

**Transdisziplinarität
als Grundlage ganzheitlichen
Denkens und Handelns
bei Menschen mit Intelligenzminderung**

Geneigte Leserin,
geneigter Leser,

der guten Kooperation mit den Vortragenden auf unserem Symposium 2008, die uns recht zeitnah ihre Manuskripte zur Verfügung stellten und den sich immer weiter entwickelnden Fertigkeiten in der Nutzung von Indesign (Druckgestaltungs-Software) von Frau Majewski ist es zu danken, dass wir Ihnen schon nach fünf Monaten den sechsten Band unserer Integrationsgespräche vorlegen.

Es liegt wohl an der kurzen zeitlichen Distanz zu dem Symposium, während ich dieses Vorwort schreibe, dass mir dieses mit seiner Atmosphäre und den Diskussionen noch sehr gegenwärtig ist. Gleichzeitig wird mir damit eine Schwäche dieser Symposiumsbände besonders bewusst, da gerade die beiden genannten Aspekte, die die Ganzheitlichkeit dieses Tages maßgeblich beeinflussen, mit dem geschriebenen Wort kaum transportierbar sind.

Wie groß war meine Enttäuschung, als wir zwei Tage vor dem 18. April 2008 von der Sekretärin von Herrn Professor Mittelstraß die Nachricht erhielten, dass er nicht kommen könne wegen heftigster Rückenschmerzen, die ihn ans Bett fesselten. Seit drei Jahren hatten wir versucht, einen gemeinsamen freien Platz in seinem Terminkalender zu finden. Auch seine Sekretärin war sichtlich betroffen, denn so etwas hatte es wohl in der langjährigen Zusammenarbeit bisher noch nicht gegeben. Als Profi hatte er sein Referat schon fertig, so dass es uns zugemailt werden konnte. Unser EDV-Experte und studierter Linguist Stefan Daniel hat den Vortrag so überzeugend verlesen, dass

er bei der Diskussion sogar für einen Assistenten von Herrn Mittelstraß gehalten wurde. Ich war froh, bei einem Telefonat einige Tage nach dem Symposium von Herrn Mittelstraß zu hören, dass er ohne Komplikationen wieder auf dem Weg der Genesung war.

Kindheitserinnerungen verliehen dem Vortrag von Herrn Professor Knudsen neben der Fachlichkeit ein hohes Maß an persönlicher Authentizität. Herr Professor Ackermann war ich sehr dankbar, dass er seiner Profession alle Ehre machte und das Thema sprachlich unter den Blickwinkeln verschiedener Disziplinen genauestens unter die Lupe nahm. Gerade zu diesem Vortrag wurde in der Diskussion deutlich, wie wichtig das diesjährige Thema war und ist, insbesondere im wechselseitigen voneinander Lernen, so dass Abgrenzung keine Ressourcen verbraucht, sondern diese einer gemeinsamen Aufgabe zur Verfügung steht. In der Diskussion wurde auch noch die letzte Doppelbödigkeit, die in dem Thema steckt und doch niemanden aufgefallen war, deutlich, „Transdisziplinarität als Grundlage ganzheitlichen Denkens und Handelns **bei** Menschen mit Intelligenzminderung“. Durchaus ist es so, dass die Profis von den Menschen mit Intelligenzminderung lernen können. Mit ihrer häufig sehr direkten Art, unverbildet von unübersichtlichen Theoriegebilden, können gerade **sie** uns lehren, was „ganzheitliches Denken und Handeln“ auch bedeuten kann. Herr Professor Schiffter hat mit seiner breiten Bildung und Berufserfahrung eindrücklich gelebte Transdisziplinarität in seinem Vortrag und der Diskussion verkörpert. Mit großer Bescheidenheit trat Frau Müller auf, und doch waren alle Anwesenden fasziniert, zu welcher sprühender Lebendigkeit sie Paragraphen und trockene Gesetzestexte in ihrem Vortrag erweckte.

Allen gilt mein Dank, ebenso Frau Römer, die uns mit professioneller Moderation wieder sicher durch den Tag führte. Den Teilnehmern ist zu danken, weil nur durch sie ein breit gefächelter Gedankenaustausch ermöglicht wurde, der uns auch den Mut gibt, diese Arbeit fortzusetzen.

Bei den alten Griechen war das Symposium ein mit Trinkgelage und Unterhaltung verbundenes Gastmahl. Ohne das Trinkgelage hat die Verpflegung an diesem Tag die beiden anderen Punkte voll erfüllt. Dafür ist unserem Koch Herrn Görn und den Mitarbeitern des Arbeitsförderbereichs zu danken.

Last but not least darf ich meinen direkten Mitarbeitern danken. Frau Hölzer für die Vorbereitung, Frau Majewski siehe oben, Frau Scharf für Unterstützung bei der Betreuung unserer Gäste und Herrn Brockmann, der sich in den letzten Jahren mit dem Binden der Symposiumsbände verdient macht.

Liebe Leserin, liebe Leser, fallen Ihnen Anregungen, Kritik oder Ergänzungen ein, lassen Sie uns dies bitte wissen. Für unsere eigene Entwicklung sind uns diese wichtig und hilfreich (Kontakt: siehe letzte Seite).

Bleiben Sie uns treu! Die Abstimmungen für das Symposium 2009 sind fast abgeschlossen. Die Details finden Sie ab Oktober 2008 unter www.gib-ev.de.

Berlin, August 2008

Erik Boehlke

Erik Boehlke

Einführung

Ohne Zweifel ist es so, dass es seit langem nicht mehr möglich ist, dass ein einzelner Mensch das allgemeine Wissen der Menschheit in sich vereint. In meiner letztjährigen Einführung bin ich auf die immer raschere Wissensvermehrung unter Hinweis auf die Forschungen von Hermann Lübbe näher eingegangen. Diese Tatsache anerkennend ist es in der Wissenschaft seit Jahrzehnten üblich, dass größere Forschungsprojekte nicht nur unter einem Aspekt bzw. von einer Disziplin bearbeitet werden, sondern verschiedene Disziplinen sich zusammentun. Der zu erforschende Gegenstand wird so unter verschiedenen Blickwinkeln von unterschiedlichen Disziplinen bearbeitet. Für diese Art der Forschung hat sich allgemein das Adjektiv „interdisziplinär“ eingebürgert.

Schon seit Beginn unserer Arbeit mit Menschen mit Intelligenzminderung in der Heiltherapeutischen Abteilung (HTA) der ehemaligen Karl-Bonhoeffer-Nervenklinik unter Leitung des Diplom-Psychologen Michael Marterer und meiner ärztlichen Führung seit Anfang der 1980er Jahre waren im akademischen Bereich drei Disziplinen gleichberechtigt beschäftigt: Psychologen, Pädagogen und Ärzte. Ebenso haben auf den Stationen in der Pflege und Betreuung Krankenschwestern, Heilerziehungspfleger und Erzieher gemeinsam gearbeitet. Natürlich haben wir in unseren Konzepten von „multiprofessionellen Teams“ und von einem „interdisziplinären Ansatz“ gesprochen. Allerdings war

ich mit dem Begriff der Interdisziplinarität nie glücklich. Wie noch heute haben wir uns auch damals um eine möglichst präzise Sprache bemüht mit der Überzeugung, dass Begrifflichkeiten langfristig Denkprozesse beeinflussen.

Die eigentliche Bedeutung von „**inter**“, d. h., „zwischen, unter, inmitten von, während“, hat mir das Gefühl gegeben, mit unserem Arbeitsansatz nicht nur in einer psychiatrischen Großklinik, die sich gerade erst auf den Weg machte, sich von ihrer Tradition des Patientenverwahrens zu lösen, „zwischen“ allen Stühlen zu sitzen, sondern dass unser Ansatz im fachlichen Diskurs Gefahr lief, „unter“ die Räder der verschiedenen Disziplinen zu geraten. Weshalb aus meiner Sicht gerade für Menschen, wie sie beim GIB e.V. betreut werden, ein mehrdimensionales Konzept zwingend erforderlich ist, werde ich im zweiten Teil meiner Einführung näher erläutern.

Wie bin ich dem Begriff unseres aktuellen Jahresthemas begegnet? Im Zusammenhang mit der Jahrestagung der Viktor von Weizsäcker-Gesellschaft 1996 in Heidelberg hat der ehemalige Lehrstuhlinhaber für Innere Medizin II (Schwerpunkt: Allgemeine Klinische und Psychosomatische Medizin), Professor Dr. Peter Hahn, seine Emeritierungsvorlesung zum Thema „Interdisziplinarität in der Medizin“ gehalten. In diesem Vortrag gab es einen Satz, der mich sofort elektrisierte: „Wenn von »Disziplinen« und »Interdisziplinarität« die Rede ist – wie unterscheiden sich diese Bezeichnungen von anderen Terminologien, wie »Multidisziplinarität«, »Transdisziplinarität« usw.?“

„**Trans**“ mit seinen Bedeutungen: „darüber; hinüber; über ... hinaus bzw. jenseits“ war die Präposition, die sehr viel besser ausdrückte, was wir mit unserer Arbeit

damals und heute meinen. „Googlen“ war 1996 noch nicht so üblich, so dass mir eine freundliche Korrespondenz mit Herrn Hahn rasch Hinweise auf denjenigen gab, der den Begriff „Transdisziplinarität“ auf breiter Ebene in die Wissenschaftstheorie eingeführt hat. Die Lektüre der Primär- und Sekundärliteratur und die Vita von Herrn Professor Dr. Dr. hc. mult. Jürgen Mittelstraß (* 1936) beeindruckten mich. Allein das Studium der Philosophie, der Germanistik und der evangelischen Theologie zeigt, dass er in seiner Person Transdisziplinarität lebt. Wesentliche Ausschnitte aus dem Curriculum Vitae finden sich im Anhang.

In der heutigen Zeit des Googlen findet man rasch, dass der schweizerische Entwicklungspsychologe Jean Piaget (1896-1980) 1970 auf einer OECD-Konferenz wohl erstmalig diesen Begriff benutzte, der 1972 von dem Österreicher Erich Jansch (1929-1980), einem der Gründungsmitglieder des Club of Rome, aufgegriffen wird. Die Namensliste von weiteren Autoren könnte man inzwischen fast endlos fortführen, obwohl in weiten Kreisen der Begriff nach wie vor unbekannt ist.

Nicht unerwähnt lassen möchte ich jedoch Herrn Professor Dr. Wolf Rainer Wendt, geboren 1939 in Schwerin (Abb. 1). In der von ihm geleiteten Fakultät für Sozialwesen der Berufsakademie Stuttgart wird viel zur Transdisziplinarität geforscht und publiziert. 2006 durften wir ihn an

Abb. 1:
Prof. Dr. Wolf Rainer Wendt, (*1939)

dieser Stelle als Referenten begrüßen. Sein Vortrag ist in unserem 3. Band der Integrationsgespräche nachzulesen.

In Anbetracht des Reigens der nachfolgenden Referenten wäre es vermessen, wenn ich nun den Versuch unternehmen wollte, diesen Begriff zu verorten. Ich möchte meine ganz persönliche Beziehung und Interpretation zur Transdisziplinarität darlegen und begründen, weshalb er seit zehn Jahren in den Konzepten die Grundlage unserer Arbeit ist und „transdisziplinäres Denken und Handeln“ gefordert wird. Diese Entwicklung erfolgte nicht im Rahmen einer wissenschaftlichen Auseinandersetzung, sondern eher als Notwendigkeit aus der unmittelbaren täglichen Arbeit heraus.

Wie oben erwähnt, arbeite ich seit über 25 Jahren mit Psychologen und Pädagogen zusammen, ebenso wie mit ärztlichen Kollegen aus vielen verschiedenen Gebieten der Medizin, insbesondere Internisten, Orthopäden, Chirurgen, Augen- und Zahnärzten, da ohne sie eine fachlich umfassende und angemessene Behandlung von Menschen mit Intelligenzmindern und zusätzlicher psychiatrischer Erkrankungen nicht möglich ist. Das, was wir anfangs an Abgrenzungsverhalten zwischen Pflege- und Erziehungspersonal auf den Stationen beobachten konnten, als wir diese Berufsgruppen gemeinsam bei der Arbeit einsetzten, war bei den akademischen Mitarbeitern der HTA nicht in diesem Ausmaß ein Thema. Hier wurde bei Gesprächen ein anderes Problem deutlich. Jede Disziplin entwickelt ihre eigene Sprache. Eigentlich hätte dies kein größeres Hindernis darstellen sollen, da wir ja alle der deutschen Sprache mächtig waren, dennoch gab es häufig Missverständnisse. Obwohl wir dieselbe Sprache nutzten, kam es immer wieder

zu einer babylonischen Sprachverwirrung, und der Turm unserer Arbeit geriet gelegentlich ins Wanken. Dies sei mit dem bekannten Bild von Brueghel untermalt (Abb. 2). Der Bibeltext (Genesis 11, 1-9) macht deutlich, was für eine Macht hinter einer gemeinsamen Sprache steckt, so dass sich selbst Gott davor zu fürchten schien. Warum hätte er wohl sonst dieses Wirrsal angerichtet:

Abb. 2: Der Turmbau zu Babel
Peter Brueghel der Ältere
(ca. 1525 - 1569)

Alle Menschen hatten die gleiche Sprache und gebrauchten die gleichen Worte. Als sie von Osten aufbrachen, fanden sie eine Ebene im Land Schinar und siedelten sich dort an. ... Dann sagten sie: Auf, bauen wir uns eine Stadt und einen Turm mit einer Spitze bis zum Himmel, und machen wir uns damit einen Namen, dann werden wir uns nicht über die ganze Erde zerstreuen. Da stieg der Herr herab, um sich Stadt und Turm anzusehen, die die Menschenkinder bauten. Er sprach: Seht nur, ein Volk sind sie, und eine Sprache haben sie alle. Und das ist erst der Anfang ihres Tuns. Jetzt wird ihnen nichts mehr unerreichbar sein, was sie sich auch vornehmen. Auf, steigen wir hinab, und verwirren wir dort ihre Sprache, so dass keiner mehr die Sprache des anderen versteht. Der Herr zerstreute sie von dort aus über die ganze Erde. Darum nannte man die Stadt Babel (Wirrsal), denn dort hat der Herr die Sprache aller Welt verwirrt, und von dort aus hat er die Menschen über die ganze Erde zerstreut.

Abb. 3:
Turmbau zu Babel
unbek. Künstler

Ein uns nicht bekannter Maler macht durch eine geringe „Verschiebung“ die Gefährdung durch das Nicht-Miteinander-Reden können noch deutlicher (Abb. 3).

Es bedurfte einiger Zeit, bis wir erkannten, dass ein identischer Begriff, wie z. B. der der Entwicklung, in allen drei Disziplinen unterschiedliche Bedeutungsinhalte hatte. Ein Begriff mit der Präposition „trans-“ erlangte für uns erstmals Bedeutung, die Translation. Das heißt, wir mussten lernen, jeweils soviel von der anderen Disziplin zu verstehen, dass es uns möglich war zu erkennen, wann gleiche Worte unterschiedliche Bedeutung hatten und auf dieser Ebene Übersetzungsarbeit erforderlich ist. Diese Erkenntnis hat uns einen Schritt weitergebracht im gemeinsamen Bemühen, für die uns anvertrauten Menschen nicht nur Konzepte zu entwickeln, sondern in der konkreten Arbeit auch die Bedingungen besser zu gestalten für ihre Bedürfnisse, die sehr unterschiedlicher Natur waren. Aber so richtig zufrieden waren wir doch nicht. Wir hatten mit diesem Lernprozess nun die disziplinäre Sprachbarriere überwunden, jedoch gab es weiterhin gelegentliche Auseinandersetzungen zwischen den Berufsgruppen, die nicht immer fruchtbar waren. Natürlich gab es auch berufsständische Diskussionen, diese waren aber nicht das wirkliche Problem. Erst als wir uns im Laufe der Jahre näher kennen lernten, stellten wir fest, wie unterschiedlich unsere disziplinge-

bundenen Denkschemata waren. Sehr vereinfachend und nicht wertend könnten diese wie folgt kategorisiert werden:

In der Pädagogik - da wir es mit erwachsenen Menschen zu tun haben - sprechen wir von Andragogik, spielte primär eine Zweierbeziehung oder die Beziehung von einem zu einer Gruppe eine Rolle, die in ihrer Linearität oder der Zielstellung klar definiert war. Manchmal wurden dabei die krankheitsbedingten psychischen Variationen nicht erkannt und als Lernverweigerung fehlinterpretiert. Im psychologischen Bereich stand die duale Interaktion im Mittelpunkt, wobei gelegentlich eine Neigung zur Überinterpretation psychischer Prozesse und eingeschränktes handfestes Handeln die Behandlung teils banaler Erkrankungen verhinderte. Im medizinischen Bereich waren teilweise - je nach Temperament - fürsorglich behütendes Verhalten oder ein gewisser technischer Handlungsaktivismus zu beobachten. Beides ist für eine wirkliche Persönlichkeitsentwicklung nicht förderlich.

Schon sehr früh war ich überzeugt, dass das Bemühen um eine präzise Sprache lohnt, da Begriffe auf das Denken zurückwirken und damit Denkprozesse beeinflussen. Das richtige gesprochene Wort ist notwendige Voraussetzung für angeleitetes, richtiges Handeln. Klassisch ist das Ringen, vom Gedanken zum Wort und zur Handlung zu kommen.

Im Prolog zum Johannes Evangelium wird dies nachvollziehbar. Er greift die Genesis auf. Im dritten Vers der Schöpfungsgeschichte heißt es dort: „Und Gott sprach: Es werde Licht, und es wurde Licht“. Dies könnte so verstanden werden, dass das Wort Gottes so mächtig ist, dass daraus nicht nur unmittelbar die Tat, sondern sogar Materie wurde. Allerdings muss wohl auch Gott erst ein Wort denken, bevor er es aussprechen kann.

Diese Dialektik wird in der Luther-Bibel wie folgt übersetzt: *„Im Anfang war das Wort, und das Wort war bei Gott, und Gott war das Wort. Dasselbe war im Anfang bei Gott, alle Dinge sind durch dasselbe gemacht und ohne dasselbe ist nichts gemacht, was gemacht ist.“* In der griechischen Version steht *„Im Anfang war der Logos, und der Logos war bei Gott ...“*. Die Bedeutung von Logos enthält viel mehr als „das Wort“, auch „Sage“ oder „Kunde“ kann es bedeuten, ebenso wie „die Denkkraft“ und „die Vernunft“.

Sicher meint Johannes nicht, dass im Anfang nur eine Sage oder Kunde war. Sehr gut könnte man sich aber vorstellen, dass im Anfang, d. h. vor allem Sein, also auch vor Gott, die Kraft eines Gedankens war, dem die Vernunft gebot, in dem immateriellen Nichts diesen Gedanken zu einem Wort zu formulieren, dem dann die Tat folgt, damit ein Sein entsteht. Ein solches Sein wurde dann letztlich mit dem Menschen sogar vergänglich lebendig, mit eigenen Gedanken und Taten, so dass ein ewiger Kreislauf entsteht.

An dieser Stelle kann Goethe mit seinem Faust nicht übergangen werden. Auch er ringt nach seinem Osterspaziergang mit diesem Text.

*Doch dieser Mangel läßt sich ersetzen,
Wir lernen das Überirdische schätzen,
Wir sehnen uns nach Offenbarung,
Die nirgends würd'ger und schöner brennt
Als in dem Neuen Testament.
Mich drängt's, den Grundtext aufzuschlagen,
Mit redlichem Gefühl einmal
Das heilige Original
In mein geliebtes Deutsch zu übertragen,
Geschrieben steht: »Im Anfang war das Wort!«
Hier stock ich schon! Wer hilft mir weiter fort?
Ich kann das Wort so hoch unmöglich schätzen,*

*Ich muß es anders
übersetzen,
Wenn ich vom Geiste
recht erleuchtet bin.
Geschrieben steht: Im
Anfang war der Sinn.
Bedenke wohl die erste
Zeile,
Daß deine Feder sich
nicht übereile!
Ist es der Sinn, der alles
wirkt und schafft?
Es sollte stehn: Im Anfang
war die Krafft!
Doch, auch indem ich
dieses niederschreibe,
Schon warnt mich was, daß ich dabei nicht bleibe.
Mir hilft der Geist! Auf einmal seh ich Rat
Und schreibe getrost: Im Anfang war die Tat!*

Abb. 5: Faust - Studierzimmer,
Georg Friedrich Kersting,
(1785-1847)

Erstaunlicherweise ist der studierte Doktor Faustus hier doch etwas unlogisch, da, wie er selbst betont, der Geist ihm geholfen hat, die Tat in den Anfang zu setzen, dies bedeutet, dass dieser zweifellos vor der Tat war.

Zurück zur Praxis. Menschen mit Intelligenzminderung und zusätzlichen psychischen Erkrankungen, bei denen gelegentlich im Zusammenhang mit diesem doppelten Handicap ausgeprägte Verhaltensweisen in Form von unterschiedlichsten Aggressionen auftreten, sind wirklich sehr komplexe Wesen. Die Intelligenzminderung mit dem daraus resultierenden Förder- und Anleitungsbedarf erfordert besondere andragogische Kompetenz. Eine sinnorientierte Beschäftigung macht eine spezifische Organisation der Arbeit notwendig.

Den Verhaltensweisen, die durch nicht geglückte zwischenmenschliche Aktionen entstehen, ist psychologisch-psychotherapeutisch zu begegnen. Die psychiatrische Erkrankung ist kompetent ebenfalls psychotherapeutisch und psychopharmakologisch zu behandeln. Da Menschen mit Intelligenzminderung ein sehr hohes Risiko haben, ganz vielfältig somatisch zu erkranken, sind genauso viele Gebiete der Medizin einzubinden. Nicht übersehen werden dürfen ganz andere Disziplinen. Da diese Menschen oft nicht eigenverantwortlich handeln können oder im Extremfall freiheitsentziehende Maßnahmen erforderlich werden, ist ein breit gefächertes Gebiet der Rechtswissenschaften zu beachten. Die Architektur darf nicht vergessen werden, da manches für diese Menschen besonders zu planen ist. Werden sie durch einen Dienstleister betreut, so hat dieser die Regeln der Ökonomie zu beachten, damit die Lebensräume dauerhaft zur Verfügung stehen. Ohne ein breites Entwicklungs- und Anwendungswissen der Informationstechnologie ist heute wohl generell ein komplexes Wirtschaftsunternehmen nicht überlebensfähig.

Damit zwischen diesem sicher nicht vollständigen Wirrsal von Disziplinen und Fachgebieten der Mensch nicht verloren geht, ist es hilfreich, die gesamte Arbeit auf ein sicheres ethisch-moralisches Fundament zu stellen, welches garantiert, dass er der Maßstab aller Aktivitäten bleibt. Um dieses Fundament zu errichten, zu sichern und immer wieder zu erneuern, bedarf es der Grundlagen der Theologie und Philosophie. Einige der aufgezählten Disziplinen werden in den folgenden Vorträgen zu Wort kommen.

Ich würde mich freuen, wenn meine Ausführungen deutlich gemacht haben, weshalb all diese Disziplinen mit ihren eigenen Kompetenzen notwendig sind.

Sie sind nicht in einem Einzelnen zu vereinen. Daraus entsteht mein Bedürfnis nach einem transdisziplinären Dialog, der die fest gefügten Denkschemata und Sprachbarrieren überwindet. Gemeinsam können wir so auf eine nächst höhere Erkenntnisebene kommen. Von hier aus sind transdisziplinäre Konzepte für die Betreuung und Behandlung gemeinsam mit diesen einzigartigen Menschen zu entwickeln, die ihnen in all ihrer Vielfältigkeit gerecht werden. Über das geschriebene und gesprochene Wort gilt es dann, in der täglichen Arbeit zum transdisziplinären Handeln zu kommen. Dies bedarf der Reflexion, und so entsteht ein Kreislauf (Abb. 6).

