



Akademien der Wissenschaften Schweiz  
Académies suisses des sciences  
Accademie svizzere delle scienze  
Academias svizas da las ciencias  
Swiss Academies of Arts and Sciences

# Intimität und Intrusion

Bericht zum interdisziplinären Workshop-Zyklus «Medical Humanities»  
der SAMW und der SAGW



*Sibylle Obrecht Lösch*

## Intimität und Intrusion:

Bericht zum interdisziplinären Workshop-Zyklus  
«Medical Humanities» der SAMW und der SAGW

Diese Publikation entstand unter Mithilfe von:

Nadja Birbaumer  
Delphine Quadri  
Michelle Salathé  
Martine Stoffel

© 2011 Akademien der Wissenschaften Schweiz  
Hirschengraben 11  
Postfach 8160  
3001 Bern  
Tel. 031 313 14 40  
Fax 031 313 14 50  
[info@akademien-schweiz.ch](mailto:info@akademien-schweiz.ch)

ISBN 978-3-905870-17-6

# Inhaltsverzeichnis

## **Vorwort**

Medizin und Humanwissenschaften <i>Dieter Bürgin</i>	5
---	---

<b>Einleitung</b>	9
-------------------	---

## **Workshop 1**

<i>«Intimität und Intrusion in der Psychiatrie: Interdisziplinäre Aspekte»</i>	13
--	----

Bilanz aus dem ersten Workshop	17
--------------------------------	----

## **Workshop 2**

<i>«Intimität und Intrusion auf der Intensivstation»</i>	21
--	----

Bilanz aus dem zweiten Workshop	24
---------------------------------	----

## **Workshop 3**

<i>«Konsultation und Sexualität, jenseits von Viagra und Scham»</i>	27
---	----

Bilanz aus dem dritten Workshop	30
---------------------------------	----

Zusammenfassung der Ergebnisse	32
--------------------------------	----

Ausblick	35
----------	----

Literatur	38
-----------	----

Anmerkungen	40
Die Programme der Workshops	42
<b>Anhang</b>	
Kurzbiographie der Berichterstatlerin	45
Vorbereitungsgruppe	45
Aktivitäten im Bereich «Medical Humanities»	46
Akademien der Wissenschaften Schweiz	47
Schweizerische Akademie der Geistes- und Sozialwissenschaften	47
Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften	48

# Vorwort: Medizin und Humanwissenschaften

*Dieter Bürgin, Juni 2011*

Im Bericht der ExpertInnengruppe der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) (2004) über «Ziele und Aufgaben der Medizin zu Beginn des 21. Jahrhunderts» wurden unter anderen folgende Aufgaben festgehalten:

- Aufgabe 7: «Medizinische Fachpersonen streben sowohl individuell als auch als Gemeinschaft eine stete Erweiterung des medizinischen Wissenskorpus an. Dabei kommen, neben der persönlichen Erfahrung, alle Erkenntnisse zum Tragen, die mit der Vielfalt *etablierter, kritisch reflektierter, wissenschaftlicher Methoden gewonnen wurden.*»
- Aufgabe 8: «Sowohl die naturwissenschaftlich-biologischen Erkenntnisse *als auch das psychosozial und geisteswissenschaftlich erworbene Wissen* werden in Lehre, Forschung und Patientenversorgung in angemessenem Verhältnis angewandt, gepflegt und erweitert.»

Der bisherige Beitrag der Humanwissenschaften zur Medizin ist beachtlich. Sie waren an der Verbesserung der Beziehung zwischen Arzt und Patient wie auch an der Sensibilisierung für Gesundheits- und Krankheitskonzepte beteiligt und halfen bei der Klärung der sozialen und kulturellen Vorstellungen der unterschiedlichen Akteure in der medizinischen Praxis wie auch bei der Aufarbeitung des historischen Kontextes der Medizin. Aber auch scheinbar fernere Bereiche haben relevante Beiträge geleistet, wie z.B. die Architektur (man denke nur an den Spitalbau), die Medienwissenschaften (beispielsweise, was die Information der Bevölkerung im Hinblick auf Eigenkompetenz angeht), die Jurisprudenz (z.B. im Hinblick auf die Patientenrechte), die Literaturwissenschaften (nicht zuletzt die Linguistik) oder auch die ökonomischen Wissenschaften (z.B., was Anreizsysteme angeht).

Im klinischen Alltag orientieren wir uns in Diagnostik, Therapie und Forschung – neben den körperlichen Untersuchungsbefunden – an dialogischen Parametern, nämlich den vom Patienten und seiner Umgebung gelieferten Daten, die uns erzählt werden, also eine *narrative Form* haben. Wir legen *Krankengeschichten* an. In dem Artikel über «narrative based medicine in an evidence based world» heisst es: «Clinical method is an interpretative act which draws on narrative skills to integrate the overlapping stories told by patients, clinicians, and test results» (Greenhalgh T.,

BMJ, 1999). Der Arzt braucht eine *narrative Kompetenz*. Ein Narrativ ist der sprachlich-kommunikativ gegliederte Ausdruck von Erfahrung und Wissen, das nach Relevanzgesichtspunkten zeitlich und damit geschichtlich gegliedert wird. Jede Geschichte hat einen Anfang, einen Ablauf und ein Ende, verfügt über einen Erzähler und einen Hörer (wie wird erzählt, wie wird gehört?). In Narrative eingebundenes Wissen ist leichter zu merken, bildet weitere Geschichten und regt zum Reflektieren und Denken an. Entsprechende qualitative Forschung geht von klinischen Erfahrungen, d.h. sozialen Interaktionen, aus und generiert neue Hypothesen (z.B. betreffend Verlust, Sterben, Tod). Es handelt sich beim Feld zwischen Medizin und Humanwissenschaften also keinesfalls um einen Antagonismus, sondern um eine *Komplementarität*.

Die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) und die Schweizerische Akademie der Geistes- und Sozialwissenschaften (SAGW) beschäftigen sich schon lange mit diesem Feld. 2004 und 2006 wurden zwei Tagungen durchgeführt, an welcher das Zusammenwirken von Medizin und Humanwissenschaften theoriegeleitet thematisiert und debattiert wurde. Von der Praxis ausgehend organisierte eine interdisziplinäre, von beiden Akademien zusammengestellte Programmgruppe in der Folge 2009 und 2010 unter dem übergreifenden Thema «Intimität und Intrusion» drei fachspezifische Workshops, die, wegen der möglichst optimalen Erreichbarkeit, in entsprechende medizinische Fachkongresse eingebettet wurden und jeweils ein unterschiedliches Format aufwiesen.

Der vorliegende Bericht umfasst – aus dem Blickwinkel einer aussenstehenden Person – die Bilanz und Zusammenfassung dieser drei Anlässe. Interdisziplinarität ist und bleibt eine hochkomplexe Akrobatik. Sie läuft z.B. der heute so sehr geforderten und – wegen des «Rankings» – auch geförderten Hochspezialisierung diametral entgegen, relativiert und verunsichert den nur eigenen Standpunkt, ermöglicht aber Funkenschläge, die kaum durch etwas anderes zu ersetzen sind.

Damit die sehr unterschiedlichen und facettenreichen Bereiche von Medizin und Humanwissenschaften im Einzelnen befruchtend für einander sein können, bedarf es sorgfältigster persönlicher Vorbereitungs- und Absprachearbeit. Eine gewisse Asymmetrie wird aber in keinem Falle zu vermeiden sein, wenn es sich nicht um rein theoretische Fragen, sondern um praktische Umsetzungen handelt. Liegen die hauptsächlichsten Vorteile einer solchen Zusammenarbeit für die Medizin in der Bereicherung ihres Wissens- und Fertigkeitenkanons durch die anderen Fachdisziplinen, so dürfte der grösste Anreiz für die Humanwissenschaften in der Eröffnung höchst interessanter Forschungsfelder liegen. Ein intensiverer interdisziplinärer Dialog und eine etabliertere interfakultäre Kollaboration,

d.h. eine vertiefte Zusammenarbeit von Medizin und Humanwissenschaften, wird, zu welchem Zweck auch immer sie gesucht wird, in jedem Falle einen längeren vorgängigen Dialog über die insgesamt doch sehr unterschiedlichen Denk- und Forschungsmethodiken erfordern.





# Einleitung

«Wer allein auf einer fachlichen oder disziplinären 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», fasst Jürgen Mittelstrass das Streben nach Interdisziplinarität in eine Metapher, die kooperationswillige Wissenschaftler mit sehr einsamen und deshalb wenig wählerischen Insulanern gleichsetzt.<sup>1</sup> Wer sich – zumindest für einen kurzen Moment – durch den Philosophen und Wissenschaftstheoretiker nicht provozieren lässt, könnte sich die medizinischen Wissenschaften als grosse, weitläufige Inselgruppe vorstellen, deren Bewohner sich derzeit mit grossen Herausforderungen konfrontiert sehen, die sowohl ihre Wissensgrundlagen als auch ihre Praxen betreffen: Die gesellschaftliche und ökonomische Bedeutung des Gesundheitssektors wächst; gleichzeitig gelten die Definitionen, Rahmenbedingungen und Ziele der Biomedizin als verhandelbar und verhandlungsbedürftig.<sup>2</sup> Wie weit reicht die Erklärungskraft des naturwissenschaftlichen Referenzrahmens, der die Sicht auf Krankheit und Gesundheit bis vor wenigen Jahrzehnten dominierte? Wie gross muss und darf der Einfluss der Marktkräfte auf die medizinische Praxis sein? Wie weit muss sich die Biomedizin gegenüber nicht-westlichen Erklärungs- und Behandlungsmodellen öffnen? Wie definiert sich das Verhältnis zwischen Machbarem und Wünschbarem, insbesondere am Anfang und am Ende des Lebens? Wie gestaltet sich in Zukunft das Verhältnis zwischen kurativer, präventiver und palliativer Medizin? Lösungsansätze für diese und viele weitere offene Fragen finden die Vertreter der medizinischen Wissenschaften nur dann, wenn sie bereit sind, über die Demarkationen ihrer eigenen Inselgruppe hinauszublicken – davon sind zumindest viele Beteiligte überzeugt. Impulse, insbesondere für die medizinische Praxis, erhoffen sie sich insbesondere von den Geistes- und Sozialwissenschaften, die angesichts der eigenen Schwierigkeiten in einem attraktiven Licht erscheinen. Ein vertieftes Verständnis für soziale und kulturelle Differenzen, ein geschärfter Blick für Systemzusammenhänge, eine Verbesserung der Reflexions- und Kommunikationskompetenz, ja sogar eine «Humanisierung» der Medizin durch eine Stärkung der Patientenperspektive und der interpretativen Fähigkeiten der Therapeuten – die Palette an methodischen Instrumenten und Wissensbeständen aus den Geistes- und Sozialwissenschaften, die für die medizinische Praxis fruchtbar gemacht werden könnten, ist ebenso breit wie unscharf konturiert.

## Sondierungen durch die Akademien

Der vorliegende Bericht reflektiert die interdisziplinären Annäherungsversuche anhand eines konkreten Beispiels: Die *Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW)* und die *Schweizerische Akademie der Geistes- und Sozialwissenschaften (SAGW)* haben im September 2009 und im Mai 2010 einen Workshop-Zyklus zum Thema «Intimität und Intrusion» durchgeführt. Das durch die Akademien eingesetzte Programmkomitee «Medical Humanities» konzipierte den Zyklus gleichzeitig als Stimulans und als diagnostisches Instrument. Drei halbtägige Veranstaltungen sollten einerseits Hinweise auf die Produktivität und die Erfolgchancen von Schnittstellen zwischen den Disziplinen liefern, sie sollten andererseits den Medical Humanities in der Schweiz Impulse vermitteln: Inwiefern liessen sich geistes- und sozialwissenschaftliche Methoden und Wissensbestände für die medizinische Praxis fruchtbar machen? Wie konnten die Akademien den Dialog zwischen den Disziplinen fördern? Und wie konnten sie bestehende Projekte so vernetzen, dass ein Erfahrungsaustausch möglich war?

Auf der Suche nach Antworten hatten die SAMW und die SAGW bereits in den Vorjahren zwei gemeinsame Sondierungen in der Form mehrtägiger Veranstaltungen durchgeführt, die sich der Beziehung zwischen den Kulturwissenschaften und der Medizin (2004) respektive der Rolle der Geistes- und Sozialwissenschaften in der medizinischen Grundausbildung (2006) widmeten.<sup>3</sup> Die dritte, hier dokumentierte Veranstaltungsreihe stellte nicht die Lehre, sondern die medizinische Praxis in den Vordergrund: Sie sollte Rückschlüsse darauf ermöglichen, ob sich praktizierende Ärzte, Pflegepersonen sowie Forschende aus den Geistes- und Sozialwissenschaften auf ein Erkenntnisinteresse einigen konnten, das sowohl für die medizinische Praxis als auch für die geistes- und sozialwissenschaftliche Forschung produktiv war. Das Vorgehen war dabei ein exemplarisches: Inhaltlich stand nicht die Diskussion methodischer und erkenntnistheoretischer Fragen im Vordergrund, sondern mit dem Gegensatzpaar «Intimität und Intrusion» ein konkretes Oberthema, anhand dessen die Konturen einer interdisziplinären Kooperation ausgelotet werden sollten. Das Thema erlaubte eine Reflexion des Spannungsfelds, das sich zwischen der Notwendigkeit diagnostischer und therapeutischer Eingriffe auf der einen und der Wahrung der Intimsphäre im Kontext von Erkrankung, Behinderung und Trauma auf der anderen Seite aufbauen kann.

