

Das Körperbild der Neuzeit als ethisches Dispositiv für die moderne ästhetische Chirurgie

Das bekannte Wort Stendhals, Schönheit sei ein Versprechen auf Glück, lässt sich auch auf das Bild beziehen, das wir uns – individuell oder gesellschaftlich – vom Körper machen. Der folgende Beitrag stellt die Frage nach den historischen Wurzeln von in der Neuzeit entstehenden Körperbildern und versucht, daraus Strukturdispositive für eine ethische Bewertung der Möglichkeit einer ästhetischen Verbesserung unserer äußeren Erscheinung zu gewinnen.

Teil und Ganzes

Das Verständnis, das die Moderne vom menschlichen Körper entwickelte, wurde wesentlich durch jene Epoche des Übergangs am Ende des 18. und Beginn des 19. Jahrhunderts geprägt, in der traditionelle Vorstellungen zum Teil untergingen, zum Teil modernisiert wurden. Die hippokratisch-galenische Tradition wurde von einer naturwissenschaftlich geprägten Konzeption des Körpers, der Physiologie, abgelöst [6]. Diese neue Forschungsrichtung stellte sich den Körper auf dem Hintergrund unterschiedlich schattierter Einflüsse vor allem von René Descartes und Julien Offray de La Mettrie als Maschine vor, die nach den Gesetzen von Physik und Chemie funktioniert. Diesem Modell vom *Mechanismus* des Körpers, der nach mathematisch rekonstruierbaren Mustern erklärt werden kann, trat das Modell eines neu interpretierten, weil nun naturwissenschaftlich verstandenen *Vitalismus* an die Seite, das den Körper als sich selbst regulierendes, dynamisches Gleichgewicht ansah, ohne dabei in alte teleolo-

gisch-metaphysische Muster zurückzufallen. Konsequenterweise wurde der Körper auch als „lebendige Maschine“ bezeichnet [2]. Der Organismus als ein Ganzes lässt sich in diesem Verständnis nicht auf physikalisch-chemische Prozesse reduzieren, er stellt vielmehr die Voraussetzung für das Funktionieren der einzelnen Organe dar. Der Körper ist daher ein selbstreferenzielles System, das die Voraussetzungen seiner Existenz reproduziert [23]. Gegenüber der mechanischen Idee, die auf die Teile des Körpers abhob, entstand hier die integrative Idee eines Ganzen: Die Organe dienen dem Organismus, dessen einziger Zweck das Überleben ist [24].

Normalität und Normativität

Die hippokratisch-galenische Tradition wurde jedenfalls in beiden Interpretationsrichtungen der Physiologie von einer naturwissenschaftlich geprägten Konzeption des Körpers abgelöst, welche ältere, diätetische Ideen von Gesundheit zurückdrängten [6]. Sowohl die mechanistisch als auch die neovitalistisch akzentuierte Metapher vom Körper als Maschine bereitete nämlich den Boden für die Entwicklung eines Diskurses, der sich weniger auf Gesundheit als vielmehr auf das reguläre Funktionieren des Organismus bezog [7]. Die Physiologie definierte dabei Normalität durch eine statistische Streu- bzw. Verteilungskurve, welche die Übergänge vom Normalen zum Anormalen festlegt [11]. Die Suche nach einem statistischen Maß zur vereinheitlichenden Darstellung von Einzelfällen ist freilich nicht Abbild der Wirklichkeit, sondern soziale Konstruktion [5]. Die dadurch insinuierte Unter-

scheidung von normalen und anormalen Phänomenen konnte einerseits

- *deskriptiv* und andererseits
- *normativ*

verwendet werden: Beschreibend insofern, als damit Kategorisierung und Abgrenzung möglich wurden, vorschreibend insofern, als die Möglichkeit, Abgrenzungen als Ausgrenzungen zu handhaben, disziplinierend zu wirken vermochte [21]. Wer bestimmt, was der Körper sei, diktiert wenigstens prinzipiell, wie man sich als körperliches Wesen zu verhalten bzw. wie man seinen Körper zu behandeln habe.

