



WESTFÄLISCHE
WILHELMS-UNIVERSITÄT
MÜNSTER

› Für die Schönheit unters Messer? Ethische Fragen der Ästhetischen Chirurgie

Johann S. Ach



Preprints and Working
Papers of the Centre for
Advanced Study in Bioethics
Münster 2014/61



› Für die Schönheit unters Messer? Ethische Fragen der Ästhetischen Chirurgie

Johann S. Ach

Zahlreiche Frauen und (immer häufiger auch) Männer legen sich im Wortsinn „unters Messer“, um ihr äußeres Erscheinungsbild korrigieren, verbessern bzw. ihren Wünschen anpassen zu lassen. Sie lassen sich Fett absaugen, ihre Brüste vergrößern oder verkleinern, Oberschenkel, Gesäß oder die Bauchdecke straffen, Augenlider, Nasen und Ohren korrigieren, Tränensäcke entfernen oder Falten unterspritzen. Belastbare Zahlen über die Inanspruchnahme ästhetisch-chirurgischer Eingriffe gibt es nicht. Und auch ansonsten ist über die Praxis der Ästhetischen Chirurgie erstaunlich wenig bekannt: Es gibt zum Beispiel keine statistisch gesicherten Erkenntnisse über die Ergebnisqualität ästhetisch-chirurgischer Eingriffe. Auch über die Motive der Frauen und Männer, die sich schönheitsoperativen Eingriffen unterziehen, weiß man nicht sehr viel.¹

Im Unterschied zur rekonstruktiven bzw. konstruktiven plastischen Chirurgie, die es mit der Beseitigung von durch Krankheit, Verletzung oder Unfall entstandenen Defekten bzw. mit der Korrektur angeborener Form- und Funktionsanomalien zu tun hat, geht es in der Ästhetischen Chirurgie, wie manchmal gesagt wird, um „reine Schönheitsoperationen“. Ästhetisch-chirurgische Eingriffe gehören daher zu jenen Verfahren der Modifikation körperlicher und geistiger Leistungsmerkmale des Menschen, die als *Enhancement* bezeichnet werden, und die seit einigen Jahren Gegenstand einer kontroversen öffentlichen, professionspolitischen und auch philosophisch-ethischen Debatte sind.²

Die ethische Debatte über die Ästhetische Chirurgie kreist insbesondere um drei Themen, die auch in diesem Beitrag im Vordergrund stehen sollen: Erstens um die Frage, ob es Grenzen der Verfügung über den Körper gibt; zweitens um die Frage, ob ästhetisch-chirurgische Eingriffe mit der ärztlichen Ethik vereinbar sind; und drittens um die Frage, unter welchen Voraussetzungen, falls überhaupt, die Entscheidung für einen ästhetisch-chirurgischen Eingriff autonom genannt werden kann.

1 Eine Ausnahme ist: Davis, *Reshaping the Female Body*.

2 Ach/Lüttenberg, *Enhancement*; Schöne-Seifert/Talbot, *Enhancement*.

Grenzen der Verfügung über den eigenen Körper?

