

REPRODUKTIONSMEDIZIN IN DER SCHWEIZ: ERGEBNISSE UND INTERPRETATIONEN EINER REPRÄSENTATIVEN BEVÖLKERUNGSBEFRAGUNG

Christoph Maeder

Soziologisches Seminar, Hochschule St. Gallen

1. Umstrittene Reproduktionsmedizin beim Menschen

Vor gerade erst 14 Jahren, am 25. Juli 1978, wurde in England die Geburt des ersten „Retortenbabies“ bekannt. Heute gelangen nur noch Fälle, wie der von Arlette Schweitzer, welche letztes Jahr in den USA im November als Leihmutter für ihre Tochter Zwillinge geboren hat (Associated Press, 1991), oder der von einer Jungfrau in England, welche ein Kind, aber keinen Mann haben möchte (Hutter, 1991), in die Schlagzeilen. Insbesondere die Verfahren der umstrittenen In-Vitro-Fertilisation (IVF), bei der die Verschmelzung der Keimzellen ausserhalb des Mutterleibes stattfindet, und der pränatalen Diagnostik haben sich auch in der Schweiz etabliert. Nach unserem Wissensstand wird an folgenden Orten IVF praktiziert: Baden, Bern, Genf, Lausanne, Locarno, Zürich.¹ Grobe Schätzungen gehen dahin, dass ungefähr 0,5%–1% der Geburten einer Alterskohorte in der Schweiz, d. h. ungefähr etwa 350 Kinder pro Jahr infolge reproduktionsmedizinischer Praktiken zur Welt kommen.² Die zunehmende

-
- 1 Die Aufzählung ist unvollständig, da nur öffentlich-rechtliche Kliniken darin enthalten sind. Sie genügt aber um zu zeigen, dass das reproductionstechnische Angebot in der Schweiz flächendeckend vorhanden ist. Für den Zeitraum von 1971–88 weist ein Experte 53177 pränatale Untersuchungen aus (Müller, 1990, 324).
 - 2 Diese Prozentangabe schliesst auch die Inseminationen mit ein. Sie entstammt einem Artikel eines Reproduktionsmediziners (Hagmann, 1987) und wird ohne Quelle angeführt. Häufig anzutreffen ist auch die immer wieder ohne Quellenangabe in einschlägigen Veröffentlichungen gemachte Aussage, ungefähr 10% aller Ehen blieben ungewollt kinderlos (z. B. Amstad, 1988, 6; Kanton St. Gallen, 1991, 8). In medizinischen Büchern zur Fortpflanzungsmedizin finden sich ähnliche Zahlen, so z. B. in einem Lehrbuch für Gynäkologische Endokrinologie, wo nach der Definition von Sterilität („Eine Ehe oder Partnerschaft wird als steril bezeichnet, falls die Frau nicht innerhalb von 2 Jahren bei ungeschütztem regelmässigem Geschlechtsverkehr empfängt“) ohne Quelle festgehalten wird: „In Westdeutschland sind etwa 10–15% aller Ehen steril.“ (Runnebaum, Rabe, 1987, 328). Eine Untersuchung eines Marktforschungsinstituts in Deutschland kommt zum Schluss, dass von 6,8 Millionen Paaren im reproduktionsfähigen Alter 1,46 Millionen kinderlos sind und davon wiederum 410000 ungewollt. Dies ergäbe eine Quote von ungefähr 6% ungewollt kinderlosen Paaren (Mafo-Institut, 1988, 1). Zur Problematik der Statistiken über die Reproduktionsmedizin sei auf den Schluss des Aufsatzes verwiesen.

Technisierung menschlicher Fortpflanzung führt in der Schweiz und im Ausland zu regen Auseinandersetzungen. Sie hat in der Abstimmung vom 17. Mai 1992 über den Gegenvorschlag der Bundesversammlung zur sogenannten „Beobachterinitiative“ ihren ersten politischen Höhepunkt gefunden.

Die psychologische Forschung hat sich des Themas der Reproduktionsmedizin und insbesondere der Folgen für Kinder und Paare schon relativ früh angenommen. Auch verschiedene juristische Arbeiten liegen vor. Die argumentativ-populäre Literatur dazu schwollt unübersichtlich schnell an. Über diese Techniken, welche einerseits auf die Veränderung und Erweiterung zentraler gesellschaftlicher Institutionen, wie Vaterschaft, Mutterschaft, Herkunft und Abstammung zielen und andererseits techniktheoretische Fragen aufwerfen, lag während langer Zeit nur eine empirische Arbeit aus soziologischer Perspektive vor.³ Zunehmend werden nun aber weitere empirische Fragestellungen an die gesellschaftlichen Veränderungen durch Fortpflanzungs-Technik herangetragen.⁴

2. Fragestellung und Methode

Im vorliegenden Beitrag wird mittels Daten aus einer repräsentativen Bevölkerungsbefragung zu klären versucht, inwieweit in der schweizerischen Bevölkerung die normativen Orientierungen für die Diffusion dieser Techniken in den medizinischen Alltag gegeben sind. Die Frage nach den strukturellen Voraussetzungen zur Verbreitung sogenannter Hochtechnologien in einer modernen Gesellschaft wie der Schweiz bildet den Hintergrund für diese Untersuchung. Die Daten werden als Indikatoren dafür interpretiert, wo in der untersuchten Population die Grenze des problemlosen, normativen Umgangs mit einer bestimmten Technik allenfalls zu erwarten oder zumindest zu vermuten

3 Es handelt sich dabei um die bereits 1985 erschienene, empirische Arbeit „Artifizielle Reproduktion“ (Snowden & Snowden, 1985). Zur psychologischen Literatur siehe z. B. die verschiedenen Arbeiten von Cécile Ernst (Ernst, 1988a, 1988b, 1989, 1990, 1991) und Stauber (1988) und die dort zitierten Quellen. Unter juristischen Aspekten argumentieren z. B. Brückner (1987) und Jösler (1991). Zur Techniktheorie sei verwiesen auf die Arbeiten von Wolfgang van den Daele (1985, 1988, 1989) und van den Daele, Müller-Salomon (1990). Zur Veränderung familialer Formen und Institutionen siehe Gross, Honer (1991) und Hoffman-Riem (1988).

