

03

Mai 2009

*Schwerpunkt
Medizin*

Briefe zur Interdisziplinarität

Eine Publikation der
Andrea von Braun Stiftung



voneinander wissen

Selbstverständnis

Die Zeitschrift „Briefe zur Interdisziplinarität“ lädt ein zum Denken und zum Dialog über Disziplinargrenzen hinweg. Ihr Anliegen ist das gleiche wie das der Andrea von Braun Stiftung: die gegenseitige Anregung und der Austausch zwischen allen Gebieten der Geistes-, Natur-, Ingenieur- und Sozialwissenschaften, der Kunst, des Handwerks, traditionellen Wissens und sonstiger Fähigkeiten sowie die Entwicklung und Umsetzung neuer, interdisziplinär geprägter Methoden. Sie ist geleitet von der Überzeugung, dass die wichtigsten und interessantesten Entwicklungen an den Rändern der Wissensgebiete oder zwischen ihnen stattfinden. Diese zu ermöglichen und erfahrbar zu machen, ist das vorrangige Ziel der Stiftung.

Inhaltlich beruht die Zeitschrift auf der Publikation so genannter Lernpapiere. Hierbei handelt es sich um Erfahrungsberichte, deren Erstellung zu den Förderbedingungen der Andrea von Braun Stiftung gehören. In ihnen werden nach Abschluss eines Förderprojekts dessen interdisziplinäre Aspekte gezielt ausgewertet und dargestellt. Soweit sinnvoll enthält jede Ausgabe der „Briefe zur Interdisziplinarität“ einen breit definierten Schwerpunkt, in dem die Lernpapiere zu thematischen Gruppen zusammengefasst werden. Wir wollen mit den Briefen die spezifischen interdisziplinären Erfahrungen der Stiftungsstipendiaten sowohl einschlägig tätigen oder betroffenen Organisationen als auch interessierten Einzelpersonen zur Verfügung stellen.

Vorwort

Wissenschaftler wollen es gerne genau wissen. Wohl aus diesem Grunde sprach mich neulich eine Physikerin an, wie denn die Lenkungsgremien der Andrea von Braun Stiftung, also das Kuratorium und der Vorstand, mit vertretbarem Aufwand Anträge aus sämtlichen akademischen Feldern plus einer Reihe nichtakademischer Wissensgebiete beurteilen könnten. Dies setze das Vorhandensein eines umfassenden Gremiums voraus, das auf sämtlichen Gebieten bewandert sei und die fachliche oder wissenschaftliche Qualität eines Förderantrags bei jeder denkbaren Kombination von Fächern beurteilen könne. Ohne den Zugriff auf ein enorm großes Netz wissenschaftlicher oder fachlicher Experten, das von einer relativ kleinen Stiftung wie der unseren nur schwer finanziert oder verwaltet werden könne, sei das schwer vorstellbar. Die Frage ist nachvollziehbar. Auch sehr viel größere Stiftungen, die sich jedoch auf ein bestimmtes Fachgebiet oder eine verwandte Gruppe von Fachgebieten konzentrieren, haben aus Kostengründen nur begrenzt große Gremien, die selten aus mehr als ca. 12 Personen bestehen, bzw. nur begrenzt große Netzwerke externer Experten, die bei Bedarf zur Begutachtung von bestimmten Anträgen angesprochen werden.

Kurz gesagt, ein solch extensives Berater- und Expertennetz gibt es bei der Andrea von Braun Stiftung nicht. Sie kommt mit einem sehr kleinen Entscheidungsgremium aus. Ein großes Netz zu erwarten oder vorauszusetzen, verkennt die eigentliche Aufgabe der Stiftung. Das Stiftungskuratorium, das endgültig über die Mittelvergabe entscheidet, besteht aus nur drei Personen, denen der einköpfige Vorstand sowie eine einzige Teilzeitmitarbeiterin zuarbeiten. Dies reicht deshalb, weil sich die Stiftung nicht ein Urteil über Fragen anmaßt, von denen sie wenig versteht. Ihre Absicht ist es lediglich, Grenzen zwischen Disziplinen abzubauen. Es ist das Ausmaß, in dem ein vorgeschlagenes Projekt aller Voraussicht nach zu diesem Ziel beitragen wird, nicht so sehr ein wissenschaftliches Verdienst, das zur Entscheidung über Unterstützung oder Ablehnung führt, obwohl dies natürlich gesehen wird bzw. über Referenzen und auf anderem Wege eingeschätzt wird. Ein guter Antrag, hinter dem schlechte Arbeit steckt, kommt selten vor. Das eindeutig wichtigste Entscheidungskriterium für die Stiftung ist der Beitrag eines Projekts zur Interdisziplinarität, nicht mehr, aber auch nicht weniger.

Seit dem Tag, an dem die Andrea von Braun Stiftung im Herbst 2001 erstmals ans Netz ging, gehen durchschnittlich ca. fünf Förderanträge oder -erkundigungen pro Tag ein. Die fachliche Spannbreite dieser Anträge ist im Prinzip unbeschränkt und umfasst sämtliche Gebiete des Wissens, einschließlich aller akademischen und nichtakademischen Fachgebiete (ein laufendes Projekt z.B. umfasst die Kunst des Hufbeschlagschmieds, ein anderes die Population wilder Bären in der Slowakei) sowie zahlreicher überkommener und/oder nicht-westlicher Gedankengüter und Traditionen. Gerade die Breite der Ideen und Vorschläge macht die Arbeit für die Stiftung faszinierend und bereichernd – und bleibt es im übrigen auch nach dem Projektabschluss für praktisch alle Stiftungsalumni. Die Bewertung von Anträgen, vor allem der Vergleich mit anderen Anträgen ist unbestritten schwierig. Es kann nicht ausgeschlossen werden, dass dabei sowohl vom Vorstand wie vom Kuratorium hier und da Fehler gemacht wurden. Einige abgelehnte Projekte wurden vielleicht strenger oder negativer beurteilt, als sie es verdient hätten, andere stellten sich vielleicht als nicht so originell heraus, wie anfangs vermutet. Das Stiftungs-

kuratorium ist jedoch der Ansicht, dass dies ein kleiner Preis für die ungeheure Vielzahl interessanter und unkonventioneller Vorschläge ist, die ansonst bei keiner Förderstelle hätten eingereicht werden können. Ohnehin gab es bislang nur sehr wenige komplette Reinfälle, genauegenommen nur einen, bei dem die Vertreter der beteiligten verschiedenen Disziplinen auf halbem Wege im Streit auseinandergingen (Solche Fälle interessieren uns im übrigen auch sehr, allein um die Gründe des Scheiterns zu erkennen.). Selbst wenn es aber viele gewesen wären, würden einige wenige wirkliche Gewinner eine sehr große Zahl von Enttäuschungen mehr als aufwiegen. Die Tätigkeit der Stiftung ähnelt insofern vielleicht einem Risikokapitalanleger. Viele der Projekte haben einen spekulativen Charakter und scheitern vielleicht an spezifisch interdisziplinären Schwierigkeiten. Dort, wo es aber klappt, ist die Erkenntnisrendite oft spektakulär.

Die vorliegende dritte Ausgabe der Briefe zur Interdisziplinarität ist dem Schwerpunkt Medizin gewidmet. Sämtliche Beiträge weisen einen Bezug zu diesem Thema auf, sei es in organisatorischer, ethischer, körperlicher oder ökonomischer Hinsicht. Für *Bettina v. Jagow* und *Florian Steger* (Transdisziplinarität und Methode – Repräsentationen von Medizin und Ethik in Literatur und Kunst der Moderne) steht die Verständlichkeit im Vordergrund der inter- oder transdisziplinären Erfahrung. Jeder an einem solchen Prozess der Auseinandersetzung zwischen verschiedenen Disziplinen Beteiligte trägt die Mitverantwortung, sich und seine Herangehensweise für andere verständlich zu machen. Dies bedeutet nicht die Aufgabe des eigenen methodischen Rüstzeugs. Den Autoren ist jedenfalls im Rahmen Ihrer Herausgabe eines Tagungsbands kein methodischer Passepartout aufgefallen, der sämtlichen Beiträgen aus allen Fachgebieten gerecht würde. Wichtiger sei ausreichende Sensibilität aller Betroffenen.

Simone Ehm und *Silke Schicktanz* (Der menschliche Körper als bioethischer Konfliktstoff?) berichten in einem relativ langen, aber überaus lesenswerten Lernpapier als Herausgeber über ein Buchprojekt, das einer alten Frage nachgeht, die sich jedoch angesichts der Fortschritte in Naturwissenschaft und Technik, aber auch der Veränderungen in Philosophie, Gesellschaft und Werthaltungen heute als neu und aktuell erweist: Es geht um das Verhältnis von Körper und Identität. Je weiter die Transplantationstechnik voranschreitet bzw. je größer die Bereitschaft des Einzelnen ist, seinen Körper zu verändern, anzupassen, zu „verbessern“, um so dringender wird auch die Frage nach der Definition bzw. der identitätsstiftenden Rolle des Körpers. „Sind“ wir unser Körper und inwieweit ist das noch haltbar, angesichts der stets fortschreitenden künstlichen, medizinischen und transplationstechnischen Veränderbarkeiten dieses Körpers?

Das Buch betrachtet diese Fragestellung unter dem Blickwinkel verschiedener Autoren, historisch, philosophisch, theologisch und kulturwissenschaftlich, aber auch technologisch, psychologisch, informationstechnisch, ethisch und juristisch/normativ. Die Beiträge stehen zunächst nur nebeneinander, die Herausgeberinnen verstehen es jedoch, auf ungewöhnlich kluge und einblickreiche Weise, aus diesen Beiträgen die interdisziplinäre „message“ herauszukitzeln. Sie räumen mit überholten Annahmen auf, z. B. dass es bei der Berührung von Natur- und Geisteswissenschaften immer die ersteren seien, die das größere Gewicht hätten oder den Takt schlugen. Anhand des Beispiels Bioethik, die sie – kreative Wortfindung – als eine „Interdisziplin“ bezeichnen, zeigen sie, dass kritische Reflexionen dessen, was die Naturwissenschaft ermöglicht, durchaus nicht immer hinterherhinken, sondern dass gelegentlich auch geisteswissenschaftliche Impulse die Naturwissenschaften zu steuern vermögen.

Einen wunderbaren Passus fügen Ehm und Schick Tanz mit Ihrem Hinweis auf das Spannungsfeld zwischen Laien- und Expertentum ein. Letztlich sind es nicht nur die Laien, die die Experten brauchen. Mehr als sie ahnen oder vielleicht zugeben wollen, greifen die Experten auch auf die Laien zu. Das verstärkt die Dialogfähigkeit von Laien und Experten um ein Vielfaches. Gerade die Künste haben oft ein gestaltendes und damit wichtiges Wort mitzureden. Schließlich ist jeder auf den allermeisten Wissensfeldern dieser Welt ein Laie. Oder anders ausgedrückt, „Interdisziplinarität baut auf Anerkennung der Disziplinen“, so der Titel des letzten Abschnitts dieses wichtigen Aufsatzes. Das ist wahr. Gerade weil es Disziplinen gibt, kann die reiche Ernte interdisziplinären Arbeitens erst eingeholt werden.

Eine praxisbezogene Form der Zusammenarbeit zwischen Laien und Fachleuten greift *Monika Fröschl* (Internationaler Austausch und Verbreitung kreativer Methoden in HIV-Prävention und Gesundheitsförderung) auf. In der AIDS-Prävention für Athener Schüler und Migranten macht Frau Fröschl Erfahrungen, die über diesen vorgegebenen Aufgabenrahmen hinausgehen. Es geht nicht nur um Gesundheitsfragen, sondern auch um den kreativen Einsatz kultureller Werkzeuge, von Musik, Piktogrammen, Mediation, Spiel. Sie sieht, dass die Arbeit über Disziplinergrenzen hinweg starke Ähnlichkeiten mit interkulturellen Tätigkeiten hat. Man muss sich einlassen auf eine andere Begrifflichkeit und einen anderen Zugang ermöglichen. Sprache spielt eine entscheidende Rolle. „Es geht um das Finden einer Sprache, die sagt, was sie meint.“

Eine abschließende Beobachtung, dass es manchmal vielleicht besser wäre, etwas weniger zu planen und dafür mehr Freiraum für spontane Entscheidungen zu belassen, teilt *Monika Fröschl* mit dem letzten Beitrag in diesem Newsletter von *Arne Manzeschke* (Diakonie und Ökonomie – Interdisziplinäre Perspektiven in einem sozialetischen Forschungsprojekt). Sein Papier – das längste in diesem Heft – besteht aus zwei grundsätzlich unterschiedlichen Teilen. Im ersten beschreibt er sein Projekt, eine Analyse der Folgewirkungen der Einführung von DRG (Diagnosis Related Groups) in der deutschen Krankenhauslandschaft und deren Auswirkungen auf den Aspekt menschlicher Fürsorge und persönlicher Aufmerksamkeit für den Patienten. Im längeren zweiten Teil folgt eine eher philosophisch und wissenschaftstheoretische Abhandlung über Interdisziplinarität als Phänomen und Aufgabe, die zwar von den Erfahrungen des eigentlichen Forschungsprojekts gespeist wurde, darauf aber nur gelegentlich Bezug nimmt. Dabei herausgekommen ist ein allgemeingültiges Essay zur Interdisziplinarität, dessen Lektüre ich dem geeigneten Leser nur wärmstens ans Herz legen kann. Manzeschke beginnt mit einer Gegenüberstellung von Problemorientierung und Interdisziplinarität, führt dann über zu Fragen der Organisation interdisziplinären Arbeitens und weist dort insbesondere auf Fragen des gegenseitigen Verständnisses der verschiedenen beteiligten Disziplinen hin. Er macht auf ein interessantes Paradoxon aufmerksam: Interdisziplinär arbeiten, bedeutet Grenzen überschreiten und andere Blickwinkel anzubieten. Gerade durch die Existenz der Grenzen werden jedoch unterschiedliche Blickwinkel erst möglich. Gäbe es keine fachlichen Grenzen, könnte die Bereicherung, die aus der Grenzüberschreitung kommt, nicht entstehen. Manzeschke findet sich hier in guter Gesellschaft mit Ehm und Schick Tanz.

München, im Mai 2009

Dr. Christoph-Friedrich v. Braun
Vorstand, Andrea von Braun Stiftung

Inhaltsverzeichnis

Prof. Dr. Bettina von Jagow, PD Dr. Florian Steger Transdisziplinarität und Methode	6
Simone Ehm, Prof. Dr. Silke Schicktanz Der menschliche Körper als bioethischer Konfliktstoff?	12
Prof. Dr. med. Dr. med. habil. Monika Fröschl Internationaler Austausch und Verbreitung kreativer Methoden in der HIV-Prävention und Gesundheitsförderung	36
PD Dr. theol. Arne Manzeschke Diakonie und Ökonomie	42

Das interessante Thema von Medizin und Künsten, speziell das Wechselverhältnis von Literatur und Medizin, scheint uns ein für interdisziplinäre Arbeit sehr geeignetes zu sein. In unserem Band war es möglich, Fachvertreterinnen und Fachvertreter verschiedener Disziplinen unter Einschluss einer Künstlerin an einen runden Tisch zu bringen und gemeinsam über ein interdisziplinär hoch anschlussfähiges Thema zu diskutieren: die Repräsentationen von Medizin und Ethik in Literatur und Kunst der Moderne.

Für die Drucklegung haben wir dann systematisierend unterschieden zwischen Repräsentationen von Medizin in Literatur und Geistesgeschichte und solchen in Medien und Künsten. Diese nachträgliche Systematisierung war nötig, um Struktur in die vielschichtige Diskussion zwischen Literaturwissenschaft, Philosophie, Medizingeschichte, Ethik in der Medizin, Wissenschaftstheorie, Kulturwissenschaften, Psychiatrie und Psychotherapie, Musikwissenschaft und angewandter Kunst zu bringen.

Transdisziplinarität und Methode

Repräsentationen von Medizin und Ethik in Literatur und Kunst der Moderne

*Autoren: Prof. Dr. Bettina von Jagow, Ludwig-Maximilians-Universität München,
Lehrstuhl für Neuere deutsche Literatur und Medien, Prof. Dr. Oliver Jahraus /
PD Dr. Florian Steger, Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg, Institut
für Geschichte und Ethik der Medizin / Projekt: Transdisziplinarität und Methode.
Repräsentationen von Medizin und Ethik in Literatur und Kunst der Moderne /
Art des Projektes: Tagungspublikation / Die Tagung fand statt vom 15.9. bis 17.9.2003
in der Carl Friedrich von Siemens Stiftung München / Die Publikation ist erschienen im
Universitätsverlag Winter Heidelberg unter dem Titel: „Repräsentationen“ – Medizin
und Ethik in Literatur und Kunst der Moderne, ISBN 3-8253-1580-0*

Abschlußbericht

Durch die großzügige Unterstützung der Andrea von Braun Stiftung ist es uns möglich gewesen, die Ergebnisse einer Tagung mit dem Titel „Transdisziplinarität und Methode. Repräsentationen von Medizin und Ethik in Literatur und Kunst der Moderne“ (15. bis 17.9.2003, Carl Friedrich von Siemens Stiftung München) drucklegen zu lassen. Der Tagungsband ist 2004 erschienen und lautet: Repräsentationen. Medizin und Ethik in Literatur und Kunst der Moderne, hrsg. von Bettina von Jagow und Florian Steger. Heidelberg: Universitätsverlag Winter 2004. Wir sind der Andrea von Braun Stiftung sehr dankbar, dass durch die Gewährung eines Druckkostenzuschusses die Drucklegung möglich wurde.

Bei der Diskussion stellte sich die Frage nach einer die einzelnen für sich stets hochinteressanten Beiträge verbindenden Methode, die transdisziplinäres Sprechen möglich macht. Wir konnten eine solche Methode nicht erkennen. Vielmehr scheint es für alle Beteiligten wichtig gewesen zu sein, aus ihrer fachspezifischen Herangehensweise über ein interdisziplinäres Thema, hier der Repräsentationen von Medizin und Ethik in Künsten, zu berichten und zu diskutieren.

Die Herausforderung ist es dabei, die fachspezifische Sichtweise so darzustellen, dass diese anschlussfähig ist. Das heißt: Es muss darum gehen, sich gemeinsam auf ein Thema einzulassen, zu dem die Beteiligten alle etwas beitragen können, dazu aber einen Sprachcode und Beschreibungsweisen zu verwenden, die auch für andere verständlich und wiederum anschlussfähig sind.

Wir sehen es insofern, auch auf dem Hintergrund unserer anderen interdisziplinären Forschungsprojekte, als die Herausforderung inter- und transdisziplinären Arbeitens an, gerade die Verständigung untereinander als Ziel einer Auseinandersetzung zu definieren. Ob dies unbedingt durch eine verbindende Methode realisiert werden muss, bezweifeln wir. Aus unserer Sicht ist es wichtiger, Sensibilität zu entwickeln für gegenseitige Verständigung.

Es muss aus unserer Sicht also darum gehen, sich auf übergreifende Fragestellungen einzulassen und dabei echtes Interesse am anderen Zugang zu haben. Jede und jeder kann und sollte vielleicht auch seine/ihre spezifische Herangehensweise an Themen beibehalten, das heißt, sollte seine/ihre fachkulturspezifische Methode wählen, aber die anderen daran teilnehmen lassen. Dies wird nur möglich sein, wenn man die Forschungsergebnisse anderer Fachkulturen berücksichtigt, sich um deren Verständnis bemüht und in die eigenen Arbeiten angemessen einbezieht. Ebenso wichtig ist die oben bereits erwähnte Verständlichkeit, die einem transdisziplinären Sprechen und Verstehen unabdingbar ist.

Wir konnten eben jenes gegenseitige Wahrnehmen und Berücksichtigen auf der einen Seite und Verständlichkeit auf der anderen Seite bei einem weiteren Forschungsprojekt als wichtiges Ziel transdisziplinären Arbeitens wiedererkennen. Hier ging es erneut um die Schnittstellen von Literatur und Medizin, umgesetzt in einem sachlich-systematisch konzipierten Lexikonprojekt, in dem wir gemeinsam mit 80 Autorinnen und Autoren aus sehr verschiedenen Fachkulturen gearbeitet haben. Das Lexikon ist 2005 erschienen und trägt den Titel: *Literatur und Medizin. Ein Lexikon*, hrsg. von Bettina von Jagow und Florian Steger. Göttingen Vandenhoeck&Ruprecht 2005.