Da primär ein Publikum aus den medizinischen Wissenschaften angesprochen werden sollte, bettete man die drei Workshops in medizinische Fachkongresse ein und limitierte sie – konform zu dem oft knappen Zeit-

budget des Zielpublikums – auf anderthalb bis knapp vier Stunden. Jeder der drei Workshops beleuchtete das Thema aus einer anderen Perspektive: Entsprechend der spezialdisziplinären Ausrichtung der gastgebenden Fachkongresse lag der Fokus auf der Psychiatrie, der Intensivmedizin und der Inneren Medizin.

## **Die Medical Humanities: Tiefe Wasser?**

Die Akademien wagten sich in tiefe Wasser vor, als sie den Anspruch formulierten, eine Zusammenarbeit zwischen den Disziplinen zu fördern, die nicht nur inter- respektive multidisziplinären, sondern auch überregionalen Charakter hatte: Im Inland bereits etablierte Kooperationen zwischen den medizinischen Wissenschaften und den Geistes- und Sozialwissenschaften zeichnen sich in aller Regel durch eine limitierte Reichweite und eine grosse Heterogenität aus, sie beschränken sich auf Akteure aus einzelnen Subdisziplinen oder aus einzelnen Regionen.<sup>4</sup>

Wer nach Vorbildern für eine breit angelegte, konzertierte Zusammenarbeit zwischen dem gesamten Disziplinenpektrum der Geistes- und Sozialwissenschaften und der medizinischen Wissenschaften sucht, wird allerdings nicht nur im Inland, sondern auch auf internationaler Ebene enttäuscht. So reichen zum Beispiel an US-amerikanischen Universitäten die ersten Initiativen zur Erweiterung der medizinischen Grundausbildung durch geistes- und sozialwissenschaftliche Methoden und Perspektiven bereits einige Jahrzehnte zurück. Trotzdem bilden die Medical Humanities auch im angloamerikanischen Raum bis heute ein noch wenig institutionalisiertes Feld von geringer Kohärenz, das nur sehr diffuse Konturen entwickelt hat. Dies gilt sowohl für die Wissensvermittlung, die das Verständnis der Medical Humanities massgeblich geprägt hat, als auch für die Wissensproduktion, der bis heute eine eher untergeordnete Rolle zukommt.<sup>5</sup>

## **Freudige Partien, Irrfahrten und Havarien**

Die drei Workshops zum Thema «Intimität und Intrusion» zielten nicht auf eine explizite wissenschaftspolitische und erkenntnistheoretische Reflexion der Medical Humanities ab. Hier wurden keine Sonntagsreden über die vielbeschworene Interdisziplinarität gehalten: Die Referentinnen und Referenten testeten vielmehr anhand konkreter Beispiele die Möglichkeiten und Grenzen des interdisziplinären Dialogs aus. Diese Praxisorientierung der Workshops machte die Ausflüge von einer disziplinären

Inselgruppe zur nächsten – um auf die Eingangsmetapher zurückzukommen – zu einer anregenden, produktiven und alles andere als ziellosen Partie. In allen beteiligten Disziplinen und Spezialdisziplinen fanden sich Wissenschaftler, die sich mit grosser Neugier auf Perspektiven ausserhalb ihres vertrauten Referenzrahmens einliessen. Ein Bewusstsein dafür, dass sich Medizin und Gesellschaft gegenseitig durchdringen, war also auf jeden Fall vorhanden, auch wenn kein Konsens über den Grad dieser Durchdringung vorausgesetzt werden darf.

Neben vielen gelungenen Überfahrten kam es aber durchaus auch zu Irrfahrten und Havarien, in denen eine sorgfältig angepeilte Landestelle auf der Inselgruppe einer anderen Disziplin nicht erreicht wurde – zum Beispiel dann, wenn die Referenten aneinander vorbeiredeten oder wenn es ihnen nicht gelang, einen produktiven Bogen von der Theorie zur Praxis zu schlagen. Weil sie eine Reflexion der Aushandlungsprozesse zwischen den Disziplinen nicht explizit vorsahen, erwiesen sich die Praxisorientierung und der knappe Zeitrahmen hier als nachteilig: Es gab kaum eine Möglichkeit, Übersetzungsprobleme oder enttäuschte Erwartungen explizit zu machen und zu klären. Mit diesem Bericht, verfasst im Auftrag des Programmkomitees der SAMW und der SAGW, versuche ich die entstandene Lücke zumindest ansatzweise zu füllen – zum Teil unter Zuhilfenahme von Texten der Referentinnen und Referenten oder Dritter.<sup>6</sup> Ich erfülle diese Aufgabe im Bewusstsein, dass die Analyse einer Beobachterin kein Ersatz ist für die Selbstreflexion der aktiv Teilnehmenden und dass die Aussen- und die Innenperspektive nicht unbedingt kongruent sein müssen. Die Konturen einer interdisziplinären Zusammenarbeit zeichnen sich – so Micheline Louis-Courvoisier – immer dann besonders ausgeprägt ab, wenn Hindernisse auftauchen.<sup>7</sup> In diesem Sinne hoffe ich, dass sowohl die freudigen Partien als auch die Irrfahrten und Havarien zu einer klareren Konturierung der Medical Humanities in der Schweiz beitragen.

## Workshop 1

**Fokus**  
Psychiatrie

**Titel**  
«Intimität und Intrusion  
in der Psychiatrie:  
Interdisziplinäre Aspekte»

**Organisation**  
Prof. Dr. med. Dieter Bürgin,  
Basel

**Rahmen**  
Jahreskongress  
der Schweizerischen  
Gesellschaft für Psychiatrie  
und Psychotherapie (SGPP),  
Genf

**Termin**  
Donnerstag, 3.9.2009

**Zeitfenster**  
Knapp vier Stunden

## Workshop 1: «Intimität und Intrusion in der Psychiatrie: Interdisziplinäre Aspekte»

### Überblick

Der erste Workshop deckte thematisch ein breites Spektrum an Themen aus der klinischen Praxis der Psychiatrie ab. Formal zeichnete sich die Veranstaltung durch eine klare Rollenteilung zwischen den Disziplinen aus: Die Vertreter der medizinischen Wissenschaften präsentierten Fallgeschichten, die Geistes- und Sozialwissenschaftler verknüpften die konkreten Beispiele mit Hintergrundwissen und anwendungsorientierten Hinweisen.

### Das Konzept

Das Programm der vierstündigen, straff strukturierten Veranstaltung (vgl. dazu den Anhang) spiegelte den Ehrgeiz, mit dem Workshop mehr zu leisten als eine Zusammenschau der unterschiedlichen fachspezifischen Perspektiven auf das Oberthema. Die Organisatoren setzen dabei auf die kohäsive Kraft des Konkreten: Den Dreh- und Angelpunkt der Veranstaltung bildeten vier Fallgeschichten aus der psychiatrischen Praxis, denen die Funktion eines Ankers zukam. Als gemeinsamer Bezugspunkt sollten sie den Dialog zwischen den Exponenten der verschiedenen Disziplinen erleichtern. Den referierenden Psychiatern und Psychologen stand jeweils eine Viertelstunde zur Verfügung, um einen besonders prägnanten Fall vorzustellen. Jeder Fallgeschichte war ein zehnminütiges Koreferat zugeordnet, das den Fall aus sozial- oder rechtswissenschaftlicher Perspektive reinterpretierte, sowie ein gleich grosses Zeitfenster für die Diskussion, an der sich auch das Publikum beteiligen konnte.

## Das Publikumsinteresse

Nimmt man die Zuschauerzahlen als Massstab, dann stiess der erste Workshop der dreiteiligen Serie auf die grösste Resonanz: Ungefähr dreissig Zuhörer nahmen an dem Workshop teil, ungefähr ein Drittel davon allerdings nur an den ersten beiden Themenblöcken bis zur Zwischenpause. Soweit der Hintergrund der Zuhörer zu eruieren war, schienen sie mehrheitlich – entsprechend der Einbindung des Workshops in die Jahrestagung der *SGPP* – einen medizinischen Hintergrund zu haben.

### Die Fallbeispiele: Konturlose Intimität?

Die vier referierenden Experten, die alle aus der Deutschschweiz stammten, deckten mit ihren Fallgeschichten ein breites Themenspektrum ab, das von den alltäglichen Aushandlungsprozessen in der klinischen Praxis über interkulturelle Fragen bis zu juristischen Problemen reichte: Wie geht man um mit einer Frau, die sich tagelang nicht duscht, im Frühling dicke Winterkleidung trägt und die Therapeutin beschimpft? Soll der Psychotherapeut den behinderten Jungen auf die Toilette begleiten oder soll er sich abgrenzen? Was tun, wenn sich eine schwangere Drogenkonsumentin der Begleitung durch die Experten zunehmend entzieht, je näher die Geburt rückt? Wie kann der Therapeut verhindern, dass seine Befragungen und Handlungen für eine schwer traumatisierte Patientin alles noch schlimmer machen, als es ohnehin schon ist? Sowohl die konkreten Beispiele als auch die analysierenden Koreferate deklinierten das Begriffspaar «*Intimität*» und «*Intrusion*» in ganz unterschiedlichen therapeutischen und gesellschaftlichen Kontexten durch. Die Begriffe selbst blieben dabei erstaunlich konturlos. Dies gilt vor allem für den Begriff «*Intimität*»: «*Intimität*» – so könnte man den kleinsten gemeinsamen Nenner zusammenfassen – impliziert Nähe, Vertrauen und Diskretion. «*Intimität*» hat darüber hinaus häufig etwas mit dem Körper zu tun. Wer den Begriff einsetzt, trifft in der Regel Aussagen über die Qualität einer Beziehung oder eines Selbstverhältnisses. Schwer fassbar blieb allerdings die Zuordnung dieser Qualität: Ist Intimität – im Sinne einer «*Intimsphäre*» – eine eher statische Qualität, die mit einzelnen Individuen und ihren Körpern assoziiert ist? Oder ist sie eine dynamische Qualität, die nur in Beziehungen zum Tragen kommt und die immer neu ausgehandelt werden muss? Wenn beide Definitionen zutreffen – in welchem Wechselverhältnis stehen sie? Die meisten Referenten, die eine explizite Definition vornahmen, stellten den Beziehungsaspekt und damit die Dynamik in den Vordergrund. Für den Psychiater Dieter Bürgin (*Basel*) zum Beispiel, der

den einführenden Vortrag hielt, gehören zur Intimität immer mindestens zwei: Intimität markierte gemäss seiner Definition «*eine grosse dyadische Nähe*». Der Soziologe Ilario Rossi (*Institut des Sciences Sociales, Université de Lausanne*) beschrieb sie als «*espace qui se nourrit de l'ouverture vers les autres, au plus près de soi (...)*», während der Psychiater Stefan Klatte (*Psychiatrische Poliklinik, Universitätsspital Basel*) von einem «*Gefühl tiefster Vertrautheit, wie es im Zusammenleben mit dem Partner entstehen kann*», sprach. Die Psychologin Elisabeth Hämmerli (*Kantonale Psychiatrische Dienste, Liestal*) dagegen assoziierte das Begriffspaar stärker mit «*Grenzen*» und «*Schutz*» als mit dem Beziehungsaspekt. «*Intimität muss gewahrt werden, indem wir Grenzen respektieren, aber auch Grenzen setzen*», erläuterte die Therapeutin ihre Definition.

## Intimität im Spannungsfeld

Auch wenn die Bandbreite an Themen gross war und das Begriffspaar «*Intimität*» und «*Intrusion*» diffus blieb (oder vielleicht gerade deshalb<sup>8</sup>), lässt sich durchaus ein Kernthema ausmachen. Elisabeth Hämmerli sprach von der «*Paradoxie, die in der psychiatrischen Arbeit angelegt ist*», und adressierte damit ein Spannungsfeld, das durch zwei Vorgaben entsteht, die sich zumindest teilweise widersprechen: Einerseits gilt es, Grenzen zu respektieren, um die Intimität des Patienten zu schützen. Andererseits basiert der Heilungsprozess unter anderem darauf, Einblicke in genau diesen intimen, privaten Raum zu erhalten. Ziel der Therapie sei, so Dieter Bürgin, «*die Wiederherstellung von Intimität*». Wie aber stellt man Intimität (oder die Fähigkeit zur Intimität) wieder her, ohne dass der Patient die Therapie als intrusiv empfindet? Wie hilft man einem Menschen, für den, so Elisabeth Hämmerli, «*Innen und Aussen im Erleben bedrohlich nah beieinander liegen*»? Die vier Fallbeispiele illustrierten, dass der Grat, der die respektvolle Behandlung der Patienten von intrusiven Praktiken trennt, zuweilen äusserst schmal ist. Die Diagnose- und Therapieprozesse verlangen den Ärzten und Pflegenden laufend Balanceakte ab. Dies gilt für ganz alltägliche Verrichtungen wie die Körperpflege auf der Akutstation, aber auch für die Begleitung existentieller Entscheidungen wie die Durchführung einer Interruptio. Was als intim und was als intrusiv gilt, muss zwischen Patienten, Pflegenden und Ärzten immer neu ausgehandelt werden. Die vier Fallbeispiele zeigten eindrücklich, dass es zumindest innerhalb der medizinischen Wissenschaften keine einfach zu reproduzierenden Rezepte gibt, wie diese Aushandlungsprozesse zu gestalten sind.



