn star. In: Los Angeles Times vom 13. März 2006. Veröffentlicht unter: <http://articles.latimes.com/2006/mar/13/health/he-rejuvenate13> (25.01.2016).
- Hedley-Whyte, John; Milamed, Debra R. (2006): The evolution of sites of surgery. In: The Ulster Medical Journal, 75 (1), S. 46-53.
- Heineberg, Heinz (2004): Einführung in die Anthropogeographie/Humangeographie. 2. Aufl. Paderborn u.a.: Schöningh (UTB).
- Heller, Justin u.a. (2006): Top-10 List of Herbal and Supplemental Medicines Used by Cosmetic Patients: What the Plastic Surgeon Needs to Know. In: Plastic and Reconstructive Surgery, 117 (2), S. 436-445.
- Hellmann, Kai-Uwe (2010): Konsumsoziologie. In: Kneer, Georg; Schroer, Markus (Hrsg.): Handbuch Spezielle Soziologien. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 179-195.
- Hemetsberger, Andrea; Pirker, Clemens; Pretterhofer, Herbert (2009): Medienbilder von Schönheit in der Werbung. In: Gröppel-Klein, Andrea; Germelmann, Claas Christian (Hrsg.): Medien im Marketing. Optionen der Unternehmenskommunikation. Wiesbaden: Gabler, S. 131-150.
- Henderson-King, Donna; Henderson-King, Eaaron (2005): Acceptance of cosmetic surgery: Scale development and validation. In: Body Image, 2 (2), S. 137-149.
- Hennig-Thurau, Thorsten; Klee, Alexander (1997): The Impact of Customer Satisfaction and Relationship Quality on Customer Retention: A Critical Reassessment and Model Development. In: Psychology & Marketing, 14 (8), S. 737-764.

- Henry Schein Medical (o.J.): Aesthetic Procedure & Treatment Guide. O.O.: Henry Schein Medical. Veröffentlicht unter: https://www.henryschein.com/us-es/images/Medical/12MS6370AestheticGuide_Ir.pdf (27.02.2018).
- Herkommer, Christina (2012): Die computergestützte qualitative Inhaltsanalyse. Eine Möglichkeit zur Erweiterung des Methodenkanons der (zeit-)historischen Forschung. In: Zeitschrift für digitale Geschichtswissenschaften Nr. 1/2012, S. 1-17. Veröffentlicht unter: <http://universaar.uni-saarland.de/journals/index.php/zdg/article/view/295/359> (02.01.2018).
- Hetherington, Hugh E.; Block, Jon E. (2013): Facial fat grafting with a prototype injection control device. In: Clinical, Cosmetic and Investigational Dermatology, 6, S. 201-209.
- Heumann, Leslie; Ostashay, Jan (2014): City Landmark Assessment & Evaluation Report. Beverly Professional Building 9615 (9601-9623) Brighton Way, Beverly Hills, CA. Long Beach: Ostashay & Associates Consulting. Veröffentlicht unter: http://beverlyhills.granicus.com/MetaViewer.php?view_id=36&clip_id=3892&meta_id=223867 (16.08.2016).
- Heyes, Cressida J. (2009): All Cosmetic Surgery is "Ethnic": Asian Eyelids, Feminist Indignation, and the Politics of Whiteness. In: Heyes, Cressida J.; Jones, Meredith (Hrsg.): Cosmetic Surgery. A Feminist Primer. Farnham, Burlington: Ashgate, S. 191-205.
- Higgins, William L. (1999): Treatment of Perioperative Hypertension in the Ambulatory Plastic Surgery Patient. In: Aesthetic Surgery Journal, 19 (3), S. 257-259.
- Hillman, Richard J. u.a. (2003): Medical Malpractice Insurance. Multiple Factors Have Contributed to Increased Premium Rates. Washington, D.C.: U.S. General Accounting Office. Veröffentlicht unter: <https://www.gao.gov/new.items/d03702.pdf> (21.11.2017).
- Hinderer, Ulrich T. (1975): Malar Implants for Improvement of the Facial Appearance. In: Plastic and Reconstructive Surgery, 56 (2), S. 157-165.
- Hitzler, Ronald (1994): Reflexive Individualisierung. Zur Stilisierung und Politisierung des Lebens. In: Richter, Rudolf (Hrsg.): Sinnbasteln. Beiträge zur Soziologie der Lebensstile. Wien u.a.: Böhlau, S. 36-47.
- Hitzler, Ronald (2002): Der Körper als Gegenstand der Gestaltung. Über physische Konsequenzen der Bastelexistenz. In: Hahn, Kornelia; Meuser, Michael (Hrsg.): Körperrepräsentationen. Die Ordnung des Sozialen und der Körper. Konstanz: UVK, S. 71-85.
- Hitzler, Ronald; Honer, Anne (1994): Bastelexistenz. Über subjektive Konsequenzen der Individualisierung. In: Beck, Ulrich; Beck-Gernsheim, Elisabeth (Hrsg.): Riskante Freiheiten. Individualisierung in modernen Gesellschaften. Frankfurt am Main: Suhrkamp, S. 307-315.

- Ho, Stephanie G.Y.; Chan, Henry H.L. (2009): The Asian Dermatologic Patient: Review of Common Pigmentary Disorders and Cutaneous Diseases. In: American Journal of Clinical Dermatology, 10 (3), S. 153-168.
- Hoffmann-Nowotny, Hans-Joachim (1994): Migrationssoziologie. In: Kerber, Harald; Schmie-der, Arnold (Hrsg.): Spezielle Soziologien. Problemfelder, Forschungsbereiche, An-wendungsorientierungen. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt, S. 388-406.
- Holliday, Ruth u.a. (2014): Sun, Sea, Sand and Silicone. Mapping Cosmetic Surgery Tourism. Final Report 2014. Leeds: University of Leeds. Veröffentlicht unter: <http://1n1xkd2j1u702vcxsr1pe3h6.wpengine.netdna-cdn.com/files/2012/11/Sun-Sea-Final-Report.pdf> (19.04.2017).
- Holliday, Ruth; Elfving-Hwang, Joanna (2012): Gender, Globalization and Aesthetic Surgery in South Korea. In: Body & Society, 18 (2), S. 58-81.
- Holzer, John (2011): Plastic Surgery Obsession. Brazil's Dr. Ivo Pitanguy Triggered It All. O.O.: Alto Press.
- Hondrich, Karl Otto (2001): Der Neue Mensch. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Hopf, Christel (2010): Forschungsethik und qualitative Forschung. In: Flick, Uwe; von Kar-dorff, Ernst; Steinke, Ines (Hrsg.): Qualitative Forschung. Ein Handbuch. 8. Aufl. Rein-bek bei Hamburg: Rowohlt, S. 589-600.
- Horkheimer, Max; Adorno, Theodor W. (2004): Dialektik der Aufklärung. Philosophische Fragmente. 15. Aufl. Frankfurt am Main: Fischer.
- Howson, Alexandra (2004): The Body in Society. An Introduction. Cambridge, Malden: Polity Press.
- Hsu Plastic Surgery (o.J.a): Asian Eyelid Before and After. Veröffentlicht unter: <https://www.hsusurgery.com/asian-eyelid-before-and-after-pictures> (02.03.2019).
- Hsu Plastic Surgery (o.J.b): Jaw Shaving Before and After. Veröffentlicht unter: <https://www.hsusurgery.com/jaw-shaving-before-and-after-pictures/> (02.03.2019).
- Hua, Wen (2013): Buying Beauty. Cosmetic Surgery in China. Hong Kong: Hong Kong Uni-versity Press.
- Hubbard, F. Patrick (2006): The Nature and Impact of the "Tort Reform" Movement. In: Hof-stra Law Review, 35 (2), S. 437-538.
- Hübner, Thomas (2003): Anästhesie in der ästhetischen Chirurgie. In: Dirschka, Thomas; Som-mer, Boris; Usmiani, Jerko (Hrsg.): Leitfaden ästhetische Medizin. München, Jena: Ur-ban & Fischer, S. 96-111.
- Hunter, Margaret L. (2011): Buying Racial Capital: Skin-Bleaching and Cosmetic Surgery in a Globalized World. In: The Journal of Pan African Studies, 4 (4), S. 142-164.

- Ignatiev, Noel (1995): *How the Irish Became White*. New York, London: Routledge.
- Illich, Ivan (1995): *Die Nemesis der Medizin. Die Kritik der Medikalisierung des Lebens*. 4. Aufl. München: Beck.
- Imhof, Kurt (1994): *Minderheitensoziologie*. In: Kerber, Harald; Schmieder, Arnold (Hrsg.): *Spezielle Soziologien. Problemfelder, Forschungsbereiche, Anwendungsorientierungen*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt, S. 407-423.
- Innes, Emma (2014): *Plastic surgery in South Korea is now so good that people travelling home afterwards need certificates to prove who they are*. In: Daily Mail Online vom 22. April 2014. Veröffentlicht unter: <http://www.dailymail.co.uk/health/article-2610231/Plastic-surgery-South-Korea-good-people-travelling-home-surgery-need-CERTIFICATES-prove-are.html> (21.01.2016).
- International Society of Aesthetic Plastic Surgery (2012): *ISAPS International Survey on Aesthetic/Cosmetic Procedures Performed in 2011*. Hanover: International Society of Aesthetic Plastic Surgery. Veröffentlicht unter: <https://www.isaps.org/Media/Default/global-statistics/ISAPS-Results-Procedures-2011.pdf> (06.01.2013).
- Ishii, Clyde H. (2014): *Current Update in Asian Rhinoplasty*. In: *Plastic and Reconstructive Surgery – Global Open*, 2 (4), S. 1-8. Veröffentlicht unter: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4174207/pdf/gox-2-e133.pdf> (01.12.2017).
- Israel, Jacqueline S. u.a. (2015): *Plastic Surgeons' Perceptions of the Affordable Care Act: Results of a National Survey*. In: *Plastic and Reconstructive Surgery – Global Open*, 3 (1), S. 55-62. Veröffentlicht unter: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4323397/pdf/gox-3-e293.pdf> (01.12.2017).
- Iverson, Ronald E.; Lynch, Dennis J.; ASPS Committee on Patient Safety (2006): *Practice Advisory on Pain Management and Prevention of Postoperative Nausea and Vomiting*. In: *Plastic and Reconstructive Surgery*, 118 (4), S. 1060-1069.
- Jablonski, Nina G. (2004): *The Evolution of Human Skin and Skin Color*. In: *Annual Review of Anthropology*, 33, S. 585-623.
- Jackiw, Christina O. (2004): *The Current Medical Liability Insurance Crisis: An Overview of the Problem, Its Catalysts and Solutions*. In: *Annals of Health Law*, 13 (2), S. 505-519.
- Jakubietz, Michael u.a. (2007): *Body Dysmorphic Disorder: Diagnosis and Approach*. In: *Plastic and Reconstructive Surgery*, 119 (6), S. 1924-1930.
- Jalian, H. Ray; Avram, Mathew M. (2013): *Cryolipolysis: A Historical Perspective and Current Clinical Practice*. In: *Seminars in Cutaneous Medicine and Surgery*, 32 (1), S. 31-34.

- Jameson, Jenna (2007): 'My Breasts Don't Define Me'. Interview. In: Us Weekly Nr. 655 vom 03. September 2007, S. 70-71.
- Janis, Jeffrey E.; Kwon, Robert K.; Lalonde, Donald H. (2010): A Practical Guide to Wound Healing. In: Plastic and Reconstructive Surgery, 125 (6), S. 230e-244e.
- Jewell, Mark. L. (2000): The Patient's Right to Self-determination: Complexities of Informed Consent. In: Aesthetic Surgery Journal, 20 (2), S. 133-134.
- Jha, Meeta Rani (2016): The Global Beauty Industry. Colorism, Racism, and the National Body. London, New York: Routledge.
- Johnson, Zach (2011): Nicole Richie and Kate Hudson Share the Same Plastic Surgeon! In: Us Weekly vom 29. September 2011. Veröffentlicht unter: <http://www.usmagazine.com/celebrity-body/news/nicole-richie-and-kate-hudson-share-the-same-plastic-surgeon-2011299> (31.01.2016).
- Johnson, Zach (2012): Brandi Glanville Admits to Multiple Cosmetic Procedures. In: Us Weekly vom 10. März 2012. Veröffentlicht unter: www.usmagazine.com/celebrity-news/news/brandi-glanville-admits-to-multiple-cosmetic-procedures-2012103 (31.01.2016).
- Joiner, Jr., Thomas E. (2003): Does Breast Augmentation Confer Risk of or Protection From Suicide? In: Aesthetic Surgery Journal, 23 (5), S. 370-375.
- Jones, Geoffrey (2011): Globalization and Beauty: A Historical and Firm Perspective. In: EurAmerica, 41 (4), S. 885-916. Veröffentlicht unter: http://www.ea.sinica.edu.tw/eu_file/132393975014.pdf (10.11.2017).
- Jones, Meredith (2008): Skintight. An Anatomy of Cosmetic Surgery. Oxford, New York: Berg.
- Josef Hadeed Plastic Surgery (2015): Patient Loyalty. Veröffentlicht unter: <http://www.josefhadeedmd.com/plastic-surgery-specials-beverly-hills/patient-loyalty/> (19.11.2015).
- Josef Hadeed Plastic Surgery (2016a): Brilliant Distinctions. Veröffentlicht unter: <http://www.josefhadeedmd.com/plastic-surgery-specials-beverly-hills/brilliant-distinctions/> (03.02.2016).
- Josef Hadeed Plastic Surgery (2016b): Referral Rewards. Veröffentlicht unter: <http://www.josefhadeedmd.com/plastic-surgery-specials-beverly-hills/referral-rewards/> (03.02.2016).
- Junker, Iris; Kettner, Matthias (2009): Konsequenzen der wunscherfüllenden Medizin für die Arzt-Patient-Beziehung. In: Kettner, Matthias (Hrsg.): Wunscherfüllende Medizin. Ärztliche Behandlung im Dienst von Selbstverwirklichung und Lebensplanung. Frankfurt am Main, New York: Campus, S. 55-74.

