

Ruhr-Universität Bochum  
Fakultät für Sozialwissenschaft

# Der Wunsch nach körperlicher Unvollständigkeit

– Analyse des interdisziplinären Diskurses über die  
Körperschemastörung „Body Integrity Identity Disorder“ –

M.A.-Arbeit

Vorgelegt von: Anna Lensing  
Matrikelnummer: 108010257952

Betreut durch: Prof. Dr. Jürgen Straub

Bochum, September 2013

# Inhaltsverzeichnis

<b>Abbildungsverzeichnis</b>	III
<b>1. Einleitung</b>	1-3
<b>2. Body Integrity Identity Disorder – Eine Einführung</b>	3-7
2.1 Entwicklungslinie des BIID-Begriffs	7-8
2.2 Die Frage der Klassifikation	9-11
2.3 Forschungsstand	11-13
2.3.1 Der Fall ‚Openshaw‘	14-15
2.3.2 Amputation als Lösung?	15-17
<b>3. Analyse des interdisziplinären Diskurses über BIID</b>	17-19
3.1 BIID in Psychologie & Neurowissenschaften	19-23
3.2 BIID & Ethik	23-25
3.2.1 Ethische Argumentationslinie – Pro & Contra	25-28
3.2.2 Fazit Ethik	28-29
3.3 BIID & Recht	29-32
3.3.1 Patientenaufklärung, Einwilligung & die guten Sitten	32-35
3.3.2 Fazit Recht	35-36
3.4 Zusammenfassung Diskurs	36-38
<b>4. Empirische Untersuchung Teil I – Methodik der Datenerhebung &amp; Datenauswertung</b>	38
4.1 Forschungsdesign	39
4.1.1 Forschungsmethoden: Das Experteninterview als Methode qualitativer Datenerhebung	39-40
4.1.2 Schwierigkeiten bei der Arbeit mit Experteninterviews	40-42
4.1.3 Erhebungsinstrument Leitfadeninterview	42-44
4.2 Sampling – Auswahl der Experten	44-46
4.3 Vorgehen	46
4.3.1 Transkriptionssystem nach Kuckartz et al.	46-48
4.3.2 Auswertungsmethode – Grounded Theory	49-50
4.3.3 Bildung der Kategorien	50-52
<b>5. Empirische Untersuchung Teil II – Darstellung der Ergebnisse</b>	53
5.1 Interdisziplinarität & BIID	53-58
5.1.1 Unterkategorie: Einschätzungsstärke & Unstimmigkeiten	59-62
5.1.2 Unterkategorie: Positionierung	62-65

5.2 Ursprünge der Auseinandersetzung	65-68
5.3 Beschreibung der Störung	68-72
5.4 Mediale Auseinandersetzung	72-77
5.5 Wissenschaftliche & Gesellschaftliche Relevanz	77-82
5.6 Zukunftsprognosen	83-86
5.7 Zwischenfazit: Zusammenhang der ermittelten Kategorien	86-87
5.8 Kernkategorie: Gesellschaftliche Dimension	88
5.8.1 Interdisziplinarität & BIID	89
5.8.2 Ursprünge der Auseinandersetzung	89
5.8.3 Beschreibung der Störung	90
5.8.4 Mediale Aufarbeitung	90-91
5.8.5 Zukunftsprognosen	91
5.8.6 Resümee: Entwicklung einer ‚Grounded Theory‘	91-92
<b>6. Diskussion</b>	93
6.1 Zusammenfassung der Befunde	93-97
6.2 Verklammerung von Theorie & Empirie	97-98
6.3 Kritische Reflexion	98-102
6.4 Ausblick	102-103
<b>7. Schlussbetrachtung</b>	103-106
<b>Literaturverzeichnis</b>	107-111
<b>Anhang</b>	112-186
<b>Erklärung der wissenschaftlichen Ehrlichkeit</b>	187

## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: David Openshaw mit Familie	14
Abbildung 2: Interdisziplinärer Verflechtungszusammenhang	25
Abbildung 3: Wirkrichtung ethischer Zugänge	26
Abbildung 4: Pyramidendarstellung der in Bezug auf BIID relevanten (Rechts-)Bereiche	35
Abbildung 5: Begriffsbestimmung „Interviewleitfaden“	43
Abbildung 6: Expertenprofile	45
Abbildung 7: Vereinfachtes Transkriptionssystem nach Kuckartz et al.	47
Abbildung 8: Kategoriensystem BIID	87
Abbildung 9: Gesellschaftliche Dimension der Störung	88

# 1. Einleitung

Im Jahr 2010 erlangte die Geschichte des US-amerikanischen Bergsteigers Aron Ralston weltweite Berühmtheit. Verfilmt unter dem Titel „127 Hours“ zog sie Millionen von Menschen in die Kinos, die mit Entsetzen das Schicksal des Hauptprotagonisten verfolgten.

Der biographische Film handelt im Kern davon, dass Ralston nach einem Unfall bei einer Canyonwanderung mit seinem rechten Arm zwischen einer Felswand und einem Felsbrocken eingeklemmt wird, ohne sich aus eigener Kraft aus dieser Lage befreien zu können. Nach mehr als fünf Tagen des Ausharrens und dem Wissen, dass es nur eine Möglichkeit gibt, sein Leben zu retten, trennt Ralston sich selbst mit einem Taschenmesser seinen Unterarm ab, um sich aus seiner Falle zu befreien.<sup>1</sup> Sein unerschütterlicher Lebensdrang veranlasste Ralston dazu ein Körperteil gegen sein Leben einzutauschen und machte ihn, durch seine für viele Menschen kaum nachvollziehbare Tat, zu einem Helden.

Ein Körperteil zu verlieren, scheint für viele Menschen eine der schlimmsten Vorstellungen zu sein, die in Bezug auf die eigene Person denkbar ist. Die Integrität des eigenen Körpers wird somit extrem hoch geschätzt und die Vorstellung, diese aus irgendwelchen Gründen aufgeben zu müssen, ist für die meisten Menschen kaum denkbar. Insbesondere die seelischen Schäden, die eine Amputation mit sich bringen würde, säßen und sitzen bei den tatsächlich Betroffenen tief.

„Bei vielen von uns setzt nach der Amputation der seelische Schock ein - das Verarbeiten des ‚Endgültigen‘. Wir wagen nicht die Bettdecke aufzuschlagen, um nicht sehen zu müssen, dass das Bein nicht mehr da ist. Es ist ein sehr langwieriger und schmerzhafter Lernprozess bis man das Leben wirklich „neu begreift“ und sich mit den Konsequenzen beschäftigen kann. Erst dann stellen wir uns die Fragen „Wie geht es weiter?“ und „Was kommt nun auf mich zu?“.<sup>2</sup>

Aus diesem Grund scheint es umso unverständlicher zu sein, dass es Menschen gibt, die genau das anstreben. Menschen, die sich nichts sehnlicher wünschen als eines ihrer Körperteile amputiert zu bekommen, um endlich ein glückliches und dem Gefühl ihrer wahren Identität entsprechendes Leben führen zu können.

---

<sup>1</sup> Vgl. hierzu: *127 Hours*. R: Danny Boyle, US 2010.

<sup>2</sup> Amputierten-Initiative e. V. (o.J): Chance statt Schicksal. 4.

Unter der Bezeichnung „Body Integrity Identity Disorder“ (BIID) lässt sich diese Art der Körperschemastörung zusammenfassen und es ist wohl naheliegend, dass dem Phänomen großes Potential für ausgeprägte Kontroversen innewohnt.

Bei der ersten Berührung mit dem Thema zeigte sich jedoch auch schnell, dass BIID ein Phänomen darstellt, das bislang im Verhältnis zu vielen anderen Störungen kaum erforscht ist und insbesondere in der Frage nach den Ursachen und wirksamen Therapien für Betroffene noch große Unklarheit herrscht. Darüber hinaus fiel bei der Literaturrecherche auf, dass es bislang keine öffentlich zugänglichen Arbeiten darüber gibt, wie sich der interdisziplinäre Diskurs über das Phänomen auf einer Metaebene gestaltet.

Aufgrund der sozialwissenschaftlichen Ausrichtung dieser Arbeit fokussiert sich die Untersuchung auf die Beschaffenheit der einzelnen Zugänge/Akteure/Disziplinen, die sich mit der Störung beschäftigen. Vor allem gilt es eine Einschätzung darüber zu erlangen, in welchen Bereichen sich der Diskurs durch die Auswertung eigens erhobener qualitativer Daten ergänzen lässt. Die auf diesem Erkenntnisinteresse basierende und entsprechend entwickelte Forschungsfrage teilt sich in zwei Bereiche auf und lautet wie folgt:

**Wie gestaltet sich der interdisziplinäre Diskurs über die Körperschemastörung „Body Integrity Identity Disorder“ insgesamt? Im Hinblick auf welche Aspekte und Bereiche lässt sich der Diskurs durch die zielgerichtete Analyse qualitativ generierter Daten (Experteninterviews) ergänzen?**

Um der Forschungsfrage nachgehen zu können, wurde eine Methodentriangulation gewählt. Diese bestand zum einen darin, eine Dokumentenanalyse der zum Thema bestehenden Literatur durchzuführen, um die Grundlage für die Beschreibung des aktuellen Diskurses über die Störung zu schaffen. Zum anderen wurden für die ergänzende Betrachtung des Diskurses Interviews mit Experten auf dem Gebiet geführt und in der Forschungstradition der *Grounded Theory*<sup>3</sup> ausgewertet.

---

<sup>3</sup> Grounded Theory bezeichnet einen bestimmten, vor allem in der qualitativen Sozialforschung genutzten, Forschungsstil, bei dem die Theoriegewinnung durch den Aufbruch und die Konzeptualisierung des generierten Datenmaterials erfolgt. Siehe hierzu ausführlicher: Strauss & Corbin (1994/1996).

Insgesamt gliedert sich die Arbeit wie folgt:

Zunächst erfolgt eine Einführung in das Störungsbild, bevor in einem zweiten Schritt die einzelnen, in den Diskurs eingebetteten, Disziplinen, die in Bezug auf BIID relevant sind, vorgestellt und auf ihre Beschaffenheit analysiert werden. Dabei werden vorrangig inhaltliche Schwerpunktsetzungen sowie Merkmale des strukturellen Aufbaus der jeweiligen Zugänge berücksichtigt. Das folgende Methodenkapitel beschreibt dem Namen nach das der Auswertung zugrunde liegende Forschungsdesign sowie das zugehörige methodische Werkzeug, mit dem gearbeitet wurde.

Den Hauptteil der Arbeit bildet die Beschreibung und Analyse der im Zuge der Interviewauswertung gegründeten Kategorien sowie die anschließende Herausstellung der ermittelten Kernkategorie. Darauf aufbauend erfolgt eine Diskussion der Ergebnisse. Dabei werden die Erkenntnisse, die aus der theoretischen und empirischen Arbeit gewonnen werden konnten miteinander verklammert, um Aufschluss darüber zu geben, in Bezug auf welche Bereiche der Diskurs letztendlich ergänzt werden kann. Im Zuge dessen wird herausgestellt, inwiefern es gelungen ist, die Forschungsfrage zu beantworten und in welchen Bereichen weitere Forschung ansetzen könnte, bevor eine kritische Reflexion der empirischen Aussagekraft der eigenen Forschung vorgenommen wird. Eine persönliche Stellungnahme zu den Erkenntnissen dieser Untersuchung bildet den Abschluss der Arbeit.

Um das Forschungsvorhaben realisieren zu können, gilt es sich jedoch zunächst der Basis zu widmen, auf der die gesamte Auseinandersetzung gründet und somit an erster Stelle ein Verständnis dafür zu gewinnen, was man genau darunter zu verstehen hat, wenn die Rede von Menschen mit dem Wunsch nach körperlicher Unvollständigkeit ist.

## **2. Body Integrity Identity Disorder – Eine Einführung**

Kaum ein Phänomen, das Eingang in den Aufmerksamkeitsfokus wissenschaftlicher Kreise gefunden hat, ist bislang weitestgehend noch so unerforscht wie das Störungsbild, welches sich unter der Bezeichnung „Body Integrity Identity Disorder“ zusammenfassen lässt.

Unter dem Begriff „Body Integrity Identity Disorder“ (zu deutsch „Körper-Integritäts-Identitäts-Störung“, im Folgenden mit „BIID“ abgekürzt) versteht man den unbändigen

Wunsch danach, das eigene Körperschema radikal zu verändern. „Hierbei wünschen sich Betroffene [oftmals] sehnsüchtig, dass ein oder mehrere gesunde Körperteile abgetrennt werden.“<sup>4</sup> Dementsprechend geht es für Menschen mit BIID nicht darum, sich von beschädigten oder nur partiell funktionsfähigen Extremitäten zu trennen, sondern sich eines oder mehrerer vollständig intakter Teile des eigenen Körpers zu entledigen, um auf diesem Weg ein Gefühl körperlicher Vervollkommenheit zu erreichen. Der Wunsch nach einer Amputation besteht dabei überwiegend bereits präpubertär seit Kindheitstagen an und verstärkt sich im Laufe der Zeit immens.<sup>5</sup> Aglaja Stirn, Aylin Thiel und Silvia Oddo<sup>6</sup> konnten bei der Auswertung von Interviews mit Betroffenen feststellen, dass fast alle BIIDler ein Schlüsselerlebnis aus ihrer Kindheit benennen konnten, bei dem sie das erste Mal einen amputierten Menschen gesehen und eine Faszination für diese Art der Andersartigkeit entwickelt haben.<sup>7</sup> Mit der Faszination geht eine besondere Begeisterung für ein Körperbild einher, das dem eigenen nicht entspricht, jedoch im Laufe der Zeit immer erstrebenswerter erscheint. Die anfängliche Euphorie verankert sich über die Zeit in einer derartigen Intensität in den Empfindungen der Betroffenen, dass sich der Wunsch entwickelt, selbst auch mit dieser Art der Körperbehinderung leben zu wollen.<sup>8</sup>

Meistens handelt es sich bei dem unerwünschten Körperteil um ein Bein, wobei jedoch auch andere oder mehrere Körperteile gleichzeitig einen kaum zu ertragenden Störfaktor für die Betroffenen darstellen können.<sup>9</sup>

Über den Wunsch einer Amputation hinaus gibt es jedoch auch weitere Formen von BIID, die nichts mit dem unmittelbaren Verlust von Gliedmaßen zu tun haben, sondern sich auf eine andere Art der Behinderung beziehen. Hierbei kann bei Betroffenen das Bedürfnis danach bestehen, zu erblinden oder taub zu sein und somit eine erhebliche Beeinträchtigung in der visuellen oder auditiven Leistungsfähigkeit zu erfahren. Die Sehnsucht danach, durch einen querschnittsgelähmten Körper nicht mehr laufen zu

---

<sup>4</sup> Stirn, Thiel, Oddo (2010): Body Integrity Identity Disorder. VIII.

<sup>5</sup> Vgl. ebd.: 7.

<sup>6</sup> Das Experten- und Herausgeber-Team um PD Dr. A. Stirn, Dr. A. Thiel und Dr. S. Oddo hat sich eingängig mit der Erforschung der Störung beschäftigt und das erste deutschsprachige Fachbuch zu diesem Thema herausgegeben. Die weiteren Ausführungen beziehen sich weitestgehend auf die Darstellung von Stirn et al.

<sup>7</sup> Vgl. ebd.: 7.

<sup>8</sup> Vgl. ebd. 17.

<sup>9</sup> Vgl. ebd.: 3.



können und somit an den Rollstuhl gebunden zu sein, stellt eine weitere Form von BIID dar.<sup>10</sup>

Betrachtet man dieses so ungewöhnlich erscheinende Störungsbild, so liegt der Verdacht nahe, BIID-Betroffene seien geisteskrank, oder litten an einer psychotischen Störung, um es präziser zu benennen. Diese Vermutung wird jedoch von den Psychologen/Psychiatern, die sich mit BIID befassen, weitestgehend zurückgewiesen, da keiner der untersuchten Betroffenen wahnhaft wirke. BIIDler wüssten im Gegensatz zu Psychotikern, dass ihr Begehren nicht normal sei und in der Gesellschaft normalerweise auf großes Unverständnis stößt. Darüber hinaus würden Betroffene mit ihrem, für sie selbst so unheimlich erscheinenden, Verlangen extrem hadern und auch dieser Punkt spreche eindeutig gegen eine wahnhafte Verkennung der Wirklichkeit.<sup>11</sup>

Der Leidensdruck, den Betroffene während ihrer gesamten Lebenszeit ertragen müssen, sofern die erwünschte Veränderung nicht realisiert werden kann, ist immens.<sup>12</sup> Ferner bleibt der Amputationswunsch ohnehin oftmals unausgesprochen, da Betroffene eine damit einhergehende Ächtung durch Familie, Freunde, Bekannte oder die Gesellschaft fürchten.<sup>13</sup> „Die Angst vor den Reaktionen, vor Ablehnung und Unverständnis hält Betroffene davon zurück, sich ihrem Wunsch in der Öffentlichkeit zu stellen. Daraus resultiert ein Teil des Leidensdrucks von BIID-Betroffenen, da sie ein Doppelleben führen und über ihre Gefühle nicht offen sprechen können.“<sup>14</sup> Für BIID-Betroffene gilt es also die Balance zwischen zwei Extremen zu bewältigen. Zum einen führen sie ein oftmals als vermeintlich „normal“ geltendes (Familien-)Leben, gehen regulär ihrem Beruf nach und versuchen ihr weiteres Sozial- und Freizeitleben zu pflegen und aufrecht zu erhalten.<sup>15</sup> Auf der anderen Seite aber kontrastieren sie sich von all dem durch den unbändigen Wunsch danach, diesen Dingen durch die körperliche Veränderung nicht mehr auf bewährte Art und Weise nachgehen zu können. Die „Faszination Amputation“ regiert diese zweite Seite der eigenen Existenz.

---

<sup>10</sup> Vgl. ebd.: 2.

<sup>11</sup> Vgl. Kasten (2011): Beinlos glücklich. 24.

<sup>12</sup> Vgl. Stirn et al. (2010): 2.

<sup>13</sup> Vgl. ebd.: 3.

<sup>14</sup> Ebd.: 3.

<sup>15</sup> Vgl. ebd.: 3.

Aus Interviews mit Betroffenen und Foren, die speziell von und für BIID-Betroffene gegründet wurden, wird ersichtlich, dass Betroffene oftmals heimlich ihren Behinderungswunsch aktiv in ihr Leben integrieren, indem sie den gewünschten Zustand imitieren. „Letzteres wird als ‚Pretending‘ oder ‚Pretenden‘ (Vortäuschen) bezeichnet.“<sup>16</sup> Eine gängige Form des Pretending liegt beispielsweise bei Menschen deren Amputationswunsch sich auf ein Bein bezieht darin, den Unterschenkel so abzubinden, dass der Eindruck eines fehlenden bzw. nur halb bestehenden Beines entsteht. Zur Unterstützung des Eindrucks bzw. des Gefühls werden oftmals Rollstühle oder Krücken zur Fortbewegung während der Simulationssituation verwendet, um den Eindruck der Behinderung zu verstärken. Dabei begeben sich Betroffene in der Regel zum Ausleben der vorgetäuschten Behinderung in ein anderes Umfeld, um nicht von Personen, die sie gegebenenfalls kennen könnten, gesehen zu werden.<sup>17</sup>

Eine Gemeinsamkeit, die bei der Erforschung des Phänomens ausgemacht werden konnte, ist dass BIIDler „gegenüber unfreiwillig amputierten Menschen einerseits eine Art Schuldgefühl [empfinden], andererseits bewundern und beneiden sie diese Menschen aus tiefstem Herzen. Der Anblick amputierter Menschen und die damit verbundene Identifikation erfüllt sie mit einem extremen Glücksgefühl, weshalb BIID-Betroffene auch häufig Bilder von Amputierten anschauen oder Sportveranstaltungen wie die Paralympics gerne verfolgen.“<sup>18</sup> Letztlich suchen sie nach Möglichkeiten, Menschen zu begutachten, die sich körperlich in einem Zustand befinden, der für sie so erstrebenswert erscheint.

Die Behinderung wird überdies als Herausforderung angesehen, mit der es im Alltag zurechtzukommen gilt. Auf Hilfe von anderen Personen wollen Betroffene in ihrer Vorstellung eines behinderten Lebens nicht angewiesen sein. Ungeachtet des Wissens, dass sich das Leben mit der Behinderung für sie gegebenenfalls schwieriger gestalten könnte, wollen sie „trotz der körperlichen Erschwernis ihr Leben sehr aktiv weiterführen.“<sup>19</sup>

---

<sup>16</sup> Ebd.: 3.

<sup>17</sup> Vgl. ebd.: 3.

<sup>18</sup> Ebd.: 4.

<sup>19</sup> Ebd.: 12.

Trotz der Unterschiedlichkeit verschiedener Formen von BIID und interindividueller Variationen im Störungsbild besteht jedoch ein im Kern wichtiger Überschneidungspunkt: Betroffene sehnen sich nach der Vervollständigung einer Identität, die ohne eine Veränderung der bestehenden Bedingungen (bzw. des bestehenden Körperschemas) nicht erreicht werden kann.

Ehe dieses für die Störung charakteristische Muster jedoch in der Bezeichnung „Body Integrity Identity Disorder“ selbst aufgegriffen wurde, durchlief der Begriff mehrere Stadien auf seinem Weg zur heutigen Benennung.

## 2.1 Entwicklungslinie des BIID-Begriffs

Bevor sich die Begriffe Body Integrity Identity Disorder bzw. Körper-Integritäts-Identitäts-Störung im englischen und deutschen Sprachraum etabliert haben, wurde das Phänomen zunächst unter einer anderen Bezeichnung beschrieben. Die Gruppe um John Money, Russell Jobaris und Gregg Furth war die erste, die sich intensiv mit der Störung auseinandersetzte und im Jahr 1977 den Begriff „Apotemnophilia“ maßgeblich prägte.<sup>20</sup> Diese Bezeichnung wurde zum einen aufgrund ihrer griechischen Wortherkunft gewählt, die wörtlich „die Liebe zum Abschneiden“ bezeichnet.<sup>21</sup> Money et al. ordneten diese Art der Störung vor allem aber auch der Gruppe der so genannten „Paraphilien“ zu (wie sich der Wortzusammensetzung „Apotemno-*philia*“ entnehmen lässt), und betrachteten sie somit als Form einer psychischen Störung, die sich durch die Intensität ihrer „wiederkehrenden, von der Norm abweichenden sexuellen Phantasien oder Verhaltensweisen“<sup>22</sup> auszeichnet. Der Begriff wurde demnach vor allem so gewählt um hervorzuheben, dass Betroffene allein durch die Vorstellung amputierter Menschen bzw. selbst amputiert zu sein eine sexuelle Erregung verspüren.<sup>23</sup> Money et al. betrachteten diesen Aspekt als wesentlichen Bestandteil der Störung und rechtfertigten somit dessen Manifestierung in der Störungsbezeichnung selbst.

In der heutigen Verwendung des Begriffes wird diese Komponente zwar nach wie vor berücksichtigt, jedoch nicht mehr als zentrales Merkmal der Störung betrachtet, da

---

<sup>20</sup> Vgl. ebd.: 5.

<sup>21</sup> Vgl. Müller (2007a): Body Integrity Identity Disorder (BIID) – Ist der Amputationswunsch eine autonome Entscheidung oder Ausdruck einer neurologischen Störung?. 232.

<sup>22</sup> Stirn et al. (2010): 10.

<sup>23</sup> Vgl. ebd.: 5.

Robert Smith und Gregg Furth im Zuge der Erforschung dieser so ungewöhnlichen Störung zunehmend beobachten konnten, dass das Phänomen auch auftrat, ohne dass bei den Betroffenen zwingend eine Verknüpfung ihres Amputationswunsches mit sexuellen Gefühlen ausgemacht werden konnte. Aus diesem Grund führten sie im Jahr 2000 die Bezeichnung „Amputee Identity Disorder“ ein, um den Amputationswunsch hervorzuheben und ihn als bezeichnendes Charakteristikum in den Vordergrund zu stellen.<sup>24</sup> Da jedoch wie bereits angesprochen mehrere Ausprägungen der Störung existieren und der Fokus zunehmend darauf gelegt wurde den Wunsch nach dieser Art der Körperschemaveränderung als Identitätsstörung einzuordnen, wurde im Jahr 2004 von dem amerikanischen Psychiatrieprofessor Michael First der Begriff „Body Integrity Identity Disorder“ geprägt.<sup>25</sup> First wählte die Bezeichnung aufgrund der Nähe zur so genannten „Gender Identity Disorder“, bei der – trotz der Unterschiedlichkeit – auch eine Ablehnung des eigenen Körperschemas charakteristisch ist. Im Falle der Gender Identity Disorder kollidiert das mentale Selbstbild jedoch, dem Namen nach, hauptsächlich mit dem physischen Geschlecht des Betroffenen.<sup>26</sup>

In der Rezeption der bislang veröffentlichten (Fach-)Artikel zum Thema fällt jedoch auf, dass bis heute alle Bezeichnungen Anwendung finden, um das Phänomen zu beschreiben. Dabei ist zwar zu erkennen, dass „Body Integrity Identity Disorder“ heutzutage die breiteste Anwendung findet, wenn die Rede von Menschen mit der Sehnsucht nach einer Amputation einer gesunden Gliedmaße ist, aber grundsätzlich noch keine Einigkeit darin zu bestehen scheint, wo die Grenzen bei der Definition der Störung liegen und wie diese eingeordnet werden soll.

Die Beschreibung der Entwicklungslinie des Begriffs ist somit vor allem auch insofern bedeutend, als dass sie in unmittelbarer Verknüpfung mit der Frage nach der Klassifikation der Störung steht, die weitreichende Konsequenzen für den Umgang mit selbiger beinhaltet.

---

<sup>24</sup> Vgl. ebd.: 5.

<sup>25</sup> Vgl. ebd.: 6.

<sup>26</sup> Vgl. McKittrick (2007): Gender Identity Disorder. 137.

## 2.2 Die Frage der Klassifikation

Bei der Frage nach der Klassifikation der Störung scheiden sich bislang noch die Geister. „Bisher existieren noch keine einheitlichen Kriterien, die eine exakte, wissenschaftlich fundierte Definition dieses Störungsbildes zulassen. Eine Aufnahme in die klinisch relevanten Klassifikationssysteme ‚Statistical Manual of Mental Disorders‘ (DSM-IV-TR; Saß, Wittchen, Zaudig & Houben, 2003) und ‚international Classification of Diseases‘ (ICD-10; Dilling, Mombour & Schmidt, 2008) erfolgte bisher nicht.“<sup>27</sup> Trotz der Tatsache, dass das DSM ein multitaxiales System<sup>28</sup> ist, konnte bislang kein Konsens darüber gefunden werden, ob BIID zukünftig Eingang in das Klassifikationssystem psychischer oder neurologischer Störungen finden wird und sollte. Grundsätzlich zeigt diese Tatsache auf, dass noch große Unklarheit in der Frage besteht, wie diese Art der Störung zu klassifizieren ist und ob man bei BIID von einer Störung im Sinne einer „Krankheit“ sprechen kann oder nicht.<sup>29</sup> Dabei muss stets beachtet werden, dass „die Versuche einer Ordnung [...] immer auch Abbild der vorherrschenden Vorstellungen [einer Zeit] gewesen [sind]. Bis heute sind daher die gängigen Klassifikationssysteme Ausdruck geistiger Strömungen der jeweiligen Zeit, von denen die Forschung maßgeblich geprägt wird.“<sup>30</sup>

Dementsprechend gilt es folgende Punkte zu berücksichtigen bzw. in die Analyse des Phänomens mit einzubeziehen:

Zum einen durchdringt der Zeitgeist einer Epoche auch die (wissenschaftliche) Auseinandersetzung mit einem Phänomen. Da BIID erst seit ein paar Jahrzehnten in den Aufmerksamkeitsfokus bestimmter wissenschaftlicher Gruppen geraten ist und seitdem – zumindest in seiner Begrifflichkeit – einen verhältnismäßig raschen Wandel durchlaufen hat, gilt es auch im Hinblick auf seine Klassifikation darauf zu achten, dass das Phänomen zu einer anderen Zeit evtl. anders bewertet bzw. eingeordnet werden würde. Diesen Aspekt gilt es vor allem in der Analyse der Experteninterviews, welche

---

<sup>27</sup> Saß, Wittchen, Zaudig & Houben (2003) und Dilling, Mombour, Schmidt (2008), zitiert nach Stirn et al. (2010): 9.

<sup>28</sup> Das Konzept des mehrachsigen Bewertungssystems zur Klassifizierung psychischer Störungen gehört zu den bedeutendsten Komponenten des aktuellen DSM. Durch die Berücksichtigung verschiedener Achsen auf denen eine Störung klassifiziert wird, wird prinzipiell „mehr Raum im Sinne eines komplexeren Gesundheits- oder Krankheitsverständnisses gegeben“ (Reichelt 2012: 326) und somit die Aufnahmefähigkeit in die Riegen des DSM erhöht.

<sup>29</sup> Vgl. Stirn et al. (2010): 9.

<sup>30</sup> Reichelt (2012): Komplementärmedizin – Kompendium. 326.

die Grundlage der empirischen Auseinandersetzung mit BIID innerhalb dieser Forschungsarbeit bilden, zu berücksichtigen.

Zum anderen ist es naheliegend, dass verschiedene Disziplinen unterschiedliche Ansätze in der Einordnung von BIID wählen und somit das Phänomen aus divergierenden Perspektiven betrachten. Die Forschergruppe um die amerikanischen Wissenschaftler David Brang, Paul McGeoch und Vilayanur Ramachandran sowie die Züricher Gruppe um Olaf Blanke, Florence Morgenthaler, Peter Brugger und Leila Overney ordnen BIID beispielsweise als neurologische Erkrankung ein „und vermuten eine Dysfunktion in bestimmten Hirnregionen, die vor allem für motorische und sensorische Fähigkeiten verantwortlich sind.“<sup>31</sup> Die Forschergruppe um Aglaja Stirn argumentiert hingegen, dass „aufgrund psychologischer Motive, die sich hinter dem BIID-Wunsch verbergen (...) die alleinige Zuordnung des BIID-Phänomens zu neurologischen Erkrankungen bei derzeitigem Forschungsstand nicht ausreichend für eine umfassende Klassifikation ist.“<sup>32</sup>

Jedoch existieren nicht nur Unstimmigkeiten im Kreise der wissenschaftlichen Auseinandersetzung mit dem Phänomen. Auch Betroffene selbst sind sich in Bezug auf die Einordnung ihrer Störung uneins. Auf der einen Seite distanzieren sie sich davon, sich selbst als krank zu bezeichnen und sind von ihrer psychischen Gesundheit überzeugt, da sie bis auf den Wunsch nach der physischen Behinderung keinerlei andere Anzeichen einer psychischen Störung aufweisen und sich als gänzlich normal wahrnehmen. Auf der anderen Seite wissen sie um die Tatsache, dass es alles andere als normal ist, den Wunsch zu verspüren ein gesundes Körperteil amputiert zu bekommen und sich erst durch diese Umwandlung des Körpers vollkommen zu fühlen.<sup>33</sup> Diese Ambivalenz in den Empfindungen der Betroffenen, die Diskrepanz in den Meinungen bezüglich der Ursachen von BIID sowie die Debatte über die (Un-)Möglichkeit einer eindeutigen Klassifikation der Störung führt unter anderem dazu, dass sich auch in Bezug auf den Umgang mit Betroffenen und Möglichkeiten der Behandlung die Geister scheiden. Diesem Aspekt wird im weiteren Verlauf dieser Arbeit noch besondere Aufmerksamkeit zukommen.

---

<sup>31</sup> Blanke, Morgenthaler, Brugger & Overney (2009) und Brang, McGeoch, Ramachandran (2008), zitiert nach Stirn et al. (2010): 10.

<sup>32</sup> Ebd.: 10.

<sup>33</sup> Vgl. ebd.: 10.

Ferner zeigt sich deutlich, dass es unerlässlich ist, den aktuellen Forschungsstand zu BIID zu untersuchen, um eine empirische Grundlage für die Beantwortung der Frage zu schaffen, woran sich die Schwierigkeiten der Einordnung genau festmachen. Darüber hinaus ist es nur möglich, die interessierenden Prozesse und Strukturen rund um das Thema BIID zu identifizieren, wenn ein Überblick darüber gewonnen wurde, welche Erkenntnisse bislang aus anderen empirischen und theoretischen Untersuchungen hervorgebracht wurden. Somit kann auch erst durch eine Begutachtung des gegenwärtigen Forschungsstandes ergründet werden, welchen Bereichen dieses so umfassenden Themas bis dato noch keine oder nur verhältnismäßig wenig Aufmerksamkeit zuteil geworden ist und in welchen Bereichen weitere Forschung gewinnbringend sein könnte.

## 2.3 Forschungsstand

Trotz der Brisanz, die das Thema BIID mit sich bringt, ist der Bekanntheitsgrad der Störung grundsätzlich als relativ gering einzustufen. Bislang existieren nur verhältnismäßig wenige wissenschaftliche Befunde zu der Störung, was vor allem auch daran liegt, dass der Zugang zu Menschen, die unter BIID leiden, lange Zeit nur sehr eingeschränkt möglich war. Betroffene fürchten oftmals eine Pathologisierung ihrer Störung und eine damit einhergehende Stigmatisierung durch andere. Dementsprechend gestaltet sich die Generierung von auswertbaren Daten als relativ schwierig. Trotz der benannten Schwierigkeiten haben sich diverse Vertreter aus Forschung und Wissenschaft der Erforschung des Phänomens verschrieben.

So gründete beispielsweise der auf dem Gebiet als renommiert geltende Experte Prof. Dr. Erich Kasten 2008 eine überregionale deutschsprachige BIID-Kommission. „Die Kommission arbeitet daran, Leitlinien für die Diagnose und Therapie der Betroffenen zu entwickeln und die Forschung zu koordinieren.“<sup>34</sup> Ferner wurden durch zwei internationale Kongresse zu BIID, die im März 2009 und 2013 stattfanden, Fachleute und Betroffene zusammen gebracht. Hier wurde gemeinsam ein wichtiger Beitrag dafür geleistet, die Erforschung des Phänomens weiter voranzutreiben.<sup>35</sup>

---

<sup>34</sup> Kasten (o.J): Body Integrity Identity Disorder – BIID. o.S..

<sup>35</sup> Ebd.: o.S..

In der bislang veröffentlichten Literatur zum Thema lässt sich grundsätzlich feststellen, dass sich die inhaltliche Schwerpunktsetzung wie folgt aufgliedert:

Ein Großteil der Artikel beinhaltet Erläuterungen der Studien und Untersuchungen, die mit BIID-Betroffenen durchgeführt wurden (Gruppenstudien mittels Fragebögen und Telefoninterviews, Einzelfallbeschreibungen, neurowissenschaftliche Untersuchungen mittels funktioneller Bildgebung etc.) sowie die Darstellung psychologischer/psychiatrischer und neurowissenschaftlicher Überlegungen zu den Ursachen der Störung. Das Primat der Forschung liegt bis dato in dem Versuch die Gründe für das Auftreten von BIID zu erschließen und darauf aufbauend Therapien zu entwickeln, mit denen Betroffenen langfristig geholfen werden kann. Dabei besteht jedoch – trotz verschiedener Ansätze – zumindest im Kern Übereinstimmung darin, dass eine umfassende Erklärung des Phänomens nur dann möglich sein kann, wenn neurobiologische, biosoziale und psychologische Faktoren mit einbezogen werden.

Auf der anderen Seite zeigt sich bei der Erarbeitung der Artikel, dass viele nicht-experimentelle Veröffentlichungen in Bezug auf BIID existieren, die vorrangig „theoretische Überlegungen und Erklärungsansätze umfassen sowie ethische Aspekte zu BIID erörtern.“<sup>36</sup> Vor allem die Auseinandersetzung mit ethischen Aspekten zeigt in aller Deutlichkeit auf, welche Brisanz dem Phänomen insbesondere in Bezug auf den Umgang mit der Störung bzw. vermeintlichen Lösungsstrategien innewohnt. Trotz der Tatsache, dass sich die ethische Debatte rund um BIID in mehreren Bereichen niederschlägt, fokussiert sie sich jedoch in ihrer Essenz hauptsächlich auf den Umgang mit dem von BIIDLern geäußerten Wunsch nach der Amputation gesunder Gliedmaßen.

Somit bildet die Debatte um die Gültigkeit von Amputationen aus juristischer Sicht und der zugrunde liegenden rechtlichen Bestimmungen einen weiteren inhaltlichen Schwerpunkt der Auseinandersetzung mit BIID, auch wenn dieser Bereich im Verhältnis zu den anderen nur sehr gering ausgeprägt ist. Hier gilt es zu betonen, dass die unterschiedlichen Rechtslagen der jeweiligen Länder für sich betrachtet werden müssen und keine allgemeinen Aussagen zum Umgang mit BIIDLern getroffen werden können.

Demnach lässt sich festhalten, dass sich diverse wissenschaftliche Zirkel aus Medizinern, Psychologen, Psychiatern, Psychotherapeuten, Medizinethikern, Juristen

---

<sup>36</sup> Stirn et al. (2010): 67.



und anderen dem Phänomen aus verschiedenen Richtungen nähern und sich entsprechend unterschiedlich positionieren.

Insgesamt besteht das übergeordnete Ziel jedoch darin, Betroffenen langfristig zu helfen und sie von den nicht unüblichen Selbstamputationen oder Selbstverletzungen, die zu gewünschter Veränderung beitragen sollen, abzuhalten und somit lebensgefährdendes Verhalten zu unterbinden.

Es existieren diverse Fälle, in denen Betroffene Amputationen an sich selbst durchgeführt haben und die Dunkelziffer all jener Fälle, die nicht publik geworden sind, ist vermutlich sehr hoch. Die Zweckentfremdung mechanischer Werkzeuge ist dabei gängige Praxis. Dabei kommen unter anderem Motor- und Kreissägen zum Einsatz, um sich der betroffenen Körperteile zu entledigen oder es werden andere Werkzeuge genutzt, um die betroffenen Körperteile so stark zu verletzen, dass eine Amputation erzwungen wird.

Der nachfolgend beschriebene Fall zeigt eindrucksvoll auf, welche drastischen Konsequenzen einige Betroffene aus dem Amputationsverbot gezogen haben und versinnbildlicht das immense Diskussionspotential, das ein Phänomen wie BIID mit sich bringt.

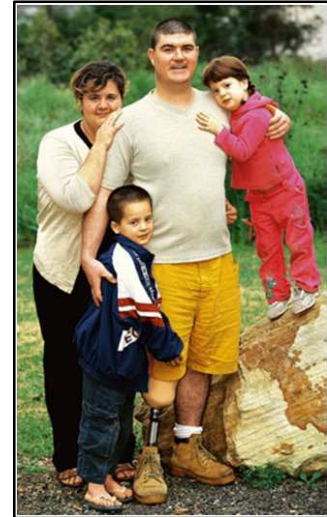
### 2.3.1 Der Fall ‚Openshaw‘

Einer der wohl brisantesten Fälle, der in Bezug auf das Thema ‚erzwungene Amputationen‘ bekannt geworden ist, handelt von dem zum damaligen Zeitpunkt 29jährigen Australier David Openshaw aus dem Jahr 2009.<sup>37</sup> Der von BIID betroffene Mann litt seit knapp 25 Jahren unter der Störung und keine Psychotherapie verhalf ihm dazu, seinen Leidensdruck zu verringern. Sein rechter Unterschenkel fühlte sich für ihn von jeher an wie ein Fremdkörper, den es loszuwerden galt. Aufgrund der Tatsache, dass sich kein Arzt fand, der dazu bereit war die Amputation durchzuführen, entschied er sich in letzter Konsequenz zu einem folgenschweren Schritt. Openshaw stellte seinen Unterschenkel in einen Eimer, füllte diesen mit Trockeneis auf und lies ihn für knapp sechs Stunden darin stehen. Die daraus resultierende Kälteverbrennung reichte so tief in sein Gewebe hinein, dass sein Unterschenkel begann abzusterben. Den Ärzten blieb keine andere Wahl, als den irreparabel beschädigten Teil seines Körpers operativ zu entfernen.<sup>38</sup>

Openshaw bestätigte in mehreren Interviews, die er seit der Amputation geführt hat, dass er seitdem glücklicher lebe als je zuvor und die Tat keine Sekunde lang bereut habe.<sup>39</sup> Nach der Amputation stellte sich bei ihm ein fortwährendes Glücksgefühl ein und er fühlte sich, insbesondere in der für ihn so wichtigen Frage nach der wahren Identität, endlich vollkommen.

Die Geschichte von Openshaw zeigt in aller Deutlichkeit, dass Betroffene zum Teil zu drastischen Mitteln greifen, um ihren Leidensdruck zu mildern. Damit einhergehende Schmerzen oder gesundheitliche Risiken werden oftmals billigend in Kauf genommen und dem übergeordneten Ziel unterstellt, endlich ein Leben führen zu können, das der gefühlten Körperidentität entspricht.

Abbildung 1: David Openshaw mit Familie



Quelle: Sam Barcroft / Bulls Press.

<sup>37</sup> Vgl. im Folgenden Kneip (2009): Das Bein im Kopf. 34.

<sup>38</sup> Vgl. ebd.: 34.

<sup>39</sup> Vgl. Marcus (2009): Glad to lose ‘alien’ limb. o.S.

An dieser Stelle gilt es jedoch hervorzuheben, dass die Beschreibung eines solchen Falles nicht dazu führen darf, pauschalisierte Aussagen über den Umgang von BIIDLern in Bezug auf ihre Störung zu treffen. Viele Betroffene wünschen sich eine Amputation zwar sehnlichst herbei, scheuen jedoch aufgrund der Angst vor zu starken gesundheitlichen Einbußen vor der tatsächlichen Umsetzung zurück.

Der Fall von David Openshaw steht jedoch vor allem auch exemplarisch für ein Problemfeld, das im Zuge der Debatte um BIID immer wieder thematisiert wird und auch in dieser Arbeit unter anderem ins Zentrum des Interesses gerückt werden soll; die Frage, ob dem Amputationsbegehren nachgegeben werden sollte, wenn weder kognitive Verhaltenstherapien noch die medikamentöse Behandlung den Betroffenen in ausreichendem Maße helfen können.

### **2.3.2 Amputation als Lösung?**

Die Frage, ob Amputationen eine legale Behandlungsmethode BIID-Betroffener darstellen dürfen ist einer der wohl interessantesten Aspekte rund um das Thema.

„Vor allem zwei in den Jahren 1997 und 1999 durchgeführte Amputationen des schottischen Arztes Robert Smith sorgten erstmalig für Aufruhr bezüglich des Themas.“<sup>40</sup> Smith hatte auf Wunsch zweier BIID-Betroffener Amputationen in einem lokalen Krankenhaus durchgeführt, bei denen er ihnen jeweils eines ihrer Beine abtrennte. Als der Fall publik wurde, verbot die britische Ärztekammer im Jahr 2000 auf Antrag des schottischen Nationalparlaments weitere dieser Eingriffe.<sup>41</sup> Im selben Jahr berichtete der Sender BBC über den Fall. Brisanz erlangte das Thema aber vor allem auch deswegen, weil Smith sein Vorgehen vor der Presse rechtfertigte.

„It gave me considerable pause for thought and it took me a year and a half of investigation before I agreed to do the first patient, [...] I became increasingly convinced that the patients had had very little success from their treatments by psychiatrists and psychologists over the years. These two patients had been fully assessed by two psychiatrists, one of whom has an interest in gender reassignment disorders, and also by a psychologist.“<sup>42</sup>

---

<sup>40</sup> Stirn et al. (2010): 2.

<sup>41</sup> Vgl. Kapfhammer (2011): Fremdkörper im Leib. o.S.

<sup>42</sup> Robert Smith im Interview mit BBC News (2000): Surgeon defends amputations.

Smith argumentierte die Eingriffe keinesfalls übereilt oder unüberlegt durchgeführt zu haben. Vielmehr habe seine Entscheidung die Operationen vorzunehmen maßgeblich auf zweierlei Aspekten basiert. Zum einen bezog er sich auf eine von ihm durchgeführte tiefgehende Recherche über alternative Lösungs- bzw. Therapiemöglichkeiten, die jedoch ihrerseits aufgezeigt hätten trotz aller Bemühungen erfolglos zu bleiben. Zum anderen konnte beiden Patienten durch die eingängige Untersuchung durch Psychologen und Psychiatern ganz klar die Diagnose „BIID“ gestellt werden. Smith schloss somit beispielsweise Psychosen, die durch den bloßen zeitweiligen Verlust des Realitätsbezugs<sup>43</sup> gekennzeichnet sind, oder andere Gründe für den Amputationswunsch aus, die gegebenenfalls durch andere Maßnahmen behandelt werden könnten. Die Amputation der Gliedmaßen stellte somit nach Smith eine gewinnbringende Möglichkeit der Leidensminderung dar. Der Chirurg erntete für sein Handeln und das Beziehen einer klaren Position für die Amputationslösung enorm viel Spott und Unverständnis und geriet in einen enormen Rechtfertigungszwang.

Die wenigen bekannten Fälle von Betroffenen, die sich den Amputationswunsch erfüllt haben, lassen zwar vermuten, dass eine Amputation tatsächlich eine erfolgversprechende Lösungsmöglichkeit darstellen könnte. Jedoch zeigt der Fall von Smith in aller Deutlichkeit auf, dass das Beziehen einer Position Pro Amputation enorm schwierig ist.

Der für diese Arbeit interessante Aspekt an den Fallbeispielen von Smith und Openshaw besteht allerdings vor allem darin, dass sie exemplarisch als Ausgangspunkt für eine Debatte stehen können, in der sich konträre Meinungen bündeln und aufeinandertreffen, die ihrerseits in unterschiedlichen Disziplinen wurzeln. In diesem Sinne gilt es somit hervorzuheben, dass nicht nur die Frage nach der Gültigkeit von Amputationen betrachtet werden soll, sondern die interdisziplinäre Auseinandersetzung mit dem Phänomen in seiner Ganzheitlichkeit von Interesse ist.

Dazu gilt es in einem ersten Schritt die verschiedenen Zugänge, die in Bezug auf BIID existieren, zu betrachten und ihnen inhärente Strukturmerkmale herauszustellen. Im Zuge dessen gilt es zu ergründen, inwiefern Zusammenhänge, Parallelen und Unterschiede zwischen den einzelnen Ansätzen zu erkennen sind. Somit richtet sich der

---

<sup>43</sup> Vgl. Cohen (1995): Psychose. 240.

Blick im theoretischen Teil der Arbeit vornehmlich auf die Beschaffenheit des interdisziplinären Diskurses zum Thema BIID.

Im empirischen Teil der Arbeit wird hingegen herausgearbeitet, wie weit sich das Bild des aktuellen Diskurses über das Phänomen durch die zielgerichtete Auswertung von Interviews mit Experten zum Thema BIID ergänzen und erweitern lässt. Die Experteninterviews wurden vor allem aus dem Grunde durchgeführt, als dass die Analyse des Diskurses hauptsächlich auf der Rezeption von Artikeln gründet, die von Wissenschaftlern<sup>44</sup> oder Personen verfasst wurden, welche eine gewisse Expertise zum Thema aufweisen. Somit bilden die Interviews einen geeigneten Anknüpfungspunkt zwischen Theorie und Empirie.

Vorab gilt es jedoch ein Bild der für diese Arbeit relevanten Perspektiven, die sich mit BIID befassen, zu zeichnen, um die für die Analyse der Experteninterviews nötige Auswertungsgrundlage zu schaffen und somit letztlich zu einer Beantwortung der Forschungsfrage zu gelangen.

### **3. Analyse des interdisziplinären Diskurses über BIID**

Trotz der Tatsache, dass BIID ein nur wenig erforschtes Störungsbild ist, lässt sich in der Erarbeitung des Themas und der damit einhergehenden Rezeption publizierter Fachartikel und anderer Beiträge erkennen, dass die wissenschaftliche Auseinandersetzung mit BIID bereits zu ihren Anfängen in unterschiedlichen Disziplinen verortet war und somit eine Erforschung des Phänomens vor jeweils unterschiedlichen wissenschaftlichen Hintergründen mit andersgearteten Schwerpunktsetzungen stattgefunden hat.

Im Folgenden erfolgt eine Darstellung der Auseinandersetzung einzelner Disziplinen mit BIID. Im Zentrum des Interesses steht dabei die Untersuchung der Inhalte und Darstellungsformen der einzelnen Zugänge sowie die Herausstellung gewonnener Erkenntnisse und entwickelter Theorien zum Thema BIID und damit

---

<sup>44</sup> Um eine durchgängige Anonymisierung der Experten, die im Rahmen dieser Forschungsarbeit interviewt wurden, zu gewährleisten, findet folgende Generalklausel Anwendung: „Zur leichteren Lesbarkeit [und der vollständigen Anonymisierung personenbezogener Daten] wurde die männliche Form personenbezogener Hauptwörter gewählt. Frauen und Männer werden jedoch mit den Texten gleichermaßen angesprochen.“

zusammenhängender Teilbereiche. Die Analyse der Beschaffenheit der einzelnen Zugänge ist zwingend nötig, um Einsicht darüber zu gewinnen, welche Perspektiven zum Thema existieren, wie diese strukturiert/organisiert sind (Aussagepraktiken) und inwiefern die Möglichkeit einer gewissen Interdependenz besteht.

Vordergründig richtet sich die Aufmerksamkeit dabei einerseits auf die Beschaffenheit neurowissenschaftlicher sowie psychologischer, psycho-therapeutischer und psychiatrischer Ansätze zum Thema BIID und die Art der Inhaltsdarstellung in der veröffentlichten Literatur zum Thema. Auf der anderen Seite wird der aktuelle ethische Diskurs rund um das Thema BIID und die damit einhergehende Debatte pro und contra Wunschamputationen vorgestellt.

Darüber hinaus wird ein Überblick über Medizin- und Strafrechtliche Bestimmungen<sup>45</sup> gegeben, die im Hinblick auf den Umgang mit der Störung eine Rolle spielen.

Insgesamt gilt es jedoch bei der Analyse der jeweiligen Zugänge grundsätzlich drei Dinge zu beachten: Zum einen ist strittig, ob überhaupt von einem klaren disziplinären Zugang gesprochen werden kann, da das wissenschaftliche Feld rund um BIID bislang so klein ist, dass es sich in dem hier verwendeten Zusammenhang eher um vereinzelte Vertreter unterschiedlicher Disziplinen handelt. Zu Gunsten der Lesbarkeit wird jedoch weiter von (unterschiedlichen) disziplinären Zugängen gesprochen. Zum anderen ist die Wahrscheinlichkeit, dass es einen Unterschied zwischen der Art und Weise geben kann und wird, wie Psychologen, Neurowissenschaftler, Ethiker und Juristen das Phänomen in ihrer wissenschaftlichen Tätigkeit ergründen und wie sich auf der anderen Seite daraus resultierende Publikationen aufbauen und strukturieren, relativ hoch. Ein wissenschaftlicher Artikel zum Thema unterliegt bestimmten Richtlinien, um überhaupt publiziert zu werden. Daher wird eine komprimierte und strukturierte Abhandlung der interessierenden und erforschten Thematik geliefert, um Veröffentlichungsstandards gerecht zu werden.

Der Erkenntnisprozess selbst, der die Grundlage der Ausführungen der jeweiligen Publikation ist, kann jedoch in seinen Abläufen anders strukturiert gewesen sein. Um

---

<sup>45</sup> Hierbei bezieht sich die Darstellung lediglich auf die Bestimmungen innerhalb des Geltungsbereichs des deutschen Rechtsraums.

gewissen Darstellungserfordernissen gerecht zu werden und einen nachvollziehbaren Überblick über die gewonnenen Erkenntnisse zu liefern, wird daher meist zugunsten der Lesbarkeit ein bestimmter Illustrationsmodus gewählt. Diesen Umstand gilt es sowohl bei der folgenden Analyse des psychologischen und neurologischen Diskurses über BIID als auch in der Auseinandersetzung mit den anderen disziplinären Zugängen zu berücksichtigen.

Ferner gilt es zu betonen, dass an dieser Stelle keine detaillierte inhaltliche Darstellung einzelner Diagnostik- und Therapieverfahren, neurologischer Untersuchungen oder ethischer Argumentationspunkte erfolgt. Dies ist für die Beantwortung der Forschungsfrage ohnehin irrelevant. Vielmehr gilt es herauszustellen, welche Schwerpunkte in den jeweiligen Auseinandersetzungen mit dem Phänomen gesetzt und welche Aspekte im Zuge dessen in welcher Form diskutiert werden. Vor allem aber gilt es die Grundlage dafür zu schaffen, zu einer Einschätzung darüber zu gelangen, im Hinblick auf welche Bereiche der Diskurs durch die Analyse qualitativ generierter Daten zum Thema potenziell ergänzt werden kann und welche Fragen, die über die Störung selbst hinausgehen, im Zuge dessen aufgeworfen werden.

### **3.1 BIID in Psychologie & Neurowissenschaften**

Zwei der Bereiche, aus denen heraus das Phänomen BIID hauptsächlich betrachtet und untersucht wird, sind in der Psychologie und in den Neurowissenschaften zu sehen.<sup>46</sup>

Inhaltlich nehmen die Ergründung der Störung sowie die Entwicklung wirksamer Therapien für Betroffene den Großteil der psychologischen Auseinandersetzung mit BIID ein. Die Erforschung der Ursachen von BIID gilt als Grundlage für die Entwicklung von Therapieformen, die sich ihrerseits in unterschiedliche Bereiche aufgliedern lassen, deren nähere Erläuterung jedoch in diesem Kontext nicht von Interesse ist. Somit

---

<sup>46</sup> Die nachfolgende Darstellung gründet auf der Rezeption etwaiger Artikel, die in den im hiesigen Kontext behandelten wissenschaftlichen Disziplinen wurzeln. Angeführt seien in diesem Zusammenhang eine Auswahl rezipierter Werke: (Blanke et al. 2009); (Braam et al. 2006); (Brang et al. 2008); (Bruno 1997); (First 2005); (Furth & Smith 2000); (Kasten & Stirn 2009a); (Kasten 2009b); (Kasten 2011); (Kasten 2012); (Loeb 2008); (Money et al. 1977); (Müller 2007b); (Neff & Kasten 2009); (Oddo et al. 2009), (Ramachandran & McGeoch 2007); (Ramachandran et al. 2009); (Smith 2004); (Sorene et al. 2006); (Stirn et al. 2009); (Stirn et al. 2010); (Thiel et al. 2009); (Brugger 2011).

besteht ein Großteil der Literatur aus (differential-)diagnostischen Erläuterungen, sowie Erklärungsansätzen, die versuchen mögliche Ursachen von BIID zu identifizieren.

Bei näherer Betrachtung der Darstellung fällt auf, dass Vertreter psychologischer Ansätze sich in der Auseinandersetzung mit dem Phänomen häufig zunächst der Beschreibung des Störungsbildes selbst widmen, in dem eine Erklärung dafür geliefert wird, was unter Body Integrity Identity Disorder zu verstehen ist, welche historische Entwicklung der Begriff durchlief (welche Schwerpunktsetzungen somit jeweils erfolgt sind) und welche Merkmale, Verhaltens- und Wahrnehmungsweisen für BIID-Betroffene typisch sind. Demnach wird zunächst der Versuch unternommen eine objektive Darstellung des Störungsbildes und der von BIID betroffenen Personen zu liefern und eine möglichst umfassende aber dennoch stimmige Beschreibung des Phänomens zu geben. Im Zuge dessen wird darauf hingewiesen, dass vor allem in der erstmaligen Konfrontation mit der Störung in der Regel die Frage danach aufkommt, ob Menschen die unter BIID leiden geisteskrank sind. Somit wird im psychologischen Diskurs Bezug auf die Abweichung von bestehenden Normalitätskonzepten genommen und der Störung insbesondere aufgrund ihrer gesellschaftlichen Stigmatisierungsproblematik eine Sonderstellung verliehen.

Gleichzeitig wird jedoch von der naheliegenden Annahme BIID als Geisteskrankheit einzustufen in der Regel Abstand genommen, da keiner der bislang untersuchten Betroffenen laut der Autoren wahnhaft wirke und somit keine Indikation für das Vorliegen einer psychotischen oder psychiatrischen Störung gegeben sei. Untersuchungen an deutschen Betroffenen stützen den Befund.<sup>47</sup> Im Zuge dessen widmen sich Psychologen/Psychotherapeuten und Psychiater vorrangig auch der Frage nach der Einordnung der Störung, wie in Punkt 2.2 über die Klassifikationsprinzipien bereits aufgezeigt wurde. Dabei folgt jede Darstellung in etwa demselben Muster. Es erfolgt eine chronologische Darstellung des „Werdegangs“ des Begriffs und der Aussage, dass die heute geläufige Bezeichnung „Body Integrity Identity Disorder“ auch diejenige ist, die das Phänomen sprachlich und inhaltlich am besten charakterisiert. So begründen die bis zum heutigen Tage gewonnen Erkenntnisse der Störung offenbar die Verwendung der

---

<sup>47</sup> Vgl. Kasten (2009b): Body Integrity Identity Disorder (BIID): Befragung von Betroffenen und Erklärungsansätze.



jüngsten Bezeichnung (BIID). Die Frage der stimmigen Bezeichnung fällt somit offensichtlich in den Zuständigkeitsbereich von Psychologen/Psychiatern.

Vor allem in der Auseinandersetzung mit den anderen Wissenschaftsbereichen, die sich der Auseinandersetzung mit BIID verschrieben haben, gilt es diesen Aspekt im Hinterkopf zu behalten. Ferner ist die Frage nach der Klassifizierung der Störung wichtig, da diese unter anderem die Basis für bestimmte Argumentationsstränge in der ethischen Diskussion bildet. Somit gilt es bereits an dieser Stelle das Augenmerk auf die Vernetzung der verschiedenen disziplinären Zugänge zu richten. Die Klassifizierungsfrage, die offensichtlich Psychologen unterliegt, beeinflusst zumindest anteilig die Argumentationsbasis diverser Medizinethiker, die sich dem entgegenstellen und beispielsweise aufgrund ihrer Auffassung, dass BIID-Betroffene wahnhaft seien, ihren Amputationsanspruch für ungültig erklären (eingeschränkte Autonomie).

Insgesamt scheint das Kerninteresse allerdings darin zu bestehen, Wege zu finden mit denen Betroffenen geholfen werden kann. Bislang existieren jedoch nur verhältnismäßig wenige Studien darüber, ob eine psychotherapeutische oder eine psychopharmakologische Behandlung das Leiden von BIID-Betroffenen verringern kann und inwiefern durch eine mit Medikamenten gestützte psychologische Behandlung dauerhaft Erfolge erzielt werden können. Klar scheint jedoch zu sein, dass bislang weder der Einsatz von Medikamenten, noch kognitive Verhaltenstherapien den Wunsch nach der Amputation einer gesunden Gliedmaße ganz verschwinden lassen können, auch wenn sie zu einer gewissen Erleichterung/Minderung verhelfen.

Dieser Umstand lässt auch in psychologischen Kreisen die Frage aufkommen, ob eine Amputation als Mittel zum Zweck eingesetzt werden darf. Diese Frage bleibt jedoch in der Regel unbeantwortet und wird mehr als Frage denn als Antwort formuliert. Augenscheinlich besteht bis jetzt keine Einigkeit darin, ob Amputationen durchgeführt werden sollten, um BIIDlern zu helfen. Grundsätzlich lässt sich feststellen, dass von einer eindeutigen Stellungnahme für oder gegen Amputationen seitens der Psychologen, die sich mit dem Phänomen auseinandersetzen, weitestgehend Abstand genommen wird. Lediglich die Gründe die für oder gegen eine Amputation sprechen könnten werden benannt, ohne dabei für die eine oder die andere Seite zu plädieren.

Einigkeit besteht vielmehr darin, dass die Ursachen für die Störung weiter erforscht werden müssten, bevor eine Entscheidung bezüglich dieser Frage gefällt werden kann. Besonders im Bereich der Ursachenforschung sind sich Fachleute jedoch einig, dass das Auftreten von BIID zumindest zu einem nicht geringen Anteil in neurologischen Komponenten begründet liegen muss. Besonders populär ist in diesem Zusammenhang der Ansatz der beiden Hirnforscher Vilayanur Ramachandran und Paul McGeoch von der Universität in San Diego/Kalifornien. Beide Wissenschaftler vertreten die Auffassung, dass eine hohe Wahrscheinlichkeit für die Richtigkeit der Annahme besteht, dass bei Betroffenen erhebliche Beschädigungen des rechten Scheitellappens im Gehirn für die Störung verantwortlich sind. Diese Beschädigung sei dafür verantwortlich, dass es zu einer Entkopplung zwischen dem Körperbild, das in diesem Teil des Gehirns generiert werde, und dem Körper der Betroffenen kommt.<sup>48</sup> Eine Anomalie im so genannten somatosensorischen Cortex klammern die Wissenschaftler in der Erforschung der Ursachen für BIID wiederum tendenziell eher aus, da es den Betroffenen in der Regel problemlos möglich ist die unerwünschten Gliedmaßen zu bewegen und diese auch normal spüren.<sup>49</sup> Wissenschaftlich fundierte Belege, welche die möglichen Ursachen eindeutig mit den daraus resultierenden Wirkungen verknüpfen, existieren jedoch dafür bislang nicht.

Die Benennung dieser zwei Ansatzpunkte neurowissenschaftlicher Ursachenforschung steht repräsentativ für die Tatsache, dass auch in innerhalb dieses disziplinären Zugangs zu der Störung bislang keine eindeutig nachweisbaren Kausalzusammenhänge von BIID ausgemacht werden konnten. Es bestehen zwar plausible Ansätze, die zum Teil auch breite Zustimmung finden, aber eindeutige wissenschaftlich fundierte Verknüpfungen lassen sich bislang nicht nachweisen.

Aus diesem Grund ist es wichtig herauszustellen, dass weder innerhalb der psychologischen noch in der neurowissenschaftlichen Auseinandersetzung mit BIID ein ganzheitlicher Erklärungsanspruch propagiert wird. Ferner lassen sich keine Hinweise darauf finden, dass ein Primat für eigene Erklärungen beansprucht wird oder dass andere Erklärungsansätze ausgeschlossen oder zurückgewiesen werden.

---

<sup>48</sup> Vgl. Müller (2007b): Dieses Bein will ich nicht. 69 f. und Brang et al. (2008).

<sup>49</sup> Vgl. Kasten (2011): 24.

Die vorausgehende Schilderung bezieht sich primär auf die inhaltlichen Strukturmerkmale, die in der psychologischen/neurowissenschaftlichen Auseinandersetzung mit der Störung ausgemacht werden konnten. Diese kontrastieren sich jedoch deutlich von anderen Zugängen, betrachtet man zum Beispiel den ethischen Diskurs zu BIID.

### **3.2 BIID & Ethik**

Auch bei der Betrachtung des ethischen Diskurses über das Phänomen und der damit einhergehenden Rezeption von Artikeln, die sich (unter anderem) mit ethischen Fragen bezüglich des Umgangs mit BIID bzw. BIID-Betroffenen befassen, lässt sich ein bestimmtes Muster und damit einhergehendes „Argumentationsmodell“ erkennen.

Auch hier bezieht sich die Darstellung der Erkenntnisse auf die Analyse etwaiger Artikel, deren Autoren entweder vorrangig (aber nicht ausschließlich) im Bereich der Medizinethik situiert sind oder sich verstärkt mit ethischen Fragen in Bezug auf BIID auseinandersetzen. Dabei erfolgt zum einen eine Benennung der Argumente, die von Seiten diverser Ethiker in der Debatte um den Umgang mit BIID-Betroffenen angebracht werden. Dies gehört selbstredend zur Darstellung des ethischen Diskurses dazu. Wichtiger ist in diesem Zusammenhang jedoch eine Analyse der inhaltlichen Grundmuster und Verflechtungszusammenhänge, die der ethischen Argumentation inhärent sind. Dementsprechend ist es notwendig herauszustellen, welche Aspekte auf welche Weise in der ethischen Debatte um BIID thematisiert werden, um auch hier die Grundlage für die Verknüpfung mit den Befunden der empirischen Arbeit zu schaffen.

In einem Großteil der Artikel, die sich dem Thema BIID *nicht* speziell aus ethischer Perspektive widmen, ist eine Passage zu finden, in der in unterschiedlich ausgeprägter Intensität ethische Probleme mit Bezug auf BIID thematisiert werden. Dabei handelt es sich in der Regel vorrangig um die Frage bzw. die Benennung der Diskussion, die um die Gültigkeit des Amputationswunsches besteht. Diese Frage bildet den Kern der ethischen Debatte um die Störung. Die folgende Darstellung bezieht sich jedoch primär

auf Texte, die sich in ihrer Substanz mit ethischen Aspekten beschäftigen und die Ethik-Kontroverse nicht nur am Rande behandeln.<sup>50</sup>

Alle Texte, die eine gewisse „ethische Rahmung“ aufweisen, beinhalten eine Beschreibung des Krankheitsbildes, wobei jedoch anders als in dem Großteil der Texte, die von Psychologen/Psychiatern/Neurowissenschaftlern etc. publiziert wurden, eine andere Schwerpunktsetzung gewählt wird. Anstatt eine umfassende Erklärung des Störungsbildes selbst sowie der Merkmale, Verhaltensweisen und Lebenswelten von Betroffenen etc. zu geben, steht neben der Benennung möglicher Ursachen hauptsächlich der von vielen BIIDlern geäußerte Wunsch nach einer Amputation im Vordergrund der Betrachtung. Die Ergründung der Ursachen des Amputationswunsches und die Auseinandersetzung mit der Frage, wie Betroffenen mit Hilfe verschiedener Therapien Abhilfe geschaffen werden kann, erfolgt dabei im Vergleich zu den psychologischen/neurologischen Zugängen weniger intensiv. Im Zentrum der Betrachtung steht vielmehr die Frage nach der ethischen Vertretbarkeit Amputationswünschen nachzukommen „und impliziert [somit auch] die Diskussion um die Legalisierung von Amputationen“.<sup>51</sup>

In allen Artikeln werden die von dem schottischen Chirurgen Dr. Robert Smith durchgeführten Amputationen zweier BIID-Patienten und das daraus resultierende Verbot weiterer Amputationen nach einer Stellungnahme des Ethikkomitees als Ursprung für die Auseinandersetzung mit diesem Thema unter Ethikern angeführt. Die damit einhergehende Verbreitung über die (Massen-)Medien löste, laut Autoren, die Diskussion über die Frage nach der Gültigkeit der Amputationen gesunder Gliedmaßen als Therapiemaßnahme zur Leidensminderung aus. Bereits an dieser Stelle lässt sich eine Verknüpfungsstruktur erkennen, die für die Analyse ethischer Argumentationsmuster von besonderer Bedeutung ist. Die ethische Debatte um BIID wurzelt somit in Vorgängen, die sich zwar auf medizinischer Ebene abgespielt haben, aber durch die Stellungnahme eines Komitees, dass sich aus Medizinethikern

---

<sup>50</sup> Eine Auswahl der für diesen Teil der diskursanalytischen Auseinandersetzung mit dem Phänomen genutzten Literatur findet sich in den folgenden Texten: (Ryan 2009); (Müller 2009); (Müller 2010); (Müller 2007a); (Bayne & Levy 2005); (Bridy 2004); (Clervoy et al. 2009); (Johnston & Elliott 2002); (Beckford-Ball 2000); (Dudzinski 2005); (Fisher & Smith 2000); (Schramme 2006); (Smith & Fischer 2003).

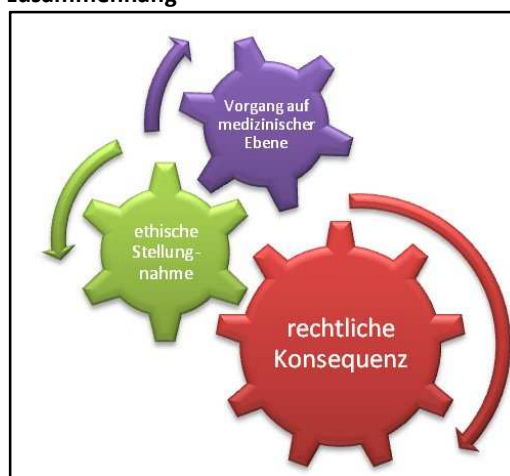
<sup>51</sup> Stirn et al. (2009): 165.

zusammensetzt, beeinflusst wurden und dies in einem solchen Maße, dass eine medizinrechtliche Konsequenz (Verbot) daraus erwachsen ist.

Wichtig ist somit, die von Ethikern vorgebrachte Argumentation zumindest anteilig in ein Verhältnis zu bestehenden medizinischen und strafrechtlichen Richtlinien zu setzen und somit grundsätzlich zu bedenken, dass die Ursprünge bestimmter, für den Umgang mit BIID relevanter, Gesetze ihren Ursprung zumindest anteilig in anderen

Disziplinen haben können. Besonders deutlich wird dies in der Darstellung der rechtlichen Grundlagen, die in Bezug auf BIID relevant sind und sich ihrerseits auf die gestalterische und körperliche Autonomie des Menschen beziehen. Vorab gilt es sich jedoch anzuschauen, wie sich die ethische Argumentation bezüglich der Debatte um die Wunschamputationen inhaltlich aufbaut.

