

Die „Modernisierung moderner Gesellschaften“ war das Thema des 25. Deutschen Soziologentags 1990 in Frankfurt am Main.

Es war der Beziehungspunkt sowohl für die Beiträge der Plenumsveranstaltungen und Vorlesungen (veröffentlicht im Tagungsband I) als auch für die Vorträge in den Veranstaltungen der Sektionen, Arbeits- und Ad hoc-Gruppen, deren Kurzfassungen hier veröffentlicht werden.

In der Gesamtheit ist dieser Band die Dokumentation einer aktiven, lebendigen Soziologie in Deutschland, die das Kongreßthema umfassend, vielfältig und kontrovers bearbeitet hat.

ISBN 3-531-12184-7



Glatzer (Hrsg.) **25. DEUTSCHER SOZIOLOGENTAG**

Sektionen, Arbeits- und Ad hoc-Gruppen



**25. DEUTSCHER
SOZIOLOGENTAG
FRANKFURT
9. - 12.10.1990**

WOLFGANG GLATZER (HRSG.)

**„DIE
MODERNISIERUNG
MODERNER
GESELLSCHAFTEN“**

SEKTIONEN · ARBEITS- UND
AD HOC-GRUPPEN ·
AUSSCHUSS FÜR LEHRE

WESTDEUTSCHER VERLAG

Wolfgang Glatzer (Hrsg.)

**25. Deutscher Soziologentag 1990.
Die Modernisierung
moderner Gesellschaften**

*Sektionen, Arbeits- und Ad hoc-Gruppen,
Ausschuß für Lehre*

Westdeutscher Verlag

Der Westdeutsche Verlag ist ein Unternehmen der Verlagsgruppe Bertelsmann International.

Alle Rechte vorbehalten

©1991 Westdeutscher Verlag GmbH, Opladen



Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Umschlaggestaltung: Eva Keller, Wiesbaden

Druck und buchbinderische Verarbeitung: Lengericher Handelsdruckerei, Lengerich

Gedruckt auf säurefreiem Papier

Printed in Germany

ISBN 3-531-12184-7

nicht mehr ausschließlich in der Klinik bleiben kann. Jedoch zeigt sich - wie die Formulierung vom "ambulanten Ghetto" nahelegt -, daß den wenigsten Klienten die Rückkehr in den Alltag jenseits der psychosozialen Versorgungsangebote tatsächlich gelingt - ihre neuen Ligaturen sind meist fast ausschließlich psychiatrische Ligaturen.

Die Ausgrenzung und Stigmatisierung der psychisch Kranken ist subtiler und weniger deutlich sichtbar als zu Zeiten, als alles über die Klinik gelöst wurde. Wie wenige Nicht-Patienten in den Kontaktstätten für psychisch Kranke im Stadtteil auftauchen, zeigt, wie wenig sich auf der Ebene der Integration der letzteren geändert hat. Jedoch hat sich die Phänomenologie der Stigmatisierung verändert: An die Stelle der Ausgrenzung entsprechenden Verhaltens und der Personen ist nun häufig deren Eingrenzung im ambulanten Ghetto getreten.

Dies zu einem Beleg für das Zutreffen der folgenden Einschätzung Offes auch für die Psychiatrie: "Als Kehrseite der Modernisierungsprozesse zeichnet sich eine durchaus paradox erscheinende Status-quo-Befangenheit und Unbeweglichkeit der Gesamtgesellschaft ab, die mit dem Grundmotiv der Moderne, der Steigerung des Disponieren- und Auswählen-Könnens nichts mehr gemein hat" (1986, 106).

Literatur

Beck, Ulrich (1986), *Die Risikogesellschaft*, Frankfurt.

Bonß, Wolfgang et al. (1985), *Modernisierung statt Reform*. Frankfurt.

Dahrendorf, Ralf (1979), *Lebenschancen*. Frankfurt.

Flick, Uwe (1989), *Vertrauen, Verwalten, Einweisen - subjektive Vertrauentheorien in sozialpsychiatrischer Beratung*. Wiesbaden.