➤ Normalisierungsdiskurse bergen den Keim von Normierungsbemühungen in sich

Die Definition der „normalen“ Physiologie, die Bestimmung regelmäßiger Funktionsweisen und durchschnittlicher Häufigkeitsverteilungen in Bezug auf körperliche Eigenschaften oder Merkmale, wurde Teil eines in der gesamten Gesellschaft laufenden *Normalisierungsdiskurses* [13]. Interessant daran ist, dass sich Abweichungen von dem, was als normal betrachtet wird, nicht nur auf das „Unterdurchschnittliche“, sondern auch auf das „Überdurchschnittliche“ beziehen können, das heißt, körperliche Eigenschaften oder Merkmale können auch als besonders gut oder als besonders schön betrachtet werden. In jedem Fall betrifft die Differenz von Normalem und Anormalem nicht allein die Streubreite der Fälle oder die Proportion der Verteilung von

C. Breitsameter

Das Körperbild der Neuzeit als ethisches Dispositiv für die moderne ästhetische Chirurgie

Zusammenfassung

Körperbilder transportieren nicht nur medizinische, sondern auch ästhetische Werte, deskriptiv wie normativ. Gesundheit und Schönheit bilden jeweils eigene Maßstäbe im Umgang mit dem Körper. Diese Entwicklung, die sich seit der Neuzeit auch in Versuchen der Bestimmung von Normalität ausprägt, treibt die Auseinandersetzung um die Verhältnisbestimmung von Natürlichkeit und Künstlichkeit sowie von Autorität und Authentizität in medizinischen Entscheidungen an: Welche Eingriffe sind statthaft und wer entscheidet darüber? Der Beitrag zeigt, welche Probleme entstehen, wenn ästhetische mit medizinischen Maßstäben konfrontiert werden. In der Frage nach einer ethisch plausiblen Kombinatorik dieser Leitwerte wird für eine rationale Einschränkung des technisch Möglichen plädiert.

Schlüsselwörter

Körperbild · Normalität · Natürlichkeit · Künstlichkeit · Authentizität · Ethik

The modern age body image as an ethical devise for aesthetic plastic surgery

Abstract

Body images convey not only medical standards but also aesthetic standards – both descriptive and normative ones. Health and beauty form individual standards of how we deal with our body. This development – which since the beginning of the modern age has been reflected in attempts to define normality – is a driving force in the discussion on determining the relation of naturalness and artificiality, as well as authority and authenticity in medical decisions: Which interventions and procedures are permissible and who should decide about that? This paper discusses the problems that may arise when aesthetic standards come up against medical standards. Looking for an ethically plausible combinatorics of these standards, a reasonable limitation of what is technically feasible is advocated.

Keywords

Body image · Normality · Naturalness · Artificiality · Authenticity · Ethics

Eigenschaften oder Merkmalen, sie entfaltet sich auch als Schema der Generalisierung von Erwartungen. Normalisierungsdiskurse bergen somit den Keim von *Normierungsbemühungen* in sich. Dabei wird die Grenze, die das Normale vom Anormalen trennt, unscharf.

Wo körperliche Eigenschaften oder Merkmale optimiert werden, erscheinen sie unter Umständen wieder als normal, sodass sich die Maßstäbe, die zwischen normalen und pathologischen Zuständen zu unterscheiden erlauben, verschieben können [15].

Die Vielfalt der Körperbilder

Die Frage nach der „normalen“ Physiologie stellt sich allerdings nicht nur mit Blick auf die Möglichkeit der Disziplinierung, sondern auch mit Blick auf das „Selbstbild“ des Körpers. Der Körper, den man hat, ist nur über ein Bild zugänglich, das man sich von ihm macht. Dieses Bild steht für den Körper, der wir nicht sind [26]. Auf diese Weise entsteht, mit Helmuth Plessner [16] gesprochen, ein Riss zwischen dem Leib, der wird sind, und dem Körper, den wir haben bzw., wie man hinzufügen muss, haben sollen oder auch haben wollen. Man könnte auch sagen: Die Identifikation mit Hilfe des eigenen Leibes ist nicht Identifikation mit dem eigenen Leib [12]. Der über ein Bild vermittelte Körper ist immer der fremde und zugleich der eigene Körper. Wo immer wir uns mit dem Körper befassen, haben wir es aber mit einem gesellschaftlich geprägten Körper zu tun, einem Körper, der von kodierten Praktiken geformt ist und nur innerhalb von Diskursen besteht.