Dürfen Menschen alles mit ihrem Körper machen? Darf man den Körper also beispielsweise als Werbefläche benutzen oder als Rohmaterial für beliebige Formen der Körperinszenierung, des *bodymodelling* oder des *bodysculpturing*? Ließen sich ein „Wesen“ des Menschen bzw. seine „Natur“ als unantastbar ausweisen, dann wäre der Idee einer Veränderung bzw. „Verbesserung“ menschlicher Leistungsmerkmale von vornherein der moralische Boden entzogen. Die Behauptung, ästhetisch-chirurgische Eingriffe verletzen in irgendeiner Weise die Integrität der *menschlichen Natur*, ist freilich einigermaßen voraussetzungsreich: Erstens muss man etwas dazu sagen können, was am Menschen „natürlich“ ist bzw. was zu seiner Natur gehört. Dies ist deshalb nicht trivial, weil sich der Naturbegriff durch eine Vieldeutigkeit seiner Verwendungsweisen auszeichnet. Mit „natürlich“ bezeichnen wir manchmal dasjenige, was nicht „künstlich“, nicht technisch hergestellt ist. Eine Brustvergrößerung wäre vor diesem Hintergrund vermutlich als künstlich zu bewerten. Wer vom Ergebnis des Eingriffes als einem „Silikonbusen“ spricht, kritisiert eben diese Nicht-Natürlichkeit. Manchmal zielen wir mit dem Ausdruck „natürlich“ dagegen auf das Körperliche im Unterschied zum Geistigen am Menschen. Und schließlich meinen wir mit „natürlich“ manchmal das nicht durch Kultur Überformte, Unverfälschte oder Ursprüngliche. Der Naturbegriff scheint seinen Gehalt erst durch seine Opposition (Technik, Geist, Kultur) zu gewinnen. Zweitens muss man, wenn man mit der Integrität der menschlichen Natur argumentiert, auch etwas dazu sagen, *welche* Interventionen eine Verletzung dieser Integrität bedeuten. Gilt dies bereits für *bleaching*, also die Zahnaufhellung, oder erst für invasivere Formen der Körpermodifikation? Welchen Naturbegriff auch immer man zugrunde legt: Es wäre kaum plausibel, wollte man behaupten, dass *jede* Form eines ästhetisch motivierten Eingriffes in den Körper mit einer Integritätsverletzung einhergeht. Und drittens schließlich muss man, soll der Verweis auf die Integrität der menschlichen Natur normativ etwas austragen, eine Antwort auf die Frage geben, warum das Natürliche bzw. die menschliche Natur wertvoll sind und welchen Wert sie haben.

Auch in dieser Frage aber gibt es, wenig überraschend, keinen Konsens. Etwas vereinfachend kann man im Anschluss an eine Unterscheidung von Eric Parens von einem *gratitude framework* und einem *creativity framework* sprechen, die beide nicht nur philosophiegeschichtlich interessant sind, sondern auch in der Enhancement-Debatte weiter eine wichtige Rolle spielen.³ Während das „gratitude framework“ von der Vorstellung ausgeht, es gebe so etwas wie ein „essentielles, wahres Selbst“, das entdeckt werden kann und dem es treu zu bleiben gilt, geht das „creativity framework“ von der Idee einer autonomen Selbsterschaffung des Menschen aus. Der Forderung nach Respekt vor dem „Gegebenen“ und der „natürlichen“ Konstitution der Person steht auf der anderen Seite damit die Empfehlung gegenüber, nicht derjenige zu werden, der man immer schon war, sondern derjenige, zu dem man sich aktiv und kreativ macht. Ob es die „Natur des Menschen“ zu bewahren oder vielmehr gerade zu verändern und zu gestalten gilt, ist selbst also hochgradig umstritten.

Mit dem „Wesen“ des Menschen oder der Integrität seiner „Natur“ zu argumentieren ist daher in mehrfacher Hinsicht problematisch. Zum einen, weil der Begriff der „menschlichen Natur“ hoffnungslos mehrdeutig ist. Zum anderen, weil der Rekurs auf die menschliche Natur, soll er überhaupt zielführend sein, von normativen Annahmen abhängt, die ihrerseits hochgradig kontrovers sind. Und schließlich auch deshalb, weil der Preis in Form von Freiheits-

3 Parens, *Authenticity*, 36 f.

restriktionen, den man dafür zahlen muss, wenn man an einem substantiellen oder starkem Natur- oder Integritätskonzept festhält, gegebenenfalls sehr hoch sein kann.⁴

Ärztliche Ethos und ästhetische Chirurgie?