4 Die Handlungspraktiken von Akteuren im medizinisch-biologischen Kontext (Reproduktionstechnik), die Wissensformen und Wissensproduktionskontexte (Reproduktionstechnologie) sind soziologisch noch wenig erschlossen. Das vom Nationalfonds unterstützte und zur Zeit laufende Forschungsprojekt des Soziologischen Seminars an der Hochschule St. Gallen „Das Wissen der Experten – Reproduktionsmedizin im Spannungsfeld von technischer Innovation, individuellem Hilfesuchen und gesellschaftlichem Wertesystem“ (Gross, Honer, 1991) befasst sich mit diesen Fragekomplexen. Weiter sei an dieser Stelle auf die Gruppe um Soeffner verwiesen, welche sich ebenfalls mit Reproduktionsmedizin in soziologischer Sicht befasst (Soeffner et al., 1988).

ist. Dabei wird ein enger, aber handhabbarer Akzeptanzbegriff verwendet: Die verbale Zustimmung oder Ablehnung zu Fragen über ein bestimmtes technisches Verfahren in einem standardisierten Interview. Diese Definition von Akzeptanz ist erforderlich, da der Begriff selber uneinheitlich verwendet wird und da der Zusammenhang zwischen dem Antwortverhalten Befragter und dem tatsächlichen Handeln durchaus unklar ist.⁵ Weiter wurde die mengenmässige Wissensverteilung über Paare mit Fortpflanzungsproblemen zu erfassen versucht. Darauf steht die Annahme, dass Kultur, zu der auch normatives Orientierungswissen gehört, Vorbedingung und Begleitschutz von technischer Entwicklung ist, und nicht wie in der Ogburnschen These (Ogburn, 1957) als reaktiv-adaptive Grösse verstanden werden sollte. Die Arbeit zielt darauf ab, parallel zu der rasanten Ausweitung technischer Optionen die Beurteilungsmöglichkeiten über die Fortpflanzungsmedizin zu erweitern, indem – im besten Fall – zusätzliches, diskursives Wissen in die Auseinandersetzungen eingeführt wird. Das hier dargestellte Bild wird als „normativer Horizont“ gegenüber den reproduktionsmedizinischen Verfahren verstanden. Es zeichnet ab, was die Befragten offenbar als Techniken zu akzeptieren bereit sind, auch wenn sie nicht notwendigerweise direkt betroffen sind. Dies ist in der Schweiz unter anderem auch deshalb von Bedeutung, weil in einer plebisitären Demokratie ja immer wieder zu Fragen der gesetzlichen Technikregulation Stellung genommen wird und die Auseinandersetzungen über die Reproduktionstechniken mit der Stellungnahme des Souveräns im Frühjahr 1992 noch keinesfalls abgeschlossen sind. Insbesondere im Gesetzgebungsverfahren zum angenommenen Bundesverfassungsartikel ist zu erwarten, dass die Fronten entlang moralischer Technikbewertung wieder aufgebaut werden.

2.1 *Die Möglichkeiten der Reproduktionsmedizin – Konkretisierung der Fragen*

Eine vereinfachte Übersicht über soziale und biologische Konstellationen der heute technisch möglichen Fortpflanzungsvarianten gibt Tabelle 1.

Zunächst wurde eine Fragebatterie entlang der von den Experten häufig präsentierten Ordnung reproduktionsmedizinischer Verfahren ausgearbeitet.⁶

5 Zum Zusammenhang zwischen Sprechen und Handeln siehe: Holland, Quinn, 1987, 4 ff.

6 Solche „Ordnungen“ finden sich z. B. im Bericht der bundesrätlichen Expertenkommission (Amstad, 1988, 4–13), im Gesetz betreffend die Reproduktionsmedizin beim Menschen vom 18. Oktober 1990, Basel-Stadt, § 1 und § 2, im Grossratsbeschluss über Eingriffe in die Fortpflanzung beim Menschen (Kanton St. Gallen, 1991) und vor allem in den medizinischen Fachbüchern (z. B. Schill, Bollmann, 1986). Eine verständliche Übersicht über die technischen Varianten gibt Rennhard in seinem Artikel „Sperma vom Drachenflieger“ im Sonderdruck zur Gen- und Fortpflanzungstechnologie des Beobachters (Rennhard, 1990, 24–29).

Tabelle 1

Biologische und soziale Konstellationen bei verschiedenen Reproduktionsarten (Erklärungen im Text)

Reproduktionsart	Koitus	väterl. Genom	mütterl. Genom	Embryonalmilieu der sozialen Mutter	Herkunfts- definiton
1. Normale Zeugung	+	+	+	+	traditional
2. homologe Insemination	-	+	+	+	traditional
3. heterologe Insemination	-	-	+	+	neu
4. IVF mit Spender- samen	-	-	+	+	neu
5. IVF mit gespendetem Ei in sozialer Mutter	-	+	-	+	neu
6. IVF mit pränataler Amme; Ei- und Sa- men von sozialen Eltern	-	+	+	-	neu
7. IVF mit Eispende der Leihmutter	-	+	-	-	neu
8. IVF mit Spender- samen und -ei in sozialer Mutter	-	-	-	+	pränatale Adoption
9. IVF mit pränataler Amme mit Spen- dersamen und Spenderinnenei	-	-	-	-	pränatale Adoption
[10. Adoption eines Kindes	-	-	-	-	Adoption]

Diese beginnen gewöhnlich mit der homologen Insemination, in der die verwendeten Keimzellen von einem betroffenen, selber nicht fortpflanzungsfähigen Paar stammen. Es folgt die heterologe Insemination, bei welcher die verwendeten Keimzellen nur noch mütterlicherseits vom unfruchtbaren Paar kommen. Anschliessend werden die verschiedenen In-vitro-Techniken angeführt, bei denen das Keimmaterial vollständig ausserhalb des menschlichen Leibes entsteht und in den direkten Zugriff der Mediziner und Biologen gerät. Dabei sind homologe, väterlicherseits heterologe, mütterlicherseits heterologe und vollständig heterologe Befruchtungen möglich. Als soziale Mutter wird die Frau bezeichnet, in deren Obhut ein Kind aufwächst. Sie kann, aber muss nicht identisch sein mit der genetischen Mutter. Unter einer pränatalen Amme wird hier der Fall verstanden, in welchem eine Frau ein fremdes Ei, das ausserhalb ihres Körpers befruchtet worden ist, austrägt. Diese Frau ist kein echte Leihmutter im genetischen Sinn mehr. Der Terminus „Leihmutter“ bleibt hier, in Anlehnung an die „Multiplen Elternschaften“ (Gross, Honer, 1990), für den Fall reserviert, in dem die Eizelle von der Frau stammt, welche das Kind austrägt. Nicht alle in dieser Tabelle aufgezeigten Verfahren werden in der Schweiz auch durchgeführt. Sie zeigt aber die aktuelle, technische Machbarkeitsspannweite. Es wird ersichtlich, dass unter Berücksichtigung des Embryonalmilieus auch das „Adoptionsmodell“ von Elternschaft nicht mehr zur vollständigen Rückführung auf bekannte Reproduktionsmuster genügt.⁷ Mit zunehmendem Technikeinsatz entfernt man sich immer weiter vom traditionellen Fortpflanzungsarrangement, bei dem soziale und genetische Elternschaft zusammenfallen. Diese bereits als soziale Konstrukte der Mediziner vorliegenden Ordnungen wurden für den Untersuchungszweck auf die folgende Reihe reduziert: a) homologe Insemination, b) heterologe Insemination, c) In-vitro-Fertilisation mit Eispende, d) pränatale Ammenschaft („Leihmutter“). Dabei sind die Fragen nach der filiativen Linie der Herkunft als soziologisch bedeutsame Leitlinie betrachtet worden und nicht die meist technisch orientierten Relevanzen der Ärzte oder die Häufigkeiten der angewendeten Techniken.⁸