Der Körper ist Teil einer unabschließbaren sozialen Konstruktion der Wirklichkeit. Er kann nie rein für sich, sondern immer nur über in der Gesellschaft fluktuierende Bilder vergegenwärtigt werden und gehört, so gesehen, nicht mir selbst, sondern ist nur mein eigener, sofern er vermittelt ist. Damit ist der diskursive Rahmen angedeutet, der dem Subjekt seinen „individuellen Körper“ als solchen überhaupt als „eigenen“ zur Verfügung stellt. Jede Erfahrung und jedes Wissen vom Körper ist jeweils schon gesellschaftlich geformt. Das Bild, das sich der Mensch vom Körper macht, ist des-

halb historisch und kulturell variabel, zu verschiedenen Zeiten und an verschiedenen Orten unterschiedlich ausgeformt [20]. Insbesondere der Prozess der Industrialisierung hat die kulturelle und historische Plastizität der Art und Weise, in der sich der Mensch zu seinem Körper verhält, deutlich vor Augen geführt, was den Forschungszweig der „body history“ [17] begründete. Auch wenn jedes Körperbild historisch und kulturell relativ ist, wird damit freilich noch nicht behauptet, der Körper sei nichts anderes als eine soziale Konstruktion, nichts anderes als ein Resultat gesellschaftlicher Diskurse. Genau deswegen existiert auch keine für alle Zeiten und Kulturen feste und fassbare Grenze zwischen der Natur unseres Körpers und ihrer sozialen Kodierung: Der Körper ist in jeder Hinsicht ein kontingentes Produkt der Gesellschaft. Gerade die neu sich herausbildende wissenschaftliche Disziplin der Physiologie war nun eng verwoben mit wirtschaftlichen, politischen, rechtlichen und medizinischen Ideologemen, die den industriellen Fortschritt durch die Beherrschung der Natur und so auch des Körpers, der Leistung zu erbringen hatte, hervorzubringen suchten.

Der Körper ist in jeder Hinsicht ein kontingentes Produkt der Gesellschaft

Daher entsteht in der Neuzeit auch kein einheitliches Bild vom Körper. Es gibt vielmehr eine Vielzahl von Körperbildern. Diese Pluralität von „body images“ wurde innerhalb der Leitdifferenzen der modernen, funktional differenzierten Gesellschaft erzeugt: Es existieren

- wirtschaftliche,
- politische,
- rechtliche,
- medizinische oder auch
- ästhetische Bilder vom Körper.

Diese Bilder verselbstständigten sich mehr und mehr, sodass sich beispielsweise ästhetische Maßstäbe unabhängig von politischen oder wirtschaftlichen oder vor allem auch von medizinischen Vorgaben entwickeln konnten [27]. So vermochten auch Schönheit und Gesundheit als eigenständige Leitwerte auseinander zu treten, was wiederum nicht ohne Rückwirkung

auf die Medizin blieb: Leidensverminderung kann sich sowohl auf die Heilung einer Krankheit als auch auf die Beseitigung einer Entstellung oder eines Makels beziehen. Beide Maßstäbe können aber auch in einen Gegensatz zueinander treten. So kann die Herstellung von Schönheit zu Gesundheitsrisiken oder die Herstellung von Gesundheit zu Beeinträchtigungen der Schönheit führen, und die Frage ist dann, welchem Maßstab der Vorzug zu geben ist.

Natürlichkeit und Künstlichkeit

Insgesamt führte die durch die Physiologie beeinflusste Überlagerung der Körpernatur durch die Vielfalt kultureller Bilder zur Unterscheidung von Natürlichkeit und Künstlichkeit. Denn selbst wenn der menschliche Körper, so etwa Friedrich Hoffmann [9], eine Maschine ist, die nach natürlichen Gesetzen funktioniert, hat sich doch jeder Mensch in bestimmter Weise eingerichtet, seine Natur gewissermaßen geschaffen. Es ist deshalb einerseits vernünftig, mit der eigenen Kunstnatur behutsam umzugehen. Andererseits bedarf die Natur der Entwicklung und Veredelung, und wo die Vernunft dies leistet, wird der Mensch erst wirklich menschliches Wesen, wie Christoph Wilhelm Hufeland [10] betont. Er glaubt nicht länger an die Ursprünglichkeit des Körpers und deshalb auch nicht an eine naturgemäße Lehre von der Gesundheit. Vielmehr kann die Kunst die Fähigkeiten der Natur steigern, so auch Pierre Jean Georges Cabanis [4]. Und es ist deshalb, wie die Aufklärung allgemein sagen wird, erst die Vernunft bzw. die vernunftgeleitete Kunst, durch die der Körper Mensch wird. Der Körper ist nicht Natur, er ist vielmehr „Effekt eines Diskurses, der als ‚vollkommene Kunst‘ Natürlichkeit inszeniert“ [22]. Der Interpretationsspielraum zwischen mechanistischem und neovitalistischem Denken wird in diesen medizintheoretischen Äußerungen zum Verhältnis von Natur und Kunst noch einmal sehr augenfällig [18].