Für Sander Gilman ist die Schönheitschirurgie kulturgeschichtlich eine moderne Erscheinung, da sie nicht nur eine Reihe konkreter technischer Innovationen in der Chirurgie voraussetze, „sondern auch die kulturellen Rahmenbedingungen, die Menschen das unveräußerliche Recht zugestehen, mit Hilfe eines Chirurgen den eigenen Körper zu verändern, umzugestalten, zu kontrollieren, zu vergrößern oder zu verkleinern.“⁵ Eben dies, dass die Frauen und Männer, die ihren Körper durch einen ästhetisch-operativen Eingriff verschönern wollen, auf einen Experten, d. h. auf einen Chirurgen (oder, selten: eine Chirurgin), angewiesen sind, ruft die zweite Frage auf den Plan: Sind ästhetisch-chirurgische Eingriffe mit der ärztlichen Ethik vereinbar? Und was folgte daraus, wenn sie es nicht wären?

Die Legitimation eines ärztlichen Eingriffs hängt nach weithin geteilter medizinrechtlicher und professionsethischer Auffassung von drei Voraussetzungen ab: Erstens muss der fragliche Eingriff indiziert sein, zweitens muss die Patientin bzw. der Patient dem Eingriff zuvor informiert und freiwillig zugestimmt haben, und drittens muss der Eingriff von der Ärztin bzw. dem Arzt nach den Regeln der Kunst (*lege artis*) durchgeführt werden. Indikation, Information und Standard sind die Basiselemente ärztlicher Legitimation.⁶

Insbesondere die Frage nach der medizinischen Indikation für rein ästhetisch motivierte chirurgische Eingriffe wird – nicht zuletzt in der Profession selbst – kontrovers diskutiert. Ist es nicht so, dass es für schönheitschirurgische Operationen, im Unterschied zu rekonstruktiven oder konstruktiven plastisch-chirurgischen Eingriffen, sozusagen schon definitionsgemäß keine medizinische Indikation gibt? Wer an der Indikationsvoraussetzung dennoch festhalten will, hat (mindestens) drei Optionen, die in der Literatur diskutiert werden: Erstens kann man den Begriff der medizinischen Indikation so entgrenzen, dass er auch „reine Schönheitsoperationen“ umfasst. Die Proponenten dieser Option schließen häufig an die Definition der Weltgesundheitsorganisation an, die Gesundheit bekanntlich als einen „Zustand von vollständigem physischen, geistigen und sozialen Wohlbefinden“ definiert, „der sich nicht nur durch die Abwesenheit von Krankheit oder Behinderung auszeichnet“. Dieser Definition zufolge ist die Gesundheit eines Menschen nicht erst beeinträchtigt, wenn eine Krankheit im Sinne einer objektiv diagnostizierbaren Anomalie vorliegt, sondern bereits dann, wenn sein subjektives Wohlbefinden durch die körperliche oder psychische Belastung beeinträchtigt wird. Eine medizinische Indikation zu einem schönheitschirurgischem Eingriff liegt, folgt man dieser Definition, vor, wenn dieser zur Erhaltung oder zur Wiederherstellung des subjektiven Wohlbefindens der Klientin bzw. des Klienten dient.⁷ Diese Definition ist aber offenbar allzu inklusiv: Wenn alles, was zum subjektiven Wohlergehen der Person beiträgt, als „medizinisch indiziert“ bezeichnet werden kann, verliert der Begriff praktisch jede Trennschärfe.

4 Bayertz/Schmidt, Umgestaltung des menschlichen Körpers.

5 Gilman, Geschichte der Schönheitschirurgie, S. 64.

6 Damm, Medizinrechtliche Aspekte, S. 211ff.

7 Ein Hinweis auf diese Strategie findet sich beispielsweise in einer Stellungnahme der DGÄPC zur Schönheitschirurgie bei Minderjährigen: http://www.dgaepc.de/medien/presseinfos/2012/PM_DGAEPc_Stellungnahme-Minderjaehrige.pdf (access 23.12.2013).