Abb. 6

Jürgen Mittelstraß

Philosophische Facette

Vorbemerkung

Transdisziplinarität – von mir erstmals in einem wissenschaftstheoretischen Kontext 1986 auf einer Tagung des Bielefelder Zentrums für interdisziplinäre Forschung (ZiF) im Sinne einer Weiterentwicklung des Konzepts der Interdisziplinarität als Terminus vorgeschlagen¹ – macht in der Wissenschaft terminologische Karriere, ja ist bereits so etwas wie ein Modewort geworden. Nicht nur die Wissenschaft, wenn sie über die eigene Forschungspraxis nachdenkt, auch die Wissenschaftspolitik, wenn diese sich einen wissenschaftstheoretisch gebildeten Eindruck zu verschaffen sucht, führt es im Munde. Dabei sieht es immer häufiger so aus, als erkläre sich Transdisziplinarität gewissermaßen von selbst, sei evident, was gemeint ist, wenn dieser Ausdruck fällt. Doch das ist keineswegs der Fall. Zwar gibt es gelegentlich schon Versuche, Transdisziplinarität als Methode zu definieren und den Wissenschaften in Form einer ausgearbeiteten Methodologie zu empfehlen, doch steckt dahinter eher ein Missverständnis denn eine Einsicht, das Missverständnis nämlich, Transdisziplinarität sei selbst etwas, das sich in theoretischer Form, hier in Methodenform, formulieren ließe. Dazu später. Die Frage ist, wie sich das, was wir als Transdisziplinarität bezeichnen, zur disziplinären Struktur der Wissenschaft und zu wissenschaftlichen wie lebensweltlichen Problemstellungen verhält. Man könnte auch fragen, in welcher Weise uns eine transdisziplinäre Orientierung gegenüber den

üblichen disziplinären Orientierungen in der Wissenschaft wie in der Lebenswelt weiterbringt. Lassen Sie mich eine Antwort versuchen – in drei Stichworten.

1. Die neue Unübersichtlichkeit der wissenschaftlichen Verhältnisse

Unser Wissenschaftssystem ist auf eine beunruhigende, ja fast schon beängstigende Weise unübersichtlich geworden.² Das gilt nicht nur im Blick auf ein sich immer stärker beschleunigendes Wachstum des Wissens, dem heute niemand, nicht einmal im engeren Rahmen seines Faches, in allen Details mehr folgen kann, sondern auch im Blick auf die organisatorischen und institutionellen Formen der Wissenschaft. Eine Partikularisierung der Disziplinen und Fächer greift um sich und reicht mittlerweile bis in die Bezeichnungen der Lehrstuhlbereiche hinunter; die Fähigkeit, noch in Disziplinaritäten, d. h., in größeren wissenschaftlichen Einheiten, zu denken, nimmt erschreckend ab. Von einem Unterschied zwischen Disziplinen und Fächern ist schon gar nicht mehr die Rede.

Kein Wunder, dass jeder, der etwas auf sich hält, von Interdisziplinarität spricht, die ihn mit anderen Wissenschaftsteilen verbindet. Wer allein auf einer fachlichen, meist winzigen Insel sitzt, den ergreift die Sehnsucht nach seinem insularen Nachbarn, wobei es in der Regel wieder gleich ist, wer der fachliche oder disziplinäre Nachbar ist. Grenzen der Fächer und Grenzen der Disziplinen, wenn man sie so überhaupt noch wahrnimmt, drohen mehr und mehr nicht nur zu institutionellen Grenzen, sondern auch zu Erkenntnisgrenzen zu werden. Entsprechend verbindet sich mit dem Begriff der Interdisziplinarität, auf dem Hintergrund einer Erosion der Disziplinaritäten und Fachlichkeiten,

auch eine Reparaturvorstellung, die auf Umwegen, und sei es auch nur auf Zeit, in der Wissenschaft zu einer neuen Ordnung führen soll.

Interdisziplinarität ist in diesem Sinne weder etwas Normales, noch etwas wirklich Neues, noch die wissenschaftliche Ordnung schlechthin. Sie korrigiert, wenn sie wirklich einmal gelingt, Fehlentwicklungen innerhalb einer fachlichen und disziplinären Ordnung und macht zugleich deutlich, dass etwas, wie es scheint unwiderruflich, verloren gegangen ist, nämlich ein Denken in größeren Einheiten. Aus Partikularitäten soll wieder ein Ganzes entstehen, zumindest ein größerer Teil desselben, und damit etwas, das vor der ‚Entdeckung‘ der Interdisziplinarität in der Wissenschaftsgeschichte der wissenschaftliche und der gebildete Normalfall war. Dabei muss man keineswegs gleich an die heute verloren gegangene Spezies des Universalgelehrten, also etwa an Leibniz oder an Kant, denken, es genügt schon, wenn man sich daran erinnert, dass bis zu Beginn des 20. Jahrhunderts die Beherrschung des eigenen Faches in seiner ganzen Breite und Tiefe, manchmal auch einer ganzen Disziplin, in der Wissenschaft etwas Selbstverständliches war.

Zunächst einmal ist es in diesem Zusammenhang zweckmäßig, sich klar zu machen, dass Fächer und Disziplinen in der Wissenschaft nichts Natürliches, sondern etwas durch die Wissenschaftsgeschichte Gewordenes sind, und dass ihre Grenzen in erster Linie nicht theoretische, systematisch bestimmte Grenzen, sondern historische Grenzen sind. Auch machen ihre wissenschaftshistorische Identität bestimmte Forschungsgegenstände, Theorien, Methoden, Forschungszwecke aus, die sich häufig nicht zu fachlichen und disziplinären Definitionen

ergänzen, sondern, wie wir sagen, interdisziplinär interferieren. Dies kommt nicht nur darin zum Ausdruck, dass sich Disziplinen in ihrer Arbeit von methodischen und theoretischen Vorstellungen leiten lassen, die sie selbst allein disziplinär nicht hervorbringen können, sondern auch darin, dass sich die Probleme, deren Lösung die Wissenschaften dienen, häufig nicht einfach in einen disziplinären oder fachlichen Rahmen einfügen. Ich führe in diesem Zusammenhang gern das Beispiel der Wärme an. In der Geschichte des Problems der theoretischen Beschreibung der Wärme waren die disziplinären Zuständigkeiten nämlich keineswegs immer die gleichen. So gilt Wärme zunächst als innere Bewegung der Materie und damit als Gegenstand der Physik. Mit der von Hermann Boerhaave, einem niederländischen Mediziner und Naturwissenschaftler, Anfang des 18. Jahrhunderts formulierten und später von Antoine Lavoisier, dem französischen Chemiker, ausgearbeiteten Wärmestofftheorie wird Wärme, da sie eben als Stoff aufgefasst wurde, zum Gegenstand der Chemie. Schließlich wechselt mit der kinetischen Wärmetheorie die Wärme erneut die Disziplin und wird wieder zu einem physikalischen Gegenstand. Das bedeutet: Nicht die Gegenstände (allein) definieren die Disziplin, sondern die Art und Weise, wie wir theoretisch mit ihnen umgehen. Für die Forschung ist das klar, für die Lehre, aber auch für das disziplinäre Selbstverständnis, häufig nicht.

Dabei lässt sich dieses wissenschaftshistorische Beispiel auch so verallgemeinern, dass sich bestimmte Probleme dem Zugriff eines einzelnen Faches oder einer einzelnen Disziplin entziehen. Und dies sind oft keineswegs marginale, sondern

zentrale Probleme, wie etwa die Beispiele Umwelt, Energie und Gesundheit zeigen. Es gibt eine Asymmetrie von Problementwicklungen und disziplinären (oder Fach-)Entwicklungen, und diese vergrößert sich noch dadurch, dass die disziplinären und Fachentwicklungen durch wachsende Spezialisierung bestimmt werden. Ökologische Probleme etwa sind komplexe Probleme; sie lassen sich, wie wir heute alle wissen, nur durch das Zusammenwirken vieler fachlicher und disziplinärer Kompetenzen lösen. Das Gleiche gilt für Energie und Gesundheit (auf dieses Stichwort werde ich später noch einmal zurückkommen).

Das alles bedeutet, dass es unter dem Stichwort Interdisziplinarität keineswegs, wie es manchmal erscheinen mag, um ein bloß modisches Ritual geht; es geht vielmehr um die Wiederherstellung einer wissenschaftsförderlichen Ordnung und um Zwänge, die sich durch die Problementwicklung selbst stellen. Wenn uns nämlich die Probleme nicht den Gefallen tun, sich selbst disziplinär oder fachlich zu definieren, dann bedarf es eben besonderer Anstrengungen, die in der Regel aus den Fächern oder Disziplinen herausführen. Mit anderen Worten: Ganz gleich, in welchem Sinne man Interdisziplinarität verstehen will, als Interdisziplinarität, die größere disziplinäre Orientierungen wiederherstellt, oder als tatsächliche Erweiterung des Erkenntnisinteresses innerhalb von Fächern und Disziplinen und über Fächer und Disziplinen hinweg, eines sollte klar sein: Interdisziplinarität, recht verstanden, geht nicht zwischen den Fächern oder den Disziplinen hin und her oder schwebt gar (Hegelianisch gesprochen), dem absoluten Geist nahe, über den Fächern und den Disziplinen. Sie ist vielmehr be-

müht, fachliche und disziplinäre Engführungen, wo diese der Problementwicklung und einem entsprechenden Forschungshandeln im Wege stehen, aufzuheben. Darin ist sie aber in Wahrheit Transdisziplinarität oder auf dem Wege zu dieser. Was heißt das?

2. Transdisziplinarität

Während wissenschaftliche Zusammenarbeit allgemein die Bereitschaft zur Kooperation in der Wissenschaft und Interdisziplinarität in der Regel in diesem Sinne eine konkrete Zusammenarbeit auf Zeit bedeutet, ist mit Transdisziplinarität gemeint, dass Kooperation zu einer andauernden, die fachlichen und disziplinären Orientierungen selbst verändernden wissenschaftssystematischen Ordnung führt.³ Dabei stellt sich Transdisziplinarität, nunmehr als weiterentwickelte und systematisch geklärte Form von Interdisziplinarität verstanden, sowohl als eine Forschungs- und Arbeitsform der Wissenschaft dar, wo es darum geht, außerwissenschaftliche, d. h. lebensweltliche Probleme, z. B. die schon genannten Umwelt-, Energie- und Gesundheitsprobleme, zu lösen, als auch als ein innerwissenschaftliches, die Ordnung des wissenschaftlichen Wissens und der wissenschaftlichen Forschung selbst betreffendes Prinzip. In beiden Fällen ist Transdisziplinarität ein Forschungs- und Wissenschaftsprinzip, das dort wirksam wird, wo eine allein fachliche oder disziplinäre Definition von Problemlagen und Problemlösungen nicht möglich ist bzw. wo diese über derartige Definitionen hinausführen.

In wissenschaftstheoretischer Perspektive ist damit weder ein neuer (wissenschaftlicher und/oder philosophischer) Holismus noch ein Überschreiten des Wissenschaftssystems, also eine unwissen-

schaftliche Zumutung an das Wissenschaftssystem, gemeint. Unter Transdisziplinarität als neuem Holismus wäre etwa die Vorstellung verstanden, es ginge hier um ein wissenschaftliches Prinzip bzw. um eine wissenschaftliche Orientierung, in der ein systematisches Ganzes, etwa ein universales Modell, die Bedeutung aller seiner Teile definiert. Tatsächlich soll Transdisziplinarität Probleme lösen, die isolierte Bemühungen nicht lösen können, doch ist damit nicht der Anspruch verbunden, diese Probleme auch vollständig und ein für allemal zu lösen.

Wie weit ein Instrument trägt – und als ein Forschungs- und Wissenschaftsprinzip ist Transdisziplinarität durchaus ein Instrument der Wissensbildung –, weiß ein Instrument nicht selbst und wissen auch diejenigen nicht von vornherein, die es konstruieren oder verwenden. Die Behauptung, Transdisziplinarität bedeute ein Überschreiten des Wissenschaftssystems, sei also eigentlich ein transwissenschaftliches Prinzip, würde wiederum bedeuten, dass Transdisziplinarität selbst grenzenlos würde bzw. sich in wissenschaftlich nicht mehr bestimmbare Beliebigkeiten auflöste. Damit wäre der Wissenschaft ein Bärenienst erwiesen. Transdisziplinarität ist hingegen – und bleibt zweckmäßigerweise – ein wissenschaftstheoretischer Begriff, der bestimmte Formen wissenschaftlicher Kooperation und Problembewältigung beschreibt, nicht solche jenseits wissenschaftlicher Grenzen. Denn welchen Sinn sollte es auch haben, als Organisationsprinzip von Wissenschaft transwissenschaftliche Verhältnisse, also solche, die außerhalb der Reichweite und der Zuständigkeiten von Wissenschaft liegen, ins Auge zu fassen?

Im Übrigen treten reine Formen von Transdisziplinarität ebenso wenig auf wie reine Formen von Disziplinarität oder Fachlichkeit. Auch diese verstehen und realisieren sich meist im Kontext benachbarter wissenschaftlicher Formen, etwa mit soziologischen Komponenten in der Arbeit des Historikers oder chemischen Komponenten in der Arbeit des Biologen. Insofern sind denn auch Fachlichkeit, Disziplinarität und Transdisziplinarität forschungsleitende Prinzipien bzw. idealtypische Formen wissenschaftlicher Arbeit, Mischformen ihre Normalität. Wichtig ist allein, dass sich Wissenschaft und Forschung dessen bewusst sind und produktive Forschung nicht durch überholte (meist gewohnheitsmäßig vorgenommene) Einschränkungen auf fachliche und disziplinäre Engführungen begrenzt wird. Eine derartige Begrenzung dient weder dem wissenschaftlichen Fortschritt noch einer Welt, die im Blick auf eigene Probleme Wissenschaft weniger bewundern als nutzen will.

Also: Transdisziplinarität ist erstens ein integratives, aber kein holistisches Konzept. Sie löst Isolierungen, die sich in der Wissenschaftspraxis (in Forschung und Lehre) eingestellt haben, auf einer höheren methodischen Ebene auf, aber sie baut nicht an einem universalen Deutungs- und Erklärungsmuster. Transdisziplinarität hebt zweitens innerhalb eines historischen Konstitutionszusammenhanges der Fächer und Disziplinen Engführungen auf, wo diese ihre historische Erinnerung verloren und ihre problemlösende Kraft über allzu großer Spezialisierung eingebüßt haben, aber sie führt nicht in einen neuen fachlichen oder disziplinären Zusammenhang. Deshalb kann sie auch die Fächer und Disziplinen nicht ersetzen. Und Transdisziplinarität ist

drittens ein wissenschaftliches Arbeits- und Organisationsprinzip, das problemorientiert über Fächer und Disziplinen hinausgreift, aber kein transwissenschaftliches Prinzip. Die Optik der Transdisziplinarität ist eine wissenschaftliche Optik, und sie ist auf eine Welt gerichtet, die, selbst mehr und mehr ein Werk des wissenschaftlichen und des technischen Verstandes, ein wissenschaftliches und technisches Wesen besitzt. Schließlich ist Transdisziplinarität viertens in erster Linie ein Forschungsprinzip, kein oder allenfalls in zweiter Linie, wenn nämlich auch die Theorien transdisziplinären Forschungsprogrammen folgen, ein Theorieprinzip. Sie leitet Problemwahrnehmungen und Problemlösungen, aber sie verfestigt sich nicht in theoretischen Formen – weder in einem fachlichen oder disziplinären noch in einem holistischen Rahmen.

Was hier ziemlich abstrakt und wissenschaftstheoretisch abgehoben klingen mag, hat seine konkreten Formen längst in der wissenschaftlichen Praxis gefunden und wird zunehmend auch in einem institutionellen Rahmen zu fördern versucht. Dies gilt z. B. für neue wissenschaftliche Zentren in den USA, z. B. in Berkeley, Chicago, Harvard, Princeton und Stanford⁴, deren Arbeit Fragestellungen dient, bei denen es keinen Sinn mehr macht, sie einem bestimmten Fach oder einer bestimmten Disziplin zuzuordnen. Es geht z. B. um Strukturen einer bestimmten Größenordnung allgemein, nicht um fachliche oder disziplinäre Gegenstände. Derartige Zentren sind auch nicht mehr nach dem traditionellen Muster von Physik-, Chemie-, Biologie- und anderen Instituten oder Fakultäten organisiert, sondern unter einem transdisziplinären Blickwinkel, der in diesem Falle der tatsächlichen

Wissenschaftsentwicklung folgt. So verwenden z. B. im „Center for Genomics and Proteomics“ in Harvard⁵ Biologen ausgereifte physikalische und chemische Methoden zur Aufklärung der Struktur von biologisch relevanten Makromolekülen. Disziplinäre Kompetenzen bleiben auch hier die wesentliche Voraussetzung für transdisziplinär definierte Aufgaben, aber sie allein reichen eben nicht mehr aus, um Forschungsaufgaben, die aus den klassischen Fächern und Disziplinen herauswachsen, erfolgreich zu bearbeiten.

Natürlich gilt dies nicht nur von der Universitätsforschung, sondern von allen institutionellen Formen der Wissenschaft. In Deutschland stellen diese derzeit ein außerordentlich differenziertes System dar, das von der Universitätsforschung, definiert über die Einheit von Forschung und Lehre, über die Max-Planck-Forschung, definiert über bahnbrechende Leistungsprofile in neuen Wissenschaftsentwicklungen, die Großforschung, definiert über große Forschungsgeräte und zeitlich begrenzte Forschungs- und Entwicklungsaufgaben (früher ganz offen deklariert als im nationalen Interesse), die Fraunhofer-Forschung, definiert über wirtschaftsnahe Anwendungsforschung, bis zur Industrieforschung, definiert über eine enge Verbindung von Forschung und Entwicklung, reicht. Doch die Logik dieses Systems, um das uns andere Länder beneiden, weil es nicht nur von wissenschaftlicher Vernunft, sondern auch von außerordentlicher Effizienz zeugt, beginnt problematisch zu werden. Sie führt nämlich zu einer Verselbständigung von Teilsystemen, wo doch eigentlich – im Sinne der angeführten Zentrenbildungen – Vernetzung auf niedrigem institutionellen Niveau die Parole sein sollte, nicht

Ausbau von Systemselbständigkeiten auf hohem institutionellen Niveau. Für Deutschland bedeutet dies, dass institutionalisierte Forschungsverbände auf Zeit an die Stelle sich immer stärker gegeneinander isolierender Wissenschaftsteilsysteme treten sollten. Die Begründung ist gerade aus der Sicht der Wissenschaft einfach: Das Wissenschaftssystem muss sich bewegen, wenn sich die Forschung bewegt. Im Augenblick laufen bei uns die Dinge eher umgekehrt: Nicht die Forschung sucht sich ihre Ordnung, sondern eine in Teilsystemen gegebene und immer fester werdende Ordnung sucht sich ihre Forschung. Hier wird eine Wissenschaftsordnung kontraproduktiv. Das aber kann nicht die Zukunft der Forschung und eines Wissenschaftssystems, wie es sich in Deutschland ausgebildet hat, sein. Wie man sieht, hat die zunehmende Transdisziplinarität der wissenschaftlichen Forschung weit reichende institutionelle Folgen oder sollte derartige Folgen haben.

3. Ein Beispiel

Was hier sehr wissenschaftstheoretisch, d. h., allein die Organisationsformen der Wissenschaft betreffend, erscheinen mag, hat durchaus etwas mit sehr praktischen, tief in unsere Welt, in unsere Lebenswelt, hineinreichenden Dingen zu tun. Gemeint ist das Auftreten praktischer Probleme, auch solcher, die uns, wie z. B. die bekannten Umweltprobleme, um der Zukunft der Menschheit willen auf den Nägeln brennen, deren Lösung in einem erheblichen Maße von der Leistungsfähigkeit der Wissenschaft abhängig ist. Und auch hier stellen sich Aufgaben, die transdisziplinäre Orientierungen erforderlich machen. Dazu, wie schon angekündigt, das Beispiel Gesundheit.

Im Jahre 2000 richtete die Berlin-Brandenburgische Akademie der Wissenschaften eine Arbeitsgruppe ein, die sich mit der Bildung, Begründung und Etablierung von Gesundheitsstandards befassen sollte. Den Hintergrund bildete einerseits der merkwürdige Umstand, dass Gesundheit noch immer – in der Lebenswelt wie in der wissenschaftlichen Welt – ein vager Begriff ist, der meist als Abwesenheit von Krankheit zu bestimmen versucht wird (lexikalisch gesprochen: ‚Gesundheit: siehe Krankheit‘), dann aber seltsam leer bleibt, andererseits der desolate Zustand des deutschen Gesundheitssystems, dem durch die übliche Flickschusterei – dazu gehört auch die jüngste Gesundheitsreform – offenbar nicht beizukommen ist. Hier sollten fundamentalere Überlegungen (etwa zum Gesundheitsbegriff) angestellt und die notwendigen Klärungen tiefer – bis in anthropologische und ethische Überlegungen hinein – gelegt werden. Die Arbeitsgruppe schloss Mediziner, Juristen, Ökonomen, Biologen und Philosophen ein. Die Ergebnisse wurden 2004 in einer Studie mit dem Titel „Gesundheit nach Maß? Eine transdisziplinäre Studie zu den Grundlagen eines dauerhaften Gesundheitssystems“ vorgelegt.⁶

Worin lagen die Arbeitsprobleme einer derartigen Gruppe, und wie wurden sie auf eine methodisch ausweisbare Weise gelöst? Der faktische Prozess sah so aus, dass sich die Disziplinaritäten, repräsentiert durch unterschiedliche disziplinäre Kompetenzen, aneinander abarbeiteten – von rein disziplinär bestimmten ersten Entwürfen über wiederholte Überarbeitungen unter wechselnden disziplinären Aspekten zu einem gemeinsamen Text. Voraussetzung dafür (auch wieder in zeitlicher Ordnung) waren: (1) Der uneingeschränkte Wille zu lernen

und die Bereitschaft, die eigenen disziplinären Vorstellungen zur Disposition zu stellen. (2) Die Erarbeitung eigener transdisziplinärer Kompetenz, und zwar in der produktiven Auseinandersetzung mit anderen disziplinären Ansätzen. (3) Die Fähigkeit zur Reformulierung der eigenen Ansätze im Lichte der gewonnenen transdisziplinären Kompetenz. (4) Die Erstellung eines gemeinsamen Textes, in dem die Einheit der Argumentation (‚transdisziplinäre Einheit‘) an die Stelle eines Aggregats disziplinärer Teile tritt. Im konkreten Fall waren diese Voraussetzungen gegeben bzw. gelang der beschriebene Prozess.

Dessen methodisch rekonstruierbare Stufen waren, noch einmal kurz gefasst: Disziplinärer Ansatz, Einklammerung des Disziplinären, Aufbau transdisziplinärer Kompetenz, Entdisziplinierung im Argumentativen, Transdisziplinarität als argumentative Einheit. Entscheidend ist der Gesichtspunkt des Argumentativen bzw. der Umstand, dass sich der ganze Prozess, in einem nicht-trivialen Sinne, im argumentativen Raum abspielt; im angeführten Beispiel: die gesuchte Einheit, hier die Bestimmung von Gesundheitsstandards bzw. die Bestimmung von Maßen für ein gesundes Leben, wurde über unterschiedliche Disziplinen hinweg und gleichzeitig durch diese hindurch argumentativ erzeugt. Am Ende stand nicht nur eine Klärung des Gesundheitsbegriffs, sondern auch ein konkreter Vorschlag zur Reform des deutschen Gesundheitssystems. Der wiederum blieb natürlich unbemerkt. Der politische Verstand hat sich seine eigenen Regeln geschaffen, und die lieben den selbst erzeugten Kompromiss (mit einkalkulierten kurzen Verfallszeiten), nicht ein auf Dauer gestelltes und entsprechend handelndes Umdenken.

Schlussbemerkung

Wir leben in einer Welt, die mehr und mehr zum Werk des wissenschaftlichen und des technischen Verstandes wird. Das bedeutet auch, dass dieser Verstand immer tiefer in seine eigene Welt gezogen wird und dass seine Verantwortlichkeiten für die Aufrechterhaltung dieser Welt und für deren vernünftige Entwicklung zunehmen. Dazu bedarf es eines neuen Verhältnisses zwischen Wissenschaft und Lebenswelt, das sich nicht nur auf Wissens- und Technologietransfer reimen darf, und dazu bedarf es neuer Orientierungen in der Wissenschaft selbst. Ein transdisziplinäres Denken gehört zu diesen Neuorientierungen.