- Kaiser III, Charles F.; Friedlander, Marvin (1999): Corporate Practice of Medicine. In: Internal Revenue Service, CPE for FY 2000 vom Juli 1999, S. 55-104. Veröffentlicht unter: <https://www.irs.gov/pub/irs-tege/eotopicf00.pdf> (08.11.2017).
- Kalfus, Marilyn (2012): Anniversary: 50 years of fake breasts. In: The Orange County Register vom 17. Mai 2012. Veröffentlicht unter: <https://www.ocregister.com/2012/05/17/50-years-of-fake-breasts-2/> (19.01.2013).
- Kalfus, Marilyn; Stewart, Colin (2012): Does Botox look its age? It's 10 years old. In: The Orange County Register vom 15. April 2012. Veröffentlicht unter: <https://www.ocregister.com/2012/04/15/does-botox-look-its-age-its-10-years-old/> (19.01.2013).
- Kaplan, Jonathan (2015): The Sientra soap opera. In: The Aesthetic Channel vom 15. Dezember 2015. Veröffentlicht unter: <http://aestheticchannel.modernmedicine.com/cosmetic-surgery-times/news/sientra-soap-opera> (02.12.2017).
- Kaplan, Jonathan L.; Hammert, Warren C.; Zin, James E. (2007): Lawsuits against plastic surgeons: Does locale affect incidence of claims? In: Canadian Journal of Plastic Surgery, 15 (3), S. 155-157.
- Karrer, Martin (2002): Das Schöne, das Gesicht und die Zähne: Blicke in die Ästhetik. In: Deutsche Zahnärztliche Zeitschrift, 57 (9), S. 515-525.
- Karrer, Martin (2005): Schönheit in der Zahnmedizin. Auf dem Grat zwischen Funktion, ästhetischer Selbstbestimmung und Narzissmus. In: Deutsche Zahnärztliche Zeitschrift, 60 (2), S. 71-77.
- Katz, Bruce; McBean, Jason (2008): Incorporating a Medical Spa into a Physician-Run Practice. In: Dermatologic Clinics, 26 (3), S. 307-319.
- Katzen, J. Timothy (2019): Before & After. Over 5000 Before & After Photos. Body - Brazilian Butt Lift. Veröffentlicht unter: <https://timothykatzenmd.com/before-after/> (28.02.2019).
- Kaufman, Joanne (2002): Cut-Rate Work. You know the boldfaced names and their boldfaced plastic surgeons, but did you know that many of those docs supervise excellent work in hospital clinics (at below-Park Avenue fees)? In: New York Magazine vom 25. März 2002. Veröffentlicht unter: <http://nymag.com/nymetro/health/columns/strongmedicine/5812/> (29.12.2015).
- Kaw, Eugenia (2003): Medicalization of Racial Features. Asian-American Women and Cosmetic Surgery. In: Weitz, Rose (Hrsg.): The Politics of Women's Bodies. Sexuality, Appearance, and Behavior. 2. Aufl. New York, Oxford: Oxford University Press, S. 184-200.

- Kearns, Robin; Collins, Damian (2010): Health Geography. In: Brown, Tim; McLafferty, Sara; Moon, Graham (Hrsg.): A Companion to Health and Medical Geography. Malden u.a.: Wiley-Blackwell, S. 15-32.
- Keckley, Paul H.; Underwood, Howard R. (2008): Medical Tourism. Consumers in Search of Value. Washington, D.C.: Deloitte Center for Health Solutions.
- Keckley, Paul H.; Underwood, Howard R. (2009): Medical Tourism. Update and implications. Washington, D.C.: Deloitte Center for Health Solutions.
- Kent, Dolores; Pelosi III, Marco Antonio (2012): Vaginal Rejuvenation: An In-Depth Look at the History and Technical Procedure. In: The American Journal of Cosmetic Surgery, 29 (2), S. 89-96.
- Keogh, Timothy J.; Martin, William Marty (2011): The Convergence of Business and Medicine: A Study of MD/MBA Programs in the United States. In: US-China Education Review A 2, S. 222-233. Veröffentlicht unter: <https://files.eric.ed.gov/full-text/ED528329.pdf> (12.04.2018).
- Kettner, Matthias (2006): „Wunscherfüllende Medizin“ – Assistenz zum besseren Leben? In: G+G Wissenschaft, 6 (2), S. 7-16. Veröffentlicht unter: https://www.wido.de/fileadmin/wido/downloads/pdf_ggw/wido_ggw_aufs1_0406.pdf (12.04.2018).
- Keupp, Heiner u.a. (2013): Identitätskonstruktionen. Das Patchwork der Identitäten in der Spätmoderne. 5. Aufl. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.
- Killen, Mary (2018): The changing face of Harley Street. In: Tatler vom 04. April 2018. Veröffentlicht unter: <https://www.tatler.com/article/history-of-harley-street> (25.01.2019).
- Kim, Victoria; Shyong, Frank (2015): ‘Maternity tourism’ raids target California operations catering to Chinese. In: Los Angeles Times vom 03. März 2015. Veröffentlicht unter: <http://www.latimes.com/local/lanow/la-me-ln-birth-tourism-schemes-raids-20150303-story.html> (21.03.2017).
- Kinney, Brian M. u.a. (2014): Silicone Gel Breast Implants: Science and Testing. In: Plastic and Reconstructive Surgery, 134 (1S), S. 47S-56S.
- Kirchhoff, Suzanne M. (2013): Physician Practices: Background, Organization, and Market Consolidation. Washington, D.C.: Congressional Research Service. (CRS Report, R42880). Veröffentlicht unter: <https://fas.org/sgp/crs/misc/R42880.pdf> (14.11.2017).
- Kirsch, Jonathan (1999): Recalling the Glory Days of Pecs on the Beach. In: Los Angeles Times vom 15. Dezember 1999. Veröffentlicht unter: <http://articles.latimes.com/1999/dec/15/news/cl-43960> (30.08.2016).
- Klaus, Elisabeth (2008): Antifeminismus und Elitefeminismus – Eine Intervention. In: Feministische Studien, 26 (2), S. 176-186.

- Klein, Gabriele (2010): Soziologie des Körpers. In: Kneer, Georg; Schroer, Markus (Hrsg.): Handbuch Spezielle Soziologien. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 457-473.
- Klingemann, Carsten (1984): Rasse/Rassentheorien (Sozialdarwinismus). In: Kerber, Harald; Schmieder, Arnold (Hrsg.): Handbuch Soziologie. Zur Theorie und Praxis sozialer Beziehungen. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt, S. 460-465.
- Knoblauch, Hubert (2012): Kulturkörper. Die Bedeutung des Körpers in der sozialkonstruktivistischen Wissenssoziologie. In: Schroer, Markus (Hrsg.): Soziologie des Körpers. 2. Aufl. Frankfurt am Main: Suhrkamp, S. 92-113.
- Knowlton, Leslie (1994): New Surgeries—Just for Men: Health: Procedures to widen and lengthen the penis are gaining favor—and sparking debate over necessity and safety. In: Los Angeles Times vom 30. März 1994. Veröffentlicht unter: http://articles.latimes.com/print/1994-03-30/news/vw-40202_1_outpatient-surgery (25.01.2016).
- Komaiko, Leslee (2012): Before the “After”. In: Los Angeles Magazine vom 01. Oktober 2012. Veröffentlicht unter: <http://www.lamag.com/laculture/before-the-after/> (05.01.2016).
- König, Wolfgang (2008): Kleine Geschichte der Konsumgesellschaft. Konsum als Lebensform der Moderne. Stuttgart: Steiner.
- Koppetsch, Cornelia (2000): Die Verkörperung des schönen Selbst. Zur Statusrelevanz von Attraktivität. In: Koppetsch, Cornelia (Hrsg.): Körper und Status. Zur Soziologie der Attraktivität. Konstanz: UVK, S. 99-124.
- Kotler, Robert (2003): Secrets of a Beverly Hills Cosmetic Surgeon. The Expert’s Guide to Safe, Successful Surgery. Beverly Hills: Ernest Mitchell Publishers.
- Kowal, Sabine; O’Connell, Daniel C. (2010): Zur Transkription von Gesprächen. In: Flick, Uwe; von Kardorff, Ernst; Steinke, Ines (Hrsg.): Qualitative Forschung. Ein Handbuch. 8. Aufl. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt, S. 437-447.
- KPMG International Cooperative (2011): Medical tourism gaining momentum. In: Issues Monitor, 7, S. 1-18. Veröffentlicht unter: http://file.iabrics.org/med_turism.pdf (18.02.2018).
- Kristof, Kathy M. (1996): The Age of Discontent: Boomers Turn to Cosmetic Surgery as Prices Decline. In: Los Angeles Times vom 24. Februar 1996. Veröffentlicht unter: http://articles.latimes.com/1996-02-24/business/fi-39486_1_cosmetic-surgery (27.01.2016).
- Kron, Joan (1993): Doc Hollywood. In: Allure vom Mai 1993, S. 132-135, 172. Veröffentlicht unter: http://www.facelift.com/1993_dochollywood.html (09.02.2015).
- Kron, Joan (1994): The Nip-and-Tuck Career of Ivo Pitanguy. In: Allure vom September 1994, S. 194-199, 230-231.

- Kron, Joan (2006): Operation Celebrity. In: Allure vom September 2006, S. 210-213.
- Kuczynski, Alex (1998): Plastic Surgeons: Why So Few Women? In: The New York Times vom 12. Juli 1998. Veröffentlicht unter: www.nytimes.com/1998/07/12/style/plastic-surgeons-why-so-few-women.html (23.12.2015).
- Kuczynski, Alex (2007): Beauty Junkies. Under the Skin of the Cosmetic Surgery Industry. London: Vermilion.
- Kulke, Elmar (2004): Wirtschaftsgeographie. Paderborn u.a.: Schöningh (UTB).
- Küpper, Thomas (2010): Natürlich künstlich glatte Haut. Demi Moore, Brigitte Nielsen und ihre Körpertechnologien in den Massenmedien. In: Mehlmann, Sabine; Ruby, Sigrid (Hrsg.): »Für Dein Alter siehst Du gut aus!« Von der Un/Sichtbarkeit des alternden Körpers im Horizont des demographischen Wandels. Multidisziplinäre Perspektiven. Bielefeld: transcript, S. 69-87.
- Kurashige, Scott (2010): Between “White Spot” and “World City”: Racial Integration and the Roots of Multiculturalism. In: Deverell, William; Hise, Greg (Hrsg.): A Companion to Los Angeles. Malden u.a.: Wiley-Blackwell, S. 56-71.
- Kwaak, Jeyup S. (2013): Seoul Pledges Higher Taxes on Cosmetic Surgery. In: The Wall Street Journal vom 15. November 2013. Veröffentlicht unter: <https://blogs.wsj.com/koreareal-time/2013/11/15/seoul-pledges-higher-taxes-on-cosmetic-surgery/> (11.03.2015).
- Kwaak, Jeyup S. (2014): South Korean Survey on Cosmetic Surgery Raises Eyebrows. In: The Wall Street Journal vom 04. Dezember 2014. Veröffentlicht unter: <https://blogs.wsj.com/korearealtime/2014/12/04/south-korean-survey-on-cosmetic-surgery-raises-eyebrows/> (01.01.2015).
- Kwan, Samantha (2010): Navigating Public Spaces: Gender, Race, and Body Privilege in Everyday Life. In: Feminist Formations, 22 (2), S. 144-166.
- LaBove, Gabrielle; Davison, Steven P. (2016): Cost Analysis of an Office-based Surgical Suite. In: Plastic and Reconstructive Surgery – Global Open, 4 (7), S. 1-5. Veröffentlicht unter: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4977131/pdf/gox-4-e803.pdf> (18.11.2017).
- Landes, Erich (1984): Komplikationen und Risiken der Dermabrasion. In: Konz, Birger; Braun-Falco, Otto (Hrsg.): Komplikationen in der operativen Dermatologie. Berlin u.a.: Springer, S. 39-47.
- Landman, Beth; Richford, Rhonda (2018): L.A. vs. Europe Plastic Surgery Wars: “My Patients in France Live in Fear of the Hollywood Look”. In: The Hollywood Reporter vom 05. Mai 2018. Veröffentlicht unter: <https://www.hollywoodreporter.com/news/la-europe->