Den Fragen nach den reproduktionsmedizinischen Techniken im oben dargelegten Sinn ist eine Fragenserie vorangestellt worden, in welcher nach der

7 Die technisch denkbaren Kombinationsmöglichkeiten von Keimzellen sind vielfältig, sobald sie einmal ausserhalb der Elternkörper in den Zugriff der Mediziner geraten. Wenn dann auch noch verschiedene Implantationstechniken und Verwandtschaftsgrade ins Spiel kommen, werden die Varianten unübersichtlich. Die Hinweise auf die Grossmutter, welche die vom Ehemann der Tochter in vitro befruchteten Eizellen der Tochter austrägt, und auf die Geburt eineriiger Zwillinge im Abstand von 18 Monaten (von Böhm, 1992) mögen genügen. Die im Text angeführte Tabelle berücksichtigt intergenerativ und/oder innerfamiliale Varianten der Reproduktionsmedizin nicht.

8 Die medizinisch-technische Orientierung unterscheidet neben der geschlechtlichen Herkunft der Keimzellen insbesondere noch die Art des Transfers der Keimzellen in den Mutterleib und den Ort der zellulären Verschmelzung von Eizelle und Sperma zum Embryo.

Bereitschaft zum Arztbesuch, zur Medikamenteneinnahme und zur Operation bei Fortpflanzungsproblemen gefragt wurde. Von der Einleitung des Interviews bis hin zu den heikleren Fragen der Fortpflanzung, dienten diese Items dazu, die allgemeine Bereitschaft zu sondieren, bei Fortpflanzungsproblemen den ärztlichen Kontext, d. h. den Arzt als zuständigen Experten zu identifizieren. Eine dritte Fragenserie erobt die Einstellung zu den mit den Fertilisations-techniken eng verbundenen Techniken des Schwangerschaftsabbruchs, der pränatalen Diagnostik, der Tiefkühlung von Keimzellen und von Embryonen. In der vierten Fragenserie wurde nach der Kenntnis von Fruchtbarkeitsproblemen im persönlichen Umfeld der Befragten und der Quelle solchen Wissens gefragt. Aus grundsätzlichen Überlegungen sind die Befragten systematisch nicht daraufhin interviewt worden, welche medizinischen Prozeduren sie für sich persönlich in Betracht ziehen würden, sondern nur dazu, zu welchen Prozeduren sie einem ihnen bekannten Paar raten würden. Wenn nach persönlicher Handlungsorientierung gefragt worden wäre, hätten alle Personen jenseits des reproduktiven Alters nicht mehr in die Stichprobe gehört. Zudem entspricht die so arrangierte Situation am ehesten der theoretischen Vorüberlegung des „normativen Horizonts“.

Nachdem der Pretest ergeben hatte, dass die Durchführung der Befragung face-to-face wegen der heiklen Körperlichkeit und Geschlechtlichkeit der Fragen problematisch sein könnte, wurde beschlossen, auf eine andere Kommunikationsart, das Telefon, auszuweichen. Ebenfalls aus diesem Grund wurde auch das Geschlecht der Befragerinnen und Befrager erhoben, um allenfalls geschlechtsinduzierte Verzerrungen im Antwortverhalten nachzuzeichnen.⁹ Umfragen, insbesondere Telefonumfragen sind grobe Instrumente in der Sozialforschung, lassen keine Rekonstruktion menschlicher Handlungen zu und haben eigene, methodische Probleme (Frey, Kunz, Lüschen, 1990, 26–58). Für den vorliegenden Untersuchungszweck können Telefoninterviews jedoch als angemessen betrachtet werden. Sie wurden vom Institut für Sozial- und Umfrageforschung (IPSO) in Zürich vom 6. – 17. Januar 1992 von Zürich und Genf aus durchgeführt. Als Datenkorpus liegen 1002 Interviews vor, von denen 602 in der Deutsch-Schweiz und je 200 im Tessin und in der Romandie durchgeführt wurden.

⁹ Eine Verzerrung der Antworten infolge des Geschlechts der Befragerinnen und Befrager wurde mittels Kontingenztafeln über alle Einschätzungsfragen getestet. Es liess sich kein systematischer, geschlechtsabhängiger Einfluss auf die Antworten nachweisen.

3. Ergebnisse

3.1 *Vom Arzt als Experten hin zur „Leihmutterschaft“*

Eine erste Übersicht über die Umfrageergebnisse vermittelt die Grafik 1. In dieser sind die Zustimmungsquoten aller Befragten je Stichprobe abgetragen. Der Bogen ist von der Bereitschaft, einem unfruchtbaren Paar zum Arztbesuch zu raten anstatt die Sterilität als Schicksal zu akzeptieren, über die Zustimmung zu medikamentösen und operativen Beeinflussungsversuchen hin zur homologen und zur heterologen Insemination und zur In-vitro-Fertilisation mit Eispende bis zum vorläufigen Endpunkt der technischen Möglichkeiten, der pränatalen Amme gespannt. Es fällt sofort auf, dass zwischen homologer und heterologer Insemination die Zustimmung abbricht, die heterologen Verfahren ein eigenes kleines Plateau bilden und die pränatale Amme um nochmals gut zehn Prozent tiefer liegt.

Folgende Tabelle 2 detailliert die graphische Darstellung. Sie zeigt die Zustimmung zu Möglichkeiten der fortppflanzungsmedizinischen Verfahren, geordnet nach Geschlecht und Landesteil.

Die Daten verweisen auf den „Einfallskanal der Möglichkeiten“ der Fortpflanzungsmedizin in die Bevölkerung. Durch die Verortung der Fertilisationstechniken in der Medizin und deren breiter Akzeptanz (zum Arzt gehen / Medikamente nehmen / Operationen / homologe Insemination) sind diese Verfahren, zumindest bis hin zur homologen Insemination, medizinisch legitimiert. Die Technisierung der Fortpflanzung geschieht gewissermassen im „Kokon“ der Medizin:

Die Rettung menschlichen Lebens und die Heilung oder Linderung von Krankheit scheint in unserer Kultur nahezu jede „Unnatürlichkeit“ oder Künstlichkeit der menschlichen Natur moralisch zu rechtfertigen, vielleicht sogar zu gebieten: Brutschrank, regelmässige Blutwäsche, Übertragung fremder Organe, künstliche Gelenke, Kunstherzen, vielleicht auch die Übertragung tierischer Organe. (van den Daele, 1988, 249).