Endnoten

- 1) J. Mittelstraß, Die Stunde der Interdisziplinarität?, in: J. Kocka (Ed.), Interdisziplinarität. Praxis - Herausforderung - Ideologie, Frankfurt/Main 1987, 152-158.
- 2) Vgl. zum Folgenden, in teils direktem Anschluss, J. Mittelstraß, Interdisziplinarität oder Transdisziplinarität?, in: L. Hieber (Ed.), Utopie Wissenschaft. Ein Symposium an der Universität Hannover über die Chancen des Wissenschaftsbetriebs der Zukunft (21./22. November 1991), München/Wien 1993, 17-31, ferner in: J. Mittelstraß, Die Häuser des Wissens. Wissenschaftstheoretische Studien, Frankfurt/Main 1998, 29-48.
- 3) Die folgende Explikation des Begriffs der Transdisziplinarität orientiert sich an einer früheren kurzen Darstellung: J. Mittelstraß, Ein Prinzip fasst Fuß, in: GAIA. Ecological Perspectives in Science, Humanities and Economics 7 (1998), Heft 1, 1-2 (Editorial).
- 4) Vgl. L. Garwin, US Universities Create Bridges between Physics and Biology, Nature 397, 7. Januar 1999, 3.
- 5) Vgl. D. Malakoff, Genomic, Nanotech Centers Open: \$ 200 Million Push by Harvard, Science 283, 29. Januar 1999, 610-611.
- 6) C. F. Gethmann u.a., Gesundheit nach Maß? Eine transdisziplinäre Studie zu den Grundlagen eines dauerhaften Gesundheitssystems, Berlin 2004 (Interdisziplinäre Arbeitsgruppen. Forschungsberichte 13).

Da Herr Professor Mittelstraß leider nicht persönlich an dem Symposium teilnehmen konnte, wurde sein vorab eingereicherter Vortrag von Herrn Daniel vorgetragen, der sich auch für die Abschlussdiskussion zur Verfügung stellte.

Harald Knudsen

Theologische Facette

Vorbemerkung

Vorab möchte ich etwas Persönliches aus meiner eigenen Lebensgeschichte sagen. Ulrich Bach hat den Vorschlag gemacht, einmal darüber nachzudenken, wo wir behinderten Menschen, denen wir vielleicht in der Rolle des Helfenden oder – wie in meinem Fall als Seelsorger – begegnen, unsererseits für etwas dankbar sein können. In meiner Biografie musste ich nicht lange danach suchen, auch wenn dies jetzt kein Beispiel ist für die Beziehung zu einer konkreten Person. 1945 kam unsere Familie, bestehend aus meiner Mutter, meinem jüngeren Bruder und mir – mein Vater war zu der Zeit schon gefallen – nach Lengerich/Westfalen. Wir wurden von dem Pfarrer des dortigen Krankenhauses für Psychiatrie als Flüchtlinge aufgenommen. Als Kinder haben wir Rollstühle geschoben, ohne dass wir dachten, damit etwas Besonderes zu tun. Wir haben auch mit den geistig Behinderten und den psychisch Kranken gespielt, auch hier, ohne dass wir wussten, was es damit auf sich hatte. In der unmittelbaren Nachkriegszeit 1945 ging es um Sein oder Nichtsein. Je älter ich werde, desto öfter kommen die Erinnerungen daran in mir hoch. Dankbar bin ich der Familie des Pfarrers, der mich im Laufe der Zeit auch zur Theologie gebracht hat. Dankbar bin ich auch den Kranken. Ohne sie und das Krankenhaus, das um ihretwillen gebaut und für uns wie ein Biotop war, wüsste ich nicht, was in dieser Zeit aus uns

geworden wäre. Später habe ich selbst als Pfarrer und Seelsorger viele Jahre an zwei psychiatrischen und neurologischen Kliniken gearbeitet und in der Gemeinde der Kranken und Behinderten Dienst tun können. Dies und meine spätere Ausbildung zum Theologen und Psychoanalytiker waren – so sehe ich es heute – zu einem wesentlichen Teil angeregt durch meine frühen Jahre in der Lengericher – so nannte man das damals – Heilanstalt und dem dortigen Pfarrhaus.

Wenn wir von behinderten Menschen sprechen, dann ist – so zeigt es die Themenformulierung dieses Symposiums – unstrittig, dass hinter der Symptomatik „behindert“, „leicht-behindert“, „schwer-behindert“ immer ein konkreter Mensch in seiner jeweils spezifischen Situation steht. Hinter den im ICD 10 (F 70 – 79) ¹ vorgesehenen graduell unterschiedlichen Merkmalen der Intelligenzminderung in leichte, in mittelgradige, in schwere und schwerste geistige Behinderung steht ebenfalls ein Mensch, – ein Mensch, der, wie es Erik Boehlke in seinem Exposé beschreibt –, in der Regel unter dem doppelten Handicap der Intelligenzminderung und einer Psychopathologie mit z. T. schwersten, das Gleichgewicht seiner inneren Befindlichkeit und sein Verhalten fragmentierenden Symptomen leidet. Und gerade hier sagen wir und müssen es sagen, dass wir es mit einem ganzen und ganzheitlich zu sehenden Menschen zu tun haben. Was mich an dem Thema interessiert, ist die Frage: Was verstehen wir unter der Ganzheit des Menschen und dem im Symposiums-Titel genannten „ganzheitlich“. Transdisziplinarität, wie im Thema angekündigt, – ein Begriff, den J. Mittelstrass eingeführt hat – ist deshalb unabdingbar,

¹ Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD 10 Kapitel V (F), 5. Aufl. 2005 Verlag Hans Huber

weil wir an die Ganzheit bzw. Ganzheitlichkeit des Menschen aus den verschiedensten wissenschaftlichen und praktischen Richtungen heranzukommen versuchen, - und dies im Blick auf die speziellen Formen der Behinderung, wie es die geistigen Behinderungen darstellen.

I. Ganzheit und Ganzheitlichkeit

Diese Begriffe Ganzheit bzw. Ganzheitlichkeit haben einen doppelten Boden. Im Blick auf und in der Begegnung mit behinderten Menschen setzen wir einerseits diese Begriffe immer schon voraus und müssen sie aus noch zu zeigenden anthropologischen Gründen und um der Würde des behinderten Menschen voraussetzen. Zugleich stehen wir vor der Aufgabe, im Prozess des Denkens diese Begriffe erst verstehend zu gewinnen.

„Ganzheit“ ist ein Seinsbegriff, der das Sein des Menschen – eben in seiner Ganzheit und als Ganzheit - betrifft. „Ganzheitlichkeit“ ist ein erkenntnis-theoretischer, zugleich ein handlungstheoretischer und ein hermeneutischer Begriff; er bezieht sich auf die Sichtweise eines menschlichen Subjekts und meint die ganzheitliche Weise des Denkens über das, was wir unter Ganzheit verstehen. Gleichzeitig sind wir immer schon in dem, was wir als Ganzheit meinen, begreifen zu können. Beide Begriffe scheinen ineinander verschränkt. Es gibt keine Ganzheit ohne ganzheitliches Denken, Verstehen und Handeln. Und es gibt kein ganzheitliches Denken, Verstehen und Handeln ohne Ganzheit.

So formuliert, sind diese Sätze noch weitgehend abstrakt. Als Problem taucht hier auf, - ich muss mich mit Andeutungen begnügen -, dass ein ganzheitliches Denken nur den des Denkens auch mächtigen Personen zugesprochen werden kann. Menschen mit

z. B. schwerer Intelligenzminderung werden dazu kaum in der Lage sein. Die Ganzheit selbst aber eignet allen Menschen. Zwischen Ganzheit und Ganzheitlichkeit besteht also eine Ebenenverschiebung, was in der Praxis – wie wir alle wissen – manchmal nicht unproblematisch ist. Menschen mit Intelligenzminderung werden häufig als Objekte des Denkens und des Weiteren der Fürsorge anderer angesehen. Das Spektrum der hier auftauchenden Fragen reicht vom hilflosen Helfer über „die Macht als Gefahr beim Helfer“² bis hin zu den Hospitalismusphänomenen, die eine institutionelle Verwaltung oder gar Verwahrung etwa schwerstbehinderter Menschen nach sich ziehen können. Das Bewusstsein der hier liegenden Schwierigkeiten und Gefahren ist heute Allgemeinut geworden, auch wenn man mit den diesbezüglichen Risiken aus den verschiedensten Gründen wohl stets wird rechnen müssen. Ganzheitliches Denken bei Menschen mit Intelligenzminderung, so verstehe ich die Intention dieses Symposiums, will auch der stets drohenden Verobjektivierungstendenz in der Fürsorge schwer behinderter Menschen entgegenwirken, - dies auf der Basis eines möglichst breit gefächerten interdisziplinären Gesprächs. Hier sehe ich die Anschlussstelle für Überlegungen zur Ganzheit und Ganzheitlichkeit im Rahmen der theologischen Anthropologie und zum christlichen Menschenbild. Dazu einige Überlegungen.

II. Theologische Anthropologie

1. Die biblische Grundlage

Im 1. Schöpfungsbericht der Genesis heißt es: „Und Gott sprach: Lasset uns Menschen machen, ein Bild,

² Vgl. das gleichnamige Buch von Adolf Guggenbühl-Craig: Macht als Gefahr beim Helfer, 5. Aufl. 1987

das uns gleich sei.... Und Gott schuf den Menschen zu seinem Bilde, zum Bilde Gottes schuf er ihn".³

- a) Das, was der Mensch ist, seine Ganzheit, sein Wesen, ruht in Gott. Das im Menschen ruhende Ebenbild ist in einem anderen als in ihm selber begründet, nämlich in Gott seinem Schöpfer, von dem er her ist und in dem er seinen ihm **transzendenten Existenzgrund** hat. Der Mensch gibt sich nicht selbst seinen Grund, den Grund seines Seins, sondern der liegt ihm in einem Anderen immer schon voraus. Wir haben also dieses Ebenbild nicht zu unserer Verfügung. Es macht unser Wesen als Mensch aus, aber wir sind nicht seine Herren. Das Bild, das dem Mensch von ihm selbst zugrunde liegt, ist unserer Macht entzogen.
- b) Daher sind alle vom Menschen erzeugten Urteile, Bilder, d. h. Identitätsaussagen über den Menschen von äußerster Relativität; sie müssen sich - wenn sie sich denn etablieren und verfestigen, - stets dorthin zurückholen und von dort her hinterfragen lassen, wo alles Denken seinen Grund hat, nämlich in der Beziehung zu Gott, dem Schöpfer, in der Gottesbeziehung. Menschliches Denken geht von dem aus, was Gott sich bei seiner Schöpfung und seinen Geschöpfen gedacht hat. Wenn jemand hier einwenden wollte, dies könne man doch nur als Glaubensaussage so sagen, dann antworten wir: Gewiss, das kann man nur als Glaubensaussage sagen. Diese Glaubensaussage ist zugleich eine vernünftige Aussage des Denkens, weil sie unsere Bilder, unsere Urteile und nicht selten Vorurteile über andere Menschen, die an Kriterien der Leistung, des

Aussehens, des Geschlechts, der körperlichen, geistigen und seelischen Ausstattung gemessen werden, in ihrer ganzen Problematik und Vorläufigkeit erscheinen lassen.⁴ Die Relativierung der Vernunft setzt neue Vernunft und neues Nachdenken frei. Im Übrigen versteht die Bibel es als Sünde, das eigene am Menschen orientierte Bild an die Stelle des an Gott orientierten Bildes als **das** Wesens- und Ebenbild des Menschen zu setzen. Sünde meint hier die Absonderung und das Absehen von der Sichtweise Gottes. Hier liegt der Sinn des alttestamentlichen Bilderverbots „Du sollst dir kein Bildnis machen“. ⁵ Die Sünde verkehrt das Sehen und Verstehen des Menschen, nicht aber das Sehen und Verstehen Gottes. Trotz des Absehens von Gott sieht Gott selbst – trotz der Sünde – den Menschen in seiner Geschöpflichkeit und seiner Ganzheit.

- c. Das, was der Mensch ist, und zwar mit allen Unterschieden, die es zwischen Menschen geben kann, liegt in der Schöpfung, von der her der Mensch immer schon zugleich der Mitmensch für den anderen ist. Hier liegt der Grund, den die theologische Anthropologie für die **Zusammengehörigkeit, die soziale Dimension des Menschen** angeben muss. Auch die kann durch menschliche Eigenmächtigkeit,

4 Es ist noch gar nicht so lange her, dass unter dem Einfluss eines popularisierten und missverstandenen Nietzsche die Rede von dem „neuen starken Menschen“ in Mode kam. Dieser „neue Mensch“ sollte „zugleich der ganze Mensch“ sein, ganz Kraft- und Tatmensch, natürlich ohne jedes geistige oder körperliche Defizit. Diese neue Anthropologie erfand den sog. Übermensch, von dem wir wissen, wohin er geführt hat. (Belege bei Friedrich Wilhelm Graf, in: Die Wiederkehr der Götter. Religion in der modernen Kultur, Bonn 2004, S. 177)

5 2.Mose 20, 4

bewusste oder unbewusste oder auch kollektive Vorurteilsverhaftung empfindlich gestört sein. Eindrücklich war für mich eine Begebenheit, die eine körperbehinderte Dame erzählte, die ich wiederum Ulrich Bach verdanke:

*„Sie macht mühsam mit ihren Gehstützen einen Schaufensterbummel und merkt, dass sich ein Schuhband gelöst hat. Beim Weitergehen könnte sie stolpern; aber sie müsste einen Stuhl haben, wenn sie sich den Schuh selbst zubinden wollte. So fragt sie eine Passantin: Können Sie bitte so freundlich sein und mir meinen Schuh wieder zubinden? Sie bekommt die Antwort: Ach, entschuldigen Sie, aber man könnte ja denken, wir gehörten zusammen – und sie geht weiter.“*⁶

Hier kann man nur leise sagen, allerdings, so Gott will, und so will er es ja, gehören wir zusammen. Und, so fügen wir hinzu: Mitsein, Mitmenschlichkeit und Zusammengehörigkeit sind anthropologische Grundkonstanten und hängen nicht ab von den Graden oder der Art einer Behinderung. Dies heißt zugleich, dass es keine Sonderanthropologien⁷ etwa für Behinderte geben kann. Zwar ist der Satz nicht abzuweisen, dass der behinderte Mensch Ebenbild Gottes ist. Doch um der Genauigkeit in der Sache willen, um die es hier geht, sagen wir: Der Behinderte ist Gottesebenbild, insofern er Mensch ist.

2. Gottebenbildlichkeit und Stellvertretung

Der Theologe Karl Barth hat es einmal so gesagt⁸: „Die Gottebenbildlichkeit besteht nicht in irgendetwas,

6 Ulrich Bach, in: *Getrenntes wird versöhnt*, Neukirchen-Vluyn, 1991, S. 174

7 Die Kritik an den „Sonderanthropologien“ nehme ich aus einem Beitrag von Karl-Ernst Ackermann während dieses Symposiums auf.

8 *Kirchliche Dogmatik*, III/2, S. 206f. Zürich 1948

was der Mensch ist oder tut. Sie besteht, indem der Mensch selber und als solcher als Gottes Geschöpf besteht. Er ist Gottes Ebenbild, indem er Mensch ist.“ Dieser Satz wird dann weitergeführt: „Der besondere Charakter der menschlichen Existenz, kraft dessen der Mensch Gott gegenüber verhandlungsfähig wird, ... ist der Charakter als ein von Gott anzuredendes Du und als ein vor Gott verantwortliches Ich.“⁹ Hier könnte uns allerdings eine unreflektierte Ich-Du-Ebene – zwischen Gott und Mensch, dann zwischen Mensch und Mitmensch – in die Irre führen, nämlich dann, wenn wir davon ausgehen, dass immer und in jedem Fall ein verantwortliches, seiner Rationalität und Intellektualität gewisses Ich einem ansprechenden bzw. entsprechenden Du (oder umgekehrt) begegnet und als sei dies der wesentliche Punkt, der mit der Gottebenbildlichkeit unabdingbar verbunden ist. Sicherlich ist es ein wichtiger Punkt. Im Blick auf geistig behinderte Menschen kann dies aber so absolut gesehen nicht stimmen. Denn hier ist mit der Behinderung die Übernahme von Verantwortlichkeit, d. h. die Mündigkeit in erheblichem Maße eingeschränkt; manchmal überhaupt nicht gegeben.

Die theologische Antwort auf dieses Problem kann nur lauten, dass Gott mit dem ihm antwortenden und ihm gegenüber verantwortlichen Menschenwesen nicht den Menschen in seiner Einzelheit, sondern – wie wir gerade gesehen haben – in seiner Mitmenschlichkeit, in seiner Zusammengehörigkeit mit anderen Menschen und diese als stellvertretendes Mitsein und Handeln in den Blick nimmt. De facto geschieht diese stellvertretende Übernahme von verantwortlichem Denken und Handeln z. B. durch Betreuer, durch Mitarbeiter in heiltherapeutischen Einrichtungen, durch

Berufsgruppen oder durch Familienangehörige. Hier geht es um den theologisch-anthropologischen Gedanken, dass mit der in der Gottebenbildlichkeit intendierten Verantwortung die Ebene der Stellvertretung unter Menschen mit inbegriffen ist. Für den in praktischen Kontexten mit behinderten Menschen arbeitenden Betreuer ebenso wichtig ist das Wahr- und Ernstnehmen der spezifischen Kompetenz des Behinderten selbst. Im Selbstverständnis der in Behinderteneinrichtungen tätigen Dienstleistungsträger wird dadurch der Assistenzgedanke leitend - noch vor den kompensatorischen Gesichtspunkten der die Bedürftigkeit Behinderter einhegenden Maßnahmen. Praktische Ansätze wie diese eröffnen Ressourcenorientierungen, wie die für die Interaktion mit Behinderten notwendige Zuerkennung von Mündigkeit.¹⁰

Für den biblischen Menschen konkretisierte sich diese Stellvertretung durch das Mitsein in der Gemeinde und konkretisiert sich so auch heute in vielen kirchlichen Gemeinden. Bei Schwer- und Schwerstbehinderten allerdings werden Einzelpersonen, Familienangehörige oder auch Kirchengemeinde nicht in der Lage sein, hier das stellvertretende bzw. assistierende Handeln mit der nötigen Professionalität wahrzunehmen. Soweit ich sehe, können dies heute nur öffentliche, von speziell ausgebildeten Kräften geleitete Einrichtungen.

Stellvertretendes und assistierendes Handeln ist in der christlichen Anthropologie also einmal durch das ursprüngliche Mitsein des Menschen mit dem anderen

¹⁰ Für ihren Hinweis auf den Assistenz- und Kompetenzgedanken und den Vorschlag als biblischen Referenztext 1. Korinther 12 - „viele Begabungen bzw. viele Glieder und ein Leib“ - für das gemeinsame Leben mit Behinderten heranzuziehen, danke ich Frau Marion Dannenberg von der Spastikerhilfe Berlin eG.

begründet und durch den Dienst, in dem Gott selbst dem Menschen dient, darin nämlich, dass er an die Stelle eines Menschen tritt und seinen Dienst als der Menschgewordene dem Menschen erweist. In Christus ist Gott Mensch geworden und hat sich damit an die Stelle des Menschen und Mitmenschen gesetzt, um dem Menschen zu dienen. Dieser Gottes-Dienst ist das Urbild für den Dienst, den Menschen aneinander und stellvertretend füreinander tun. Hier sehen wir bereits, dass der Seinsgrund des Menschen in der ihm verliehenen Gott-Ebenbildlichkeit nur zusammen mit dem Seinsgrund des Menschen in der Menschwerdung Gottes in Christus gesehen werden kann.

In diesem Zusammenhang möchte ich eine Radierung von Rembrandt, das so genannte Hundertguldenblatt zeigen. Es ist uns kaum möglich, dieses Bild auszuschöpfen. „Und sie brachten zu ihm alle Kranken“ (Matth. 4, 24). Wir sehen den schier endlosen Strom der Kranken, Gebrechlichen und Behinderten von der rechten Seite her auf Jesus zukommen. Einige stützen ihre Kranken, andere fahren sie mit Schubkarren heran. Ein Schlüssel zum Verständnis dieses Bildes ist die Bewegung der Hände. Der Strom der Menschen hat seinen Fluchtpunkt in den erhobenen Händen der betenden Gestalt an der linken Seite Jesu. Diese Hände weisen auf die erhobene Linke Jesu, die den Strom der Elenden gleichsam zum Himmel, zu Gott hinführt. Die rechte Hand Jesu wehrt den drängenden Petrus ab, schafft aber Raum für die Frau, die ein Kind in den Armen hält. Links im Bild sehen wir die Schriftgelehrten und Hohenpriester. Sie stehen im Licht der Welt; sie haben sich zu einem Kreis zusammengeschlossen; es sind Leute, die das Sagen haben, die unter sich bleiben, Leute, die in ihren eigenen Konzepten befangen und daher nicht offen sind. Nur die Hand des Nikodemus, des Mannes,

Abb. 1: Rembrandt: Christus heilt die Kranken
(Hundertguldenblatt, 1649)

der Jesus des Nachts aufsucht, stiehlt sich gleichsam zu Jesus hin. In der Mitte Jesus selbst: Das menschgewordene göttliche Heil, das sich mitten in die Geschichten dieser verschiedenen Menschen stellt.

III. Fehlentwicklungen in der theologischen Anthropologie

1. Das Gute und das Böse

Am Ende des (1.) Schöpfungsberichtes, nachdem Gott Himmel und Erde, die Sterne, Pflanzen und Tiere geschaffen hatte und zum Schluss nun auch den Menschen nach seinem Ebenbild, steht ein sehr zentraler Satz: „Und Gott sah an alles, was er gemacht hatte, und siehe, es war sehr gut.“¹¹ Dies hat in der Tradition der Christentumsgeschichte nicht selten dazu geführt, dass aus dem Ebenbild ein Idealbild wurde. Nicht mehr das, was Gott ansieht und insofern in die

11 Genesis 1, 31

Universalität seiner Schöpfung hineinnimmt, war das Gute, sondern gut war das, was unter Ausschluss von Nicht-Gutem, Negativen, gar Bösem das Gute war. Zu dem, was keinesfalls gut sein konnte, was nicht Gottes Willen entsprechen und daher nicht zur guten Schöpfung gerechnet werden konnte, waren – so wurde es immer wieder, wie selbstverständlich angenommen – Krankheiten, körperliche und geistige Gebrechen. Diese Phänomene nehme ich an dieser Stelle einmal zusammen.¹²

Anschauungen dieser Art finden sich bis in die neuere Bibelexegese. Als Beispiel hierfür seien aus dem Biblisch-Theologischen Handwörterbuch (1964) die Eingangssätze zitiert, die unter dem Stichwort „Krankheit“ aufgeführt sind: „Nach biblischer Sicht ist Krankheit Störung der Schöpfungsordnung, ein Zeichen dafür, dass wir in einer gefallenen Schöpfung leben. Als Gott den Menschen schuf nach seinem Bilde, da

12 Diese Auffassung beobachten wir schon bei dem großen Kirchenvater Augustin (354 – 430 n. Chr.). Der Medizinhistoriker Josef N. Neumann sagt hier: „In der Theologie des Augustinus erhält die moralische Interpretation der Missgestalt des Menschen paradigmatische Bedeutung, indem die Entstehung und Existenz körperlich andersartiger Gestalten als Ausdruck des Bösen erklärt und unter dem Anspruch theologischer Wissenschaftlichkeit in das damals anerkannte Weltbild eingeordnet wird.“ Andere frühere Autoren als Augustin wie etwa der spätantike Naturforscher Plinius (50 n. Chr.) verzichteten schon damals auf jegliche Wertung im Blick auf behinderte Menschen und sprachen von „Spielarten der Natur... Dies alles erschuf die erfinderische Natur, sich zum Spiel und uns zum Wunder.“ Behinderte Menschen hatten bei Plinius noch so etwas wie einen Exotenstatus, waren aber nicht als böse stigmatisiert. Der geistesgeschichtlich ungleich einflussreichere Augustin hat demgegenüber zu der Verknüpfung von Behinderung mit den Kategorien des Bösen nicht unwesentlich beigetragen. Belege bei N. Neumann: Die Missgestalt des Menschen – ihre Deutung im Weltbild von Antike und Frühmittelalter, in: Sudhoffs Archiv, Band 76, Heft 2 (192), S. 214 – 234. Die theologische Begründung lag für Augustin in seiner Deutung von Genesis 1, 31

schuf er den gesunden Menschen. Krankheit gibt es erst nach dem und durch den Sündenfall. Durch den Sündenfall ist der Mensch anfällig geworden für die Krankheit. Vorher standen sich die Menschen in gesunder Natürlichkeit gegenüber“¹³

Kein einziges Wort im biblischen Text verbindet die Gottebenbildlichkeit des Menschen mit seiner wie auch immer beschaffenen Gesundheit oder „gesunden Natürlichkeit“. Das Gutsein, das allem Geschaffenen zukommt, bezieht sich primär auf den guten bzw. gütigen Blick, den Gott auf alle seine Geschöpfe ausnahmslos richtet, d. h., dass er sie ohne Wenn und Aber als sein Schöpfungswerk annimmt. Wenn wir daraus folgern wollten, das mit dem Gutsein schon inklusiv eine Abgrenzung gegen das Böse gegeben sei, dann spalten wir die Schöpfung in einen guten und einen bösen Teil, dem – nämlich dem bösen - in einer weiteren Folgerung bestimmte Phänomene wie etwa Krankheiten, geistige und körperliche Behinderungen zugeordnet werden.