Eine zweite Option besteht darin, die Forderung nach einer medizinischen Indikation im Kontext der Ästhetischen Chirurgie zugunsten einer „ästhetischen Indikation“ aufzugeben. Dieser Vorschlag sieht freilich von vorneherein nach einer Verlegenheitslösung (um nicht zu sagen: Verlogenheitslösung) aus. Weil man auf die Indikationsvoraussetzung nicht ganz und gar verzichten, gleichzeitig aber auch die (lukrative) Praxis der Schönheitschirurgie nicht in Frage stellen will, wird eilends eine neue, spezifische Indikation erfunden. Die Indikationsvoraussetzung wird damit freilich praktisch entwertet. Die dritte Option, für die ich selbst plädieren würde, bestünde darin, an der medizinischen Indikation (wie unscharf und interpretationsbedürftig sie auch immer sein mag) festzuhalten – mit der Konsequenz, dass schönheitschirurgische Eingriffe, für die es eine medizinische Indikation nicht gibt, rechtlich und auch professionsethisch ihre Legitimation verlören.⁸

Wer diese Konsequenz vermeiden will, kann die Indikationsvoraussetzung – zumindest für die Ästhetische Chirurgie⁹ – auch ganz fallen lassen. Eben diesen Vorschlag hat Urban Wiesing gemacht. Ein Eingriff durch eine Ärztin bzw. einen Arzt ist, folgt man Wiesing, dann legitimiert, wenn sichergestellt ist, dass jene Bedingungen erfüllt sind, die ausschließen, „dass eine wahrscheinlich nicht hilfreiche Maßnahme durchgeführt wird, dass der Patient dazu gedrängt wird, nicht hinreichend informiert ist und dass vermeidbare Schäden eintreten.“ Solange „Patientenorientierung sowie eine hohe Qualität von Beratung und Durchführung gewährleistet bleiben“, so Wiesing, seien schönheitschirurgische Eingriffe auch ohne medizinische Indikation mit dem ärztlichen Ethos vereinbar.¹⁰

Eine Implikation dieses Vorschlags scheint darin zu bestehen, dass man die alte Idee, das ärztliche Berufsethos leite sich aus dem *telos* der ärztlichen Handlung her, aufgibt. Für Wiesing liegt der „Sinn“ des ärztlichen Berufsethos stattdessen in dem, was er „antizipatorisches Systemvertrauen“ nennt: „Der Patient kann allein aufgrund der Mitgliedschaft im Beruf ‚Arzt‘ auf bestimmte Verhaltensweisen rechnen.“¹¹ Diesen Schritt kann man mitgehen: Die ärztliche Berufsethik ist keine Sonderethik neben der allgemeinen Ethik. Es werden lediglich allgemeine ethische Prinzipien auf die spezifischen ethischen Problem- und Konfliktlagen eines bestimmten Berufes angewendet. Für Wiesing ergibt sich daraus die – empirische – Frage, ob das angesprochene „antizipatorische Systemvertrauen“ Schaden nehmen würde, wenn Ärztinnen und Ärzte sich an schönheitschirurgischen Maßnahmen beteiligen. Eine Frage, die er – das Erfülltsein der angesprochenen Bedingungen vorausgesetzt – verneint. Anders als Wiesing wäre ich freilich sehr viel skeptischer, dass das ärztliche Berufsethos davon unberührt bleiben und keinen Schaden nehmen würde, würde man den Bezug des ärztlichen Handelns auf Gesundheit und Krankheit zugunsten von Patientenorientierung¹² und Qualitätsanforderungen ganz aufgeben und damit auch die eingangs angesprochene legitimierende Trias von Indikation, Information und Standard.

8 Miller/Brody/Chung, Schönheitschirurgie, unterscheiden zwischen einem „Kernbereich normativer medizinischer Tätigkeit“ und einer „Peripherie der Medizin“. Die Schönheitschirurgie ist ihrer Auffassung nach „bestenfalls eine periphere medizinische Tätigkeit“, die – zumindest in ihrer gegenwärtigen Form – die professionelle Integrität gefährdet.

9 Es gibt selbstredend auch andere Bereiche der Medizin, in denen das Indikationskonzept zumindest arg strapaziert wird. Man denke beispielsweise an verschiedene Verfahren der medizinisch assistierten Reproduktion, an Eingriffe zur Hymen-Rekonstruktion oder an verschiedene Bereiche der Altersmedizin.