Abbildung 2: Interdisziplinärer Verflechtungszusammenhang



Quelle: eigene Darstellung.

### 3.2.1 Ethische Argumentationslinie – Pro & Contra

In der ethischen Auseinandersetzung mit dem Phänomen werden diverse Gründe benannt, die entweder für oder gegen die Erfüllung des Amputationswunsches sprechen. Somit teilt sich die ethische Debatte um BIID grob in zwei Lager – Pro & Contra. Einer der Aspekte, der bei der Argumentation *für* das Nachkommen des Amputationswunsches am häufigsten aufgeführt wird, ist die normative Forderung danach, dass jeder Mensch das Recht zur freien Gestaltung des eigenen Körpers haben sollte.<sup>52</sup> Dabei wird hauptsächlich die Parallele zu inzwischen gesellschaftlich weithin akzeptierten Formen der Körpermodifikationen wie Tätowierungen, Piercing, Schönheitschirurgie etc. hergestellt, die unter anderem auch zur Identitätsgestaltung dienen, so wie es BIID-Betroffene mit der Amputation ihrer Körperteile anstreben.

<sup>52</sup> Vgl. Bridy (2004): Confounding extremities: surgery at the medico-ethical limits of self-modification.

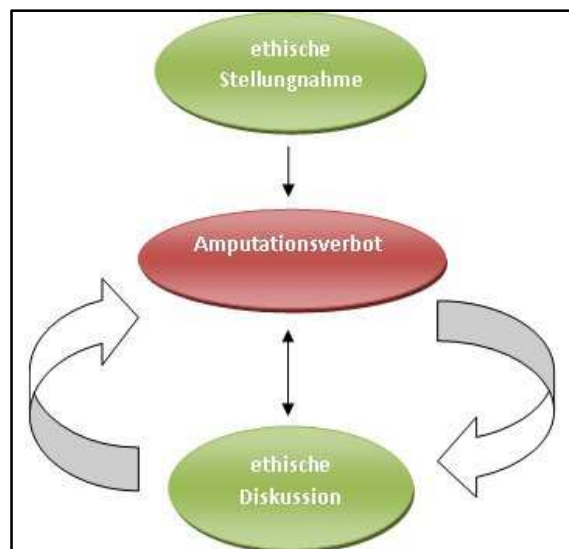
Diese Formen den eigenen Körper umzugestalten lägen im Selbstbestimmungsrecht der „Betroffenen“ und dürften nicht durch Vorschriften reglementiert werden. Befürworter beziehen sich somit in ihrer Argumentation hauptsächlich auf das Recht auf persönliche Autonomie, argumentieren aber häufig auch weiter, dass Amputationen den Betroffenen die einzig befriedigende Erleichterung verschaffe und sie davor schützt die lebensgefährdenden Eingriffe selbst vorzunehmen.

Eingebettet ist die Diskussion um Selbstbestimmung in die geltenden rechtlichen Bestimmungen, die bei der Debatte um die Amputation gesunder Körperteile relevant sind.

An dieser Stelle zeigt sich deutlich, dass verschiedene Wirkrichtungen innerhalb des ethischen Zugangs existieren. Die Stellungnahme des Ethikkomitees löste damals das Amputationsverbot aus. Dieses Verbot führte wiederum zu einer ethischen Debatte über selbiges. Hier wird ersichtlich, dass die ethische Diskussion in diverse bereichsspezifische Ethiken aufgeteilt werden kann, die ihrerseits einen speziellen Blickwinkel auf ein Phänomen haben.<sup>53</sup>

Auffällig ist weiter, dass sich in der ethischen Debatte um BIID die Argumente *gegen* Amputationen vielfältiger differenzieren, als jene die *für* die Durchführung von Amputationen sprechen. An dieser Stelle erfolgt jedoch lediglich eine sehr komprimierte Darstellung der einzelnen Gründe, die in der ethischen Debatte angeführt werden. Eine detaillierte Nachzeichnung der inhaltlichen Beschaffenheit der Argumente wäre nur notwendig, wenn sie im Zusammenhang mit dem Erkenntnisinteresse dieser Arbeit stünde.

Abbildung 3: Wirkrichtung ethischer Zugänge



Quelle: eigene Darstellung.

<sup>53</sup> Vgl. Johannes Gutenberg-Universität Mainz (2011): Interdisziplinäre Forschung - Forschung zur Interdisziplinarität. o.S. und Badura (2002): Die Suche nach Angemessenheit. Praktische Philosophie als ethische Beratung. 46.

Die Gründe die gegen eine Amputation sprechen gliedern sich in mehrere Bereiche auf. Zum einen wird argumentiert, dass nach der Amputation mit Komplikationen, Nebenwirkungen und Folgebehandlungen, die durch die Amputation unweigerlich entstehen würden, gerechnet werden müsse. Hier fällt auf, dass eine eindeutig „medizinische Argumentationslinie“ in die ethische Argumentation eingebettet ist und darüber hinaus sogar als ethisches Argument angebracht wird.

Ferner wird in diesem Zusammenhang von damit einhergehenden, vorab nicht zu kalkulierenden, psychischen Belastungen, unter denen die von nun an körperlich behinderten Menschen gegebenenfalls leben müssten und von denen sie sich unter Umständen nicht erholen würden, gesprochen. Gleichzeitig sei nicht zu kalkulieren, ob nach der Amputation eine Symptomverschiebung eintreten und der Betroffene eventuell immer weitere Amputationen anstreben würde, weil nicht an den Ursachen, sondern an den Symptomen gearbeitet werde.<sup>54</sup> Auch im Hinblick auf diesen Argumentationspunkt fällt auf, dass er trotz seiner „psychologischen Basis“ als ethisches Argument gegen die Amputation gewertet bzw. genutzt wird. An dieser Stelle lassen sich somit Hinweise darauf erkennen, dass die Argumentationsstruktur des ethischen Diskurses in gewisser Weise interdisziplinär durchdrungen ist.

Darüber hinaus werden gesellschaftliche und wirtschaftliche Folgen benannt. Menschen, die eines ihrer Körperteile (zum Beispiel aufgrund eines Unfalls) ungewollt verloren haben, könnten das Verlangen von BIID-Betroffenen (und das Nachgeben des Amputationswunsches) als zutiefst rücksichtslos und verletzend einstufen. In diesem Zusammenhang wird oftmals auch erwähnt, dass das soziale Umfeld des Amputierten unter enormen Stress gestellt werden könnte, wenn es mit dem Betroffenen nach erfolgter Amputation umgehen müsste.

Auch wirtschaftliche Konsequenzen, die aus der Legalisierung der Amputationen entstehen könnten, werden benannt. Dabei bezieht sich die Argumentation hauptsächlich auf finanzielle Aspekte, die mit der Amputation in Verbindung stehen (Operation, Rehabilitation, medizinische Nachbehandlung etc.) und die dadurch ggf. entstehende Erwerbsunfähigkeit der Betroffenen. Diese würde sich – wenn auch gesamtwirtschaftlich betrachtet nur zu einem geringen Anteil – auf den wirtschaftlichen

---

<sup>54</sup> Vgl. Müller (2007a). 259.

Kontext auswirken und dies sei im Prinzip nicht ohne weiteres hinzunehmen und müsste stets bedacht werden.<sup>55</sup>

Hier lassen sich somit erste Hinweise auf die gesellschaftliche Relevanz des Umgangs mit der Störung finden, da diese eben nicht nur in einem individuellen Kontext, sondern auch vor einem allgemeineren Hintergrund betrachtet, diskutiert und beurteilt wird.

Insgesamt fällt auf, dass in der ethischen Diskussion Gründe angeführt werden, die eine klare Verknüpfung zu Erkenntnissen anderer Disziplinen aufweisen. Somit lässt sich feststellen, dass der ethischen Argumentationsstruktur gewisse Verflechtungszusammenhänge inhärent sind, die vermuten lassen, dass ein interdisziplinärer Einfluss der einzelnen Zugänge untereinander besteht und der Kontext, in den das Phänomen gestellt werden muss, die Individualebene übersteigt.

### **3.2.2 Fazit Ethik**

Die Debatte um die Gültigkeit von Amputationen birgt in ihrer ethischen Auseinandersetzung extrem viel Raum für eine kontroverse Diskussion. Ethiker, die sich gegen Amputationen aussprechen, bedenken in erster Linie gesundheitliche und ökonomische Folgen. Zentral lastet dabei jedoch der Vorwurf der Verletzung ethischer Prinzipien. Genau dies bildet jedoch den „Knackpunkt“ der Auseinandersetzung mit diesem Teil des Diskurses, da nicht einfach eingeordnet werden kann, wodurch sich genau die ethischen Prinzipien definieren. Sie bestehen nicht einfach per se, sondern nur im Hinblick auf ein bestimmtes Feld, können sich jeweils in ihrer Argumentation in unterschiedliche Richtungen entfalten und sind offensichtlich mit den Erkenntnissen anderer Disziplinen vernetzt.

Hier gilt es jedoch zu beachten, dass es wichtig ist, im Auge zu behalten, dass besonders der normative Kanon immer auch das Produkt kultureller Prägungen ist. Somit darf auch im Hinblick auf die ethische Debatte nicht außer Acht gelassen werden, in welchen kulturellen Kontexten die Begründungsansätze, Grundpositionen, Hauptbegriffe und die wichtigsten Theorien, die angebracht werden, wurzeln.<sup>56</sup>

---

<sup>55</sup> Ebd.: 260.

<sup>56</sup> Vgl. Johannes Gutenberg-Universität Mainz (2011): o.S.



Trotz der Tatsache, dass sich die Geister im Hinblick auf die Durchführung von Wunschamputationen scheiden und sich im Zuge dessen die Argumentationen Pro und Contra Amputationen mehr oder weniger diametral gegenüberstehen, ist – wie in der Darstellung über den psychologisch-neurologischen Diskurs schon angesprochen – auffällig, dass dennoch weitestgehend interkulturelle Übereinstimmung darin zu bestehen scheint, dass die Forschungstradition zum Thema BIID noch viel zu jung ist, um endgültige Entscheidungen im Umgang mit der Störung zu treffen.

Letzlich lässt sich festhalten, dass BIID-Betroffene aufgrund der Tatsache, dass die Amputation gesunder Körperteile in Europa nicht legal ist, häufig selbst die Amputation ihrer Gliedmaßen provozieren. Somit liegt auf der Hand, wie dringend das Anliegen ist, möglichst bald eine Lösung zu finden. Aus diesem Grund ist eine ethische Debatte im Hinblick auf die Gültigkeit von Amputation unumgänglich und ihr „Dasein“ im Diskurs über BIID gerechtfertigt.

Im Folgenden wird dargestellt, wie sich die Rechtslage in Bezug auf den Umgang mit der Frage nach der Legalität der Amputationen gestaltet. Die Auseinandersetzung mit den rechtlichen Rahmenbedingungen bildet den dritten und für diese Forschungsarbeit letzten Bereich, der in Bezug auf den interdisziplinären Diskurs über BIID relevant ist.

### **3.3 BIID & Recht**

Versucht man ein dezidiertes Verständnis dafür zu gewinnen, welche Aspekte den Umgang mit der Störung insgesamt und BIID-Betroffene im Speziellen maßgeblich beeinflussen und somit vor allem in der Kontroverse um den Umgang mit dem Amputationswunsch eine Rolle spielen, so bleibt es nicht aus, auch einen Blick auf die Beschaffenheit der rechtlichen Grundlagen, die in der Debatte um die Zulässigkeit elektiver Amputationen wirksam werden, zu werfen. Die Analyse des interdisziplinären Diskurses über BIID erfordert eine Auseinandersetzung mit diesem Themenkomplex.

An dieser Stelle soll jedoch keine ganzheitliche Abhandlung über Straf- oder Medizinrecht stattfinden. Dies wäre im Rahmen dieser Arbeit nicht möglich und dem Forschungsinteresse ohnehin nicht zuträglich. Vielmehr gilt es sich an dieser Stelle vor Augen zu führen, welcher Zusammenhang zwischen ausgewählten Medizin- und Strafrechtlichen Bestimmungen und dem Umgang mit BIID-Betroffenen besteht.

Anders als in der Betrachtung des Diskurses über BIID aus psychologischer, neurowissenschaftlicher oder ethischer Perspektive gestaltet sich die Auseinandersetzung mit der Störung aus rechtlicher Sicht bzw. die Analyse des rechtlichen Diskurses rund um BIID auf andere Art und Weise. Es werden jene rechtlichen Bestimmungen dargestellt, die in Bezug auf den Umgang mit dem Amputationswunsch eine Rolle spielen. Da im Prinzip kein Spielraum bei der Auslegung der Bestimmungen existiert, konnten diese auch nicht im Hinblick auf die ihr inhärenten Darstellungsmodi untersucht werden. Die folgende Darstellung bezieht sich somit lediglich auf die inhaltliche Beschaffenheit der relevanten Gesetzgebung.

Nur eine sehr geringe Anzahl an Wissenschaftlern oder im Speziellen Juristen befasst sich überhaupt eingängiger mit dem rechtlichen Rahmen, der im Umgang mit BIID relevant ist. Die Bezugnahme auf die Medizin- und Strafrechtlichen Bestimmungen, die in der Frage um das Nachkommen des Amputationswunsches gesunder Gliedmaßen geltend werden, bleibt zwar auch innerhalb anderer Zugänge nicht außen vor, jedoch werden diese meist nur in kurzen Passagen benannt und sonst nicht eingängiger behandelt.<sup>57</sup> Eine differenzierte Auseinandersetzung mit den geltenden Bestimmungen ist in diesem Kontext jedoch wichtig, da sie die Grundlage für eine der größten Kontroversen innerhalb der BIID-Debatte bilden.

Wie eingangs erwähnt, wurzelt die Bedeutung der Auseinandersetzung mit diesem Themenkomplex in der Tatsache, dass in Europa die Amputation gesunder Gliedmaßen ohne medizinische Indikation<sup>58</sup>, wie bei BIID-Betroffenen der Fall, verboten ist. Die fachmännische Amputation eines Körperteils könnte aber selbstredend nur dann gewährleistet werden, wenn dies durch einen dafür ausgebildeten Chirurgen geschieht. Sie würde somit in den Geltungsbereich medizinischer Eingriffe fallen und demnach der zugehörigen Gesetzgebung unterliegen. Dieser gilt es sich im Folgenden näher zu widmen, da Sie die Grundlage des Amputationsverbotes bildet.

---

<sup>57</sup> Prof. Dr. Erich Kasten bezieht sich in seinen Darstellungen beispielsweise kurz auf den Artikel 226a des deutschen Strafgesetzbuches, den es so mittlerweile nicht mehr gibt.

<sup>58</sup> „Unter Indikation (Heilanzeige) wird ein Grund zur Verordnung eines bestimmten diagnostischen oder therapeutischen Verfahrens verstanden, der die Anwendung der Maßnahme in einem Krankheitsfall rechtfertigt.“ [Manok, (2012): Body Integrity Identity Disorder. Die Zulässigkeit von Amputationen gesunder Gliedmaßen aus rechtlicher Sicht. 32], zitiert nach Psychrembel, Stichwort Indikation S. 905.

Befasst man sich mit der Rechtsprechung zu medizinischen Eingriffen, so wird schnell klar, dass diese aus einer äußerst komplexen Zusammenstellung von Reglements besteht. Eine für den Laien zunächst als paradox erscheinende Regelung besteht in der folgenden Satzung:

„Ausgehend von der Auffassung des Reichsgerichtshofs aus dem Jahre 1894 (RGSt 25, 375) und der ständigen Rechtsprechung des Bundesgerichtshofes (BGHSt 35, 246) stellt jeder ärztliche Heileingriff tatbestandlich eine Körperverletzung dar im Sinne der §§ 223 ff. StGB; 823 I BGB. (...) Eine Körperverletzung wird in § 223 StGB beschrieben als körperliche Misshandlung, eine üble und unangemessene Behandlung, die das körperliche Wohlbefinden nicht nur unerheblich beeinträchtigt oder als Gesundheitsschädigung durch Hervorrufen oder Steigern eines auch nur vorübergehenden pathologischen Zustands. Für die Bewertung durch die Rechtsprechung ist es unerheblich, ob der Eingriff ärztlich indiziert und lege artis mit ärztlichem Heilwillen durchgeführt wurde (...). Wie jede andere Form der Körperverletzung, (...) können auch ärztliche Eingriffe strafrechtlich sanktioniert werden (Freiheitsstrafe, Geldstrafe), wenn nicht besondere Gründe die Strafbarkeit entfallen lassen.“<sup>59</sup>

Die Klassifizierung eines ärztlichen Heileingriffs als Körperverletzung ist zwar aufgrund seiner grundlegenden Zielsetzung (Wiederherstellung von Gesundheit) umstritten, wird aber dennoch grundsätzlich als solche eingestuft und ist somit prinzipiell strafbar.<sup>60 61</sup>

Es gilt somit zu berücksichtigen, dass sich dieser Teil der Rechtsprechung weiter differenziert und eine spezifische Regelung für den Umgang mit Körperverletzungen als Bestandteil medizinischer Eingriffe existiert. Daher heißt es weiter:

„Da es unbillig wäre, den medizinisch indizierten und lege artis<sup>62</sup> durchgeführten ärztlichen Heileingriff, der nach ordnungsgemäßem Aufklärungsgespräch vom Patienten gewünscht wird, straf- und zivilrechtlich zu Lasten des Arztes als Körperverletzung zu ahnden, sieht die Rechtssystematik eine Bestrafung nur für rechtswidrig und schuldhaft begangene Körperverletzungen vor. Rechtswidrig sind solche Eingriffe in die Rechtssphäre des Patienten, die nicht von einem Rechtfertigungsgrund legitimiert werden. Als Rechtfertigungsgründe für den ärztlichen Heileingriff können die (mutmaßliche) Einwilligung und der rechtfertigende Notstand nach § 34 StGB herangezogen werden.“<sup>63</sup>

Die Strafbarkeit dieser Art der Körperverletzung entfällt somit, wenn sie durch gewisse Rechtfertigungsgründe legitimiert wird. Von besonderem Interesse ist in der Auseinandersetzung mit BIID eine nähere Betrachtung der Beschaffenheit einer dieser

---

<sup>59</sup> Parzeller, Wenk, Zedler, Rothschild (2006): Aufklärung und Einwilligung bei ärztlichen Eingriffen. o.S.

<sup>60</sup> Vgl. hierzu Manok (2012): 29 ff.

<sup>61</sup> Ferner gibt es ärztliche Eingriffe, die nicht primär auf die Wiederherstellung von Gesundheit zielen, wie etwa freiwillige Sterilisationen oder geschlechtsverändernde Maßnahmen. Die Grenzen der Klassifikation von Ärzten durchgeführter Eingriffe scheinen demnach nicht eindeutig abgesteckt zu sein.

<sup>62</sup> „nach den Regeln der ärztlichen Kunst“

<sup>63</sup> Parzeller et al. (2006): o.S.

Rechtfertigungsgründe, der so genannten Patienteneinwilligung und der Patientenaufklärung, die wiederum vor dem Eingriff stattfinden muss, da die Einwilligung ohne die vorherige Aufklärung nicht erteilt werden kann.

### **3.3.1 Patientenaufklärung, Einwilligung & die guten Sitten**

Um einen diagnostischen oder therapeutischen ärztlichen Eingriff zu rechtfertigen, muss der Patient dem Eingriff zustimmen. Dazu muss er im Vorfeld über alle Umstände und Risiken, die mit dem Eingriff zusammenhängen aufgeklärt werden.

„Es liegt im Verantwortungsbereich des behandelnden Arztes, den Patienten vorab ausreichend zu unterrichten, um eine selbstbestimmte Entscheidung zu ermöglichen und rechtlichen Schwierigkeiten vorzubeugen. Grund- und verfassungsrechtliche Grundsätze weisen der Wahrung des Selbstbestimmungsrechtes, der Patientenautonomie und der Entscheidungsfreiheit des Patienten einen eindeutigen Vorrang vor der medizinischen Auffassung des Arztes zu. Das Selbstbestimmungsrecht basiert auf der Menschenwürde und dem Recht auf körperliche Unversehrtheit. (...) Maßstab ist letztendlich der Wille des Patienten. Durch die ärztliche Aufklärung wird unter Berücksichtigung der Sichtweise des Patienten die erforderliche Entscheidungsgrundlage geschaffen, eine Abwägung der Gründe vorzunehmen, die für oder gegen einen Eingriff unter Berücksichtigung der spezifischen Umstände der Krankheit und deren Verlauf sprechen. Der Patient muss sich nach seinem individuellen Erwartungshorizont neben den Erfolgchancen auch über Fehlschläge und Risiken im Klaren sein, sogenannter ‚Informed consent‘ (BGH NJW 1981, 1320 [1320 ff.]). Deshalb ist nicht nur eine sorgfältige Behandlung, sondern auch die Wahrung des Selbstbestimmungsrechtes des Patienten maßgebliche Verhaltenspflicht des Arztes. (...) Voraussetzung einer wirksamen Einwilligung ist, dass sie nach Verständnis der Sachlage erteilt wurde und der Einwilligende eine zutreffende Vorstellung vom voraussichtlichen Verlauf und den möglichen Folgen des zu erwartenden Eingriffs hat; er muss die nötige Urteilskraft und Gemütsruhe besitzen, um die Tragweite seiner Erklärung zu erkennen und das Für und Wider verständlich gegeneinander abzuwägen (BGHSt 4, 88, 90). Der Patient muss ferner im vollen Besitz seiner Erkenntnis- und Entscheidungsfreiheit sein, was bei starken Schmerzen eingeschränkt möglich sein kann (OLG Frankfurt MedR 1984, 194 [196]).“<sup>64</sup>

Die Kernaussage der aufgeführten Erläuterung besteht darin, dass der Patient vom Arzt bevor er einwilligen kann, umfassend über alle möglichen Risiken und Komplikationen, die mit dem Eingriff zusammenhängen können, aufgeklärt werden muss. Diese Aufklärung muss dazu beitragen, dass der Patient dazu in der Lage ist, eine selbstbestimmte Entscheidung zu treffen. Die Wahrung dieses Selbstbestimmungsrechtes, also der Patientenautonomie und Entscheidungsfreiheit, hat wiederum Vorrang vor der medizinischen Auffassung des Arztes und basiert letztendlich auf der Menschenwürde und dem Recht auf körperliche Unversehrtheit als

---

<sup>64</sup> Parzeller et al. (2006): o.S..

Freiheitsrecht. „Die Einwilligung in eine die körperliche Integrität verletzende ärztliche Behandlung ist Ausdruck der ‚Respektierung der Patientenautonomie‘. Die Einwilligung in einen ärztlichen Eingriff – der wie dargestellt von der Rechtsprechung als tatbestandmäßige Körperverletzung angesehen wird – stellt einen Verzicht auf ein höchstpersönliches Rechtsgut dar, über das der Patient – innerhalb bestehender Schranken – verfügen kann.“<sup>65</sup>

Somit scheint der Schluss nahe zu liegen, dass es Menschen, die sich in medizinischer Behandlung befinden, grundsätzlich möglich ist, nach erfolgter ärztlicher Aufklärung Entscheidungen hinsichtlich medizinischer Eingriffe in ihren Körper zu treffen, welche gänzlich Ihnen selbst unterliegen.

Würde sich dieses Feld nicht weiter ausdifferenzieren und bestünde kein grundsätzliches Verbot elektiver Amputationen, könnte man annehmen, dass BIID-Betroffenen, die sich eine Amputation wünschen, im Prinzip das Recht dazu eingeräumt werden müsste diese zu verwirklichen, wenn sie vorher umfassend über die Risiken aufgeklärt wurden und anschließend dem Eingriff zustimmen. Dies ist aber wie erwähnt nicht möglich, da Amputationen gesunder Gliedmaßen ohne das Vorliegen einer Indikation grundsätzlich nicht erlaubt sind. Dies erscheint in diesem Zusammenhang jedoch zunächst paradox. Welche Gründe rechtfertigen diese Bestimmung, wenn doch die Kriterien zur Legitimation medizinischer Eingriffe so klar vorgegeben werden, insbesondere wenn eine für BIID-Betroffene so weitreichende Konsequenz damit verbunden ist?

Resultierend aus dieser Frage gilt es die Einwilligungsbestimmungen zu betrachten, die in diesem Zusammenhang eine Rolle spielen. Der Patient kann demnach von seinem Einwilligungsrecht nur dann Gebrauch machen, wenn dies in autonomer Entscheidung geschieht und der Patient einwilligungsfähig ist.<sup>66</sup> Dennoch, und dies bildet eine der Herausforderungen der Abhandlung über den rechtlichen Rahmen in den BIID eingebettet ist, ist nicht jeder Eingriff in die körperliche Unversehrtheit mit Einwilligung, auch wenn sie vermeintlich die oben genannten Kriterien erfüllt, rechtmäßig. Vor allem

---

<sup>65</sup> Manok (2012): 36.

<sup>66</sup> Eine ausführliche Abhandlung über die Einwilligungskriterien zum ärztlichen Heileingriff sind in dem Werk von Manok (2012) sowie in den Ausführungen von Parzeller et al. (2006) zu finden.

durch die Bestimmungen zur Sittenwidrigkeit werden hier weitere Beschränkungen festgelegt.

„Lediglich § 228 StGB verweist auf die Möglichkeit einer Einwilligung in eine Körperverletzung, wenn diese nicht gegen die guten Sitten verstößt. (...) Der Rechtfertigungsgrund der Einwilligung, der die Rechtswidrigkeit der tatbestandlichen Körperverletzung in Form des Heileingriffs entfallen lässt, erfordert mehrere Voraussetzungen. (...) Für die Wirksamkeit der Einwilligung ist erforderlich, dass der Patient nach seiner geistigen und sittlichen Reife imstande war, Bedeutung und Tragweite des Rechtsgutsverzichts zu erkennen und sachgerecht zu beurteilen.“<sup>67</sup>

Die Einwilligung selbst ist somit nicht ohne weiteres möglich. Sie muss mindestens zwei Kriterien erfüllen. Sie darf nicht gegen die guten Sitten verstoßen und der Patient muss nach geistiger und sittlicher Reife im Stande sein, Bedeutung und Tragweite des Rechtsgutsverzichts zu erkennen und zu beurteilen. „Die sog. Sittenwidrigkeit liegt vor, wenn etwas gegen die guten Sitten verstößt. Nach Ansicht der Rechtsprechung ist etwas sittenwidrig, wenn es gegen das Anstandsgefühl aller billig und gerecht denkenden Menschen verstößt (BGH 10, 232; 69 297).“<sup>68</sup>

Der Wunsch sich ein gesundes Körperteil amputieren zu lassen, obwohl keine medizinische Indikation dafür vorliegt scheint jedoch gegen genau dieses Anstandsgefühl und einen – wie auch immer gearteten – allgemeinen Konsens zu verstoßen und wird somit zurückgewiesen. Eine exakte Bestimmung der „guten Sitten“ existiert jedoch nicht und somit ist der Raum innerhalb dessen sich diese bewegen bzw. ihre Wirkung entfalten, wenn überhaupt, nur sehr schwer zu bestimmen. Gleichzeitig wird offensichtlich, dass die Gute-Sitten-Klausel, trotz ihrer vermeintlichen Unbestimmtheit, weitreichende Konsequenzen zu haben scheint und es zeigt sich deutlich, worin die aufbauende Rechtsprechung im Kern fußt.<sup>69</sup>

---

<sup>67</sup> Parzeller et al. (2006): o.S.

<sup>68</sup> Rechtswörterbuch (2013): Sittenwidrigkeit. o.S..

<sup>69</sup> Es gilt jedoch herauszustellen, dass keine Belege dafür vorliegen, dass Amputationswünsche bislang tatsächlich mit Verweis auf die Gute-Sitten-Klausel abgelehnt wurden, auch wenn diese den Kern des Amputationsverbotes zu bilden scheinen.

Abbildung 4: Pyramidendarstellung der in Bezug auf BIID relevanten (Rechts-)Bereiche



Quelle: eigene Darstellung.

### 3.3.2 Fazit Recht

An dieser Stelle wird ein Aspekt klar ersichtlich: Die Ausdifferenzierung der geltenden Richtlinien zum medizinischen Eingriff zeigt deutlich auf, dass gesellschaftliche Werte, Normen und Moralvorstellungen in den Umgang mit der Störung mit einspielen und es wird abermals ersichtlich, dass der Amputationswunsch letztlich zum gesellschaftlichen Phänomen wird, das nicht mehr nur auf Individualebene betrachtet werden kann. Diese Beobachtung konnte bereits im Zuge der Auseinandersetzung mit dem ethischen Diskurs gemacht werden.

Die Patienteneinwilligung wurzelt somit im Kern nicht in der Wahrung des Selbstbestimmungsrechtes und individueller Entscheidungsfreiheit im Kontext medizinischer Eingriffe in den eigenen Körper, sondern in Moralvorstellungen gesellschaftlicher Wertesysteme. Es scheint, als würde Betroffenen, die den Amputationswunsch haben oder äußern, gleichsam geistige und sittliche Reife abgesprochen, auch wenn Ihnen dies per Gutachten nicht diagnostiziert wurde. Auch hier zeigt sich die gesellschaftliche Dimension, in die BIID eingebettet ist, klar auf. Insgesamt ist aber anzunehmen, dass

insbesondere das Recht auf körperliche Unversehrtheit, das als Grundrecht in der deutschen und vielen anderen Verfassungen verankert ist, nicht mit dem Wunsch danach diese gegen eine körperliche Behinderung einzutauschen, vereinbar ist und das Nachgehen dieses Wunsches somit kategorisch ausgeschlossen wird.

### **3.4 Zusammenfassung Diskurs**

In der Darstellung des Diskurses über das Thema BIID sollte in erster Instanz herausgestellt werden, wie sich die Pluralität der Positionen und Darstellungsmodi zum Thema sowie die interdisziplinäre Auseinandersetzung mit BIID insgesamt gestaltet. Dabei wurde sich der Frage gewidmet, in welcher Form Aussagen in bestimmten Bereichen präsentiert werden.

Zunächst einmal gilt es sich klar zu machen, dass es nicht ohne weiteres möglich ist, von einer klaren disziplinären Abgrenzung in der Auseinandersetzung mit dem Phänomen zu sprechen. Eine Bestimmung der Zugänge und Disziplinen, die sich mit der Störung auseinandersetzen, kann somit nur verhältnismäßig grob vorgenommen werden, zumal ein Großteil der Wissenschaftler, die BIID untersuchen oder untersucht haben, vielfach selbst interdisziplinär ausgerichtet sind und somit eine eindeutige Zuteilung selbiger zu einer bestimmten Fachrichtung häufig nicht möglich ist. Dieser Aspekt wird auch in der späteren Auswertung der Experteninterviews aufgegriffen.

Insgesamt zeigte sich jedoch, dass wesentliche Unterschiede in der Art der Auseinandersetzung mit dem Phänomen zwischen den verschiedenen Zugängen festzustellen sind. Dies ist aufgrund der unterschiedlichen Schwerpunktsetzungen im Prinzip auch klar, dennoch ist es wichtig herauszustellen, wodurch sich die Differenzen genau begründen.

Der wohl größte Unterschied scheint in der Zielsetzung, die den jeweiligen Zugängen innewohnt, zu bestehen. Die psychologischen/neurologischen Arbeiten konzentrieren sich primär auf die Aufklärung über die Störung und stellen vorrangig Studien und Forschungsergebnisse vor, in denen unter anderem Erklärungsansätze dafür gegeben werden, in welchen Ursachen die Störung begründet liegen kann. Der ethische Diskurs zeichnet sich hingegen vorrangig durch die Benennung einer Bandbreite an



Argumentationspunkten aus, die entweder für oder gegen eine Amputation sprechen. Demnach fokussiert sich die ethische Debatte im Kern primär auf die Art des Umgangs mit den Betroffenen und zielt vor allem in seiner Argumentation auf Vorgänge und Entwicklungen in diesem Bereich ab. Hier zeigt sich vor allem die Bipolarität ethischer Argumentationsmodelle, die in der Debatte zum Tragen kommen. Ferner wird der Eindruck erweckt, dass diese Bipolarität dazu führt, dass in nächster Zukunft kein Konsens in der Debatte um die Wunschamputationen gefunden wird. Die Gegensätzlichkeit der Positionen, die diesbezüglich besteht, lässt nur wenig Raum für Möglichkeiten, die sich zwischen beiden Standpunkten einpendeln würden.

Die Beschreibung des rechtlichen Diskurses ist hingegen schon alleine deswegen schwierig, weil kein „richtiger“ rechtlicher Diskurs zu dem Thema existiert.

Die vorausgehende Darstellung bezieht sich auf die Benennung jener Bestimmungen, die im Umgang mit der Störung wirksam werden, sofern man sich auf den konkreten Umgang mit dem Amputationswunsch bezieht. Sich vor Augen zu führen, wie sich die rechtliche Situation gestaltet, ist durchaus von Bedeutung, weil sie sich letztlich erheblich auf den Umgang mit Betroffenen auswirkt. Gleichzeitig muss jedoch bedacht werden, dass es nur wenig Spielraum in der Auslegung dieser Bestimmungen gibt und somit auch nur wenig Spielraum in der Darstellung ebendieser Bestimmungen existiert. Letztlich gibt es nur eine Hand voll Personen, die sich diesem Thema überhaupt gewidmet haben und hier gilt es abermals die Zielsetzung zu betrachten. Vor allem in dem Werk von Andreas Manok zeigt sich, dass das übergeordnete Ziel der Arbeit darin bestand, aufzuzeigen, dass es durchaus eine Möglichkeit geben könnte die Amputationen mit der deutschen Rechtsprechung zu vereinbaren. Fraglich ist wiederum, in welchen Grundmotiven die Zielsetzung dieses Autors wurzelt.

Dennoch ist allen Ansätzen ein wesentlicher Aspekt gemein. Es ließ sich erkennen, dass sich alle Zugänge in Bezug auf ihre interdisziplinäre Beschaffenheit aufschlüsseln lassen und Zusammenhänge ausgemacht werden können, die erst bei einer näheren Betrachtung des Diskurses auffallen. Psychologische und neurowissenschaftliche Zugänge thematisieren immer auch ethische und rechtliche Aspekte der Störung. Bei der Betrachtung der ethischen Ansätze konnte festgestellt werden, dass gewisse, in der ethischen Diskussion vorgebrachte, Argumentationspunkte mit Erkenntnissen begründet

werden, die ursprünglich in anderen Disziplinen gewonnen wurden. Rechtliche Bestimmungen, die im Umgang mit der Störung relevant sind, scheinen wiederum im Kern in gesellschaftlichen Moral- und Wertvorstellungen zu wurzeln, die den Kontext, innerhalb dessen das Phänomen bislang untersucht wurde, von einer individuellen auf eine gesellschaftliche Ebene heben. Diese Tatsache schafft wiederum die Basis dafür, das Phänomen aus einer sozialwissenschaftlichen Perspektive zu untersuchen. Auch wenn diese Zusammenhänge nicht sonderlich ausgeprägt sind, so sind sie dennoch vorhanden und können als Grundlage für weitere Untersuchungen in diese Richtung dienen.

Darüber hinaus – und dieser Aspekt ist für diese Arbeit von maßgeblicher Bedeutung – konnte jedoch auch festgestellt werden, dass das Bild, welches sich aus der Analyse der Beschaffenheit des interdisziplinären Diskurses ergibt, zu erheblichen Teilen sehr unvollständig ist. Es gibt viele Bereiche, zu denen aus der bloßen Rezeption der Literatur und anderer Beiträge zum Thema keine Informationen generiert werden konnten. Darüber hinaus wurden bislang insbesondere aus sozialwissenschaftlicher Perspektive kaum Theorien entwickelt. Aus diesem Grund galt es im empirischen Teil dieser Arbeit die bestehenden Lücken im Hinblick auf einige interessierende Aspekte zu schließen und das Bild des interdisziplinären Diskurses zu vervollständigen.

Um die empirische Arbeit leisten zu können, musste jedoch vorab ein konkretes Forschungsdesign sowie die Art der methodischen Datenerhebung und die zugehörige Auswertungsmethode festgelegt werden, wie im Folgenden beschrieben wird.

#### **4. Empirische Untersuchung Teil I – Methodik der Datenerhebung & Datenauswertung**

Um der eingangs beschriebenen Forschungsfrage nachgehen zu können, musste diese zunächst in ein konkretes methodisches Vorgehen umgesetzt werden. Das folgende Kapitel beinhaltet eine differenzierte Beschreibung der durchgeführten Untersuchung. Zunächst erfolgt eine Darstellung des gewählten Forschungsdesigns, bevor die genutzten Methoden zur Datengewinnung und Datenauswertung vorgestellt werden.

## 4.1 Forschungsdesign

Bei der theoretischen Erarbeitung des Themas stellte sich schnell heraus, dass sich der Zugang zu BIID-Betroffenen selbst als sehr schwierig gestalten würde und somit eine Beantwortung der ursprünglichen Teilfrage, inwiefern sich der interdisziplinäre Diskurs durch die Auswertung von Interviews mit Menschen, die in einer unmittelbaren Verbindung mit dem Phänomen stehen, ergänzen lässt, sehr beschwerlich und innerhalb des gegebenen Zeitrahmens kaum zu realisieren gewesen wäre. Aus diesem Umstand folgte die Überlegung, die Zielgruppe, die für die Interviews herangezogen werden sollte, zu verändern und somit auch auf eine andere Art des Erhebungsverfahrens zurückzugreifen.

Daher bestand der Anspruch des Forschungsvorhabens darin, zu ergründen wie sich die Meinungen von *Experten* zum Thema BIID im Bereich bislang nicht oder nur wenig behandelte Gebiete konstituiert und was sich daraus insgesamt auf die Art des Umgangs mit BIID heutzutage und in Zukunft schließen lässt. Somit wurden zur Beantwortung der Forschungsfrage, über die Analyse bestehender Literatur zum Thema hinaus, leitfadengestützte Experteninterviews durchgeführt.

### 4.1.1 Forschungsmethoden - Das Experteninterview als Methode qualitativer Datenerhebung

Bei dem Versuch spezielle Wissensbestände zu erfassen kommt dem interviewgestützten Forschungsprozess im Rahmen dieser Arbeit eine besondere Bedeutung zu. Dabei gilt es mehrere Aspekte zu berücksichtigen.

Zunächst einmal muss der Begriff des „Experten“ in dem hier verwendeten Sinne erklärt und die Bedeutung für das Forschungsinteresse herausgestellt werden.

Es existiert keine allgemeingültige Definition für den Begriff des Experten, da insbesondere innerhalb der Sozialwissenschaften große Uneinigkeit darüber herrscht, welche Personen wann als Experten zu betrachten sind. Aus diesem Grund gilt es an dieser Stelle keine allumfassende Definition zu erstellen, sondern einen Rahmen für den Expertenbegriff in dem hier verwendeten Kontext zu finden und mit diesem zu arbeiten.

In dem hier verwendeten Sinne „beschreibt [„Experte“] die spezifische Rolle des Interviewpartners als Quelle von Spezialwissen über die zu erforschenden sozialen

Sachverhalte.“<sup>70</sup> Dabei ist wichtig, dass der Experte sich dieses Wissen über einen verhältnismäßig langen Zeitraum angeeignet hat und persönliche Generalfertigkeiten (wie Intelligenz oder Gedächtnisleistungen) nicht in die Expertenleistung als solche einbezogen werden dürfen.<sup>71</sup> Die Interviews werden als Mittel eingesetzt, um eine Untersuchung zu unterstützen, innerhalb derer der Experte sein spezifisches Wissen über den interessierenden Sachverhalt preisgibt, welches nicht durch das reine Studium der von Ihm/Ihr herausgegebenen Literatur oder anderweitig publizierten Informationen zum Thema erlangt werden konnte.

Als Experten zeichnen sich somit in dem hier verwendeten Kontext Personen aus, die über ein spezielles, bereichsspezifisches Wissen verfügen, welches in Bezug auf das Störungsbild selbst und den Umgang mit BIID von Interesse ist und einen Beitrag zur Beantwortung der Forschungsfrage leisten kann. Die Person des Experten selbst steht dabei nicht im Fokus des Forschungsinteresses, sondern sein Blickwinkel auf die interessierenden Bereiche, die es zu untersuchen gilt.<sup>72</sup> Es geht im Kern darum, „das Zustandekommen und die Funktionen von Deutungen, Sichtweisen und Einstellungen von Menschen [die in dem hiesigen Kontext unmittelbar in ein bestimmtes Phänomen eingebunden sind im Hinblick auf die Forschungsfragen zu] erklären (...).“<sup>73</sup>

Dabei gilt es jedoch zu berücksichtigen, dass Probleme, die bei der Arbeit mit Experteninterviews auftreten können, stets einkalkuliert werden müssen.

#### **4.1.2 Schwierigkeiten bei der Arbeit mit Experteninterviews**

Über die Auswahl des Experten hinaus ist es wichtig die Tragweite sozialer Beeinflussungsfaktoren (von wechselseitigen Erwartungshaltungen über soziale Erwünschtheit etc.) die in der Interviewsituation, der Vorbereitung derselben sowie der darauf folgenden Auswertung des generierten Materials eine Rolle spielen können, zu bedenken. Aus diesem Grund treten sowohl innerhalb als auch außerhalb der Sozialwissenschaften immer wieder Debatten auf, in denen die Objektivität dieser Art der Datenerhebung angezweifelt wird. Aufgrund der Beschaffenheit dieser

---

<sup>70</sup> Gläser, Laudel (2010): 12.

<sup>71</sup> Vgl. Mieg, Näf (2005): 4.

<sup>72</sup> Vgl. Gläser, Laudel (2010): 12.

<sup>73</sup> Ebd.: 69.

Erhebungsmethode wird die Validität der mit ihr generierten Ergebnisse oftmals in Frage gestellt.<sup>74</sup>

Im Einzelnen heißt das, dass die soziale Interaktionssituation zwischen fragender und befragter Person in den Augen vieler Wissenschaftler Ergebnisse potentiell verfälscht. Somit würde innerhalb eines Interviews nicht nur von Experten erfragtes Wissen übermittelt, sondern auch andere Aspekte, die den Wissenstransfer (gegebenenfalls negativ) beeinflussen. „Das generelle methodische Problem rührt bei Interviews von der persönlichen Gegenwart des Interviewers her; kurz gesagt: Es ist unsicher, ob nicht der Befragte in einem Interview mit einem *anderen* Interviewer ‚eine *andere* Geschichte‘ berichten würde.“<sup>75</sup> Ferner gilt es zu berücksichtigen, dass

„die befragte Person (...) immer in einem bestimmten institutionellen Kontext [steht], in dem sie eine spezifische Rolle wahrnimmt. Entsprechend empfängt sie den Interviewer unter bestimmten Voraussetzungen; (...) im Weiteren (...) als *Funktionskontext* des Interviews bezeichnet. Zu diesem Kontext gehören insbesondere berufliche Funktionen (...) und betriebliche Zwänge (...) sowie Wertvorstellungen, informelle Verhaltensregeln und geschriebene Gesetze, die aus Sicht der befragten Person die Grenzen des Fragbaren und Hinterfragbaren für das Interview abstecken.“<sup>76</sup>

Ferner begutachtet der Experte sein Gegenüber ebenso wie der Interviewer es tut. Er bildet sich ein Urteil und wird sich entsprechend verhalten.<sup>77</sup> Das Experteninterview funktioniert deswegen

„nur, wenn der Experte im Fragesteller bzw. Interviewer einen *halbwegs kompetenten Gesprächspartner* sieht. Das bedeutet, dass der Interviewer die Fachausdrücke und Grundaussagen in dem Fachgebiet des Experten kennen muss. Sonst besteht die Gefahr, dass der Experte den Fragesteller als Laien ansieht und versucht, diesem erst einmal die Grundbegriffe des Faches zu vermitteln. Solches Grundwissen lässt sich auch in Lehrbüchern nachlesen und rechtfertigt nicht den Aufwand für ein Experteninterview.“<sup>78</sup>

Die Sorge um die benannten Probleme kann letztlich nie vollständig ausgeräumt werden. Die Replizierbarkeit der gewonnenen Daten könnte somit unter Umständen nicht gewährleistet werden, wenn der gleiche Experte von einem anderen Interviewer zu einem anderen Zeitpunkt an einem anderen Ort befragt werden würde.

---

<sup>74</sup> Vgl. Mieg, Näf (2005): 5.

<sup>75</sup> Ebd.: 5.

<sup>76</sup> Ebd.: 5.

<sup>77</sup> Vgl. Ebd.: 6.

<sup>78</sup> Ebd.: 6.

Es ist wichtig sich vorab über diese potentiellen Schwierigkeiten und Verzerrungseffekte im Klaren zu sein und mit den Daten, die mit Hilfe der Interviews generiert werden konnten, sorgsam umzugehen und sie nach wissenschaftlichen Standards auszuwerten. Des Weiteren muss aber auch ehrlich und transparent dargestellt werden, wenn Schwierigkeiten bei der Interviewführung aufgetreten sind, die gegebenenfalls die Ergebnisse in eine bestimmte Richtung beeinflusst haben. Verzerrungseffekte, die bei der Durchführung der Interviews aufgetreten sein könnten, wurden somit bei der Analyse des generierten Materials berücksichtigt.

Aus den benannten Gründen galt es auch bei der Erstellung des Interviewleitfadens besonders Acht darauf zu geben, den Fragenkatalog so zu erstellen, dass vor allem der Belehrungseffekt vermieden und ein Gespräch auf Augenhöhe stattfinden konnte.

### **4.1.3 Erhebungsinstrument: Das Leitfadeninterview**

Der Interviewleitfaden stellt die Grunderfordernis dar, um die Interviewführung mit Experten überhaupt zu ermöglichen und durch regelgeleitetes Vorgehen die Basis für Flexibilität und Offenheit innerhalb der Interviewsituation zu schaffen.<sup>79</sup> Aufgrund der Tatsache, dass auch keine einheitliche Definition für den Interviewleitfaden als Erhebungsinstrument existiert, können auch keine allgemein anerkannten Merkmale und Kriterien zum Leitfaden benannt werden. Aus diesem Grund galt es sich konsequent an *einem* Konzept zum Interviewleitfaden zu orientieren, um weiterhin wissenschaftlichen Standards gerecht zu werden und Nachvollziehbarkeit zu gewährleisten. Somit wurde sich bei der Ausarbeitung des Leitfadens hauptsächlich an der von Stigler und Felbinger erarbeiteten Auslegung bzw. Begriffsbestimmung orientiert, die in Abbildung 5 zu sehen ist.

---

<sup>79</sup> Vgl. Stigler, Felbinger (2005): Der Interviewleitfaden im qualitativen Interview. 129.

Abbildung 5: Begriffsbestimmung „Interviewleitfaden“

**Interviewleitfaden**

*Mit dem Begriff des Leitfadens bezeichnet man ein mehr oder weniger strukturiertes schriftliches Frageschema. Es dient den InterviewerInnen bei der Interviewführung als Orientierungshilfe und Gedächtnisstütze und enthält sämtliche wichtigen Fragen, sowie Hinweise, wie einzelne Frageblöcke eingeleitet werden sollten. Der Leitfaden strukturiert die Interviewsituation oder hilft dabei nichts zu vergessen. Man unterscheidet zwischen Schlüsselfragen, das sind solche, die unbedingt gestellt werden sollten und optionalen Fragen, die von untergeordneter Bedeutung sind.*

Quelle: Stigler, Felbinger (2005).

Im Vorfeld der Interviews wurde ein schriftlich festgelegter Block an Fragen konstruiert, der das Gespräch auf die interessierenden Themen fokussieren und zielgerichtet dazu beitragen sollte, zu einer Beantwortung der Forschungsfrage zu gelangen.

Im Hinblick auf die unterschiedlichen Fragenkomplexe gab es unterschiedliche Abstufungen in der Frageintensität bzw. der Anzahl aufbauender Folge- und Vertiefungsfragen. Neben den Schlüsselfragen wurden Unterfragen konstruiert, die, je nachdem wie die Antworten der Experten ausfielen, zusätzlich gestellt oder ausgelassen wurden, um zu einer auswertbaren Antwort bezüglich des interessierenden Themenblocks zu gelangen.

Die Leitfäden wurden jedoch trotz des weitestgehend gleich bleibenden Aufbaus individuell auf die Biographien und Forschungsschwerpunkte und -beiträge der Experten angepasst. Alle Leitfäden beinhalteten ein hinreichend breites Spektrum von Themen, um zu vermeiden, dass die Interviewpartner aufgrund der Gleichartigkeit der Fragen durchgängig einem starren Antwortschema folgten.

Ferner wurden den gewählten Experten Fragen gestellt, „auf die sie in freier Rede in selbst gewählter (Fach-)Terminologie antworten (...) [konnten]. Der Interviewleitfaden [sollte] (...) ein themenfokussiertes Gespräch in Gang bringen, nicht aber – mehr oder weniger enge – Antwortkategorien vorgeben, wie das bei stark strukturierten Fragebögen der Fall ist.“<sup>80</sup> Grundsätzlich orientierten sich die Formulierungsstrategien und Fragetypen an den von Stigler und Felbinger vorgegebenen Kriterien.<sup>81</sup>

<sup>80</sup> Vgl. Mieg, Näf (2005): 4.

<sup>81</sup> Vgl. Stigler, Felbinger (2005).

Anzumerken bleibt, dass die Leitfäden im Zuge der geführten Interviews weiter überarbeitet, strukturiert, ergänzt und zum Teil auch reduziert wurden, wenn sich zeigte, dass bestimmte Fragen als redundant einzustufen oder nicht zielführend waren. Die Grundform der Leitfäden wurde jedoch grundsätzlich beibehalten, um die Möglichkeit der Vergleichbarkeit der Interviews nicht zu gefährden.

Im Folgenden erfolgt eine Darstellung der Gründe, aus denen die befragten Personen für die Interviews ausgewählt wurden und weshalb sie als Experten für das Gebiet BIID zu betrachten sind.

## **4.2 Sampling – Auswahl der Experten**

In der Auseinandersetzung mit dem Thema BIID ließen sich vor allem zwei Aspekte schnell erkennen. Zum einen ist das Feld bislang nur sehr wenig erforscht und es herrscht in Bezug auf viele Dinge noch große Unklarheit. Zum anderen (und vielleicht daraus resultierend) gibt es kaum Wissenschaftler, die über eine im Rahmen dieser Arbeit verwertbare Expertise verfügen, da sich vor allem im deutschen Raum nur sehr wenige Personen tiefergehend mit der Störung befasst haben. Aus diesem Grund wurden nur einige ausgewählte Personen für ein Interview in Betracht gezogen.

Insgesamt ließen sich vier Personen für die Interviews generieren, die sich alle der Auseinandersetzung mit dem Thema BIID verschrieben haben.<sup>82</sup> Interviewt wurden zwei Psychologen, die sich insbesondere mit der Erforschung der Ursachen von BIID sowie der Entwicklung von Therapien zur Behandlung Betroffener beschäftigt haben. Des Weiteren erfolgte ein Interview mit einem Neurowissenschaftler/Neuroethiker, der sich besonders mit ethischen Aspekten, die im Zusammenhang mit BIID stehen, auseinandergesetzt hat sowie mit einem Anwalt für Medizin- und Strafrecht, der sich vorrangig mit der rechtlichen Rahmung rund um BIID beschäftigt hat.

Alle Experten verfügen über mehrjährige Erfahrung in der Erforschung und Auseinandersetzung mit der Störung und boten sich aufgrund der Tatsache, dass durch die Interviews Lücken im Hinblick auf das Bild des interdisziplinären Diskurs um BIID geschlossen werden sollten, als geeignete Gesprächspartner für die Interviews an.

---

<sup>82</sup> Die Auseinandersetzung mit BIID bildet jedoch bei keinem der interviewten Experten den einzigen Forschungs- oder Arbeitsschwerpunkt.



Im Folgenden (Abb. 6) wird ein komprimierter Überblick über die Expertenprofile und eine grobe disziplinäre Verortung der Gesprächspartner gegeben. Um die Anonymisierung der Experten zu gewährleisten, erfolgte eine Unterordnung der geschlechtergerechten Sprache. In dem hiesigen Kontext wurde durchgängig die Männlichkeitsform zur Beschreibung und Verortung der Experten genutzt, um zu vermeiden aus den Beschreibungen eindeutige Rückschlüsse auf die jeweiligen Identitäten der interviewten Personen ziehen zu können.

**Abbildung 6: Expertenprofile**

	<b>Kurzbeschreibung des Experten</b>	<b>Verortung</b>
<b>Experte I (B1)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Wissenschaftlicher Mitarbeiter an einer renommierten Universitätsklinik</li> <li>* Forschungsschwerpunkte: Neuroethik und Neurophilosophie</li> <li>* Publikation diverser Fachartikel zum Thema BIID mit Schwerpunkt auf ethischen Fragen des Umgangs mit der Störung und dem Amputationswunsch von Betroffenen</li> </ul>	(Medizin-)Ethik/Neurowissenschaften
<b>Experte II (B2)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Führender Experte auf dem Gebiet BIID</li> <li>* Habilitation, Venia legendi für das Fach "Medizinische Psychologie"</li> <li>* Berufung Professur "Neuropsychologie + Forschungsmethodik"</li> <li>* Approbierter Psychologischer Psychotherapeut</li> <li>* Autor zahlreicher wissenschaftlicher Fachbeiträge zum Thema BIID</li> <li>* Forschungsschwerpunkte: BIID, Somatopsychologie, Body-Modification</li> </ul>	(Medizinische) Psychologie/ Neurowissenschaften
<b>Experte III (B3)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Fachanwalt für Medizinrecht und Arbeitsrecht</li> <li>* Anfertigung einer Master-These zum Thema BIID mit Schwerpunkt auf der Frage nach der rechtlichen Zulässigkeit von Amputationen gesunder Gliedmaßen in Deutschland</li> </ul>	Medizin- & Strafrecht
<b>Experte IV (B4)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Führender Experte auf dem Gebiet BIID</li> <li>* Autor zahlreicher wissenschaftlicher Fachbeiträge zum Thema BIID sowie Fachbüchern zu psychosomatischen Krankheitsbildern und Störungen</li> <li>* Fachliche Schwerpunkte: Körperschemastörung, Hirnforschung, Vernetzung von Somatik und Psychosomatik, BIID</li> <li>* aktives Mitglied mehrerer nationaler und internationaler Fachgesellschaften</li> <li>* Reviewer, wissenschaftlicher Beirat und Herausgeber internationaler Fachzeitschriften</li> </ul>	Psychologie/ Neurowissenschaften

Quelle: eigene Darstellung.<sup>83</sup>

<sup>83</sup> Die Informationen, die in Abb. 6 über die Experten angegeben werden sind z.T. den persönlichen Homepages der Experten sowie den Homepages der Institutionen, in die diese aktuell eingebunden sind, entnommen.

Geführt wurden die Interviews in mit den Gesprächspartnern ausgemachten Räumlichkeiten (bzw. einer Freifläche), die in drei von vier Fällen im unmittelbaren Arbeitsumfeld der Experten lagen. Nur ein Interview fand außerhalb des eigenen Arbeitsplatzes in einem Café statt. Grundsätzlich wurde jedoch darauf geachtet, dass sich die Experten in der Gesprächssituation wohl fühlen und in freier Rede auf die gestellten Fragen antworten können.

### **4.3 Vorgehen**

Um dem Standard der intersubjektiven Nachvollziehbarkeit gerecht zu werden, wurden alle Interviews auf Tonträger aufgezeichnet, nach wissenschaftlichen Standards unter Einsatz der Transkriptionssoftware „f4“ transkribiert und im Anschluss mittels einer Analysesoftware für qualitative Daten (MAXQDA) in der Tradition der *Grounded Theory* ausgewertet. Die Aussagen der Experten sind in diesem Fall die erhobenen Daten.

Die Experteninterviews sind jedoch nicht die einzige Erhebungsmethode, die in dieser Arbeit angewendet wird. Wie eingangs bereits erwähnt, wurden diese zu einem erheblichen Teil durch die Analyse von Dokumenten, die in Bezug auf das Thema BIID publiziert wurden, ergänzt. Dies war nötig, um die theoretische Arbeit leisten und somit der Forschungsfrage in angemessener Art und Weise nachgehen zu können. Eine Analyse der Interviews alleine wäre unzureichend gewesen, um eine Antwort auf die Frage zu erlangen, wie sich die interdisziplinäre Auseinandersetzung mit dem Thema BIID gestaltet, ob Verflechtungszusammenhänge zwischen den einzelnen Disziplinen, aus denen heraus BIID bewertet wird, bestehen und im Hinblick auf welche Bereiche sich der Diskurs über das Thema ergänzen lässt. Durch diese Methodentriangulation soll die empirische Absicherung der Ergebnisse vergrößert werden.

#### **4.3.1 Transkriptionssystem nach Kuckartz et al.**

Die Grundlage der Auswertung bildete die vollständige Transkription aller Interviews nach den (vereinfachten) Transkriptionsregeln von Kuckartz et al. Da bei der Auswertung der Interviews keine Analyse des strukturellen Aufbaus der verwendeten Sprache im Vordergrund stand, sondern vor allem der Inhalt der getätigten Aussagen wiedergegeben und untersucht werden sollte, war eine Auswertung nach dem

vereinfachten Transkriptionssystem von Kuckartz et al. adäquat, bei dem „bewusst einfache und schnell erlernbare Transkriptionsregeln, die die Sprache deutlich ‚glätten‘ und den Fokus auf den Inhalt des Redebeitrages setzen [genutzt werden].“<sup>84</sup>

In Abbildung 7 erfolgt eine komprimierte Darstellung der Regeln, die bei der Transkription Beachtung fanden.

**Abbildung 7: Vereinfachtes Transkriptionssystem nach Kuckartz et al.**

Zeichen	Bedeutung
I:	Interviewer
B(#):	Experte mit entsprechender Kennnummer
(.)	Kurze Sprechpause
(...)	Längere Sprechpause
/	Wort- oder Satzabbruch
<u>Wort</u>	Auffällige Betonung oder Lautstärke
W o r t	Gedehntes Sprechen
(unv.)	Unverständliches Satzfragment
(lacht) (seufzt)	Begleiterscheinungen des Sprechens
((steht auf))	Nicht-sprachliche Handlungen
Wort (?)	Vermuteter Wortlaut

*Quelle: eigene Darstellung, angelehnt an das von Kuckartz et al. entworfene vereinfachte Transkriptionssystem (2008).*

Die interviewende Person wurde durch ein „I“, die befragte Person durch ein „B“, gefolgt von ihrer Kennnummer (etwa „B4:“), bezeichnet. Dabei erfolgte eine wortwörtliche Wiedergabe der getätigten Aussagen. Somit wurden sowohl Wort- und Satzabbrüche („/“), also auch Wortdoppelungen erfasst. Die Interpunktion wurde an die Intonation der

<sup>84</sup> Kuckartz, Dresing, Rädiker & Stefer (2008): Qualitative Evaluation – Der Einstieg in die Praxis. 27 f.

interviewten Person angeglichen, wobei die Kommasetzung weitestgehend nach rhetorischen Gesichtspunkten zur Markierung von beim Sprechen entstehenden Pausen angewendet wurde.<sup>85</sup> Der grammatische Verwendungszweck war dem untergeordnet, wurde jedoch nicht komplett ignoriert. Kürzere Sprechpausen wurden durch einen, deutliche oder längere Sprachpausen durch drei Auslassungspunkte gekennzeichnet. Zitate wurden in Anführungszeichen gesetzt und besonders betonte Begriffe durch Unterstreichungen markiert. Nicht verstandene oder schwer verständliche Äußerungen wurde in Klammern mit (unv.) für „unverständlich“ gekennzeichnet. Gedehte Wort- oder Satzfragmente wurden durch Leerzeichen zwischen den einzelnen Buchstaben der genutzten Wörter kenntlich gemacht. Auch nicht-sprachliche Handlungen wurden in Doppelklammern erfasst, sofern nicht eindeutig war, ob sie für die Analyse der Interviews gegebenenfalls relevant sein könnten.

Zustimmende oder bestätigende Lautäußerungen des Interviewers („mhm, aha, ja“ etc.) oder der interviewten Person wurden nicht transkribiert, sofern sie den Redefluss der sprechenden Person nicht unterbrochen haben. Einwürfe einer anderen Person wurden hingegen in Klammern in das jeweilige Satzfragment bzw. Sprechabschnitte mit eingefügt, sofern sie relevant erschienen. Auch Lautäußerungen wurden in Klammern hinter die Aussage der sprechenden Person eingefügt (lachen, seufzen, räusper, etc.), sofern sie den Inhalt der Aussage unterstützt oder verdeutlicht haben.<sup>86</sup>

Alle Angaben, die Rückschlüsse auf die Identität der befragten Person erlaubt hätten, wurden anonymisiert. Die anonymisierten Angaben wurden kursiv und in Klammern gesetzt. Dabei wurde jedoch beachtet, den Inhalt der Aussagen nicht zu verfälschen oder nur bruchstückhaft wiederzugeben und somit in seiner Sinnhaftigkeit zu verändern. Wichtig ist in diesem Zusammenhang noch anzumerken, dass die im Auswertungsteil dieser Arbeit angeführten Interviewpassagen, die zur Untermauerung der getätigten Behauptungen innerhalb der jeweiligen Kategorie genutzt werden, sprachlich weiter geglättet wurden. Wortdoppelungen, Satzabbrüche, Floskeln und Pleonasmen wurden somit entfernt, um sprachliche Redundanz zu vermeiden und die Lesbarkeit der Passagen zu verbessern.

---

<sup>85</sup> Vgl. im Folgenden: Dresing, T. & Pehl, T. (2013): Praxisbuch Interview, Transkription & Analyse. Anleitungen und Regelsysteme für qualitativ Forschende. Einfaches Transkriptionssystem. 20 ff. und Kuckartz et al. (2008).

<sup>86</sup> Vgl. Kuckartz et al. (2008).

### 4.3.2 Auswertungsmethode – Grounded Theory

Um die transkribierten Interviews systematisch und regelgeleitet zu bearbeiten, wurden sie mit dem Analyseverfahren der Grounded Theory (GT) nach Glaser und Strauss ausgewertet. Da in dem hiesigen Forschungszusammenhang eine erklärungsreiche Theorie aus dem vorliegenden empirischen Material heraus gebildet werden sollte<sup>87</sup>, war der Rückgriff auf dieses Verfahren naheliegend. Ferner bot sich das Analyseverfahren der GT aufgrund der Tatsache, dass mehrere Interviews geführt wurden und sie im Hinblick auf die im Zuge der Kodierung gebildeten Analysekategorien untersucht und miteinander verglichen werden sollten, ebenfalls an. Die vergleichende Analyse ist ein wichtiger Bestandteil der GT, um gewonnene Erkenntnisse zu validieren und zu überprüfen.<sup>88</sup> Ferner ist es auf diese Weise möglich die Besonderheiten des generierten Datenmaterials herauszuarbeiten, bestehende Parallelen und Unterschiede im Antwortverhalten der Experten zu benennen und somit die Basis für die vergleichende Analyse der Interviews zu schaffen.

Das Kodieren der Interviews bildet dabei eine systematische und wissenschaftlich fundierte Methode zur Auswertung der Daten. „Kodieren stellt [dabei] die Vorgehensweisen dar, durch die die Daten aufgebrochen, konzeptualisiert und auf neue Art zusammengesetzt werden. Es ist der zentrale Prozess, durch den aus den Daten Theorien entwickelt werden.“<sup>89</sup> Somit wurden innerhalb des Kodierungsprozesses Interviewsequenzen mit bestimmten Etiketten versehen und daraufhin zu verschiedenen Kategorien zusammengeführt, wenn sehr ähnlich kodierte Textpassagen ausgemacht und in einem Zusammenhang gebracht werden konnten. Aufgrund ihrer prinzipiellen Offenheit wurden die Dimensionen des Kategoriensystems jedoch in Rückkopplungsprozessen während der Analyse kontinuierlich überarbeitet und angepasst. Darauf folgten erste hypothetische Verknüpfungen der jeweiligen Kategorien und Interpretationen oder Interpretationsideen, die ihrerseits immer feiner

---

<sup>87</sup> Vgl. Strauss, Corbin (1996): 39.

<sup>88</sup> Vgl. Lamnek 1995: 114 f.

<sup>89</sup> Strauss, Corbin (1996): 39.

ausdifferenziert und ausgearbeitet wurden. Während allen Phasen des Kodierens<sup>90</sup> wurde zwischen verschiedenen Formen des methodischen Vorgehens alterniert.<sup>91 92</sup>

In einem dritten Schritt wurden die entwickelten Kategorien zu einer dichten und variablen Grounded Theory „integriert“<sup>93</sup>, die einen neuen, ergänzenden Blickwinkel auf das Phänomen gestattet.

Während des Auswertungsprozesses galt es jedoch darauf zu achten, die aus dem Interview gewonnen Aussagen nicht falsch zu interpretieren und im Zuge der Auswertung nicht den Fehler zu begehen, eine gewisse „Wunsch-Interpretation“ der Daten vorzunehmen. Somit muss bei der Auswertung von Interviews stets bedacht werden, nicht zu falschen Schlussfolgerungen zu gelangen, nur um vorbehaltlos dem Anspruch der Generierung vermeintlich spannender neuer Erkenntnisse gerecht zu werden.

### **4.3.3 Bildung der Kategorien**

Wie vorab beschrieben, wurden die Interviews in der Tradition der Grounded Theory ausgewertet. Die kodierten Textpassagen wurden durch ständiges An- und Abgleichen strukturiert und den sich ergebenden Kategorien zugeordnet.

Grundsätzlich wird jedoch in kaum einem Text, der sich mit Methoden qualitativer Forschung beschäftigt, eine exakte Definition dafür geliefert, was unter einer „Kategorie“ genau zu verstehen ist. Kriz und Lisch schreiben in diesem Zusammenhang: „Patentrezepte für die Kategorienbildung im engeren Sinne gibt es nicht; je nach Untersuchungsgegenstand müssen dazu immer wieder neue Entscheidungen gefällt werden.“<sup>94</sup>

Glaser und Strauss verstehen unter Kategorie „ein unabhängiges begriffliches Element einer Theorie, eine Klassifikation von Konzepten [Codes].“<sup>95</sup> „Diese Klassifikation wird erstellt, wenn Konzepte miteinander verglichen werden und sich offenbar auf ein ähnliches Phänomen beziehen. So werden die Konzepte unter einem Konzept höherer

---

<sup>90</sup> Eine detaillierte Beschreibung der einzelnen Kodierphasen findet sich in Strauss, Corbin (1996).

<sup>91</sup> Hierbei handelt es sich um den Wechsel zwischen induktivem und deduktivem Vorgehen.

<sup>92</sup> angelehnt an Strauss, Corbin (1996): 89 f.

<sup>93</sup> Strauss, Corbin (1996): 94 f.

<sup>94</sup> Kriz, Lisch (1988): 134.

<sup>95</sup> Kuckartz (2007): Einführung in die computergestützte Analyse qualitativer Daten. 74.

Ordnung zusammengruppiert - ein abstrakteres Konzept, genannt Kategorie.<sup>96</sup> Somit werden den Kategorien Eigenschaften zugeordnet, die „theoretisch bedeutsame Aspekte darstellen.“<sup>97</sup>

Ausgehend von dieser Auffassung bilden auch in dieser Arbeit eigens konstruierte Bezeichnungen, die in Anlehnung an die Ausführungen von Glaser und Strauss entwickelt wurden und die in einen gleichartigen Bezug zu einer bestimmten Thematik zu setzen sind, die Basis der jeweiligen Kategorien.

Aus der Fülle der Kategorien, die beim offenen Kodieren entstanden sind, wurden im Zuge des axialen Kodierens weitere, auf den Ursprungs-Kategorien basierende, Kategorien entwickelt und erste theoretische Ideen konstruiert. In einem zweiten Schritt wurden diese miteinander in einen Zusammenhang gestellt. Dabei wurde vorrangig jenen Kategorien besondere Aufmerksamkeit geschenkt, die aufgrund ihrer inhaltlichen Beschaffenheit besonders relevant für die Beantwortung der Forschungsfrage erschienen.

Die Kategorien müssen jedoch ihrerseits dimensioniert werden, um auf einer gewissen Art des Kontinuums beschrieben werden zu können. Die Eigenschaften oder Merkmale der Kategorien müssen somit bestimmte Ausprägungen aufweisen, die als Basis der Klassifikation der kodierten und in der jeweiligen Kategorie zusammengetragenen Äußerungen dienen.<sup>98</sup> Andernfalls wäre es kaum möglich die Interviews bzw. Aussagen der Experten miteinander in ein Verhältnis zu setzen und zu vergleichen, bzw. Ähnlichkeiten und Unterschiede im Hinblick auf eine Dimension herauszuarbeiten. Dies ist nicht immer ohne weiteres möglich, sollte aber stets das Ziel bei bzw. Teil der Kategorisierung sein.