Flick, Uwe (i.Dr.), *Der Sozialpsychiatrische Dienst- Beratungsstelle oder Knoten im Netz?* In: Bergold, Jarg & Filsinger, Dieter (eds.) (1991) *Vernetzungsforschung*. Weinheim.

Offe, Claus (1986), *Die Utopie der Null-Option*. In: Berger, Johannes (ed.) *Die Moderne. Kontinuität und Zäsuren*. Göttingen.

Uwe Flick, Technische Universität Berlin, Institut für Psychologie, Dovesstr. 5, 1000 Berlin 10

61. Wissen und Wissensverwendung in der Reproduktionsmedizin

Anne Honer

Reproduktionstechnologie hat einen sozusagen 'symptomatischen Charakter' für die Modernisierung der modernen Humanmedizin: Noch kaum absehbar in seinen sozialen Folgewirkungen nämlich greift die Reproduktionstechnologie in das bisherige Normal- Verhältnis der natürlichen Reproduktionstriade Vater-Mutter-Kind ein. Die einschlägigen medizinisch-biologisch-technischen Experten können heute z.B.

1. Spermata auch außerhalb des männlichen Körpers lange Zeit virulent, d.h. die Samenzellen befruchtungsfähig erhalten (Kryokonservierung, Donorsamen),

2. dem weiblichen Körper operativ Eizellen entnehmen und zusammen mit den Spermazellen in den Eileiter inseminieren (intrauteriner Gametentransfer = IGT),
3. dem weiblichen Körper operativ Eizellen entnehmen, extrakorporal befruchten und den Embryo über den Eileiter implantieren (tubarer Embryotransfer = TET),
4. dem weiblichen Körper operativ Eizellen entnehmen, extrakorporal befruchten und den Embryo in die Gebärmutterhöhle implantieren (homologe und heterologe In-Vitro-Fertilisation = IVF/ET),
5. entnommene Eizellen in den Körper einer anderen Frau transplantieren (sogenannte 'Leihmutter'),
6. genetische Informationen über das Embryo gewinnen (pränatale Diagnostik). Und schon 'morgen' werden sie wahrscheinlich auch
7. Embryonen in einer künstlichen Gebärmutter reifen lassen, also Retortenbabies im wörtlichen Sinne erzeugen, und
8. menschliches Genmaterial gezielt manipulieren, also tatsächlich künstliche Menschen konstruieren können.

Die öffentliche Debatte um diese neuen Reproduktionstechnologien, in der von den unterschiedlichsten gesellschaftlichen Gruppierungen vielfältige Vorschläge, Bedenken und Einwände geäußert werden, dreht sich gegenwärtig im wesentlichen um Fragen ihrer ethischen Vertretbarkeit, ihrer politischen Wünschbarkeit und ihrer rechtlichen Konsequenzen - vor allem im Hinblick auf *humangenetische Zugriffsmöglichkeiten* auf die menschliche Frühentwicklung und auf Probleme der reproduktionstechnologischen *Sterilitätsbehandlung*.

Im ersten Themenkomplex werden vor allem Fragen wie die nach dem Beginn menschlichen Lebens und der Menschenwürde, nach Möglichkeiten und Grenzen der Genmanipulation und nach der Notwendigkeit bzw. Wünschbarkeit von Forschungsbeschränkungen und -verboten behandelt. Im zweiten Themenkomplex geht es vorzugsweise um die Technisierung menschlicher Fortpflanzung, um die 'Instrumentalisierung' der Frau, um die Kinderwunschproblematik sowie um die durch das Problem der anonymen Samenspende und der bislang so genannten 'Leih- und Ersatzmutter' eröffneten rechtlichen, psychosozialen und moralischen Unwägbarkeiten. Neben Fragen der sozialen Akzeptanz der verschiedenen reproduktionstechnischen Verfahren stehen somit also auch Fragen nach der emotionalen Belastung der Patienten während der sich ja meist über Jahre hinziehenden Behandlung im Vordergrund. Besonders Erfahrungsberichte von Frauen weisen in diesem Zusammenhang darauf hin, wie wichtig eine freundliche und vertrauensvolle Beziehung zu ihrem Arzt für ihre Befindlichkeit und ihr Durchhaltevermögen sein kann.