10 Wiesing, Ethische Aspekte der Ästhetischen Medizin, S. 49.

11 Wiesing, Ethische Aspekte der Ästhetischen Medizin, S. 46.

12 Fraglich ist auch, inwiefern die Rede von Patientinnen und Patienten dann überhaupt noch sinnvoll ist.

Was folgt aus alledem für die Ästhetische Chirurgie? Vielleicht weniger als man denken könnte. Denn selbst *wenn* man, wie ich, der Auffassung ist, dass die Ästhetische Chirurgie mit der ärztlichen Berufsethik unvereinbar ist, folgt daraus *nur*, dass Ärztinnen und Ärzte sich daran nicht beteiligen sollten. Das schließt keineswegs aus, dass entsprechende Eingriffe von anderen durchgeführt werden. Eric Parens hat vorgeschlagen, die Anbieter entsprechender Dienstleistungen „schmocters“ (im Unterschied zu „doctors“) zu nennen. „Schmocters“ sind Experten für biotechnologische Maßnahmen zur Verbesserung menschlicher Leistungsmerkmale und bieten diese auf dem Markt an.¹³ In einem „schmocter“-System könnten entsprechende Dienstleistungen, für die eine medizinische Expertise erforderlich ist, die aber gerade keinen Krankheitsbezug haben (die also „jenseits der Therapie“ erfolgen) außerhalb des traditionellen Medizinsystems angeboten und für alle interessierten Kundinnen und Kunden bereitgehalten werden. Zu den Voraussetzungen für ein solches System würde gehören, dass die Eingriffe selbst halbwegs sicher sind, und dass die Kundinnen und Kunden sich selbstbestimmt für ihre Inanspruchnahme entscheiden. Damit kommen wir zur dritten und letzten Frage.

Selbstbestimmt schön?

Nicht wenige Kritikerinnen und Kritiker der Ästhetischen Chirurgie bestreiten nämlich, dass die Entscheidung für einen schönheitschirurgischen Eingriff eine selbstbestimmte Entscheidung sein kann. Bei genauerem Hinsehen, so beispielsweise Kathryn Morgan, erweise sich die vermeintliche Wahl der eigenen Identität als Konformität, die vermeintliche Befreiung als Kolonisation und Unterdrückung, die vermeintlich selbstbestimmte und rationale Wahl als Zwang zur Unterwerfung unter einen technologischen Schönheitsimperativ.¹⁴

Will man die Frage beantworten, ob überhaupt bzw. unter welchen Voraussetzungen eine Entscheidung für einen schönheitschirurgischen Eingriff selbstbestimmt oder autonom genannt werden kann, muss man zunächst klären, was es generell heißt, dass eine Entscheidung oder Handlung eine ‚autonome‘ Entscheidung oder Handlung ist. Man braucht, mit anderen Worten, einen Begriff von Autonomie. Dazu werden in der Literatur bekanntlich sehr unterschiedliche Vorschläge gemacht. Einem bestimmten, im Wesentlichen auf Arbeiten von Tom L. Beauchamp und James F. Childress zurückgehenden, und in der Bioethik seit den 70er Jahren sehr prominentem Konzept von Handlungsautonomie folgend, kann man von einer autonomen Handlung dann sprechen, wenn diese (1) von einer kompetenten Person (2) intentional bzw. absichtlich, (3) vor dem Hintergrund eines hinreichenden Verstehens und (4) frei von kontrollierenden Einflüssen erfolgt.¹⁵

Für die vorliegende Fragestellung sind insbesondere die Bedingungen (1) und (4) von Interesse. Über die Kompetenz-Bedingung ließe sich sehr viel mehr sagen, als an dieser Stelle möglich ist. Einem Vorschlag zufolge lässt sie sich als ein Bündel verschiedener Fähigkeiten ausbuchstabieren, namentlich der Fähigkeiten des Verstehen-Könnens, des Verarbeiten-Könnens, des Bewerten-Könnens und des Sich-Steuern-Könnens.¹⁶ Was hat dies mit der Schönheitschirurgie zu tun? Im Anschluss an Michaela Langer und Beate Wimmer-Puchinger kann man auf diese Frage die folgende Antwort geben: Angesichts des Umstandes, dass das wesentli-