Um die Existenz der jeweiligen Kategorien zu begründen bzw. zu stützen, wurden Zitate der Experten, die einer Kategorie zugeordnet wurden, aufgeführt und entsprechend gekennzeichnet. Um einen schnellen und gezielten Zugriff auf die zitierten Textpassagen zu ermöglichen, wurde eine zeilennummerierte Fassung der einzelnen Interviews erstellt, die ferner einen Zeitvermerk der entsprechenden Audiodateien enthalten. Diese finden sich im Anhang der Forschungsarbeit.

---

<sup>96</sup> Strauss, Corbin (1996): 43.

<sup>97</sup> Kuckartz (2007): 74.

<sup>98</sup> Vgl. Strauss, Corbin (1996).

Bezüglich der Struktur der Kategorien selbst muss folgendes angemerkt werden: Aufgrund der Ähnlichkeit des inhaltlichen Aufbaus und der thematischen Struktur der Interviewleitfäden, die lediglich nuanciert verändert und individuell an die Biographien der Experten angepasst wurden, konnte das Antwortverhalten der Experten systematisch untersucht und miteinander verglichen werden. Aus der Analyse der Antworten ließen sich zweierlei Typen von Kategorien erstellen.

Zum einen wurden Kategorien erstellt, die thematisch an die Fragen des Leitfadens angepasst waren. Somit ließen sich die Antworten der Experten zum Teil mehr oder weniger bereits kategorial erfassen, ohne dies erst durch eine inhaltliche Analyse der jeweiligen Antworten bestimmen zu müssen. Zum anderen ergaben sich aus den Äußerungen der Experten Kategorien, die sich ihrerseits erst aus dem Antwortverhalten selbst und der Interpretationsleistung der Autorin ergeben haben. Hier gilt es jedoch nicht der falschen Annahme zu verfallen, dass keine Interpretationsleistung bei der ersten Art des Kategoriensystems erfolgt ist. In der ersten Form wurden jedoch bestimmte Kategorien aus der Beschaffenheit der vorab gestellten Fragen bereits mehr oder weniger abgeleitet und konnten somit in Anlehnung an die Fragen des Leitfadens konstruiert werden. Dies war bei der zweiten Art der Kategorien so weder möglich, noch gewollt.

Insgesamt wurden vor allem jene Kategorien in den Vordergrund der Analyse gestellt, die zum einen besonders stark ausgeprägt waren, die also anhand einer Vielzahl von zugehörigen Interviewfragmenten bekräftigt werden konnten. Darüber hinaus wurde vorrangig jenen Aspekten besondere Aufmerksamkeit geschenkt, die im Gesamtzusammenhang der Forschungsarbeit von besonderem Interesse sind.

Im Folgenden Teil der Arbeit werden die Ergebnisse, die bei der Auswertung der Interviews gewonnen werden konnten, vorgestellt.



## **5. Empirische Untersuchung Teil II – Darstellung der Ergebnisse**

Die nachfolgende Darstellung bildet den Kern der empirischen Untersuchung, die im Zuge dieser Forschungsarbeit durchgeführt wurde. Dabei werden zunächst die einzelnen Kategorien vorgestellt, bevor diese miteinander in Zusammenhang gebracht werden. Die Analyse der Kategorien und das damit einhergehende „zueinander in Beziehung setzen“ der einzelnen Bereiche führt am Ende dazu, dass eine Hauptkategorie benannt wird, die in Bezug auf das Forschungsinteresse am wichtigsten und aussagekräftigsten erscheint. Diese dient letztlich als Basis für die Generierung einer inhaltsreichen „Grounded Theory“<sup>99</sup>, die ihrerseits in den Gesamtzusammenhang der Forschungsarbeit gesetzt wird.

Da vor allem die Beschaffenheit der interdisziplinären Auseinandersetzung mit BIID sowie die Ergründung von Aspekten, die bezüglich BIID relevant sind, zu denen sich jedoch in Publikationen zum Thema keine oder nur sehr oberflächliche Hinweise finden lassen, den Forschungsschwerpunkt der Arbeit bilden, galt es somit jene Kategorien vorrangig zu bearbeiten, aus denen sich Hinweise auf die interessierenden Bereiche finden ließen.

Die folgende Darstellung stellt die im Zuge der Auswertung der Experteninterviews entwickelten Kategorien vor, angefangen bei der Kategorie, die sich erneut – aber aus anderer Perspektive – dem interdisziplinären Diskurs über BIID widmet.

### **5.1 Interdisziplinarität & BIID**

Aus der Lektüre der zum Thema BIID veröffentlichten (Fach-)Bücher, (Fach-)Zeitschriftenartikel und anderen Publikationen, die sich dem Phänomen widmen, ließ sich wie eingangs bereits erwähnt schnell erkennen, dass es vier Hauptrichtungen gibt, die sich der Auseinandersetzung mit der Störung verschrieben haben: (Medizinische) Psychologie, Neurowissenschaften, Ethik und Recht.

---

<sup>99</sup> Hierbei handelt es sich um die abgeleitete Theorie, die im Anschluss an die Auswertung der einzelnen Kategorien gebildet wird. Diese darf nicht mit dem Begriff der Grounded Theory als Beschreibung einer allgemeinen Forschungstradition verwechselt werden.

Die Personen/Wissenschaftler, die sich für die Experteninterviews zur Verfügung gestellt haben, wurden bewusst so gewählt, dass sie zumindest „grob“ jedem der benannten Bereiche zugeordnet werden konnten und diese somit zumindest anteilig abgedeckt wurden, auch wenn bereits festgestellt werden konnte, dass sich eine klare disziplinäre Aufteilung kaum vornehmen lässt.

Aufgrund der Beschaffenheit des gesamten Forschungsunterfangens galt es im empirischen Teil dieser Arbeit in erster Instanz zu einer Einschätzung bezüglich der interdisziplinären Auseinandersetzung mit BIID aus Sicht der „beteiligten“ Experten zu gelangen. Die Auseinandersetzung mit diesem Bereich bildet somit den Anfangspunkt der empirischen Untersuchung. Dieser Punkt war insofern von besonderem Interesse, als dass es sich als äußerst spannend erwies eine Ergänzung des interdisziplinären Diskurses vorzunehmen, indem genau dieser Aspekt in den Interviews selbst thematisiert wurde.

An dieser Stelle wird somit die erste notwendige Klammer zwischen Theorie (Gliederungspunkte 1-3) und Empirie implementiert, die notwendig ist um aufzuzeigen inwiefern die Möglichkeit zu einer ergänzenden Darstellung des interdisziplinären Diskurses zu BIID besteht.

Zunächst einmal war festzustellen, dass der Hauptteil der Experten die Meinung vertritt, dass ein klarer disziplinären Zugang zu BIID existiert, wobei jedoch – der Forschungsdisziplin und Tradition entsprechend – unterschiedliche Schwerpunkte bei der Auseinandersetzung mit dem Phänomen und der Erforschung der Ursachen gesetzt werden.

**B4:** Jeder hat andere Ideen. Die einen finden es mehr neurologisch und forschen dann mehr daran, dass es irgendeine neurologische Störung ist im Gehirn. Die anderen mehr psychodynamisch, also jeder hat natürlich so seine Vorstellung (...). Und man kennt sich untereinander, aber jeder verfolgt auch seine Linie. (Transkript IV, Zeile 287 – 291)

**B3:** Es gibt ja da durchaus auch unterschiedliche Bewertungen, dass manche eher hirnorganische Störungen nur sehen, andere sagen, das ist ein multifaktorielles Problem und so weiter.“ (Transkript III, Zeile 194 - 196)

Bezüglich der Einschätzungen des interdisziplinären Zugangs sind jedoch auch Unterschiede in den jeweiligen Aussagen auszumachen, in denen ferner die

Grundsatzfrage aufgeworfen wird, wodurch sich Interdisziplinarität überhaupt definiert. Eine klare disziplinäre Aufgliederung wird zum Teil überhaupt nicht gesehen.

**B1:** Ich würde da gar nicht von Disziplinen sprechen. Das sind ja eigentlich Einzelpersonen, die das gemacht haben aber vielleicht dann mit ihren paar Mitarbeitern aber man kann jetzt eigentlich nicht davon sprechen, dass es da einen klaren disziplinären Zugang gibt. (Transkript I, Zeile 193 - 196)

Hier wird davon ausgegangen, dass die geringe Anzahl an Personen, die sich einer tiefergehenden Auseinandersetzung mit BIID gewidmet haben nicht ausreicht, um von einer klaren disziplinären Abgrenzung sprechen zu können. Disziplinarität wird somit an das zahlenmäßige Vorhandensein von Personen geknüpft, die sich mit dem Phänomen beschäftigen bzw. dieses wissenschaftlich erforschen. Diese Aussage deckt sich mit der im theoretischen Teil der Arbeit beschriebenen Problematik von einem klaren disziplinären Zugang in Bezug auf BIID zu sprechen und wird augenscheinlich von den beteiligten Experten zum Teil auch so wahrgenommen.

Diese Expertenmeinung ist jedoch vor allem deswegen interessant, weil derselbe Experte (B1) sich zu vermeintlichen *innerdisziplinären* Unterschieden, die in der Rezeption von BIID bestehen, in einer Art und Weise äußert, die im Prinzip darauf hinweist, dass sehr wohl von einem disziplinären Zugang ausgegangen wird.

**B1:** Die Grenze ist natürlich auch nicht zwischen Neurologen und Psychiatern, also es gibt ja solche und solche in beiden Rubriken. (Transkript I, Zeile 281 – 282)

Ein weiteres Beispiel für diese Behauptung findet sich im folgenden Beispiel: Wurde von ‚B4‘ zunächst noch behauptet, dass unterschiedliche Disziplinen das Phänomen unterschiedlich erforschen und somit eine interdisziplinäre Auseinandersetzung mit der Störung stattfindet, zweifelt derselbe Experte im weiteren Verlauf seiner Äußerungen die Existenz einer interdisziplinären Auseinandersetzung mit BIID grundsätzlich an.

**B4:** Und sicher würde ich sagen, dass es noch nicht so interdisziplinär ist. Also ich kenne keine Publikation, wo zu all den Fragen gleichzeitig Stellung genommen wird. (Transkript IV, Zeile 337 – 339)

Hier steht jedoch eher das Ausmaß der interdisziplinären Auseinandersetzung insgesamt im Kern der Argumentation. In den Augen des Experten scheint sich Interdisziplinarität durch das Zusammenkommen aller Ansätze in einem Werk auszuzeichnen. Hier zeigt sich deutlich, dass keine Einigkeit darüber zu herrschen

scheint, was unter dem Konstrukt der Disziplinarität zu verstehen ist und wann somit von einem interdisziplinären Zugang gesprochen werden kann und wann nicht.

Vor allem aber zeigen sich bereits erste leichte Unstimmigkeiten in den Aussagen der Experten. Auf den Aspekt der Unstimmigkeiten bezüglich der Einschätzung bestimmter Sachverhalte wird jedoch noch im Zuge der entworfenen Unterkategorie (5.1.1) tiefergehend eingegangen.

Weiter fällt auf, dass von einer bipolaren Beschaffenheit der jeweiligen disziplinären Zugänge ausgegangen wird, die sich zum Teil in ihren Ansichten und Handlungen diametral gegenüberstehen.

**B1:** In der Medizinethik gibt es zum Beispiel Befürworter und Gegner der Amputationen und bei den Medizinrechtlern gibt es das auch. Also, man kann die Grenze nicht zwischen den Disziplinen ziehen. (Transkript I, Zeile 304 – 306)

**B1:** Und die Ärzteschaft teilt sich in gewisser Weise auf, also sagen wir mal, diese Schönheitschirurgen, die einem auch jedes Silikon einbauen was man haben will (...) und in die anderen Ärzte, die es nicht machen würden, die vielleicht Brustkrebs operieren, aber kein Silikon in die Brüste von gesunden Frauen einbauen. (Transkript I, Zeile 608 – 612)

**B3:** Es gibt eben Vertreter der Medizinethik, die sagen "Das darf man alles machen, ist überhaupt kein Thema. Autonomieprinzip, alles andere interessiert uns nicht" und dann gibt es die Vertreter des Non-Malefizien Prinzips, die sagen "Nein, um Gottes Willen." (Transkript III, Zeile 525 – 528)

Weiter lassen sich die Aussagen in Bezug auf ihre Bewertungsmaßstäbe aufschlüsseln. Deutlich zeigt sich, dass zum einen eine positive Bewertung der zuvor benannten interdisziplinären Auseinandersetzung stattfindet, was augenscheinlich mit mehreren Aspekten zusammenzuhängen scheint. Zum einen scheint ein Dialog zwischen den wenigen Wissenschaftlern, die BIID erforschen zu bestehen, ohne dabei von einem ausgeprägten Konkurrenzdenken durchdrungen zu sein.

**B2:** Bis jetzt versuchen wir alle die Ursache heraus zu finden. Jeder hat so seine Prioritäten, aber nicht so, dass es da jetzt Streit gibt. Also eigentlich empfinde ich das (...) im Augenblick sehr angenehm, sehr kooperativ. (Transkript IIa, Zeile 533 – 536)

**B2:** Durch die Kongresse kennen wir uns alle untereinander und arbeiten eigentlich relativ gut zusammen. Kann ich nicht anders sagen, da gibt es wenig Konkurrenzdenken im Augenblick. (...) Gibt natürlich Diskussionen ob mehr psychologische Komponente, mehr neurologische, aber die auf einer total kooperativen Ebene. (Transkript IIa, Zeile 511 – 517)

**B3:** Also ich habe schon den Eindruck, weil sich einfach die Forscher, die auf dem Gebiet forschen, die kennen sich auch, zitieren sich auch gegenseitig, also ich glaube schon, dass es da eine Zusammenarbeit gibt, auch interdisziplinär. (Transkript III, Zeile 179 – 181)

Des Weiteren ist aber auch ein grundsätzliches Interesse an den Erkenntnissen anderer Wissenschaftler ein Kriterium dafür, dass der interdisziplinäre Zugang insgesamt positiv beurteilt wird.

**B4:** Und ich fand es immer interessant. Was ist überhaupt erlaubt, darf ein Arzt überhaupt operieren oder nicht, all diese Fragen, dass die behandelt werden. (Transkript IV, Zeile 335 – 337)

**B2:** Ich habe ja auch Bücher, Publikationen gelesen über juristische Standpunkte, weil mich das rasend interessiert und genau so haben die Juristen die Publikationen gelesen von den Neurologen und den Psychologen. Also, wir versuchen da ja schon ein Gesamtbild zusammenzutragen irgendwo. (Transkript IIa, Zeile 569 – 573)

Insgesamt zeigt sich weiter, dass die befragten Personen ausnahmslos der Meinung sind, dass eine interdisziplinäre Auseinandersetzung mit BIID sehr wichtig ist und unbedingt verfolgt werden sollte. Diese Meinung teilt auch jener Experte, der vorab davon Abstand genommen hat zu sagen, dass ein klar abgrenzbarer disziplinärer Zugang zu BIID überhaupt besteht.

**B1:** Ich denke das muss interdisziplinär untersucht werden. Also, Psychologen sind wichtig, Neurowissenschaftler, Psychiater. Also, ich denke das muss interdisziplinär sein. (Transkript I, Zeile 239 – 241)

**B1:** Ich halte es schon für wichtig alle Ansätze integrativ zu betrachten. Also ich glaube nicht, dass ein Ansatz das Phänomen komplett erklären kann. (Transkript I, Zeile 212 – 214)

**I:** Würden Sie sagen, dass grundsätzlich eine interdisziplinäre Erforschung des Phänomens wichtig ist?

**B4:** Absolut. Ja, finde ich gut. (Transkript IV, Zeile 306 – 309)

**I:** Würden Sie denn sagen, dass insgesamt eine Zusammenarbeit wichtig ist, wenn man dieses Phänomen erforscht?

**B3:** Ja, auf jeden Fall. (Transkript III, Zeile 210 – 213)

Der Hauptgrund dafür scheint darin zu bestehen, dass keiner der Wissenschaftler einen ganzheitlichen Erklärungsanspruch propagiert, sondern Konsens darüber herrscht, dass die Ursachen, die der Störung zugrunde liegen, in mehreren Bereichen zu suchen und zu finden sind. Darüber hinaus seien die Wissenschaftler offen dafür, eigene Ansätze und Thesen wieder zu verwerfen, wenn schlüssige Gegenkonzepte vorgelegt werden. Diese prinzipielle Offenheit dafür, den eigenen Standpunkt aufzugeben, wenn plausibel dargelegt werden kann, in welchen Punkten der eigene Ansatz gegebenenfalls Schwächen aufweist oder durch die Erkenntnisse weiterer Forschung so modifiziert

werden muss, dass er sich in seiner inhaltlichen Beschaffenheit grundlegend ändert, scheint einer der stärksten Gründe für die positive Bewertung zu sein.

**B2:** Dass auch die Neurologen dann sagen "Okay, also sehe ich ein und ich bin auch bereit, meine Meinung da zu verändern". Ganz interessant war ja, dass wir entgegen der neurologischen Meinung auch Phantomgefühle gefunden haben bei den Amputierten. Ganz spannende Geschichte, weil das spricht ja auch wieder dagegen, dass es ein richtiger neurologischer Schaden ist und da hat zum Beispiel Peter Brugger, der diese These eng vertreten hat, ganz klar [gesagt] okay, er ist da flexibel. Wenn es da Phantomgefühle gibt, dann spricht das eigentlich mehr gegen die neurologische Genese. (Transkript IIa, Zeile 517 – 524)

Einer weiteren Einschätzung diesbezüglich ist hingegen zu entnehmen, dass sich die Auseinandersetzung mit BIID jedoch nicht unbedingt kooperativer gestaltet, als die wissenschaftliche Erforschung jedweder anderen Thematik.

**B4:** Grundsätzlich ist es natürlich immer ein Hauen und Stechen, aber nicht da mehr als woanders. (Transkript IV, Zeile 303 – 304)

**B4:** Sie wissen ja, in den Unis ist es natürlich auch immer ein Ego-Geschäft. Jeder muss gucken, dass er seine Publikationen hinbekommt und das alles funktioniert. (Transkript IV, Zeile 275 – 277)

Diese Einschätzung scheint vor allem aufgrund der unmittelbaren Einbindung des Experten in den wissenschaftlichen Diskurs rund um BIID relevant zu sein. Die Aussagen diesbezüglich beziehen sich auf das Verhalten anderer unmittelbar beteiligter Wissenschaftler, die mehr oder weniger in einem direkten Verhältnis zu dem Experten, der diese Meinung vertritt, stehen. Diese haben ihrerseits jedoch wiederum keine direkte Aussage zu diesem Sachverhalt getätigt.

Im Hinblick auf diese Aspekte erfolgt somit eine relativ klare Einschätzung. Dies eröffnete in der weiteren Auswertung der Interviews den Raum für die Frage, ob und wie die Experten Position beziehen, wenn sie nach weiteren Aspekten, die mit der interdisziplinären Auseinandersetzung mit dem Thema zusammenhängen, gefragt werden und inwiefern im Hinblick auf das Antwortverhalten insgesamt Unstimmigkeiten der Experten untereinander ausgemacht werden konnten.

## 5.1.1 Unterkategorie: Einschätzungsstärke & Unstimmigkeiten

Im Zuge der Auswertung konnte festgestellt werden, dass es mehrere Bereiche gibt, zu denen die Experten (gefragt sowie ungefragt) Stellung bezogen. Aus diesem Grund galt es weiter herauszustellen, wie die Experten andere Erklärungsansätze einschätzen bzw. andere Perspektiven, die zu BIID bestehen, beurteilen. Da die Beobachtung gemacht werden konnte, dass auch klare inner- und interdisziplinäre Unterschiede im Antwortverhalten auf bestimmte Fragen bestehen, bestand das Ziel darin zu ergründen, wie sie sich diese Einschätzungen und Unstimmigkeiten im Hinblick auf weitere Bereiche konstituieren.

Zunächst einmal war festzustellen, dass nur ein Experte klar Stellung dazu bezog, welche der bislang bestehenden Erklärungsansätze zu den Ursachen von BIID ihm am plausibelsten erscheint.

**B1:** Am plausibelsten finde ich den Ansatz von Ramachandran und MCGeoch, also diesen neurologischen Ansatz. (Transkript I, Zeile 147 – 148)

Andere Experten halten nicht einen einzelnen Ansatz für plausibel, sondern betrachten BIID als ein multifaktorielles Phänomen.

**B2:** Es gibt keine Priorisierung. Also es gibt ja eigentlich die beiden gegensätzlichen Theorien. (...) Aber warum nicht beides? (...) Es hat eine neurologische Komponente und eine psychologische. Das widerspricht sich nicht. (Transkript IIa, Zeile 258 – 292)

In diesem Zusammenhang bezog sich jedoch auch nur ein Experte darauf, welche Ansätze er prinzipiell in der Erklärung des Phänomens zurückweisen würde. Auffällig war dabei, dass dies sehr verhalten geschah und darauf Acht gegeben wurde, dass es sich hier um das Kundtun der persönlichen Meinung handelte.

**B2:** Ja, es gibt so, gibt so tiefenpsychologische, psychoanalytische Ansätze, die ich selber nicht nachvollziehen kann, die durchaus ihre Begründung haben können. (...) Und da habe ich dann Schwierigkeiten das nachzuvollziehen. (...) Das finde ich ein bisschen arg an den Haaren herbei gezogen, aber vielleicht ist es auch richtig. Wir wissen es nicht. Hat noch keiner erforscht. (Transkript IIa, Zeile 298 – 322)

Während sich der Experte somit von dieser Ursachenerklärung distanziert, räumt er gleichzeitig die Möglichkeit ein, dass der Ansatz jedoch prinzipiell auch stimmig sein könnte. Jedoch müsste an dieser Stelle weitere Forschung durchgeführt werden, um dies zu überprüfen. Lediglich in seiner persönlichen Einschätzung ist die Haltbarkeit dieser Erklärung eher unwahrscheinlich.

Insgesamt war zu beobachten, dass sich die Experten tendenziell zurückhaltend gaben, wenn sie nach der Plausibilität der bestehenden Ansätze bezüglich der Ursachen von BIID gefragt wurden. Woran diese Zurückhaltung genau auszumachen ist, konnte jedoch durch die alleinige Auswertung der Antworten nicht erklärt werden.

Man kann in diesem Kontext jedoch vermuten, dass sich die Zurückhaltung in der Tatsache begründet, dass die Wissenschaftler sich untereinander kennen und die Arbeiten der jeweils anderen nicht negativ bewerten wollen.

Bezüglich der Unstimmigkeiten, die in den Antworten der Experten ausgemacht werden konnten, waren vor allem jene Antworten interessant, die auf die gleichen Fragen gegeben wurden, da diese zum Teil ganz erheblich voneinander abwichen.

In Anlehnung an einen der Punkte, der in der ethischen Debatte um BIID angeführt wurde, bezog sich eine Frage beispielsweise auf die Einschätzung des „Trittbrettfahrerproblems“<sup>100</sup>, sofern die Krankheit als anerkannte Störung ins DSM-5 aufgenommen werden würde. Die Antwort auf die Frage lautete wie folgt:

**B2:** Was glauben Sie wie viele Trittbrettfahrer es gibt, die sich tatsächlich aus Spaß dann ein Bein amputieren lassen würden? Die Gefahr halte ich bei so einer extremen Störung für extrem gering. (Transkript IIa, Zeile 447 – 449)

Hier wird offensichtlich Abstand zu dieser Theorie genommen. Eine konträre Position nimmt dazu ein anderer Experte ein. Hier sei jedoch anzumerken, dass der Experte nicht explizit nach dem Effekt gefragt wurde, sondern im Rahmen der Frage zu den Gefahren medialer Berichterstattung über das Phänomen von sich aus Stellung zum „Trittbrettfahrerproblem“ nahm.<sup>101</sup>

---

<sup>100</sup> In der ethischen Debatte wird unter anderem angeführt, dass eine Aufnahme der Störung ins DSM-5 dazu führen könnte, dass BIID zu einer Art „Modekrankheit“ werden könnte. „Gerade psychiatrische Kategorien (...) [hätten] häufig einen ‚Looping-Effekt‘, der manche Menschen veranlasst, sich durch diese eine Identität zu konstruieren.“ (Müller 2007a: 260).

<sup>101</sup> ‚B2‘ und ‚B4‘ gehören beide der gleichen wissenschaftlichen Disziplin an.



**B4:** Es gibt Trittbrettfahrer, (...) Leute die (...) dann drauf springen und einen Hype draus machen, oder die vielleicht andere psychische Konditionen haben und dann denken "Das ist auch gut, das kann man jetzt auch benutzen". (Transkript IV, Zeile 707 – 710)

Eine ähnlich konträre Meinung ließ sich in der Einschätzung bezüglich der Zwanghaftigkeit von BIID-Betroffenen finden.

**B1:** Grundsätzlich ist es ja so, dass jemand der irgendeine wahnhafte Verkennung der Wirklichkeit hat und dann etwas bestimmtes will, [oder] von Ärzten fordert, diesen Wunsch nicht erfüllt bekommt. Also beispielsweise wenn man eine Anorexie Patientin hat, die die wahnhafte Vorstellung hat, immer noch fett zu sein und die verlangt dann eine Magenverkleinerung, dann würde kein Chirurg das durchführen dürfen. (...) Und bei BIID denke ich, ist es ähnlich. Also ich denke da ist eben auch diese Krankheit, also Anorexie entspricht dann BIID in dieser Hinsicht, daraus entspringt dieser Wunsch nach Amputation, weil man eben dieses gestörte Körperbild hat, wie Anorexie Patienten ja auch ein gestörtes Körperbild haben, und wenn sie diese Krankheit nicht hätten, hätten sie nicht diesen Wunsch.<sup>102</sup> (Transkript I, Zeile 417 – 433)

Die gegensätzliche Meinung dazu weicht erheblich von der Position von ‚B1‘ ab.

**B2:** Ne, das sehe ich nicht so. (...) ich empfinde die BIID Leute als nicht so zwanghaft und das erklärt es auch nicht. Aus Zwanghaftigkeit heraus sich ein Bein amputieren, das reicht nicht. (...) Die Störung liegt auf einer völlig anderen Ebene (Transkript IIa, Zeile 671 – 680)

Ein weiteres Beispiel für bestehende Meinungsverschiedenheiten bezüglich gleicher Thematiken fand sich in der Einschätzung über das am vermeintlich kontroversesten diskutierte Thema in Bezug auf BIID. Auch hier lagen die Einschätzungen weit auseinander.

**I:** Würden Sie sagen, dass die Debatte um die Gültigkeit von diesen Wunschamputationen im Moment der umstrittenste Punkt ist zwischen Wissenschaftlern?

**B2:** Inzwischen nicht mehr. Also am Anfang ist es heiß diskutiert worden, vor fünf, sechs Jahren noch, soll man Wunschamputationen durchführen oder nicht. Inzwischen geht der allgemeine Trend dahin „Macht es doch einfach“. (Transkript IIa, Zeile 601 – 607)

**I:** Sie würden schon sagen, dass das auch einer der umstrittensten Punkte [ist]?

**B1:** Die Frage der Amputation?

**I:** Die Frage der Amputation selber.

**B1:** Ja, auf jeden Fall. (Transkript I, Zeile 284 – 291)

Diese Beispiele bezüglich der Diskrepanz in den Meinungen zu gleichen Themen wurde aufgeführt, um zu zeigen, dass keinesfalls davon ausgegangen werden darf, dass

---

<sup>102</sup> Hier sei angemerkt, dass diese Antwort auf die Frage nach der Zwanghaftigkeit von BIID-Patienten erfolgte.

innerhalb einer Disziplin immer auch die gleiche Sicht der Dinge besteht und gerade auch zwischen den Disziplinen große Unterschiede in der Rezeption eines Phänomens bestehen können.

Allerdings scheint es so zu sein, dass es gerade im Bereich BIID äußerst schwierig ist, sich überhaupt zu positionieren, insbesondere wenn es um den Umgang mit den Betroffenen geht, wie innerhalb der folgenden Teilkategorie aufgezeigt wird.

### 5.1.2 Positionierung

Ist die Rede vom Umgang mit Betroffenen, so geht es im Kern um die Einstellung zum Amputationswunsch. Trotz der Aussage des Experten, dass die Brisanz des Themas aufgrund einer tendenziellen Angleichung der Einstellungen bezüglich der Legitimation von Amputationen abgenommen hat, lässt sich dieser Eindruck im Abgleich mit der bislang publizierten Literatur zum Thema kaum stützen<sup>103</sup>. Das Thema scheint nach wie vor im Kern der Aufmerksamkeit zu stehen und es herrscht große Zurückhaltung in der Frage, wie mit dem Amputationswunsch umgegangen werden soll. Allerdings ist dies eher zu beobachten, wenn die Experten der Meinung sind, dass die Amputation potenziell eine Möglichkeit darstellen könnte. Wenn ein Experte die Möglichkeit der Amputation grundsätzlich ablehnt, so wurde dies auch in der Interviewsituation relativ klar benannt.

**B1:** Und in diesem Sinne meine ich, dass das Ziel einer medizinischen Behandlung sein sollte, dass man nicht Behinderungen produziert, die nicht sein müssen um irgendein anderes Übel aus der Welt zu schaffen. (...) dann ein Bein abzuschneiden, das ist aus meiner Sicht klar von Nachteil. (Transkript I, Zeile 357 – 367)

Grundsätzlich ist es sicherlich „einfacher“ diese Position zu vertreten, da dadurch keine moralischen und ethischen Grundsätze verletzt werden und die Reaktionen darauf deutlich milder ausfallen. Anders sieht es aus, wenn Experten offensichtlich die Möglichkeit der Amputation nicht gänzlich ablehnen. Zwar wird klar, dass sie diese Position vertreten,

---

<sup>103</sup> Hierbei gilt es jedoch zu bedenken, dass die Experteninterviews innerhalb der letzten 3 Monate geführt wurden und sich die Einschätzung des Experten auf den aktuellen Trend bezieht, während viele der Fachartikel, auf die sich bezogen, wird bereits vor einigen Jahren publiziert worden.

**B2:** Eine endgültige Heilung scheint aber tatsächlich dadurch einzutreten, dass man denen den Wunsch erfüllt, dann geht's denen gut, dann sind die von BIID geheilt. Das ist Stand der Kenntnisse und insofern, bin ich dann im Laufe der Jahre doch zunehmend mehr zu einem Befürworter geworden. (Transkript IIa, Zeile 659 – 663)

aber insgesamt findet eine differenziertere Darstellung der Gründe statt, aus denen diese Position eingenommen wird. Diese gliedern sich ihrerseits in mehrere Punkte.

Zum einen wird der Zeitfaktor benannt. Die langjährige Erfahrung in der Erforschung der Störung berechtigt den Experten eine solche Einschätzung bezüglich der Amputationsfrage zu geben.

**B2:** Ich habe natürlich auch erstmal mich da sehr deutlich zurückgehalten mit Meinungsäußerungen, weil man muss ja wirklich erstmal gucken. Sie können ja nicht, wenn Sie da ein Jahr an BIID geforscht haben, dann direkt mal sagen "Ja prima", aber ich meine, ich forsche da jetzt dran seit (...) sieben Jahren. Und in sieben Jahren kommt man ja allmählich zu einer Meinungsbildung und entscheidet dann, was gut oder was schlecht ist. (Transkript IIa, Zeile 622 – 628)

Innerhalb des angegebenen Zeitrahmens von sieben Jahren wurden auch diverse Studien durchgeführt, von denen manche nach Ansicht des Experten eine besondere Aussagekraft haben, da sie zum einen langfristig angelegt waren und weil sich die Betroffenen, die die Amputation realisieren konnten, zum anderen durchweg positiv geäußert haben. Die Einstellung des Experten wird somit in seiner Argumentation „wissenschaftlich fundiert“.

**B2:** Überzeugt hat mich eigentlich diese Studie an 19 Betroffenen, die auch zehn Jahre, manchmal noch mehr, nach der Amputation immer noch zufrieden damit waren und glücklich und alle gesagt haben "Also seitdem bin ich glücklich. Bis dahin habe ich mich durchs Leben gequält (...) und seitdem das Bein ab ist geht es mir gut, ich habe mir diesen Wunsch erfüllt und ich bin jetzt viel leistungsfähiger, viel arbeitsfähiger, verplemper keine Zeit mehr damit, ich bin quasi von BIID geheilt und kann mich jetzt wieder über das Leben freuen". (Transkript IIa, Zeile 628 – 639)

Weiter fehle es an wirksamen Alternativen.

**B2:** Es gibt bis jetzt noch keine anerkannten psychotherapeutischen Verfahren, die speziell für BIID da sind und (...) die bisherigen Studien, die ja immer so einzelne Patienten betroffen hatten, die irgendwie Psychotherapie hatten, sprechen ja alle dafür, dass BIID, der Wunsch, dass sie besser damit leben können, aber der Wunsch hört nicht auf. (Transkript IIa, Zeile 654 – 659)

Des Weiteren wird ein Bezug zum allgemeinen Konsens hergestellt, der laut des Experten existiert und der letztlich die eigene Meinung mit einschließt. Gleichzeitig wird

so jedoch vermieden sich möglichen individuellen Abmahnungen oder negativen Reaktionen auszusetzen, da die persönliche Meinung in einen größeren Kontext gestellt und nicht mehr nur mit ihm als Einzelperson verknüpft wird.

**B2:** der engere Kreis, der Leute die forschen, nähern sich immer mehr dem Standpunkt an (...) wenn die unbedingt das Bein los werden wollen, sollen sie. (...) der Konsens im Augenblick, die Richtung geht dahin, wenn die unbedingt ein Bein los werden sollen, dann sollen sie doch. (Transkript IIa, Zeile 589 – 599)

Ferner wird die Parallele zu anderen körperverändernden Maßnahmen hergestellt, die in immer breiter werdenden Teilen der Gesellschaft zu verzeichnen und allgemein akzeptiert sind.

**B2:** Andere Leute piercen und tätowieren sich bis zum geht nicht mehr, es gibt plastische Chirurgie, bei denen die Leute sich, was weiß ich, das Hüftgold weg operieren lassen oder Brüste vergrößern und verkleinern und so weiter und so weiter. (Transkript IIa, Zeile 591 – 594)

Neben den Gründen, die angegeben werden, um die Position bezüglich der Amputationsfrage zu legitimieren, wird ferner angeführt, was in einem ersten Schritt passieren müsste, damit die die Amputation überhaupt ermöglicht werden könnte.

**B2:** Ohne Aufnahme ins ICD-10 wird es niemals in Deutschland zu einer Amputation kommen können, weil Ärzte dürfen nur amputieren wenn es mal legalisiert werden sollte, (...) wenn eine entsprechende Diagnose da liegt. Der der dürfte gar nicht abschneiden, von daher muss es ins ICD-10 rein. (Transkript IIa, Zeile 433 – 437)

An dieser Stelle ist es insbesondere in Rückbesinnung auf die Nachzeichnung des ethischen Diskurses relevant anzumerken, dass Positionen gegen die Amputation durchaus auch differenziert begründet werden, vor allem wenn diese in ethischen Gesichtspunkten wurzeln. Jedoch scheint der Druck, der auf die Wissenschaftler beim Vertreten der jeweiligen Positionen einwirkt, ein anderer zu sein, je nachdem auf welcher Seite sie sich in dieser Frage einfinden.

Ferner bleibt anzumerken, dass es auch Wissenschaftler gibt, die es völlig ablehnen sich diesbezüglich klar zu positionieren.

**B4:** Das ist ja auch das, was immer gesagt wird "Positionieren Sie sich doch mal" und das ist das was ich aber bis jetzt noch nicht klar gemacht habe. Ich habe weiterhin den offenen Stand. (Transkript IV, Zeile 376 – 378)

Besonders interessant ist jedoch an diesem Beispiel, dass letztlich *immer* eine irgendwie geartete Position bezogen wird, auch wenn diese sich gegebenenfalls nicht klar den Seiten „Pro“ oder „Contra“ zuordnen lässt. Vielmehr lässt sich aus den gewählten Vergleichen erkennen, in welche Richtung tendenziell die Meinung des Experten bezüglich der Amputationsfrage geht.

**B4:** Grundsätzlich bin ich natürlich der Meinung, (...) dass man nicht einem Menschen ein gesundes Körperteil entfernen sollte, das ist ja schon erstmal grundsätzlich meine Meinung, aber (...) wenn jemand sagt "Ich will die Hälfte meiner Nase nur haben" (...) oder wenn jemand sagt "Ich bin mit meinem Genital nicht zufrieden", dann wird es ja auch gemacht. Und deswegen war bis jetzt immer so meine Position, dass es nicht so klar ist, wir sind nicht klar als Gesellschaft. Wenn man sagt, das eine will man los werden, dann ist es erlaubt, aber wenn man sagt "Ich will meinen kleinen Finger los werden" dann ist es nicht erlaubt. (...) Aber, sich von Mann zu Frau oder von Frau zu Mann operieren zu lassen ist ja schon auch ein harter Eingriff. Also, warum ist das möglich und das andere nicht? Das ist so ein Stück das warum ich sage ich bin offen. (Transkript IV, Zeile 388 – 405)

Vor allem in der Antwort auf die Frage danach, ob Änderungen der rechtlichen Rahmung zu befürworten sind, auch wenn dies bestimmten Bedingungen unterliegen sollte, bestätigt die vorausgegangene Ausführung.

**B4:** Grundsätzlich würde ich sagen: Warum nicht. Gut, jetzt kommen die Fußnoten oder die Einschränkungen. (...) Also die Sachen, das muss natürlich geprüft werden. Ja, wenn jemand kommt im Rahmen von irgendwas anderem und sagt "Ich will das loswerden", und dann wird der Chirurg das dann abschneiden und ein halbes Jahr später sagt er "Oh, das war ein Fehler", das ist natürlich blöd (...) aber grundsätzlich würde ich sagen: Warum nicht. (Transkript IV, Zeile 629 – 643)

## 5.2 Ursprünge der Auseinandersetzung

In der Auseinandersetzung mit BIID fiel weiter auf, dass sich in keiner der Publikationen zum Thema eindeutige Hinweise darauf finden ließen, wie sich die Basis, auf der sich der Diskurs um BIID überhaupt entwickeln konnte, begründet. Es werden keine Aussagen darüber getroffen, worin die Auseinandersetzung mit der Störung im Kern wurzelt. Zwar wird, wie bereits mehrfach angesprochen, immer wieder betont, dass das Kerninteresse in der Auseinandersetzung mit dem Phänomen in der Erforschung der Ursachen und der langfristig wirksamen Bereitstellung von Hilfe für die Betroffenen liegt. Es zeigte sich jedoch, dass große Unterschiede in den der Auseinandersetzung mit BIID zugrunde liegenden Motivationen der einzelnen Wissenschaftler bestehen.

Somit gestaltete sich auch die erste Berührung mit BIID alles andere als einheitlich. Die Antworten auf die Frage, ob sich die Experten daran erinnern könnten, wann sie das erste Mal mit BIID in Berührung gekommen seien, fielen unterschiedlich aus.

**B2:** Das war bei den Recherchen zu meinem Buch über Body-Modification. Der Anlass war wiederum ein ganz lächerlicher und zwar wollte meine ältere Tochter sich ein Bauchnabelpiercing stechen lassen, und ich habe damals im Internet nach Informationen gesucht, warum sie das besser sein lassen sollte (...) und dann bei den Recherchen bin ich eben auch darauf gestoßen, dass es eine Subgruppe gibt von Leuten, die sich so stark modifizieren, dass sie sogar den Wunsch haben, Körperteile zu verabschieden. (Transkript IIa, Zeile 59 – 73)

**B4:** Gerade auch durch das viele Reisen habe ich immer wieder Minoritäten besucht und Stammeskulturen, verschiedene Ethnien, die eben doch auch sehr körpermodifiziert sind (...) und bin dann auf die Nullos (?) getroffen, die sich amputieren und dann auf die Gruppe BIID und habe mich dann gerade besonders für BIID interessiert. (Transkript IV, Zeile 46 – 57)

In beiden Aussagen zeigt sich deutlich, dass die erste Berührung mit BIID über die Auseinandersetzung mit dem nahe gelegenen Thema Body-Modification<sup>104</sup> erfolgte, für das sich die befragten Experten ursprünglich interessierten (wenn auch hier die zugrundeliegenden Motivationen voneinander abweichen). Hier erfolgte eine schrittweise Bearbeitung vermeintlich vorgelagerter Themen von BIID. Die Störung scheint sich somit an die Spitze der extremsten Formen von Körperveränderungen zu setzen, da sie im Zuge der zuvor dargestellten Steigerung immer extremerer Formen von Body-Modification als letztes angeführt wird.

Andere Berührungen mit dem Thema erfolgten nach eigenen Angaben eher zufällig, durch den Kontakt zu Kollegen, die mit dem Thema in Berührung gekommen waren oder im Zuge der medialen Aufarbeitung des Themas

**B1:** Die erste Berührung war etwas zufällig. Also ich hatte zu der Zeit schon an einem medizinhistorischen und -ethischen Institut gearbeitet und da erzählte mir dann jemand dort, dass er einen Anruf bekommen hatte, von jemandem der, wie ich dann nachher erfahren habe, BIID hat. Also das war eigentlich so ein Gespräch beim Abendessen mal, also unter Kollegen und (...) das Thema war da für mich noch völlig unbekannt und ich hab dann einfach angefangen im Internet zu recherchieren. (Transkript I, Zeile 65 – 71)

**B3:** Ich habe einfach von diesem Phänomen, (...) irgendwo in den Medien, mal im Fernsehen, in der Presse, irgendwas darüber gelesen (...) und wie ich dann diesen Masterstudiengang machte da und nach einem Thema für die Masterarbeit suchen musste, da habe ich mich dann, weil ich

---

<sup>104</sup> an dieser Stelle wird auf eine tiefgehende Differenzierung zwischen Body-Modification und BIID verzichtet. Ein Vorverständnis hinsichtlich der Merkmale und Charakteristika und damit einhergehender Abgrenzungskriterien zu BIID wird vorausgesetzt.

das eben interessant fand, [und] gedacht [habe], [da] sollte man mal ein bisschen nachbohren, mich dann dafür entschieden. (Transkript III, Zeile 39 – 45)

Bei keinem der Experten ließ sich somit eine kausale Verknüpfung der wissenschaftlichen Disziplin, in die sie zum damaligen Zeitpunkt (bereits) eingebunden waren und der ersten Berührung mit BIID ausmachen.

Allen ist jedoch gemein, dass vor allem das offensichtlich Extreme der Störung Ursprung für das Interesse an dem Phänomen ist. An dieser Stelle zeigt sich, dass das Zusammenspiel gleichzeitig wirkender Emotionen die Grundlage für die weitere Auseinandersetzung mit dem Thema bildet. Die Faszination an dem Thema begründet sich auf einem Konglomerat mehrerer, gemeinsam auftretender Komponenten. Die Unbegreiflichkeit, wie ein derartiger Wunsch in einem Menschen auftreten kann, die Kontrastierung (Betroffener) zum eigenen Selbst und eine damit einhergehende Einstufung dieses Wunsches als zutiefst sonderbar und somit eindeutig von der Norm abweichend, bilden die Kern-Komponenten der Faszination für das Thema. Wenn auch in unterschiedlichen Ausprägungen, so zeigte sich dieses Muster durchweg in den Aussagen der Experten:

**B2:** Das fasziniert mich total. Ich meine, wie kommt man auf die Idee, dass man sein Bein amputieren lassen möchte freiwillig? (...) für mich wäre das das schlimmste einfach einen Arm oder ein Bein zu verlieren. Wie kommt jemand auf diese irre Idee, sich ein Bein abschneiden lassen zu wollen?“ (Transkript IIa, Zeile 185 – 191)

**B1:** Das hat mich fasziniert und das Thema war da für mich noch völlig unbekannt. (Transkript I, Zeile 70)

**B1:** Also, das war eigentlich das was mich daran fasziniert hat weil das eben sehr bizarr ist. Also, man versteht es ja zunächst einmal überhaupt nicht (...). Also gerade weil es auch so irrational ist und so stark. (Transkript I, Zeile 103 -106)

**B3:** [Ich] fand das dann auf den ersten Blick natürlich sehr, sehr merkwürdig. (Transkript III, Zeile 41 – 42)

Weiter zeigte sich, dass vor allem die nur gering ausgeprägte Erforschung und Unbekanntheit von BIID sowie die damit einhergehende Möglichkeit wissenschaftliche Leistung in Bezug auf die weitere Erforschung der Störung zu erbringen und bestehende Wissenslücken zu schließen, ein weiterer (extrinsischer) Motivator für die Beschäftigung mit dem Thema ist.

**B2:** Sie können noch wirklich wissenschaftliche Leistung machen, es ist nicht wie, was weiß ich, die 1000. Studie über Schizophrenie oder die 100.000. über Depressionen, (...) aber vor ein paar Jahren gab es wirklich eine Hand voll Studien darüber, da kann man noch wirklich wissenschaftliche Arbeit leisten und da etwas rausfinden. Und das fasziniert mich natürlich total. (Transkript IIa, Zeile 200 – 206)

Die Beschäftigung mit einem Phänomen, die offensichtlich auch eine Änderung der Methodik, mit der gearbeitet wird, erfordert, sieht der Experte weiterhin als Anreiz an, sich dem Phänomen zu widmen, um somit bestehende Strukturen des individuellen wissenschaftlichen Alltags zu durchbrechen und neu zu strukturieren. Ferner zeigt sich in der nachfolgenden Ausführung, dass das Phänomen in den Augen des Experten sinnbildlich für die Begründung und Sinnhaftigkeit der Psychologie als solche stehen kann.

**B2:** Nach Jahrzehnten an Balkendiagrammforschung und Standardabweichung und Varianzanalyse und all so einen Kram, hat mich das wieder auf die Basis dessen zurückgeführt, weswegen ich mal Psychologie studiert habe. Einfach den Menschen zu verstehen. Diesen ganzen Wahnsinn, den wir in unserem Kopf haben. (Transkript IIa, Zeile 195 – 199)

Es zeigt sich also, dass die Bandbreite an Gründen, aus denen sich die im Rahmen dieser Arbeit befragten Experten mit dem Phänomen auseinandersetzen, vielfältig ist und dass kaum Hinweise auf die zugrunde liegenden motivationalen Faktoren aus publizierten Schriften zum Thema gezogen werden können. Selbstverständlich ist es legitim an dieser Stelle zu argumentieren, dass Information über persönliche Beweggründe der wissenschaftlichen Erforschung der Störung ohnehin in Fachartikeln deplatziert wären. Im Zusammenhang dieser Arbeit sind sie jedoch von Bedeutung, da sie einen wichtigen Beitrag dazu leisten, ein differenzierteres Bild über den Diskurs rund um das Phänomen zu zeichnen. Aus diesem Grund ist auch die nachfolgend beschriebene Kategorie von Bedeutung.

### **5.3 Beschreibung der Störung**

Wie in Punkt 5.2 beschrieben konnten unterschiedliche Gründe dafür ausgemacht werden, aus denen sich die Experten dem Phänomen (weiter) widmen. Dabei stellt vor allem auch die Faszination an dem Thema einen wesentlichen Faktor dar. Aus diesem Grund stellte sich die Frage, wie die Experten die Störung insgesamt wahrnehmen bzw.



beschreiben, wenn sie dazu aufgefordert werden und ob sich das in der Fachliteratur dargebotene Bild ergänzen lässt.

Dabei war zunächst einmal auffällig, dass das Kernsymptom der Störung (der Amputationswunsch) häufig zuerst benannt wurde, die Folgeausführungen jedoch voneinander abweichen.

**B1:** Ich denke das Kernsymptom ist der Wunsch nach Amputation von aus medizinischer Sicht gesunden Gliedmaßen. (Transkript I, Zeile 87 – 88)

**B2:** Also, der erste Punkt den wir festgestellt haben, war natürlich, dass die Leute eine Amputation haben wollen. (Transkript IIa, Zeile 148 – 149)

**B4:** BIID heißt der Wunsch amputiert zu sein oder ein Körperteil, die meisten wollen es doch los werden. (Transkript IV, Zeile 97 - 98)

Während ein Experte (B1) den Schwerpunkt auf die Benennung und Abgrenzung der Gründe und Ursachen legt, die der Störung möglicherweise zugrunde liegen,

**B1:** und das aber nicht aus sekundären Gründen, wie beispielsweise um dem Wehrdienst zu entgehen oder um Versicherungsgelder zu kassieren oder um soziale Zuwendung zu bekommen, sondern aus dem Grund, dass man diese Gliedmaßen als fremd oder als nicht zu sich gehörig empfindet. (Transkript I, Zeile 88 - 92)

beschreiben andere vor allem die weitere Kernsymptomatik ausführlicher, um hervorzuheben, wie heterogen das Krankheitsbild zu sein scheint. Somit zeigt sich klar, dass ein unterschiedlicher Fokus in der zusammenfassenden Beschreibung der Störung besteht.

**B2:** Also, die haben einfach das Gefühl mein rechtes Bein oder mein linkes Bein ist nicht Teil meines Körpers. Und (...) sie empfinden sich witzigerweise als perfekt, als ideal, wenn sie dieses Bein nicht mehr haben. Kann auch nur ein Finger sein, kann ein ganzer Arm sein. (...) Inzwischen haben wir festgestellt, dass es also darüber hinaus auch andere Leute gibt, die sich nicht nur eine Amputation wünschen, sondern eine Lähmung. Zum Teil irgendwie eine Lähmung nur eines Fußes, zum Teil sogar eine Querschnittslähmung. Das heißt also das Krankheitsbild wurde dann ausgeweitet auf Amputationen und Lähmungen. (Transkript IIa, Zeile 150 – 159)

**B4:** Also es ist schon eher der Wunsch, dass zum Beispiel das linke Bein am Oberschenkel amputiert wird und nicht mehr vorhanden ist. Kann natürlich auch mal der Arm sein oder so, es kann auch mal wechseln, aber meistens ist es dann doch das Bein und genau, es gibt auch mal Menschen, die blind sein wollen oder was im Querschnitt haben wollen, aber da muss man sich fragen wo hört BIID auf und wo fängt es an. (Transkript IV, Zeile 100 – 105)

Vor allem die zweite in diesem Zusammenhang aufgeführte Aussage ist insofern relevant, als dass Sie exemplarisch für ein grundsätzliches Problem im Umgang mit der Störung steht. Gemeint ist hier die Frage der Grenzziehung in Bezug auf BIID, die insofern von besonderer Bedeutung ist, da mit ihr diverse Aspekte verknüpft sind, die ihrerseits in gewisser Weise die Grundlage für eine der größten Kontroversen um das Phänomen bilden. Hinweise auf die Tatsache, dass noch große Unklarheit darüber zu herrschen scheint, wie die Störung genau abzustecken ist, finden sich in folgenden Äußerungen:

**B4:** Bei dem ganzem Thema Körpermodifikation ist die Grenzziehung schwierig. (Transkript IV, Zeile 110 – 111)

**B2:** Man kommt auf ganz komische Geschichten, manche wünschen sich irgendwie Blindheit sogar, Taubheit, einer hat mich angeschrieben, der wollte unbedingt inkontinent sein, ein anderer wollte unbedingt Diabetes haben und wir Wissenschaftler wissen im Augenblick nicht, wo da die Grenzen sind. (Transkript IIa, Zeile 160 – 164)

**B2:** Wir wissen nicht wo das anfängt und aufhört (...) aber es ist denn die Frage: Können wir es Disorder nennen, können wir es Störung nennen? Ist es eine Störung oder was ist es eigentlich? (Transkript IIa, Zeile 337 – 367)

An dieser Stelle zeigt sich deutlich, dass die disziplinübergreifende Unklarheit, wie die Störung zu klassifizieren ist, dazu führt, dass bislang auch kein Konsens darüber besteht und auch nicht bestehen kann, welche Grenzen innerhalb der Definition der Störung selbst sowie im Umgang mit Betroffenen gezogen werden sollten.

**B4:** Ich glaube die Menschen suchen noch was BIID bedeutet. (Transkript IV, Zeile 688)

Insgesamt ist es wichtig die Klassifikationsdebatte an dieser Stelle der Arbeit erneut aufzugreifen. Insbesondere durch die Aussagen der Experten wird verdeutlicht, dass der Eindruck, der beim Lesen der klassifikations- und begriffsgeschichtlich relevanten Passagen in der Fachliteratur entsteht, ein zu undetailliertes Bild der Kontroverse, die damit zusammenhängt, wiedergibt. Weiter wird nicht klar genug aufgezeigt, in welchem Verhältnis die Frage der Klassifikation mit weitreichenderen Themen steht.

Vorrangig geht es somit auch darum herauszustellen, dass nicht davon ausgegangen werden darf, dass die für die Störung genutzte Begrifflichkeit einen linearen Werdegang durchlaufen und in ihrer endgültigen Form angekommen ist. Ebenfalls ist es nicht der

Fall, dass sich diese nunmehr innerhalb eines klar abgesteckten Rahmens bewegt, in dem mit ihr gearbeitet wird. Dieser Eindruck entsteht jedoch, wenn man sich die Literatur zu diesem Bereich anschaut.

Ein weiterer interessanter Punkt scheint in diesem Zusammenhang auch die gewählte Art der Beschreibung der Betroffenen zu sein. Diesbezüglich sind vor allem bestimmte damit verbundene Komponenten von Interesse.

**B2:** Die meisten sind Akademiker, stehen in hohen Positionen, sind also eh Schreibtischtäter und beharren darauf, dass sie ihren Job genau so gut machen können, wenn sie ein Bein verloren haben. (Transkript IIa, Zeile 167 – 170)

Es scheint fast so, als würde die Beschreibung der Betroffenen extra auf die Weise gewählt werden, um somit die der Störung innewohnende Paradoxie hervorzuheben. Die berufliche Position der Betroffenen wird zu den bekannten Störungssymptomen kontrastiert und lässt diese somit noch extremer erscheinen. Diese Kontrastierung verfestigt sich weiter dadurch, dass die Beschreibung der Betroffenen von Personen vorgenommen wird, die zu einem Großteil in akademischen Kreisen „agieren“ und denen, auch wenn dies ein stereotypisches Klischee erfüllt, Attribute zugeordnet werden (Vernunftbegabung, Intelligenz), die ihrerseits im Kontrast zu der Kernsymptomatik (Amputationswunsch) stehen.

Auch wenn diese Aussage Raum für große Kontroversen eröffnet, so liegt der Eindruck nahe, dass ein Unterschied im wahrgenommenen Grad des Extremen der Störung bestehen könnte, wenn die von ihr betroffenen Menschen zum einen beruflich und sozial anders situiert wären und deren Beschreibung zum anderen durch „Nicht-Wissenschaftler“ erfolgen würde.

Durch die Gegenüberstellung dieser beiden Komponenten entsteht der Eindruck, dass es umso unverständlicher ist, wie ein solcher Wunsch in einem Menschen bestehen kann, wenn er beruflich und sozial rundum abgesichert ist und ein ansonsten völlig normales Leben führt.

**B2:** Ich habe etliche dutzend Betroffene inzwischen kennen gelernt und so im statistischen Mittel sind sie genau so verrückt oder normal, wie jeder von uns. Also es sind Leute zum Großteil, die einen Job haben. Zum Teil hohe Positionen, die arbeiten gehen, Familie haben, Steuern zahlen und völlig unauffällig leben. Es ist nicht so, dass die irgendwie jetzt psychisch völlig abstrus, kaputt, schizophran, neurotisch oder sowas sind. Die sind schon normal. (...) Abweichungen gibt es ja immer, aber im Großen und Ganzen sind sie völlig normal und haben das Gefühl mein rechtes Bein gehört nicht zu mir. (Transkript IIa, Zeile 357 – 365)

Der in diesem Zusammenhang überdies wichtige Punkt besteht darin, dass auch besonders von den Experten, die der psychologischen Disziplin zuzuordnen sind, immer wieder betont wird, dass die Betroffenen ihren Wunsch selbst auch als unnormal einstufen und vor allem auch um dessen extreme Abweichung von gesellschaftlich geltenden Normen wissen. Somit wird versucht ihnen die Zuschreibung als geisteskrank abzusprechen, da das Wissen um die Sonderbarkeit der eigenen Störung ein starkes Kriterium gegen diese Einstufung ist. Eine derartige Betonung dieses Aspekts findet sich in ethischen Abhandlungen weniger.

Weiter wird offensichtlich in diesem Zusammenhang der Versuch unternommen, der mit negativen Konnotationen behafteten Sonderstellung der Betroffenen entgegenzuwirken und somit zu betonen, dass diese Menschen bis auf den Wunsch nach dem Verlust der Gliedmaße (bzw. Behinderung) völlig normal seien.

**B3:** ich glaube die von BIID Betroffenen, (...) die merken schon, dass mit Ihnen „etwas nicht stimmt“. Die merken schon, dass dieser Amputationswunsch komisch ist. (...) Ja, sie begreifen sich schon, dass sie irgendwie von der Norm abweichen und so gesehen denke ich, dass sie sich vielleicht schon als krank im weiteren Sinne ansehen würden. Allerdings mit der Einschränkung, dass, und das liest man auch immer wieder in irgendwelchen Foren, die es so gibt, sie natürlich von sich weisen, jetzt irgendwie psychisch krank zu sein. (Transkript III, Zeile 78 – 86)

Der Hervorhebung der Bedeutung und Darstellung dieser „prinzipiellen Normalität“ kommt auch im Hinblick auf den medialen Umgang mit BIID eine besondere Bedeutung zu, wie sich im Folgenden zeigt.

## **5.4 Mediale Auseinandersetzung**

Bei der Erarbeitung des zum Thema BIID vorliegenden Materials fiel weiter auf, dass sich in keiner der Publikationen Hinweise darauf finden ließen, wie sich die Ansichten bezüglich des medialen Umgangs mit der Störung gestalten. Dies erscheint jedoch

aufgrund mehrerer Aspekte relevant zu sein. Aus den Ausführungen der Experten ließ sich zum einen schlussfolgern, dass in Bezug auf den medialen Umgang mit BIID ähnliche, aber auch kontroverse Meinungen bestehen, die letztlich – wenn auch im Rahmen einer anderen Kategorie – wieder an die Darstellungen in puncto „Unstimmigkeiten“ anschließen. Dabei ließ sich vor allem erkennen, dass unterschiedliche Motive bezüglich des aktiven bzw. zurückhaltenden Umgangs mit den Medien bestehen. Hinweise auf diese Tatsache ließen sich aus der bloßen Rezeption der veröffentlichten und für diese Forschungsarbeit genutzten Publikationen zum Thema kaum finden.

Grundsätzlich ließ sich erkennen, dass die Experten allesamt der Auffassung sind, dass eine mediale Aufarbeitung des Themas positiv zu bewerten und gewinnbringend für Betroffene ist, wobei dies allerdings ausschließlich unter der Prämisse zu gewährleisten sei, dass dies in „seriösen“ Medien geschieht. Der Unterschied zwischen (reißerischen) Massenmedien, die ein breites Publikum in der Bevölkerung erreichen und Medien, die im Kontrast dazu neutral, objektiv und wertfrei berichten, ist somit ein wichtiges Kriterium dafür, ob das Thema medial aufbereitet werden sollte.<sup>105</sup> Hinweise für diese Erkenntnis ließen sich aus folgenden Aussagen ziehen:

**B1:** Also ich bin nicht dafür, das totzuschweigen. Ich finde das gut, wenn das Thema behandelt wird aber eben da wo es seriös und in vielen Facetten behandelt werden kann und das ist in den Massenmedien nun mal nicht der Fall. Da ist alles immer verkürzt und auf Sensation aus. Und da denke ich, dafür ist das Thema zu komplex und zu sensibel, um es so zu machen. (Transkript I, Zeile 561 – 566)

**B4:** Also ich glaube, dass es ganz gut ist, wenn es ein Stück Öffentlichkeit erfährt. (...) Wenn etwas zum Beispiel von einer, wie nennt man, nicht sehr guten Presse ausgeschlachtet wird und dann disqualifiziert wird, dann finde ich das gar nicht gut. Ja, also wenn dann irgendeine Zeitschrift schreibt "Die sind alle verrückt" und so, dann ist das überhaupt nicht das, was ich will. Also mir geht es schon um eine klare und neutrale Presse. (Transkript IV, Zeile 697 und Zeile 740 – 744)

Weiter heißt es in den Ausführungen der befragten Experten:

---

<sup>105</sup> Hierbei gilt es anzumerken, dass die Klassifikation und Beschreibung dieser zwei Medien-Typen auf Basis der Einschätzungen der zum Thema befragten Experten vorgenommen wurde. Die Schilderung basiert somit nicht auf einer Einschätzung/Bewertung der Autorin selbst und erhebt keinen Anspruch auf eine zutreffende Beschreibung.

**B3:** Ich denke das kommt letztlich auch darauf an, in welchen Medien sowas steht. Wenn in der Bildzeitung darüber berichtet wird, würde ich davon ausgehen wollen, dass es für die Betroffenen vielleicht eher nicht so günstig wäre. Wenn (...) in Medien, die in Themen dann tiefer eindringen darüber berichtet wird, könnte ich mir schon vorstellen, dass das den Betroffenen (...) alleine schon deswegen helfen würde, weil dieses Thema überhaupt etwas mehr ins Blickfeld geraten würde. (Transkript III, Zeile 576 – 583)

**B2:** Der Anfang der Berichterstattung in den Massenmedien war eigentlich, dass man die Betroffenen als Monster dargestellt hat, als Wahnsinnige, die sich ein Bein amputieren lassen wollen, also wirklich so als Freaks, die die völlig abgedreht sind. Und inzwischen, denke ich mal, durch beharrliche, sehr objektive Berichterstattung in den Medien, kommen wir stückweise dazu, dass auch so die Bevölkerung das Krankheitsbild vermehrt kennenlernt (...). Ja, das ist eigentlich das das Fernziel, dass man da durch die Medien eben auch in die Durchschnittsbevölkerung herein dringt. (Transkript IIa, Zeile 765 – 774)

**B1:** Das Problem ist zum einen, dass es in den Massenmedien mit Sicherheit ganz verkürzt dargestellt würde, ganz reißerisch, also dass man da so dieses sensationsheische hätte, man würde irgendwelche drastischen Fälle zeigen und wahrscheinlich völlig einseitig darüber berichten und da denke ich, das würde den Betroffenen schaden, also zum einen kann das die Stigmatisierung verstärken, also je nach dem wie es dargestellt wird kann es das verstärken.. (Transkript I, Zeile 547 – 553)

An dieser Stelle zeigt sich insbesondere aber auch sehr deutlich, welche Gefahren sich aus einer undifferenzierten Darstellung des Phänomens ergeben, die sich vor allem negativ auf die Betroffenen selbst auswirken können und die „prinzipielle Normalität“ der Betroffenen gänzlich ausblenden. Den Aussagen lässt sich entnehmen, dass es dies unbedingt zu vermeiden gilt. Vor allem die massenmediale Darstellung berge die Gefahr, die Situation der Betroffenen noch zu verschlimmern, indem eine verfremdete Inszenierung des Störungsbildes erfolgt und somit den Betroffenen als Gesellschaftsmitglieder schadet. Eine unseriöse Berichterstattung würde sich auf die ohnehin schwierige Situation der Betroffenen zwangsläufig negativ auswirken, da der Einfluss, den die Medien auf die Wahrnehmung der Gesellschaftsmitglieder ausüben, enorm stark sei.

Wird jedoch durch eine seriöse Berichterstattung über das Phänomen ein Kontakt mit der Öffentlichkeit hergestellt, so wird dies grundsätzlich als positiv bewertet, weil darin die Möglichkeit gesehen wird, über das Krankheitsbild aufzuklären und den Stigmatisierungsprozessen entgegenzuwirken. Das Verhältnis zwischen Chancen einerseits und Gefahren andererseits, das sich aus der Berichterstattung über BIID in den Medien ergibt, scheint somit laut der Experten davon abhängig zu sein, welcher mediale Kanal gewählt wird.

Darüber hinaus zeigte sich ein weiterer interessanter Aspekt im Hinblick auf dieses Thema. So bestehen zum einen Unterschiede bezüglich der Meinung, sich selbst in Medien zum Thema zu äußern oder davon Abstand zu nehmen.

**B1:** Ich hatte selber mal eine Anfrage von einem Fernsehsender und habe das abgelehnt. Und ich weiß von anderen Kollegen, dass sie es auch abgelehnt haben. (Transkript I, Zeile 545 – 547)

**B2:** Ich kriege fast jede Woche eine Anfrage von einem Fernsehsender. (...) Das Medieninteresse ist ungebrochen, ist riesig. Ständig Filmteams, die bei mir anfragen und da da, den ganzen Tag begleiten wollen und was die noch alles wollen oder hinter der Milchglasscheibe und mit verdeckter Stimme und so weiter, was die noch alles anbieten. Und da kann ich mich nicht beklagen. (Transkript IIa, Zeile 715 – 716 und Zeile 734 – 738)

Zum anderen aber weicht die Einschätzung der Motive, warum sich Experten/Wissenschaftler dem Phänomen in den Medien widmen oder es nicht tun, voneinander ab. Während für einen Experten (B1) die benannten Gefahren ausschlaggebend dafür seien, keine Interviews in den Medien zu geben, gehen andere davon aus, dass die Motive, sich den Medien zu entziehen, in anderen Ursachen begründet liegen. Diese weichen jedoch stark von den eigentlichen Motiven, die der Experte als ausschlaggebend angegeben hat, ab.

Auf die Frage, welche Gründe sich die Experten dafür vorstellen könnten, warum andere Personen gegenüber den Medien zurückhaltend seien, folgten unterschiedliche Antworten:

**B2:** Viele Wissenschaftler wollen nicht als mediengeil gelten. Wenn man sich bereit erklärt, das was man rausgefunden hat auch in den Medien darzustellen, dann wird man sofort klassifiziert "Der ist mediengeil". Das gehört nicht zu diesem völlig neutralen Bild des objektiven, unabhängigen Wissenschaftlers. Und da teilt sich die Welt in zwei große Gruppen, die einen denken "Wenn ich was Kluges erforscht habe, warum soll ich es nicht auch in der Presse oder in den Medien erzählen" und die anderen zieren sich da, weil sie glauben das ist rufschädigend. (Transkript IIa, Zeile 747 – 754)

Eine andere Einschätzung bezüglich der Motive sich nicht zu äußern lautet wie folgt:

**B3:** Gibt natürlich immer verschiedene Motive, sich zu einem Thema nicht zu äußern. Eine Erklärung wäre, dass man sich vielleicht darüber noch keine eigene Meinung gebildet hat. Eine andere wäre die, dass man der Meinung ist, dass die eigene Meinung, dass man vielleicht einfach mit der hintern Berg bleiben will, weil man bestimmte Kritik dagegen erwartet, die man nicht hören möchte. (Transkript III, Zeile 611 – 615)

Beide Aussagen beinhalten keinerlei Hinweise darauf, dass mögliche Gefahren für Betroffene, die sie selber potenziell in der medialen Auseinandersetzung mit der Störung sehen, dafür ausschlaggebend sein könnten, dass sich andere Wissenschaftler bezüglich Äußerungen in den Medien zurückhalten. Vielmehr werden jene Gründe herangezogen, die vermeintlich negative Konsequenzen auf individueller Ebene mit sich bringen würden (Rufschädigung, Kritik etc.). An dieser Stelle ist es wichtig zu erwähnen, dass vor allem einer der beiden Experten (B2), von dem diese Äußerungen ausgegangen sind, diverse Male medial aufgetreten ist. Offensichtlich sieht er in den eigenen medialen Auftritten keine Gefahren, die sich für BIID Betroffene ergeben können und geht aus diesem Grund auch nicht davon aus, dass dies ein Motiv für die Zurückhaltung anderer Wissenschaftler darstellen kann.<sup>106</sup>

Bezüglich der Einschätzung ob die Zurückhaltung anderer Wissenschaftler eventuell daraus resultieren könne, dass die Gefahren, die sich daraus ergeben könnten zu sehr überwiegen, reagierte einer der Experten tendenziell sogar mit Unverständnis.

**B4:** Ne, das glaube ich eigentlich nicht, weil letztendlich muss ich sagen, wir tun ja nichts Gutes indem wir Sachen einfach nur verleugnen oder nicht hingucken oder sagen wir reden nicht darüber. Also in dem Moment wenn ein Wissenschaftler daran arbeitet, warum soll der dann nicht auch darüber sprechen? Also kann ich wenig nachvollziehen, also ich kann es nachvollziehen, aber ich würde es nicht so machen. Ja, weil natürlich, in dem Moment wenn etwas an die Öffentlichkeit kommt, kann es auch „missbraucht“ werden und trotzdem bin ich der Meinung, zu sagen "Ich mache das nur heimlich, weil die anderen nicht damit umgehen können, mit meiner Information" finde ich schwierig als Position. Ich bin eher für Transparenz und ich bin auch eher jemand der dafür ist, warum soll man nicht darüber sprechen, wenn man sagt "Das und das ist das woran ich forsche“ oder „Das ist meine Meinung dazu“. (Transkript IV, Zeile 724 – 735)

An dieser Stelle zeigt sich deutlich die Diskrepanz, die in Bezug auf den medialen Umgang mit Thema vorliegt. Auf der einen Seite herrscht Einigkeit darüber, dass ein seriöser medialer Darstellungsmodus gewinnbringend für Betroffene sein kann, somit grundsätzlich zu befürworten sei und eine massenmediale „Ausschlachtung“ des Themas hingegen negative Konsequenzen mit sich bringen könne. Auf der anderen Seite führen die Experten eben diese Konsequenzen nicht als Gründe dafür an, warum sich andere Wissenschaftler gegenüber den Medien in Zurückhaltung üben, was paradox erscheint.