Der professionssoziologisch interessante Aspekt dieser Reproduktions-Thematik besteht mithin darin, daß sich hier die ärztliche Zuständigkeit entschieden ausdehnt: Orientiert sich der Arzt nämlich traditionell an der ethischen Norm, Leben zu *erhalten*, so ist er jetzt zwangsläufig mit der Frage konfrontiert, warum er sich so fraglos auch dafür zuständig wähnt, Leben zu *erzeugen*. Legitim erscheint dieses erweiterte

Verständnis des ärztlichen Aufgabenbereichs natürlich dann, wenn man dem umstrittenen Gesundheitsverständnis der Weltgesundheitsorganisation folgt, wonach Gesundheit "als leibliches, seelisches und soziales Wohlbefinden" definiert ist. Trotzdem ist es - wissenssoziologisch gesehen - nicht 'per se' selbstverständlich, sondern legt Fragen nahe wie: Warum, wie und unter welchen Bedingungen wird das subjektive Leiden an ungewollter Kinderlosigkeit überhaupt zu einer behandlungswürdigen, ja behandlungsbedürftigen Krankheit? Und: Welche - expliziten oder impliziten - 'Definitionen' von Leiden, von Krankheit und von Hilfe kommen hier eigentlich ganz praktisch zum Tragen?

Diese Problemstellung verweist auf das Dilemma zwischen *Entscheidungszwang* einerseits dadurch, daß die Reproduktionstechniken medizinisches Neuland eröffnen, das ausgelotet werden muß - auch und gerade vom einzelnen, einschlägig praktizierenden Arzt, und *Definitionsmacht* andererseits dergestalt, daß so, wie die Applikation von Reproduktionstechnologien bislang gesellschaftlich organisiert ist, am Arzt einfach kein Weg vorbeiführt. Denn sowohl bei der Suche nach und der Entwicklung von neuen Reproduktionstechniken als auch bei der sozialen Steuerung der praktischen Umsetzung und Anwendung dieser Möglichkeiten, steht der Arzt eindeutig im Zentrum des Geschehens: als Humaningenieur einerseits, als Moralrichter andererseits. Gesamtgesellschaftlich gesehen tut er es als Mitglied einer hochgradig anerkannten Profession, eines angesehenen Stand, dessen Entscheidungen und Expertisen gerade in diesem diffizilen Feld künstlicher Fortpflanzung zur Richtschnur politischer und juristischer Entscheidungen werden (z.B. über Enquete-Kommissionen und Gutachtertätigkeiten). Individuell gesehen tut er es als von seinen Patienten anerkannter Heil-Kundiger.

Wissen und Wissensverwendung in der Reproduktionsmedizin, das heißt also: wissen, was die je aktuelle Stunde des gen- und apparatetechnischen Fortschritts geschlagen hat, *und* wissen, welche Wünschbarkeiten und welche Vorbehalte demgegenüber in den öffentlichen Diskursen gerade verhandelt werden; *und* das heißt, von Einzelfall zu Einzelfall, von Patientenschicksal zu Patientenschicksal politisch-juristisch-moralisch akzeptable und zugleich heilkundlich praktisch gangbare Wege zu finden zu Lösungen des je individuellen Problems ungewollter Kinderlosigkeit. Mit exemplarischer Deutlichkeit werden dabei sowohl der Entscheidungszwang als auch die Definitionsmacht des Arztes zwischen avancierter technischer Machbarkeit und problematisierter sozialer Verträglichkeit thematisiert.