Jesus selbst hat diesen Konnex von Krankheit, Behinderung als Folge bzw. Ausdruck der Sünde durchbrochen. Einst begegnet er einem Blindgeborenen. Seine Jünger fragen ihn: „Wer hat gesündigt, dieser oder seine Eltern?“¹⁴ In der spätantiken Zeit, in der Jesus auftrat, gehörte dieser Zusammenhang (von Sünde und Behinderung bzw. Krankheit) zum allgemeinen Bestand religiöser Überzeugungen. Die Antwort Jesu ist ebenso kurz wie gegen den Strom: „Niemand hat gesündigt, weder dieser noch seine Eltern, sondern es sollen die Werke Gottes offenbar werden.“ Damit stellt er diesen seit Geburt durch die Blindheit schwer

13 Biblisch-Theologisches Handwörterbuch, S. 328. Göttingen 1964

14 Johannes 9, 1- 7

behinderten Menschen in den Kontext der geschaffenen Wesen, von denen Gott sagt, als er sie ansieht, dass sie seine gute Schöpfung sind. Das Gutsein resultiert in der Jesusgeschichte nicht daraus, dass so etwas wie Blindheit einfach gut genannt wird, - die Problematik, blind zu sein bleibt - sondern dass dieser Blinde durch das An- und Hinsehen Gottes seinen Ort hat und nicht als schuldhaft ausgeschlossen wird. Jesus hat gemahnt, sich um Kranke und Behinderte zu kümmern. Wie hätte er das tun können, wenn er der Meinung wäre, dass Krankheit und Behinderung vom Teufel wären.¹⁵

2. Das Kriterium der Vernunft und der Sprache

Fehlentwicklungen hat es auch in der Weise gegeben, als man den Wert des Menschen, seine Ganzheit an der Vernunft- bzw. der Sprachfähigkeit festmachte. Seit den Epochen von Aufklärung und Idealismus, also dem Beginn der so genannte Neuzeit, gelten Vernunft- und Sprachfähigkeit als zentrale Verwirklichungsformen, ja Wesensmerkmale, als die Kriterien autonomen und frei bestimmten Menschseins. Was wird aber aus denen, - und dies bezieht sich auf die geistig Behinderten - die über diese Fähigkeiten nicht oder in geringer bzw. für die jeweilige Umwelt nur in verzerrter Weise verfügen? Fallen sie aus dem Rahmen des Menschlichen heraus? Diese Fragen tauchten im 17./18./19. Jahrhundert auf, und sie wirken bis heute nach. Die Aufklärung bietet allerdings ein widersprüchliches Bild. In dieser Zeit entstanden die ersten nach rationalen Methoden durchgeführten empirischen Untersuchungen der Geisteskrankheiten. Symptome wurden beobachtet und klassifiziert. Dennoch war die Lage der Geisteskranken im Zeitalter der Aufklärung katastrophal. Ihre Lage wurde von dem

15 Vgl. Matthäus 25

für die damalige Zeit fortschrittlichsten Psychiater Christian Reil (1759-1813) so geschildert: „Wir sperren diese unglücklichen Geschöpfe ein, als ob sie Verbrecher in verwahrlosten Zuchthäusern bei den Lagerstätten der Eulen in kahlen Schluchten jenseits der Stadtmauern wären, oder halten sie in feuchten Kerkergewölben, wohin niemals der Blick eines Menschenfreundes dringt; und wir lassen sie angekettet in ihren eigenen Exkrementen verkommen. Ihre Fesseln haben das Fleisch von ihren Knochen gewetzt, und ihre abgehärmten blassen Gesichter blicken voller Hoffnung auf die Gräber, die das Ende ihres Unglücks sein und unsere Schande bedecken werden.“¹⁶

Solche Zustände herrschten in ganz Europa, mit Ausnahme in Spanien, wo von jeher ein humanerer Umgang mit geistig Kranken und Behinderten möglich war. Nicht zufällig lebte in Spanien ein Miguel Cervantes (1547-1616), der mit der Geschichte des Psychotikers Don Quichote einen Roman der Weltliteratur schuf. In Frankreich finden wir Philippe Pinel (geb. 1745), der in den Anstalten Bicêtre und Salpêtrière den Kranken die Ketten abnahm. In der Schweiz mahnte Johann Heinrich Pestalozzi (1746-1827), dass die qualvolle Lage der Geisteskranken verändert werden müsste. Die damals vorherrschende Auffassung aber war, dass Geisteskrankheiten unheilbar seien. Sie waren mit dem Vernunftideal, an das diese Zeit glaubte, nicht kompatibel. Daher hat man diese Kranken gefürchtet. In ihnen begegnete die Vernunft sozusagen dem Anderen ihrer selbst, dem scheinbar Vernunftwidrigen. Dies wirkte sich auf das Schicksal der Kranken aus. In den Krankenhäusern und Anstalten wurden sie gehalten wie Tiere, so dass es selbst in

¹⁶ Zit. bei F.G. Alexander u. S.T. Selesnick: Geschichte der Psychiatrie 1969; S. 156

den damaligen Gefängnissen noch humaner zuzuging. Diese Situation der Kranken war ein Spiegel für die Anschauung, dass nur ein vernunftbegabtes, sprachfähiges Wesen Mensch genannt werden kann, - eine Vorstellung, die heute noch zu finden ist.

So z. B. bei dem australischen Philosophen und Ethiker Peter Singer, dessen Thesen in den letzten Jahren viel Aufsehen und Aufregung verursacht haben. In einem Aufsatz schreibt er: „Wenn wir fragen, weshalb Menschen ein Recht auf Leben haben ... wird sich jede plausible, nicht religiöse Antwort auf unsere geistigen Fähigkeiten beziehen müssen, auf unser Selbstbewusstsein, auf unsere Rationalität, unser Sittlichkeitsgefühl, unsere Autonomie oder eine Kombination davon. Eigenschaften wie diese sind es, die uns zu wirklichen Menschen machen. Oder genauer: Eigenschaften wie diese sind es, die uns zu Personen machen.“¹⁷

Geistig behinderte Menschen würde Singer nicht mehr als Personen ansehen wollen, jedenfalls nicht die, die eine schwerere geistige Behinderung haben. Denn die haben nach Singers Meinung weder Autonomie noch Selbstbewusstsein. Wann aber ist ein Mensch - diese Frage ist an sich schon ein Widerspruch in sich - keine Person mehr oder doch schon eine? Ab welchen Quantums Autonomie, Selbstbewusstsein, Sprachfähigkeit, Intelligenz? Nach christlicher Auffassung liegt in dieser Fragestellung eine nicht zu vertretende Anmaßung. Von hier aus zeigt sich noch einmal die Notwendigkeit des Transzendenzcharakters jenes Ebenbildes, in dem das Wesen des Menschen unabhängig von seinen geistigen und körperlichen Zustandsweisen begründet ist.

17 P. Singer In: Ethik der Embryonenforschung, S. 4; vgl. auch P. Singer: Praktische Ethik, 1994

Demgegenüber hat der in Deutschland relevante Diagnoseschlüssel für das Bestimmen psychischer Störungen, die ICD 10, in den Codes F 70 – 79¹⁸ einen anderen Ansatz. Hier wird Intelligenzminderung so definiert, dass es sich bei bestimmten Personen um eine „unvollständige Entwicklung der geistigen Fähigkeiten mit besonderer Beeinträchtigung von Fertigkeiten, die zum Intelligenzniveau beitragen, wie z. B. Kognition, Sprache, motorische und soziale Fähigkeiten“ handelt. Die ICD 10 hält vier Dinge fest:

1. Von den Fähigkeiten oder Fertigkeiten wird hier eben nicht in einem quasi metaphysischen Rückschluss auf die Person bzw. deren Wert geschlossen. Menschen mit verschiedenen Graden der Intelligenzminderung bzw. geistiger Behinderung werden als Personen benannt, was etwa im Blick auf Singers Ethik offenbar so selbstverständlich nicht ist.
2. Personen mit Intelligenzminderung sind schützenswerte Personen.
3. Auch die diagnostischen Methoden, wie IQ-Tests, Sprachtests usw. sollen sich nach der Individualität der jeweiligen Person des Behinderten richten und möglichst weit, d. h., in einem „komplexen Kontinuum“¹⁹ der verfügbaren diagnostischen Kategorien gehalten werden.²⁰

18 Internationale Klassifikation psychischer Störungen, 5. Aufl. 2004/05 Codes F 70 – 79 (Intelligenzminderung)

19 ICD 10, S. 255

20 Die neuere Psychiatrie geht hier von einem biopsychosozialen Ansatz aus. Vgl. z.B. H. Helmchen: Tragweite und Grenzen der Naturalisierung des Krankheitsbegriffs; in: Naturalismus als Paradigma, 2007; S. 293ff

-
4. Im Diagnoseschlüssel findet sich die Tendenz zur Zurücknahme einer diskriminierend erscheinenden Semantik, wie Deбилität (leichte geistige Behinderung), Imbezillität (mittelgradige geistige Behinderung), Idiotie (schwerste geistige Behinderung). Derartige Begriffe werden durch einen graduell differenzierten Allgemeinbegriff „Oligophrenie“ ersetzt.

Insofern kann man sagen, dass die ICD 10 in dem Rekurren auf den Personbegriff, der Beschränkung auf eine sehr flexibel gehaltene Phänomenologie von Symptomen und dem Verzicht auf Wertdefinitionen Grundauffassungen der christlichen Anthropologie nahe steht.

IV. Gottes Ebenbild und die Ganzheit des Menschen

Es ist kein Zufall, dass die biblische Gottesebenenbildtheologie in die erste priesterschriftliche Fassung des Schöpfungsberichtes gehört. Und die stammt aus der Zeit der zunächst hoffnungslos erscheinenden Lage des Volkes Israel im babylonischen Exil (597 v. Chr.). Das Wort von der Gottesebenenbildlichkeit spricht zu Menschen, die sich kaum als besonders vollkommen vorgekommen sein können. Ihre inneren und äußeren Zustände waren zerrissen. Man hat sich nicht vorstellen können, was durch Deportation und Exil auf die Menschen zukommen konnte. Doch mit dem Satz, dass Gott den Menschen nach seinem Bild erschuf, war ihnen eine Dimension der Hoffnung und des Trostes eröffnet, die weit über ihre Situation hinausreichte. Diese Hoffnungsdimension verweist auf die Weite Gottes selbst, gewiss auch auf das Unbestimmte, Geheimnisvolle, oder mit Ernst Bloch zu reden, auf das Utopische, das Noch-Nicht-Eingelöste. Bloch zitiert an

dieser Stelle immer wieder das Wort aus dem 1. Joh. Brief (3,2): „Noch ist nicht erschienen, was wir sein werden.“ Weder das Bild Gottes ist festlegbar, noch aber auch von daher das Bild des Menschen. Diese Noch-Nicht-Situation, die wir an der Not der Schwerstbehinderten, aber auch an unseren eigenen Defiziten, Krankheiten und Schwächen sehen, gehört in die Gottebenbildlichkeit des Menschen hinein.

Der Apostel Paulus – selbst vermutlich ein durch Epilepsie behinderter Mann – hat des Öfteren betont, dass man die Gottebenbildlichkeit in ihrem spannungsgeladenen auf Erfüllung drängenden Noch-Nicht-Charakter am Schicksal Jesu Christi verstehen kann. In 1. Kor. 1, 25ff sagt er: „...die göttliche Schwachheit ist stärker als die Menschen sind, und was schwach ist vor der Welt, das hat Gott erwählt, damit er zu Schanden mache, was stark ist; und das Geringe vor der Welt und das Verachtete hat Gott erwählt, dass da nichts ist, damit er zunichte mache, was etwas ist.“

An dieser Stelle zeige ich Ihnen den Holzschnitt von E. Barlach: Der göttliche Bettler. Die geborstene Leiter in die Unterwelt menschlicher Todeserfahrungen ist offenbar eine Art Gegenbild zu der Himmelsleiter, auf der in der Genesis einst Jakob die Engel auf- und absteigen sah. Gott als Schwerstbehinderter auf Krücken, der seine gelähmten Beine hinter sich herzieht, erfüllt mit seiner Präsenz (Strahlenkranz um sein Haupt) dennoch die Tiefe menschlichen Leids. Dies ist ein Bild, das Gott vom Kreuz her sieht, inmitten derer, die wie er niedergefahren sind in das Reich des Todes. Gerade aber hier geht das Licht ewigen Lebens auf.

Paulus war sich im Klaren darüber, dass dieses Denken vom Kreuz Christi her, menschlich gesprochen

Abb. 2 Ernst Barlach: Der göttliche Bettler, 1921

Torheit ist. „Die göttliche Torheit ist weiser, als die Menschen sind, und die göttliche Schwachheit ist stärker als die Menschen sind.“²¹

Schwäche, Ohnmacht, Behinderung, Krankheit und Sterben sind von hier gesehen kein Gegensatz zur Gottesebenbildlichkeit und damit kein Gegensatz zur Ganzheit. Vorhin sagten wir, dass wir in der Verantwortung für schwer und schwerst behinderte Menschen und insofern gänzlich Ohnmächtige stellvertretend denken und handeln. Aber auch die Behinderten repräsentieren – aus der Sicht der biblischen Botschaft – etwas für uns. Sie erinnern uns daran und sind insofern stellvertretende Zeugen dafür, dass Jesus Christus als ein zum Tode Verurteilter die Ohnmacht in Person und gerade darin der von Gott erwählte ganze Mensch ist.

21 1. Korinther 1, 25

Zusammenfassung

Die Begriffe Ganzheit und Ganzheitlichkeit sind im Kontext des christlichen Menschenbildes – so können wir zusammenfassen - unter drei grundlegenden Aspekten zu sehen:

1. Der Schöpfungsaspekt

- a) Die Gottebenbildlichkeit begründet das gute Sein des Menschen unabhängig von seinen Leiden, Minderungen oder Fähigkeiten.
- b) Der freundliche Blick Gottes, der auf den Menschen fällt, erkennt in ihm die Würde seiner Person.

2. Der christologische Aspekt

Martin Luther hat in seinen Passions- und Osterpredigten immer wieder betont: Wollt ihr das Bild Gottes und damit euer göttliches Ebenbild sehen, dann blickt aufs Kreuz. Dies gilt für behinderte Menschen, wie für nicht oder weniger behinderte Menschen gleichermaßen. Auch so genannte Gesunde sind nicht ohne Defizite und stehen in Gefahr, solche zu erleiden. Mit dem Leiden, mit unserer körperlichen oder geistigen Fragmentarität sind wir in Gottes Bild, in Gottes Liebe, die Christus ist, aufgehoben. Dies meinte Paulus, wenn er sagt: „Ist jemand in Christus, ist er eine neue Kreatur.“²² Ganzheit endet nicht da, wo Behinderung und Krankheit anfangen. Fragmentarität ist eine dem Menschen zugehörige Form ganzheitlichen Daseins.

3. Der eschatologische Aspekt

So sind Ganzheit bzw. Ganzheitlichkeit des Menschen eschatologische, – auf das Ende von Zeit und Geschichte verweisende Begriffe - die nur in Gott die

22 2. Korinther 5, 17

Erfüllung, in Christus aber für uns schon ein Urbild gefunden haben. Ganzheit ist von daher ein in sich gebrochener, kontrafaktischer Begriff.

Ganzheitliches Denken und Handeln bewegen sich in dem offenen Horizont der noch unabgeschlossenen Wege Gottes mit dem Menschen. Beide Begriffe stehen unter eschatologischem Vorbehalt. Wenn es in der Offenbarung des Johannes heißt: „Siehe, ich mache alles neu!“²³, dann heißt das nicht, dass aus Kranken Gesunde werden oder aus Intelligenzmin-derung Intelligenz, sondern dass unterschiedslos Gesunde und Kranke und Behinderte, d. h., dass **alle** Geschöpfe eine neue Schöpfung werden. So gesehen enthalten Ganzheit und Ganzheitlichkeit die noch nicht zu Ende gekommene Dynamik, mit der Gott alles neu machen wird.

Karl-Ernst Ackermann

Andragogische Facette

1. Einleitung

Dem vorliegenden Thema nähere ich mich im Folgenden aus der Perspektive einer noch relativ jungen erziehungswissenschaftlichen Disziplin, nämlich aus der Sicht der Geistigbehindertenpädagogik. Aus diesem Blickwinkel heraus soll gefragt werden, was mit Transdisziplinarität gemeint ist – und mehr noch, was darunter nicht verstanden wird.

Vorab ist zu ergänzen, dass die folgende Thematik nicht in erster Linie auf Kinder und Jugendliche, sondern vor allem auch auf Erwachsene mit geistiger Behinderung bezogen werden soll. Deshalb wird eine andragogische Perspektive eingenommen. Andragogik bzw. Erwachsenenbildung kann als eine erziehungswissenschaftliche Subdisziplin verstanden werden, die auf erwachsene Menschen (griech.: andros = Mann) ausgerichtet ist und weniger den Aspekt der Erziehung als vielmehr den der Bildung und der Autonomie betont. Disziplinär betrachtet handelt es sich bei Andragogik insgesamt um ein Teilgebiet oder um eine Subdisziplin der Pädagogik – vergleichbar der pädagogischen Subdisziplin Heil-, Sonder-, Behinderter- oder Rehabilitationspädagogik.

Disziplinarität – Interdisziplinarität – Transdisziplinarität

Der Psychologe Wygotski hat einmal in einem Beispiel die Bedeutung von disziplinären Sichtweisen folgendermaßen veranschaulicht:

„Wer die Sprache und das Denken in Elementen behandelt, dem geht es genauso wie einem Menschen, der etwa auf der Suche nach einer wissenschaftlichen Erklärung bestimmter Eigenschaften des Wassers – zum Beispiel: Warum löscht Wasser Feuer ...? – bei der Analyse des Wassers in Sauerstoff und Wasserstoff anlangt. Er würde mit Erstaunen erkennen, dass Wasserstoff selbst brennt und Sauerstoff den Verbrennungsvorgang unterstützt; er wäre aber nie in der Lage, aus solchen Eigenschaften die dem Ganzen eigenen Merkmale zu erklären.(...) Nicht die chemische Formel des Wassers, sondern das Studium der Moleküle und der Molekularbewegungen erklärt die einzelnen Eigenschaften des Wassers.“
(Wygotski 1971, 8 ff.)

Die Bedeutung wissenschaftlicher Disziplinen besteht darin, dass sie aus ihrer jeweiligen spezifischen Sichtweise heraus Welt erklären und verständlich machen können – doch bleiben sie hierbei jeweils ihrer spezifischen disziplinären Blickrichtung verhaftet – wie in dem Zitat von Wygotski verdeutlicht wurde. Es müssen dementsprechend immer wieder von wissenschaftlichen Disziplinen Anstrengungen unternommen werden, sich des Bezugs zur Praxis, zur Lebenswelt zu versichern. Es geht darum, über die Grenzen der Disziplinen hinaus zu gelangen. Während ‚Interdisziplinarität‘ überhaupt erst einmal eine Verbindung über die historisch gewachsenen disziplinären Grenzen einer einzelnen Wissenschaft hinaus anstrebt, kann ‚Transdisziplinarität‘ als eine Weiterentwicklung angesehen werden, die eine Sichtweise auf neue Problemlagen und Fragestellungen ermöglicht (vgl. Mittelstraß 2005). Es geht bei Interdisziplinarität und Transdisziplinarität also um das Verhältnis bzw. um die Art und Weise der Beziehung zwischen verschiedenen wis-

senschaftlichen Disziplinen, wobei Transdisziplinarität nicht nur den Blick auf andere Disziplinen, sondern darüber hinaus auch auf Alltags- und Lebenswelt umfasst.

Der Begriff Transdisziplinarität in diesem Verständnis wurde in den 1980er Jahren von Jürgen Mittelstraß in die wissenschaftstheoretische Diskussion eingeführt, wobei mit diesem neuen Terminus intendiert war und ist, die durch die „neue Unübersichtlichkeit“ (Habermas) auch in den Wissenschaften entstandenen Engführungen in der Erkenntnisgewinnung zu überwinden (Mittelstraß 2005). Transdisziplinarität als Prinzip soll im Prozess der Forschung dazu führen, die in gegenwärtigen Problemlagen verborgenen Fragen überhaupt sichtbar machen und bearbeiten zu können. Solche Fragestellungen, die aus der Perspektive einer einzelnen Disziplin heraus möglicherweise gar nicht zugänglich sind, können heute z. B. aus Umwelt-, Energie- und Gesundheitsproblemen resultieren. Der Transdisziplinarität kommt sozusagen die Aufgabe zu, jene Fragen einer globalisierten Alltagswelt zu artikulieren, die „zwischen“ den Disziplinen liegen, jedoch weder aus einem disziplinären noch aus einem interdisziplinären Blickwinkel heraus wahrgenommen werden. Es bedarf einer über die disziplinäre Perspektive hinausgehenden Sichtweise, die den Blick auf diese Lebens- und Alltagswelt freigibt.

Insgesamt stellt *Transdisziplinarität* eine Fortentwicklung von *Interdisziplinarität* dar. Gleichwohl wird durch eine solche angestrebte Transdisziplinarität nicht auch schon die Bemühung um die Entwicklung einer einzelnen Disziplin überflüssig. Disziplinarität wird keinesfalls durch Transdisziplinarität ab- oder aufgelöst, sondern im Gegenteil: Disziplinarität ist und bleibt die Voraussetzung für die anstehenden transdisziplinär

zu bearbeitenden Forschungsaufgaben, reicht aber möglicherweise alleine nicht aus.

Menschen mit geistiger Behinderung und Pädagogik

Das Phänomen, das heute als ‚geistige Behinderung‘ bezeichnet wird, war – freilich unter historisch jeweils anderen Bezeichnungen – immer auch schon Gegenstand unterschiedlicher wissenschaftlicher Interessen. Die Geistigbehindertenpädagogik als Wissenschaft hat sich im deutschsprachigen Raum jedoch erst spät – nämlich in den 1960er Jahren – im Gefolge der Etablierung einer eigenen Schulform (als Sonderschule mit der Bezeichnung „Schule für Geistigbehinderte“) bzw. der hierzu entsprechenden Profession (Sonderschullehrer und Sonderpädagogen) herausgebildet. Fokus dieser erziehungswissenschaftlichen Disziplin ist der Prozess der Bildung von Menschen mit geistiger Behinderung im Verlauf der gesamten Lebensspanne.

