

---

# UMKÄMPFTE VULVA

## DISKURSE ÜBER INTIMCHIRURGIE

---

### Masterarbeit

im Studiengang Soziologie

Fachbereich Gesellschaftswissenschaften

Goethe- Universität Frankfurt am Main

Erstgutachterin: Dr. Sabine Flick

Zweitgutachterin: Prof. Dr. Vera King

Vorgelegt von

Viola Sesar

05.08.2019

## Inhaltsverzeichnis

1.	Einleitung .....	2
1.1.	Methodisches Vorgehen - Erhebungs- und Analyseverfahren.....	4
1.2.	Intimchirurgie - Überblick und Eingrenzung des Forschungsgegenstandes.	5
1.3.	Vorgehensweise .....	6
2.	Intimchirurgie zwischen Medikalisierung, Therapeutisierung und Pornografisierung .....	8
2.1.	Medikalisierung, Entgrenzung und Ökonomisierung der Medizin.....	8
2.1.1.	Entgrenzung und Ästhetisierung .....	13
2.1.2.	Entgrenzung und Ökonomisierung.....	18
2.1.3.	Unternehmerisches Selbst .....	21
2.1.4.	Bio-ästhetische Gouvernamentalität.....	23
2.2.	Psychotherapie mit Skalpell.....	30
2.2.1.	Sex und Glück .....	32
2.2.2.	Psychopathologisierung.....	37
2.2.3.	Identitätssicherung und - generierung .....	39
2.2.4.	Pathologisierung des Normalen.....	43
2.3.	Die Vulva als öffentlicher Ort.....	45
2.3.1.	Die ‚Porn Thesis‘ .....	48
2.4.	Kontinuum einer patriarchalen und rassifizierenden Medizin .....	53
2.4.1.	FGCvs. FGCS – Good medicine vs. bad Mutilation .....	57
3.	Diskussion der Ergebnisse.....	65
4.	Fazit .....	74
5.	Literaturverzeichnis .....	75

# 1. Einleitung

„At the present time, the field of female cosmetic genital surgery is like the old Wild, Wild, West: wide open and unregulated”  
(Goodman et al.)

Der Mediziner Michael Goodman äußert sein Bedenken zum aktuellen medizinischen und politischen Umgang mit weiblicher Intimchirurgie. Offenbar gibt es den Wunsch nach einer stärkeren Positionierung, vielleicht sogar einer Reglementierung. Auf welcher Basis würde das funktionieren? Sind es ausschließlich medizinisch-ethische Faktoren, die eine Rolle spielen? Können normative Forderungen gestellt werden, ohne die Wahlfreiheit einzuschränken?

Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich mit dem sozialwissenschaftlichen Diskurs über kosmetische Intimchirurgie am weiblichen Körper. Es ist der Versuch einer Systematisierung einer umfangreichen Auseinandersetzung mit einem neuartigen Phänomen. Die Forschungsfrage lautet: Wie wird der freiwillige, medizinisch nicht notwendige, operative Eingriff am gesunden weiblichen Genital im sozialwissenschaftlichen Diskurs verhandelt? Um dieser Frage nachgehen zu können ist es wichtig zu wissen, wie der Diskurs aufgebaut ist. Auf welchen theoretischen Annahmen und empirischen Erkenntnissen beruht der Diskurs? Beziehen sich die Erkenntnisse aufeinander? Widersprechen sich Annahmen oder Ergebnisse? Wird es als feministische Errungenschaft gefeiert, da nun über den Körper und die Sexualität selbst verfügt wird, oder als weiteren Unterdrückungsmechanismus enttarnt, bei welchem sich die Frauen Körnernormen unterwerfen?

Thematisch ähnlich ist die Inanspruchnahme von sogenannter ‚Schönheitschirurgie‘. Eine stark feministisch geprägte Debatte entbrannte in den 1990er Jahren. Diese lief zusammengenommen auf die Kritik einer patriarchalen, rassistischen, ableistischen, altersdiskriminierenden Kultur hinaus, in welcher

repressive Sexual- und Schönheitsnormen entstanden, denen Frauen mittels Schönheitsoperation entsprechen wollten.

Der stark von Michel Foucault geprägte Diskurs nahm das Subjekt an sich in den Mittelpunkt der Betrachtung und warnte vor den selbstdisziplinierenden Technologien, die zur (freiwilligen) Unterwerfung führten. Ende der 1990er Jahren mehrten sich die Stimmen, die zum einen der Vorstellung eines unberührten Körpers als ‚Richtigen‘ entgegen traten und zum anderen durch Makroperspektiven die deterministische Sichtweise des ‚Schönheitsopfers‘ zu durchbrechen versuchten, um die Perspektive auf die Selbstbestimmung der Frauen zu stärken.<sup>1</sup>

Vor diesem Hintergrund stellt sich ebenso die Frage, wie der aktuelle Diskurs um Intimchirurgie mit der Ambivalenz und Gleichzeitigkeit von Selbstermächtigungs- und Selbstunterwerfungsanteilen umgeht.

Ziel der vorliegenden Arbeit ist es die Erkenntnisse der sozialwissenschaftlichen Auseinandersetzung zu systematisieren, zu strukturieren, potentielle interne Widersprüche offenzulegen und intersubjektiv nachvollziehbar darzulegen.

Die internationale Rahmung der Diskursanalyse ermöglicht der Geschlechterforschung zum ersten Mal einen vergleichenden Blick auf die sozialwissenschaftliche Verhandlung von weiblicher Intimchirurgie. Die Vielfalt an Perspektiven können eventuelle weitergehende Forschungen eröffnen. So können mit Hilfe dieser Arbeit Vergleiche mit relevanten Diskursebenen wie beispielsweise den Spezialdiskursen der ästhetisch-plastischen Chirurgie, oder den Verhandlungen von Intimchirurgie im psychotherapeutischen Diskurs vorgenommen werden. Auch sind erweiterte empirische Forschungen denkbar, welche auf die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit zurückgreifen können. Inwieweit die aktuellen Forderungen der Wissenschaftler\_innen für den Umgang mit der Intimchirurgie gerechtfertigt oder zielführend sind werden überprüfbar. Auf Basis nachfolgender Arbeit können all die machtsensiblen Analysen aufbauen, welche die Interdependenz zwischen Subjekten, Institutionen und Policies in den Blick nehmen wollen.

---

<sup>1</sup> Für eine umfangreiche Zusammenfassung der wichtigsten Arbeiten innerhalb des Diskurses um Schönheitschirurgie vgl. Heyes/Jones (2009), Jones (2008) und/ oder Pitts-Taylor (2007).

## 1.1. Methodisches Vorgehen - Erhebungs- und Analyseverfahren

„Einen Königsweg gibt es nicht“ (Jäger) bemerkt der Sprachwissenschaftler und Begründer der „Kritischen Diskursanalyse“ Siegfried Jäger in seinen Schriften zur Diskursanalyse (Jäger 1999).

Für die nachfolgende Analyse entkerne ich die diskursanalytische Herangehensweise von Siegfried Jäger (Jäger 2011) um seine diskurstheoretischen Vorannahmen, da es in dieser Arbeit weder um die Verschränkung von Wissen und Macht in den sozialwissenschaftlichen Diskursen über weibliche Intimchirurgie geht, noch liegt der Fokus auf der „Formung der Subjektkonstitutionen“ (Keller et al. 2011: 10ff.).

Mein Erkenntnisinteresse liegt – und da folge ich Philipp Mayring – in der Erfassung von Strukturmerkmalen des aktuellen Diskurses (Mayring 2016: 114).

Diskurs fasse ich als das, was Jürgen Link ‚Spezialdiskurs‘ nennt (Link 2013). Als „ein institutionalisiertes Spezialwissen, einschließlich der entsprechenden ritualisierten Redeformen, Handlungsweisen und Machteffekte“ (Link zitiert nach Keller 2011: 33). Jeder Diskurs besteht aus „Diskurssträngen“, die als „thematisch einheitliche Diskursverläufe“ (Jäger 2011: 108) verstanden werden können. Jeder dieser Diskursstränge setzt sich wiederum aus ‚Diskursfragmenten‘ (ebd.) zusammen. Dabei handelt es sich um kleinere Elemente, z.B. einen Text(teil), welcher einen spezifischen Gegenstand thematisiert (ebd.).

Die Machteffekte des Spezialdiskurses werden in vorliegender Analyse vernachlässigt, können jedoch in potentiell aufbauenden Arbeiten durchaus weitere Erkenntnisse generieren. Die Vernachlässigung der Machteffekte resultiert aus der Festlegung der ‚Diskursebene‘ (ebd.). Da sich der Forschungsgegenstand ausschließlich auf der diskursiven Ebene der Wissenschaft verortet, ist die Untersuchung der aufeinander wirkenden Diskursebenen (zum Beispiel die der Medien und der Politik) und daraus resultierende Machtausübungen obsolet. Werden in anschließenden Arbeiten mehrere Diskursebenen vergleichend analysiert, können Machtkämpfe um Hegemonie ausgemacht werden. Dafür benötigt es aber zunächst eine inhaltsanalytische

Strukturierung des vorliegenden Diskurses und darin liegt die Aufgabe dieser Analyse.

Entgegen Mayrings Vorschlag zur qualitativen Inhaltsanalyse (2016) entwickle ich die Strukturmerkmale konsequent aus dem Material und diese werden auch nicht in Kategoriensysteme eingeordnet.

Um das Vorgehen der Diskursanalyse intersubjektiv verstehbar zu machen, folgt zunächst eine knappe Beschreibung des Untersuchungsgegenstandes. Anschließend wird auf die Generierung des Datenkorpus eingegangen sowie die Aufbereitung dessen veranschaulicht. Abschließend wird der Forschungsprozess, bestehend aus Strukturanalyse, Feinanalyse sowie Gesamtanalyse, exemplifiziert.

## **1.2. Intimchirurgie - Überblick und Eingrenzung des Forschungsgegenstandes**

Forschungsgegenstand ist der sozialwissenschaftliche Diskurs – ein Spezialdiskurs (Link 2013) - über weibliche Intimchirurgie und befindet sich folglich auf der Diskursebene ‚Wissenschaft‘. ‚Female Genital Cosmetic Surgery‘ (FGCS) ist der englische Sammelbegriff für kosmetisch-funktionale Operationen an den weiblichen Genitalien. Eine Verkleinerung der Labia Minora (innere Schamlippen), sodass diese durch die Labia Majora (äußere Schamlippen) verdeckt ist, ist der am häufigsten gewählte operative Eingriff unter den zahlreichen Angeboten der Intimchirurgie (Crouch et al. 2011). Dabei ist der Eingriff medizinisch nicht indiziert, das bedeutet er ist aus einer medizinischen Perspektive nicht notwendig und wird somit von der Frau selbst angefordert. Wenn in dieser Arbeit der Begriff Frau(en) verwendet wird, meine ich stets Cis-Frauen. Der Begriff der Cis-Frau(en) umschreibt die subjektive Übereinstimmung des bei der Geburt zugewiesenen Geschlechts mit der geschlechtlichen Identität. Daraus folgt, dass Diskursstränge über geschlechtsangleichende Operationen bei intersexuellen- oder transsexuellen Personen nicht Gegenstand der Untersuchung sind. Gleichwohl findet die Thematik Eingang in die Analyse, da sie als Grenzziehung kritisch im Diskurs über FGCS verhandelt wird. Kosmetische

Chirurgie ist synonym zur ästhetischen Chirurgie und wird im Laufe der Arbeit auch als Schönheitschirurgie bezeichnet. Hierbei ausgenommen ist die Thematik um ‚weibliche Genitalbeschneidungen‘, da es sich nicht um Schönheitschirurgien handelt und in vielen EU- und nicht EU Ländern unter Strafe steht (Utz-Billing/Kentenich 2010: 139). Wenngleich diese Thematik nicht als Forschungsgegenstand zählt, ist sie im Diskurs über ästhetische Intimchirurgie ebenfalls vorhanden und folglich auch Teil der Analyse.

‚Labioplastie‘, ‚Labienreduktionsplastiken‘, ‚Vaginoplasty‘, ‚Vulvovaginal aesthetic surgery‘ (VVA) sind weitere Begriffe für Operationen am weiblichen Genital und beziehen sich auf die Verkleinerung, Verschönerung oder Optimierung der Labia Minora (innere Schamlippe) oder auf die Aufspritzung der Labia Majora (äußere Schamlippe). Vaginalstraffungen beziehungsweise ‚Vaginalverjüngungen‘ (‚Vaginal Rejuvenation‘) oder eine Vaginalverengung (‚Love-Stitch‘) zählen ebenfalls dazu. Venushügelmodellierungen, die Verlegung der Klitorisspitze, Formungen der Klitorishaube, Hymenrekonstruktionen und G-Punkt- Aufspritzungen (‚G-Shot‘) zur Sensibilisierung des Gewebes, gehören den Praktiken der FGCS an (Mirastschijski/Rommel 2019: 4; Meßmer 2017: 9, Wilkie/Bartz 2018: 288).

### **1.3. Vorgehensweise**

Zunächst erfolgte die Erschließung der Materialbasis mithilfe des online Kataloges ‚OPAC‘ der Universität Frankfurt, welcher die Gesamtbestände der Universitätsbibliotheken aufweist. In ersten Suchbewegungen recherchierte ich mit Schlagwörtern wie ‚Intimchirurgie‘, ‚Vaginoplastie‘, ‚Labioplastie‘, ‚Labioplastik‘, ‚Schönheitschirurgie‘ und den synonymen englischen Begriffen ‚Genital Cosmetic Surgery‘, ‚Vaginoplasty‘, ‚Labioplasty‘, ‚Cosmetic Surgery‘. Einer der ersten Treffer war die, zu einem Buch überarbeitete, Dissertation der Soziologin Katharina Meßmer aus dem Jahr 2017. Unter Zuhilfenahme Meßmers umfangreichen Literaturverzeichnisses recherchierte ich weiter. Durch diesen ersten Orientierungsrahmen und dem Angebot der Datenbanken und E-Journals

sowie dem Fernleihsystem vergrößerte sich der Umfang des Materials in kürzester Zeit. Vor allem Literatur aus Großbritannien, Australien und den USA konnte ich schon früh in den Datenkorpus aufnehmen.

Deutschsprachige Literatur war besonders von der psychologischen Psychotherapeutin und Psychoanalytikerin Ada Borkenhagen sowie Elmar Brähler, Professor für medizinische Psychologie und – Soziologie, geprägt. Durch die Vielzahl an Publikationen und den Literaturverzeichnissen erschloss sich mir sukzessiv der sozialpsychologische Diskursstrang. Durch diesen wurde ich auf Leonore Tiefer aufmerksam, welche als Psycho- und Sexualtherapeutin wissenschaftliche Arbeiten über weibliche Intimchirurgie veröffentlicht sowie als Aktivistin und Mitbegründerin von „The New View Campaign“ - eine bildungs- und politaktivistische Kampagne gegen die Medikalisierung von Sex – politisch aktiv ist. Mit dem 2019 erschienenen Buch von Camille Nurka bekam ich einen Zugang zu interdisziplinären Perspektiven der Gender-Studies auf das Untersuchungsmaterial.

Während der Literaturrecherche begann ich mit der Strukturanalyse. Hierbei war das Ziel einen ersten groben Überblick über die vorhandenen Diskursstränge und -fragmente zu bekommen. In einem zweiten und dritten Durchgang kristallisierten sich nach und nach diskursive Positionen heraus, unter welchen ich die ersten Einordnungen der Diskursfragmente vollzog (Feinanalyse). Um detailreichere Informationen über die Strukturmerkmale des wissenschaftlichen Diskurses über weibliche Intimchirurgie zu bekommen, wurden alle im Datenkorpus vorhandenen Texte analysiert, paraphrasiert und ähnliche Diskursfragmente oder diskursive Positionen (Verdichtung der Aussagen) farblich markiert. Besonderheiten, Irritationen, Widersprüche und Unklarheiten wurden gesondert während des Arbeitsprozesses notiert, ähnlich der Vorgehensweise bei der ‚Entwicklung von Kodes‘ in der ‚Grounded Theory‘ (Glaser/Strauss 2010).

Die Verdichtungen der Aussagen mehrerer Diskursfragmente nenne ich in Anlehnung an Reiner Keller ‚Deutungsmuster‘. Der Begriff beschreibt den „sozial typischen Sinn einer Aussageeinheit“ (Keller 108). Es handelt sich sozusagen um „gesellschaftlich vorübergehend konventionalisierte Deutungsfiguren“ (ebd.). In vorliegender Analyse bezieht sich der Begriff nicht auf gesamtgesellschaftliche



Sinndeutungen, sondern müssen vor dem Hintergrund einer ‚Wissens-Gemeinschaft‘ (ebd.) gedeutet werden: „Ein Deutungsmuster verknüpft unterschiedliche Bedeutungselemente zu einer kohärenten (nicht notwendig: konsistenten) Deutungsfigur, die in unterschiedlicher manifester Gestalt auftreten kann“ (ebd.).

Insgesamt habe ich vier Deutungsmuster für den zu untersuchenden Diskurs identifizieren können, welche im Folgenden gebündelt dargelegt und im Anschluss daran diskutiert werden. Angesichts der polarisierenden Perspektiven auf die Inanspruchnahme von ‚Schönheitschirurgie‘ wird im Kapitel ‚Diskussion der Ergebnisse‘ auf die normativen Forderung der Autor\_innen, im Umgang mit der Intimchirurgie, eingegangen.

## **2. Intimchirurgie zwischen Medikalisierung, Therapeutisierung und Pornografisierung**

Die nachfolgende Darstellung des sozialwissenschaftlichen Diskurses über Intimchirurgie verläuft über Diskursfragmente, die ich gebündelt und in Deutungsmuster übersetzt habe. Die Reihenfolge der Darlegung ist keine Priorisierung der Diskursfragmente noch gibt es Aufschluss über die Einflussstärke im Diskurs. Es ist der Versuch den\_die Leser\_in strukturiert durch einen facettenreichen Diskurs zu führen.

### **2.1. Medikalisierung, Entgrenzung und Ökonomisierung der Medizin**

Um das steigende Interesse an Labioplastie aus soziologischer Sicht besser fassen zu können, greifen diverse Autor\_innen auf Prozesse zurück, welche sich auf den Begriff der ‚Medikalisierung‘ verdichten lassen. Die These lautet, dass Körper, Sexualität(en) und die Psyche zunehmend medikalisiert und in Verbindung mit

der Hypertrophie gebracht wird (vgl. Tiefer 2008, Braun/Tiefer L. 2009; Meßmer 2017, Neasbitt 2018). Demgemäß ist es möglich, innerhalb der Debatte um 'Labienhypertrophie' (überschüssiges Gewebe) die ausschlaggebenden Kennzeichen der Medikalisierung nachzuvollziehen. Wobei die Autorinnen stets betonen, dass es nicht den Anfang der Geschichte um die Medikalisierung von (Frauen-)Körpern markiert. Im Zusammenhang mit ästhetischen Operationen jedoch eine wichtige Rolle einnimmt und die Dimensionen der Medikalisierung erkennen lassen.

Vaginalhypertrophie soll einen Gewebeüberschuss der inneren Labien ausdrücken, dabei unterliegt dieser Begriff keiner bestimmten Definition.

Die ‚Hypertrophie‘ der Labia Minora variiert je nach Art der Messung und Vorstellung von funktionalen Körpern ab 2 cm hervortretender Labie bis zu 5 cm oder bei starken Asymmetrien (Women´s Health Victoria 2013: 4, Borkenhagen et al. 2014: 202; Mirastschijski/Rommel 2019: 11). Insgesamt gibt es wenig Datenmaterial zur Genitalvielfalt. Eine Vermessung von 50 Frauen im Alter von 18-50 Jahren in Großbritannien ergab eine ausgeprägte Variation im Erscheinungsbild, Größe und Länge der Klitoriseichel und der Labia Minora mit Ausprägungen (Lloyd et al. 2005). Weder Länge noch Schmerzbestehen oder funktionale Kategorien legen fest, wann eine Hypertrophie vorliegt. Auch die Messtechniken unterscheiden sich: Manche Ärzt\_innen messen ab den äußeren Labien, manche innerhalb der Vulva, sodass auch Zentimeterangaben keinen Vergleich oder einen Grenzwert darstellen können (Borkenhagen 2014; Braun 2010).

Mindestens seitens der Ärzt\_innen gibt es offenbar ein Bedürfnis nach Klarheit, Abgrenzung, einer Definition. Dies verwundert, da die Länge der Labien allein – ohne Beschwerden - nicht von Bedeutung für das medizinische Feld sein muss. Medikalisierung ist nach Conrad der Prozess der Inanspruchnahme von nicht-medizinischen Problemen, oder wie in diesem Fall 'Entitäten', welche zu Krankheiten oder medizinisch therapierbare Störungen transformiert werden:

„The key to medicalization is definition. That is, a problem is defined in medical terms, describing using medical language, understood through the adoption of a medical framework, or ‘treated’ with a medical intervention” (Conrad 2007: 5).

Nach Meßmer herrschen bei ästhetisch-plastischen Chirurg\_innen primär die Sichtweise des „defizitären weiblichen Körpers“ vor (Meßmer 2013; Meßmer 2017). Infolgedessen werden Frauenkörper medikalisiert, indem spezifisch weibliche Entitäten in medizinisches Vokabular übersetzt (z.B. vaginale Relaxation, sexuelle Dysfunktion) und als alltägliche Probleme von nahezu allen Frauen beschrieben werden (Meßmer 2013: 12). Dies umfasst Alterungsprozesse mit der Erschlaffung des Gewebes beispielsweise über die Weitung des Vaginalhalses nach Geburten zu vermeintlichen Hygieneprobleme bei herausragenden inneren Labien (ebd.). ‚Sexuelle Dysfunktion‘ besteht dann bereits bei Unlust auf konkrete sexuelle Interaktionen (Villa 2008a: 13).

Auf Intimchirurgischen Webseiten, wie sie Meßmer analysiert hat, werden medizinisch nicht indizierte Operationen so formuliert, dass es den Eindruck erweckt sie seien unumgänglich:

*Häufig stören die vergrößerten Schamlippen mechanisch, das heißt sie reiben an der Unterwäsche (insbesondere modisch-enge String-Tangas, aber auch Bikiniunterteile oder Sporthosen) oder klemmen sich sogar darin ein. Die Reibung kann Rötungen, Reizungen, Schwellungen und Schmerzen verursachen – Sportarten wie Radfahren oder Reiten werden zum Problem, manchmal ist sogar Sitzen schon eine Belastung. Natürlich hat das auch Auswirkungen auf die Lust am Sex. Hier ist eine Schamlippenverkleinerung in der Nürnberger Klinik dringend erforderlich und zum Glück auch möglich (nk/slv zitiert nach Meßmer 2017: 181)*

Anzeigetexte wie diese signalisieren dabei „that a 'problematic' vagina<sup>2</sup> [...] can be fixed through surgery rather than chance anything else, such as a bike seat, for instance“ (Braun 2010: 1401). Hier gilt: ‚Bodyshape follows fashion‘ und nicht ‚form follows function‘ wie es für das knappe Bikini-Design einfacher wäre (Meßmer 2017: 182). Einschränkungen und Schmerzen im Alltag werden als zwingende Folge herausragender inneren Labien gezeichnet.

Dessen ungeachtet ist eine spezifische körperliche Problematik per se noch kein medizinisches Problem. Zunächst ist es ein Faktum, welches interpretiert werden muss. Der Interpretationsprozess wird von vielen Akteuren und Aktanten

---

<sup>2</sup> Im englischsprachigen Diskurs wird oftmals der Begriff „Vagina“ benutzt, obgleich die „Vulva“ gemeint ist. Eine Argumentation ist, dass es im Sprachgebrauch ebenfalls synonym benutzt wird (Rodrigues (2012).

vorstrukturiert und stellt ein komplexes Netz an Sichtweisen dar, die sowohl hemmend wie auch unterstützend wirken können (Richter/Hurrelmann 2016: 272). Nicht allein die Ärzteschaft hat somit die Deutungshoheit über Gesundheit und Krankheit<sup>3</sup>. Bleiben wir zunächst dennoch bei der Ärzteschaft: Braun und Tiefer (2019) nahmen ebenfalls den medizinischen Diskurs als Akteur in den Blick und konnten aufzeigen, dass Begriffe wie ‚Hypertrophie‘, ‚hervorstehend‘ und ‚defekt‘ so im Zusammenhang stehen, dass es den Eindruck einer Notwendigkeit zur medizinischen Intervention erweckt (Braun/Tiefer L. 2009). Dabei gibt es keine Hinweise auf einen Zusammenhang von Größe der Labia Minora und sexueller Befriedigung (Bramwell et al. 2007) oder körperliches Unwohlsein. Manche Definitionen verweisen auf Hypertrophie, sobald die innere Labie die Äußere mit 1-3 cm überragt (Borkenhagen et al. 2014: 202), wobei andere Messungen zeigten, dass *gesunde* Labien von 2 bis 10 cm variieren (Crouch et al. 2011). Anders als das Zitat suggeriert sind Schwellungen, Rötungen und Schmerzen keine notwendige Folge hervorstehender Labien.

Folgende Studien (Liao et al. 2012; Ashong/Batta 2012; Moran/Lee 2013; Meßmer 2017), welche die Internetpräsenz von ästhetisch-plastischen Praxen untersuchten, ergaben, dass die Genitalvielfalt pathologisiert wird und gleichzeitig eine ‚clean slit‘ (McDougall 2013) als Ideal konstruiert wird. Die Pathologisierungen erfolgen in Form von Texten, die durchzogen sind mit medizinischem Vokabular und abwertender Sprache. Bestimmte Merkmale werden auf den Websites als *abnormal* und unerwünscht markiert. So wird zum Beispiel Fetteinlagerungen am Schambein als ‚unansehnlich‘<sup>4</sup> beschrieben und lange innere Labien als ‚überdimensioniert‘<sup>5</sup>, ‚unangenehm‘<sup>6</sup> sowie ‚unattraktiv‘<sup>7</sup> (Mowat et al. 2015: 114). Neben den offenen Abwertungen stellen Liao et al. fest, dass latente Andeutungen bei den Anbietern vorherrschen, welche lange innere

---

<sup>3</sup> Richter und Hurrelmann verdeutlichen dies anhand der anonymen Alkoholikern: Es formierten sich zunächst Selbsthilfegruppen von alkoholkranken Menschen, darauf folgten (politische) Debatten und anschließend nahm auch die Ärzteschaft den Alkoholismus als medizinisches Problem an (Richter/Hurrelmann (2016: 273f.).