In unseren Augen ist uns transdisziplinäres Arbeiten bei diesem Buchprojekt durchaus gut, im Sinne von gegenseitigem Wahrnehmen und Verstehen, gelungen, was uns auch in positiven Rezensionen bestätigt wurde. Zuletzt ist eine Besprechung in der Zeitschrift „Kulturpoetik“ (6, 2006, H. 1, S. 130-132) von Hans J. Rindisbacher (Assoc. Prof. of German, Pomona College, Claremont, CA, USA) erschienen, in der es unter anderem heißt: „What is impressive overall in this volume is the high awareness and familiarity with research and literature in different countries and languages, notably the United States. This reviewer, writing from within the American context, knows, however, that the reverse is not the case and American scholars, at least partly due to decline in foreign language knowledge, are increasingly ignorant of non-English research, notably of a historical conceptual kind. This is a pity, for at least some of the contributions to the present volume deserve a wider audience than they are likely to get.”

Curriculum Vitae

1971	Geboren am 08.09.1971
1992–98	Studium der Neueren deutschen Literaturwissenschaft, Französisch und Theaterwissenschaft, LMU München, und Études Théâtrales, Sorbonne Nouvelle Paris III Zwischenprüfung NdL 1993 licence ès lettres 1995 (sans mention)
1995–98	Doppelstudium: Jura – Magister Artium 1998
1999–2001	Dissertation zu Ingeborg Bachmann Promotion zum Dr. phil. 2001, LMU München
2002–2007	PostDoc, Fellow und Forschungsstipendiatin in München, Augsburg, Oxford, London, Budapest, Tel Aviv, Basel, Jerusalem, Beer Sheva
2005–2007	Ausbildung zur Tanztherapeutin (DGT, Köln)
2008–	Fortbildungsseminare in Tanztherapie (DGT, Köln)
	Berufliche Tätigkeit
1995–1998	Hilfskraft am Institut für romanische Philologie, LMU München
1998–2000	Assistenz der Leiterin des Sprachinstitut München, SIM
2000–03/04	Lehrbeauftragte, Institut für deutsche Philologie, LMU München
2004	Lehrbeauftragte, Deutsches Seminar, Universität Basel
2005–2006	wiss. Mitarbeiterin am Lehrstuhl Prof. Dr. Oliver Jahraus, Institut für deutsche Philologie, LMU München
07.–12.2006	Stipendiatin im HWP
01.–04.2007	Vertretung (1/2) der Assistentenstelle Dr. Claude Conter (LS Prof. Dr. Oliver Jahraus)
05.–10.2007	Stipendiatin im HWP
04.–07.2007	Lehrbeauftragte, Leopold-Franzens-Universität, Innsbruck
05.2007– 01.2008	Lehrbeauftragte, Institut für deutsche Philologie, LMU München
01.02.2008–	wiss. Mitarbeiterin am Lehrstuhl Prof. Dr. Oliver Jahraus, Institut für deutsche Philologie, LMU München



Prof. Dr. phil. Bettina von Jagow

Curriculum Vitae

1974	Geb. 01.07.1974 in Garmisch-Partenkirchen
1981–1985	Grundschule in Oberau
1985–1994	Benediktinergymnasium Ettal (Humanistischer Zweig): Allgemeine Hochschulreife/Abitur (1994)
1994–2003	Studium der Klassischen Philologie und Geschichte an den Universitäten Würzburg und München (LMU): M.A. (1999), seit 1996 zusätzlich Humanmedizin an der Universität München (LMU): Ärztliche Prüfung 2003
2002	Promotion zum Dr. phil. mit der Arbeit „Asklepiosmedizin. Medizinischer Alltag in der römi- schen Kaiserzeit“ (Stuttgart 2004), Fakultät für Geschichtswissenschaft, Ruhr-Universität Bochum
2002–2003	Postdoc Postdocstipendiat der DFG im Graduiertenkolleg 516 „Kulturtransfer im europäischen Mittelalter“, Universität Erlangen-Nürnberg
Januar 2008	Habilitation Habilitation an der Medizinischen Fakultät der Universität Erlangen-Nürnberg; schriftliche Habitationsleistung: „Keine Stoffwechselstörung im Gehirn, sondern eine persönliche Geschichte“. Geschichte und Ethik der Psychiatrie und Psychotherapie im 20. und 21. Jahrhundert
30.01.2008	Antrittsvorlesung an der Medizinischen Fakultät der Universität Erlangen-Nürnberg: „Hippokratische Eid – gestern und heute“
02.04.2008	Erteilung der Lehrbefugnis für das Fachgebiet „Geschichte und Ethik der Medizin“, Ernennung zum Privatdozenten
Mai 2006	Hochschulpädagogik Zertifikat Hochschullehre der Universitäten Bamberg, Bayreuth, Erlangen-Nürnberg und Würzburg (60 AE)
2007	Trainer am Fortbildungszentrum Hochschullehre der Universitäten Bamberg, Bayreuth, Erlangen-Nürnberg und Würzburg
November 2008	Zertifikat Hochschullehre Bayern (120 AE)



PD Dr. Florian Steger, M.A.

Lehre

Jedes Semester Lehrveranstaltungen im Bereich
„Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin“ an
der Medizinischen Fakultät der Universität
Erlangen-Nürnberg und im Wintersemester 2007/8
sowie 2008/9 auch an der Medizinischen Fakultät
der LMU München

Seit Sommer-
semester 2002

Neueste medizinische Eingriffe verschieben die Grenzen zwischen Körpereigenem und Körperfremdem und fordern uns heraus, das Verhältnis von Körper und Identität neu zu überdenken: Wie verändert sich das Selbstverständnis des Menschen angesichts der immer vielfältigeren Möglichkeiten, seinen Körper durch Transplantationen, (Neuro-)Prothesen und Schönheitschirurgie zu verändern? Welchen Einfluss haben moderne Techniken auf unser Verständnis von Gesundheit, Krankheit und Normalität? Was zählt eigentlich noch der Kern des Menschen, wenn der Körper immer mehr zum Maß, das heißt zur Orientierung für unser Handeln wird? Und: Was treibt die Menschheit dazu, Körper in immer stärkerem Maße zu manipulieren? Angemessen über Körper und Identität nachzudenken, heißt verschiedenste Perspektiven zusammenzubringen, um die Machbarkeiten der Medizin und die Wunschvorstellungen der Menschen zu verstehen. Dieses Buch gibt mit philosophischen, theologischen, historischen und naturwissenschaftlichen Beiträgen Impulse für die interdisziplinäre Diskussion und die bioethische Auseinandersetzung.

Der menschliche Körper als bioethischer Konfliktstoff?

**Ein Problemaufriss. Körper als Maß?
Biomedizinische Eingriffe und ihre Auswirkungen auf
Körper- und Identitätsverständnisse.**

*Autor: Simone Ehm, Evangelische Akademie zu Berlin und Prof. Dr. Silke Schicktanz,
Universität Göttingen, Abt. für Ethik und Geschichte der Medizin /*

Projekt: Der menschliche Körper als bioethischer Konfliktstoff? Ein Problemaufriss /

Art des Projektes: Publikation

„Der Körper erinnert sich an die Zärtlichkeit, die ihm einst gewährt wurde.“

(Heinrich Mann, Henri Quatre, Rowohlt 1985)

„Identität“ und „Körper“ sind Grundbegriffe im Nachdenken des Menschen über sich selbst. In welchem Verhältnis jedoch steht unsere Identität zu unserer körperlichen Beschaffenheit? Die klassische Frage nach dem Körper-Geist- oder Leib-Seele-Verhältnis stellt sich angesichts der fortschreitenden Möglichkeiten der modernen Medizin mit besonderer Dringlichkeit und auch mit neuem Focus. Die Implantation von Neuroprothesen, die Transplantation von Organen, Gliedmaßen und vor allem Hirngewebe sowie die Veränderungen von Körpern durch die plastisch-ästhetische Chirurgie heben die „traditionellen“ Grenzen zwischen (Körper-)Eigenem und (Körper-)Fremdem zunehmend auf und fordern uns heraus, die Bedeutung des menschlichen Körpers für das individuelle Selbst neu zu reflektieren.

Nicht umsonst spricht man z.B. in den Literaturwissenschaften und neuerdings auch in den Sozialwissenschaften von einem „corporal turn“ (oder „somatic turn“) (Schroer 2005), also einer Hinwendung zur Bedeutung des Körpers für das Verständnis vom Menschen und der Gesellschaft in der (Post-)Moderne. Bioethische und rechtlich-politische Fragestellungen müssen aber noch einen Schritt weiter gehen. Sie thematisieren nicht nur die Rolle und das wandelnde Verständnis von Körperlichkeit, sondern fragen auch danach, inwiefern Manipulation, Erhalt oder Austausch von Körpern moralisch richtig oder falsch und rechtlich-politisch regulierbar sein können und müssen. Für eine bioethische Auseinandersetzung mit dem Thema „Körper und Identität“, das eigentliche Anliegen dieser Publikation, ist neben der inhaltlichen Bandbreite von normativen und deskriptiven, theoretischen und praktischen Perspektiven auch eine kurze Selbstreflexion darüber geboten, welche Möglichkeiten und Grenzen eine solche interdisziplinäre Auseinandersetzung aufweist. Einführend soll zuvor dargestellt werden, von welchen Ambivalenzen der Umgang mit dem Körper in unserer heutigen Kultur gekennzeichnet ist und welche Perspektiven in dieser Publikation zur Sprache kommen, die diese Ambivalenzen in ihren Ursachen und Konsequenzen für das individuelle und gesellschaftliche Leben beschreiben und deuten.

1. Das Körperverständnis in der Spätmoderne – zwischen Ambivalenzen und Selbstverständlichkeiten

„Weiterlebend mein Herz in einem anderen Körper wird was empfinden, meine rechte Hand, angesetzt einem fremden Gelenk, wird wen lieblosen, nach welcher Waffe greifen, meine ver-

pflanzten Augen was stürzt auf euch ein. (...) Mein zierliches Nervengeflecht, alles noch schön beisammen, aber wie bald zerstreut und was wird sein bei der Auferstehung des Fleisches, wie findet sich das zueinander, Augen, Hand, Herz? Im Fluge? Ja, im Fluge.“

(Marie-Luise Kaschnitz: Steht noch dahin. Suhrkamp 1970)

Der Umgang mit dem Körper wird in westlich geprägten Gesellschaften wie beispielsweise den mitteleuropäischen stark durch die Herangehensweise der naturwissenschaftlich orientierten Medizin bestimmt. Der medizinische Blick auf den menschlichen Körper zu Beginn des 21. Jahrhunderts ist weitgehend gekennzeichnet durch Kriterien wie Objektivierung, Fragmentierung und Entpersonalisierung – auch wenn sich das Körperbild in einigen Bereichen der Medizin wie z.B. der Psychosomatik durchaus durch eine „ganzheitlichere“ Sicht auszeichnet.

Historische Wurzeln der naturwissenschaftlichen Medizin liegen u.a. in der systematischen und später experimentellen Erforschung des Menschen mit dem Aufkommen der Anatomie in der Renaissance. Forciert durch die Ausdifferenzierung verschiedener medizinischer Richtungen wie der Chirurgie, der Pathologie und der Hygiene im 19. bzw. der Humangenetik im 20. Jahrhundert, ging die Wahrnehmung des menschlichen Körpers immer mehr „unter die Haut“ (vgl. u.a. die Übersichtsarbeiten Hughes 2000, Duden 1990, Jütte 1998, Imhof 1983 oder exemplarische wissenschaftshistorische Arbeiten wie die von Sarasin 2001, Duden 1987).

Einem naturwissenschaftlich-technischen Paradigma folgend herrscht innerhalb der modernen Medizin ein vorwiegend neurozentrisches Körper- und Menschenbild. Dieses neurozentrische Bild löst u.a. die lange dominierende Sicht von Descartes ab. In dem cartesianischen Konzept galt der Körper als Maschine, der Geist als *res cogitans*, d.h. als immaterielle Entität mit Eigenwertigkeit und Unabhängigkeit vom Körper. Dieser Dualismus ist nicht nur aus naturwissenschaftlicher, sondern auch aus philosophischer Sicht problematisiert worden. Die Medizin des 21. Jahrhunderts verortet die personale Identität eines Menschen im Gehirn; Körper und Geist werden auf der Basis eines materialen und naturalisierten Konzepts von Bewusstsein und Geist vereint. Aus eben diesem Grund ist die Transplantation von Hirngewebe in Deutschland heftig umstritten (vgl. Wolf 2005). Darüber hinaus stellt sich jedoch die Frage, ob die Transplantation aller anderen Organe und Körperteile oder „äußere“ Veränderungen im Erscheinungsbild, z.B. durch Schönheitschirurgische Maßnahmen, tatsächlich kein Problem für das Selbstverständnis des Menschen darstellen.

Dem naturwissenschaftlich geprägten Blick auf den Menschen stehen postmoderne Ansätze gegenüber. Diese zeigen, wie ein vermeintlich objektiver, wissenschaftlicher Blick

auf den Menschen sozial konstruiert und von Normierungs- und Disziplinierungsgedanken durchzogen ist.

Beide (auf den ersten Blick widersprüchlichen) Perspektiven auf den Menschen thematisieren dabei ausschließlich die „Außen“-Ansicht, die – entweder naturalisierend oder relativistisch – den Einzelnen in seinen Bedürfnissen schnell aus den Augen verlieren kann.

Gerade die poststrukturalistische bzw. postmoderne Sicht hat den Körper v.a. in die Kultur-, Geschichts- und Humanwissenschaften zurückgeholt (z.B. Foucault 1977, Butler 1993). Normative Überlegungen über den richtigen und falschen Umgang mit dem Körper – vor allem im konkreten Kontext – bleiben aber oft hintangestellt. Dabei ist die interne Perspektive, d.h. die der realen Personen auf körperliche Integrität und leibliche Wahrnehmung (wie Schmerzen, Wohlfühlen), in der Medizin nicht „verschwunden“; sie stellt (immer noch) einen zentralen Bestandteil vieler Arzt-Patienten-Gespräche dar.

Selbst in der aktuellen Diskussion in Philosophie und angewandter Ethik gibt es zwei Tendenzen zu verzeichnen: Anknüpfend an die phänomenologische Konzeption Maurice Merleau-Pontys oder die Anthropologie von Max Scheler und Helmut Plessner wird der Körper als Leib, d.h. als subjektive Wahrnehmung des Körpers, bereits thematisiert und „wert“-geschätzt (vgl. Shildrick/Mykitiuk 2005). Dagegen sind liberalistische Ansätze der Ethik oft unsensibel gegenüber Leib- und Körper-Wertschätzungen und sehen hier nicht selten eine „neuheidnisch-esoterische Verehrung des Körpers“ (Steinorth 1998, S. 120).

Daran, wie „grenzüberschreitende“ Medizintechniken wie Transplantationen und Neuroimplantate wahrgenommen, gerechtfertigt und kritisiert werden, zeigt sich, dass die wissenschaftlichen Annahmen der Objektivierung, Fragmentierung und Entpersonalisierung des Körpers, auf denen diese Techniken aufbauen, öffentlich in Frage gestellt werden: So hat z.B. erst die breite Einführung der Organtransplantation eine kulturelle Verarbeitung auf den Weg gebracht, die die Verpflanzung von Körperteilen zunehmend auch unter dem Blickwinkel der Identitäts- und Persönlichkeitsveränderung thematisiert und problematisiert. Medien und Literatur haben sich dieser Thematik auf vielfältige Weise angenommen. Die Palette reicht von Stanislaw Lems ironischem Spiel mit der Gehirnverpflanzung zwischen Mann und Frau im „Futurologischen Kongress“ über den Psychothriller „COMA“ bis hin zu John Irvings Geschichte einer entstehenden Liebe zwischen einem Handtransplantatempfänger und der Witwe des Spenders („Die vierte Hand“).

Wie fragil und ambivalent die Wahrnehmung von körperlicher Bedingtheit und Zuschreibung des Selbst ist, veranschaulicht poetisch und plastisch zugleich der Fotofilm „Fremdkörper“ von Katja Pratschke und Gusztáv Hámos. Er basiert auf der Erzählung

„Die vertauschten Köpfe“ von Thomas Mann: Eine Frau muss sich zwischen zwei Männern entscheiden, die als Freunde körperlich und geistig nicht entgegengesetzter sein können. Der eine intelligent und intellektuell attraktiv, der andere stark und körperlich begehrenswert. Beide sind liebens- und begehrenswert – jeder auf seine Art. Ein mystischer Unfall bedingt den Austausch der Köpfe, so dass auf den ersten Blick Rumpf und Kopf in „idealer“ Weise kombiniert werden. Doch im Laufe der Zeit wird deutlich, dass sich nun gegenläufig Körper und Geist anzupassen scheinen und die Qual der Wahl beginnt erneut. Während Thomas Mann seine Erzählung in den mythischen Rahmen Indiens einbettet, versetzen Pratschke und Hámos die Handelnden in eine moderne Welt, in der die Transplantationschirurgie es ermöglicht, Köpfe zu verpflanzen. Aus einem ärztlichen Kunstfehler – der Kopftausch war nicht beabsichtigt – erwächst in der erotischen Dreiecksbeziehung nun ein neues Problem: Wer ist genetisch, emotional und sozial der Vater des ungeborenen Kindes der schwangeren Marie? Pratschke und Hámos konterkarieren als Künstler die verschiedenen Ansichten mit verschiedenen Expertenmeinungen: Das Fazit besagt, dass sich auch die Experten nicht einig werden, denn Körper- und Identitätsverständnis variieren selbst in Psychologie, Genetik und Physiologie. Am Ende bleibt anscheinend nur ein trauriges, wenngleich vereintes, tödliches Ende der erwachsenen Protagonisten – ein Ende, wie es in der klassischen modernen Konzeption als einziger Ausweg erscheint: Wenn die soziale und natürliche Ordnung aus den Fugen gerät, dann ist keine Hoffnung mehr. Die postmoderne Interpretation hingegen hätte vielleicht auch ein Happy End ermöglicht: Die Anerkennung der Auflösung von Grenzen, die aktive Kreation neuer Entitäten und Identitäten, um neue Lebensentwürfe zu schaffen.

Der Kunst gelingt es in exzellenter Weise, den Blick über die Grenzen der einzelnen Disziplinen hinaus zu öffnen. Aus diesem Grund begleiten Tafeln aus dem Fotofilm „Fremdkörper“ von Katja Pratschke und Gusztáv Hámos (Deutscher Kurzfilmpreis in Gold 2002) die Themenstränge des Bandes.

2. Körper als Maß? Unterschiedliche Perspektiven auf biomedizinische Eingriffe

„Um der Gefahr der körperlichen Anarchie vorzubeugen, wurde das BÜPROKÖPS ins Leben gerufen, ein Büro für Projekte des Körpers und der Psyche, das den Markt mit verschiedenen, aber stets erprobten Varianten von Körpergestaltungsplänen beliefern sollte. Dennoch gab es noch immer kein Einvernehmen hinsichtlich der Hauptrichtung der Autoevolution: Sollte man Körper anfertigen, mit denen man möglichst angenehm leben konnte, oder solche, die den Individuen das Einleben in das gesellschaftliche Sein besonders erleichterten (...)?“

(Stanislaw Lem: Sterntagebücher. Suhrkamp 1981)

„Körper *als* Maß?“ thematisiert einen besonderen Konflikt in der aktuellen Debatte um biomedizinische Eingriffe in den Körper des Menschen: Die materialistische Sicht auf den Körper scheint im Konflikt mit der Idee einer Unverfügbarkeit, Unantastbarkeit des Körpers zu stehen. Diese Unverfügbarkeit des Körpers ist aber offensichtlich nicht immer im Einklang mit der Idee von personaler Identität und Authentizität, gekoppelt an freiheitliche Selbstbestimmung und einem „Sich-zusich-selbst-verhalten“-Können. Der Körper wird zunehmend als Messlatte, als Orientierung für die Argumentation – einmal in die eine, einmal in die andere Richtung.