Bereits bei den historischen Vorläufern der heutigen Geistigbehindertenpädagogik im 19. Jahrhundert – bei der Idiotenerziehung, der Anstaltspädagogik etc. – war diese Pädagogik immer auch schon auf Erkenntnisse unterschiedlicher anderer Disziplinen angewiesen – so auf die Medizin, Theologie, Psychologie, Soziologie, Philosophie, Anthropologie etc. ‚Interdisziplinarität‘ ist sozusagen der intermediale Entwicklungsraum, in dem diese stark anwendungsorientierte erziehungswissenschaftliche Disziplin entstand. Die konkreten Herausforderungen, die sich vor allem durch die in den 1970er Jahren einsetzende Schwerstbehindertenpädagogik abzeichneten, wurden zwar nicht generell, doch vereinzelt durch einen ‚transdisziplinären‘ Zugang zu beantworten versucht -

freilich ohne diesen Begriff auch schon zu verwenden. Beispielhaft hierfür ist der phänomenologische Ansatz von Walther Dreher. In seinen „Überlegungen im Vorfeld einer sonderpädagogischen Theoriebildung der Erziehung schwer geistigbehinderter Menschen“ (Dreher 1979) geht er – „um eine Theoriebildung auf einer ganzheitlichen Basis vorzubereiten“ (Dreher 1979, 210) - vom Phänomen der Leiblichkeit aus und bezieht sich bei seinen weiteren Ausführungen auf die Mediziner A. Nitschke, H. Plügge und F.J.J. Buytendijk.

„Es ist ein Arzt, den wir hier zu Wort kommen lassen, weil wir meinen, dass dessen Blick und umschreibendes Wort uns helfen können, Phänomene in anderer Weise wahrzunehmen, anders über sie nachzudenken und andere Folgerungen zu ziehen, als wir es aus unserer Arbeit gewohnt sind“ (Dreher 1979, 199). Vor dem Hintergrund einer phänomenologisch orientierten Medizin und vor allem in Bezug auf die „Pathosophie“ Viktor von Weizsäckers (1967, 2. Aufl.) gelangt Dreher zu folgender Grundlegung der Schwerstbehindertenpädagogik:

„Der schwer Geistigbehinderte ist von Grund auf als Verhältnismoment einer Begegnung zu verstehen, er kann sich nur vom Anderen her, im Umgang erschließen. Jede Bestimmung dieses Menschen auf Grund ontologischer Gegenstandsbegriffe verfehlt ihn, da er nur in Vollzugsbegriffen, in den pathischen Kategorien des Müssens, Wollens, Könnens, Sollens und Dürfens und deren Negationen zu beschreiben ist (v. Weizsäcker, 1967, 57 ff)... Für den Erzieher bedeutet dies, sich in den Dialog mit dem anderen Menschen hineinzu-begeben, sich in gemeinsamer Verbundenheit mit dem Behinderten in Situationen verstricken zu lassen und doch zugleich Distanz nehmen zu können, zu analysieren und zu reflektieren“ (Dreher 1979, 211).

Vor diesem Hintergrund formuliert Dreher die folgende Forschungsperspektive:

„Das Problem der schweren geistigen Behinderung lässt sich weder von einem medizinisch-naturwissenschaftlichen noch von einem psychologisch-psycho-somatisch-empirischen noch von einem pädagogisch-phänomenologischen Forschungsansatz allein aus lösen“ (Dreher 1979, 212).

„Eine Annäherung an die Seinsweise eines Menschen, den wir als schwer geistigbehindert bezeichnen, könne aber auch nicht alleine von der Geistigbehindertenpädagogik geleistet werden, sondern verlange vielmehr „nach einer baldigen und wirklich echten interdisziplinären Kommunikation und Kooperation. Die Anerkennung, dass der Ankerpunkt des Geistigen im Leiblichen liegt, könnte Leitfaden für eine Neuorientierung sein“ (Dreher 1979, 212).

Bereits in dieser knappen Skizze wird deutlich, dass es insbesondere die massiven Problemstellungen und die offenen Fragen der pädagogischen Praxis mit schwer geistig behinderten Menschen sind, die - über eine interdisziplinäre Kooperation hinausgehend - eine transdisziplinäre Zusammenarbeit geradezu notwendig machen.

Dieser phänomenologische Ansatz wurde vor allem innerhalb der Schwerstbehindertenpädagogik kontinuierlich ausgebaut (z. B. durch Pfeffer 1988, Fornefeld 1989, 1995, 2001, Stinkes 1993, Kleinbach 1994). Allerdings ging hiermit keine explizite Grundlegung einer transdisziplinären Perspektive einher. Vielmehr folgte die Geistigbehindertenpädagogik in den letzten Jahrzehnten einem Entwicklungstrend, der sich auf einer programmatischen Ebene zwar immer zen-

traler Leitvorstellungen („Normalisierungsprinzip“, „Integration“, „Selbstbestimmung“ etc.) und eines angemessenen „Menschenbildes“ versicherte, insgesamt sich jedoch eher an den Anforderungen der Profession orientierte und weniger an disziplinären Fragen interessiert war, die meist an eine Allgemeine Heil-, Sonder-, Behinderten- oder Rehabilitationspädagogik delegiert wurden (wie z. B. an: Haeblerlin 1996, Jakobs 1997, Dederich 2000, Moser 2003).

Dementsprechend richtet sich meine Aufmerksamkeit im Folgenden darauf aus, in welchen Kontexten und Formen sich Transdisziplinarität innerhalb der Geistigbehindertenpädagogik gegenwärtig manifestiert. In diesem Zusammenhang mache ich auf einige zentrale Sprachregelungen in der Geistigbehindertenpädagogik aufmerksam, die vor allem eine Differenz zwischen medizinischer und pädagogischer Profession markieren und zugleich auf programmatischer Ebene zur Legitimation des professionspezifischen Selbstverständnisses beitragen. Ich werde diesen Aspekt am Beispiel der Themenstellung meines eigenen Textes (der ja einen Beitrag zu dem gleichnamigen Symposium darstellt) explizieren. Hierbei werden transdisziplinäre Elemente sichtbar werden, die nicht selbst schon Transdisziplinarität darstellen, jedoch einen Anschluss zu deren Entwicklung ermöglichen können.

In einem zweiten Schritt greife ich am Beispiel des „Importes“ von medizinisch-neurowissenschaftlichen Wissensbeständen in die Geistigbehindertenpädagogik die Problematik auf, die sich durch eine vorschnelle, nur vermeintlich transdisziplinäre Adaption ergeben kann. Abschließend soll in Anknüpfung an den phänomenologischen Ansatz auf eine mögliche transdisziplinäre Perspektive verwiesen werden.

2. Überlagerung verschiedener disziplinärer Sichtweisen im Symposiums-Thema

Das Thema Transdisziplinarität soll nun exemplarisch - bezogen auf die Formulierung des Themas unseres Symposiums - aufgegriffen werden. Der Wortlaut des zweiten Teils des Tagungsthemas - „ganzheitliches Denken und Handeln bei Menschen mit Intelligenzminderung“ - demonstriert in geradezu beispielhafter Weise auf sprachlicher Ebene die Überlagerung unterschiedlicher disziplinärer Sichtweisen. Aus pädagogisch-andragogischer Sicht werden hierin Gegensätze oder gar Widersprüche sichtbar, auf die ich eingehen möchte. Um diese verschiedenen Aspekte zu erläutern, werde ich im Folgenden in mehreren Schritten vorgehen. Hierbei wird zunächst die Frage nach dem zugrunde liegenden Verständnis von geistiger Behinderung bzw. Menschen mit geistiger Behinderung aufgenommen.

2.1 Ganzheitliches Denken und Handeln bei Menschen mit Intelligenzminderung - Fokus: „Intelligenzminderung“

Mit dem vorliegenden Thema werden „Menschen mit **Intelligenzminderung**“ angesprochen. Hierbei handelt es sich um eine Bezeichnung, die zwar im sonderpädagogischen Diskurs gegenwärtig kaum verwendet wird, sich jedoch vor allem im klinisch-psychologischen und im medizinischen bzw. psychiatrischen Kontext findet. So ist dieser Terminus zentraler Bestandteil der WHO-Klassifikation psychischer Störungen ICD 10 (Internationale Klassifikation 1992). Charakteristisch für klinisch-psychologische Klassifikationssysteme zur Diagnose geistiger Behinderung ist die Annahme, dass diese Behinderung gekennzeichnet ist durch eine Beeinträchtigung im Bereich der Intelligenz und in dem der sozialen Anpassung.

Das Intelligenzniveau wird vierstufig über den Intelligenzquotienten definiert:

- Leichte Intelligenzminderung (IQ 50-70)
- Mittelgradige Intelligenzminderung (IQ 35-49)
- Schwere Intelligenzminderung (IQ 20-34)
- Schwerste Intelligenzminderung (IQ <20))

Aus pädagogischer Sicht wird die Formulierung „intelligenzgemindert“ als defizitorientiert bezeichnet und radikal abgelehnt, da dieser Terminus sich an einer normativen Vorstellung von Intelligenz orientiert, der ein Menschenbild zu Grunde legt, das einseitig an dem Konstrukt Intelligenz ausgerichtet ist und in dem ein Intelligenzquotient von 100 zum Maßstab der Betrachtung gemacht wird. Hierauf bezogen werden Menschen, die von diesem Maßstab abweichen, als Menschen mit Intelligenzminderung beschrieben. Dagegen stehen in der von der WHO 2001 verabschiedeten und nach längerem Diskussionsprozess nun auch in deutscher Übersetzung vorliegenden „Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit“ (ICF 2005) nun nicht mehr Behinderungen „an sich“ im Zentrum der Betrachtung, sondern – entsprechend dem dort zugrunde liegenden „biopsychosozialen Modell“ – die folgenden Funktionsbereiche:

- Körperfunktionen und Körperstruktur
- Aktivitäten
- Partizipation (Teilhabe)
- und entsprechende Kontextfaktoren.

Behinderung wird nun folgendermaßen umschrieben: *„Behinderung ist gekennzeichnet als das Ergebnis oder die Folge einer komplexen Beziehung zwischen dem Gesundheitsproblem eines Menschen*

und seinen personenbezogenen Faktoren einerseits und den externen Faktoren, welche die Umstände repräsentieren, unter denen das Individuum lebt, andererseits“ (ICF 2005, 20).

An anderer Stelle heißt es: „... die ICF klassifiziert nicht Personen, sondern sie beschreibt die Situation einer jeden Person mittels Gesundheit oder mit Gesundheit zusammenhängenden Domänen“. Beispiele für Domänen sind u. a.: Sehen, Hören, Gehen, Lernen, sich Erinnern etc. In diesem Sinne wird Behinderung auch von der im März 2007 von Deutschland unterzeichneten UN-Konvention über die „Rechte von Menschen mit Behinderungen“ (UN-Konvention 2007) verstanden. Darüber hinaus wird dort im Gegensatz zu der bisherigen Defizit-Orientierung ausdrücklich betont, dass Behinderung nicht an den Defiziten der Betroffenen festgemacht wird, „... sondern als normaler Bestandteil menschlichen Lebens und menschlicher Gesellschaft ausdrücklich bejaht und darüber hinaus als Quelle möglicher kultureller Bereicherung wertgeschätzt (,diversity-Ansatz‘) wird“ (Bielefeldt 2006, S. 8).

Im Kontext dieser oftmals nicht ganz zutreffend als „Paradigmenwechsel“ bezeichneten Entwicklung der Sichtweisen auf „Behinderung“ (zur Kritik hierzu: Hillenbrand 1999) sind auch die Mitte der 1990er Jahre vorgelegten „Empfehlungen zur sonderpädagogischen Förderung an Schulen“ der Kultusministerkonferenz (Drave u. a. 2000) zu sehen, in denen an Stelle der defizitorientierten Bezeichnung der Sonderschulen nun vor allem deren pädagogische Aufgabenstellung betont wird: So heißt die bisherige „Schule für Geistigbehinderte“ nunmehr „Schule mit dem Förderschwerpunkt geistige Entwicklung“, die bisherige „Schule für Lernbehinderte“ nun „Schule mit dem Förderschwerpunkt Lernen“, die ehemalige „Schule für Körperbe-

hinderte“ jetzt „Schule mit dem Förderschwerpunkt körperliche und motorische Entwicklung“ etc. (Drave u.a. 2000). Es lässt sich also eine Verlagerung in der Betrachtung des Gegenstandsbereiches innerhalb der Geistigbehindertenpädagogik feststellen: Von „geistiger Behinderung ‚an sich‘“ hin zur „Situation“ einer Person mit einer Behinderung. In dieser Verlagerung wird auch erkennbar, dass der Gegenstandsbereich der Geistigbehindertenpädagogik nicht „geistige Behinderung ‚an sich‘“ ist, aber auch nicht die aus sozialwissenschaftlicher Sicht in den Mittelpunkt gerückte „Situation“, sondern die Erziehung und Bildung von Menschen mit geistiger Behinderung.

*„Menschen **mit** Intelligenzminderung“*

Zurück zu der Themenformulierung unseres Symposiums: Die abwertende Komponente, die dem Terminus „Intelligenzminderung“ innewohnt, wäre allerdings noch viel deutlicher ausgefallen, wenn substantivierend von „Intelligenzgeminderten“ oder von „intelligenzgeminderten Menschen“ gesprochen worden wäre. Das ist aber nicht der Fall. Im Gegenteil, mit der Formulierung „Menschen **mit** einer Intelligenzminderung“ wird eine Redefigur aufgegriffen, die in der Heil- und Sonderpädagogik heute sehr weit verbreitet ist und in der sich sozusagen der sonderpädagogische Blick manifestiert, aus dem heraus gegenwärtig nicht mehr von geistig behinderten Menschen, sondern eben von „Menschen **mit** geistiger Behinderung“ gesprochen wird. Mit dieser sprachlichen Differenzierung soll in der Geistigbehindertenpädagogik letztendlich eine maßgebliche anthropologisch-moralische Orientierung zum Ausdruck gebracht werden, nämlich die Prämisse, dass es sich bei Menschen mit geistiger Behinderung in erster Linie um Menschen und eben nicht um „Geistigbehinderte“ handelt.

Halten wir fest: In der Bezeichnung „Menschen **mit Intelligenzminderung**“ manifestiert sich einerseits mit dem Terminus „**Intelligenzminderung**“ eine defizitorientierte Beschreibung, die zu einer diskriminierenden bzw. entwertenden Betrachtung dieser Menschen führen kann. Andererseits enthält jedoch die Formulierung „Menschen **mit Intelligenzminderung**“ eine Redefigur, die dem - in „Political Correctness“ geübten und auf sprachliche Fehlleistungen überreagierenden - sonderpädagogischem Denken völlig entspricht. Hierin kann auf semantischer Ebene ein erstes Beispiel für eine disziplinäre Grenzöffnung in Richtung Interdisziplinarität erblickt werden. Wenn nun durch eine solche Sichtweise neue Forschungsfragen aufgreifbar würden, könnte gar von einer transdisziplinären Entwicklung gesprochen werden. Doch wenn nun auch auf semantischer Ebene eine gewisse Öffnung und Annäherung zwischen diesen beiden Disziplinen ausgemacht werden kann, kann dies nicht über die grundlegenden Differenzen hinwegtäuschen. Eine transdisziplinäre Blickrichtung lässt sich hierin bislang kaum erkennen.

*Denken und Handeln **bei** Menschen mit Intelligenzminderung*

Um dies noch weiter auszuführen, muss nun im dritten Schritt der Fokus erweitert werden. Es ist ja die Rede vom Denken und Handeln **bei** Menschen - mit Intelligenzminderung, d. h., nun rückt die Präposition „bei“ ins Zentrum des Interesses. Genauer: das Denken und Handeln von professionellen Fachkräften **bei** Menschen. Aus pädagogischer Sicht lässt sich in der vorliegenden Wendung eine Verdinglichung des angesprochenen Zusammenhanges konstatieren. Was bedeutet denn ein Denken und Handeln „**bei**“

Menschen? Ein solches Handeln und Denken dringt offensichtlich gar nicht bis zu den Menschen vor, sondern bleibt – mehr oder weniger – bei sich bzw. bei den Experten und Akteuren. Dies mag zwar – ganz in Abhängigkeit von dem Handlungskontext – durchaus sinnvoll und von Vorteil sein. Doch aus geistigbehindertenpädagogischer Sicht wird in der Regel ein solches Verständnis oftmals abgelehnt. Denn hiermit wird weniger ein Handlungs- als vielmehr ein **Be**handlungskonzept angesprochen. Man ist geradezu versucht, sich hier an ein medizinisch orientiertes Muster des professionellen Bezugs zwischen Arzt und Patient zu erinnern, in dem der Patient als Objekt der Behandlung zu verstehen sei. Aus pädagogischer Sicht soll es demgegenüber jedoch um eine Beziehung zwischen Subjekten gehen.

In der pädagogischen Diskussion ist nun häufig eine Tendenz zu verzeichnen, gegen solche Formulierungen offensiv anzugehen und diese pädagogisch zu reformulieren – ebenfalls eine durchaus legitime Tendenz. Wie würde nun eine solche Reformulierung aus pädagogischer Sicht lauten müssen? Aus einer traditionellen pädagogischen Perspektive würde hier an Stelle des „bei“ ein paternalistisches „für“ stehen, d. h. es hieße: „Denken und Handeln **für** geistig behinderte Menschen“. Ich kürze ab: In der gegenwärtigen Fachdiskussion der Geistigbehindertenpädagogik wird vor allem aus einer sozialwissenschaftlich orientierten Perspektive kritisiert, im paternalistischen Sinne der Fürsorge oder Stellvertretung für den Menschen mit Behinderung zu handeln und zu denken. Zwar sieht sich die sonderpädagogische Profession durchaus an das heilpädagogische Mandat gebunden, stellvertretend bzw. advokatorisch für den anderen zu denken und zu handeln. Doch dieses prakti-

sche Verständnis der heilpädagogischen Profession steht im Widerspruch zu dem theoretischen Selbstverständnis der Disziplin Geistigbehindertenpädagogik, die zur theoretischen Begründung nicht auf die professionelle Programmatik zurückgreifen kann. Es handelt sich also hier um einen „intradisziplinären“ Widerspruch innerhalb der Disziplin Geistigbehindertenpädagogik.

Gleichwohl wird die Formulierung „bei“ aus gegenwärtiger Sicht sowohl von der Profession wie auch der Disziplin Geistigbehindertenpädagogik hier als nicht angemessen erachtet und abgelehnt. Stattdessen wird die Präposition „mit“ gewählt, mit der die Gleichwertigkeit der handelnden Akteure innerhalb der professionellen Beziehung zum Ausdruck gebracht werden soll.

2.2 Geistigbehindertenpädagogische Sicht: Denken und Handeln mit Menschen mit geistiger Behinderung

In Bildungs- und Erziehungszusammenhängen muss dem anderen - vor allem dem aufwachsenden Menschen - immer auch schon als einem Subjekt begegnet werden. Dementsprechend muss die den heutigen professionellen Sachverhalt zutreffend wiedergebende Präposition hier nicht „für“, sondern: „**mit**“ lauten! Aus geistigbehindertenpädagogischer Sicht würde der Reformulierungsvorschlag also heißen: „Denken und Handeln **mit** Menschen mit geistiger Behinderung“ - eine aus stilistischen Gründen wegen der Doppelung der Präposition „mit“ aber eher vermiedene Formulierung. Doch entspricht sie dem pädagogischen Selbstverständnis, dass nämlich pädagogisches Denken und Handeln nicht nur einem objektivierenden Sach-Bezug gilt, sondern einen

praktischen Beziehungs- und Interaktionszusammenhang zwischen Subjekten meint.

Fazit dieser bisherigen Betrachtung ist also, dass es sich aus einer rehabilitationspädagogischen Sicht nicht um einen auf die Tatsache Krankheit oder Störung konzentrierten professionellen Arzt-Patient-Bezug handelt, sondern um ein engagiertes Beziehungsverhältnis, das dem anderen, dem aufwachsenden Menschen – sei er behindert oder nicht – immer schon wie einem kompetenten Subjekt begegnet. In dieser pädagogischen Haltung wird eine für die pädagogische Profession unverzichtbare Grundannahme sichtbar, nämlich dem anderen – d. h. dem aufwachsenden, dem nachwachsenden und zu begleitenden – Menschen immer schon so wie einem Subjekt zu begegnen, auch wenn er noch nicht über erwartete oder erwartbare entsprechende Kompetenzen verfügt oder zu verfügen scheint. Eine solche ‚Haltung‘ gilt es aus heil- und sonderpädagogischer Sicht gerade auch dann zu bewahren, wenn ein Mensch auf Grund der Intensität seiner Behinderung gar nicht über subjektive Kompetenzen zu verfügen scheint. Denn die Entwicklung einer Schwerstbehindertenpädagogik hat dies gerade deutlich gemacht: Bildung von Menschen mit komplexen Behinderungen basiert auf Situationen, in denen eine solche Einstellung, Zuwendung oder eben ‚Haltung‘ der begleitenden Menschen sich manifestiert.

Diese pädagogische Intention wurde und wird nicht nur in professioneller und intuitiver Praxis befolgt, sondern findet sich auch als Grundannahme innerhalb der Disziplin wieder, so z. B. in der Reformpädagogik, die den pädagogischen Bezug als „leidenschaftliches Verhältnis“ verstand (Nohl 1978). Gerade im Blick auf den hier fokussierten Personenkreis bedarf

es in der Tat nicht nur eines distanzierenden Bezugs, sondern eines leidenschaftlichen Verhältnisses, um den anderen tatsächlich als Subjekt anerkennen zu können. Es ist ohne Zweifel berechtigt und von Bedeutung, dieses Verhältnis auch ‚leidenschaftslos‘ aus einer objektiven Perspektive heraus zu beschreiben, wie z. B. in der Medizin bzw. Psychiatrie. Möglicherweise ließe sich dieses Verhältnis dann weniger als anerkennende Beziehung, sondern vielleicht eher als „kontrafaktische Unterstellung“ charakterisieren. Für das Selbstverständnis des professionellen Pädagogen kommt es demgegenüber jedoch vielmehr darauf an, hier die Dimension der Anerkennung hervorzuheben: Denn gerade der Geistigbehindertenpädagoge und die Geistigbehindertenpädagogin müssen Beziehungskünstler sein bzw. werden! Sie müssen in sich selbst ihr zentrales Arbeits-Instrumentarium ausbilden: Sie sollen Beziehungen zu Menschen anbahnen, aufnehmen, provozieren etc., die von anderer Seite oftmals gar nicht mehr als beziehungsfähig wahrgenommen werden. Darauf muss sich ihr Denken und Handeln richten.

2.3 Ganzheitliches Denken und Handeln

Nun geht es bei unserem Thema ja nicht nur um Denken und Handeln, sondern um ein ganzheitliches Denken und Handeln! „Ganzheitlichkeit“ ist im System Behindertenhilfe und innerhalb der Sonderpädagogik zwar ein zentraler Terminus, der jedoch inzwischen eher zu einer Beschwörungsformel geraten ist. Denn was bedeutet Ganzheitlichkeit? Können wir davon ausgehen, dass zum Beispiel die unterschiedlichen Facetten, die in vorliegendem Diskussionszusammenhang zu unserem Thema zusammengetragen werden, insgesamt betrachtet auch ein ganzheitliches Denken und Handeln verbürgen? Oder handelt es

sich bei diesen Facetten lediglich um Fragmente, von denen wir überhaupt nicht wissen können, wann sie zusammen eine Ganzheit bilden, da wir von der Gestalt dieser Ganzheit ja noch gar nichts wissen und diese deshalb überhaupt noch nicht identifizieren können. Welche und wie viele Facetten wären zu berücksichtigen? Reichen die hier genannten disziplinären Facetten aus?