<sup>4</sup> Im Original: ‚unsightly‘

<sup>5</sup> Im Original: ‚oversized‘

<sup>6</sup> Im Original: ‚awkward‘, was sich ebenso gut mit ‚peinlich‘ oder ‚seltsam‘ übersetzen lässt

<sup>7</sup> Im Original: ‚unappealing‘

Labien in Zusammenhang mit Hässlichkeit und schlechter Körperhygiene bringen (Liao et al. 2012: 3)

Chirurgische Diskurse wirken sich aktuell unterstützend auf die Medikalisierung der Vulva aus (vgl. Davis 2009, Moran/Lee 2013; Braun/Tiefer L. 2009, Meßmer 2017; Chibnall et al. 2019). Es gibt auf den Plattformen keine Anerkennung, dass es eine breite Genitalvariation gibt, vielmehr werden eine Reihe von Faktoren wiedergegeben, die für das konstruierte körperlich-medizinische Problem schuld sein können: “Some women are born with large labia. Others may develop this condition with childbirth or age“ (Esteem zitiert nach Moran/Lee 2013: 378).

Auf manchen Webseiten wird ein jugendliches Genitalerscheinungsbild propagiert, sodass Alterungsprozesse sowie Geburten als negativ konstruiert werden: „a woman might have a face lift and look really young until she goes to bed and a partner can see the evidence of ageing there“ (Regency Clinic zitiert nach Liao et al. 2012: 3)

Alterungsprozesse werden im dargelegten Zitat mit Negativkonsequenzen für intime Beziehungen in Verbindung gebracht. Darüber hinaus besteht ein Zusammenhang mit langen Labien und dem Alterungsprozessen, sodass negative Assoziationen bezüglich langer Labien hervorgerufen werden können.

Weiter werden biologische- anstelle von soziokulturellen Faktoren stets dargeboten und der gesunde Körper wird dabei pathologisiert, um den operativen Eingriff zu legitimieren (vgl. Braun 2009, Davis 2009):

*Sometimes the inner labia are too large and protrude well past the outer lips (Oz skin). Enlarged or exposed labia minora causes much stress about the appearance of the inner and outer lips of the vagina (V Clinic zitiert nach Moran/Lee 2013: 378).*

Kritik äußern Moran und Lee, dass bereits das Hervorstehen der inneren Labien als pathologisch beschrieben wird und im Zuge dessen kurze/ schmale innere Labien als *Norm* konstruiert wird. Darüber hinaus wird die Länge/ Form der Labien mit psychologischen sowie ästhetischen Deutungen verknüpft. Wie in vielen anderen Beispielen, so Moran und Lee, fehlt in dargelegter Satzstellung eine Sprecherposition und damit erscheint die subjektive Äußerung als objektives

Faktum. Als Konsequenz mutet die Intimchirurgie als widerspruchsfreie Lösung der vermeintlichen Anomalie des Körpers an (Moran/Lee 2013: 378).

### **2.1.1. Entgrenzung und Ästhetisierung**

Aktuell lässt sich ein Wandel im Medikalisierungsprozess feststellen, der die ohnehin undeutlichen Grenzen von Krankheit und Gesundheit weiter fluid werden lassen. Es findet eine ‚Ausweitung medizinischer Diagnosen‘ (Wehling/Viehöver 2011: 16) statt, wie es vor allem von Meßmer und Meili auf der Grundlage des soziologischen Konzeptes der ‚Entgrenzung‘ (Wehling/Viehöver 2011) in den Diskurs um ästhetisch-funktionale Chirurgie bringen. Völlig unterschiedlich in ihrer Methodik - Meßmer untersuchte Websites von Intimchirurgischen Institutionen und Meili interviewte fünf ästhetische Chirurg\_innen – zeigen sie beide eine Entgrenzung und Ästhetisierung im Interdiskurs der Schönheitschirurgie.

Öffentlichkeitsarbeit der Chirurg\_innen basieren auf Strategien der Plausibilisierung und Legitimierung (Meili 2008) wie nachfolgendes Beispiel illustriert:

*Eine Befragung von 400 Patientinnen in den USA zeigte, dass sich lediglich 13% der Frauen aus ästhetischen Gründen einer Schamlippenverkleinerung unterzogen hatte. Der überwiegende Teil der Patientinnen (85 %) gab neben dem Aussehen auch Beschwerden als Beweggrund an, bei knapp 2 % der Patientinnen wurde die OP aus rein medizinischen Gründen durchgeführt. [...] ‚Keiner meiner Patientinnen geht es rein um das Aussehen des Intimbereiches. Alle Frauen berichten von Beschwerden beim Sport oder beim Geschlechtsverkehr, von hygienischen Problemen oder großen Schamgefühlen.‘ [...] Vielmehr wird hierzulande der Wunsch nach einem ‚normal aussehenden‘ Intimbereich geäußert, bei dem die inneren Schamlippen von den äußeren weitgehend verdeckt werden (Aesthetix 2011 zitiert nach Meßmer 2013: 14).*

Chirurgische Eingriffe ausschließlich aus ästhetischen Gründen zu vollziehen wäre offenbar nicht im Sinne des/der zitierten Chirurg\_in. Es geht um weit mehr: um die Beseitigung medizinischer Probleme (Hygiene/ fehlende Bewegung/ Sport), funktionaler Beeinträchtigungen (Penetrationssex) und psychologischer Beschwerden (Schamgefühlen).

Meili sieht diesen und anderen Statements die fehlende Legitimität der Schönheitschirurgie innerhalb der Gesellschaft an: „Seit Anbeginn versuchen

Schönheitschirurgen/innen, ihren Platz innerhalb der Medizin zu definieren, sich abzugrenzen und ihre Tätigkeit zu legitimieren“ (Meili 2008: 121). Anerkennung blieb den ästhetischen Chirurgen aus den unterschiedlichsten Gründen mehrheitlich verwehrt.<sup>8</sup> Möglich, dass die aktuell noch anhaltende Grenzziehung zu ‚banaler Schönheit‘ aus der Abwertung der Mehrheitsgesellschaft gegenüber der Schönheitschirurgie resultiert. Die Begriffe ‚Schönheitschirurg\_in‘ und ‚Schönheitschirurgie‘ sind Fremdbezeichnungen und werden von praktizierenden kosmetischen Chirurg\_innen nicht als Selbstbezeichnung benutzt.

Rekonstruktive Chirurgie erfährt nach Meili mehr Anerkennung, da es das „Recht eines jeden [ist], wieder so auszusehen, wie er von Natur aus aussehen würde“ (Meili 2008: 123). Verhandlungen um Geburtsfolgenkorrekturen („LoveStitch“) oder Labienverkleinerungen aufgrund von Alterungsprozessen knüpfen an den Diskursen an, da sich die Zuständigkeitsfelder der rekonstruktiven und der ästhetischen Chirurgie an dieser Stelle überschneiden. Die Legitimität hängt weiter noch von der ‚Sichtbarkeit‘ und ‚Auffälligkeit‘ des ‚Makels‘ ab - wird der ‚Makel‘ selbst als solcher gedeutet, wird die Operation als gerechtfertigt wahrgenommen. Daneben zählt in der Bewertung der kosmetischen Eingriffe der antizipierte Leidensdruck der/des Patient\_in (ebd.).

Schamerleben sowie die Einschränkungen im Alltagsleben werden im vorangegangenen Zitat dargelegt, wodurch der Eingriff legitim erscheint, obgleich die ‚Sichtbarkeit des Makels‘ entfällt. Mittels kosmetischer Eingriffe kann der Leidensdruck unterbunden werden und die ästhetische Chirurgie erscheint als Heilswissenschaft. Schönheitschirurg\_innen als ‚Experte[n] der Grenzziehung‘ (Meili 2008) verknüpfen ihr Aufgabengebiet mit sinnhaften Deutungen und legitimieren damit ihren eigenen Beruf, der gesellschaftlich umstritten ist. Wobei die Verknüpfung keine bewusste Handlung im Sinne einer Manipulation darstellen muss. Der Ausdruck der Strategie

---

<sup>8</sup> Im 1600 Jahrhundert war es verpönt, weil es Gottes Gabe oder Strafe war den Menschen so aussehen zu lassen. Um die vermeintlich charakteristische ‚ethnische Physiognomie‘ und damit Stigmatisierungen zu entgehen wurde die Schönheitschirurgie im 19 Jhd. genutzt und wieder erfuhren die ausführenden Hände keine Anerkennung. Im 20 Jahrhundert *normalisierte* sich die Art der optimierenden Chirurgie in wohlhabenden Milieus, wurde aber von der Mehrheitsgesellschaft als dekadent abgewertet (ebd.).

*deckt somit nicht nur intentional eingesetzte Argumente ab, sondern wird in Anlehnung an Foucault (1981) in einem weiteren Sinn verstanden und bezieht sich auf Aussagensysteme, die eine gesellschaftliche Plausibilität aufweisen und so als legitime Deutungsweisen erscheinen (Meili 2008: 125).*

In der Verknüpfung von medizinischen Beschwerden und ästhetischen Motiven sieht Meßmer zwei legitimierende Momente für potentielle Patientinnen. Denn es hilft sowohl einer ‚Anomalie‘ als auch der ‚Denormalisierungsangst‘ (Link 1996) zu entkommen (Meßmer 2013: 15). Durch fluider werdende Grenzen des medizinischen Zuständigkeitsbereiches erkennt Meßmer die Produktion einer neuen *Normalität*:

*es entsteht eine Form der körperlichen, funktionalen und vor allem ästhetischen Normalität, die erst nach einem Eingriff hergestellt ist. Normal ist dann nicht mehr das, was ‚natürlich‘ ist, sondern das, was am häufigsten gewünscht wird [...] (Meßmer 2013: 15).*

Die Beurteilung des Einflusses persönlicher ästhetischer Vorstellungen praktizierender Ärzt\_innen wurde 2011 untersucht. Dabei sind 210 niederländische Ärzt\_innen eingeladen worden Fotos von unterschiedlichen Vulven zu bewerten. Hiervon beendeten 164 (80 Allgemeinmediziner\_innen, 41 Gynäkolog\_innen, 43 plastische Chirurg\_innen – davon 96 Männer, 68 Frauen) die Studie. Neunzig Prozent sind der Meinung, dass eine Vulva mit sehr kleinen Schamlippen das Ideal der Gesellschaft darstellt. Im Vergleich zu Allgemeinmediziner\_innen bewerten mehr plastische Chirurg\_innen die Vulva mit der größten Labia Minora als ‚unattraktiv‘<sup>9</sup> und/ oder *unnatürlich*. Dieser Person würden sie auch zu einer Labioplastie raten. Allgemeinmediziner\_innen und Gynäkolog\_innen sehen in diesem Fall noch keine Indikation für eine operative Reduktion. Unabhängig von der Länge/ Größe der Labia Minora und dem Fehlen von körperlichen Beschwerden sind plastische Chirurg\_innen deutlich offener für operative Eingriffe. Signifikante Unterschiede ergeben sich ebenfalls in Bezug auf das Geschlecht. Männliche Ärzte sind eher dazu geneigt sich für ein chirurgisches Reduktionsverfahren zu entschließen, im Gegensatz zu ihren weiblichen Kolleginnen. Festzuhalten ist, dass die persönliche Prädisposition der

---

<sup>9</sup> Im Original ‚distasteful‘(Reitsma et al. (2011: 2377)).



Ärzt\_innen (unter Berücksichtigung ihres Geschlechts sowie der Fachrichtung), in Bezug auf die Bewertung der Ästhetik einer Vulva und im Speziellen der Labia Minora, Einfluss auf klinische Entscheidungsprozesse ausübt (Reitsma et al. 2011)

Ästhetische Vorstellungen seitens der Ärzt\_innen und der Patientinnen können ausreichen, um Labioplastien zu legitimieren. Trotz der Flut an Informationen im Internet werden Ärzte/Ärztinnen weiterhin als wichtigste Bezugsquelle genannt, um sich über das eigene Erscheinungsbild der Vulva zu versichern (Lowenstein et al. 2013: 36).

Die Ausweitung der medizinischen Diagnostik hat nach Viehöfer/Wehling (2011) und Villa (Villa 2008b; Villa 2011) eine Phase erreicht, in welcher man nicht mehr eindeutig von Medikalisierung sprechen kann. Es bedarf nicht mehr der Pathologisierung des Körpers; dieser ist einfach da, existent und modellierbar. Darüber hinaus wird der medizinische Eingriff nicht mehr so sehr als *medizinisches* Problem begriffen, was es zu beheben gilt. Es ist legitim den Körper zu optimieren und damit „entgrenzt sich die Medikalisierung selbst“ (Meßmer 2013: 15). Villa benennt diesen Übergang als „Rohstoffisierung des Geschlechtskörpers“ (Villa 2008b: 254). Die Vorstellung des 'defizitären Frauenkörpers' (Meßmer 2013) bleibt dabei bestehen, ist jedoch nicht mehr im Fokus der Plausibilisierungsstrategien. Weitere Merkmale der Verschiebung von Medikalisierung zur Rohstoffisierung sind die starken Individualisierungen von Erleben und *Norm(alitäts)vorstellungen*: „[Der Körper] kann sogar »an die Gegebenheiten des Partners« (sm/vv) angepasst werden. Die Verengung der Vagina gilt dann als »Investition für die nächsten Jahre und Jahrzehnte« (ebd.)“ (Meßmer 2017: 199). Dabei wird der Körper als ‚Gewebehaufen‘ verstanden, welcher für ein (sexuelles) Erleben vonnöten ist und den es sich nach eigenen Vorstellungen und Präferenzen formen lässt.

Im Zuge dessen verändert sich auch das Ärzt\_innen – Patientinnen Verhältnis. Ein Schönheitschirurg im Interview mit Meili verdeutlicht die Entgrenzung auf zwei Ebenen: „Nach WHO-Definition ist ja jemand gesund, der sich wohl fühlt, in

seinem Körper. Und nicht nur gesund ist im Sinne von: Alle Laborwerte stimmen“ (Colombo zitiert nach Meili 2008: 128).

Nicht mehr allein der Arzt/ die Ärztin entscheidet über die Krankheitsdiagnose, sondern die Patientin rückt in den Mittelpunkt des Entscheidungsprozesses. Als mündige Patientin angesehen, wird sie zur „Übernahme des ärztlichen Blicks“ (Foucault 2011) angehalten und erscheint als handlungsmächtiges Subjekt, welches informierte Entscheidungen treffen muss und kann (Meßmer 2017: 118). Persönliches Leid kann nur schwer objektiviert oder messbar gemacht werden, sodass die WHO-Definition von Gesundheit die Deutungshoheit der Ärzt\_innen schwächt und die Eigenverantwortung potentieller Patientinnen stärkt. Nun agiert der\_die Chirurg\_in im Auftrag der Patientin ihr individuelles Leid zu verringern. Im Zuge der Verschiebung des Ärzt\_innen – Patientinnen Verhältnisses wird es möglich die Eingriffe als Dienstleistung am Menschen zu begreifen: „[T]he new role of the aesthetic surgeon, not just to heal illness but to fulfil the patient’s desires“ (Gilman 1999: 19 zitiert nach Meßmer 2013: 16). Dabei erscheint der\_die Chirurg\_in als Berater\_in (Meßmer 2017: 118) und legitimiert sein\_ihr Handeln über das Hilfsmotiv (Meili 2008: 136).

Für eine breite Akzeptanz in der Medikalisierung braucht es jedoch nach Conrad mehr Akteure im Feld, welche auf die Anerkennung bestimmter Entitäten als medizinisches Problem pochen (Conrad 2007: 4). Elisabeth Haiken erkennt Frauen in den Nachkriegsjahren in den USA als wichtige Akteure an:

*Women, in fact, have driven, as well as supported the growth of cosmetic surgery. [...] They dogged surgeons for solutions to problems they identified. They wrote letters to newspapers, to magazines, to the American Board of Plastic Surgery, and even to their senators, asking for information and help. They researched and published articles about plastic surgery, and they passed information on in informal ways as well – on the job, on the golf course, in the beauty parlor, at the PTA, and sometimes even at home. And, most important, they put their money on the table (Haiken 1997: 10)*

Frauen, die sich eine Intimchirurgie wünschen tragen nicht unerheblich zur Medikalisierung und Normalisierung von FGCS bei. Denn auch sie müssen den Wunsch nach einer Intimchirurgie vor anderen Rechtfertigen und greifen dabei die legitimen gesellschaftlichen Sinndeutungen auf (Meili 2008: 124).

Wie Haiken und ebenfalls der feministische Diskurs gezeigt haben, waren Frauen immer schon ein Teil von Medikalierungsprozessen. Die Rolle der Schönheitschirurg\_innen im Zusammenwirken mit den potentiellen Patientinnen wurde im letzten Kapitel erörtert. Jedoch sind die beiden Akteure noch nicht ausreichend, um die Entgrenzung der Medizin in ihrem komplexen Zusammenspiel zu begreifen. Das Feld der Ökonomie rückt im nachfolgenden Deutungsmuster mehr in den Fokus.

### ***2.1.2. Entgrenzung und Ökonomisierung***

Die Sprecherposition des ‚Dienstleisters am Menschen‘ ist gerade deshalb so legitim, da sie aus der zweiten Frauenbewegung (Meßmer 2017 und Maasen 2008) und aus den Forderung emanzipatorischer Aktivist\_innen (Neasbitt 2018: 86ff.) stammen. Dabei überlagern sich die Narrative der Wahlfreiheit mit dem der Medikalierung. Autonom handelnde Frauen entscheiden über ihren Körper. Die geforderte 'Freedom of choice' stellt eine normative Paradoxie feministischer Kämpfe dar (Villa 2008b).

Der Körper und die Sexualität(en) arrangieren sich mit den neuen Märkten. Ästhetische Chirurgie bietet einen Service an, der die Nachfrage von mündigen, autonomen und selbstbestimmten Frauen nach einer individuellen Vulva und einem mehr an sexuellen Vergnügen bedient. Chirurg\_innen ermöglichen schlichtweg Frauen sich zu Ermächtigen, so das Narrativ (Neasbitt 2018: 115).

Verschiebungen im Ärzt\_innen – Patientinnen Verhältnis werden unter anderem als Ausdruck der ‚Ökonomisierung des Sozialen‘ (vgl. Kettner 2006) gedeutet. Kosten von intimchirurgischen Eingriffen – sofern sie medizinisch nicht indiziert sind – werden nicht von den Krankenkassen übernommen, sodass „aus einem Patienten [sic] zusätzlich auch noch ein Kunde [sic] und aus einer rein medizinischen Tätigkeit eine wirtschaftliche Transaktion“ (Brandl/Ellwanger 2014 zitiert nach Meßmer 2017: 54) wird.

In der Folge ist es möglich FGCS als „wunscherfüllende Medizin“ (Kettner 2006) zu rahmen:

*In vielen medizinischen Bereichen zeichnet sich nun ein neuer Mensch der neuen Medizin ab, nämlich der Nutzer medizinischer Leistungen als ein Klient, der medizinisches Wissen und Können nicht mehr dazu braucht, um aus Leiden mit Krankheitswert sozusagen das normale Elend zu machen, sondern der medizinisches Wissen und Können dazu braucht, um sich zu der eigenen körperlichen Verfassung genau diejenige Nähe und Passung zu seiner Lebensführung zu schaffen, die er oder sie sich wünscht (Kettner 2006: 85).*

Ob es sich dabei um die individuelle Formanpassung der Vagina zum Penis des Partners handelt oder der Wunsch nach der eigenen ‚Designervagina‘. Es herrscht Wahlfreiheit und der\_die Chirurg tritt in Werbeauftritten als partnerschaftliche\_r Berater\_in auf:

*Eingriffe an Ihrem Körper sind immer Vertrauenssache. Vertrauen benötigt Zeit! Ich stehe dafür, mir für Sie ausreichend Zeit zu nehmen, Wünsche genauestens zu besprechen, die medizinisch sinnvollen und verantwortbaren Lösungen aufzuzeigen und mit Ihnen gemeinsam einen individuellen Behandlungsplan zu erstellen. Das Wichtigste für mich und mein Team: Die Therapie dem Patienten [sic] anzupassen und nicht den Patienten [sic] der Therapie. Deshalb nehmen Sie sich bitte für die Erstberatung genügend Zeit (eam/home zitiert nach Meßmer 2017: 65)*

In diesem Zitat vereinen sich viele Deutungsfragmente des soziologischen Diskurses zur Medikalisierung. Als Erstes kann hervorgehoben werden, dass die Patientin in den Mittelpunkt des Entscheidungsprozesses gehoben wird. Ob und gegebenenfalls wie ein Eingriff durchgeführt werden soll, wird zwischen dem\_der behandelnden Arztes\_Ärztin und der gut informierten Patientin entschieden. Gemeinsam soll die individuell richtige Therapie erkundet werden, auf die Wünsche der Patientin wird stets eingegangen. Dabei verliert der Text kein Wort über (medizinische) Probleme sowie (implizite) Beschreibungen von *Norm* und *Abweichungen* im ästhetischen Empfinden oder der Funktionalität. Der als 'Gewebehaufen' (Meßmer) verstandene Körper kann den individuellen Wünschen angepasst werden. Eine verstehende Wortwahl kann als Angebot des gemeinsamen Narrativs verstanden werden, FGCS als legitime Handlung zu entwerfen: „Verantwortbare Lösungen“ suggerieren ein ethisch einwandfreies Handeln. Dabei kann individuelles Leid im Vertrauen geäußert werden und der\_die Chirurg\_in berät zunächst und hilft im besten Falle. Eben angeführtes Zitat ist ein idealtypisches Beispiel für eine 'gelungene' Medikalisierung von Ästhetik (Meßmer 2017: 66).

Ökonomische Anreize für ästhetische Chirurg\_innen führten zur aggressiven Werbung vieler Praxen (Tiefer 2008), welche sich auch in Populärmedien wiederfinden (Koning et al. 2009). Medizinisches Marketing ist in Deutschland über das Heilmittelwerbegesetz geregelt und unterliegt strengeren Vorschriften als beispielsweise in den USA. An Laien gerichtete Werbung medizinischer Dienstleistungen ist in Deutschland nicht gestattet sowie das Zeigen von Vorher-Nachher Bildern bei ästhetischen Eingriffen.<sup>10</sup>

Demgegenüber öffnete die ‚US Federal Trade Commission‘ das Werben für kosmetische Medizin Ende der 1970er Jahre. Gegenstimmen seitens der ‚American Medical Association‘, welche insistierten, dass Medizin kein Geschäft sei und durch die Werbung das Vertrauen in die Berufsgruppe sinken würde, konnten sich nicht gegen die Fürstimmten durchsetzen. Mit den Argumenten, das Wissen der Verbraucher\_innen würde bei einem Werbeverbot limitiert sowie der legitime Wettbewerb dadurch eingeschränkt, überzeugten die Verbrauchersprecher\_innen (Tiefer 2008: 468f.).

Im deutschen Diskurs findet sich womöglich aus diesem Grund auch keine These zum direkten Zusammenhang von medizinischem Marketing und der Zunahme an intimchirurgischen Operationen. Anders hingegen im US-amerikanischen Diskurs. Im Jahr 1998 veröffentlichten zwei Chirurgen Verfahren für die Intimchirurgie. Selbsterklärtes Ziel war es Verfahren zu verbreiten, die eine Vulva/Vagina zu verschönern wissen und Orgasmusfähigkeiten steigern können (vgl. Tiefer 2008: 468; Moran/Lee 2013: 373).

Ab den 2000er Jahren florierte der Markt für Anleitungen spezieller intimchirurgischer Verfahren. Daraus entstanden einflussreiche medizinische Marketingabteilungen, die sich zum Beispiel mit dem Verfassen kommerzieller Patient\_innenaufklärungsmaterial beschäftigen. Es folgten Berater\_innen für das Image Management, PR-Expert\_innen, Webdesigner und medizinische Franchise-Modelle. Dr. Matlock, Herausgeber der ersten intimchirurgischen Anleitung, nutzt das medizinische Franchise-Modell, um seine patentierten ‚G-Shot‘ und ‚Laser Vaginal Rejuvenation‘ Operationen weiter zu bewerben (Tiefer 2008: 468).

---

<sup>10</sup> Vgl. Bundesgesetzblatt I S. 2192 (Nr. 50); Heilmittelwerbegesetz §11 unter [Zweites Gesetz zur Änderung arzneimittelrechtlicher und anderer Vorschriften](#)

Neben den eigenen Websites der Praxen nutzen einige die Videoplattform YouTube. Dr. Matlock zeigt in einem neunminütigen Video beispielsweise verschiedene Arten der Intimchirurgie. Während der Labioplastie kommentiert er sein Tun mit „[s]he is like a 16-year-old now“ (zitiert nach Tiefer 2008: 469). In seinem Buch mit dem Titel ‚Sex by Design‘ geht Matlock davon aus, dass Frauen eine Playboy- Vulva anstreben und reproduziert dabei die Auffassung pornographische- und digital veränderte Bilder repräsentierten das Ideal (Braun 2010: 1402). Dennoch sieht sich Dr. Matlock als Feminist „because I’m here for the woman and I’m all about the woman“ (zitiert nach Tiefer 2008: 468). Er tritt als Berater auf, der lediglich Frauen dabei hilft die 'wunscherfüllende Medizin' in Anspruch zu nehmen und das persönliche Leid zu verringern. Entwicklungen der Narrative, welche sich vor allem Tiefer widmet und stark kritisiert: Denn eine neoliberale Entwicklung des medizinischen Sektors führt zu weiteren Pathologisierungprozessen, die sich unterstützend auf FGCS auswirken, da sie ökonomische Vorteile für die Chirurg\_innen mit sich bringen (Tiefer 2008).