---

<sup>106</sup> Allerdings sei zu erwähnen, dass an dieser Stelle lediglich eine Vermutung über die der Einschätzung zu Grunde liegenden Ursachen getätigt wird. Eindeutig Hinweise lassen sich in den weiteren Aussagen des Experten dazu nicht finden.



Weiter gilt es jedoch einen Aspekt besonders herauszugreifen. Die Ausführungen der Experten legen die Vermutung nahe, dass durch eine objektive Berichterstattung, die ein neutrale „Berührung“ mit der Öffentlichkeit ermögliche, die Basis dafür gelegt werden kann, die Gesellschaft über die Störung aufzuklären und auf diesem Wege die Stigmatisierung der Betroffenen zu verringern.

An diesem Punkt wird deutlich, welche Tragweite das Phänomen mit sich bringt und wie stark die Störung in einen kritisch zu hinterfragenden gesamtgesellschaftlichen Kontext zu stellen ist. Die individualistische Perspektive, die meistens in der Auseinandersetzung mit der Störung eingenommen wird, muss (erneut) verworfen bzw. erweitert werden. Nur auf diesem Wege kann der Raum dafür eröffnet werden, andere Fragen zu stellen und Aspekte zu betrachten als jene, die bisher weitestgehend im Fokus der Auseinandersetzung mit der Störung standen.

Denn ist die Rede von der Verringerung gesellschaftlicher Stigmatisierung, die durch eine mediale Aufarbeitung der Störung gegebenenfalls erreicht werden könnte, stellt sich unweigerlich die Frage, inwieweit BIID als ein gesellschaftliches Phänomen betrachtet werden kann oder sogar muss.

In der Literatur zum Thema finden sich zwar immer wieder Hinweise darauf, dass der gesellschaftliche Kontext, in den die Störung einzubetten ist, durchaus anerkannt wird. Jedoch konnten auch im Hinblick auf diesen Bereich keine konkreten Aussagen bezüglich der Relevanz dieses Umstandes ermittelt werden. Aus diesem Grund galt es sich diesem Thema gezielt zu widmen und zu ermitteln, wie die Experten die Relevanz des Themas einerseits für den wissenschaftlichen und andererseits für den gesellschaftlichen Diskurs einstufen würden.

Die nachfolgende Kategorie fällt somit ebenfalls in den Bereich jener Kategorien, die bereits bei den Vorbereitungen der Untersuchung bedacht und somit in Fragen im Interviewleitfaden übersetzt wurden.

## **5.5 Wissenschaftliche & Gesellschaftliche Relevanz**

Wie mehrfach bereits erwähnt, wurde in der Auseinandersetzung mit BIID ein Großteil der Energie darauf verwendet, die Ursachen der Störung auszumachen und Therapiemöglichkeiten für Betroffene zu entwickeln. Eine Auseinandersetzung mit der

gesellschaftlichen Dimension, in die BIID eingebettet ist, fand bislang hingegen nur relativ oberflächlich statt. Dies ist verständlich, berücksichtigt man die Perspektive aus der das Phänomen bislang untersucht wurde. Ein Großteil der Personen, die sich bislang mit BIID auseinandergesetzt haben sind Psychologen, psychologische Psychotherapeuten, Neuropsychologen, Psychiater und (Medizin-)Ethiker, die eine Art des Zugangs wählen, der aufgrund seiner jeweiligen disziplinären Beschaffenheit von sozialwissenschaftlichen Zugängen abweicht. Der Betroffene selbst sowie die Erforschung der Ursachen und Behandlungsmöglichkeiten seiner Störung stehen (weitestgehend) im Fokus des Interesses, weniger die Struktur, Wechselwirkungen und Beschaffenheit sozialer (Verflechtungs-)Zusammenhänge, in die BIID eingebunden ist. Aus diesem Grund lag bereits bei den Vorbereitungen zur Erarbeitung des Interviewleitfadens auf der Hand, dass sich ein Fragenkomplex aufgrund der Beschaffenheit der Forschungsfrage und der Forschungsdisziplin, in der diese Arbeit beheimatet ist, auf die gesellschaftliche Dimension von BIID beziehen würde.

Die Fragen, die zu diesem Bereich erarbeitet wurden, wurden im Leitfaden mit dem Themenbereich „wissenschaftliche Relevanz“ des Themas kombiniert und zu einer einzelnen Frage zusammengefasst. Retrospektiv ließ sich im Zuge dessen feststellen, dass zunächst Schwierigkeiten darin bestanden, innerhalb der Antworten zu differenzieren, welches Antwortfragment sich auf welchen Frageteil bezieht.

Grundsätzlich fielen die Gründe, warum das Thema in den Augen der Experten vor allem für den wissenschaftlichen Diskurs relevant sei, sehr unterschiedlich aus. Alle Befragten bestätigen zwar die wissenschaftliche Relevanz des Themas,

**B3:** Menschen, die sich wissenschaftlich mit den Betroffenen befasst haben, ich glaube für die ist das Thema durchaus von Relevanz. (Transkript III, Zeile 647 – 649)

sie wurde jedoch bis auf eine Ausnahme an unterschiedliche Bedingungen geknüpft.

Zum einen richtete sich die Argumentation auf den Gewinn, der durch die Erforschung des Phänomens für die Grundlagen der Neurowissenschaften erreicht werden könnte.

**B2:** Also natürlich ist BIID ist eine ganz seltene Störung, aber so rein wissenschaftlich, grundlagenmäßig verrät sie uns natürlich einiges darüber, wie im Gehirn unser Körperbild entsteht. (...) Also das hat schon auch grundwissenschaftliche Aspekte, die weit darüber hinaus gehen, dass wir da eine kleine Stichprobe von Leuten haben, denen sicherlich auch irgendwo geholfen werden muss. (Transkript IIa, Zeile 845 – 858)

Dies ist insofern interessant, als dass diese Aussage von einem der Experten getroffen wurde, der sich dem Phänomen hauptsächlich aus psychologischer Perspektive genähert und es aus ebendieser erforscht hat. Dennoch wird der Mehrwert der wissenschaftlichen Auseinandersetzung mit dem Thema primär einer Disziplin zugeschrieben, in der die eigene Forschung im Prinzip nur anteilig wurzelt.

Weitere Begründungen fielen wie folgt aus:

**B1:** Es ist aus medizinethischer Sicht relevant, weil es irgendwie so eine Art Paradigma ist, an dem man vieles studieren kann. Also, deswegen sind vielleicht auch Medizinethiker daran besonders interessiert. Auch für Medizinrechtler kann das interessant sein, weil das in gewisser Weise so ein Beispiel ist, an dem man die Prinzipien sehr klar sehen kann. (Transkript I, Zeile 534 – 538)

Welches Paradigma und welche Prinzipien damit genau gemeint sind, wird nicht weiter ausgeführt und lässt somit viel Raum für Spekulationen offen. Aufgrund der vorherigen und nachfolgenden Ausführungen des Experten liegt jedoch die Vermutung nahe, dass damit die Debatte um den Umgang mit dem Amputationswunsch gemeint sein könnte, die eine Art Exempel für die Reichweite und Grenzen menschlicher Handlungsspielräume zu statuieren scheint, großen Raum für Diskussion eröffnet und somit als „Zündstoff“ für ethische und rechtliche Debatten fungieren kann.

Eine sehr interessante Beobachtung konnte vor allem im direkten Vergleich zweier weiterer Aussagen zum Thema gemacht werden.

**B4:** Wenn Sie die Relevanz nehmen im Bezug auf die Anzahl der Betroffenen ist es gering. Das sind ja nicht viele, dann ist es viel wichtiger zu forschen an Diabetes oder am Herzinfarkt oder an Depressionen, oder sonst was. (Transkript IV, Zeile 751 – 754)

Die Verknüpfung der Krankheit mit einer Variablen (der Anzahl der Betroffenen) führt bei einer Partei (B4) zu einer Einschätzung niedriger Relevanz für den wissenschaftlichen Bereich<sup>107</sup>, während die Verknüpfung mit derselben Variablen bei einem anderen Experten (B1) zu einer Einschätzung niedriger Relevanz in einem anderen Bereich (gesellschaftliche Relevanz) führt.

---

<sup>107</sup> Dass sich die Aussage des Experten auf den wissenschaftlichen Diskurs bezieht, wird aus der Folgeausführung ersichtlich, die hier nicht explizit aufgeführt ist.

**B1:** Also für den gesellschaftlichen eigentlich als sehr gering, (...) weil es ja nur ganz wenige betroffene Menschen gibt und so gesehen gibt es natürlich viel relevantere Themen, in dem Sinne, dass viel mehr Menschen betroffen sind. (Transkript I, Zeile 527 – 531)

Somit zeigt sich an dieser Stelle deutlich, dass auch die Einschätzungen der wissenschaftlichen Relevanz des Themas nicht einheitlich sind. Ähnliche Feststellungen (geringe Anzahl an Betroffenen) führen zu unterschiedlichen Bewertungen der Relevanz im Hinblick auf bestimmte Bereiche.

Weiter zeigte sich, dass die Aussagen der Experten im Kern Komponenten beinhalten, die indizieren, dass dem Phänomen eine erhebliche gesellschaftliche Relevanz zugeschrieben wird.

Grundsätzlich lässt sich aus der Analyse der zu diesem Bereich geäußerten Beiträge die Schlussfolgerung ziehen, dass die Beurteilung der gesellschaftlichen Relevanz des Themas jedoch von der Schwerpunktsetzung, die damit verknüpft wird, abhängt. Im Umkehrschluss bedeutet dies, dass das Thema BIID nicht per se als gesellschaftlich relevant oder irrelevant eingestuft wird, sondern eine Beurteilung der Frage im Hinblick auf unterschiedliche Aspekte, die damit zusammenhängen, erfolgt. Im Zuge dessen stellte sich die Frage: *Wer beurteilt was wann* als gesellschaftlich relevant?

Eine Einschätzung geringer gesellschaftlicher Relevanz erfolgt vor allem dann, wenn Bezug auf die Anzahl der Betroffenen genommen wird, wie aus der folgenden Aussage klar zu entnehmen ist:<sup>108</sup>

**B1:** Also für den gesellschaftlichen eigentlich als sehr gering (...) weil es ja nur ganz wenige betroffene Menschen gibt und so gesehen gibt es natürlich viel relevantere Themen, in dem Sinne, dass viel mehr Menschen betroffen sind. (Transkript I, Zeile 527 – 531)

**B2:** Ich meine, einmal ist es natürlich eine extrem seltene Geschichte. Von daher hat es im Grunde genommen keine weitreichenden Konsequenzen für die Durchschnittsbevölkerung. (Transkript IIa, Zeile 812 – 814)

Relevanz wird in diesem Zusammenhang mit Häufigkeiten verknüpft, die, je nachdem wie stark oder schwach diese ausgeprägt sind, in einem kausalen Zusammenhang mit der Zuschreibung von starker oder schwacher Relevanz stehen. Vor allem aus der Ausführung von ‚B2‘ lässt sich erkennen, dass aus der Häufigkeit des Auftretens des

---

<sup>108</sup> Das hier angeführte Zitat wurde zwar auch zur Stützung der bestehenden Unterschiede in der Beurteilung der wissenschaftlichen Relevanz des Themas genutzt, es wird jedoch an dieser Stelle erneut aufgeführt, um die Ausführungen zum Bereich „Einschätzung der gesellschaftlichen Relevanz“ zu untermauern.

Phänomens auf die Auswirkungen geschlossen wird, welche daraus für die Gesellschaft als Ganzes resultieren. Da BIID im Verhältnis zu anderen Krankheiten, die um ein Vielfaches häufiger diagnostiziert werden, nur bei einem sehr geringen Anteil der Bevölkerung auftritt, ergeben sich in dieser Meinung auch keine weitreichenden Konsequenzen für das Gros der Gesellschaft.

Die Frage des Zusammenhangs zwischen Relevanz und Häufigkeiten wird auch durch eine weitere Aussage aufgeworfen: Hierbei handelt es sich jedoch lediglich um die Formulierung der Frage nach möglichen Ursachen, die die Relevanz des Themas beeinflussen könnten.

**B3:** Das ist immer die Frage, ob die Relevanz für den gesellschaftlichen Diskurs auch davon abhängt, dass es irgendwo eine signifikante oder relevante Gruppe innerhalb der Gesellschaft ist. (Transkript III, Zeile 641 – 643)

Eine eindeutige Stellungnahme dazu, im Hinblick auf welche Aspekte BIID konkret relevant ist oder nicht, wird hier nicht vorgenommen. Die Aussage des Experten stellt jedoch heraus, dass eine ganze Bandbreite von Einflussmöglichkeiten existiert, die bezüglich der Einschätzung der Relevanzfrage Beachtung finden können.

So wird zum Beispiel des Weiteren die Möglichkeit der Beeinflussung von Relevanz durch Medienpräsenz angeführt und dargestellt, dass je nachdem aus welchem Blickwinkel ein Phänomen beurteilt wird, gegebenenfalls auch TV-Quoten ausschlaggebend dafür sein könnten, dass einem Thema eine gewisse Bedeutung beigemessen wird oder nicht.

**B3:** Medien denken ja auch immer an Quoten, könnte man natürlich auch sagen, vom Blickwinkel her, wenn man die Wichtigkeit oder die Relevanz eines Themas nach Quoten beurteilt, ist es überhaupt nicht wichtig. Was interessieren uns 300 Spinner, die gern ihr Bein amputiert haben wollen. Ist überhaupt nicht wichtig. (Transkript III, Zeile 644 – 647)

Letztlich bleibt es jedoch bei Mutmaßungen über Verknüpfungen, die die Relevanz eines Themas beeinflussen können.

Der interessanteste Aspekt, der sich bei der Analyse dieses Themas aufgetan hat, ist jedoch darin zu sehen, dass die Frage nach der gesellschaftlichen Relevanz des Themas aus Sicht der Experten eine Kontroverse eröffnet, die über das Störungsbild selbst hinausgeht und Fragen aufwirft, die sich auf viel weitreichendere Aspekte

beziehen und die ihrerseits eine entsprechend hohe gesellschaftliche Relevanz aufweisen.

**B2:** Es wirft natürlich generelle Fragen auf. Was darf man mit seinem Körper machen? In welchem Ausmaß kann man heute wirklich seinen Körper verändern? In welchem Ausmaß kann das zu Lasten der Gesellschaft gehen? (...) Wie weit darf der Wunsch nach Körperveränderung eigentlich gehen? (Transkript IIa, Zeile 814 – 823)

**B4:** Wenn Sie aber (...) daran ethische Fragen knüpfen und gesellschaftlichen Fragen, dann finde ich hat es eine hohe Relevanz. Weil das ja genau auch das Thema unserer Zeit [ist], was ist erlaubt, was ist Machbarkeit. Was bedeutet auch DSM-5 jetzt, was bedeutet Krankheit, was bedeutet Gesundheit, was bedeutet Normalität, was machen wir genau, von Doping bis Neuro-Enhancement, diese ganzen Themen, da finde ich hat es schon eine hohe Relevanz. Was macht die Medizin heutzutage, welche Bedeutung hat der Körper? (Transkript IV, Zeile 754 – 761)

**B4:** Insofern ist ja auch die Frage der modernen Welt, wo macht man Stop? Also, kann man alles zulassen oder gibt es auch irgendwo eine Grenze, dass man sagt, "Das jetzt nicht mehr"? (Transkript IV, Zeile 243 – 245)

Dabei zeigte sich deutlich, dass vor allem solche Aspekte als gesellschaftlich relevant angesehen werden, die letztlich über die Störung selbst hinausgehen und sich auf generelle Themen beziehen, die potentiell jeden betreffen. Der zentrale Fokus wurde dabei zum einen auf die Bedeutung des menschlichen Körpers und vor allem die Debatte um Grenzen und Möglichkeiten im Umgang mit selbigem gelegt und zum anderen auf die Deutungshoheit, die der sozialen Konstruktion von Krankheit und Gesundheit zukommt. Somit liegt abermals auf der Hand, dass das Phänomen nicht einfach nur individual-psychologisch von Bedeutung ist. Es weist auch eine gesellschaftlich relevante Komponente auf, sofern Fragen daran geknüpft werden, die sich auf generelle und weitreichendere Aspekte des (Un-)Machbaren beziehen.

Ferner ist den aufgeführten Aussagen gemein, dass sie Fragen aufwerfen, die in den Augen der Experten nicht nur eine hohe Relevanz aufweisen, sondern zu denen auch keine eindeutigen Antworten bestehen.

Aufgrund dieser prinzipiellen Offenheit erschien es auch interessant zu sein, wie die Experten die zukünftige Entwicklung bezüglich des Umgangs mit der Störung einschätzen. Aus diesem Grund bildet die Kategorie „Zukunftsprognosen“ den letzten und abschließenden Bereich, der im Zuge der Auswertung genauer untersucht wurde, bevor im Abgleich der Kategorien untereinander ermittelt wird, welche Auswertungsdimension in Bezug auf die Forschungsfrage am bedeutsamsten erscheint.

## 5.6 Zukunftsprognosen

Die vorausgegangenen Analysekategorien beziehen sich allesamt auf den gegenwärtigen Status rund um BIID. Von großem Interesse für die Analyse des Diskurses um das Phänomen ist jedoch aus benannten Gründen auch die Frage, wie sich der Umgang mit BIID allgemein bzw. mit von BIID Betroffenen im Speziellen aus Sicht der Experten entwickeln wird. Auch zu diesem Thema ließen sich in der rezipierten Literatur keine konkreten Aussagen oder Hinweise finden. Dieser Punkt ist aber insofern interessant, als dass er vor allem für die Betroffenen bedeutsam ist, wie im Folgenden erläutert wird.

Bei der Frage danach, wie sich der Umgang mit BIID zukünftig entwickeln wird, bezogen sich alle Experten in Ihren Aussagen an erster Stelle auf den Umgang mit dem Amputationswunsch, anstatt andere Dinge zu benennen. So wäre es beispielsweise ebenso möglich gewesen, die Antworten auf die Gestaltung der weiteren Erforschung des Phänomens zu richten. Diese Bereiche scheinen jedoch nicht in der unmittelbaren Verknüpfung mit Gedanken an zukünftige Entwicklungen rund um die Störung zu stehen.

In Bezug auf die Amputationsfrage schienen alle davon auszugehen, dass Amputationen zu einem nicht genau abschätzbaren Zeitpunkt in Deutschland legalisiert werden.

**B1:** Ich befürchte etwas, dass so im Zuge weiterer Kommerzialisierung das auch in Ländern, die jetzt höhere rechtliche Standards haben vielleicht kommt. (...) Sobald die gesetzlichen Regelungen das zulassen, wird es Ärzte geben, die das anbieten. (Transkript I, Zeile 588 – 589 und Zeile 615 – 616)

**B3:** Ich kann mir durchaus vorstellen, dass es irgendwann mal kommt, aber ich glaube dass es schon ein relativ langer Prozess sein wird. (Transkript III, Zeile 661 - 662)

**B4:** Ich glaube eher hin zur Legalisierung der Amputation. (Transkript IV, Zeile 769)

Die großen Unterschiede bestehen jedoch zum einen in der Bewertung der eigenen Prognose und der damit einhergehenden Einschätzung wie positiv oder negativ diese Entwicklung zu bewerten ist und zum anderen in der Angabe von Gründen, die die Einschätzung über die zukünftige Entwicklung untermauern.

**B2:** Ich denke unsere Gesellschaft wird immer offener gegen Körperveränderung. (...) und von daher denke ich schon (...), dass alle Trends, die dahin gehen, dass man als Individuum wahrgenommen wird, dass die sich verstärken werden. (Transkript IIa, Zeile 868 – 884)

**B4:** In den Körper einzugreifen, ihn zu optimieren oder nicht zu optimieren, ihn zu verändern, ist ja immer mehr, wird erlaubt und gemacht, normaler. (...) Und dann ist [es] ja so, dass der Mensch sowieso immer mehr dazu neigt alles Machbare immer weiter zu treiben. Insofern könnte ich [es] mir schon vorstellen, in ein paar Jahren. (Transkript IV, Zeile 777 – 784)

Hier zeigt sich deutlich, dass Vorgänge, die sich auf anderen gesellschaftlichen Ebenen abspielen dafür herangezogen werden, um zu erklären inwiefern sich dies auch auf den Umgang mit BIID auswirken wird, wobei diese Einschätzung weitestgehend undifferenziert bleibt. Vorrangig wird die Ansicht in den Vordergrund der Argumentation gestellt, dass der Mensch auf allen Ebenen dazu, neigt Grenzen immer mehr auszuweiten, anstatt sich in bestimmten abgesteckten Sphären zu bewegen und dort zu verharren. Wenn das Wissen um bestimmte Möglichkeiten („alles Machbare“) besteht, so wird das den Menschen dazu verleiten, diese Möglichkeiten auch auszuloten und zu nutzen, auch wenn dies mit ethischen Prinzipien kollidieren kann.

Hinweise auf diese Argumentationsstruktur finden sich etwas differenzierter auch in der folgenden Ausführung:

**B2:** Vor 20, 30 Jahren waren viele Möglichkeiten der plastischen Chirurgie, die heute breit genutzt werden, von ganz breiten Bevölkerungsschichten, die waren verpönt. Schönheitsoperationen werden heute immer normaler, Fettabsaugung wird immer normaler. (...) Und unsere Gesellschaft fängt an immer offener damit umzugehen. (...) Also auch gepiercte, tätowierte Leute werden ja heute nicht mehr so angeglotzt wie vor 30, 40 Jahren noch. Von daher wird unsere Gesellschaft sicherlich in vieler Hinsicht immer toleranter (...). Wir leben ja in einer Massengesellschaft, in der wir versuchen, durch diesen Massendruck immer individueller zu sein, also als Individuum wahrgenommen zu werden spielt ja für uns Menschen eine riesen große Rolle. (Transkript IIa, Zeile 869 – 882)

Hier zeigt sich deutlich, dass der Experte davon ausgeht, dass es im Zuge eines kontinuierlichen Normalisierungsprozesses einen Umbruch in der Wahrnehmung von körperverändernden Maßnahmen, die nicht medizinisch indiziert sind, gegeben hat und dies in der Konsequenz dazu führte, dass die Toleranz gegenüber der Modifikationen von Körpern stetig angestiegen ist.

Gleichzeitig diagnostiziert der Experte starke Individualisierungstendenzen. Demnach wird es für den einzelnen immer bedeutsamer, sich von der breiten Masse abzuheben und als Unikat wahrgenommen zu werden. Wichtig ist an dieser Stelle herauszuheben,



dass hier eine Art Inklusion stattfindet, in der die Betroffenen in diese Gruppe mit aufgenommen werden und somit ihre gesellschaftliche Sonderstellung zumindest partiell aufgehoben wird.

Eine Einschätzung darüber, wie diese Entwicklungen zu bewerten bzw. einzustufen sind erfolgt innerhalb dieser Statements allerdings nicht.

Dies ist jedoch nicht bei allen Experten der Fall, da auch Aussagen zum Thema gefallen sind, die eine klare Positionierung zur eigenen Prognose und der damit einhergehenden Entwicklung erkennen lassen. Auf die Frage, wie der Experte die zukünftige Entwicklung im Umgang mit BIID einschätzte, kam folgende Antwort:

**B3:** Also Oscar Wilde hat mal gesagt "Eine Landkarte, auf der das Land Utopia nicht drauf ist, ist für mich keines Blickes wert". (Transkript III, Zeile 660 – 661)

Durch diesen Einleitungssatz, der bei der Beantwortung auf die Frage, wie sich der zukünftige Umgang mit BIID aus Sicht des Experten entwickeln wird, gewählt wird, zeigt sich deutlich, dass hier eine sehr subtile aber dennoch erkennbare positive Bewertung über zukünftige Legalisierungsmöglichkeiten von Amputationen vorgenommen wird. Der Begriff Utopia bezeichnet den Zustand, den man für eine Welt, einen Staat oder eine Gesellschaft als erstrebenswert betrachtet. Somit liegt auf der Hand, dass eine zukünftige Möglichkeit zur Amputation in den Augen des Experten erstrebenswert ist und demnach auch positiv zu beurteilen wäre.

Im Kontrast dazu steht eine Einschätzung der zukünftigen Entwicklung, die eindeutig negativ behaftet ist und sich in ihrer Argumentation anders ausrichtet.

**B1:** Also, sagen wir mal so, ich befürchte, dass es hier in Deutschland auch zugelassen wird, einfach weil man damit auch viel Geld verdienen kann und weil es einen starken Lobbyismus gibt, der es vielleicht durchsetzt, während die Interessen derer, die kritisch sind da weniger ins Gewicht fallen. (...) Und das Gesundheitswesen ist insgesamt jetzt so, dass es zunehmend kommerzialisiert [wird] und dass zunehmend auch die Medizin nachfrageorientiert wird. Also, dass auch Ärzte vieles machen, was sie eigentlich ablehnen als Ärzte, was sie aber machen, wenn die Nachfrage besteht. (...) Da denke ich, da wird sich das stärker differenzieren und es wird immer Ärzte geben, denen das Geld wichtiger ist oder die einfach sagen "Ja, ich bin hier wie ein Handwerker und ich mach das, wofür ich bezahlt werde". (Transkript I, Zeile 598 – 615)

Anstatt generelle Trends zu benennen, die nach Ansicht der Experten für die Grenzverschiebung hinsichtlich der Toleranz gegenüber Eingriffen in den Körper und

damit einhergehenden (sichtbaren) Veränderungen verantwortlich sind und somit auch im Bereich von BIID greifen werden, bezieht sich ‚B1‘ in seiner Aussage auf andere Aspekte. Unter anderem wird der finanzielle Faktor angeführt, der für Veränderungen auf dem Bereich verantwortlich sei und der letztlich Möglichkeiten für die Betroffenen eröffnet, die sonst eventuell verschlossen bleiben würden.

Dennoch – und dieser Punkt ist von essenzieller Bedeutung – zeigt auch hier die Argumentation abermals auf, dass sich Entwicklungen in einem (Teil-)Bereich letztlich auf andere Bereiche auswirkt. Eine voranschreitende Kommerzialisierung in der Medizin führe zu Möglichkeiten, die sonst gegebenenfalls so nicht zu realisieren wären.

Grundsätzlich ist die Frage nach der zukünftigen Entwicklung von BIID und allen damit zusammenhängenden Faktoren, wie eingangs bereits erwähnt, vor allem für die Betroffenen relevant. Die Legalisierung der Amputation würde die Möglichkeit eröffnen, den für sie wichtigsten Faktor aus der enormen Mehrfachbelastung unter der sie leiden (die Störung selbst, gesellschaftliche Stigmatisierung ihres Verlangens und die Unmöglichkeit sich den Wunsch auf legalem Wege zu erfüllen) potentiell „zu beseitigen“. Dennoch soll an dieser Stelle verdeutlicht werden, dass hier keine Position pro oder contra Amputation bezogen wird, sondern lediglich theoretische Szenarien durchdacht werden.

Im Folgenden soll ein Resümee über die vorausgehende Betrachtung gezogen und die entstandenen Kategorien miteinander in einen Zusammenhang gebracht werden, um daraufhin zu ermitteln, im Hinblick auf welchen Aspekt das Phänomen im Rahmen des bestehenden Forschungsinteresses besonders bedeutsam erscheint.

## **5.7 Zwischenfazit: Zusammenhang der ermittelten Kategorien**

Im Zuge der Auswertung der Experteninterviews ließen sich insgesamt sechs Kategorien ermitteln, die für das Forschungsinteresse dieser Arbeit bedeutsam zu sein und das größte Potenzial für eine Auswertung im Sinne des Forschungsinteresses bereitzustellen schienen. Allen Kategorien ist gemein, dass sie dazu beitragen, eine ergänzende Betrachtung auf das Phänomen zu ermöglichen, die aus der bloßen Rezeption der veröffentlichten Literatur nicht möglich ist.

Dabei zeigte sich jedoch, dass in den Aussagen der Experten immer wieder Elemente zu finden waren, die auch *kategorieunabhängig* Hinweise auf den gesellschaftlichen Kontext, in den die Störung zu stellen ist, beinhalteten. Dies erfolgte nicht nur indem dieser Kontext konkret benannt und beschrieben wurde, wie sich beispielsweise in den Ausführungen der Experten, die in der Kategorie 5.6 „Wissenschaftliche und Gesellschaftliche Relevanz und Tragweite“ aufgeführt wurden, zeigt. Vielmehr ließ sich feststellen, dass trotz der Tatsache, dass sich die Antworten kategorial erfassen ließen, ihre Inhalte den Rahmen der einzelnen Kategorie, in der sie aufgeführt wurden, überschritten.

**Abbildung 8: Kategoriensystem BIID**



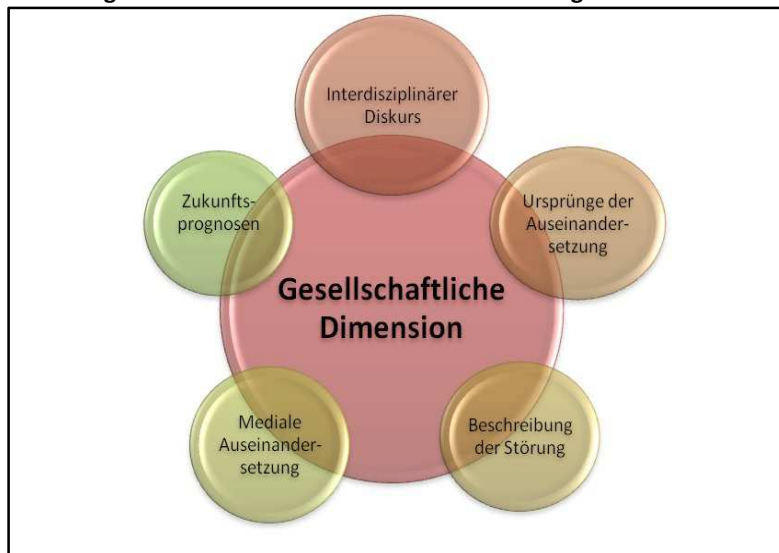
Quelle: eigene Darstellung.

In der Tradition der Grounded Theory ist es in der Regel nicht üblich, jene Kategorie als Kernkategorie zu ermitteln, die bereits im Zuge der Auswertung als eigenständige und vermeintlich gleichwertige Kategorie neben den anderen vorgestellt wurde. In diesem Fall musste jedoch die Feststellung gemacht werden, dass es die kategorienübergreifende Durchdringung der gesellschaftlichen Dimension, in welche die Störung eingebettet ist, sehr wohl rechtfertigt, sie als zentrale Kernkategorie der Auswertung der Interviews vorzustellen.

## 5.8 Kernkategorie: Gesellschaftliche Dimension

Die gesellschaftliche Dimension, die in Bezug auf BIID ausgemacht werden kann, erscheint nach Auswertung der Interviews sehr stark ausgeprägt. Diese Einschätzung gründet jedoch nicht nur auf konkreten Äußerungen, die die Experten bezüglich der gesellschaftlichen Relevanz des Themas getätigt haben. Der Eindruck ergibt sich vor allem auch daraus, dass insgesamt eine Durchdringung des Antwortverhaltens der Experten ausgemacht werden konnte, die darauf hinweist, wie stark die Störung in einen umfassenderen Kontext zu stellen ist.

Abbildung 9: Gesellschaftliche Dimension der Störung



Quelle: eigene Darstellung.

Gemeint ist in diesem Zusammenhang, dass sich ein Großteil der Aussagen im Hinblick auf zwei Arten der inhaltlichen Beschaffenheit aufschlüsseln lässt, die auf diesen umfassenderen Kontext hinweisen.

Zum einen bezogen sich bestimmte Antworten inhaltlich ganz klar auf die gesellschaftliche Dimension und Relevanz des Themas

und brachten diese sozusagen „sprachlich auf den Punkt“ (Benennung der Gründe aus denen das Phänomen als relevant eingeschätzt wird, Beschreibung von Entwicklungen, die auf gesellschaftlicher Ebene stattfinden und sich gegebenenfalls auf den Umgang mit der Störung auswirken etc.).

Darüber hinaus ließ sich jedoch auch in anderen Antworten, die sich vermeintlich nicht direkt auf das Thema bezogen, erkennen, inwiefern gesellschaftliche Norm- und Moralvorstellungen sowie andere im gesellschaftlichen Kontext wirkende Kräfte im Zusammenhang mit dem Umgang mit der Störung stehen. Dies gilt zwar nicht für alle Äußerungen, die in den jeweiligen Kategorien aufgeführt wurden, jedoch konnte immer in mindestens einem Bereich benannte Durchdringung festgestellt werden.

## 5.8.1 Interdisziplinärer Diskurs

Im Hinblick auf die Kategorie „Interdisziplinärer Diskurs“ ließen sich insbesondere in der Unterkategorie „Positionierung“ Hinweise auf die gesellschaftliche Dimension, die mit der Störung zusammenhängt, finden. Somit war nicht nur zu beobachten, dass Unterschiede in der Haltung bezüglich der Amputationsfrage bestehen, sondern eine gewisse Zurückhaltung besonders dann zu beobachten war, wenn die Experten die Möglichkeit der Amputation nicht gänzlich ablehnen. Bei der zielgerichteten Analyse der Ursachen dieser Zurückhaltung zeigte sich, dass sie damit zusammenhängt, dass die Positionierung im Hinblick auf diese Frage einem enormen gesellschaftlichen Druck unterliegt, der wiederum die Art der Beantwortung auf die Frage nach der Gültigkeit der Wunschamputationen beeinflusst. Hier zeigt sich ganz klar, dass bei der Positionierung zu einem Thema die daraus resultierende Resonanz berücksichtigt wird und sich dies im (Antwort-)Verhalten der beteiligten Akteure niederschlägt.

## 5.8.2 Ursprünge der Auseinandersetzung

In dieser Kategorie konnte vor allem das Motiv der Faszination an der Störung als Ursprung der Auseinandersetzung mit selbiger ausgemacht werden.

Im Hinblick auf die Störung besteht eine extreme Diskrepanz zwischen akzeptierten Normen körperlicher und seelischer Gesundheit „und den als absonderlich oder gar pathologisch empfundenen Extremformen“<sup>109</sup> des Umgangs mit dem eigenen Körper.

Das Extreme der Störung besteht jedoch nicht einfach so. Es konstruiert sich erst dadurch, dass der Wunsch nach einer körperlichen Behinderung in höchstem Maße mit bestehenden Normen bezüglich körperlicher Integrität und vor allem mit dem Recht auf körperliche Unversehrtheit als Freiheitsrecht kollidiert. Hier treffen zwei Extreme aufeinander, die im Prinzip unvereinbar miteinander sind. Dieser Konflikt beinhaltet aber das ermittelte Faszinationspotenzial in sich, welches maßgeblich für die Auseinandersetzung der Wissenschaftler mit der Störung verantwortlich ist.

---

<sup>109</sup> Kasten (2006): Body-Modification. Psychologische und medizinische Aspekte von Piercing, Tattoo, Selbstverletzung und anderen Körperveränderungen. Klappentext.

### **5.8.3 Beschreibung der Störung**

In dieser Kategorie wurde vorgestellt, welche Schwerpunkte bei der Beschreibung der Störung gesetzt werden und welche Schlussfolgerung dieser Beschreibungsmodus zulässt. Hier wurde unter anderem auf die Auffälligkeit hinsichtlich des gewählten Beschreibungsmodus in Bezug auf die Betroffenen eingegangen. Es wurde mehrfach hervorgehoben in welchen beruflichen Positionen Betroffene oftmals stehen und dass sie überdurchschnittlich gebildet und sozial abgesichert sind. Wurde in der Kategorie, die sich mit den Ursprüngen der Störung befasst, noch herausgearbeitet, dass Vorgänge auf gesellschaftlicher Ebene die Basis der daraus resultierenden Faszination für das Thema sind, so wird in der Beschreibung der Störung eine Dimension, die ihrerseits in den gesamtgesellschaftlichen Kontext eingebettet ist (berufliche & soziale Situation), explizit *herangezogen*, um das Störungsbild (bzw. Betroffene) zu beschreiben. Durch das Heranziehen dieser Aspekte wird zusätzlich das Extreme an der Störung konstruiert, da somit die Kernsymptomatik (Amputationswunsch) mit anderen, dem Betroffenen ebenfalls zugehörigen, Merkmalen kontrastiert wird.

### **5.8.4 Mediale Auseinandersetzung**

Bezüglich der medialen Auseinandersetzung mit dem Thema wurden mehrfach die Gefahren benannt, die eine unseriöse Berichterstattung über das Thema mit sich bringt. Diese würden sich vorrangig insofern auf die Betroffenen selbst auswirken, als dass ihre ohnehin schwierige Situation vermutlich noch erschwert würde. Die reißerische Darstellung der Massenmedien würde aufgrund ihrer undifferenzierten Inszenierung der Störung die Stigmatisierung der Betroffenen verstärken. Auf der anderen Seite wird in einer seriösen Auseinandersetzung mit dem Thema in den Medien die Chance gesehen, die Situation für Betroffene zu verbessern, indem eine neutral-objektive Heranführung an die Störung ermöglicht würde. Dies könnte wiederum verhindern, dass Menschen die zum ersten Mal mit dem Phänomen konfrontiert werden (also im Prinzip alle nicht betroffenen oder involvierten Gesellschaftsmitglieder) per se eine ablehnende Haltung gegenüber BIID bzw. den Betroffenen einnehmen.

Somit eröffnet auch diese Kategorie den Weg zu der Auseinandersetzung mit dem für das Thema dieser Arbeit unerlässlichen Aspekt der Akzeptanz bzw. Stigmatisierung und Pathologisierung im Kontext der Medien.<sup>110</sup>

### **5.8.5 Zukunftsprognosen**

Die letzte Kategorie, die im Zuge der Auswertung konstruiert wurde, bezog sich auf die Einschätzung der Experten hinsichtlich zukünftiger Entwicklungen, die mit der Störung zusammenhängen. In dieser Kategorie wurden die Prognosen der Experten durch den konkreten Bezug auf Entwicklungen, die auf gesamtgesellschaftlicher Ebene ablaufen, untermauert. Hier zeigte sich jedoch wieder die erste Art der inhaltlichen Beschaffenheit der Aussagen, da sie nicht weitergehend aufgeschlüsselt werden mussten. Die Gründe für die eigenen Prognosen wurden klar benannt und allesamt mit Vorgängen verknüpft, die sich in den unterschiedlichsten Bereichen der Gesellschaft vollziehen und in den Auffassungen der Experten auch dafür verantwortlich sind, dass sich der Umgang mit BIID in eine bestimmte Richtung entwickeln wird.

### **5.8.6 Resümee: Entwicklung einer ‚Grounded Theory‘**

Die vorausgegangenen Ausführungen konnten klar aufzeigen, dass eine kategorienübergreifende gesellschaftliche Dimension, die mit der Störung zusammenhängt, existiert. Es gilt somit zu bedenken, dass die Störung insbesondere im Hinblick auf den ihr zugehörigen gesellschaftlichen Kontext mehrdimensional betrachtet werden muss, da sie diverse Geltungsweisen beinhaltet. Es existiert jedoch *kein* objektiver Maßstab, anhand dessen man die gesellschaftliche Dimension des Themas ermitteln könnte. Erst durch die sensible Aufschlüsselung des generierten Datenmaterials gelang es zu einer Einschätzung des gesellschaftlichen Wirk- und Verflechtungszusammenhangs zu kommen, in dem die Störung steht.

Dabei muss vor allem auch hervorgehoben werden, dass bei einer Einschätzung diesbezüglich nie außer Acht gelassen werden darf, in welchem kulturellen Kontext die Forschung eingebettet ist und auf welche „Gesellschaften“ man sich dabei bezieht. Vor

---

<sup>110</sup> Die Formulierung entstammt ursprünglich dem Vorwort des Sammelbandes von Müller et al. (2007a: V.) und wurde für den hiesigen Kontext umformuliert.

allem wenn die Rede von gesellschaftlichen Norm- und Moralvorstellungen ist, muss bedacht werden, dass diese stark voneinander abweichen können, je nachdem auf welchen Raum man sich bei seiner Darstellung bezieht.

Stellen die Amputationen gesunder Gliedmaßen in den meisten Industrieländern einen Verstoß gegen geltende Normen dar, so können diese in anderen kulturellen Kreisen Teil des geltenden Werte- und Regelsystems sein, auch wenn dabei stets bedacht werden muss, vor welchem Hintergrund diese stattfinden würden. In diesem Sinne dürfen keine pauschalisierten Aussagen über die gesellschaftliche Dimension der Störung getätigt werden und es gilt sich stets vor Augen zu führen, dass die Diskussion um selbige immer vor einem bestimmten Hintergrund stattfindet, den es in der Analyse zu berücksichtigen gilt.

Dennoch war es möglich, durch die Auswertung der Interviews zu der Theorie zu gelangen, dass eine gesellschaftliche Dimension in jeder der erstellten Kategorien ausgemacht werden kann und diese eine Basisverknüpfung mit der Störung selbst erlaubt.

Übersetzt in konkrete wissenschaftliche Theorie, lautet diese abschließend wie folgt:

**Es existiert ein bereichsübergreifender gesellschaftlicher Kontext, in den die Körperschemastörung „Body Integrity Identity Disorder“ gestellt werden muss und den es bei der Analyse des interdisziplinären Diskurses über die Störung stets zu berücksichtigen gilt.**

**Ferner konstituiert sich das „Extreme“ an dem Phänomen erst durch die kategorieunabhängige gesellschaftliche Dimension, mit der sie in einem untrennbaren Verflechtungszusammenhang steht.**

**Eine ausschließliche Betrachtung der Störung auf Individualebene wäre unzureichend und muss somit in ihrem Geltungsbereich abstrahiert werden.**



## **6. Diskussion**

Die Fragestellung, die es im Zuge dieser Forschung zu bearbeiten galt, bestand darin, zu ergründen, wie sich der interdisziplinäre Diskurs im Hinblick auf die Körperschemastörung BIID konstituiert und inwiefern die aktuelle Auseinandersetzung mit dem Thema Raum zu einer ergänzenden Betrachtung gewährt. Durch die Auswertung von Experteninterviews sollte eine Einschätzung darüber gelingen, im Hinblick auf welche Aspekte der gegenwärtige Wissensbestand erweitert werden kann. Dies geschah zum einen dadurch, dass die interessierenden Bereiche im Vorfeld definiert und schließlich in Fragen im Interviewleitfaden umgesetzt wurden. Zum anderen erschlossen sich die Bereiche erst aus der Auswertung der Interviews im Forschungsprozess.

Die nachfolgende Darstellung enthält eine komprimierte Zusammenfassung der generierten Ergebnisse, in der die Hauptbefunde erneut herausgestellt werden, bevor diese im Anschluss im Hinblick auf ihre Verknüpfungsmöglichkeit mit dem theoretischen Teil der Arbeit erläutert werden.

### **6.1 Zusammenfassung der Befunde**

Die Auswertung der Interviews eröffnet den Blick auf eine ganze Bandbreite an Bereichen, die in Bezug auf das Thema BIID eine ergänzende Darstellung ermöglichen. Da im theoretischen Teil der Arbeit eine Analyse des aktuellen Diskurses um die Störung durchgeführt wurde, bildete die Frage der Einstellung bzw. Wahrnehmung dieses Diskurses auch den Ausgangspunkt für den ersten Bereich, der in den Interviews diskutiert wurde.

Insgesamt konnte diesbezüglich festgestellt werden, dass sich zunächst einmal in den Expertenmeinungen die Geister scheiden, inwiefern ein interdisziplinärer Zugang zum Thema BIID überhaupt besteht. Angeführt werden hier zum einen die geringe Anzahl der Personen, die sich mit dem Thema befassen sowie die Tatsache, dass keiner der publizierten Texte alle Bereiche, die in Bezug auf die Störung bislang thematisiert wurden, zeitgleich bzw. innerhalb eines Artikels abhandelt. Dies sind zwei gänzlich unterschiedliche Begründungen für die Einschätzung des interdisziplinären Grades, der

im Hinblick auf die Auseinandersetzung BIID besteht. Andere Experten hingegen zweifeln die Existenz einer interdisziplinären Auseinandersetzung per se nicht an.

Insgesamt findet eine positive Beurteilung der interdisziplinären Auseinandersetzung mit BIID statt. Dies scheint mit mehreren Aspekten zusammenzuhängen. Zum einen wird der Dialog und Austausch, der zwischen den Wissenschaftlern, die das Phänomen erforschen, stattfindet, als positiv beurteilt. Es konnten offensichtlich keine Anhaltspunkte auf wissenschaftliches Mobbing oder sonstige unkooperativen Verhaltensweisen beobachtet werden und es scheint Einigkeit darin zu bestehen, die unterschiedlichen Ansätze integrativ zu betrachten. Weiter besteht ein grundsätzliches Interesse an den Erkenntnissen und Argumentationen anderer Ansätze, die gegebenenfalls den eigenen Bereich „übersteigen“. Der wohl wichtigste Aspekt der positiven Beurteilung wurzelt jedoch augenscheinlich darin, dass keine der Personen, die sich mit dem Phänomen beschäftigen, einen ganzheitlichen Erklärungsanspruch propagiert. Dies eröffnet in der Konsequenz den Raum für andere Erklärungen oder Meinungen, die das Potential haben die eigene Sicht zu erweitern, zu stützen oder gegebenenfalls auch zu revidieren. Diese Offenheit für andere Zugänge lässt sich in den Aussagen aller Experten finden und wird augenscheinlich auch untereinander so wahrgenommen.

Weiter konnte festgestellt werden, dass große Schwierigkeiten darin bestehen, einen Konsens darüber zu finden, wie die Störung genau einzugrenzen ist und somit den Rahmen dafür abzustecken, innerhalb dessen man sich bei der Auseinandersetzung mit BIID bewegt. Diese Schwierigkeiten führen letztlich dazu, dass in kaum einem Bereich, der mit der Störung zusammenhängt, disziplinübergreifende Einigkeit besteht. Letztlich fehlt sozusagen die Grundlage dafür, zu endgültigen Entscheidungen kommen zu können. Angefangen bei der genutzten Begrifflichkeit, über die Frage der Klassifikation, über die Anerkennung der Störung als eigenständige Krankheit und einer damit einhergehenden Aufnahme ins DSM-5 und der Kernfrage, ob Amputationen eine Therapiemöglichkeit darstellen dürfen, gehen die Meinungen weit auseinander. Dies hängt jedoch natürlich nicht nur mit fehlenden Grenzen zusammen, sondern mit grundsätzlichen Einstellungen bezüglich bestimmter Themen.

Darüber hinaus lässt sich feststellen, dass größere Unstimmigkeiten in der Einschätzung bestimmter Fragen bestehen, insbesondere wenn es dabei um die Ursachen der

Störung und die Frage des Umgangs mit selbiger geht. Dabei gehen die Experten davon aus, dass auch innerdisziplinäre Unterschiede in der Rezeption und der Art des Umgangs mit der Störung bestehen. Deswegen ist es wichtig zu betonen, dass man nicht den Fehler begehen sollte, von einer innerdisziplinären Homogenität auszugehen. Es muss bedacht werden, dass durchaus bipolare Standpunkte zu einem Thema innerhalb eines Ansatzes existieren können.

Diese Feststellung bestätigt jedoch nur das Bild, das sich ohnehin bereits aus der Analyse des Diskurses ergab. Grundsätzlich gilt es aber herauszustellen, dass das im theoretischen Teil der Arbeit als vermeintlich homogen beschriebene Bild der verschiedenen Disziplinen/Zugänge, die sich mit BIID beschäftigen, nicht revidiert – aber überdacht werden muss.

Ferner ließ sich feststellen, dass insbesondere im Hinblick auf die Frage der Zulässigkeit von Amputationen eine Positionierung nur sehr zurückhaltend erfolgt, wenn diese nicht gänzlich ausgeschlossen wird. Es zeigte sich, dass der Rechtfertigungsdruck für diese Art der Einstellung zu dem Thema höher zu sein scheint, als wenn die Amputationsmöglichkeit grundsätzlich ausgeschlossen wird. Gerade auch weil hier eine unmittelbare Anknüpfung des ethischen Diskurses ausgemacht werden kann, der im Prinzip auf der Frage des Umgangs mit Betroffenen wurzelt.

Die Auseinandersetzung mit der Störung selbst gründet zumindest bei den befragten Experten hauptsächlich in einer dem Phänomen anhaftenden Faszination, welche vorrangig auch auf dem Zusammentreffen bestimmter Extreme gründet. Nicht nur der Konflikt, der aus dem Aufeinandertreffen zwischen Normen körperlicher Integrität und dem Wunsch nach körperlicher Versehrtheit entsteht, ist dabei entscheidend. Auch die extreme Diskrepanz, die von den betroffenen Personen selbst wahrgenommen wird. So erfolgt durch die gewählte Art der Beschreibung der Betroffenen eine Form der Konstruktion, die das Extreme an der Störung zusätzlich gestaltet.

Grundsätzlich lassen sich hinsichtlich der Gründe für die Auseinandersetzung mit dem Phänomen sowohl extrinsische als auch intrinsische Motive für die weitere Beschäftigung mit der Störung feststellen. Dabei gilt es jedoch hervorzuheben, dass dies in keinsten Art und Weise zu verallgemeinern ist und nicht der Fehler unterlaufen darf, diese Aussagen zu pauschalisieren. Die Analyse der Äußerungen dieser geringen Anzahl an Experten lässt nicht darauf schließen, aus welchen Gründen der *gesamte*

Diskurs, der letztlich aus der Erarbeitung des Themas von verschiedenen Personen/Wissenschaftlern besteht, entstanden ist. Auf diesen Aspekt wird jedoch noch explizit in der kritischen Reflexion der Forschung eingegangen.

Auch in Bezug auf den Umgang mit Medien bestehen diskrepante Meinungen. So herrscht zwar insgesamt Konsens darüber, dass eine Thematisierung der Störung in den Massenmedien schädlich sei und eine seriöse Berichterstattung hingegen vor allem für Betroffene gewinnbringend sein könnte. Gleichzeitig setzt sich diese Einschätzung aber nicht unbedingt in konkretes Verhalten um, da ein Teil der Experten bereits mehrfach Interviews gegeben hat, die letztlich medial so inszeniert wurden, dass sie von einer breiten Gesellschaftsschicht rezipiert werden (Massenmedien). Dennoch konnte festgestellt werden, dass es allen Experten grundsätzlich um den Schutz der Betroffenen und vor allem einer Verringerung der gesellschaftlichen Stigmatisierung selbiger geht bzw. diese anzustreben ist.

Darüber hinaus konnten Unterschiede bei der Einschätzung der gesellschaftlichen Relevanz des Themas festgestellt werden. Diese Einschätzung hing immer davon ab, mit welchen Aspekten sie verknüpft wurde und welche Fragen im Zuge dessen gestellt werden. Somit wurden keine Aussagen darüber getroffen, aus welchen Gründen das Phänomen gesellschaftlich relevant *ist*, sondern im Hinblick auf welche Bereiche es relevant sein *kann*, sofern man eine entsprechende Verknüpfung herstellt.

Insgesamt war überdies eine allgemeine Tendenz in der Einschätzung bezüglich des zukünftigen Umgangs mit der Störung auszumachen. Die Experten gingen geschlossen davon aus, dass Amputationen irgendwann legalisiert werden, auch wenn diese Einschätzung zum einen unterschiedlich bewertet wird und zum anderen unterschiedliche Gründe für selbige heran gezogen werden. Hier zeigte sich deutlich, dass der Diskurs insofern ergänzt werden konnte, als dass die Experteneinschätzung so in keinem der rezipierten Fachartikel zu finden ist. Sie stellt jedoch einen wesentlichen Bestandteil bei dem Versuch dar, sich ein Bild darüber zu machen, wie sich der Diskurs zu der Störung gestaltet. Da sich die Prognose bezüglich des zukünftigen Umgangs mit der Störung auf einen der Kernaspekte bezieht, der mit BIID zusammenhängt und der im Prinzip den Ausgangspunkt für die größte Kontroverse bildet, ist dieser Aspekt durchaus relevant.

Die der Generierung der einzelnen Kategorien folgende Verknüpfung der einzelnen Kategorien *miteinander* zeigte, dass sich durchweg Hinweise darauf finden lassen, dass die Einschätzungen, die im Hinblick auf alle untersuchte Bereiche ermittelt werden konnten, letztlich zu einem erheblichen Teil von einer gesellschaftlichen Dimension geprägt sind. Abermals gilt es zu betonen, dass an dieser Stelle lediglich von Hinweisen und keinesfalls von Kausalzusammenhängen die Rede ist. Es handelt sich um die Beobachtung eines durchgängigen Musters, von dem die Antworten der Experten durchzogen waren und die im Hinblick auf eine gesellschaftliche Dimension, die jeweils damit verknüpft zu sein schien, analysiert und interpretiert wurden. Die Möglichkeit zu einer andersgearteten Interpretation der Befunde bleibt somit stets erhalten.

Eine zusammenfassende Darstellung der Ergebnisse, die aus der Auswertung der Experteninterviews gewonnen werden konnte, ist jedoch nur der erste wichtige Schritt in der Diskussion der Befunde. Darüber hinaus darf nicht ausgelassen werden sich auf die theoretische Vorarbeit zurückzubedenken und eine Einschätzung darüber zu treffen, inwiefern eine Verknüpfung zwischen Theorie und den Ergebnissen der empirischen Arbeit möglich, vor allem aber auch dem Erkenntnisinteresse dieser Arbeit zuträglich ist.

## **6.2 Verklammerung von Theorie und Empirie**

Das Bild, das sich aus der bloßen Rezeption der Fachartikel ergibt, die größtenteils bei der Erarbeitung des Themas genutzt wurden und die die Grundlage der im Gliederungspunkt drei getätigten Aussagen bilden, wurde durch die Auswertung der Experteninterviews um einige wichtige Aspekte und Dimensionen ergänzt und erweitert. Es zeigte sich klar, dass sich der Diskurs um BIID hinsichtlich bestimmter Aspekte weiter ausdifferenziert als aus der puren Rezeption der zum Thema veröffentlichten Literatur entnommen werden kann und dass sich bis dato kaum jemand mit einer Metaebene zum Thema befasst hat.

Die abstrakt fachliche Darstellung, die in Fachartikeln zum Thema unter anderem von den befragten Experten gewählt wird, wird insofern um eine „menschliche“ Dimension erweitert, als dass es zu gewissen Teilen ermöglicht wird, durch die Auswertung der Expertenaussagen auch den Inhalt zwischen den Zeilen der Fachtexte zu lesen. In

diesen kommt zum Vorschein, wie sich die Experten persönlich zu bestimmten Themen, die mit BIID zusammenhängen, positionieren.

Gleichzeitig gilt es aber kritisch anzumerken, dass eine ergänzende Betrachtung des Gesamtdiskurses nur im Hinblick auf einige wenige Aspekte erfolgt ist. Die wissenschaftliche Leistung ist somit primär in der Herausarbeitung der Durchdringung der gesellschaftlichen Dimension aller konstruierten Kategorien bzw. den der jeweiligen Kategorien zugeordneten Aussagen zu sehen.

Weiter, und dies ist insbesondere in der Verklammerung der theoretischen Ausarbeitung des Diskurses und der empirisch geleisteten Arbeit von Interesse, ließ sich der Diskurs als Ganzes zwar im Hinblick auf die benannten Bereiche anteilig ergänzen, die einzelnen disziplinären Zugänge, deren Strukturen im Zuge der Diskursanalyse vorgestellt wurden, für sich genommen jedoch weniger.

Diese bedeutet, dass zwar interessante Feststellungen hinsichtlich der Beschaffenheit der einzelnen Zugänge selbst bei der Diskursanalyse gemacht werden konnten (hier sei beispielsweise die doppelte Wirkrichtung der ethischen Diskussion oder die „gesellschaftliche Basis“ der im Hinblick auf den Umgang mit BIID relevanten Rechtsprechung angeführt), diese aber nicht an die disziplinäre Aufteilung, die im Vorfeld vorgenommen wurde, anknüpft. Insbesondere die Darstellung des rechtlichen und ethischen Diskurses konnte durch die Auswertung der Interviews kaum erweitert werden.

Aus diesem Grund gilt es im Anschluss an die Darstellung der Ergebnisse kritisch zu reflektieren wo die Stärken und Schwächen der eigenen Forschung liegen und welche Schlussfolgerungen sich daraus für zukünftige Untersuchungen ziehen lassen.

### **6.3 Kritische Reflexion**

Grundsätzlich gilt es zunächst einmal herauszustellen, dass Daten, die im Zuge einer empirischen Erhebung generiert werden und die als Grundlage der Auswertung fungieren in einem untrennbaren Verflechtungszusammenhang mit der Forschung selbst, sowie dem einzelnen Forscher und dessen Perspektive stehen.<sup>111</sup> Dies bedeutet,

---

<sup>111</sup> Vgl. Kruse (2006): Einführung in die Qualitative Interviewforschung. 20.

dass obwohl im Grunde ein allgemeiner Konsens darüber besteht, dass die Forschung selbst sowie die zugehörigen Forschungsergebnisse intersubjektiv nachvollziehbar, transparent, gegenstandsbezogen und zuverlässig sein müssen<sup>112</sup>, gleichzeitig jeder Forscher mit dem Problem konfrontiert ist, dass eine Einhaltung dieser Kriterien im Hinblick auf die Durchführung des Forschungsvorhabens und der Präsentation der Ergebnisse kaum so möglich ist, wie in der Theorie vorgegeben.<sup>113</sup> Es gilt die gewonnenen Daten sachlich zu betrachten und unvoreingenommen zu bearbeiten, aber das erscheint schwierig, da der Forscher selbst das zentrale Untersuchungs- und Steuerungsinstrument und somit anfällig für Fehler ist, die während der Erhebung und Auswertung auftreten können.<sup>114</sup> Sein Verhalten ist somit entscheidend für die Qualität der erhaltenen Informationen und Daten und kann das gesamte Forschungsvorhaben negativ beeinflussen. Retrospektiv gilt es sich somit zu vergegenwärtigen, dass vor allem während des Erhebungsprozesses gewisse Schwierigkeiten diesbezüglich aufgetreten sind, die bei einer kritischen Auseinandersetzung mit der eigenen Forschung benannt werden müssen.

So wurden beispielsweise Fragen des Leitfadens während der Interviews zum Teil in freier Rede formuliert, um eine entspannte Gesprächsatmosphäre zu schaffen. Dabei ist in einzelnen Fällen der Fehler aufgetreten, Suggestivfragen zu stellen, welche die Antworten in eine bestimmte Richtung beeinflussen können.

I: Also, das bedeutet, dass Sie im Prinzip sagen: Zum Schutz der Betroffenen wäre eine Zurückhaltung gegenüber den Medien eigentlich anzuraten? (Transkript I, Zeile 552 – 553)

Aus diesem Grund gilt es diesen Fragetyp grundsätzlich zu vermeiden, um die Qualität der erhobenen Daten nicht zu gefährden. Diese Richtlinie wurde jedoch bei der Datenerhebung nicht durchgängig eingehalten. Des Weiteren besteht die Möglichkeit, dass einzelne Antworten der Experten gegebenenfalls ausführlicher ausgefallen wären, wenn ein größerer Zeitabstand zu den Anschlussfragen bestanden hätte. Insofern kann

---

<sup>112</sup> An dieser Stelle wird keine vollständige Auflistung der Kriterien „solider“ wissenschaftlicher Forschung gegeben, sondern lediglich eine exemplarische Auswahl wissenschaftlicher Gütekriterien, die keinen Anspruch auf Vollständigkeit erhebt, angeführt.

<sup>113</sup> Vgl. Kruse (2006): 20.

<sup>114</sup> Vgl. Jahnke (2007): Eine Bestandsaufnahme zum globalen Phänomen Guerrilla Gardening anhand von Beispielen in New York, London und Berlin. 11.

nicht ausgeschlossen werden, dass das Antwortpotential auf bestimmte Fragen nicht voll erschlossen werden konnte.

Darüber hinaus muss angemerkt werden, dass trotz der Tatsache, dass der Versuch unternommen wurde, die Gespräche auf Augenhöhe zu führen, in mindestens einer Interviewsituation der Eindruck entstand, dass der Experte diese vermeintliche „Gleichrangigkeit“ so nicht wahrgenommen und insofern versucht hat, grundsätzlich über das Phänomen aufzuklären. Es besteht somit die Möglichkeit, dass die Antworten des Experten in Bezug auf den „Belehrungseffekt“ verzerrt wurden.

Ferner müssen mögliche Schwachstellen der eigenen Forschung in Bezug auf die Datenauswertung benannt werden. So gilt es zu bedenken, dass „die erhobene Datenfülle meistens zu Abkürzungsstrategien in der Auswertung und ergebnishaften Darstellungen [zwingt], die den so wichtigen Ablauf sozialer Konstruktionsprozesse unsichtbar werden lassen.“<sup>115</sup>

Die Fülle an Datenmaterial wurde zwar durchgängig und vollständig bearbeitet, jedoch beziehen sich die erzielten Ergebnisse lediglich auf einen Bruchteil des Materials. Ein Großteil der getätigten Aussagen wurde nicht berücksichtigt, sofern sie für die generierten Kategorien nicht bedeutsam erschienen. Sie beinhalten jedoch erhebliches Potential für die Generierung weiterer Kategorien oder Bereiche, die untersucht werden könnten.

Besonders eine Analyse der sprachlichen Beschaffenheit der (oder einzelner) Interviews könnte in diesem Zusammenhang ein interessanter Ansatzpunkt weitergehender Untersuchungen sein.

**B2:** Wenn ein Schwein auf der Bühne spricht, kann man immer noch sagen das ist Zufall, aber wenn es 19 Schwein tun können, dann /. (Transkript II, Zeile 644-646)

Ebenso konnte in der Auswertung nicht herausgestellt werden, wie sich die ermittelten Standpunkte der jeweiligen Experten zu den angesprochenen Themen konstruieren<sup>116</sup> (Ablauf sozialer Konstruktionsprozess). Obwohl dies nicht das primäre Ziel der Untersuchung darstellte, könnte eine Analyse dieses Aspekts eine ergänzende

---

<sup>115</sup> Ebd.: 10.

<sup>116</sup> In diesem Zusammenhang seien beispielsweise die jeweiligen Ansichten zum Umgang mit den Medien oder die Zuschreibung wissenschaftlicher Relevanz angeführt.



Betrachtung der generierten Ergebnisse zulassen, die überdies ein differenzierteres Bild der Konstitution der einzelnen Bereiche ermöglicht.

Die Auswertung zielte, wie bereits mehrfach erwähnt, vorrangig darauf, Bereiche zu benennen, die dazu beitragen den Diskurs zu BIID zu erweitern und somit die Grundlage für darauf aufbauende Forschung zu schaffen. Dabei muss jedoch folgendes bedacht werden: So ist es zwar gelungen, den Diskurs auf einer allgemeinen Ebene zu erweitern, indem aufgezeigt wurde, in welchen Bereichen, die mit der Störung zusammenhängen, bislang nur sehr wenig bekannt ist und wie sich Ansichten und Meinungen in Bezug auf diese Bereiche gestalten. Die Darstellung der Ergebnisse bezieht sich jedoch auf die Auswertung von lediglich vier Interviews, die nicht repräsentativ für Aussagen auf einer allgemeinen disziplinären Ebene stehen können. Daher ist die Analyse auf einer individuellen Ebene (auch wenn die Interviews miteinander verglichen und Gemeinsamkeiten und Unterschiede herausgestellt wurden) nur sehr bedingt dafür nutzbar, allgemeine Schlussfolgerungen daraus zu ziehen. Die Generalisierbarkeit der Ergebnisse ist somit fraglich.

Dennoch ist es wichtig, die Tatsache anzuerkennen, dass die Selektivität dieser empirischen Untersuchung durchaus ihre Berechtigung hat. Ein bestimmter Ausschnitt aus den Informationen, die im Hinblick auf den Untersuchungsgegenstand BIID verfügbar sind, wurde untersucht und führte zu den dargestellten Ergebnissen.

Aus diesem Grund lässt sich grundsätzlich feststellen, dass eine Beantwortung der Forschungsfrage insofern gelungen ist, als dass die Ergebnisse im Kern zwei Aspekte aufzeigen: Zum einen konnte das Untersuchungsziel, das vorrangig in der Identifikation von Bereichen bestand, die in Bezug auf BIID relevant aber bislang weitestgehend unbeachtet geblieben sind, erreicht werden. Zum anderen konnte dabei festgestellt werden, dass diese Bereiche ihrerseits von einer „Größe durchzogen“ sind, die im Prinzip deren Basis bilden.

Dabei gilt es lediglich zu beachten, dass keine *erschöpfende* Beantwortung der Forschungsfrage angestrebt wurde und aus diesem Grund auch lediglich anteilig erfolgt ist. Es existieren somit Gebiete, zu denen keine Aussagen getroffen werden konnten, weil sich keine Analysekategorien bilden ließen, die diesen Komplex ausreichend behandelt hätten.

Trotz der gewonnenen Erkenntnisse konnte somit kein „vollständiges“ Bild über die Art des Umgangs und der Rezeption der Störung „in der Fachwelt“ gezeichnet werden. Der Anzahl möglicher Bereiche, im Hinblick auf die der Diskurs hätte ergänzt werden können, sind prinzipiell keine Schranken auferlegt. Reichweite und Grenzen der empirischen Aussagekraft liegen somit dicht beieinander. Letztlich kommt es immer darauf an, welche Schwerpunkte in der Auseinandersetzung mit einem Thema gesetzt und welche Fragen im Zuge dessen gestellt werden.

## **6.4 Ausblick**

Grundsätzlich besteht im Hinblick auf die Erforschung der Störung noch sehr viel Potential. Aufgrund der Tatsache, dass BIID im Vergleich zu anderen Störungen oder sozialen Phänomenen noch weitestgehend unerforscht ist, existieren diverse Bereiche die bislang nur am Rande oder überhaupt nicht in Verbindung mit der Störung gesetzt wurden und in denen somit weitere Forschung ansetzen kann. Wenn es eines Tages gelingen sollte, Kausalzusammenhänge zwischen den Ursachen der Störung und den Symptomen herzustellen sowie im besten Falle Therapiemöglichkeiten zu entwickeln, die den Betroffenen langfristig helfen und sie zumindest weitestgehend von dem Verlangen nach der gewünschten Behinderung befreien können, so ist dies mit Sicherheit eine der größten Errungenschaften für Psychologen, Psychiater, Psychotherapeuten und Neurowissenschaftler, die sich mit der Störung befassen und natürlich die Betroffenen selbst. Dementsprechend ist auf diesem Gebiet sicherlich weitere Forschung notwendig und gewinnbringend.

Letztlich gibt es jedoch unzählige Bereiche in denen die Erforschung einer Thematik wurzeln kann, da es immer darauf ankommt welche Schwerpunkte bei Studien zum Thema gesetzt werden und wie sich das Forschungsinteresse konstituiert. Aufgrund der Beschaffenheit dieser Arbeit und der herausgearbeiteten gesellschaftlichen Dimension, in den die Störung eingebettet ist, kann jedoch abschließend eine Einschätzung darüber getroffen werden, dass vor allem ein sozialwissenschaftlicher Blick auf das Phänomen bislang weitestgehend fehlt. Dies ist jedoch aufgrund mehrerer Aspekte von Interesse. So bietet zum Beispiel die herausgestellte Verflechtung und Unvereinbarkeit des Phänomens mit gesellschaftlichen Moral- und Wertvorstellungen die Grundlage dafür,

BIID im Hinblick auf diesen Aspekt noch tiefergehend zu untersuchen und zu ergründen, welche beeinflussenden Komponenten hinter diesen Vorgängen stehen. Vor allem die Debatte um die Möglichkeiten und Grenzen persönlicher Autonomie bilden hier die Grundlage für potentiell interessante Forschungsarbeiten. Grundsätzlich lässt sich dieser Aspekt jedoch in Bezug auf die unterschiedlichsten Bereiche untersuchen, denen im Prinzip keine Grenzen gesetzt sind.

## **7. Schlussbetrachtung**

Die erste Konfrontation mit einer Störung, deren Kernsymptomatik in dem Wunsch nach der Amputation eines gesunden Körperteils besteht, löst bei den meisten Menschen Unverständnis und eine unmittelbare Klassifikation Betroffener als geisteskrank aus.

Es erscheint schlicht unbegreiflich zu sein, dass es Menschen gibt, die ihre physische Integrität aufgeben wollen, um dadurch ein leidensfreies Leben führen zu können. Im Zuge der Auseinandersetzung mit dieser Thematik hat sich jedoch klar gezeigt, dass dieses Unverständnis vor allem dann auftritt, wenn es in Verbindung mit Identitätskonzepten steht, die einem Großteil der Bevölkerung als nicht nachvollziehbar erscheinen. In diesem Zusammenhang sei vor allem die Parallele zur Transsexualität benannt, die zwar in vielen Artikeln zum Thema ebenfalls aufgegriffen, aber in einen anderen Kontext gestellt wird. So wird der Vergleich von BIID-Betroffenen und transsexuellen Menschen meist herangezogen, um zu verdeutlichen, dass beide Gruppen unter Problemen mit ihrem physischen Geschlechtskörper leiden, den es zu transformieren gilt.