Auch die Kommentatoren waren nicht dazu in der Lage, einen kurzen Blick in die sozialwissenschaftlichen Rezeptsammlungen zu werfen und daraus einfach nachzukochende Problemlösungsvorschläge abzuleiten. Einzig die Rechtswissenschaftlerin Dominique Manai-Wehrli (*Département de Droit Civil, Université de Genève*) konnte auf Grundlagen zurückgreifen, aus denen sich konkrete Handlungsanleitungen formulieren liessen. Sie kommentierte eine Fallgeschichte, die den Umgang mit einer schwangeren, ambulant betreuten und nicht immer kooperationsbereiten Drogenkonsumentin thematisierte. Kyrill Schwegler (*Zürich, Fallbeispiel aus der Psychiatrischen Poliklinik am Universitätsspital Basel*) schilderte den schwierigen Balanceakt zwischen einer lasch-permissiven und einer invasiv-kontrollierenden Haltung: Sollte er der Patientin gewisse Freiheiten lassen? Oder musste er, im Interesse des ungeborenen Kindes, mehr Kontrolle ausüben? Zumindest aus juristischer Sicht konnte Manai-Wehrli den Psychiater beruhigen: Da ein Fötus laut Gesetz keine Persönlichkeit sei und da die Patientin in ihrer Entscheidungsfähigkeit nicht eingeschränkt gewesen sei, wären Zwangsmassnahmen in diesem Fall nicht angebracht gewesen: Die Ärzte hätten also ihre Sorgfaltspflicht gegenüber dem ungeborenen Kind nicht verletzt.

Anders als die Rechtswissenschaftlerin konnten die Kommentatoren aus der Ethnologie und der Soziologie nicht auf ein normatives, kodifiziertes Wissen zurückgreifen. Sie setzten auf die vertiefte Reflexion des sozialen und kulturellen Kontextes der Fallgeschichten oder – wie sich Ilario Rossi ausdrückte – auf ein «*aller et retour entre le général et le particulier*». Zwischen der Generalisierung und dem Einzelfall waren oft beträchtliche Distanzen zurückzulegen: In ihrer Redezeit, die für sozialwissenschaftliche Verhältnisse knapp bemessen war, reisten sie deshalb häufiger per Überschall als in beschaulichem Tempo. Wer sich auf die rasanten Expeditionen einliess, wurde aber durchaus belohnt. So vermochten die Sozialwissenschaftler Ilario Rossi und René Knüsel (*Institut des Sciences Sociales et Pédagogiques, Université de Lausanne*) aufzuzeigen, dass die Paradoxie psychiatrischer Arbeit untrennbar verwoben ist mit den Paradoxien, die die Konstruktion von Individualität und Identität prägen. Wer sich in spätmodernen Gesellschaften erfolgreich etablieren will, muss ein zusammenhängendes Selbst entwerfen: ein Selbst, das laufend soziale, kulturelle und ökonomische Vorgaben mit individuellen Gestaltungsspielräumen verklammern kann und das dabei stabil bleibt, aber auch ein Selbst, das sich nicht hermetisch abschliesst, sondern das sich gegenüber seiner Umwelt öffnen kann – das zur Intimität fähig ist. Diese Oszillationsbewegung zwischen Abgrenzung und Öffnung ist nicht un-

problematisch, weil die Offenbarungen der Individuen auch missbraucht werden können: *«En se découvrant, on prend le risque d'être victime de violences et de contrôles de la part de ceux qui peuvent utiliser cette proximité pour asseoir leur domination»*, zitierte Rossi den Ethnologen Michel Joubert.<sup>9</sup>

Dass erlittene Gewalt das Spannungsfeld psychiatrischer Arbeit nochmals zusätzlich auflädt und damit die Probleme akzentuiert, zeigte das Referat der Ethnologin Corina Salis Gross (*Institut für Sozialanthropologie der Universität Bern / Institut für Sucht- und Gesundheitsforschung, Zürich*). Gerade Patienten mit Migrationshintergrund verfügen oft über kumulierte Gewalterfahrungen. Das Risiko, dass sie den Diagnose- und Therapieprozess als intrusiv empfinden und eine Retraumatisierung erleiden, steigt dadurch massiv. Salis Gross leitete aus ihrer Darstellung die Forderung nach einer transkulturellen Organisationsentwicklung ab. Darüber hinaus regte sie an, das Prinzip der professionellen Abstinenz bei Patienten mit Migrationshintergrund zu überdenken: *«Traumatisierte und sogar retraumatisierte Patientinnen benötigen <reale> Unterstützung, und dies nicht nur im privaten Rahmen, sondern in Form von umfassender Annahme direkt durch die <Vertrauenspersonen> der Professionen (wie Ärzte, Anwälte oder Pfarrer) oder deren Vertreter.»*

## **Bilanz aus dem ersten Workshop**

Der erste Workshop lässt darauf schliessen, dass sich in den beteiligten Disziplinen durchaus Wissenschaftler finden lassen, die bereit sind, sich auf Perspektiven ausserhalb ihres vertrauten Referenzrahmens einzulassen. Der Austausch wurde von einzelnen Referenten explizit als interessant und bereichernd eingestuft. Neben diesen wichtigen Konvergenzen zeichneten sich im Genfer Workshop aber auch Divergenzen zwischen den Disziplinen ab.<sup>10</sup> Auch wenn der medizinische respektive der geistes- und sozialwissenschaftliche Hintergrund die Referierenden nicht in zwei monolithische Blöcke teilte, so wurde doch deutlich, dass sie sich nicht an den gleichen erkenntnistheoretischen Horizonten orientieren und dass sie ihr fachspezifisches Wissen auf unterschiedliche Art und Weise produzieren, repräsentieren und in die Praxis übersetzen.<sup>11</sup> Die klare Rollenverteilung, die im Tagungskonzept vorgegeben war, förderte zwar die Fokussierung auf das Tagungsthema, akzentuierte aber auch die bestehenden strukturellen und fachkulturellen Differenzen: Die Referenten aus medizinischen Wissenschaften wurden vornehmlich als Praktiker angesprochen, die Referenten aus den Geistes- und Sozialwissenschaften als Beobachter und Interpreten. Diese Zuschreibungen, so möchte ich in den

folgenden beiden Abschnitten argumentieren, liessen den Referierenden wenig Freiheit bei der Suche nach Schnittstellen zwischen den Disziplinen, sie generierten darüber hinaus womöglich Erwartungen, die nicht oder nur sehr schwer erfüllbar waren.

## Leistungen und Gegenleistungen?

«*La difficulté est double: dire ou écrire l'intime, c'est le priver assurément de sa qualité d'intime, le détruire peut-être*», charakterisierte der Soziologe Ilario Rossi mit Aline Mura-Brunel das Dilemma der Diskursivierung der Intimität, «*or, le taire permet certes de le préserver en tant qu'intime, mais c'est alors se condamner à ne jamais le connaître, ne pas le faire connaître.*»<sup>12</sup> Die Struktur des Workshops implizierte, dass die Psychiater und Psychologen über die Fallgeschichten Einblicke in den sensiblen therapeutischen Freiraum vermittelten, der ein wechselseitiges Vertrauensverhältnis zwischen Ärzten, Pflegenden und Patienten voraussetzt und der durch geschriebene und ungeschriebene Regeln geschützt wird. Einsicht in diesen zentralen, aber verletzlichen Freiraum erhält nur, wer direkt in den Behandlungsprozess involviert ist oder – mit Einschränkungen – wer Wissen produziert, das zukünftige Behandlungen direkt oder indirekt verbessern könnte.<sup>13</sup> Das heisst: Die Fallgeschichten waren mit der Erwartung einer Gegenleistung verknüpft. Dass sich ihre Autoren nicht als allwissende Experten präsentierten, sondern dass sie über Situationen berichteten, in denen sie sich im Spannungsfeld zwischen Intimität und Intrusion eher unsicher bewegt hatten, dürfte die Erwartungen zumindest nicht gesenkt haben.

Wie aber lauteten diese Erwartungen? Der Psychiater Dieter Bürgin hatte in seiner Einleitung dem Wunsch Ausdruck gegeben, «*die Begegnung unter vier Augen auszuweiten zu einer Betrachtung unter vielen Augen, um bereichert in die Begegnung unter vier Augen zurückzukehren*». Er liess offen, worin diese Bereicherung bestehen sollte: Aus Einblicken in die Grundlagenforschung anderer Disziplinen? Aus Anstössen zur Selbstreflexivität? Aus praxistauglichem Rezeptwissen? Auch wenn vermutlich jeder Teilnehmer des Workshops unterschiedliche Erwartungen an die Geistes- und Sozialwissenschaften formuliert hätte, zeichnete sich im Lauf der Veranstaltung doch die (wenig überraschende) Tendenz ab, dass ein direkt anwendbares Wissen auf die grösste Resonanz stiess. Als zum Beispiel die Ethnologin Corina Salis Gross in der Diskussion ihres Vortrags ganz konkrete Hinweise und Handlungsanweisungen zur Fallgeschichte formulierte, schien die Temperatur im Saal um mehrere Grad zu steigen.

## Verstehen und erklären

Weniger eindeutig fielen die Reaktionen der Referenten und des Publikums auf die Reflexion der sozialen und kulturellen Kontexte medizinischer Praxis aus, zu der die Geistes- und Sozialwissenschaftler ansetzten. In der – für die Verhältnisse ihrer Disziplinen – sehr knapp bemessenen Redezeit wirkten ihre Ausführungen eher sperrig. Hätten sie sich die Analyse übergreifender Zusammenhänge sparen können, weil sich die Zuhörerschaft so oder so nur für konkrete Handlungsanleitungen interessierte? So eindimensional dürfte das Publikumsinteresse nicht gewesen sein, schon allein deshalb, weil die Diskurse der Psychiatrie bereits Verflechtungen mit denjenigen der Geistes- und Sozialwissenschaften aufweisen und damit ein gewisses Vorverständnis durchaus vorausgesetzt werden konnte. Die Hauptgründe für die streckenweise deutlich erkennbare Distanz zwischen den Disziplinen müssen woanders zu finden sein. Da ich keine repräsentative Befragung des Publikums und der Referenten durchgeführt habe, kann ich an dieser Stelle nur einige Möglichkeiten skizzieren:

- **Erstens könnten Übersetzungsprobleme vorgelegen haben**, und zwar auf zwei Ebenen: Die Kommentare vermittelten viel Wissen in kurzer Zeit, waren also entsprechend dicht und nicht durchgängig in eine Sprache übersetzt, die sich auch Fachfremden in so kurzer Zeit erschliesst. Diese Herausforderung wurde noch dadurch verschärft, dass der Workshop in zwei Landessprachen abgehalten wurde.
- **Zweitens könnte die Distanz auch auf erkenntnistheoretische Differenzen zurückzuführen sein**, die durch die Struktur des Workshops verstärkt wurden. Während die Referenten der Fallbeispiele aus einer verstehenden Perspektive argumentierten, übernahmen die Kommentatoren die Rolle der Erklärer. Die Psychiater und Psychologen platzierten die geschilderten Beobachtungen und Erfahrungen sehr zurückhaltend vor dem Horizont ihres spezifischen Fachwissens. Ihre Fallgeschichten, die sich durch ein hohes Mass an Konkretheit, Empathie und Selbstreflexivität auszeichneten, liessen erkennbar Raum für Interpretationen. Wer allerdings erwartet hatte, dass die Kommentatoren ebenfalls aus einer verstehenden, induktiven Perspektive argumentieren und auf der Mikroebene an die Fallgeschichten anknüpfen würden, wurde enttäuscht: Die Vertreter der Geistes- und Sozialwissenschaften nahmen zwar durchaus Bezug auf die Beispiele, entfernten sich aber in der Regel rasch von den konkreten Situationen, um zur Erklärung übergreifender Zusammenhänge anzusetzen. Sie bezogen sich kaum auf eine verstehende Perspektive, sondern arbeiteten vorwiegend erklärend und deduktiv. Dieser rasche Sprung von

Konkretem zu Abstraktem, vom Verstehen zum Erklären produzierte womöglich eine Lücke, die zumindest einen Teil der oben skizzierten Distanz erklären könnte. Dass sich die Kommentatoren kaum auf die Mikroebene einliessen und vorwiegend erklärend arbeiteten, dürfte eher dem knappen Zeitrahmen und der klaren Rollenzuschreibung im Workshop zuzuschreiben sein als der erkenntnistheoretischen Perspektive der Geistes- und Sozialwissenschaftler, die in der Regel zwischen einem verstehenden und einem erklärenden Zugang oszillieren.