Wenn auch nicht so ausgeprägt wie in den USA wird eine zunehmende marktorientierte Medizin auch in Deutschland konstatiert, weshalb sich daran anschließend die Frage nach der Einflussgröße von Chirurg\_innen auf die Inanspruchnahme von Intimchirurgien stellt.

### **2.1.3. *Unternehmerisches Selbst***

Der Verschiebung vom „doctor knows best“ zum „patient decides best“ (Samerski in Meßmer 2017: 71) liegen Unsicherheiten zu Grunde, welche nutzbar gemacht werden: „Beratung reagiert auf Unsicherheit. Wer Beratung anbietet, bietet Entscheidungskriterien an“ (Nassehi zitiert nach Meßmer 2017: 73).

Meßmer arbeitet in ihrer Website-Analyse heraus, wie sich Chirurg\_innen ans Narrativ des ‚unternehmerisches Selbst‘ (Bröckling 2016) anpassen. Mittels diverser Fragmente aus der These zur ‚makeover culture‘<sup>11</sup> (Jones 2008) zeigt die

---

<sup>11</sup> Diese Kultur definiert Jones wie folgt:

„Makeover culture is a state where becoming is more desirable than being. It valorises the process of development rather than the point of completion. It is closely related to renovation and restoration, and includes elements of both, but where renovation and restoration imply achieving

Soziologin auf, dass die flexible Anpassung zu immer neuen Optimierungsmöglichkeiten in der kosmetischen Chirurgie ganz im Sinne des ‚unternehmerischen Selbst‘ verläuft.

Wie im Kapitel zur Entgrenzung und Ästhetisierung mit Meili gezeigt, müssen kosmetische Chirurg\_innen stets auf den Wandel ihrer legitimen Möglichkeiten reagieren (Kap. 3.1.1.). Im Zusammenspiel mit der ‚makeover culture‘ (Jones 2006) fügt sich die Anrufung zum „ästhetisch zu inszenierenden Subjekt“ (Bröckling 2016): „In makeover culture health is not an absence of disease but rather a state that must be continually worked towards through social, aesthetic, emotional, educational, psychological and surgical projects“ (Jones 2008: 39).

Die Deutung liegt dabei auf ganz persönliche Projekte zur Annäherung vermeintlich individueller Schönheit: Die Projekte, besser gesagt das Werden ist bereits das Ziel (ebd.).

Chirurg\_innen nehmen dabei den Platz der Berater\_innen ein, welche den mündigen Patientinnen die Aufgabe der Selbstüberwachung ihres Körpers übergeben (Meßmer 2017: 74ff.). Damit einhergehend erschaffen sich die Ärzt\_innen selbst als Objekt des Entscheidungsprozesses der Patientin wie es Meßmer mit folgendem Ausschnitt untermauert: „Ich bitte Sie, Ihre Entscheidung genau zu prüfen bevor Sie sich für einen Arzt entscheiden“ (pc/home zitiert nach Meßmer 2017: 74).

Intimchirurg\_innen reagieren auf den Wandel und greifen auf ‚Fremdautorisierungspraktiken‘ wie Zertifikate von Fachgesellschaften oder Arztbewertungsportale zurück, um der Patientin die Entscheidung zu vereinfachen (Meßmer 2017: 113f.).

---

a final goal or finished product, ‚makeover‘ – used either as noun or verb – is in the present tense. Despite appearances then, makeover culture is not about the creation of finished products – whether houses, psyches, bodies or gardens – rather it is about showing subjects, objects and environments being worked upon and improved“ (Jones 2008, S. 12).

Der Subtext an die potentielle Patientin lautet ununterbrochen: „Entledige dich deiner Pathologien“ (Meßmer 2017: 77) und fügt sich in die Rahmenbedingung des ‚unternehmerischen Selbst‘:

*Die Anrufung des unternehmerischen Selbst sind totalitär. Ökonomischer Imperativ und ökonomischer Imperialismus fallen darin zusammen. Nichts soll dem Gebot der permanenten Selbstverbesserung im Zeichen des Marktes entgehen. Keine Lebensäußerung, deren Nutzen nicht maximiert, keine Entscheidung, die nicht optimiert, kein Begehren, das nicht kommodifiziert werden könnte. [...] Und jeder Misserfolg belegt nur, dass man sich cleverer hätte anstellen können (Bröckling 2016: 283).*

Medikalisierungsprozesse wie sie gegenwärtig in der Intimchirurgie konstatiert werden, sind eng mit Prozessen der sozialen Kontrolle (Zola in Richter/Hurrelmann 2016: 273) verwoben und werden unter nachstehendem Deutungsmuster kontrovers diskutiert.

#### **2.1.4. Bio-ästhetische Gouvernamentalität<sup>12</sup>**

Die von Foucault bereitgestellten begrifflichen Instrumente, um Macht dechiffrieren zu können, ist in der Debatte um kosmetische Chirurgie nicht wegzudenken (Meßmer 2017: 116; Hoffarth 2018: 1 ). Die Ambivalenz von Selbstermächtigung und Selbstunterwerfung, Freiheit und Zwang wurde, wie kurz angeschnitten, im frühen feministischen Diskurs über kosmetische Chirurgie hart debattiert. Überraschender Weise wird Foucaults Begriffsrepertoire im sozialwissenschaftlichen Diskurs über Intimchirurgie hingegen seltener in Anspruch genommen.

Aktuell vereint vor allem der Sammelband ‚schön normal. Manipulationen am Körper als Technologien des Selbst‘, der von Paula-Irene Villa 2008 herausgegeben worden ist, die foucaultsche Lesart auf die ambivalente Praktik der Schönheitschirurgie (Villa 2008c). Die wenigen Bezugnahmen auf Foucaults Biopolitik im gegenwärtigen Diskurs über Intimchirurgie werden sodann von Anna-Katharina Meßmer kritisiert, da sie ihrer Meinung nach nicht gänzlich auf das Phänomen der Intimchirurgie angewendet werden können. Britta Hoffarth

---

<sup>12</sup> Entlehnt aus Maasen (2008).



(2018) zeigt ebenfalls die Grenzen einer gouvernementalitätstheoretischen Analyse auf, welche sie nachfolgend mit Hilfe einer praxeologisch - intersektionalen Perspektive für die Diskussion über plastische Chirurgie gewinnbringend umgeht.

Ich habe mich für Sabine Maasens Essaytitel der ‚bioästhetischen Gouvernementalität‘ als Deutungsmusterbegriff entschieden, da Maasen den Versuch unternimmt Foucaults Konzepte auf die ästhetisch-plastische Chirurgie anzuwenden. Außerdem werden in den anderen dargelegten kurzen Essays die theoretischen Konzepte unzureichend aufgeschlüsselt, weshalb es mit der umfangreicheren Arbeit Maasens geeigneter erscheint auch auf die Kritik von Meßmer (2013) und Hoffarth (2018) eingehen zu können. Paula-Irene Villa resümiert in der Einleitung zum Sammelband treffend:

*[Maasen] argumentiert, dass die so genannte Schönheitschirurgie als ‚bioästhetisch orientierte Gouvernementalität‘ (Foucault) ihre Wirksamkeit daraus bezieht, dass sie doppelt agiert: Normatives bzw. politisch gedeutetes Gemeinwohl einerseits und als Autonomie kodierte Individualität andererseits werden in ihr durch den Imperativ, an sich zu arbeiten und dies auch zu wollen, verklammert. Schönheitschirurgie, so Maasen als Fazit, stiftet damit eine besondere qualitativ neue Form von Sozialität (Villa 2008c: 12).*

Wie in diesem Zitat bereits angedeutet folgt Maasen Foucaults Regierungsbegriff:

*In der weiten Bedeutung des Wortes ist Regierung nicht eine Weise, Menschen zu zwingen, das zu tun, was der Regierende will; vielmehr ist sie immer ein bewegliches Gleichgewicht mit Ergänzungen und Konflikten zwischen Techniken, die Zwang sicherstellen und Prozessen, durch die das Selbst durch sich selbst konstruiert oder modifiziert wird (Foucault 1993: 193f. zitiert nach Maasen 2008: 102).*

Um die Wechselbeziehung zwischen Herrschaftstechniken und Selbstpraktiken sichtbar zu machen und damit auch die ästhetisch- plastische Chirurgie als Dimension einer bioästhetisch orientierten Gouvernementalität begreifen zu können, erläutert Maasen zunächst vier bioästhetische Narrative, die aktuell greifen. In einer neoliberalen Leistungsgesellschaft verliert die unflexible Setzung von Normen zugunsten eines ‚flexiblen Normalismus‘ (Link 1997) an Einfluss. Es bilden sich zunehmend Orientierungsgrößen mittels „Mechanismen der flexiblen Selbststabilisierung“ (Maasen 2008: 105) heraus, in welcher das wünschenswerte,

das *Normale*, von den Gesellschaften stets neu verhandelt wird (ebd.). Die Selbstführung (Optimierung) deckt sich mit der Fremdführung (Gemeinwohl), denn „[i]m Dienste des Gemeinwohls ist heute jeder gehalten, für sein Wohl vor allem selbst Sorge zu tragen (Lessenich 2003: S. 276 zitiert nach Maasen 2008: 103):

*Immerhin gilt es, der neoliberalen Gesellschaft Kosten durch einen Körper zu ersparen, dessen mangelnde Attraktivität, Vitalität, Leistungsbereitschaft etwa Chancen auf dem Beziehungsmarkt (Glück) oder Arbeitsmarkt (Erfolg!) verringert oder gar zunichte macht (Maasen 2008: 103).*

Ebenda setzt Meßmers Kritik an: denn Intimchirurgie zielt nicht auf die Regulierung der Bevölkerung ab. Es greift nicht in den „Gesellschaftskörper als biologische Entität“ (Meißner 2010: 111 in Meßmer 2017: 116) ein. Biopolitik im Sinne einer regulierenden Macht, die auch auf Geburten, das Sterben und die Lebenserwartung gerichtet ist, sieht Meßmer im Phänomen der Inanspruchnahme von Intimchirurgie nicht (Meßmer 2017: 116f.). Meßmer bezweifelt nicht, dass darin biopolitische Dimensionen enthalten sind, jedoch „sollte Biopolitik nicht mit körperlichen Praktiken der Selbstführung und den damit einhergehenden biopolitischen Anforderungen an souveräne Subjekte und verantwortungsvolle Entscheidungen verwechselt werden“ (Meßmer 2017: 116).

Ästhetisch-plastische Chirurgie als Biopolitik zu labeln steht für Meßmer ferner im Widerspruch zur Finanzierung - denn es ist keine Leistung der Krankenkassen (ebd.) und erreicht somit nur gewisse Bevölkerungsschichten.

Sara Rodrigues (2012) begründet in ihrem Aufsatz „From vaginal exception to exceptional vagina<sup>13</sup>: The biopolitics of female genital cosmetic surgery“ weshalb man die Inanspruchnahme von Intimchirurgie als (Wieder-)Entfaltung der Bio-Macht deuten sollte (Rodrigues 2012: 779).

Den feministischen Diskursen über den Zusammenhang von modernen Formen der Reproduktion und Biopolitik folgend, zeigt Rodrigues auf „why biopower –

---

<sup>13</sup> Rodrigues verwendet „Vagina“ als kulturellen Begriff, welcher alle Teile des weiblichen Genitals miteinschließt.

and by extension, feminist analyses of biopower- must take vaginas seriously“ (Rodrigues 2012: 779). Ästhetik ist demnach eine neue Dimension der Disziplinierung. Dabei geht es um die Disziplinierung des individuellen Körpers und die Regulierung der Bevölkerung durch eine optimale ‚biopolitical vagina‘ (Rodrigues 2012: 778). Die Disziplinierung der Vagina kann im „Hygiene-Diskurs“ nachverfolgt werden. Mittels der Institutionalisierung des Diskurses um weibliche Hygiene wurde eine Rahmung erschaffen, in welcher FGCS überhaupt erst möglich wurde. Intimchirurgie ist mit anderen Formen der Körperdisziplinierung vergleichbar, da all diese Verfahren die Vorstellung verstärken, das weibliche Genital wäre defizitär, hätte inhärent einen ‚Defekt‘, welcher repariert werden müsse (Rodrigues 2012: 784):

*In the West, female genital cosmetic surgeries define women's bodies in terms of the excess that they are designed to regulate: where menstrual products control 'excess' blood, vaginoplasty and labiaplasty control 'excess' tissue and skin, respectively. The acts of trimming, tucking, excising, and tightening regulate the abject properties of the vagina, rendering it 'acceptable' (Rodrigues 2012: 784).*

Laut Rodrigues ist das Ziel der Eingriffe eine Normalisierung des weiblichen Körpers und eine (Wieder-)Einführung von Vaginas in breitere Wertvorstellungen. Im Falle der Intimchirurgie handelt es sich um die Steigerung des erotischen Nutzens. Das Ideal der symmetrischen, nicht hervorstehenden und pinkfarbenen Vulva ist spezifisch westlich – in Japan gelten lange Labien als sexuell attraktiv, auch in Ruanda wird es als soziales Kapital gelesen (Larson 2010 in Rodrigues 2012: 785). Durch FGCS wird die homogene Ästhetik kreiert sowie gestärkt (ebd.). Eine Ästhetik, die sich in Machtverhältnissen etabliert hat und die Vagina über ihren Nutzen definiert. Im Zusammenhang mit Labienreduktionsplastiken, G-Punktaufspritzungen, Vaginalverjüngungen oder Klitorisverschiebungen handelt es sich um den Nutzen, angenehmen (heterosexuellen) Sex bieten und empfangen zu können. Nach der Geburt, die den reproduktiven Nutzen darstellt, soll die Intimchirurgie die Vagina wiederherstellen:

*Vaginoplasty tightens the vaginal canal for the purposes of 'improving' penetrative heterosexual relations, (re)introducing the loose vagina into normalized erotic utility. At the level of the body, then, FGCS brings vaginas*

*(back) into a particular economy of phallogentric pleasure: it reproduces patriarchal power relations by making women's bodies more 'useful', in part by 'enhancing' their ability to pleasure male partners in heterosexual relations (Rodrigues 2012: 787).*

Auf der Ebene der Bevölkerung entsteht eine neue Regulierung, in welcher Frauen über die Ästhetik ihrer Vulva definiert werden und die vaginale *Normalität* sie erst zur 'richtigen' Frau macht. Abweichungen müssen sodann reguliert werden, welche sich auch besonders problematisch auf Intersex-Personen und Transfrauen auswirkt, so Rodrigues (ebd.). Intimchirurgie folgt der Anrufung des Kapitalismus, in welchem der Körper der Bevölkerung nützlich sein soll, um Wachstum zu generieren. Es ist die ‚Jugendlichkeit‘, die durch FGCS wiederhergestellt werden soll:

*Through the lens of biopolitics, the popularization and normalization of the procedures that comprise FGCS may, in conjunction with achieving the 'youthful' and uniformly pink vulva and vagina of pornography, involve creating bodily aesthetics that ensure women's continued participation in and subjection under capitalism (ebd.: 788).*

Auch verstärkt die FGCS die Machtverhältnisse, da sie die weibliche Lust diszipliniert. Mit dem ‚G-Shot‘ (die Injektion, welche den G-Punkt für kurze Zeit sensibilisieren soll vgl. Kapitel 2.1) wird die sexuelle Lust der Frau von der Klitoris auf die Vagina verlagert. Dies verstärkt die Annahme *normale* Frauen könnten beim penetrativen Sex vaginal zum Orgasmus kommen, was für die Mehrheit nicht zutrifft. Intimchirurgie betont die Selbstermächtigung zur freien Sexualität, jedoch reguliert der Diskurs die weibliche Sexualität. Nur ein kleiner Ausschnitt des sexuellen Seins wird im Diskurs aufgegriffen, Abweichungen im Begehren werden pathologisiert (ebd.: 789).

Jedoch betont Rodrigues neben der Disziplinierung auch den Aspekt der Selbstermächtigung, denn sie folgt Foucaults Verständnis des Verhältnisses von Macht und Widerstand: „where there is power, there is resistance present everywhere in the power network (Foucault 1990: 95 zitiert nach Rodrigues 2012: 789). Bezogen auf die Intimchirurgie postuliert die Autorin die Chance für Frauen, die aufgrund ihrer Intimästhetik an Ängsten und Unwohlsein leiden, mittels der neuen Technologien zu einer befreiten Sexualität zu gelangen. Auch wenn dem psychischen Leid kulturelle Ursprünge innewohnen, ist es problematisch,

solche Eingriffe allgemein als unaufrichtig zu kennzeichnen, so Rodrigues. Angesichts der Sichtbarwerdung der Vulva, durch den Trend zur Schamhaarentfernung, kann die Intimchirurgie als ein Akt des Selbstschutzes gegen ächtende Auswirkungen gelesen werden. Darüber hinaus birgt es die Chance weibliche Sexualität in die kulturellen Mainstreamdiskurs zu bringen (Rodrigues 2012: 790). Frauen können dadurch ermutigt werden, sich als sexuelle Wesen zu identifizieren und die Forderung stellen, damit ernst genommen zu werden: „In this way, FGCS may be considered an act of care for the self that enables women either to preserve or reclaim their integrity” (ebd.). Rodrigues verweist am Ende ihres Essays auf mögliche intersektionale Perspektiven. Analysen, die FGCS mit ‚race‘, ‚class‘ und ‚sexual orientation‘ verknüpfen können neue Erkenntnisse bereithalten, so die Autorin (ebd. 791).

Genau das ist der Versuch von Britta Hoffarth: Gouvernementalitätstheoretische Analysen verknüpft sie mit intersektionalen und praxistheoretischen Zugängen, um den Blick auf die Ambivalenzen gesellschaftlicher Machtverschränkungen zu schärfen (Hoffarth 2018). Auch wenn die gouvernementalitätstheoretische Perspektive nicht nur Unterordnungen, sondern auch Handlungsfreiheiten, zu erkennen weiß, setzt Hoffarths Kritik an den Grenzen der Perspektive an, da die „Möglichkeiten des Handelns allein als bereits im Diskurs aufgehoben konzipiert werden“ (Hoffarth 2018: 6).

Um das Potential von Körperpraktiken als „Produktion von Unbestimmtheit“ (Hoffarth 2018) fassen zu können, greift die Autorin auf praxeologische Ansätze von Ernesto Laclau, Chantal Mouffe und Judith Butler zurück (Hoffarth 2018: 7). Zentrale Gemeinsamkeit der Ansätze liegt in der Annahme, dass „Handeln stets einen Überschuss an Bedeutung produziert, sodass sein Verhältnis zum Diskurs nicht in der Dichotomie von Affirmation oder Subversion aufgeht“ (Mayer/Hoffarth 2014 zitiert nach Hoffarth 2018: 7). Einen intersektionalen Zugang braucht es insofern, als dass

*[d]ie der gouvernementalitätstheoretischen Sicht inhärenten Konzepte, ‚Zurichtung‘ oder ‚Disziplinierung‘ [...] nicht in der Lage [sind], die zentralen Facetten gegenwärtiger Körperkulturen unter ungleichheitsreflexiver Perspektive zu berücksichtigen. Die Praktiken lassen sich nicht allein als ‚Ausführung der Norm‘ verstehen, da in den Praktiken des Körpers neben der Beantwortung normativer Vorgaben [...] immer auch unbestimmte*

*Signifikanten – etwa rassistische oder sexistische Differenzordnungen – thematisiert werden und in ihren Widersprüchen je eigene Wirkungen entfalten (Hoffarth 2018: 8).*

Auch Franziska Lamott betont mit Erving Goffman die Gestaltungsmacht eines modernen Subjekts: „[d]enn schließlich haben wir nicht nur einen Körper, sondern sind auch Leib, was unsere Identität sichert (Goffman 1963 in Lamott 2017: 51). Die Autorin weist wie Rodrigues darauf hin, dass Intimmodifikationen „auch als Zeichen einer selbstbestimmten Steigerung weiblicher und männlicher Erotik“ (Lamott 2017: 52) angesehen werden können. Dabei verknüpft sie die Motivation jedoch mit einem vermeintlichen ‚Distinktionsgewinn‘ (Bourdieu 1987) der Patientinnen:

*Doch intimchirurgische Eingriffe sind nicht nur ein Hinweis auf den Wunsch der Frau, das Begehren des Mannes, und seitens des Mannes das Begehren der Frau zu erregen bzw. zu kontrollieren, sondern verweisen auch auf einen narzisstischen Wunsch, sich selbst als ideales Objekt zu gestalten. [...] Indem sie sich in dem Gefühl der Einmaligkeit wännen, können sie sich in der Illusion wiegen, etwas ganz Besonderes zu sein, und sind dennoch wie alle anderen abhängig von dem begehrten, kulturell bereitgestellten Vorbild, mithin Nutznießer profitabler Unternehmen der Schönheitsindustrie (Lamott 2017: 52).*

Wie in diesem Zitat deutlich wird, fokussiert sich Lamott weniger auf die subversiven Möglichkeiten, sondern auf die disziplinierenden Auswirkungen, welche mittels Intimchirurgie produziert und damit soziale Ordnung und die Ordnung der Geschlechter reproduziert wird (ebd.: 53). Intimchirurgie ist für Lamott eine Anpassungsleistung, welche durch Selbstoptimierung individuelles Glück schaffen möchte (ebd.).

## 2.2. Psychotherapie mit Skalpell<sup>14</sup>

Zentral in diesem Deutungsmuster ist die untrennbare Verbindung von Körper und Psyche. Hinter den Motiven, die zu einem Eingriff in den gesunden Körper führen, liegt die Hoffnung auf einen positiven Effekt auf das psychische Wohlbefinden jener Frauen (Langer 2016: 56). Psychische Faktoren, so Michaela Langer weiter, umfassen nicht nur die Beweggründe und Erwartungen, sondern legen auch fest, wie das Ergebnis der Operation interpretiert wird (ebd.). Unterziehen sich Frauen der Operation aus vornehmlich ästhetischen Gründen, so haben sie eine genaue Vorstellung davon, wie das Ergebnis aussehen soll. Sharp, Mattiske und Vale berichten aus ihrer qualitativen Studie, dass Frauen nach einer Labioplastik unzufrieden waren, weil sie mit einer vollständigen Entfernung der inneren Schamlippen für eine völlig glatte Genitaloberfläche gerechnet hatten und dies nicht erfüllt wurde (Sharp et al. 2016b: 924). Hinter dieser Erwartung kann sich nicht weniger als die Hoffnung auf die Heilung von psychischen Störungen verbergen: Gesellschaftliche Körnernormen und -ideale werden internalisiert und sind damit Teil der Subjektidentität (Langer 2016: 60). Abweichungen der vermeintlichen *Norm* können dem Selbstkonzept widersprechen und zu anhaltenden Schuld- und Schamgefühlen führen, welche durch die FGCS behoben werden soll (ebd.). Die ‚Psychotherapie mit dem Skalpell‘ besitzt eine lange Tradition in Nordamerika und Europa. Bereits im 19. und 20. Jahrhundert wurde die Genitalchirurgie mit Therapie in Verbindung gesetzt. Mit der ‚Reflextheorie‘ von John Collony verband sich die Idee nervöse Leiden können ihren Ursprung in anderen Organen haben und so wurde der Uterus zur Quelle von Hysterie festgelegt (Conolly 1833 zitiert nach Borkenhagen 2016: 46). Operative Eingriffe in die Geschlechtsorgane wurden darüber legitimiert, dass „krankhafte Zustände und Vorgänge in den weiblichen Geschlechtsorganen als Ursache von Irrsinn auftreten können“ (Shorter 1994: 127 zitiert nach Borkenhagen 2016: 46). Die Eingriffe wurden als Heilmittel für anhaltende psychische Leiden dargestellt. Aber nicht allein der Uterus wurde als Ursprung nervöser Krankheiten gehandelt,

---

<sup>14</sup> Eine Deutung, die vor allem im feministischen und medizinethischen Diskurs über Schönheitschirurgie Tradition hat und immer wieder kontrovers diskutiert wird (vgl. Fußnote 192 in Meßmer 2018: 192).

sondern auch die Eierstöcke und die Klitoris. Die Entfernung der Klitoriseichel galt als alternatives Therapieverfahren gegen, ‚Nymphomanie‘, ‚nervöser Krankheitsbilder‘ wie der ‚Hysterie‘ oder ganz allgemein gehalten gegen ‚Geisteskrankheiten‘ (Borkenhagen 2016: 47).

Die Verminderung von psychischen Leiden wie Ängste, depressive Verstimmungen, Vermeidungsverhalten und Scham spielen in der Argumentation für eine Genitalchirurgie immer eine große Rolle. Bezogen auf die Sexualität der Frauen hat sich der Diskurs allerdings enorm verschoben. So dient der Eingriff nicht mehr der Hemmung des sexuellen Empfindens und Verlangens, sondern es soll zur enthemmten und funktionalen Sexualität beitragen (Borkenhagen 2014: 68). Mit Hilfe des Skalpell werden physische Veränderungen vorgenommen und der Intimästhetik angeglichen, welche den Frauen zur psychischen Gesundheit verhelfen sollen. Sexuelle Hemmungen und damit einhergehend Störungen des psychischen Wohlbefindens haben in dieser Argumentation ihren Ursprung im Erscheinungsbild und der Deutung der Vulva. Folgende Auszüge zeigen, dass Patientinnen eben genau diese Verbindung von gehemmter Sexualität und Unwohlsein ziehen: „I feel very uncomfortable about my partner giving oral sex“ (Veale et al. 2014: 559). Oralsex mit ihrem Partner ist auch für diese Patientin mit Unbehagen verbunden:

*When he [partner] would go down on me [oral sex] ... I guess there was that sort of reaction of this [labia] is different or weird or that sort of thing... it was just like, well you know what, we're just not going do that [oral sex] anymore. Because I felt too conscious about it (Studienteilnehmerin Nr. 5, 25 Jahre alt, 6 Monate postoperativ) (Sharp et al. 2016b: 924).*

Eine andere Teilnehmerin dieser Studie berichtet vom positiven Effekt nach der OP:

*I feel a lot more comfortable having sex now because I think I used to be a bit ashamed or like tend to protect myself even though I'm very comfortable with him - we've been together for a long time now. But I guess I feel more free now (Studienteilnehmerin Nr. 8, 24 Jahre, 13 Monate postoperativ) (Sharp et al. 2016b: 925)*

Diese Passagen verdeutlichen die Angst der Frauen, dass die Sexualpartner ihre (inneren) Schamlippen/Vulven als nicht begehrenswert und oder ansehnlich genug



empfanden, was letztendlich einen negativen Effekt auf die Paarsexualität hatte. Eine andere Patientin erklärt, dass sie durch die Genitalchirurgie ihre Liebesbeziehung retten wollte:

*Maybe like a last -ditched attempt really – if I was a bit more feminine, or if I was a bit more, I don't know, a bit more attractive then maybe he would change. [...] my husband was still not interested, and that's all over now (Studienteilnehmerin Nr. 4) (Bramwell et al. 2007: 1495-1496).*

Andere Frauen berichten über Ängste neue sexuelle Beziehung zu beginnen:

*[...] sort of trying to keep that area hidden, you know, not on view at all. Nobody can look there" (Studienteilnehmerin Nr. 3) (Bramwell et al. 2007: 1495). Auch Meidungsverhalten bezüglich sexuellen Kontakten wird berichtet: „I won't date and I have been celibate for 5 years (Veale et al. 2014: 559)*

Retrospektiv stellt folgende Frau fest: „I do also think that because I've had a large labia, I haven't slept around whereas otherwise I may have" (Studienteilnehmerin 2, 43 Jahre, 8 Monate postoperativ) (Sharp et al. 2016b: 924).