13 Parens, *Is Better Always Good?* S. 11.

14 Morgan, *Women and the Knife*, S. 34f.

15 Beauchamp/Childress, *Principles*, S. 104.

16 Helmchen/Lauter, *Dürfen Ärzte mit Demenzkranken forschen?*

che Motiv für Schönheitsoperationen die Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper sei, müsse man „psychische Erkrankungen, denen eine Störung des Körperbildes immanent ist, als Motiv für eine ästhetische Operation in Betracht“ ziehen.¹⁷ Die beiden Autorinnen denken dabei insbesondere an die körperdysmorphe Störung bzw. *body dysmorphic disorder* (BDD). Diese Erkrankung gilt allgemein als Ausschlussgrund für ästhetisch-operative Eingriffe. Dafür lassen sich zwei Arten von Gründen anführen: Zum einen sind ästhetisch-chirurgische Eingriffe in diesen Fällen in aller Regel schlicht ein untaugliches Mittel. Sie kämen einer Art „Psychotherapie mit dem Messer“ gleich. Zum anderen kann eine entsprechende Erkrankung im Prinzip aber auch die Entscheidungskompetenz einer Patientin bzw. eines Patienten negativ betreffen und insofern autonomiegefährdend sein. Jedenfalls würde man solche Operationswünsche und „-entscheidungen“ nicht als autonom bezeichnen, bei denen der Wunsch kausal durch eine psychische Störungen oder Erkrankung induziert und ohne rationale Kontrolle handlungswirksam ist. Es ist insofern von nicht geringer Bedeutung, dass Schönheitschirurgen über die Fähigkeiten verfügen, entsprechende Verdachtsfälle zu erkennen. Ebenso klar ist freilich, dass die Fälle, in denen die zu einer Schönheitsoperation entschlossene Person gleichsam bloß eine Art Marionette ihrer Störung oder Erkrankung ist, sehr selten sein dürften.

Andere Kritikerinnen und Kritiker der Ästhetischen Chirurgie, wie z. B. die eingangs zitierte Kathryn Morgan, wenden ein, dass es nicht psychische Erkrankungen sind, die Frauen (und Männer) dazu bringen, sich unters Messer zu legen, und die ihre Autonomie gefährden, sondern die Gesellschaft. Frauen, die sich z. B. einer Brustvergrößerung unterziehen oder die ihre Gesichtsfalten unterspritzen lassen, folgen, so das Argument, letztlich männlich geprägten kulturellen Vorgaben, sexistischen Normen oder einfach dem herrschendem Schönheitswahn – und handeln also gerade nicht selbstbestimmt.

Sind die in der Gesellschaft geltenden ästhetischen Normen autonomiegefährdend? Um diese Frage beantworten zu können muss man sich noch einmal die vorhin angesprochene vierte Bedingung für Handlungsautonomie ansehen: Von einer autonomen Handlung kann man dann sprechen, wurde gesagt, wenn diese (1) von einer kompetenten Person (2) intentional bzw. absichtlich, (3) vor dem Hintergrund eines hinreichenden Verstehens und (4) *frei von kontrollierenden Einflüssen* erfolgt. Entscheidend ist, dass diesem Verständnis von Handlungsautonomie zufolge nicht jede Art von Einflüssen autonomiegefährdend ist, sondern nur solche, die „kontrollierend“ sind. Daraus folgt zweierlei: Erstens handelt es sich offenkundig um eine graduelle Bedingung: Die Einflüsse, die auf die Person einwirken, können stark variieren. Sie reichen vom Überreden bis hin zu physischem oder psychischem Zwang. Zweitens, und wichtiger: Nur solche Einflüsse sind autonomiegefährdend, die von anderen *mit der Absicht* ausgeübt werden, die fragliche Person zu einer Entscheidung oder einer Handlung zu bewegen, die sie sonst nicht getroffen oder ausgeführt hätte. Die Behauptung, dass die ästhetischen Normen oder das sexistische Schönheitssystem von irgendjemandem mit der Absicht installiert worden seien, Frauen und Männer zu Handlungen zu bestimmen, die sie ansonsten nicht ausgeführt hätten, ist freilich nicht sehr plausibel. Die fraglichen Normen sind ohne Zweifel wirksam; aber es gibt keinen (kollektiven) Akteur, der sie mit der Absicht einsetzen würde, die Entscheidung von Frauen (oder Männern) für schönheitschirurgische Eingriffe zu kontrollieren oder zu steuern. Ästhetische, sexistische, rassistische Normen sind, folgt man dem hier zugrunde gelegten Begriff von Autonomie, in aller Regel nicht autonomiegefährdend.

