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

126. Das Paarungsritual als 'menage à trois'. Zur Modernisierung des Zeugungsaktes

Anne Honer

Der Zeugungsakt ist ein Interaktionsritual: Bei der geschlechtlichen Vereinigung müssen gewisse Verhaltensanforderungen, gewisse wechselseitige Erwartungen und Vorstellungen, was wie wann zu tun bzw. zu lassen ist, beachtet werden (wobei diese Ordnungsvorstellungen nicht nur kulturell, sondern, gerade heutzutage, sozusagen von einer Liebhaberin zum anderen Liebhaber stark variieren können und nur in Teilen expliziert werden).

Wenn nun in Gesellschaften wie der unseren der Zeugungsakt trotz gegenteiliger Bemühungen nicht von Erfolg gekrönt ist, d.h. wenn ein Paar sich ein Kind wünscht, aber keines bekommt, dann wendet es sich heutzutage typischerweise an den Arzt (in der Regel: an einen Gynäkologen). Wenn man aber erst einmal sich entschlossen hat, 'Unfruchtbarkeit' nicht als 'Schicksal' sondern als zu bewältigendes Handlungsproblem zu betrachten, und wenn man daraufhin den 'ersten Schritt' hin zu einer medizin-technischen Lösung gemacht hat, dann beginnt eine Art 'Dreiecksverhältnis': Aus der natürlichen *biologischen Diade* der Eiträgerin und des Samenspenders wird - vor dem Hintergrund bisheriger gescheiterter 'Bemühungen' - durch das Hinzuziehen medizinischer Kompetenz eine zweckbezogene Dreier-Gruppierung, eine *soziale Triade*, eine intime 'menage à trois'. Und die so konstituierte künstliche Befruchtungstriade *modernisiert* mithin den banalen, quasi-natürlichen Zeugungsakt, zu dem herkömmlicherweise eben *zwei* verschiedengeschlechtliche Leute nötig waren. D.h., vom ersten einschlägigen Kontakt mit dem medizinischen Versorgungssystem bis zur gelungenen artifiziellen Fertilisation oder bis zum 'endgültigen' Scheitern wird der Arzt zum unverzichtbaren 'Dritten im Bunde'.

Was der Arzt über Gefahr und Gefährdung sagt, wozu er rät und wovon er abrät, was er 'von der Sache hält', wovor er warnt, wann und wie er beruhigt, das beeinflußt die Patienten in ihren Entscheidungen, in ihrem Handeln in hohem Maße. Der Arzt bestimmt während der Diagnostik und der Therapie ungewollter Kinderlosigkeit das Leben, nicht nur das Intimleben der Frau bzw. des Paares in weiten (und zentralen) Bereichen. Denn wenn der 'erste Schritt' erst einmal getan ist, dann wird es (aufgrund der bereits entstandenen 'Kosten') zunehmend widersinniger, die anordnenden Ratschläge des Arztes nicht (mehr) zu befolgen.

Der *formaltypische* Verlauf einer 'kompletten' reproduktionsmedizinischen Behandlung führt vom Erstgespräch und der Anamnese des sterilen Paares über gynäkologische und andrologische Untersuchungen zunächst zu Ratschlägen und 'konservativen' Maßnahmen, und dann zu hormonellen Therapien und eventuellen mikrochirurgischen Eingriffen. Erst ganz am 'Ende' der Behandlungspalette steht schließlich gegebenenfalls die Anwendung eines der reproduktionstechnischen Verfahren (Insemination, In-vitro-Fertilisation, Intratubarer Gametentransfer oder Intratubarer Embryotransfer). Vom Arzt kommen also in der Regel nur dann, wenn die 'harmloseren' Versuche nicht greifen, stufenweise immer 'technischere' Therapieangebote. Der Arzt eröffnet mithin keineswegs am Beginn der Behandlung das ganze Spektrum reproduktionsmedizinischer Möglichkeiten, so daß das Paar eine reelle Chance hätte, tatsächlich mitzuentscheiden. Vielmehr entscheidet der *Arzt*, wann und unter welchen Voraussetzungen was 'vernünftigerweise' geschehen sollte. Eindeutig und zumeist auch ganz fraglos für *alle* Beteiligten ist es der *Arzt*, der die anderen gleichsam 'an die Hand' nimmt und ihnen den richtigen Weg weist: Professionell (mehr oder weniger) gesicherte Überzeugungen werden normativ eingesetzt, um die Patienten 'in der Spur' zu halten. Das hat zur Folge, daß im Verlauf der - in der Regel sehr langwierigen - Sterilitätsbehandlung der Arzt immer dominanter wird in jenem Bunde zur (Er-)Zeugung eines Kindes, das die zwei, die 'natürlicherweise' dazu gehören, allein nicht zu bewerkstelligen in der Lage waren. Auch wenn und solange der Arzt 'nur' berät, mischt er sich unweigerlich ein in das (Geschlechts-) Leben des Paares: *Er* definiert, was man zu tun und was man zu unterlassen hat, wann und wie man miteinander 'verkehren' soll bzw. muß. *Er* bestimmt, welche medizinischen Maßnahmen wann und unter welchen Bedingungen ergriffen werden. *Er* kümmert sich anscheinend nicht nur um das physische sondern auch um das 'seelische' Befinden der Mutterschaftswilligen. Er befindet schließlich auch darüber (zumindest maßgeblich *mit*), wann alle Bemühungen vergebens waren, wann der Punkt erreicht ist, an dem man endgültig 'aufgeben' muß.