Negative Gefühle, Unsicherheiten, Gehemmtheit, Scham sowie Verlegenheit in sexuellen und oder intimen Beziehungen sind für viele Frauen ausschlaggebende Motive sich für eine VVA zu entscheiden (vgl. Borkenhagen et al. 2014, Veale et al. 2014, Sharp et al. 2016a, Sharp et al. 2016b, Bramwell et al. 2007, Sharp et al. 2015, Runacres/Wood 2016). Um zu verstehen, welche Bedeutungsdimension – laut aktuellen wissenschaftlichen Diskursen - hinter der sexuellen Befriedigung stehen, ist es hilfreich zunächst einen kleinen Exkurs zur Verbindung von Sex und Glück nachzuzeichnen.

### **2.2.1. Sex und Glück**

Die sexuelle Befriedigung von Frauen hat in der Historie noch nie einen so hohen Stellenwert genossen wie gegenwärtig. Die Psychologin Ada Borkenhagen räumt der Sexualität in der Gesellschaft einen Stellenwert als ‚unhinterfragbares Gut‘ ein (Borkenhagen 2014: 68) und zugleich stellt sie eine ‚neue Leistungsnorm‘ dar

(Borkenhagen 2016: 49). Borkenhagen stützt sich auf die Feststellung Seidmanns, der in den letzten fünfzig Jahren eine ‚Erotisierung weiblicher Sexualität‘ konstatiert (Seidmann 1992 : 24 in Borkenhagen 2008b: 27), welche die Lust der Frauen nun legitimierbar mache (ebd.). Weiter sei Sex im Allgemeinen für alle Geschlechter wichtiger geworden (Weeks 1995: 7 in Borkenhagen 2016: 49), wobei nicht näher auf diese Entwicklung eingegangen wird. Innerhalb dieser Entwicklung sei „häufiger, lustvoller, variantenreicher und ekstatischer Sex zum wichtigsten Zeichen persönlichen Glücks und Identität avanciert (D’Emilio/Freedman 1989, Heath 1986 zitiert nach Borkenhagen 2008a: 27).

Franziska Lamott erkennt ebenfalls die Leistungsnorm der Sexualität als einen Einflussfaktor für FGCS an. Auf Grund dessen stellt sie die Entwicklung der Rahmungen weiblicher Sexualität für den deutschen Kontext in ‚drei sexuellen Revolutionen‘ dar (Lamott 2017: 44-46), wobei diese ebenfalls durch Diskontinuitäten geprägt sind. Die erste Revolution im 20. Jahrhundert zeichnet sich nach Lamott vornehmlich durch die Trennung von Sexualität und Reproduktion aus, welche auf die Zusammenarbeit von Sexualreformer\_innen und Feminist\_innen zurückzuführen ist (ebd.) Die Emanzipationsbestrebungen der Frauen in den 1920er Jahren beflügelten die Entkoppelung von weiblicher Sexualität und Reproduktion weiter. Mittels Forderungen nach Selbstbestimmung über den Körper mit dem Recht auf Abtreibung und der sexuellen Befreiung von Frauen eröffnete sich der Diskurs über weibliche Lust erneut (ebd.).

Im Nationalsozialismus wurde die Subjektposition der Mutter wieder gestärkt und damit einhergehend die Bedeutung der zweckorientierte Sexualität. Lustbetonter Sex wurde mit antisemitischen Semantiken als ‚jüdische Freizügigkeit‘ herabgesetzt, ausgenommen der nicht-eheliche Sex mit ‚arischen‘ Männern. Aber auch nur wenn er zu ‚Kindern für den Führer‘ (ebd) führte.

Die Sexualmoral lockerte sich in der Zeitspanne von 1950 bis 1970 erneut und auch die Paarbeziehung wurde erstmals in Frage gestellt. Die zweite sexuelle Revolution provozierte mit einer Auslegung der Moral, welche Lamott ‚männliche Diktion‘ nennt. Veranlasst durch die vornehmlich männliche Lesart erstarkte eine Art weibliche Gegenreaktion, in welcher feministische Perspektiven

auf den weiblichen Körper, der (Homo- und Hetero-)Liebe und der Lust erneut an Bedeutung gewann (ebd.).

Der Sexualwissenschaftler Volkmar Sigusch konstatiert gegenwärtig die dritte – in seinen Worten ‚neosexuelle‘ - Revolution (Sigusch 2005 in ebd.). Die ‚Wollust‘ wurde von der ‚Wohllust‘ und der ‚Selbstliebe‘ abgelöst (Sigusch 2005: 7). Entgegen Borkenhagens Kopplung von Sex und Glück ist Sigusch überzeugt die Neosexualität(en) sind aktuell nicht mehr die „große Metapher des Rausches, des Höhepunktes, der Revolution, des Fortschritts und des Glücks“ (ebd. S. 9). Wobei sich beide einig sind, dass in der neuen Sexualmoral ein Zwangsmoment steckt: Denn nach Sigusch stehen sexuelle Freiheiten und sexuelle Zwänge in einem paradoxalen Verhältnis: die Vervielfältigung und Ausdifferenzierung sowie Normalisierung von alternativen Beziehungs- und Lebensformen sind Ergebnis kultureller Prozesse. Ebenso die Individualisierung und Entpolitisierung der Sexualmoral mit dem Nebeneffekt, dass Sexualität kommerzialisiert wurde, der Marktlogik folgt und dadurch zwanghaft optimierbar wurde (Sigusch 2005: 7-9, 36-38). Dass die Optimierbarkeit sogar den Orgasmus erreichen kann, zeigt folgende Aussage eines Urologen bezogen auf die Auswirkungen nach FGCS deutlich: „I’ve known women who are mono-orgasmic to become multiply orgasmic as a result“ (Borkenhagen 2008a: 26-27). Der Arzt offeriert eine Optimierung, die dem Anschein nach ausschließlich durch Genitalchirurgie möglich ist. Borkenhagen sieht in der Befriedigung ebenfalls die Verschiebung von Recht und Pflicht:

*sexuelle Befriedigung zum legitimen und verpflichtenden Ziel des befreiten sexuellen Subjekts [wird]. Es haben sich kulturelle Erwartungen etabliert, nach denen jedes Individuum das Recht und die Pflicht hat, ein Maximum an sexueller Befriedigung in seinen Beziehungen zu realisieren (Borkenhagen 2008a: 27).*

Die Genitalchirurgie offeriert ein breites Angebot zur Steigerung der sexuellen Befriedigung; der ‚Love-Stitch‘ für Frauen primär nach Geburten, eine Verlagerung der Klitoris in die Nähe des Vaginaleingangs oder die G-Punkt-Unterspritzung (Kapitel 2.1.) Trotz der kulturellen Erwartung und den medizintechnischen Möglichkeiten ist die Darstellung weiblicher Lust auch auf Webseiten

genitalchirurgischer Praxen zahm und ist nie „[e]ine hedonistische, trinkende, pöbelnde, rauchende und exzessive ‚Ladette‘ (McRobbie 2010 zitiert nach Meßmer 2017: 198). Mittels unzähliger Hollywood Liebesfilmproduktionen, in welchen durchgängig idealisierte Geschlechtsakte gezeigt werden, kristallisierte sich ein scheinbarer Zusammenhang von sexueller Attraktivität, hochstilisierter normgerechter Sex und einem guten und glücklichen Leben heraus (Lamott 2017: 42). Durch diese Koppelung ist es nun nicht mehr notwendig für genitalchirurgische Praxen auf die weibliche sexuelle Lust eingehen zu müssen, sie schließt sich dem Versprechen von sexueller Attraktivität und Glück schlichtweg an (ebd.).

Zumindest das ‚Recht auf sexuelle Befriedigung‘ klingt in den bereits zitierten psychologischen Studien beständig an. Unter den Hauptmotivationen von FGCS – Patientinnen befindet sich immer auch die sexuelle Befriedigung (Bramwell et al. 2007, Sharp et al. 2015, Sharp et al. 2016b, Sharp et al. 2016a, Borkenhagen et al. 2014, Runacres/Wood 2016). Die Erwartung an die chirurgischen Eingriffe erfüllten sich bei manchen Frauen nicht, obgleich „[m]ost Women reported significant improvements in their sexual well-being after surgery, however, some noted that their emotional discomfort around sexual intercourse had not improved“ (Sharp et al. 2016b: 920). Auf den ersten Blick erscheint diese Schlussfolgerung als widersinnig. Jedoch können sich internalisierte Ängste und das Selbstbild der Frauen offenbar nicht oder nicht so schnell den neuen Umständen anpassen wie es diese Patientin auf den Punkt bringt: „I still do find it hard to relax [during oral sex]. I’ve got years of issues in my brain about it... That’s something that doesn’t just go away with a new vagina“ (Studienteilnehmerin 10, Alter 42, 5 Monate postoperativ) (Sharp et al. 2016b: 925).

Borkenhagen hingegen sieht die Möglichkeit positiver Veränderungen der Psyche infolge einer befreiten Sexualität durch die Genitalchirurgie: Sexualpraktiken, wie Oralsex, gehören der „neuen“ sexuellen Norm an, vorausgesetzt die Intimästhetik entspricht den Normvorstellungen. Mittels der genitalen Anpassung an die geforderte Ästhetik ist es für Frauen möglich „dem Gefühl des Nichtnormalseins

zu entkommen“ und wirkt sich positiv auf das (sexuelle) Wohlbefinden aus (Borkenhagen 2014: 69).

Dies stützt die Idee einer ‚Psychotherapie mit Skalpell‘. Das Körperbild wird einer Norm oder einem Ideal angeglichen und wirkt sich positiv auf die sexuelle Befriedigung sowie auf die Lebensqualität aus.

Die Ergebnisse beider nachfolgenden Studien eröffnen eine andere Perspektive. Eine Untersuchung mit einer Gruppe von bereits operierten Frauen und einer Kontrollgruppe stellte fest, dass kein signifikanter Unterschied von Angst- oder Depressionssymptomen besteht, wobei eine verminderte sexuelle Befriedigung sowie geringere Lebensqualität im Zusammenhang mit dem Körperbild identifiziert werden konnte (Veale et al. 2014). Ängste oder Depressionssymptome sind demnach nicht die ausschlaggebenden Faktoren.

Mithilfe des ‚Tripartite Influence Model‘ (nach Thompson et al. 1999) untersuchten Gemma Sharp, Marika Tiggerman und Julie Mattiske soziokulturelle Faktoren, die sich auf ein Abwägen einer Genitalchirurgie auswirken. Der Einfluss von Medien, des sozialen Umfeldes, Beziehungszufriedenheit, sexuelles Selbstbewusstsein und die Intimirasur fanden Eingang in die Analyse. Die theoretischen Vorannahmen beziehen sich vor allem auf den Einfluss des Intimideals, welches in Anlehnung an Alinsods` ‚Barbie look‘ benannt wird und in einer Kultur erwachsen ist, welche Frauenkörper objektiviert (Sharp et al. 2015: 183). Darin führen unrealistische Körperideale zu einem geringen Selbstwertgefühl, zu Schuldgefühlen und zu weiteren negativen psychischen Auswirkungen. Die Fokussierung auf das äußere Erscheinungsbild kann aus der Erfahrung einer sexuellen Objektivierung entstammen. Das bedeutet als ein sexuelles Objekt betrachtet zu werden, welches ausschließlich zum Vergnügen Anderer existiert. Eine psychologische Auswirkung der sexuellen Objektivierung kann eine Selbstobjektivierung sein. Die Selbstobjektivierung beschreibt einen Prozess, in welchem die Perspektive einer dritten Person auf das Selbst eingenommen wird, bei der mehr Wert auf das Erscheinungsbild gelegt wird, als darauf wie sich der Körper im Ganzen anfühlt oder funktioniert (Fredrickson/Roberts 1997, McKinley/Hyde 1996 zitiert nach Sharp et al. 2015: 183). Zentrale Untersuchungsergebnisse, bezogen auf die psychischen

Komponenten, die für oder gegen eine VVA sprechen, zeigen das Ineinandergreifen dreier soziokultureller Faktoren. Sexuelles Selbstbewusstsein ist demnach die einflussreichste erklärende Variable und hat einen negativen Einfluss auf die Unzufriedenheit mit dem genitalen Erscheinungsbild. Darüber hinaus korreliert sexuelles Selbstbewusstsein negativ mit der Internalisierung eines Genitalideals (Sharp et al. 2015). Wie bereits angeführt ist die Internalisierung des Ideals neben der Unzufriedenheit mit dem Genitalerscheinungsbild einflussreichste Faktoren für die Entscheidung einer VVA (ebd.).

Für die Einordnung bedeutet dies, dass die Angleichung des Genitals an ein Ideal durchaus positive psychologische Effekte bewirken kann, jedoch eine unterkomplexe Ursache – Wirkung- Vorhersage zu kurz greift. Fehlen die gesellschaftlichen Implikationen von Körperidealen, fokussiert sich die Argumentation auf den individuellen Körper und ein genitalchirurgischer Eingriff erscheint als nahezu einziges Mittel zur Überwindung von psychischem Leid. (Langer 2016: 56, Borkenhagen 2008a: 27).

Eine unverhältnismäßige Psychologisierung „der Frauenprobleme“, kann zur Pathologisierung von FGCS – Patientinnen führen.

Den Drahtseilakt zwischen der unbegründeten Pathologisierung und in der Psyche begründete Kontraindikation für genitalchirurgische Eingriffe möchte ich am Beispiel der Verhandlung von Genitalchirurgie und der sogenannten Körperdysmorphen Störung (KDS) nachzeichnen.

### **2.2.2. Psychopathologisierung**

Das anerkannte Krankheitsbild ‚Körperdysmorphie Störung (KDS)‘ (engl. ‚Body Dismorphic Disorder (BDD)‘) ist im ICD 10 als hypochondrische und wahnhaftige Störung verzeichnet und im DSM-V als Zwangsstörung klassifiziert (Michels 2009: 11). Die Betroffenen erhöhen einen körperlichen Makel, sodass sie diesen als *Abnormalität*, als Verunstaltung empfinden. Das persönliche, berufliche und soziale Leben der Betroffenen leidet darunter enorm. Die Scham über ihre gefühlte Missbildung versuchen Menschen mit KDS durch Meidungsverhalten,

Pflege- und Kontrollrituale bis hin zur ‚do it yourself – Chirurgie‘ so gering wie möglich zu halten (Michels 2009: 9-11). Die Angaben zum Aufkommen in der deutschen Bevölkerung liegen bei 1,7 % - 5,3% (Rief 2004 und Bohne 2002 in Langer 2016: 65 und eine KDS tritt meist im frühen Erwachsenenalter in Erscheinung (ebd).

Genitalchirurgische Eingriffe bei Menschen mit einer körperdysmorphen Störung werden kontrovers diskutiert. Die Positionen gegen eine Erlaubnis von FGCS bei KDS stützen sich vorrangig auf ethische Gründe. Sie gehen davon aus, dass aus einer KDS keine autonomen Entscheidungen getroffen werden können, da der Leidensdruck so enorm ist. Potentiellen Patientinnen sind aufgrund der Wahrnehmungsstörung oder -verzerrung nicht in der Lage eine valide Wahl zu treffen. Darüber hinaus wird davon ausgegangen, dass der Eingriff nicht das Problem für die Betroffenen lösen wird und sie zu weiteren Operationen als Lösungsversuch greifen werden (Spriggs/Gillam 2016: 706). Der Leidensdruck bleibt bestehen oder verschlimmert sich und die Operation am gesunden Körper war demnach nur eine zusätzliche Belastung. Eine diagnostizierte Körperdysmorphie Störung wird auf Grund dessen von einigen als Kontraindikation für eine FGCS (Langer 2016: 65) gehandelt.

Entgegen dieser Annahme präsentiert Goodman et al. Studienergebnisse, in welcher 61% der Patientinnen vor den Eingriffen leichte bis mittlere Symptome einer KDS aufwiesen und diese nach der Operation nicht mehr vorhanden waren (Goodman et al. 2011).

Merle Spriggs und Lynn Gillam gehen der Frage nach, unter welchen Voraussetzungen eine FGCS für Menschen mit einer Körperdysmorphen Störung ethisch gerechtfertigt sein kann (Spriggs/Gillam 2016). Zusammenfassend argumentieren sie auf der Grundlage einer möglichen Vermeidung von Schäden. Mit einer gewünschten Labioplastie kann ernsthaftes Leid vermieden werden und Suizide aufgrund einer Ablehnung des Wunsches verhindert werden. Die erreichbaren positiven Wirkungen übersteigen demzufolge die möglichen Risiken und sind folglich ethisch zu rechtfertigen.

In diesem kurzen Exkurs zeigt sich die Tragweite der psychologischen Deutungsmuster. Die Hoffnung auf eine Heilung psychischen Leids oder psychischer Störungen sind treibende Kräfte in der Entscheidung für oder gegen eine Genitalchirurgie. Die Fragen danach, ob ein Einschnitt in den gesunden Körper das psychologische Wohlbefinden genau dieser Patientin erhöhen wird, ob es legitim ist dies aus ästhetischen Gründen oder zur Optimierung des Sexuallebens zu entscheiden, ob das Leid verhindert oder verringert werden kann, wenn es eines der genannten Gründe als Motiv hat, ab wann ein negatives Körperbild in eine psychische Störung umschlägt und zu welchem Grad die Entscheidungen „autonome Entscheidungen“ sein können - denn sie entspringen aus psychischem Leid – werden im psychologischen Diskurs über Intimchirurgie aufgenommen und ambivalent diskutiert. Auch wenn es keine eindeutigen Positionen geben könnte, haben psychologische Erklärungen, Standards und Indikationen immer eine enorme Auswirkung auf die Lebensrealitäten von Menschen.

Eine weitere Deutung im psychologischen Diskurs befasst sich weniger mit den repressiven Auswirkungen von FGCS, sondern erkennt in der Genitalchirurgie eine Möglichkeit der Identitätssicherung und -generierung, welche im folgenden Unterkapitel erläutert wird.

### ***2.2.3. Identitätssicherung und -generierung***

Die von Ada Borkenhagen aufgestellte These lautet, Körpermanipulationen sind Identitätsgestaltungs- beziehungsweise Identitätsstiftungsprozesse (Borkenhagen 2001). In der Spätmoderne wird der Körper zunehmend als Projekt wahrgenommen, denn er ist in vielfältiger Weise gestaltbarer geworden. Die Körpergrenzen können mittels Skalpell überschritten werden und der Körper kann dem Selbstkonzept angepasst werden. Das hilft „die Distanz zwischen Innen und Außen zu verringern, so dass andere sie so sehen [...], wie sie selbst sich sehen“ (Davis 1999 zitiert nach Borkenhagen 2001: 59).

Unter Rückgriff auf die „Zivilisationstheorie“ von Norbert Elias (1986) exemplifiziert Borkenhagen den Wandel von Verhaltensstrukturen zugunsten von Affektkontrollen sowie den Wandel von Identitätsstrukturen. Das Verhalten wird



den antizipierten Erwartungen des Gegenübers angepasst, woraus die Handelnden zur Selbstbeobachtung angehalten werden. Selbst- und Fremdbild können sodann starke Differenzen aufweisen, wobei dies erst in der modernen bürgerlichen Gesellschaften zum Tragen kommt (Borkenhagen 2001: 59-61). Das Körperbild wird erst dann relevant, sobald es nicht mehr aus einer göttlichen Gabe entspringt, sondern „Schönheit“ selbst herstellbar wird:

*Begreift man das Aussehen des eigenen Körpers als Darstellungsmedium der eigenen Identität wird deutlich, das um eine gewisse Kontrolle über diesen Vorgang zu gewinnen, die Erscheinungsweise des eigenen Körpers kontrolliert werden muss (ebd. 63).*

Kathy Davis (1999) geht davon aus, dass Frauen ihre Identität immer an den Körper koppeln und FGCS sodann eine Möglichkeit darstellt dem Objektivierungsprozess ihrer selbst zu entgehen, indem sie zu „verkörperten Subjekten werden, [...] statt bloße Körper zu sein (Davis 1999 in ebd.).

Die Konzepte des ‚Spiegelstadiums‘ (Lacan, 1991) und ‚Weiblichkeit als Maskerade‘ (Rieviere 1994, Lacan 1986) sind zwei psychoanalytische Annäherungen, welche Davis Deutungen stützen (ebd.).

In groben Zügen handelt es sich beim Spiegelstadium um die Verschränkung von Körperbild, Identität und Objekthaftigkeit. Durch die Spiegelung bedeutsamer Anderer ist es dem Kind möglich sich in seiner Körpergestalt, obwohl es noch nicht in der Lage ist diesen im Ganzen zu erfassen, zu erkennen und zu identifizieren (ebd.: 64). Wichtige Erkenntnisse für die Deutung von VVA sieht Borkenhagen im Wechselspiel von Entmächtigung und Ermächtigung:

*Aufgrund der im Spiegelstadium etablierten Objekthaftigkeit des Körpers ist es möglich, unter dem Blick des Anderen auf eben dieses Objektsein reduziert und aller subjekthaften Momente beraubt zu werden. Gleichzeitig ermöglicht die Spiegelerfahrung dem Kind jedoch auch, sich zu sich selbst in eine Beziehung zu setzen und über seinen Körper instrumentell zu verfügen [...]. Die Klientinnen von Schönheitschirurgie versuchen, aktiv über sich selbst als Bild für den Blick der anderen zu bestimmen und damit über ihre eigene Identität (ebd.65).*

Weiblichkeit als Maskerade besagt in diesem Zusammenhang, dass es sich um eine Strategie handelt mit den erfahrenen Objektivierungen umzugehen:

„Frauen, die nach Männlichkeit streben, zuweilen eine Maske der Weiblichkeit aufsetzen, um die Angst und die Vergeltung, die sie von Männern befürchten, abzuwenden“ (Riviere 1994: 35).

Mit dargelegter Lesart der Strategie ermächtigen sich die Frauen von passiven Objekten zu handelnden Subjekten - mittels einer Kontrolle über ihren Körper erfahren sie Kontrolle über die Ich-Identität. Genitalchirurgien können somit auch als soziale Praxen, wie sie Bourdieu (1993) beschrieben hat, gedeutet werden (Borkenhagen 2001: 63ff.).

Eine kulturwissenschaftliche Deutung ist die „Infantilisierung des weiblichen Körpers“ (Lamott 2017: 52). Die normative Genitalästhetik orientiert sich am ‚Barbie – Ideal‘. Das Vulvaideal gleicht einem vorpubertärem Erscheinungsbild, indem die Genitalien (teil-)rasiert sind und die Vulva von den äußeren Lippen vollkommen verdeckt bleiben (Borkenhagen 2013: 1088).

Insgesamt erhält nach Lamott die Kindlichkeit der Frau in nahezu allen kulturellen Sphären von Mode bis Film Einzug. Als Selbstentwurf kommt die ‚Lolita‘ zum Tragen:

*[Sie] weckt [...] (inzestuöse) Sehnsüchte und nährt Männerträume von der Infantilität eines Liebesobjektes, das in aller gekünstelten Unschuld und Unwissenheit den Mann verführt und sich selbst verführen lässt (Lamott 1999 in ebd.).*

Tiefenpsychologisch kann das Vulvaideal als Abwehrmechanismus von entwickelter Sexualität gedeutet werden. Junge Mädchen werden mit Unerfahrenheit und Passivität assoziiert – Behaarung und sichtbare innere Labien im Kontrast dazu mit hemmungsloser Begierde (Lamott 2017: 52).

Im Widerspruch zur Abwehr erwachsener Sexualität lässt sich FGCS ebenfalls als aktivierende, selbstbestimmte Optimierung der erwachsenen Erotik lesen (ebd.). FGCS kann in dieser Lesart der „Hinweis auf den Wunsch der Frau [sein], das Begehren des Mannes, und seitens des Mannes, das Begehren der Frau zu erregen bzw. zu kontrollieren [...]“ (ebd.).

Neben den psychoanalytischen Deutungsmustern, der Verflechtung von Körper-Identität und Genitalchirurgie, existieren noch psychologische Theorien mit wesentlicher Bedeutung.