Es geht in dieser Publikation nicht nur um die gängige Problematisierung, dass der Körper nach Maß, also nach Normvorstellungen „zugeschnitten“ wird, sondern in weiten Teilen viel grundsätzlicher darum, dass sich verschiedenste Argumentationen auf den Körper als eine identitätsstiftende Entität berufen, sei es nun für oder gegen die biotechnische Manipulation, für oder gegen den unbedingten Erhalt körperlicher Funktionen.

Die moralische Unsicherheit bezüglich des identitätsstiftenden Charakters von Körpern wird unter anderem in der derzeitigen Diskussion um Organhandel bzw. die Erlaubnis von körperlichen „Diensten“ besonders deutlich. Der Verkauf der eigenen Organe, Prostitution und Pornographie sind bestenfalls radikale Optionen der Selbstbestimmung in einer kommerziell ausgerichteten Welt. Schönheitsoperationen und sog. Enhancement (d.h. eine Verbesserung der Fähigkeiten und Eigenschaften des Menschen, die über die Wiederherstellung und Bewahrung seiner Gesundheit hinausgeht) sind mildere Varianten, um im Privatleben und auf dem Arbeitsmarkt besser zu bestehen.

Die rechtlichen und ethischen Debatten um die Reichweite der Selbstbestimmung umschiffen dabei meist die Klärung der zentralen Kategorien „Körper“ und „Identität“. Diese Lücke wollen wir mit dem vorliegenden Sammelband teilweise schließen. Unserer Auffassung nach erfordert eine angemessene Auseinandersetzung mit den Auswirkungen biomedizinischer Eingriffe auf das Körper- und Identitätsverständnis des Menschen einen weiten Horizont. Unterschiedliche Disziplinen sind gefragt, gemeinsam einen Deutungsrahmen für die Machbarkeiten und Erkenntnisse der modernen Medizin zu liefern.

Um das wechselseitige Verhältnis von Körper, Identität und Medizin zu beleuchten und in seiner Mehrdeutigkeit besser zu verstehen, werden in diesem Buch drei verschiedene Themenstränge verfolgt. Es wird erstens um die Bedeutung des Körpers für Identitätsfindung und -zuschreibung im Zuge neuer medizinischer Innovationen gehen (Körper als Spiegel). Zweitens sollen die soziokulturellen und alltagspraktischen Bedingungen, die Austausch und Manipulation von Körper(-teilen) ermöglichen bzw. begleiten, untersucht werden (Körper als Fremdkörper). Schließlich werden drittens normativ-ethische Fragen,

die sich aus dem Körperaustausch und der vorherrschenden Sicht auf den Körper ergeben, genauer beleuchtet und diskutiert (Körper als Streitfall).

Der erste Abschnitt beleuchtet das *grundsätzliche Verhältnis von Identität und Körper* überblicksartig aus Sicht der Medizingeschichte, Philosophie, Theologie und Kulturwissenschaft und analysiert, inwiefern sich die einzelnen Disziplinen mit ihrem je eigenen Verständnis von Körper und Identität gegenseitig beeinflusst haben. Der Körper wird als sozialer, historischer und kultureller Spiegel für Identität gedacht. Einzelne Unterasspekte der *Differenz und Komplementierung* werden vertiefend aufgegriffen: Wie spiegelt sich in der Diskussion um Körper und Identität auch das Verhältnis von „natürlich“ und „künstlich“, das von Spiritualität und Materialität und natürlich auch das von Physis und Psyche?

Heiko Stoff beginnt in seinem wissenschaftshistorischen Beitrag mit einem Überblick zur Vernetzung von Bio-, Körper- und Medizingeschichte. Ausgangspunkt seiner historischen Analyse ist Hanns Heinz Ewers' Roman „Alraune“ (1911). Diese Schauergeschichte einer Menschenschöpfung stellt eine politisch von rechts kommende Kritik an der medizinischen *Hybris* dar und verleiht der Angst vor den unreinen, vermischten Hybriden, Chimären, künstlichen Menschen Ausdruck, die das 20. Jahrhundert durchzieht. Mit der molekularbiologischen Revolution radikalisierte sich die biotechnologische Herausforderung, ohne dass sich zunächst die damit verbundenen utopischen Hoffnungen, die negativen-apokalyptischen Bedenken, die konkrete Therapie veränderten. In der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts wurde der menschliche Körper prothetisch, optimierbar und steuerbar. Die Natürlichkeit und Ganzheit des Menschen schien in Frage gestellt. Erst in den achtziger Jahren des 20. Jahrhunderts geriet die erkenntnistheoretische Trennung zwischen „Natur und Kultur“, „Rein und Vermischt“ ins Wanken.

Norbert Meuter legt in seinem philosophisch ausgerichteten Beitrag prinzipielle Überlegungen zum Verhältnis von körperlicher Integrität und persönlicher Identität dar. Identitäten sind für ihn kulturell und sozial geprägte Selbstverständnisse, die es Individuen ermöglichen, ihr Leben in eine kohärente Form zu bringen. Soziale Integration vollzieht sich konkret über spezifische Rollenzuschreibungen und Rollenerwartungen. Die Normalitätsstandards dieser Rollen bilden die Muster, an denen sich die Identitätsbildung orientiert. Identitätsbildung wird in der Moderne zu einer Leistung, die jeder selbst erbringen muss. Dies vollzieht sich narrativ und kulturell unterschiedlich. Mit Helmuth Plessner unterscheidet Meuter zwischen „Körper“ und „Leib“. Am Leib als mentaler Repräsentation des Körpers können kulturelle Muster anschließen (z. B. Schönheits- oder Attraktivitätsstandards). Es gibt jedoch auch eine funktionale „Eigendimension“ des Körpers. Identitätsrelevant sind letztlich Differenzen zwischen dem realen Körper und

dem durch kulturelle Muster interpretierten virtuellen Leib. Am Beispiel der so genannten C-Legs, hochtechnischen Bein-Prothesen, zeigt Meuter, dass im Wesentlichen die soziale Integration darüber entscheidet, inwieweit eine befriedigende Identitätsbildung gelingt oder nicht.

Christian Schwarke thematisiert in seinem Beitrag die Perspektive des Christentums zum Verhältnis von Körper und Identität. Der Beitrag behandelt im ersten Teil historische Aspekte der Haltung des Christentums zur Fragmentierung des Körpers. Anhand dreier exemplarisch ausgewählter Bereiche wird gezeigt, dass das Christentum entgegen der gängigen Meinung nicht durchgängig die Einheit von Leib und Seele gegen eine Fragmentierung des Körpers behauptet hat. Umgekehrt lässt sich die moderne Transplantationsmedizin als partielle technische Realisierung ursprünglich religiöser Utopien verstehen. Im zweiten Teil greift Schwarke die Frage nach der Identitätsgewinnung des Menschen im Spannungsfeld von Leib und Seele auf. Dabei ergibt sich aus der historischen Analyse, dass die neuen technischen Möglichkeiten keine prinzipiell neuen Probleme schaffen, wohl aber ein neues Bewusstsein der Probleme und einen neuen Umgang mit ihnen erfordern. Identität musste jedoch schon immer vom Individuum hergestellt werden, das für einen gelingenden Identitätsaufbau von zwei Voraussetzungen abhing: Erstens muss Identität bedingt offen gelassen werden und zweitens darf Identität nicht gänzlich aus dem Individuum heraus hergestellt werden müssen. Dies wird u. a. an der sog. Zwei-Naturen-Lehre der Christologie als symbolischem Ausdruck für Identitätsfindungsprozesse dargestellt.

Nicolas Pethes schließt diese Sektion mit einem Beitrag aus Sicht der Literatur- und Kulturwissenschaften. Wie seine Ausführungen zeigen, werden die fraglichen Konsequenzen der Biomedizin in einem bestimmten populärliterarischen Genre, dem „Medical Thriller“, nicht nur aus biologischer, sondern auch aus anthropologischer, sozialer und kultureller Perspektive im Rahmen von Zukunftsszenarien einer Gesellschaft diskutiert. In einer vergleichenden Lektüre von Michael Crichtons „The Terminal Man“ (1972) und ausgewählten Romanen zur Klon- und Transplantations-Thematik der Gegenwart wird der Paradigmenwechsel nachgezeichnet, der sich von einem behavioristisch (d.h. das menschliche Verhalten wird vor allem durch Konditionierung und durch extern motiviertes Lernen erklärt) orientierten Ansatz, das menschliche Nervensystem mit Hilfe von Computertechnologie zu manipulieren, zu dem „genetic determinism“ unserer Tage vollzieht, der diese Manipulation mit biologischen Eingriffen umzusetzen versucht. Die spezifische Kompetenz populärer Fiktion liegt in der Fähigkeit, die unvorstellbare Zukunft einer technisch manipulierten Menschheit mit vertrauten narrativen Mitteln und Topoi

zu bewältigen und damit eine anschauliche Form der Folgenabschätzung von Anthropotechniken zu präsentieren.

Ausgehend von der konkreten *medizinischen und technologischen Anwendung* geht es im zweiten Abschnitt um Konflikte und Spannungsfelder, bei denen Körper bzw. bestimmte Körpermanipulationen als *Fremdkörper* wahrgenommen, thematisiert und schließlich ggf. integriert werden können.

Susanne Lundin zeigt anhand von ethnografischen Studien, wie Patient(inn)en mit Xenotransplantationen, d.h. der Übertragung von lebenden tierischen Zellen und Organen, umgehen. Lundin hat ausführlich schwedische Patient(inn)en interviewt, die neuronale Zellen des Schweins zu Parkinsontherapie erhalten haben. Folgt man ihrer Interpretation, so integrieren die Patient(inn)en die Zelltransplantate trotz gewisser Risiken und Skepsis sukzessive in ihre Vorstellungen von personaler Identität. Diese Integration bedeutet aber auch in lebensweltlicher Sicht eine Auseinandersetzung mit den Grenzen von Natur und Kultur, Mensch und Tier, dem Ganzen und seinen Teilen, Leib und Seele. Der Fremdkörper muss nicht nur medizinisch, sondern auch kulturell integriert werden, um als eigener Körperanteil angenommen zu werden.

Katrin Bentele führt aus, inwiefern es bei der Behandlung von (angeborenen) Behinderungen mit Neuroimplantaten (am Beispiel des Cochlea-Implantats (CI) zur Therapie von Gehörlosigkeit) in zweifacher Weise um den Umgang mit Fremdheit geht: Zum einen geht es um Fremdheit oder Anderssein in der Gesellschaft, in der Gehörlosigkeit als Behinderung gedeutet wird und „repariert“ werden soll, selbst wenn die Betroffenen sich nicht unbedingt als defizitär empfinden. Zum anderen geht es um die Fremdheit im eigenen Körper, wenn das Implantat auf der körperlichen Ebene und innerhalb des Selbstbildes integriert und so eine neue Identität ausgebildet werden soll. Die Frage nach der Identität stellt sich für die betroffene Person dabei einmal auf der personalen Ebene. Hierbei spielt neben körperlichen Integrationsproblemen vor allem die veränderte Selbstwahrnehmung eine Rolle: Etwas plötzlich (wieder) zu können, was man vorher nicht (mehr) konnte, erfordert auf ähnliche Weise Identitätsarbeit wie das gegenteilige Erlebnis. Bezüglich der sozialen Identität spielt die CI-Versorgung insofern eine wichtige Rolle, als sie für die gesellschaftliche Fixierung auf den „Defekt“ Gehörlosigkeit steht, die eine Alternative zur medizinisch-technischen Deutung kaum zulässt. Damit greift sie das Selbstverständnis der Gehörlosen als sprachlicher und kultureller Minderheit auf, das wesentlich zur positiven Identität als nicht-defizitär gehört.

Peter M. Vogt et al. erörtern in ihrem Beitrag die medizinischen Möglichkeiten der Übertragung kompletter Gliedmaßen. Extremitätenverluste bedeuten grundsätzlich eine

schwerwiegende Störung der Körperintegrität und Körperfunktionalität. Bei der Verpflanzung von ganzen Körperteilen wie Händen stellen sich wie bei der Implantation von Neuroprothesen medizinische, soziale und ethische Fragen. Trotz großer medizinischer und immunologischer Hürden gibt es vereinzelt Erfolge der plastischen Chirurgie bei der Übertragung kompletter Gliedmaßen. Diese haben jedoch auch innerhalb der medizinischen Fachkreise Skepsis ausgelöst, denn die Transplantation kompletter Gliedmaßen wirft Identitätsprobleme auf, die in dieser Form bei komplexen Organen nicht diskutiert wurden.

Oliver Decker geht der Frage nach, wie Organe psychologisch integriert werden. Es gibt Hinweise darauf, dass das Organ psychisch und physisch ein Fremdkörper bleibt. Weniger bekannt ist, wie sich unterschiedliche Grade der Integration vollziehen, welchen Prozessen sie unterliegen und warum eine psychische Integration manchen Menschen zu gelingen scheint, anderen aber dauerhaft nicht. Decker gibt einen Überblick zu empirischen Untersuchungen, die eine Annäherung an den Integrationsprozess gestatten. Mittels einer Leipziger Tagebuchstudie zur Nierentransplantation wird ein Prozess der Organintegration über die Zeit abgebildet und psychoanalytisch interpretiert. Decker diskutiert, inwiefern gerade auftretende Entwicklungskonflikte schließlich auf eine gelungene Organintegration hin gedeutet werden können.

Barbara Becker und *Jutta Weber* zeigen in ihrem Beitrag die Konsequenzen von Cyberspace und Neurowissenschaften für das aktuelle Körperverständnis auf. Die Metapher des „Cyborgs“ wird als Werkzeug für die Infragestellung überkommener Sichtweisen verstanden. Sie repräsentiert ein Konzept der Unentscheidbarkeit, da sie per Definition etwas bezeichnet, das zwischen Mensch und Maschine steht und nie eindeutig der einen oder anderen Kategorie zugeordnet werden kann. Der Cyborg verweist auf die Auflösung von traditionellen Distinktionen, insbesondere auf die Verschiebung der Grenze zwischen natürlichen und künstlichen Phänomenen. Derartige Strategien der De-Naturalisierung sind zunächst zu begrüßen, werden aber dann problematisch, wenn sie zu einer generellen Ent-Materialisierung führen. Diese Frage stellt sich konkret bei der Betrachtung von Körper-Bildern in der Kognitions- und Künstlichen-Intelligenz-Forschung, die eine eigentümliche Paradoxie aufzeigen: Einerseits beziehen sich Forscher(innen) in diesem Gebiet zunehmend auf den menschlichen Körper, deuten ihn aber im Sinne des technisch Umsetzbaren um. Dies wirkt wiederum zurück auf das Körperbild in der Gesellschaft, das von einer immer deutlicheren Ausblendung des Unbestimmbaren und Unentscheidbaren zeugt. Becker und Weber konstatieren, dass das utopische Potenzial der Grenzüberschreitung auf diese Weise ungenutzt bleibt.

Schließlich wird im dritten Abschnitt der übergeordneten Frage nachgegangen, welchen Streit- und Stellenwert die Körper- und Identitätsthematik in der aktuellen ethischen und biopolitischen Debatte einnehmen kann und soll.

Inwiefern Krankheit, Körperlichkeit und Selbstsicht aufeinander bezogen sind, erörtert *Jackie Leach Scully*. Am Beispiel konkreter Berichte von Menschen mit Behinderungen diskutiert sie die Interaktion zwischen subjektivem Körperverständnis, kultureller Bedeutung des Körpers und anhaltendem oder zerstörtem Selbstbewusstsein. Deutlich wird, dass nicht primär die Änderung des biologischen Status (der Transfer des Organs von Person A zu Person B) das Selbstbewusstsein beeinflusst, sondern vielmehr die Erfahrung, mit bzw. in einem modifizierten Körper zu leben. Die Berichte von Menschen mit Behinderungen zeigen, dass die Behebung der Behinderung nicht immer gewünscht ist, vor allem nicht, wenn sie den existierenden stabilen Status der Identität zerstört. Daraus resultiert die eigentliche Frage nach dem moralischen Wert der Behandlung. Es ergeben sich etliche Folgen für die aktuelle Bioethik-Debatte, vor allem für die Einstellungen gegenüber Behinderungen, gegenüber dem Heilen insgesamt sowie gegenüber der Bevorzugung von „Normalisierung“ gegenüber dem Beibehalten des existierenden körperlichen Zustands.

Beate Herrmann geht der Frage nach, inwiefern unser körperliches Selbstverhältnis infolge der neuen Körpertechnologien und Körpermärkte einem normativen Wandel unterliegt. Traditionell ist der Körper nicht Gegenstand von Forderungen der Verteilungsgerechtigkeit. Vielmehr unterliegt er ausschließlich der Verfügung der individuellen Person, er ist in gewissem Sinne die Person. Deshalb darf man nicht mit ihm wie mit einer veräußerbaren Ressource verfahren. Im Zuge der zunehmenden Fremdverwertbarkeit von Körperteilen gerät diese Auffassung jedoch unter Druck. Herrmann gibt einen Überblick über verschiedene philosophische Modelle zum (Eigen-)Besitz am Körper und diskutiert ihre Konsequenzen für die aktuelle Debatte um den Verkauf von Organen und Körpersubstanzen sowie ihre kontra-intuitiven, d.h. mit unseren moralischen Intuitionen im Konflikt stehenden, Konsequenzen. Herrmann verortet den aktuellen Dissens um die moralische Legitimität des Verkaufs von Organen auf der Ebene der normativen Begründungsmuster von liberaler Ethik, aber auch auf der Ebene der verschiedenen Körper- und Autonomiekonzeptionen, die in modernen Ethikansätzen eine Rolle spielen.

Silke Schicktanz schließlich erörtert das Verhältnis von Autonomie und Körper aus ethisch-philosophischer Sicht. Ihr Ziel ist es, die Vielfältigkeit dieses Verhältnisses aufzuzeigen. Gemäß der dominanten Interpretation von Autonomie als ethischem Prinzip sind nur solche Eingriffe am Patienten legitimiert, die dieser selbstbestimmt und informiert

erlaubt. Allerdings sind mindestens drei weitere Verhältnisbestimmungen zwischen Körperlichkeit und Autonomie zu verfolgen: So bedeutet moralische Autonomie auch Respekt vor der körperlichen Integrität des anderen. Darüber hinaus kann das Körperverständnis als Teil einer Fürsorge für den eigenen Körper materiale Vorstellungen des eigenen guten Lebens und der Authentizität prägen. Schließlich wirkt Autonomie auch im politisch-normativen Engagement zum Schutz für soziale Identitäten, die sich über Körpermerkmale oder körperlich vermittelten Umgang definieren. Erst in der Zusammenschau wird deutlich, wo die Stärken und Schwächen der verschiedenen Ethik-Ansätze zum Umgang mit dem menschlichen Körper liegen, da die jeweils unterschiedlichen Prämissen zur Erkenntnis, zum Menschenbild und der normativen Bedeutung des Körpers deutlich werden. Bioethik, in erster Linie als Reflexionsdisziplin und in zweiter als Lösungsansatz für Praxiskonflikte verstanden, sollte sich daher durch einen breiten Problemaufriss auszeichnen.