Genau um diese Legitimation bemüht sich auch die Schweizerische Akademie der medizinischen Wissenschaften (SAMW) in ihrer Präambel zu den 90-er Richtlinien, in denen die Mediziner feststellen, nachdem sie die „normalen“ Bedingungen des ärztlichen Handelns abgesteckt haben:

Die Ehrfurcht vor dem Leben und die Achtung vor der Würde des Menschen gebieten es, von diesen Möglichkeiten in der Humanmedizin nur unter strikter Indikationenstellung Gebrauch zu machen. (SAMW, 1990, 1).

Grafik 1

Akzeptanzreihe nach Sprachregionen (deutsche, französische und italienische Schweiz)

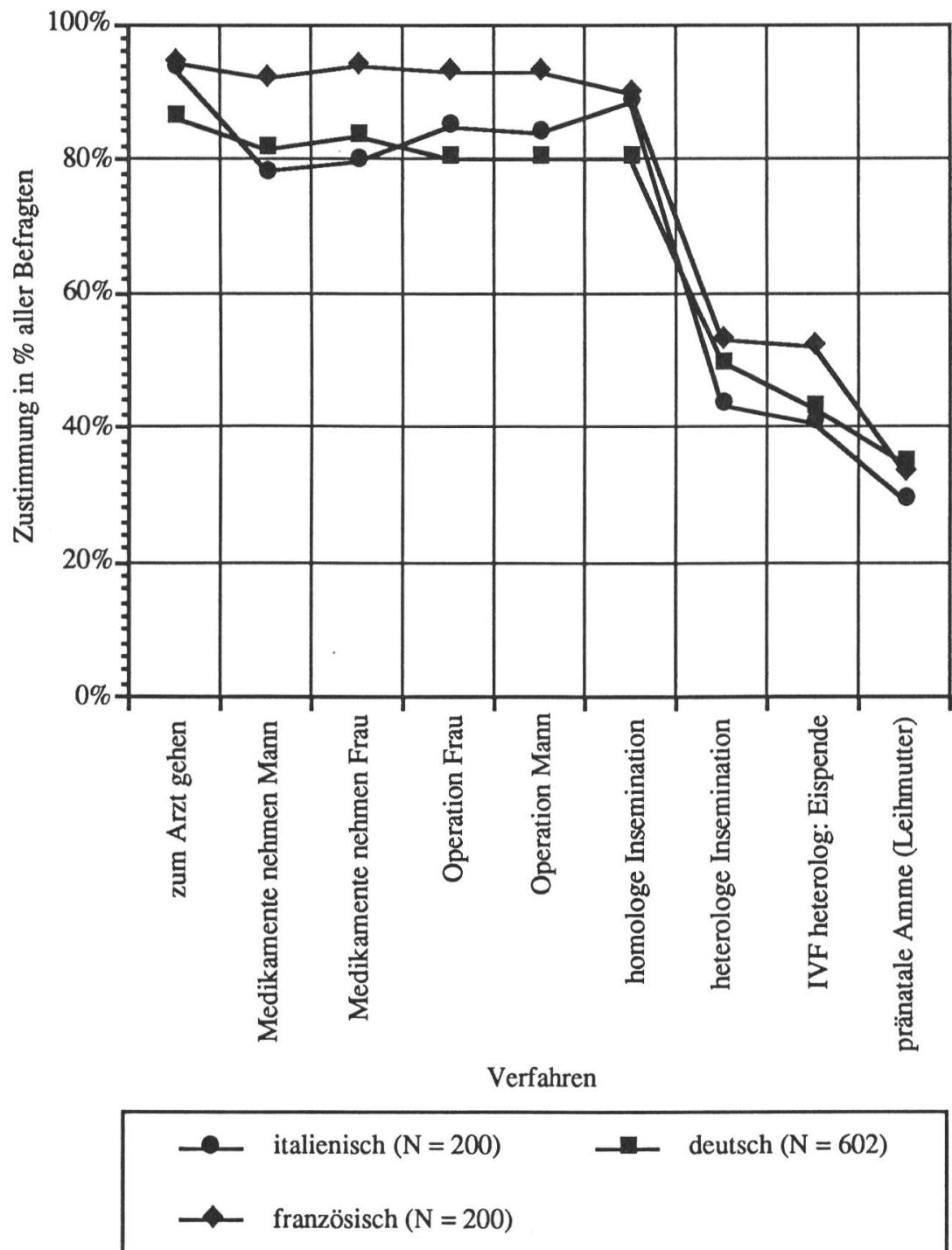


Tabelle 2

Zustimmung zu den einzelnen Verfahren nach Geschlecht und Landesteilen der Schweiz (dt = deutsch, frz = französisch, it = italienisch)¹⁰

Verfahren	Zustimmung in % der Befragten						p-Wert für Unterschied nach Geschlecht je Landesteil		
	Männer			Frauen					
	dt	frz	it	dt	frz	it	dt	frz	it
zum Arzt gehen	94	96	85	93	93	87	.	.	.
Medikamente nehmen Mann	80	92	83	77	92	80	.	.	.
Medikamente nehmen Frau	81	93	84	79	95	83	.	.	.
Operation Frau	84	91	81	85	95	79	.	.	.
Operation Mann	83	90	86	85	96	74	.	.	.
Insemination homolog	90	95	83	87	84	78	.	0.02	.
Insemination heterolog	50	58	51	37	48	48	0.00	.	.
IVF mit Eispende	48	56	50	33	48	36	0.00	.	0.12
IVF mit pränataler Amme	30	36	36	29	30	33	.	.	.

Hinter der hohen Akzeptanz der homologen Insemination lässt sich traditionale Gewöhnungslegitimität vermuten. Diese Technik ist schon lange bekannt und kann im Prinzip auch ohne Arzt praktiziert werden. Allerdings befriedigt diese Erklärung nur teilweise. Ihr steht entgegen, dass auch die heterologe Insemination nicht neu ist.¹¹ Der Umstand, dass homologe Verfahren Verwandtschafts- und

10 Aus Platzgründen werden die Tabellen nicht im Detail als vollständige Kreuztabellen mit den Teststatistiken präsentiert. Die aggregierten Tabellen zeigen nur die Zustimmung der Befragten zu einer Frage in Prozenten und den resultierenden p-Wert aus der vollständigen Tabelle, bezogen auf die Nullhypothese (H0: kein Unterschied zwischen den Kategorien, z. B. Männer und Frauen in der Einschätzung des Verfahrens). Ein Punkt in der Spalte der p-Werte bedeutet, dass p in der Teststatistik grösser als 0.12 ist. Mit wenigen Ausnahmen ist die Ablehnung bis auf wenige Prozent das Komplement der Zustimmung. Die Vollständigkeit der erhobenen Daten wird zugunsten der Darstellbarkeit reduziert. Insbesondere Meinungslosigkeit im Interview wird in diesen Darstellungen nicht mehr berücksichtigt. Zum Problem der Meinungslosigkeit siehe Reuband, 1990.