Deutlich wird aber auch: Wenn wir von „Natürlichem“ oder „Künstlichem“ sprechen, verwenden wir Grenzbegriffe [1, 19]. Nichts, was in unserer Welt begegnet, ist rein natürlich oder rein künstlich (Letzte-

res selbst dann nicht, wenn die Kunst natürlicher Inszenierung vollkommen entwickelt ist). Um Phänomenen innerhalb des fließenden Spektrums zwischen Natürlichkeit und Künstlichkeit dennoch Kontur geben zu können und sie nicht einfach nur als Mischformen zu betrachten, erscheint es zweckmäßig, zwischen Entstehung und Erscheinung zu unterscheiden [3, 8]. Ein körperliches Merkmal mag künstlich hergestellt sein und dennoch natürlich wirken. Auch der Gegenfall, dass etwas natürlich entstanden ist, aber künstlich erscheint, ist denkbar. Natürlichkeit im phänomenologischen Sinn kann also künstlich geschaffen sein, Natürlichkeit im genetischen Sinn als künstlich erscheinen. Natürlichkeit im genetischen Sinn kann man nur erhalten, Natürlichkeit im phänomenologischen Sinn, wo sie verloren gegangen ist, auch künstlich wiederherstellen. Gleichwohl wird etwas immer nur als künstlich im Vergleich zu Natürlichem (oder was man eben dafür hält) betrachtet werden können. Was medizinische Eingriffe betrifft, scheint die Verwendung der Natur als Norm eher in phänomenologischer Hinsicht plausibel zu sein, aber auch nur auf den ersten Blick. Denn es lassen sich Fälle denken, in denen ein chirurgischer Eingriff zu einem unnatürlich erscheinenden Resultat führt, das aber für die betroffene Person akzeptabler ist als der „Urzustand“ einer beispielsweise durch einen Unfall und damit „künstlich“ versehrten Erscheinung. Wo hingegen ein Mensch in seiner Erscheinung von Natur aus, das heißt von Geburt an, versehrt ist, wird man die Natur nicht als Maßstab gebrauchen wollen.

Autorität und Authentizität

Da die moderne Gesellschaft, innerhalb derer Normalisierungsdiskurse und Normierungsbemühungen laufen, sich als funktional differenzierte Gesellschaft reflektiert, ist es für sie selbstverständlich geworden, dass sie ein und denselben Gegenstand aus unterschiedlichen Blickwinkeln unterschiedlich betrachtet, ohne dass einer bestimmten Perspektive ein gesellschaftsweit konzederter Vorrang eingeräumt wird. Eine medizinische Entscheidungslage kann auch wirtschaftlich oder politisch oder eben ästhetisch be-

trachtet werden, und man wird unter Umständen zu unterschiedlichen Urteilen darüber gelangen, was zu tun ist. Dadurch entsteht das Paradox einer Symmetrie von Asymmetrien, was Auswirkungen auf die klassischen Autoritäten bzw. auf die professionelle Expertise hat. Die autoritativen Sprecherpositionen, zu denen auch der Arzt zählt, werden in der Moderne auf Augenhöhe zueinander gebracht, ohne aufzuhören, professionelle Sprecherpositionen zu sein [14]. Eine medizinische Entscheidung, die ehemals autoritative Entscheidung war, kann nun angezweifelt werden, weshalb sie mit Gründen ausgestattet werden muss. So kann man die Frage stellen, ob die Entscheidung für oder gegen eine bestimmte Maßnahme richtig war. Genau dadurch ist die moralische Uneindeutigkeit der Moderne charakterisiert. Was medizinisch getan werden soll und was der Arzt deshalb vorschlägt, kann durch den Juristen oder Psychiater bestritten oder in Frage gestellt werden, mit der Folge, dass immer weiter diskutiert werden muss, was als richtiges Handeln angesehen werden kann. Und selbst wenn in dieser Frage Einigkeit erzielt wäre, wenn also ein autoritativer Konsens darüber bestünde, was dem Wohl des Patienten dient, kann der Wille des Betroffenen von dem, was ihm als zuträglich empfohlen wird, abweichen. Daher stellt sich die Frage, was als der authentische Wille des Patienten gelten kann.