## Workshop 2

### Fokus

Intensivmedizin

### Titel

«Intimität und Intrusion auf der Intensivstation»

### Organisation

Prof. Dr. med. Roberto Malacrida, Lugano

### Rahmen

Jahrestagung der Schweizerischen Gesellschaft für Intensivmedizin (SGI), Olma Messen St. Gallen

### Termin

Samstag, 26.9.2009

### Zeitfenster

1 h 30 min

## Workshop 2: «Intimität und Intrusion auf der Intensivstation»

### Überblick

Der zweite Workshop fokussierte mit der Intensivstation einen klinischen Bereich, der sich durch den fragilen Zustand der Patienten sowie durch einen besonders hohen Grad an Technisierung von anderen medizinischen Praxisfeldern abhebt. Der Schutz der Intimsphäre der Patienten ist hier eine besondere Herausforderung. Der Workshop führte Intensivmediziner und Pflegende mit Geistes- und Sozialwissenschaftlern zusammen, die sowohl Grundlagenwissen als auch anwendungsorientierte Ansätze zur Diskussion stellten.

### Das Publikumsinteresse

Die Veranstaltung stiess auf ein so geringes Interesse, dass man schon fast von einem intimen Rahmen sprechen könnte. Auffällig war, dass ausschliesslich Frauen gekommen waren, darunter eine Ärztin und drei Intensivpflegerinnen, und dass – soweit ich dies eruieren konnte – kein einziger externer Geistes- und Sozialwissenschaftler die Olma angesteuert hatte.

### Das Konzept

Während die Veranstaltung in St. Gallen mit knapp anderthalb Stunden deutlich kürzer war als der erste Workshop der Serie, fiel sie in inhaltlicher Hinsicht heterogener aus (vgl. dazu das Programm im Anhang). Das alternierend zweisprachige, dichte Programm (f/d) sah sechs Präsentationen vor, von denen fünf gehalten wurden.<sup>14</sup> Neben der Perspektive der Ärzte kam auch diejenige der Pflegenden in Form einer Fallgeschichte zur Sprache. Die eingeladenen Geistes- und Sozialwissenschaftler waren, anders als in Genf, nicht einer Universität, sondern zwei verschiedenen Tessiner Fachhochschulen zuzuordnen.

Die Zugehörigkeit zu den Fachhochschulen korrespondierte dabei nicht zwingend mit einer höheren Anwendungsorientierung des vermittelten Wissens.

Der wichtigste Unterschied zum ersten Workshop bestand in der Rollenordnung, die in St. Gallen weniger klar festgelegt war: Der Fallgeschichte war kein Koreferat zugeordnet, dagegen sah das Programm zwei Themenblöcke vor, in denen ein Psychologe beziehungsweise eine Filmwissenschaftlerin ihre Untersuchungsergebnisse vorstellten, die anschließend durch einen Intensivmediziner und einen Psychiater illustriert und kommentiert werden sollten.

## Gefügige Körper

Ob sie nun ansprechbar, narkotisiert oder komatös sind: Intensivpatienten sind in ihrer Kommunikations- und Handlungsfähigkeit eingeschränkt. Gleichzeitig werden ihren spärlich bedeckten Körpern laufend Informationen abgerungen: Hirndruck wird gemessen, die Herzfrequenz in Kurven übersetzt, der Sauerstoffgehalt des Bluts überwacht. «*Les fonctions du corps, traduites en numéros et vagues, sont visibles par des monitors qui signalent toutes les altérations*», beschrieb Valentina di Bernardo (*Ospedale Regionale, Lugano*) die exponierte Situation der Patienten. «*Le corps, sans plus vêtements, couvert des fois seulement par des couvertures, est exposé au regard des soignants et des parents.*» Das Verhältnis zwischen Ärzten und Pflegenden auf der einen und den Patienten auf der anderen Seite basiert dabei auf deutlichen Asymmetrien. «*In intensive care, self-disclosure is unidirectional and a necessity of the dependent*», stellte der Intensivmediziner Stephan Marsch (*Universitätsspital Basel, Abteilung für Intensivmedizin*) die Abhängigkeitsverhältnisse klar. Aber in welchem ist Ausmass das «Selbst» des Patienten denn überhaupt an der Selbstenthüllung beteiligt? «*How much self is there in self-disclosure?*» Marsch brachte mit dieser Frage ein zentrales Problem auf den Punkt, dessen Reichweite weit über die Intensivstation hinausgeht und das deshalb die Definition von Intimität in der medizinischen Praxis auf einer allgemeineren Ebene tangiert: Wie buchstabiert sich Intimität, wenn sich der Patient nicht aktiv am Aufbau eines Vertrauensverhältnisses beteiligen kann? Wenn gleichzeitig die Diagnostik, Therapie und Pflege ohne eine weitgehende körperliche (Selbst)enthüllung nicht möglich sind? Wenn der Körper, wie sich Valentina di Bernardo ausdrückte, «*durch die Krankheit und den Gebrauch von Sedativa gefügig gemacht wurde*»? Wenn dieser Körper integriert ist in ein technisches Arrangement? Wenn Dritte die Kontrolle über seine Funktionen weitgehend übernommen haben?

## Fluide Intimität

Obwohl die Referenten in dem knappen Zeitrahmen nicht alle Fragen abschliessend beantworten konnten, vermochten sie zu skizzieren, dass die Konturen und Inhalte von Intimität – analog zur Intimität in der psychiatrischen Arbeit – auch auf der Intensivstation immer wieder neu ausgehandelt werden müssen. Gerade weil die Patienten hier oft handlungs- und kommunikationsunfähig sind, kommt dem sorgfältigen Austarieren von Nähe und Distanz eine besondere Bedeutung zu. Zwei eindrückliche Fallbeispiele, die aus der Feder der Intensivpflegerin Valentina di Bernardo stammten, zeigten, wie komplex die Interaktionen auf der Intensivstation oft sind und wie verletzlich die Intimität der Patienten ist. Weil die Patienten oft wenig Einfluss auf die alltäglichen Praktiken und den Informationsfluss nehmen können, liegt die Definitionsmacht darüber, was die Intimität tangiert und was nicht, in erster Linie bei den Pflegenden, Ärzten und Angehörigen.

Die Intimität stellt bei diesen Definitions- und Aushandlungsprozessen zwischen den verschiedenen Akteuren der Intensivstation keine einfach fassbare, klar abgrenzbare Qualität dar. Sie markiert keine eindeutige Grenze zwischen dem Patienten und seiner Umwelt: Intimität auf der Intensivstation ist also nicht nur fragil – sie ist auch fluid. *«L'intimité peut donc être vue selon différents points de vue. Ce qui est intime ne l'est pas pour tout le monde, ni pour toujours»*, bilanzierte Giona Morinini (*Scuola Universitaria Professionale della Svizzera Italiana, Manno, Osservatorio Medical Humanities*). Der Psychologe hatte in einer empirischen Studie untersucht, ob unterschiedliche Akteure der Intensivstation das Thema «Intimität» unterschiedlich adressieren. In halbstandardisierten Interviews und in Fragebögen hatte er eruiert, dass die Sichtweisen und Gefühle einer Angehörigen, einer Ärztin, eines Pflegenden und eines Patienten stark variieren können. Die Befragten bezogen sich entweder auf den Körper (*«intimité physique»*), auf die Beziehungsebene (*«intimité relationnelle»*) oder auf die Person und deren Intimsphäre (*«intimité personnelle»*), oft auf alle drei Ebenen gleichzeitig, allerdings in unterschiedlichen Mischverhältnissen. So verbanden zum Beispiel die Pflegenden die Intimität immer auch mit dem Körper, während die physische Intimität nur für die Hälfte der Patienten von Bedeutung zu sein schien und keiner der Angehörigen diesen Aspekt ansprach.

*«Ganz interessant»*, könnte man jetzt ketzerisch fragen, *«aber welchen Nutzen haben solche Untersuchungen für den klinischen Alltag?»* Dass die Ergebnisse empirischer Studien durchaus praxisrelevant sein können, weil sie das Potenzial haben, auch erfahrenen Experten neue Perspektiven zu eröffnen, zeigte der Kommentar von Stephan Marsch. Der



Intensivmediziner ermutigte das Team in Lugano und Manno, dem auch Morinini angehört, zu weiteren Forschungen. So seien zum Beispiel die Differenzen, die die vorliegende Studie zwischen den Perspektiven von Pflegenden und Ärzten sichtbar gemacht habe, eine wertvolle Grundlage für weitere Reflexionen auch zur eigenen Berufspraxis. *«Die Existenz von Differenzen zwischen den Auffassungen und Emotionen zwischen den verschiedenen Akteuren ist kein Problem per se»,* sagte Marsch. *«Aber das Bewusstsein dafür, dass Differenzen existieren, kann die Pflege und die interdisziplinäre Interaktion erleichtern.»*

## **Bilanz aus dem zweiten Workshop**

Im Vergleich zum ersten Workshop in Genf waren die Rollenzuordnungen zwischen den Exponenten der verschiedenen Wissenschaften in St. Gallen weniger strikt. Dies implizierte, dass neben unkommentierten Referaten auch eine Rollenumkehr möglich war, dass also zum Beispiel die Ergebnisse empirischer Studien aus den Geistes- und Sozialwissenschaften präsentiert und anschliessend durch einen medizinischen Experten kommentiert werden konnten. Die offenere Struktur erwies sich im Mittelteil der Veranstaltung meines Erachtens als produktiv. Die drei Referate, die sich auf die klinische Praxis oder auf empirische Studien stützen konnten,<sup>15</sup> hatten durchaus das Potenzial, einen Dialog zwischen den verschiedenen Wissenschaften anzustossen. Dass dieser nur in Ansätzen zustande kam, hatte unter anderem mit den spärlich besetzten Zuschauerrängen und der knapp bemessenen, im Programm nicht explizit eingeplanten Diskussionszeit zu tun.

Obwohl die offene Struktur durchaus Vorteile hatte, hätte ich mir in St. Gallen trotzdem zuweilen eine stärkere Engführung gewünscht, vor allem in Bezug auf das Einleitungsreferat und die abschliessende Filmpräsentation. Das Einleitungsreferat der Philosophin Chantal Marazia (*Lugano Istituto Ricerca Medical Humanities*) fokussierte mit den komplexen Beziehungen zwischen Scham, Krankheit und Technisierung ein Thema, das im Workshop-Zyklus deutlich mehr Beachtung verdient hätte. Fast alle Referate reduzierten das Spannungsfeld zwischen Intimität und Intrusion auf eine zwischenmenschliche Perspektive. Die Rolle nicht menschlicher Faktoren in den komplexen Aushandlungsprozessen wurde nicht angesprochen. Beeinflusst zum Beispiel der Einsatz von Technik oder von Medikamenten die Beziehung zwischen Ärzten, Pflegenden und Patienten? Wie wirkt sich die zunehmende Marktorientierung der medizinischen Praxis auf die Aushandlungsprozesse zwischen Arzt und Patient aus? Zählt ein Röntgenbild zur Intimsphäre des Patienten? Fragen wie diese könnten

durchaus gewinnbringend durch die Geistes- und Sozialwissenschaften thematisiert werden, falls der Brückenschlag zwischen Grundlagenwissen und klinischem Alltag gelingt, was in St. Gallen nicht immer der Fall war.



## Workshop 3

### Fokus

Innere Medizin

### Titel

«Konsultation und Sexualität, jenseits von Viagra und Scham»

### Organisation

Prof. Dr. med. Edouard Battegay, Zürich  
Micheline Louis-Courvoisier, Ph.D., Genf

### Rahmen

Jahreskongress  
der Schweizerischen  
Gesellschaft für Innere  
Medizin, Congress  
Center Basel

### Termin

Freitag, 21.5.2010

### Zeitfenster

1 h 45 min

## Workshop 3: «Konsultation und Sexualität, jenseits von Viagra und Scham»

### Überblick

Die Sexualität wird nicht nur der Intimsphäre zugerechnet – sie wird oft mit dem «Intimsten» gleichgesetzt und markiert deshalb einen Raum, der auch im klinischen Alltag von vielschichtigen Berührungsängsten und komplexen Aushandlungsprozessen geprägt ist. Der dritte Workshop machte diesen Raum der Reflexion zugänglich, indem er ihn mit einem Fallbeispiel aus dem 18. Jahrhundert kontrastierte.

### Das Publikumsinteresse

Wer am Freitagnachmittag vor dem Pfingstwochenende ein dünn besuchte Veranstaltung erwartet hatte, wurde positiv überrascht: Mit rund 25 Teilnehmern – die Vertreter der SAMW und SAGW nicht mitgezählt – war der Workshop vergleichsweise gut besucht. Das Publikum setzte sich aus Kongressbesuchern und damit fast ausschliesslich aus Ärzten zusammen, war aber abgesehen davon recht heterogen: Gekommen waren Frauen wie Männer ganz unterschiedlichen Alters, die sowohl aus der Romandie als auch aus der Deutschschweiz stammten und die in der Regel an medizinischen Polikliniken oder als niedergelassene Ärzte arbeiteten.