- plastic-surgery-wars-my-patients-france-live-fear-hollywood-look-1107503
(07.12.2018).
- Laqueur, Thomas (1992): *Making Sex. Body and Gender from the Greeks to Freud*. Cambridge, London: Harvard University Press.
- Larson, Jayne Amelia (2013): *Driving the Saudis. A Chauffeur's Tale of Life, Liberty, and the Pursuit of Happiness on Rodeo Drive*. New York u.a.: Simon & Schuster Paperbacks.
- Lasch, Christopher (1979): *The Culture of Narcissism. American Life in an Age of Diminishing Expectations*. New York: Warner Books.
- Lasky Clinic (2014): *Where Medical Excellence Meets Celebrity Style*. Veröffentlicht unter: <http://www.laskyclinic.com/about/> (12.07.2014).
- LaVito, Angelica (2017): *Beware, Botox: A longer-lasting wrinkle relaxer shows promise*. In: CNBC vom 05. Dezember 2017. Veröffentlicht unter: <https://www.cnbc.com/2017/12/05/beware-botox-a-longer-lasting-wrinkle-relaxer-shows-promise.html> (18.06.2018).
- Le Bon, Gustave (2014): *Psychologie der Massen*. Hamburg: Nikol.
- Le, Brian; Burnett, Arthur L. (2015): *Evolution of penile prosthetic devices*. In: *Korean Journal of Urology*, 56 (3), S. 179-186.
- Lee, Edward I.; Roberts III, Thomas L.; Bruner, Terrence W. (2009): *Ethnic Considerations in Buttock Aesthetics*. In: *Seminars in Plastic Surgery*, 23 (3), S. 232-243.
- Lee, Everett S. (1966): *A Theory of Migration*. In: *Demography*, 3 (1), S. 47-57.
- Legewie, Heiner (1997): *Checkliste Bandaufzeichnung und Transkription von Interviews*. Veröffentlicht unter: <http://web.qualitative-forschung.de/publikationen/postpartale-depressionen/Transkription.pdf> (16.04.2017).
- Legewie, Heiner; Paetzold-Teske, Elke (1996): *Transkriptionsempfehlungen und Formatierungsangaben*. Veröffentlicht unter: <http://web.qualitative-forschung.de/publikationen/postpartale-depressionen/Transkription.pdf> (16.04.2017).
- Lei, Richard (1997): *Face Off*. In: *The Washington Post* vom 26. Oktober 1997. Veröffentlicht unter: https://www.washingtonpost.com/archive/lifestyle/1997/10/26/face-off/5a20ba6f-f6c6-4c5b-8c97-775b5b55387e/?utm_term=.b38642e5831e (12.05.2016).
- Leonardo, Jim (2012a): *Over-the-Top Cosmetic Surgery Ads, Web Pages Draw Ethics Complaints*. In: *Plastic and Reconstructive Surgery*, 130 (5S-3), S. 111S-116S.
- Leonardo, Jim (2012b): *Technology Makes E-Consults Viable, But Many Precautions Are Necessary*. In: *Plastic and Reconstructive Surgery*, 129 (5S), S. 144S-149S.

- Lerner, Barron H. (2006): *When Illness Goes Public. Celebrity Patients and How We Look at Medicine*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press.
- Levin, Michael D. (1999): *Monitoring the Diabetic Patient in an Outpatient Plastic Surgery Setting*. In: *Aesthetic Surgery Journal*, 19 (4), S. 343-344.
- Levine, Michael P.; Chapman, Kelsey (2011): *Media Influences on Body Image*. In: Cash, Thomas F.; Smolak, Linda (Hrsg.): *Body Image. A Handbook of Science, Practice and Prevention*. 2. Aufl. New York, London: The Guilford Press, S. 101-109.
- LeVine, Robert A.; Campbell, Donald T. (1972): *Ethnocentrism. Theories of Conflict, Ethnic Attitudes, and Group Behavior*. New York: John Wiley & Sons.
- Levitt, Theodore (1986): *The Globalization of Markets*. In: Levitt, Theodore (Hrsg.): *The Marketing Imagination*. New York: The Free Press, S. 20-49.
- Lewandowski, Sven (2012): *Die Pornographie der Gesellschaft. Beobachtungen eines populärkulturellen Phänomens*. Bielefeld: transcript.
- Lewis, Wendy (2010): *Postcards from the cutting edge. From Hollywood's A-list facelifts to Brazil's brilliant body work. Wendy Lewis uncovers the world's top anti-ageing hotspots*. In: Tatler (Hrsg.): *Beauty & Cosmetic Surgery Guide 2010*. London: Tatler Publishing Company LTD, S. 38-46.
- Lewis, Wendy; Connolly, John J. (2005): *America's Cosmetic Doctors & Dentists*. 2. Aufl. New York: Castle Connolly Medical Ltd.
- Lewthwaite, Stephanie (2010): *Race, Place, and Ethnicity in the Progressive Era*. In: Deverell, William; Hise, Greg (Hrsg.): *A Companion to Los Angeles*. Malden u.a.: Wiley-Blackwell, S. 40-55.
- Liessmann, Konrad Paul (2009): *Schönheit*. Wien: facultas.wuv (UTB).
- Lieu, Nhi T. (2011): *The American Dream in Vietnamese*. Minneapolis, London: University of Minnesota Press.
- Lin, Sara (2006): *'Breast Expert' Accused of Smuggling. Prosecutors say a Beverly Hills plastic surgeon used illegal silicone implants*. In: *Los Angeles Times* vom 12. April 2006. Veröffentlicht unter: <http://articles.latimes.com/2006/apr/12/local/me-breasts12> (07.01.2016).
- Locher, Wolfgang (2013): *Meilensteine der Plastischen und Ästhetischen Chirurgie*. In: *face international magazine of orofacial esthetics*, 7 (2), S. 52-55. Veröffentlicht unter: <https://epaper.zwp-online.info/epaper/sim/fa/2013/fa0213/epaper/ausgabe.pdf> (14.04.2018).
- Lockridge, Maggie (2005): *Facelift Hotel*. Bloomington: AuthorHouse.

- Lolis, Margarita S.; Goldberg, David J. (2012): Radiofrequency in Cosmetic Dermatology: A Review. In: *Dermatologic Surgery*, 38 (11), S. 1765-1776.
- Los Angeles Tourism & Convention Board (2015): Los Angeles Tourism by Numbers. 2014 Quick Facts. Los Angeles: Los Angeles Tourism & Convention Board. Veröffentlicht unter: <http://www.discoverlosangeles.com/tourism/research> (29.08.2015).
- Los Angeles World Airports (2016): General Description. Veröffentlicht unter: http://www.lawa.org/welcome_VNY.aspx?id=92 (19.12.2016).
- Losee, Joseph E. u.a. (2015): Plastic and Reconstructive Surgery. In: Brunicki, F. Charles u.a. (Hrsg.): *Schwartz's Principles of Surgery*. 10. Aufl. New York u.a.: McGraw-Hill Education, S. 1829-1894.
- Lovett, Ian (2015): Celebrities Will Evade Fans and Photographers at Los Angeles Airport Lounge. In: *The New York Times* vom 20. November 2015. Veröffentlicht unter: <https://www.nytimes.com/2015/11/21/us/celebrities-will-evade-fans-and-photographers-at-los-angeles-airport-lounge.html> (04.12.2015).
- Lunt, Neil u.a. (2011): Medical Tourism: Treatments, Markets and Health System Implications: A scoping review. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development. Veröffentlicht unter: <https://www.oecd.org/els/health-systems/48723982.pdf> (05.03.2015).
- Maasen, Sabine (2005): Schönheitschirurgie. Schnittflächen flexiblen Selbstmanagements. In: Orland, Barbara (Hrsg.): *Artifizielle Körper – Lebendige Technik. Technische Modellierungen des Körpers in historischer Perspektive*. Zürich: Chronos, S. 239-260.
- MacCallum, William George (1935): Biographical Memoir of William Stewart Halsted 1852-1922. In: National Academy of Sciences of the United States of America. *Biographical Memoirs*, XVII, S. 151-170. Veröffentlicht unter: <http://nasonline.org/publications/biographical-memoirs/memoir-pdfs/halsted-w-s.pdf> (14.04.2018).
- Maier-Schwartz, Sagit (2013): Bringing Beverly Hills Cosmetic Surgery to the Middle East. What a group of California plastic surgeons learned from practicing in Dubai. In: *The Atlantic* vom 29. Mai. 2013. Veröffentlicht unter: <https://www.theatlantic.com/health/archive/2013/05/bringing-beverly-hills-cosmetic-surgery-to-the-middle-east/276302/> (03.07.2016).
- Maio, Giovanni (2009): Die Zahnmedizin zwischen Heilkunde und Beauty-Industrie. Zu den ethischen Unzulänglichkeiten des Ästhetik-Booms in der Zahnheilkunde. In: *Schweizer Monatsschrift für Zahnmedizin*, 119 (1), S. 47-51.
- Majestic Recovery (2008a): Frequently Asked Questions. Veröffentlicht unter: <http://www.majesticrecovery.com> (28.12.2015).

- Majestic Recovery (2008b): Location. Veröffentlicht unter: <http://www.majesticrecovery.com> (28.12.2015).
- Majestic Recovery (2008c): Rates. Veröffentlicht unter: <http://www.majesticrecovery.com> (28.12.2015).
- Majestic Recovery (2008d): Welcome. Veröffentlicht unter: <http://www.majesticrecovery.com> (28.12.2015).
- Maltz, Maxwell (1969): *Psycho-Cybernetics*. New York u.a.: Pocket Books.
- Manhattan Eye, Ear and Throat Hospital Aesthetic Plastic Surgery Alumni (2014): Our Founder. Thomas D. Rees, MD, FACS (February 3, 1927 - November 14, 2013). Veröffentlicht unter: <http://www.meethaestheticalumni.com/our-founder.html> (28.12.2015).
- Mann, Margaret W.; Palm, Melanie D.; Sengelmann, Roberta D. (2008): New Advances in Liposuction Technology. In: *Seminars in Cutaneous Medicine and Surgery*, 27 (1), S. 72-82.
- Marcus, Jeffrey R. u.a. (2002): The Prevention of Emesis in Plastic Surgery: A Randomized, Prospective Study. In: *Plastic and Reconstructive Surgery*, 109 (7), S. 2487-2494.
- Marcuse, Herbert (1998): *Der eindimensionale Mensch. Studien zur Ideologie der fortgeschrittenen Industriegesellschaft*. 3. Aufl. München: Deutscher Taschenbuch Verlag.
- Martel, Frédéric (2011): *Mainstream. Wie funktioniert, was allen gefällt*. München: Knaus.
- Martin, Hugo (2015): Airlines upscaling amenities for high-paying fliers. In: *Los Angeles Times* vom 22. August 2015. Veröffentlicht unter: <http://www.latimes.com/business/la-fi-airlines-luxury-20150822-story.html> (11.12.2015).
- Marwick, Alice (2010): There's a Beautiful Girl under All of This: Performing Hegemonic Femininity in Reality Television. In: *Critical Studies in Media Communication*, 27 (3), S. 251-266.
- Marx, Patricia (2015): About Face. Why is South Korea the world's plastic-surgery capital? In: *The New Yorker* vom 23. März 2015. Veröffentlicht unter: <https://www.newyorker.com/magazine/2015/03/23/about-face> (08.05.2016).
- Masi de Casanova, Erynn; Sutton, Barbara (2013): Transnational Body Projects: Media Representations of Cosmetic Surgery Tourism in Argentina and the United States. In: *Journal of World-Systems Research*, 19 (1), S. 57-81.
- Mather, Mark; Pollard, Kelvin; Jacobsen, Linda A. (2011): *First Results from the 2010 Census*. Washington, D.C.: Population Reference Bureau. Veröffentlicht unter: <http://www.prb.org/pdf11/reports-on-america-2010-census.pdf> (04.09.2015).

- Matzer Rose, Marla (2001): *Muscle Beach. Where the Best Bodies in the World Started a Fitness Revolution*. New York: LA Weekly Books.
- Mau, Steffen (2014): Die Mittelschicht – das unbekannte Wesen? In: *Aus Politik und Zeitgeschichte. Beilage zur Wochenzeitung Das Parlament*, B 49/2014, S. 3-10.
- Mayer, Jonathan D. (2010): *Medical Geography*. In: Brown, Tim; McLafferty, Sara; Moon, Graham (Hrsg.): *A Companion to Health and Medical Geography*. Malden u.a.: Wiley-Blackwell, S. 33-54.
- McArdle, Adrian u.a. (2014): The Role of Stem Cells in Aesthetic Surgery: Fact or Fiction? In: *Plastic and Reconstructive Surgery*, 134 (2), S. 193-200.
- McGuire, Michael F. (2002): What to Do When Your State Wants to Regulate Office-based Surgical Facilities. In: *Aesthetic Surgery Journal*, 22 (1), S. 89-90.
- McIntosh, Peggy (2008): *White Privilege: Unpacking the Invisible Knapsack*. In: Rothenberg, Paula S. (Hrsg.): *White Privilege. Essential Readings on the Other Side of Racism*. 3. Aufl. New York: Worth Publishers, S. 123-127.
- Medical Board of California (2013): *Guide to the Laws Governing the Practice of Medicine by Physicians and Surgeons*. 7. Aufl. Sacramento: Medical Board of California. Veröffentlicht unter: http://www.mbc.ca.gov/About_Us/Laws/laws_guide.pdf (14.04.2018).
- Medical Board of California (2014): *2013-2014 Annual Report*. Sacramento: Medical Board of California. Veröffentlicht unter: http://www.mbc.ca.gov/Publications/Annual_Reports/annual_report_2013-2014.pdf (14.04.2018).
- Medical Tourism Association (2010): *Medical Tourism Association (MTA) Annual Member Report 2008-2009*. West Palm Beach: Medical Tourism Association.
- Medina, Jennifer (2012): *Mexicali Tour, From Tummy Tuck to Root Canal*. In: *The New York Times* vom 27. Juni 2012. Veröffentlicht unter: <http://www.nytimes.com/2012/06/28/health/mexicali-lures-american-tourists-with-medical-care.html> (21.01.2016).
- Melendez, Mark M.; Alizadeh, Kaveh (2011): *Complications from International Surgery Tourism*. In: *Aesthetic Surgery Journal*, 31 (6), S. 694-697.
- Menninghaus, Winfried (2007): *Das Versprechen der Schönheit*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Meraas (2018): *Meraas to bring Hollywood-based Beverly Hills Sunset Surgery Center to Dubai*. Pressemitteilung vom 25. November 2018. Veröffentlicht unter: <https://www.meraas.com/en/media-centre/sunset-surgery-center/> (03.02.2019).
- Meraas (2019): *Meraas launches Beverly Hills Sunset Surgery Center International at Valiant Clinic, City Walk Dubai*. Pressemitteilung vom 14. Januar 2019. Veröffentlicht unter:

- <https://www.meraas.com/en/media-centre/beverly-hills-sunset-surgery-center-international/> (03.02.2019).
- Merz, Martin (1997): Schön ist nie schön genug. Brasiliens plastische Chirurgen jubeln: Seit Silikon in den USA verboten wurde, haben sie noch mehr Zulauf. In: Zeit Online vom 12. September 1997. Veröffentlicht unter: http://www.zeit.de/1997/38/Schoen_ist_nie_schoen_genug/komplettansicht (16.12.2015).
- Metzinger, Stephen E. u.a. (1999): Malar Augmentation. A 5-Year Retrospective Review of the Silastic Midfacial Malar Implant. In: Archives of Otolaryngology–Head & Neck Surgery, 125 (9), S. 980-987.
- Meuser, Michael (2012): Frauenkörper – Männerkörper. Somatische Kulturen der Geschlechterdifferenz. In: Schroer, Markus (Hrsg.): Soziologie des Körpers. 2. Aufl. Frankfurt am Main: Suhrkamp, S. 271-294.
- Meuser, Michael; Nagel, Ulrike (1991): ExpertInneninterviews - vielfach erprobt, wenig beachtet. Ein Beitrag zur qualitativen Methodendiskussion. In: Garz, Detlef; Kraimer, Klaus (Hrsg.): Qualitativ-empirische Sozialforschung. Konzepte, Methoden, Analysen. Opladen: Westdeutscher Verlag, S. 441-471.
- Meuser, Michael; Nagel, Ulrike (1997): Das ExpertInneninterview - Wissenssoziologische Voraussetzungen und methodische Durchführung. In: Friebertshäuser, Barbara; Prengel, Annedore (Hrsg.): Handbuch Qualitative Forschungsmethoden in der Erziehungswissenschaft. Weinheim, München: Juventa, S. 481-491.
- Mey, Günter; Mruck, Katja (2010): Interviews. In: Mey, Günter; Mruck, Katja (Hrsg.): Handbuch Qualitative Forschung in der Psychologie. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 423-435.
- Meyen, Michael u.a. (2011): Qualitative Forschung in der Kommunikationswissenschaft. Eine praxisorientierte Einführung. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Meyer, John W. (2010): World Society, Institutional Theories, and the Actor. In: Annual Review of Sociology, 36, S. 1-20.
- Meyer, John W. u.a. (1997): World Society and the Nation-State. In: American Journal of Sociology, 103 (1), S. 144-181.
- Miller, Laura (2006): Beauty Up. Exploring Contemporary Japanese Body Aesthetics. Berkeley u.a.: University of California Press.
- Minton Tabin, Elise (2016): Why Will No One in Hollywood Admit to Having Surgery? In: NewBeauty vom 18. Juli 2016. Veröffentlicht unter:

- <https://www.newbeauty.com/blog/dailybeauty/9659-why-no-one-in-hollywood-admits-to-having-surgery/> (19.12.2016).
- Mittelman, Melissa (2015): Sientra Breast Implants Stuck in Limbo after Supplier's Setbacks. In: Bloomberg vom 16. Oktober 2015. Veröffentlicht unter: <https://www.bloomberg.com/news/articles/2015-10-16/sientra-breast-implants-stuck-in-limbo-after-supplier-s-setbacks> (02.12.2017).
- Mobius, Markus M.; Rosenblat, Tanya S. (2006): Why Beauty Matters. In: *American Economic Review*, 96 (1), S. 222-235.
- Modernizing Medicine (o.J.): We are more than a healthcare IT company. We are Modernizing Medicine. Boca Raton: Modernizing Medicine.
- Moench-Kelly, Shelley (2010): The Doctor's Doctor. In: *MedEsthetics* vom September/Oktober 2010, S. 20-24. Veröffentlicht unter: <http://www.smkwriter.com/pdfs/Dr.Ordon.pdf> (21.09.2018).
- Monstrey, Stan u.a. (2014): Updated Scar Management Practical Guidelines: Non-invasive and invasive measures. In: *JPRAS: Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery*, 67 (8), S. 1017-1025.
- Moretti, Michael; Jorgensen, Scott (2010): Plastic Surgeons Solve Autologous Fat Transfer Puzzle. In: *The Aesthetic Guide* vom Januar/Februar 2010, S. 62-83.
- Morgan, Kathryn Pauly (1998): Women and the Knife. *Cosmetic Surgery and the Colonization of Women's Bodies*. In: Weitz, Rose (Hrsg.): *The Politics of Women's Bodies. Sexuality, Appearance, and Behavior*. New York, Oxford: Oxford University Press, S. 147-166.
- Morgan, Kathryn Pauly (2008): Foucault, Hässliche Entlein und Techno-Schwäne – Fett-Hass, Schlankheitsoperationen und biomedikalisierte Schönheitsideale in Amerika. In: Villa, Paula-Irene (Hrsg.): *schön normal. Manipulationen am Körper als Technologien des Selbst*. Bielefeld: transcript, S. 143-172.
- Mühlbauer, Wolfgang; Holm, Charlotte; Wood, David L. (2001): The Thersites Complex in Plastic Surgical Patients. In: *Plastic and Reconstructive Surgery*, 107 (2), S. 319-326.
- Muhr, Thomas (1994): ATLAS/ti - ein Werkzeug für die Textinterpretation. In: Boehm, Andreas; Mengel, Andreas; Muhr, Thomas (Hrsg.): *Texte verstehen. Konzepte, Methoden, Werkzeuge*. Konstanz: UVK, S. 317-324.
- Nabi, Robin L. (2009): Cosmetic Surgery Makeover Programs and Intentions to Undergo Cosmetic Enhancements: A Consideration of Three Models of Media Effects. In: *Human Communication Research*, 35 (1), S. 1-27.

- Nahai, Farzad; Reisman, Neal (2012): Pitfalls of Online and Digital Communications with Patients. In: Plastic and Reconstructive Surgery, 129 (5S), S. 152S-153S.
- Nazarian Plastic Surgery (2015): Give Yourself the Gift of Cool. In: Beverly Hills Courier Nr. 52 vom 25. Dezember 2015, S. 3.
- Nazarian Plastic Surgery (2016): Sheila Nazarian MD, MMM - Beverly Hills Plastic Surgeon. A Board-Certified Plastic Surgeon You Can Trust. Veröffentlicht unter: <http://nazarianplasticsurgery.com/beverly-hills-plastic-surgeon/> (26.08.2016).
- Nazarian Plastic Surgery (o.J.a): Patient Information. Veröffentlicht unter: <http://nazarianplasticsurgery.com/dev2/wp-content/uploads/2015/06/nazarian-intake-form-5-6-16.pdf> (03.01.2016).
- Nazarian Plastic Surgery (o.J.b): Coolsculpting. Treatment Consent Form. Veröffentlicht unter: <http://nazarianplasticsurgery.com/dev2/wp-content/uploads/2015/06/coolSculpting-patient-consent.pdf> (03.01.2016).
- Nelson, Valerie J. (2010): Dr. Frank Ryan dies at 50; Beverly Hills plastic surgeon. In: Los Angeles Times vom 18. August 2010. Veröffentlicht unter: <http://articles.latimes.com/2010/aug/18/local/la-me-frank-ryan-20100818> (22.06.2016).
- Nessif, Bruna (2011): Kris Jenner's Plastic Surgeon Cuts Marriage with Model Wife. In: E! News vom 20. Juli 2011. Veröffentlicht unter: <http://www.eonline.com/au/shows/kardashians/news/253454/kris-jenner-s-plastic-surgeon-cuts-marriage-with-model-wife> (29.01.2016).
- NewBeauty (2015): 2015 Media Kit. Boca Raton: Sandow Corporate HQ. Veröffentlicht unter: http://www.sandow.com/wp-content/uploads/2014/07/NB_2015_MediaKit1.pdf (04.03.2016).
- Nextech (o.J.): Fully Integrated Plastic Surgery Specific Solutions. Electronic Medical Records. Practice Management. Revenue Management. Patient Engagement. Mobility. Tampa: Nextech. Veröffentlicht unter: http://cdn2.hubspot.net/hubfs/306056/Brochures/Nextech_Catalog_Plastic_FINALNo_Crops-1.pdf?t=1438007658832 (17.08.2017).
- Ng, Philiana (2013): E! Orders 'Botched' Plastic Surgery Series. In: The Hollywood Reporter vom 05. Dezember 2013. Veröffentlicht unter: <https://www.hollywoodreporter.com/live-feed/e-orders-botched-plastic-surgery-662815> (03.07.2016).
- Nguyen, Marilyn Q.; Hsu, Patrick W.; Dinh, Tue A. (2009): Asian Blepharoplasty. In: Seminars in Plastic Surgery, 23 (3), S. 185-197.
- Nietzsche, Friedrich (1994): Also sprach Zarathustra. Ein Buch für Alle und Keinen. Stuttgart: Reclam.

- No Limits Concierge LLC (2013): Special Package Exclusively for Dr. Mendieta's Patients. Veröffentlicht unter: <http://www.nolimitsconcierge.com/constantino-g-mendieta-md.html> (29.01.2015).
- Norton, Siobhan (2015): Vaginas have become the new talking point, as the labiaplasty and 'vagacials' are on the rise. When did vaginas become such a beauty issue? In: The Independent vom 21. Januar 2015. Veröffentlicht unter: <http://www.independent.co.uk/life-style/health-and-families/features/vaginas-have-become-the-new-talking-point-as-the-labiaplasty-and-vagina-facial-are-on-the-rise-9993215.html> (12.07.2016).
- Ochoa, Marcia (2014): Queen for a Day. Transformistas, Beauty Queens, and the Performance of Femininity in Venezuela. Durham, London: Duke University Press.
- Oh, Hyeyoung (2008): Becoming "Beautiful" ... Becoming "American"? A Study on Constructions of Beauty and Identity among Korean and Filipina Women in the United States. Los Angeles: UCLA Center for the Study of Women. Veröffentlicht unter: <https://cloudfront.escholarship.org/dist/prd/content/qt9735p8w7/qt9735p8w7.pdf?t=lnrepk> (25.04.2018).
- Olenius, Michael (1998): The First Clinical Study Using a New Biodegradable Implant for the Treatment of Lips, Wrinkles, and Folds. In: Aesthetic Plastic Surgery, 22 (2), S. 97-101.
- Olivari, Neven (2007): Prof. Dr. med. Ulrich T. Hinderer (1924-2007). In: Plastische Chirurgie Nr. 1/2007, S. 5-6. Veröffentlicht unter: <https://www.dgpraec.de/sites/default/files/HindererNachruf2.pdf> (05.03.2018).
- Oranges, Carlo M. u.a. (2017): Gluteal Augmentation Techniques: A Comprehensive Literature Review. In: Aesthetic Surgery Journal, 37 (5), S. 560-569.
- Orbach, Susie (2010): Bodies. Schlachtfelder der Schönheit. Zürich, Hamburg: Arche.
- Orentreich, David S. (2014): Androgenetic Alopecia. Male and Female Pattern Hair Loss. In: Skin Health. From the Kimberly and Eric J. Waldman Department of Dermatology vom Herbst 2014, S. 2-4. Veröffentlicht unter: https://www.mountsinai.org/static_files/MSMC/Files/Patient%20Care/Dermatology/Skin-health-fall-2014.pdf (12.01.2016).
- Ouellette, Alicia (2009): Eyes Wide Open: Surgery to Westernize the Eyes of an Asian Child. In: Hastings Center Report, 39 (1), S. 15-18.
- Palumbo-Liu, David (1999): Asian/American. Historical Crossings of a Racial Frontier. Stanford: Stanford University Press.