➤ Es stellt sich die Frage, was als authentischer Wille des Patienten gelten kann

Das Medium, in dem sich ethische Begründungen ereignen, ist dann jedenfalls nicht mehr Autorität, sondern Authentizität [25]. Ethisch ist an dieser Praxis, dass über alles geredet werden darf und sogar geredet werden muss. Ob sich uneindeutige medizinische Entscheidungslagen aus ethischer Sicht dadurch auflösen lassen, dass einfach der Wille des Patienten befolgt wird, sei dahingestellt. Die genannte Entwicklung führt aber dazu, dass die Kommunikation mit dem Patienten an Bedeutung gewinnt. Galt es also ehemals als vernünftig, das zu tun, was der Arzt empfahl, hatte man sich dieser medizinischen Vernunft einfach zu unterwerfen,

wird genau das mit Verweis auf authentisches Entscheiden, das heißt auf Subjektivität, infrage gestellt. Grundsätzlich wird damit die Frage nach dem Verhältnis von Autorität und Authentizität aufgeworfen [19].

Diskussion

Das Nebeneinander von mechanistischen und neovitalistischen Vorstellungen gibt Anlass dazu, Teil und Ganzes in ein Verhältnis zu setzen: Der menschliche Körper ist nicht einfach nur Instrument der in ihm verkörperten Person, er ist, wie Hegel sagt, auch und sogar primär das „Dasein“ [8] und darin die soziale Erscheinungsweise der Person. Jede *instrumentelle* Einstellung zum Körper sollte deshalb in eine *prudentielle* Einstellung integriert werden: Das Maß seiner Veränderung ist mit anderen und weiterreichenden Zielen in Verbindung zu setzen, ästhetische Maßstäbe sind etwa nach Gesichtspunkten der Klugheit mit Kriterien der Gesundheit zu vermitteln und umgekehrt. Zu den weiterreichenden Zielen gehören auch soziale Bindungen, sodass eine *prudentielle* Einstellung noch einmal in eine *werthafte* Einstellung zu integrieren ist: Der Maßstab, nach dem eine Person sich zu ihrem Körper verhält und ihn behandelt oder verändert, liegt nicht allein in ihren individuellen Wünschen. Eine mechanistische Sicht, der es darum geht, einzelne Bestandteile auszuwechseln oder bestimmte Funktionen zu erneuern bzw. zu verbessern, müsste demnach in eine ganzheitliche Sicht eingebaut werden, die das Gesamt der körperlichen Erscheinung, aber auch soziale Prozesse und Urteile umgreift. Die Veränderung von Teilen hat die Veränderung der ganzen Person zur Folge, was auch die gesellschaftlichen Folgen von Eingriffen in den menschlichen Körper umfasst.

Die Unterscheidung von Natürlichkeit und Künstlichkeit kann in ästhetischer Hinsicht bedeuten, dass Veränderungen oder Verbesserungen natürlich, nicht künstlich aussehen können, auch wenn sie künstlich hergestellt sind. Denkbar ist aber auch, wie bereits erwähnt wurde, dass ein Eingriff, der künstlich erscheint, immer noch natürlicher wirkt als der erstellte „Naturzustand“. Auch hier

kommen, wenn es um die Frage der Bewertung von Eingriffen geht, prudentielle und werthafte Maßstäbe ins Spiel, wenn etwa wiederholtes Lifting zum Entstehen einer Fratze führt oder aber ein Eingriff – selbst wenn er bleibende Narben mit sich bringt – zu größerer gesellschaftlicher Akzeptanz führt. Dabei sind die Grenzen fließend:

- Das durch starkes Lifting maskenhaft wirkende Gesicht erscheint gegenüber dem moderat verjüngten künstlich,
- das moderat veränderte gegenüber dem nicht behandelten („von Natur“ aus aber gut erhaltenen) genauso natürlich oder andererseits
- das von Natur aus ungewöhnlich schöne Gesicht gegenüber dem künstlich moderat verschönerten (aber natürlich wirkenden) künstlich.