Ein großer Unterschied besteht jedoch darin wie weit diese Parallele aufgeschlüsselt wird. Durch eine kontinuierliche Berichterstattung über Menschen, die „sich im falschen Körper fühlen“ sind viele Personen mit dem „Phänomen“ der Transsexualität so vertraut, dass es ihnen begreiflich (wenn auch nicht nachvollziehbar) erscheint, dass es Menschen gibt, die eine Umwandlung des physischen Körpers zugunsten eines mentalen Selbstbildes anstreben, welches primär mit der Kategorie „Geschlecht“ im Zusammenhang steht.

Somit erfolgt eine eindeutige Verklammerung von Identität mit Geschlecht und einer weitestgehenden Akzeptanz von (teils drastischen) Maßnahmen, die zur Umwandlung des Geschlechtskörpers notwendig sind.

Entspricht beispielsweise das mentale Selbstbild eines Menschen mit dem physischen Geschlecht eines Mannes, dem einer Frau und entscheidet sich dieser irgendwann zu einer Umwandlung seines Körpers<sup>117</sup> (der Amputation und Umformung seines Genitals) so erscheint diese Art der Amputation „gesellschaftsfähig“ zu sein.

Wünscht sich aber ein BIID-Betroffener die Amputation eines gesunden Körperteils, ohne dabei auf ein Identitätskonzept zu zielen, was in direkter Verbindung mit dem Geschlecht steht, so ist dies nicht nur verboten, es stößt vor allem auf großes Unverständnis und führt zu einer enormen Pathologisierung.

Wird ein Identitätskonzept ausschließlich mit einer daraus resultierenden Körperbehinderung verknüpft, ohne dabei einem vermeintlich „höheren Ziel“ untergeordnet zu sein, so wird dieses kategorisch abgelehnt. Dass es sich bei beiden Gruppen um Menschen handelt, die letztlich nach einer jeweils anders gearteten Form der Identität streben, zu deren Vervollkommnung ein Eingriff in die körperliche Integrität als notwendiges Übel angesehen wird, wird bei der Beurteilung vernachlässigt.

Diese Tatsache zeigt klar auf, dass die Amputation gesunder Körperteile nicht per se abgelehnt wird. Es kommt zumindest auf gesellschaftlicher Ebene darauf an, ob eine Vertrautheit mit dem Kontext, innerhalb dessen die Amputationen stattfinden, besteht und ob die dem Wunsch zugrunde liegenden Identitätskonzepte anerkannt oder abgelehnt werden.

Dieser Aspekt zeigt klar auf, dass die geringe Anzahl an Betroffenen keinesfalls dazu führen darf die gesellschaftliche Relevanz der Störung als niedrig einzustufen. Insbesondere im Kontext dieser Forschungsarbeit ist die gesellschaftliche Dimension der Störung essentiell für den gesamten Umgang mit selbiger.

Ferner statuiert die Störung ein Exempel dafür, welche weitreichenden Folgen und vor allem Fragen mit einem Phänomen verbunden sein können, zu denen vor allem bislang kaum Antworten gefunden werden konnten.

---

<sup>117</sup> Hier sei angemerkt, dass die Bewilligung geschlechtsangleichender Maßnahmen ein extrem langwieriger Prozess ist, der vorab der eingängigen Prüfung durch Psychologen und diverser anderen Instanzenbedarf.

Klar zeigt sich, welche gesellschaftliche Bedeutung der körperlichen Integrität zukommt und welche Konsequenzen ein vermeintlich nicht zu rechtfertigender Angriff auf selbige mit sich bringt. Im Zuge dessen stellt sich unweigerlich die Frage danach, welcher Aspekt schwerer gewichtet wird: Seelenheil oder Körperheil? In Bezug auf BIID scheint die Antwort, sofern man sie in einen gesellschaftlichen Kontext stellt, eindeutig.

Eine Beantwortung dieser Frage auf einer allgemeinen, interdisziplinären Ebene kann an dieser Stelle jedoch nicht vorgenommen werden, da sich die Geister, wie im Hauptteil eingängig beschrieben, in einem Großteil der mit BIID zusammenhängenden Bereiche scheiden. Dennoch knüpft sie an die ohnehin bestehende ethische Diskussion über den Umgang mit der Störung an.

In den Ausführungen der Johannes Gutenberg-Universität Mainz zum Thema „Interdisziplinäre Forschung“ heißt es „Wissenschaft und Forschung werfen gerade aufgrund ihrer Erfolge eine wachsende Zahl ethischer Fragen und Problemen auf.“<sup>118</sup>

In Bezug auf BIID scheint gerade die Tatsache, dass bislang noch *keine* Erfolge in der (Langzeit-)Therapie erzielt werden konnten, ethische Fragen aufzuwerfen.

Sollte es jedoch in Zukunft möglich sein, die Ursachen der Störung klar zu benennen und darauf aufbauende wirksame Therapien zu entwickeln, welche die Betroffenen von den Amputations- bzw. Behinderungswünschen befreien können, wird sich die Kontroverse um die (Un-)Gültigkeit der Amputationen voraussichtlich legen.

Dennoch sollte nicht in Vergessenheit geraten, welches Konfliktpotential der Störung im Prinzip innewohnt. Die Anzahl möglicher Punkte, an denen diesbezüglich angesetzt kann, erscheint aufgrund der Vielschichtigkeit des Phänomens unbegrenzt.

Letztlich bleibt zu sagen, dass BIID sinnbildlich für die übereilte und oftmals undifferenzierte Zuschreibung von negativ oder positiv behafteten Attributen stehen kann, die Personen aufgrund bestimmter Wünsche oder Handlungen erfahren.

So wird ein Mensch zum international gefeierten und geachteten Helden, wenn er sein Leben durch die Amputation seiner Gliedmaßen rettet und gleichermaßen zum geisteskranken Irren, wenn er versucht mit einer Amputation sein Seelenleben zu retten. Diesen Aspekt gilt es in der weiteren Erforschung, vor allem aber bei der Aufklärung über das Phänomen, zu berücksichtigen. Nur so kann es gelingen ein objektives

---

<sup>118</sup> Johannes Gutenberg-Universität Mainz (2011): o.S.

Verständnis für Menschen zu bekommen, die den Wunsch nach körperlicher Unvollständigkeit verspüren, um somit ihre wahre Identität zu vervollkommen. Menschen mit „Body Integrity Identity Disorder“.

## Literaturverzeichnis

- Amputierten-Initiative e. V.** (o.J): Chance statt Schicksal. Hilfe für Betroffene nach Beinamputation. URL: <http://www.amputierten-initiative.de/pdf/chancestattschicksal.pdf>, (Zugriff am: 17.09.2013).
- Badura**, Jens (2002): Die Suche nach Angemessenheit. Praktische Philosophie als ethische Beratung. Münster: LIT.
- Bayne**, T. & Levy, N. (2005): Amputees by choice: body integrity identity disorder and the ethics of amputation. In: Journal of Applied Philosophy, 22(1), S. 75-86.
- Beckford-Ball**, J. (2002): The Amputation of healthy Limbs is not an Option. In: British Journal of Nursing, 2000, S. 188 ff.
- Blanke**, O./ Morgenthaler, F. D./ Brugger, P. & Overney, L. S (2009): Preliminary evidence for a fronto-parietal dysfunction in able-bodied participants with a desire for limb amputation. Journal of Neuropsychology, 3(Pt 2), 181-200.
- Braam**, A. W./ Visser, S./ Cath, D. C. & Hoogendijk, W. J. G. (2006). Investigation of the syndrome of apotemnophilia and course of a cognitive-behavioural therapy. In: Psychopathology, 39(1), S. 32-37.
- Brang**, D./ McGeoch, P.D./ Ramachandran, V. S. (2008): Apotemnophilia: a neurological disorder. In: Neuroreport, 19(13), S. 1305-1306.
- Bridy**, A. (2004): Confounding extremities: surgery at the medico-ethical limits of self-modification. In: The Journal of Law, Medicine & Ethics, 32(1), S. 148-158.
- Brugger**, P. (2011): Der Wunsch nach Amputation – Bizarre Macke oder neurologische Störung? In: Ars Medici, 2011, S. 59 ff.
- Bruno**, R. (1997): Devotees, Pretenders and Wannabes: Two Cases of Factitious Disability Disorder. Sexuality and Disability, 15(4), S. 243-260.
- Cohen**, D. (1995): Psychose. Lexikon der Psychologie. München: Wilhelm Heyne Verlag.
- Clervoy, P./** Vautier, V./ Naudin, J. (2009): Body integrity identity disorder: clinical questioning and ethical issues. In: Annales medico-psychologiques, 167(4), S. 251-255.
- Dilling**, H./ Mombour, W./ Schmidt, M. H. (2005): Internationale Klassifikation psychischer Störungen (5.Aufl.). Bern: Huber.
- Dresing**, T. & Pehl, T. (2013): Praxisbuch Interview, Transkription & Analyse. Anleitungen und Regelsysteme für qualitativ Forschende. Marburg.

- Dudzinski, D.** (2005): "Amputate my arm please--I don't want it anymore". In: *The Journal of Clinical Ethics* 16,3, S.196-201.
- First, M. B.** (2005): Desire for amputation of a limb: Paraphilia, psychosis, or a new type of identity disorder. In: *Psychological Medicine*, 35(6), S. 919-928.
- Fischer, K. & Smith, R.** (2000): More work is needed to explain why patients ask for amputation of healthy limbs, Letters. In: *British Medical journal*, 320, S. 1147.
- Furth, G. & Smith, R.** (2000): *Apotemnophilia: Information, questions, answers and recommendations about self-demand amputation*. Bloomington: 1<sup>st</sup> Book Publishers.
- Gläser, J. & Laudel, G.** (2010): *Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse als Instrumente rekonstruierender Untersuchungen*. (3. Aufl.) Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Jahnke, J.** (2007): Masterarbeit zum Thema „Eine Bestandsaufnahme zum globalen Phänomen Guerille Gardening anhand von Beispielen in New York, London und Berlin. URL: <http://de.scribd.com/doc/3859296/12/Reflexion-des-Forschungsprozesses>, (Zugriff am: 29.08.2013).
- Johannes Gutenberg-Universität Mainz** (Hrsg.) (2011): *Interdisziplinäre Forschung - Forschung zur Interdisziplinarität*. URL: <http://www.studgen-iful.uni-mainz.de/61.php>, (Zugriff am: 03.07.2013).
- Johnston, J. & Elliott, C.** (2002): Healthy limb amputation: ethical and legal aspects. In: *Clinical Medicine*, 2(5): S. 431-435.
- Kapfhammer, H.-P.** (2011): *Fremdkörper im Leib*. In: *Psychopraxis* 2011(5/6). Graz: Springer. URL: <http://www.springermedizin.at/artikel/25187-fremdkoerper-im-leib>, (Zugriff am: 13.05.2013).
- Kasten, E.** (o.J): *Body Integrity Identity Disorder – BIID*. URL: <http://erich-kasten.de/forschung/body-integrity-identity-disorder/>, (Zugriff am: 01.06.2013).
- Kasten** (2006): *Body-Modification. Psychologische und medizinische Aspekte von Piercing, Tattoo, Selbstverletzung und anderen Körperveränderungen*. München: Ernst Reinhardt.
- Kasten, E. & Stirn, A.** (2009a): *Body Integrity Identity Disorder (BIID): Change of Wish for Amputation From Left to Right Leg*. In: *Zeitschrift für Psychiatrie und Psychotherapie*, 5(71), S. 55-61.
- Kasten, E.** (2009b). *Body Integrity Identity Disorder (BIID): Befragung von Betroffenen und Erklärungsansätze*. In: *Fortschritte der Neurologie, Psychiatrie*, 77(1), S. 16-24.
- Kasten, E.** (2011): *Beinlos glücklich*. In: *ergopraxis*, 2011 (3), S. 24-25.



- Kasten, E.** (2012). Body Integrity Identity Disorder - Körperidentität durch erwünschte Behinderung. *Psychiatrie und Psychotherapie up2date*, 6(3), S. 165-176.
- Kneip, A.** (2009): Das Bein im Kopf. In: *Der Spiegel*, 2009 (34), S. 43.
- Kriz, J./ Lisch, R.** (1988): *Methodenlexikon; für Mediziner, Psychologen, Soziologen.* Weinheim: Beltz.
- Kruse, J.** (2006): *Reader „Einführung in die Qualitative Interviewforschung“*, Freiburg. URL:<http://www.sozioologie.uni-freiburg.de/Personen/kruse/UniHomepage/Workshops/WeitereAngebote.html>, (Zugriff am: 23.08.2013).
- Kuckartz, U.** (2007): *Einführung in die computergestützte Analyse qualitativer Daten.* Wiesbaden: VS Verlag.
- Kuckartz, U./ Dresing, T./ Rädiker, S. & Stefer, C.** (2008): *Qualitative Evaluation – Der Einstieg in die Praxis.* 2. Auflage. Wiesbaden: VS Verlag.
- Lamnek, S.** (1995): *Qualitative Sozialforschung — Band 1: Methodologie,* Weinheim: Beltz.
- Loeb, E.** (2008): Cutting it off: Bodily Integrity, Identity Disorder, and the Sovereign Stakes of Corporeal Desire in U.S Law. In: *Women's Studies Quarterly*, 36(3&4), S. 44-63.
- Marcus, J.** (2009): Glad to lose 'alien' limb. *The Sydney Morning Herald.* URL: <http://www.smh.com.au/national/glad-to-lose-alien-limb-20090425-aiqm.html> (Zugriff am: 26.09.2013).
- Manok, A.** (2012): *Body Integrity Identity Disorder. Die Zulässigkeit von Amputationen gesunder Gliedmaßen aus rechtlicher Sicher.* Leipziger Juristische Studien. Band 8. Medizinrechtliche Abteilung. Leipzig: Leipziger Universitätsverlag.
- McKittrick, J.** (2007): Gender Identity Disorder. In: Kincaid, H. & McKittrick, J. (Hrsg.): *Establishing Medical Reality: Essays in the Metaphysics and Epistemology of Biomedical Science, Philosophy and Medicine series*, 2007(90), S. 137-148.
- Mieg, H. A. & Näf, M.** (2005). *Experteninterviews (2. Aufl.).* Institut für Mensch-Umwelt-Systeme (HES), ETH Zürich.
- Money, J./ Jobaris, R./ Furth, G.** (1977): Apotemnophilia: Twp cases of self demand amputation as a sexual preference. In: *Journal of Sex Research*, 13, 155-124.

- Müller, S.** (2007a): Body Integrity Identity Disorder (BIID) – Ist der Amputationswunsch eine autonome Entscheidung oder Ausdruck einer neuropsychologischen Störung? In: Groß, Dominik / Müller, Sabine / Steinmetzer, Jan (Hrsg.): Normal – anders – krank? Akzeptanz, Stigmatisierung und Pathologisierung im Kontext der Medizin. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft. S. 229-266.
- Müller, S.** (2007b): Dieses Bein will ich nicht. In: Gehirn & Geist, S. 7-8.
- Müller, S.** (2009): Body integrity identity disorder (BIID) – is the amputation of healthy limbs ethically justified? The American Journal of Bioethics, 9(1), S. 36-43.
- Müller, S.** (2010): Body Integrity Identity Disorder - Sollen Ärzte gesunde Körperteile amputieren? In: Nervenheilkunde, (1-2) S. 67-70.
- Neff, D. & Kasten, E.** (2009). Body Integrity Identity Disorder (BIID): What do health care professionals know? In: The European Journal of Counselling Psychology, 1(2), 16-30.
- Oddo, S./ Thiel, A./ Skoruppa, S./ Klinger, D./ Steis, N./ Markowitsch, H.J. & Stirn, A.** (2009): Neurobiological and Psychological Aspects of BIID – an Integrativ Approach. In: Stirn, A./ Thiel, A./ Oddo, S. (Hrsg.) (2009): Body Integrity Identity Disorder: Psychological, Neurobiological, Ethical and Legal Aspects. Lengerich: Pabst.
- Parzeller, M./ Wenk, M./ Zedler, B. & Rothschild, M.** (2006): Aufklärung und Einwilligung bei ärztlichen Eingriffen. URL: <http://mobile.aerzteblatt.de/print/54690.htm>, (Zugriff am: 24.05.2013).
- Pschyrembel, W. & Dornbluth, O.** (1998): Pschyrembel Klinisches Wörterbuch. (258.Aufl.) Berlin: De Gruyter.
- Ramachandran, V. S. & McGeoch, P.** (2007): can vestibular caloric stimulation be used to treat apotemnophilia? In: Medical Hypotheses, 69(2), S. 250-252.
- Ramachandran, V. S./ Brang, D./ McGeoch, P. D./ Rosar, W.** (2009): Sexual and food preference in apotemnophilia and anorexia: interactions between „beliefs“ and „needs“ regulated by two-way connections between body image and limbic structures. Perception, 38, S. 775-777.
- Rechtswörterbuch / De** (Hrsg.) (2013): Sittenwidrigkeit. URL: <http://www.rechtswörterbuch.de/recht/s/sittenwidrigkeit/> (Zugriff am: 14.07.2013)
- Reichelt, A.** (Hrsg.) (2012): Komplementärmedizin – Kompendium. Erscheinungsort: unbekannt. Verlag: unbekannt.
- Ryan, C. J.** (2009): Out on Limb: The Ethical Management of body Integrity Identity Disorder. In: Neuroethics, 2(1), S. 21-33.

- Saß**, H./ Wittchen, H. U./ Zaudig, M. & Houben, I. (2003): Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen – Textrevision – DSM-IV-TR. Göttingen: Hofgreve.
- Schramme**, T. (2006): Freiwillige Selbstverstümmelung. Warum eigentlich nicht? In: Ach, J. & Pollmann, A. (Hrsg.): no body is perfect. Baumaßnahmen am menschlichen Körper – Bioethische und ästhetische Aufrisse. Bielefeld, S. 163-184.
- Smith**, R. & Fischer, K. (2003): Letter to the editor: Halthy Limb amputation: ethical and legal aspects. In: *Clinical Medicine*, 3, S. 188.
- Smith**, R. (2000), im Interview with BBC News. *Surgeon defends amputations*. URL: [http://news.bbc.co.uk/2/hi/uk\\_news/scotland/625680.stm](http://news.bbc.co.uk/2/hi/uk_news/scotland/625680.stm), (Zugriff am: 22.07.2013).
- Smith**, R. C. (2004): Amputee identity disorder and related paraphilias. In: *Psychiatry*, 3(8), S. 27-30.
- Sorene**, E. D./ Heras-Palou, C./ Burke, F. D. (2006): Self-amputation of a healthy hand: a case of body integrity identity disorder, In: *Journal of Hand Surgery*, 31(6), S. 539-595.
- Stigler**, H. & Felbinger, G. (2005): Der Interviewleitfaden im qualitativen Interview. In: Stigler, H. & Reichert, H. (Hrsg.): *Praxisbuch Empirische Sozialforschung in den Erziehungs- und Bildungswissenschaften*. Innsbruck/Wien: Bozen. S. 119 -128.
- Stirn**, A./ Thiel, A./ Oddo, S. (2009): *Body Integrity Identity Disorder: Psychological, Neurobiological, Ethical and Legal Aspects*. Lengerich: Pabst.
- Stirn**, A./ Thiel, A./ Oddo, S. (2010): *Body Integrity Identity Disorder (BIID). Störungsbild, Diagnostik, Therapieansätze*. Weinheim, Basel: Beltz.
- Strauss**, A. & Corbin, J. (1994): Grounded Theory Methodology. An Overview. In: Denzin, N. K. / Lincoln, Y. S. (Hrsg.): *Handbook of Qualitative Research*. London: Sage. S. 273-85.
- Strauss**, A. & Corbin, J. (1996). *Grounded Theory. Grundlagen qualitativer Sozialforschung*. Weinheim: Beltz.
- Thiel**, A./ Oddo, S./ Skoruppa, S./ Thiel, J./ Ehni, F./ Bennett, D. & Stirn, A. (2009): Psychotherapy- and Psychometric Research with BIID-Sufferers. In: Stirn, A./ Thiel, A./ Oddo, S. (Hrsg.) (2009): *Body Integrity Identity Disorder: Psychological, Neurobiological, Ethical and Legal Aspects*. Lengerich: Pabst.
- 127 Hours** (2010): Danny Boyle. (Regie und Produktion). 94 Minuten, USA: 20th Century Fox.

## Transkript: Experteninterview I

<b>Aufnahmetag, Aufnahmezeit, Aufnahmeort</b>	Freitag, 28.06.13, 15:00 – 16:00 Uhr, Berlin
<b>Interviewart</b>	Experteninterview, Face-to-Face-Interview
<b>Interviewdauer</b>	42 min 23 sec
<b>Name der Interviewerin</b>	Anna Lensing
<b>Name der Transkribierenden</b>	Anna Lensing
<b>Name der interviewten Person</b>	Anonymisiert

I: Okay, also [*Herr Dr. Pohlmann*]. Die Homepage [...] enthält einen Link zu dem ihr zugehörigen Forschungsbereich [...], in dem wir uns auch glaube ich gerade hier befinden, auf dem Ihre Person sowie Ihre Forschungsbereiche und Interessen vorgestellt werden. Ferner finden sich auch auf der Homepage [...] Informationen zu Ihrem Werdegang und eine Liste mit Veröffentlichungen von Ihnen. Den Informationen auf beiden Homepages lässt sich entnehmen, also dass Sie [...] bereits viele Jahre eigentlich als [*wissenschaftlicher Mitarbeiter*] im Fachgebiet Philosophie auch tätig waren. Heute befassen Sie sich, sofern ich das richtig verstanden habe, weitestgehend mit den Bereichen Neuroethik und Neurophilosophie. Meine erste Frage würde sich jetzt darauf beziehen: Bestand denn schon vor Aufnahme Ihres [...] Studiums ein geteiltes Interesse quasi an [...] unterschiedlichen Wissenschaftsbereichen oder hat sich dann irgendwie erst im Laufe der Zeit, also nach Beendigung des [Studiums], ein Interesse für die Philosophie auch entwickelt [...]? #00:01:18-5#

15

20 **B1:** Nein, eigentlich war es umgekehrt, also ich war immer sehr breit interessiert in der Schulzeit, also eigentlich hat mich fast alles interessiert und ich hatte in der Oberstufe die Idee Philosophie zu studieren und mir war aber relativ schnell klar, dass das schwierig ist, damit den Lebensunterhalt zu verdienen, so dass ich mir überlegt habe, ich muss auch noch irgendetwas anderes studieren und dann hat sich im Laufe der Oberstufe das Interesse an [*Naturwissenschaften*] verstärkt, aber auch an anderen [*ähnlichen Fächern*] und dann hab ich mich entschieden beide Fächer parallel zu studieren und das geht aber praktisch eigentlich nur so, dass man [*das eine Gebiet*] dann schwerpunktmäßig macht, weil man das nicht nebenbei machen kann und ich hatte mit Philosophie dann etwas angefangen während des [*Studiums der Naturwissenschaften*], also so wie ich noch Zeit hatte, hab ich dann Seminare besucht. #00:02:01-2#

I: Ah, okay. Okay, ich verstehe, alles klar. Sie leiten derzeit die Arbeitsgruppe mit dem Titel [...] hier an der [Universitätsklinik] und besetzen darüber hinaus eine [...] eigene Stelle für das Forschungsprojekt [...] ja? Das ist soweit richtig? Ok. Und auch der Liste Ihrer Veröffentlichungen lässt sich entnehmen, ja, dass Sie sich mittlerweile in Ihrer Position als Wissenschaftlerin weitestgehend den

35

Neurowissenschaften verschrieben haben. Jetzt würde ich gerne wissen: Wie begründet sich denn für Sie der Unterschied zwischen den verschiedenen Disziplinen innerhalb der Neurowissenschaften? Also von Neuroethik über Neurophilosophie. Würden Sie sagen da gibt es einen ganz klaren Schnitt irgendwie, weil es ja auch zwei Bezeichnungen quasi gibt und welche Themen sind dann für Sie von besonderer Bedeutung? #00:02:50-4#

45

**B1:** Ethik ist ja ein Teilgebiet der Philosophie, und somit könnte man auch sagen, dass Neuroethik auch ein Teilbereich der Neurophilosophie ist, aber meistens wird der, wird man doch einen anderen, eine andere Grenzziehung ziehen. Also Neuroethik beschäftigt sich zum einen damit, was in den Neurowissenschaften getan werden sollte, also was dort das gute und richtige Handeln sein sollte und zum anderen auch mit solchen Fragen, wie die neuro, neurologische Grundlagen, auch unser ethisches und moralisches Denken und Handeln beeinflussen. Und damit kommt man dann aber schon wieder mehr in den Bereich der Neurophilosophie. Also Neurophilosophie beschäftigt sich ja damit, wie die Person, jetzt im vollen Umfang, also moralische Eigenschaften, Rationalität, Emotionalität und so weiter, wie die aus neurowissenschaftlicher Sicht zu verstehen ist, wie man diese objektive Perspektive der Naturwissenschaften zusammenbringt mit der subjektiven Perspektive, mit sozialwissenschaftlichen und historischen Perspektiven. #00:03:53-4#

60

**I:** Ja okay, verstehe ich. Gut, war denn quasi die Einbindung in diesen Bereich der wissenschaftlichen Forschung ausschlaggebend für eine erste Berührung mit dem Thema "BIID"? #00:04:06-6#

**B1:** Joa, in gewisser Weise. Also eigentlich, die erste Berührung war etwas zufällig. Also ich hatte zu der Zeit schon an, an einem medizinhistorischen und -ethischen Institut gearbeitet und da erzählte mir dann jemand dort, dass er einen Anruf bekommen hatte, von jemandem der, wie ich dann nachher erfahren habe, BIID hat. Also das war eigentlich so ein Gespräch beim Abendessen mal, also unter Kollegen und das hat mich fasziniert und das Thema war da für mich noch völlig unbekannt und ich hab dann einfach angefangen im Internet zu recherchieren. Also das war der erste Kontakt für mich. #00:04:43-2#

**I:** Ah, okay. Das heißt, dass Sie im Prinzip auch noch eine Art "unbeschriebenes Blatt" waren? #00:04:48-9#

**B1:** In der Hinsicht ja. Ja ja, das ist ja auch so selten. Also da hatte ich das erste mal davon gehört, auch noch gar nicht mit dem Begriff, sondern nur mit dieser Symptomatik und dann hab ich im Internet natürlich schnell einiges dazu gefunden. #00:04:59-6#

**I:** Ja okay, gut. Wie definiert sich denn "BIID" aus Ihrer Sicht? Oder was charakterisiert jetzt im Prinzip das Störungsbild für Sie, wenn Sie jetzt da irgendwie die Komponenten quasi benennen müssten. Wie sagen Sie, setzt sich diese

85 Störung zusammen? #00:05:15-3#

**B1:** Ja ich denke das Kernsymptom ist der Wunsch nach Amputation von aus medizinischer Sicht gesunden Gliedmaßen, und das aber nicht aus sekundären Gründen, wie beispielsweise um dem Wehrdienst zu entgehen oder um  
90 Versicherungsgelder zu kassieren oder um soziale Zuwendung zu bekommen, sondern aus dem Grund, dass man diese Gliedmaßen als fremd oder als nicht zu sich gehörig empfindet. Also das ist für mich das Kernsymptom. Und was da genau hintersteckt ist ja nach wie vor umstritten. Ich persönlich denke, dass es eine  
95 neurologische oder neuropsychiatrische Ursache hat. Ich glaube aber, dass es auch Menschen gibt, die diese Diagnose haben oder, oder sich selber zuschreiben ohne eine entsprechende neurologische Störung zu haben. Also bei denen es irgendeine andere Art von Ursache gibt #00:06:11-1#

**I:** Ja, okay. Woher stammt das Interesse sich mit dem Phänomen weiter  
100 auseinanderzusetzen? Also geht es Ihnen auch darum, dass man, oder dass Sie versuchen, tatsächlich die Ursachen der Störung zu ergründen? #00:06:26-4#

**B1:** Ja, ja, ja. Das interessiert mich am meisten. Also, das war eigentlich das was mich daran fasziniert hat weil das eben sehr bizarr ist. Also, man versteht es ja  
105 zunächst einmal überhaupt nicht und ich hatte die Idee, es muss irgendetwas geben im Gehirn, was dazu führt. Also gerade weil es auch so irrational ist und so stark, hatte ich von Anfang an die Idee, es ist nicht einfach irgendetwas Erfahrungsbedingtes. Aber was es ist, das ist natürlich eine schwierige Fragen (lacht). #00:06:56-4#

110 **I:** Der Knackpunkt... #00:06:57-5#

**B1:** Der Knackpunkt, ja genau. #00:06:59-0#

115 **I:** Ja, das ist wahr. Okay, welchen Raum nimmt denn die Auseinandersetzung mit "BIID" jetzt insgesamt in Ihrem Forschungsalltag ein? Also, kann man sagen, dass Sie das in Ihrer wissenschaftlichen Auseinandersetzung priorisieren würden oder gibt es auch andere Dinge mit denen Sie sich beschäftigen, die vielleicht doch weiter irgendwie im Vordergrund in Ihrem Forschungsalltag stehen. #00:07:20-4#

120 **B1:** Ja im Moment sind andere Dinge im Vordergrund. Also, es war eine Zeit lang recht intensiv aber jetzt im Moment sind andere Themen im Vordergrund. #00:07:27-5#

125 **I:** Hat das einen bestimmten Grund? #00:07:32-5#

**B1:** Zum einen habe ich das Gefühl, ich habe jetzt so viel verstanden davon, dass  
jetzt im Moment nicht so viel neues mehr kommt. Also wenn jetzt neue Studien kommen, dann nehme ich die natürlich sofort zur Kenntnis, aber im Moment ist  
130 jetzt auch nicht so viel neues gekommen. Also es reicht einfach nicht, um sich damit ganztägig zu beschäftigen (lacht). #00:07:46-9#

135 **I:** Ja okay. Gut, Sie hatten jetzt im Prinzip selber gerade schon davon gesprochen,  
dass Sie davon ausgehen, dass BIID hauptsächlich eine neurologische, ja,  
Komponente als Ursache im Prinzip aufweist. In der Auseinandersetzung mit dem  
Thema, wenn man auch im Internet recherchiert oder viele Fachartikel dazu liest,  
dann fällt ja auf, dass sich ein erheblicher Teil der Forschung eben mit der  
Ergründung von Ursachen der Störung und der Konzeptionalisierung von  
Therapiemöglichkeiten beschäftigt. Wie positionieren Sie sich denn jetzt genau  
140 dazu? Also, welche der bislang publizierten Erklärungsansätze bezüglich der  
Ursachen von BII/, BIID, BIID, Entschuldigung, erscheint Ihnen, ich sage mal in  
Anführungszeichen, am plausibelsten? Würden Sie sagen, da gibt es irgendwie  
was, was Sie sich am ehesten vorstellen können und dann andere  
Erklärungsansätze, die Sie irgendwie eher nachrangig zu Beispiel beurteilen?  
145 #00:08:39-5#

**B1:** Ja, am plausibelsten finde ich den Ansatz von Ramachandran und MCGeoch,  
also diesen neurologischen Ansatz. #00:08:46-8#

150 **I:** Okay, und was ist wenn Sie sich zum Beispiel sowas vor Augen führen von  
Money et al. zum Beispiel, die ja eher von dieser, sage ich mal, sexuellen  
Komponente sprechen, die ausschlaggebend ist für diesen Wunsch den eigenen  
Körper auch zu amputieren. Empfinden Sie das auch als plausibel oder würden Sie  
das, sage ich mal, eher zurückweisen, so eine Argumentation? #00:09:09-3#

155 **B1:** Ich kann mir vorstellen, dass das auf einen Teil der Betroffenen auch zutrifft.  
Also, ich könnte mir vorstellen, dass das so eine Art Syndrom ist, bei dem das  
gleiche Symptom im Vordergrund steht, aber unterschiedliche Ursachen vorliegen.  
Also, ich würde, würde jetzt nicht ausschließen, dass es Leute gibt, bei denen vor  
160 allem irgendeine sexuelle Störung zugrunde liegt, irgendeine Art von Paraphilie.  
Das wären dann allerdings diejenigen, die auch sexuell angezogen sind von  
Amputierten. Das ist ja längst nicht bei allen BIID-Betroffenen. Also wenn dann  
wäre das glaube ich nur für diese Subgruppe zutreffend und es könnte aber  
andererseits auch eine Folge sein von dieser neurologischen Erklärung. Das also,  
165 so in dem Sinne, dass das was man an sich selbst empfindet man auch an  
anderen attraktiv und anziehend findet. Also wenn man jetzt so ein idealisiertes  
Selbstbild hat, in dem man beispielsweise keine Beine hat, dass man das dann an  
anderen natürlich auch sexuell attraktiv findet. #00:10:04-6#

170 **I:** Okay. Es gibt ja jetzt immer noch viele Bezeichnungen für das Phänomen, ne?  
Also, von wirklich BIID über Apo tem no philia, ich kann das nicht richtig  
aussprechen, Entschuldigung. Die Frage ist jetzt: Würden Sie sagen, dass es eine  
Bezeichnung gibt, die wirklich für die Störung am passendsten irgendwie ist, oder  
ist es legitim alle Bezeichnungen quasi zu benutzen, um über ein und dasselbe  
175 Phänomen zu sprechen? #00:10:35-4#

**B1:** Ich denke die betonen jeweils etwas andere Nuancen. Also ich denke BIID  
passt besser für diese neurologischen Patienten. Das passt glaube ich nicht so gut

180 für diejenigen, die eigentlich eine Paraphilie haben und aufgrund ihrer sexuellen Vorlieben eine Amputation wollen. Für die wäre Apotemnophilie der bessere Begriff. Ich denke man sollte beide Begriffe benutzen. Also nicht, nicht als ganz Synonym, sondern vielleicht auch um solche Subgruppen noch zu unterscheiden. #00:11:04-7#

185 **I:** Okay, gut. Sie hatten jetzt gerade eben selber schon angesprochen, dass im März 2009 ja in Frankfurt dieser internationale Kongress zum Thema BIID stattgefunden hat, an dem, ja, mehrere Wissenschaftler teilgenommen haben, die sich damit befassen oder eben auch Betroffene weltweit. Mich würde interessieren, wie Sie die Kooperation der sich mit BIID befassenden Wissenschaftler beurteilen.  
190 Sagen Sie, dass da schon konkret ein Dialog stattfindet zwischen den verschiedenen Disziplinen aus denen heraus BIID untersucht wird? #00:11:43-5#

**B1:** Ich würde da gar nicht von Disziplinen sprechen. Das sind ja eigentlich Einzelpersonen, die das gemacht haben aber vielleicht dann mit ihren paar  
195 Mitarbeitern aber ich, man kann jetzt eigentlich nicht davon sprechen, dass es da einen klaren disziplinären Zugang gibt. Also, das sind soweit ich weiß auch vielfach Leute, die selber schon interdisziplinär sind von ihrer Ausrichtung. Also, beispielsweise Philosophie und Psychologie und Biologie oder Medizin und irgendetwas anderes dazu. Also, also ich würde das nicht so einer Disziplin  
200 zuordnen. #00:12:14-3#

**I:** Okay, gut. Wie schätzen Sie denn die jeweiligen Präsentationen quasi der Ergebnisse ein, ja? Also, sprich, es existieren relativ wenige Studien oder verhältnismäßig wenige Studien zum Thema. Haben Sie eine gewisse Tendenz  
205 der Darstellung beobachten können, also würden Sie sagen es gibt so eine Art, dass die jeweiligen Wissenschaftler versuchen, ihre eigenen Meinungen oder Befunde quasi tendenziell durchzusetzen, oder dass es tatsächlich irgendwie darum geht, ein Konglomerat verschiedener Ansätze und Erklärungen quasi zu finden? Wie positionieren Sie dich dazu? #00:12:54-7#

210

**B1:** Ich kann das jetzt nicht umfassend beurteilen. Also, ich halte es schon für wichtig alle Ansätze integrativ zu betrachten. Also ich glaube nicht, dass ein Ansatz das Phänomen komplett erklären kann. Wenn jetzt ein Wissenschaftler seinen  
215 eigenen Ansatz vertritt, bei einer eigenen Studie, dann finde ich das aber auch völlig legitim. Also, wenn jetzt jemand zum Beispiel fMRI oder -T Studien durchführt und dann aus dieser Perspektive darüber berichtet, finde ich das auch legitim. Also, es können ja auch andere dann diese verschiedenen Sachen zusammensetzen. Also meinerwegen psychologische Studien, bildgebende  
220 Studien, neurologischen Untersuchungen. #00:13:33-6#

**I:** Okay. Ich meinte damit vielleicht noch einmal konkret, ob Sie feststellen konnten, dass es so eine Durchsetzungstendenz gegebenenfalls gibt. Also, nicht nur ob es legitim ist, quasi den eigenen Standpunkt zu vertreten, sondern konnten Sie  
225 irgendwie beobachten, dass, ja, bestimmte Wissenschaftler versucht haben quasi



andere Erklärungsansätze zurückzudrängen und den eigenen in den Vordergrund zu stellen, bei der Erklärung des Phänomens? #00:13:59-6#

230 **B1:** Also nicht mehr als in allen Bereichen. Also ich habe da jetzt nicht irgendwas Unseriöses festgestellt. So, so in der Art von wissenschaftlichem Mobbing oder so. Also ich habe da einfach nur das Normale erlebt, dass man eben seine Position vertritt, von der man überzeugt ist, aber nicht auf irgendeine negative Art und Weise. #00:14:18-1#

235 **I:** Okay, okay. Würden Sie denn auch sagen, dass eine wie auch immer geartete Zusammenarbeit bei der Erforschung des Phänomens generell wichtig ist? #00:14:26-7#

240 **B1:** Ja, auf jeden Fall. Ich denke das muss interdisziplinär untersucht werden. Also, Psychologen sind wichtig, Neurowissenschaftler, Psychiater. Also, ich denke das muss interdisziplinär sein. #00:14:37-8#

245 **I:** Okay. Und, ich sage mal, wie nah oder weit entfernt verorten Sie denn quasi diese verschiedenen Disziplinen, wenn man es so sagen kann, Ich sage es in Führungsstrichen, aus denen heraus sich Wissenschaftler mit BIID befassen? Also wenn man jetzt von Ethik, es gibt, sage ich mal, ethische Zugänge, dann gibt es Medizinrechtler, die sich dem Thema irgendwie verschrieben haben, Psychologen, Neurowissenschaftler. (...) Würden Sie davon sagen, dass das relativ nah nebeneinander besteht oder dass Sie schon sagen, das sind Punkte die  
250 relativ weit irgendwie auseinander sitzen, die sich aber halt mit dem gleichen Phänomen quasi beschäftigen. Wie empfinden Sie das? Also, wie nah liegen diese Zugänge beieinander oder gegebenenfalls weit entfernt voneinander? #00:15:18-4#

255 **B1:** Vielleicht, Ich würde eher denken, etwas näher, als in anderen medizinethischen Bereichen, aber vor allem weil es personell so klein ist. Also weil man sich dadurch besser kennt. Also wenn man das jetzt zum Beispiel mit was anderem vergleicht, wie Reproduktionsmedizin oder sowas, wo man auf der einen Seite natürlich die ärztlichen Leu/, Forscher hat, dann dann vielleicht  
260 Sozialwissenschaftler, die sich mit den betroffenen Patienten und so weiter auseinandersetzen. Dann hat man da die Juristen, dann die Gesetzgebung, die Ethiker und so. Da habe ich eher das Gefühl, das sind alles in sich schon ziemlich große Gruppen, aber hier, das sind ja alles nur Einzelpersonen und deswegen glaube ich, dass der Kontakt da auch etwas enger ist (lacht). #00:15:55-0#

265 **I:** Okay, das ist klar. Okay. In Europa ist die Amputation gesunder Gliedmaßen ohne das Vorliegen einer medizinischen Indikation ja nicht erlaubt. Und in den von Ihnen verfassten Artikeln zum Thema BIID beschäftigen Sie sich ja unter anderem natürlich auch mit ethischen Fragen der Rechtfertigung von Amputationen  
270 gesunder Gliedmaßen. In einem Artikel mit dem Titel [...] schreiben Sie in der Auseinandersetzung mit der Frage nach der Gültigkeit von Amputationen wörtlich [...] Das sind ja Ihre Worte. Die Frage bezieht sich jetzt darauf: Klassifizieren Sie

275 die Kontroverse um die Gültigkeit von Amputationen tatsächlich als Streit, ja, also  
der vor allem durch die Divergenz der jeweiligen Meinungen und einem gewissen  
nicht übereinkommen quasi gekennzeichnet ist, oder würde Sie sagen, ja, das ist  
eher quasi ein Nebeneinander von Meinungen, die aber nicht so richtig  
gegeneinander prallen? #00:17:01-9#

280 **B1:** Ja, Streit ist vielleicht zu hart. Also, debattieren könnte man vielleicht besser  
sagen. Also, es ist ja jetzt keine persönliche Konfrontation, es ist ja mehr eine  
Auseinandersetzung. Die Grenze ist natürlich auch nicht zwischen Neurologen und  
Psychiatern, also es gibt ja solche und solche in beiden Rubriken. #00:17:18-3#

285 **I:** Ja, okay. Aber Sie würden schon sagen, dass das auch einer der, sage ich mal,  
umstrittensten Punkte (...) #00:17:25-4#

**B1:** Die Frage der Amputation? #00:17:26-8#

290 **I:** Die Frage der Amputation selber. #00:17:28-6#

**B1:** Ja, auf jeden Fall. #00:17:29-2#

295 **I:** Okay. Würden Sie denn sagen, dass quasi der jeweilige wissenschaftliche  
Hintergrund bei der Beurteilung dieser Frage nach der Gültigkeit von Amputationen  
eine Rolle spielt? Also, könnten Sie sich vorstellen / #00:17:42-6#

**B1:** Ja, glaube ich schon. #00:17:44-5#

300 **I:** (...), dass quasi Medizinethiker das anders beurteilen würden als vielleicht ein  
Medizinrechtler? #00:17:49-5#

**B1:** Medizinethiker und -rechtler würde ich glaube ich als relativ nah beieinander  
sehen in dieser Frage. Beziehungsweise ich würde es nicht nach Disziplinen  
305 unterteilen. Also in der Medizinethik gibt es zum Beispiel Befürworter und Gegner  
der Amputationen und bei den Medizinrechtlern gibt es das auch. Also, man kann,  
man kann die Grenze nicht zwischen den Disziplinen ziehen. Ansonsten, die  
Argumentation von Juristen und Ethikern ist häufig sehr ähnlich, aber man kann  
ähnliche argumentative Mittel benutzen und trotzdem zu unterschiedlichen  
310 Resultaten kommen. Ich würde auch nicht sagen, dass bei den Ärzten irgendeine  
einheitliche Position vorherrscht. Also auch wenn man zum Beispiel eine  
neurologische Erklärung für richtig hält, ist damit nicht verbunden, dass man die  
Amputation unbedingt ablehnt. Also es gibt auch da welche, die für die  
Amputationen sind. Ich denke das hängt davon ab, welchen Aspekt man stärker  
315 gewichtet. Also, die einen gewichten zum Beispiel die Autonomie am stärksten, die  
anderen stärker dieses Nicht-Schadens Prinzip und alle ethischen Werte werden  
glaube ich von allen in der Diskussion auch bewertet und beachtet. Aber ich  
glaube die Schwerpunktsetzung ist anders und dadurch ist das Resultat dann  
anders #00:19:01-0#

320

I: Okay. Genau, darauf wäre ich nämlich jetzt auch in meiner nächsten Frage (...) oder ich hätte das jetzt angesprochen. Genau, weil ja eben bei der Bewertung der Frage, ob Amputationen jetzt eine legitime Möglichkeit der Leidensminderung darstellen, eben quasi auch innerhalb einer Disziplin Uneinigkeit herrscht. Also, Sie  
325 *[erwähnen selber auch die]* Medizinethikern Tim Bayne und Neil Levy oder auch, ich weiß nicht genau wie man es betont, Annemarie Bridy, die ja im Prinzip propagieren, zu sagen Amputationen sind legitime Mittel und müssen oder liegen in der Patientenautonomie und müssen dementsprechend, muss ein Recht vorliegen, diese durchführen zu können. Sie hingegen beziehen ja relativ klar auch  
330 Stellung, indem Sie halt auch schreiben wörtlich: [...] Jetzt habe ich eine Frage, die sich auf den Themenbereich Behinderung als Ganzes bezieht. Und zwar: Würden Sie sagen, dass Sie benennen könnten woher Ihre Ansicht resultiert, dass ein behinderungsfreies Leben erstrebenswerter ist als ein Leben mit einer körperlichen Beeinträchtigung? Also wenn gegebenenfalls ein Arm oder ein Bein fehlt. Also ein  
335 Leben nach dem sich ja BIID Betroffene im Prinzip sehnen. #00:20:39-2#

340

**B1:** Das kann man nicht so allgemein sagen. Also ich würde nicht sagen, dass, dass in jedem Fall ein Leben ohne Behinderung besser ist als ein Leben mit Behinderung. Es kommt immer auf die Gesamtumstände an. Also ich würde es nur so sagen, wenn alle anderen Dinge gleich sind. Das ist ja was ganz  
345 entscheidendes und man, es hat auch überhaupt keine bewertende Funktion gegenüber behinderten Menschen oder Menschen mit Behinderungen. Wenn, wenn man der Meinung ist, dass es besser ist, also für den Betroffenen besser ist, wenn körperliche Funktionen vorhanden sind. Das bedeutet ja zum einen, dass man mehr Autonomie hat, also man kann sich dieser Funktionen bedienen, oder  
350 man kann sich auch immer noch entscheiden sie nicht zu benutzen. Das heißt man hat eine Wahl mehr, die man nicht hat, wenn man diese Optionen gar nicht hat. Zum Beispiel wenn man sehen kann, kann man die Augen zu machen, wenn man mal temporär nicht sehen möchte aber man kann auch sehen. Und ein Blinder kann auch dann nicht sehen, wenn er sehen möchte. Und aus dem Grunde bin ich  
355 der Meinung, dass es grundsätzlich besser ist zu sehen, als nicht zu sehen. Auch wenn es natürlich so sein kann, dass ein Blinder insgesamt ein besseres Leben führt, als ein Mensch der sehen kann weil vielleicht alle möglichen anderen Aspekte in seinem Leben besser sind, das, das ist ja durchaus möglich. Und in diesem Sinne meine ich, dass das Ziel einer medizinischen Behandlung sein sollte,  
360 dass man nicht Behinderungen produziert, die nicht sein müssen um irgendein anderes Übel aus der Welt zu schaffen. Also wenn man jetzt zum Beispiel ganz schlimme Schmerzen hat in einer Gliedmaße und diese Schmerzen durch die Amputation beseitigt werden können, dann, dann denke ich, dass die Amputation gerechtfertigt sein kann, obwohl man dann vielleicht diese Behinderung hat, dass  
365 man schlechter laufen kann und so weiter aber man ist die Schmerzen los. Und dann würde ich sagen, dann ist diese Behinderung das kleinere Übel als diese

370 permanenten Schmerzen. Aber wenn es jetzt so ist, dass man mit beiden, also  
dass man gut gehen kann, dass einem nichts weh tut und so weiter (lacht), dann  
ein Bein abzuschneiden, das ist aus meiner Sicht klar von Nachteil. Und das will ja  
auch kein Mensch, außer wenn, wenn er jetzt ein Problem hat mit diesem Bein.  
#00:22:55-4#

375 **I:** Sie haben ja selber auch schon gesagt, dass es im Prinzip nur einige  
anekdotische Fallstudien darüber gibt dass Leute sich nach erfolgter Amputation  
besser fühlen. Ich sage mal, das mit bekannteste Beispiel in dieser Hinsicht ist ja  
von dem David Openshaw, dem Australier der eben eine Zwangsamputation  
herbei führen konnte, dadurch dass er sich seinen Unterschenkel abgefroren hat  
oder beziehungsweise das Gewebe dann abgestorben ist. Wie würden Sie so  
380 einen Fall beurteilen, wenn das überhaupt möglich ist? Openshaw argumentiert ja  
auch jetzt noch, dass er sagt, er hat im Prinzip oder er lebt jetzt ein Leben, mit dem  
er rundum zufrieden ist, dass er sagt, er verpürt einfach wirklich nur ein  
Glücksgefühl jetzt. Insbesondere im Vergleich zu dem Leben, das er vorher geführt  
hat. Ist in so einem Fall eine Amputation Mittel zum Zweck? Ein richtiges Mittel  
zum Zweck oder eben nicht? In diesem konkreten Fall. #00:23:51-1#

385 **B1:** Ich kenne den Fall dafür zu wenig, um jetzt über diesen Menschen zu urteilen  
und ich denke, um über einen Einzelfall zu urteilen, muss man den Menschen  
wirklich sehr genau kennen und ich denke nicht, dass man das aus diesen  
anekdotischen Berichten, die publiziert sind oder aus dem was Leute auf ihren  
390 Websites schreiben, wirklich erfassen kann. Dazu muss man den persönlich  
kennen, möglicherweise auch mit bestimmten psychiatrischen Diagnosetools und  
noch mehr in Erfahrung bringen, als man jetzt bei so einem Gespräch unter vier  
Augen erfahren würde. Also deswegen, Ich kann, kann das jetzt nicht sagen. Ich  
würde das jetzt zunächst mal glauben, dass es für ihn so ist aber daraus würde ich  
395 keine Konsequenzen für andere ziehen. Denn genauso müsste man dann mal mit  
Leuten sprechen, die auch eine Amputation hinter sich hatten, also die vorher sich  
auch erhofft hatten glücklicher zu sein, und dies nicht sind. Also wenn, dann muss  
man eben auch beide Fälle sehen und nicht nur einen. Ansonsten denke ich, aus  
wissenschaftlicher Sicht sind solche Einzelfälle zwar interessant als Denkanstöße,  
400 aber sie reichen einfach nicht aus. Also, man kann auf Grund/, auf Grundlage von  
wenigen Einzelfällen, keine so weitreichende Therapie-Entscheidungen treffen.  
#00:24:55-5#

405 **I:** Okay. Sie argumentieren unter anderem ja, dass BIID-Betroffene aus  
psychiatrischer Sicht in ihrer Rationalität und Autonomie im Prinzip eingeschränkt  
sind und ihr Wunsch nach einer Behinderung dementsprechend aus einem Zwang  
eigentlich entsteht. Inwiefern wirkt sich denn die von Ihnen angenommene  
Einschränkung der Autonomie quasi auf die Frage um des Nachkommens des  
Amputationswunsches aus? Also würden Sie sagen, dass quasi diese  
410 Einschränkungen in der Autonomie, von der Sie ja ausgehen, so eine Art  
"Totschlagkriterium" quasi für den Amputationswunsch an sich sind? Also, könnte  
man davon ausgehen, dass man sagt, alleine diese eingeschränkte Autonomie  
rechtfertigt, dass von einer Amputation Abstand genommen werden muss?

#00:25:50-5#

415

**B1:** Also wenn diese These richtig ist, dass sie in dieser Hinsicht eingeschränkt autonom sind, dann müsste man davon Abstand nehmen. Das ist etwas, was ich natürlich jetzt nicht direkt beweisen kann. Also, ich denke da sollte man auch noch weitere Forschung zu betreiben. Grundsätzlich ist es ja so, dass jemand der  
420 irgendeine wahnhafte Verkennung der Wirklichkeit hat und dann etwas bestimmtes will, von Ärzten fordert, diesen Wunsch nicht erfüllt bekommt. Also beispielsweise wenn man eine Anorexie Patientin hat, die die wahnhafte Vorstellung hat, immer noch fett zu sein und die verlangt dann eine Magenverkleinerung, dann würde kein Chirurg das durchführen dürfen. Auch wenn die, wenn die Patientin in jeder  
425 anderen Hinsicht sehr rational ist und wenn sie sich über alle Folgen bewusst ist, also über alle Risiken der Operation und auch wenn sie genau wüsste wie falsch andere das finden und so weiter, da wäre trotzdem die psychiatrische Diagnose so, dass, dass sie nur krankheitsbedingt diesen Wunsch äußert und wenn sie diese Krankheit nicht hätte, hätte sie diesen Wunsch nicht. Und dieser Wunsch ist  
430 letztlich selbstschädigend und deswegen sollte er nicht von Ärzten erfüllt werden. Und bei BIID denke ich, ist es ähnlich. Also ich denke da ist eben auch diese Krankheit, also Anorexie entspricht dann BIID in dieser Hinsicht, daraus entspringt dieser Wunsch nach Amputation, weil man eben dieses gestörte Körperbild hat, wie Anorexie Patienten ja auch ein gestörtes Körperbild haben, und wenn sie diese  
435 Krankheit nicht hätten, hätten sie nicht diesen Wunsch. Und deswegen denke ich, dass ein Chirurg dann nicht einfach sagen soll "Jaja, der hat das gesagt", so wie er das bei der Anorexie-Patientin auch nicht einfach sagen würde "Jaja, die hat mir den Auftrag gegeben, also mache ich es". #00:27:38-6#

440 **I:** Okay. Okay, gut. Eine weitere Frage bezieht sich jetzt auf ein Buch, was Sie heraus gegeben haben und zwar haben Sie ja gemeinsam mit *[Michael Meier und Johann Lieske]* dieses Buch [...] herausgegeben. Sie sprechen im Vorwort von dem Buch von einer sozialen Verantwortung der Medizin [...] sowie einer gewissen Deutungsmacht, die der Medizin in der Konstruktion von Krankheits- und  
445 Normalitätskonzepten zukommt. Könnten Sie das vielleicht noch einmal ein bisschen genauer erläutern, was Sie genau damit meinen? #00:28:15-6#

450 **B1:** Ich weiß jetzt nicht mehr ganz genau in welchem Kontext das steht (lacht), das ist schon lange her. Aber Definitionsmacht über Krankheit und Gesundheit, das bedeutet, dass eben das was als krank angesehen wird, nicht einfach eine naturwissenschaftliche Tatsache ist, sondern es ist etwas was auch gesellschaftlich bewertet wird und da spielt die Medizin natürlich eine große Rolle.  
455 Also indem sie bestimmte Zustände als krank beschreibt und andere als gesund. Die Medizin, einerseits im Sinne einer wissenschaftlichen Medizin, aber andererseits spielt auch das Gesundheitssystem eine Rolle. Also zum Beispiel ist auch krank das, was die Kranken/, von dem die Krankenkasse die Therapie bezahlen, sowas eben auch. Und das sind dann wirklich Definitionskräfte, die  
460 darauf hinwirken, dass irgendetwas als krank beschrieben wird. Und dann gibt es

natürlich auch Interessen von Seiten von Patienten. Also die haben ja teilweise auch Interessen, dass irgendetwas als Krankheit anerkannt wird. Also sei es, weil sie eine bestimmte Therapie wollen, also wenn es zum Beispiel irgendetwas gibt um einen Zustand, ja sagen wir mal Schlaflosigkeit zu verbessern, und die  
465 Medikamente bekommt man eben nur verschrieben, wenn Schlaflosigkeit als Krankheit definiert ist und wenn es einfach nur als Lifestyle-Problem (lacht) angesehen wird, dann eben nicht. Oder die Krankenkassen bezahlen die Medikamente nicht oder so, dann ist da von Seiten der Patienten auch ein Interesse und zum Teil auch ein gewisser politischer Druck . #00:29:44-5#

470

**I:** Genau. An dieser Stelle ist mir bei der Erarbeitung des Materials, was ich durchgelesen habe, aufgefallen, dass das ja im Prinzip eine Art Zwiespalt darstellt und zwar insofern, dass auf der einen Seite viele BIID-Betroffene sich ja quasi weigern, sich selber auch als krank zu definieren und auf der anderen Seiten aber  
475 eben die Forderung danach besteht, dass quasi das so aufgenommen wird, dass irgendwie diese Operationen quasi von Krankenkassen bezahlt werden, so wie es eben auch bei Transsexuellen irgendwie der Fall sein kann. Die Frage, die sich daraus ergibt, ist /. Ich hatte unter anderem gesehen, dass Sie davon sprachen, oder es kritisch sehen, wenn BIID als Krankheit ins DSM aufgenommen werden  
480 würde. Ist es ja derzeit noch nicht und soweit ich das richtig verstanden habe, sind Sie auch nicht unbedingt Befürworterin. Könnten Sie das auch noch einmal erklären, wie das quasi zusammenhängt? #00:30:41-4#

**B1:** Ja, also ich bin vor allem nicht dafür, das in der vorgeschlagenen Form  
485 aufzunehmen. Also, so wie es vorgeschlagen worden ist, war es ja genau die gleiche Definition wie für Gender Identity Disorder, wobei immer "männlich" durch "gesund" und "weiblich" durch "behindert" ersetzt wurde. Und da war dann eben die Idee, dass man auch die möglichen Krankheitsursachen übernimmt, obwohl da überhaupt keine Parallele bisher bekannt ist, man weiß überhaupt nichts über  
490 genetische Verursachung beispielsweise oder über pränatale Einflüsse, also es wäre völlig spekulativ. Und dann soll ja die Therapie letztlich auf eine operative Therapie hinaus laufen, was ja bei der, dieser Geschlechtsidentitätsstörung eine anerkannte Therapie ist. Das ist auch noch einmal ein komplexes Thema und da bin ich auch keine Expertin für, aber einfach durch diese Parallele und das  
495 austauschen von Wörtern, dann zu dieser Forderung zu kommen, dann muss da auch die Amputation als die optimale Lösung drin stehen, das halte ich für falsch. Also was, was ich vielleicht für richtig halten würde wäre, dass dieser, diesem Empfinden, dieses Körperbild, dieser Körperbildstörung, dass man dem einen Krankheitswert zuschreibt, wenn damit ein größeres Leiden verbunden ist. Also,  
500 das kann ja sein, dass jemand deswegen Depressionen entwickelt oder so etwas, also dann, dann schon. Aber dann würde ich eher denken, die Depression ist die Krankheit und die hat er aufgrund dieser Ursache. #00:32:12-6#

**I:** Okay, gut, verstehe ich. Noch einmal zurückkommend zu dem Buch, was ich  
505 gerade eben angesprochen habe. Also auch in dem Buch findet sich ja ein von Ihnen verfasster Artikel zu dem Thema BIID, der unter anderem [*Fragen der Ursachen von BIID und des Umgangs mit Betroffenen*] zum Gegenstand hat. Aus

welchem Grund hat dieser Artikel Eingang in diese Art der Zusammenstellung quasi von Artikeln gefunden? Also, wie gesagt, wenn es darum geht  
510 Deutungsmacht Medizin, Stigmatisierung, also gesellschaftliche Stigmatisierung von Krankheiten. Warum, quasi, steht dieser Artikel in diesem Buch? #00:32:54-9#

**B1:** Ich hab ihn eigentlich für das Buch geschrieben. Also er ist da nicht  
515 nachträglich rein gekommen. Wenn man Mitherausgeber ist, entscheidet man natürlich auch was da rein kommt, und es ging eben um das was anders ist, also, das ist ja schon sehr anders. Also, wir haben da ja andere Artikel auch über bestimmte Körperstörungen, *[und andere damit zusammenhängende Bereiche mit aufgenommen]*. Also das, das sind ja alles so Sachen, die jetzt von der Norm oder  
520 dem Durchschnitt abweichen. Und das ist ein Sammelband, also das sind ja jetzt keine Artikel, die jetzt direkt aufeinander aufbauen, das ist eher, eher eine Sammlung. #00:33:42-5#

**I:** Okay, gut. Ich hätte jetzt im Prinzip nur noch so zwei, drei Abschlussfragen, die  
525 ich gerne an Sie richten würde. Wenn Sie sich das Thema BIID ganz allgemein irgendwie vor Augen führen, beziehungsweise betrachten, wie würden Sie die Relevanz des Themas allgemein beurteilen, also sowohl für den wissenschaftlichen als auch für den gesellschaftlichen Diskurs? #00:34:07-5#

**B1:** Also für den gesellschaftlichen eigentlich als sehr gering, auch wenn das ein  
530 Thema ist, was mich persönlich interessiert, aber deswegen als sehr gering, weil es ja nur ganz wenige betroffene Menschen gibt und so gesehen gibt es natürlich viel relevantere Themen, in dem Sinne, dass andere Menschen viel, also dass viel mehr Menschen betroffen sind, und von vielen Krankheitsbildern oder psychischen  
535 Problemen sind andere Menschen auch viel stärker betroffenen, also mit einem viel größeren Leidensdruck. Von daher, würde ich jetzt sagen, ist es gesellschaftlich nicht so relevant. Es ist aus medizinethischer Sicht relevant, weil es irgendwie so eine Art Paradigma ist, an dem man vieles studieren kann. Also, deswegen sind vielleicht auch Medizinethiker daran besonders interessiert. Auch  
540 für Medizinrechtler kann das interessant sein, weil das in gewisser Weise so ein Beispiel ist, an dem man die Prinzipien sehr klar sehen kann. #00:34:58-8#

**I:** Ja, okay. Würden Sie denn dann sagen, dass angenommen das Thema BIID  
545 würde sich jetzt gerade mal in dem Diskurs medialer Berichterstattung weiter manifestieren, dass daraus auch gewisse Probleme gegebenenfalls resultieren würden und wenn ja, welche? #00:35:17-7#

**B1:** Ja, auf jeden Fall. Also ich hatte selber mal eine Anfrage von einem  
550 Fernsehsender und habe das abgelehnt. Und ich weiß von anderen Kollegen, dass sie es auch abgelehnt haben. Und das Problem ist zum einen, dass es in den Massenmedien mit Sicherheit ganz verkürzt dargestellt würde, ganz reißerisch, also dass man da so dieses sensationsheische hätte, man würde irgendwelche drastischen Fälle zeigen und wahrscheinlich völlig einseitig darüber berichten und da denke ich, das würde den Betroffenen schaden, also zum einen kann das die

555 Stigmatisierung verstärken, also je nach dem wie es dargestellt wird kann es das verstärken, zum anderen kann es dazu führen, dass sie sich auf falsche medizinische Wege begeben. Also wenn jetzt eine bestimmte Sache sehr propagiert wird, auch wenn die vielleicht nicht so besonders gut ist. #00:36:07-6#

560 **I:** Ja, okay. Also, das bedeutet, dass Sie im Prinzip sagen: Zum Schutz der Betroffenen wäre eine Zurückhaltung gegenüber den Medien eigentlich anzuraten? #00:36:21-3#

565 **B1:** Ja, gegenüber den Massenmedien. Also ich bin nicht dafür, das totzuschweigen. Ich finde das gut, wenn das Thema behandelt wird aber eben da wo es seriös und in vielen Facetten behandelt werden kann und das ist in den Massenmedien nun mal nicht der Fall. Da ist alles immer verkürzt und auf Sensation aus. Und da denke ich, dafür ist das Thema zu komplex und zu sensibel, um es zu machen, so zu machen. #00:36:43-7#

570 **I:** Okay. Gut, dann nur noch abschließend eine Frage. Wenn Sie den aktuellen Forschungsstand irgendwie berücksichtigen, was bisher zu BIID bekannt ist, was bisher erforscht wurde, welche Therapien bisher konzeptionalisiert wurden (...) würden Sie sagen, dass sich das ganze in eine bestimmte Richtung entwickeln wird? Also beziehungsweise, wie schätzen Sie die Lage bezüglich der Gültigkeit von Amputationen ein? Also können Sie sagen, das von dem was Sie bisher darüber quasi wissen und selbst auch erarbeitet haben, dass das in eine bestimmte Richtung gehen wird oder sagen Sie, da ist im Prinzip noch alles offen oder könnten Sie sich halt vorstellen, da gibt es irgendwie, sage ich mal, so ein Primat auch irgendwie in der Medizinethik, dass das propagiert und deswegen ist es wahrscheinlich, dass Amputationen vielleicht doch über Dauer irgendwie als legitimes Mittel zur Leidensminderung angesehen werden? Haben Sie da eine Einschätzung oder könnten Sie eine vornehmen? #00:37:38-8#

585 **B1:** Ich weiß nicht, wie, ob man das weltweit so sehen kann. Also es gibt ja weltweit unterschiedliche Gesetzgebungen und es gibt auch einen ziemlich großen Graubereich der Medizin, wo man ja auch sich heute, heute schon solche Amputationen machen lassen kann, nur eben nicht auf Kosten der deutschen Krankenkassen beispielsweise. Also wenn, wenn jemand unbedingt will und bereit ist die Risiken einzugehen, die Kosten zu zahlen, kann er das ja auch heute schon bekommen. Ich befürchte etwas, dass so im Zuge weiterer Kommerzialisierung das auch in Ländern, die jetzt höhere rechtliche Standards haben vielleicht kommt. Also so ähnlich wie jetzt auch alle anderen Arten von Körpermodifikationen gegen Geld von qualifizierten Ärzten zu haben sind, würde ich das nicht für ausgeschlossen halten, dass das irgendwann auch kommt. Aber prognostizieren (lacht) ist schwierig. #00:38:29-8#

595 **I:** (lacht) Ist immer schwierig, das stimmt. Ich meinte einfach so von Ihrer Einschätzung, was Sie da für ein Gefühl irgendwie haben. #00:38:35-9#

600 **B1:** Ja, ja ich denke da spielen viele Faktoren eine Rolle. Also, sagen wir mal so,



ich befürchte, dass es hier in Deutschland auch zugelassen wird, einfach weil man damit auch viel Geld verdienen kann und weil es einen starken Lobbyismus gibt, der es vielleicht darauf, also der es durchsetzt, während die Interessen derer, die kritisch sind da weniger ins Gewicht fallen. Also die, die verdienen nichts daran, die werden dann irgendwann wahrscheinlich weiterhin sagen, dass sie es nicht richtig finden, aber ansonsten nichts dagegen unternehmen. Und das Gesundheitswesen ist insgesamt jetzt so, dass es zunehmend kommerzialisiert und dass zunehmend auch die Medizin nachfrageorientiert wird. Also, dass auch Ärzte vieles machen, was sie eigentlich ablehnen als Ärzte, was sie aber machen, wenn die Nachfrage besteht. Und die Ärzteschaft teilt sich in gewisser Weise auf, also sagen wir mal, diese Schönheitschirurgen, die einem auch jedes Silikon einbauen (lacht), was man haben will, also auch wenn sie ganz genau wissen, wie schädlich und riskant das ist und in die anderen Ärzte, die es nicht machen würden, die vielleicht Brustkrebs operieren, aber kein Silikon in die Brüste von gesunden Frauen einbauen. Da denke ich, da wird sich das stärker differenzieren und es wird immer Ärzte geben, denen das Geld wichtiger ist oder die einfach sagen "Ja, ich bin hier wie ein Handwerker und ich mach das, wofür ich bezahlt werde". Sobald die gesetzlichen Regelungen das zulassen, wird es Ärzte geben, die das anbieten.

605  
610  
615  
620 #00:40:04-5#

**I:** Okay. Das, bedeutet das, dass Sie auch sagen würden, dass die Bedeutung des hippokratischen Eids im Prinzip immer mehr irgendwie in den Hintergrund gerät? Also, oftmals wird ja argumentiert, oder irgendwie Arthur Caplan hat ja /, bezieht sich ja auch ganz stark darauf, dass quasi eine Amputation eines gesunden Körperteils irgendwie ganz klar gegen den hippokratischen Eid /

625 #00:40:27-1#

**B1:** Ja, also dieses Nicht-Schadens Prinzip, was eben auch in der modernen Medizinethik eine große Rolle spielt. Beziehungsweise Schaden nur, wenn dadurch ein größerer Nutzen zu erreichen ist. Also bei einer Operation schadet man natürlich immer, erstmal, aber langfristig soll ja Nutzen rauskommen.

630 #00:40:44-1#

**I:** Also, dass es im Prinzip da auch so eine Art Verschiebung von Bedeutungen, oder ehemaligen Bedeutungen quasi gab, also dass Sie sagen, der hippokratische Eid war einst irgendwie eine Annahme /

635 #00:40:59-1#

**B1:** Das ist ja auch lange her. Also, da steht auch vieles drin, was man als moderner Arzt nicht unterschreiben würde. Zum Beispiel, dass man keine Steine entfernt, sowas wie Nierensteine, steht da auch drin, dass man keine Abtreibungen vornimmt und dass man seine akademischen Lehrer finanziell unterstützt. Also das sind alles Sachen (lacht), die würden die meisten Ärzte heute glaube ich nicht mehr unterschreiben. Aber das Prinzip dem Patienten nicht zu schaden ist natürlich auch in der modernen Medizinethik noch zentral. Aber was eben immer stärker wird ist so dieses Prinzip Konsumenten-Wahlfreiheit. Also, wenn der Konsument eben Silikon irgendwo haben will, dann bekommt er das.