- Park, Lora E. u.a. (2009): Predicting interest in cosmetic surgery: Interactive effects of appearance-based rejection sensitivity and negative appearance comments. In: *Body Image*, 6 (3), S. 186-193.
- Parsons, Talcott (1958): Struktur und Funktion der modernen Medizin. Eine soziologische Analyse. In: König, René; Tönnemann, Margret (Hrsg.): *Probleme der Medizin-Soziologie. Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie, Sonderheft 3*. Köln, Opladen: Westdeutscher Verlag, S. 10-57.
- Pearl Recovery Retreat (2015): Pearl Recovery Retreat. SLS Hotel, Beverly Hills. Los Angeles: Pearl Recovery Retreat. Veröffentlicht unter: <http://pearlrecoveryretreat.com/wp-content/uploads/2015/10/PearlRecovery-MenuofServices.pdf> (28.10.2015).
- Pelley, Virginia (2012): Anal Bleaching: From Porn Trend to Mainstream (Un)Necessary Evil. In: *LA Weekly* vom 08. Februar 2012. Veröffentlicht unter: <http://www.la-weekly.com/news/anal-bleaching-from-porn-trend-to-mainstream-un-necessary-evil-2529810> (25.01.2016).
- Peltzer, Anja (2011): Identität und Spektakel. Der Hollywood-Blockbuster als global erfolgreicher Identitätsanbieter. Konstanz: UVK.
- Peltzer, Anja (2012): Identität für Alle! Der Blockbuster als global erfolgreicher Identitätsanbieter einer Weltgesellschaft. In: *Rabbit Eye – Zeitschrift für Filmforschung* Nr. 4, S. 89-101. Veröffentlicht unter: http://www.rabbiteye.de/2012/4/peltzer_blockbuster.pdf (16.06.2015).
- Penkwitt, Meike; Mangelsdorf, Marion (2003): Dimensionen von Gender Studies. In: *FZG – Freiburger Zeitschrift für GeschlechterStudien*, 9 (13), S. 18-53.
- Pickett, Andy (2012): Documented Research Reveals Evolution of BoNT for Aesthetics. In: *The Asian Aesthetic Guide* Nr. 2/2012, S. 44-50.
- Pierce, Harold E. (1980): Cosmetic Head and Face Surgery—Ethnic Considerations. In: *Journal of the National Medical Association*, 72 (5), S. 487-492.
- Pierson, Paul (1996): The New Politics of the Welfare State. In: *World Politics*, 48 (2), S. 143-179.
- Pike, Laurie (2014): Plastic Surgery: Why Aftercare Facilities Are on the Decline – and Where to Go Now. In: *The Hollywood Reporter* vom 26. Juni 2014. Veröffentlicht unter: <https://www.hollywoodreporter.com/news/plastic-surgery-why-aftercare-facilities-714480> (03.01.2016).
- Pitts, Victoria L. (2003): *In the Flesh. The Cultural Politics of Body Modification*. New York, Basingstoke: Palgrave Macmillan.

- Pitts-Taylor, Victoria (2007): *Surgery Junkies. Wellness and Pathology in Cosmetic Culture*. New Brunswick, London: Rutgers University Press.
- Pitts-Taylor, Victoria (2008): Introduction. In: Pitts-Taylor, Victoria (Hrsg.): *Cultural Encyclopedia of the Body*. Volume 1: A-L. Westport, London: Greenwood Press, S. xvii-xxviii.
- Platzer, Michaela D. (2014): *U.S. Travel and Tourism: Industry Trends and Policy Issues for Congress*. Washington, D.C.: Congressional Research Service. (CRS Report, R43463). Veröffentlicht unter: https://www.everycrsreport.com/files/20140402_R43463_62a4060019a5b3c1518e3708552553f448ec84a6.pdf (28.10.2017).
- Polanyi, Karl (2001): *The Great Transformation. The Political and Economic Origins of Our Time*. 2. Aufl. Boston: Beacon Press.
- Polhemus, Ted (1975): *Social Bodies*. In: Benthall, Jonathan; Polhemus, Ted (Hrsg.): *The Body as a Medium of Expression*. New York: E. P. Dutton & Co., Inc., S. 13-35.
- Pope, Nessia (2006): *Beauty Map | Rio de Janeiro*. In: *The New York Times* vom 22. Oktober 2006. Veröffentlicht unter: <http://www.nytimes.com/2006/10/22/style/tmagazine/22trio.html> (07.01.2016).
- Popp, Silvia (2014): *Die neue globale Mittelschicht*. In: *Aus Politik und Zeitgeschichte. Beilage zur Wochenzeitung Das Parlament*, B 49/2014, S. 30-37.
- Posch, Waltraud (1999): *Körper machen Leute. Der Kult um die Schönheit*. Frankfurt am Main, New York: Campus.
- Posch, Waltraud (2009): *Projekt Körper. Wie der Kult um die Schönheit unser Leben prägt*. Frankfurt am Main, New York: Campus.
- Prendergast, Peter M. (2012): *Facial Proportions*. In: Erian, Anthony; Shiffman, Melvin A. (Hrsg.): *Advanced Surgical Facial Rejuvenation. Art and Clinical Practice*. Berlin, Heidelberg: Springer, S. 15-22.
- Price, Katie (2011): *You Only Live Once*. London: Arrow Books.
- Pries, Ludger (1998): *Transnationale Soziale Räume. Theoretisch-empirische Skizze am Beispiel der Arbeitswanderungen Mexiko – USA*. In: Beck, Ulrich (Hrsg.): *Perspektiven der Weltgesellschaft*. Frankfurt am Main: Suhrkamp, S. 55-86.
- Pries, Ludger (2008): *Die Transnationalisierung der sozialen Welt. Sozialräume jenseits von Nationalgesellschaften*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Prokop, Dieter (1995): *Medien-Macht und Massen-Wirkung. Ein geschichtlicher Überblick*. Freiburg im Breisgau: Rombach.

- Qureshi, Ali A. u.a. (2016): Resident Cosmetic Clinic: Practice Patterns, Safety, and Outcomes at an Academic Plastic Surgery Institution. In: *Aesthetic Surgery Journal*, 36 (9), S. NP273-NP280.
- Ramsbrock, Annelie (2010): Jacques Joseph (1865-1934). Ein Streifzug durch die Geschichte der Schönheitschirurgie. In: L.I.S.A. – Das Wissenschaftsportal der Gerda Henkel Stiftung vom 19. Februar 2010. Veröffentlicht unter: https://lisa.gerda-henkel-stiftung.de/jacques_joseph_1865_1934_.ein_streifzug_durch_die_geschichte_der_schoenheitschirurgie?nav_id=1031 (26.10.2012).
- Ramsbrock, Annelie (2011): *Korrigierte Körper. Eine Geschichte künstlicher Schönheit in der Moderne*. Göttingen: Wallstein.
- Rauschenbach, Thomas (1994): Inszenierte Solidarität: Soziale Arbeit in der Risikogesellschaft. In: Beck, Ulrich; Beck-Gernsheim, Elisabeth (Hrsg.): *Riskante Freiheiten. Individualisierung in modernen Gesellschaften*. Frankfurt am Main: Suhrkamp, S. 89-111.
- Recant, Jane (1999): Preoperative Evaluation and Precautions for Patients with Pulmonary Disease. In: *Aesthetic Surgery Journal*, 19 (6), S. 502-503.
- Reckwitz, Andreas (2003): Grundelemente einer Theorie sozialer Praktiken. Eine sozialtheoretische Perspektive. In: *Zeitschrift für Soziologie*, 32 (4), S. 282-301.
- Reed, Wallace A.; Ford, John L. (1976): Development of an Independent Outpatient Surgical Center. In: *International Anesthesiology Clinics*, 14 (2), S. 113-130.
- Reflections Cosmeticare (2015): Rates. Post-Surgical Cosmetic Surgery Recovery Room Rates and Recommended Lengths of Stay. Veröffentlicht unter: <http://www.reflectionscosmeticare/rates/> (01.02.2015).
- Reisinger, Yvette (2009): *International Tourism: Cultures and Behavior*. Oxford, Burlington: Butterworth-Heinemann.
- Reisman, Neal (2012): On Legal Grounds: Avoid Being Too Social When Using Social Media. In: *Plastic and Reconstructive Surgery*, 129 (5S), S. 150S-151S.
- Renz, Ulrich (2007): *Schönheit. Eine Wissenschaft für sich*. Berlin: Berliner Taschenbuch Verlag.
- Residence Inn by Marriott Beverly Hills (2017): Contact Us. Veröffentlicht unter: <http://www.beverlyhillsresidenceinn.com/contact-us/> (21.05.2017).
- Reusch, Siegfried (2000): Schön sein. In: *der blaue reiter – Journal für Philosophie*, Nr. 12, S. 4-5.
- Reuter, Julia (2011): *Geschlecht und Körper. Studien zur Materialität und Inszenierung gesellschaftlicher Wirklichkeit*. Bielefeld: transcript.

- Reuter, Julia; Villa, Paula-Irene (2010): Provincializing Soziologie. Postkoloniale Theorie als Herausforderung. In: Reuter, Julia; Villa, Paula-Irene (Hrsg.): Postkoloniale Soziologie. Empirische Befunde, theoretische Anschlüsse, politische Intervention. Bielefeld: transcript, S. 11-46.
- Rheinländer, Kathrin (2011): Triangulation. Wissenschaftshistorische und methodologische Aspekte aus der Perspektive der sozialwissenschaftlichen Forschung. In: Zeitschrift für Qualitative Forschung, 12 (1), S. 111-123.
- Rhode, Deborah L. (2010): *The Beauty Bias. The Injustice of Appearance in Life and Law*. Oxford, New York: Oxford University Press.
- Richards, Bryson G.; Schleicher, William F.; Zins, James E. (2014): Putting It All Together: Recommendations for Improving Pain Management in Plastic Surgical Procedures—Surgical Facial Rejuvenation. In: *Plastic and Reconstructive Surgery*, 134 (4S-2), S. 108S-112S.
- Richter, Anja (2013): Medizin. Narkosemittel können über Leben und Tod richten. In: *Die Welt* vom 04. Februar 2013. Veröffentlicht unter: <https://www.welt.de/gesundheit/article113373409/Narkosemittel-koennen-ueber-Leben-und-Tod-richten.html> (23.01.2016).
- Ritzer, George (1995): *Die McDonaldisierung der Gesellschaft*. Frankfurt am Main: S. Fischer.
- Ritzer, George (2005): *Enchanting A Disenchanted World. Revolutionizing the Means of Consumption*. 2. Aufl. Thousand Oaks: Pine Forge Press.
- Rizzo, Monica (2007): Ashley's New Nose. The High School Musical Star Talks About Going under the Knife. In: *People* vom 31. Dezember 2007, S. 98.
- Roberts, Derek F. (1977): Human pigmentation: its geographical and racial distribution and biological significance. In: *Journal of Cosmetic Science*, 28 (6), S. 329-342.
- Robertson, Roland (1998): Glokalisierung: Homogenität und Heterogenität in Raum und Zeit. In: Beck, Ulrich (Hrsg.): *Perspektiven der Weltgesellschaft*. Frankfurt am Main: Suhrkamp, S. 192-220.
- Rodriguez, Katherine M.; Pastuszak, Alexander W. (2017): A history of penile implants. In: *Translational Andrology and Urology*, 6 (Supplement 5), S. S851-S857.
- Roe, John O. (1977): The Deformity Termed "Pug Nose" and Its Correction, by a Simple Operation. In: McDowell, Frank (Hrsg.): *The Source Book of Plastic Surgery*. Baltimore: Williams & Wilkins, S. 114-119.
- Roewer, Norbert; Thiel, Holger (2010): *Taschenatlas der Anästhesie*. 4. Aufl. Stuttgart: Thieme.

- Rohrich, Rod J. (2006): Patient Safety and Quality Improvement Act of 2005: What You Need to Know. In: *Plastic and Reconstructive Surgery*, 117 (2), S. 671-672.
- Rosar, Ulrich; Klein, Markus; Hagenah, Jörg (2014): Physische Attraktivität und soziale Ungleichheit. Einige grundsätzliche Anmerkungen zu einem in der soziologischen Forschung kaum beachteten Prädiktor sozialer Ungleichheit. In: *Analyse & Kritik. Zeitschrift für Sozialtheorie*, 36 (1), S. 177-207.
- Rosen, Christine (2004): The Democratization of Beauty. In: *The New Atlantis. A Journal of Technology & Society*, Nr. 5, S. 19-35. Veröffentlicht unter: <https://www.thenewatlantis.com/docLib/TNA05-Rosen.pdf> (28.04.2018).
- Rosenfield, Lorne (2012): The Checklist. In: *Aesthetic Society News. Quarterly Newsletter of the American Society for Aesthetic Plastic Surgery*, 16 (4), S. 12-13.
- Rothkopf, David (2009): *Die Super-Klasse. Die Welt der internationalen Machtelite*. 2. Aufl. München: Goldmann.
- Rouen, Ethan (2010): Cosmetic Surgery. Vacationing for a New You. In: *American Way* vom 15. Februar 2010, S. 28-30.
- Rounds, Jessica (o.J.): Champagne Wishes and Caviar Dreams.... Planning a Makeover Trip to Beverly Hills. In: *Masters of Aesthetics* vom ohne Datum. Veröffentlicht unter: <http://www.mastersofaesthetics.com/articles/2012/beverlyhills/champagne-wishes-and-caviar-dreams/> (14.12.2015).
- Rulle, Monika; Hoffmann, Wolfgang; Kraft, Karin (2010): *Erfolgsstrategien im Gesundheitstourismus. Analyse zur Erwartung und Zufriedenheit von Gästen*. Berlin: Schmidt.
- Ryan, Lisa (2016): New hope for men wanting to enlarge their manhood: Silicone penis implant adds two inches to girth and length - and lasts for life. In: *Daily Mail Online* vom 18. März 2016. Veröffentlicht unter: <https://www.dailymail.co.uk/health/article-3497852/New-hope-men-wanting-enlarge-manhood-Silicone-penis-implant-adds-two-inches-girth-length-lasts-life.html> (28.01.2019).
- Sahoo, Sananda (2014): Dubai to roll out medical tourism packages. In: *The National* vom 18. Mai 2014. Veröffentlicht unter: <https://www.thenational.ae/business/dubai-to-roll-out-medical-tourism-packages-1.241909> (17.11.2017).
- Sansone, Randy A.; Sansone, Lori A. (2007): Cosmetic Surgery and Psychological Issues. In: *Psychiatry (Edgmont)*, 4 (12), S. 65-68. Veröffentlicht unter: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2861519/pdf/PE_4_12_65.pdf (28.04.2018).