11 Die erste in der Literatur dokumentierte heterologe Insemination wurde 1884 von Professor Pancoast in Philadelphia durchgeführt. Allerdings waren die Umstände mehr als fragwürdig. Die betroffene Frau wurde eigentlich vergewaltigt, denn sie war nicht über die Spenderinsemination informiert worden (nach Corea, 1986, 13). Interessant ist ein Vergleich dieser ersten Befruchtung mit Spendersamen in den Zitaten verschiedener Autorinnen: Cécile Ernst (1988a) erwähnt sie, ohne jedoch darauf hinzuweisen, dass die Patientin nicht in eine

Herkunftsdefinitionen nicht tangieren, bietet sich eher als eine valide Interpretation der Daten an. Denn deutlich, ja geradezu drastisch ist der Abbruch der Zustimmung an der Stelle, wo der Kern des Konstrukts der bürgerlichen Familie gesprengt wird. Dort, wo gesellschaftlich definierte Gesundheit, nämlich die Möglichkeit „eigene“ Kinder zu haben, zumindest gegenüber Außenstehenden wiederhergestellt wird, endet die Zustimmung zu den technischen Möglichkeiten. Eltern, welche donogene Kinder haben, behalten dieses Wissen verständlicherweise für sich, wenn die Akzeptanz genau an der Stelle abbricht, wo traditionelles Abstammungswissen tangiert ist. Während auf den ersten Blick über die Erlangung der Reproduktionsmöglichkeit selber nicht fortpflanzungsfähiger Paare der „Normalzustand“ wiederhergestellt wird, sind die sozialen Folgewirkungen des fortpflanzungstechnischen Eindringens der Biomediziner in die traditionale Reproduktionstriade „Vater – Mutter – Kind“ für die Betroffenen nur schwer absehbar (Gross, Honer, 1990, 97f). Tradierte Selbstverständlichkeiten bezüglich Verwandtschaft und Herkunft in der Familie geraten für Behandelte und Behandelnde in einen technisch induzierten Sog der Veränderung, welcher auch für die Gesellschaft alles andere als folgenlos ist. Die Fortpflanzungsmedizin schafft neue soziale Tatsachen und variiert nicht nur Bekanntes.

Auf der anderen Seite sind die Akzeptanzquoten auch der problematischen Verfahren aber nicht so, dass der Eindruck einer totalen Ablehnung entstehen kann: Immerhin etwas mehr als 30% aller Befragten lehnen die Möglichkeit einer pränatalen Amme im fortpflanzungsmedizinischen Angebot nicht ab. Diese Verschränkung von Zustimmung zur ärztlichen Kompetenz einerseits und die selektive Ablehnung einzelner Verfahren andererseits deutet auf den techniktheoretischen Kontext der Produktionsbedingungen der Fortpflanzungsmedizin. Diese neuen Techniken entstehen in den Milieus einer medizinisch legitimierten Expertenrationalität, d. h. zwar nicht ausserhalb der Gesellschaft, doch für die meisten Menschen exogen, und sie tauchen erst dann auf, wenn konkrete Handlungsmöglichkeiten vorliegen, die im Einzelfall immer begründet werden können.¹² Das Vorliegen einer technischen Option erzwingt so gerade die Einführung in die soziale Praxis.

solche Behandlung eingewilligt hatte, während bei Corea (1986) genau dieser Punkt zum Anlass genommen wird, auf die männerdominierte, wissenschaftliche Neugier und die dadurch bewirkte Verdinglichung des weiblichen Körpers hinzuweisen. Dieser Hinweis fehlt auch in der Endnote bei Hoffmann-Riem (1988, 231). Dem oben zitierten Aufsatz von Cécile Ernst zufolge wurden 1950 in den USA die durch Spenderinsemination gezeugten Menschen bereits auf 50000 geschätzt.

12 So gelangte z. B. das Bundesgericht bei der Behandlung einer Staatsrechtlichen Beschwerde zum Schluss, dass durch ein Verbot der künstlichen Befruchtung mit Samenzellen eines Dritten sowie der In-Vitro-Fertilisation mit anschliessendem Embryotransfer und der Aufbewahrung von Samenzellen des Ehemannes während der laufenden Behandlung die persönliche Freiheit in unzulässiger Weise eingeschränkt werde (BGE 115 Ia 234 ff.).

Immer häufiger wird, vor dem Hintergrundwissen dieser technisch induzierten Einflusspotentiale der Reproduktionsmedizin, die Forderung nach einer Prüfung von deren „Sozialverträglichkeit“ erhoben. Dabei denkt man offenbar an ein sozialwissenschaftlich fundiertes Analogon zur bereits etablierten, gesetzlichen Umweltverträglichkeitsprüfung. Aus wissenssoziologischer Sicht ist jedoch darauf hinzuweisen, dass sich „objektive“ Sozialverträglichkeit nicht prüfen lässt. Dies insbesondere deshalb, weil „Verträglichkeit“ allenfalls das Ergebnis eines Aushandlungsprozesses sein muss. Die „Verträglichkeit“ einer Technik oder einer Anlage kann deshalb weder mit Bezug auf die Umwelt noch mit Bezug auf das Soziale „objektiv“ und im voraus, d. h. im Sinne einer ontologischen Objektivität geklärt werden. „Verträglichkeit“ ist immer „Verträglichkeit von etwas“ und ein soziales Konstrukt. Damit ist sie aber immer gesellschaftlich konstruiert und interpretiert und hat „nur“ insofern objektiven Status, als sie dem einzelnen unabhängig von seinem Willen begegnen kann (Berger, Luckmann, 1969). Bis heute ist denn auch umstritten, was die eigentliche Grundlage für eine Sozialverträglichkeitsprüfung sein soll und wie eine solche allenfalls zu operationalisieren wäre (Tschiedel, 1989). Das Beispiel der Reproduktionsmedizin macht jedenfalls einsichtig, dass es angezeigt ist, die soziale Prozesshaftigkeit technischen Handelns in den Vordergrund von Beschreibung und Analyse zu stellen und nicht primär die materiellen Artefakte technischen Handelns auf „Verträglichkeit“ hin zu prüfen. Denn wie umwelt- oder sozialverträglich ist z. B. ein gesundes IVF-Baby, mithin ein Mensch?