Der Körper wird bei Michaela Langer in Anlehnung an Scheper-Hughes und Lock (1987) in einen natürlichen (individuellen) Körper, einen kulturellen (sozialen) und einen politischen Körper eingeteilt (Langer 2016: 58). Eine strikte Trennung ist selbstverständlich nur im Modell realisierbar, befinden sich doch auch im individuellen Körper soziale, kulturelle und politische Werte (ebd.). Abweichungen von gesellschaftlichen Körnernormen auf allen drei Ebenen werden sanktioniert, das Ideal wird angestrebt jedoch nur selten erreicht, weshalb die Unzufriedenheit am Körper nahezu die Norm im statistischen Sinne darstellt und psychisches Leid erzeugt. Das Körperbild bildet die Basis für das Selbstkonzept und die Identität, sodass negative Einwirkungen auf das Körperbild, negative Auswirkungen auf das Selbstkonzept sowie die Identität hat. Als Hauptmotiv für FGCS werden unter anderem ästhetische Gründe angegeben (ebd.). Diese können einem negativen Körperbild entsprungen sein, in welchem sich die gesellschaftlichen Norm- und Idealvorstellungen bereits eingeschrieben haben. Abläufe, wie die Einschreibung von Körnernormen ins Selbstbild sowie in die Identität, werden anhand dreier Theorien erläutert (ebd.: 58ff.). Albert Banduras ‚Lernen am Modell‘ (1963) erklärt das Imitieren von Handlungen, indem die Person sich entweder wertschätzende Wirkungen davon verspricht oder schädliche Konsequenzen von sich fernhalten möchte. Übertragungen von gesellschaftlichen Normen auf die individuelle Wahrnehmung verlaufen über den ‚sozialen Vergleich‘ so wie ihn Leon Festinger (1954) beschreibt. Hierbei liegt der Fokus auf der Normorientierung, die allgemeine Handlungsmaxime bereit hält sowie der Selbstbewertung, welche die eigene Leistung zu kategorisieren versucht (Ruble 1983 in Langer 2016: 60). Als letzter Mechanismus wirkt die ‚Internalisierung‘, welche die Verinnerlichung von sozialen Normen in die eigene Identität meint. Normvorstellungen sind daraufhin Teil des Selbst, Abweichungen von der Norm können infolgedessen zur Erschütterung des Selbstbildes führen (ebd.). Autonome Entscheidungen für eine FGCS sind für die Autorin vor diesem Hintergrund nur bedingt möglich, da die meisten Frauen folgende Formel bereits

internalisiert haben: „schön sein = dünn sein = gesund sein = sexy sein = geliebt werden = Erfolg im Leben haben = soziale Anerkennung“ (ebd.). In der Konsequenz können nach Langer Aussagen wie „ich möchte diese Operation für mich“ nicht mehr als autonome Entscheidungen eingestuft werden (ebd.: 61).

Jedoch können genitalchirurgische Eingriffe das Körper selbstbild positiv verändern, was sich auf eine Verbesserung des Selbstkonzeptes und der Identität auswirken kann, so die Psychologin. Die Verbesserungen betreffen jedoch nicht ‚pathologisch negative Körperbilder‘, wobei sie nicht näher ausführt, ab welchem Grad ein negatives Körperbild als pathologisch gelten kann/soll und diese Aussage ebenfalls entgegen Studienergebnissen von Goodman argumentiert (vgl. Kapitel 3.2.2). Allgemein sollen im Idealfall „Schönheitsmediziner [sic], Psychologen [sic] und Psychotherapeuten [sic]“ (Langer 2016: 68) zusammenarbeiten, um zum einen im Vorfeld zu klären, ob ein Eingriff bei dieser Patientin Erfolg haben kann und zum anderen, um den „große[n] Bedarf an empirischen Daten“ (ebd.) für die weiterführenden wissenschaftlichen Erkenntnisse gerecht zu werden.

Welche Pathologisierungen im Diskurs um das weibliche Genital und Patientinnen/Kundinnen von FGCS noch verhandelt werden, ist Gegenstand des nachfolgenden Unterkapitels.

#### **2.2.4. Pathologisierung des Normalen**

Wird im psychologischen Diskurs über die ‚Pathologisierung des Normalen‘ verhandelt, meinen die Autor\_innen gesamtgesellschaftliche Deutungsmuster, in welcher Abweichungen von „Idealvulven“ als Pathologie markiert werden. In der Auseinandersetzung der Psycholog\_innen liegt der Fokus auf den Negativeffekten für die psychische Gesundheit von Frauen. Sie gehen davon aus, dass ein geringes Selbstbewusstsein, Schamerleben, Meidungsverhalten und hierdurch eine verminderte Lebensqualität aus einem Mangel an Bewusstsein für die *normale* Variation der Schamlippen resultieren (vgl. Moran/Lee 2014; Borkenhagen et al. 2014; Veale et al. 2014).

Um dieser These nachzugehen führten Moran und Lee ein Experiment durch, in welchem sie Frauen unterschiedliche Bilder von Vulven darboten. Ziel des Experiments war es die Wahrnehmung dessen zu verstehen, was als *normal* und was als ‚wünschenswert‘<sup>15</sup> kategorisiert wird, um zu prüfen, ob Fehleinschätzungen zu ‚unnötigen Labienreduktionsplastiken‘ führen<sup>16</sup> (Moran/Lee 2014: 761)<sup>17</sup>.

Kulturelles Ideal legen sie dabei als, von den äußeren Schamlippen, umschlossenes Genital fest. Das Ideal resultiert nach Moran und Lee aus einer Unterrepräsentation der Vielfalt sowie die starke Fokussierung auf digital veränderte, an das Ideal angeglichene Bilder, wie sie in der Pornographie zu sehen sind (ebd.). Daneben pathologisiert die kosmetische Chirurgie eine *normale* Genitalvielfalt, indem sie hervortretende Schamlippen als *abnormal* darstellt und beschreibt (ebd.)

Beide Thesen konnten verifiziert werden: Erstens, dass diejenigen Studienteilnehmerinnen, welche zuerst ‚modifizierte Vulven‘ betrachteten, darauffolgende Bilder von diesen als *normaler* bewerten als ‚nicht modifizierte Vulven‘. Zweitens, dass unabhängig von der Reihenfolge der Bilderreihe, ‚modifizierte Vulven‘ als näher am gesellschaftlichen Ideal bewertet werden, als ‚unmodifizierte Vulven‘. Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass die Auswahl von Bildern die Wahrnehmung dessen verändern kann, was als *normal*, wünschenswert oder ideal gelten kann. Die Abwesenheit von ‚unmodifizierten‘ Genitalien in der kulturellen Repräsentation führt Moran und Lee zu folge dazu, dass Frauen Angst davor entwickeln *abnormale* Genitalien zu haben und trotz gesundem Körper sich einer Operation zu unterziehen (ebd. 762ff.).

---

<sup>15</sup> Im Originalen mit ‚desirable‘ deklariert. Durch die Übersetzung ist es möglich Verschiebungen im Sinngehalt zu evozieren, da ‚desirable‘ in vorliegendem Kontext ebenso gut mit ‚erstrebenswert‘, ‚begehrenswert‘ oder ‚attraktiv‘ übersetzt werden kann.

<sup>16</sup> Im Original: ‚unnecessary vulval surgery‘ – Bedeutungen können ebenfalls ‚verzichtbar‘ oder ‚unangemessen‘ sein, welches eine stärkere Auslegung wäre.

<sup>17</sup> Bereits an dieser Stelle wird deutlich, dass eine Unterscheidung in ‚gerechtfertigte FGCS‘ und ‚sinnbefreite FGCS‘ getätigt wird, wobei offenbleibt, anhand welcher Trennlinien dies festgemacht wird oder werden kann. Wenig später wird die Durchführung des Experiments sogar mit der Sorge über diesen Umstand legitimiert: „Our research is informed by a concern that unrealistic concepts lead to genital dissatisfaction and encourage women to seek unnecessary labiaplasty“ (Moran/Lee (2014: 762).

Auf Grund der Tatsache, dass sich die Wissenschaften noch nicht auf eine einheitliche Definition über *Abnormalität* und *Normalität* verständigen konnten, operiert auch der psychologische Diskurs flexibler bei der Auslegung. In vorliegendem Diskurs über FGCS gibt es keine Definition von *abnormen* Genitalien. Alle Vulven werden als *normale* Genitalien gehandelt. Dies ist der Hauptunterschied zum Diskurs der plastischen Chirurgie, welcher *abnormal* definiert und das *Normale* nur als Leerstelle existiert. *Normalität* im Sinne der statistischen Größe mit seiner Varianz wird durch die sehr engen Definitionen von Labienhypotrophie pathologisiert. Daraus ergeben sich für viele Frauen die Angst als *abnormal* und eng damit verbunden als *unnatürlich* zu gelten: „It is disgusting, not natural and certainly not something a 22 years old should have“ (Veale et al. 2014: 560).

Um psychisches Leiden - begründet durch die Vorstellung von *normal/natürlich* sowie die Wahrnehmung von vermeintlichen *abnormalen* Genitalien - zu vermindern, plädieren die Vertreter\_innen des psychologischen Diskurses auf eine verstärkte Sichtbarmachung von Genitalvielfalt und verbindlichen Definitionen (Borkenhagen 2013; Veale et al. 2014; Runacres/Wood 2016; Women's Health Victoria 2013; Moran/Lee 2013; Moran/Lee 2014).

Die Sichtbarmachung allein ist jedoch ambivalent und wird von manchen Autor\_innen als Ausgangspunkt der Entwicklung zu ästhetisch-plastischen Eingriffen im Intimbereich der Frau gesetzt.

### **2.3. Die Vulva als öffentlicher Ort<sup>18</sup>**

Die medizinisch-technische Möglichkeit von Labienreduktionsplastiken allein erklärt noch nicht das vielseitige Interesse an diesem Verfahren und die steigende Inanspruchnahme dessen. Neben bereits dargelegten Deutungsmustern wird in der wissenschaftlichen Auseinandersetzung der 'Sichtbarwerdung des weiblichen Genitals' in der Öffentlichkeit ein nicht unerheblicher Einfluss für die Inanspruchnahme beigemessen:

---

<sup>18</sup> Entlehnt aus Meßmer 2012

*Labioplastiken sind lediglich eine logische Folge anderer kultureller Praktiken, die entwickelt wurden und dem weiblichen Genitale eine erhöhte Aufmerksamkeit und Sichtbarkeit zukommen ließen [...] In diesem Kontext ist das Trimmen der sichtbaren kleinen weiblichen Schamlippen Teil eines Kontinuums (Allorety [sic] et al. 2001 zitiert nach Borkenhagen 2008a: 24<sup>19</sup>).*

Feministische Forderung der zweiten Frauenbewegung Ende der 1960er Jahre bezogen sich auf die Politisierung des Privaten, konkret auf die Sichtbarwerdung von Körpern in der Öffentlichkeit. Die Parole ‚das Private ist politisch‘ hatte Erfolg und daraus resultierte, dass Körper nun zu ‚Mikroöffentlichkeiten‘ (Illouz 2011 zitiert nach Meßmer 2012: 120) wurden (ebd.). In der Konsequenz ist der Körper und die Intimität zu einer „Sphäre der Streitigkeiten und des Feilschens“ geworden (Illouz 2011 in ebd.).

Wie politisch das Private ist, konnte Meßmer anhand einer Wikipediadiskussion über die Darstellung einer Vulva auf der Hauptseite der online Enzyklopädie sehr anschaulich darlegen (vgl. Meßmer 2012 ). Gesellschaftliche Vorstellungen einer *normalen, richtigen und gesunden* Vulva konnten in den Diskussionsbeiträgen analysiert werden. Forderungen bei einer *normabweichend* empfundenen Vulva umfassten Pflege- und HygieneprozEDUREN, die Intimirasur sowie chirurgische Eingriffe. Sichtbarkeit in der Öffentlichkeit ist offenbar ambivalenter als es im psychologischen Diskurs angenommen wird. Allein die Sichtbarwerdung von weiblichen Genitalien trägt nicht dazu bei, dass das vorherrschende Genitalideal dekonstruiert wird. Die Öffentlichkeit bietet den Raum für Verhandlungen über *Norm* und *Abweichung*. Dabei werden Optimierungsnotwendigkeiten konstruiert, um einer *Genitalnorm* gerecht zu werden, genauer gesagt einer ‚*Denormalisierung*‘ (Link 1997) zu entgehen (Meßmer 2012: 127).

Als einen Teil der kulturellen Entwicklung, in welcher dem weiblichen Genital seit den 1990er Jahren eine vermehrte Aufmerksamkeit zugekommen ist, ordnet Borkenhagen die Genitalchirurgie ein (Borkenhagen 2008a, Borkenhagen 2014, 2016). Im Fokus der Erklärung stehen das Ineinandergreifen von Akt- und Pornodarstellungen in Medien, der Intimirasur und Oralsex bei Frauen (ebd.). Im Zuge der Ablichtung von nackten und erotischen Körpern, welche in den späten

---

<sup>19</sup> Hier ist ein Zitierfehler bei Borkenhagen, es handelt sich um Allotey et al. (2001) mit ihrem Journalartikel: The politics of female genital surgery in displaced communities.

1990er Jahren voll- oder teilrasiert waren, etablierte sich die Intimirasur als *Norm* (ebd.). Einen interessanten Einblick in die deutschen Moden der Intimirasur von den 1920ern bis 1990ern gibt Franziska Lamott: dabei ist zu erkennen, dass die Sichtbarwerdung des weiblichen Genitals immer mit kulturellen und politischen Kämpfen einherging.

In den 1920er Jahren galt die Intimirasur als ‚Symbol emanzipierter Weiblichkeit‘ (Lamott 2017: 48). Das Schönheitsideal in den 1930ern hingegen sollte der ‚naturbelassene‘ Zustand der Frau‘ sein (ebd.). Rasierte Körper, beeinflusst durch die USA und durch Bikinimoden vorangetrieben, galten in den 1950er Jahren als ästhetische *Norm*, *Abweichungen* wurden als unzivilisiert gedeutet (ebd.). Ausgelegt als Befreiung von Fremdbestimmungen über den Körper, wurde in den 1960er Jahren die Rasur wieder abgelehnt (ebd.). Modebewusste Frauen in den 1990er nahmen den Gestaltungsimperativ von Schönheit, der nun wieder die Rasur miteinschloss, auf und durch die knappe Bikinimode dieser Zeit war die Intimirasur für modebewusste Frauen obligatorisch (ebd.).

Parallel dazu entwickelte sich ein Diskurs über Oralsex bei Frauen, den es so in aller Öffentlichkeit zuvor noch nicht gegeben hatte. ‚Frauenzeitschriften‘ machten diese Sexualpraktik überaus populär und setzten dabei gleichzeitig die Intimirasur als Bedingung für eben jene Praktik voraus (vgl. Borkenhagen 2008, 2014, 2016). Im Zuge der neuen Sichtbarkeit und mit den daraus resultierenden ästhetischen *Normen* des Genitalbereichs griffen Werbematerialien immer öfter auf die Darstellung von genormten Weiblichkeitsbilder und der konkreten Darstellung vom weiblichen Intimbereich zurück (Borkenhagen 2016: 48). Das Idealbild folgt dabei traditionellen Sittlichkeitsvorstellungen, in welcher der Frau Passivität und Verborgtheit ihrer Genitalien vorgeschrieben wird (ebd.). Die Vielfalt der weiblichen Genitalien ist in den Medien und der Werbung nicht existent, sogar in manchen neueren Anatomiebüchern erscheinen hervortretende innere Schamlippen nicht (Women’s Health Victoria 2013: 19). Dabei haben die Medien einen enormen Einfluss auf Vorstellungen von gutem/schlechten Aussehen, Gesundheit, Krankheit und Sexualität (Sullivan 2001 in Braun 2005: 409). In Australien unterliegt die Darstellung weiblicher Genitalien in Magazinen genauen Richtlinien:



*Realistic depictions of sexualised nudity should not be high in impact. Realistic depictions may contain discreet genital detail but there should be no genital emphasizes. Prominent and/ or frequent realistic depictions of sexualised nudity containing genitalia will not be permitted (Guidelines for the Classification of Publications 2005 zitiert nach Women's Health Victoria 2013: 20).*

Daraus folgt, dass viele Darstellungen zuvor digital verändert werden müssen, sodass sie den Forderungen nach ‚diskreten Details‘ entsprechen. Dieser Vorgang wird nicht transparent gemacht und kann dadurch die Wahrnehmung der eigenen Genitalien verzerren (ebd.), denn „gerade im Kontext der Abwesenheit sichtbarer ‚realer‘ Vulven formiert sich das Ideal der Unsichtbarkeit, d.h. der geschlossenen Vulva“ (Meßmer 2012: 131).

Die verzerrte Wahrnehmung beschränkt sich nicht nur auf Australien, die *Idealvulva* hat in der ganzen westlichen Welt an Präsenz gewonnen und damit auch ein Schönheits- und Gestaltungsimperativ erschaffen (Borkenhagen 2016: 52), welcher sich manches Mal in Form von Labienreduktionsplastiken materialisiert.

Darstellungen einer Vulva werden in der öffentlichen Auseinandersetzung mit Pornografie in Verbindung gesetzt (vgl. Meßmer 2012), sodass der Einfluss von Pornografie auf die Labioplastie ebenfalls ein Untersuchungsfeld im Diskurs darstellt.

### **2.3.1. Die ‚Porn Thesis‘<sup>20</sup>**

Kurz gefasst besagt die ‚Porn-These‘, dass Frauen Pornografie konsumieren, darüber das Intimideal internalisieren, welches sodann zu Unzufriedenheit mit dem eigenen Genital und darüber hinaus zur Labioplastie führen kann. Populärmedien verbreiten diese These, aber auch im wissenschaftlichen Diskurs fließt sie mit ein (vgl. Green 2005; Schick et al. 2011; Newton, 2012; Borkenhagen). Pornografische Bilder sind durch das Aufkommen kostenloser Internetportale für jede\_n jederzeit abrufbar. Laut einer Studie haben bereits 42% der unter 13- Jährigen in Deutschland pornografische Inhalte gesehen, 79% sind es bei den 14 - 17 – Jährigen (Borkenhagen 2016: 48).

---

<sup>20</sup> Bethany Amber Jones prägte den Begriff in ihrer Dissertation 2014/2015

Innerhalb dieses Genres wird eine sehr enge Varianz von *Normalität* abgebildet, wie Schick et al. in der Bildanalyse des pornografischen Magazins ‚Playboy‘ zeigen konnten (Schick et al. 2011). Untersuchungsgegenstand waren die Poster im Magazin, die stets eine nackte Frau über drei DIN A 4 – Seiten abbilden. Das Poster gebührt dem ‚Model des Monats‘ und aus diesem Grund ist davon auszugehen, dass sie das Idealbild verkörpern.

Begonnen mit der Ausgabe im Dezember 1953 erstreckt sich der Untersuchungszeitraum bis November 2007 und umfasste 647 Poster. Zu den untersuchten Merkmalen zählen: Die Sichtbarkeit des Venushügels, der Schamhaare, der äußeren Labien, der inneren Labien sowie die Farbnuancen der inneren Labien. Darüber hinaus werden Körpermaße wie Oberweite, Taillen- und Hüftumfang, Körpergröße und Gewicht vermerkt. (Schick et al. 2011: 75). Zentrale Ergebnisse bezogen auf das Genitalerscheinungsbild sind die vermehrte Sichtbarkeit des Venushügels und der äußeren Labien. Des Weiteren ist - je aktueller die Ausgaben - weniger Schambehaarung zu sehen. Insgesamt 16 Poster zeigen die äußeren Labien, darunter lediglich zwei Darstellungen, in welchen die inneren Labien zu sehen sind, wobei diese die äußeren Labien nicht überlappen. Variationen in den Farbnuancen der inneren Labien ist nicht gegeben, ausschließlich pink und dezente Rottöne werden abgebildet (Schick et al. 2011: 76f.).

Eine weitere Analyse des Bildmaterials im Playboy Magazin aus den Jahren 2007 und 2008 zeigt bei 185 Fotografien ähnliche Ergebnisse. Mehr als 80% der Vulven sind dort teil- oder vollrasiert und bei den Darstellungen, welche die inneren Labien darstellen treten nur 2,7% hervor. Lediglich eine Vulva wich von der pink- bis rot-Tönung ab (Schick et al. 2011: 77f.).

Die analysierten Körper in pornografischen Medien erscheinen wie die Barbie Puppe: mit vergrößerter Brust, schlanker Figur und vorpubertär wirkenden Genitalien. Als Symbol der Vollkommenheit und der Schönheit wird die Barbie Puppe in den USA gehandelt (Kuther & McDonald 2004 in ebd. 78). Die Figur ist unerreichbar für den menschlichen Körper, aber deckt sich dennoch mit den Schönheitsidealen in den Playboy Magazinen.

Dementsprechend bestätigen die Ergebnisse eine *Normalisierung* eines *unnatürlichen* Genitalerscheinungsbildes in pornografischen Darstellungen, so das Resümee des Forschungsteams (Schick et al. 2011: 77).

Allerdings ist diese Aussage nur bedingt verallgemeinerbar, denn 'pornografische Darstellungen' beziehen sich in dargelegter Studie lediglich auf einen kleinen Ausschnitt, die Internetpornografie ist davon beispielsweise ausgeschlossen.

Kosmetische Chirurg\_innen stützen die These oft, dass die Internetpornografie für eine Vervielfachung der Anfragen bezüglich einer ‚Designer-Vagina‘ verantwortlich ist (Newton 2012 in Jones 2015: 86). Auch Virginia Braun führt die jugendliche Genitalästhetik, in der die inneren Labien verborgen sind auf die ‚unwirkliche Vulva‘ in der heterosexuellen, männerorientierten Pornografie zurück (Braun 2005: 413).

In der Internetpornografie findet sich jedoch ein gewisses Spektrum an unterschiedlichen Vulven und nicht nur 'die Designervagina' (Howarth et al. 2010).

Nichtsdestotrotz werden pornografische Playboy-Bilder als Vorlage für die gewünschte Operationen von Frauen in die Kliniken mitgebracht (Braun 2005: 413). Auch Schick, Rima und Calabrese (2008) identifizieren die Genitalunzufriedenheit von Frauen im Einfluss pornografischer Bilder. In ihrer Studie bewerteten Frauen pre-operative Vulven weniger attraktiv als post-operativer Vulven und Playboy-Vulven (Schick et al. 2011: 79). Wie hoch der Anteil von ‚Idealvulven‘ in der Internetpornografie ist, kann aufgrund der Masse an Datenmaterial vermutlich nie ganz geklärt werden, allerdings wird im Diskurs meist von einem sehr hohen Anteil ausgegangen. In diesem Zusammenhang kann die Theorie der konditionierten erotischen Reize ein Erklärungsansatz von großer Bedeutung sein. Sie legt nahe, dass die konditionierten Reize der Pornografiedarstellerinnen mit 'Idealvulva' bei heterosexuellen Männern den Wunsch nach einer Sexualpartnerin mit vergleichbarer Vulva evoziert und gleichzeitig wird bei Frauen der Wunsch nach einer solchen Vulva hervorgerufen (Keil 2010 in Women´s Health Victoria 2013: 20).

Eine Reihe von Wissenschaftlerinnen bekräftigen, dass sowohl die Schamhaarentfernung als auch die Pornografie zwei zentrale Faktoren sind, die

den Anstieg der Labienreduktionsplastiken erklären (vgl. Green 2005; Braun/Tiefer L. 2009; Rodrigues 2012; Borkenhagen 2016).

Entgegen dieser Annahme kritisieren Nurka und Jones, dass Frauen nicht die Zielgruppe für Pornographie darstellen, sodass Frauen diese nicht in dem Maße konsumieren, dass sie zu Genitalunzufriedenheit führen (Nurka 2019: 12). Differenzierter stellt sich Jones (2015) der Porn-These, wofür sie fünf Kritikpunkte offeriert, welche zeigen sollen, dass die Grundannahmen der Porn-These nur bedingt zutreffen. Mit einer international angelegten empirischen Arbeit versuchten Jones zusammen mit Nurka die vereinfachte Darstellung der Porn-These zu testen. Mehr als 1000 Frauen aus insgesamt 25 Ländern wurden angehalten auf zehn Likertskalen und 14 offenen Fragen zu antworten (Jones/Nurka 2015). Erkenntnisse aus der Studie sowie die Auseinandersetzung auf theoretischer Ebene ergaben folgende Kritikpunkte:

Dazu gehört zum einen die bereits dargelegte Annahme, in der Internetpornografie werden allein ‚Designervulven‘ gezeigt, welche von Howarth et al. falsifiziert werden konnte. Jedoch muss festgehalten werden, dass in (pornografischen) Printmedien, wie es Schick et al. dargelegt haben oder durch staatliche Vorschriften wie in Australien (vgl. Women’s Health Victoria 2013), lediglich retuschierte Vulven präsentiert werden.

Weiter wird die rapide wachsende Anzahl an kosmetischen Chirurgien mit dem schnell wachsenden Einfluss der Pornografie erklärt. Ansteigende Nachfrage kann jedoch mit dem Bevölkerungswachstum oder sinkenden Preisen erklärt werden.

Zusätzlich gibt es keine verlässlichen Daten zu der Anzahl von Eingriffen, da der Privatsektor dazu keine Angaben machen muss. Aussagen von plastischen Chirurg\_innen, dass es sich um ein aufstrebendes Feld handelt, sollten kritisch betrachtet werden, da sie ein enormes Interesse an einer *Normalisierung* solcher Verfahren haben (Jones 2015: 3f.).

Behauptungen Frauen seien (aufgrund der pornografischen Bilderflut) unzufrieden mit dem Aussehen ihrer Genitalien entstammen eher Populärmedien, wobei diese Annahme auch im wissenschaftlichen Diskurs vorhanden ist (ebd). Jüngere wissenschaftliche Studien zur Genitalzufriedenheit in den Jahren 2009-

2012 entkräften die These: nach Bramwell und Morland (2009) haben nur 3% der Frauen noch nie das Gefühl gehabt, ihre Genitalien wären *normal*. Hingegen gaben 50% der Frauen an ‚immer‘ zufrieden mit dem Aussehen ihrer Genitalien zu sein und knapp 50% sind zeitweise unzufrieden mit dem Erscheinungsbild (Bramwell/Morland 2009). Der Trend zur eigenen Abwertung der Genitalien kann in der Folge nicht bestätigt werden (Jones 2015: 5f.).