- Santa Monica Municipal Airport (2016): Santa Monica Airport Frequently Asked Questions. Veröffentlicht unter: <https://www.smgov.net/Departments/Airport/News/FAQs.aspx> (19.12.2016).
- Sarwer, David B. (2002): Awareness and Identification of Body Dysmorphic Disorder by Aesthetic Surgeons: Results of a Survey of American Society for Aesthetic Plastic Surgery Members. In: *Aesthetic Surgery Journal*, 22 (6), S. 531-535.
- Sarwer, David B. u.a. (1998): Body Image Dissatisfaction and Body Dysmorphic Disorder in 100 Cosmetic Surgery Patients. In: *Plastic and Reconstructive Surgery*, 101 (6), S. 1644-1649.
- Sarwer, David B. u.a. (2005a): A Prospective, Multi-Site Investigation of Patient Satisfaction and Psychosocial Status Following Cosmetic Surgery. In: *Aesthetic Surgery Journal*, 25 (3), S. 263-269.
- Sarwer, David B. u.a. (2005b): Female College Students and Cosmetic Surgery: An Investigation of Experiences, Attitudes, and Body Image. In: *Plastic and Reconstructive Surgery*, 115 (3), S. 931-938.
- Sassen, Saskia (2005): The Global City: Introducing a Concept. In: *Brown Journal of World Affairs*, XI (2), S. 27-43.
- Sassen, Saskia (2012): *Cities in a World Economy*. 4. Aufl. Thousand Oaks: Pine Forge Press.
- Scalza, Remy (2011): For cheaper medical care, try Tijuana. In: *The Washington Post* vom 04. März 2011. Veröffentlicht unter: https://www.washingtonpost.com/lifestyle/travel/for-cheaper-medical-care-try-tijuana/2011/02/22/AB6qNSN_story.html?utm_term=.649317785358 (21.01.2016).
- Schaertl, Marika (2007): Männerporträt. Der Herr der Klinge. In: *Focus Online* vom 01. Oktober 2007. Veröffentlicht unter: https://www.focus.de/kultur/leben/maennerportraet-der-herr-der-klinge_aid_222568.html (25.12.2015).
- Scheler, Max (1983): *Die Stellung des Menschen im Kosmos*. 10. Aufl. Bern, München: Francke.
- Schemer, Christian (2003): Schlank und krank durch Mediens Schönheiten? Zur Wirkung attraktiver weiblicher Medienakteure auf das Körperbild von Frauen. In: *M&K Medien & Kommunikationswissenschaft*, 51 (3-4), S. 523-540.
- Schimank, Uwe (2012): Individualisierung der Lebensführung. In: *Bundeszentrale für politische Bildung* vom 31. Mai 2012. Veröffentlicht unter: <http://www.bpb.de/politik/grundfragen/deutsche-verhaeltnisse-eine-sozialkunde/137995/individualisierung-der-lebensfuehrung?p=all> (18.01.2016).

- Schmitt-Sausen, Nora (2012): Medizinstudium in den USA. Bis zum Hals verschuldet. In: Deutsches Ärzteblatt Studieren.de, 8 (2), S. 10-11. Veröffentlicht unter: <https://www.aerzteblatt.de/pdf.asp?id=124357> (29.04.2018).
- Schnurman, Mitchell (2010): A Dallas hospital has reasons for offering plastic surgery. In: Forth Worth Star-Telegram vom 22. Oktober 2010. Veröffentlicht unter: <http://www.star-telegram.com/living/family/moms/article3826328.html> (15.11.2017).
- Schroer, Markus (2012): Zur Soziologie des Körpers. In: Schroer, Markus (Hrsg.): Soziologie des Körpers. 2. Aufl. Frankfurt am Main: Suhrkamp, S. 7-47.
- Schrupp, Antje (2008): "Third Wave"-Feminismus. Bad Boll: Evangelische Akademie Bad Boll. Veröffentlicht unter: <http://www.ev-akademie-boll.de/fileadmin/res/otg/268008-Schrupp.pdf> (01.01.2018).
- Schuegraf, Martina; Tillmann, Angela (2012): Einführung. In: Schuegraf, Martina; Tillmann, Angela (Hrsg.): Pornografisierung von Gesellschaft. Perspektiven aus Theorie, Empirie und Praxis. Konstanz: UVK, S. 9-17.
- Schulz, Matthias (2002): Venus unterm Faltenhobel. In: Der Spiegel Nr. 41 vom 07. Oktober 2002, S. 212-228.
- Schwarzenegger, Arnold (1997): Mein Ego ist wie Stahl. Interview. In: Spiegel Special Nr. 4/1997, S. 22-26.
- Scovell, Nell (2009): Honey, I Shrunk Your Thigh. In: The New York Times Style Magazine vom 19. August 2009. Veröffentlicht unter: <http://www.nytimes.com/2009/08/16/t-magazine/womens-fashion/16plastic.html> (07.01.2016).
- Serenity After Care (2009a): Our Facility. Care. Veröffentlicht unter: <http://www.serenityaftercare.com/our-facility-santa-monica-ca/our-facility.html> (28.12.2015).
- Serenity After Care (2009b): Our Facility. Comfort. Veröffentlicht unter: <http://www.serenityaftercare.com/our-facility-santa-monica-ca/our-facility.html> (28.12.2015).
- Serenity After Care (2009c): Our Facility. Introduction. Veröffentlicht unter: <http://www.serenityaftercare.com/our-facility-santa-monica-ca/our-facility.html> (28.12.2015).
- Serenity After Care (2009d): Our Facility. Security. Veröffentlicht unter: <http://www.serenityaftercare.com/our-facility-santa-monica-ca/our-facility.html> (28.12.2015).
- Serenity After Care (2009e): Patient Information. Serenity FAQ's. Veröffentlicht unter: <http://www.serenityaftercare.com/cosmetic-patient-information/cosmetic-patient-information.html> (28.12.2015).
- Serenity After Care (2009f): Rooms and Rates. Veröffentlicht unter: <http://www.serenityaftercare.com/rooms-rates-santa-monica-ca/room-rates.html> (28.12.2015).

- Shaw Brown, Genevieve (2013): Posh NYC Hotel Offers Plastic Surgery Recovery Package. In: ABC News vom 09. August 2013. Veröffentlicht unter: <http://abcnews.go.com/Travel/posh-nyc-hotel-offers-plastic-surgery-recovery-package/story?id=19912880> (03.06.2015).
- Shelasky, Alyssa (2012): The Plastic Surgery Dealer. In: The Cut vom 02. Oktober 2012. Veröffentlicht unter: <https://www.thecut.com/2012/10/plastic-surgery-pimp.html> (28.12.2016).
- Shilling, Chris (1993): The Body and Social Theory. London u.a.: Sage Publications.
- Shira, Dahvi (2013): Heather Locklear's New Beau: What to Know About Dr. Marc Mani. In: People vom 23. Juni 2013. Veröffentlicht unter: <http://people.com/celebrity/heather-locklear-five-things-about-her-new-man-dr-marc-mani/> (29.03.2016).
- Siegrist, Johannes (1994): Medizinsoziologie. In: Kerber, Harald; Schmieder, Arnold (Hrsg.): Spezielle Soziologien. Problemfelder, Forschungsbereiche, Anwendungsorientierungen. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt, S. 456-471.
- Sieverding, Monika (1993): Geschlecht und physische Attraktivität. In: Hassebrauck, Manfred; Niketta, Reiner (Hrsg.): Physische Attraktivität. Göttingen u.a.: Hogrefe, S. 235-269.
- Sifferlin, Alexandra (2017): Botox: The Drug That's Treating Everything. In: Time vom 05. Januar 2017. Veröffentlicht unter: <http://time.com/4623409/botox-drug-treating-everything/> (02.01.2018).
- Simpson, Mark (2014): The metrosexual is dead. Long live the 'spornosexual'. In: The Telegraph vom 10. Juni 2014. Veröffentlicht unter: <http://www.telegraph.co.uk/men/fashion-and-style/10881682/The-metrosexual-is-dead.-Long-live-the-spornosexual.html> (02.10.2016).
- Singer, Natasha (2006a): Beauty on the Black Market. In: The New York Times vom 16. Februar 2006. Veröffentlicht unter: <http://www.nytimes.com/2006/02/16/fashion/thursdaystyles/beauty-on-the-black-market.html> (21.01.2016).
- Singer, Natasha (2006b): Does the Sex of the Surgeon Matter? In: The New York Times vom 30. März 2006. Veröffentlicht unter: <http://www.nytimes.com/2006/03/30/fashion/thursdaystyles/does-the-sex-of-the-surgeon-matter.html> (26.12.2015).
- Singer, Natasha (2007): Beauty Regimens Reach for the Gold Standard. In: The New York Times vom 28. Juni 2007. Veröffentlicht unter: <http://www.nytimes.com/2007/06/28/fashion/28skin.html> (21.01.2016).

- Singer, Natasha (2008): Dr. A-List Can See You Now. In: The New York Times vom 19. Juni 2008. Veröffentlicht unter: <http://www.nytimes.com/2008/06/19/fashion/19skin.html> (26.12.2015).
- Singer, Natasha (2009): So Botox Isn't Just Skin Deep. In: The New York Times vom 11. April 2009. Veröffentlicht unter: <http://www.nytimes.com/2009/04/12/business/12botox.html> (02.01.2018).
- Singh Kapur, Ajay u.a. (2015): Vanity Capital: The global bull market in narcissism. O.O.: Bank of America Merrill Lynch. Veröffentlicht unter: https://research1.ml.com/Archive/11505959.pdf?q=r7Oe1b8PTZupO-roa6fPFdw&__gda__=1520713115_65e10124a85e2a10cee490d285c7dca0 (19.10.2017).
- Skrentny, John D. (2008): Culture and Race/Ethnicity: Bolder, Deeper and Broader. In: The Annals of the American Academy of Political and Social Science, 619, S. 59-77.
- Sloane, David (2010): Landscapes of Health and Rejuvenation. In: Deverell, William; Hise, Greg (Hrsg.): A Companion to Los Angeles. Malden u.a.: Wiley-Blackwell, S. 438-460.
- Snead, Elizabeth (2013): Why Hollywood's Plastic Surgeons Decamped to Dubai. In: The Hollywood Reporter vom 26. Juli 2013. Veröffentlicht unter: <https://www.hollywoodreporter.com/news/why-hollywoods-plastic-surgeons-decamped-590207> (03.07.2016).
- Solga, Heike; Berger, Peter A.; Powell, Justin (2009): Soziale Ungleichheit – Kein Schnee von gestern! Eine Einführung. In: Solga, Heike; Powell, Justin; Berger, Peter A. (Hrsg.): Soziale Ungleichheit. Klassische Texte zur Sozialstrukturanalyse. Frankfurt am Main, New York: Campus, S. 11-45.
- Sommeling, Casper E. u.a. (2013): The use of platelet-rich plasma in plastic surgery: A systematic review. In: JPRAS: Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery, 66 (3), S. 301-311.
- Spiegel Online (2014): Einreise. USA und China lockern Visaregelungen. In: Spiegel Online vom 10. November 2014. Veröffentlicht unter: <http://www.spiegel.de/politik/ausland/visa-usa-und-china-mit-neuem-einreiseabkommen-a-1002052.html> (14.06.2015).
- Spielmann, Yvonne (2010): Hybridkultur. Berlin: Suhrkamp.
- St. James, Izabella (2006): Bunny Tales. Behind Closed Doors at the Playboy Mansion. Philadelphia, London: Running Press.
- Stanfield, Michael Edward (2014): Of Beasts and Beauty. Gender, Race, and Identity in Colombia. Austin: University of Texas Press.
- Steffen, Nicola (2014): Porn Chic. Die Pornifizierung des Alltags. München: Deutscher Taschenbuch Verlag.