Weiter ist in den Daten die affirmativere Haltung der französischsprachigen Befragten gegenüber allen Möglichkeiten sichtbar. Angefangen beim Rat zum Aufsuchen eines Arztes bis hin zur heterologen Insemination liegt das Niveau konstant über demjenigen der deutsch- oder italienischsprachigen Befragten. Erwähnenswert ist, dass bei den deutschsprachigen Befragten offenbar medikamentöse Behandlungen als problematischer eingeschätzt werden als eine homologe Insemination!¹³ Erst in der Ablehnung der pränatalen Ammen- schaft finden sich die Befragten aus allen Landesteilen wieder. Eine regionale Dispersion der Zustimmungsquoten zu gleichen Fragen wurde so ausgeprägt nicht erwartet, obwohl zur Zeit der Erstellung des Untersuchungsdesigns durchaus die Vermutung bestanden hat, es seien regionale Unterschiede zu gewärtigen. Mit Ausnahme der Ablehnung der pränatalen Amme („Leihmutter- schaft“) sind die Antwortmuster zu den hier präsentierten Fragen in den drei untersuchten Sprachregionen statistisch signifikant voneinander verschieden.¹⁴ Dieser Unterschied ist einerseits plausibel, d. h. unterschiedliche Einstellungen aus den

13 Der deskriptiv ersichtliche Unterschied liegt allerdings innerhalb des statistischen Streubereichs, so dass er sich nicht durch statistische Verfahren „härten“ lässt.

14 Der p-Wert ist konstant < 0.02 im Test der Kontingenztafel Regionen * Antwortmuster/ Item.

drei Landesteilen werden in fast allen Untersuchungen, welche in mehr als einer Sprachregion der Schweiz durchgeführt werden festgestellt.¹⁵ Allerdings kann es sich im vorliegenden Fall auch um ein methodisch-instrumentelles Artefakt in dem Sinn handeln, dass die unterschiedliche Sprachlichkeit einen nicht kontrollierbaren Einfluss hat. Insofern scheint uns Vorsicht bei der Interpretation der verschiedenen Niveaus angebracht. Als entscheidendes Ergebnis wird hier auch nicht der Niveau-Unterschied in den drei Sprachregionen gewertet, sondern der Abbruch der Zustimmung, zwischen homologer und heterologer Insemination und der prinzipielle Gleichlauf der Zustimmungsquoten.¹⁶ Zur Überprüfung der Konsistenz des Antwortverhaltens über die Bruchstelle beginnend mit der homologen Insemination bis hin zur pränatalen Ammenschaft wurde der Reproduktionskoeffizient nach Guttman gemäss der Methode von Goodenough und Edwards (Schnell, Hill, Esser, 1992, 207–212) berechnet. Es ergaben sich durchwegs Werte grösser als 0,9. Das Antwortverhalten der Befragten entlang der aufsteigenden Ordnung der reproduktionsmedizinischen Verfahren ist sehr konsistent.¹⁷

Nach welchen soziodemographischen Grössen oder anderen Merkmalen der Befragten die Daten auch immer geordnet werden, das Bild dieses „Bruchs“ zwischen homologer und heterologer Insemination bleibt erhalten. Auffällig ist aber das Auseinanderdriften der Akzeptanz bei der Berücksichtigung des Geschlechts der Befragten. In der deutschen und italienischen Schweiz unterscheiden sich Männer und Frauen nicht signifikant in der Zustimmung zur Möglichkeit der homologen Insemination. Anders sieht dies im französisch-sprechenden Landesteil aus: Dort sind die Frauen signifikant ablehnender ein-

15 Dass Wahrnehmung und Einschätzung verschiedenster Aspekte regional variabel sind, haben z. B. die Rekrutbefragungen von Walter-Busch gezeigt (Walter-Busch, 1988)

16 Der Grund für die Durchführung in allen drei grossen Sprachregionen war, neben dem Interesse an Daten aus der ganzen Schweiz, eher technischer Natur. So war es möglich, drei voneinander unabhängige Stichproben zu erhalten statt nur einer und vergleichbare Antwortmuster über mehrere Frageitems aus verschiedenen Stichproben zu erhalten. Mit drei Stichproben wurde zwar ein grösserer statistischer Fehlerbereich eingehandelt, dafür steigt jedoch die Reliabilität der Daten i. S. der intersubjektiven Stabilität der Messwerte (Kromrey, 1986, 126). Wir sind der Ansicht, dass solche Umfragedaten ohnehin wenig „punktgenau“ sein können, da, je nach Kontext, Meinungen vermutlich stark, wenn auch nicht beliebig variieren.

17 Der Reproduktionskoeffizient berechnet sich nach der folgenden Vorschrift: $1 - [\text{Fehler}/(\text{Anzahl Befragte} * \text{Anzahl Items})]$. Er gibt hier einen Hinweis darauf, wie konsistent geantwortet wurde, wenn wir z. B. unterstellen, dass jemand, der gegen die Inseminationsverfahren eingestellt ist, auch gegen IVF und Leihmutterchaft sein sollte. Bei 4 Items (homologe Insemination, heterologe Insemination, IVF mit Eispende, pränatale Ammenschaft) sind fünf konsistente und fünf inkonsistente Antwortmuster möglich. Die genauen Werte dieser Untersuchung sind:

- a) deutsche Schweiz: $Rd = 1 - [108/(602*4)] = 0,95$
- b) welsche Schweiz: $Rw = 1 - [49/(200*4)] = 0,94$
- c) italienische Schweiz: $Ri = 1 - [40/(200*4)] = 0,95$

gestellt als die Männer.¹⁸ Die Antworten auf die Frage nach der heterologen Insemination in der deutschen Schweiz ausgewertet nach dem Geschlecht ergeben die in Tabelle 3 dargestellte Verteilung.

Tabelle 3

Zustimmung und Ablehnung: Heterologe Insemination in der deutschen Schweiz nach Geschlecht¹⁹

Heterologe Insemination	Männer (%)	Frauen (%)	Total (%)	(N)
ja	50.17	36.63	43.36	(261)
nein	48.83	62.05	55.48	(334)
weiss nicht	1.00	1.32	1.16	(7)
Total (N)	100.00 (299)	100.00 (303)	100.00 (602)	

Pearson Chi-Square: 11.226 p < 0.001

Die Ablehnung der heterologen Insemination durch die Frauen ist gegenüber den Männern signifikant tiefer (vgl. Tabelle 3).²⁰ In den beiden anderen Landesteilen sind die Frauen gegenüber diesen beiden Verfahren gleichfalls ablehnender eingestellt, allerdings lässt sich dieser Befund dort nur deskriptiv, jedoch nicht konfirmatorisch beschreiben. Die graphische Aufbereitung über das ganze bisher betrachtete Verfahrensbündel illustriert die vergleichsweise ablehnende Haltung der Frauen gegenüber den umstrittenen Verfahren der Reproduktionsmedizin.