3. Körper und Identität – Perspektiven einer interdisziplinären Auseinandersetzung

„Mit Preiselbeerschleim bekleckert, lag neben mir ein großer Bogen bedrucktes Papier. Ich hob es auf und begann zu lesen: „Werter Patient (Vor- und Zuname)! Du weilst derzeit bei uns im Versuchsspital dieses Staats. Der Eingriff, der Dir das Leben gerettet hat, war schwer – sehr schwer (Nichtzutreffendes streichen!). Gestützt auf neue medizinische Erkenntnisse haben Dich unsere besten Chirurgen vorerst – einmal – zweimal – dreimal – viermal – fünfmal – zehnmal operiert (Nichtbenötigtes streichen!). Deinem Wohl zuliebe ersetzen Sie notgedrungenenermaßen Teile Deines Organismus durch Organe, die von anderen Personen herühren (gemäß d. Bundesgesetz d. Sen. U.R.H. Verordn. BGBl I 1989/0 001/89/1).“

(Stanislaw Lem: Der Futurologische Kongress. Suhrkamp 1979)

Interdisziplinarität liegt hoch im Trend. Deutlicher vielleicht als andere Bereiche hebt sich die Bioethik – als akademische Disziplin – zunehmend als eine Interdisziplin ab (Engels 1999; vgl. zur Unterscheidung von akademischer, öffentlicher und politischer Bioethik auch Schicktanz 2003). Bioethik kann als markantes Beispiel für die Interaktion von Natur- und Geisteswissenschaften gesehen werden. Obwohl der Stellenwert des bioethischen Diskurses in unserer Gesellschaft kontinuierlich steigt (zumindest was den Institutionalisierungsgrad und „Bedarf“ an bioethischen Gremien in der Politik betrifft), zeigt sich im wissenschaftlichen Alltag, dass bioethische Auseinandersetzungen häufig ihren eigenen hohen Ansprüchen an Interdisziplinarität nicht gerecht werden bzw. den interdisziplinären Austausch auf der Basis z.T. problematischer Grundannahmen über das Zusammenwirken einzelner Disziplinen verfolgen.

So reduziert sich zwar der öffentliche bioethische Diskurs heute nicht mehr auf die Bewertung bereits vollzogener technischer Eingriffe, sondern stellt immer häufiger im Vorfeld zur Diskussion, welche Forschungsziele gelten sollen und welche potenziellen Eingriffe in die Natur des Menschen tatsächlich vorgenommen werden dürfen. Dennoch hält sich hartnäckig die Annahme, Naturwissenschaften würden gesellschaftliche Gegebenheiten und Geisteswissenschaften dominieren. Bei genauerer Betrachtung zeigt sich, dass hier oft Fehleinschätzungen vorliegen: Naturwissenschaft/Medizin und Gesellschaft stehen vielmehr schon immer in Interaktion; es gibt keine Dominanz der Naturwissenschaft über die Gesellschaft (siehe auch Kapitel 1).

In bioethischen Diskursen bleibt (wie auch in einer Reihe interdisziplinärer Auseinandersetzungen) die Expertise von Nicht-Expert(inn)en und Laien häufig unberücksichtigt. Dies ist umso problematischer, als biotechnologische Forschung und Anwendung existenzielle Fragestellungen berührt, die in aller Regel eine stark subjektive Dimension aufweisen. So ist die Frage danach, was Gesundheit, Krankheit und Behinderung bedeuten, im Rückgriff auf objektive Beschreibungen nur sehr unzulänglich zu beantworten. Dementsprechend ist das Erfahrungswissen von Laien bzw. Nicht-Expert(inn)en verstärkt in Auseinandersetzungen um Biotechnologien zu integrieren. Interdisziplinarität kann die Laien-Experten-Dichotomie auflösen und erweitert damit den Zugang von Laien zu wissenschaftszentrierten Diskussionen auf verschiedenen Ebenen (siehe auch Kapitel 2).

Schließlich ist im biotechnologischen Kontext häufig zu beobachten, dass die individuelle und gesellschaftliche *Umsetzung* von Wissenschaft und Technik nur noch in Ausnahmefällen in interdisziplinären Strukturen geschieht. Die Anwendung technischer Errungenschaften wird in der Regel einzelnen Disziplinen überlassen, was angesichts der mehrdimensionalen Wirkungen insbesondere technischer Eingriffe in die Natur des Menschen fragwürdig scheint (siehe auch Kapitel 3).

3.1 Der Mythos von der Dominanz der Naturwissenschaft

Nicht erst angesichts des Klonschafs Dolly oder des Einsatzes der Neurobionik zur Heilung und ggf. zur Verbesserung von Wahrnehmungs- und Denkleistungen wurde die Frage aufgeworfen, ob sich die ethische und gesellschaftliche Auseinandersetzung mit modernen Biotechnologien lohnt (vgl. Düwell 2003, S. 15f): Denn die Wissenschaften machten doch eh' was sie wollen und getan werde früher oder später, was möglich sei.

Diese Kritik basiert auf der Einschätzung, dass Recht und Ethik bzw. Politik eigentlich zu spät kommen, der Zug längst abgefahren, der Damm längst gebrochen sei. Dabei wird die-

ser Einwand nicht nur von Geisteswissenschaftler(inn)en, Theolog(inn)en und Philosoph(inn)en – also den gängigen „Bedenkträger(inne)n“ – geäußert, sondern kommt oft auch aus den Reihen der Naturwissenschaftler(innen) und Mediziner(innen) selbst. Der Einschätzung, kritische Reflexionen würden Wissenschaft und Technik stets hinterherhinken, liegen mindestens drei Annahmen zugrunde, die hinterfragt werden müssen:

- Technik und Wissenschaft „geschehen“ in einem wert- und kulturfreien Raum.
- Die geisteswissenschaftliche Aufgabe besteht im Kritisieren und Problematisieren, ohne Lösungen oder Änderungen bewirken zu können.
- Viele soziale und ethische Probleme, die mit Wissenschaft und Technik verbunden werden, werden allein durch diese erst induziert.

Im Rahmen der interdisziplinären Auseinandersetzung wird zunehmend deutlich, dass diese Hintergrundannahmen nicht immer plausibel sind. Die oben genannte Kritik ist in ihrer Absolutheit nicht aufrecht zu erhalten, sondern stellt vielmehr selbst ein Zeichen falsch verstandener Interaktion von Geistes- und Naturwissenschaften als auch Wissenschaft und Gesellschaft dar.

So zeigen zum Beispiel die wissenschaftshistorischen Auseinandersetzungen zur Entwicklung von biotechnologischen Chimären (z. B. die Vermischung von menschlichen und tierischen Geweben, die Kreuzung von Tierspezies untereinander oder die Erzeugung von Mischwesen zwischen Mensch und Maschine), dass es sich um ein Phänomen handelt, das nicht nur durch medizinisch-technische Innovationswünsche vorangetrieben wurde (vgl. Stoff in diesem Band). Vielmehr ging es bereits seit Forschungsbeginn auch um die empirische Erforschung der anthropologischen Frage, was der Mensch ist und wie er sich vom Tier oder der Maschine unterscheidet. Damit hat sich der Forschungsdrang also auch aus der Kulturgeschichte und der Philosophietradition gespeist.

Auch der Einfluss auf die Medizin durch theologische Überlegungen zur Einheit und Fragmentierung des Menschen und durch die kirchliche Praxis wird oft übersehen (vgl. Schwarke in diesem Band). Gerade die Fragmentierung, wie sie innerhalb der Theologie seit dem Mittelalter als religiöse Überlegung weitergegeben wurde, darf als eine gesellschaftliche Rahmenbedingung seit der Renaissance angesehen werden, die die Erforschung der Anatomie, die Sektion, schließlich die Lokalisation von Krankheiten und den praktischen Organaustausch bis hin zum fiktionalen Kopfaustausch zumindest konzeptuell unterstützt hat.

Schließlich wird mit dem Beitrag des Literaturwissenschaftlers Nicolas Pethes hervorgehoben, dass bestimmte Schöpfungs- und Kontrollphantasien in einem Wechselspiel zwischen Wissenschaft und kulturellen Mythen bzw. Geschichten entstehen und modifiziert werden. Nicht selten dienen solche Mythen und literarischen Fiktionen als Anregung für wissenschaftliche Innovation, und umgekehrt greifen sie selbst (z.B. in der Funktion der wissenschaftlichen Utopie oder des „science fiction“) technische Entwicklungen auf (vgl. Weigel 2004, Nowotny 1984). Sie spinnen die Geschichte weiter und binden sie vor allem durch ihre Überlegungen zu den individuellen und gesamtgesellschaftlichen Auswirkungen wieder an die Kultur zurück. Damit kommt der „science fiction“ als Popkultur auch für die Alltagsperspektive eine wichtige Rolle zu: Sie interessiert Laien für die Probleme, die durch Wissenschaft entstehen können (siehe auch Kapitel 2).

Erst aus der interdisziplinären Perspektive wird deutlich, was die Einzeldisziplinen oft nicht wahrnehmen – dass nämlich Interaktionen bereits stattgefunden haben. Die These, dass z.B. Wissenschaft und Technik in einem wertfreien Raum geschehen, ist schlichtweg falsch: Wissenschaft wird immer von Wissenschaftler(innen)n betrieben, die normative, religiöse oder politische Überzeugungen haben. Diese Überzeugungen spiegeln sich in ihren Ansätzen (Welches Problem ist so wichtig, dass es gelöst werden muss?), in ihrer Auswahl der Methoden (Welche Form des Experiments wird gewählt: *in vivo* oder nur *in vitro*?) und der Wissenschaftsstruktur (Welche Auswirkungen haben Hierarchie- und Machtverhältnisse im wissenschaftlichen Denken und Arbeiten?) wieder (vgl. Fleck 1935). Die Naturwissenschaften selbst werden diesen Umstand nicht thematisieren, da es nicht ihre Aufgabe ist; sie brauchen für diese Form der Selbstreflexion andere Disziplinen.

Hiermit wird die zweite Hintergrundannahme kritisch hinterfragt: Geistes- und Kulturwissenschaften müssen ihren eigenen Beitrag an der Technik- und Wissenschaftsentwicklung reflektieren (vgl. für die Angewandte Ethik: Dietrich, im Erscheinen): Inwieweit tragen Philosophie, Theologie und Kulturtheorien nicht selbst auf konzeptionelle Weise zu einer Sicht auf Mensch, Gesellschaft oder Natur bei, die dann den technischen Zugriff und die Manipulation erlaubt – und zwar nicht nur in nachträglicher Legitimierung, sondern bereits im Vorfeld?

Schließlich muss die dritte Hintergrundannahme revidiert werden. Zwar entstehen durch Technik und Wissenschaft tatsächlich viele neue Probleme (z.B. Wie wird mit Hirntoten umgegangen? Wie wird das Organmangelproblem gelöst? Wie werden Patient(inn)en angesichts ungewisser Risiken aufgeklärt?), doch nicht alle diese Probleme sind primär technikinduziert, sondern haben ihre Wurzel auch in gesellschaftlichen Entwicklungen und Vorentscheidungen. Ein probleminduzierter Blickwinkel, aus dem z.B. gefragt wird,

wie wir Organerkrankungen durch Prävention vermeiden bzw. reduzieren können, wie wir Laien und Patient(inn)en so früh als möglich in die Aufklärung und Diskussion um Chancen und Risiken der Biomedizin einbinden oder wie wir als Gesellschaft mit unvermeidbaren Phänomenen wie Behinderung, Krankheit und Tod umgehen, wurde erst gar nicht eingenommen. Hierfür sind nicht nur die Naturwissenschaften oder die Medizin verantwortlich zu machen, vielmehr handelt es sich um eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe.

3.2 Die Relativität von Laien- und Expertentum

Erst im interdisziplinären Dialog mit Nicht-Expert(inn)en wird Wissenschaftler(inne)n selbst oft vor Augen geführt, dass die Grenze zwischen Laien und Expert(inn)en sehr fragil ist. Sie wird manchmal sehr willkürlich entlang von formalen Kriterien gezogen. Denn den so genannten Expert(inn)en wird zum einen ihre eigene Grenze im Wissen vor Augen geführt, aber zum anderen auch, wie sehr sich ihre eigenen Theorien und Konzepte auf Voraussetzungen und Annahmen aus anderen Wissenschaften stützen, die sie selbst nicht kritisch untersuchen können. So müssen Theolog(inn)en, Philosoph(inn)en und Ethiker(innen) bei der Einschätzung von Chancen und Risiken der Biomedizin immer auf medizinisch-empirisches Wissen zurückgreifen. Umgekehrt wird Mediziner(innen)n und Naturwissenschaftler(innen)n deutlich, dass sich zentrale Konzepte und Begriffe wie „Leben“, „Bewusstsein“ oder „Krankheit“, auf die sie sich immer wieder zurückziehen müssen, nicht aus ihrer eigenen Disziplin speisen, sondern vielmehr einen historischen, sozialen und wertgeladenen Hintergrund besitzen, den man nicht ausblenden kann. Doch diese gegenseitige Wahrnehmung muss eingeübt und gelernt sein, sonst berufen sich die Expert(inn)en auf einen rein definitorischen Zugang („Für mich ist der Tod...“) und immunisieren sich damit gegen eine (selbst-)kritische Auseinandersetzung, die gerade das Ziel wissenschaftlicher Arbeit sein soll.

Diese Einsicht, selbst nur begrenzt für etwas „Experte“ zu sein, bewegt Wissenschaftler(innen), sich stärker als bislang in der Theorie und Praxis, auf „echte“ Laien und ihre Erfahrungswerte einzulassen. Damit bietet dieser Zugang eine prinzipielle Chance, dass exklusive Diskussionskreise für interessierte Laien (und speziell im Bereich der Medizin für Patient(innen)en und ihre Angehörigen) geöffnet werden. In diese Richtung können wir die zunehmende Öffnung innerhalb der sozial- und geisteswissenschaftlichen Forschung zur Laien- und Patientensicht interpretieren. Umgekehrt befähigt dies aber auch zunehmend Laien und Patienten, am Dialog bzw. an der Auseinandersetzung aktiv teilzunehmen und an der Diskussion um Technikentwicklung und -steuerung teilzuhaben. Die Herausgeberinnen selbst haben in anderen Projekten zur Bürgerbeteiligung (z. B.

Schicktanz/Naumann 2003) konkrete Erfahrungen mit der Bürgerbeteiligung am bioethischen Diskurs gesammelt und wissen daher, wie wichtig die sukzessive Aufarbeitung von Argumenten und Debatten aus verschiedenen Richtungen für Laien ist.

Schließlich kommt der Kunst als einem Zugangsmedium für Laien ein besonderer Stellenwert zu. Kunst – im hiesigen Rahmen der Fotoroman „Fremdkörper“ von Katja Pratschke und Gusztáv Hámos – hat wie kein anderes Bindeglied die verschiedenen Debatten, Sorgen und Hoffnungen um die Transplantation und Veränderung von Identität in ästhetischer, narrativer oder ironischer Weise gebündelt. Den Bildersequenzen und den Textpassagen des Fotoromans kommt in der Buchpublikation eine doppelte Bedeutung zu: Sie verbinden einerseits die verschiedenen Beiträge und bieten andererseits schon rein optisch und sinnlich lebensweltliche Bezüge für ein breites Publikum. Dieses wird sich bereits beim raschen Blick auf die eindrucklichen Fotoarbeiten die Ausgangsfrage stellen: „Wer wäre ich, wenn mein Kopf auf einem anderen Körper säße?“ Damit ist das zentrale Spannungsfeld von Körper und Identität ausgemacht. Auch wenn Kunst in der Gesellschaft sicher einen wesentlich breiteren Anspruch erheben darf, als nur heuristisch und didaktisch zu funktionieren, um „Probleme“ oder „die großen Fragen“ darzustellen, so bietet es sich gerade an der Schnittstelle von Wissenschaft und Gesellschaft an, die Kunst als Tor für die Auseinandersetzung und das Eröffnen des Spannungsfeldes stärker als bisher einzusetzen.

3.3 Interdisziplinarität baut auf Anerkennung der Disziplinen

Interdisziplinarität spielt sowohl bei der Erkenntnis von Problemen und der Reflexion von Hintergrundannahmen als auch bei der Umsetzung konkreter technischer Errungenschaften eine entscheidende Rolle (vgl. Nowotny 1999).

Die Publikationsbeiträge der Ethnologin Susanne Lundin, der Theologin Katrin Bentele, der Sozialwissenschaftlerin Jackie Leach Scully, des Mediziners Peter Vogt und des Psychologen Oliver Decker machen auch für Nicht-Betroffene deutlich, wie komplex die Vorgänge für Patient(inn)en sind, die sich einem biomedizinischen Eingriff mit biologischen oder technischen Implantaten ausgesetzt haben. Sie sind als Betroffene einem durchaus widersprüchlichen Prozess der Aneignung und der Ablehnung auf psychologischer, sozialer und manchmal auch biologischer Ebene ausgesetzt. Diese Ebenen interferieren selbst: Eine verstärkte biologische Abstoßung durch immunologische Reaktion kann auch für die psychische und soziale Akzeptanz wichtig sein und umgekehrt. Für die Betroffenen ist dieser Prozess der neuen Identitätsfindung ein ganz wesentlicher. Nur durch ihn gelingt längerfristig eine Art Heilungsprozess. Er kann damit den Eingriff als

solchen legitimieren. Interdisziplinär angelegte Studien untermauern die Erkenntnis, dass transplantationsmedizinische Eingriffe nicht nur von Mediziner(inne)n betreut werden sollten. Hier bieten durchaus auch Psycholog(inn)en, Soziolog(inn)en oder Theolog(inn)en eine wichtige Orientierungshilfe und können Diskussionsbeistand für die Betroffenen leisten. In der Praxis wird die Etablierung solcher betreuenden Maßnahmen zwar nicht prinzipiell ausgeblendet, aber oft nur mit geringen Mitteln und zeitlich knappen Ressourcen berücksichtigt, wie sich anhand der Diskussionen gezeigt hat.

Umgekehrt wird durch solche praxisorientierten Beiträge den Theoretiker(inne)n nochmals deutlich vor Augen geführt, dass die in der Philosophie und Ethik gängigen Annahmen zur Autonomie (der Patient(inn)en bzw. des modernen aufgeklärten Menschen) und der Unbedeutsamkeit des menschlichen Körpers hinfällig oder zumindest fragwürdig erscheinen. Erst in der konkreten Auseinandersetzung, z.B. mit Praktiken der Schönheitschirurgie, der Transplantationsmedizin, der Neurotechnologie und der Mensch-Maschine-Schnittstelle, werden dem philosophisch-theoretisch Denkenden konzeptionelle (was ist eigentlich Natur, was ist Kultur? – wie der Beitrag von Barbara Becker und Jutta Weber aus technikphilosophischer Sicht zeigt) und ethische Probleme deutlich vor Augen geführt. Diese sind bislang oft aus dem Blick geraten, denn die Tücke von Konzepten liegt oft im „Detail“. Selbst wenn für den breiten Einsatz der Biomedizin plädiert wird, um Patient(inn)en zu helfen, ist das Ringen um Grenzziehung (wo z.B. Ärzteschaft und/oder Politik Hürden und Verbote aufstellen sollen) notwendig (vgl. die Beiträge von Herrmann und Schicktanz in diesem Band).

„Vielleicht befremdet Dich anfangs die neue Gestalt, worin Du von nun an ein glückliches und gesundes Leben führen wirst. Doch Du kannst uns glauben: wie alle unsere anderen lieben Patienten gewöhnst Du Dich bald daran. Zur Vervollständigung Deines Organismus verwendeten wir die allerbesten – geeigneten – hinreichenden – letzten (Nichtbenötigtes streichen!) derzeit verfügbaren Organe.“

(Stanislaw Lem: Der Futurologische Kongress. Suhrkamp 1979)

Literatur

Butler, Judith: Bodies that matter. Routledge, New York 1993.

Dietrich, Julia: Ethik der Ethik – Eine Skizze. In: Berendes, Jochen (Hg.): Anatomie durch Verantwortung – Impulse für die Ethik in den Wissenschaften. mentis, Paderborn 2007.

Duden, Barbara: Body History – Körpergeschichte. A Repertory – Ein Repertorium. Tandem, Wolfenbüttel 1990.

Duden, Barbara: Geschichte unter der Haut. Ein Eisenacher Arzt und seine Patienten um 1730. Klett-Cotta, Stuttgart 1987.

Düwell, Marcus; Steigleder, Klaus: Bioethik. Zu Geschichte, Bedeutung und Aufgaben. In: dies. (Hg.): Bioethik – eine Einführung. Suhrkamp, Frankfurt a. M., S. 12-40, 2003.

Engels, Eve-Marie: Biologie und Ethik. Reclam, Stuttgart 1999.