- Stern, Marc (2008): The Fitness Movement and the Fitness Center Industry, 1960-2000. In: Business and Economic History On-Line, 6, S. 1-26. Veröffentlicht unter: https://www.thebhc.org/sites/default/files/stern_0.pdf (26.02.2014).
- Stevens, W. Grant u.a. (2009): Safe and Consistent Outcomes of Successfully Combining Breast Surgery and Abdominoplasty: An Update. In: Aesthetic Surgery Journal, 29 (2), S. 129-134.
- Stevens, W. Grant; Bachelor, Eric P. (2015): Cryolipolysis Conformable-Surface Applicator for Nonsurgical Fat Reduction in Lateral Thighs. In: Aesthetic Surgery Journal, 35 (1), S. 66-71.
- Stewart, Colin (2010): Plastic surgery divides Oscars [Blog-Eintrag vom 09. März 2010]. In: In Your Face. [Blog des The Orange County Register]. Veröffentlicht unter: inyourface.blog.ocregister.com/2010/03/09/plastic-surgery-divides-oscars/15853/ (06.06.2013).
- Stichweh, Rudolf (2016): Inklusion und Exklusion. Studien zur Gesellschaftstheorie. 2. Aufl. Bielefeld: transcript.
- Stone, Zara (2013): The K-Pop Plastic Surgery Obsession. In: The Atlantic vom 24. Mai 2013. Veröffentlicht unter: <https://www.theatlantic.com/health/archive/2013/05/the-k-pop-plastic-surgery-obsession/276215/> (11.11.2017).
- Stovall, Steven Austin (2012): Working with Recovery Centers. In: Surgical Aesthetics vom September/Okttober 2012, S. 28-32.
- Straus, Robert (1957): The Nature and Status of Medical Sociology. In: American Sociological Review, 22 (2), S. 200-204.
- Strüver, Anke (2011): Der Konstruktivismus lernt laufen: „Doing more-than-representational geography“. In: Social Geography, 6 (1), S. 1-13. Veröffentlicht unter: <http://www.soc-geogr.net/6/1/2011/sg-6-1-2011.pdf> (10.05.2018).
- Sullivan, Deborah A. (2001): Cosmetic Surgery. The Cutting Edge of Commercial Medicine in America. New Brunswick u.a.: Rutgers University Press.
- Sumner, William Graham (1940): Folkways. A Study of the Sociological Importance of Usages, Manners, Customs Mores, and Morals. Boston u.a.: Ginn and Company.
- Sure Insurance Services Ltd (2010): ISAPS Insurance. ISAPS Correction and Complication Cover for Surgeons. London: Sure Insurance Services Ltd. Veröffentlicht unter: <http://isapsinsurance.com/application/downloads/isaps-policy.pdf> (21.06.2017).
- Sussman, Barnett (1988): Beverly Hills Has Healthy Medical Office Market: Specialist Says City's Golden Triangle Has Vacancy Rate of Only 2%; Rents Run to More than \$36 a

- Square Foot. In: Los Angeles Times vom 27. November 1988. Veröffentlicht unter: http://articles.latimes.com/1988-11-27/realestate/re-759_1_beverly-hills (10.03.2015).
- Svider, Peter F. u.a. (2013): From the Operating Room to the Courtroom: A Comprehensive Characterization of Litigation Related to Facial Plastic Surgery Procedures. In: *The Laryngoscope*, 123 (8), S. 1849-1853.
- Swami, Viren u.a. (2009): Acceptance of cosmetic surgery: Personality and individual difference predictors. In: *Body Image*, 6 (1), S. 7-13.
- Swanson, Eric (2013): The Commercialization of Plastic Surgery. In: *Aesthetic Surgery Journal*, 33 (7), S. 1065-1068.
- Takowsky, Suzanne (2015): The Urgency to Look Young – Fast. Tiffany Holliday Makes Dreams Come True. In: *Beverly Hills Times* vom Juni 2015, S. 28-29.
- Talathi, Abhay; Talathi, Prajakta (2018): Fat Busters: Lipolysis for Face and Neck. In: *Journal of Cutaneous and Aesthetic Surgery*, 11 (2), S. 67-72.
- Talbot, Margaret (2001): 6. Case Study: Vanity; Location: Bangkok; Nip, Tuck and Frequent-Flier Miles. In: *The New York Times Magazine* vom 06. Mai 2001. Veröffentlicht unter: <http://www.nytimes.com/2001/05/06/magazine/6-case-study-vanity-location-bangkok-nip-tuck-and-frequent-flier-miles.html> (21.01.2016).
- Taschen, Angelika (2008): Schönheit und Schönheitschirurgie. In: Taschen, Angelika (Hrsg.): *Schönheitschirurgie*. Köln u.a.: Taschen, S. 8-15.
- Taub, Peter J.; Bashey, Sameer; Hausman, Laurence M. (2010): Anesthesia for Cosmetic Surgery. In: *Plastic and Reconstructive Surgery*, 125 (1), S. 1e-7e.
- Ten Harley Street Limited (2018): 10 Harley Street. Sessional and Occasional Consulting Rooms. Information Pack 2018. London: Ten Harley Street Limited. Veröffentlicht unter: <http://www.tenharleystreet.co.uk/files/info-pack.pdf> (25.01.2019).
- Teo, Thomas (1995): Rassismus: Eine psychologisch relevante Begriffsanalyse. In: *Journal für Psychologie*, 3 (3), S. 24-32.
- The American Board of Plastic Surgery, Inc. (2011): ABPS Code of Ethics. Philadelphia: The American Board of Plastic Surgery, Inc. Veröffentlicht unter: <https://www.abplasticsurgery.org/media/2654/abps-code-of-ethics-11-2011.pdf> (14.06.2017).
- The American Board of Plastic Surgery, Inc. (2014): Booklet of Information July 1, 2014 - June 30, 2015. Philadelphia: The American Board of Plastic Surgery, Inc. Veröffentlicht unter: https://www.abplasticsurgery.org/media/2711/2014-2015_booklet_of_information.pdf (30.06.2016).

- The Doctors Company (2008): What You May Not Have Learned in Your Residency – What every plastic surgery resident needs to know. O.O.: The Doctors Company. Veröffentlicht unter: <https://www.plasticsurgery.org/Documents/medical-professionals/yps/What-You-May-Not-Have-Learned-in-Residency.pdf> (19.11.2017).
- The International Institute for Cosmetic Surgery (o.J.): Cosmetic Surgery in New York City. New York: New York Eye and Ear Infirmary of Mount Sinai.
- The New York Plastic Surgery Foundation (2015): The Cutting Edge 2015. Surgery: The Gold Standard. Superior Results, Best Longevity, Most Economical For Facial Rejuvenation and Body Sculpting. The Video Sessions II. 35th Aesthetic Surgery Symposium. New York: The New York Plastic Surgery Foundation. Veröffentlicht unter: <https://www.nypsf.org/pdf/Program2015.pdf> (21.03.2016).
- The Orange County Register (2008): Allergan will make breast implants in Costa Rica, not Ireland. In: The Orange County Register vom 30. Januar 2008. Veröffentlicht unter: <https://www.ocregister.com/2008/01/30/allergan-will-make-breast-implants-in-costa-rica-not-ireland/> (02.01.2016).
- The Surrey (o.J.): Recovery at The Surrey. New York: The Surrey. Veröffentlicht unter: <http://www.shaferplasticsurgery.com/files/2015/11/surrey-price.pdf> (06.11.2017).
- The Times Editorial Board (2014): The ‘birthright citizenship’ debate. In: Los Angeles Times vom 26. Oktober 2014. Veröffentlicht unter: <http://www.latimes.com/nation/la-ed-birthright-citizenship-20141026-story.html> (21.03.2017).
- TheTopPhysicians.com (2015): These Doctors Are among the Best Plastic Surgeons in America. In: Celebrated Living vom Winter 2015/2016, S. 89. Veröffentlicht unter: <http://ink-live.com/emagazines/celebrated-living/2280/december-2015/files/assets/common/downloads/December%202015%20Celebrated%20Living%20Magazine.pdf> (21.03.2018).
- Time Staff (2012): What’s in the 2012 Oscars Swag Bags? In: Time vom 26. Februar 2012. Veröffentlicht unter: <http://newsfeed.time.com/2012/02/26/whats-in-the-2012-oscars-swag-bags/> (11.01.2016).
- Tißberger, Martina (2016): Critical Whiteness. In: fiph-Journal Nr. 28, S. 24-31. Veröffentlicht unter: https://fiph.de/veroeffentlichungen/journale/cover-downloads/fiph_026_RZ_Journal_Ausgabe_28_Martina_Tissberger.pdf?m=1477661826& (15.12.2018).
- Tom, Darci J. (2000): Postoperative Nausea and Vomiting. In: Aesthetic Surgery Journal, 20 (4), S. 339-340.

- Townsend, Catherine (2013): Nipped and tucked in: Luxury hotel's \$6,000 'plastic surgery package' includes a suite, surgeon on call, private entrance and even a personal fashion stylist. In: Daily Mail Online vom 12. August 2013. Veröffentlicht unter: <http://www.dailymail.co.uk/femail/article-2390596/The-Pierre-hotels-6k-plastic-surgery-package-includes-suite-surgeon-private-entrance-personal-fashion-stylist.html> (06.11.2017).
- Treacy, Patrick (2015): Laser days. In: Aesthetic Medicine vom März 2015, S. 62-67.
- Trinity Aftercare (2013a): About Us. Veröffentlicht unter: http://trinityaftercare.com/?page_id=99 (29.12.2015).
- Trinity Aftercare (2013b): Services & Rates. Veröffentlicht unter: http://trinityaftercare.com/?page_id=52 (29.12.2015).
- Turner, Bryan S. (2008): *The Body & Society. Explorations in Social Theory*. 3. Aufl. London u.a.: Sage Publications.
- Turner, Leigh (2012): Medical Travel and the Global Health Services Marketplace: Identifying Risks to Patients, Public Health, and Health Systems. In: Hodges, Jill R.; Turner, Leigh; Kimball, Ann Marie (Hrsg.): *Risks and Challenges in Medical Tourism. Understanding the Global Market for Health Services*. Santa Barbara u.a.: Praeger, S. 253-278.
- U.S. Census Bureau (2015a): State & County Quick Facts. Beverly Hills (city), California. Veröffentlicht unter: <http://www.census.gov/quickfacts/table/PST045215/0606308> (17.12.2015).
- U.S. Census Bureau (2015b): State & County Quick Facts. Los Angeles County, California. Veröffentlicht unter: <http://www.census.gov/quickfacts/table/PST045216/00> (17.12.2015).
- U.S. Congress, Congressional Budget Office (2004): *The Effects of Tort Reform: Evidence from the States*. Washington, D.C.: U.S. Congress, Congressional Budget Office. Veröffentlicht unter: <https://www.cbo.gov/sites/default/files/cbofiles/ftpdocs/55xx/doc5549/report.pdf> (19.11.2017).
- U.S. Congress, Office of the Technology Assessment (1993): *Impact of Legal Reforms on Medical Malpractice Costs*. Washington, D.C.: U.S. Government Printing Office. Veröffentlicht unter: <http://ota.fas.org/reports/9329.pdf> (19.11.2017).
- U.S. Department of Commerce (2010): President Obama Signs the Travel Promotion Act of 2009 into Law. Pressemitteilung vom 04. März 2010. Veröffentlicht unter: <http://2010-2014.commerce.gov/node/11579.html> (28.10.2017).
- U.S. Department of Health and Human Services (2013): New rule protects patient privacy, secures health information. Pressemitteilung vom 17. Januar 2013. Veröffentlicht unter:

<https://wayback.archive-it.org/3926/20170119205138/https://www.hhs.gov/about/news/2013/01/17/new-rule-protects-patient-privacy-secures-health-information.html> (19.02.2018).

- U.S. Department of Health and Human Services, U.S. Food and Drug Administration (2012): Unsafe and Ineffective Devices Approved in the EU that were Not Approved in the US. Washington, D.C.: U.S. Department of Health and Human Services, U.S. Food and Drug Administration. Veröffentlicht unter: http://www.elsevierbi.com/~~/media/Supporting%20Documents/The%20Gray%20Sheet/38/20/FDA_EU_Devices_Report.pdf (27.07.2014).
- U.S. Food and Drug Administration (2004): FDA Breast Implant Consumer Handbook – 2004 - Timeline of Breast Implant Activities. Veröffentlicht unter: <https://www.fda.gov/MedicalDevices/ProductsandMedicalProcedures/ImplantsandProsthetics/BreastImplants/ucm064242.htm> (30.07.2015).
- U.S. Food and Drug Administration (2006): FDA Approves Silicone Gel-Filled Breast Implants After In-Depth Evaluation. Agency Requiring 10 Years of Patient Follow-Up. In: FDA News vom 17. November 2006. Veröffentlicht unter: http://www.natap.org/2006/newsUpdates/113006_17.htm (30.07.2015).
- U.S. Food and Drug Administration (o.J.a): Soft Tissue Fillers Approved by the Center for Devices and Radiological Health. Veröffentlicht unter: <https://www.fda.gov/MedicalDevices/ProductsandMedicalProcedures/CosmeticDevices/WrinkleFillers/ucm227749.htm> (30.07.2015).
- U.S. Food and Drug Administration (o.J.b): Soft Tissue Fillers (Dermal Fillers). Veröffentlicht unter: <https://www.fda.gov/medicaldevices/productsandmedicalprocedures/cosmeticdevices/wrinklefillers/default.htm> (11.08.2015).
- U.S. Government Accountability Office (2005): Physician Services. Concierge Care Characteristics and Considerations for Medicare. Washington, D.C.: U.S. Government Accountability Office. (GAO-05-929). Veröffentlicht unter: <http://www.gao.gov/new.items/d05929.pdf> (14.11.2017).
- U.S. House of Representatives (2007): The Constitution of the United States of America as Amended; Unratified Amendments; Analytical Index, July 25, 2007. Washington, D.C.: U.S. Government Printing Office. Veröffentlicht unter: <https://www.gpo.gov/fdsys/pkg/CDOC-110hdoc50/pdf/CDOC-110hdoc50.pdf> (21.03.2017).
- UCLA Division of Plastic & Reconstructive Surgery (o.J.a): Clinic Handbook – The UCLA Chief Resident’s Clinic. Los Angeles: UCLA Health.