18 $\chi^2 = 7.794$, DF = 2, p = 0.02

19 Dem geübten Interpretieren von Kontingenztafeln wird auffallen, dass in dieser Tafel die Zellbesetzungsregel, wonach in maximal 20% der Tabellenzellen die Besetzung < 5 sein darf, verletzt ist. Allerdings ändert sich der Befund nicht, auch wenn wir die missing values aus der Rechnung entfernen: $\chi^2 = 11.094$, DF = 1, p = 0.001

Da wir der Ansicht sind, dass die Daten nicht unnötig reduziert werden sollten, haben wir in der Auswertung immer zuerst mit allen Antworten gearbeitet. Dies aus der Überlegung heraus, dass ein „weiss nicht – Anteil“ auch informativ ist. Sobald die Tabellenregel verletzt wurde, haben wir auch mit den um die „missing values“ reduzierten Datensets getestet. Abweichungen aufgrund zu schwach besetzter Zellen wurden in dieser Untersuchung aber nicht gefunden.

20 $\chi^2 = 14.29$, DF = 2, p = 0.001

Eine Interpretation dieser Zahlen ist schwierig. Das Wissen darum, dass bei allen *fortpflanzungsmedizinischen* Verfahren in erster Linie die Frau in den „Behandlungsstrom“ der Mediziner gerät, kann aber höchstwahrscheinlich auch in der Bevölkerung als bekannt vorausgesetzt werden. Es sind die behandelten Frauen, welche zur Vorbereitung Hormonspritzen erhalten, regelmässig zur Ultraschalluntersuchung gehen und sich operativ die Eierstöcke punktieren lassen müssen, bevor dann die Übertragung der *in-vitro* befruchteten Keimzellen in den Mutterleib geschieht. Möglicherweise führte dieses Wissen, oder wenigstens die Ahnung davon, bei den befragten Frauen zu einer kleineren Zustimmungsquote. Schlüssig belegen lässt sich dies aber mit den vorliegenden Daten nicht (vgl. Grafik 2).

Als ein Unterscheidungsmerkmal der Befragten, welches neben dem Geschlecht deutliche Unterschiede in der Einschätzung der Verfahren ergeben hat, erwies sich der Status eigener Elternschaft (vgl. Tabelle 4). Befragte Personen, die selber Kinder haben, sind tendenziell restriktiver eingestellt gegenüber den Möglichkeiten der Fortpflanzungsmedizin als Befragte ohne eigene Kinder. Aussagekräftig ist in der folgenden Tabelle vor allem der Unterschied in der Beurteilung bei der heterologen Insemination und der IVF mit Eispende in der deutschen Schweiz.²¹ Wiederum auffällig ist die hohe Akzeptanz bei den welschen Personen im Vergleich zur deutschen Schweiz, insbesondere bei Personen ohne Kindern.

Tabelle 4

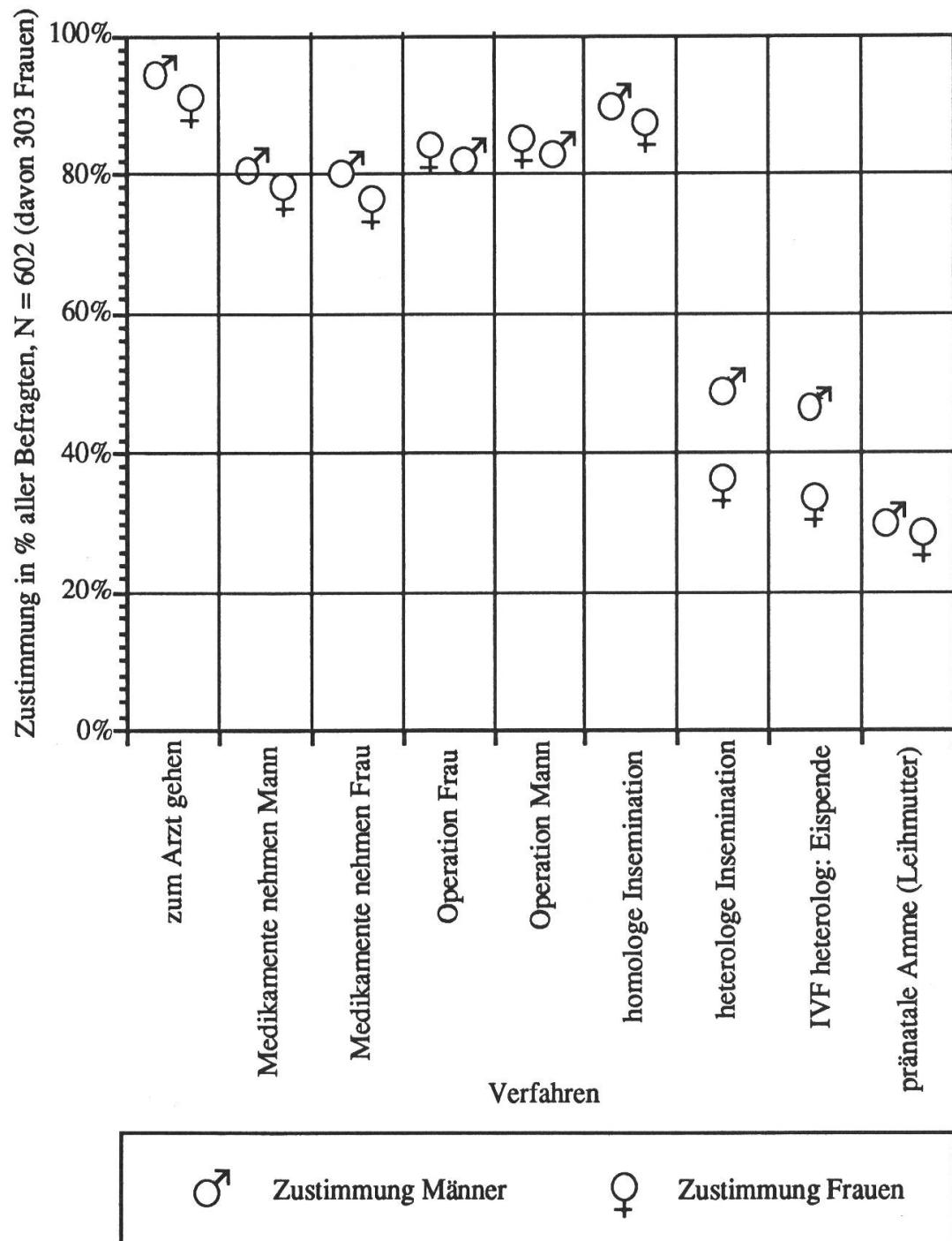
Zustimmung zu den einzelnen Verfahren nach Elternschaft (mit Kindern, ohne Kinder)