Fleck, Ludwik: Entstehung und Entwicklung einer wissenschaftlichen Tatsache. Suhrkamp, Frankfurt a. M., Nachdruck 1999 (1935).

Foucault, Michel: Sexualität und Wahrheit. Der Wille zum Wissen. Suhrkamp, Frankfurt a. M. 1977.

Hughes, Bill: Medicalized bodies. In: Hancock, Philip et al. (Hg.): The body, culture and society. An introduction. Open University Press, Buckingham, Philadelphia, S. 12-28, 2000.

Imhof, Arthur E. (Hg.): Der Mensch und sein Körper von der Antike bis Heute. CH Beck, München 1983.

Jütte, Robert: Die Entdeckung des „inneren“ Menschen 1500-1800. In: Dülmen, Richard van (Hg.): Die Erfindung des Menschen. Böhlau/Wien, S. 241-258, 1998.

Nowotny, Helga: Es ist so. Es könnte auch anders sein. Suhrkamp, Frankfurt a. M. 1999.

Nowotny, Helga: Science and Utopia: On the social ordering of future. In: Mendelsohn, Everett.

Nowotny, Helga (Hg.): Nineteen eighty-four. Science between utopia and dystopia. Reidel, Dordrecht, S. 3-18, 1984.

Sarasin, Philipp: Reizbare Maschinen. Eine Geschichte des Körpers 1765-1914. Suhrkamp, Frankfurt a. M. 2001.

Schicktanz, Silke: Die kulturelle Vielfalt der Bioethik-Debatte. In: Schicktanz, Silke et al. (Hg.): Kulturelle Aspekte der Biomedizin. Campus, Frankfurt a.M./New York, S. 263-282, 2003.

Schicktanz, Silke; Naumann, Jörg: Bürgerkonferenz: Streitfall Gendiagnostik. Ein Modellprojekt zum öffentlichen bioethischen Diskurs am Deutschen Hygiene-Museum. Leske & Budrich, Opladen 2003.

Schroer, Markus (Hg.): Soziologie des Körpers. Suhrkamp, Frankfurt a.M. 2005.

Schildrick, Margrit; Mykitiuk, Roxanne (Hg.): The ethics of the body. Postconventional challenges. MIT Press, Cambridge 2005.

Steinvorth, Ulrich: Kritik der Kritik des Klonens. In: Ach, Johann S. et al. (Hg.): Hello Dolly? Über das Klonen. Suhrkamp, Frankfurt a.M., S. 90-122, 1998.

Weigel, Sigrid: Das Gedankenexperiment. In: Macho, Thomas (Hg.): Science & Fiction. Über Gedankenexperimente in Wissenschaft, Philosophie und Literatur. Fischer, Frankfurt a.M., S. 183-208, 2004.

Wolf, Julia: Die Verbindung von Gehirn und Elektronik. Mögliche Konsequenzen und ethische Implikationen der Neurobionik. In: Herrman, Christof et al. (Hg.): Bewusstsein. Philosophie, Neurowissenschaften, Ethik. UTB, Stuttgart 2005.

HIRZEL



Körper als Maß?

Biomedizinische Eingriffe
und ihre Auswirkungen auf Körper-
und Identitätsverständnisse

**Herausgegeben von
Simone Ehm und Silke Schicktanz**

Curriculum Vitae

- 1973 Geboren am 17.11.1973 in Celle
Studium der evangelischen Theologie, Biologie und Germanistik in Münster
Dreijährige studienbegleitende Ausbildung in klassischer Homöopathie
Mitarbeiterin beim SPD-Parteivorstand Berlin
- Seit 2002 Studienleiterin für Ethik in den Naturwissenschaften an der Evangelischen Akademie zu Berlin
- Seit 2004 Projektleitungsmitglied (Medizin) beim Deutschen Evangelischen Kirchentag
- Seit 2005 Mitglied der Präsidialversammlung des Deutschen Evangelischen Kirchentags
- 2005–2008 Berufsbegleitendes Studium „Management von Gesundheits- und Sozialeinrichtungen“ an den Universitäten Kaiserslautern und Witten/Herdecke mit dem Abschluss Master of Arts (M. A.)
- Seit 2007 Mitglied der Akademie für Ethik in der Medizin
- Arbeitsschwerpunkte in der Evangelischen Akademie zu Berlin**
- Gesundheits- und Pflegepolitik
Ethik im Gesundheitswesen
Medizinethik
Religiosität/Spiritualität und Gesundheit
Profil und Zukunft konfessioneller Einrichtungen im Gesundheitswesen



Simone Ehm

Curriculum Vitae

	Studium Biologie und Philosophie an der Universität Tübingen
1998–2000	Mitglied im Graduiertenkolleg „Ethik in den Wissenschaften“ des Interfakultären Zentrums für Ethik in den Wissenschaften (Tübingen) mit einer Promotion zu den wissenschaftlichen und ethischen Aspekten der Xenotransplantation; zugleich wissenschaftliche Mitarbeiterin am Lehrstuhl für Ethik in den Biowissenschaften, Universität Tübingen
2001	Projektleiterin der ersten bundesweiten Bürgerkonferenz: Streitfall Gendiagnostik am Deutschen Hygiene-Museum Dresden
2002–2003	wissenschaftliche Mitarbeiterin der vom Forschungszentrum Jülich/Max-Delbrück-Centrum für molekulare Medizin Berlin-Buch gemeinsam koordinierten Arbeitsgruppe „Bioethik und Wissenschaftskommunikation“
2003–2005	Wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Ethik, Geschichte und Theorie der Medizin, Universität Münster
Seit 2006	Juniorprofessorin für Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin, Universität Göttingen
	Sonstige Tätigkeiten
2005–2006	Mitglied des Ethical Review Panels der Europäischen Kommission im 6. FRP
2009–2013	Mitglied des ERC (European Research Council) Advanced Grant evaluation panel im 7. FRP Arbeitsgruppe „Internationale Bioethik“ der Deutschen UNESCO-Kommission



Prof. Dr. Silke Schicktanz

In Prävention der HIV-Infektion und Gesundheitsförderung wurden zahlreiche kreative Materialien und Methoden im Austausch von Natur-, Sozialwissenschaft und Kunst entwickelt. Beispiele sind M*A*P (Musik-AIDS-Prävention), MiB (Mädchen total im Bild) oder INGAP (Interkulturelle Gesundheitsförderung und AIDS-Prävention). Mithilfe dieser interdisziplinär erarbeiteten Materialien und Methoden konnte an der School of Public Health in Athen ein internationaler Austausch sowie eine innovative Verbreitung der Projektarbeit erfolgen: durch ein Training von MultiplikatorInnen aus privaten Initiativen, die Gesundheitsarbeit mit MigrantInnen leisten. Hier fand die Arbeit an einer interessanten Fachgrenze statt: der Grenze zwischen dem professionellen Gesundheitssystem und dem Laiensystem.

Internationaler Austausch und Verbreitung kreativer Methoden in der HIV-Prävention und Gesundheitsförderung

*Autorin: Prof. Dr. med. Dr. med. habil. Monika Fröschl, Katholische
Stiftungsfachhochschule München / Projekt: Internationaler Austausch und
Verbreitung kreativer Methoden in der HIV-Prävention und Gesundheitsförderung /
Art des Projekts: Internationaler Austausch in Griechenland, Übersetzung der
Arbeitsmaterialien ins Griechische*

Die Beteiligung an verschiedenen Master-Studiengängen in Voll- und Teilzeitmodellen ermöglichte den Einstieg in die üblichen laufenden Vorlesungen. Dadurch war ein intensiver Kontakt mit anderen Lehrenden möglich. Der Kontakt mit den Studierenden war sehr gut. Das Interesse an den Lehrinhalten groß. Da die Studierenden zu Beginn stark an einen exklusiven Vorlesungsstil gewöhnt waren, bedurfte es einiger Bemühungen, partizipative Seminarerfahren und kreative Elemente einzuführen. Nach Anfangsschwierigkeiten wurden die Methoden jedoch mit großer Begeisterung angenommen und als Bereicherung betrachtet. Besonders hilfreich war dabei die Übersetzung von Ausschnitten des Buches „Gesund-Sein. Interdisziplinäre Gesundheitsförderung als Ansatz für Medizin, Soziale Arbeit und Pflege“ ins Griechische sowie die Übersetzung der Manuale der aktuellen AIDS-Präventionsprojekte „INGAP – Interkulturelle AIDS-Prävention und Gesundheitsförderung“ und SeGs-Sexualpädagogische Gesundheitsförderung und AIDS-Prävention ins Griechische. Auch ein interaktives AIDS-Präventionspiel wurde ins Griechische übertragen.



Zudem wurde mit dem Material eine zweitägige Weiterbildung für Postgraduierte mit dem Thema „Kulturelle Mediation im Gesundheitssystem“ in Kooperation mit dem European Centre for the Study of Migration and Social Culture, University of Kent durchgeführt.

An der Grenze zum Laiensystem erfolgte eine AIDS-Präventionsveranstaltung für russische Migrantinnen im griechisch-russischen Verein in Athen in Zusammenarbeit mit dem EU-Projekt AIDS and mobility.

Zukunftsweisend für die Arbeit mit Jugendlichen ist die Organisation und Durchführung einer Pilot-Präventionsveranstaltung zum Thema AIDS für 13-jährige Mädchen und Jungen an einem Gymnasium in Athen. Dabei wurde auf das entwickelte Spiel sowie Piktogramme zurückgegriffen, was die Jugendlichen sehr gut annahm. Dieses Vorgehen ermöglichte das Stellen von intimen Fragen ohne Peinlichkeit und Gelächter. Die Partnerhochschule beabsichtigt, diese Workshops weiter anzubieten und das Angebot auszubauen.

Gelernte Lektionen

1 Kreative Methoden öffnen Türen

Mit Hilfe der übersetzten und gestalteten Materialien wurde erstmals in Griechenland an einer 9. Klasse Gymnasium in Athen HIV-Prävention mit spielerischen kreativen Methoden durchgeführt.

Auch die Studentinnen und Studenten der Master-Studiengänge haben das übersetzte und gestaltete Material als hervorragend bewertet.

2 Übersetzen verdeutlicht die Bedeutung und Wichtigkeit von Sprache

Im Prozess der Übersetzung war immer wieder eine Verständigung über die genaue Bedeutung der Worte und Zusammenhänge nötig. Mit Rückfragen und Korrekturen waren zahlreiche Arbeitsschritte nötig. Es geht um das Finden einer Sprache, die sagt, was sie meint. Das Ringen um eine gute Sprache schafft Verbindung.

Begriffe zu dem interdisziplinären Fach Gesundheitswissenschaft und zur Gesundheitsförderung existieren nicht in den Lexika. Gerade dort, wo Sozialwissenschaften und Naturwissenschaften aufeinander treffen, wird eine neue Begrifflichkeit notwendig.

Das Griechische kommt weitgehend ohne Anglizismen aus, selbst Begriffe wie Master oder Credit Points werden griechisch ausgedrückt.

3 Gute Arbeit braucht Zeit

Übersetzungsarbeit ist sehr zeitintensiv und beinhaltet zahlreiche Fehlerquellen, die unter Zeitdruck wirksam werden.

Ankommen braucht Zeit, Begegnungen brauchen Zeit und sind in einem gehetzten Alltag nicht möglich.

4 Interdisziplinarität bedeutet kulturelle Mediation

Dort, wo verschiedene Disziplinen aufeinander treffen, geht es um das Ringen um ein gegenseitiges Verstehen. Dies beginnt mit einem Sich-Einlassen auf die andere Welt der Begrifflichkeit und des anderen (wissenschaftlichen) Zugangs.

Dort, wo Laien auf ExpertInnen treffen, gilt es zwischen diesen Kulturen zu vermitteln und eine gemeinsame Sprache zu finden.

Das Wandeln zwischen den Kulturen der Disziplinen macht reicher, verunsichert aber immer wieder den eigenen Standpunkt. So kann Neues entstehen.

5 Spontane Planung schafft Flexibilität

Die in Griechenland übliche Planung im letzten Moment lässt auch Spontanes entstehen. Oft geht es nicht wie geplant, aber es wird trotzdem gut. Es stellt sich die Frage, ob durch weniger Planung eher Neues entsteht, da Entscheidungen aus dem Moment möglich werden.

Auch, wenn etwas nicht so läuft wie geplant, gibt es einen Zusatznutzen.

6 Voneinander lernen ermöglicht Interdisziplinarität

In einem Klima der gegenseitigen Wertschätzung ist es möglich, voneinander zu lernen. Dort kommt es zu einer gegenseitigen Bereicherung und Erweiterung des Blickwinkels.

Neuaufgabe des Buches: „Die heilende Kraft des Labyrinths“ 2009.

Curriculum Vitae

1959	Geboren am 15. März 1959 in München
1978	Abitur mit 1,0 als beste Abiturientin Bayerns
1978–1984	Studium der Humanmedizin an der Ludwig-Maximilians-Universität München
1984	Approbation und Promotion
1985–1991	Assistenzärztin an der Dermatologischen Klinik und Poliklinik der Ludwig-Maximilians-Universität München – Aufbau einer Ambulanz für sexuell übertragbare Erkrankungen
Seit 1986	Leitung des interdisziplinären Modells der „Medizinisch-psychosozialen Betreuung von HIV-infizierten Patientinnen und Patienten“
09/1989	Anerkennung als Ärztin für Haut- und Geschlechtskrankheiten
10/1989	Berufung zur Professorin für Medizin an der Katholischen Stiftungshochschule München
1989–1996	Leitung des nationalen Jugendpräventionsprojektes M*A*P (Musik-AIDS-Präv.) des Bundesgesundheitsm.
10/1990	Mitglied des Ausschusses „Frauen und AIDS“ des Nationalen AIDS-Beirates
Seit 12/1990	Vorstandsmitglied der Bayerischen AIDS-Stiftung e.V.
07/1992	Habilitation
05/1994	Leitung einer Seminarreihe zum Thema AIDS des Goethe-Institutes in Südbrasilien
1994–1996	Wissenschaftliche Leitung des sexualpädagogischen Gesundheitsförderungsprojektes für Mädchen (MIB – Mädchen total im Bild) des Bayerischen Ministeriums für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Gesundheit
1997–1999	Wissenschaftliche Leitung des Gesundheitsförderungsprojektes für Mädchen und Multiplikatorinnen „Die Hexe in mir“
1997	Berufung zur Professorin C3 für Medizin in der Sozialen Arbeit und im Pflegemanagement an der Katholischen Stiftungshochschule
1998	Verleihung des Krenkl-Preises der Landeshauptstadt München für die wissenschaftliche und praktische Tätigkeit im Bereich AIDS



**Prof. Dr. med. Dr. med. habil.
Monika Fröschl**

Verleihung des Preises „Frauen fördern Frauen“	1999
Wissenschaftliche Leitung des Gesundheitsförderungs- und AIDS/Drogenpräventions-Projektes „Spiellust“ des Bayerischen Gesundheitsministeriums	1999–2000
Leitung des Projektes INGAP – Interkulturelle Gesundheitsförderung und AIDS-Prävention der Landeshauptstadt München	1999–2004
Leiterin des Nationalen Koordinationszentrums des Projektes der Europäischen Kommission PHASE	2001–2003
Ernennung zur außerplanmäßigen Professorin der Technischen Universität München	2002
Durchführung eines Seminars in griechischer Sprache für postgraduierte StudentInnen an der School of Public Health in Athen	10/2002
Gutachterin des Bundesministeriums für anwendungsorientierte Forschung	2002–2006
Konzeption und wissenschaftliche Leitung des Projektes SeGs Sexualpädagogische Gesundheitsförderung	Seit 2005
Lehrtätigkeit als Gastprofessorin an der School of Public Health als Stipendiatin des Deutschen Akademischen Austauschdienstes	2006

Das deutsche Gesundheitssystem steht im Fokus medialer Öffentlichkeit. Vermutlich ist öffentlich noch nie so intensiv über die Notwendigkeit einer Gesundheitsreform diskutiert worden. Schlagworte wie „Kostendämpfung“, „Effizienzreserven“ oder „Demographischer Wandel“ sind selbst gesundheitspolitisch Desinteressierteren geläufig. Zum öffentlichen Wissensbestand gehört die Annahme, dass es so mit unserem Gesundheitssystem nicht weiter gehen könne und deshalb neue Steuerungsmechanismen eingeführt werden müssten, um die Systemfunktionalität weiterhin garantieren zu können.

Vor sechs Jahren wurde eine solche Systemkomponente implementiert; die Umstellung der stationären Vergütung auf diagnoseorientierte Fallpauschalen sollte Transparenz und Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung bei (mindestens) gleichbleibender Qualität gewährleisten.

Im einem Forschungsprojekt an der Universität Bayreuth, gefördert von der Hanns-Lilje-Stiftung, Hannover, den Diakonischen Diensten Hannover und der Andrea von Braun Stiftung sind die konkreten Auswirkungen dieses ökonomischen Anreizmechanismus untersucht worden: „Diakonie und Ökonomie. Die Auswirkungen von DRG und fallpauschalierendem Medizin- und Qualitätsmanagement auf das Handeln in kirchlichen Krankenhäusern. Eine sozialwissenschaftliche Untersuchung und sozialetische Bewertung“.

Dieser Projektbericht bietet in einem ersten Teil eine Projektbeschreibung, die auf dem gesundheitspolitischen Hintergrund Ziele und Design des Forschungsprojekts erläutert sowie die Ergebnisse in einer Zusammenfassung präsentiert. Der zweite Teil reflektiert Fragen des interdisziplinären Arbeitens im Rahmen des Projekts.

Diakonie und Ökonomie

Interdisziplinäre Perspektiven in einem sozialetischen Forschungsprojekt

*Autor: PD Dr. theol. Arne Manzeschke, Theologische Ethik und Anthropologie,
Universität Bayreuth / Projekt: Diakonie und Ökonomie, Interdisziplinäre Perspektiven
in einem sozialetischen Forschungsprojekt / Art des Projektes: Interdisziplinäre
Gesundheitsstudie / Arne Manzeschke stellte die Ergebnisse der Studie auf der
Jahreskonferenz der Societas Ethica vor, die vom 23.–27.8.2006 in Oxford stattfand*

1. Projektbeschreibung

1.1 Das DRG-System

Am 1. Januar 2004 wurde das Fallpauschalengesetz (FPG) verbindlich für die gesamte stationäre medizinische und pflegerische Versorgung in Deutschland¹. Damit wurde die Abrechnung der stationären Gesundheitsdienstleistungen umgestellt von tagesgleichen Pflegesätzen auf diagnoseorientierte Fallpauschalen. Vereinfacht gesagt wird ein Patient mit einer Diagnose ins Krankenhaus eingeliefert; diese Diagnose kann durch sogenannte Nebendiagnosen und Schweregrade noch differenziert werden und entspricht dann einem Relativgewicht. Dieses Relativgewicht kann mit dem jeweils von Krankenhäusern und Krankenkassen jährlich ausgehandelten Basisfallwert in einen Geldbetrag umgerechnet werden, den das Krankenhaus für diese Behandlung in Rechnung stellen kann. Die Krankenhäuser sollen durch diesen Mechanismus angereizt werden, die Behandlungen so effizient wie möglich zu erbringen. Ungenutzte Bettenkapazitäten, erhöhte Verweildauer der Patienten im Krankenhaus sowie nicht diagnosebezogene Untersuchungen sollen damit vermieden werden und zu einer Kostendämpfung im Gesundheitswesen beitragen.

Grundlage für diesen Paradigmenwechsel in der Finanzierung von Krankenhausleistungen ist das DRG-System: DRG steht für Diagnosis Related Groups und benennt damit das Prinzip dieses Mechanismus: Patienten werden zu homogenen Gruppen mit einer ökonomisch gleichen Fallschwere zusammengefasst und sollen entsprechend der Diagnose eine weitgehend standardisierte Behandlung erhalten. Der Gedanke ist aus der Güterproduktion bekannt: Ein Produktionsgut lässt sich in einem standardisierten Verfahren schneller, günstiger und mit weniger Abweichungen von der Norm produzieren. Dieser Gedanke spielt nun auch in der stationären Krankenversorgung eine Rolle.