17 Langer/Wimmer-Puchinger, *Der gemachte Körper*, S. 83.

Aber ist das nicht nur ein terminologischer Taschenspielertrick? Das ist, meine ich, deshalb nicht der Fall, weil diese Verwendungsweise des Autonomie-Begriffs es erlaubt, eine wichtige Differenzierung einzufangen und zwischen *autonomiegefährdenden* Einflüssen einerseits und *freiheitsgefährdenden* Einflüssen andererseits zu unterscheiden.¹⁸ Dass der Arbeitsmarkt mich dazu „zwingt“ einen Job anzunehmen, den ich ansonsten nicht wählen würde, schränkt zweifellos meine Freiheit ein. Mir bleibt keine andere Wahl; zumindest sind meine Wahl- und Handlungsoptionen sehr eingeschränkt. Dies bedeutet aber nicht, dass ich auch meiner Autonomie verlustig gegangen wäre. Und ebenso scheint es auch in Bezug auf die ästhetischen Normen und den „Schönheitsimperativ“ zu sein: Die entsprechenden Normen mögen freiheitseinschränkend sein. Tatsächlich soll es inzwischen ganze Berufszweige (z. B. Models, Schauspielerinnen) geben, in denen die Bereitschaft zur Durchführung schönheitschirurgischer Eingriffe vorausgesetzt wird. Aber das ist kein Grund dafür, den „Opfern“ des Schönheitswahns die Möglichkeit abzusprechen, sich selbstbestimmt für oder gegen entsprechende Eingriffe zu entscheiden; und der es rechtfertigen würde, ihre Entscheidungen nicht als solche zu respektieren.

Zusammenfassung und Schlussfolgerungen

1. Mit dem „Wesen“ des Menschen oder der Integrität seiner „Natur“ gegen die Schönheitschirurgie zu argumentieren ist einigermaßen problematisch. Zumindest aber kann man sagen, dass jene, die den Menschen – anders als Mill – nicht für den „Alleinherrscher über sich selbst, über seinen Körper und seinen Geist“¹⁹ halten, sich einiges an Beweislasten aufbürden.
2. Ärztinnen und Ärzte sollten sich an schönheitschirurgischen Maßnahmen dennoch nicht beteiligen. Da eine medizinische Indikation in diesen Fällen nicht vorliegt, gibt es für Eingriffe dieser Art keine medizinrechtliche, vor allem aber: keine professionsethische Legitimation. Dies schließt nicht aus, dass andere („schmocters“) diese Aufgabe übernehmen.
3. Die Entscheidungen von Frauen (und Männern) zu einem ästhetisch-chirurgischem Eingriff werden in der Regel selbstbestimmte Entscheidungen sein, und müssen entsprechend respektiert werden. Und dies auch für den Fall, dass die handlungsleitenden ästhetischen Normen zur Aufrechterhaltung sexistischer Stereotypen und zur Stigmatisierung oder Diskriminierung derjenigen beitragen, die dem geltenden Schönheitsideal nicht entsprechen.
4. Respektieren heißt aber nicht goutieren. Auch wenn man die Entscheidungen von Frauen (und Männern), sich „für die Schönheit unters Messer“ zu legen, in der Regel als autonome Entscheidung respektieren muss, folgt daraus nicht, dass es keine Gründe dafür gäbe, die Praxis der *beauty industry* und den Schönheitswahn als freiheitsgefährdend zu kritisieren. Und erst recht folgt daraus nicht, dass einem die Ergebnisse schönheitschirurgischer Eingriffe gefallen müssten.