Dass der Veranstaltung ein eher kleiner Raum zugewiesen worden war und sich die Besucher nicht – wie zum Beispiel in St. Gallen – in den leeren Rängen verloren, und dass die Diskussionszeit grosszügig bemessen war, war dem Gesprächsklima und der Debattierfreude eindeutig zuträglich.

### Das Konzept

*«Einerseits wird die Sexualität der Patienten in vielen Sprechstunden problematisiert, zum Beispiel im Zusam-*

menhang mit der Verschreibung von Viagra. Andererseits wird das Thema oft auch gar nicht angesprochen», umriss der Moderator Edouard Battégay (UniversitätsSpital Zürich, Klinik für Innere Medizin) das Spannungsfeld, in dem er sich als Internist bewegt. Der Titel des Workshops, «Konsultation und Sexualität, jenseits von Viagra und Scham», stellte eine Auseinandersetzung mit dem Thema in Aussicht, die sich nicht auf den Einsatz potenzfördernder Medikamente oder auf das schamhafte Schweigen beschränkt. Wer allerdings pfannenfertige, frontal vermittelte Vorschläge erwartet hatte, ging leer aus: «Wir machen ein Experiment mit Ihnen», warnte der Moderator das Publikum gleich zu Beginn der nicht ganz zweistündigen, interaktiven Veranstaltung. Als Grundlage für den Dialog dienten nicht Fallbeispiele aus der Gegenwart – Ausgangspunkt für eine Reflexion der gegenwärtigen Situation bildeten die Erfahrungen und Interpretationen längst verstorbener Fachkollegen und Patienten. Ob sich das durch die Medizinhistorikerin Micheline Louis-Courvoisier (Université de Genève, Institut d'éthique biomédicale) in ihrem Impulsreferat eingebrachte Material für die Gegenwart fruchtbar machen liess, musste sich erst erweisen. Die Voraussetzungen dazu waren gut: Obwohl das Tagungsprogramm keinerlei Hinweise auf die interdisziplinäre Struktur oder auf die Präsentation eines historischen Fallbeispiels enthalten hatte, schien das Publikum offen für das Experiment zu sein. «Wir hoffen, eine gemeinsame Sprache zu entwickeln», erklärte Battégay im Hinblick auf die interdisziplinäre Kooperation. «Das ist nicht immer einfach.»

## Geschichte ohne Geschichtskurs

«Je ne vais pas faire un cours d'histoire», stellte die Medizinhistorikerin gleich zu Beginn klar. Zwar vermittelte sie Einblicke in ihre Quellen, die aus dem 18. Jahrhundert stammten, ihre Präsentation zielte aber weder auf eine minuziöse Quellenkritik ab, noch positionierte sie das vorgestellte Material explizit vor dem Horizont jüngerer Theorien aus den Geistes- und Sozialwissenschaften. Louis-Courvoisier setzte viel mehr auf das produktive Potenzial der vergleichenden Perspektive – und auf eine ausgesprochen partizipative Veranstaltungsform: Sie verwendete die historischen Fallbeispiele als eine Art Kontrastfolie, die es den Teilnehmern erleichtern sollte, die eigenen Erfahrungen zu konturieren und zu reflektieren.

Sie griff dabei auf ein didaktisches Konzept zurück, das sie auch an der medizinischen Fakultät der Universität Genf zur Anwendung bringt, wenn sie angehende Ärzte in die Medical Humanities einführt, dafür aber nur ein zweistündiges Zeitfenster nutzen kann. «Il était illusoire de penser

*transmettre des connaissances ou des outils méthodologiques propres à une science humaine ou sociale», reflektiert die Medizinhistorikerin in einem Aufsatz die Grenzen der Vermittelbarkeit, um anschliessend den Erkenntnisgewinn hervorzuheben, den die Seminarteilnehmer aus der Auseinandersetzung mit historischen oder literarischen Themen ziehen können: «Néanmoins on pouvait espérer offrir un regard différent et complémentaire à celui de la biomédecine, et confronter les étudiants aux outils interprétatifs spécifiques aux sciences humaines, de manière à ce qu'ils réalisent que ceux dont ils font l'acquisition ne sont pas les seuls pertinents pour la résolution d'une situation clinique.»<sup>16</sup> Die Auseinandersetzung mit der historischen Perspektive schärfe das Bewusstsein für die Spezifität des professionellen medizinischen Blicks und trage dazu bei, dessen Selbstverständlichkeit zu hinterfragen. Dieser Zugang sensibilisiere die angehenden Ärzte aber nicht nur für die Wahrnehmung von Kontinuitäten und Brüchen, er schule darüber hinaus ganz generell deren Interpretationsfähigkeit und vermittele die Einsicht, dass jede – auch jede wissenschaftliche – Perspektive kontext- und kulturabhängig sei. Der Einbezug historischer Quellen in den medizinischen Unterricht erfüllt aus dieser Perspektive keinen Selbstzweck, sondern zielt ganz explizit auf eine Reflexion der Gegenwart und damit eine Beeinflussung der Zukunft ab: «History allows us to move away from everyday questions, and thus reorients the contemporary debate.»<sup>17</sup>*

## Fremdheit und Vertrautheit

Rund 250 Jahre trennten die Internisten aus dem 21. Jahrhundert von ihrem Standeskollegen Dr. Samuel Auguste Tissot (1728–1797), der in Lausanne publizierte und praktizierte – mit einer Resonanz, die so manchen niedergelassenen Arzt vor Neid erblassen lassen dürfte, war der Zustrom an einheimischen und auswärtigen Patienten doch beachtlich. Viele von ihnen hatte Tissot allerdings gar nie zu Gesicht bekommen, weil er sie, einer damals weit verbreiteten Praxis entsprechend, im Briefwechsel beriet. Louis-Courvoisier, die sich über mehrere Jahre mit den rund 1500 erhalten gebliebenen Briefen beschäftigt hat, präsentierte in einer von Diskussionsblöcken unterbrochenen, zweisprachigen (f/e) PowerPoint-Präsentation einen kleinen Ausschnitt aus dem Quellenbestand.

Die Medizinhistorikerin stellte dabei nicht die Diagnosen des Lausanner Arztes in den Mittelpunkt, sondern seine Anamnesetechniken: Wie kam er zu seinen Erkenntnissen? In welchem Verhältnis stand die Befragung der Patienten zu anderen Untersuchungstechniken, zum Beispiel demalpieren? Wie repräsentierten die Patienten ihre Sexualität? Immer

wieder bezog die Referentin die Teilnehmer mit ein und forderte sie auf, die eigene klinische Praxis mit derjenigen aus dem 18. Jahrhundert zu vergleichen. Die Auseinandersetzung mit dem historischen Fallbeispiel zielte ganz explizit nicht darauf ab, die historischen Fälle neu zu beurteilen. Sie sollten vielmehr einen Effekt erzielen, den Louis-Courvoisier «Distancing» nennt: Die Konfrontation mit der Welt des Samuel Tissot und seiner Patienten regte die Teilnehmer dazu an, zwischen der zuweilen befremdlichen klinischen Praxis aus dem 18. Jahrhundert und den eigenen Erfahrungen und Interpretationsmustern zu oszillieren, um so den eigenen Referenzrahmen als historisch kontingent sichtbar und in einem zweiten Schritt auch reflektierbar zu machen.

### Intimität im 21. Jahrhundert

Das in der medizinischen Grundausbildung erprobte Konzept funktionierte auch bei den approbierten Ärzten: Die Diskussionen waren rege, nicht zuletzt auch deshalb, weil der Moderator eine offene Gesprächsatmosphäre zu schaffen wusste. Die Beiträge reflektierten eine grosse Bandbreite an Aspekten, die von den Techniken der Sexualanamnese über individuell und institutionell bedingte Berührungängste bis zu den oft ungünstigen Rahmenbedingungen der Konsultationen reichte. Die klinische Praxis stand dabei immer im Mittelpunkt: «*Wenn ich Sachen untersuchen muss, die mir peinlich sind, ziehe ich einen weissen Kittel an*», reflektierte zum Beispiel eine Internistin ihre Strategie, Distanz herzustellen. Ein anderer Teilnehmer beschrieb, dass er einen Patienten nicht mehr berühre, wenn dieser seine Sexualität anspreche. Mehrere Beiträge machten deutlich, dass die Sexualanamnese im Rahmen der Grundausbildung kaum thematisiert werde und dass die Ärzte darum in der medizinischen Praxis weitgehend auf sich selbst gestellt seien.

### Bilanz aus dem dritten Workshop

«*Die Medizin ist in einem Spasmus der Hektik*», hatte Edouard Bategay zu Beginn des Workshops diagnostiziert. Der Versuch, zumindest für knappe zwei Stunden einen offenen, entschleunigten Raum zu schaffen, der eine konstruktive Distanz zum klinischen Alltag herstellt, ist in Basel eindeutig gelungen. Der kontrastierende Zugang eröffnete einen Reflexionsraum, der den Bedürfnissen der Teilnehmer eindeutig entgegenkam, der aber auch Grenzen hatte und gewisse Risiken barg. So zogen die Teilnehmer zum Beispiel Parallelen zwischen dem Umgang mit Nacktheit im

18. Jahrhundert und dem Wunsch muslimischer Patienten, sich während der Untersuchung zu bedecken. Sie konstruierten auf diese Weise eine Kontinuität, die einer differenzierteren Betrachtungsweise nicht standgehalten hätte, die aber in dem engen Zeitrahmen nicht in Frage gestellt werden konnte. An den knappen zeitlichen Ressourcen scheiterte auch eine vertiefte Diskussion von Themen, die von der klinischen Praxis wegführten. Die Medizinethikerin Tanja Krones (*UniversitätsSpital Zürich, Klinische Ethik, und Universität Zürich, Institut für Biomedizinische Ethik*) stellte in ihrem Kommentar zur Debatte, ob die Ärzte im 21. Jahrhundert immer noch eine moralische Instanz seien oder ob sie vielmehr Teil einer Normierungsmacht darstellten. Diese Frage hätte eine vertiefte Auseinandersetzung verdient – dies hätte aber den Rahmen des Workshops ganz eindeutig gesprengt.

Obwohl der Workshop auch die Grenzen des vergleichenden Zugangs offenbarte, ist das zu Beginn der Veranstaltung angekündigte Experiment eindeutig als gelungen zu bezeichnen. Ohne die unterschiedlichen Erkenntnisinteressen und Vermittlungsformen der drei Workshops gegeneinander ausspielen zu wollen, fällt doch auf, dass der letzte, als «experimentell» angekündigte Workshop auf der breitesten Erfahrungsgrundlage bezüglich der interdisziplinären Schnittstelle beruhte: Dass die Referentin über eine langjährige Vorerfahrung mit dem Konzept verfügte, dass sie sichtlich viel Zeit in die Übersetzung ihres Fachwissens in eine verständliche Form investiert hatte und dass sie sich im Vorfeld recht ausführlich mit dem Moderator über die thematische Ausrichtung verständigt hatte, war dem Dialog eindeutig sehr zuträglich.



## Zusammenfassung der Ergebnisse

Der vorliegende, im Auftrag der SAMW und der SAGW verfasste Bericht analysiert einen Workshop-Zyklus, der durch die wissenschaftlichen Akademien Schweiz initiiert wurde und der das Spannungsfeld «Intimität und Intrusion» in der medizinischen Praxis fokussierte. Die in den Jahren 2009 und 2010 durchgeführte Veranstaltungsreihe sollte den Medical Humanities in der Schweiz Impulse vermitteln und gleichzeitig Rückschlüsse auf die Produktivität und die Erfolgchancen von Schnittstellen zwischen den medizinischen Wissenschaften und den Geistes- und Sozialwissenschaften ermöglichen. Im Gegensatz zu früheren Tagungen stand nicht die interdisziplinär ausgerichtete Lehre in der Grundausbildung, sondern die Beziehung zwischen medizinischer Praxis und geistes- und sozialwissenschaftlicher Forschung im Vordergrund.

Da primär ein Publikum aus den medizinischen Wissenschaften angesprochen werden sollte, bettete man die drei maximal halbtägigen Workshops in medizinische Fachkongresse ein und fokussierte das Thema «Intimität und Intrusion» aus der Perspektive der jeweils gastgebenden Spezialdisziplin – der Psychiatrie, der Intensivmedizin und der Inneren Medizin.

Die Resonanz, gemessen in Besucherzahlen, fiel sehr unterschiedlich aus: Anwesend waren jeweils zwischen sieben und dreissig Zuhörer, die fast ausschliesslich aus den medizinischen Wissenschaften stammten. In allen drei Workshops zeichnete sich ab, dass sich in den beteiligten Disziplinen und Spezialdisziplinen durchaus Wissenschaftler finden, die sich mit grosser Neugier auf Perspektiven ausserhalb ihres vertrauten Referenzrahmens einlassen. Ein Interesse an den Geistes- und Sozialwissenschaften besteht zuletzt nicht auch deshalb, weil das Krankheitsverständnis vieler Pfleger und Ärzte auch soziale und kulturelle Faktoren miteinschliesst.