Bezogen auf die bisher verdeutlichten Blickrichtungen ließe sich nun konstatieren: Im Spiegel der pädagogisch-andragogischen Facette können wir vor allem die Bedeutung eines engagierten pädagogischen Verhältnisses erblicken. In der medizinisch-psychologisch-psychiatrischen Facette hingegen begegnen wir eher einem distanzierten Blick auf einen professionellen Bezug zwischen Arzt und Patient/Klient. Nimmt man diese beiden Facetten gleichermaßen in einen Blick, so lässt sich eine interdisziplinäre Sicht gewinnen, durch die wir auf Differenzen und Widersprüche zwischen den Disziplinen aufmerksam werden. Wie lässt sich aber eine Transformation in das Transdisziplinäre hinein denken? Lässt sich eine Vereinigung der Facetten zu einem neuen Ganzen absehen? Ist denn überhaupt Ganzheitlichkeit identisch mit Transdisziplinarität? Wir kommen damit zu der letzten Station unseres Symposiums-Themas.

2.4 Transdisziplinarität als Grundlage ganzheitlichen Denken und Handelns

Wir müssen uns nun von der anderen Seite dem Thema nähern. Denn nicht der in der Sonderpädagogik benutzte Begriff der Ganzheitlichkeit, der eher eine Beschwörungsformel darstellt, vermag Transdisziplinarität zu deuten, sondern es ist vielmehr die Transdisziplinarität, die das „Denken und Handeln mit Menschen mit geistiger Behinderung“ zu begründen ver-

mag. Mein Verständnis von Transdisziplinarität knüpft an den bisherigen Gedankengang folgendermaßen an: Es geht nicht darum, vorschnell die verschiedenen disziplinären Facetten zugunsten der einen oder anderen auszutauschen, zu reformulieren oder gar zugunsten einer irgendwie gearteten Harmonie-Vorstellung aufzulösen, sondern sie müssen - im Sinne von ‚Aufbewahren‘ - aufgehoben werden. Dies bedeutet, dass beispielsweise die Leidenschaftslosigkeit der psychiatrischen Bezeichnung „Denken und Handeln **bei** Menschen mit **Intelligenzminderung**“ nicht im Sinne sonderpädagogischer „Correctness“ vorschnell korrigiert, sondern im Gegenteil: beibehalten wird! Nur durch die Auseinandersetzung zwischen den Disziplinen kann eine Transformation in Richtung Transdisziplinarität erwartet werden. Denn gerade durch die Differenz der disziplinären Sichtweisen lässt sich das Spezifische einer Disziplin erkennen. So wird z. B. deutlich, dass in der pädagogischen Perspektive eine professionelle Dimension enthalten ist, die sie von anderen Professionen abhebt. Erst der distanzierte Blick auf die eigene Profession und Disziplin macht deutlich, dass die professionelle Grundlage des Pädagogen eine leidenschaftliche Beziehung in diesem Praxisfeld ist. Transdisziplinarität sollte unter anderem dem Pädagogen ermöglichen, das engagierte bzw. leidenschaftliche Verhältnis als grundlegenden Bestandteil seiner Profession zu begreifen, aber auch, dass es einer argumentativen Begründung des pädagogischen Verhältnisses bedarf.

3. „Spiegelneuronen“ in der geistigbehindertenpädagogischen Rezeption

Inzwischen lassen neurowissenschaftliche Forschungsergebnisse auch bereits vertraute Phänomene der Geistigbehindertenpädagogik in vermeintlich

neuem Licht erscheinen. Das jüngste Beispiel bezieht sich auf Menschen mit autistischem Verhalten bzw. „Störungen“ (bzw. „Spektrum-Autismus-Störungen“). Es hat den Anschein, als eröffne die neurobiologische Entdeckung so genannter Spiegelneuronen ein neues Verständnis autistischer Verhaltensweisen – und darüber hinaus auch von zwischenmenschlichen Beziehungen und Interaktionen überhaupt. Wie wird eine solche Sichtweise nun in der Geistigbehindertpädagogik rezipiert? Ich beziehe mich im Folgenden auf einen Beitrag, den Matthias Dalferth in der Zeitschrift ‚Geistige Behinderung‘ im Juli 2007 publiziert hat (Dalferth 2007). Einleitend wird die zufällige Entdeckung der so genannten Spiegelneuronen in den 1990er Jahren durch Gallese und Rizzolatti beschrieben, die sich an der Universität von Parma mit der Bewegungsplanung von Säugetieren – in diesem Fall Primaten (Makaken) – beschäftigten. Man stellte fest, dass Nervenzellen aktiviert wurden, wenn diese Tiere zielgerichtete Bewegungen ausführten, aber darüber hinaus auch dann, wenn sie eine zielgerichtete Bewegung bei anderen Primaten – oder sogar auch bei den Versuchsleitern – beobachteten. „Wurden beispielsweise andere Makaken oder die Versuchsleiter dabei beobachtet, wie sie nach einer Erdnuss griffen, dann ‚feuert‘ diese Nervenzellen, als würde die Bewegung von ihnen selbst ausgeführt“ (Dalferth 2007, 217).

Weiterhin sei ersichtlich geworden, dass diese Neuronen auch dann bioelektrische Signale aussenden, wenn eine bedeutsame Bewegung ausgeführt oder auch nur beobachtet wird – und es wird gefolgert: „Die Beobachtung einer durch einen anderen vollzogenen Handlung muss ein eigenes neurobiologisches Programm in Gang

setzen, das es ermöglicht, intuitiv die Absicht des Handelnden vorzusehen und den Vollzug der Handlung widerzuspiegeln – und zwar auch, ohne dass sie diese Szene jemals zuvor betrachtet haben“ (ebd. 217). Die offensichtliche „Fähigkeit“ dieser Nervenzellen, Sinn und Intention der Handlung eines anderen Individuums sehr schnell erkennen und sich sozusagen spiegelbildlich vorstellen zu können, führte die „Entdecker“ dazu, diese als „Spiegelneuronen“ (Mirror Neurons) zu bezeichnen. Interessant ist nun jedoch vor allem, welche über die neurobiologischen Daten hinausgehenden Interpretationen in diesem Kontext vorgenommen werden.

„So hat es den Anschein, als verfügten die Primaten über ein phylogenetisch tradiertes Programm, eine bereits gespeicherte Kopie einer Fülle von lebenswichtigen Szenen und Handlungen, die seit Jahrtausenden ihr Überleben gesichert haben. Und dieses ermöglicht es ihnen, intuitiv bedeutsame Handlungen zu erkennen, auch wenn diese lediglich angedeutet werden oder sie nur einzelne Sequenzen dieses Handlungsablaufs beobachten können, und im Sinne eines inneren Prozesses widerzuspiegeln, als ob sie diese selbst ausführten“ (ebd. 217).

Hervorgehoben wird der folgender Aspekt: Das spiegelbildliche Erkennen führe nicht automatisch zur Imitation der beobachteten Handlung, sondern hierfür müsse ein ausdrücklicher Befehl erteilt werden. „Die Spiegelneuronen leuchten zwar auf, geben jedoch den Handlungsbefehl nicht an das motorische Zentrum weiter. Dazu ist eine willentliche Entscheidung erforderlich“ (ebd. 217). Diese vor allem durch bildgebende Verfahren ermöglichten „Entdeckungen“ wurden in Untersuchungen an Primaten gewonnen. Doch da nicht nur Primaten, sondern auch

Menschen über diese Spiegelneuronen verfügen, wird geschlussfolgert, menschliches Denken und Handeln hänge wesentlich von Spiegelneuronen ab. Demnach stellten Spiegelneuronen eine Grundlage dar, um sich in andere Individuen hineinversetzen zu können – und mehr noch, sie seien Basis für solche grundlegenden Fähigkeiten, wie

- Empathie bzw. elementare Resonanzzustände
- Intuitives Verstehen fremder Empfindungen
- Soziale Kompetenz
- Sympathie/Antipathie
- Gemeinsame Codes, Sprache
- Kulturentwicklung (ebd. 217)

In der Lesart dieser Rezeption wird – so könnte man sagen - ein auf neurobiologischen Daten basierendes Konzept einer „basalen Pädagogik“ kreiert, in der eine Reihe zentraler menschlicher Eigenschaften und Kompetenzen in Spiegelneuronen verortet werden, so z. B.:

- Blickkontakt
- Imitation und Gefühle
- Interaktion (TOM)
- Intuition
- Empathie
- Zentrale Kohärenz (also Dinge, die zusammen gehören, miteinander zu verbinden)
- Kommunikation
- Exekutive Funktionen (Fähigkeit, eine Handlung zu planen und zu realisieren)
- Selbstwahrnehmung und Selbstkonzept

Es wird angenommen, dass bei Menschen mit autistischem Verhalten diese Fähigkeiten mehr oder weniger Fehlfunktionen aufweisen. Letztlich könne mit

der „Annahme einer Dysfunktion der Spiegelneuronen“ für die meisten Auffälligkeiten im Spektrum Autismus-Störungen „eine gemeinsame Klammer“ der Erklärung artikuliert werden – nämlich eine Fehlfunktion der Spiegelneuronen (vgl. ebd. 223). Umgekehrt sollen funktionierende Spiegelneuronen bereits nicht behinderte Säuglinge dazu befähigen, Mimik und Gestik von Erwachsenen in den ersten Lebensmonaten zu imitieren. Diese Kompetenz wird damit erklärt, „dass bereits eine neuronal gespeicherte Kopie dieser Handlungsabläufe - und deren Bedeutung - vorhanden sei, die lediglich durch einen Auslösemechanismus (Spiegeln) aktiviert werden muss“ (ebd. 224). Bezogen auf Menschen mit autistischem Verhalten wird dementsprechend vermutet: „Es könnte also sein, dass ihnen das Grundmuster fehlt, auf das sie neue Erfahrungen beziehen und dieses updaten können. So ist davon auszugehen, dass erst nach und nach eine Maske generiert wird, die dabei hilft, neue Erfahrungen einzuordnen und die in neuen Situationen befähigt, sich vergangene zu vergegenwärtigen, also auf implizites Wissen zurückzugreifen, um intuitiv zu handeln“ (ebd. 224).

Auffallend an dieser Rezeption im pädagogischen Kontext ist, dass diese „Entdeckungen“ mehr oder weniger dazu verführen, das neurobiologische Wissen über Spiegelneuronen erstens zur pädagogischen Begründung wesentlicher menschlicher Kompetenzen heranzuziehen und zweitens die Funktion der Spiegelneuronen auf der Folie datenverarbeitender und bildgebender Maschinen zu interpretieren – sozusagen in Analogie zu den verwendeten zugrund liegenden Forschungsinstrumentarien. So ist zum Beispiel hier die Rede von „neurobiologischen Programmen“, die aktiviert werden, bzw. von einem phylogenetisch tra-

dierten „Programm“, das eine bereits „gespeicherte Kopie“ einer Fülle von lebenswichtigen Szenen und Handlungen enthalte, die seit Jahrtausenden das Überleben sichern. In Analogie zur elektronischen Datenverarbeitung werden Spiegelneuronen bezeichnet als „neurobiologisch gespeicherte Kopie dieser Handlungsabläufe, die durch einen Auslösemechanismus (Spiegeln) aktiviert wird“ (ebd. 224). Letztlich wird menschliches Denken und Handeln auf der Basis von Spiegelneuronen „technisch“ erklärt und wie eine datenverarbeitende Maschine verstanden.

4. Abschließende Bemerkung

Im vorliegenden Zusammenhang zeichnen sich zwei unterschiedliche Formen des Verhältnisses zwischen den Disziplinen voneinander ab – zum einen eine eher abwehrende Formation (Beispiel Geistigbehindertenpädagogik vs. Medizin/Psychiatrie), zum anderen ein eher adaptives Verhältnis (Beispiel Geistigbehindertenpädagogik und Medizin/Psychiatrie bzw. Neurowissenschaften). Im ersten Teil zeichnete sich bereits auf sprachlicher Ebene eine mehr oder weniger massive Abwehrhaltung der Geistigbehindertenpädagogik gegenüber dem medizinischen bzw. psychiatrischen Verständnis der professionellen Beziehung bzw. der professionellen Haltung gegenüber Menschen mit geistiger Behinderung ab. In dieser abwehrenden heilpädagogischen Haltung manifestiert sich das besondere Selbstverständnis dieser Profession. Dass diese professionelle Abwehrhaltung vor allem außerhalb der Geistigbehindertenpädagogik nicht gerade sehr tragfähig ist, liegt vor allem an der moralischen Intention dieser Begründungsbasis, die in sich problematisch ist.

Neben diesem eher abwehrenden Verhältnis wird im zweiten Teil der Ausführungen jedoch durchaus im Widerspruch hierzu eine eher adaptive - wenn nicht sogar inkludierende - Relation zwischen Geistigbehindertenpädagogik und Medizin deutlich. Bis in die geistigbehindertenpädagogische Argumentation bzw. Interpretation hinein manifestiert sich hier neurowissenschaftliches Denken. So bilden sich z. B. die Verfahren und die den Verfahren zugrunde liegenden Hilfsmittel selbst noch in der Rezeption ab. Die Logik der bildgebenden Verfahren auf der Basis elektronischer Datenverarbeitung kehrt – sozusagen spiegelbildlich – in der Darstellung der Erkenntnisse wieder. Doch weshalb wird in der Geistigbehindertenpädagogik gegenläufig zu den moralischen Forderungen nach einem angemessenen „Menschenbild“ dieses Erklärungskonzept akzeptiert und zumindest in einigen Rezeptionsansätzen mehr oder weniger zur Begründung einer basalen bzw. elementaren Pädagogik herangezogen? Es ist offensichtlich die Überzeugungskraft technischer Erklärungsansätze, die hier durchschlägt, und insbesondere vor dem Hintergrund des konkreten Handlungsdruckes besonders in der Praxis mit schwer geistig behinderten Menschen nach technologischen Erklärungen greifen lässt.

Die vorliegende geistigbehindertenpädagogische Rezeption der Funktion und Wirkung von Spiegelneuronen trägt zu deren Mystifizierung bei. Zwar ist das ‚Spiegeln‘ in neurobiologischer, aber auch in psychoanalytischer (Lacan 1986) oder ästhetischer und pädagogischer (Mollenhauer 1983, bes. S. 134 ff.) Hinsicht auch für die Pädagogik von eminenter Bedeutung, doch die jeweilige disziplinäre Sichtweise muss bei ihrer Rezeption immer auch auf ihren

Entstehungskontext hin betrachtet und nachvollzogen werden und sich an anderen Disziplinen reiben und abarbeiten, bevor aus vielen Facetten die Sicht auf eine transdisziplinäre „Spiegelung“ eines umfassenden Problems freigegeben wird. Es gilt, diese Differenzen zu berücksichtigen und sie herauszuarbeiten, um Transdisziplinarität zu ermöglichen. In diesem Zusammenhang soll an den Ansatz Drehers erinnert werden, der bereits vor drei Jahrzehnten deutlich machte, dass es auf eine erkenntnistheoretische Ebene der Betrachtung ankommt, die der ‚Existenz‘ bzw. Lebenswelt verbunden ist. „Die Anerkennung, dass der Ankerpunkt des Geistigen im Leiblichen liegt, könnte Leitfaden für eine Neuorientierung sein“ (Dreher 1979, 212). An diesen Ansatz anknüpfend wird in neuerer Zeit auch eine kulturwissenschaftliche Diskussion um Körper, Leib und Geist in der Geistigbehindertenpädagogik wahrgenommen (Dederich 2007), die möglicherweise auch der Geistigbehindertenpädagogik eine transdisziplinäre Perspektive auf die Lebenswelt eröffnen könnte, sofern in diesem Ansatz der pädagogische Grundgedankengang von der Bildung des Subjektes aufgehoben bleibt.

Bezogen auf unser Symposiums-Thema lässt sich dementsprechend abschließend formulieren: Was hilft es, wenn ich aus sonderpädagogischer Sicht „Menschen mit Intelligenzminderung“ zwar als „Menschen mit geistiger Behinderung“ bezeichne, ihnen aber keine Beziehung anbieten kann, die letztlich auch auf einer technischen Ebene dazu führt, dass „Spiegelneuronen“ tatsächlich Anlass zur Spiegelung gegeben wird? Darum muss es dem ganzheitlichen Denken und Handeln in der Pädagogik gehen: um Beziehungsangebote.

Literatur

- Bielefeldt, Heiner/ Deutsches Institut für Menschenrechte: Zum Innovationspotenzial der UN-Behindertenkonvention. Berlin 2006
- Clemens Hillenbrand: Paradigmenwechsel in der Sonderpädagogik? Eine wissenschaftstheoretische Kritik. In: Zeitschrift für Heilpädagogik, Jg. 50 (1999), H.5, 240 – 246
- Dalferth, Matthias: Spiegelneuronen und Autismus. In: Geistige Behinderung 46(2007)3, 215-231.
- Dederich, Markus: Behinderung - Medizin - Ethik. Behindertenpädagogische Reflexionen zu Grenzsituationen am Anfang und Ende des Lebens. Bad Heilbrunn 2000.
- Dederich, Markus: Körper, Kultur und Behinderung. Eine Einführung in die Disability Studies. Bielefeld 2007
- Drave, Wolfgang/ Rumpler, Franz/ Wachtel, Peter (Hrsg.): Empfehlungen zur sonderpädagogischen Förderung. Allgemeine Grundlagen und Förderschwerpunkte (KMK) mit Kommentaren. Würzburg 2000.
- Dreher, Walther: Denksuren. Bildung von Menschen mit geistiger Behinderung. Basis einer integralen Pädagogik. Aachen 1996
- Fornfeld, Barbara: Das schwerstbehinderte Kind und seine Erziehung. Beiträge zu einer Theorie der Erziehung. Heidelberg 1995.
- Fornfeld, Barbara: Elementare Beziehung-Leiborientierte Pädagogik - Phänomenologische Schwerstbehindertenpädagogik. In: Fröhlich, A. / Heinen, N. / Lamers, W. (Hg.): Texte zur Körper- und Mehrfachbehindertenpädagogik. Düsseldorf 2001, 127 – 144
- Haeblerlin, Urs: Heilpädagogik als wertgeleitete Wissenschaft. Bern, Stuttgart, Wien 1996.
- ICF: Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information; WHO-Kooperationszentrum für das System Internationaler Klassifikationen (Hrsg.): Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF). Neu-Isenburg 2005
- Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10, Kapitel V (F); klinisch-diagnostische Leitlinien/ Weltgesundheitsorganisation. Übers. u. hrsg. von H. Dilling, K. Dilling, V. Dittmann, H.J. Freyberger, E. Schulte-Markwort. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle 1993 (2. korr. Aufl.)
- Jakobs, Hajo: Heilpädagogik zwischen Anthropologie und Ethik. Eine Grundlagenreflexion aus kritisch-theoretischer Sicht. Bern, Stuttgart, Wien 1997.
- Kleinbach, Karlheinz: Zur ethischen Begründung einer Praxis der Geistigbehindertenpädagogik. Bad Heilbrunn 1994
- Lacan, Jacques: Das Spiegelstadium als Bildner der Ichfunktion, wie sie uns in der psychoanalytischen Erfahrung erscheint. In: ders.: Schriften I. Weinheim, Berlin 1986, 61-70
- Mittelstraß, Jürgen: Methodische Transdisziplinarität. 2005. (<http://www.itas.fzk.de/tatup/052/mit05a.html>), abgerufen: 26.3.2008
- Mollenhauer, Klaus: Vergessene Zusammenhänge. Über Kultur und Erziehung. München 1983 (bes. S. 134 ff)

-
- Moser, Vera: Konstruktion und Kritik. Sonderpädagogik als Disziplin. Opladen 2003
- Nohl, Herman: Die pädagogische Bewegung in Deutschland und ihre Theorie. Frankfurt 1978 (8. Aufl.)
- Pfeffer, Wilhelm: Förderung schwer geistig Behinderter. Eine Grundlegung. Würzburg 1988.
- Stinkes, Ursula: Spuren eines Fremden in der Nähe. Das „geistig behinderte“ Kind aus phänomenologischer Sicht. Würzburg 1993.
- UN-Konvention: Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen. Arbeitsübersetzung. Deutscher Übersetzungsdienst der Vereinten Nationen (16.2.2007) (http://www.netzwerk-artikel-3.de/dokum/behindertenkonvention_dued_16_2_07.pdf).
- Weizsäcker, Viktor von: Pathosophie. Göttingen 1967 2. Aufl.
- Wygotsky, Lew Semjonowitsch: Denken und Sprechen. Stuttgart 1971
- Fornfeld, Barbara: „Elementare Beziehung“ und Selbstverwirklichung geistig Schwerstbehinderter in sozialer Integration. Reflexionen im Vorfeld einer leiborientierten Pädagogik. Aachen 1989.

Roland Schiffter Medizinische Facette

Medizin war seit Hippokrates (460-370 v. Chr.) immer holistisch, besaß ein leidlich einheitliches System in Form der Humoralpathologie (Vier-Säfte-Lehre), die durch Erfahrungstatsachen und Versuch- und Irrtum-Ergebnisse sowie allerlei Spekulationen angereichert war, verfügte aber praktisch nicht über spezielle Disziplinen, so dass Transdisziplinarität kein Thema wurde. Dies galt bis in die Epoche der Romantik hinein, deren Ende man mit Heinrich Heine, ihren *letzten Fabelkönig*, beim Jahre 1846 datieren kann. Die Romantiker und die Ärzte der romantischen Medizin waren noch einmal besonders holistisch, sie wollten Gott, Kosmos, Erde, Mensch, Leib und Seele, Mikro- und Makrokosmos zu einer allumfassenden und alles mit allen verbindenden und gegenseitig beeinflussenden Supernova vereinen, weshalb sie die damals moderne Naturphilosophie Schellings und die neuartigen spekulativen Systeme wie den Brownianismus mit seiner alle Lebewesen durchströmenden, stimulierbaren *Lebenskraft*, den Mesmerismus, also tierischen Magnetismus mit seiner Kosmos und Lebenswelt verbindenden *ätherischen Energie* und Hahnemanns Homöopathie mit seiner schlichten Lehre von Krankheit als *Verstimmung der Lebenskraft* so begierig aufgenommen und begrüßt haben und der scheinbar alt und trocken gewordenen Aufklärung entgegenstellen wollten (Schiffter 2006). Dies misslang freilich. Das rationale Konzept der Aufklärung trug den Sieg davon. Die explosions-

artige Entwicklung der Naturwissenschaften und der naturwissenschaftlich fundierten Medizin ab der Mitte des 19. Jahrhunderts führte zu nie geahnten, bis heute anhaltenden Erfolgen. Diese Medizin wurde in einem Maße effektiv und heilsam, dass alle anderen Strebungen davon überschwemmt und fast ausgelöscht wurden. Die moderne Medizin war und ist so erfolgreich, weil Logik, Stringenz, Präzision, Kontrollierbarkeit und Disziplin des naturwissenschaftlich-analytischen Denkens und die Methoden von Experiment und statistischer Analyse, aber auch die enormen Fortschritte der Technik und Elektronik dies erzwangen. Ein Ergebnis und vielleicht auch ein Grund dieser durchaus positiven Entwicklung war die bis heute anhaltende Aufsplitterung der Heilkunde in immer neue Disziplinen, deren Forschungen zu immer neuen Details und weiterführenden Einzelerkenntnissen führen mit der permanenten Gefahr, dass die großen umfassenden Zusammenhänge und die bio-psycho-sozialen Dimensionen von Kranksein vernachlässigt werden. Der Mensch ist eben mehr als die Summe seiner Teile, und wir brauchen zur Bewältigung des Lebens nicht nur ein Mosaik von Faktenwissen, sondern Kenntnis über ein dynamisches Netzwerk von Fakten und Funktionen, also über die allseitigen lebendigen Beziehungen des Menschen. Dazu bedarf es einer die ausufernden Disziplinen durchdringenden und verbindenden Transdisziplinarität. Sie ist zwar in engen Grenzen, etwa ganz unzureichend in Form von Konsildiensten auch längst versucht worden, wird jedoch jetzt wichtiger als jemals zuvor, weil die Überspezialisierung die Mängel unserer faktenzentrierten, mathematisch-physikalischen Medizin offen zu Tage treten lässt. Nach schon länger ablaufenden Diskussionen über Interdisziplinarität kam ein wirklich energischer Schub in die richtige Richtung erst durch das

Konzept der Transdisziplinarität von Jürgen Mittelstraß zustande, den wir jetzt nutzen wollen (Mittelstraß 2003).