Die vierte Annahme der Porn-These stützt sich auf die vermeintlich rapide wachsenden Labioplastiken und stellen einen Kausalzusammenhang her. Neben der ungesicherten Datenlagen zum Anstieg ist es zudem nicht zulässig eine Kausalität zu konstruieren, aufgrund einer angenommen Korrelation beider Phänomene (ebd.). Die Studie von Sharp et al. gibt dahingehend Aufschluss. Mithilfe des ‚Tripartite Influence Model‘ untersuchten sie, neben anderen soziokulturellen Einflüssen, die Wirkung von Internetpornografie auf die Abwägung von Labienreduktionsplastiken (Sharp et al. 2015). Innerhalb der Kategorie der Medien hatte die Internetnutzung sowie die Pornografie große Einflüsse auf Abwägungsprozesse. Im Gegensatz zu anderen Medienquellen sind das Internet und die Pornografie dazu geneigt vermehrt Bilder von weiblichen Genitalien zu zeigen. Dargestellte Bilder haben nachweislich einen Einfluss auf die Unzufriedenheit der Genitalien, welche die Haupteinflussgröße im Model darstellt. Der größte Teil der Einflussnahme verläuft dabei indirekt über die ‚Internalisierung des Genitalideals‘ und des ‚Vergleichs mit Anderen‘ (Sharp et al. 2015). Eine einfache Kausalkette muss nach diesen Erkenntnissen folglich verworfen werden.

Zudem vernachlässigt die Porn-These Variablen individueller Unterschiede im Umgang mit kulturellen Erwartungen. Die Wirkmächtigkeit von kulturellen Phänomenen erklärt nicht die Differenz innerhalb der Frauen, die sich für oder gegen Labienreduktionsplastiken aussprechen (Jones 2015: 8). Im Kontext der vereinfachten Porn-These-Deutungen werden wichtige soziodemografische Merkmale nicht berücksichtigt. Bildung oder sexuelle Orientierung haben bewiesenermaßen Einfluss auf Bewertungen der eigenen Vulva sowie Erfahrungen mit sexueller Objektivierung (Jones/Nurka 2015: 94ff.). Daneben

werden Deutungen verhandelt, die sich unter 'Pornografisierung' des Alltags<sup>21</sup> oder im englischsprachigen Raum als ‚pornification‘<sup>22</sup> subsumieren lassen. Dabei geht es nicht so sehr um die Feststellung einer Kausalität zwischen Pornografie und Genitalchirurgie, sondern um einen Prozess der ‚Pornografisierung‘ in die (Alltags-)Kultur zu beschreiben. Pornografische Inhalte sind allgegenwärtig, sichtbar, konsumierbar und haben einen Einfluss auf die Subjektkonstitution (Borkenhagen 2016; Grabe/Hyde 2009). Allerdings kritisieren Jones und Nurka die fehlende analytische Schärfe, denn bereits sexuell aufreizende Darstellungen in der Werbung zählen zur ‚Pornografisierung‘. Eine Überprüfung der These ist in der Konsequenz nicht möglich (Jones/Nurka 2015: 70). Sie präferieren das Konzept der ‚sexuellen Objektivierung‘, da sie die Idee einer ‚Pornografisierung des Alltags‘ anerkennen und dabei ein Begriff verwenden, der sich für weitere Studien besser operationalisieren lässt (ebd.).

Die ‚pornografisierte‘ oder ‚sexuell objektivierte‘ Sichtbarwerdungen von Vulven scheint kulturelle Idealbilder neu zu konstruieren und dabei traditionelle Vorstellungen zu reproduzieren. Dieser Mechanismus wird im nachfolgenden Kapitel eine zentrale Rolle spielen.

#### **2.4. Kontinuum einer patriarchalen und rassifizierenden Medizin**

In diesem Deutungsmuster wird eine Perspektive eingenommen, die sich von Zeitdiagnosen entfernt und dabei auf die historischen Kontinuitäten konzentriert, welche zu Genitalscham bei Frauen und in der Konsequenz zu Labioplastien führen kann. Nurka argumentiert in ihrem 2019 erschienenen Buch ‚Female Genital Surgery. Deviance, Desires and the Pursuit of Perfection‘, dass der Wunsch nach einer ‚Designervagina‘ oder einer ‚Vollkommenen Vulva‘ in historischen Praktiken und – medizinischem Wissen wurzelt. Diese dienten dazu, *normalen* und *abnormalen* Sex sowie Sexualitäten zu definieren. Das alles

---

<sup>21</sup> Der Ausdruck wird vorrangig von Borkenhagen verwendet

<sup>22</sup> Im Diskurs von Grabe und Hyde geprägt

geschah innerhalb geschlechtsspezifischer, sexualisierter, rassifizierender und klassifizierender Machtverhältnisse.

Den Fokus von gegenwärtigen (post-)modernen oder spätkapitalistischen Deutungen zu entfernen, ist der Versuch bisher unentdeckte Narrative und Deutungen zu erfassen – als Weiterführung eines feministischen Projektes (Nurka 2019: 15).

Gegenstand der Untersuchung sind medizinisch-wissenschaftliche Wissensproduktionen, die den Kontext für die aktuellen westlichen plastisch-ästhetischen Praktiken an den weiblichen Genitalien geprägt haben: Das Verständnis der Vulva in der griechisch-römischen Antike, der Renaissance, in der Frühneuzeit, im viktorianischen Zeitalter sowie am Anfang des 20. Jahrhunderts wurden für dieses Vorhaben durchexerziert (Nurka 2019).

Nurka knüpft darüber hinaus ebenfalls an den Webseiten der kosmetischen Chirurgie an: Es ist bezeichnend, dass die Darstellungen in der Regel *Weiß*<sup>23</sup> nackte Körper zeigen, die ihre Genitalien mit den Händen oder unter einer weißen Unterhose verdecken. Das *Weißsein* ist in der visuellen Aufbereitung allgegenwärtig und repräsentiert das *Normale* (Nurka 2019: 116). Frauenkörperdarstellungen auf den Webseiten werden als „image of the ideal white woman within heterosexuality“ (Dyers 1997: 122 zitiert nach Meßmer 2017: 153 in Szene gesetzt. *Normalität* und Weiblichkeit kulminieren in der Idee der Intimchirurgie.

Dabei handelt es sich um das Erreichen oder das Wiederherstellen einer verlorenen ‚Weiblichkeit‘. Welche Qualitäten ‚Weiblichkeit‘ besitzen muss, um politische und sozial anerkannte Werte zu repräsentieren können soziologische qualitative Analysen – in Form von Interviews - nicht ans Licht bringen, so Nurka.

Mittels der Bedeutung von Fantasie widmet sich die Autorin deshalb diesen Qualitäten: Fantasie ist die mentale Projektionen eines Verlangens nach einem Ding oder Sein, das uns derzeit nicht zugänglich ist (Nurka 2019: 201). Für Freud ist das Leben Schmerz und die Fantasie eine substitutive Befriedigung, die es uns

---

<sup>23</sup> Um auf die politisch- soziale Konstruktion der Hautfarben aufmerksam zu machen und sie nicht als biologische Eigenschaft wirken zu lassen schreibe ich *Weiß* und *Schwarz* groß und kursiv

ermöglicht, eine grausame und unfassbare Welt zu ertragen. Ein feministischer psychoanalytischer Ansatz erkennt in der kosmetischen Chirurgie die Bedeutung des Körpers als kritischen Ort der Fantasieproduktion. Fantasien sind verkörpert und Körper sind durchzogen von Kultur. Körperliche Ordnung ist für Douglas das Spiegelbild sozialer Ordnung. Das bedeutet, wie die feministische Philosophin Grosz in Nurkas Buch erklärt, dass der Körper die folgenden Funktionen innehat:

*to represent, to symbolize, social and collective fantasies and obsessions: its orifices and surfaces can represent the sites of cultural marginality, places of social entry and exit, regions of confrontation of compromise. Rituals and practices designed to cleanse or purify the body may serve as metaphors for processes of cultural homogeneity (Grosz 1994: 193 zitiert nach Nurka 2019: 203).*

Eine *Normvulva* hält Nurka für eine Fantasie, da sie eine imaginäre Projektion von Geschlecht ist, die gegenüber tatsächlichen vielfältigen und vor allem nicht binären Variationen intolerant ist. Die Labioplastie appelliert hingegen an die kulturelle Fantasie der *Normalität* von Begehren und Sein und ist damit viel mehr als nur der Schönheit verpflichtet. Die perfekte Vulva ist das Objekt der Begierde, der Weiblichkeit und der heterosexuellen Funktionalität. Das lässt die Patientinnen zu *normalen* Frauen werden; es ähnelt der Chirurgie an intersexuellen Säuglingen, die ebenfalls den Zweck erfüllen ein kohärentes und *normales* Geschlecht herzustellen (Nurka 2019: 205f.)

Weiter besitzt die Vulva eine symbolische Funktion in Bezug auf die Konstruktion von rassifizierten Unterschieden, die ihre Anfänge im Diskurs der frühen Kolonialzeit hat. Aktuell gibt es ein Backlash kolonialer Angst *Weißer* Weiblichkeit, ‚rassifizierter Kontaminationen‘ ausgesetzt zu sein (Nurka 2019: 115). Der Diskurs ist verwurzelt in „the deep cultural fear of the Black figured in the psychic trembling of Western sexuality“ (Bhabha zitiert nach Nurka/Jones 2013: 418). Die Angst vor der *Abnormalität* in Bezug auf die Vulva erscheint als Verschiebung rassistischer Erniedrigungen auf die Genitalien und produziert den weiblichen Körper als Grenzobjekt, auf den der Wunsch nach *Weißsein* übertragen wird. Dabei identifizieren Jones und Nurka zwei ineinandergreifende Merkmale in der Produktion von *Weißem* Begehren: Die Ablehnung eines animalischen Körpers und die Korrektur der sexuellen Abweichung, die beide auf



das ‚exotisch Andere‘ referieren und in den rassistischen Diskursen der Kolonialzeit hervorgebracht wurden (Nurka/Jones 2013: 418).

Sichtbare Labien als Abweichung und damit das pathologisierende Konzept von ‚Hypertrophie‘ geht auf europäische Wissenschaftler im 17. Jahrhundert zurück. Sie studierten die Labien von indigenen Khoi-Frauen vom Kap der Guten Hoffnung und benannten sie als ‚Hottentotten-Schürze‘ (Nurka 2019: 14). Einer davon schrieb 1668, dass „die Auskleidung des Körpers lose zu sein scheint, so dass an bestimmten Stellen ein Teil davon heraushängt“ (Dapper 1668 zitiert nach Nurka/Jones 2013: 419). Neben Assoziationen vom pathologischen (weiblichen) Körper evoziert der Begriff ‚Hypertrophie‘ affektive Zuordnungen mit schlechter Gesundheit, Ekel sowie Scham und ist durch rassistische Wissenschaftsdiskurse geprägt, die der ‚Hypertrophie‘ ihre Verbindung zur *Schwarzen* Weiblichkeit gab. Braun und Tiefer stellen ebenfalls fest, dass die von der kolonialen Rassenstudien entwickelten Techniken der Genitalmessung dafür da waren „to determine pathological difference, inappropriate feminine embodiment and (hyper)sexuality“ (Braun/Tiefer L. 2009) und diese sich im zeitgenössischen diagnostischen Diskurs um ‚Hypertrophie‘ nun wiederholen (ebd.).

Das Verständnis der kolonialzeitlichen Bedeutung der ‚Hottentot-Schürze‘ mit der Konstruktion geschlechtsspezifischer und ethnischer Unterschiede ist von wesentlicher Bedeutung, wenn die kulturellen Gründe für das Phänomen der ‚Vulvovaginal aesthetic surgeries‘ adäquat historisiert werden soll (Nurka/Jones 2013: 420).

In einer Dissertation aus dem Jahr 1864 stellten die Naturwissenschaftler W.H. Flower und James Murie die These auf, dass die Labien der Khoi-Frauen sich „at once from those of any of the ordinary varieties of the human species (C.W.D. 1867 zitiert nach Nurka/Jones 2013: 428) unterschieden. Blainville beschrieb die Labien dieser Frauen mittels tierischen Vergleichen: ‚strips of sheep-skin‘ (ebd.). In ‚Anomalies and Curiosities of Medicine‘ (1901) konstruierten die Autoren ein Zusammenhang zwischen der Größe der Labien und evolutionärer Entwicklung und deuteten einen phylogenetischen Zusammenhang zum Orang- Utan an. Es gibt zahlreiche weitere Beispiele, welche die Vulva in Zusammenhang mit

rassifizierenden, abwertenden Entitäten bringt, denen ich hier aber nicht weiter Raum geben möchte. Insgesamt kann für die ‚sexualised racism‘- Perspektive, in der vor allem Nurka und Jones vertreten sind, festgehalten werden, dass die Labia Minora als primäres Anzeichen für eine Abweichung von der zivilisierten Menschheit und der Weiblichkeit benutzt wurde (Nurka/Jones 2013: 427ff.).

Daran anschließend dienen die Schlussfolgerungen über die *Schwarze* Labia Minora der historischen Entwicklung der Medikalisierung der ‚Hypertrophie‘ in der westlichen Wissenschaft (ebd.). Angenommene Auswirkungen auf die Wahrnehmung ästhetisch- plastischer Chirurgie und der konträren Wahrnehmung von Genitalmodifikationen werden im nächsten Kapitel nachgezeichnet.

#### **2.4.1. FGC<sup>24</sup>vs. FGCS – Good medicine vs. bad Mutilation<sup>25</sup>**

Intimmodifikationen werden im Diskurs oftmals sehr homogen behandelt, teilweise wird beispielsweise die Brustoperation und andere ästhetische-plastische Chirurgen bezogen auf Motive und Auswirkungen mit der FGCS gleichgesetzt. Demgegenüber wird eine gewisse Intimmodifikation ganz gesondert verhandelt: die weibliche Beschneidung. Eine ‚Intimmodifikation mit langer Tradition‘, wie Utz-Billing und Kentenich ihren Aufsatz labeln (Utz-Billing/Kentenich 2010). Die bewusste Distinktion werfen zumindest einige Autor\_innen (vgl. Nurka 2019, Nurka/Jones 2013, Ashong/Batta 2012, Whitcomb 2011, Bennett 2012; Antinuk 2013, Dorneles de Andrade et al. 2010, Ahmadu/Shweder 2009, Meßmer 2017) einem undifferenzierten Diskurs über Intimchirurgie vor. Sie sind der Auffassung, dass Differenzen zwischen den Praktiken der FCGS und der FCG aufgebauscht und dabei die Gemeinsamkeiten untergehen würden. Kosmetische Intimchirurgie wirkt mittels der Abgrenzung zur ‚bad mutilation‘ (Nurka) als überaus legitime Praktik (vgl. Meili 2008). Sie ko-konstituieren sich, sie brauchen einander um das

---

<sup>24</sup> FGC ist die Abkürzung für „Female Genital Cutting“ und mit dem ebenfalls neutraleren Begriff der „weiblichen Genitalbeschneidung“ (engl. „Female Circumcision“) vergleichbar. Im Diskurs finden sich noch häufig die Begriffe „Female Genital Mutilation“ (FGM) zu deutsch: „weibliche Genitalverstümmelung“, welche eine stärkere politische Aussagekraft transportieren soll. Über die Verwendung der Begriffe ist man sich in der internationalen Debatte nicht einig. Für einen Überblick der Debatten eignen sich die Einleitung und die Beiträge in Abusharaf (2006).

<sup>25</sup> Entlehnt aus Nurka (2019).

„wiederkehrende Thema der ‚patriarchal-brutalen Genitalverstümmelung‘“ (Meßmer 2017: 230) von der ‚sanften Technik‘ (ebd.) der Intimchirurgie abzugrenzen.

Zur besseren Einordnung folgen zum einen die Kurzdefinition der WHO, sowie eine Zusammenfassung der unterschiedlichen Arten der Praktik von Terres des Femmes: „Female genital mutilation comprises all procedures involving partial or total removal of the external female genitalia or other injury to the female genital organs whether for cultural or other non-therapeutic reasons“ (Weltgesundheitsorganisation et al. 1997).

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) unterscheidet vier Formen von FGM:

1. «Klitoridektomie»: Die teilweise oder komplette Entfernung der Klitoris und/oder der Klitorishaube.
2. «Exzision»: Teilweise oder komplette Entfernung der Klitoris und der kleinen Schamlippen mit oder ohne Entfernung der grossen Schamlippen.
3. «Infibulation» / «Pharaonische Inzision»: Teilweise oder komplette Entfernung der äusseren Genitalien und Zunähen der verbleibenden Haut bis auf eine kleine Öffnung.
4. Diverse, nicht klassifizierbare Praktiken so zum Beispiel Einstechen, Einschneiden oder Einreißen der Klitoris (Gruber et al. 2005)

Das Alter während der Durchführung variiert enorm, je nach Region kann es im Säuglingsalter stattfinden oder während der Hochzeitsnacht. In Westafrika wird der Eingriff während der ersten Schwangerschaft verrichtet (Utz-Billing/Kentenich 2010: 135).

Wer sich am wissenschaftlichen Diskurs über Intimchirurgie beteiligt, kreuzt oftmals den Themenkomplex rund um die Genitalbeschneidung. Es handelt sich um einen Themenkomplex, welcher vielseitige kritische und kontroverse Diskursstränge/ fragmente miteinander verbindet. Shell-Duncan und Hernlund konstatieren bezugnehmend auf die Debatte:

*A reclassification has taken place: the local has become a global concern, >female circumcision< has become >female genital mutilation< (FGM), and a >traditional practice< has become a >human rights violation<. Under the gaze of international attention, the issue of female >circumcision< has come to constitute a site for a number of emotionally charged debates around cultural relativism, international human rights, racism and western imperialism,*

*medicalization, sexuality, and patriarchal oppression of women, resulting in an onslaught of discussion and writing on the topic. Yet misunderstanding, confusion, and controversy over the complex dimensions of this issue have not been resolved (Shell-Duncan/Hernlund 2001: 1)*

In Nurkas Argumentation haben rituelle Beschneidungen, kosmetische Intimchirurgie und Eingriffe bei Intersex - Säuglingen alle ein gemeinsames Ziel: das weibliche Geschlecht zu feminisieren (Nurka 2019: 209). Diese Analogie sollte berücksichtigt werden, da sonst normative Aussagen über das ein oder andere nur fehlgeleitet werden.

Ein Argument für FGCS ist, dass es der sexuellen Empfindlichkeit nicht schaden würde – ein solches Argument gibt es bei der rituellen FGC nicht, obgleich sich einzelne Eingriffe sehr ähneln (Nurka 2019: 214); Klitoris-, Klitorishauben- und Labia Minora Reduktionen, die medizinisch nicht notwendig sind, genießen einen legalen Status. Ähnliche Praktiken der FGC dagegen stehen unter Strafe (Utz-Billing/Kentenich 2010: 139). Dadurch, dass das was anatomisch entfernt wird vergleichbar ist, sollte der Fokus auf die Verflechtung von Biologie, Medizin und Kultur gerichtet werden (Essén/Johnsdotter 2004: 611). Gemeinsamkeiten werden jedoch im dominanten Diskurs ignoriert, zur Seite geschoben – so der Vorwurf der Autor\_innen.

Weshalb die Eingriffe so unterschiedlich bewertet werden, liegt am anhaltenden *Orientalismus*<sup>26</sup>; dabei überwiegt die Vorstellung östliche Kulturen seien barbarisch sowie rückständig, wohingegen 'die' westliche Medizin als moderne Wissenschaft, fortschrittlich und wohlwollend konstruiert wird (Nurka 2019: 214). Plastische Chirurgie des Westens erscheint in Zusammenhang mit FGC dann ausschließlich als heldenhafte Rettung der ‚Surgical Other‘ (Meßmer 2017: 226) und ist nach Meßmer anschlussfähig an die Subjektposition der helfenden

---

<sup>26</sup> Orientalismus als „Bezeichnung für einen in Wissenschaft und Politik über den [Orient](#) ausgeübten westlichen Herrschaftsdiskurs, der sich in der deutschsprachigen Rezeption sprachlich von der wissenschaftlichen Orientalistik abgrenzt[...]. Der Begriff des Orientalismus geht auf das 1978 von E. Said publizierte Werk "Orientalism" zurück und verdeutlicht eine im 19. Jh. von französischen und englischen Autoren begründete und im 20. Jh. von anglo-amerikanischer Seite fortgeführte Konstruktion des Orients. Das Forschungsobjekt "Orient" fungiert dabei als negatives Spiegelbild und Definitionshilfe des [Abendlandes](#). In einer zweiten Bedeutung wird Orientalismus von Said als Instrument zur Beherrschung und Aneignung des Orients mittels einer von der Politik instrumentalisierten Wissenschaftsdisziplin im Zusammenspiel von [Wissen](#) und [Macht](#) begriffen“ Lexikon der Geographie (2001).

Chirurg\_innen und des ‚White Saviour‘ (ebd). Die westlichen Chirurg\_innen helfen den afrikanischen, asiatischen und orientalischen Frauen, Intersex-Kindern und unglücklichen Frauen. Bei geschlechtsangleichenden Eingriffen in Säuglingskörper, die keine eindeutigen äußeren Geschlechtsmerkmale aufweisen, wird die Operation durch das Ziel des ‚sich *normal* Fühlens‘ legitimiert – die fehlende Reflexivität darüber was kulturell als *Normal* angesehen wird, kritisiert Nurka.

Falls FGC und FGCS konzeptionelle Ähnlichkeiten aufweisen, dann sind die Gesetze in westlichen Ländern inkonsistent (Nurka 2019; Bennett 2012; Johnsdotter/Mestre i Mestre 2017). Aus diesem Grund widmet sich Bennet den Analogien, um eine adäquate Ausarbeitung der tragenden Gesetze formulieren zu können. Zentrale konzeptionelle Ähnlichkeiten sieht Bennett darin, dass beide Eingriffe als körperlich schädigend angesehen werden können, dass die Zielgruppe Frauen sind und dass sie auf einem speziellen patriarchalen Kulturverständnis über Weiblichkeit und weiblicher Sexualität beruht (Bennett 2012: 56). Da beide medizinisch nicht indiziert sind, nicht auf Heilung oder Behandlungen von Krankheiten basieren, sind nach Bennett beide Verfahren als ungesund sowie riskant anzusehen (Bennett 2012: 57).

Das spezifisch kulturelle Ideal materialisiert sich am Körper einer intimmodifizierten Frau – es sind je kulturelle Vorstellungen, die sich um Weiblichkeit drehen. Bei FGC markiert es den Übergang von Mädchen- Sein zum Frau-Werden und zeigt, dass sie ‚rein‘ ist und keiner ‚unkontrollierten Sexualität‘ ausgesetzt ist (Bennett 2012: 59). Jungfräulichkeit vor Hochzeiten wird in vielen Regionen als essentiell angesehen und bildet ein Marker für wirtschaftliche sowie soziale Vorteile. Bewiesen wird es mittels FGC. Es handelt sich bei diesen Beispielen um Auswirkungen einer breiten patriarchalen Hegemonie, die normative Weiblichkeit und normative weibliche Sexualität konstituiert. Die Analogie zur westlichen FGCS, so Bennett, liegt im Versuch der Frauen hegemoniale Standards oder Ideale zu erreichen, die vom ‚male gaze‘ – dem männlichen Blick - dominiert werden, um sich Vorteile zu verschaffen. Kosmetische Chirurgie und FGC reproduzieren folglich stets patriarchale

Vorstellungen und Forderungen von Weiblichkeit und weiblicher Sexualität (Bennett 2012: 60f.).

Ähnlich wie Nurka und Bennett erkennt auch Boddy die übergeordneten Gemeinsamkeiten an und postuliert: „[die] Praktiken der weiblichen Genitalbeschneidung [entsprechen] formal den normalisierenden Disziplinierungen von Weiblichkeit im Westen“ (Boddy 2002: 172). Ziel der Praktiken verortet Boddy jedoch

*aus der Annahme, dass der weibliche Körper Verbesserungen und einer ständigen Überwachung bedarf, beide machen die Frauen zu Vertreterinnen ihrer Selbst-Modifizierung und halten sie zur Selbstüberwachung und Beschränkung an, beide wollen in Frauen den Wunsch nach Anpassung erzeugen, den Wunsch, das zu werden, was sie sein >sollen< (Boddy 2002: 172).*

Letztendlich geht es auch bei Boddy darum, mittels Foucault aufzeigen zu können, dass die soziale Ordnung - mit ihren Vorstellungen über normative Weiblichkeit und Sexualität - reproduziert wird (ebd.).

Obgleich Dorneles de Andrade et. al. den Positionen von Boddy durchaus viel abgewinnen können, plädieren die Autor\_innen für Vorsicht vor pauschalisierenden Aussagen. Das Geflecht aus Körper-Geschlecht-Gewalt ohne differenzierende Perspektiven darzustellen, birgt Gefahren die spezifisch historischen sowie politischen Beschaffenheiten zu ignorieren, was nachfolgend zu ethischen Konflikten führen kann (Dorneles de Andrade et al. 2010: 175f.). Bennett entgegnet der Kritik auf zwei Ebenen: Die Durchführung einer FGCS im Westen gilt als freiwillige Entscheidung von autonom handelnden erwachsenen Frauen, während FGC als unfreiwillige und fremdbestimmte Handlung an Minderjährigen angesehen wird. Daraufhin merkt Bennett kritisch an, dass bereits völlig legal Kinder – mit Einverständniserklärung der Eltern – einer kosmetischen Intimchirurgie unterzogen wurden. Weiter wiederholen sich die Argumente der fehlenden ‚Wahl‘ oder ‚Freiwilligkeit‘, auch wenn die ‚nicht-westliche‘ Frau volljährig ist: dann handele sie unter dem Zwang ‚kultureller‘, ‚religiöser‘, ‚wirtschaftlicher‘ und ‚gesellschaftlicher‘ Gegebenheiten. Da ihr sonst Privilegien verwehrt oder genommen werden, wie beispielsweise das Verbot zur Heirat oder

die Stigmatisierung ihrer Kinder, so die Einwände (Bennett 2012: 61f.). Bennett entgegnet der Kritik auf zwei Ebenen: Zum einen stellt Australien FGC unter Strafe. Auch wenn der Eingriff gewünscht ist, wäre die Handlung illegal. Das bedeutet nach Bennett, dass der soziokulturelle Druck abgeschwächt wird. Genitalbeschneidungen sind meist jedoch so sehr als ‚exotische Praktik‘ eingeschrieben, dass „das Vorkommen dieser Praktik im eigenen kulturellen Umfeld oftmals ausgeblendet“ (Dorneles de Andrade et al. 2010: 169) wird. Zum anderen stellt er die Gegenfrage, inwieweit westliche Frauen, die einer Operation zustimmen, frei von sozialem Druck sein können. Gesellschaftliche Privilegien können durch Ausschlüsse von zum Beispiel der ‚libidinal economy‘ (Gibson 2006) ebenfalls entfallen. Beide Eingriffe sind eingebettet in hegemoniale kulturelle Normen (Bennett 2012: 63): “Davon ausgehend, dass vermutlich beide Praktiken in ihrem soziokulturellen Kontext Normalität schaffen, zeigt sich, dass in beiden Fällen Frauen erst dann »glücklich« oder »normal« sind, wenn die jeweilige Praktik durchgeführt wird“ (Dorneles de Andrade et al. 2010: 177).