Inhaltlich beeindruckten die Veranstaltungen durch eine grosse Bandbreite, erstens in Bezug auf die teilnehmenden Disziplinen,<sup>18</sup> zweitens aber auch in Bezug auf die Vermittlungsformen und Erkenntnisinteressen. Die Anwendungsorientierung des kommunizierten Wissens variierte dabei stark: Das Spektrum reichte von der Vermittlung eines nicht direkt instrumentalisierbaren Hintergrund- und Orientierungswissens über die Präsentation von Wissensbeständen, die sich rasch in die medizinische Praxis übersetzen lassen dürften (Workshop 1 und 2), bis zu einem Methoden- und Perspektiventraining. Dieses zielte nicht auf die Vermittlung klar definierter Wissensbestände aus den Geistes- und Sozialwissenschaften ab, sondern auf eine Förderung der Reflexions- und Kommunikationsfähigkeit der Workshop-Teilnehmer (Workshop 3).

Angesichts der Heterogenität und des knappen Zeitrahmens der Workshops können verallgemeinernde Aussagen über die Chancen und Fallstricke einer Kooperation zwischen den medizinischen Wissenschaften und den Geistes- und Sozialwissenschaften nur mit grosser Vorsicht getroffen werden. Der Bericht hebt hier drei Aspekte hervor, die für den Workshop-Zyklus von Relevanz waren, deren Reflexion aber auch – über die Veranstaltungsreihe hinaus – einer konkreteren Ausgestaltung der Medical Humanities Impulse vermitteln könnte:

**Welche Art von Wissen ist für wen interessant?** In allen drei Workshops stiess die Vermittlung von Informationen oder Fertigkeiten, die eine erkennbare Relevanz für den klinischen Alltag haben, auf die grösste Resonanz. Besonders gut aufgenommen wurde das Angebot, die eigenen Erfahrungen aus der klinischen Praxis zu reflektieren und zur Diskussion zu stellen. Das durch die Geistes- und Sozialwissenschaftler vermittelte Hintergrundwissen vermochte zwar ebenfalls das Interesse des Publikums zu wecken, hier scheiterte der Dialog aber zum Teil an den sehr knapp bemessenen Redezeiten. Eine Problematisierung des Verhältnisses zwischen Grundlagenwissen und anwendungsorientiertem Wissen hätte vor allem in den ersten beiden Workshops den Dialog möglicherweise noch produktiver gemacht.

**Wer leistet die Übersetzungsarbeit?** In den Workshops zeichnete sich ab, dass sich die Dialogpartner nicht – oder zumindest nicht durchgängig – an den gleichen fachlichen Horizonten orientieren und dass sie Wissen auf unterschiedliche Art und Weise produzieren, repräsentieren und in die Praxis übersetzen. Diese Differenzen, die durch die Mehrsprachigkeit der Veranstaltungen eher noch akzentuiert wurden, waren aber nicht unüberbrückbar: So kam zum Beispiel im dritten Workshop ein sehr lebhafter Dialog zustande, nicht zuletzt deshalb, weil dieser auf einem Konzept beruhte, das sich im Rahmen der medizinischen Grundausbildung bereits bewährt hatte. Dass hier im Vorfeld sehr viel Kommunikations- und Übersetzungsarbeit geleistet worden war und dass zweitens die Diskussionszeit sehr grosszügig bemessen war, zahlte sich eindeutig aus.

**Wer klärt die Erwartungen?** In der Zusammenschau aller drei Workshops erweist sich die grosse Bandbreite an Vermittlungsformen und Erkenntnisinteressen gleichzeitig als Bereicherung und als möglicher Stolperstein: als Bereicherung, weil nur eine breite Palette an Zugängen und Zielen der Komplexität der beteiligten Disziplinen und ihrer Praxen gerecht werden kann. Als Stolperstein, weil mit der steigenden Zahl an Möglichkeiten auch das Risiko diffuser und damit leicht zu enttäuschender Vorerwartungen immer grösser wird. So bedarf nicht

nur das oben bereits erwähnte Verhältnis zwischen Hintergrund- und Orientierungswissen und anwendungsorientiertem Wissen einer Klärung; zwischen den Dialogpartnern muss auch die erkenntnistheoretische Perspektive immer wieder neu ausgehandelt werden.

Dass die Medical Humanities auch auf internationaler Ebene bisher nur unscharfe Konturen erhalten haben, steigert womöglich das Enttäuschungspotential: Nicht selten werden hier die Sozial-, häufiger noch die Geisteswissenschaftler als Vertreter einer verstehenden, induktiven Perspektive porträtiert, die der Individualität der am Therapieprozess Beteiligten Rechnung tragen und so ein Gegengewicht zu den Abstraktionstendenzen in der modernen Biomedizin konstituieren. Dass viele Geistes- und Sozialwissenschaftler auch mit erklärenden und deduktiven Perspektiven arbeiten und eher zu einer umfassenden Gesellschaftsanalyse ansetzen als zu einer Mikrostudie über einen einzelnen Patienten, entspricht deshalb nicht unbedingt den Vorerwartungen und schafft ein gewisses Irritationspotenzial (vgl. dazu die Ausführungen zum ersten Workshop).

Ein produktiver Dialog zwischen den Disziplinen schliesst deshalb eine Verständigung über die Vorerwartungen mit ein – nicht im Sinne einer vorzeitigen und starren Festlegung auf bestimmte Formen und Ziele der Zusammenarbeit, sondern im Sinne einer gemeinsamen Reflexion, die Zeit braucht und die eng verklammert sein muss mit einem interdisziplinären Austausch über konkrete Probleme und Projekte, wie er in den drei Workshops praktiziert wurde.

## Ausblick

Da zumindest ein Teil der im vorliegenden Bericht geschilderten Verständigungsschwierigkeiten für die Medical Humanities symptomatisch sein dürfte, macht eine Auseinandersetzung mit diesem stark angloamerikanisch geprägten Feld durchaus Sinn. Nachfolgend kontextualisiere ich die drei Workshops, indem ich sie in Beziehung zu jüngeren Debatten aus den Medical Humanities setze. Mit dem Katalog erhebe ich keinen Anspruch auf Vollständigkeit, sondern skizziere mögliche Leitfragen für eine weiterführende Diskussion.

### Wer sind die «Humanities» in den «Medical Humanities»?

Die Workshops adressierten eine grosse Bandbreite von Disziplinen. Dieses breite Fächerspektrum ist mit den angloamerikanischen Konturen der Medical Humanities nicht unbedingt kongruent: Hier wurden die Sozialwissenschaften bis in die 1980er-Jahre in der Regel nicht zu den Kernfächern gezählt.<sup>19</sup> Auch heute wird darüber diskutiert, wie eng oder wie weit das interdisziplinäre Feld der Medical Humanities definiert werden soll: Während sozialwissenschaftliche Zugänge mittlerweile einbezogen werden, wenn auch mit unterschiedlicher Intensität, wird die Zugehörigkeit der Kunsttherapie kontrovers diskutiert. Auch die Ethik und die Rechtswissenschaften, die in die Workshops einbezogen wurden, werden nicht von allen angloamerikanischen Exponenten der Medical Humanities noch zum Feld gerechnet.<sup>20</sup>

### Was heisst «Medical» in den «Medical Humanities»?

Die Workshops fokussierten ausschliesslich den formellen Gesundheitssektor und damit die westliche, wissenschaftliche Biomedizin. Im Mittelpunkt stand die Beziehung zwischen Ärzten, Pflegenden und Patienten. Diese Engführung korrespondiert mit einer weit verbreiteten Definition der Medical Humanities, die unter anderem durch die untrennbare Verklammerung des Feldes mit der medizinischen Grundausbildung beeinflusst wird. Allerdings werden seit einigen Jahren kritische Stimmen laut, die ein pluralistischeres Verständnis von Medizin und Therapie fordern, das erstens alternativen Versorgungsmodellen im In- und Ausland und zweitens den Systemzusammenhängen und Strukturen im gesamten Gesundheitswesen Rechnung trägt.<sup>21</sup> Die geistes- und sozialwissenschaftlichen Kommentatoren in ersten Workshop lösten diese Forderungen ein,

schiene aber damit nicht unbedingt die Erwartungen der Referenten und des Publikums zu treffen (vgl. dazu die Bilanz zum zweiten Workshop).

Auf welchen erkenntnistheoretischen Ansätzen basieren die «Medical Humanities»?

Die Workshops zeichneten sich durch einen ausgeprägten und intendierten Pluralismus an Methoden und erkenntnistheoretischen Zugängen aus. Dieser Pluralismus entspricht im Prinzip auch der Vielfalt an möglichen Zugängen, die in den angloamerikanisch geprägten Medical Humanities diskutiert werden. Allerdings wird das Feld sowohl im Selbst- als auch im Fremdverständnis durch qualitative, hermeneutische und induktive Ansätze geprägt, oft verbunden mit dem – durch viele Autoren angefochtenen – Anspruch, die Medizin zu «humanisieren». <sup>22</sup> Die verstehende Perspektive – zum Beispiel der Patientenoptik – bildet nicht nur die wichtigste Basis der Lehre und Forschung innerhalb der Medical Humanities, sondern prägt auch die Erwartungen an die Geistes- und Sozialwissenschaftler, die sich meines Erachtens auch im ersten Workshop manifestierten. Findet bezüglich dieser erkenntnistheoretischen Grundlagen keine Klärung statt, ist die Gefahr gross, dass der Dialog nicht zustande kommt – oder dass erklärende und deduktive Perspektiven an der Schnittstelle zwischen den Disziplinen keine Berücksichtigung finden, was gerade bei der Analyse struktureller Zusammenhänge ein grosser Verlust wäre.

Welches Wissen vermitteln die «Medical Humanities»?

Die Workshops haben gezeigt, dass die Anwendungsorientierung und die Ergebnisoffenheit des Wissens, das im Rahmen der Medical Humanities produziert und vor allem vermittelt wird, stark variieren. Das Spektrum reicht von der Produktion und Vermittlung eines nicht direkt instrumentalisierbaren Grundlagenwissens über die Bereitstellung von Wissensbeständen, die sich rasch in die medizinische Praxis übersetzen lassen bis zu einem Methoden- und Perspektiventraining, das die Reflexions- und Kommunikationsfähigkeit in der medizinischen Praxis fördern soll. Alle Wissensformen und ihr gegenseitiges Verhältnis zueinander werden in der Diskussion um die Medical Humanities problematisiert: Können und sollen Geistes- und Sozialwissenschaftler ein Rezeptwissen bereitstellen, wie es aus der medizinischen Praxis oft gefordert wird? <sup>23</sup> Wie weit müssen Form und Inhalt des produzierten oder vermittelten Wissens den Erwartungen der Auftraggeber angepasst werden? Inwiefern können die Medi-

ziner von der geistes- und sozialwissenschaftlichen Grundlagenforschung profitieren? Diese und ähnliche Fragen werden sowohl innerhalb der Medical Humanities als auch in einzelnen geistes- und sozialwissenschaftlichen Disziplinen kontrovers diskutiert. Viele Diskussionsbeiträge betonen, dass eine isolierte Betrachtung und Bewertung der verschiedenen Zugänge nicht wünschenswert sei: So sei zum Beispiel eine zu einseitige Ausrichtung auf das Methoden- und Perspektiventraing problematisch, weil eine qualitativ hochstehende Lehre nur dann zu gewährleisten sei, wenn die Lehrenden den Anschluss an die Forschung nicht verpassten.<sup>24</sup> Einzelne Exponenten der Medical Humanities warnen zudem vor der Gefahr, ein zu eng gefasstes Verständnis des Felds könnte den steigenden Druck auf Ärzte und Pflegenden noch verstärken. Eine Analyse und Verbesserung der Reflexivität und der Kommunikationsfähigkeit der in der medizinischen Praxis Tätigen sei zwar wünschenswert, dürfe aber nicht der einzige Ansatzpunkt bleiben. Die Gefahr sei sonst gross, dass Strukturprobleme wie Zeit- oder Spardruck individualisiert und damit ausschliesslich auf den Schultern der Mitarbeitenden gelöst würden.<sup>25</sup> Verschiedene Wissensformen und Ansatzpunkte müssten sich deshalb ergänzen.

#### Welches Ziel verfolgen die «Medical Humanities»?

Eng verknüpft mit den verschiedenen Wissens- und Vermittlungsformen ist die Frage, wie sehr das geistes- und sozialwissenschaftliche Wissen die Medizin transformieren soll. Zielen die Medical Humanities auf systemimmanente Korrekturen ab? Oder haben die Medical Humanities das Potenzial, die Medizin neu zu denken?<sup>26</sup> Stehen die geistes- und sozialwissenschaftlichen Zugänge tatsächlich in einem komplementären Verhältnis zu den medizinischen Wissenschaften, wie es in den Medical Humanities immer wieder postuliert wird? Oder sind die unterschiedlichen Perspektiven und Weltkonstruktionen zuweilen inkomensurabel?<sup>27</sup> Das Spannungsfeld, das durch diese und ähnliche Fragen konstituiert wird, kann sich durchaus produktiv auf den Dialog zwischen den Disziplinen auswirken, vor allem dann, wenn es reflektiert wird. Der Workshop-Zyklus «Intimität und Intrusion» hat deutliche Hinweise dafür geliefert, dass die Erkenntnisinteressen der Geistes- und Sozialwissenschaften in vielen Fällen nicht ohne eiteres mit den konkreten Fragen aus der medizinischen Praxis in Deckung zu bringen sind. Er hat aber gleichzeitig gezeigt, dass eine Auseinandersetzung sowohl mit den eigenen als auch mit den fremden Perspektiven und Referenzrahmen für alle Beteiligten sehr bereichernd sein kann – und dass die Bereitschaft zu dieser Auseinandersetzung auch in der Schweiz durchaus vorhanden ist.