Was kann in der Medizin dazu konstatiert werden und was ist zu tun?

Nach der Anbindung der zunächst von Badern betriebenen Chirurgie an die universitäre, vornehmlich innere Medizin, zweigten sich die operativen wie die konservativen Bereiche der Medizin in immer mehr und immer kleinere Disziplinen auf in dem Maße, wie naturwissenschaftliche, also biologische, physiologische, psychologische, chemische, physikalische und technische Forschung zu immer neuen klinisch-praktisch verwertbaren Ergebnissen kam. Zunehmend entstand die Gefahr, dass die Fülle des Wissens vom Menschen und seinen Krankheiten nicht mehr überschaubar und konzentrierbar und komplett auf den einzelnen Kranken anwendbar wurde. Die Grundlagenforscher und die klinischen Disziplinen, die operativen und die nichtoperativen Fächer und die vielen Subspezialitäten verloren häufig den Kontakt zueinander, und am Ende stand der Arzt für Allgemeinmedizin schon zur Disposition. Das Absurdum eines Facharztes, also eines Spezialisten für Allgemein-Medizin wurde kreiert. Hier besteht die Gefahr einer Fehlentwicklung.

Was wir zweifellos brauchen ist eine Ausrichtung eines jeden Arztes jeglicher Disziplin nicht nur, aber auch in Richtung Transdisziplinarität. Jeder Arzt muss ganzheitsmedizinisch denken können und dabei auch noch die nichtmedizinischen Nachbardisziplinen aus dem kulturellen und sozialen Bereich im Auge haben, um dem lebendigen Menschen, der ihm da krank gegenüber tritt, adäquat zu begegnen. Dies ist keine unerfüllbare Forderung nach einem Superdokter,

sondern lediglich eine Weitung seines Blickwinkels und eine Relativierung der Bedeutung der unendlich vielen wissenschaftlichen Details. Für den Kranken ist es zweifellos wichtiger, dass der Arzt etwas von den psychosozialen Dimensionen des Krankseins weiß, als dass er sich mit allen Ionenkanälen oder molekulargenetischen Transaktionen auskennt.

Viktor von Weizsäcker (1886-1957), der große Arzt und Philosoph, hat in der ersten Hälfte des vorigen Jahrhunderts auf besonders hohem Niveau versucht, mit seiner anthropologischen Medizin auf die sich immer mehr aufsplittende, rein rational-naturwissenschaftliche Medizin korrigierend, ergänzend und komplettierend einzuwirken oder gar ein neues Paradigma auf den Weg zu bringen. Er wollte eine quasi transdisziplinäre allgemeine Medizin schaffen, bei der in allen Fächern eine subjektbezogene Heilkunde gepflegt wird, in der das auf Augenhöhe geführte ärztliche Gespräch Zentrum allen ärztlichen Tuns ist, das ärztliche wie das patientenseitige Subjekt offenen und empathischen Umgang miteinander pflegen und die Biografie des Kranken geduldig exploriert wird, weil Krankheit stets Wendepunkt einer krisenhaften biografischen Entwicklung ist und in der neben den biologisch-somatischen auch die psychologischen und sozialen, gar auch kulturellen Krankheitskomponenten sorgfältig berücksichtigt werden, ohne dass die so erfolgreiche moderne naturwissenschaftliche Medizin dadurch beeinträchtigt wird. Dieser Begründer der psychosomatischen Medizin wollte also schon so früh und so modern ein bio-psycho-soziales Konzept von Medizin, das wir in unserer Zeit immer dringlicher benötigen. Es lohnt sehr, Viktor von Weizsäcker noch intensiver als bisher zu studieren und zu reaktivieren (v. Weizsäcker 1986-2005). Das Konzept der Transdiszi-

plinarität von Jürgen Mittelstraß kann dabei hilfreich sein. Eine transdisziplinäre Orientierung muss aber erst erarbeitet werden, es gibt da verborgene Widerstände:

Der Mensch hat noch allerlei vor- und frühmenschliche, biologisch determinierte Verhaltens-Grundmuster im Kopf, die im Verlaufe seiner sieben Millionen Jahre währenden Evolution vom Australopithekus zu Hippokrates, Jesus Christus und Einstein entstanden und genetisch fixiert sind und die im Überlebenskampf bis etwa zur Jungsteinzeit durchaus unentbehrlich waren. Dazu gehören das Rivalitäts- und Dominanzgebaren der Männer, die starke Neigung der Menschen zum Anbeten von großen Alphetieren und Göttern, das Rachebedürfnis, die misstrauische Fremdenscheu und vieles andere, was wir mit unserer Fähigkeit zu Vernunft und Kultur bändigen und in harmonische Bahnen lenken müssen. Vielleicht gehört ja zu diesem Erbe auch die unübersehbare Neigung aller Menschen zum monokausalen Denken, zum einfachen und raschen Schließen von unmittelbar plausibel scheinenden kurzen Kausalketten, um rasch und gezielt auf die vitalen Gefahren etwa des steinzeitlichen Lebens reagieren zu können. Langes grüblerisches Abwägen verschiedener Möglichkeiten oder das tiefsinnige Bedenken möglicher multikausaler Zusammenhänge wären tödlich gewesen bei der Frage, ob ein nächtliches Geräusch das Schnarchen eines Nachbarn oder das Schnauben eines Säbelzähntigers war, ob der Überfall einer fremden Horde aus diversen Gründen verständlich und berechtigt oder räuberisch und bössartig ist.

In diesem Zusammenhang gibt es auch einen ubiquitären Drang des Menschen zu schnellen Gewissheiten. Unser Gehirn kann lange, schwebende, durch vielfäl-

tige Erwägungen hingehaltene Ungewissheiten nicht gut ertragen, es will rasch Gewissheit, um handeln, Abhilfe schaffen zu können. Das bedrohliche Blitz- und Donner-Gewitter am Himmel wurde schließlich von einem der Götter geschickt, und so wusste man eben, woran man ist.

Alle kranken Menschen entwickeln seit der Altsteinzeit auch jeweils Theorien über ihre Krankheiten, viele an Gewissheit grenzende Überzeugungen von deren Ursachen, die sie auch nicht aufgeben, wenn sie von kompetenten Ärzten eines besseren belehrt werden. Noch immer werden böse Geister oder böse Menschen, mutmaßliche Umweltgifte, fehlerhafte Ernährung, Erdstrahlen oder göttliche Fügungen ohne langes Fackeln und ohne zureichende Prüfung einfach unterstellt, geglaubt und dann irgendwie danach gehandelt. Eine x-beliebige nächstliegende Anhielsdiagnose ist immer noch besser als die nagende Ungewissheit.

Meine Mutter war gewiss stolz auf die ärztlichen Erfolge und den Professorentitel ihres Sohnes, aber über ihre Krankheiten hatte sie stets eigene feste Vorstellungen, die sie sich auch von diesem Sohn nicht ausreden ließ. Es gibt eine paramedizinische Großmütterkompetenz mit Laien-Diagnosen von hohen Gewissheitsgraden, die nicht durch wissenschaftliche Erkenntnisse zu erschüttern sind. Lauschen Sie einmal Rentnergesprächen auf Parkbänken oder in der U-Bahn! Sie handeln nicht nur unentwegt von Krankheiten, sondern vor allem davon, wie inkompetent ihre diversen Ärzte sind, auf deren transdisziplinäres Gerede man nichts geben kann und davon, dass sie selbst viel besser wüssten, woran sie leiden und was gut für sie ist.

Auch Ärzte haben solche Probleme. Multikausal und transdisziplinär zu denken, multilaterale Diskurse zu führen und dabei auch einmal eigene Überzeugungen zu korrigieren, ist nicht so einfach, es erfordert Disziplin, zumal das *autistisch-undisziplinierte Denken in der Medizin* auch durch den berühmten gleichnamigen Aufsatz von Eugen Bleuler vom Jahre 1920 noch immer nicht überwunden ist (Bleuler 1920). Es gibt aber gleichwohl auch Erfolg versprechende Ansätze zu inter- oder transdisziplinärer Arbeit in der Medizin, diverse Symposien und Tagungen führen allmählich zum Umdenken. 2003 gab es in München sogar ein weit über die Medizin hinaus gefasstes Symposium mit dem Thema *Transdisziplinarität und Methode. Repräsentationen von Medizin und Ethik in Literatur und Kunst der Moderne*.

Mein eigenes Fach, die Nervenheilkunde, ist ein besonders gutes Beispiel, in welchem Ausmaß die moderne Medizin transdisziplinär ist und sein muss. Ich verstehe transdisziplinär im Sinne von Mittelstraß als eine Sicht- und Handlungsweise, also als Prinzip und Methode für die medizinische Forschung wie auch die heilkundliche Praxis. Die Einzelheiten dazu haben wir ja heute schon aus berufenem Munde gehört.

Bei den *Lebenswissenschaften* ist ein derartiger Ansatz besonders evident, etwa in der Genderforschung oder der Altersforschung oder dem laufenden Diskurs zwischen Neurobiologie und Philosophie bezüglich der Freiheit und des freien Willens des Menschen. In der medizinischen Forschung soll der transdisziplinäre Ansatz ermöglichen, dass große Forschungsprojekte, etwa das menschliche Gesundheitsverhalten oder das Krebsproblem oder die Säuglingssterblichkeit oder die komplexen Mehrfachbehinderungen a priori und systematisch und integriert im multidisziplinären

Verbund erarbeitet werden, wobei alle Beteiligten ständig das gemeinsame Ziel und nicht nur ihre Subspezialität im Auge behalten.

In der Neurologie wären Problembereiche wie z. B. Schlaganfall, Schmerz, Schwindel oder zerebrale und komplexe Behinderungen solche Themen für transdisziplinäres Forschen oder transdisziplinäres klinisch-praktisches Handeln. Wesentlich ist die Bereitschaft und Fähigkeit, Disziplingrenzen zu überschreiten und Disziplinen integrativ zu koordinieren, sich im ständigen Dialog auszutauschen und dabei ständig zum Lernen und zum Korrigieren alter Überzeugungen bereit zu sein.

Betrachten wir als Beispiel die Arbeit und Forschung auf einer Stroke unit. Sie ist in der Regel Teil einer Neurologischen Klinik, also einer Spezialdisziplin. Es ist völlig unmöglich, hier nur nach den Kriterien und Methoden der Neurologie vorzugehen, unerlässlich ist vielmehr, dass alle beteiligten Ärzte von vornherein neurologische, kardiologische, hämatologische, anästhesiologische, gastroenterologische, psychologische, aphasiologische, physiotherapeutische und rehabilitationsmedizinische Kenntnisse und Fertigkeiten haben müssen und dass ein entsprechend multidisziplinäres Team a priori mehr oder weniger gleichzeitig damit an die Arbeit geht.

Um das Symptom Schwindel adäquat und erfolgreich zu klären und zu behandeln (oder zu beforschen) bedarf es des Neurologen, des Neurophysiologen, des Hals-Nasen-Ohren-Arztes, des Augenarztes, des kreislaufmedizinisch versierten Internisten und meist auch des Psychosomatikers oder Psychologen. Selbst Literaturwissenschaftler oder Historiker sind mit *Schwindel* beschäftigt. Alle diese vielen Leute gleichzeitig

oder nacheinander auf den Kranken anzusetzen, ist freilich nicht realistisch, der behandelnde Arzt muss also von all diesen Subspezialitäten sozusagen transdisziplinär selbst so viel verstehen, dass er entweder allein zurecht kommt oder nach sorgfältigem Abwägen nur die jeweils wirklich notwendigen Spezialisten hinzuzieht. Diese Transdisziplinarität des ärztlichen Alltags ist fast schon eine Kunst, die besonders kluge und erfahrene Arzt-Persönlichkeiten erfordert.

Ähnliches gilt für viele chronische Schmerzsyndrome, etwa Kopfschmerzen oder Rückenschmerzen, und viele andere Krankheitsbilder, die sich deutlich zwischen mehreren Disziplinen abspielen. Der Arzt für Allgemeinmedizin ist jemand, der unentwegt transdisziplinär denken und handeln muss, aber prinzipiell gilt das für jeden Arzt, auch den hoch eingeeingten Spezialisten. Es gibt keine wirklich monokausalen oder monodisziplinären Krankheiten.

In der Nervenheilkunde hat sich auf der Forschungsebene der stark transdisziplinierende Begriff der *Neuroscience* durchgesetzt, hinter dem sich eine Fülle von Disziplinen und Subspezialitäten verbergen, die alle an dem einen Ziel arbeiten, mehr über Funktionsweise und Erkrankungen des Nervensystems herauszufinden. Hier ist der integrierende Verbund schon im Namen fixiert, was psychologisch die Transdisziplinarität fördert. Ein ermutigendes Großprojekt der Transdisziplinarität ist in Berlin die mit 35 Mill. Euro geförderte Forschungsoffensive *Neurocure*, in der Grundlagenforschung, Immunologie und Klinik zusammenarbeiten, um bei den Krankheitsbildern Schlaganfall, Epilepsie oder Multiple Sklerose Fortschritte zu erzielen.

Auch die Alltagsarbeit des Arztes für Neurologie und Psychiatrie ist im besonderen Maße transdisziplinär.

Er muss nicht nur bei den oben beispielhaft genannten klinischen Fragestellungen entsprechend vorgehen, sondern praktisch bei jedem Kranken ganz unmittelbar mindestens die zwei kategorisch verschiedenen Bezugsebenen *somatisch/neurogen* oder *psychogen/soziogen* abwägen und dann biografische, soziale, ethnisch-kulturelle, sogar politische Aspekte in die Erwägungen einbeziehen. Eine junge in Berlin aufgewachsene Frau mit Migrationshintergrund, die mit Lähmungen der Beine zu ihm gebracht wird, kann an einer von vielen möglichen neurologischen Erkrankungen leiden, aber auch von ihrem autoritären und in einem archaischen Weltbild verhafteten Vater zu einer Zwangsehe gezwungen worden sein oder von einem politisch verstrickten Ehemann in Gefangenschaft gehalten werden usw. usw., also an dissoziativen psychogenen Lähmungen leiden, die psychologische, ethnisch-kulturelle und/oder politische Wurzeln haben können. Eine Hirnblutung kann Folge eines heftigen ehelichen Streites, aber auch eines ganz normalen Sexualverkehrs im Zusammenspiel mit einer angeborenen Hirngefäßaussackung (Aneurysma) sein. Bestimmte Verletzungen sind typisch für kriminelle Misshandlungen, andere wiederum Folge normaler beruflicher Betätigungen oder lustiger Spiele. Jede Krankheit hat multiple Determinanten und ist tatsächlich oft der Wendepunkt in einer biografischen Krise. Ein Depressiver oder ein unter dem anhaltenden Stress heftigen Mobbings Leidender bekommt leichter einen Schnupfen (ist eben schnell *verschnupft*) als ein zuversichtlicher oder erfolgreicher Optimist. Ein Mensch unter Angst oder einer, der dauernd beleidigender Missachtung und Unterdrückung ausgesetzt ist, wird stärker gefährdet sein, einen Herzinfarkt zu erleiden (weil er sich das Schlimme *zu Herzen nimmt, ihm das Herz bricht*) oder eine Durchfallerkrankung

zu bekommen (*er macht sich vor Angst in die Hosen*), als etwa ein fröhlicher Luftikus. Fast stets ist bei der Ursachenforschung eines Leidens multidisziplinär und transdisziplinär mehr zu bedenken, als im systematischen Lehrbuch steht.

Einige Beispiele für die Folgen mangelnder Transdisziplinarität aus der aktuellen eigenen Erfahrung sollen kurz erzählt sein: Ich beschäftige mich seit einiger Zeit intensiv mit den Krankheiten berühmter Künstlerpersönlichkeiten der Romantik. Nun gibt es professionelle so genannte *Pathografen* aus dem Bereich der Geisteswissenschaften, also Literatur- oder Geschichtswissenschaftler, Literaten, Musiksachverständige oder Autodidakten, die unnachgiebig und maßgeblich öffentlichkeitswirksam über die medizinische Diagnose und Differentialdiagnose berühmter Persönlichkeiten berichten, ohne sich mit medizinisch und fachärztlich ausgewiesenen Ärzten transdisziplinär zu beraten. So kommt es, dass in der offiziellen Literatur nach wie vor behauptet wird, Heinrich Heine sei an Bleivergiftung oder Multipler Sklerose oder Tuberkulose gestorben, obwohl es bei ihm an der Diagnose einer neurologischen Syphilis keinerlei Zweifel geben kann (Schiffter 2006). Robert Schumann hingegen wird unnachsichtig eine Syphilis angedichtet, wiewohl es medizinisch keine stichhaltigen Gründe dafür gibt und eine Schizophrenie unabweisbar wie nach dem Lehrbuch belegt werden kann. In einer ansonsten schönen Biografie über Christiane von Goethe ist zu lesen, sie sei an Nierenversagen gestorben. Ein sorgfältiger Blick in die verfügbaren Schriften lässt mühelos erkennen, dass sie in einem Status von großen epileptischen Anfällen gestorben ist und Symptome eines Nierenversagens nirgends erkennbar werden (Schiffter 2007).

Viele Soziologen oder Philosophen haben ebenfalls nach wie vor große Mühe, die stringenten Erkenntnisse der Biologen und Neurobiologen zur Kenntnis zu nehmen und sie im Diskurs mit diesen in ihre Interpretationen des Menschenwesens und des Weltgeschehens einzubeziehen. Das Verharren auf einmal konstatierten Gewissheiten im eingegrenzten Terrain des eigenen Fachgebietes ist unglaublich stark, es gibt einen zähen, fast biologisch anmutenden Widerstand gegen Korrekturen der eigenen Überzeugungen, und transdisziplinäres Denken und vor allem Handeln ist wie gesagt durchaus mühevoller, als es zunächst erscheint.

Um endlich auch zu unserem Generalthema zu kommen, will ich noch etwas zu den Mehrfachbehinderungen mit Intelligenzdefizit sagen, die ja ein Paradebeispiel für die Notwendigkeit von Transdisziplinarität sind: Die Gründe für derartige Syndrome sind so vielfältig, wie die Medizin überhaupt Krankheitsursachen kennt: Genetische Dispositionen, Hirn- und Nervenverletzungen unter der Geburt und im jungen Leben, schwere Unfälle mit Polytraumen oder schlimme psychiatrische, Nerven- oder Allgemein-Erkrankungen, Folter und Misshandlungen, Kriegsfolgen, Terror, kriminelle und natürliche Vergiftungen etc. Die Ursachenmöglichkeiten sind unendlich, und die gleichzeitige Kombination vieler Ursachen ist häufig.

Je nach dem Spektrum der Einzelsymptome der Behinderung sind ebenso viele und vielfältige Aspekte der Behandlung und Betreuung transdisziplinär abzuwägen und gezielt an den Betroffenen zu realisieren. Dabei sind außer dem umfangreichen speziellen medizinischen und psychologischen Therapiereservoir vor allem auch noch die Familien, das Wohnumfeld, die unterschiedlichen betreuenden Personen, die Re-

aktionen der tangierten Mitmenschen und die der Gesellschaft mit ihren Aversionen, Vorurteilen und Missverständnissen zu berücksichtigen. Man braucht also neurologisch, psychiatrisch, internistisch, orthopädisch und anderweitig spezialisierte Ärzte, Geriater, orthopädische Techniker und Prothesen-Spezialisten, Psychologen, Heil- und Sozial-Andragogen, Sozialarbeiter, Juristen, sehr wohl auch Priester und Theologen, um diesen Menschen gerecht zu werden. Entsprechendes betrifft die Behinderten-Forschung.

Es gibt viel zu tun im Feld der Medizin und vor allem auch in der Lebenswelt der Mehrfachbehinderten, und transdisziplinäres Denken und Handeln ist dazu überall nötig und dringend zu fördern und zu fordern. Ich wünsche den Mitarbeitern in der Behinderten-Betreuung bei ihrer schweren Aufgabe allen Erfolg und alle Hilfe auch dabei, noch mehr Transdisziplinarität zu verwirklichen.

Literatur:

- Bleuler, Eugen: Das autistisch-undisziplinierte Denken in der Medizin und seine Überwindung. Springer, Berlin, Nachdruck 5.Aufl. 1962.
- Mittelstraß, Jürgen: Transdisziplinarität – wissenschaftliche Zukunft und institutionelle Wirklichkeit. 2003 ISBN 387 940 786X.
- Schiffter, Roland: ... *ich habe immer klüger gehandelt ...als die philisterhaften Ärzte* Romantische Medizin im Alltag der Bettina von Arnim – und anderswo. Königshausen und Neumann, Würzburg 2006.
- Schiffter, Roland: *Sie küsste mich lahm, sie küsste mich krank*. Vom Leiden und Sterben des Heinrich Heine. Königshausen und Neumann, Würzburg 2006.
- Schiffter, Roland: Krankheit und Sterben der Christiane von Goethe. Schriftenreihe der Deutschen Gesellschaft für Geschichte der Nervenheilkunde. Band 13. Königshausen und Neumann, Würzburg 2007.
- Weizsäcker, Viktor, v.: Gesammelte Schriften Bd. 1-10. Suhrkamp, Frankfurt am Main 1986-2005.

Susann Müller

Rechtliche Facette

Transdisziplinarität in der betreuungsrechtlichen Praxis des Vormundschaftsgerichts

Ich möchte in meinem Vortrag den Weg von der Wissenschaft in die Praxis suchen und die Frage aufwerfen, ob und in welcher Weise der Gedanke der Transdisziplinarität relevant für das „richterliche Alltagsgeschäft“ und somit von Bedeutung für den im Mittelpunkt der heutigen Veranstaltung stehenden Personenkreis ist.

Anhand des typischen Falls einer Betreuungseinrichtung werde ich darstellen, wo aus meiner Sicht Transdisziplinarität notwendig, sinnvoll oder zumindest hilfreich erscheint und mich dabei zugleich damit beschäftigen, ob und wie sie Eingang in die gerichtliche Praxis findet.

Auch wenn ich dabei zwangsläufig auf viele formale und verfahrenstechnische Aspekte meiner Tätigkeit eingehen muss, möchte ich klarstellen, dass es nach dem Willen des Gesetzgebers Sinn und Zweck der Einrichtung einer Betreuung ist, dem Betroffenen, wo es nötig ist, eine Hilfestellung bei der Regelung seiner Angelegenheiten zu geben und ihm dabei so weit wie möglich die selbstbestimmte Teilhabe an der Gemeinschaft zu gewährleisten. Der Erfolg der richterlichen Tätigkeit wird sich also daran messen lassen müssen, inwieweit dies gelingt. Lassen Sie mich nun also den Ablauf eines Betreuungsverfahrens darstellen.

Um tätig werden zu können, muss ich zunächst einmal Kenntnis von einem Betreuungsbedarf erlangen. Dies geschieht zumeist dadurch, dass eine so genannte *Betreuungsanregung* bei Gericht eingereicht wird. Diese kommt vielleicht von Angehörigen des Betroffenen, von einem Krankenhaus, einer sozialen Einrichtung oder dem Betroffenen selbst. In der Regel handelt es sich um ein kurzes Schreiben oder gar ein Formular, das nicht vielmehr enthält, als die Personalien des Betroffenen und einen kurzen Hinweis auf eventuellen krankheitsbedingten Hilfebedarf. Mit dieser *Betreuungsanregung* wird das *Betreuungsverfahren* angelegt und mir vorgelegt.

Meine Aufgabe ist es nun, das eingeleitete Verfahren innerhalb einer angemessenen Frist unter Beachtung der Zielsetzung des Gesetzes und des Gebots der Rechtsstaatlichkeit zu bearbeiten. Das erwartete Ergebnis wird in der Regel die gerichtliche Entscheidung sein, mit der eine *Betreuung* entweder eingerichtet oder abgelehnt beziehungsweise das Verfahren eingestellt wird.