Vor allem erscheint ein Eingriff nur dann als künstlich, wenn er die zu einer bestimmten Zeit oder in einer bestimmten Kultur geltenden Normalitätsvorstellungen verletzt. Der Begriff der Natürlichkeit ist ja, wie wir sahen, vom Begriff der Normalität kaum zu trennen, der Begriff der Normalität aber immer relativ zu einer bestimmten Zeit und zu einer bestimmten Kultur. Der Begriff der Normierung ist dabei freilich ebenfalls insofern herausgefordert, als jeder Eingriff nach den Regeln medizinischer Kunst und so nach dem Maßstab der Gesundheit zu erfolgen hat. Hier tritt zum Gesichtspunkt der Autonomie, die dem Patienten zugestanden wird, auch der Gesichtspunkt der ärztlichen Fürsorge. Ob ein Eingriff, der, obwohl er die ästhetische Situation verbessert, medizinische Risiken mit sich bringt, vorgenommen werden soll, kann – nach erfolgter ärztlicher Aufklärung – nur der Patient selbst entscheiden. Voraussetzung dafür sollte aber die in einem weiten Sinn verstandene medizinische Indikation sein, die auf die Verringerung von Leiden abzielt.

In diesem Sinn muss der Wert der Gesundheit mit dem Wert der Schönheit und die ärztliche Autorität mit der authentischen Einstellung der oder des Betroffenen vermittelt werden. Von daher ist die Unterscheidung von Eingriffen, die rein ästhetischen Zwecken dienen, und Eingriffen, die aus funktionellen, also im

engeren Sinn medizinischen Gründen, durchgeführt werden, schwierig: Es gibt Mischformen. Außerdem können durch chirurgische Eingriffe nicht unbedingt oder nicht ausschließlich physische Mängel behoben, sondern auch psychische Belastungen behandelt werden. Deshalb erscheint auch die Auffassung, nur Eingriffe in von Geburt an bestehende bzw. durch Krankheit oder Unfall hervorgerufene „Missbildungen“ seien medizinisch indiziert, nicht plausibel.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. theol. C. Breitsameter



Katholisch-Theologische Fakultät, Lehrstuhl Moraltheologie, Ruhr-Universität Bochum, Universitätsstr. 150, 44801 Bochum
christof.breitsameter@rub.de

Interessenkonflikt. Der korrespondierende Autor gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

1. Bayertz K (Hrsg) (2004) Die menschliche Natur. Welchen und wieviel Wert hat sie? Die menschliche Natur und ihr moralischer Status. S 9–25, Mentis, Paderborn
2. Bernard C (1966) Introduction à l'étude de la médecine expérimentale. Garnier-Flammarion, Paris
3. Birnbacher D (2006) Natürlichkeit. De Gruyter, Berlin New York
4. Cabanis PJG (1802) Rapports du physique et du moral de l'homme, Bd. 1. L'Harmattan, Paris
5. Canguilhem G (1977) Das Normale und das Pathologische. Fischer, Frankfurt am Main
6. Canguilhem G (Hrsg) (1979) Wissenschaftsgeschichte und Epistemologie. Die Herausbildung des Konzeptes der biologischen Regulation im 18. und 19. Jahrhundert. S 89–109, Suhrkamp, Frankfurt am Main
7. Foucault M (1998) Die Geburt der Klinik. 8. Aufl. Fischer, Frankfurt am Main
8. Hegel GW (1986) Grundlinien der Philosophie des Rechts. Suhrkamp, Frankfurt am Main
9. Hoffmann F (1715) Gründliche Anweisung wie ein Mensch von dem frühzeitigen Tod und allerhand Arten Krankheiten durch ordentliche Lebens-Art sich verwahren könne. Bd. 1, Renger, Halle
10. Hufeland CW (1800) Die Kunst das menschliche Leben zu verlängern. Bd. 1, Akademische Buchhandlung, Jena
11. Link J (1996) Versuch über den Normalismus. Wie Normalität produziert wird. Vandenhoeck & Ruprecht, Opladen
12. Luhmann N (2005) Soziologische Aufklärung 6. Die Soziologie und der Mensch. 2. Aufl. Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden
13. Lupton D (1994) Medicine as culture. Illness, disease and the body in western societies. Sage, London