640  
645 #00:41:35-8#

(...) #00:41:44-1#

650 **B1:** Okay, gut. Alles klar. Also, wir wären eigentlich auch an dieser Stelle dann mit dem Interview am Ende. Also erstmal vielen herzlichen Dank für die interessanten Antworten. Einfach nur als Abschlussfrage: Gibt es noch irgendwas, was Sie irgendwie zu dem Thema erwähnen wollen würden, wo ich vielleicht nicht explizit nachgefragt habe, was Sie aber noch wichtig finden, das vielleicht nochmal zu  
655 erwähnen? #00:42:05-7#

**B1:** Fällt mir jetzt gar nichts ein. Nein, ich glaube wir hatten schon sehr viele Themen angeschnitten. #00:42:12-8#

660 **I:** Gut, alles klar. Ja dann herzlichen Dank nochmal dafür, dass Sie mir die Möglichkeit auch gegeben haben mit Ihnen zu sprechen und dann würde ich auch an dieser Stelle das Aufnahmegerät ausschalten. #00:42:23-5#

## Transkript: Experteninterview Ila

<b>Aufnahmetag, Aufnahmezeit, Aufnahmeort</b>	Freitag, 12.07.13, 15:00 – 16:00 Uhr, Hamburg
<b>Interviewart</b>	Experteninterview, Face-to-Face-Interview
<b>Interviewdauer</b>	53 min 19 sec
<b>Name der Interviewerin</b>	Anna Lensing
<b>Name der Transkribierenden</b>	Anna Lensing
<b>Name der interviewten Person</b>	Anonymisiert

5 **I:** Okay. Also Herr *[Simon]*, auf Ihrer persönlichen Homepage finden sich ja diverse Informationen zu Ihrer Person, Ihrem Werdegang, Forschungsbereichen und -Interessen. Habe dann eben gesehen, dass Sie im Jahr *[1979]* Ihr Diplom in Psychologie erlangt haben, dann *[über]* zehn Jahre als Psychotherapeut gearbeitet haben und dann ab *[1990]* die Arbeit, oder den Einstieg in die wissenschaftliche Arbeit *[an einem Universitätsklinikum]* (B2: Korrekt, ja.) gefunden haben, ja? Gut. Das heißt dann, *[folgten Promotion und Habilitation]* und haben dann *[...]*, wenn ich das richtig verstanden habe, auch wieder die Tätigkeiten an Universitäten und Universitätskliniken aufgenommen. #00:00:48-9#

10

**B2:** Ne, da war ich immer. *[1990]* bin ich an Universitätskliniken gewesen, habe dann *[eine Gastprofessur an einem psychologischen Institut gehabt]*, bin danach wieder nach *[Rostock]* zurück gekehrt, *[...]* dann noch einmal vier Jahre am Universitätsklinikum in *[München]* und *[ein Zeit lang am Universitätsklinikum in Berlin]* #00:01:14-0#

15

**I:** Okay, gut. #00:01:15-8#

20 **B2:** Ne, quatsch, stimmt gar nicht. *[...]* seit April *[diesen Jahres]* bin ich hier *[...]* bei den Psychologen. #00:01:26-7#

20

**I:** Okay, okay. Ich habe darüber hinaus gesehen, dass Sie in *[an einer psychiatrischen Klinik und einem Kinder- und Pflegeheim]* auch einige Jahre quasi, ja / #00:01:39-5#

25

**B2:** In *[Leverkusen]*, in *[Leverkusen]* habe ich nur Zivildienst gemacht (lacht). #00:01:42-3#

30 **I:** Achso, okay, gut. Aber, was mich letztlich eigentlich interessiert, Ich würde gerne wissen, ob diese Arbeit noch vor Beginn Ihres Studiums ausschlaggebend dafür war, dass Sie überhaupt quasi das Interesse für die Psychologie entwickelt haben? #00:01:57-4#

35

**B2:** Ne, umgekehrt. Ich habe mich, habe mich als Schüler schon für Psychologie interessiert, habe in der Schule ein paar Referate über Psychologie gehalten und

40 habe dann Rickling, die Psychiatrie mir bewusst ausgesucht, weil mich das einfach interessiert hat, dieses psychiatrische Krankheitsbild. Da Leute mit psychischen Störungen sehen zu können. Das, das war genau andersrum. Es war erst das Interesse da und dann dann der Lebensweg in, in die Richtung #00:02:19-2#

I: Okay, okay. Gut, jetzt besetzen Sie ja derzeit hier die Vertretungsprofessur / #00:02:24-6#

45 **B2:** Ne, nicht mehr. Ich habe inzwischen einen Ruf auf eine B2-Professur. Den habe ich auch angenommen. #00:02:29-5#

I: Ach, nicht mehr. Achso, gut. War das nicht der aktuelle Stand? #00:02:31-4#

50 **B2:** Ne, scheinbar nicht. #00:02:32-7#

I: Okay, gut. Aber Ihre Forschungsschwerpunkte allgemein, ja, beziehen sich ja nach eigenen Angaben, auch gerade von Ihrer Homepage, auf, ja, sagen mal, 55 [mehrere] große Bereiche, also Sie hatten da [verschiedene Bereiche angegeben] und eben BIID. Der Bereich, dem ich mich jetzt eben auch intensiv widme. Können Sie sich daran erinnern, in welchem Zusammenhang Sie das erste mal mit dem Thema BIID in Berührung gekommen sind? #00:02:59-9#

60 **B2:** Das war bei den Recherchen zu meinem Buch über Body-Modification. Der, der Anlass war wiederum ein ganz lächerlicher und zwar wollte meine ältere Tochter sich ein Bauchnabelpiercing stechen lassen, und ich habe damals im Internet nach Informationen gesucht, warum sie das besser sein lassen sollte. Kam relativ rasch dann auf ein paar so amerikanische Hardcore Seiten, bei denen also Extrem-Arten 65 der Body-Modification beschrieben wurden und habe dann intuitiv den Eindruck gehabt, das ist ein Bereich von dem mindestens die deutsche Psychologie überhaupt nichts wusste. Also man wusste sehr viel über so normale Arten von Piercings und Tattoos und so weiter, aber nicht über diese extremen Geschichten, die manche Leute machen. Hab dann angefangen darüber sehr systematisch zu 70 recherchieren, einfach so Fallbeispiele aus dem Internet raus geholt, geguckt was es da alles gibt, was die Motive der Leute sind und dann bei den Recherchen bin ich eben auch darauf gestoßen, dass es eine Subgruppe gibt von Leuten, die sich so stark zu modifizieren, dass sie sogar den Wunsch haben, Körperteile zu ver/, ab/, ja, zu verabschieden (lacht). #00:03:55-4#

75 I: Zu verabschieden (lacht), genau. #00:03:56-7#

**B2:** War jetzt die falsche Wortwahl. Ich weiß aber inzwischen, dass es eine völlig andere Gruppe ist. Also, die Leute mit Body-Modifications, die wollen schöner 80 aussehen, attraktiver aussehen, sich selbst finden, während die BIID-Leute tatsächlich darunter leiden, Arm, das Gefühl zu haben - Arm zu viel. Das hat also mit der, mit der klassischen Body-Modification nicht viel zu tun. Insofern hat sich dann die Forschung auch wieder auseinander diffundiert. Antworte ich zu lange? Sie müssen das ja alles auswerten.

85

**I:** Überhaupt nicht (lacht). Nein, um Gottes Willen. Ich bin über jede Information glücklich #00:04:23-7#

90

**B2:** Ne, ich weiß ja nicht. Ob das mehr so zwei-Wort Sätze sein sollen oder / #00:04:28-4#

95

**I:** Nein, um Gottes Willen, gar nicht. Sie können mir gerne alles dazu erzählen. Sie haben das im Prinzip jetzt auch ein bisschen vorweg genommen, ich hätte sonst gefragt, ob Sie auch angefangen haben über das Thema "BIID" so wirklich ganz konkret zu recherchieren und auf welche Art der Publikationen Sie dann anfangs dabei gestoßen sind. Also, sind Sie selber quasi auf Zeitungsartikel irgendwie schon aufmerksam geworden, oder irgendwelchen, ja, weiß ich nicht, vielleicht auch Privatpersonen, die dazu was geschrieben haben oder / #00:04:54-7#

100

(Geräuschkulisse zu laut, so dass B2 mit der Antwort abgewartet hat, bis man wieder etwas hören konnte) #00:04:57-4#

**B2:** geht das, geht das trotzdem, oder? #00:04:59-3#

105

**I:** (lacht). Ich hoffe! #00:05:00-0#

110

**B2:** Ne, das kam so, dass ich damals dann ein Kapitel in dem Buch über Body-Modification /, ich habe ja da ein Buch geschrieben draus, waren nachher so viele Fallbeispiele, dass die in den Artikel nicht mehr rein passten. Waren 700 Normdruckseiten (lacht), die ich nachher hatte. Habe dann verzweifelt versucht, einen Verlag zu finden, keiner wollte es verlegen. Und [ein Verlag], wo es dann nachher erschienen ist, der hat dann gesagt "Also 700 Normdruckseiten, das ist deutlich zu viel". Ich musste die Hälfte kürzen, egal, weil die haben es immerhin verlegt. Gilt, gilt, ja gilt ja heute als [eines bekanntesten Bücher zu dem Thema]. Das

115

ist, das ist, doch doch, das hat mir dann zu spätem Ruhm verholfen und ein Kapitel war genau über BIID damals noch. Also ich wusste, ich kannte diesen neuen Ausdruck noch nicht, der ist ja erst 2005 oder sowas von Michael First kreiert worden, bis dahin hieß das noch "Apotemnophilie". Und ein Kapitel in dem Buch war

120

über Apotemnophilie und für dieses Kapitel habe ich ja immer /, ich habe das ja immer abgeglichen beim Buch schreiben schon mit der wissenschaftlichen Literatur abgeguckt, was haben andere Leute dazu gefunden. Einmal Fallbeispiele von Leuten, die solche Sachen gemacht haben, aber dann eben dann auch mehr geguckt, wie is der Stand der Wissenschaft zu der Fragestellung, wieviele Gepiercte gibt es, was, was sind andere Studien über Motivation von, für Tattoo und so weiter

125

und habe da dann schon etliche ältere Untersuchungen zitiert. Und dann, was ich fast erwartet habe war, dass erste Betroffene sich dann aufgrund des Buches bei mir gemeldet haben, weil das Buch stellt diese ganzen Arten von Körperveränderungen relativ neutral dar. Sehr, sehr unwertend. Und die, das weiß ich inzwischen auch, diese BIID-Leute sind da schon sehr aktiv. Also ein Großteil von denen sind sehr hoch intelligente Leute. Ein überproportional hoher Teil sind Akademiker und die recherchieren schon sehr genau danach, wo wird irgendwo was

130

publiziert, was veröffentlicht. Und dann haben erste Leute angefangen, mit mir Kontakt aufzunehmen. Und, ja, aus der Motivation heraus dann eine Gruppe zu haben von Betroffenen, die man da näher untersuchen konnten, haben wir dann angefangen erste Studien zu machen. Das habe ich gemacht in Lübeck, da haben wir die erste Gruppe, die wir dann untersucht haben. Das waren alles persönliche Kontakte erstmal. Die die mich also tatsächlich irgendwie kontaktiert hatten und dann deren Bekannte und so weiter, haben mich dann wieder kontaktiert. Die erste Studie waren glaube ich neun Patienten, die wir dann untersucht haben mit einem, mit einem Testverfahren und dann hat sich das stückweise immer weiter ausgeweitet. #00:07:11-4#

I: Okay. Das heißt also, dass die Betroffenen selber an Sie heran getreten sind, Sie im Grunde da gar nicht (B2: Korrekt) nach suchen mussten. Okay. Wenn Sie versuchen würden, jetzt in ein paar Sätzen das Störungsbild von "BIID" zu beschreiben, aus Ihrer eigenen Erfahrung mit der Störung heraus. Wie charakterisiert sich das genau für Sie? #00:07:36-5#

**B2:** (seufzt) Das ist bis jetzt noch ein sehr heterogenes Krankheitsbild, weil wir nicht genau wissen wo die Grenzen sind. Also, der erste Punkt den wir festgestellt haben, war natürlich, dass die Leute eine Amputation haben wollen. Das war ja bis dahin auch Konsens. Also, die haben einfach das Gefühl mein rechtes Bein oder mein linkes Bein ist nicht Teil meines Körpers. Und sie haben ein Schönheitsideal, was dann, sie empfinden sich witziger weise als perfekt, als ideal, wenn sie dieses Bein nicht mehr haben. Kann, kann auch nur ein Finger sein, kann ein ganzer Arm sein. Deswegen hieß das zunächst einmal ja auch das alte Krankheitsbild Apotemnophilie, also Liebe zum Abschneiden. Inzwischen haben wir festgestellt, dass es also darüber hinaus auch andere Leute gibt, die sich nicht nur eine Amputation wünschen, sondern eine Lähmung. Zum Teil irgendwie eine Lähmung nur eines Fußes, zum Teil sogar eine Querschnittslähmung. Das heißt also das Krankheitsbild wurde dann ausgeweitet auf Amputationen und Lähmungen. Inzwischen hadert man damit, in welchem Ausmaß dahinter auch insgesamt irgendwie der Wunsch nach Behinderung steht. Also, man kommt auf ganz komische Geschichten, manche wünschen sich irgendwie Blindheit sogar, Taubheit, einer hat mich angeschrieben, der wollte unbedingt inkontinent sein, ein anderer wollte unbedingt Diabetes haben und wir Wissenschaftler wissen im Augenblick nicht, wo da die Grenzen sind. Also, es ist nicht, nicht nur der Wunsch ein Körperteil zu verlieren, sondern dahinter steht irgendwie ein ganz sonderbares Ideal behindert zu sein, aber, auch wieder nicht. Denn sie alle beharren darauf, wenn man ihnen das Bein abschneidet, wären sie nicht behindert. Die meisten sind /, viele sind Akademiker, stehen in hohen Positionen, sind also eh Schreibtischtäter und beharren darauf, dass sie ihren Job genau so gut machen können, wenn sie ein Bein verloren haben. Ja oder wenn sie im Rollstuhl sitzen, was weiß ich, der eine sagte, er könnte seinen Job genau so machen im sitzen. Das das würde sich nichts nehmen und und dass er gerne im Rollstuhl sitzen müsste, das hat ja nichts mit seinem Job zu tun, er könnte seine Arbeit genau so machen, er würde der Versicherung nicht zur, nicht zur, zur Last fallen. Ja, insofern wollen die behindert sein, aber irgendwo wollen sie auch wieder nicht behindert sein oder wollen gerade

180 beweisen, dass sie auch mit einer Behinderung nicht behindert sind. Okay.  
#00:09:47-2#

185 **I:** Okay. Hat der Faktor, dass Sie sagen, das ist ein sehr heterogenes Phänomen, wenn man das so sagen kann, damit zu tun, oder wurzelt ihr Interesse an der weiteren Auseinandersetzung darin gegebenenfalls auch, dass man die Ursachen der Störung nicht so richtig nachvollziehen kann bisher oder würden Sie sagen, dass das Interesse an der weiteren Auseinandersetzung auch in irgendwelchen anderen Dingen begründet ist? #00:10:15-5#

190 **B2:** Das fasziniert mich total. Ich meine, wie wie kommt man auf die Idee, dass man sein Bein amputieren lassen möchte freiwillig? Das ist ja etwas worunter die meisten Leute leiden. Ich zitiere in meinen Vorträgen gerne eine Frau, der ausversehen ein Bein amputiert wurde, irgendwie das falsche oder sowas, und die auf Schadensersatz geklagt hat in Höhe von 100.000 Euro. Ja, für uns, für mich wäre das das schlimmste einfach einen Arm oder ein Bein zu verlieren. Wie kommt  
195 jemand auf diese diese irre Idee, sich ein Bein abschneiden lassen zu wollen. Ich habe ja inzwischen Leute kennen gelernt, die es getan haben. Ich habe also mindestens einen, den ich kennen gelernt habe, mit zwei Beinen, und den ich getroffen habe mit einem Bein, ja. Die mache das wirklich. Aber das, das nachzuvollziehen, wie soll ich sagen, also nach, nach Jahrzehnten an an Balkendiagrammforschung und Standardabweichung und und und Varianzanalyse und all so einen Kram, hat mich das wieder auf die Basis dessen zurückgeführt, weswegen ich mal Psychologie studiert habe. Einfach den den, ja, den Menschen zu verstehen. Diesen, diesen ganzen Wahnsinn, den wir in unserem Kopf haben und deswegen ist das eine Störung, die ist, sie ist, sie ist kaum, sie ist kaum  
200 erforscht. Sie Sie können noch wirklich wissenschaftliche Leistung machen, es ist nicht wie, was weiß ich, die 1000. Studie über Schizophrenie oder die 100.000. über Depressionen, sondern die Studien, naja inzwischen wachsen sie natürlich progressiv an die Anzahl der Studien, aber vor ein paar Jahren konnte man wirklich  
205 /, da gab es wirklich eine Hand voll Studien darüber, da kann man noch wirklich wissenschaftliche Arbeit leisten und und da etwas rausfinden. Und das fasziniert mich natürlich total. Also so so, der erste /. Ich habe jetzt Bachelor-Arbeiten von Studenten, (unv.) Bachelor-Arbeit von einem Student ist nichts großes, aber alle fünf Arbeiten, die heute morgen, die ich heute morgen, mit denen ich heute morgen gesprochen habe, erforschen etwas, was weltweit noch nie erforscht worden ist.  
210 Das ist dann schon ein anderes Kaliber. Ich habe eine Bachelor-Arbeit betreut in *[Göttingen]*, mit der Kooperation mit der Uni *[Göttingen]*, und die hat immerhin 19 Betroffene befragt, die die sich tatsächlich einen Arm oder ein Bein haben amputieren lassen. Das ist die weltweit erste Studie, mit so einer großen Stichprobe und das, und das bei einer Bachelor-Arbeit (...) / #00:12:06-3#

220 **I:** Stramme Leistung (lacht). Okay. Welchen Raum nimmt denn die Auseinandersetzung mit BIID in Ihrem Forschungsalltag ein. Also, erfolgt irgendwie eine Priorisierung (unv.) mit BIID oder würden Sie auch sagen, dass die anderen Gebiete, denen Sie sich widmen, gleich viel behandelt werden? #00:12:25-8#

225

**B2:** Ne, im Augenblick forsche ich fast eigentlich nur noch über BIID. Über Body-Modification haben wir in Lübeck eine einzige Studie gemacht, über Piercing. War auch ganz witzig, da ist raus gekommen, dass Piercing gar nicht so schlecht ist, die Leute werden reifer davon, die Jugendlichen (lacht). Die werden irgendwie ein Stück erwachsener. Und im Augenblick also, forsche ich eigentlich, die ganzen Projekte die ich habe sind alle über BIID. Ich habe daneben, habe ich gar kein anderes mehr im Augenblick. #00:12:46-8#

**I:** Okay. Und welche Schwerpunktsetzung erfolgt dann dabei? Geht es da auch weiter um Ursachenerforschung oder / #00:12:53-8#

**B2:** Es geht im Augenblick um Abgrenzung. Ich habe ja einen Antrag gestellt auf Aufnahme von BIID ins ICD-10. Das haben die abgelehnt und haben gesagt also es ist noch mehr Differentialdiagnose erforderlich. Das ist in kein /. Also, man weiß einfach nicht in welches Störungsbild es jetzt wirklich rein gehört. Von daher versuchen wir im Augenblick das abzugrenzen gegen verwandte Störungen. Also insbesondere gegen Transidentität, Mankophilie und was war da noch alles? Ja, dann dann versuchen wir, genau, auch Ursachenforschung zu machen in der Kindheit. Ob bestimmte Eigenschaften, bestimmte Erlebnisse die Leute in der Kindheit gehabt haben. Was war das denn noch? Jetzt habe ich es vergessen, ich vergesse meine eigenen Forschungsprojekte (lacht). Aber gut (...) also Ur/, Ursachen, Ursachen vor allen Dingen/, achso und welche welche Therapieverfahren die schon ausprobiert haben, das war die springende Frage. In welchem Ausmaß Psychotherapie dagegen hilft, ob das denen irgendwas nützt und da fragen wir gerade eine Stichprobe von Betroffenen, ob die schon irgendwelche Psychotherapie- oder medikamentöse Erfahrung haben, ob das irgendwas genutzt hat. #00:13:55-5#

**I:** Darauf würde nämlich jetzt auch meine nächste Frage sowieso zielen. Also, was natürlich auch in der Auseinandersetzung mit BIID aufgefallen, ja, dass sich eben, wie Sie es gerade selber schon erläutert haben, ein erheblicher Teil der Forschung eben mit der Ergründung der Ursachen, beziehungsweise eben der Konzeptionalisierung von Therapiemöglichkeiten beschäftigt. Ich würde jetzt gerne wissen, wie Sie sich jetzt persönlich dazu positionieren. Also, welche der bislang publizierten Erklärungsansätze bezüglich der Ursachen von BIID erscheint Ihnen am plausibelsten, wenn man das so sagen kann? Gibt es da eine Priorisierung oder würden Sie / #00:14:33-4#

**B2:** Es gibt keine Priorisierung. Also es gibt ja, es gibt ja eigentlich die beiden gegensätzlichen Theorien. Einmal die neurologische Theorie. Die Amerikaner im Augenblick behaupten vorwiegend, das wäre eine Schädigung des Parietallappens, in dem Bereich in dem unsere Körperfühlsphäre drin ist. Es, irgendwas ist klar, irgendwas im Gehirn dieser Leute tickt nicht richtig, ist gar keine Frage. Es gibt auf der anderen Seite (unv.) die psychologischen Theorien, das irgendwas in der Kindheit passiert ist. Traumata, aus irgendeinem Grunde ist es ja so, dass diese Leute als Kind, wenn sie das erste mal einen behinderten sehen, ein normales Kind reagiert mit Erschrecken und sagt "Oh Gott, der Arme, was ist dem denn passiert?"



und die BIID Leute sagen alle übereinstimmend, wenn sie das erste mal einen Amputierten gesehen haben, dann hatten sie sofort das Gefühl "So möchte ich sein, so müsste mein Körper sein" und wir wissen nicht warum. Also da stecken bestimmt auch Konzepte drin, wie sekundärer Krankheitsgewinn oder sowas, aber in meinen Augen überlappen sich diese beiden, das sind ja keine widersprüchlichen Geschichten. Also ich denke was neurologisches ist da passiert, was diese Leute darauf vorbereitet, von von Kindheit an schon, dann auf den Anblick eines Behinderten anders zu reagieren als wir Normalen. Das das Sonderbare, also ich meine, eine Dysfunktion des Parietallappens würde ja heißen, dass dass jetzt ein bestimmtes Körperteil betroffen ist und das dann dann unveränderbar den Rest des Lebens ist. Das ist aber nicht der Fall, sondern bei manchen Betroffenen wechselt das von der einen Seite auf die andere. Der eine wollte, was weiß ich, da sein linkes Bein amputiert haben und dann hat er im rechten Bein aber eine Knieentzündung gekriegt, eine chronische, und hat sich gesagt "Also wenn ich jetzt mein linkes Bein amputieren lasse und im rechten eine chronische Knieentzündung habe, dann dann ist ja auch schlecht, also lasse ich mir lieber mein rechtes Bein amputieren." Hat er auch gemacht. Also da ist bei vielen Betroffenen, ist da eine logische /. Oder viele wollen auch lieber das linke Bein, weil ohne das rechte kann man kein Auto mehr fahren. Und so gesehen stehen stehen da auch wieder logische Überlegungen. Es wechselt meiner Erfahrung nach niemals von Arm auf Beine, sondern wenn die Beine ab sollen, dann sollen die Beine ab, wobei welches Bein scheint variabel zu sein. Genau das spricht aber gegen eine rein neurologische Erklärung.(...) Aber warum nicht beides? Also es muss /. Alles was wir tun, alles was wir machen, alles was wir denken hat ja, hat ja eine neurologische Basis. Also, es muss ja, muss ja im Gehirn verankert sein, also es ist sicherlich beides. Es hat eine neurologische Komponente und eine psychologische. Das widerspricht sich nicht. #00:16:54-3#

**I:** Gibt es denn Ihrer Meinung nach irgendwelche Erklärungsansätze, die Sie jetzt prinzipiell, ich sage mal im weitesten Sinne, zurückweisen würden? Also, beziehungsweise was Sie nicht nachvollziehbar finden? #00:17:05-8#

**B2:** (...) Nö, weiß ich nicht. (...) Ja, es gibt so, gibt so tiefenpsychologische, psychoanalytische Ansätze, die ich selber nicht nachvollziehen kann, die durchaus ihre Begründung haben können. Also, (...) was weiß ich da, irgendwie, wurden dann da /. Ich habe mal was gelesen. Das ist das Problem, wenn man das so zurückweist, dann merkt man sich das auch nicht so. Dann denkt man sich was ist das für ein Humbug. (...) Irgendwie, was war das denn? Mit nicht gehen können. Es es geht nicht, es geht nicht mehr. Genau, so eine Erklärung. Also, so eine typisch psychoanalytische, dass die sich ein Bein amputieren lassen wollen, weil es geht nicht voran im Leben oder sowas. So in der Richtung war da, war da mal was. Und das das, da habe ich dann Schwierigkeiten das nachzuvollziehen. (...) So denken ja die Analytiker, ne? So die die Dethlefsen "Krankheit als Weg" und so weiter. Ich weiß nicht ob Sie das kennen. #00:18:02-0#

**I:** Das kenne ich nicht, nein. #00:18:03-2#

**B2:** Der sagt ja ein Knochenbruch, der bricht ein Leben. Ein Knochenbruch ist kein

320 Zufall, sondern man bricht sich etwas weil der Lebensweg zu hektisch gewesen ist  
und der Knochenbruch zeigt an, dass man seinen Lebensweg unterbrechen muss.  
(...) Ja, also Dethlefsen, "Krankheit des Weges" ist ein Bestseller. Also, ich meine,  
ich weiß nicht was der Mann an seinem Buch verdient hat. Das ist, das ist schon,  
325 das sind schon so also dann, ja psychosomatische Theorien aus den 50er, 60er  
Jahren, die, die da überlebt haben. Und sowas gibt es dann halt auch zu BIID. Also,  
eine Beinamputation weil es, es geht nicht mehr oder es geht nicht mehr weiter oder  
sowas in der Richtung. Das das finde ich ein bisschen arg an den Haaren herbei  
gezogen, aber vielleicht ist es auch richtig. (...) Wir wissen es nicht. Hat noch keiner  
erforscht. #00:18:51-1#

330

I: Okay. Sie hatten ja eben selber schon angesprochen, dass ja, mehrere  
Bezeichnungen, ich sage mal im Umlauf sind, um das Störungsbild zu bezeichnen.  
Ich hatte dabei das Gefühl, dass je nachdem was für eine Schwerpunktsetzung  
erfolgt eben auch unterschiedliche Begriffe genutzt werden. Also die Gruppe dann  
335 eben um Money hatte ja dann "Apotemnophilie" eingeführt. (B2: Genau). Das ist ja  
dann, Sie hatten es selber schon gesagt, von Michael First irgendwann aufgegriffen  
worden, etliche Jahre später, und dann eben auch in Body Integrity Identity Disorder  
umbenannt worden. Sie selbst wählen ja auch den Begriff BIID, wenn Sie von der  
Störung sprechen / #00:19:30-3#

340

B2: Weil er im Augenblick akut ist. Der nächste Begriff war ja "Xenomelia". Das  
haben sich die Amerikaner ausgedacht. Also "xeno" von "fremd", "melia" "Glied",  
fremdes Glied. Und was aber die Störung auch nicht so sehr, so sehr trifft, weil ja,  
wir wissen nicht wo, wo das anfängt und aufhört. Also es ist nicht nur, nicht nur das  
345 Gefühl /. Es nicht unbedingt /. Es gibt ja so neurologische Erkrankungen, bei denen  
die Leute tatsächlich /, so beim Heminiglect oder sowas empfinden die Leute ein  
eigenes Körperteil als völlig fremd oder Alien Hand Syndrom oder Alien Limb  
Syndrom oder sowas, gibt es ja. Bei den BIID Leuten ist es schon noch ein bisschen  
anders, weil man /. So/, Somatophrenie oder sowas. Die benutzen ja ihr Körperteil  
350 nicht entsprechend, während die BIID Leute durchaus mit dem Bein rum joggen und  
solche Geschichten. Also der Begriff Xenomelia kursiert im Augenblick durch die  
Lande, ist neu, ist auch noch nicht so ganz abgeschafft, aber die Fachleute selber  
sagen also es ist auch noch nicht das Gelbe vom Ei. In Zürich war ja ein Kongress,  
jetzt gerade im März, und da hat man vorgeschlagen, das Body Incongruence  
355 Disorder, also Körper-Inkongruenz-Störung" zu nennen und zwar deswegen, weil  
die Transidenten, und Transidentität ist ja die einzige Krankheit, die als /. Krankheit  
darf ich gar nicht sagen, Entschuldigung. Großes Fauxpas. Die die Transsexuelle,  
die Transidenten sehen sich ja selber nicht als gestört, sondern die beharren drauf,  
sie sind völlig ungestört und haben einfach /, stecken einfach nur durch  
360 irgendwelche Geschichten im falschen Körper drin, ansonsten sind sie normal. Es  
ist nur eine Inkongruenz und keine Störung. Und insofern versucht man /. Also eine  
Idee ist, dass das bei den BIID Leuten halt auch so ist, dass es umbenannt wird in  
Körper-Inkongruenz. Ja und wie weiter weiß ich nicht, Disorder ist, ja, das (...). Ja  
Ich habe, ich habe, weiß ich nicht, etliche dutzend Betroffene inzwischen kennen  
365 gelernt und so im statistischen Mittel sind sie genau so verrückt oder normal, wie  
jeder von uns. Also es ist, es sind Leute zum Großteil, die einen Job haben. Zum

Teil hohe Positionen, die arbeiten gehen, Familie haben, Steuern zahlen und und völlig unauffällig leben. Es ist nicht so, dass dass dass die irgendwie jetzt psychisch völlig abstrus, kaputt, schizophren, neurotisch oder sowas sind. Die sind schon  
370 normal. (...). Im Großen und Ganzen. Abweichungen gibt es ja immer, aber im Großen und Ganzen sind sie völlig normal und haben das Gefühl mein rechtes Bein gehört nicht zu mir. Okay, aber es ist denn die Frage: Können wir es, können wir es Disorder nennen, können wir es Störung nennen? Ist es, ist es eine Störung oder was ist es eigentlich? #00:22:03-3#

375

**I:** Das ist die Frage. Also, ist es Ihrer Meinung nach denn, zumindest zum aktuellen Standpunkt legitim, irgendwie alle Bezeichnungen zu benutzen um darüber zu sprechen? #00:22:18-0#

380 **B2:** Nö (lacht). Das verwirrt ja. Das das verwirrt ja total. Also, man man kann ja auch nichts nichts wirklich erreichen, so so im im Gesundheitssystem oder sowas, wenn wenn dieselbe Krankheit unter zehn verschiedenen Bezeichnungen kursiert. Also man versucht ja hier langfristig auch Möglichkeiten zu finden diesen Leuten zu helfen und dann bringen Sie mal nachher den den Kostenträgern oder sowas bei,  
385 dass dieselbe Störung unter zehn verschiedenen Begriffen dann dann läuft. Das kapieren die ja bei den, bei den, was weiß ich da, Krankenkassen oder sowas nicht unbedingt dann, das Xenomelia dann dasselbe ist wie Acrotomophilie und Acrotomophilie dasselbe wie Body Integrity Disorder. Problem ist natürlich, wenn man das Disorder weg lässt, dann würden sich langfristig die Krankenkassen nicht  
390 mehr unbedingt verpflichtet fühlen irgendetwas zu bezahlen. Das ist, der /, der Wunschtraum von den Betroffenen ist ja die Wunschamputation. Das also auf Kosten der Krankenkassen /. Nicht mal. Viele wären bereit das selber zu zahlen, wenn das Bein nur weg kommt, wenn die denn Geld haben. Viele, wie gesagt, stehen in guten Positionen, die können sich das sogar leisten. Aber die  
395 Krankenkassen könnten sich dann freundlich raus halten, wenn es keine keine Störung mehr ist. Weil wenn es keine Störung mehr ist, dann dann ist es nicht mehr Aufgabe des gesetzlichen Gesundheitssystems. #00:23:30-2#

**I:** Okay. Sie hatten jetzt gerade selber auch schon gesagt, dass Sie auch [prinzipiell dafür sind] BIID ins ICD-10 quasi (B2: Ja) aufzunehmen (B2: Richtig.). Warum sollte das Ihrer Meinung nach genau geschehen? #00:23:43-9#  
400

**B2:** (lacht) Damit man es disku/, di/, diagnostizieren kann. Ich kann keine Krankheit  
405 diagnostizieren, man kann sie streng genommen, kann man sie nicht mal behandeln. Ich kann eine /, ich kann nur /, ich kann einen Patienten /. Also, Ich bin ja auch, ich bin ja nebenbei auch noch ambulant tätiger Therapeut, Psychotherapeut, Verhaltenstherapeut und streng genommen könnte ich jetzt also einen Patienten mit BIID nur therapieren, wenn BIID auch im Diagnoseschlüssel drin  
410 ist. Ich muss ja auch eine Diagnose eingeben, ansonsten darf ich das mit der Krankenkasse überhaupt nicht abrechnen. Also, weder, weder, weder eine Therapie streng genommen, noch noch langfristig eine Wunschamputation wäre möglich, ohne Aufnahme ins ICD-10. Geht gar nicht. Wenn es keine, wenn es keine

415 anerkannte Störung ist, darf man es weder behandeln, noch noch diagnostizieren,  
noch noch noch bezahlen oder /. #00:24:26-5#

420 **I:** Okay. Und können Sie sich vorstellen, warum es Wissenschaftler gibt, die genau  
das ablehnen? Also die sagen es sollte nicht aufgenommen werden? Bin ich in der  
Literaturrecherche auch drüber gestolpert, dass es da auch Leute gibt, die sich klar  
dagegen positionieren und sagen, es sollte nicht dazu kommen. #00:24:45-7#

**B2:** Wissen Sie mehr als ich, wer denn? (lacht) #00:24:47-8#

425 **I:** Das, das darf ich glaube ich so nicht sagen (lacht). #00:24:51-0# #00:24:52-0#

**B2:** (lacht) Achso, okay. #00:24:52-2#

430 **I:** Aber wenn Sie sich das jetzt vorstellen würden, was könnte denn Ihrer Meinung  
nach dagegen sprechen? Wenn sie sich versuchen würden da / #00:24:57-6#

435 **B2:** Also es sind eher die Betroffenen selber. Die Betroffenen selber sagen "Ich bin  
ja nicht verrückt. Warum /, ich bin ja nicht verrückt, ich bin ja nicht irgendwie  
geisteskrank. Ich habe nur das Gefühl mein rechts Bein gehört nicht zu mir, aber  
ansonsten bin ich ja, ich /." Das sagen die auch so "Ich arbeite hier, zahle meine  
440 Steuern und ernähre meine Familie und bin glücklich verheiratet. Ich bin ja nicht  
verrückt. Also wieso, wieso dann in ein Verzeichnis von psychischen Erkrankungen?  
Ich bin ja nicht psychisch krank" sagen die. "Ich habe nur das Gefühl mein Bein  
gehört nicht zu mir. Aber ansonsten bin ich doch normal". Also, der Protest kommt  
hier zum Teil eher aus den Reihen der Betroffenen. Andererseits, die Betroffenen  
445 sehen ein, also ohne Aufnahme ins ICD-10 wird es niemals in Deutschland zu einer  
Amputation kommen können, weil Ärzte dürfen nur amputieren, ja /, wenn wenn es  
mal legalisiert werden sollte, dürfte ein Arzt nur amputieren, wenn wenn eine  
entsprechende Diagnose da liegt. Der der dürfte gar nicht abschneiden, als das das  
/, von daher muss es ins ICD-10 rein. Das sehen die Betroffenen auch wieder ein.  
Nicht, das ist /. #00:25:52-3#

450 **I:** Es gab zum Beispiel einen Argumentationspunkt, der dagegen spricht, der davon  
ausgeht, dass sofern es wirklich in diesen Katalog aufgenommen werden würde,  
dass dann so ein gewisser Trittbrettfahrer-Effekt auftreten könnte. Also Leute, ja,  
anfangen quasi dieses Störungsbild zu diagnostizieren, weil es eben die Möglichkeit  
gibt und dann gegebenenfalls auch Fehldiagnosen irgendwie gestellt werden  
könnten. Dass diese Gefahr besteht. #00:26:24-9#

455 **B2:** Was glauben Sie wie viele Trittbrettfahrer es gibt, die sich tatsächlich auch  
Spaß dann ein Bein amputieren lassen würden? Das, die Gefahr halte ich bei bei so  
einer, bei so einer extremen Störung für extrem gering (lacht). (...) Also a müsste /,  
man müsste ja sowieso, bevor man da irgendwie Geschichten macht, müsste man  
ja immer ausklammern, dass es nicht andere Störungen sind. Das ist ja bei bei  
460 Transsexuellen oder sowas ist es ja genau so, dass man da, dass /, die müssen ja  
Gutachten vorlegen, in denen bescheinigt wird, dass sie nicht irgendwie schizophren

oder sowas sind und dass der, dass der Drang auf Geschlechtsumwandlung nicht auf einer, aufgrund einer Psychose ist. Das wäre ja bei BIID genauso, die müssten ja genauso Gutachten vor/, wenn es dann mal soweit kommen würde, wir sind Lichtjahre davon entfernt aber dann müssten die genauso psychologische, psychiatrische Gutachten vorlegen, in denen drin steht, der Mann ist nicht psy/,  
465 psychotisch. Der wünscht sich die Amputation nicht weil er schizophren ist, sondern da liegt tatsächlich, also nach den gängigen Kriterien, BIID vor und dann dann geht es. Aber Trittbrettfahrer, da da glaube ich nicht dran. Das ist, also /. (...) Gut, es gibt Schizophrene, die sich die sich im schizophrenen Schub einen, was weiß ich da,  
470 abhacken, alles mögliche, ja. Gibt es ja viele Beispiele, so, was weiß ich. Haben in der Bibel gelesen, "wenn deine rechte Hand dich ärgert, dann hacke sie ab" oder sowas und dann tun die das, aber das machen die im schizophrenen Schub, während bei den BIID Leuten besteht dieser Wunsch über Jahrzehnte hinweg. Und die wollen es ja wirklich und und kein kein normaler Mensch würde da zum  
475 Trittbrettfahrer werden und (...) warum sollte er? (lacht) Das ist, das ist zu extrem. Das is einfach, das is kein kein #00:27:53-6#

I: Halten Sie für unwahrscheinlich? #00:27:55-3#

480 **B2:** Deutlich. Deutlich. #00:27:57-5#

I: Okay. Sie hatten gerade eben auch selber schon angesprochen, dass jetzt im März diesen Jahres und aber auch im März 2009 ja in Frankfurt, ich weiß jetzt nicht, ob im März das auch in Frankfurt war, aber es gab einen internationalen Kongress  
485 eben zum Thema BIID, ja, an dem dann mehrere Wissenschaftler, die sich mit der Störung befassen, teilgenommen haben sowie auch diverse Betroffene aus aller Welt. Können Sie mir grob mal von Ihren Erfahrungen von diesem Kongress erzählen? Wie das ungefähr abgelaufen ist, wie sich das gestaltet hat. #00:28:27-1#

490

**B2:** Das waren die beiden witzigsten Kongresse, auf denen ich jemals gewesen bin. Und zwar deswegen genau, weil Betroffene eingeladen worden waren, genau wie wir Wissenschaftler. Und das war schon sehr spannend, also sonst die Wissenschaftler unter sich, die theoretisieren ja ganz gerne mal. Und also die die,  
495 dass das, das Auditorium auf beiden Kongressen voll war mit Behinderten, war schon ganz was besonderes. Und auch so das Interesse von den Leuten. Also diese Leute haben ein riesen großes Interesse, die selber können ja nicht erklären warum sie diesen absurden Wunsch haben und die, die haben schon ein riesen großes Interesse und die sind auch unheimlich, unheimlich brav dabei, bei der  
500 Forschung. Wenn man die bittet, also an irgendwelchen Forschungsprojekt /. Die laufen uns zum Teil hinterher. Die haben ein riesen großes Interesse heraus zu finden warum sie so falsch ticken. Die die Leute sagen ja, das beste was passieren könnte in vieler Hinsicht, wäre wenn sie ihr Bein behalten könnten und man könnte diesen Wunsch, diesen Drang wegzaubern irgendwie. Nicht, also das ist /, die  
505 wollen ja nicht unbedingt dann dann so so toll /. Die wissen ja schon um die um die Nachteile /. Und auf den Kongressen, also das zusammen sein mit mit den den Leuten, die direkt von der Störung betroffen waren, das habe ich schon als ganz

was besonderes empfunden. Das man eben nicht nur wissenschaftliche /. Sonst viele Kongresse /. Trockene wissenschaftliche Daten, ein Balkendiagramm nach dem nächsten und ein langweiliger Redner /, und da traten eben auch Betroffene auf und haben von sich erzählt. Und haben sich auch ganz, ganz stark an den Diskussionen beteiligt und haben zum Teil den Wissenschaftlern auch gesagt "Das ist jetzt Blödsinn, was Sie da erzählen". Das war schon gut, das hat Spaß gemacht. #00:29:53-1#

515

**I:** Okay. Wie würden Sie denn insgesamt die Kooperation, der sich mit BIID befassenden Wissenschaftler einschätzen? Also, würden Sie sagen da findet wirklich ein großer Austausch und Dialog statt, oder /? #00:30:04-7#

520

**B2:** Jo. Also durch die durch die Kongresse kennen wir uns alle untereinander und arbeiten eigentlich relativ gut zusammen. Kann ich nicht anders sagen, da gibt es gibt es wenig wenig Konkurrenzdenken im Augenblick, es gibt ja auch viel zu wenig /. Also die die kennen sich fast alle untereinander irgendwie persönlich. Das ist, da ist jetzt keine große Konkurrenz oder dass dass da (unv.). Gibt natürlich Diskussionen ob mehr psychologische Komponente, mehr neurologische, aber die auf einer total kooperativen Ebene. Das auch die Neurologen dann dann sagen "Okay, also sehe ich ein und ich bin auch bereit, meine Meinung da zu verändern". Ganz interessant war ja, dass wir entgegen der neurologischen Meinung auch Phan/ Phantomgefühle gefunden haben bei den Amputierten. Ganz spannende Geschichte, weil das spricht ja auch wieder dagegen, dass es ein richtiger neurologischer Schaden ist und da hat zum Beispiel Peter Brugger, der diese These eng vertreten hat, ganz klar okay, ja ne okay, er ist da flexibel. Wenn es da Phantomgefühle gibt, dann dann spricht das eigentlich mehr gegen die neurologische Genese. Das /. #00:31:00-0#

535

**I:** Okay, das würde dann bedeuten, dass Sie dann nicht irgendwie beobachten konnten, dass es irgendwie eine gewisse Durchsetzungstendenz oder sowas gab, ja? Dass (unv.) ein Beharren, ganz arg auf ihren Befunden und versuchen damit so eine gewisse Ausschließlichkeit irgendwie zu beanspruchen. #00:31:16-9#

540

**B2:** Ne, bis jetzt, bist jetzt nicht. Kommt vielleicht irgendwann. Die Meinungen, die Meinungen verfestigen sich da ja auch im Laufe der Jahre meistens bei den Leuten. Bis jetzt versuchen wir alle die Ursache heraus zu finden. Jeder hat so seine Prioritäten, aber, aber nicht so dass es da jetzt Streit gibt. Also ganz, eigentlich empfinde ich das jetzt so, ich weiß nicht, was die anderen dazu sagen würden, aber ich finde es im Augenblick sehr angenehm, sehr kooperativ. #00:31:40-8#

545

**I:** Okay. Das würde dann, schätze ich, beinhalten, dass Sie dann auch eine - wie auch immer geartete - Zusammenarbeit eigentlich bei der Erforschung der Ursachen auch von BIID vermutlich befürworten, ja? Das hört sich ja ganz klar so an. #00:31:55-0#

550

**B2:** Joa, ich habe [*mich dafür eingesetzt eine Initiative ins Leben zu rufen*], die versuchen sollte die Forschungsgeschichten zu koordinieren, aber da ist dann

555 langfristig nichts draus geworden. Das geht einfach nicht (lacht). Dazu gibt es viel zu  
viele Projekte, die so einfach so vor sich hin auch blühen und von der BIID  
Kommission gar nichts wussten und und Wissenschaftler fühlen sich da auch nicht  
ver/ irgendwie da, da verpflichtet ihre Forschung da anzumelden, es war dann doch  
wieder Wildwuchs und viele Sachen sind auch doppelt gemacht worden, aber (...)  
560 das ist dann wieder ein bisschen eingeschlafen. #00:32:25-3#

**I:** Okay. Wie nah oder weit voneinander entfernt verorten Sie denn, Ihrem eigenen  
Gefühl nach, die verschiedenen Disziplinen ja, aus denen heraus sich mit BIID  
befasst wird? Also, es gibt ja ethische Stellungnahmen zum Beispiel auch dazu, es  
565 gibt irgendwie eine juristische Perspektive darauf. Gut, dann gibt es natürlich halt,  
klar, psychologische, neurologische Ansätze. Würden Sie sagen, dass das relativ  
eng beeinander liegt oder würden Sie Ihrem Gefühl nach sagen, dass sind  
irgendwie Disziplinen, die sich aus allen Himmelsrichtungen quasi dem Phänomen  
näher? #00:33:00-9#

570 **B2:** (...) Ich verstehe den Sinn der Frage noch nicht so ganz, natürlich nähern sich  
alle Disziplinen aus ihrem Blickwinkel. Gibt ja auch, ja klar, gibt juristische  
Diskussionen darüber, wann man eine Wunschamputation erlauben kann, gibt von  
Seiten der der Behinderten Organisationen natürlich zum Teil auch /. Ich habe mal  
575 in einer Behinderten Zeitschrift publiziert einen Artikel drüber. Für Behinderte, die  
eine unfallbedingte Amputation haben, ist das natürlich sehr komisch, dass es Leute  
gibt, die die /. Was heißt komisch? (lacht). Ich habe die Leserbriefe leider nie  
gelesen auf den Artikel, müsste ich mal nachfragen, ob da welche eingegangen  
sind. Aber es ist klar, jeder jeder sieht die die Welt aus seinem Blickwinkel, aber es  
580 dreht sich ja trotzdem um dieselbe Störung und und es ist ja auch spannend /. Also  
ich meine, ich habe ja auch Bücher, Publikationen gelesen über juristische  
Standpunkte, weil mich das rasend interessiert und genau so haben die Juristen,  
also dann dann die Publikationen gelesen von den Neurologen und den  
Psychologen. Also, wir versuchen da ja schon ein Gesamtbild zusammenzutragen  
585 irgendwo. (...) Also insofern verstehe ich Ihre Frage jetzt nicht. Das das ist ja immer  
so. Man versucht ja immer da da /. #00:34:08-5#

**I:** Naja. Es hätte ja sein können, dass Sie das irgendwie so empfinden, dass es  
590 letztlich da, sage ich mal, viele Zugänge zu einem Thema gibt, wo Sie aber  
gegebenenfalls (...) nicht so richtig nachvollziehen können, wie es sein kann, dass  
sich aus, sage ich mal, diesen verschiedenen Perspektiven genähert wird, aber das  
verneinen Sie ja im Prinzip ganz klar. #00:34:28-1#

**B2:** Ne, also nicht bei BIID. Gibt natürlich diskrepante Meinungen, also die die Frau  
595 Müller zum Beispiel, die ist ja völlig gegen die Wunschamputation und sagt, das  
geht nun überhaupt nicht, sondern wir müssen erstmal warten ob nicht irgendwann  
Therapien entwickelt werden und ein Bein, was ab ist, ist ab und das kann man nicht  
mehr annäheren und von daher hat die ja /, ist die ja /, steht die ja /. Aber ich glaube  
die macht auch nicht mehr viel, ne? (...) Die Frau Müller, die forscht da glaube ich  
600 gar nicht mehr dran. Und eigentlich, der, der engere Kreis, der der Leute die  
forschen, nähern sich immer mehr dem Standpunkt an (unv.) deren Bein und wenn

die unbedingt das Bein los werden sollen, (...) das, sollen sie. Andere Leute piercen und tattowieren sich bis zum geht nicht mehr, es gibt plastische Chirurgie, bei denen die Leute sich, was weiß ich da, das Hüftgold weg operieren lassen oder Brüste vergrößern und verkleinern und so weiter und so weiter, alles mögliche und und (...) wenn die Leute hinterher, also behaupten, weiß man ja nicht genau, so funktionell, ja gut man erzeugt bei den ganzen anderen Geschichten keine Behinderung, also das wird dann auch wieder diskutiert, aber aber, also der Konsens im Augenblick, die Richtung geht dahin, wenn die unbedingt ein Bein los werden sollen, dann sollen sie doch. (...) Nicht, das ist /, wenn man denen wirklich damit hilft und /. #00:35:39-6#

**I:** Das wäre jetzt auch die Frage., Würden Sie sagen, dass eigentlich die Debatte um die Gültigkeit quasi von diesen Wunschamputationen im Moment so der umstrittenste Punkt ist zwischen Wissenschaftlern oder /? #00:35:52-0#

**B2:** Inzwischen nicht mehr. Also am Anfang ist es heiß diskutiert worden, vor fünf, sechs Jahren noch, soll man soll man Wunschamputationen durchführen oder nicht. Inzwischen geht der allgemeine Trend dahin, ja (...) macht es, macht es doch einfach. Wenn wenn also wirklich feststeht, jemand leidet seit 20 Jahren darunter und ist ist genauso funktionsfähig hinterher und so weiter, es ist keine Psychose, es ist wirklich BIID, geht eigentlich der Trend unter den Wissenschaftlern geht im Augenblick dahin, dass man dann dann dafür plädiert, dass dass die eine Wunschamputation kriegen. #00:36:28-7#

**I:** Okay, gut. Ich hätte jetzt auch sowieso darauf gezielt. Also im Gegensatz zu anderen Wissenschaftlern, Sie hatten das gerade eben selber schon benannt, die sich da auch ganz klar quasi kontra positionieren und sagen, eine Amputation darf auf keinen Fall irgendwie Mittel zum Zweck sein, ist mir das zumindest bis eben aus Ihren Schriften aus Ihren Schriften nicht so ganz klar hervor gegangen, wie Sie sich jetzt dazu positionieren. #00:36:52-7#

**B2:** Das das wächst ja im Laufe der Jahre, also ich habe natürlich auch erstmal mich da sehr deutlich zurückgehalten mit Meinungsäußerungen (...) weil man muss ja wirklich erstmal gucken. Das ist /, Sie können ja nicht, wenn Sie da da ein Jahr an BIID geforscht haben, dann direkt mal sagen "Ja prima", aber ich meine, ich forsche da jetzt dran seit, was haben wir jetzt? 2013, sieben Jahren. Und in sieben Jahren kommt man ja allmählich zu einer zu einer Meinungsbildung auch und und entscheidet dann, was was gut oder was schlecht ist und überzeugt hat mich eigentlich diese Studie an 19 Betroffenen, die auch zehn Jahre, manchmal noch mehr, nach der Amputation immer noch zufrieden damit waren und glücklich und alle gesagt haben "Also ich ich, ich bin, seitdem bin ich glücklich. Ich habe mich /, bis dahin habe ich mich durchs Leben gequält, habe immer gegrübelt über dieses Körperteil, wie kann ich es anstellen, das loszuwerden, habe unheimlich viel Zeit damit verplempert, darüber im Internet nachzsurfen über über Amputationen, wie kann man es machen, wie kriegt man es hin und so weiter, das hat mich depressiv gemacht und seitdem das Bein ab ist geht es mir gut, ich habe mir diesen Wunsch



650 erfüllt und ich bin jetzt viel leistungsfähiger, viel arbeitsfähiger, verplemper keine Zeit  
mehr damit ich bin bin quasi von BIID geheilt und kann mich jetzt wieder über das  
Leben freuen." Also, die die klagen zwar auch über über die Behinderung, dass sie,  
was weiß ich, im Rollstuhl sitzen, nicht mehr lange Strecken laufen können an  
Krücken und so weiter, aber sie sagen alle, alle 19 haben gesagt, "Das war es das  
655 selbst verwirklicht" und und die fühlen sich wohl damit. Okay und (...) ja, wenn ein  
Schwein auf der Bühne spricht, kann man immer noch sagen das ist Zufall, aber  
wenn es 19 Schwein tun können, dann dann (...) #00:38:26-0#

660 I: (lacht) Okay. Okay, das ist natürlich plausibel. #00:38:29-3#

B2: Ja, naja ich meine 19 ist auch noch keine große Stichprobe. Kann kann immer  
sein, dass man da noch andere Ergebnisse findet, aber /. (...) Von daher, das hat  
mich dann schon überzeugt, also stückweise, nach nach über sechs Jahren  
Forschung zu sagen ja okay, also anscheinend ist ist das auf jeden Fall /. Wir haben  
665 keine psychotherapeutische Verfahren /. Gut, die Studie läuft jetzt gerade, dass wir  
versuchen systematisch zu erfragen, hilft Psychotherapie? Aber es gibt bis jetzt  
noch keine anerkannten psychotherapeutischen Verfahren, die speziell für BIID da  
sind und wir wissen nicht in welchem Ausmaß also /. Das die, die bisherigen  
Studien, die ja immer so einzelne Patienten betroffen hatten, die irgendwie  
670 Psychotherapie hatten, sprechen ja alle dafür, dass BIID, der Wunsch, dass sie  
besser damit leben können, aber der Wunsch hört nicht auf. Und eine endgültige  
Heilung scheint aber tatsächlich dadurch einzutreten, dass man denen den Wunsch  
erfüllt, dann dann geht's denen gut, dann sind die von BIID geheilt. Das ist Stand,  
Stand der Kenntnisse und (...) insofern, bin ich dann im Laufe der Jahre doch  
675 zunehmend mehr zu einem Befürworter geworden, dass man sagt ja okay /,  
#00:39:32-1#

I: Okay. Es gibt ja Argumentationsstränge, die eben sagen, dass BIID quasi so  
680 klassifiziert wird, dass es eben als Zwangsstörung eingeordnet wird,  
dementsprechend Leute nur ganz eingeschränkt autonom quasi diesen Wunsch  
überhaupt einordnen können. Ich gehe jetzt mal davon aus, dass Sie das nicht so  
sehen? #00:39:59-8#

B2: Ne, das das sehe ich nicht so (lacht). Ne, die sind auch nicht so zwanghaft, also  
685 ich empfinde /, ich ich habe ja zwanghafte Patienten, Zwangspatienten in der Praxis  
und ich empfinde die BIID Leute als nicht so zwanghaft und das das erklärt es auch  
nicht, also. Aus Zwanghaftigkeit heraus sich ein sich ein Bein amputieren, das das  
reicht nicht. Das das reicht nicht. Also ich meine zwang/ zwanghafte Patienten  
machen alle möglichen verrückten Geschichten, ich habe eine die muss jedes mal,  
690 was weiß ich, 28 mal das Fenster kontrollieren, vorher kann sie nicht ins Bett gehen.  
Muss aber auch genau 28 mal sein. Wehe sie verzählt sich, dann muss sie nochmal  
bei Null anfangen. Das ist /, das ist nicht /, das das trifft, das trifft nicht die BIID  
Patienten. Das ist /, die Störung liegt auf einer völlig anderen Ebene. Also  
#00:40:43-1#

695

I: Okay. Aber wie man merkt ist die Debatte irgendwie um das Thema / #00:40:47-3#

B2: Ja, klar. logisch #00:40:50-3#

700

I: also es gibt schon viele verschiedene Positionen irgendwie im Bezug auf das Thema. Würden Sie sagen, dass da in gewisser Weise eine Annäherung aneinander stattfindet? Oder verfestigt sich da gegebenenfalls auch / #00:41:02-3#

705

B2: Ich für/, ich fürchte mal, ich kenne nur die Wissenschaftler gut, die pro (lacht), pro Amputation sind. Die, die anderen /, ich meine, die sind ja nun weltweit verteilt die Leute und (...) da wird es sicherlich noch einige Diskussion geben, auch im Gesundheitswesen. Nicht, das ist ja ganz klar. (...) Das ist logisch, also man erzeugt eine eine Behinderung. Man man amputiert im Prinzip ein ein gesundes Bein aufgrund eines psychischen Leidens, aber die Leute leiden natürlich dann schon irgendwo. Aber trotzdem entfernen wir halt ein völlig gesundes Körperteil und ich meine, das muss man schon diskutieren. Normal /, andere Leute fressen bis sie platzen, manche Leute rauchen, und und und machen sich damit /, die erzeugen ja quasi auch eine Behinderung (unv.), die Leute die stark rauchen, das die machen ihr Gefäßsystem kaputt, sieht man nach außen hin nicht so, ja. Aber aber im Endeffekt, muss denen ja auch da /, was weiß ich, die sterben an Lungenkrebs und so weiter, belasten das Gesundheitssystem und trotzdem ist rauchen ja noch nicht verboten, genauso wie saufen. Also da da toleriert die Gesellschaft das und wenn jetzt jemand sagt "Also, mit mit einem Bein weniger kann ich meinen Job trotzdem machen", da regt sich die Gesellschaft auf und stempelt die als verrückt und ich (...) wie gesagt, ich kenne mehrere Dutzend Leute, die die sind nicht so verrückt. So verrückt sind die auch nicht (lacht). #00:42:17-7#

710

715

720

725

I: Okay. Ich hätte im Prinzip nur noch ein paar Abschlussfragen. Angenommen das Thema BIID würde sich jetzt auch gerade in der medialen Berichterstattung weiter manifestieren, es gäbe immer mehr Berichte irgendwie über das Thema, gerade in den Massenmedien / #00:42:34-9#

730

B2: Gibt es, gibt es ja, gibt es ja, ich sage ja, ich kriege, ich kriege, fast jede Woche kriege ich eine Anfrage von einem Fernsehsender. Das scheitert fast immer daran, dass ich inzwischen keine Betroffenen /. Es gibt ja nur so 30, 40, 50 Betroffene in der ganzen Bundesrepublik. Es sind ja /, es ist ja eh keine große Gruppe und ich finde inzwischen keine mehr, die die vors Fernsehen gehen wollen. Die wenigen, die bereit sind dafür, die waren schon alle im Fernsehen und sagen "So nun ist langsam gut. Immer das selber macht ja auch keinen Spaß" und die meisten stehen an beruflichen Positionen, wo sie sich das einfach nicht erlauben können erkannt zu werden. Das sind schon, wie gesagt, überproportional viele Akademiker und so weiter, zum Teil wirklich in hohen Positionen und die sagen "Also, wenn ich ins Fernsehen gehe, selbst wenn ich da hinter einer Milchglasscheibe oder sowas verdeckt gefilmt werde, da ist da ist ein Tontechniker, da ist der Kameramann, das ist der Regisseur und so weiter, da ist vielleicht noch ein Beleuchter, das sind vier, fünf, sechs Leute, die mich gesehen und erkannt haben" und das Risiko gehen die

735

740

nicht ein. Vor allen Dingen weil im Augenblick ist die Amputation noch illegal. Das heißt die müssen ja irgendwo hin reisen, müssen hinterher so tun als wenn sie einen  
745 Unfall gehabt haben oder sowas und das natürlich dann also, dann dann hinterher  
erkannt zu werden, wenn sie es dann getan haben, das das wird dann kritisch. (...) Nicht, also von daher habe ich immer riesige Schwierigkeiten gehabt, die die  
irgendwie vor die Medien zu kriegen. Das Medieninteresse ist ungebrochen, ist ist riesig. Die die wollen da ständig /. Ständig Filmteams, die bei mir anfragen und da  
750 da so ein, was weiß ich, den ganzen Tag begleiten wollen und was die noch alles  
wollen oder oder hinter der Milchglasscheibe und mit verdeckter Stimme und so weiter, was die noch alles anbieten. Und da, da kann ich mich nicht beklagen, aber /  
#00:44:03-0#

755 **I:** Okay. Sie sagen ja gerade selber schon, also Sie haben schon zig Interviews im  
Radio und im Fernsehen gegeben. Die Frage ist jetzt: Können Sie sich denn vorstellen, warum es andere Wissenschaftler gibt, die sich da ganz klar gegen  
stellen? Also, das weiß ich auch, dass es Leute gibt, die sich mit dem Thema befassen, die aber ganz strikt ablehnen, irgendwelche Interviews im Fernsehen oder  
760 im Radio zu geben. #00:44:25-6#

**B2:** Viele Wissenschaftler, die sich insgesamt, die wollen nicht als mediengeil  
gelten. Das ist /, wenn man wenn man sich bereit erklärt, das was man rausgefunden hat auch in den Medien darzustellen, dann wird man sofort  
765 klassifiziert "der ist mediengeil". Das gehört, ja das gehört nicht zu diesem, diesem völlig neutralen Bild des objektiven, unabhängigen Wissenschaftlers. Und da teilt  
sich die Welt in zwei große Gruppen, die einen denken "Wenn ich was Kluges erforscht habe, warum soll ich es nicht auch in der Presse oder in den Medien  
erzählen" und die anderen zieren sich da, weil ihnen das irgendwie /. Ja, sie glauben, das ist rufschädigend. Aber das ist generell, das ist nicht nur bei BIID so,  
770 das ist in der gesamten Wissenschaft so, also bei allen Fragestellungen, die Sie haben, finden Sie Leute, die sagen "Okay, erzähle ich auch gerne im Fernsehen"  
und andere zieren sich davor und wollen das auf gar keinen Fall haben. #00:45:09-5#

775 **I:** Okay. Würden Sie denn darüber hinaus sagen, dass es da so ein gewisses  
Misverhältnis vielleicht auch gibt von Chancen und Gefahren, die sich für BIID Betroffene selbst daraus ergeben könnten, dass dann vor allem in den  
Massenmedien irgendwie darüber berichtet wird? #00:45:26-5#

780 **B2:** Nee, eigentlich nicht. Also in den Massenmedien /, der Anfang der  
Berichterstattung in den Massenmedien war eigentlich, dass man die Betroffenen als Monster dargestellt hat, als Wahnsinnige, die sich ein Bein amputieren lassen  
wollen, also wirklich so als Freaks, die die völlig abgedreht sind. Und inzwischen,  
785 denke ich mal, durch beharrliche, sehr objektive Berichterstattung in den Medien,  
kommen wir stückweise dazu, dass auch so die Bevölkerung das Krankheitsbild vermehrt kennenlernt und sieht, diese Leute können nichts dafür, sondern das sind  
einfach auch nur, ja (...) arme Schweine, die die von der Störung betroffen sind, für die sie auch nichts können. Ja, das ist eigentlich das das Fernziel, dass man dass

790 man da so durch die Medien eben auch auch ja in die Durchschnittsbevölkerung  
herein dringt. Jemand, der sich ein Bein amputieren lassen will, das ist das ist kein  
kein Wahnsinniger, das ist kein Allgemeingefährlicher, der jetzt auf einmal mit einem  
Messer rum läuft und andere auch absticht, sondern das sind Leute, die einfach das  
795 Gefühl haben mein Bein gehört nicht zu mir und die dadurch einen unheimlichen  
Leidensdruck haben. Ich vergleiche das gerne als wenn man eine riesen große  
Warze irgendwo hat, die einen total stört, hier was weiß ich, auf der Nase, auf der  
Stirn oder sonst wo und jetzt möchte man die Warze gerne weg haben und alle  
sagen zu einem "Ne, das ist aber /, das ist nicht legal, das ist verboten, das macht  
kein Arzt. Die Warze die Warze ist doch gut. Das das darfst du jetzt nicht." Aber  
800 einen selber stört diese Warze total, ja. Man möchte gerne diese Warze ab haben,  
findet sich dann unausstehlich, eklig oder sowas und die Ärzte sagen alle "Ne, das  
das darf ich aber nicht." Und das ist das ist die Situation, die stört eben ihr ihr  
rechtes Bein. Die empfinden ihr rechts Bein nicht nicht als zu ihnen gehörig und  
rennen jetzt von einem Arzt zum nächsten und die Ärzten sagen "Ja ne, geht gar  
805 nicht. Schöne, schöne gesunde Warze, die ist doch gut durchblutet. Warum soll ich  
die denn wegnehmen?" (lacht). #00:47:04-0#

**I:** Okay. Also würden Sie dann im Prinzip eher ausschließen, dass BIID Betroffene  
selbst irgendwie Gefahr laufen, dass durch die Berichterstattung in den Medien  
810 irgendwie eine weitere Stigmatisierung stattfindet? Empfinden Sie das als relativ  
objektiv? Objektiv-sachliche Darstellung? #00:47:19-7#

**B2:** Ja, bis jetzt ja. Also, die die ganzen Filme, Radiointerviews und so, die ich zu  
dem Thema gemacht habe, die waren eigentlich sehr objektiv, kann ich nicht anders  
815 sagen. Also die haben dann auch in in Verbindung mit mit mit den Betroffenen doch  
vermehrt das Leiden der Betroffenen in den Vordergrund gestellt und und gezeigt,  
dass dass, ja, dass die nichts dafür können. Ja, aus irgendeinem /, irgendwas tickt  
bei denen nicht richtig und und die können nichts dafür. Und das das einzusehen ist  
ja dann auch, denke ich mal, eine wichtige Botschaft, die man so raustragen muss.  
820 #00:47:51-3#

**I:** Okay. Wenn Sie das Thema, jetzt zumindest für dieses Interview, abschließend  
betrachten würden, wie würden Sie die Relevanz das Themas beurteilen, also  
825 sowohl für den wissenschaftlichen als auch vielleicht für den gesellschaftlichen  
Diskurs darüber? #00:48:05-7#

**B2:** Naja für den gesellschaftlichen Diskurs, klar, das das hat weitreichende Folgen.  
Ich meine, einmal ist es natürlich eine extrem seltene Geschichte. Von daher hat es  
im Grunde genommen keine keine weitreichenden Konsequenzen für für die  
830 Durchschnittsbevölkerung. Es wirft natürlich generelle Fragen auf. Was darf man mit  
seinem Körper machen? In welchem Ausmaß kann man heute wirklich seinen  
Körper Veränderungen, verändern? In welchem Ausmaß kann das zu Lasten der  
Gesellschaft gehen? Wir leben in einem Zeitalter, wo die Leute ihren Körper ganz,  
ganz stark verändern. Über Body-Modification, Piercing, Tattoo, Hörnchen in der  
835 Stirn und so weiter, Schönheitsoperationen bis hin zu Schamlippenverkürzung,  
Brustvergrößerung und so weiter, Fettabsaugung und so weiter und und, jetzt diese

Diskussion über so einen Extremfall zu führen, hat natürlich auch eine ganze Reihe von sozialpsychologischen, zum Teil politischen Aspekten drin. Wie weit darf der Wunsch nach Körperveränderung eigentlich gehen? Nicht, das ist ja dasselbe wie bei Transidentität, die Geschlechtsveränderung haben wollen. Da ist es noch ein bisschen anders. Das das wird inzwischen, naja, irgendwo schon ein bisschen objektiver gesehen, aber aber sich ein Bein amputieren lassen zu wollen, das ist dann doch extremer. #00:49:15-8#

845 **I:** Halten Sie das für gerechtfertigt, also dass auch gerade in der Argumentation von BIID Betroffenen immer darauf /, sich immer darauf bezogen wird, dass eben transsexuellen Menschen eben auch, zumindest nach einer gewissen Weile gestattet werden kann, im Einzelfall, ja sich eben umoperieren zu lassen und gegebenenfalls eben auch ein Körperteil abzunehmen, je nachdem in welche  
850 Richtung das geht? #00:49:37-1#

**B2:** Es gibt ganz deutliche Parallelen, aber wie gesagt, bei Transidentität wird keine Behinderung erzeugt. Das, das ist der riesen große Unterschied. Nicht, also von daher ist, ist es noch was anderes. Ein Transident, der sitzt nachher nicht immer im Rollstuhl oder oder muss an Krücken laufen.  
855

(Hubschrauber fliegt über Interviewerin und Experten, daher wartet Experte mit seiner Antwort ein paar Sekunden)

860 Ja, vielleicht noch eins zu den zu den wissenschaftlichen Fragen, haben Sie auch noch gefragt. Also natürlich ist BIID ist ganz ganz selten, eine ganze seltene Störung, aber so rein wissenschaftlich, grundlagenmäßig verrät sie uns natürlich einiges darüber, was im Gehirn /, wie im Gehirn unser Körperbild entsteht. Ja, wir haben ja alle ein Körperbild in unserem Gehirn von von uns irgendwo drin, was  
865 normalerweise dem Körper entspricht, den man hat und das kann ja massiv abweichen, also bei Transidentität hat man in seinem Kopf innendrin das Bild von dem anderen Geschlecht, es sieht sogar außen aus wie das wie das falsche Geschlecht und bei BIID ist es eben auch so, dass die in ihrem Bild /, das Selbstbild von sich selbst haben ohne Bein, aber äußerlich hängt das Bein noch dran. Und ich  
870 denke grundlagenmäßig verrät uns das eben schon einiges darüber, wie das Bild von unserem Körper eigentlich in unserem Gehirn entsteht. Also das hat schon auch grundwissenschaftliche Aspekte, die weit darüber hinaus gehen, dass wir da eine kleine Stichprobe von Leuten haben, denen sicherlich auch irgendwo geholfen werden muss. #00:50:54-2#

875 **I:** Okay. Glauben Sie, jetzt noch abschließend, wirklich abschließend, dass sich der Umgang mit dem Thema BIID, oder beziehungsweise BIID Betroffenen ganz allgemein in eine bestimmte Richtung entwickeln wird? Also, können Sie sich vorstellen, dass jetzt irgendwie über die nächsten Jahre, Jahrzehnte, wie auch  
880 immer, in denen das Phänomen erforscht wird, eine gewisse vielleicht Änderung, oder wie auch ich selber auch schon gesagt habe, Richtung eingeschlagen werden wird? #00:51:22-2#

**B2:** Ich denke unsere Gesellschaft wird immer offener gegen Körperveränderung.  
885 Also, in jeder Hinsicht, was weiß ich, das war ja vor 20, 30 Jahren waren waren viele  
Möglichkeiten der der plastischen Chirurgie, die heute breit genutzt werden, von  
ganz breiten Bevölkerungsschichten, die waren verpönt. Schönheitsoperationen  
werden heute immer normaler, Fettabsaugung wird immer normaler. Was weiß ich,  
da Nasenvergrößerungen, da gibt es Schülerinnen, die sich zum zum Abitur eine  
890 Nasenvergrößerung wünschen oder eine Busenvergrößerung oder was auch immer.  
Und unsere Gesellschaft fängt an immer immer offener damit umzugehen. Ja, und  
von daher denke ich schon /. Also auch gepiercte, tattowierte Leute werden ja heute  
nicht mehr so angeglotzt wie vor 30, 40 Jahren noch. Von daher wird unsere  
Gesellschaft sicherlich in vieler Hinsicht immer toleranter und und ich denke mal,  
895 dass dass /. Wir leben ja in einer Massengesellschaft, in der wir versuchen durch,  
durch diesen Massendruck immer individueller zu sein, also Individualität, als  
Individuum wahrgenommen zu werden spielt ja für uns Menschen eine riesen große  
Rolle. Man will ja nicht verwechselt werden mit 1000 anderen Leuten und von daher  
denke ich mir, dass alle Trends, die dahin gehen, dass man in/, als Individuum  
900 wahrgenommen wird, dass die sich verstärken werden. Nicht, also da da wird es  
immer mehr geben. Sie tragen ja auch so ein Piercing da durch die Nase, was Sie  
eben unverwechselbar irgendwo macht. Das hat ja auch seine Gründe (lacht).  
#00:52:42-2#

905 **I:** (lacht) Hat seine Gründe, das ist wahr. Okay. Herr Kasten, gibt es irgendwas  
worauf Sie nochmal irgendwie eingehen wollen würden, was wir jetzt vielleicht nicht  
angesprochen haben? Irgendwas, was Sie noch anmerken wollen würden, was Sie  
noch wichtig finden anzusprechen im Bezug auf das Thema, wonach ich jetzt  
eventuell nicht konkret gefragt habe? #00:53:02-6#  
910

**B2:** (...) Wüsste ich nicht. Fällt mir nachher im Zug ein. #00:53:09-9#

915 **I:** (lacht) Dann können Sie mir auch gerne nochmal Bescheid sagen. Okay ne, alles  
klar, dann wären wir jetzt auch irgendwie mit dem Interview am Ende. Dann mache  
ich jetzt mal aus. #00:53:19-5#

## Transkript: Experteninterview IIb

<b>Aufnahmetag, Aufnahmezeit, Aufnahmeort</b>	Freitag, 12.07.13, 15:00 – 16:00 Uhr, Hamburg
<b>Interviewart</b>	Experteninterview, Face-to-Face-Interview
<b>Interviewdauer</b>	53 min 19 sec
<b>Name der Interviewerin</b>	Anna Lensing
<b>Name der Transkribierenden</b>	Anna Lensing
<b>Name der interviewten Person</b>	Anonymisiert
<b>Nachtrag</b>	Dem Experten ist nach Beendigung des ersten Interviewteils noch ein Aspekt eingefallen, zu dem er noch etwas ausführen wollte. Dazu wurde das Aufnahmegerät erneut eingeschaltet.