- UCLA Division of Plastic & Reconstructive Surgery (o.J.b): Surgery Center. Veröffentlicht unter: <http://plasticsurgery.ucla.edu/site.cfm?id=440> (29.07.2016).
- UCLA Health (o.J.): International Services. Veröffentlicht unter: <https://www.uclahealth.org/international-services/> (19.07.2016).
- United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2014): World Urbanization Prospects: The 2014 Revision, Highlights. New York: United Nations. Veröffentlicht unter: <https://esa.un.org/unpd/wup/publications/files/wup2014-highlights.pdf> (18.02.2018).
- Us Weekly (2007): Hollywood Before & After. The star of E!'s The Girls Next Door (and Hugh Hefner's girlfriend) tells Us why she decided to get plastic surgery. In: Us Weekly Nr. 634 vom 09. April 2007, S. 100-101.
- USC Plastic & Reconstructive Surgery (2016): Resident Cosmetic Clinic. Veröffentlicht unter: <http://www.uscplasticsurgery.com/santa-monica-cosmetic-clinic/> (29.07.2016).
- UT Southwestern Medical Center (2015a): 18th Annual Dallas Cosmetic Surgery Symposium. Advances and Refinements in Cosmetic Face, Breast, and Body. Dallas: UT Southwestern Medical Center.
- UT Southwestern Medical Center (2015b): 32nd Annual Dallas Rhinoplasty Symposium. Advances & Controversies in Rhinoplasty. Dallas: UT Southwestern Medical Center.
- Vandam, Leroy D. (1987): A History of Ambulatory Anesthesia. In: Anesthesiology Clinics of North America, 5 (1), S. 1-13.
- Vardi, Yoram u.a. (2008): A Critical Analysis of Penile Enhancement Procedures for Patients with Normal Penile Size: Surgical Techniques, Success, and Complications. In: European Urology, 54 (5), S. 1042-1050.
- Veblen, Thorstein (2011): Theorie der feinen Leute. Eine ökonomische Untersuchung der Institutionen. 2. Aufl. Frankfurt am Main: Fischer.
- Verheyden, Charles N. u.a. (2002): Essentials for Students: Plastic Surgery. 6. Aufl. Arlington Heights: Plastic Surgery Educational Foundation.
- Viladrich, Anahí; Baron-Faust, Rita (2014): Medical tourism in tango paradise: The internet branding of cosmetic surgery in Argentina. In: Annals of Tourism Research, 45, S. 116-131.
- Villa, Paula-Irene (2007): Der Körper als kulturelle Inszenierung und Statussymbol. In: Aus Politik und Zeitgeschichte. Beilage zur Wochenzeitung Das Parlament, B 18/2007, S. 18-26.

- Villa, Paula-Irene (2008a): Einleitung – Wider die Rede vom Äußerlichen. In: Villa, Paula-Irene (Hrsg.): schön normal. Manipulationen am Körper als Technologien des Selbst. Bielefeld: transcript, S. 7-19.
- Villa, Paula-Irene (2008b): Habe den Mut, Dich Deines Körpers zu bedienen! Thesen zur Körperarbeit in der Gegenwart zwischen Selbstermächtigung und Selbstunterwerfung. In: Villa, Paula-Irene (Hrsg.): schön normal. Manipulationen am Körper als Technologien des Selbst. Bielefeld: transcript, S. 245-272.
- Vincent, Roger (2007): Headache for doctors: medical office rents. In: Los Angeles Times vom 06. September 2007. Veröffentlicht unter: <http://articles.latimes.com/2007/sep/06/business/fi-medoffice6> (10.03.2015).
- Vincent, Roger (2012): Beverly Hills hotel to have \$12,000 minimum extended stay. In: Los Angeles Times vom 01. Juli 2012. Veröffentlicht unter: <http://articles.latimes.com/2012/jul/01/business/la-fi-mo-beverly-hills-extended-stay-20120629> (14.12.2015).
- Visa (2016): Mapping the Future of Global Travel and Tourism. O.O.: Visa. Veröffentlicht unter: <https://usa.visa.com/dam/VCOM/global/partner-with-us/documents/global-travel-and-tourism-insights-by-visa.pdf> (17.10.2017).
- Viscusi, W. Kip u.a. (1993): The Effect of 1980s Tort Reform Legislation on General Liability and Medical Malpractice Insurance. In: Journal of Risk and Uncertainty, 6 (2), S. 165-186.
- Vitale Nursing (2015): Fee Schedule & Courses. Veröffentlicht unter: <http://www.vitalenursing.com/fee-schedule/> (28.11.2015).
- Von Laue, Theodore H. (1987): The World Revolution of Westernization. The Twentieth Century in Global Perspective. New York, Oxford: Oxford University Press.
- Wagner, Kurt J. (2012): My Life with a Knife. Known and Sewn: A Plastic Surgeon's Memoir. O.O.: CreateSpace Independent Publishing Platform.
- Wajda, Michael; Bell, Charlotte (2012): Free-Standing and Outpatient Surgery Facilities. In: Block, Frank E.; Helfman, Steven (Hrsg.): 2012 Operating Room Design Manual. Volume 2. Park Ridge: American Society of Anesthesiologists, S. 73-83.
- Walden, Jennifer L.; Phillips, Linda G. (2010): Career development resource for plastic and reconstructive surgery. In: The American Journal of Surgery, 199 (2), S. 271-274.
- Walker, Elizabeth; Poley, Stephanie; Ricketts, Thomas (2010): The Aging Surgeon Population. Replacement rates vary by specialty and rural-urban status. Chapel Hill: American College of Surgeons Health Policy Research Institute. Veröffentlicht unter: http://www.acshpri.org/documents/ACSHPRI_FS5.pdf (10.11.2017).

- Walker, Thomas J.; Dayan, Steven H. (2014): Comparison and Overview of Currently Available Neurotoxins. In: *Journal of Clinical and Aesthetic Dermatology*, 7 (2), S. 31-39.
- Wallacher, Johannes (2003): Ethische Perspektiven einer entwicklungsgerechten Weltwirtschaft. In: *Zeitschrift für Wirtschafts- und Unternehmensethik*, 4 (3), S. 307-324.
- Wallerstein, Immanuel (2004): *World-Systems Analysis. An Introduction*. Durham, London: Duke University Press.
- Watts, Steven (2009): *Mr. Playboy. Hugh Hefner und der amerikanische Traum*. Weinheim: Wiley-VCH.
- Webster, Jr., Murray; Driskell, Jr., James E. (1983): Beauty as Status. In: *American Journal of Sociology*, 89 (1), S. 140-165.
- Webster, Nick (2015): Red tape slashed for doctors visiting Dubai. In: *The National* vom 17. Januar 2015. Veröffentlicht unter: <https://www.thenational.ae/uae/health/red-tape-slashed-for-doctors-visiting-dubai-1.119952> (18.02.2015).
- Weikel, Dan (2015): Airport commission approves a private LAX lounge for the rich and famous. In: *Los Angeles Times* vom 19. November 2015. Veröffentlicht unter: <http://www.latimes.com/local/lanow/la-me-ln-private-airport-lounge-20151118-story.html> (04.12.2015).
- Weintraub, Walter (1964): "The VIP Syndrome": A Clinical Study in Hospital Psychiatry. In: *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 138 (2), S. 181-193.
- Weir, Robert E. (2007): Socialite. In: Weir, Robert E. (Hrsg.): *Class in America. An Encyclopedia*. Volume 3: Q-Z. Westport, London: Greenwood Press, S. 808-809.
- Weiß, Anja (2017): *Soziologie globaler Ungleichheiten*. Berlin: Suhrkamp.
- Weiss, Martin A. u.a. (2015): *International Investment Agreements (IIAs): Frequently Asked Questions*. Washington, D.C.: Congressional Research Service. (CRS Report, R44015). Veröffentlicht unter: <https://fas.org/sgp/crs/misc/R44015.pdf> (03.04.2016).
- Welsch, Wolfgang (2017): *Ästhetisches Denken*. 8. Aufl. Ditzingen, Stuttgart: Reclam.
- Werlen, Benno (2004): *Sozialgeographie. Eine Einführung*. 2. Aufl. Bern u.a.: Haupt (UTB).
- Westbrook Sherrill, Windsor (2000): Dual-degree MD–MBA Students: A Look at the Future of Medical Leadership. In: *Academic Medicine*, 75 (10), S. S37-S39.
- Wied-Baumgartner, Sabine (2016): Der Einsatz von ACP/PRP in der Mesoästhetik. In: *face international magazine of orofacial esthetics*, 11 (1), S. 18-22. Veröffentlicht unter: <https://epaper.zwp-online.info/epaper/sim/fa/2016/fa0116/epaper/ausgabe.pdf> (14.04.2018).
- Wiggin, Emma (2010): *Cosmetic Surgery: Market Report 2010*. 8. Aufl. Teddington: Key Note Ltd.

- Wilentz, Amy (2006): To Keep or Not to Keep Your Nose. In: Los Angeles Times vom 09. Juli 2006. Veröffentlicht unter: <http://articles.latimes.com/2006/jul/09/magazine/tm-no-ses28> (19.01.2016).
- Wilkerson, Isabel (1988): Charges Against Doctor Bring Ire and Questions. In: The New York Times vom 12. Dezember 1988. Veröffentlicht unter: <https://www.nytimes.com/1988/12/11/us/charges-against-doctor-bring-ire-and-questions.html> (12.03.2015).
- Willens, Michele (2014): When did we get so old? In: The New York Times vom 30. August 2014. Veröffentlicht unter: <https://www.nytimes.com/2014/08/31/sunday-review/the-boomers-biggest-challenge.html> (27.01.2016).
- Wimalawansa, Sunishka; McKnight, Aisha; Bullocks, Jamal M. (2009): Socioeconomic Impact of Ethnic Cosmetic Surgery: Trends and Potential Financial Impact the African American, Asian American, Latin American, and Middle Eastern Communities Have on Cosmetic Surgery. In: *Seminars in Plastic Surgery*, 23 (3), S. 159-162.
- Wimmer, Andreas (2008): The Making and Unmaking of Ethnic Boundaries: A Multilevel Process Theory. In: *American Journal of Sociology*, 113 (4), S. 970-1022.
- Winker, Gabriele; Degele, Nina (2010): *Intersektionalität. Zur Analyse sozialer Ungleichheiten*. 2. Aufl. Bielefeld: transcript.
- Winter Ney, Angela (1993): Former plastic surgeon to the stars brings his scalpel and skill to Arnold. In: The Baltimore Sun vom 21. Oktober 1993. Veröffentlicht unter: http://articles.baltimoresun.com/1993-10-21/news/1993294091_1_leroy-plastic-surgery-famous-surgeons (26.01.2016).
- Wolff, Stephan (2010): Dokumenten- und Aktenanalyse. In: Flick, Uwe; von Kardorff, Ernst; Steinke, Ines (Hrsg.): *Qualitative Forschung. Ein Handbuch*. 8. Aufl. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt, S. 502-513.
- Wollrad, Eske (2005): *Weißsein im Widerspruch. Feministische Perspektiven auf Rassismus, Kultur und Religion*. Königstein/Taunus: Helmer.
- Wong, Wendy W. u.a. (2012): Medical Malpractice Risk Assessment in Plastic Surgery. In: *Plastic and Reconstructive Surgery*, 130 (5S-1), S. 65.
- Woodman, Josef (2012): *Patients Beyond Borders: Dubai Healthcare City Edition. Everybody's Guide to Affordable, World-Class Healthcare*. Chapel Hill: Healthy Travel Media.
- World Health Organization (1986): *Ottawa Charter for Health Promotion, 1986*. Kopenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe. Veröffentlicht unter:

http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/129532/Ottawa_Charter.pdf?ua=1 (29.02.2017).

- World Health Organization (2011): Preventing Disease through Healthy Environments. Mercury in Skin Lightening Products. Genf: World Health Organization. Veröffentlicht unter: http://www.who.int/ipcs/assessment/public_health/mercury_flyer.pdf (04.05.2016).
- World Trade Organization, Information and External Relations Division (2015): Understanding the WTO. 5. Aufl. Genf: World Trade Organization. Veröffentlicht unter: https://www.wto.org/english/thewto_e/whatis_e/tif_e/understanding_e.pdf (10.03.2018).
- Wulf, Hinnerk; Goerig, Michael (2010): Zur Geschichte der örtlichen Betäubung. In: Van Aken, Hugo; Wulf, Hinnerk; Niesel, Hans Christoph (Hrsg.): Lokalanästhesie, Regionalanästhesie, Regionale Schmerztherapie. 3. Aufl. Stuttgart: Thieme, S. 1-8.
- Xu, Gary; Feiner, Susan (2012): Meinü Jingji/China's Beauty Economy: Buying Looks, Shifting Value, and Changing Place. In: Günseli, Berik; Dong, Xiao-yuan; Summerfield, Gale (Hrsg.): Gender, China and the World Trade Organization. Essays from Feminist Economics. London, New York: Routledge, S. 302-318.
- Yoo, Jiyeon (2004): Nipped and Tucked Away. Well-healed accommodations for plastic surgery recovery. In: Los Angeles Magazine vom August 2004, S. 44.
- Young, V. Leroy; Watson, Marla E. (2006a): Prevention of Perioperative Hypothermia in Plastic Surgery. In: Aesthetic Surgery Journal, 26 (5), S. 551-571.
- Young, V. Leroy; Watson, Marla E. (2006b): The Need for Venous Thromboembolism (VTE) Prophylaxis in Plastic Surgery. In: Aesthetic Surgery Journal, 26 (2), S. 157-175.
- Zane, Kathleen (2003): Reflections on a Yellow Eye. Asian i(\eye/)cons and cosmetic surgery. In: Jones, Amelia (Hrsg.): The Feminism and Visual Culture Reader. London, New York: Routledge, S. 354-364.
- Zuckerman, Diana; Abraham, Anisha (2008): Teenagers and Cosmetic Surgery: Focus on Breast Augmentation and Liposuction. In: Journal of Adolescent Health, 43 (4), S. 318-324.
- Zürcher, Markus u.a. (2014): «Medical Humanities»: Über die Bedeutung der Geistes- und Sozialwissenschaften für die Medizinal- und Gesundheitsberufe. Bern: Akademien der Wissenschaften Schweiz. (Swiss Academies Communications, 9 (5)). Veröffentlicht unter: <http://www.akademien-schweiz.ch/dms/publikationen/09/communication0905d.pdf> (10.11.2017).