18 Vgl. dazu auch: Faden/Beauchamp, Informed Consent, 344ff.

19 Mill, Über die Freiheit, S. 16.

Literatur

- Ach, J.S./Lüttenberg, B.: Enhancement. Versuch einer ethischen Einordnung. In: Borkenhagen, A./Brähler, E. (Hg.): *Die Selbstverbesserung des Menschen: Wunschmedizin und Enhancement aus medizinpsychologischer Perspektive*. Gießen 2012, S. 33–46.
- Bayertz, K./Schmidt, K. W.: „Es ist ziemlich teuer, authentisch zu sein ...!“ Von der ästhetischen Umgestaltung des menschlichen Körpers und der Integrität der menschlichen Natur. In: Ach, J.S./Pollmann, A. (Hg.): *no body is perfect. Baumaßnahmen am menschlichen Körper. Bioethische und ästhetische Aufrisse*. Bielefeld 2006, S. 43–62.
- Beauchamp, T. L./Childress, J. F.: *Principles of Biomedical Ethics*. 7th ed. Oxford 2013.
- Damm, R.: Medizinrechtliche Aspekte der Ästhetischen Chirurgie. Normstrukturen, Regelungsprobleme und Steuerungsebenen. In: Lüttenberg, B./Ferrari, A./Ach, J. S. (Hg.) 2011, S. 207–246.
- Faden, R./Beauchamp, T. L.: *A History and Theory of Informed Consent*. New York/Oxford 1986.
- Gilman, S. L.: Die erstaunliche Geschichte der Schönheitschirurgie. In: Taschen, A.: *Schönheitschirurgie*. Köln 2005, S. 62–108.
- Helmchen, H./Lauter, H.: *Dürfen Ärzte mit Demenzkranken forschen? Analyse des Problemfeldes. Forschungsbedarf und Einwilligungsproblematik*. Stuttgart/New York 1995.
- Kathy, D.: *Reshaping the Female Body. The Dilemma of Cosmetic Surgery*. New York, London 1995.
- Langer, M./Wimmer-Puchinger, B.: Der gemachte Körper- die genormte Frau. In: Lüttenberg, B./Ferrari, A./Ach, J. S. (Hg.) 2011, S. 71–89.
- Lüttenberg, B./Ferrari, A./Ach, J. S. (Hg.): *Im Dienste der Schönheit. Interdisziplinäre Perspektiven auf die Ästhetische Chirurgie*. Münster 2011.
- Mill, J.St.: *Über die Freiheit (1859)*. Hamburg 2009.
- Miller, F.G./Brody, H./Chung, K. C.: Schönheitschirurgie und die Binnenmoral der Medizin. In: Schöne-Seifert, B./Talbot, T. (Hg.) 2009, 145–162.
- Morgan, K. P.: Women and the Knife: Cosmetic Surgery and the Colonization of Women's Bodies. In: *Hypatia*, 3, 1991, S. 25–53.
- Parens, E.: Is Better Always Good? The Enhancement Project. In: Parens, E. (Hg.): *Enhancing Human Traits. Ethical and Social Implications*. Washington 1998, S.1–28.
- Parens E.: Authenticity and Ambivalence. Towards Understanding the Enhancement Debate. *Hastings Center Report* 35, 3, 2005, S. 34–41.
- Schöne-Seifert, B./Talbot, D. (Hg.): *Enhancement. Die ethische Debatte*. Paderborn 2009.
- Wiesing, U.: Ethische Aspekte der Ästhetischen Medizin. In: Lüttenberg, B./Ferrari, A./Ach, J. S. (Hg.) 2011, S. 43–51.