I: Okay, also im Hinblick auf die sexuelle Komponente, die bei BIID eine Rolle spielen kann. #00:00:06-5#

5 **B2:** Gibt es bei einigen. Also, ein Drittel ungefähr behauptet, dass die sexuelle Komponente überhaupt keine Rolle spielt, ein Drittel sagt, es spielt eine Rolle, aber keine wichtige und immerhin ein Drittel sagt es spielt schon eine wichtige Komponente. Also die sehen schon den Amputationsstumpf irgendwo als erotischen Teil an. Es gibt da eine Überlappung mit einer anderen Störung, die man Mancophilie oder auch Acrotomophilie nennt, oder oder Devotees, die selber keine  
10 Amputation haben wollen, aber einen Partner mit einer amputierten Gliedmaße total erotisch finden. Deformationsfetischismus heißt das auch, das ist das hässlichste Wort dafür. (...) Ja und, also mindestens bei einem Teil der der Leute, spielt da auch eine eine erotische, sexuelle Komponente eine Rolle, von der wir Wissenschaftler im Augenblick überhaupt nicht wissen, wo die herkommt. Wird wird aber von den  
15 Betroffenen auch gerne unter den Tisch gejubelt, weil sie massive Angst davor haben in den Bereich des Fetischismus zu geraten. Und dann natürlich wäre das mit der Wunschamputation wahrscheinlich zu Ende. Aber das schwebt bei vielen, schwebt das, schwebt das schon im Hintergrund mit, mit drin, dass die einfach so Amputationsstümpfe eben auch erotisch finden und zwar witzigerweise auch den  
20 eigenen. Also so eine Art, wie soll ich sagen, wie so ein, wie so ein, wie so ein Riesenpenis oder oder sowas, also (...) /. #00:01:24-4#

I: Wurde das mal beschrieben irgendwie näher? Also, dass man sagt der Stumpf muss aber dann eine bestimmte Form haben oder sowas oder gibt es da bislang  
25 keine Aussagen zu? #00:01:35-3#

30 **B2:** Ne, gibt es nicht. Es ist in der Beziehung auch wirklich schwer an Aussagen von Betroffenen ranzukommen, weil weil, also wie gesagt, die haben die haben Panik davor als als einfach als pervers abgestempelt zu werden, als Fetischist oder sowas. Von daher, also, äußern die sich nicht so furchtbar gern dadrüber, die Komponente ist da, aber wir wissen erstaunlich wenig darüber. Wir machen jetzt gerade eine Studie über /, in der wir versuchen Mancophilie und BIID auseinander

35 zu deffundieren und haben dabei festgestellt /. Ich habe mit der Studentin gerade heute morgen geredet, die das Thema bearbeitet, dass die meisten, die wir befragt haben, ließen sich nicht klar einer von beiden Gruppe zuordnen. Da gibt es einen riesen breiten Überlappungsbereich, aber (...) mehr dazu kann ich in einem halben Jahr dann sagen, wenn wir die Daten vorliegen haben. #00:02:16-4#

40 **I:** Okay, Sie hatten ja selber so eine Dreiteilung glaube ich vorgenommen, wo Sie aber eben auch die sexuelle Komponenten mit, mit einschließen, ja. #00:02:24-1#

**B2:** Nach der Drittel-Regelung, genau. #00:02:25-7#

45 **I:** Genau. Ja, ist noch viel Raum für Diskussion und für Forschung offen. #00:02:31-6#

**B2:** Definitiv, ja ja, klar. #00:02:32-6#

50 **I:** Okay. #00:02:34-6#



## Transkript: Experteninterview III

<b>Aufnahmetag, Aufnahmezeit, Aufnahmeort</b>	Freitag, 26.07.13, 12:00 – 13:00 Uhr, Ravensburg
<b>Interviewart</b>	Experteninterview, Face-to-Face-Interview
<b>Interviewdauer</b>	59 min 50 sec
<b>Name der Interviewerin</b>	Anna Lensing
<b>Name der Transkribierenden</b>	Anna Lensing
<b>Name der interviewten Person</b>	Anonymisiert

I: Okay, Herr *[Spencer]*, also auf Ihrer persönlichen Homepage beziehungsweise auf der Homepage der Rechtsanwaltskanzlei finden sich ja diverse Informationen zu Ihrer Person und auch zu Ihrem Werdegang und zu Ihren Arbeitsschwerpunkten. Sie haben, soweit ich das richtig verstanden habe, in *[Hamburg und in Köln]* Rechtswissenschaften studiert und arbeiten seit *[über 15 Jahren]* als Rechtsanwalt. *[Sie haben darüber hinaus]* dann den Masterstudiengang in Medizinrecht abgeschlossen und haben sich auf die Bereiche Medizinrecht und Arbeitsrecht spezialisiert. Ist das soweit richtig? #00:00:36-0#

10 **B3:** Ja, das ist soweit richtig, ich habe mich allerdings jetzt auf den Bereich Medizinrecht eigentlich schon davor, und auch Arbeitsrecht, schon davor kapriziert. Also ich habe [...] den Fachanwalt für Arbeitsrecht gemacht und [...] wie dann eben auch für Medizinrecht ein Fachanwalt kam, habe ich dann auch gleich den [...] Fachlehrgang, den es dort gab, gemacht. Und die Anzahl der Fälle, die man für den Fachanwaltstitel brauchte, die hatte ich zum damaligen Zeitpunkt auch schon alle. #00:01:07-4#

15

I: Achso, okay. Meine Frage würde sich jetzt darauf beziehen, hatten Sie denn schon vor dem Studium der Rechtswissenschaften Interesse an diesem Gebiet, oder wurzelte das, Ihre Entscheidung das zu studieren in irgendwelchen anderen Erfahrungen oder Zusammenhängen? #00:01:23-8#

20

**B3:** Also vor dem Studium der Rechtswissenschaft hatte ich mit Medizinrecht noch gar nichts zu tun. Ich hatte mal, ich bin mir jetzt aber nicht sicher in/, inwieweit das dann an der Entscheidung irgendwo mitgewirkt hatte, ich hatte selbst mal während des Studiums einen Fall, wo ich fehlerhaft behandelt wurde und aufgrund dessen ins Krankenhaus musste. Aber ich glaube das hatte jetzt keine, so eine wesentliche, so einen wesentlichen Beitrag für diese Entscheidung getroffen, denn ich hatte in den ersten Jahren einfach auch andere Dinge gemacht und wie ich dann hier nach *[Hamburg]* in die Kanzlei kam, da schied ein Kollege aus, der ein paar medizinrechtliche Fälle hatte und die habe ich dann übernommen und, und das Thema fand ich dann eben sehr spannend. Also damals ging es noch

25  
30  
überwiegend um Arzthaftungsrecht und ja, so bin ich dann da eigentlich rein gekommen und habe dann, nachdem es dann die Möglichkeit gab den Fachanwalt zu machen, das dann auch gleich wahrgenommen. #00:02:21-7#

I: Achso, okay. Und war denn die Spezialisierung auf diesen Bereich Medizinrecht auch ausschlaggebend dafür, dass Sie mit dem Thema, ja, Body Integrity Identity Disorder das

35

erste Mal in Berührung gekommen sind, oder hat die Auseinandersetzung mit dieser Art der Störung einen anderen Ursprung? #00:02:39-8#

40 B3: Das hat jetzt keinen direkten kausalen Zusammenhang, sondern ich habe einfach von diesem Phänomen, ich weiß gar nicht mehr, irgendwo in den Medien, mal im Fernsehen, in der Presse irgendwas darüber gelesen, und fand das dann, ja, auf den ersten Blick natürlich sehr, sehr merkwürdig. Und wie ich dann diesen Masterstudiengang machte da und nach einem Thema für die Masterarbeit suchen musste, da habe ich mich dann, weil ich das eben interessant fand, gedacht habe da sollte man mal ein bisschen nachbohren, mich  
45 dann dafür entschieden. #00:03:17-3#

I: Okay. Und das bedeutet, Sie haben dann im Prinzip angefangen über das Thema zu recherchieren, im Internet nehme ich an, und können Sie sich noch erinnern, auf welche Art der Publikationen Sie dabei gestoßen sind? (...) Waren das jetzt eher Fachartikel aus  
50 irgendwelchen Journals oder waren das eher Artikel, die in irgendwelchen anderen Zusammenhängen aufgearbeitet wurden? #00:03:40-8#

B3: Das waren natürlich auch Artikel, die jetzt keine Fachartikel waren, aber ich habe mich natürlich für diese Masterarbeit jetzt mal im Wesentlichen einfach auf diese Fachliteratur,  
55 überwiegend englischsprachige /. Es gibt zu diesem Thema, kennen Sie vielleicht auch, von, von Michael First diese erste grundlegende Untersuchung und, ja, es war, wirklich stapelweise Fachliteratur vor allem eben medizinische auch, weil um sich diesem Thema juristisch zu nähern hatte ich dann relativ schnell gemerkt, muss man eigentlich auch, so ein bisschen, das ganze medizinisch einordnen können. #00:04:17-3#

60

I: Ja, genau. Und wenn Sie jetzt eine Einschätzung vornehmen würden, wie sich das Störungsbild charakterisiert, was würden Sie da vordergründig benennen, wenn Sie an BIID denken? #00:04:31-6#

65 B3: Das ist natürlich für einen Juristen schwierig. #00:04:33-8#

I: Ja, das interessiert mich aber (lacht). #00:04:35-5#

B3: Ich bin ja kein Mediziner. Aber ich war, ich glaube ich hatten Ihnen das wie wir  
70 telefonisch Kontakt hatten mal gesagt, ich war im März bei einer Veranstaltung in Zürich, wo auch diese ganzen, ja, Michael First und, und die alle dort waren, und da waren, was sehr interessant war, auch ein paar Betroffene. Unter anderem auch einer, der sich diesen Amputationswunsch im Ausland erfüllt hatte, und der hat gesagt, sein Gefühl, wie er nach der Narkose, nach der OP aufgewacht ist, sein erstes Gefühl war "Jetzt bin ich BIID los".  
75 Also er hat irgendwie das Gefühl gehabt, jetzt ist er gesund. So gesehen ist es ja immer die Frage, es ist auch so ein bisschen ethisches Problem. Wird im Moment ja auch gerade wieder mit den so genannten Transsexuellen thematisiert, ob man die überhaupt als krank bezeichnen soll, oder ob das einfach eine Spielart eines normalen Lebenszuschnitts ist, aber ich glaube die von BIID Betroffenen, um jetzt auf Ihre Frage zurückzukommen, (...) die,  
80 die merken schon, dass mit Ihnen, in Anführungszeichen, etwas nicht stimmt. Die merken

schon, dass dieser Amputationswunsch (...) komisch ist. Und, und insofern sind sie natürlich auch, ja, etwas /. Ja, sie begreifen sich schon, dass sie irgendwie von der, von der Norm abweichen und so gesehen denke ich, dass sie sich vielleicht schon (...) als, als krank im weiteren Sinne ansehen würden. Allerdings mit der Einschränkung, dass, und das liest man  
85 auch immer wieder in irgendwelchen Foren, die es so gibt, dass sie natürlich von sich weisen, jetzt irgendwie psychisch krank zu sein. #00:06:26-0#

I: Okay. Und welchen Raum nimmt jetzt die Auseinandersetzung mit dem Thema in Ihrem Arbeitsalltag ein? Also, befassen Sie sich immer noch mit dem Thema oder war das was,  
90 was Sie jetzt im Rahmen [*einmalig*] konkret behandelt haben, aber damit war's dann auch erstmal wieder gut, oder beschäftigen Sie sich immer noch mit dem Thema? #00:06:49-7#

B3: Also ich beschäftige mich im Grunde immer noch ein bisschen mit dem Thema, dass ich Veröffentlichungen dazu lese, es gibt ja auch gerade wieder etwas neues, wo mal evaluiert  
95 wurde, wie Betroffene, die sich den Operationswunsch, den Amputationswunsch erfüllt haben, wie die damit umgehen, wie die jetzt auch nach längeren Zeitabständen, wie die sich fühlen, wie es ihnen geht. Aber jetzt mit meiner eigentlichen Berufstätigkeit als Anwalt habe ich eigentlich mit dem Thema im Prinzip nicht viel zu tun, außer dass eben ab und zu mal, vielleicht mal ein Anruf oder mal per Email Anfragen kommen von Betroffenen, ja wie man  
100 ihnen denn da vielleicht helfen könnte, aber das ist natürlich im Moment sehr schwierig, also, mit anderen Worten mein, mein Arbeitsalltag als Anwalt, der ist eigentlich mit dem Thema, von dem Thema eigentlich fast völlig befreit. #00:07:39-5#

I: Okay, das bedeutet, Sie hatten jetzt noch nicht konkret einen Fall, wo Sie, ich sage mal,  
105 eine Klage von einem BIID Betroffenen an ein Krankenhaus gestellt, oder sowas, dass Sie sich so einer Sache widmen mussten? #00:07:51-4#

B3: (...) Ne, ich hatte diesbezüglich Anfragen, aber ich habe gleich im Vorfeld gesagt, das können Sie alles vergessen, da haben Sie keine Chance, so lange BIID noch nicht mal als  
110 Krankheit anerkannt ist offiziell im ICD-10, in dem neuen, der jetzt kommt, oder im DMS-5 aufgenommen, sehe ich da gar keine Chance. #00:08:14-0#

I: Okay. Jetzt haben Sie es eben selber schon angesprochen, also in der Auseinandersetzung mit dem Thema fällt ja auf, dass sich ein ganz erheblicher Teil der  
115 Forschung eben, ja, auf die Ergründung der Ursachen der Störung und auch auf die Konzeptionalisierung von Therapiemöglichkeiten, nicht beschränkt, aber sich damit eben beschäftigt. Wie eingängig haben Sie sich denn mit diesem Themenkomplex beschäftigt? Sie sagen natürlich, dass Sie als Rechtsanwalt da eine andere Position einnehmen, aber wie, wie tief sind Sie in die Materie eingetaucht, von Seiten medizinischer und  
120 psychologischer Aufarbeitungen des Themas? #00:08:50-0#

B3: Ja gut, ich habe wie gesagt eben sehr viel Fachliteratur gelesen, da wird auch einiges darüber geschrieben. Gerade in diesem (B3 steht auf und sucht ein Buch im Regal) Buch, wo habe ich es denn? (...) #00:09:03-1#

125

I: Ganz links auch? #00:09:03-9#

130 B3: Ja, das auch. Ich meine aber gerade ein anderes. (...) Komisch ist gerade nicht da. (...)  
Doch. (...) Doch, da ist es doch, genau. Also in diesem Buch von Stirn, Thiel, Oddo, da geht  
es ja auch drum, da hat man ja auch, (...) ja, erörtert was, was hat zum Beispiel  
Psychotherapie für Folgen und so weiter und unter Umständen auch medikamentöse  
135 Therapien. Ja also (...), als Jurist kann ich das im Grunde genommen nur zur Kenntnis  
nehmen, ja, die verschiedenen (...) Forschungsbeiträge, die es dazu gibt eben lesen und  
feststellen, dass wohl nach dem aktuellen Stand der medizinischen und (...) psychiatrischen  
und Neurowissenschaft wohl, wohl keine nachhaltige Therapie im Moment möglich ist. Man  
denkt ja auch an solche Dinge, wie (...) transkranielle Hirnstimulation, wie man es  
beispielsweise auch bei Parkinson Patienten teilweise schon macht, die aber auch wieder  
ethisch fragwürdig sind, weil man dort teilweise die Erfahrung gemacht hat, dass es zu  
140 Persönlichkeitsveränderungen der Betroffenen führt. #00:10:34-6#

140

I: Okay. Sie haben eben selber angesprochen, dass im März diesen Jahres der Kongress  
war, der ja auch im Jahr 2009 schon mal stattgefunden hat. Sie haben das eben schonmal  
angesprochen, aber insgesamt, wenn Sie sich jetzt noch einmal darauf zurück besinnen,  
ihre Erfahrungen von dem Kongress. Könnten Sie das nochmal ein bisschen allgemeiner  
145 beschreiben, wie sich das gestaltet hat da? (...) Sie benannten ja eben, dass es Betroffene  
gab, die da unter anderem auch berichtet haben, aber (...) (B3 steht erneut auf und sucht  
wieder nach einem Artikel in dem gleichen Regal) wenn Sie das nochmal versuchen würden  
das ein bisschen allgemeiner zu resümieren. #00:11:15-8#

150 B3: Ja, es waren zwei Kongresstage. An dem (...) /. Das war überwiegend jetzt natürlich  
geprägt durch wissenschaftliche Vorträge dieser ganzen Teilnehmer. Also der Professor  
Brugger aus Zürich, der hatte den organisiert. Der hatte natürlich einen Vortrag. Dann, wie  
vorher schon gesagt, Michael First. Die Frau, jetzt weiß ich nicht mehr genau, ich glaube die  
Frau Oddo war da oder war es die Frau Stirn? (...) Egal. Dann waren /. Ja, es waren einfach  
155 verschiedene internationale Wissenschaftler da, Professor Kasten war da. Der (...) wie heißt  
er noch, habe gerade nach dem Flyer gesucht (...), der früher in den USA war und jetzt in  
Schottland, der sich ja auch mit dem Thema befasst hat. #00:12:09-0#

I: Smith vielleicht? #00:12:09-9#

160

B3: Ne, der nicht. Das war der, der diese Amputation vorgenommen hat. (...) Ist ja auch  
egal. Auf jeden Fall es war eben eine internationale Besetzung auf englisch, Fachvorträge.  
Und am Abend des ersten Kongresstages gab es ja eine Podiumsdiskussion, die war dann  
auf Deutsch. Dass, das eben auch ein paar Betroffene sich daran beteiligen konnten und /.  
165 Ja, es waren dann eben ein paar Betroffene da, unter anderem einer der Betroffenen, der  
hat auch als Teilnehmer an der Podiumsdiskussion teilgenommen und über sein Erfahrung  
berichtet. Ja und am zweiten Tag ging dann, ging dann der Vortragsteil weiter. Das beruhte  
im Grunde genommen darauf, dass eben alle Vortragenden ihre bisherigen  
wissenschaftlichen Studien, Erkenntnisse vorgetragen haben. #00:13:06-8#

170

I: Okay. Und wenn Sie jetzt die Kooperation, nenne ich das jetzt mal in Anführungszeichen, der sich mit BIID befassenden Wissenschaftler beurteilen müssten, inwiefern findet denn da Ihrer Meinung nach wirklich ein Dialog statt? Also ist das /. Kann man von so einer Art interdisziplinären miteinander sprechen oder hatten Sie gegebenenfalls auch den Eindruck, dass die Sachen so parallel nebeneinander stehen und sich gegebenenfalls auch gegenüber stehen oder wie würden Sie das einschätzen? #00:13:37-0#

B3: (...) Ja das ist für mich ehrlich gesagt als nicht-Naturwissenschaftler schwer einzuschätzen. Also ich habe schon den Eindruck, weil sich einfach die Forscher, die auf dem Gebiet forschen, die, die kennen sich auch, zitieren sich auch gegenseitig, also ich glaube schon, dass es da eine Zusammenarbeit gibt, auch interdisziplinär. Es war beispielsweise ein (...) Neurowissenschaftler von der Universität Zürich, ich weiß gar nicht mehr wie er hieß, da, da geht es wirklich, geht es mehr um, mehr um #00:14:15-2#

I: Vielleicht Professor Blanke, kann das sein? #00:14:17-0#

B3: Nein, ist jetzt schade, dass ich (B3 steht erneut auf um zu dem Regal zu gehen und einen Artikel zu suchen). (...) ich hatte ewig lange diesen Flyer noch hier liegen. (...) Da ging es also wirklich mehr um die, um die organische Hirnforschung und jetzt weniger um, um psychische Dinge. Also man hat schon den Eindruck (...), dass da eine Kooperation gibt, auch interdisziplinär. Aber es ist nach meinem Eindruck und der wirklich ja nicht stimmen muss also Jurist und da nur Zuhörer von so einem Kongress, es ist natürlich schon auch so (...), dass die Betreffenden vielleicht an, an, an, an ihren Erkenntnissen eher festhalten, als das die anderen glauben. Es ist ja /. Es gibt ja da durchaus auch unterschiedliche, unterschiedliche Bewertungen ja, dass, dass manche eher hirnorganische Störungen nur sehen, andere sagen, das ist ein multifaktorielles Problem, und so weiter. Also, es ist einfach, weil da auch glaube ich auch noch relativ viel ungeklärt ist und noch Forschungsbedarf besteht, gibt es da noch keine, noch keine allgemeinen Erkenntnisse. (...) Ich weiß nicht, ob Sie jetzt mit der Antwort was anfangen konnten (lacht). #00:15:34-7#

200

I: Ja, kann ich. Kann ich (lacht). Ja, im Prinzip zielt das darauf, dass Sie, sofern ich Sie jetzt richtig verstanden habe, davon Abstand nehmen würden, dass Sie von einer bestimmten Darstellungstendenz ausgehen, ja? Also, dass es nicht irgendwie dazu kommt, dass die verschiedenen Wissenschaftler die eigenen Befunde durchsetzen wollen und sagen, "So muss es sein, darin liegen die Ursachen begründet" und andere Zugänge oder Erkenntnisse zurückweisen, Sowas konnten Sie nicht beobachten? #00:16:11-2#

B3: Ne, den Eindruck hatte ich nicht. #00:16:12-3#

I: Okay. Würden Sie denn sagen, dass insgesamt so eine Zusammenarbeit wichtig ist, wenn man dieses Phänomen erforscht? #00:16:19-3#

B3: Ja, auf jeden Fall. Ich denke das, das /. Ich vermute mal, soweit ich das als Jurist, kann ich das ja ohnehin nicht beurteilen. (...) Aber gerade nach diesen funktionalen Magnet-Resonanz-Forschung, die man gemacht hat, ich weiß nicht, die kennen Sie ja

215

wahrscheinlich auch, wo man den, den Betroffenen und einer Vergleichsgruppe von Nicht-Betroffenen Fotos gezeigt hat von ihrem intakten Körper, bei den Betroffenen von dem Wunschkörper quasi mit Photoshop hat man die, da die, Amputation, den Amputationswunsch quasi auf einem Bild realisiert und dann hat man eben die, ja mit, mit  
220 Magnet-Resonanz-Tomographie also gemessen, welche Hirn/, Hirnareale beim Betrachten der normalen Fotos, beim Betrachten der amputierten Fotos betroffen sind, das dann im Vergleich zur, zur Vergleichsgruppe der Nicht-Betroffenen. Da hat man ja schon gesehen, dass da verschiedene Areale betroffen sind. Dieser Züricher Wissenschaftler, dessen Name mir gerade nicht einfällt, der hat festgestellt, dass es bei Betroffenen, dass da also in Teil/,  
225 in manchen Teilregionen die Großhirnrinde, in manchen Regionen des Gehirns (...) weniger dick ausgebildet ist, als bei Vergleichspatienten. Also es gibt da einfach verschiedene (...) organische Dinge, die auch, die auch wieder in, in unterschiedlichen Regionen alle/, allerdings beheimatet sind, ja so dass da glaube ich schon eine interdisziplinäre (...) Zusammenarbeit notwendig ist, weil eben dann eben auch mit den /. Ja nicht nur mit diesen  
230 organischen Neuroforschern, sondern dann natürlich auch mit Psychiatern, Psychologen und so weiter. Viele Betroffene berichten ja auch von, von irgendeinem Phänomen, dass sie in ihrer Kindheit oder Jugend erlebt haben, dass sie dort einem Amputierten begegnet sind und davon irgendwie besonders fasziniert waren und dieser Gedanke sie seither nicht mehr los gelassen hat. Also das ist schon vielschichtig und Brugger hat ja auch gesagt, man  
235 muss sich natürlich davor hüten, jetzt Rückschlüsse daraus zu ziehen, dass man sagt, wenn in bestimmten Hirnarealen die Hirnrinde dünner ausgebildet ist, ist das die Ursache, sondern er sagt, natürlich zu Recht, Korrelation ist noch keine Kausalität. Es kann auch unterschiedlich sein, dass bei jemandem, der seine Gedanken immer darauf fixiert, dass das dann erst zu den organischen Veränderungen führt. #00:19:04-8#

240

I: War bei dem Kongress, oder waren bei dem Kongress noch andere Rechtswissenschaftler oder Juristen anwesend? #00:19:10-0#

B3: Es war ein Jurist anwesend, von der Universität, ich meine, Schaffhausen, der auch zu  
245 diesem Thema eine Masterarbeit geschrieben hat. Und der auch an einem der Tage dazu einen kurzen Vortrag gehalten hat, wie das eben aus schweizerischem Recht seiner Meinung nach aussieht. #00:19:35-9#

250

*[Dieser Interviewteil wurde auf ausdrücklichen Wunsch des Interviewpartners entfernt]*

255

260

265

Okay, nun ist es ja so, dass in Europa die Amputation gesunder Gliedmaßen ohne  
medizinische Indikation ja verboten ist. Sie sind eine der wenigen Personen, ja, die sich  
270 eben dem Thema BIID aus rechtlicher Sicht gewidmet haben und ,ja, dabei setzen Sie in  
Ihrer Masterarbeit den Schwerpunkt auf die Auseinandersetzung mit der Frage, ob die  
Amputation gesunder Gliedmaßen, die ja in Deutschland verboten ist, unter Umständen  
straffrei bleiben können. Ich glaube, Sie haben sich da zu einem Großteil mit dieser so  
genannten Guten Sitten Klausel auseinandergesetzt. Wie klassifizieren Sie denn die  
275 Kontroverse um die Gültigkeit von Amputationen, die ja vor allem wirklich durch, sage ich  
mal, eine gewisse Divergenz der jeweiligen Meinungen gekennzeichnet ist? Also, das heißt,  
es gibt da eine Art Nicht-Übereinkommen, es gibt Tendenzen, die sagen "Sowas sollte  
möglich sein" und es gibt natürlich Tendenzen, die sagen "Nein, das ist unter keinen  
Umständen der Weg, der eingeschlagen werden sollte, um Betroffenen zu helfen". Wie  
280 positionieren Sie sich? #00:21:30-9#

B3: (...) Aus rechtlicher Sicht ist, ist da natürlich zunächst einmal ein bisschen einzugrenzen  
(...) welches Rechtsgebiet man da mal zunächst in den Fokus nimmt. Ich habe, wie Sie ja  
gerade gesagt haben, das weitgehend auf das Strafrecht mal fokussiert. Für viele  
285 Betroffene stellt sich natürlich auch noch die Frage /, da wäre natürlich der Idealzustand das  
würde als Krankheit anerkannt und wäre dann auch sozialversicherungsrechtlich (...)   
erlaubt, mit der Folge, dass dann auch die Behandlungskosten, also in dem Fall  
Amputationskosten, Folgekosten und so weiter, auch von der gesetzlichen  
Krankenversicherung getragen werden. Bis dahin ist es ja noch ein (...) ein langer Weg, da  
290 muss man ja schon fast Utopist sein, deswegen habe ich mich ja eigentlich mal vorwiegend  
mit der Frage befasst, was würde denn passieren, wenn es jetzt mal gar nicht um die  
Kosten geht, sondern wenn ein Arzt einem Betroffenen eine solche Gliedmaße mit dessen  
Einverständnis, auf dessen Wunsch, amputieren würde. Würde der sich dann strafbar  
machen oder nicht. Und, da ist es (...) schon im deutschen Recht seit einer Entscheidung  
295 des Reichsgerichts (...) anerkannt, dass jeder Eingriff in die körperliche Integrität, auch  
wenn es ein Eingriff von einem Arzt ist, auch wenn es ein Heilgriff ist, dass es immer eine  
Körperverletzung ist und deswegen grundsätzlich natürlich immer strafbar. Und die  
Strafbarkeit, die entfällt nur im Rahmen der Rechtfertigung, durch die Einwilligung des zuvor  
aufgeklärten Patienten. Sprich, wenn Ihnen der Arzt, obwohl Sie eine Blinddarmentzündung  
300 haben, den Blinddarm entfernt, ohne Sie vorher aufgeklärt zu haben, dann begeht er eine  
Straftat, (unv.) eine Körperverletzung. Wenn Sie einwilligen, ist diese Straftat gerechtfertigt,  
mit der Folge, dass sie nicht mehr strafbar ist. (...) Das heißt jetzt bezogen auf BIID, würde  
das mal im Grundsatz bedeuten, wenn ein Patient vom Arzt ordnungsgemäß über Folgen,  
Risiken und so weiter und so weiter einer Amputation aufgeklärt wird und dann sagt "Jawoll,  
305 aus freiem Willen, ich möchte diese Amputation", dann wäre diese Tat gerechtfertigt. Und

nun gibt es eben diesen Paragraphen 228 Strafgesetzbuch, den ich auch zitiert habe, da heißt es: Die Tat ist trotz Einwilligung strafbar, wenn sie gegen die Guten Sitten verstößt. Und das ist dann eben der Kern, um den sich das Ganze quasi aus strafrechtlicher Sicht rankt. Verstößt die Tat gegen die Guten Sitten. Es kommt also nicht darauf an, ob die  
310 Einwilligung gegen die Guten Sitten verstößt, sondern gegen die Tat. Das heißt der noch so aufgeklärte, von freiem Willen getragene Patient, kann in die Tat zwar einwilligen, aber die Tat ist dann trotzdem strafbar, wenn sie gegen die Guten Sitten verstößt. So. Und deswegen kommt es halt im Grunde darauf an, mal in den Blick zu nehmen, würde eine Amputation eines solchen Betroffenen, der mal unterstellt alle anderen  
315 Therapiemaßnahmen versucht hat, Psychotherapie, Medikamente und so weiter und so weiter hilft alles nichts /. Wir wissen ja, dass diese Betroffenen unter einem hohen Leidensdruck stehen, teilweise führt das zu Selbstamputationsversuchen, zu Suizidversuchen sogar, ja. Also, ob in einem solchen Fall, wenn dann ein Arzt sagen würde "Okay, wir haben jetzt alles probiert, hilft alles nichts", der Patient ist aufgeklärt, ist  
320 einverstanden, der Arzt amputiert ihm das Bein, wäre das dann noch strafbar oder nicht. Und (...) im Rahmen meiner Arbeit, bin ich eben zu dem Ergebnis gekommen, aus bestimmten, dort genannten Gründen, dass diese so genannte Gute Sitten Klausel in Paragraphen 228 Strafgesetzbuch, dass die sehr eng ausgelegt werden muss. Gibt auch Vergleichsfälle, habe ich zitiert, zum Beispiel dieses so genannten Sadomasochismus Fälle, die der BGH entschieden hat und wo der BGH gesagt hat, diese Gute Sitten Klausel, die wird nicht ausgefüllt durch allgemeine moralische, gesinnungsethische Vorstellungen, sondern die muss wirklich begrenzt werden auf, auf einen ganz engen Kern. Und beispielsweise bei den Sadomaso Fällen hat der BGH gesagt (...) diese Taten sind dann sittenwidrig, und trotz Einwilligung dessen der daran mitmacht, strafbar, wenn im Grunde  
330 genommen praktisch schon der Tod in Kauf genommen wird. Also wenn, wenn damit so große Gefahren begründet werden, dass man ernsthaft mit mit, mit einer Todesgefahr rechnen muss. Und (...) jetzt, bei dieser Parallelbetrachtung und eben aus verfassungsrechtlichen Gründen, weil man diese Gute Sitten Klausel relativ eng auslegen muss, bin ich dann eben zu dem Ergebnis gekommen, dass ich gesagt habe, wenn alle  
335 diese Voraussetzungen vorliegen, Krankheit BIIID, also festgestellt, differentialdiagnostisch, (...) ausgeschlossen, dass keine psychotische, psychiatrische Erkrankung vorliegt, wenn alle anderen Therapieversuche erfolglos waren, wenn der unter so einem hohen Leidensdruck steht, dass er vielleicht sogar Selbstverstümmelungsabsichten oder Suizidabsichten hat, dass in so einem Fall, dass man dann nicht mehr sagen kann, das ist  
340 ein Verstoß gegen die Guten Sitten. #00:27:35-9#

I: Ich bin ja nun selber keine Rechtswissenschaftlerin, aber ich habe natürlich im Vorfeld auch versucht, das Thema aus rechtlicher Sicht zu verstehen, soweit mir das möglich war und habe dann versucht, die konkreten Richtlinien zu den Guten Sitten überhaupt mal zu  
345 finden. Also sprich, was genau sind die Guten Sitten? Und jetzt würde ich von Ihnen gerne wissen, ob ich da richtig liege, dass es da keine fest eingegrenzten Bestimmungen zu gibt. Es gibt keine Definition, was genau darunter fällt. Was ich öfter gehört habe war "der allgemeine Konsens darüber was gutes und richtiges Handeln ist". Und ein Verstoß dagegen ist dann eben sittenwidrig. Aber wie konkret oder unkonkret das Ganze ist, konnte  
350 ich jetzt, zumindest in meiner Recherche, nicht ausmachen. (...) Habe ich da



gegebenenfalls nicht weit genug recherchiert oder ist das tatsächlich so? #00:28:42-8#

355 B3: Nein, das ist tatsächlich so. Denn es handelt sich bei diesem Paragraphen 228 (...) Strafgesetzbuch /. Im Übrigen gibt es auch im BGB nochmal einen Paragraphen, der auf die  
360 Guten Sitten rekurriert. Da handelt es sich um eine so genannte Generalklausel. Und die  
Rechtsprechung sagt, die Guten Sitten (...) sind dann verletzt, wenn etwas gegen das  
Anstandsgefühl aller billig und gerecht denkenden verstößt, und daran merkt man schon,  
dass es ja eine (...) eine dynamische Größe ist. (...) Vor 50 Jahren, da war sicher noch  
allgemeiner Konsens in der Gesellschaft, zumindest mal ganz überwiegend, dass  
365 Homosexualität was ist, was gegen das Anstandsgefühl aller billig und gerecht denkenden  
verstößt. Also nach damaliger gesellschaftlicher Auffassung war Homosexualität sicherlich  
sittenwidrig. Heute wird das anders gesehen. Deswegen ist es natürlich auch schwierig für  
den Gesetzgeber (...) jetzt sagen wir mal katalogartig irgendwo ins Gesetz reinzuschreiben  
"Gegen die Guten Sitten verstößt man wenn 1,2,3,4,5,6,7". Aber gerade weil das eben so  
370 eine Generalklausel ist und im Grunde genommen (...) schon darin eben der Umstand  
steckt, dass es auch etwas ist, was sich so im stetigen Wandel befindet (...), muss man es  
eben aus verfassungsrechtlichen Gründen im Paragraphen 228 StGB sehr eng auslegen  
und zwar weil es eben in der Verfassung den Grundsatz /. Ja, also aus dem, dem  
Bestimmtheitsgrundsatz folgt eben auch der Grundsatz der Vorhersehbarkeit staatlichen  
375 Strafsens. Also jemand, der irgendeine Tat begeht, für den, für den soll eigentlich schon klar  
sein "Wenn ich das mache, riskiere ich eine Strafe", ja. Der Dieb weiß das, der Mörder weiß  
das. Dann ist eben die Frage, ob es auch der Arzt, der einen Patienten, wenn alle diese  
Voraussetzungen vorliegen, ob der, ob der das dann auch noch weiß oder nicht.  
#00:31:00-3#

375

I: Ich habe gelesen, dass (...) es im Prinzip bestimmte Einwilligungsrichtlinien auch gibt.  
Also dass ein Patient oder ein Betroffener nicht per se einfach einwilligen kann, sondern  
auch einwilligungsfähig sein muss darüber hinaus. Also das heißt, dass er eine autonome  
Entscheidung treffen kann und während er die Entscheidung trifft in einem Zustand geistiger  
380 Klarheit, nenne ich das mal, sein muss. Glauben Sie, dass das bei BIID Betroffenen  
überhaupt möglich ist? #00:31:36-1#

B3: Also grundsätzlich ist es in der Tat so: Eine Einwilligung in einen Eingriff ist nur möglich,  
wenn derjenige der einwilligt, auch einwilligungsfähig ist. So, das heißt wenn das dreijährige  
385 Kind, wenn man ihm vielleicht sagt "Wenn ich dir das Ohr abschneide, kriegst du ein Eis"  
sagt "Ja", dann ist das keine wirksame Einwilligung. Einwilligungsfähig ist man dann, wenn  
man die notwendige Einsichts- und Urteilsfähigkeit besitzt, um die Tragweite, Folgen und so  
weiter dieses Eingriffs zu erkennen. Deswegen gibt es jetzt beispielsweise Minderjährige  
oder Erwachsene, da gibt es, gibt es jetzt keinen Stichtag, dass man sagt jeder der, also ab  
390 Vollendung des 18. Lebensjahrs ist man einwilligungsfähig. Es können auch durchaus bei  
kleineren Eingriffen, kann die Tragweite schon von einem 15- oder 16-Jährigen begriffen  
werden. So, jetzt bezogen auf die BIID Patienten, da stellt sich eben die Frage (...) sind die  
einwilligungsfähig oder nicht. Diese Frage würde man mit nein beantworten, wenn man  
sagt, das is/, das ist praktisch so eine (...) ja, psychotische Erkrankung, jetzt wie  
395 Schizophrenie oder ähnliches, dass man sagt, die sind in dem Moment wo sie sagen

"Jawohl, ich möchte das Bein amputiert haben" eben nicht einsichts- und urteilsfähig. Nun hat man aber bei diesen BIID Patienten festgestellt (...), dass eigentlich keine psychotischen Erkrankungen vorliegen, jedenfalls kann man das differentialdiagnostisch ausschließen. Natürlich, der Schizophrene, wenn der in einer, einer Phase eines schizophrenen Schubs kommt und sagt "Ich möchte gern ein Bein amputiert haben", dem fehlt es an Einwilligungsfähigkeit. (...) Und nun kann man natürlich darüber nachdenken (...) ja, ob, ob der menschliche Wille überhaupt frei ist oder nicht. Ja, es gibt da Vertreter wissenschaftlicher Ansichten, die Deterministen, die sagen, der menschliche Wille, der ist überhaupt nicht frei. Alle/, Alles was wir tun ist im Grunde genommen physiologisch, biochemisch irgendwie vorbestimmt. Wenn Sie nachher hier rausgehen und sagen "Ich habe jetzt Lust auf ein Eis", haben Sie gar keine Lust auf ein Eis, sondern das sind bio-chemische Vorgänge in Ihrem Gehirn, die sagen "Du hast jetzt Lust auf ein Eis". Also einen freien Willen gibt es gar nicht. Dann ist vielleicht auch gar kein Mensch einwilligungsfähig. #00:34:10-8#

410

I: Okay. Ist Ihnen der Fall von David Openshaw bekannt? Den Australier, der sein Bein sechs Stunden in Trockeneis gestellt hat, bis es eben, ja das Gewebe, so stark kälteverbrannt eben war, dass das Bein amputiert werden musste. Unter BIIDlern gilt dieser Fall oftmals als Exempel dafür, dass Amputationen Mittel zum Zweck sind. Also dass man eben /. Er hat das zwar erzwungen, aber dass letztlich, ja, durch die Amputation Lebensglück gewonnen werden kann. Können Sie sich vorstellen, dass wenn so ein Fall, insbesondere, ja, unter BIIDlern selbst, zu so einer Art, wie sagt man das am besten (...), Vorbild irgendwie wird, dass so ein Fall tatsächlich für die Sinnhaftigkeit von Amputationen stehen kann? (...) Zumal, dass muss ich vielleicht noch sagen, er natürlich darüber hinaus auch geäußert hat, wie glücklich er damit ist. Also das kommt natürlich noch dazu. Wurde in diversen Zeitungsartikeln zitiert, dass sein Leben besser ist als je zuvor und gilt eben als Paradebeispiel. #00:35:49-0#

420

B3: (...) Ja, das ist sicher ein Einzelfall, dieser Trockeneisfall. Es gibt auch andere Fälle, wo Betroffene sich mit einem Gewehr ins Knie geschossen haben oder wo sie sich Verletzungen zugefügt haben und dann Dreck rein geschmiert, dass es Entzündungen gab und man letztlich das Bein amputieren musste. Es gibt auch die Fälle, wo ich einen da am am Abendessen in Zürich kennen gelernt habe, der ins Ausland ging, um sich dort das Bein amputieren zu lassen und dann mit einer Geschichte nach Hause kam und zwar das Ganze auch ärztlich dokumentiert, also zum Schein dokumentiert, dass er also dort eine Infektion gekriegt hätte, die wurde nie besser, er war im Krankenhaus und so weiter. Irgendwann musste man, weil ein, eine (unv.) und Multiorganversagen, musste man das Bein amputieren. Mit dieser Story kam er nach Hause und er fühlt sich auch sehr glücklich. Es ging ihm /, er sagt auch, es ging ihm noch nie so gut, er hat es noch nie bereut. Das einzige was er bereut, ist dass er das nicht schon früher gemacht hat. (...) Von daher sind das natürlich schon (...) zumindestens mal beschriebene Einzelfälle, anhand derer man sagen kann, es gibt offenbar BIID Betroffene, die wenn sie sich den Amputationswunsch, auf welche Art und Weise auch immer, erfüllt haben, denen es dann offenbar gut geht. Ob es auch solche gibt, denen es hinterher schlechter geht, das wissen wir nicht. Kritiker sagen natürlich, nur diejenigen, denen es in so einem Fall auch gut geht, nur die wenden sich an

440

die Öffentlichkeit. Die anderen Deprimierten, die gehen nicht mehr aus ihrem Zimmer raus und sagen es nicht. Also ich denke mal, um, um da jetzt irgendwo wissenschaftlich den, den Schluss zu ziehen /. Statistisch gesehen, kann man sagen alle Betroffene, die sich den Wunsch erfüllen, denen geht es hinterher auch besser, das ist natürlich bei solchen relativ  
445 kleinen Betroffenzahlen immer sehr schwierig. Aber diese Einzelfälle, die, die scheinen immerhin eine Tendenz dahingehend vorzugeben, dass es den Leuten dann hinterher gut geht, dass sie ihr Lebensglück gefunden haben. Dieser eine, mit dem ich gesprochen habe, der sagte er kann jetzt bei der Arbeit, er kann jetzt viel konzentrierter arbeiten. Früher hat er eigentlich ständig an seinen Amputationswunsch gedacht. Und jetzt kann er sich ja (...), ja,  
450 jetzt kann er sich besser der Arbeit widmen. #00:38:27-8#

I: Okay. Würden Sie sagen, dass der wissenschaftliche Hintergrund (...) bei der Beurteilung von BIID oder dem Umgang mit der Störung insgesamt eine Rolle spielt? Also, könnten Sie sich vorstellen, dass zum Beispiel Medizinethiker die Frage um die Gültigkeit von  
455 Amputationen grundsätzlich anders beurteilen als Psychologen oder eben Medizinrechtler oder Strafrechtler oder sowas tun? Dass es da grundsätzliche Unterschiede gibt? #00:38:58-7#

B3: (...) Also wenn ich jetzt Ihre, Ihre Frage dahingehend verstehe (...), ob es jetzt bei  
460 Medizinethikern einerseits und bei Psychologen andererseits Tendenzen gibt, dass die einen mehr sagen "Sowas sollte man überhaupt nicht machen dürfen" und die anderen sagen, "Ja doch, warum nicht?", muss ich jetzt gestehen, kann ich so jetzt nicht, nicht so genau beantworten. Ich habe eher den Eindruck, dass es so ist, dass sich die Leute, egal jetzt welcher wissenschaftlichen Disziplin sie angehören, dass sich diejenigen, die sich noch  
465 nicht ausführlich mit dem Thema befasst haben (...) natürlich eher der Meinung anschließen, dass sie sagen "Sowas kann man überhaupt keinen machen, das ist doch, kann man nicht machen, das ist doch völlig (...) ein ein No-Go. Die Menschen, die brauchen keine Amputationen, sondern die brauchen psychische Hilfe." Während diejenigen, die sich dann eben schon mit den ganzen Forschungsarbeiten, die es dazu gibt, auseinander  
470 gesetzt haben und (...) dabei eben zu der Erkenntnis gekommen sind, dass es für die Betroffenen wirklich ein, ein, ein sehr großer, großer Leidensdruck ist und dass alles andere nichts hilft, dass sie dann eher dazu sagen, also dazu kommen zu sagen "Naja, wenn wi/, wenn wirklich alles andere nichts hilft und, dann sollte man vielleicht daran denken, dass man vielleicht in Einzelfällen den Leuten dann wirklich mit einer, mit einer Amputation helfen  
475 kann". Die Frage aus ethischer Sicht ist natürlich auch immer, wie viele Betroffene gibt es, ja. Also wenn dann in Deutschland jeder zweite nur noch mit einem Bein rum rennen würde, dann würde das natürlich die ganzen Sozialsysteme und ja, die die Solidargemeinschaft ja auch finanziell so belasten, dass es nicht geht. Wenn es jetzt wirklich nur wenige Einzelfälle sind, und ich /. Es gibt keine verlässlichen Zahlen, aber man nimmt an, dass es in  
480 Deutschland ein paar 100 Fälle sind. Ja, dann dann ist einfach die Frage, ob man das nicht doch ethisch (...) und auch sozialversicherungsrechtlich verantworten kann, dass man den Einzelnen vielleicht doch hilft. #00:41:32-8#

I: Wie beurteilen Sie denn insgesamt die ethischen Argumente, die in der Debatte um den  
485 Umgang mit BIID Betroffenen fallen? Also es gibt da bestimmte wiederkehrende

Argumente. Ein Beispiel ist, aus ethischer Sicht, dass die Amputation gesunder Gliedmaßen gegebenenfalls auch für Menschen, die eben durch einen Unfall zum Beispiel ein Arm oder ein Bein verloren, wie ein Schlag ins Gesicht sein könnte, dass man sowas nicht vertreten kann. Wie würden Sie sich da positionieren? Jetzt nicht nur zu dem Thema, sondern  
490 insgesamt zur ethischen Argumentation. #00:42:14-7#

B3: Also die/, dieses, dieses letzte Beispiel, was Sie genannt haben, ich glaube das ist eher ein Scheinargument. Denn wenn ich mir jetzt vorstellen, ich verliere bei einem, einem Motorradunfall mein Bein und dann werde ich irgendwann mal mit einem konfrontiert, der,  
495 der sich das freiwillig hat amputieren lassen, also ich wüsste nicht, wieso das jetzt ein Schlag in mein Gesicht sein sollte. (...). #00:42:36-3#

I: Ist ja nur, dass es gefallen ist. #00:42:38-8#

500 B3: Und im Übrigen, habe ich jetzt auch nicht als Ihre persönliche Meinung (lacht) unterstellt, im Übrigen gibt es natürlich ganz viele, da gibt es eine ganze Bandbreite der Argumentation. Da gibt es ja diese eine amerikanische (...) Medizinethikern, die gesagt hat, das, das ist nur eine Körper-Modifikation, ja. Körper-Modifikationen sind alles mögliche, Tätowierungen, Piercing. Das das kann und darf man alles machen in unserer heutigen  
505 aufgeklärten freien Welt. Genau, ich glaube die Frau (...) #00:43:17-7#

I: Annemarie Bridy. #00:43:19-1#

510 B3: Annemarie Bridy ist das, ja. Die hat das gesagt, da ist alles zulässig und, wenn sich einer ein Ohrloch machen will oder ein Bauchnabelpiercing oder eine Tätowierung oder ein Bein ab, dann ist das alles dasselbe (...). In einem ganz /. In einem relativ aktuellen Kontext spielt das auch eine Rolle. Diese (...) /. Ach, das führt zu weit. #00:43:50-4#

I: Reden Sie. Sie können das gerne erzählen (lacht). #00:43:53-2#

515

B3: (lacht). Nein, es /. Es gab ja im Jahr 2012 ein Urteil von einem Landgericht Köln, wo es um Strafbarkeit von Knabenbeschneidungen geht. Und im Anschluss daran hat sich eine ganz breite Diskussion ergeben, die davor nur in in Fachkreisen geführt wurde, und hat jetzt zu einem Gesetz geführt, wo der Gesetzgeber gesagt hat, Eltern können im Rahmen der elterlichen Sorge auch in die Beschneidung ihres nicht einwilligungsfähigen Kindes einwilligen. Kritiker sagen "Wenn wir das erst anfangen, dann kommen bestimmte Vertreter einer islamischen Richtung, nämlich die Schafiiten und sagen, wir wollen aber gern unseren Mädchen die Klitorisvorhaut beschneiden und dann kommen die Mediziner und sagen, in medizinischer Sicht ist das nichts anderes, und dann muss man das auch zulassen", und  
520 ich komme jetzt gerade in dem Zusammenhang drauf, ich glaube das hat hat Bridy auch thematisiert, was in Amerika schon vielfach gemacht wird und jetzt mittlerweile auch so nach Europa rüber schwappt, so diese Genitalmodifikation, also was ja nichts mit, mit Zwangsbeschneidung von Kindern zu tun hat, sondern eben so freiwillige, gewissermaßen. Weil man auch diesen Bereich mehr ästhetisieren will, oder wie auch immer. Also jedenfalls,  
525 um wieder auf das Thema zurückzukommen, also es gibt eben Vertreter der Medizinethik,  
530

die sagt "Das darf man alles machen, ist überhaupt kein Thema. Autonomieprinzip, alles andere interessiert uns nicht" und dann gibt es die Vertreter des Non-Malefizienz Prinzips, die sagen "Nein, um Gottes Willen." (...) Darf man auf jeden Fall, also man darf alles machen aber sobald man praktisch seinen eigenen Körper, oder auch fremde Körper natürlich, damit damit beschädigt, dann dann (...) ist das eine Grenze. (...) Gibt es alle Argumente und wie immer gibt es auch für alle Argumente, oder für alle Meinungen, die vertreten werden, auch immer gute, gute Argumente dafür oder dagegen. Letztlich ist es ja auch immer eine Wertungsfrage. #00:46:16-8#

540 I: Sehen Sie auch innerhalb der Rechtswissenschaften Unterschiede im Umgang mit BIID? Beziehungsweise Juristen, die sich mit BIID befassen, es sind sehr wenige, zumindest auch in Deutschland. Ich bin da über nicht sehr viele Leute gestolpert in meiner Recherche, aber könnten Sie das sagen, dass es da Unterschiede gibt innerhalb der Rechtswissenschaft, wie mit dem Thema umgegangen wird? #00:46:47-8#

545

B3: Also wie Sie sagen, ich glaube es haben sich noch nicht viele mit dem Thema befasst. Aber da gibt es natürlich Unterschiede. Also ich, ich könnte mir vorstellen, dass wenn sich noch andere mit diesem Thema beschäftigen würden, dass da auch durchaus auch andere Meinungen als meine dabei heraus kämen. (...) Ich sage das jetzt auch nicht so ins Blaue hinein, sondern ich habe eben konkret, also wie es um die Veröffentlichung meiner Arbeit ging /. Mein Betreuer war ja der Professor Kern. Und der Professor Kern, der bringt noch mit ein paar weiteren (...) juristischen Hochschullehrern, ist er Herausgeber einer Reihe "Medizin und Recht" im Verlag Lang, europäischer Verlag der Wissenschaften. Ist eine relativ renommierte Reihe, also jetzt in, in Fachkreisen, und Professor Kern hätte gerne gehabt, dass meine Meinung dort veröffentlicht wird, obwohl er auch mit mit (...) obwohl er auch, sagen wir mal, der Meinung ist, dass man dieses Ergebnis, dass ich ja vertrete, nicht zwingend teilen muss. Und da gab es aber zumindestens mal zwei dieser vier Herausgeber, denen einfach das Ergebnis nicht gefallen hat und die gesagt haben, ne also in der Reihe kommt die Arbeit nicht. Deswegen erschien sie dann in einem anderen Verlag. Und (...) mit 560 mit dem, ja ich sag jetzt mal, mit dem Papst des Medizinrechts, mit Professor Laufs, ich weiß nicht ob Sie den kennen, der war früher in Heidelberg. Also der hat so einen ganz dicken Wälzer "Laufs Arztrecht", (unv.) des Arztrechts. Also das war eigentlich einer der ersten Hochschulprofessoren, würde ich mal sagen in der Republik, die sich so mit diesem Thema Arztrecht oder Medizinrecht so als eigene Subdisziplin überhaupt 565 auseinandergesetzt haben. Mit dem hatte ich dann auch ein längeres Telefonat und er hatte irgendwie das Gefühl ich würde das ja propagieren. Aber das ginge doch nicht, man könnte doch nicht einfach zulassen, dass sich die Leute da selbst beschädigen und dadurch, ja /. Also es gibt da, es gibt da sicher unterschiedliche Meinungen innerhalb der Juristen. (...) Wobei ich mir vorstellen könnte, das ist aber Kaffesatzleserei, aber ich könnte mir 570 vorstellen, dass sie /, je mehr man in das Thema eindringt, um so differenzierter sieht man das auch. (...) Dass der erste Zugriff immer der ist, dass man sagt "Das ist doch völlig verrückt. Das kann man aber auch gar nicht zulassen." Das halte ich ja für durchaus nachvollziehbar. #00:49:45-8#

575 I: Das Thema BIID erfährt ja auch seit, seit einiger Zeit immer größer werdende

Aufmerksamkeit in den Medien. Angenommen das Thema würde sich jetzt in der medialen Berichterstattung weiter manifestieren, wie würden sich Ihrer Meinung nach das Verhältnis zwischen Chancen und Gefahren, die daraus für BIID Betroffene vor allem resultieren können, beurteilen? Glauben Sie, dass das ausgewogen ist, dass es gegebenenfalls zur einen oder zur anderen Seite überwiegt oder wie positionieren Sie sich? #00:50:25-6#

580  
B3: (...) Ich denke das kommt letztlich auch darauf an, in welchen Medien sowas steht. Wenn in der Bildzeitung darüber berichtet wird, würde ich davon ausgehen wollen, dass es für die Betroffenen vielleicht eher nicht so günstig wäre. Wenn in in irgendwelchen ernst zu  
585 nehmenden (...), oder ich möchte damit jetzt nicht sagen, dass die Bildzeitung nicht ernst zu nehmen sei, aber sagen wir mal, wenn in Medien, die in Themen dann tiefer eindringen darüber berichtet wird, könnte ich mir schon vorstellen, dass das den Betroffenen (...) alleine schon deswegen helfen würde, weil weil dieses Thema überhaupt etwas mehr ins Blickfeld geraten würde. Ich denke mit den, mit den so genannten Transsexuellen, die ja  
590 heute nicht mehr so heißen, da war es sicher auch so. Da hat der Gesetzgeber ja mal eigens dieses so genannte Transsexuellengesetz erlassen, wonach, was eben vorher auch nicht möglich gewesen wäre, solche Geschlechts-, naja umwandelnd, Geschlechtsannähernde Operationen möglich sind. Dazu wäre es sicherlich nicht gekommen, wenn über dieses Thema nicht irgendwann auch mal in den Medien oder in der  
595 breiteren Öffentlichkeit diskutiert worden wäre. #00:51:58-5#

I: Also würden Sie sagen, dass es im Prinzip nützlich wäre? #00:52:04-2#

600 B3: Ich denke ja. Was am Ende bei raus kommt weiß man nie. #00:52:08-1#

I: Das ist natürlich wahr. Haben Sie denn selber mal Fernseh- oder Radiointerviews zum Thema gegeben? #00:52:15-5#

605 B3: Ne, ne. Doch, doch, Passen Sie auf. (unv.) Ne, nicht Fernseh- oder Radiointerviews. Ich hatte (...) /. Es gibt, ich weiß nicht ob Sie es kennen, es gibt eine Zeitschrift, die heißt, die heißt "Liberal" von der Friedrich-Naumann-Stiftung und in der aktuellen Ausgabe, da ist ein Bericht drin, also das, das ist jetzt nicht in Interviewform, aber diese Autorin, die Frau Lotter, die, die hat mich auch mal interviewt, das, das war dann ein Interview teilweise per Email hat sie Fragen gestellt, die ich dann beantwortet habe, teilweise noch am Telefon und  
610 daraus ist eben jetzt auch ein Artikel geworden. #00:52:54-0#

I: Und können Sie nachvollziehen, aus welchen Gründen andere Wissenschaftler sich mit Aussagen zu dem Thema verhältnismäßig bedeckt halten? Also es gibt auch Leute, die davon ganz großen Abstand nehmen und die sagen "Ich äußere mich da nicht zu". (...) Können Sie sich vorstellen warum? #00:53:16-3#

620 B3: (unv.) Gibt, gibt natürlich immer verschiedene Motive, sich zu einem Thema nicht zu äußern. Eine Erklärung wäre, dass man sich vielleicht darüber noch keine eigene Meinung gebildet hat. Eine andere wäre die, dass man der Meinung ist, dass die eigene Meinung, naja, dass man vielleicht einfach mit der hinterm Berg bleiben will, weil man bestimmte Kritik

dagegen erwartet, die man nicht hören möchte. (...) Es gibt aber auch jetzt von von Naturwissenschaftlern, die sich mit dem Thema befassen, die sich auch mit dem Thema intensiv befassen, da gibt es dann auch zu der Frage jedenfalls wenn die im etwas öffentlicherem Raum gestellt wird, sollte man denn solche Amputationen zulassen, die  
625 reagieren da auch sehr zurückhaltend (...), während das, so habe ich mir jedenfalls sagen lassen, von Betroffenen in kleineren Kreisen, wenn die dann nur mit Betroffenen sprechen, die dann da durchaus etwas offener sind und die sagen "Naja, wir meinen schon, dass man das zulassen sollte". (...) Diese Zurückhaltung, die kann natürlich auch darin begründet sein, dass es einfach schwierig ist. Man (...) /. Wenn man es zulassen würde, man, man  
630 macht die, jedenfalls mal körperlich scheinbar gesunde Leute zu Behinderten. Und das ist natürlich ein Problem. (...) Und wenn man sich vorstellt, die Wissenschaft würde sich weiter entwickeln, in zwei Jahren kommt auf einmal die tolle Therapiemethode mit irgendeiner (unv.) meinetwegen, tiefe Hirnstimulation oder transkranielle Magnetstimulation können wir, können wir die Betroffenen heilen, von ihrem Amputationswunsch befreien (...), dann  
635 würden man sich vielleicht ja auch den Vorwurf machen, wenn man davor Amputationen zugelassen hat, wir waren vielleicht etwas voreilig. Und auch sowas kann dann ein Motiv dafür sein zu sagen, ja mit solchen gravierenden, mit solchen invasiven (...) /. Ma/, Man möchte ja schon gar nicht sagen Therapiemaßnahmen ja, denn ein gesundes Bein abzunehmen, ob man das noch als Therapie bezeichnen kann, schwierig. In dem Fall (...)  
640 wäre es letztlich schon eine /. Aber ich denke mal, das ist vielleicht auch noch ein Grund, warum man da etwas Zurückhaltung übt. #00:55:50-6#

I: Okay. Wenn Sie jetzt abschließend das Thema BIID ganz allgemein betrachten, wie würden Sie die Relevanz des Themas beurteilen, also sowohl für den wissenschaftlichen  
645 als auch für den gesellschaftlichen Diskurs? #00:56:07-8#

B3: (...) Das ist immer die Frage, ob die Relevanz für den gesellschaftlichen Dis/ Diskurs auch davon abhängt, dass es irgendwo eine signifikante oder oder relevante Gruppe innerhalb der Gesellschaft ist. Also das, das Thema würde ich, würde ich mal grundsätzlich  
650 für wichtig halten. Jetzt könnte man natürlich /. Medien denken ja auch immer an Quoten, könnte man natürlich auch sagen, vom Blickwinkel her, wenn man die Wichtigkeit oder die Relevanz eines Themas nach Quoten beurteilt, ist es überhaupt nicht wichtig. Was, was interessieren uns 300 Spinner, die gern ihr Bein amputiert haben wollen. Ist überhaupt nicht wichtig. Menschen, die sich wissenschaftlich mit den Betroffenen befasst haben, die ha/, ich  
655 glaube für die ist das Thema durchaus von Relevanz. #00:57:03-3#

I: Okay. Und glauben Sie, ja, dass sich der Umgang mit dem Thema oder mit BIID Betroffenen selbst in eine bestimmte Richtung entwickeln wird? Also, könnten Sie sich vorstellen, dass auf Dauer, so wie der Forschungsstand jetzt im Moment ist, dass das in  
660 eine Richtung geht, dass auf Dauer Amputationen tatsächlich irgendwann zulässig werden? Zumal Sie ja auch gesagt haben, noch vor einiger Zeit galt Homosexualität als sittenwidrig, mittlerweile, zumindest in liberalen Gesellschaften, eigentlich fast unter den Normalitätsbegriff irgendwie mit eingeschlossen. Was glauben Sie, wie wird das mit BIID weitergehen? #00:57:47-2#

665

670 B3: Also Oscar Wilde hat mal gesagt "Eine Landkarte, auf der das Land Utopia nicht drauf ist, ist für mich keines Blickes wert". Ich kann mir durchaus vorstellen, dass es irgendwann mal kommt, aber ich glaube dass es schon ein relativ langer Prozess sein wird. Gerade wenn man das mit, mit, mit der Homosexualität vergleicht, das ist ja auch, das war auch ein langer Prozess. Also ich (...), ich glaube nicht, dass man prognostizieren könnte, in fünf oder sechs oder zehn Jahren werden solche Operationen zulässig sein und am Ende auch noch von der gesetzlichen Krankenversicherung bezahlt werden. Das glaube ich nicht. Aber wenn man das mal in einem Zeitraum von vielleicht 20,30 Jahren sich anschaut, könnte es durchaus sein, dass die Entwicklung irgendwann mal in die Richtung geht. Wenn das  
675 wirklich mal als Krankheit anerkannt wird und wenn weitere Forschung unternommen werden im Hinblick auf Therapiemöglichkeiten und die dann möglicherweise alle erfolglos bleiben, dann könnte ich mir schon vorstellen, dass es irgendwann mal kommen wird.  
#00:59:08-5#

680 I: Okay. Herr [Spencer], wir sind mit dem Interview soweit auch am Ende, ich würde Sie jetzt nur nochmal abschließend fragen wollen: Gibt es noch irgendwas, was Sie zu dem Thema noch anmerken wollen würden, sowohl aus rechtlicher Perspektive als auch aus persönlicher oder irgendwas? #00:59:27-3#

685 B3: Ne, ich glaube jetzt haben wir das wirklich relativ (lacht) hinreichend erörtert.  
#00:59:33-7#

I: Okay, gut. #00:59:34-9#

690 B3: Aber wenn Sie irgendwie noch Fragen haben, wenn Sie jetzt mit dem Zug nach Hause fahren, irgendwann in drei Tagen fällt Ihnen ein, eine Frage habe ich noch vergessen, rufen Sie einfach an. #00:59:44-5#

I: Super, mache ich sehr gerne. Okay, dann schalte ich jetzt das Aufnahmegerät aus.  
695 #00:59:49-8#



## Transkript: Experteninterview IV

<b>Aufnahmetag, Aufnahmezeit, Aufnahmeort</b>	Freitag, 15.08.13, 12:00 – 13:00 Uhr, Wiesbaden
<b>Interviewart</b>	Experteninterview, Face-to-Face-Interview
<b>Interviewdauer</b>	56 min 13 sec
<b>Name der Interviewerin</b>	Anna Lensing
<b>Name der Transkribierenden</b>	Anna Lensing
<b>Name der interviewten Person</b>	Anonymisiert

I: Okay, also [*Herr Ribbeck*], erstmal herzlichen Dank natürlich nochmal, dass Sie sich die Zeit dafür nehmen, für das Interview. Und zwar beginnt das wie folgt, also auf der Homepage [...] finden sich ja diverse Informationen zu Ihrer Person, zu Ihrem Werdegang und auch Forschungsbereichen. Ich habe dann der Homepage entnommen, dass Sie bis [*1994*] Medizin studiert haben, im selben Jahr dann auch ihre Approbation als Ärztin erlangt haben und ab da an dann 18 Monate in [*in einer Landesnervenklinik*] gearbeitet haben. Darauf folgte dann die klinische Tätigkeit an [*einer Universitätsklinik*], an der Sie ja später auch [*leitende Positionen eingenommen haben*]. Ist das soweit richtig? #00:00:50-4#

B4: Richtig, ja. #00:00:51-1#

I: Okay, gut. Seit [*einiger Zeit arbeiten Sie in einer leitenden Position an eben benannter Universitätsklinik*] und jetzt nochmal ein kurzer Sprung zurück. [*Vor einigen Jahren*] erfolgte Ihre Habilitation, ist das richtig? (B4: mhm) Okay, für das Fach Psychosomatische Medizin und Psychotherapie [...]. Und ich würde jetzt gerne wissen, ob die Tätigkeiten an der Landesnervenklinik [...] ausschlaggebend dafür war, sich diesen Bereichen, also Psycho/ Psychiatrie, Psychosomatik und sowas, dass Sie sich quasi diesen Bereichen im Zuge Ihres wissenschaftlichen Werdegangs eingängiger gewidmet haben oder bestand das Interesse für diese Bereiche (B4: schon vorher) eigentlich schon vorher, ja? Okay, war das denn ausschlaggebend dafür dass Sie dann diese Richtung eingeschlagen haben? Haben Sie das zu Schulzeiten irgendwie schon gemacht oder spezifisch bearbeitet oder so? #00:01:48-2#

B4: Ne, also die / das Interesse für Psychosomatische Medizin kam durch mein Elternhaus. Meine Mutter ist Allgemeinärztin und niedergelassen und in einer Allgemeinarztpraxis ist oft doch sehr viel Psychosomatik. Und ich habe früh schon Interesse bekommen an Psychosomatische Denkweise, Medizin. Und gleichzeitig bin ich schon, seitdem ich sehr klein bin, sehr viel gereist. Dadurch kam dann auch praktisch das Interesse für andere Völker und so kam es dann, dass ich mich interessiert habe, für soziologische Fragen und dann auch psychologische, philosophische Fragen und dann ging die Richtung (unv.). #00:02:33-4#

I: Okay, alles klar. Gut, Ihre wissenschaftlichen Schwerpunkte beziehen sich nach Angaben der Klinik auf mehrere Bereiche. [...] #00:02:56-7#

40

B4: richtig. #00:02:57-3#

45

I: Als Sie sich mit diesen Bereichen auseinandergesetzt haben, war das dann auch ausschlaggebend dafür, dass Sie mit dem Thema BIID das erste mal in Berührung gekommen sind? #00:03:08-1#

50

B4: Genau. Also die / gerade auch durch das viele Reisen habe ich immer wieder Minoritäten besucht und Stammeskulturen, verschiedene Ethnien, die eben doch auch sehr körpermodifiziert sind also jetzt in China, in Indien, in (unv.) Afrika und anderen / also Kulturen, die extrem gepierct sind oder auch tätowiert sind und gleichzeitig habe ich gesehen, dass in unseren Breitengraden das immer mehr zugenommen hat, dass Patienten kamen oder auch im Straßenbild, die sich tätowieren lassen haben. Das war parallel mit der Beschäftigung mit *[den anderen Bereichen]*, was man einfach im Klinikalltag viel sieht in der Psychosomatik und so kam dann das Interesse an Körpermodifikationen, ich habe mich dann interessiert für Tätowierung und für Piercing und dadurch automatische dann für härtere Sachen. Implantate oder Suspensions und bin dann auf die Nullos (?) getroffen, die sich amputieren und dann auf die Gruppe BIID und habe mich dann gerade besonders für BIID interessiert. #00:04:21-3#

60

I: Okay. Und wie haben Sie dann angefangen über das Thema zu recherchieren? #00:04:26-8#

65

B4: Anfangs bin ich auf die Konventions gegangen und habe dort einfach Fragebögen ausgeteilt und Interviews gemacht. Das war so die Anfangszeit und war sehr überrascht wie freundlich und positiv alles aufgenommen worden ist, wie, ja, diesen Tattoo-Convention die Leute bereit waren Fragebögen auszufüllen, ganze psychologische Testung und auch die Interviews sehr, sehr interessant waren. Und so ging es dann weiter, dass ich dann mit *[einer Zeitschrift]* eine sehr sehr große Umfrage gestartet habe. Also, (...) und dann repräsentative Studien und so weiter. #00:05:12-1#

70

I: Okay. Und jetzt insbesondere im Hinblick auf das Thema BIID, also haben Sie da auch konkret mit einer Stichwortsuche im Internet / #00:05:22-1#

75

B4: Genau, wir haben dann recherchiert im Internet sehr viel und dann sind wir auf Newsgroups gest/, sind wir getroffen und die haben wir dann angeschrieben und so Probanden kontaktiert, die auch bereit waren mit uns zu sprechen und Informationen zu geben, nach anfänglichen Misstrauen, weil viele also gleich erzählt haben, wenn sie sowas jemandem sagen, dann denkt die Bevölkerung sie sind verrückt und nachdem wir ihnen diese Angst nehmen konnten, dass wir das nicht a priori denken, gab es dann Kontakt und wir haben dann sehr viele BIIDler kennen gelernt und auch in Psychotherapie gehabt. Also mit ihnen auch psychotherapeutische Arbeit gemacht. #00:06:14-0#

80

85

I: Okay und wie sind diese Kontakte dann genau entstanden? Also könnten Sie auch davon sprechen/ (B4: durchs Internet) Also durchs Internet hauptsächlich und (...) gab es irgendwelche Beobachtungen, dass Sie feststellen konnten, dass sich das so ein bisschen wie so ein Schneeball/ (B4: Ja, ja, jaja.) -system vielleicht auch verteilt hat?