Das DRG-System entfaltet in deutschen Krankenhäusern eine doppelte Funktion: es ist einmal ein Entgeltsystem, das eine bestimmte Behandlung mit einem bestimmten Relativgewicht und so einem festgesetzten Entgelt korreliert. Das DRG-System fungiert gleichzeitig als Patientenklassifikationssystem, das zu einer effizienten Steuerung der Patientenströme und einer einheitlichen Patientenversorgung beitragen soll.

Ein Charakteristikum des DRG-Systems ist es, dass es als ein „lernendes System“ (BMGS 2001) konzipiert worden ist. Mit dem Begriff verbindet sich der ermäßigte Anspruch, politisch-ökonomisch nicht alles gezielt prognostizieren und steuern zu können und zu

¹ Eine Ausnahme bildet die Psychiatrie, die aufgrund der speziellen Krankheiten und (extrem langwierigen) Behandlungsformen aus dem DRG-System von Anfang an ausgegliedert wurde.

wollen, sondern in einem work-in-progress hinzuzulernen und die Dynamik des Systems als eine emergente zu berücksichtigen (vgl. Küppers 2001). Das bedeutet, dass man idealerweise auf der Handlungsebene bereits Lernzeiten und Lernschritte organisiert, die es möglich machen, die Auswirkungen des Anreizsystems zu erkennen und es auf die Organisationskultur und Organisationsziele hin zu reflektieren und gegebenenfalls Veränderungen in der Organisation bzw. am DRG-System selbst vorzunehmen. Dieser rekursive Prozess aus Prozessbeobachtung, -reflexion und Veränderung kann unter Umständen sehr langwierig werden; denn das Gesamtsystem „Stationäre Gesundheitsversorgung“ ist sehr komplex und deshalb in seiner Veränderungsfähigkeit extrem schwerfällig. Die Neueinführung (medizinisch-technische Innovationen) oder finanzielle Neubewertung einer DRG kann von der Eingabe eines Krankenhauses bis zur tatsächlichen Umsetzung gut drei Jahre betragen, bis eine medizinisch-ökonomisch valide Bewertung, die Zulassung durch den gemeinsamen Bundesausschuss vorliegt und die Verhandlungen zwischen Leistungserbringern und Kassen geführt worden sind.

Der Ökonomisierung im Gesundheitswesen ist mit dem DRG-System ein weiterer wichtiger Baustein hinzugefügt worden. Ökonomisierung meint hier, dass marktliche Strukturen einen (regulierten) Wettbewerb für eine effiziente Ressourcennutzung stimulieren und so für eine möglichst hohe Qualität gesundheitlicher Versorgung zu einem möglichst günstigen Preis sorgen sollen. Ökonomisierung heißt zugleich, dass die ökonomische Rationalität nun auch solche Bereiche und Sphären menschlichen Lebens gestaltet, die bisher weitgehend davon ausgenommen waren; dazu gehören auch menschliche Beziehungen des Pflegens, Helfens und Heilens². Die prima vista hohe Plausibilität der betriebswirtschaftlichen Orientierung wirft Fragen auf: Wie wird sich unter den neuen Rahmenbedingungen das Verhältnis zwischen medizinischem und pflegerischem Personal auf der einen Seite und den Patientinnen und Patienten auf der anderen Seite verändern? Was bedeutet der Druck zu wirtschaftlichem Handeln für das Selbstverständnis des heilenden, helfenden und pflegenden Individuums und die Selbstwahrnehmung des Menschen, der dieser Heilung, Hilfe und Pflege bedarf? Wie wirkt sich dieses System insbesondere auf die Arbeit bei freigemeinnützigen Trägern wie Diakonie und Caritas aus,

² Der Begriff „Ökonomisierung“ wird hier als eine sozialwissenschaftliche Kategorie verwendet. In verschiedensten Sektoren wie Bildung, Gesundheitswesen, Kultur, Medien, öffentliche Daseinsvorsorge wird von einer Ökonomisierung gesprochen in dem Sinne, dass ökonomische, vor allem betriebswirtschaftliche Kriterien, das Denken und Handeln maßgeblich anleiten. Der solchermaßen als „Ökonomisierung von ...“ beschriebene Prozess ist zumeist noch un abgeschlossen und in seiner ökonomischen, moralischen oder politischen Bewertung strittig.

die auf den medizinisch-pflegerischen Standard gewissermaßen noch ein christliches Ethos draufsatteln, das dem Personal zusätzlich zur Fachlichkeit noch eine dem christlichen Menschenbild entsprechende Form der Zuwendung und Begleitung abverlangt?

Es war Aufgabe des Forschungsprojektes, verlässliche Auskünfte darüber zu erhalten, was sich an diesen Orten aus der Perspektive der Mitarbeitenden ereignet und von hier aus eine sozialetische Bewertung zu entwickeln.

1.2 Ziel des Forschungsprojekts

Welche Auswirkungen haben die DRG als Steuerungsinstrument im Krankenhaus auf die Versorgung der Patientinnen und Patienten und welche Veränderungen lassen sich in der Wahrnehmung, Beurteilung und den Handlungsstrategien der Mitarbeitenden beobachten? Das waren die Leitfragen eines Forschungsprojektes, das am Institut für Medizinmanagement und Gesundheitswissenschaften an der Universität Bayreuth mit Unterstützung der Hanns-Lilje-Stiftung (Hannover), der Diakonischen Dienste Hannover und der Andrea von Braun Stiftung durchgeführt wurde.

1.3 Design des Forschungsprojekts

Im Rahmen des Forschungsprojekts wurden in einer qualitativen Feldstudie 80 Personen aus sieben Krankenhäusern in kommunaler (2), konfessioneller (4) und privatwirtschaftlicher (1) Trägerschaft zu ihrer Einschätzung der Auswirkungen von DRG auf das berufliche Handeln in den Berufsgruppen Medizin (n=19), Pflege (n=22), Verwaltung/Geschäftsführung (n=23) und Seelsorge/Sozialdienst (n=16) befragt. Dem jeweils einstündigen Leitfadeninterview lag ein Modell zur Analyse sozialer Organisationen zugrunde (vgl. Lotmar/ Tondeur 1996, 32). Aufgeteilt in sechs Items (Motivation, Kommunikation, Werte/Ziele/Leitbilder, Ressourcen, Strukturen und Angebot) haben wir in 80 Experteninterviews die Interviewpartner zu ihren Wahrnehmungen, Einschätzungen und Handlungsstrategien befragt, die sie unter den DRG-Bedingungen ausbilden und – sofern berufsbiographisch möglich – mit der Zeit davor vergleichen. Eine Befragung von Patientinnen und Patienten haben wir aus forschungspraktischen Gründen unterlassen (Sie können keine Auskunft geben über Behandlungen in der Zeit vor DRG-Einführung und danach), haben aber deren Perspektive durch Imaginierung der Mitarbeitenden abgefragt (z.B. „Was würden Sie sich wünschen, wenn Sie Patient/ Patientin in diesem Hause wären?“).

Auf der Grundlage der Einzelinterviews wurden Thesen formuliert, die im Rahmen von vier Häusern übergreifenden, professionsgebundenen Fokusgruppen (Medizin, Pflege,

Verwaltung/Geschäftsführung und Seelsorge/Sozialdienst) zur je zweistündigen Diskussion gestellt wurden (n=14). Die Experteninterviews sowie die Fokusgruppen wurden in einem umfangreichen Verfahren ausgewertet und geben erste valide Hinweise auf den Wandel in der stationären Versorgung. Das ist umso bemerkenswerter, als die vom Gesetzgeber vorgeschriebene Begleitforschung bisher noch keinerlei Ergebnisse zu Tage gefördert hat, ja die Ausschreibungen zur Forschung drei Jahre nach Beginn der Maßnahme noch immer nicht stattgefunden haben.

1.4 Ergebnisse des Forschungsprojekts

Die DRG sind Symptomträger eines schon sehr viel länger andauernden und mit Paradoxien behafteten Ökonomisierungsprozesses im Gesundheitssystem. Auf der Ausgabenseite besteht der Wunsch nach Kostensenkung und profitabler Wirtschaftsweise der Häuser; gleichzeitig expandieren der medizinische Fortschritt und das Anspruchsdenken der Patienten.

Ein als Wachstumsbranche identifizierter Gesundheitsmarkt wird gleichzeitig durch scharfe Budgetrichtlinien und Mengenverordnungen reguliert. Die Auswirkungen der DRG lassen sich nicht beurteilen, ohne den historischen Kontext sowie die aktuellen gesellschafts- und sozialpolitischen Debatten zu berücksichtigen. Auch sind die möglichen durch DRG hervorgerufenen Veränderungen nicht sinnvoll zu thematisieren, solange man ihr Gegenstück und Korrektiv, die Verpflichtung der Krankenhäuser zu einem Qualitätsmanagement (QM), außer Acht lässt³. Dieser Zusammenhang wird jedoch in den Häusern selbst und oft auch in der wissenschaftlichen Diskussion vernachlässigt. Allerdings sind die direkten Auswirkungen der DRG methodologisch nur schwer zu identifizieren. Es lässt sich historisch wie systematisch kein Forschungsdesign erstellen, das einen unmittelbaren Vorher-Nachher-Vergleich erlaubt. Dazu haben sich zu viele Randbedingungen gleichzeitig verändert. Auch methodisch sind mögliche Effekte von DRG und QM nur schwer im Sinne eines eindeutigen kausalen Zusammenhangs zu identifizieren. Sie treten zumeist gleichzeitig mit anderen Effekten anderer Maßnahmen auf.

³ *Der Gesetzgeber hat im Zusammenhang mit dem Fallpauschalengesetz die Betreiber der Krankenhäuser verpflichtet, „sich an einrichtungsübergreifenden Maßnahmen der Qualitätssicherung zu beteiligen, die insbesondere zum Ziel haben, die Ergebnisqualität zu verbessern und einrichtungsintern ein Qualitätsmanagement einzuführen und weiterzuentwickeln“. Die Auflage der Qualitätssicherung soll verhindern, dass Effizienzgewinne auf Kosten der Qualität in der Versorgung realisiert werden; vgl. § 135 Abs. 2 SGB V.*

Solche anderen Maßnahmen mit vergleichbaren oder sich überlagernden Effekten sind u.a.: der Diskurs um die ausgeweitete Patientenautonomie; die Verkürzung der Verweildauer in den Krankenhäusern; der Abbau von Überkapazitäten; die Anerkennung der ärztlichen Bereitschaftsdienste durch den EuGH.

Die DRG sollen einerseits die marktwirtschaftliche Orientierung der Krankenhäuser anreizen (Ökonomisierung), andererseits aber ist das System durch Budgetierung und Preisvorgaben stark planwirtschaftlich verfasst. Dieser strukturelle Widerspruch, gleichzeitig mit markt- und planwirtschaftlichen Elementen wirtschaften zu müssen, lässt sich auf der Meso-Ebene des Unternehmens Krankenhaus nicht lösen. Es fehlt derzeit an politischer Gestaltungskraft, auf der Makro-Ebene, wo die gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen festgelegt werden, die einander widerstrebenden Kräfte im Gesundheitswesen auf ein gemeinsames Ziel zu verpflichten.

DRG fördern als Patientenklassifikationssystem die betriebswirtschaftliche Perspektive auf die Organisation Krankenhaus. Dieser eingeschränkte Blick einer betriebswirtschaftlichen Produktionstheorie wird der Komplexität des Systems Krankenhaus und seinem Ort im Gesundheitswesen kaum gerecht und treibt eine Entwicklung voran, die wir als „Industrialisierung des klinischen Alltags“ bezeichnen.

Beides, Ökonomisierung wie Industrialisierung, unterzieht die Organisation Krankenhaus Zielvorstellungen wie Gewinnorientierung und Taylorisierung der Versorgung, die sich (zumindest derzeit noch) als gegenläufig zu den Zielen der Organisation erweisen, die konventionell mit dem Krankenhaus verbunden werden: professionelle Versorgung und menschliche Fürsorge. Auch wenn diese Zielvorstellungen eher den Wünschen und Projektionen als der Realität entsprechen, so sind sie doch nicht weniger wirksam. Hier besteht derzeit ein hohes Maß an Dissonanz zwischen der vielleicht auch nur impliziten Zielbestimmung des Krankenhauses und seiner tatsächlichen Entwicklung.

1.5 Die wichtigsten Ergebnisse der Studie lauten:

DRG verändern den Blick der in den Gesundheitsberufen Arbeitenden

- a) auf die eigene Arbeit,
- b) auf den Patienten und
- c) auf das eigene professionelle Selbstverständnis.

Das könnte unter Umständen lediglich eine Generationenfrage sein, und spätere Akteure kennen dann nur noch ein erlösoptimiertes Vorgehen, haben das Kundenparadigma als problemlose Leitkategorie verinnerlicht und verstehen sich als professionelle Dienst-

leister, deren Professionalität an ihrem Beitrag zur Gewinnerzielung bemessen wird (vgl. Manzeschke 2006).

Ad a) DRG verändern den Blick auf die eigene Arbeit dahingehend, dass sowohl in der Pflege wie im Ärztestand viele ihren eigenen Anspruch, sich dem kranken Menschen helfend und heilend zuzuwenden, mit den Anforderungen des Berufsalltags schwer in Einklang zu bringen wissen. Nach ihrer Wahrnehmung werden wichtige Ressourcen im aufwändigen Dokumentationsprozess vergeudet – das Quantum an Zuwendung zu den Patientinnen und Patienten sinkt hingegen immer weiter.

Ad b) DRG verändern die Position und das Verständnis des Patienten bzw. der Patientin. Damit einhergehen ein gewisser Autonomiegewinn und eine verstärkte Partizipationschance am Prozess der Gesundheitsversorgung. Allerdings gilt das nicht für alle Fälle. Die Scheidelinie scheint dort zu verlaufen, wo sich in der DRG-Systematik lukrative von unlukrativen Fällen trennen bzw. Patienten/-innen zahlen können oder nicht zahlen können. Letztere laufen Gefahr als betriebswirtschaftlicher Verlustposten vermieden und verschoben zu werden.

Ad c) Die DRG haben bereits jetzt weit reichenden Einfluss auf das Professionsverständnis der Gesundheitsberufe und auf das professionspezifische Handeln. Diese sind je nach Profession noch einmal zu differenzieren. Insgesamt aber lassen sich Tendenzen zur Deprofessionalisierung und zur Demotivierung feststellen, die sich unter dem Aspekt einer qualitativ guten Gesundheitsversorgung als problematisch herausstellen werden.

DRG- und QM-Prozesse belasten die Mitarbeitenden mit zusätzlichen Informationen und erfordern eine komplexere Kommunikation. Die Zunahme von Informationen und ihre leichtere technische Verteilung (Email, Intranet, Handy) erzeugen die Illusion, dass eine verteilte Information schon eine gelungene Kommunikation sei. Hier sind in Zukunft große Herausforderungen zu bestehen, den komplexeren Kommunikationsanforderungen gerecht zu werden. Das benötigt in jedem Fall mehr Zeit, die gerade nicht vorhanden ist und durch die Prozessoptimierung in der DRG/QM-Steuerung systematisch reduziert wird.

Die Beschleunigung und Verdichtung der Arbeit reduziert auch die mitmenschlichen Kontakte – zwischen den Mitarbeitenden, aber ganz besonders zwischen Mitarbeitenden und Patientinnen und Patienten. Zuwendung, Fürsorge bekommen nicht die nötige Zeit. Die Eigenzeiten von Menschen werden durch die verkürzte Verweildauer weniger berücksichtigt. Auch wenn eine verkürzte Verweildauer in bestimmten Fällen medizinisch indiziert ist, so gilt das nicht für die Masse der Fälle. Vor allem fehlt es an Erklärungen gegen-

über den Patientinnen und Patienten und an einer gut organisierten Überleitung in nach gelagerte Bereiche.

Der ökonomisch induzierte Stress mindert aufs Ganze gesehen die Qualität der Leistungen. Obwohl von beiden Seiten, der pflegenden wie der gepflegten Seite, die Bedeutung von menschlichen Kontakten, hinreichender und gelingender Kommunikation und der Aufbau von vertrauensvollen Beziehungen immer wieder betont wird, wird im Rahmen des Projektes deutlich, dass die DRG-Systematik diesen Anspruch systematisch unterläuft. Die menschlichen Kontakte werden zunehmend durch eine ökonomische Logik getaktet. Das gilt sowohl für die Kommunikation zwischen den Mitarbeitenden wie auch zwischen ihnen und den Patienten und Patientinnen.

Mitarbeitende betonen fast durchweg, dass sie gerne mehr Zeit für ihre Patienten und Patientinnen hätten, aber zur zeitaufwändigen Dokumentation für DRG und QM verpflichtet sind. In einer kontraintuitiv zu nennenden Bewegung lässt sich im Krankenhaus eine immer stärkere technisch-administrative Aufrüstung beobachten, die das sorgende Personal immer mehr von den umsorgten Personen distanziert. Man könnte das als eine Form der Entfremdung bezeichnen, die im Wesen einer technisch-ökonomischen Logik liegt.

Als besonders dramatisch erweist sich ein Zug der Ökonomisierung des Gesundheitswesens, die anhand der DRG-Systematik besonders plastisch und augenfällig wird: Der Patient wird zum Produktionsfaktor, der möglichst gewinnbringend eingesetzt werden muss. Es kündigt sich eine Verkehrung der Nutzen-Mittel-Relation an, eine „Verwertung des Menschen“ um anderer Ziele willen. Es kündigt sich an, was Kühn und Simon in einer Studie zur DRG-Problematik bereits 2001 ganz drastisch formuliert haben: „Geld wäre nicht mehr Mittel zum Zweck der Versorgung von Kranken, sondern die Versorgung von Kranken wäre Mittel zum Zweck der Erzielung und Optimierung von Erlösen“ (Kühn/Simon 2001, 4).

2. Zur Interdisziplinarität des Projekts

Das herkömmliche Bild von Interdisziplinarität beruht auf der Vorstellung, dass Vertreter verschiedener Disziplinen, die in der Regel mit einer akademischen Disziplin gleichgesetzt werden, in der gemeinsamen Verständigung über einen Gegenstand neue Erkenntnisse und Lösungen hervorbringen. Der Begriff der Interdisziplinarität hat sich in Deutschland von Frankreich und England kommend gegenüber Begriffen wie „fakultätsübergreifend“, „interfakultär“ oder schlicht „Zusammenarbeit“ durchgesetzt. In der Sache hat sich Interdisziplinarität einmal als notwendige Form des problemorientierten

Arbeitens in Großprojekten erwiesen. Zum anderen ergab sich mit der Ausdifferenzierung der Wissenschaften die Notwendigkeit einer (meta-)sprachlichen Verständigung. Nach gut 40 Jahren gehört interdisziplinäres Arbeiten gewissermaßen zum guten Ton wissenschaftlichen Forschens wie anwendungsorientierter Entwicklung (vgl. Holzhey 1976).

Problemorientierung und Interdisziplinarität entsprechen einander in dem Maße, wie Wissen in unserer „Wissengesellschaft“ systematisch auf sich selbst angewandt wird und so neues Wissen und im selben Zuge neue Probleme generiert werden (vgl. Manzeschke et. al 2005, bes. 127-130). Die Vorstellung, dass Wissenschaft die Instanz ist, welche Probleme wissenschaftlich-rational (auf-)löst, ist schon längst obsolet. Sie wird auch nicht richtiger, wenn man meint, durch den Verbund mehrerer Wissenschaften einem Problem interdisziplinär zu Leibe zu rücken und es dadurch besser oder vollständiger lösen zu können. „Die **Lösung** eines Problems ist nichts anderes als die Aufforderung, sie mit anderen Theorien oder Beobachtungen zu konfrontieren und damit zu problematisieren. Der wissenschaftliche Wert einer Problemlösung besteht geradezu in ihrer Fähigkeit, neue Probleme zu erzeugen, so dass mit Recht gesagt werden kann, dass Wissenschaft ausgeht von Problemen und endet mit Problemen, die in wachsendem Maße fähig sind, neue Probleme entstehen zu lassen“ (Wild 1973, 1143).