14. Nassehi A (2008) Organisation, Macht, Medizin. Diskontinuitäten in einer Gesellschaft der Gegenwart. In: Saake I, Vogd W (Hrsg) *Moderne Mythen der Medizin. Studien zur organisierten Krankenbehandlung*. Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, S 379–397
15. Orland B (Hrsg) (2005) *Artifizielle Körper – Lebendige Technik. Technische Modellierung des Körpers in historischer Perspektive. Wo hören Körper auf und fängt Technik an? Historische Bemerkungen zu posthumanistischen Problemen*. S 9–42, Chronos, Zürich
16. Plessner H (1975) *Anthropologie der Sinne*. In: Gadamer HG, Vogler P (Hrsg) *Neue Anthropologie*, Bd. 7. Zweiter Teil. Deutscher Taschenbuchverlag, Stuttgart
17. Porter R (1992) *History of the body*. In: Burke P (Hrsg) *New perspectives on historical writing*. Polity Press, Cambridge, S 206–232
18. Porter R (1999) *The greatest benefit to mankind. A medical history of humanity from antiquity to the present*. W. W. Norton & Company, London
19. Quante M (2002) *Personales Leben und menschlicher Tod. Personale Identität als Prinzip der biomedizinischen Ethik*. Suhrkamp, Frankfurt am Main
20. Sarasin P (1998) *Der öffentlich sichtbare Körper. Vom Spektakel der Anatomie zu den „curiosités physiologiques“*. In: Sarasin P, Tanner J (Hrsg) *Physiologie und Industrielle Gesellschaft. Studien zur Verwissenschaftlichung des Körpers im 19. und 20. Jahrhundert*. Suhrkamp, Frankfurt am Main, S 419–452
21. Sarasin P, Tanner J (Hrsg) (1998) *Physiologie und Industrielle Gesellschaft. Studien zur Verwissenschaftlichung des Körpers im 19. und 20. Jahrhundert*. Einleitung. S 12–43, Suhrkamp, Frankfurt am Main
22. Sarasin P (2001) *Reizbare Maschinen. Eine Geschichte des Körpers 1765–1914*. Suhrkamp, Frankfurt am Main
23. Sinding C (1998) *Vitalismus oder Mechanismus? Die Auseinandersetzungen um die forschungslitenden Paradigmata in der Physiologie*. In: Sarasin P, Tanner J (Hrsg) *Physiologie und Industrielle Gesellschaft. Studien zur Verwissenschaftlichung des Körpers im 19. und 20. Jahrhundert*. Suhrkamp, Frankfurt am Main, S 76–98
24. Tanner J (1998) *Weisheit des Körpers und soziale Homöostase. Physiologie und das Konzept der Selbstregulation*. In: Sarasin P, Tanner J (Hrsg) *Physiologie und Industrielle Gesellschaft. Studien zur Verwissenschaftlichung des Körpers im 19. und 20. Jahrhundert*. Suhrkamp, Frankfurt am Main, S 129–169
25. Taylor C (1991) *The ethics of authenticity*. University Press, Cambridge
26. Vahland K (2004) *Der Kunstmensch als Maß der Dinge. Zu Leonardo da Vincis Utopie des idealen Körpers*. In: Hasselmann K, Schmidt S, Zumbusch C (Hrsg) *Utopische Körper. Visionen künftiger Körper in Geschichte, Kunst und Gesellschaft*. Fink, München, S 29–40
27. Verspohl FJ (1998) *Die Entdeckung der Schönheit des Körpers. Von seiner maßästhetischen Normierung zu seiner bewegten Darstellung*. In: Dülmen R van (Hrsg) *Erfindung des Menschen. Schöpfungsräume und Körperbilder 1500–2000*. Boehlau, Wien Köln Weimar, S 139–155