90 #00:06:30-3#

B4: Man wurde /. Die Gruppe ist vernetzt untereinander und in dem Moment wenn einer daran forscht, weiß das die ganze Gruppe. #00:06:38-9#

95 I: Okay. Wenn Sie jetzt das Störungsbild versuchen würden zu beschreiben und die Hauptcharakteristika in den Vordergrund zu stellen. Was würden Sie sagen, was genau versteht man unter BIID? #00:06:51-3#

100 B4: Naja BIID heißt der Wunsch ein /, amputiert zu sein oder ein ein, ein Körperteil /, die meisten wollen es doch los werden, wobei es nicht so ist, wie bei der Dismorphophobie weil sie es hässlich finden oder so, sondern weil sie ihren Körper eigentlich ohne dieses Körperteil als integriert sehen. Also es ist schon eher der Wunsch, dass zum Beispiel das linke am Oberschenkel amputiert wird und nicht mehr vorhanden ist. Kann natürlich auch mal der Arm sein oder so, es kann auch mal  
105 wechseln, aber meistens ist es dann doch das Bein und genau, es gibt auch mal Menschen, die blind sein sollen oder was im Querschnitt haben wollen, aber da muss man sich fragen wo hört BIID auf und wo fängt es an. #00:07:48-9#

110 I: Also würden Sie sagen, dass die Frage der Grenzziehung da sehr schwierig ist? #00:07:54-8#

B4: Immer schwierig, finde ich, bei den ganzen /, ganzem Thema Körpermodifikation ist die Grenzziehung schwierig, was es ja auch wieder interessant macht. #00:08:03-1#

115

I: Okay. Und welchen Raum nimmt jetzt die Auseinandersetzung mit BIID in ihrem Forschungsalltag ein? #00:08:12-2#

120 B4: Das nahm sehr viel ein, sehr viel Raum. Also wir /, ich denke wir waren auch zeitweise weltweit eine der führenden Forschungsgruppen [...]. Aber natürlich wird das dann auch weniger, wenn der Klinikalltag auch das ist was man macht. #00:08:33-0#

125 I: Okay. Also ist das derzeit wieder so ein bisschen in den Hintergrund gerückt? #00:08:36-2#

B4: Ja genau, (unv.) Hintergrund. Also ich denke die Züricher Gruppe ist auch nochmal ganz aktiv und (...) wir wiederum sind diejenigen die Hirnforschung sehr früh gemacht haben, wir waren die einzigen, die damit angefangen haben, mit den  
130 [neurologischen] Verfahren zum Teil. #00:08:52-7#

I: Ja, okay. Sie sagen es gerade, besteht dann, oder bestand dann in der Forschung rund um das Thema BIID dann so eine Art Priorisierung bestimmter Thematiken? Also würden Sie sagen Sie haben sich hauptsächlich auf bestimmte Bereiche im Bezug auf BIID konzentriert oder das Phänomen so in seiner Ganzheit (B4: Ja, in seiner Ganzheit.) ergründet / #00:09:17-0#

B4: Ja erstmal sind wir so dran gegangen, dass wir geguckt haben, nicht jetzt hypothesengeleitet, sondern wir haben erstmal geguckt, was steckt eigentlich dahinter, was sind die Motivationen, warum haben Menschen diesen Wunsch, der ja für einen erstmal nicht so gängig ist, jeder von uns ist eigentlich froh, dass er seine Beine hat und Arme, ja, und wenn jemand so genau das Gegenteil will /, wir sind erstmal dran und haben geguckt, haben wir psychologische Testungen gemacht, Interviews gemacht, kennen gelernt die Menschen, befragt und dann auch mal einen Kongress gemacht und also und konnten dann Psychosen und sowas ausschließen, ja. So sind wir dran gegangen aber ob es jetzt eine neurologische Veränderung ist oder ob es rein psychodynamisch zu erklären ist, das war uns alles nicht klar. #00:10:08-7#

I: Ja, okay. Würden Sie denn sagen, dass Sie benennen könnten konkret, worin genau ihr Interesse an diesem Phänomen wurzelt? (...) Wenn Sie sich das überlegen. #00:10:21-7#

B4: Also mein Interesse grundsätzlich, wenn Sie jetzt von Spezialisierung fragen, ist nach wie vor so selbstgewählte Eingriffe in den Körper, oder am Körper, die letztendlich der psychischen /, der Psyche dienen. Also ob jetzt Essstörungen, ob selbstverletzendes Verhalten, ob Tattoo, Piercing, also alles was der Mensch mit seinem Körper selbst macht, für irgendein seelisches-psychisches Gleichgewicht, das ist mein Interesse und das war es in dem Fall auch. Und da auch eben nochmal die Unterschiede, also weil es ist ja einerseits eine extreme Selbstverletzung aber es/, andererseits hat es mit dem selbstverletzendes Verhalten auch wieder nichts zu tun, weil es gar nicht der momentanen Emotionsregulation dient, weil es nicht ritualisiert, wiederholt wird und so weiter, also da gibt es auch ganz klare Abgrenzung und das ist das, was mich interessiert. #00:11:20-5#

I: Okay. In der Auseinandersetzung mit dem Thema fällt ja auf, dass sich ein ganz erheblicher Teil der Forschung, wie auch Ihrer Forschung, mit der Ergründung der Ursachen der Störung und der Konzeptionalisierung von Therapiemöglichkeiten beschäftigt. Wie positionieren Sie sich denn jetzt zu dem Thema Ursachen von BIID, also gibt es einen der bislang publizierten Erklärungsansätze bezüglich der Ursachen von BIID der Ihnen plausibelsten erscheint von all den Möglichkeiten, die da so ins Spiel gebracht worden, sage ich mal. #00:11:57-3#

B4: (...) nicht unbedingt. Also, es gibt Forschergruppen, die sagen, dass es doch mit einer Störung im Gehirn zu tun hat (...). Das kann sein, aber da frage ich mich was ist Henne, was ist Ei. Also, ich würde nicht sagen, dass ich mich im Moment zu einer klaren Hypothese hinreißen lassen könnte. Nein, kann ich nicht. #00:12:28-7#

180 I: Und gibt es dann im /, in der Gegenüberstellung dazu irgendwelche Ansätze, die sie prinzipiell zurückweisen würden? #00:12:37-2#

B4: Ne, auch nicht. (...) Also, ne. (...) Ne. #00:12:43-7#

185 I: (lacht): Okay, nun gut. Also, je nachdem welche Schwerpunkte bei der Charakterisierung der Störung gesetzt werden, oder wurden, wurden ja auch unterschiedliche Bezeichnungen präferiert bzw. genutzt. Das heißt, die Gruppe um Money et al., die führte ja den Begriff dann Apotemnophilia ein oder Apotemnophilie, um die, ja, sexuelle Komponente der Störung als bezeichnendes Charakteristikum in den Vordergrund zu stellen, dann die Gruppe um Furth und Smith, die führten ja dann  
190 Amputee Identity Disorder ein, das wiederum wurde aufgegriffen von Michael First und wirklich in Body Integrity Identity Disorder /. (...) Es ist ja so, dass diese Bezeichnung dann gewählt wurde, um auch in den Vordergrund zu stellen, dass es sich um eine Identitätsstörung handelt, und diese dann als solche ins aktuelle DSM auch aufgenommen werden sollte. Sie selbst wählen ja auch den Begriff BIID, wenn  
195 Sie von der Störung sprechen /. #00:13:43-8#

B4: Genau, ich gehöre auch zu der Gruppe, die es ins DSM bringen wollte. #00:13:47-3#

200 I: Ja, okay genau. Darum wollte ich mich /, also darauf wollte ich auch eingehen. Das heißt, Sie wären auch Befürworter, dafür dass es da aufgenommen würde. Warum? #00:13:55-8#

205 B4: W e i l e s (...) /. Warum soll das nicht aufgenommen werden, wenn wir viele andere (...) Störungen haben, oder, die im DSM sind. Also, ich würde das /, denke, das würde schon passen und das zweite ist, dass die Gruppe selbst es eigentlich auch möchte, das ist zumindest meine Erfahrung, weil sie damit ein Stück eine Anerkennung haben, wie auch GID, also wie auch Geschlechts-Identitäts-Störung. (...) Dass auch Therapiemöglichkeiten legalisiert werden. #00:14:38-9#

210 I: Also, das bedeutet, Therapiemöglichkeiten, die bisher noch nicht legalisiert sind, beziehen Sie sich damit dann konkret (B4: Auf Amputationen) auf Amputationen? Okay. Darauf würde ich gleich gerne auch nochmal eingehen, ich muss noch einmal kurz zurückspringen. Jetzt hatte ich ja gesagt, dass es diese verschiedenen Begriffe,  
215 dass die so im Umlauf sind, genutzt werden. Ist das Ihrer Meinung nach legitim, all diese Begriffe zu nutzen, um über ein und die gleiche Sache zu sprechen. #00:15:06-5#

B4: Ja, ja, ja. Warum nicht? #00:15:08-8#

220 I: Okay. War zum Beispiel einmal, ist als Argument gefallen, dass das ja eigentlich nur Verwirrung stiften würde. #00:15:14-5#

225 B4: Ja gut, aber die Sprache ist ja generell unscharf, wie wir wissen und es gibt ja sowieso für /. Für die Seele gibt es verschiedene Begriffe, für (...) Liebe gibt es

verschiedene Begriffe, für /. Also, das ist ja ein Teil des Lebens, dass das Leben auch unscharf ist und dass es für eine Sache verschiedene Begriffe gibt und außerdem ist BIID auch nicht bei allen gleich. Das ist uns auch irgendwann aufgefallen, dass es bei dem einen /. Es gibt welche die sagen, "Ich brauche gar nicht amputiert zu sein, das ist auch in Ordnung", es gibt welche da wird es schwächer, es gibt welche da wird es stärker, es gibt welche, da ist es der Querschnitt, es gibt andere, da ist es, ja nur so ein diffuses /. Also, ist auch unscharf. Es gibt welche, da ha/ hat es, also ist es, also sehr mit Sexualität, bei anderen nicht. Also, nein, ich habe nichts gegen verschiedene Begriffe. #00:16:05-4#

235

I: Okay. Und können Sie sich vorstellen, warum bestimmte Wissenschaftler, die sich auch mit dem Thema auseinandersetzen, es ablehnen könnten, dass BIID ins DSM aufgenommen wird, gibt es auch Positionen, die sich da klar dagegen stellen. Haben Sie eine Idee, woran das liegen könnte? #00:16:24-5#

240

B4: Ja natürlich könnte ich auch Argumente dagegen finden, also /. Es ist ja auch ein Stück so die Frage (.) der Konstruktion einer Erkrankung und die Frage der Konstruktion der Wirklichkeit und, ja was wird heute alles gemacht. Es gibt ja eine ganze Liste an Erkrankungen, die benannt werden, ob Verbitterungssyndrom oder Dorian-Gray und diese und jene, jeder lässt sich irgendwas einfallen und sagt dann, das ist irgendeine Erkrankung und dann würde das BIID irgendwann, was weiß ich wie viel tausende Seiten beinhalten. Also, insofern gibt es natürlich auch Argumente dagegen und denen ich auch zustimmen kann. Insofern (...) ist ja auch die Frage der modernen Welt, wo macht man Stop? Also, kann man alles zulassen oder gibt es auch irgendwo eine Grenze, dass man sagt, "Das jetzt nicht mehr". #00:17:24-5#

250

I. Ja, okay. Im März 2009 und 2013 fanden ja jeweils Kongresse, oder internationale Kongresse zu dem Thema statt, ja, an denen mehrere Wissenschaftler, aber eben auch Betroffene aus aller Welt teilgenommen haben. Können Sie mir mal so ganz allgemein von Ihren Erfahrungen von diesem Kongress erzählen, wie sich das abgespielt hat, was Sie da mitgenommen /. #00:17:48-5#

255

B4: [...] Das war ein sehr guter Kongress, der sehr interessant war, weil das neuartige war, dass Betroffene dabei waren. Sowohl Wissenschaftler, international, also aus Amerika, England, Deutschland, Schweiz, als auch Betroffene. Und die Frage ist ja immer, wie wenn man jetzt einen Essstörungskongress organisieren würde und würde Essgestörte Patienten dazu einladen, ist ja immer die Frage: Eskaliert das, geht das, oder nicht? und es ist nicht eskaliert, es war sehr gut. Das war ein guter Austausch, es waren auch Wissenschaftler aus Amerika, die sowohl Wissenschaftler waren, wie zum Beispiel ein Arztkollege und auch Betroffene. Also es haben sich auch einzelne geoutet, was ja auch für diese Gruppe gar nicht so leicht war. Also ich würde sagen, dass es sehr gut funktioniert hat. #00:18:51-3#

260

265

I: Okay. Wie beurteilen Sie denn insgesamt die Kooperation der sich mit BIID befassenden Wissenschaftler? #00:18:58-0#

270

B4: Wissenschaftler? #00:18:59-8#

I: Ja, Wissenschaftler. #00:19:00-7#

275

B4: Gut. #00:19:01-5#

I: Ja? Also findet da wirklich konkret ein Dialog und Austausch statt? #00:19:06-0#

280

B4: Ja, also natürlich, Sie wissen ja, in den Unis ist es natürlich auch immer ein Ego-Geschäft, ja. Jeder muss gucken, dass er seine Publikationen hinbekommt und das alles funktioniert, aber insgesamt würde ich sagen: Ja, weil es auch eine kleine Gruppe ist. #00:19:22-2#

285

I: Okay. Und, Sie sagten das jetzt gerade schon, jeder muss zusehen, dass er seine Publikationen da liefert. Wie schätzen Sie denn die Präsentation der jeweiligen Publikationen oder Ergebnisse in Führungszeichen ein, die da veröffentlicht werden? Also haben Sie da irgendwie schon mal so eine gewisse Darstellungstendenz oder so ein Darstellungskonzept irgendwie erkennen können, wo Wissenschaftler vielleicht versuchen, die eigenen Ideen in den Vordergrund zu stellen und andere / #00:19:54-2#

290

B4: Ja, jeder hat andere Ideen, also /. Die einen finden es mehr neurologisch und forschen dann mehr daran, dass es irgendeine neurologische Störung ist im Gehirn, oder /. Die anderen mehr psychodynamisch, also jeder hat natürlich so seine, seine Vorstellung, aber das macht es ja auch gerade interessant in der Wissenschaft. Und man kennt sich untereinander, aber jeder verfolgt auch seine Linie. Das würde ich schon sagen. Wenn das Ihre Frage war. #00:20:21-6#

295

300

I: Jaja, genau. Ich würde jetzt nur wissen wollen, auch ob Sie sagen würden, dass man sowas wie zum Beispiel wissenschaftliches Mobbing oder sowas, gibt es ja tatsächlich auch mal, wo Wissenschaftler versuchen eigene Ergebnisse oder Studien in den Vordergrund zu stellen und zu sagen "Das was ich hier gerade publiziere ist sehr viel plausibler als andere Ansätze die zu dem Thema bestehen". Einfach Ihre eigene Einschätzung, ob Sie sowas beobachten konnten / . #00:20:45-8#

305

B4: Also grundsätzlich gibt es das, haben Sie Recht, aber ich habe es jetzt bei BIID nicht speziell beobachtet, dass es da mehr wäre als woanders. Würde ich jetzt nicht, nicht behaupten. Grundsätzlich ist es natürlich immer ein Hauen und Stechen, aber nicht da mehr als woanders. #00:21:00-9#

310

I: Würden Sie sagen, dass grundsätzlich so eine interdisziplinäre Erforschung des Phänomens wichtig ist? #00:21:06-6#

315

B4: Absolut. Ja, finde ich gut. #00:21:09-0#

I: Okay. Gut, (...) das ist jetzt so eine relativ offene Frage, sage ich direkt dazu. Wie nah oder weit entfernt, relativ abstrakt gehalten, voneinander verorten Sie denn die verschiedenen Disziplinen aus denen heraus sich Wissenschaftler mit BIID befassen.

320 Also wenn man sagt, es gibt da ethische Zugänge oder Stellungnahmen, es gibt  
Rechtswissenschaftler die sich damit /, Neurologen, Psychiater, Psychologen. Sehen  
Sie das als eng nebeneinander bestehend, oder würden Sie sagen, dass zwischen  
den einzelnen Disziplinen doch relativ große Distanzen /. #00:21:49-6#

325 B4: (..) Sie meinen ob die eine Disziplin sich mit der anderen austauscht, so meinen  
Sie das oder? #00:21:56-1#

I: Auch, genau. Also wenn Sie sich jetzt so ein abstrakteres Konzept quasi vorstellen.  
Es gibt diese verschiedenen Zugänge zu dem Phänomen, oder Leute die aus  
330 verschiedenen Perspektiven heraus was dazu sagen /. #00:22:07-7#

B4: Ne, die kommunizieren nicht unbedingt so viel miteinander, wie Sie sollten, wenn  
Sie das fragen. #00:22:12-8#

335 I: Okay, Sie sind der Meinung das sollte mehr passieren? #00:22:15-6#

B4: Also ich denke es könnte ruhig mehr sein, weil, weil es eben gerade auch das  
interessante an dem Phänomen ist, ist das (..) soziologische Zum Beispiel oder das  
ethische oder die Rechte, ja. Also wir hatten auch damals Juristen natürlich dabei, auf  
340 dem Kongress haben wir es interdisziplinär gehalten und es gibt ja auch viele  
Vorträge, die ich gehalten habe darüber, da ist es auch immer wieder interdisziplinär  
auch. Und ich fand es immer interessant, ja. Was ist überhaupt erlaubt, ja, darf ein  
Arzt überhaupt operieren oder nicht, all diese Fragen (..) dass die behandelt werden  
und sicher würde ich sagen, dass es noch nicht so interdisziplinär ist. Also ich kenne  
345 keine Publikation, wo zu all den Fragen, ja, gleichzeitig Stellung genommen wird.  
#00:23:00-5#

I: Okay. Okay, wir hatten das Thema eben schon mal angesprochen, die Gültigkeit  
von Amputationen. Nun ist es ja so, dass in Europa eben die Amputation gesunder  
350 Gliedmaßen ohne das Vorliegen einer, ja, medizinischen Indikation ja verboten ist /.  
#00:23:14-3#

B4: Wobei es auch aufgeweicht ist, also wir wissen, dass es auch hier stattgefunden  
hat. #00:23:18-2#

355 I: (..) O k a y. Können Sie das was näher erklären? #00:23:23-2#

B4: Also zum Beispiel wissen wir von einem Betroffenen, dass der sich sehr viel  
selbst verletzt hat, indem er in sein Bein immer mit Anästhetika und so weiter (..) und  
360 ja, gespritzt hat, dass irgendwann eine Klinik dann gesagt hat "Okay, wir amputieren",  
die auch wussten, dass er BlIDler ist. Also es gibt /, ist ja auch ein bisschen unscharf,  
also wenn man sagt das Bein /, oder jemand der starken Diabetes hat oder so und  
das Bein hat eine Polyneuropathie, dann kann man ja sagen "Wir versuchen es zu  
retten, oder wie amputieren". Das /, die Medizin ist ja auch so, ja, dass man  
365 manchmal sagt, man kann aber man muss nicht und da wissen wir, dass zum  
Beispiel auch amputiert wurde, ja, was auch gerechtfertigt war ein Stück weit, ja, weil



das Bein ja auch verletzt war, aber in dem Wissen auch, dass derjenige BIIIDler ist.  
#00:24:17-7#

370 I: Okay und wissen Sie, wie das später ausgelegt wurde? #00:24:20-3#

B4: Gut. Alles okay. #00:24:21-5#

375 I: Alles okay. Okay, gut. Also Sie haben ja eben auch dieses Buch dazu geschrieben und beschäftigen sich ja unter anderem eben auch mit der Frage nach der Gültigkeit von Amputationen. Im Gegensatz jetzt zu anderen Wissenschaftlern, die ganz klar Position pro oder contra der Amputation beziehen, lässt sich in Ihren Ausführungen (B4: Ja, ist offen) eigentlich keine klare Positionierung erkennen. #00:24:48-4#

380 B4: So ist es. Haben wir auch nicht. #00:24:49-3#

I: Haben Sie das wohlweislich gemacht? #00:24:52-3#

385 B4: Ja, haben wir. (I: (lacht) Okay, also /) Das ist ja auch das, was immer gesagt wird "Positionieren Sie sich doch mal" und das ist das was ich aber bis jetzt noch nicht klar gemacht habe. Ich habe weiterhin den offenen Stand / #00:25:07-0#

I: Bitte? #00:25:07-8#

390 B4: Ich hab/, bin weiterhin nicht fest positioniert. #00:25:10-3#

I: Okay. Wie beurteilen Sie denn insgesamt die Frage nach der Zulässigkeit von Amputationen, die ja Raum für große Kontroversen eröffnet hat in der Vergangenheit? #00:25:22-0#

395

B4: Naja sagen wir es mal so, grundsätzlich bin ich natürlich der Meinung, ich bin ja auch Ärztin, dass man nicht einem Menschen ein gesundes Körperteil entfernen sollte, ja, das ist ja schon erstmal grundsätzlich meine Meinung, aber (..) wenn wirklich jemand sehr stark leidet und sagt "Ohne dem, ja, fühle ich mich besser", und es, und das ist immer meine Position dann, also diese Position habe ich zumindest, und es wäre jetzt zum Beispiel die Brust oder die Nase, ja, und jemand geht zum Schönheitschirurgen, dann macht der das. Ja, wenn jemand sagt "Ich will die Hälfte meiner Nase nur haben" oder, was weiß ich, oder wenn jemand sagt "Ich bin mit meinem Genital nicht zufrieden", dann wird es ja auch gemacht. Und deswegen war bis jetzt immer so meine Position, dass es nicht so klar ist, wir sind nicht klar als Gesellschaft. Wenn man sagt, das eine will man los werden, dann ist es erlaubt, aber wenn man sagt "Ich will meinen kleinen Finger los werden" dann ist es nicht erlaubt. Also, das war bis jetzt immer so meine Position, dass ich sage, es is/, es ist nicht sehr scharf getrennt, was erlaubt ist, was nicht, ja. So, natürlich kann man sagen Behindertenstatus ja oder nein und man kann sagen Körper-Integrität. Aber, sich von Mann zu Frau oder von Frau zu Mann operieren zu lassen ist ja schon auch ein harter Eingriff. Also, warum ist das möglich und das andere nicht? Das ist so ein Stück das warum ich sage ich bin offen. #00:27:03-7#

400

405

410

415 I: Okay. Würden Sie sagen, dass diese Kontroverse um die Gültigkeit von Amputationen immer noch im Bezug auf BIID das Thema ist, das am hitzigsten diskutiert wird, oder glauben Sie, dass, ja im Moment, anderen Dinge vielleicht in den Vordergrund geraten? #00:27:20-0#

420 B4: Zum Beispiel? #00:27:20-8#

I: Dass man sagt, man fokussiert sich dennoch jetzt weniger darum /, darauf, sind die Amputationen an sich erlaubt oder geht es eher darum welche der Ursachen ist jetzt tatsächlich die / #00:27:30-8#

425

B4: Ich denke beides, beides. Aber ich /, klar man forscht von Anfang an auch nach den Ursachen. Weil das ist ja immer gut, wenn man die Ursachen weiß, um nicht nur symptomatisch zu behandeln. Ja, also das ist denke ich von vornherein drin und die Frage der Amputation, ja oder nein, ist ja letztendlich dann mehr so eine symptomatische Frage. #00:27:53-2#

430

I: Okay, wenn Sie sich jetzt so einen Fall wie den von David Openshaw, der Ihnen ja sicherlich auch bekannt ist, ja, das ist ja glaube ich der bekannteste Fall, den es im Hinblick auf BIID gibt, zumindest von dem man lesen kann in den Publikationen, die man im Internet so findet. Wenn Sie sich das jetzt vor Augen führen, der hat ja letztlich auch in Interviews, die er nach der /, auch Jahre nach der Amputationen gegeben hat, immer wieder betont, dass er jetzt eigentlich glücklicher ist, als je zu vor. Wenn Sie dazu Stellung nehmen müssten, sollten (lacht), glauben Sie, dass dann dieser Fall sinnbildlich für die Sinnhaftigkeit von Amputationen tatsächlich auch stehen kann? #00:28:36-9#

440

B4: (..) Das ist schwierig, also sagen wir es mal so, ich glaube es ist auch schwer nicht zufrieden zu sein, wenn man so einen radikalen, irreversiblen (..) Eingriff gemacht hat. Also es ist glaube ich wohlweislich besser für die Psyche, wenn man dann sagt "Alles ist gut", ja. Also, zu sagen dass deswegen ich sage "Ja, das ist der Beweis, man soll amputieren" das glaube ich kann man nicht sagen. Aber wir haben trotzdem gesehen, dass diejenigen, die das gemacht haben doch die meisten sehr zufrieden waren damit. #00:29:10-4#

445

450 I: Kennen Sie Fälle, bei denen das nicht so war? #00:29:14-0#

B4: Achso, bei denen das nicht so war. N e, kennen wir nicht wirklich. Einen Fall glaube ich, wo es so halb-halb war. Und ein Fall wo eine Frau nur ein Bein wollte, aber dann waren es beide. #00:29:28-1#

455

I: Okay, es heißt ja unter anderem auch, dass die Leute, die sich tatsächlich den Amputationswunsch erfüllt haben am Ende nicht zugeben würden, wenn das Leiden damit eigentlich nicht gemindert / #00:29:42-4#

460 B4: Das wäre nicht klug für die Psyche, ja. #00:29:43-8#

I: Ja. Also glauben Sie auch, dass das tatsächlich ein Motiv sein kann / #00:29:47-0#

465 B4: Sagen wir es mal so, zumindest muss man das im Hinterkopf behalten, dass es  
blöd ist, wenn man etwas irreversibles macht und dann sagen muss "Das war ein  
Fehler", also da muss man schon sehr (...) /. Ist schwieriger das auszuhalten als  
wenn man sagt "Das war kein Fehler." Ja, also ich glaube das muss man auf jeden  
Fall im Hinterkopf behalten, aber man muss nicht gleich sagen "Ja, das ist bei allen  
470 so" und, es ist Unsinn, es kann ja wirklich sein, dass es für den einzelnen wirklich  
besser ist. Also wir versuchen ja als Psychotherapeuten, zumindest ich, immer die  
subjektive Betrachtung zu sehen und, was weiß ich, was ein Mensch in seinem  
Körper fühlt und ja, ich kann ja nur von mir aus gehen, aber das ist ja nicht unbedingt  
immer das, was allgemeingültig ist. Also ich bin froh, dass ich meine Beine und Arme  
475 habe, aber es kann ja sein, dass jemand wirklich sich besser fühlt, wenn er in  
irgendeiner Form so läuft, wie die laufen oder so aussieht, wie die, ja /. Und das ist ja,  
also das ist jetzt deutlich harmloser, aber ich meine, ich habe ja mit den ganzen  
Tattoo und Piercing angefangen, ja. Und wie viele Menschen haben vor 10 Jahren  
noch gesagt "Die sind alle krank, die sich tätowieren und piercen lassen" und, und  
"Wie kann man sich so hässlich machen" ja, und "Ein Piercing im Gesicht" ja, also,  
480 und, ja, also es war /, und keiner konnte sich vorstellen, dass für den, der ein Piercing  
im Gesicht hat, es vielleicht nicht hässlich ist, also. Ja, deswegen meine ich ist es ja  
immer die subjektive Betrachtung. Und, und das jetzt nochmal in extremeren Formen,  
wer, wer weiß es, ja. Also, ich kann es nicht beurteilen und deswegen habe ich auch  
nicht so eine klare Position. #00:31:38-7#

485 I: Okay. Glauben Sie, dass der wissenschaftliche Hintergrund bei der Beurteilung von  
BIID und dem Umgang mit BIID-Betroffenen insgesamt eine Rolle spielt? Also  
insofern, dass Sie vielleicht der Meinung sind, dass ein Medizinethiker grundsätzlich  
die Frage der Gültigkeit von Amputationen anders beurteilen würde als ein  
490 Psychotherapeut oder ein /. #00:32:06-5#

B4: Ja, glaube ich schon. Glaube ich. #00:32:09-3#

495 I: Okay. Und wie erklären Sie sich dann /. #00:32:12-4#

B4: Ich glaube, dass auch ein Arzt, ein ganz normaler Arzt, glaube ich, (..) wird  
anders das sehen, als ein Psychotherapeut. #00:32:21-0#

500 I: Und Sie glauben, dass das an dem wissenschaftlichen Werdegang liegt?  
#00:32:26-7#

B4: Achso, ob es an dem wissenschaftlichen Werdegang jetzt liegt. Also nochmal,  
Sie meinen ob das daran liegt, wie, wie, ob, wie was die Wissenschaft dazu sagt.  
#00:32:35-9#

505 I: Genau und wie die Wissensch/. Also, wie (..) der Kontext ist, innerhalb dessen man  
seine Aussagen tätigt. Also durch seine wissenschaftliche Laufbahn, ob die /

#00:32:45-6#

510 B4: Ne, ich glaube schon, dass es so ein Allgemeinempfinden gibt. (...) Keine leichte Frage. Natürlich sind wir alle beeinflussbar durch Wissenschaft und Forschung und allgemeingültigen was jetzt modern ist oder nicht modern ist, das wissen wir ja selbst. Also ich glaube nicht, dass Menschen sich dem entziehen können, dass sie beeinflussbar sind durch das was jetzt gesagt wird oder geforscht wird oder in ist oder  
515 nicht ist, aber ich glaube, es gibt auch so ein Gefühl von Integrität und Ästhetik und Ganzheitsempfinden und ich glaube, wenn jemand den Wunsch hat, sich zu amputieren ist das schon glaube ich ein Angriff dadrauf. Das glaube ich macht es nochmal schwerer in diesem Fall. Wenn ich Ihre Frage richtig verstanden habe.  
#00:33:42-4#

520

I: Ja (lacht). Ich denke. Würde ich jetzt Ihrer Antwort entnehmen. (..) Sehen Sie auch innerhalb der Psychologie oder in der Psychiatrie Unterschiede innerhalb dieser Disziplinen in der Rezeption oder in dem Umgang mit BIID? Könnten Sie das sagen, dass innerhalb einer Disziplin große Unterschiede (B4: Ja, total) bestehen? Ja? und  
525 inwiefern? #00:34:08-0#

B4: Ja, also gerade Ärzte, also wenn Sie jetzt gerade auch ein Wiederherstellungschirurg sind, der damit beschäftigt ist, dass er wenn jemand an der Hand verletzt ist, dass die Hand wieder ganz ist, ja, für den ist es ja erstmal, ja /.  
530 Und der mit traumatisierten Menschen zu tun hat, die ein Körperteil verloren haben und das ihr Leben lang nicht überwinden, für den ist es natürlich auch irgendwie nochmal anders, wenn jemand sagt "Ich will das los werden", ja, oder ein Augenarzt oder ein, ja, Radiologe. Dann unter den Psychiatern und Psychotherapeuten auch ganz unterschiedlich. Gibt welche für die ist das alles völlig verrückt und es gibt  
535 andere, für die ist das alles okay. #00:34:50-3#

I: Okay, haben Sie das schon mal mitbekommen, oder wissen Sie von Fällen von Psychologen, Psychiatern, die solche Fälle auch abgelehnt haben? #00:35:00-6#

540 B4: Ja, viele.

I: Ja? (B4: Ja.) Mit welcher Begründung? #00:35:03-7#

B4: Es hat sich jetzt verändert, aber wir haben in unseren ersten Jahren haben wir fast nie irgendwelche Psychotherapeuten gefunden, die gesagt haben "Ich, ich nehme mich diesem Störungsbild an". Wenn die in der Praxis beim Psychotherapeuten gesagt haben, sie haben BIID, haben die die weg geschickt, haben gesagt "Wir können damit nichts anfangen" oder "Das ist uns zu schwierig" oder "zu verrückt". Die haben gedacht, die sind alle verrückt, oder haben Angst davor  
550 oder /. Das ist jetzt, also es gab welche, die sind angereist, von weit her und, ich habe doch vor ein paar Jahren jetzt auch gesucht, nach Psychotherapeuten die das machen. Also das hat sich sehr verändert in den letzten Jahren, aber am Anfang war das schon so, dass viele gesagt haben "Oh Gott, was steckt dahinter". #00:35:50-0#

555 I: Wurde denn, oder wurden die Patienten, die mit diesem, mit diesem Krankheitsbild an Psychotherapeuten herantreten sind, hatten Sie das Gefühl, die wurden trotzdem ernst genommen oder wurde das vielleicht so ein bisschen abgetan, als Spinnerei mit der man einfach nichts anfangen kann? #00:36:06-9#

560 B4: Ich glaube Spinnerei nicht, sondern als die Angst das könnte, da könnte dahinter eine schwere Perversion oder Psychose stecken und das ist mir zu schwer. So eher. Also nicht so eine Spinnerei, wie was weiß ich, jemand der, was weiß ich, Spinnen sammelt oder so, also. Oder Schlangen sammelt oder irgendwas, ja. Sondern eher so die Angst, da könnte was ganz schweres dahinter stecken. Und "Da traue ich mich nicht dran", so, das mache ich nicht. Das haben wir schon öfter gehört. #00:36:37-0#

I: Okay. Jetzt hatte ich ja eben selber schon mal angesprochen, dass es ja mehrere Zugänge zu dem Thema gibt und insbesondere im Hinblick auf den ethischen Diskurs rund um BIID, wie würden Sie den denn beurteilen? Also sind Sie der Meinung, dass die ethischen Argumente, die oftmals angebracht werden durchaus so ihre Berechtigung haben, oder haben Sie so den Eindruck, dass da vielleicht auch Sachen sind, die so ein bisschen /, die an den Haaren herbeigezogen werden, nur um Gründe zu finden, oder um weitere Gründe zu finden Amputationen nicht zuzulassen in Deutschland zumindest. #00:37:18-3#

575 B4: (...) Oh, das ist schwierig. Sie (...) /. Ne, ich glaube die (..) die moderne Welt guckt immer, wo kann man, wo kann man Grenzen setzen und da gibt es auch immer wieder welche, die dann die Grenzen versuchen zu verschieben und das wird natürlich auch dann immer mal wieder ethisch untermauert, aber Ihre Frage ist, ob der ethische Diskurs, ob der wirklich ein richtiger ethischer Diskurs ist oder ob der einfach nur so irgendwie (..) /. Ne, ich glaube es ist eher nicht so ein richtiger ethischer Diskurs, glaube ich eher so, vieles einfach auch so handgestrickt und herbei gezogen. #00:38:15-5#

585 I: Ich denke, dass in der Auseinandersetzung mit dem ethischen Diskurs auffällig ist, dass sobald man von Ethik spricht damit unmittelbar auch normalerweise verknüpft ist, dass das Verbot eigentlich auch /, also das Verbot der Amputation im Raum hängt. (B4: So ist es.) Es gibt ja auch innerhalb der Ethik da verschiedene Positionen. Es gibt ja auch durchaus Leute wie zum Beispiel Annemarie Bridy, die dann sagt "Es ist letztlich, die Amputation ist ja auch nur eine Form der Körpermodifikation, liegt absolut in der Autonomie des Betroffenen und muss daher gültig sein". Mein Eindruck war, dass diese, dass Befürworter von Amputationen innerhalb des ethischen Diskurs dennoch eher eine leisere Stimme haben, als alle Leute die dagegen Wort (B4: Ja, das stimmt absolut.) erheben. Kommt Ihnen das auch so vor? #00:39:09-0#

595 B4: Ja, absolut. Es ist ja sehr nach vorne gewagt, wenn man dafür ist. #00:39:14-6#

I: Okay. Glauben Sie, dass Menschen die sich pro Amputationen, für Amputationen aussprechen, Gefahr laufen selbst ganz arg kritisiert zu werden und das gegebenenfalls auch fürchten? #00:39:30-3#

600

605 B4: Ja, also, ja. (.) Also uns ging es so, dass innerhalb der Community, wenn wir mit BIIDlern zu tun hatten, war es nicht leicht zu sagen, wenn man gesagt hätte man wäre dagegen, gegen die Amputation. Und außerhalb der BIID Community, wenn man in der Öffentlichkeit gesagt hat man ist für die Amputation, dann wird man schon sehr angegriffen. Ja. Es ist nicht einfach eine Position zu beziehen, zu dem Thema. Deswegen habe ich auch keine richtige, w e i l ich denke es gibt immer wieder Argumente, die dann doch für eine anderen Position, wieder für eine andere, also deswegen denke ich, wenn man den Diskurs doch nochmal sehr gründlich aufnimmt, in vielerlei Hinsicht, ja, und auch gerade den ethischen, das ist sehr gut. #00:40:19-7#

615 I: Okay. Im Bezug auf die medizin- und strafrechtlichen Grundlagen, die eine Rolle spielen, wenn man von Amputationen, oder wenn von Amputationen die Rede ist /. Unabhängig von Ihrer eigenen Position oder nicht-Position, nenne ich das jetzt mal, würden Sie es denn befürworten, wenn diese Grundlagen so modifiziert würden, dass Amputationen theoretisch legal werden könnten, also nur wenn die Grundlagen sich verändern würden. Würden Sie da klar / #00:40:53-4#

620 B4: Welche Grundlagen meinen Sie? #00:40:55-0#

625 I: Ja so dass man zum Beispiel /, es gibt ja, es gibt ja einen Menschen, der sich damit auseinandergesetzt hat, der gesagt hat, man könnte im Hinblick auf BIID, die Klauseln, die da relevant werden ist ja zum Beispiel im deutschen Strafrecht die Gute Sitten Klausel, wenn man die auf besondere Art und Weise auslegen würde, dann könnte man es im Prinzip schaffen, (B4: Dass es geht, genau.) dass es geht, genau. (B4: Richtig, gibt es, ja.) Jetzt habe ich natürlich, ich bin jetzt überhaupt nicht rechtlich gebildet oder so / #00:41:21-8#

630 B4: Ja ja, aber das hatten wir damals auch. War ne Arbeit zu, ja. #00:41:25-2#

635 I: Ja, also würden Sie /, das meine ich damit, also würden Sie da sagen, dass das im Prinzip ein guter Weg wäre das so einzuschlagen, dass man da Mittel und Wege findet Amputationen gegebenenfalls zu legalisieren ohne mit strafrechtlichen Konsequenzen rechnen zu müssen? Das ist die Frage. (B4: Hmm (..)). Das meine ich mit den Grundlagen. #00:41:44-9#

640 B4: (...) Hm. (..) Genau, also deswegen ist es letztendlich, ja, also (.) hat natürlich Konsequenzen, ja, also (..) die (..) /. Grundsätzlich würde ich sagen: Warum nicht. (...) Gut, jetzt kommen die Fußnoten oder die Einschränkungen. Also es ist wie bei, ob man, als erstes fällt mir ein Suizid. Assi/, assoz/, ass/, ass/ Assistierter Suizid in der Schweiz oder, oder was ich schon ein paar mal gesagt habe ist Transsexualität, ja. (unv.) Also die Sachen, das muss natürlich geprüft werden. Ja, wenn jemand kommt im Rahmen von irgendwas anderem und sagt "Ich will das loswerden", und dann wird der Chirurg das dann abschneiden und ein halbes Jahr später sagt er "Oh, das war ein Fehler", das ist natürlich blöd, ja. Das will man ja vermeiden, also es muss, und deswegen gibt es ja auch bei dieser ganzen Gender Sache, gibt es ja dann Alltagstest und man guckt und, und Psychotherapie als Pflicht und so, was ja

650 auch teilweise Quatsch ist, aber teilweise auch Sinn macht und so, also (..) gut, dann wird es, dann wird am Schluss es darauf hinaus kommen, dass man Gutachten braucht. Gutachten wissen wir, kann man sich schnell besorgen, kann aber auch sein, dass es richtig gemacht wird, also es gibt natürlich dann wieder überall Lücken, aber grundsätzlich würde ich sagen: Warum nicht. #00:43:26-4#

655 I: Okay. (..) In Zusammenarbeit mit [...] argumentieren Sie ja, sofern ich Sie richtig verstanden habe, bitte korrigieren Sie mich, wenn das falsch ist, dass der Wunsch nach einer Amputation von Betroffenen aus psychiatrischer Sicht ja nicht aus einem Zwang beziehungsweise aus einer Zwangsstörung heraus entsteht. Das habe ich richtig verstanden, ja? (B4: Ja, ja.) Okay. Jetzt existieren ja Ansätze, die eben diese  
660 Meinung nicht vertreten und BIID eben als Zwangsstörung verstehen. Ja, die eine Einschränkung der persönlichen Autonomie mit sich bringt, da die Betroffenen in dieser Meinung nicht dazu in der Lage sind, rationale, durchdachte Entscheidungen zu treffen und langfristig die Konsequenzen ihrer Entscheidung abzuwägen. Diese eingeschränkte Autonomie, wovon die Menschen, die diese Position vertreten,  
665 ausgehen, rechtfertigt dieser Ansicht nach, dass von einer Wunschamputation Abstand genommen werden muss. Das heißt, wäre diese These richtig, dann würden Sie das auch befürworten? #00:44:31-1#

670 B4: Naja, sagen wir es mal so, dass ist ja das was man immer sagen kann, wenn eine Frau ein Facelifting machen will, kann man auch sagen "Die hat eine narzistische Persönlichkeit und aufgrund ihrer Persönlichkeitsstörung kann sie nicht entscheiden, ob sie jetzt ein Facelifting macht oder nicht", aber da fragt ja keiner nach. Die geht zum Schönheitschirurgen und macht das, also (.) das ist ja immer die Frage, wie viel Autonomie hat der Mensch oder nicht und deswegen ist ja auch immer  
675 dann die Frage der Hirnforschung. Also, Freud hat ja gesagt, das 'Ich' ist sowieso nie so autonom wie wir immer denken. Also, ist ja wieder eine Frage dann der /, des Ansatzes. Also wenn man wirklich sagt, es ist eine Zwangsstö/, wir haben Zwang, wir, im Zwang sind sie ein bisschen erhöht, wir haben natürlich auch Zwangstestung gemacht, aber das ist das Symptom selbst, ja. Also wenn man wirklich der Meinung  
680 ist, es ist eine ganz klare Zwangserkrankung und man will ja dann auch eine Zwangserkrankung behandeln und man ist der Meinung man hat einen anderen weg sie zu behandeln, dann sollte man nicht den Weg der Amputation wählen. Aber wenn das eine Zwangserkrankung ist, die mit einem Schlag weg ist, wenn jemand amputiert ist, dann ist das auch wieder eine Möglichkeit der Therapie, die /, warum  
685 sollte man die dann nicht legalisieren? Also / #00:46:01-3#

I: Okay. Diese Einschätzung, BIID als Zwangsstörung zu klassifizieren wurde unter anderem von Menschen vorgenommen, die selber keine Psychologen oder Psychiater oder so sind. Glauben Sie, dass die überhaupt dazu in der Lage sind?  
690 Quasi so eine Einschätzung zu treffen? #00:46:19-8#

B4: Das ist schwierig, dazu kann ich nicht /, dazu will ich nicht antworten, weil ich nicht weiß, ob jemand /. Ich kann jetzt nicht sagen, nur weil jemand der Beruf hat dazu in der Lage ist darüber eine Meinung zu haben und andere nicht. Das kann ich  
695 jetzt nicht sagen, aber eine Zwangserkrankung hat ja bestimmte Kriterien und wir

haben gesehen, dass sie in /, ein Stück erhöht sind in den ganzen Fragebögen, aber wir haben uns nicht dazu hinreißen lassen, zu sagen dass BIID eine Zwangsstörung ist, ja. Ich glaube die, die Menschen suchen noch was BIID bedeutet. #00:46:59-3#

700 I: Okay. Ich habe jetzt im Prinzip nur noch ein paar Abschlussfragen, die sich jetzt so auf den letzten Themenkomplex beziehen. Angenommen das Thema BIID würde sich jetzt in der medialen Berichterstattung weiter manifestieren, wie würde sich denn Ihrer Ansicht nach das Verhältnis zwischen Chancen einerseits und Gefahren andererseits, die sich daraus gegebenenfalls für BIID- Betroffene ergeben können beurteilen. Wie glauben Sie ist das das Verhältnis? #00:47:30-8#

710 B4: Also ich glaube, dass es ganz gut ist, wenn (..) es ein Stück Öffentlichkeit erfährt. Deswegen haben wir das ja auch gemacht, weil die /. Wie wir die Betroffenen kennen gelernt haben, ist es ihnen sehr schwer gefallen, darüber zu sprechen. Weil die meisten ja auch sehr klug sind und wissen, wenn sie das jemandem erzählen, dann denkt der die haben einen Vogel. In dem Moment, wenn die Öffentlichkeit auch sieht, das ist nicht /, die haben nicht einen Vogel, sondern ja, das hat irgendwelche Ursachen, die man zwar noch nicht alle kennt, aber trotzdem, ich glaube, dass es dann auch eine Chance gibt sich mehr zu outen und auch, ja, mit der Frau vielleicht drüber zu sprechen oder sonst eher /. Also insofern sehe ich da schon eigentlich eine Chance drin. (..) Wie gesagt, die ganze Welt ist ja auch nicht so eindeutig, natürlich gibt es auch Gefahren. Es gibt Trittbrettfahrer, es gibt dann ja Leute die, deswegen wieder Konstruktion der Erkrankungen, die dann drauf springen und einen Hype draus machen, oder, also /, die vielleicht andere psychische (.) Kond/ Konditionen haben und dann denken ja "Das ist auch gut, das kann man jetzt auch benutzen". Also, ja /, oder auch Leute die einen Schwerbehindertenausweise wollen, was weiß ich was, also gibt dann sicher auch andere, aber das ist ja immer so, die dann /. Das wären die Gefahren. #00:49:03-8#

725 I: Okay. Jetzt gibt es auch Wissenschaftler, die sich damit auseinandersetzen, die sich dazu entschieden haben, trotz Anfragen keine Interviews oder Beiträge im Fernsehen oder in den Massenmedien zu geben, während ja andere eben in diversen Reportagen, Beiträgen namentlich genannt und auch erkennbar sind. Können Sie denn nachvollziehen aus welchen Gründen eben andere Wissenschaftler sagen so "Auf keinen Fall, ich werde mich nicht ins Fernsehen setzen oder dort erkennbar sein" oder auch im Radio keine Stellungnahme dazu geben. Glauben Sie das resultiert dann daraus, dass dieses Gefahren-Chancen Gleichgewicht in deren Meinung zu sehr auf der einen Seite hängt oder glauben Sie, dass das andere Gründe hat? #00:49:45-6#

735 B4: Ne, das glaube ich eigentlich nicht, weil letztendlich muss ich sagen, wir tun ja nichts gutes indem wir Sachen einfach nur verleugnen oder nicht hingucken oder sagen wir reden nicht darüber. Also in dem Moment wenn ein Wissenschaftler daran arbeitet, warum soll der dann nicht auch darüber sprechen? Also kann ich wenig nachvollziehen, also ich kann es nachvollziehen, aber ich würde es nicht so machen. 740 Ja, weil natürlich, in dem Moment wenn etwas an die Öffentlichkeit kommt, kann es auch missbraucht werden, in Anführungszeichen, ja. Und trotzdem bin ich der



745 Meinung, zu sagen "Ich mache das nur heimlich, weil die anderen nicht damit  
umgehen können, mit meiner Information" finde ich schwierig als Position. Ich bin  
eher für Transparenz und ich bin auch eher jemand der dafür ist, warum soll man  
nicht darüber sprechen, wenn man sagt "Das und das ist das woran ich forsche oder  
das ist meine Meinung dazu". #00:50:38-0#

750 I: Machen Sie da auch nochmal einen Unterschied zwischen Massenmedien und zum  
Beispiel einem Radiointerview auf der anderen Seite oder sowas? #00:50:44-9#

755 B4: Ja, sagen wir es mal so, wenn etwas zum Beispiel von einer, wie nennt man,  
nicht sehr guten Presse ausgeschlachtet wird und dann disqualifiziert wird, dann finde  
ich das gar nicht gut. Ja, also wenn dann irgendeine Zeitschrift schreibt "Die sind alle  
verrückt" und so, dann ist das überhaupt nicht das, was ich will. Also mir geht es  
schon um eine klare und neutrale Presse. Klar, unbedingt. #00:51:17-8#

760 I: Okay. Wenn Sie jetzt abschließend das Thema ganz allgemein nochmal  
betrachten, wie würden Sie die Relevanz des Themas beurteilen, also sowohl für den  
wissenschaftlichen als auch für den gesellschaftlichen Diskurs über das Thema?  
#00:51:35-1#

765 B4: Also, sagen wir es mal so, die, wenn Sie die Relevanz nehmen im Bezug auf die  
Anzahl der Betroffenen ist es gering. Das ist ja, also /. Das sind ja nicht viele, wenn  
Sie da /, dann ist es viel wichtiger zu forschen am Diabetes oder am Herzinfarkt oder  
am, ja? An Depressionen, oder sonst was, ja. Also wenn Sie das nehmen. Wenn Sie  
aber, und deswegen habe ich mich ja auch damit beschäftigt, wenn Sie daran  
ethische Fragen knüpfen und gesellschaftlichen Fragen, dann finde ich hat es eine  
hohe Relevanz. Weil das ja genau auch das Thema auch unserer Zeit, was ist  
770 erlaubt, was ist Machbarkeit, ja. Wie /, was bedeutet auch DSM-5 jetzt, ja, was  
bedeutet Krankheit, was bedeutet Gesundheit, was bedeutet Normalität, was machen  
wir, genau von Doping bis Neuro-Enhancement, diese ganzen Themen, da finde ich  
hat es schon eine, eine hohe Relevanz. Was, was macht die Medizin heutzutage,  
welche Bedeutung hat der Körper. Da finde ich es auch sehr spannend. #00:52:36-  
775 3#

780 I: Okay. Und glauben Sie, dass sich der Umgang mit BIID oder den Betroffenen  
selbst in eine bestimmte Richtung entwickeln wird? Angenommen Sie müssten, oder  
würden versuchen zu prognostizieren, was glauben, wenn Sie jetzt eine  
Einschätzung vornehmen würden? #00:52:53-8#

B4: Ich glaube eher hin zur Legalisierung der Amputation, glaube ich eher. (I: Ja?) Ja.  
(...) Sie gucken skeptisch. #00:53:05-7#

785 I: Ne, ne das meine ich nicht, ich hatte gerade nur überlegt. Würden Sie das zeitlich  
ungefähr rahmen können? Glauben Sie dass das geht? #00:53:14-9#

B4: Meinen Sie, ob das in zwei Jahren, fünf Jahren oder zehn Jahren? (..) Ne, das  
könnte ich nicht, aber die, warum ich die Antwort so spontan so sage ist weil es ja

790 immer mehr auch, also zum Beispiel auch (.) gerade Neuro-Enhancement, in den  
Körper einzugreifen, ihn zu optimieren oder nicht zu optimieren, ihn zu verändern, ist  
ja immer mehr wird erlaubt und gemacht, normaler, ja. Wenn ich jetzt gerade auch  
die plastische Chirurgie nehme, deswegen glaube ich, dass dann irgendwann es  
795 erlaubt, was nicht. Und dann ist ja so, dass der Mensch sowieso immer mehr dazu  
neigt alles Machbare immer weiter zu treiben, ja. Insofern könnte ich mir schon  
vorstellen, in ein paar Jahren. Aber, kann ich nicht sagen. #00:54:13-8#

I: Okay. Gut, wir sind mit dem Interview im Prinzip auch am Ende. Das einzige was  
800 ich Sie noch fragen wollen würde, ist ob von Ihrer Seite (lacht) (B4: Noch was ist.)  
noch irgendwas ist, genau, was Sie erwähnen wollen würden im Bezug auf das  
Thema, wonach ich jetzt nicht explizit gefragt habe, was Sie aber für wichtig halten  
das nochmal anzusprechen? #00:54:37-3#

805 B4: (...) Also die Frage des (.) /. Uns ist halt doch aufgefallen, immer mehr, dass es  
doch auch eine heterogene Gruppe ist, dann am Schluss, ja. Also insofern kann ich  
mir schon vorstellen, dass auch die Forschungsergebnisse heterogen sein werden.  
Es gibt vielleicht auch Menschen, die sich auch wichtig machen damit oder so, ja. Die  
eigentlich was anderes haben, oder die dann ja, das für sich so konstruieren und /.  
810 Also das ist schon so eine Gefahr die ich sehe und eben auch dass immer mehr  
Krankheitsbilder entdeckt werden oder kreiert werden, ja. Und man natürlich dann  
auch fragt, wo wo grenzt man das eigentlich jetzt ab oder nicht, das finde ich schon  
auch, dass das wichtig ist. Also ich, ich finde, was fällt mir nochmal auf, also jetzt im  
Nachhinein fällt mir nochmal auf, jetzt durch das Interview, aber das habe ich auch  
815 vorher mal gedacht, aber so in dem Sinne, wie viel Fragen eigentlich dran hängen  
und dass das genau das spannende ist dran. Also, dass das Spannende eigentlich  
auch über das BIID hinaus geht. Das, das würde ich schon nochmal sagen. Nein,  
sonst haben Sie alles gefragt (I: (lacht)), alles gut. #00:56:09-3#

820 I: Okay, alles klar. Gut, dann schalte ich das Aufnahmegerät aus. (B4: Ja ja, vielen  
Dank.)

**Betreuender Professor:  
Prof. Dr. Jürgen Straub**

**Lehrstuhl für Sozialtheorie und  
Sozialpsychologie**  
Gebäude GB 04/142  
Universitätsstraße 150, 44780 Bochum

**BÜRO: Irene Scamoni-Selcan**  
Fon: +49 (0)234 32-28167, -25171  
Fax: +49 (0)234 32-14570  
Irene.Scamoni-Selcan@rub.de  
www.sowi.rub.de/soztheo

Adressfeld

Datum

Sehr geehrte(r) Frau/Herr

mein Name ist Anna Lensing und ich studiere im 2-Fach-Master Gender Studies, Sozialpsychologie und -anthropologie an der Ruhr-Universität Bochum.

Im Rahmen meiner Masterarbeit, die ich in diesem Semester schreibe, widme ich mich dem Thema „Body Integrity Identity Disorder“. Dabei werde ich durch Prof. Dr. Jürgen Straub, den Lehrstuhlinhaber für Sozialtheorie und Sozialpsychologie, und Prof. Dr. Katja Sabisch, Juniorprofessorin für Gender Studies an der Fakultät für Sozialwissenschaft an der Ruhr-Universität Bochum, betreut.

Im Zuge meiner Recherche zum Thema „BIID“ bin ich auf Sie aufmerksam geworden. Daher möchte ich mich erkundigen, ob Sie sich zu einem Gespräch mit mir bereit erklären würden, da ich zur Erarbeitung des Themas Interviews mit Experten und Fachkundigen auf benanntem sowie angrenzenden Gebieten führen möchte.

Den Termin für das Interview könnten Sie frei festlegen. Ich bin flexibel und gerne dazu bereit, zu einem Ihnen möglichen Termin anzureisen.

Zu Auskünften über mich und mein Projekt bin ich jederzeit gerne bereit. Auch die o.g. Betreuer stehen Ihnen bei Bedarf jederzeit für Auskünfte zur Verfügung.

Informationen über die Aktivitäten des Lehrstuhls und der Juniorprofessur sind leicht über die Websites zugänglich:

<http://www.sowi.rub.de/soztheo/index.html.de>

<http://www.sowi.rub.de/gender/index.html.de>

Für Ihre Unterstützung meines wissenschaftlichen Vorhabens in einem noch unzulänglich erforschten Feld wäre ich Ihnen sehr dankbar.

Über eine Rückmeldung Ihrerseits würde ich mich sehr freuen.

Mit freundlichen Grüßen

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Anna Lensing', with a stylized flourish at the end.

Anna Lensing

**Adresszusatz:**

Rennbaumstraße 124  
51379 Leverkusen

Fon: +49 (0)174 - 8088388  
E-Mail: Anna.LensingChristina@ruhr-uni-bochum.de

# Muster - Interviewleitfaden

---

## Einleitung

Vielen Dank, dass Sie sich die Zeit dafür nehmen, sich mit mir im Rahmen meiner Masterarbeit über das Thema „Body Integrity Identity Disorder“ zu unterhalten und mich somit in meinem wissenschaftlichen Vorhaben unterstützen.

Da ich Ihre Aussagen gerne nach wissenschaftlichen Standards auswerten möchte, würde ich das Gespräch gerne auf Tonband aufzeichnen, um es im Anschluss an das Interview zu transkribieren und auszuwerten.  
Sind Sie damit einverstanden?

**Frage 1:** Einführungsfrage

**Frage 2:** Können Sie sich daran erinnern in welchem Zusammenhang Sie das erste Mal mit dem Thema „BIID“ in Berührung gekommen sind? (Bitte um Erläuterung)

**Frage 2.1:** Wie haben Sie angefangen über das Thema zu recherchieren und auf welche Art von Artikeln oder allgemein Publikationen sind Sie dabei gestoßen?

**Frage 3:** Was verstehen Sie unter BIID? Wie charakterisiert sich das Störungsbild für Sie?

**Frage 4:** Woher stammt das Interesse sich mit dem Phänomen weiter auseinanderzusetzen?

**Frage 5:** Welchen Raum nimmt die Auseinandersetzung mit BIID in Ihrem Forschungsalltag ein? Erfolgt eine Priorisierung der Beschäftigung mit BIID im wissenschaftlichen Alltag?

**Frage 5.1:** Falls eine Priorisierung bestimmter Thematiken besteht. Aus welchem Grund?

**Frage 6:** Welche Bedeutung hat die Auseinandersetzung mit BIID für Ihre Arbeit als Wissenschaftler und welche Schwerpunkte setzen Sie in der Auseinandersetzung mit dem Thema?

**Frage 7:** Wie positionieren Sie sich zu dem Thema „Ursachen von BIID“? Welche der bislang publizierten Erklärungsansätze bezüglich der Ursachen von BIID erscheint Ihnen am „plausibelsten“? Gibt es eine Priorisierung?

**Frage 7.1:** Gibt es bestimmte (Erklärungs-)Ansätze, die Sie prinzipiell „zurückweisen“ würden bzw. die Sie nicht nachvollziehbar finden? (Bsp.: Money et al.)

**Frage 8:** Welche Aspekte sind ausschlaggebend für die Einordnung der Störung als Identitätsstörung?

**Frage 8.1:** Ist es Ihrer Meinung nach legitim alle Bezeichnungen zu nutzen um über ein und dasselbe Phänomen zu sprechen?

**Frage 9:** Welche Bedeutung messen Sie anderen Auffassungen bei, die BIID hauptsächlich als Paraphilie oder neurologische/psychosomatische Störung betrachten und entsprechend bewerten.

**Frage 10:** Warum sollte BIID Ihrer Meinung nach (nicht) ins aktuelle DSM aufgenommen werden?

**Frage 10.1:** Können Sie sich vorstellen, aus welchem Grund Wissenschaftler es ablehnen könnten BIID als Störung im DSM aufzunehmen?

**Frage 11:** Wie beurteilen Sie die Kooperation der sich mit BIID befassenden Wissenschaftler? Inwiefern findet ein Dialog zwischen den Disziplinen statt?

**Frage 12:** Wie schätzen Sie die jeweiligen Präsentationen der „Ergebnisse“ der wenigen Studien, die zum Thema existieren (in wissenschaftlichen Fachartikeln) ein? Haben Sie eine gewisse Tendenz der Darstellung beobachten können?

**Frage 13:** Kann man von einem Durchsetzen eigener Meinungen & Befunde oder einem tendenziell interdisziplinären „Miteinander“ ausgehen?

**Frage 14:** Ist eine (wie auch immer geartete) Zusammenarbeit bei der Erforschung des Phänomens wichtig? Wenn ja/nein: warum?

**Frage 15:** Wie nah oder weit voneinander entfernt verorten Sie die verschiedenen Disziplinen aus denen heraus sich Wissenschaftler mit BIID befassen? (Ethik, Recht, Psychologie, Neurowissenschaften etc.)

**Frage 16:** Wie klassifizieren Sie die Kontroverse um die Gültigkeit von Amputationen, die vor allem durch die Divergenz der jeweiligen Meinung und einem gewissen „nicht-Übereinkommen“ gekennzeichnet ist? (mit der Bitte um genauere Erläuterung)

**Frage 17:** Ist die Frage nach der Gültigkeit von Wunschamputationen der umstrittenste Punkt zwischen Wissenschaftlern? (Erläuterung!)

**Frage 18:** Auch Ihnen ist der Fall um David Openshaw bekannt. Kann der Fall sinnbildlich für die Sinnhaftigkeit von Amputationen zur Leidensminderung von BIID-Betroffenen stehen? Statuiert der Fall ein Exempel?

**Frage 18.1:** Kann und darf eine Amputation im Bezug auf BIID „Mittel zum Zweck“ sein?

**Frage 19:** Spielt der wissenschaftliche Hintergrund bei der Beurteilung von BIID und dem Umgang mit BIID-Betroffenen eine Rolle? Bsp.: Beurteilt ein Medizinethiker die Frage um die Gültigkeit von Amputationen anders als ein Medizinrechtler und der wiederum anders als ein Psychologe?

**Frage 20:** Wo sehen sie innerhalb der Psychologie/Neurowissenschaften/Ethik die größten Unterschied in der Rezeption von und im Umgang mit BIID?

**Frage 21:** Woran liegen diese Unterschiede?

**Frage 22:** Angenommen das Thema BIID würde sich in der medialen Berichterstattung weiter manifestieren, wie würde sich Ihrer Ansicht nach das Verhältnis zwischen Chancen und Gefahren, die sich daraus gegebenenfalls für BIID und BIID-Betroffene insgesamt ergeben, beurteilen?

**Frage 22.1:** Können Sie nachvollziehen aus welchen Gründen andere Wissenschaftler sich mit Aussagen zum Thema verhältnismäßig bedeckt halten? (Bsp.: Schutz der Betroffenen vor reißerischer Darstellung in Massenmedien)

**Frage 23:** Wenn Sie jetzt abschließend das Thema BIID ganz allgemein betrachten. Wie würden Sie die Relevanz des Themas beurteilen? Sowohl für den wissenschaftlichen als auch den gesellschaftlichen Diskurs über BIID.

**Frage 24:** Glauben Sie, dass sich der Umgang mit dem Thema BIID und den BIID-Betroffenen selbst in eine bestimmte „Richtung“ entwickeln wird? (Bsp.: Gültigkeit von Amputationen, Primat bestimmter Ansichten, die Einfluss auf weitere Entwicklung nehmen) (Bitte um Erläuterung)

## Offene Ausstiegsfrage & Verabschiedung

Wir sind mit dem Interview hier am Ende. Erst einmal vielen Dank für Ihre interessanten Antworten. Möchten Sie ansonsten noch etwas zu diesem Thema erzählen, das Ihnen wichtig ist und bisher noch nicht angesprochen wurde?

Vielen Dank noch einmal dafür, dass Sie mir die Möglichkeit gegeben haben mit Ihnen zu sprechen! Ich denke, ich werde interessante Erkenntnisse aus Ihren Aussagen ziehen können!

# Anonymitätsvereinbarung

---



Forschungsvorhaben: Erhebung qualitativer Daten im Rahmen einer Masterarbeit zum Thema „Body Integrity Identity Disorder“.  
Die Arbeit wird angefertigt von Frau Anna Lensing, Studentin der Ruhr-Universität Bochum.

Datum

## Erklärung der Verfasserin

Hiermit erkläre Ich, Anna Lensing, dass alle von Ihnen gemachten Angaben vollständig anonymisiert werden, so dass ein Rückschluss auf Ihre Person nicht möglich sein wird. Ferner werden alle personenbezogene Daten (Audiodateien und deren schriftliche Version) nur in passwortgesicherter Form und getrennt von Ihren Kontaktdaten (Name und Adresse) aufbewahrt. Die Daten werden ausschließlich der Verfasserin der Masterarbeit sowie Ihren betreuenden Professoren zugänglich sein.

---

(Ort, Datum, Unterschrift)

## Einwilligungserklärung der Interviewten

Hiermit versichere ich, Frau / Herr \_\_\_\_\_, dass Teile meines Interviews unter Wahrung der Anonymität im Rahmen des oben genannten Forschungsvorhabens genutzt werden können.

---

(Ort, Datum, Unterschrift)



## **Erklärung der wissenschaftlichen Ehrlichkeit**

Hiermit versichere ich, dass ich die Masterarbeit selbstständig verfasst und keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt habe, alle (bildlichen Darstellungen und) Ausführungen, die anderen Schriften wörtlich oder sinngemäß entnommen wurden, kenntlich gemacht sind und die Arbeit in gleicher oder ähnlicher Fassung noch nicht Bestandteil einer Prüfungsleistung an dieser oder einer anderen Fakultät oder Prüfungsbehörde war.

Bochum, den 30.09.2013

---

(Unterschrift)