Bezogen auf das hier vorliegende Forschungsprojekt kann man von „Problemen“ im Vollsinne des philosophischen Begriffs sprechen: „Der Begriff des Problems formuliert offenbar eine Abstraktion, nämlich die Ablösung des Frageinhalts von der ihn allererst aufschließenden Frage. Er meint das abstrakte Schema, auf das sich wirkliche und motivierende Fragen reduzieren und worunter sie sich subsumieren lassen“ (Gadamer 1965, 358). Genau diese „wirklichen und motivierenden Fragen“ waren im Rahmen des Forschungsprojektes bezogen auf einen kleinen Ausschnitt des DRG-Systems im deutschen Gesundheitssystem allererst zu formulieren. – Und mit der **Lösung** der Fragen waren die Problem keineswegs aus der Welt, manche ließen sich präziser formulieren, an anderer Stelle sind durch die Fragen neue Probleme aufgeworfen worden. Eine spannende, derzeit noch unbeantwortete Frage, die sich aus dieser Erfahrung ergab, lautet: Gibt es einen Unterschied zwischen wissenschaftlichem und alltagsweltlichem Problemlösungsverhalten und lässt sich letzteres jenseits der je aktuellen Problemlösung wissenschaftlich anschlussfähig formulieren?

Probleme der Gesundheitsversorgung sind heutzutage so komplex, dass sie per se nur interdisziplinär bearbeitet werden können. Hier stehen ökonomische, medizinische, politische, moralische Faktoren – um nur die wichtigsten zu nennen – in enger und komplexer Wechselwirkung, was bedeutet, dass Vorstellungen von mechanistischen Ursache-Wirkungsgefügen oder von linearen Prozessen irreführend sind. Der interdisziplinäre

Ansatz zur Bearbeitung komplexer Probleme resultiert aus der Einsicht, dass ein komplexer Sachverhalt nicht unzulässig reduziert werden darf, um möglichst schnell und möglichst leicht operationalisierbare Lösungsschritte zu erhalten, sondern dass zur tragfähigen Lösung eines Problems eine angemessene, komplexitätsadäquate Konzeptualisierung auf der Ebene der Theorie, der Methodik und der Organisation nötig ist.

Gerade für soziale Systeme, wie das Gesundheitssystem eines ist, erweisen sich mechanistische Vorstellungen von der Plan- und Steuerbarkeit eines Regelkreislaufes als kontraproduktiv. Soziale Systeme umfassen viele Subsysteme und noch mehr individuelle Akteure, die in einem komplizierten Interaktionsgefüge zueinander stehen – solche Interaktionsgefüge lassen sich aber weder eindeutig prognostizieren noch steuern. Auch wenn die Kybernetik in der Lage ist, dynamische Systeme zu modellieren und die angewandte Philosophie um mathematische Modelle menschlicher Präferenzen und Entscheidungsprozesse bemüht ist, so sind solche Modelle bisher noch unterkomplex und kaum in der Lage, kulturelle Vorstellungen und Werthaltungen in ihre Konzepte zu integrieren. Diese lassen sich nicht einfach als wohlgeordnete Präferenzen etwa im Sinne des homo oeconomicus-Modells ordnen, bewerten und steuern.

Gesundheit stellt ein extrem sensibles Gut dar, das sich nicht produzieren lässt. Zwar lässt sich die Gesundheitsversorgung organisieren, aber diese Organisation ist stets begleitet von kulturellen, religiösen oder moralischen Vorstellungen, die mit dem Gut Gesundheit verbunden werden. Das gilt für diejenigen, die als Kranke oder Patienten in diesem System Therapie, Hilfe und Heilung erwarten, aber auch für diejenigen, die solche Therapie und Hilfe zur Heilung erbringen.

Die Auswirkungen eines neu implementierten Steuerungselements in einem komplexen System wie dem der Gesundheitsversorgung zu untersuchen, erfordert also einen entsprechend komplexen Forschungsansatz, der auf der disziplinären Ebene durch Multiperspektivität und Interdisziplinarität eingelöst werden kann. Interdisziplinarität im Vorgehen legt sich im Rahmen dieses Projektes aber noch von einer anderen Seite nahe: Da es im Vorfeld keine Hypothesen gibt, die empirisch überprüft werden können, sondern Auswirkungen eines neuen Faktors in einem System untersucht werden sollen, muss der Wahrnehmungshorizont möglichst weit gestellt werden. Es gilt, aufmerksam zu werden und das Neue zu entdecken, das hier – geplant oder ungeplant, gewollt oder ungewollt – entsteht. Um es als solches überhaupt wahrnehmen zu können, bedarf es eines Forschungsansatzes, der eben nicht aus den bekannten Faktoren das Ergebnis interpoliert, sondern mit Emergenzen rechnet (vgl. Nowotny 2005).

„Emergenz bezeichnet die Paradoxalität des Neuen. [...] Etwas, das in jeder Beziehung neu wäre, würde sich durch keine uns bekannte Eigenschaft auszeichnen, es wäre weder rund noch eckig, es dürfte keinen Schatten und keine Form, keinen Wert und keinen Durchmesser haben; nichts, aber auch gar nichts aus unserer Welt dürfte sich an ihm wiederholen. Wir könnten es offensichtlich überhaupt nicht wahrnehmen, denn selbst die Eigenschaft der Wahrnehmbarkeit dürfte sich an ihm nicht wiederholen. Es wäre uns mit unseren Mitteln nicht zugänglich. Das Neue muss aber das Alte überschreiten, denn sonst wäre es ja ein Altes. Aber auch das Alte entzieht sich jeder Vorstellung, denn seine Vorstellung würde voraussetzen, dass diese Vorstellung dem Alten entstammt [...]. Die Paradoxie des Neuen (bzw. des Alten) besteht darin, dass es gleichsam aus dem Alten (bzw. dem Neuen) emergieren muss“ (Wägenbaur 2000, 29).

Dieser Ansatz, der sich auch auf Aristoteles berufen kann („Das Ganze ist mehr als die Summe seiner Teile.“) hat in der Philosophie zu höchst subtilen Auseinandersetzungen geführt (vgl. Stephan 2000; Wägenbaur 2000) – für unseren Zusammenhang ist entscheidend, dass prinzipiell und methodisch mit unerwartetem Neuen gerechnet wird, dass sich so nicht unbedingt aus den Systembestandteilen (z. B. ökonomischer Anreizmechanismus in Verbindung mit einer Theorie seiner Wirkweise; politische Vorgaben für die Gestaltung der Gesundheitsversorgung in Verbindung mit einer Theorie ihrer Wirkweise; Organisation Krankenhaus in Verbindung mit einer Theorie ihrer Funktionalität) erkennen, berechnen oder deduzieren lässt.

Interdisziplinarität in diesem Sinne bedeutet folglich nicht einfach, verschiedene disziplinäre Perspektiven schichtweise zu addieren oder in einem Subtraktionsverfahren auf den kleinsten gemeinsamen Nenner zurückzuführen, sondern sie erfordert ein hohes Maß an Informiertheit und „Lernen, in Beziehungen zu denken“ (Mutius 2000, 259), um in einem Akt der Perspektivenübernahme mit den Argumenten und Kategorien der anderen Disziplin arbeiten zu können und von hier aus die eigenen Argumente und Kategorien neu zu durchdenken.

Im Rahmen des Forschungsprojektes bestand von Anfang an Einigkeit, dass die Forschungsfragen nur in einem interdisziplinären Ansatz beantwortet werden können. Interdisziplinarität bedeutete hier, in einem ersten Schritt Vertreter verschiedener wissenschaftlicher Disziplinen und verschiedener praktischer Tätigkeit im Forschungsfeld zusammenzubringen, um überhaupt erst einmal die Fragen möglichst präzise und zugleich möglichst offen zu stellen.

Diese doppelte Fragerichtung resultierte aus der Einschätzung, dass über die konkreten Auswirkungen des ökonomischen Steuerungssystems DRG im Krankenhaus keine Erfahrungen, allenfalls analoge Vermutungen, bestünden und deshalb der Forschungsansatz so gewählt werden muss, dass erst im Forschungsprozess selbst die Hypothesen auf der Grundlage der erhobenen Daten generiert werden können⁴. Andererseits sollte die Fragerichtung doch so präzise sein, dass nicht zu viele Daten generiert würden, die einen dann später das Phänomen aus den Augen verlieren ließen.

Um zu wissen, wonach man fragen soll, bedarf es der Erfahrungen über das jeweilige Forschungsfeld. Zugleich besteht die Gefahr darin, dass die Erfahrung einem auch die Sicht auf das tatsächlich Neue verstellt, weil es vorschnell in den bekannten Kategorien untergebracht wird. Insofern erscheint eine gute Balance zwischen Fachlichkeit, Fachfremdheit und wissenschaftlicher Neugier eine wichtige Voraussetzung für einen interdisziplinären Forschungsansatz zu sein. Im Falle dieses Forschungsprojektes hat sich tatsächlich eine gute Mischung aus den erforderlichen Fähigkeiten eingestellt, wobei sich eine solche „gute Balance“ nur schlecht quantifizieren lässt. Auch ist es mit der Bereitstellung der Kompetenzen als solcher nicht getan – es muss da noch ein „Funke überspringen“, der das Beieinander zu einem produktiven Miteinander macht.

2.1 Interdisziplinarität auf der organisationalen Ebene

Die interdisziplinäre Anlage des Projektes tritt bereits in seiner strukturellen und personalen Organisation zu Tage: Das Projekt wurde wesentlich von einem Mediziner initiiert, von einer kirchlichen Stiftung gefördert und von einem Theologen mit wirtschaftsethischer Ausrichtung zusammen mit einem Doktoranden aus den Pflegewissenschaften an einer rechts- und wirtschaftswissenschaftlichen Fakultät durchgeführt. Eine wichtige Basis bietet also bereits das setting der Universität und des Instituts. Die Universität Bayreuth ist in den 70er Jahren bewusst interdisziplinär angelegt worden. So gibt es hier

⁴ *Zwar kann man die Auswirkungen der DRG in anderen Ländern studieren – das deutsche DRG-System baut auf dem der Australian Refined Diagnosis Related Groups (AR-DRG) auf, der zum Zeitpunkt des politischen Entschlusses aktuellsten Variante der DRG. Jedoch lassen sich Erfahrungen aus anderen Ländern nur bedingt übertragen. In diesem Fall hat das deutsche DRG-System einerseits eine viel breitere Basis; es ist Patientenklassifikations- und Entgelt-system, während die DRG in Australien nur als Patientenklassifikationssystem genutzt werden. Außerdem differieren kulturelle, mentalitäre und gesundheitspolitische Bedingungen von Land zu Land, was einen direkten Vergleich schwierig macht.*

nicht mehr die klassischen Fakultäten, sondern solche, die mehrere Disziplinen vereinen und so bereits strukturell eine interdisziplinäre Arbeitsweise fördern. Auch das Institut für Medizinmanagement und Gesundheitswissenschaften ist in seiner wissenschaftlichen Ausrichtung interdisziplinär angelegt, was sich in den bearbeiteten Themen wie in der disziplinären Herkunft der Mitarbeitenden ausspricht.

Für den interdisziplinären Austausch bildeten weiterhin die Sitzungen des Wissenschaftlichen Beirates ein wichtiges Forum, die etwa alle drei Monate stattfanden und auf der Basis der aktuell geleisteten Forschungsarbeit Teilergebnisse, weitere Schritte und anstehende Fragen diskutierten. Im Wissenschaftlichen Beirat waren mindestens sechs verschiedene Fachdisziplinen vertreten, wobei viele der Mitglieder für mehr als eine Disziplin standen.

Neben der disziplinären Perspektive im Sinne eines universitären Fächerkanons lässt sich aber ebenso die Unterteilung in „Theoretiker“ und „Praktiker“ als disziplinäre Differenz und insofern das Gespräch zwischen ihnen als Interdisziplinarität begreifen. Mit „Theoretikern“ sind hier jene Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler gemeint, die eine bestimmte disziplinäre Perspektive vorzugsweise mit forschungsbezogenen Überlegungen verbinden, also vor allem Fragen der Methodik, der Gewinnung und Interpretation von „Daten“ beantwortet wissen wollen. Im Gegensatz dazu vertreten die „Praktiker“ verstärkt eine anwendungsbezogene Perspektive und geben zu bedenken, welche Forschungsschritte welche Bedeutung im klinischen Alltag haben könnten bzw. drängen auf die Generierung von „anwendbarem Wissen“, das ihnen unmittelbar in ihrem Berufsalltag von Nutzen sein könnte.

Nach meiner Erfahrung sind es jedoch nicht allein die disziplinären Standpunkte, die zu neuen Einsichten verhelfen; mehr noch ist es das Dialogische, mit dem eine Verständigung über ein Phänomen gesucht wird – durch verschiedene Erfahrungen hindurch und mittels verschiedener Sprachen, die sich im Zuge der Differenzierung und Spezialisierung der Wissenschaften gebildet haben.

2.2 Interdisziplinäres Arbeiten als Modus der Verständigung

Interdisziplinäres Arbeiten erfasst in einem ersten Schritt die Entdeckung und das Verstehen der jeweils anderen Position durch die Forderung der „Explikation von Implizitem“: Jede Disziplin muss ihr jeweiliges Vorverständnis offenlegen und anderen Disziplinen zur Diskussion stellen.

Allerdings wurde in den Sitzungen des Beirates überdeutlich, dass die hier idealtypisch unterschiedenen disziplinären und forschungs- oder anwendungsbezogenen Perspektiven in praxi so nicht durchgehalten wurden von den Mitgliedern. Für viele der Beteiligten lässt es sich wohl besser so formulieren, dass das, was ihnen als „disziplinäre Perspektive“ zugeordnet werden kann, eher aus einer spezifischen Rolle resultiert als daraus, dass jemand dieses oder jenes studiert hat. Der interdisziplinäre Dialog beruhte mindestens ebenso stark auf beruflichen Rollen wie auf akademisch eingeübten Betrachtungs- und Bearbeitungsweisen. Am stärksten lässt sich eine konsistente monodisziplinäre Perspektive noch bei den Vertretern der Universität feststellen, bei denen akademische Herkunft und berufliche Rolle am ehesten deckungsgleich sind. Allerdings gilt gerade für sie, dass interdisziplinäres Denken mittlerweile zu ihren „primären Kulturtechniken“ zählt und von daher die je eigene disziplinäre Perspektive schon immer durch andere disziplinäre Argumente und Beobachtungen ergänzt, korrigiert bzw. erweitert wird.

So lässt sich vorläufig formulieren, dass das Interdisziplinäre vor allem einen Prozess darstellt, in dem Involvierte in einen Dialog eintreten, bei dem sie Argumente und Beobachtungen aufgrund entsprechender Sozialisierung und Bildung bzw. aufgrund erwarteter oder vermuteter Rollenzuschreibung äußern und im Dialog gemeinsam die Komplexität und Mehrdimensionalität eines Phänomens herausarbeiten und dabei jeweils Erkenntnisgewinn verzeichnen. Dieser Erkenntnisgewinn besteht nicht allein in zusätzlich akkumuliertem individuellem Wissen, sondern ebenso in der im Dialog eingeübten Fähigkeit, ein Problem multiperspektivisch zu konzeptualisieren und damit vorschnelle Schlüsse in Theorie und Praxis zu vermeiden.

Die mit dem Begriff Dialog gegebene Assoziation mit der platonischen Bemühung um Erkenntnis ist hier mehr als zufällig. Noch immer geht es um Erkenntnis und Verstehen durch den Logos, der sowohl für die Vernunft wie auch für die Sprache stehen kann. Wobei Vernunft nach unserem Verständnis immer sprachbasiert und Sprache immer vernunftbasiert ist, sofern sie keine unzugängliche Privatsprache darstellt (Wittgenstein).

Das Grundproblem (Erkenntnis als Bemühung um Verstehen von Problemen mittels Vernunft) und der Modus der Verständigung (Dialog; Kommunikation der Sprach- und Vernunftbegabten) sind also seit den Anfängen der Philosophie gleich geblieben; Variationen bieten die neuen Inhalte und Konzeptualisierungen der Probleme. Wir unterscheiden uns in unserem Erkenntnisbemühen allerdings auch dadurch, dass unsere Auffassungen von der Vernunft und der Sprache als Signifikanten einer ontologisch tatsächlich zugänglichen Wirklichkeit bescheidener, skeptischer und pluraler geworden sind.

Entsprechend haben Multiperspektivität, Partizipation der Betroffenen in einem idealerweise herrschaftsfreien Diskurs (Habermas) und machtkritische Analysen der Diskurse (Foucault) oder genderorientierte Rekonstruktion der Diskurse (Butler) eine zunehmende Bedeutung für den Modus und die Gestalt des Dialogs gewonnen.

Das ist nicht ohne Folgen für das Thema Interdisziplinarität. So war es ein Ziel des Projektes, die Leistungsfähigkeit interdisziplinären Arbeitens in actu gemeinsam zu erproben und zu reflektieren. Konkret bedeutete das, die verschiedenen Erfahrungen und Beschreibungsweisen zusammenzulegen und zu beobachten, welchen Erkenntnisgewinn diese interdisziplinäre Zusammenarbeit für die je eigene Disziplin beschert. Umgekehrt sollte es darum gehen, so etwas wie eine gemeinsame Perspektive auf das Problem zu gewinnen. Es stand zu erwarten, dass die jeweiligen Einschätzungen zum Thema (Auswirkungen der Ökonomisierung im Bereich der stationären Gesundheitsversorgung) zum einen durch die je eigene Fachsprache und zum anderen durch den je disziplinären Anspruch und drittens durch die jeweilige berufliche Rolle bestimmt sein würden. Das bedeutete ein erhöhtes Maß an Achtsamkeit für Übersetzungsprozesse und ihre jeweilige Reflexion auf der Metaebene. Hierbei kam der Moderation der Besprechungen eine entscheidende Bedeutung zu, damit die Perspektiven tatsächlich fruchtbar aufeinander bezogen werden konnten und nicht nur additiv im Raum standen. Das bedeutet für die Moderation, dass diese mindestens ansatzweise die Sprachspiele und Denkwelten der unterschiedlichen Perspektiven und Disziplinen beherrscht – eine nicht eben einfach zu erfüllende Anforderung.

Ich möchte das an einem Beispiel verdeutlichen: Im Krankenhaus besteht noch immer eine starke Hierarchie, in der das ärztliche Personal die Spitze repräsentiert und die Pflege eher als zugeordnete Hilfsdisziplin verstanden wird. Um die damit verbundenen thematischen Einseitigkeiten und organisationalen Machtgefälle im eigenen Forschungsprojekt nicht zu reproduzieren – zum Beispiel in der personellen Zusammensetzung des Wissenschaftlichen Beirats und den damit verbundenen Machtkonstellationen – war es wichtig, hier aufmerksam gegenzusteuern. Dieses Gegensteuern versteht sich vor allem als eine reflexive Tätigkeit, eine Aufmerksamkeit für die Dynamik der Prozesse und den Modus der Verhandlung von Themen. Es wäre nicht sinnvoll gewesen und hätte eine krasse Fehlinterpretation von politischer Korrektheit bedeutet, die pflegerische Position im Wissenschaftlichen Beirat stärker auszustatten als die medizinische, um so das Machtdefizit und die geringere Deutungsmacht gegenüber der Medizin zu kompensieren. Vielmehr muss es darum gehen, die Dynamik des Prozesses zum Beispiel im Gremium Wissenschaftlicher Beirat auf dem Hintergrund des verhandelten Themas (z.B. Ökonomisierung im Gesundheitswesen, Transformation der Strukturen und Prozesse, Verun-

sicherung der Mitarbeitenden, zunehmender Druck, Bemühung um Transparenz, Bemühung um einen Ausgleich zwischen erlösorientierten und fürsorgeorientierten Ansprüchen) zu analysieren und auf diesem Weg Verständnis zu gewinnen, warum Dinge so verhandelt werden, wie sie verhandelt werden (z.B. sehr emotional, sehr abwertend, mit hohem Druck, mit viel Elan und Blick für Chancen, sehr beredet von der einen Disziplin bzw. dessen Vertreter, sehr schweigsam von der Vertreterin einer anderen Disziplin). In der Struktur und der Dynamik des Gremiums bildet sich sehr viel von der Struktur und der Dynamik des Gesamtsystems ab. Es ist Aufgabe eines selbstreflexiven interdisziplinären Vorgehens, diese Entsprechungen in den Blick zu nehmen und an ihnen neue Erkenntnisse über den Forschungsgegenstand zu gewinnen.