Und wenn er zu reproduktionsmedizinische Maßnahmen im engeren Sinne greift, wenn er die künstliche Befruchtung durchführt, dann tritt er tatsächlich - als Anwender von technischem Gerät - an die Stelle des Mannes; des Mannes zwar *nicht* als Zeuger, aber des Mannes als *Penetrierer*. Oder, weniger sexistisch ausgedrückt: Der Arzt fungiert als Besamer bzw. als Bestäuber. D.h., er tut etwas, was strukturell dem ähnelt, was wir bei der geschlechtlichen Fortpflanzung standortgebundener Organismen beobachten können: Er betätigt sich als Bote, als Zwischenträger, als Vermittler menschlicher Keimzellen, man könnte auch sagen: als Kuppler, der Sperma und Ovum zusammenführt.

Technisch gesehen fungiert der Arzt in der Phase *vor* den reproduktionstechnischen Maßnahmen im engeren Sinne also als *indirekt* beteiligter *Ratgeber und Unterstützer*, in der Phase der reproduktionstechnischen Maßnahmen im engeren Sinne fungiert er zusätzlich als *direkt* beteiligter *Zwischenträger* zwischen Eispenderin und Samenspender (wer immer das auch sein mag). Im englischen Sprachraum ist von "assisted procreation" die Rede, was unter den einschlägig befassten Medizinern als geglückte, jedoch unübersetzbare Bezeichnung gilt. Aber welche Sprachgebung, welche Metaphorik man auch bevorzugt, zu beschreiben bleibt doch immer, daß *sozial* gesehen die reproduktionstechnischen Maßnahmen so 'organisiert' sind, daß ein Dritter zwischen Mann und Frau tritt, und daß dieser Dritte ein *Arzt* ist, mit seinen technischen Möglichkeiten, seinem medizinischen Wissen - und in der Regel auch seiner professionellen Überzeugung, daß seine Intervention der "moralisch und ethisch einzige vertretbare Weg" sei, Kinder auf nicht natürliche Weise zu zeugen. Der Arzt ist es also, der aus Menschen mit einem unerfüllten Kinderwunsch *Patienten* macht. Der Arzt ist somit - als von seinen Patienten anerkannter Heilkundiger - definitionsmächtig.

Man kann es auch andersherum formulieren: Die soziale Suche nach praktikablen Wegen des medizinischen Umgangs mit ungewollter Kinderlosigkeit stellt den Arzt zwangsläufig vor ein vielschichtiges Entscheidungs-Dilemma, in dem er auf sein *Wissen* um technologische Möglichkeiten ebenso zu rekurrieren, wie professionelle Interessen zu wahren und zugleich ethische Bedenken und die Wünsche und Ängste der Menschen zu berücksichtigen hat. Wie der Arzt mit diesem Dilemma umgeht, wie er in dieser existenziell so bedeutsamen Situation argumentiert und agiert, das ist unmittelbar für die vom Problem ungewollter Kinderlosigkeit betroffenen Menschen, das ist - weit darüber hinaus - mittelbar aber auch für das gesamtgesellschaftliche Ordnungsgefüge von kaum zu überschätzender handlungsleitender Bedeutung, denn der Arzt ist für den modernen Menschen zu einer lebenspraktisch entscheidenden Sinn-Instanz geworden für alles, was dieser als mit der *Erhaltung* des Lebens in Zusammenhang stehend ansieht - und in Zukunft möglicherweise eben auch für alles, was seine Reproduktionswünsche betrifft.

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

127. Trivialisierung - Ihre Konsequenzen für die methodischen Rituale einer verstehenden Sozialwissenschaft

Elmar J. Koenen

Bei den folgenden Überlegungen geht es um die Fortschreibung des methodologischen Selbstverständnisses einer sinnauslegend verfahrenden Sozialwissenschaft. Ausgangspunkt ist der Hinweis darauf, daß seit längerer Zeit von unterschiedlichen Seiten - oft eher en passant - auf 'Trivialität', 'Entzauberung', 'Normalisierung' als allgemeine Kennzeichen sozialwissenschaftlichen Wissens bzw. der theoretischen Gegenstände hingewiesen wird (Tenbruck, Koch, Esser, Habermas, Bühl, Rosenmayer, Weiß, Weymann).

Präsent waren vergleichbare Wahrnehmung seit je, so z.B. in der Marx'schen Rede vom 'moralischen Verschleiß', bei Weber auch im Begriff der 'Veralltäglichung' oder in Vorstellungen von 'Nivellierung' z.B. bei Schelsky.

Zum heimlichen Hintergrundthema sind Trivialisierungsprozesse in der Verwendungsforschung geworden mit der Frage, ob sozialwissenschaftliches Wissen in seinen praktischen Verwendungen gleichsam verschwindet oder zumindest eine Verwandlung erfährt, die es als trivial erscheinen läßt. -

Eine radikale methodische Konsequenz aus einem solchen Bedeutungsverlust sozialwissenschaftlicher Wissensbestände hat - vielleicht ohne sich dessen ganz bewußt zu sein - schon sehr früh die sozialwissenschaftliche Statistik und später die entsprechende Großforschung gezogen. Der zwangsläufig formalisierte, mechanisierte und automatisierte Umgang mit Massendaten entkleidet die einzelnen Daten und Informationen jeglicher *besonderer Bedeutung*; sie erschöpft sich in der Trivialität einer als nicht weiter interpretationsbedürftig angesehenen Merkmalsausprägung.

Die interpretierende Abteilung der sozialwissenschaftlichen Praxis grenzt sich seit je z.T. polemisch gegen jede Teilnahme an der Anlage solcher Massendatengräber