## Literatur

- Académie suisse des sciences humaines et sociales (Hg.), (2006), *Médecine et sciences humaines. Sciences humaines en médecine: formation et collaboration. Colloque des 4 et 5 mai 2006, CHUV, Lausanne*, Bern.
- Adam, Y., Stülb, M., (2009), «Brauchen wir spezifisches Wissen in der medizinischen Versorgung von Migrant/inn/en? Qualifizierungsangebote zur transkulturellen Kompetenz im Gesundheitswesen», in: Rásky, E., (Hg.), *Gesundheit hat Bleiberecht. Migration und Gesundheit*, Wien, S. 87–96.
- Adam, Y., Stülb, M., (2003), «Praktizierende Medizinethnologie: Unterricht für die Krankenpflege», in: Institut für Ethnologie der Universität Hamburg, (Hg.), *Ethnoscripts* 5, Nr. 2, S. 177–188.
- Barras, V., (2006), «Production et usage des sciences humaines en médecine», in: Académie suisse des sciences humaines et sociales, (Hg.), *Médecine et sciences humaines. Sciences humaines en médecine: formation et collaboration*, Bern, S. 39–45.
- Bonah, C., (2006), «L'enseignement des sciences humaines et sociales en médecine: éléments pour un panorama de la situation en France», in: Académie suisse des sciences humaines et sociales, (Hg.), *Médecine et sciences humaines. Sciences humaines en médecine: formation et collaboration*, Bern, 2006, S. 9–20.
- Burri, R., Dumit, J., (2007): *Biomedicine as Culture. Instrumental Practices, Technoscientific Knowledge, and New Modes of Life*, New York, London.
- Campo, R., (2005), ««The Medical Humanities», for Lack of a Better Term», in: *JAMA*, 294, Nr. 4, S. 1009–1011.
- Chambers, T., (2009), «The Virtue of Incongruity in the Medical Humanities», in: *Journal of Medical Humanities* 30, S. 151–154.
- Cook, H. J., (2010), «Borderlands: a historian's perspective on medical humanities in the US and the UK», in: *Journal of Medical Ethics; Medical Humanities*, 36, S. 3–4.
- Downie, R.S., (2003), «Medical humanities: a vision and some cautionary notes», in: *Journal of Medical Ethics; Medical Humanities*, 29, S. 37–38.
- Evans, H.M., Greaves, D.A., (2002), «Looking for emerging themes in medical humanities – some invitations to our readers», in: *Journal of Medical Ethics; Medical Humanities*, 29, S. 1–3.
- Evans, H.M., Greaves, D.A., (2002), ««Medical humanities» – what's in a name?», in: *Journal of Medical Ethics; Medical Humanities*, 28, S. 1–2.

- Herzlich, C., (2006), «Médecine et Sciences sociales: Parcours croisés et nouvelles perspectives», in: *Bulletin SAGW*, Nr. 1, S. 45–46.
- Huisman, F., Warner, J. H., (2004): *Locating Medical History. The Stories and Their Meanings*, Baltimore.
- Joubert, M., (2002), «La vie de Marlène: entre dépendance et autonomie», in: *Ethnologie française* XXXII, S. 103–114.
- Kirklin, D., (2004), «Editorial: The medical humanities teaching and research agenda: a symbiotic relationship», in: *Journal of Medical Ethics; Medical Humanities*, 30, S. 96–97.
- Knorr Cetina, K., (2002), *Wissenskulturen. Ein Vergleich naturwissenschaftlicher Wissensformen*, Frankfurt a.M.
- Küchenhoff, J., (2009), «Welche Erwartungen hat die Medizin an die Geistes- und Sozialwissenschaften?», in: *Bulletin SAGW*, Nr. 2, S. 41/42.
- Louis-Courvoisier, M., Wenger, A., (2010), «Sciences humaines en médecine: enjeux et tensions de l'interdisciplinarité», unpublizierter Bericht über einen Workshop am World Knowledge Dialogue 2010: *Interdisciplinarity in Action. A Practical Experience of Interdisciplinary Research*, Genève.
- Louis-Courvoisier, M., (2009), «Le choc interfacultaire. Une historienne en faculté de médecine», in: Aubert, G., (Hg.), *Regards sur l'Université de Genève 1559–2009*, Genève.
- Louis-Courvoisier, M., (2008), ««Les humanités médicales à Genève: conditions pratiques et cadre théorique de l'enseignement», in: Danou, G. (Hg.), *Médecine et littérature ou les voix de la résistance*, Paris, S. 31–44.
- Louis-Courvoisier, M., Wenger, A., (2005), «How to make the most of history and literature in the teaching of medical humanities: the experience of the University of Geneva», in: *Journal of Medical Ethics; Medical Humanities*, 31, S. 51–54.
- Mura-Brunel, A., (2002), «Intime/extime, Introduction», in: Schuere-wegen, F., *L'intime, l'extime*, Amsterdam, New York, S. 5–11.
- Mittelstrass, J., (1998), *Die Häuser des Wissens: wissenschaftstheoretische Studien*, Frankfurt a.M.
- Nichter, M., Lock, M., (2002), «Introduction: From documenting medical pluralism to critical interpretations of globalized health knowledge, policies and practices», in: Nichter, M., Lock, M., (Hg.), *New Horizons in Medical Anthropology*, London, New York, S. 1–34.
- Obrist, B., (2006), «Understanding «access» to appropriate health care: An anthropological view from international health», in: Académie suisse des sciences humaines et sociales, (Hg.), *Médecine et sciences humaines. Sciences humaines en médecine: formation et collaboration*, Bern, S. 73–79.



- Page, J., Meyer, P.C., (2009), «Die Sozialwissenschaften und die Medizin: Eine ergiebige Zusammenarbeit», in: *Bulletin SAGW*, Nr. 2, S. 38/39.
- Pattison, S., (2007), «Absent friends in medical humanities», in: *Journal of Medical Ethics; Medical Humanities*, 33, S. 65–66.
- Paul, N., Schlich, T., (Hg.), (1998), *Medizingeschichte: Aufgaben, Probleme, Perspektiven*, Frankfurt a.M.; New York.
- Petersen, A., Bleakley, A., Brömer, R., Marshall, R., (2008), «The Medical Humanities Today: Humane Health Care or Tool of Governance?», in: *Journal of Medical Humanities*, 29, S. 1–4.
- Rossi, I., (2007), «Anthropology between Medicine and Society: Swiss Health Interfaces», in: Saillant, F., Genest, S., (Hg.), *Medical Anthropology. Regional Perspectives and Shared Concerns*, Malden, Oxford, Victoria, S. 212–230.
- Rossi, I., (2006), «La médecine à l'épreuve du social», in: Académie suisse des sciences humaines et sociales, (Hg.), *Médecine et sciences humaines. Sciences humaines en médecine: formation et collaboration*, Bern, S. 47–53.
- Rossi, I., (1997), «L'anthropologie médicale entre théorie et pratique», in: *Médecine psychosomatique et psychosociale*, 26, Nr. 1–2, S. 2–9.
- Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften, (Hg.), (2004), *Projekt «Zukunft Medizin Schweiz»: Ziele und Aufgaben der Medizin zu Beginn des 21. Jahrhunderts*, Basel.
- Sottas, B., (2006), «Paradigmenwechsel in der medizinischen Ausbildung – eine Standortbestimmung», in: *Bulletin SAGW*, Nr. 1, S. 39–43.
- Star, S.L., Griesemer, J.R., (1989), «Institutional Ecology, «Translations», and Boundary Objects: Amateurs and Professionals in Berkeley's Museum of Vertebrate Zoology, 1907–39», in: *Social Studies of Science*, 19, S. 387–420.
- van Eeuwijk, P., (2009), «Welchen Nutzen hat die Forschung der Medizinethnologie für die Medizin?», in: *Bulletin SAGW*, Nr. 2, S. 40/41.
- Wolff, E., (2001), «Volkskundliche Gesundheitsforschung, Medikal-kultur- und «Volksmedizin»-Forschung», in: Brednich, R., (Hg.), *Grundriss der Volkskunde. Einführung in die Forschungsfelder der Europäischen Ethnologie*, S. 617–635.

## Anmerkungen

1 Mittelstrass (1998), S. 31.

2 Vgl. dazu die Ergebnisse des Projekts «Zukunft Medizin Schweiz»: Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (Hg.): *Projekt «Zukunft Medizin Schweiz»: Ziele und Aufgaben der Medizin zu Beginn des 21. Jahrhunderts*, Basel 2004.

- 3 «*La médecine comme science culturelle – les sciences culturelles de la médecine*», Zürich, Herbst 2004 (externe Publikation S. Burri, Dumit 2007), sowie «*Médecine et sciences humaines. Sciences humaines en médecine: formation et collaboration*», Lausanne, Mai 2006.
- 4 Einzelne Disziplinen oder Subdisziplinen kooperieren schon seit Jahrzehnten über die Disziplinengrenzen hinweg, so z.B. die Medical Anthropology, die Medizinsoziologie und die Medizingeschichte.
- 5 Zu den Medical Humanities vgl. Cook (2010), Evans, Greaves (2002), Campo (2005), Louis-Courvoisier (2008).
- 6 Ich danke den Mitgliedern des Programmkomitees «Medical Humanities» der SAGW und der SAMW sowie Rudolf Zollinger und Andreas Lösch für ihre hilfreichen Kommentare.
- 7 Louis-Courvoisier (2009).
- 8 Ich vermute, dass sich die Begriffe «Intimität und Intrusion» gerade deshalb gut als Bezugspunkte für einen interdisziplinären Dialog eignen, weil sie eine gewisse Unschärfe aufweisen. Mit den Wissenschaftsforschern Star und Griesemer gehe ich davon aus, dass produktive Kooperationen zwischen heterogenen Partnern nicht immer auf konsensfähigen, klar definierten Konzepten und Objekten beruhen. An den Schnittstellen finden sich, im Gegenteil, erstaunlich oft undeutlich konturierte Objekte und unscharfe Konzepte. Durch diese Unschärfe können sie verschiedene Deutungen integrieren und deshalb die Kommunikation zwischen den verschiedenen sozialen Welten oder Disziplinen erleichtern. Vgl. dazu Star, Griesemer (1989).
- 9 Joubert (2002), S. 111.
- 10 Da sie durch die Referierenden und Diskussionsteilnehmer mit wenigen Ausnahmen nicht explizit gemacht wurden, bilden meine eigenen Eindrücke die wichtigste Grundlage für die vorliegende Analyse.
- 11 Zu den unterschiedlichen Fachkulturen innerhalb der Naturwissenschaften vgl. Knorr Cetina (2002), zu den Herausforderungen der interdisziplinären Zusammenarbeit innerhalb der Medical Humanities Louis-Courvoisier (2009).
- 12 Mura-Brunel (2002), S. 5.
- 13 Dies habe ich selbst zu spüren bekommen: Ich wurde im Vorfeld des Workshops den Referierenden als Journalistin und nicht als Wissenschaftlerin vorgestellt – als Beobachterin also, die kein akademisches Wissen produziert und deren Status deshalb nicht ganz klar ist. Als ich die unreflektierte Bitte äusserte, die Veranstaltung mit meinem Aufnahmegerät aufzuzeichnen, wurde ich mit deutlichen, aber nicht verbalisierten Widerständen konfrontiert.
- 14 Das für den Schluss eingeplante Koreferat zu der Filmpräsentation ist weggefallen.
- 15 Referate von di Bernardo, Morinini und Marsch.
- 16 Louis-Courvoisier (2008).
- 17 Louis-Courvoisier, Wenger (2005), S. 52.
- 18 Die Referierenden kamen unter anderem aus der der Psychiatrie, der Psychologie, den Pflegewissenschaften, der Inneren Medizin, der Intensivmedizin, der Soziologie, der Ethnologie, den Rechtswissenschaften, der Philosophie, der Geschichte und den Filmwissenschaften.
- 19 Cook (2010).
- 20 Evans, Greaves (2002), Pattison (2007), Downie (2003).
- 21 Rossi (2006) und (1997), Sottas (2006), van Eeuwijk (2009).
- 22 Zur Kritik an diesem Anspruch, der z.T. auch einer Missinterpretation des Begriffs «Humanities» geschuldet ist, vgl. Downie (2003). Zur Kritik an einer Festschreibung auf die verstehende Perspektive vgl. Chambers (2009).
- 23 Herzlich (2006). Zum konkreten Umgang mit der Forderung nach Rezeptwissen in der Ausbildung von Pflegenden vgl. Adam, Stüb (2003).
- 24 Bonah (2006), Louis-Courvoisier (2008), Kirklin (2004).
- 25 Petersen et al. (2008), Campo (2005), Adam, Stüb (2009).
- 26 Chambers (2009).
- 27 Barras (2006).