2.3 Interdisziplinarität auf der Gegenstandsebene

In der Entdeckung des „Neuen“ können Grenzen der disziplinären Betrachtungs- und Beschreibungsweisen aufgezeigt werden, indem zum Beispiel von einer anderen Disziplin auf „blinde Flecken“ oder Reduktionismen aufmerksam gemacht wird. Die Grenzen der Disziplinen wahrzunehmen bedeutet immer schon auch, einen Standpunkt jenseits der Grenze gefunden zu haben, von dem aus die Grenze erst als Grenze in den Blick kommt. Es mag sein, dass dieser Standpunkt noch nicht klar artikulierbar ist und theoretisch noch nicht vermessen ist, aber eben das gehört zur Aufgabe interdisziplinären Arbeitens, die Grenzen überschreiten muss. Doch auch hier stoßen wir auf ein Paradoxon: Grenzen werden im interdisziplinären Arbeiten vermutlich umso wichtiger, je mehr man diese Grenzen durch den theoretischen Dialog und die praktische Zusammenarbeit überschreitet.

Die Grenzen ermöglichen überhaupt erst die Differenziertheit der Wahrnehmung und sie bieten die Möglichkeit der Gestaltung von Praxis (vgl. Alolio-Näcke et al. 2005). Auf der praktischen Ebene des interdisziplinären Dialoges gilt es, die Relevanz dieser Grenzbestimmungen zu erheben, auf der Metaebene des theoretischen Diskurses ist noch einmal genauer zu fragen, wie und mit welchem Recht solche Einsprüche wie „Reduktionismus“ oder „Blinder Fleck“ erhoben werden können und ob und wie sie dann in praktisches Handeln umgesetzt werden. Vor diesem Hintergrund können sowohl unterschiedliche Fachsemantiken deutlich voneinander abgegrenzt als auch gemeinsame Positionen über die Erprobung der Grenzen an konkreten Anwendungsbeispielen erarbeitet werden. Da einzelne Wissenschaften z.T. sehr divergente Fragestellungen behandeln, bedarf der interdisziplinäre Diskurs auch im Blick auf die Methodik der fortwährenden Reflexion, um so die Einhaltung fachspezifischer Argumentationsniveaus im interdisziplinären Gespräch gewährleisten zu können. Über diese prozessuale, multiple, aber fachspezifische Heran-

gehensweise wird ein größtmöglicher gemeinsamer sprachlicher Code entwickelt, der die Grenzen des Ökonomischen aus den einzelnen Fachdisziplinen aufzeigt und versucht, diese in die einzelnen Fachdisziplinen als weiterführende und anschlussfähige Impulse zurückzuspielen.

2.4 Interdisziplinarität und Methodik

Die Reichweite interdisziplinärer Bemühungen hängt sehr stark davon ab, wie weit man den Kreis der relevanten Wissenschaften in Bezug auf einen Erkenntnisgegenstand ziehen will. Bezogen auf das hier präsentierte Forschungsprojekt impliziert die Frage nach einer interdisziplinären Anlage auch die Frage, ob hier Geistes-, Sozial- oder Naturwissenschaften zum Zuge kommen sollen – und gegebenenfalls in welcher Weise. Konventionell würde man das Thema den Sozialwissenschaften zuweisen. Allerdings zeigt sich bei genauerem Hinsehen, dass das Etikett „Sozialwissenschaften“ nicht so eindeutig ist: Es gibt z.B. eine verstehende Soziologie, die der Tendenz nach eher den Geisteswissenschaften in ihrem hermeneutischen Bemühen um Sinnrekonstruktion nahe steht; es gibt eine am Funktionalismus orientierte systemtheoretische Soziologie, die Sinnfragen per se ausklammert, aber deswegen noch nicht einer am mathematischen Ideal orientierten Beschreibung zuneigt; es gibt eine Soziologie, die primär auf der Grundlage von statistischen Daten probabilistische Aussagen über gesellschaftliche Prozesse macht. Die Übergänge zwischen nomothetischer und ideographischer Beschreibung sozialer Sachverhalte sind so fließend wie die der Wissenschaften und ihrer innerdisziplinären Ausformungen.

Interdisziplinarität meint hier also auch, die eigene wissenschaftsgeschichtliche und -theoretische Verortung im Blick zu behalten und für das eigene Forschungsprojekt eine Entscheidung zu treffen, die die Angemessenheit des eigenen Forschungsansatzes reflektiert und begründet.

Im vorliegenden Projekt fiel die Entscheidung für einen sozialwissenschaftlichen Ansatz, der Elemente der qualitativen Forschung mit solchen der sozialetischen Reflexion, also deskriptive und normative Vorgehensweisen, miteinander verbindet.

Innerhalb der Sozialwissenschaften gibt es immer noch einen tiefen Graben zwischen denen, die empirisch qualitativ arbeiten und jenen, die empirisch quantitativ vorgehen. Letztere nähern sich weitgehend dem naturwissenschaftlichen Forschungsparadigma von Hypothesengenerierung und Hypothesentest. Danach wird für ein Forschungsprojekt eine Forschungshypothese aufgestellt, die durch eine möglichst engmaschige Parametrisierung getestet werden soll. Der Anspruch ist es, durch eine möglichst objektive Metho-

dik bzw. eine repräsentative Erhebung Aussagen von hoher Allgemeingültigkeit erstellen zu können.

Demgegenüber ist das qualitative Paradigma stärker an geisteswissenschaftlichen Vorgehensweisen orientiert und strebt ein eher hermeneutisches Verstehen von zu erforschenden Phänomenen an. Die im Rahmen qualitativer Forschung generierten Aussagen sind von der Basis der gezogenen Stichprobe sehr viel kleiner als bei quantitativen Studien und gelten deshalb für manche Empiriker als weniger aussagekräftig. Zugleich ist die Qualität des Materials differenzierter und schwerer zu interpretieren im Sinne von eindeutigen Prozentzahlen. Dabei bietet das qualitativ erhobene Material allerdings eine Fülle von Informationen und Differenzierungen, die über in Fragebögen vorgegebene Antworten und Bewertungsskalen überhaupt nicht zu erheben sind (vgl. Lamnek 1995).

Die an der Grounded Theory von Glaser und Strauss orientierte Sozialforschung vertritt den Standpunkt, dass es darum gehen muss, gegenstandsbezogene Theorien auf der Grundlage eines sehr direkten Bezugs zur empirischen Wirklichkeit zu generieren. Die so entdeckten gegenstandsbezogenen Theorien bilden dann die Grundlage für formale Theorien von hohem Allgemeinheitsgrad (Glaser/Strauss 1967). Ein an Grounded Theory (im Deutschen: gegenstandsbezogener oder gegenstandsverankerter Theorie) orientierter Ansatz impliziert ein beständiges hermeneutisches Verschränken von Datensammlung, Dateninterpretation und Theoriebildung. Ein solcher Ansatz war im vorliegenden Fall relativ leicht zu vermitteln, weil viele theologisch geschulte Mitglieder eher ideographischen Methoden zuneigen und zweitens eine ausgewiesene Fachfrau für betriebsbezogene Sozialforschung diesen Ansatz argumentativ sehr stark unterstützt hat. Sehr schwierig vermittelbar ist hingegen ein qualitativer Forschungsansatz besonders in der Ökonomie; sie hat sich seit dem 19. Jahrhundert weitgehend dem naturwissenschaftlichen Paradigma angeschlossen und verfolgt Galileis Diktum sehr konsequent: „Messen, was zu messen ist und messbar machen, was nicht zu messen ist“. In einem Gremium aus überwiegend an harten Outcome-Daten interessierten Medizinerinnen oder Ökonomen wäre die im Antrag formulierte Methodik vermutlich gar nicht akzeptiert und gefördert worden.

3 Ökonomisierung als „Basisthema“

Auffällig in diesem Projekt war die Tatsache, dass die beteiligten Personen in der Regel durch ihren spezifischen beruflichen Hintergrund selbst schon „interdisziplinär gestimmt“ waren. Keiner der Beteiligten hat sozusagen ausschließlich aus einer genuin

soziologischen, theologischen, medizinischen oder anderen disziplinären Position heraus argumentiert. Alle hatten bei ihren Stellungnahmen stets mehr als nur eine disziplinäre Perspektive im Kopf. Am stärksten drängte sich dabei nach meiner Einschätzung die ökonomische Perspektive auf: Diese wurde mehr oder weniger von allen als „gemeinsame Realität“ geteilt. Sie lässt sich ungefähr so formulieren: Die Mittel, die wir zu verteilen haben, sind knapp, sie müssen in einer ökonomisch effizienten Weise verteilt werden.

Die Krankenhäuser sind von Sparmaßnahmen betroffen und müssen sich unter diesen Bedingungen als wettbewerbsfähig erweisen. Die Rahmenbedingungen hierfür sind relativ klar formuliert und erlauben nach allgemeiner Ansicht nur wenig individuellen Spielraum. Das erklärt auch, warum sich im Prinzip alle Krankenhäuser mehr oder minder gleich verhalten. Das wiederum verstärkt die „Normativität des Faktischen“. Diese Einschätzungen bilden gewissermaßen den gemeinsamen Referenzrahmen derjenigen, die interdisziplinär über das Thema diskutieren.

Die „Ökonomisierung der Lebenswelten“ gehört mittlerweile zum Standardtopos gesellschaftlicher Analysen. In der Regel als eine problematische Entwicklung betrachtet, werden dabei der Ökonomie wie der Ökonomik ein kolonialistisches oder imperialistisches Übergreifen auf praktisch alle gesellschaftliche Sphären unterstellt (Stichwort: Ökonomischer Imperialismus, Kolonialisierung der Lebenswelt), wobei mit diesem Übergriff Veränderungen der je spezifischen Rollen und Funktionslogiken in den kolonisierten Sphären einhergingen. Als besonders problematisch wird in diesem Zusammenhang moniert, dass im Zuge der Ökonomisierung menschliche Interaktionen auf ein Kosten-Nutzen kalkulierendes Tauschen von Waren, die menschliche Selbstwahrnehmung auf ein Präferenzen rational abwägendes und verfolgendes Menschenbild reduziert würden.

„Der homo oeconomicus ist eine Fiktion, sofern er als Wirklichkeit verstanden wird, die unabhängig vom kapitalistischen System existiert. Als Element des Systems ist der homo oeconomicus eine Wirklichkeit“ (Kosik 1970, 88f).

Hiermit ist ein weiterer wichtiger Aspekt interdisziplinärer Diskussionen im Bereich sozialer Tatsachen angesprochen. Argumente in der Diskussion gehen notwendigerweise immer mit einer Bewertung dieser Tatsachen einher. Diese Bewertungen spielen eine wichtige Rolle, sie können, wenn sie offen kommuniziert werden, den Dialog befruchten und für Klarheit in der Argumentation sorgen. Umgekehrt können implizit kommunizierte Bewertungen auch für Irritationen und Diffusion in der Diskussion sorgen. Unter Umständen kann eine implizit geteilte Bewertung sozialer Tatsachen alle Differenzen, die sich aus den disziplinären Perspektiven ergeben könnten, überlagern und unkenntlich machen – das würde den interdisziplinären Dialog nicht verunmöglichen, aber vielleicht

wichtige Erkenntnisschritte durch vorzeitigen Abbruch („Man“ ist sich ja einig und muss nicht weiter nachdenken.) verhindern. Andererseits können auch explizierte Einschätzungen einen dialogischen Bruch hervorrufen: In der Antragsphase stand der Begriff „Ökonomisierung“ im Antragstitel und musste auf Drängen einiger Beiratsmitglieder gestrichen werden; der Begriff sei zu polemogen und führe vom „eigentlichen“ Thema ab.

Im abschließenden Symposium zur Präsentation der Ergebnisse des Forschungsprojektes stand der Begriff „Ökonomisierung“ an prominenter Stelle: „Ökonomisierung im klinischen Alltag. Auswirkungen der Fallpauschalen auf Behandlungsqualität und Organisationskultur.“ Das Beispiel veranschaulicht meines Erachtens die Problematik diskursiver Prozesse (Abbruch der Diskussion), aber auch die Widerständigkeit der Themen bzw. ihrer Protagonisten. Es zeigt zugleich, wie wichtig für einen gelingenden interdisziplinären Dialog ein ausreichendes Maß an Zeit, eine weitgehend „herrschaftsfreie“ Diskursatmosphäre und ein Diskursprogramm ist, das nicht allein auf Problemlösungen abzielt, sondern Raum für das Spontane, Absichtslose und Nicht-Planbare lässt.

Literatur

Lars Allolio-Näcke, Britta Kalscheuer und Arne Manzeschke (Hrsg.): *Differenzen anders denken. Bausteine zu einer Kulturtheorie der Transdifferenz*, Frankfurt am Main (Campus) 2005.

BMGS (2001): „Rede von Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt im Bundestag zur Einbringung Bundeshaushalt – Epl 15 1. Lesung Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz 1. Lesung Fallpauschalengesetz“, in:

http://www.bmgs.bund.de/cln_040/nn_599776/DE/Presse/Reden/Reden-BMGS/Rede-27-09-2001-2838,param=.html__nnn=true.

Barney G. Glaser, Anselm M. Strauss: *The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research*, Chicago 1967.

Hans-Georg Gadamer: *Wahrheit und Methode. Grundzüge einer philosophischen Hermeneutik*, Tübingen (J.C.B. Mohr/Siebeck) 2/1965.

Helmut Holzhey: Art. „Interdisziplinär“, in: *Historisches Wörterbuch der Philosophie*, hrsg. von Joachim Ritter und Karlfried Gründer, Darmstadt (Wissenschaftliche Buchgesellschaft) 1976, Bd. 4, 476-478.

Siegfried Lamnek: Qualitative Sozialforschung. Band 1: Methodologie, Band 2: Methoden und Techniken, Weinheim (Psychologie Verlags Union) 3/1995.

Karel Kosik: Dialektik des Konkreten, Frankfurt am Main (Suhrkamp) 1970.

Günter Küppers: „Emergenz“, in: Ansgar Nünning (Hrsg.), Metzler Lexikon Literatur- und Kulturtheorie, Stuttgart/Weimar (J.B. Metzler) 2001, 139.

Paula Lotmar und Edmond Tondeur: Führen in sozialen Organisationen. Ein Buch zum Nachdenken und Handeln, Bern/Stuttgart/Wien (Verlag Paul Haupt) 5/1996.

Arne Manzeschke, Michael Reiher und Eckhard Nagel: Hochtechnologiemedizin und Ethik. Müssen wir Grenzen setzen?, in: Wolfgang Niederlag, Heinz-U. Lemke, Leo A. Nefiodow und Dietrich H. W. Grönemeyer (Hrsg.) Hochtechnologie im Spannungsfeld zwischen Ökonomie, Politik, Recht und Ethik, Health Academy 1/2005, 127-154.

Arne Manzeschke: „Wenn das Lächeln verloren geht“. Beobachtungen zu Profession und Ethos in den Gesundheitsberufen, in: Sozialer Sinn. Zeitschrift für hermeneutische Sozialforschung, Heft 2 7/2006, 251-272.

Bernhard von Mutius: Die Verwandlung der Welt. Ein Dialog mit der Zukunft, Stuttgart (Klett-Cotta) 2000.

Helga Nowotny: Unersättliche Neugier. Innovation in einer fragilen Zukunft, Berlin (Kulturverlag Kadmos) 2005.

Achim Stephan: Emergenz. Von der Unvorhersagbarkeit zur Selbstorganisation, Dresden (Mentis) 2/2005.

Thomas Wägenbaur (Hrsg.): Blinde Emergenz? Interdisziplinäre Beiträge zu Fragen kultureller Evolution, Heidelberg (Synchron) 2000.

Thomas Wägenbaur: Einleitung, in: ders. (Hrsg.), Blinde Emergenz? Interdisziplinäre Beiträge zu Fragen kultureller Evolution, Heidelberg (Synchron) 2000, 1-32.

Christoph Wild: Art. „Problem“, in: Handbuch philosophischer Grundbegriffe, hrsg. von Hermann Krings, Hans Michael Baumgartner und Christoph Wild, München (Kösel) 1973, Bd. 4, 1139-1146.

Curriculum Vitae

1962	geboren in Hamburg
1981–1983	Wehrdienst als Reserveoffizier
1983–1985	Ausbildung zum Ingenieurassistenten der Fachrichtung Datentechnik bei Siemens, München
1985–1992	Studium der Theologie in München, Tübingen und Erlangen
1992–1995	Promotion im Fach Kirchengeschichte mit einer Arbeit über die Entstehung des Bischofsamtes in der bayerischen Landeskirche in der Weimarer Zeit mit einem Stipendium der Erika-Giehl-Stiftung, Erlangen
1995–1997	Vikariat in der Gemeinde Forth, Markt Eckental
1997–1999	Geschäftsführer bei den Festtagen der Nürnberg-Fürther Kirchen 1998
1999–2001	Studienleiter am Predigerseminar Neuendettelsau
2001–2004	Wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut für Systematische Theologie der Friedrich-Alexander-Universität, Erlangen-Nürnberg
2004–2006	Wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut für Medizinmanagement und Gesundheitswissenschaften der Universität Bayreuth
2007	Leiter der Arbeitsstelle für Theologische Ethik und Anthropologie an der Universität Bayreuth

Forschungsschwerpunkte

Theoretische und empirische Untersuchungen zu Ökonomisierungsvorgängen in den Bereichen des Gesundheitswesens sowie damit verbundene ethische Fragen

Historisch, ethische und anthropologische Aspekte des Gesundheitswesens

Wirtschafts- und technikethische Probleme im Bereich der Gesundheitsversorgung

Ethische und anthropologische Grundprobleme



PD Dr. theol. Arne Manzeschke

Impressum
Briefe zur Interdisziplinarität
ISSN 1865–8032

Herausgeber:
Andrea von Braun Stiftung
Mauerkircherstraße 12,
D-81679 München
office@avbstiftung.de

Redaktion (Adresse wie Herausgeber):
Isabella Weinberger, M.A. (verantwortlich)
Dr. Christoph-Friedrich von Braun M.Sc.

Verlag: oekom verlag, Gesellschaft für
Kommunikation mbH
Waltherstraße 29, D-80337 München
Tel. + 49 (0) 89 54 41 84 - 0
Fax + 49 (0) 89 54 41 84 - 49
E-Mail kontakt@oekom.de, www.oekom.de

Gestaltung & Satz:
Grafik·Design Weinberger-May, München
www.weinberger-may.de

Anzeigen:
Christine Burk
(verantwortlich, Adresse wie Verlag)
Tel. + 49 (0) 89 54 41 84 - 22
anzeigen@oekom.de

Druck: Kessler Druck + Medien
Michael-Schäffer-Straße 1,
D-86399 Bobingen

Erscheinungsweise: zweimal im Jahr

Bezugsbedingungen:
Jahresabonnement 30 EUR,
Einzelheft 19,80 EUR.
Alle Preise inkl. MwSt., zzgl. Porto- und
Versandkosten.

Abbestellungen sechs Wochen vor Ablauf
des Abonnementjahres. Zahlungen im
Voraus.

Abonnementverwaltung:
Rhenus Medien Logistik GmbH & Co. KG
Auslieferung oekom verlag
D-86899 Landsberg am Lech
Andrea Seitz
Tel. + 49 (0) 81 91 - 9 70 00 - 378
Fax + 49 (0) 81 91 - 9 70 00 - 103
andrea.seitz@de.rhenus.com

Die Autoren sind für ihre Beiträge selbst
verantwortlich, ihre Meinung entspricht
nicht immer der Ansicht des Herausgebers.
Nachdruck nur nach Absprache mit dem
Herausgeber. Alle Rechte vorbehalten.

Andrea von Braun Stiftung



voneinander wissen