Das Ziel des Antragstellers oder Betroffenen ist in Übereinstimmung mit dem Gesetzeszweck die *Gewährung staatlichen Beistands* in Form von *Rechtsbesorgung* oder, weniger juristisch, *staatliche Gewährung der notwendigen Unterstützung zur Regelung bestimmter Angelegenheiten*. Dies entspricht dem Gesetzeszweck des § 1896 BGB, soweit man berücksichtigt, dass niemandem gegen seinen freien Willen eine *Betreuung* aufgezwungen werden darf.

§1896 BGB

(1) Kann ein Volljähriger auf Grund einer psychischen Krankheit oder einer körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung seine Angelegenhei-

ten ganz oder teilweise nicht besorgen, so bestellt das Vormundschaftsgericht auf seinen Antrag oder von Amts wegen für ihn einen Betreuer. Den Antrag kann auch ein Geschäftsunfähiger stellen. Soweit der Volljährige auf Grund einer körperlichen Behinderung seine Angelegenheiten nicht besorgen kann, darf der Betreuer nur auf Antrag des Volljährigen bestellt werden, es sei denn, dass dieser seinen Willen nicht kundtun kann.

(1a) Gegen den freien Willen des Volljährigen darf ein Betreuer nicht bestellt werden.

(2) Ein Betreuer darf nur für Aufgabenkreise bestellt werden, in denen die Betreuung erforderlich ist. Die Betreuung ist nicht erforderlich, soweit die Angelegenheiten des Volljährigen durch einen Bevollmächtigten, der nicht zu den in § 1897 Abs. 3 bezeichneten Personen gehört, oder durch andere Hilfen, bei denen kein gesetzlicher Vertreter bestellt wird, ebenso gut wie durch einen Betreuer besorgt werden können.

(3) Als Aufgabenkreis kann auch die Geltendmachung von Rechten des Betreuten gegenüber seinem Bevollmächtigten bestimmt werden.

(4) Die Entscheidung über den Fernmeldeverkehr des Betreuten und über die Entgegennahme, das Öffnen und das Anhalten seiner Post werden vom Aufgabenkreis des Betreuers nur dann erfasst, wenn das Gericht dies ausdrücklich angeordnet hat.

Zu Anfang der Bearbeitung habe ich also nicht eben viel, einen (meist) denkbar knappen Sachverhalt mit einer bestimmten Fragestellung, das Gesetz mit seinen Vorgaben und meine Ausbildung und berufliche Erfahrung, auf die ich zurückgreifen kann. Ich muss nun eine insgesamt ausreichende Entscheidungsgrundlage erarbeiten und mir die dazu notwendigen Informationen verschaffen. Welche Informationen

das sind, gibt neben dem Anliegen des Betroffenen ebenfalls das Gesetz vor. Zunächst einmal natürlich durch das, was § 1896 BGB enthält. Dies kann man grob wie folgt zusammenfassen: Der Betroffene muss volljährig sein, ein Kind hat ja seine Eltern als gesetzliche Vertreter, er muss ferner eine der in der Vorschrift genannten Krankheiten oder Behinderungen haben, und seine Angelegenheiten dürfen sich nicht anders als durch eine Betreuung regeln lassen.

Hinsichtlich der Feststellung der Erkrankung oder Behinderung schreibt das FGG (Gesetz über die Angelegenheiten der freiwilligen Gerichtsbarkeit) als maßgebliches Verfahrensgesetz ganz explizit die Einbeziehung einer anderen wissenschaftlichen Disziplin in die Entscheidungsfindung vor. Denn § 68 b FGG legt fest, dass ein Betreuer erst bestellt werden darf, nachdem das Gutachten eines Sachverständigen über die Notwendigkeit der Betreuung eingeholt worden ist. Gemeint ist die Einbeziehung eines medizinischen, insbesondere eines psychiatrischen Sachverständigen, der dem Gericht die Frage nach dem Vorliegen einer der genannten Krankheiten oder Behinderungen beantworten kann.

Die Einbeziehung einer anderen Disziplin in die richterliche Tätigkeit muss natürlich nicht im eigentlichen Sinne bedeuten, dass es hier auch um Transdisziplinarität geht. Dies ergibt sich erst bei einer näheren Betrachtung der zu klärenden Fragestellung. Dem Gericht ist nämlich nicht allein mit der Vorlage einer ärztlichen Diagnose gedient, die möglichst genau die festgestellte Krankheit oder Behinderung beschreibt. Der Sachverständige muss sich viel mehr mit der Frage der rechtlichen Relevanz der Krankheits- oder Behinderungsfolgen beschäftigen, wenn er dem Gericht die eigentliche Frage beantworten helfen

will, nämlich die Frage, wie sich denn die festgestellte Krankheit oder Behinderung auf die Fähigkeit des Betroffenen auswirkt, seine Angelegenheiten zu besorgen. Ein wirklicher Erkenntnisgewinn entsteht also erst dann, wenn es dem Gericht gelingt, seine Fragestellung an den Gutachter so zu formulieren, dass dieser auch die rechtlichen Implikationen erkennen kann und dementsprechend die Akzente seiner Tätigkeit so setzt, dass neben der eigentlichen Diagnostik auch klar wird, inwieweit die Krankheit oder Behinderung die Fähigkeit des Betroffenen zur Teilnahme am Rechtsverkehr einschränkt oder gar ausschließt. Im Ergebnis bedeutet dies, dass der Mediziner wissen muss, was der Richter wissen will und der Richter verstehen muss, was der Mediziner sagen will. Dies setzt eine Verständigung über eine gemeinsame Sprache voraus und verlangt, dass die Beteiligten sich nicht damit zufrieden geben, sich auf die jeweils eigenen Fachkompetenzen zu beschränken. Sie müssen in einen aktiven Dialog eintreten, also transdisziplinär agieren.

Zur weiteren Sachaufklärung kann das Gericht darüber hinaus die Betreuungsbehörde nach § 68 a FFG an dem Verfahren beteiligen. Die Behörde muss sogar beteiligt werden, wenn der Betroffene dies verlangt. Auch hier geht es wieder um die Einbeziehung weiteren Sachverstandes in die gerichtliche Entscheidungsfindung. Die Betreuungsbehörde kann insbesondere in einem so genannten Sozialbericht aufgrund der fachlichen Kompetenzen ihrer Mitarbeiter die Lebenssituation des Betroffenen, sein soziales Umfeld, Hilfen und Ressourcen, die eine Betreuung entbehrlich machen würden und besondere Anforderungen, die sich aufgrund der individuellen Umstände des Betroffenen an die Person des Betreuers ergeben, unter so-

zialpädagogischen Gesichtspunkten durch Gespräche mit dem Betroffenen selbst, ihm nahe stehenden Personen und Mitarbeitern sozialer Einrichtungen herausarbeiten und so die Informationsgrundlage des Gerichts ganz wesentlich verbreitern. Mit diesem Sozialbericht wird ein zusätzlicher Blickwinkel, sozusagen die Alltagssicht, in das Verfahren eingebracht. Es wird sich dabei in gleicher Weise wie bei dem medizinischen Sachverständigen ergeben, dass der Sozialbericht umso förderlicher für das Anliegen des Betroffenen sein wird, je besser das Verständnis der beiden Professionen, Richter und Sozialarbeiter, für die gegenseitigen Fragestellungen und Erkenntnismöglichkeiten ist.

Schließlich hat das Gericht nach Paragraph 68 FGG den Betroffenen persönlich anzuhören und sich einen unmittelbaren Eindruck von ihm zu verschaffen. Inwieweit sich hier die Frage nach Transdisziplinarität stellt, drängt sich auf den ersten Blick nicht auf, findet doch kein Dialog zwischen Fachleuten, sondern eine Anhörung des Betroffenen durch den Richter statt. Betrachtet man aber genauer, was hier nach dem Gesetz erwartet wird und welche Voraussetzungen der Richter für diese Anforderungen mitbringt, so ergibt sich hier geradezu ein transdisziplinärer Unterstützungsbedarf des Gerichts. Obwohl der Richter schätzungsweise sein halbes Berufsleben damit verbringt, andere Menschen anzuhören, zu vernehmen, mit ihnen zu verhandeln oder in sonst einer Form Gespräche zu führen, gehört die Gesprächsführung, soweit es nicht um den fachlichen Diskurs geht, nicht eben zu den Prioritäten in der Juristenausbildung. Wie ich also im Berufsleben kommuniziere, hängt ganz weitgehend von meinem persönlichen Geschick oder eben Ungeschick ab. Mögen meine Fähigkeiten im Umgang

mit Menschen ohne Handikap auch in der Regel ausreichen, um die beruflich gestellten Aufgaben zu erfüllen, so können sich schier unüberbrückbare Hürden im Umgang mit dem hier betroffenen Personenkreis ergeben. Wie stelle ich den Kontakt zu jemandem her, der kaum oder nicht spricht, keinen Blickkontakt halten kann und meine Fragen, wenn ich sie auch noch so einfach formuliere, nicht zu verstehen scheint? Was mache ich, wenn jemand ganz unvermittelt anfängt heranzubrüllen oder auf den Tisch zu schlagen? Lasse ich mich anfassen, fasse ich mein Gegenüber an, um den Kontakt herzustellen, verletzt es die gerichtliche Würde, wenn ich erst ein Lied anhöre, um meine Fragen stellen zu dürfen? Diese und viele ähnliche Fragen drängen sich geradezu auf, wenn man sich vorstellt, wie die durchzuführende Anhörung eines Menschen mit einer schweren geistigen und/oder psychischen Erkrankung eigentlich erfolgen soll.

Eine Möglichkeit wäre sicher, so zu verfahren, wie es gelegentlich in gerichtlichen Anhörungsvermerken zu lesen ist, in denen dann steht, eine Kommunikation mit dem Betroffenen war nicht möglich, der Betreuungsbedarf ist offensichtlich, Dauer der Anhörung fünf Minuten. Damit kann ich sicherlich die Einrichtung einer Betreuung rechtsfehlerfrei begründen, denn der Betreuungsbedarf wird in diesen Fällen auf jeden Fall gegeben sein. Die Frage ist allerdings, ob das gesetzliche Anhörungserfordernis nicht doch etwas mehr verlangt. Die Wahrscheinlichkeit nämlich, dass berücksichtigungsfähige Vorstellungen und Wünsche des Betroffenen in diesem Fall kein Gehör finden, ist nicht von der Hand zu weisen. Deshalb erscheint es mir gerade hier von ganz wesentlicher Bedeutung, dass der Richter die Anhörung im engen Kontakt und fachlichen Austausch mit den Fachkräften vornimmt,

die den Betroffenen in seinem Alltag begleiten und Kraft ihrer Ausbildung und Erfahrung Kommunikationsvermittler sein können. Er ist auf ihre pädagogischen, psychologischen und sozialen Erkenntnisse, Kompetenzen und Hilfestellungen umso dringender angewiesen, je weniger er selbst über die notwendigen kommunikativen oder auch nur zeitlichen Voraussetzungen verfügt, um von sich aus in einen Dialog mit dem Betroffenen treten zu können. Auch hier ist es aber wichtig, dass im fachlichen Austausch geklärt werden kann, was die Beteiligten voneinander im Rahmen des vorgegebenen Verfahrens erwarten können. Auch die gelingende Kommunikation bleibt, was sie ist, eine gerichtliche Anhörung, die einen bestimmten Zweck zu erfüllen hat.

Bevor ich zum Schluss komme, will ich darauf hinweisen, dass das Gesetz neben den geschilderten Verfahrensschritten noch die Anhörung von Vertrauenspersonen des Betroffenen oder die Einsetzung eines Verfahrenspflegers vorsieht, um die Beachtung der Interessen des Betroffenen im Verfahren in der gebotenen Art und Weise zu gewährleisten. Auf deren durchaus erhebliche Bedeutung möchte ich jedoch im Hinblick auf die Kürze der Zeit hier nicht näher eingehen, sondern vielmehr ein kleines Fazit versuchen.

Wenn das Gericht die beschriebenen Verfahrensschritte unternommen hat, wird es in der Lage sein, die Betreuung so einzurichten, dass der gesetzliche Zweck erfüllt wird und der Betroffene die gebotenen Hilfen erhält. Der beschriebene Weg zeigt dabei deutlich, dass die Arbeit des Vormundschaftsrichters schon aufgrund der geltenden gesetzlichen Regelungen die Einbeziehung anderer Disziplinen in die eigene Tätigkeit erfordert und dass das Gelingen der Arbeit ganz wesentlich davon abhängt, dass es zu

einer Verständigung der verschiedenen Disziplinen über die jeweiligen fachlichen Möglichkeiten und Grenzen, bezogen auf das vorgegebene Ziel der staatlichen Gewährung notwendiger Unterstützung, kommt. Aber auch da, wo das Gesetz keine Vorgaben macht, möchte ich die Einschätzung wagen, dass die Qualität der richterlichen Tätigkeit wächst, wenn sie von einem transdisziplinären Austausch der unterschiedlichen beteiligten Disziplinen auf breiter Basis und unabhängig vom Einzelfall begleitet wird. Denn das Erfordernis der sehr individuellen Betreuungsentscheidungen setzt breites Wissen aus den unterschiedlichsten fachlichen Bereichen voraus, das einer ständigen Weiterentwicklung und Überprüfung bedarf und eine Beschränkung auf rein juristische Fachkompetenzen nicht erlaubt.

Referenten

Brigitte Römer (Moderatorin)

1950 in Berlin geboren, Abitur in Berlin am Heinrich-von-Kleist-Gymnasium. Zunächst zweijährige Ausbildung an einer kaufmännischen Wirtschaftsschule; im Anschluss vier Jahre als Sekretärin tätig. 1976 Aufnahme des Psychologiestudiums an der FU Berlin: Abschluss 1981. Von 1982 bis 1984 Psychologin im Krankenhaus Eichborndamm. Seit 1984 Heimleitung verschiedener Einrichtungen. Seit 2001 beim GIB e. V. als Wohnstättenleitung des Haus Geronsee sowie der Seniorenwohnstätte Gransee tätig. Zugleich Geschäftsführerin der Gemeinnützigen DiB GmbH.

Professor Karl-Ernst Ackermann

1945 in Konstanz geboren. Hat in Berlin und Köln Germanistik, Psychologie und Pädagogik studiert. Ab 1974 wissenschaftlicher Assistent am Pädagogischen Seminar der Universität zu Köln (Promotion 1978) und Tätigkeit als Lehrer. Von 1979 bis 1993 wissenschaftlicher Mitarbeiter im Seminar Geistigbehindertenpädagogik der Universität zu Köln. Nach einer Vertretungsprofessur für Geistigbehindertenpädagogik an der Pädagogischen Hochschule Ludwigsburg/Reutlingen von 1994 bis 2002 Professor für Heil- und Sonderpädagogik an der FernUniversität in Hagen. Seit 2002 Lehrstuhl Geistigbehindertenpädagogik am Institut für Rehabilitationswissenschaften der Humboldt-Universität zu Berlin. Schwerpunkt: Theoriebildung der Heil- und Sonderpädagogik, ethische Fragestellungen, Förderkonzepte für Menschen mit geistiger Behinderung.

Erik Boehlke

1949 in Kassel geboren, Abitur in Stuttgart, Bad Cannstatt. Nach 1-jähriger Betreuungsarbeit in der Heil- und Pflegeanstalt Stetten i. R. ab 1971 Studium der Humanmedizin an der Freien Universität Berlin. Ausbildung bei Prof. Janz, Prof. Kubicki, Prof. Stölzel und Dr. Ingeburg Wegner zum Facharzt für Neurologie und Psychiatrie. 1986 bis 2000 ärztliche Leitung der Heiltherapeutischen Abteilung in der Karl-Bonhoeffer-Nervenlinik. 2000-2004 ebenda, Leitung der Rehabilitationsklinik für Abhängigkeitserkrankte; prä- und post-stationärer Bereich der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie - Suchterkrankungen (Leiter PD Dr. W. E. Platz). 1997 Gründung des GIB e.V., seither gewählter Vorstand, geschäftsführend. Verheiratet, eine Tochter, zwei Söhne.

Stefan Daniel (Vortrag Prof. Dr. Mittelstraß)

1967 in Heidenheim geboren, 1986 Abitur in Rottweil. Studium in Karlsruhe (ein Jahr) und in Tübingen (fünf Jahre) der Fächer Allgemeine Sprachwissenschaft, Psychologie und Informatik. Abschluss 1993 als Magister Artium. Freiberufliche Tätigkeit als EDV-Dozent und Programmierer von 1993-1999. Bis 2006 Anstellung bei der Know How! AG für IT-Lösungen als Multimediaautor im Bereich Web-Based-Training. Seit 2006 Anstellung beim GIB e. V. als EDV-Beauftragter und Assistent der Wohnstättenleitung.

Professor Dr. Harald Knudsen

1941 in Münster/Westfalen geboren. Nach dem Abitur (1960) Studium der evangelischen Theologie mit den Schwerpunkten Systematische Theologie und Religionsphilosophie an den Universitäten in Münster/Westf., Tübingen, Berlin und Heidelberg. Schon während des Studiums insbesondere angeregt durch ein Vikariat (1970/71) in den Bodelschwingschen Anstalten

Bethel intensive Auseinandersetzung mit Fragen der Seelsorge an behinderten und psychisch kranken Menschen. Zunächst als Pfarrer im pastoralen Dienst in einem Hospital für chronisch Kranke in Berlin-Spandau (1972/73). In späteren Jahren tätig an zwei großen Kliniken für Psychiatrie und Neurologie: 1977-80 an der Karl-Bonhoeffer Nervenlinik in Berlin und 1992-2000 in Brandenburg a.d. Havel. 1977 Abschluss einer Ausbildung als Psychoanalytiker und Gruppenpsychotherapeut. Neben der Arbeit in den Spezialpfarrämtern im Hospital und in der Psychiatrie Tätigkeit als Gemeindepfarrer: Zuerst (1971) noch im Rahmen des pfarramtlichen Hilfsdienstes in einer Dortmunder Bergarbeitergemeinde (Dortmund-Marten); später in der Dankes-Gemeinde und in der Gemeinde Hermsdorf bis 1992, beides in Berlin. Promotion bei Herrn Prof. Dr. Paul Wrzecionko (Systematische Theologie) und Abschluss der Dissertation: Gottesbeweise im Deutschen Idealismus (erschienen 1972). Anschließend Arbeit bei Herrn Prof. Dr. Jürgen Wirsching als Assistent im Fach Systematische Theologie an der Kirchlichen Hochschule Berlin (1977) mit dem Abschluss eines Habilitationsverfahrens (Titel der Habilitationsschrift: Subjektivität und Transzendenz, erschienen 1985). Nach der Fusion der Kirchlichen Hochschule Berlin mit der Theologischen Fakultät der Humboldt-Universität zu Berlin (1991) Weiterführung der 1980 an der Kirchlichen Hochschule begonnenen Lehrtätigkeit an der Humboldt-Universität bis heute als außerplanmäßiger Professor.

Professor Dr. Jürgen Mittelstraß

Geboren 1936 in Düsseldorf. 1956-1961 Studium der Philosophie, Germanistik und evangelischen Theologie in Bonn, Erlangen, Hamburg und Oxford. 1961 Promotion in Erlangen, 1968 Habilitation. Seit 1970

Ordinarius für Philosophie und Wissenschaftstheorie in Konstanz (seit April 2005 im Ruhestand), seit 1990 zugleich Direktor des Zentrums für Philosophie und Wissenschaftstheorie. 1985-1990 Mitglied des Wissenschaftsrates; 1985-1999 Mitglied des Auswahlausschusses der Alexander von Humboldt-Stiftung; 1992-1997 Mitglied des Senats der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG); 1993-1999 Mitglied (Gründungsmitglied) des Deutsch-Amerikanischen Akademischen Konzils (Bonn/Washington D.C.); 1993-1994 Mitglied des Strategiekreises beim Bundesminister für Forschung und Technologie; 1995-1998 Mitglied des Rates für Forschung, Technologie und Innovation beim Bundeskanzler; seit 2003 Mitglied (seit April 2005 Vorsitzender) des Österreichischen Wissenschaftsrates. 1997-1999 Präsident der Allgemeinen Gesellschaft für Philosophie in Deutschland. Mitglied der Akademie der Wissenschaften zu Berlin (1987-1990), der Berlin-Brandenburgischen Akademie der Wissenschaften (Berlin), der Deutschen Akademie der Naturforscher Leopoldina (Halle/Saale), der Academia Europaea (London, Vizepräsident 1994-2000, seit 2002 Präsident), des Konvents für Technikwissenschaften der Union der deutschen Akademien der Wissenschaften e.V. (akatech), der Pontifical Academy of Sciences (Pontificia Academia Scientiarum) (Rom); Korrespondierendes Mitglied der Académie Internationale d'Histoire des Sciences (Paris) und der Österreichischen Akademie der Wissenschaften (Wien). 1989 Leibniz-Preis der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG); 1992 Arthur Burkhardt-Preis; 1998 Lorenz-Oken-Medaille der Gesellschaft Deutscher Naturforscher und Ärzte (GDNÄ); 2000 Preis der Dr. Margrit Egnér-Stiftung; 2000 Werner Heisenberg-Medaille der Alexander von Humboldt-Stiftung. 2000 Ehrendoktorwürde der Universität Pittsburgh/USA, der

Humboldt-Universität zu Berlin, der Universität Iasi/Rumänien; 2003 Ehrendoktorwürde der Universität Tartu (früher Dorpat)/Estland; 2004 Ehrendoktorwürde der Technischen Universität Berlin (Dr.-Ing. E.h.). 2007 Ehrendoktorwürde der Universität Duisburg-Essen. 1993 Verdienstorden des Landes Berlin, 1999 Verdienstkreuz 1. Klasse des Verdienstordens der Bundesrepublik Deutschland, 2006 Bayerischer Verdienstorden.

Susann Müller

Geboren 1960 in Wilhelmshaven, verheiratet, 3 Kinder. Abitur 3.6.1980 in Cuxhaven, 1980 bis 1986 Studium der Rechtswissenschaften an der Universität Trier, erstes juristisches Staatsexamen am 17.2.1987 Trier. 1987 bis 1991 Referendariat in Niedersachsen und Berlin. Zweites juristisches Staatsexamen am 10.04.1991 Berlin. Juni bis November 1991 Rechtsanwältin, seit Dezember 1991 Richterin, seit Januar 1994 Tätigkeit am Amtsgericht Pankow/Weißensee mit Schwerpunkt Familienrecht, gegenwärtig Vormundschaftsrichterin.

Professor Dr. Roland Schiffter

Geboren 1937 in Polleben bei Eisleben/Südharz. Aufgewachsen und Schulbesuch in Grube Marga (später Brieske-Ost) bei Senftenberg/Niederlausitz. Medizinstudium an der Humboldt-Universität zu Berlin 1955-1960. Dort auch Promotion zum Dr. med. 1961. Weiterbildung zum Arzt für Neurologie und Psychiatrie und wissenschaftliche Arbeit an den entsprechenden Kliniken der Freien Universität Berlin, Habilitation und Professur für Neurologie 1972 am Fachbereich Klinikum Steglitz (später Charité, Campus Benjamin Franklin). Über 100 wissenschaftliche Publikationen zu diversen klinisch-neurologischen Themen, Schwerpunkte: Vegetatives Nervensystem, Okulomotorik, Bewusstseinsstörungen, Neurophysiologie der Psychosomatik, Me-

dizingeschichte. Handbuch- und Lehrbuchbeiträge; zwei eigene neurologische Lehrbücher (Neurologie des vegetativen Systems; Bindegewebsmassage). Feuilletonistische Aufsätze in Zeitungen und Zeitschriften. Träger der Ernst-von-Bergmann-Plakette der Bundesärztekammer (2002). Seit der Pensionierung 2002 intensivere Beschäftigung mit der Romantik und der romantischen Medizin. Publikation von drei Büchern aus diesem Bereich beim Verlag Königshausen und Neumann (über Bettina und Achim von Arnim, über Heinrich Heine und: *Leben, Leiden und Sterben in der Romantik. Neue Pathografien zur romantischen Medizin*). Weiterhin Vortragstätigkeit und Mitarbeit bei der ärztlichen Fortbildung (Kaiserin-Friedrich-Stiftung Berlin). Verheiratet, ein Sohn.