In ihrer Diskursanalyse stellt Whithcomb fest, dass Abgrenzungen beider Praktiken auf Kosten von Gemeinsamkeiten gehen, die es dann verunmöglichen die Machtstrukturen dessen zu erfassen. Lenkt man den Blick auf Kontinuitäten und Gemeinsamkeiten, kann der Diskurs unter anderem zu einem tieferen Verständnis beider Praktiken beitragen und in der Folge zu sozialer Gerechtigkeit führen (Whitcomb 2011).

Darin folgt Whitcomb den Deutungen, dass der soziale Druck bestimmte Normen einzuhalten das Gemeinsame darstellt. Ideale von Schönheit und Sexualität fungieren dabei als soziale und kulturelle Konventionen (Whitcomb 2011: 33). Ethische Fragen von ‚richtig‘ oder ‚falsch‘ sollen hierbei aber nicht gestellt werden. Es soll sich schlicht darauf konzentriert werden, wie beide Eingriffe dargestellt werden. Mit einer anschließenden kritischen Betrachtung wird es dann möglich, das jeweils andere nachvollziehen zu können und den interkulturellen Dialog zu schaffen (Whitcomb 2011: 38).

Auf der anderen Seite fordern Ashong und Batta eine klare Positionierungen zu ethischen Fragen im Diskurs über FGCS, vor allem, weil es Auswirkungen auf die

Wahrnehmung von Genitalverstümmelung<sup>27</sup> hat (Ashong/Batta 2012). Ethische Marker sind aktuell weniger vertreten in der Vermarktung von FGCS: Gynäkolog\_innen und andere Chirurg\_innen – die mit ‚unattraktiven‘ vs. ‚attraktiven‘ Vulven werben - verletzen die ethischen Pflichten gegenüber ihren Patientinnen (Bates 2010 in Ashong/Batta 2012: 162f.). Ethische Haltungen werden vom ‚Designer Vagina Business‘ (Ashong) verdrängt und mit ihr die Qualität und Ehrlichkeit in der Kommunikation über die Genitalchirurgie. Infolge dessen fordern die Autor\_innen eine striktere Überwachung und Regulierung des Diskurses von und für Intimchirurgien. Vor allem deshalb, um nicht eine verzerrte Wahrheit über Genitaloperationen als wünschenswerte und harmlose Eingriffe an Orte zu transportieren, wo Genitalverstümmelungen als Ritus existieren und der Kampf dagegen gerade Fahrt aufgenommen hat (Ashong/Batta 2012: 162ff.).

Entgegen Whitcombs These argumentiert Carolyn Pedwell, dass wir [sic], wenn wir [sic] afrikanische rituelle FGC und westliche Genitalchirurgie als analog oder als kontinuierlich miteinander behandeln, die Unterschiede zwischen ‚race, culture, ethnicity‘ aufheben, durch die *Weißer* Privilegien und Macht gestützt und reproduziert werden. Der Vorwurf liegt auf *Weißer* Feminist\_innen, die mit der Analogie ‚Geschlecht‘ über andere Achsen von Diskriminierungen - wie ‚Race‘- stellen. Es besteht die Gefahr das Narrativ des ‚handlungsunfähigen afrikanischen Opfers‘ neu zu fetischisieren und in der Dichotomie die vermeintlich ‚weiße autonome Handlungsfähigkeit‘ weiter zu reproduzieren (Pedwell in Nurka 2019: 221ff.).

Fuambai Ahmadu ist politische Aktivistin in Sierra Leone und unterstützt das rituelle FGC, da sie es als eine bedeutsame Tradition sowie als wichtigen Ausdruck afrikanischer Weiblichkeit deutet. Die Identität ist jedoch von *Weißer* feministischen imperialen Handlungen, bezogen auf die Forderung des Verbotes, gefährdet (Ahmadu/Shweder 2009).

Ihr gegenüber steht die aus Somalia stammende politische Aktivistin Nimko Ali. Ängste über den kulturellen Imperialismus *Weißer* Feminist\_innen ist nach Ali

---

<sup>27</sup> Ich folge der im Text gebrauchten Sprache. Hier wird „female genital mutilation“ verwendet.



fehl am Platz; es geht schließlich um Verletzungen eines Grundrechts auf die Unversehrtheit des Körpers (Ali in Nurka 2019: 223).

Die Diskrepanz in der juristischen Auslegung beider Praktiken (in Australien), trotz der konzeptionellen Ähnlichkeiten, kritisiert Bennett. Eine Kriminalisierung von kosmetischen Eingriffen missachtet die Autonomie von Frauen und die potentiell ermächtigenden Wirkungen nach den Eingriffen. Aus diesem Grund ist ein Verbot für Bennett keine Option. Gleichzeitig verfehlt eine Legalisierung von Genitalbeschneidungen sein ethisches Ziel: Einem gesunden Körper wird physisches Leid zugeführt und negative Auswirkungen auf das sexuelle Empfinden können die Folge sein. Sein Vorschlag: Genitalmodifikationen (FGC und FGCS) an Minderjährigen soll unter Strafe gestellt werden, wobei Eltern das Recht weiterhin zugestanden werden soll, darüber entscheiden zu dürfen. Mit Zustimmung der Eltern sollen weiterhin Operationen möglich bleiben. Darüber hinaus sollten strengere Anforderungen an medizinischer Aufklärung gelten. (Bennett 2012: 66ff.). Johnsdotter und Essén teilen ebenfalls den Unmut über die Diskrepanz in der juristischen Auslegung. Sie kommen dabei allerdings zum gegenteiligen Schluss:

*scrutiny of the laws prohibiting female genital cutting in various Western countries makes it obvious that it is difficult to ban female genital cutting while condoning genital cosmetic surgery [...]. [I]f there can be serious consequences for sexual pleasure from cutting away the external female genitals, then surgical excision practices among European women also need to be challenged on those grounds" (Johnsdotter/Essén: 32ff.).*

Johnsdotter und Essén sind die Einzigen, welche ein Verbot von weiblicher Intimchirurgie in Betracht ziehen. Skizzierter Diskursstrang ist der wohl extremste in seinen Ausschlägen. Die Positionen und Forderungen stehen sich teilweise diametral entgegen. Ein Diskursstrang, der an die feministischen Anfänge in Bezug auf die Deutung und den Umgang mit kosmetischer Chirurgie geführt wurden. Ein Diskurs, der sich zwischen Selbstermächtigung, Selbstunterwerfung und dem paternalistischen Akt bewegt.

### 3. Diskussion der Ergebnisse

Im Folgenden werde ich mit wenigen Sätzen die Kernpunkte der Deutungsmuster darlegen, um sie anschließend diskutieren zu können.

Innerhalb des ersten Deutungsmusters habe ich professionssoziologische Perspektiven zur Erklärung von Intimchirurgie gebündelt. Dabei liegt der Fokus auf der zunehmenden Ausbreitung und dem Wandel des medizinischen Sektors. Neben der technischen Machbarkeit sind in dieser Perspektive Medikalisierungsprozesse und die Entgrenzung der Medizin vorrangig dafür verantwortlich, dass Intimchirurgie in Anspruch genommen wird. Mit der ‚Ökonomisierung des Sozialen‘ (Kettner) verschiebt sich auch das Verhältnis zwischen Ärzt\_in und Patientin, sodass Letztere zur gut informierten Kundin wird. Die mündige Kundin entscheidet sich für die medizinische Dienstleistung und agiert entsprechend den gegenwärtigen Anforderungen als ‚unternehmerisches Selbst‘ (Bröckling). Mit Ausnahme der Publikationen von Katharina Meßmer nehmen diese Ansätze keine dezidiert geschlechtersoziologische Perspektive ein, was vor dem Hintergrund des Forschungsgegenstandes verwundert. So gewinnbringend die Perspektive auch ist, birgt sie dennoch die Gefahr, Frauen als ‚cultural dopes‘ (Davis) zu stigmatisieren. Folgende Lesart dieses Deutungsmusters wäre sodann möglich: ohne Ratio und kritischer Distanz fügen sich die Frauen den Anforderungen eines ‚unternehmerischen Selbst‘.

Anders hingegen konstituiert sich das Deutungsmuster rund um die ‚Bio-ästhetische-Gouvernementalität‘ (Maasen). Unter Bezugnahme Foucaults machtsensibler und -kritischer Konzepte der Selbst- und Fremdführung versuchen die Autor\_innen das Phänomen der Inanspruchnahme von Intimchirurgie zu analysieren. Ziel dieser Perspektive ist es, Fallstricke in der Bewertung des Phänomens sowie Möglichkeiten der Befreiung von Disziplinierungen des Frauenkörpers und der weiblichen Sexualität auszumachen. Darin folgen sie sodann der foucaultschen Annahme, dass innerhalb der Akteursebene so viel Macht vorhanden ist, um das Ziel der Ermächtigung erreichen zu können. Britta

Hoffarth zieht Ansätze von Laclau, Mouffe sowie Butler heran, um auf weitere Brüche und damit subversive Möglichkeiten der Befreiung aufmerksam zu machen. Franziska Lamott hingegen verkettet sich in ihrer heterosexuellen Matrix, welche zusätzlich eine binäre Geschlechtervorstellung beinhaltet. Durch die fehlende Perspektive auf die Selbstermächtigungsstrategien der Frauen wirken sie bei Lamott als beinahe ausschließlich passive Opfer einer unterdrückenden Kultur.

Im sozialpsychologischen Diskursstrang verhandeln die Autor\_innen die weibliche Intimchirurgie als Balanceakt zwischen den Anforderungen einer Gesellschaft und psychischer Gesundheit der Einzelnen. In dieser Annahme besteht der Konsens, dass gesellschaftliche Körperideale internalisiert werden, welche jedoch von den wenigsten Frauen erreicht werden und sich in der Folge negativ auf deren Psyche auswirken. Welche Konsequenzen daraus gezogen werden ist ganz unterschiedlich:

Auf der eine Seite besteht die Annahme, die Intimchirurgie helfe psychische Gesundheit (wieder-) herzustellen, in dem sie den Frauen ermögliche „die Distanz zwischen Innen und Außen zu verringern, so dass andere sie so sehen [...] wie sie selbst sich sehen“ (Davis 1999 zitiert nach Borkenhagen 2001: 59). Intimchirurgie kann sodann als Chance der Identitätsgenerierung oder -sicherung angesehen werden. Zudem berge es die Möglichkeit sexuelle Unsicherheiten und Hemmungen aufgrund der Ästhetik abzubauen. Sexuelle Freiheiten könnten durch den intimchirurgischen Eingriff gewonnen werden.

Auf der anderen Seite argumentieren die Autor\_innen, dass Frauen auf andere Mittel – respektive psychologische Beratung - zur (wieder-) Herstellung von psychischer Gesundheit zurückgreifen sollen. Zudem soll dem Mangel an Bewusstsein über die Variationsbreite natürlicher Vulven mit Hilfe von erhobenen Daten und Bildung über die Genitalvielfalt aufgeklärt werden, um Scham abzuwehren oder nicht aufkommen zu lassen.

Die Sichtbarwerdung ist jedoch ambivalent: Die Vulva genießt gegenwärtig öffentliche Aufmerksamkeit und genau diese Öffentlichkeit trägt auch zum Phänomen der Inanspruchnahme von Intimchirurgie bei, so Allotey, Meßmer und Borkenhagen. Es etablierten sich Normen des weiblichen Genitals, welche an

traditionellen Weiblichkeitsbildern mit ihren Sittlichkeitsvorstellungen anknüpfen. Werbebilder und pornografischen Darstellungen vom weiblichen Genital werden als öffentlich zugänglichste beschrieben und darüber wird ihnen ein hohes Maß an Einfluss zugesprochen (Borkenhagen; Schick., Rima, Calabrese; Green, Newton). Schick et al. bestätigen durch ihre Studie eine *Normalisierung eines unnatürlichen Genitalerscheinungsbild* in pornografischen Darstellungen.

Aktuell genießt die Vulva eine enorme Medienaufmerksamkeit: abseits normierter Genitalien werden in zahlreichen Kunstaussstellungen oder Webseiten Genitalvielfalt positiv thematisiert (vgl. ‚Vulva Gallery‘, ‚The Labia Library‘, ‚The Centrefold Project‘, ‚Large Labia Project‘ uvm.). Musikvideos mit pompösen Vulvakostümen und Aussagen wie „Pussy’s big and I am proud of it“ (Peaches) sind neuere Entwicklungen im Umgang mit weiblicher Genitalästhetik. Obwohl sie meines Erachtens ebenfalls einen enormen Einfluss auf die Wahrnehmung von Vulven haben, werden sie in den Studien vernachlässigt.

Nurka und Jones sowie Bramwell und Morland kritisieren die These, dass die Pornografie zur Genitalunzufriedenheit geführt haben soll. Nurka/Jones beziehen sich auf Annahmen der ‚Porn-Thesis‘- Anhänger\_innen, die schlicht falsch seien. So sind nicht ausschließlich ‚Designervaginas‘ in der Pornografie zu sehen und zudem seien Frauen nicht die Zielgruppe von Pornografie. An dieser Stelle möchte ich zwei Bemerkungen anknüpfen: Auch wenn Frauen nicht die primäre Zielgruppe von Pornografie wären, so könnte es dennoch einen Einfluss auf Normvorstellungen haben – für Menschen mit Vulven und für Menschen, die Vulven begehren - und das Argument verliert sein Gewicht. Nimmt man weiter an, die Genitalvielfalt wird in der pornografischen Darstellung abgebildet, könnte es ferner zur geforderten Bildung über Genitalvielfalt beitragen und sich dadurch negativ auf die Inanspruchnahme von Intimchirurgie auswirken.

Weiter merken Jones und Nurka an, dass die angenommene Korrelation von Pornografie und der schnell anwachsenden Intimchirurgie auch darauf beruhe, dass den Zahlen und Daten aus der Chirurgie Glauben geschenkt wird, obwohl die plastische Chirurgie davon profitiere, wenn ihr ein ‚Boom‘ des Geschäfts geglaubt wird. Bramwell und Morland zeigten auch, dass eine allgemeine

Genitalunzufriedenheit Frauen unterstellt wird, diese so aber nicht verifiziert werden konnte. Und zuletzt kritisieren Nurka und Jones die Vernachlässigung von maßgeblichen soziodemografischen Merkmalen sowie die sexuelle Orientierung und Erfahrungen mit sexueller Objektivierung.

Mir ist, neben der Studie von Nurka und Jones, nur eine Studie von Sharp, Mattiske und Tiggemann (2016) bekannt, welche die sexuelle Orientierung berücksichtigt. Ich folge Nurka mit der Einschätzung, dass die Beachtung der sexuelle(n) Orientierung(en) weiterer Erkenntnisse über das Phänomen der Inanspruchnahme von Intimchirurgie ermöglichen würden:

Inwieweit wirkt sich das Wegfallen des begehrten ‚männlichen Blickes‘ bei lesbischen Frauen beispielsweise auf die Zufriedenheit des eigenen Genitalerscheinungsbildes aus? Sind es die gleichen oder andere Motivationen, die zur Entscheidung führen eine Intimchirurgie an sich durchführen zu lassen? Weiter wäre es aufschlussreich zu wissen, ob G-Punkt Aufspritzungen oder Klitorisverschiebungen auch von lesbischen Frauen in Anspruch genommen werden. Gerade diese Eingriffe werden als biopolitische Normierungen heterosexuellen Penetrationssexes gedeutet (vgl. Kap. 2.1.4.)

Zudem versucht Nurka aufzuzeigen, dass die Genitalscham ihren Ursprung in historischen Diskurssträngen der Medizin habe. Medizinische Wissenschaft produzierte genitale- und sexuelle Norm(alitäten) und damit auch Grenzbereiche zum Abnormalen, zur Krankheit. Diese Grenzziehungen wirkten bis heute.

Die Begriffe ‚Gesundheit‘ und ‚Krankheit‘ auch in Verbindung mit ‚Norm(al)‘ und ‚Abnorm(al)‘ stellen wiederkehrende Diskursfragmente dar. In unterschiedlichen Diskurssträngen sind sie wichtige Komponente in der Argumentation der Autor\_innen. Es wird darauf gepocht deutliche Grenzen zwischen ‚gesund‘ und ‚krank‘ zu ziehen und gleichzeitig das ‚Gesunde‘ auszuweiten vice versa das den Krankheitsbegriff einzudämmen. Im Diskursstrang über ‚Genitalhypertrophie‘ werden einheitliche Definitionen gefordert. Das Konzept der ‚Hypertrophie‘ verstanden als ‚der statistischen Norm nicht entsprechend‘, soll ausgeweitet werden. Einer unrechtmäßigen Pathologisierung von herausragenden Labien soll dadurch entgegengetreten werden. Die Ausweitung der ‚Normgrenze‘, welche eng mit dem Begriff der

Gesundheit verwoben ist, ist jedoch ambivalent: Abweichungen von der Norm können Scham hervorrufen. Eine, der Realität angepassten, Ausweitung der *normalen* Vulva kann sodann hilfreich sein, um der Angst vor ‚Abnormalität‘ zu entgehen. Alle vorgeschlagenen Definitionen zur Hypertrophie beziehen sich jedoch weiterhin nur auf die Länge der Labien. Frauen, die keine medizinischen oder funktionalen Beschwerden mit herausragenden Labien haben, werden mit dieser Begriffsausweitung weiterhin unrechtmäßig pathologisiert. Die kulturelle Ursache für eine Abwertung längere Labien wird mit diesem Vorschlag eben nicht tangiert. Bei der Verwendung der Begriffe ‚Gesundheit‘ und ‚Krankheit‘ in den analysierten Publikationen fehlen zudem konzeptionelle Hinweise. Die Vorstellung von Gesundheit und Krankheit variiert je nach Epoche und Kontext. Der aktuelle Gesundheitsbegriff, wie ihn die WHO verwendet, wirkt sich zum Beispiel unterstützend auf die Medikalisation von Frauenkörpern aus (vgl. Kap. 2.1.1.).

Als ‚Weiterführung eines feministischen Projektes‘ labelt Nurka ihr Vorhaben die Kontinuität einer patriarchalen und rassistischen Kulturpraktik in ihrer Wirkmächtigkeit bis heute darzulegen. Eine solche Positionierung ist im sozialwissenschaftlichen Diskurs über Intimchirurgie erstaunlicher Weise selten. Wie eingangs erwähnt kommt die deutschsprachige Auseinandersetzung mit der Thematik beispielsweise nahezu ohne Rückgriff auf die Kategorie Geschlecht aus. Als feministische Kritik können diese Diskursstränge sodann nicht gelesen werden. Aber auf welchen Ebenen üben die Verhandlungen rund um Intimchirurgie Kritik? Und welche normativen Forderungen im Umgang mit FGCS resultieren daraus?

Alle analysierten Publikationen enthalten eine explizite oder implizite Kritik an eine intimchirurgische Praxis. Die geäußerte Kritik ist dabei adressiert an den marktorientierten Gesundheitssektor mit Gynäkolog\_innen und plastischen Chirurg\_innen, den medialen Umgang mit retuschierten Darstellungen von Vulven sowie an die Pornografie. Eine fehlende Bildung in Bezug auf die Genitalvielfalt wird als wichtiger Faktor für die Inanspruchnahme von Intimchirurgie ausgemacht. Deshalb fordern sie eine adäquate und sensibilisierte Sexualbildung für alle Geschlechter unter Anderem in der Schule, für das

Gesundheitspersonal sowie Psycholog\_innen. Wirtschaftliche Anreize, die einen ethischen Konflikt verursachen können, werden zudem scharf kritisiert sowie sexistische Kulturfragmente, die sich negativ auf Frauen auswirken. Unklar sind stellenweise die normativen Forderungen, welche aus den Ergebnissen der Studien oder Analysen entspringen.

So gehen aus zwei Studien von Sharp et al. beispielsweise hervor, dass Medieneinflüsse und negative Kommentare über Vulven aus Peer-Groups sich auf die Entscheidung, sich einem intimchirurgischen Eingriff zu unterziehen, auswirken. Forderungen aus den Studien beziehen sich überraschender Weise nicht auf die Ursachen, sondern auf eine bessere Forschung zu den Motiven und zum ästhetischen Ideal, um Kliniken zu helfen, den Erwartungen der Frauen an die chirurgischen Ergebnisse gerecht zu werden (Sharp et al. 2016a; Sharp et al. 2016b).

Forderungen an den Gesundheitssektor und/ oder an Gynäkolog\_innen beziehen sich vermehrt auf eine adäquate Aufklärung von Risiken und Nebenwirkungen sowie die Aufklärung darüber, dass es keine standardisierten Operationstechniken gibt. In Vorgesprächen soll die Genitalvielfalt besprochen oder aufgezeigt werden und der Patientin die Möglichkeit gegeben werden mit einem Handspiegel die Voruntersuchung nachvollziehen zu können. Die Praktiker\_innen sollen sich ihrer Verantwortung bewusst werden, dass sie Ängste und Sorgen um ein ‚*abnormales*‘ Genitalerscheinungsbild nehmen können, indem sie die unrealistischen Körpernormen dekonstruieren. Auch sollen überhöhte Erwartungen an den sexuellen Lustgewinn durch die Intimoperation thematisiert werden. Um eine solch sensible Aufklärung leisten zu können, bedürfe es Lernmaterial zur genitalen Vielfalt sowie umfassende Sexualaufklärung für die Praktiker\_innen. Motive und darüber hinaus psychologische Erkrankungen oder mögliche sexuelle Missbrauchserfahrung sollen im Vorgespräch abgeklärt werden, letztere müssten vorerst zum Ausschluss einer Operation führen. Eine engere Zusammenarbeit von Gynäkolog\_innen, plastischen Chirurg\_innen und Psycholog\_innen sind für viele Autor\_innen aus diesem Grund wünschenswert. An dieser Stelle zeigen sich Machtaspekte über Deutungshoheiten, die sich innerhalb des Diskurses niederschlagen. Die geforderte Zusammenarbeit resultiert ebenfalls aus den vielen

Untersuchungen zu Motiven und Ursachen des intimchirurgischen Wunsches. Scham und Ängste aufgrund der starken kulturellen Norm sowie dem Unwissen über die Genitalvielfalt sollen durch die Unterstützung mit psychosozialen Berater\_innen abgebaut werden und möglicherweise als Alternative zur Intimchirurgie wirken (vgl. u. a. Borkenhagen; Moran/Lee; Langer; Tiefer; Reitsma et al.; Women's Health Victoria; Veale et al. Bramwell et al.). Außerdem wird an die wissenschaftliche Forschung appelliert, welche sowohl langfristige psychosoziale als auch biomedizinische Maßnahmen umfassen soll.

Nur unter Zuhilfenahme dieser Daten sei es möglich nach ethischen Maßstäben handeln zu können. Medizinethische Prinzipien beruhen auf der Autonomie, dem Prinzip des Nichtschadens, der positiven Fürsorgepflicht und richtet sich in den Diskurssträngen auf die Rechte der Patientin, der Diskussion um Wahl oder Zwang und der Kalkulation von Schaden oder Nutzen aus. Um die Zufriedenheit der Patientinnen mit dem Output einschätzen zu können bedürfe es einer umfassenderen Forschung. Erst damit schaffe man eine Grundlage, auf welcher zwischen potentiellen Schaden und Nutzen sinnvoll entschieden werden kann (Reitsma et al.; Liao/Creighton; Braun/Tiefer L.). Andere Forderung beziehen sich auf die Autonomie. Die Autonomie der Patientinnen wird als ethischer Rechtfertigungsgrund für Eingriffe in den gesunden Körper verwendet. Damit das Konzept der Autonomie gewahrt werden kann, stellen Braun und Tiefer folgende Forderungen: Ein vollumfassendes Verbot von Intimchirurgiewerbung, Sanktionen bei Interessenskonflikten sowie eine höhere Transparenz und Offenlegung aller beteiligten Fachleute (Braun/Tiefer L.). Die Autonomie von Patientinnen darf, laut Liao und Creighton, nicht ohne ihre Einbettung in sozialpolitische- Strukturen diskutiert werden. Vor allem die Verschränkung mit ‚class‘ und ‚race‘ müssen immer Einzug in die Debatten erhalten. Das Niveau der Debatte über FGCS soll insgesamt breit und kritisch gehalten werden, um weibliche Intimchirurgie nicht zu einer alltäglichen und unbestrittenen kosmetischen Praxis werden zu lassen (Braun 2010: 1403).

Johnsdotter und Essén fordern eine generelle Überarbeitung der Gesetzgebung. Durch die konzeptionelle Nähe zu FGC und der Tatsache, dass beide



Genitaleingriffe dauerhaft Schäden verursachen können, sei ein Verbot auf der einen- und die Akzeptanz auf der anderen Seite nicht zulässig.

Eine Annäherung zur Normalisierung der Intimchirurgie war und ist nach Moran und Lee nur möglich, da sich die Chirurgie auf legitim angesehene Deutungen der Wahlfreiheit, Autonomie und Ermächtigung der Patientin stützen können. Der Fokus auf das vermeintlich Individuelle verschleierte dabei jedoch die strukturelle Dimension von FGCS. Solange die Konstruktion von Weiblichkeit an das Aussehen gebunden und das Aussehen von Frauen über anderen Facetten der Identität stehe, berge es ein höheres Risiko für Frauen, die sich nicht operieren lassen, als für Frauen, die sich für einen Eingriff entschieden (Moran/Lee 2013: 388).