Aber trotz dieser allenthalben zutage tretenden und auch in der einschlägigen Literatur immer wieder hervorgehobenen 'neuen Rolle' des Reproduktionsmediziners, und trotz der auch von ärztlicher Seite nachhaltigen Betonung seiner schwerwiegenden Verantwortung ist bislang noch keineswegs genauer exploriert, wie sein Part in der Arzt-Patienten-Beziehung tatsächlich aussieht, geschweige denn, daß seine *Perspektive* gegenüber dem gesamten Reproduktionsgeschehen systematisch erschlossen wäre. Ausgehend davon, daß ärztliches Professions-Wissen nach anderen Relevanzkriterien geordnet ist als das Alltagswissen, daß es z.B. auf 'Verkünstlichung' basiert, auf der zunehmenden, auch apparativen Kontrolle und technischen Steuerung natürlicher Prozesse (die gegenüber einem experimentellen Design stets sub-optimal verlaufen), und daß es mithin der rationalen Erkenntnis und der fortschrittlichen Inno-

vation Priorität einräumt gegenüber den alltäglichen Imperativen des Mitfühlens, Mitleidens und 'Hier-und-Jetzt'- Helfen-Wollens, ist das professionelle (Sonder-) Wissen des Reproduktionsmediziners, ist seine Entstehung, seine Organisation und seine praktische Anwendung deshalb derzeit von besonderem soziologischem Interesse.

Anne Honer, Seminar für Soziologie der Hochschule St. Gallen, Tigerbergstraße 2, CH-9000 St. Gallen

"Medizinsoziologische Aspekte der Individualisierung der Lebensstile"

62. Verändertes Krankheitsspektrum und veränderter Umgang mit Gesundheit und Krankheit im Kindes- und Jugendalter

Klaus Hurrelmann

Ebenso wie bei der erwachsenen Bevölkerung hat sich auch im Kindes- und Jugendalter in den letzten Jahrzehnten kontinuierlich ein Wandel des Krankheitsspektrums vollzogen. Eindeutig ist ein Rückgang der früher dominierenden Infektionskrankheiten festzustellen. Das schlägt sich auch in des Todesursachen nieder. In der Bundesrepublik wird die Mortalitätsstatistik durch die Kreislaufkrankheiten angeführt (über 50% aller Todesfälle), gefolgt von Krebskrankheiten (23%), Krankheiten der Atmungsorgane und Krankheiten der Verdauungsorgane, während rein infektiöse Krankheiten weniger als 1% ausmachen.

Auch bei Kindern und Jugendlichen nimmt der Anteil der chronischen Krankheiten zu. Etwa 7-10% der entsprechenden Altersgruppen unter 18 Jahren sind heute durch Allergie, Neurodermitis, Asthmabronchiale und ähnlichen Krankheiten belastet. Auch angeborene Herzfehler, Epilepsie, Diabetes und Krebs gehören zu den stark verbreiteten Krankheiten. Daneben erreichen auch psychosoziale Störungen ein hohes und wachsendes Ausmaß. Nach vorsichtigen Schätzungen kann bei 10-15% der Kinder und Jugendlichen mit Störungen im Bereich von Wahrnehmung, Leistung, Emotion und Sozialverhalten gerechnet werden. Das Spektrum von psychosomatischen Beeinträchtigungen wird breiter. Und zwar nicht nur im Blick auf die spezifischen Krankheitsbilder wie Eßsucht und Magersucht, sondern auch im Blick auf die unspezifischen Beeinträchtigungen wie Kopfschmerzen, Nervosität, Unruhe, Kreuz- und Rückenschmerzen, Konzentrationsschwierigkeiten und Schwindelgefühl. In diesen Bereichen sind auch besonders deutlich geschlechtsspezifische Ausprägungen zu erkennen, die eine stärkere Krankheitsbelastung von weiblichen Kindern und Jugendlichen signalisieren. Schließlich kann auf den Bereich der Verbreitung von Suchtkrankheiten verwiesen werden. Die psychische und physische Abhängigkeit von einer Substanz mit Verlust der Konsumkontrolle hat bei Kindern und Jugendlichen hohe Ausmaße erreicht.