## Die Programme der Workshops

Die Programme entsprechen nicht der Ankündigung, sondern dem realen Verlauf der Veranstaltung (anwesende Referenten, tatsächlich gehaltene Referate)

### Workshop 1: *«Intimität und Intrusion in der Psychiatrie: Interdisziplinäre Aspekte»*

Rahmen: *Jahreskongress der Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie*

Centre Médical Universitaire (CMU), Genf, 3. September 2009

<b>13.45–14.20</b>	<b>Einleitung</b>	Prof. Dr. med. Dieter Bürgin, Basel
	<b>«Intimité et prise en charge»</b>	
	Fallvignette	lic. phil. Elisabeth Hämmerli, Kantonale Psychiatrische Dienste, Liestal
	Koreferat	Prof. Dr. phil. Ilario Rossi, Institut des Sciences Sociales/Laboratoire d'Analyse des Politiques Sociales, de la Santé et du Développement, Université de Lausanne
<b>14.20–14.55</b>	<b>«Intimité et enjeux juridiques»</b>	
	Fallvignette	Dr. med. Kyrill Schwegler, Zürich (ehemals Psychiatrische Poliklinik am Universitätsspital Basel)
	Koreferat	Prof. Dr. iur. Dominique Manai-Wehrli, Département de Droit Civil, Université de Genève
<b>14.55–15.30</b>	<b>Pause</b>	
<b>15.30–16.05</b>	<b>«Intimität und Migration»</b>	
	Fallvignette	Dr. med. Stefan Klatter, Psychiatrische Poliklinik, Universitätsspital Basel
	Koreferat	Dr. phil. Corina Salis Gross, Institut für Sozialanthropologie der Universität Bern/Institut für Sucht- und Gesundheitsforschung, Zürich
<b>16.05–16.40</b>	<b>«Intimität und Behinderung»</b>	
	Fallvignette	Dr. med. Rudolf Zollinger, Kinder- und Jugendpsychiatrische Dienste St. Gallen
	Koreferat	Prof. Dr. phil. René Knüsel, Institut des Sciences Sociales et Pédagogiques, Université de Lausanne

**Workshop 2: «Intimität und Intrusion auf der Intensivstation:  
der Umgang mit dem nackten Körper»**

Rahmen: *Jahrestagung der Schweizerischen Gesellschaft für Intensivmedizin (SGI)*  
Olma Messen St. Gallen, 26. September 2009

<b>10.40–10.55</b>	<b>Einführung</b>	Dr. Chantal Marazia, Istituto Ricerca Medical Humanities (IRIEMH), Lugano
<b>10.55–11.10</b>	Fallvignette: <b>Corps vulnérables</b>	Valentina di Bernardo, Ospedale Regionale, Lugano
<b>11.10–11.35</b>	<b>Différents acteurs, différents intimités</b>	
	Enquête	Iic. phil. Giona Morinini, Osservatorio Medical Humanities, Scuola Universitaria Professionale della Svizzera Italiana, Manno
	Fallvignette	Prof. Dr. Dr. Stephan Marsch, Universitätsspital Basel, Abteilung für Intensivmedizin
<b>11.35–12.00</b>	<b>Tourner l'intimité à la façon du Dr House</b>	
	Video	Iic. phil. Martina Malacrida, Istituto Ricerca Medical Humanities (IRIEMH), Lugano

**Workshop 3: «Konsultation und Sexualität, jenseits von Viagra und Scham»**

Rahmen: *Jahresversammlung der Schweizerischen Gesellschaft für Innere Medizin*  
Congress Center Basel, 21. Mai 2010

<b>13.45–15.30</b>	<b>Vorsitz</b>	Prof. Dr. med. Edouard Battegay, UniversitätsSpital Zürich, Klinik für Innere Medizin
	<b>Impulsreferat</b>	Micheline Louis-Courvoisier, Ph.D., Université de Genève, Institut d'éthique biomédicale
	<b>Diskussion</b>	PD Dr. med., Dipl. Soz. Tanja Krones, UniversitätsSpital Zürich, Klinische Ethik, und Universität Zürich, Institut für Biomedizinische Ethik



# Anhang

## **Kurzbiographie der Berichterstatlerin**

Sibylle Obrecht Lösch, lic. phil. (\*1968), studierte Europäische Ethnologie, Schweizer Geschichte und Humangeographie in Basel und Bremen. Lizentiat im Januar 1997, anschliessend Tätigkeit als freie Journalistin. 1999 bis 2002 Stipendiatin des Schweizerischen Nationalfonds, Aufenthalte als Gastwissenschaftlerin in Freiburg im Breisgau (Institut für Geschichte der Medizin) und in Palo Alto (Stanford University, Program in History and Philosophy of Science). 2002 bis 2007 wissenschaftliche Assistentin am Seminar für Kulturwissenschaft und Europäische Ethnologie der Universität Basel, 2007 bis 2010 Elternzeit und Tätigkeit als freie Wissenschaftsjournalistin. Seit Juni 2010 betreut sie das Archiv des Gemeindespitals Riehen, gleichzeitig arbeitet sie an einer Dissertation zur Geschichte der Transplantationsmedizin (Medizinhistorisches Institut der Universität Zürich). Ihre Interessengebiete sind die Medizingeschichte und die Science Studies.

Adresse: Sternwaldstrasse 28, D-79102 Freiburg,  
Tel. 0049 761 707 37 62, [sobrecht@netstore.ch](mailto:sobrecht@netstore.ch)

## **Vorbereitungsgruppe**

Prof. Dieter Bürgin (Präsident), Universität Basel  
Prof. Edouard Battégay, Universität Zürich  
Prof. Nikola Biller-Andorno, Universität Zürich  
PhD Micheline Louis-Courvoisier, Université de Genève  
Prof. Roberto Malacrida, Centre Hospitalier Universitaire Vaudois, Lausanne (CHUV)  
Prof. André Perruchoud, Universitätsspital Basel  
Prof. Dr. Ilario Rossi, Université de Lausanne  
Lic. iur. Michelle Salathé, SAMW/ASSM  
Lic. phil. Nadja Birbaumer, SAGW/ASSH

## **Aktivitäten im Bereich «Medical Humanities»**

### Tagungen

«Medizin als Kulturwissenschaft – Kulturwissenschaften der Medizin», Zürich, 12./13. November 2004, in Zusammenarbeit mit der SAMW.

«Medizin und Humanwissenschaften. Humanwissenschaften in der Medizin: Ausbildung und Mitarbeit», Lausanne, 4./5. Mai 2006, in Zusammenarbeit mit der SAMW.

### Zyklus «Intimität und Intrusion»

Workshop «Intimität und Intrusion in der Psychiatrie: Interdisziplinäre Aspekte», 3. September 2009, Jahreskongress der Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Genf.

Workshop «Intimität und Intrusion auf der Intensivstation: der Umgang mit dem nackten Körper», 26. September 2009, Jahrestagung der Schweizerischen Gesellschaft für Intensivmedizin, St. Gallen.

Workshop «Konsultation und Sexualität, jenseits von Viagra und Scham», 21. Mai 2010, Jahresversammlung der Schweizerischen Gesellschaft für Innere Medizin, Basel.

### Publikationen

Publikation der Tagungsakten «Medizin und Humanwissenschaften. Humanwissenschaften in der Medizin: Ausbildung und Mitarbeit», SAGW, Januar 2007.

Externe Publikation: Burri, Regula Valérie; Dumit, Joseph (eds) (2007): «Biomedicine as Culture: Instrumental Practices, Technoscientific Knowledge, and New Modes of Life», Routledge Studies in Science, Technology and Society series. New York / London: Routledge.

## **Akademien der Wissenschaften Schweiz**

Die Akademien der Wissenschaften Schweiz sind ein Verbund der vier schweizerischen Akademien der Wissenschaften: der Akademie der Naturwissenschaften (SCNAT), der Schweizerischen Akademie der Geistes- und Sozialwissenschaften (SAGW), der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) und der Schweizerischen Akademie der Technischen Wissenschaften (SATW). Sie umfassen weiter das Kompetenzzentrum für Technologiefolge-Abschätzungen (TA-SWISS), Science et Cité und weitere wissenschaftliche Netzwerke.

Die wissenschaftlichen Akademien der Schweiz setzen sich gezielt für einen gleichberechtigten Dialog zwischen Wissenschaft und Gesellschaft ein und beraten Politik und Gesellschaft in wissenschaftsbasierten, gesellschaftsrelevanten Fragen. Sie vertreten die Wissenschaften institutionen- und fachübergreifend. In der wissenschaftlichen Gemeinschaft verankert haben sie Zugang zu Expertise und Exzellenz und bringen Fachwissen in zentrale politische Fragestellungen ein.

### **Die SAGW – ein Netzwerk der Geistes- und Sozialwissenschaften**

Die Schweizerische Akademie der Geistes- und Sozialwissenschaften (SAGW) vereinigt als Dachorganisation rund 60 wissenschaftliche Fachgesellschaften. Sei es in der Literatur oder der Theologie, in den Kommunikations- oder den politischen Wissenschaften, ihre Mitgliedergesellschaften repräsentieren eine Vielfalt von Disziplinen. Gesamthaft gesehen sind nicht weniger als 30 000 Personen als Mitglied einer Fachgesellschaft mit der SAGW verbunden und bilden somit das grösste Netz in den Geistes- und Sozialwissenschaften unseres Landes.

Forschungsförderung, internationale Zusammenarbeit sowie Förderung des akademischen Nachwuchses – dies sind schon seit ihrer Gründung im Jahre 1946 die Hauptanliegen der SAGW, und in letzter Zeit hat sich ihr Betätigungsfeld noch erweitert. Die Akademie ist eine vom Bund anerkannte Institution zur Forschungsförderung; sie engagiert sich in drei zentralen Bereichen für die Geistes- und Sozialwissenschaften:

#### *Vernetzung*

Die SAGW dient als Plattform zur Verwirklichung von Gemeinschaftsprojekten sowie für die Verbreitung von Forschungsergebnissen innerhalb der wissenschaftlichen Gemeinschaft. Auch ihrer Rolle als «Vermittlerin» zwischen den Disziplinen kommt grosse Wichtigkeit zu.



### *Förderung*

Die SAGW stellt einen Grossteil ihres Budgets für die Förderung der Aktivitäten der Geistes- und Sozialwissenschaften in unserem Land zur Verfügung. Im Rahmen ihrer Möglichkeiten verfolgt sie eine Subventionspolitik, in deren Zentrum die Förderung des akademischen Nachwuchses sowie der Frauen in der Forschung steht.

### *Vermittlung*

Die SAGW organisiert regelmässig öffentliche Tagungen sowie Podiumsgespräche zu aktuellen Themen. Sie hebt damit den Beitrag ihrer Disziplinen zur Analyse wichtiger gesellschaftlicher Probleme hervor und fördert den Dialog mit Politik und Wirtschaft.

## **Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften**

Die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) wurde 1943 durch die fünf Medizinischen und die zwei Veterinärmedizinischen Fakultäten sowie die Verbindung der Schweizer Ärzte FMH gegründet.

Mit ihren beiden Hauptprogrammen «Medizin und Gesellschaft» und «Medizinische Wissenschaft und Praxis» setzt die SAMW die folgenden Schwerpunkte:

- die Klärung ethischer Fragen im Zusammenhang mit medizinischen Entwicklungen und deren Auswirkungen auf die Gesellschaft;
- eine umfassende Reflexion über die Zukunft der Medizin;
- Engagement in der Hochschul-, Wissenschafts- und Bildungspolitik, verbunden mit einer Experten- bzw. Beratungstätigkeit zuhanden von Politik und Behörden;
- die Förderung des wissenschaftlichen Nachwuchses, insbesondere in der klinischen Forschung;
- die Unterstützung der hohen Forschungsqualität in der biomedizinischen und klinischen Forschung;
- die Verbindung der wissenschaftlichen Medizin mit der Praxis.

Oberstes Organ der Akademie ist der Senat; ihm gehören, neben Ehren-, Einzel- und korrespondierenden Mitgliedern, Vertreter der Medizinischen und Veterinärmedizinischen Fakultäten, der Verbindung Schweizer Ärztinnen und Ärzte FMH, der Medizinischen Fachgesellschaften sowie weiterer Organisationen an. Der Senat tritt zweimal jährlich zusammen. Die laufenden Geschäfte werden durch den Vorstand betreut. Der

Vollzug und die administrativen Arbeiten obliegen dem Generalsekretariat. Der Bund unterstützt die SAMW aufgrund des Forschungsgesetzes mit jährlichen Subventionen.







Akademien der Wissenschaften Schweiz  
Hirschengraben 11  
Postfach 8160  
3001 Bern  
Telefon +41 31 313 14 40  
[www.akademien-schweiz.ch](http://www.akademien-schweiz.ch)

ISBN 978-3-905870-17-6

Realisiert durch

**SAMW**  Schweizerische  
Akademie der Medizinischen  
Wissenschaften



Schweizerische Akademie  
der Geistes- und Sozialwissenschaften