Hinter diesem Schlusswort steht nicht weniger als die feministische Forderung eines kulturellen Wandels. Tiefer betont die Rolle einer politisch motivierten Bildungsarbeit für einen kulturellen Wandel, da eine Bewusstwerdung über die Konstruktion von Kategorien wie ‚Gesundheit‘ und ‚Krankheit‘ sowie ‚Norm‘ und ‚Abweichung‘ (Anm. V.S) Personen medizinischen Autoritäten gegenüber skeptischer werden lassen. Nurka sieht in der Praxis der Intimchirurgie ebenfalls eine politische Herausforderung: Ein kommerziell ausgerichtetes Gesundheitssystem, welches ein kulturelles Problem („Hypertrophie“) zu einem Medizinischen mache, sei nicht tolerierbar. Entscheidungen von Frauen für eine Intimchirurgie, vor dem Hintergrund der historisch-politischen Ausgangslage, hingegen schon. Die Forderung ist ein kultureller Wandel mit Strategien, die ‚body-positivity‘ unterstützen und damit die Objektivierung von Frauen mindere. Es ist ein Aufruf an alle, mit alltäglichen Sprechakten die hegemonialen Diskurse über Schönheit und Begehren so zu durchkreuzen, dass Raum für sexuelle- und körperliche Vielfalt geschaffen werden kann.

Insgesamt kann festgehalten werden, dass sich die implizite und explizite Kritik der Diskursteilnehmenden Autor\_innen gegen einen Normalisierungsprozess der Intimchirurgie richtet. Manchen Autorinnen (Meßmer, Braun, Tiefer, Nurka, Jones) ist es dabei wichtig zu betonen, dass die Kritik nicht aus einer Position heraus stammt, die den ‚natürlichen‘ Körper als ontologische Wahrheit versteht

und Eingriffe in den unberührten, ‚reinen‘ Frauenkörper auf dieser Grundlage ablehnt.

Kritik bezieht sich bei den analysierten Publikationen überwiegend auf die Unverhältnismäßigkeit von Risiken eines operativen Eingriffes auf der einen Seite und den unklaren Nutzen auf der anderen Seite. Der Nutzen ist insofern unklar, als dass aussagekräftige Langzeitstudien über die Zufriedenheit der Patientinnen fehlen. Feministische Einwände beziehen sich zudem auf die Gefahr, dass der eventuelle positive Effekt einer Einzelnen auf Kosten vieler Frauen\* geht, da sexistische Entitäten damit reproduziert werden. Desweiteren sind Einwände heraus zu lesen, welche die Unvereinbarkeit von ethischen Grundsätzen und wirtschaftlichem Handeln in den Fokus ihrer Kritik stellen.

Gleichwohl betonen alle Autor\_innen, mit Ausnahme von Johnsdotter und Essén, die Autonomie und Selbstbestimmung der Frauen. In der Folge müssen Entscheidungen für Intimoperationen zum jetzigen Zeitpunkt akzeptiert und ernst genommen werden, auch wenn es stichhaltige Kritikpunkte gibt.

## 4. Fazit

Trotz des guten Zugangs zum Material durch die Universität Frankfurt und der kurzen Zeitspanne, in welcher der sozialwissenschaftliche Diskurs über Intimchirurgie geführt wird, maße ich mir nicht an, alle bedeutungsvollen Publikationen identifiziert und in dieser Arbeit aufgenommen zu haben.

Dessen ungeachtet ist vorliegende Diskursanalyse insofern verlässlich, als dass sie die prägenden Diskursfragmente und Diskursstränge der englisch- und deutschsprachigen Auseinandersetzung hat ausfindig machen und systematisieren können.

Auf vier Deutungsmuster konnte ich die beteiligten Diskursstränge verorten:

Das Zusammenwirken von der Medikalisierung des Frauenkörpers mit der Entgrenzung und Ökonomisierung der Medizin stellt das erste Deutungsmuster dar. Die Inanspruchnahme von Intimchirurgie wird im weiteren Deutungsmuster als ‚Psychotherapie mit Skalpell‘ behandelt. Anschließend wird die Ambivalenz der neuen Öffentlichkeit rund um das weibliche Geschlechtsorgan dargelegt. Intimchirurgie wird im letzten Deutungsmuster als quasi logische Folge patriarchaler und rassifizierender Medizindiskurse skizziert.

Erstaunlich war die stellenweise herrschende Homogenität innerhalb der Diskursstränge, die fehlenden Anknüpfungspunkte an die breite und international geführte Debatte um Schönheitschirurgie sowie die geringe Bezugnahme auf Publikationen über denselben Forschungsgegenstand. Auffällig war zudem, dass der Diskurs stark von Frauen\* geprägt ist.

Die erstmalige Strukturierung des sozialwissenschaftlichen Diskurses hat gezeigt, dass wirtschaftliche, kulturelle und psychologische Mechanismen auf die Inanspruchnahme weiblicher Intimchirurgie wirken. Mit den systematisch aufbereiteten Erkenntnissen ist es nun möglich, eine evidenzbasierte kritische Forschung weiter zu denken.

## 5. Literaturverzeichnis

- Abusharaf, Rogaia M. (Hrsg.) (2006): *Female circumcision. Multicultural perspectives* (Pennsylvania studies in human rights), Philadelphia.
- Ahmadu, Fuambai S./Shweder, Richard A. (2009): „Disputing the myth of the sexual dysfunction of circumcised women: An interview with Fuambai S. Ahmadu by Richard A. Shweder“, in: *Anthropology Today*, 25(6), 14-17.
- Allotey, Pascale et al. (2001): „The politics of female genital surgery in displaced communities“, in: *Critical Public Health*, 11(3), 189-201.
- Antinuk, Kira (2013): „Forced genital cutting in North America: feminist theory and nursing considerations“, in: *Nursing ethics*, 20(6), 723-728.
- Ashong, Ashong C./Batta, Herbert E. (2012): „Sensationalising the female pudenda: an examination of public communication of aesthetic genital surgery“, in: *Global journal of health science*, 5(2), 153-165.
- Bennett, Theodore (2012): „"Beauty" and "The Beast": Analogising between Cosmetic Surgery and Female Genital Mutilation“, in: *Flinders Law Journal*(14), 49-68.
- Boddy, Janice (2002): „Verkörperter Gewalt? Beschneidung, Geschlechterpolitik und kulturelle Ästhetik“, in: Barbara Duden/Dorothee Noeres (Hrsg.), *Auf den Spuren des Körpers in einer technogenen Welt* (Schriftenreihe der Internationalen Frauenuniversität »Technik und Kultur« 4), Wiesbaden, 141-181.
- Borkenhagen, A. (2014): „Einschnitte - Kosmetische Genitalchirurgie zwischen Selbstermächtigung und Normalisierung“, in: *Betrifft Mädchen*, 2014(02), 66-69.
- Borkenhagen, A. et al. (2014): „Psychosoziales Outcome bei Labienreduktionsplastiken“, in: *Journal für Ästhetische Chirurgie*, 7(4), 201-205.
- Borkenhagen, A. (2016): „Das weibliche Genitale als öffentlicher Ort!?: Weibliche Genitalchirurgie als Normalisierungspraktik“, in: Beate Wimmer-

- Puchinger et al. (Hrsg.), *Irrsinnig weiblich - Psychische Krisen im Frauenleben*, Berlin, Heidelberg, 45-53.
- Borkenhagen, Ada: „Psychosoziale Aspekte der kosmetischen Intimchirurgie des weiblichen Genitales“, 43-47.
- Borkenhagen, Ada (2001): „Gemachte Körper: die Inszenierung des modernen Selbst mit dem Skalpell; Aspekte zur Schönheitschirurgie“, in: *Psychologie und Gesellschaftskritik*(25(1)), 55-67.
- Borkenhagen, Ada (2008a): „Designervagina - Enhancement des weiblichen Lustempfindens mittels kosmetischer Chirurgie. Zur sozialen Konstruktion weiblicher kosmetischer Genitalchirurgie“, in: *psychosozial*, 31(112), 23-29.
- Borkenhagen, Ada (2008b): „Enhancement des weiblichen Lustempfindens mittels kosmetischer Chirurgie“, *psychosozial* 112: Intimmodifikationen, in: *psychosozial*, 31(2), 23-29.
- Borkenhagen, Ada (2013): „Kosmetische Genitalchirurgie“, in: *Geburtshilfe und Frauenheilkunde*(11), 1087-1090.
- Borkenhagen, Ada (2019): „Psychosoziale Aspekte der kosmetischen Intimchirurgie des weiblichen Genitales“, in: Ursula Mirastschijski/Eugenia Remmel (Hrsg.), *Intimchirurgie*, Berlin, Heidelberg, 43-47.
- Bramwell, R. et al. (2007): „Expectations and experience of labial reduction: a qualitative study“, in: *BJOG : an international journal of obstetrics and gynaecology*, 114(12), 1493-1499.
- Bramwell, Ros/Morland, Claire (2009): „Genital appearance satisfaction in women: the development of a questionnaire and exploration of correlates“, in: *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 27(1), 15-27.
- Braun, Virginia (2005): „In Search of (Better) Sexual Pleasure: Female Genital ‘Cosmetic’ Surgery“, in: *Sexualities*, 8(4), 407-424.
- Braun, Virginia (2009): „„The women are doing it for themselves“: The rhetoric of choice and agency around female genital ‘cosmetic surgery’.“, in: *Australian Feminist Studies*, 24(60), 233-249.
- Braun, Virginia (2010): „Female genital cosmetic surgery: a critical review of current knowledge and contemporary debates“, in: *Journal of women's health* (2002), 19(7), 1393-1407.

- Braun, Virginia/Tiefer L. (2009): „The "Designer Vagina" and the pathologisation of female genital diversity: Interventions for change“, in: *Radical Psychology*(8).
- Bröckling, Ulrich (2016): *Das unternehmerische Selbst. Soziologie einer Subjektivierungsform* (suhrkamp taschenbuch wissenschaft 1832), Frankfurt am Main.
- Chibnall, Kimberley et al. (2019): „Pathologising diversity: medical websites offering female genital cosmetic surgery in Australia“, in: *Culture, health & sexuality*, 1-17.
- Conrad, Peter (2007): *The medicalization of society. On the transformation of human conditions into treatable disorders*, Baltimore, Md.
- Crouch, N. S. et al. (2011): „Clinical characteristics of well women seeking labial reduction surgery: a prospective study“, in: *BJOG : an international journal of obstetrics and gynaecology*, 118(12), 1507-1510.
- Davis, Kathy (2009): „Revisiting feminist debates on cosmetic surgery: Some reflections on suffering agency and embodied difference“, in: Cressida J. Heyes/Meredith Rachael Jones (Hrsg.), *Cosmetic surgery: A feminist primer*, Farnham, Surrey/Burlington, Vt, 35-48.
- D'Emilio, John/Freedman, Estelle B. (1989): *Intimate matters. A history of sexuality in America* (Perennial library 1550), New York, NY.
- Dorneles de Andrade, Daniela et al. (2010): „Kosmetische Eingriffe und weibliche Genitalverstümmelung“, in: Ada Borkenhagen/Elmar Brähler (Hrsg.), *Intimmodifikationen: Spielarten und ihre psychosozialen Bedeutungen* (Beiträge zur Sexualforschung 95), Gießen, 167-182.
- Essén, Birgitta/Johnsdotter, Sara (2004): „Female genital mutilation in the West: traditional circumcision versus genital cosmetic surgery“, in: *Acta obstetricia et gynecologica Scandinavica*, 83(7), 611-613.
- Glaser, Barney G./Strauss, Anselm L. (2010): *Grounded theory. Strategien qualitativer Forschung* (Programmbereich Gesundheit), Bern.
- Goodman, Michael et al. (2011): „The Sexual, Psychological, and Body Image Health of Women Undergoing Elective Vulvovaginal Plastic/Cosmetic

- Procedures: A Pilot Study“, in: *American Journal of Cosmetic Surgery*, 28(4), 219-226.
- Goodman, Michael P. et al. (2010): „A large multicenter outcome study of female genital plastic surgery“, in: *The journal of sexual medicine*, 7(4 Pt 1), 1565-1577.
- Grabe, Shelly/Hyde, Janet S. (2009): „Body Objectification, MTV, and Psychological Outcomes Among Female Adolescents1“, in: *Journal of Applied Social Psychology*, 39(12), 2840-2858.
- Green, Fiona J. (2005): „From clitoridectomies to ‘designer vaginas’: The medical construction of heteronormative female bodies and sexuality through female genital cutting“, in: *Sexualities, Evolution & Gender*, 7(2), 153-187.
- Gruber, Franziska et al. (2005): *Studie zu weiblicher Genitalverstümmelung. (FGM-Female Genital Mutilation)*, k.O.
- Haiken, Elizabeth (1997): *Venus envy. A history of cosmetic surgery*, Baltimore, Md.
- Heath, Stephen (1986): *The sexual fix*, Houndmills u.a.
- Heyes, Cressida J./Jones, Meredith R. (Hrsg.) (2009): *Cosmetic surgery. A feminist primer*, Farnham, Surrey/Burlington, Vt.
- Hoffarth, Britta (2018): „Zur Produktivität von Techniken des Körpers. Eine Diskussion gouvernementalitätstheoretischer und intersektionaler Zugänge“, in: *Open Gender Journal*, 1-18.
- Howarth, Helena et al. (2010): „Visual depictions of female genitalia differ depending on source“, in: *Medical Humanities*, 36(2), 75-79.
- Jäger, Siegfried (1999): „Einen Königsweg gibt es nicht: Bemerkungen zur Durchführung von Diskursanalysen“, in: Hannelore Bublitz (Hrsg.), *Das Wuchern der Diskurse: Perspektiven der Diskursanalyse Foucaults*, Frankfurt, 136-147.
- Jäger, Siegfried (2011): „Diskurs und Wissen: Theoretische und methodische Aspekte einer Kritischen Diskurs- und Dispositivanalyse“, in: Reiner Keller et al. (Hrsg.), *Handbuch sozialwissenschaftliche Diskursanalyse (Interdisziplinäre Diskursforschung)*, Wiesbaden, 91-124.

- Johnsdotter, Sara/Essén, Birgitta: „Genitals and ethnicity: politics of genital modifications“, in: *Reproductive Health Matters*, 2010(35), 29-37.
- Johnsdotter, Sara/Mestre i Mestre, Ruth M. (2017): „‘Female genital mutilation’ in Europe: Public discourse versus empirical evidence“, in: *International Journal of Law, Crime and Justice*, 51, 14-23.
- Jones, Bethany (2015): *The curious case of the designer vagina. Genital satisfaction, pornography and self-objectification: an empirical investigation*.
- Jones, Bethany/Nurka, Camille (2015): „Labiaplasty and pornography: a preliminary investigation“, in: *Porn Studies*, 2(1), 62-75.
- Jones, Meredith Rachael (2006): *Makeover Culture. Landscape of Cosmetic Surgery*.
- Jones, Meredith Rachael (2008): *Skintight. An anatomy of cosmetic surgery*, New York, N.Y.
- Keller, Reiner (2011): *Diskursforschung. Eine Einführung für SozialwissenschaftlerInnen* (Qualitative Sozialforschung Band 14), Wiesbaden.
- Keller, Reiner et al. (2011): „Zur Aktualität sozialwissenschaftlicher Diskursanalyse - Eine Einführung“, in: Reiner Keller et al. (Hrsg.), *Handbuch sozialwissenschaftliche Diskursanalyse* (Interdisziplinäre Diskursforschung), Wiesbaden, 7-33.
- Kettner, Matthias (2006): „„Wunscherfüllende Medizin“ zwischen Kommerz und Patientendienlichkeit“, in: *Ethik in der Medizin*, 18(1), 81-91.
- Koning, Merel et al. (2009): „Female attitudes regarding labia minora appearance and reduction with consideration of media influence“, in: *Aesthetic surgery journal*, 29(1), 65-71.
- Lamott, Franziska (2017): „Retuschierte Körper“, in: *Forum der Psychoanalyse*, 33(1), 41-55.
- Langer, Michaela (2016): „Die Psychologie der Schönheitsmedizin vor dem Hintergrund gesellschaftlicher Körpernormen“, in: Beate Wimmer-Puchinger et al. (Hrsg.), *Irrsinnig weiblich - Psychische Krisen im Frauenleben*, Berlin, Heidelberg, 55-71.



- Lexikon der Geographie (2001): „Orientalismus“, <https://www.spektrum.de/lexikon/geographie/orientalismus/5721>.
- Liao, Lih-Mei et al. (2012): „An analysis of the content and clinical implications of online advertisements for female genital cosmetic surgery“, in: *BMJ open*, 2(6).
- Liao, Lih-Mei/Creighton, Sarah M. (2011): „Female genital cosmetic surgery: a new dilemma for GPs“, in: *The British journal of general practice : the journal of the Royal College of General Practitioners*, 61(582), 7-8.
- Link, Jürgen (2013): *Versuch über den Normalismus. Wie Normalität produziert wird*, Göttingen.
- Lloyd, Jillian et al. (2005): „Female genital appearance: "normality" unfolds“, in: *BJOG : an international journal of obstetrics and gynaecology*, 112(5), 643-646.
- Lowenstein, Lior et al. (2013): „Physician`s Attitude toward Female Genital Plastic Surgery: A Multinational Survey“, in: *The journal of sexual medicine*, 11(1), 33-39.
- Maasen, Sabine (2008c): „Bio-ästhetische Gouvernementalität: Schönheitschirurgie als Biopolitik“, in: Paula-Irene Villa (Hrsg.), *Schön normal: Manipulationen am Körper als Technologien des Selbst* (KörperKulturen), Bielefeld, 99-118.
- Mayring, Philipp (2016): *Einführung in die qualitative Sozialforschung. Eine Anleitung zu qualitativem Denken*, Weinheim/Basel.
- McDougall, Lindy J. (2013): „Towards a clean slit: how medicine and notions of normality are shaping female genital aesthetics“, in: *Culture, health & sexuality*, 15(7), 774-787.
- Meili, Barbara (2008c): „Experten der Grenzziehung: Eine empirische Annäherung an Legitimationsstrategien von Schönheitschirurgen zwischen Medizin und Lifestyle“, in: Paula-Irene Villa (Hrsg.), *Schön normal: Manipulationen am Körper als Technologien des Selbst* (KörperKulturen), Bielefeld, 119-142.
- Meßmer, Anna-Katharina (2012): „Der Kampf um die Vulva hat begonnen“, in: Dagmar Filter/Jana Reich (Hrsg.), *„Bei mir bist Du schön...“: Kritische*

- Reflexionen über Konzepte von Schönheit und Körperlichkeit* (Feministisches Forum - Hamburger Texte zur Frauenforschung 4), Freiburg, 119-135.
- Meßmer, Anna-Katharina (2013): „Und gut, dann ändert man halt seinen Körper“: Intimchirurgie zwischen Medikalisierung und Rohstoffisierung“, in: *GENDER - Zeitschrift für Geschlecht, Kultur und Gesellschaft*, 5(1), 9-23.
- Meßmer, Anna-Katharina (2017): *Überschüssiges Gewebe. Intimchirurgie zwischen Ästhetisierung und Medikalisierung* (Geschlecht und Gesellschaft), Wiesbaden.
- Michels, Daniela (2009): *Die körperdysmorphe Störung im Kindes-, Jugendalter und in der Adoleszenz*, Köln.
- Mirastschijski, Ursula/Rommel, Eugenia (Hrsg.) (2019): *Intimchirurgie*, Berlin, Heidelberg.
- Moran, C./Lee, C. (2014): „What's normal? Influencing women's perceptions of normal genitalia: an experiment involving exposure to modified and nonmodified images“, in: *BJOG : an international journal of obstetrics and gynaecology*, 121(6), 761-766.
- Moran, Claire/Lee, Christina (2013): „Selling genital cosmetic surgery to healthy women: a multimodal discourse analysis of Australian surgical websites“, in: *Critical Discourse Studies*, 10(4), 373-391.
- Mowat, Hayley et al. (2015): „The contribution of online content to the promotion and normalisation of female genital cosmetic surgery: a systematic review of the literature“, in: *BMC women's health*, 15, 110-120.
- Neasbitt, Jessica Yvonne (2018): *Femal Genital Cosmetic Surgery: Neoliberalism, Medicalization, and the Pathologization Of Embodiment*.
- Nurka, Camille (2019): *Female Genital Cosmetic Surgery. Deviance, Desire and the Pursuit of Perfection*, Cham.
- Nurka, Camille/Jones, Bethany (2013): „Labiaplasty, Race and the Colonial Imagination“, in: *Australian Feminist Studies*, 28(78), 417-442.
- Pitts-Taylor, Victoria (2007): *Surgery Junkies : Wellness and Pathology in Cosmetic Culture*, Piscataway, United States.
- Reitsma, Welmoed et al. (2011): „No (wo)man is an island--the influence of physicians' personal predisposition to labia minora appearance on their clinical

- decision making: a cross-sectional survey“, in: *The journal of sexual medicine*, 8(8), 2377-2385.
- Richter, Matthias/Hurrelmann, Klaus (Hrsg.) (2016): *Soziologie von Gesundheit und Krankheit* (Lehrbuch), Wiesbaden.
- Riviere, Joan (1994): „Weiblichkeit als Maskerade“, in: Liliane Weissberg (Hrsg.), *Weiblichkeit als Maskerade* (Fischer-Taschenbücher ZeitSchriften 11850), Frankfurt am Main, 34-47.
- Rodrigues, Sara (2012): „From vaginal exception to exceptional vagina: The biopolitics of female genital cosmetic surgery“, in: *Sexualities*, 15(7), 778-794.
- Runacres, Sean A./Wood, Paul L. (2016): „Cosmetic Labiaplasty in an Adolescent Population“, in: *Journal of pediatric and adolescent gynecology*, 29(3), 218-222.
- Schick, Vanessa R. et al. (2011): „Evulvalution: the portrayal of women's external genitalia and physique across time and the current barbie doll ideals“, in: *Journal of sex research*, 48(1), 74-81.
- Sharp, Gemma et al. (2015): „Predictors of Consideration of Labiaplasty“, in: *Psychology of Women Quarterly*, 39(2), 182-193.
- Sharp, Gemma et al. (2016a): „A Retrospective Study of the Psychological Outcomes of Labiaplasty“, in: *Aesthetic surgery journal*, 2017(37), 323-331.
- Sharp, Gemma et al. (2016b): „Motivations, Expectations, and Experiences of Labiaplasty: A Qualitative Study“, in: *Aesthetic surgery journal*, 36(8), 920-928.
- Shell-Duncan, Bettina/Hernlund, Ylva (Hrsg.) (2001): *Female "circumcision" in Africa. Culture, controversy, and change* (Directions in applied anthropology), Boulder, Colo.
- Sigusch, Volkmar (2005): *Neosexualitäten. über den kulturellen Wandel von Liebe und Perversion*, Frankfurt am Main.
- Spriggs, Merle/Gillam, Lynn (2016): „Body Dysmorphic Disorder: Contraindication or Ethical Justification for Female Genital Cosmetic Surgery in Adolescents“, in: *Bioethics*, 30(9), 706-713.
- Thompson, J. Kevin et al. (1999): *Exactng beauty: Theory, assessment, and treatment of body image disturbance*, Washington.

- Tiefer, Leonore (2008): „Female Genital Cosmetic Surgery: Freakish or Inevitable? Analysis from Medical Marketing, Bioethics, and Feminist Theory“, in: *Feminism & Psychology*, 18(4), 466-479.
- Utz-Billing, Isabell/Kentenich, Heribert (2010): „Weibliche Genitalverstümmelung (Female Genital Mutilation): Eine Intimmodifikation mit langer Tradition“, in: Ada Borkenhagen/Elmar Brähler (Hrsg.), *Intimmodifikationen: Spielarten und ihre psychosozialen Bedeutungen* (Beiträge zur Sexualforschung 95), Gießen, 133-150.
- Veale, D. et al. (2014): „Psychological characteristics and motivation of women seeking labiaplasty“, in: *Psychological Medicine*, 44(3), 555-566.
- Villa, Paula-Irene (2008c): „Einleitung - Wider die Rede vom Äußerlichen“, in: Paula-Irene Villa (Hrsg.), *Schön normal: Manipulationen am Körper als Technologien des Selbst* (KörperKulturen), Bielefeld, 7-19.
- Villa, Paula-Irene (2008c): „Habe den Mut, Dich Deines Körpers zu bedienen!: Thesen zur Körperarbeit in der Gegenwart zwischen Selbstermächtigung und Selbstunterwerfung“, in: Paula-Irene Villa (Hrsg.), *Schön normal: Manipulationen am Körper als Technologien des Selbst* (KörperKulturen), Bielefeld.
- Villa, Paula-Irene (Hrsg.) (2008c): *Schön normal. Manipulationen am Körper als Technologien des Selbst* (KörperKulturen), Bielefeld.
- Villa, Paula-Irene (2011): „Mach mich schön! Geschlecht und Körper als Rohstoff“, in: Peter Wehling/Willy Viehöver (Hrsg.), *Entgrenzung der Medizin: Von der Heilkunst zur Verbesserung des Menschen?* (Verkörperungen / MatteRealities - Perspektiven empirischer Wissenschaftsforschung 4), s.l., 143-162.
- Wehling, Peter/Viehöver, Willy (Hrsg.) (2011): *Entgrenzung der Medizin. Von der Heilkunst zur Verbesserung des Menschen?* (Verkörperungen / MatteRealities - Perspektiven empirischer Wissenschaftsforschung 4), s.l.
- Weltgesundheitsorganisation et al. (1997): *Female genital mutilation. A joint WHO, UNICEF, UNFPA statement*, Geneva.

- Whitcomb, Maureen (2011): *"Bodies of Flesh, Bodies of Knowledge: Representation of Female Genital Cutting and Female Genital Cosmetic Surgery"*.
- Wilkie, Gianna/Bartz, Deborah (2018): „Vaginal Rejuvenation: A Review of Female Genital Cosmetic Surgery“, in: *Obstetrical & gynecological survey*, 73(5), 287-292.
- Women's Health Victoria (2013): *Women and genital Cosmetic Surgery*, Melbourne.