Verfahren	Zustimmung in % der Befragten						p-Wert für Unterschied nach Elternschaft je Landesteil		
	mit Kindern			ohne Kinder					
	dt	frz	it	dt	frz	it	dt	frz	it
Insemination homolog	88	89	77	88	90	86	.	.	.
Insemination heterolog	41	48	43	48	62	60	0.03	0.06	0.07
IVF mit Eispende	35	47	39	49	61	49	0.00	0.05	0.12
IVF mit pränataler Amme	27	25	33	33	48	38	0.08	0.01	.

²¹ Weil hier unterschiedliche Stichprobengrössen mit verschieden grossen Stichprobenfehlern auf einem gegebenen Signifikanzniveau verwendet werden, ist es angezeigt, sich an der grössten Stichprobe (deutsche Schweiz) als Leitlinie zu orientieren.

Grafik 2

Akzeptanzreihe, deutsche Schweiz nach Geschlecht



In Tabelle 5 sind die Ergebnisse dargestellt, die wir erhalten, wenn wir die Stichproben in eine Kategorie reproduktionsfähiger Personen (Alter = 18 bis 44 Jahre) und eine Kategorie nicht reproduktionsfähiger Personen (Alter = 45 bis 74 Jahre) teilen.

Tabelle 5

Zustimmung zu den einzelnen Verfahren nach reproduktiver und nicht-reproduktiver Alterskategorie

Verfahren	Zustimmung in % der Befragten						p-Wert für Unterschied nach Alterskategorien je Landesteil		
	18–44 Jahre			45–74 Jahre					
	dt	frz	it	dt	frz	it	dt	frz	it
Insemination homolog	89	73	73	87	73	73	.	.	.
Insemination heterolog	50	57	53	32	46	45	0.00	.	.
IVF mit Eispende	46	57	45	31	43	40	0.00	0.09	.
IVF mit pränataler Amme	29	35	35	30	29	34	.	.	.

Jüngere Befragte neigen tendenziell zu einer weniger starken Ablehnung der Verfahren. In der welschen Schweiz steigen die Zustimmungswerte bei den jüngeren Befragten bei den ersten drei Fragen auf über 50%. Konstant bleibt jedoch die klare Ablehnung der pränatalen Ammenschaft. Bemerkenswert ist, dass der IVF mit Eispende von den 18 bis 44-Jährigen in fast der Hälfte aller Fälle zugestimmt wird. Dies wird hier als ein Indiz dafür interpretiert, dass die Reduktion von technischen Handlungsmöglichkeiten nicht als eine gängige Variante zur Technikregulation verstanden wird, sobald auch nur hypothetisch eigene Interessen tangiert werden. Die Ausdifferenzierung über Insemination und Fertilisation zeigt das bereits bei anderen Kategorien Festgestellte und erlaubt die Vermutung, dass mit zunehmender Nähe zur potentiellen Betroffenheit die Akzeptanz gegenüber der Fortpflanzungsmedizin zunimmt. Dieses Ergebnis wird als ein Hinweis dafür betrachtet, dass die Akzeptanz bei denjenigen Personen, welche selber von Fruchtbarkeitsstörungen betroffen sind, noch höher liegen dürfte. Woher kämen sonst all die behandelten Personen? Dieser Aspekt, dass die „unmoralischen“ Verfahren der Fortpflanzungsmedizin nicht

nur ein Angebots-, sondern auch ein Nachfragephänomen sind, wird von Gegnern der Fortpflanzungstechnologien oft nicht beachtet.

Steigende, signifikante Akzeptanz²² findet sich auch entlang der Dimension „formale Bildung“: Je höher der formale Bildungsgrad, desto grösser ist tendenziell der Anteil der Befragten, welcher den Verfahren der Insemination und der IVF mit Eispende zustimmt. Die Ablehnung der pränatalen Ammenschaft bleibt entlang der Variable „formale Bildung“ ebenso deutlich wie in anderen Kategorien. Höhere formale Bildung hatte keinen Einfluss auf die Zustimmung oder Ablehnung zu dieser Frage. Bezüglich der Konfession konnte in dieser Untersuchung kein statistisch aussagekräftiger Unterschied zwischen Katholiken, Protestanten, anderen Bekenntnissen und den Konfessionslosen bezüglich der Einstellung zu den hier dargelegten Verfahren nachgewiesen werden.

3.2 Pränatale Diagnostik, Schwangerschaftsunterbrechung und pränatale Diagnostik, Geschlechterselektion sowie die Aufbewahrung von Keimzellen und Embryonen

Neben den umstrittenen Kernbereichen der Fertilisationen im allgemeinen Stimmungsbild, sind insbesondere diejenigen Verfahren von Bedeutung, welche nicht unbedingt direkt mit dem engsten Kreis reproduktionsmedizinischer Tätigkeit analog dem „Retortenbaby“ identifiziert werden, jedoch Bestandteil des medizinischen Arsenals in Bezug auf Fortpflanzung sind. Dazu gehören die Abtreibung bei Vorliegen einer ungünstigen, pränatalen Diagnose, die Aufbewahrung von Embryonen für die Forschung, das Aufbewahren von männlichen Keimzellen in Samenbanken (Kryokonservierung von Sperma) und die Möglichkeit der pränatalen Geschlechterselektion. Von kritischer Seite werden diese Techniken besonders problematisiert. So verweise z. B. der Schwangerschaftsabbruch bei Vorliegen einer pränatalen Diagnose auf die Rechte ungeborenen Lebens und auf die Bereitschaft, behinderte Kinder bei der Reproduktion zu akzeptieren. Die Embryonenaufbewahrung und deren mögliche Verwendung zu Forschungszwecken werden im öffentlichen Diskurs als schwere Missbrauchsgefahren thematisiert. Das Misstrauen gegenüber unkontrollierter Forschung wurde auch in den Eidgenössischen Räten deutlich artikuliert (Eidgenössische Räte, 1900 und 1991). Die Kryokonservierung von Sperma deute auf männliche Allmachtsvorstellungen und einen überzogenen Machbarkeitsbegriff hin, und die Möglichkeit zur Geschlechterselektion auf den in anderen Kulturen praktizierten, pränatalen Femizid (in Indien). Es geht an dieser Stelle nun nicht darum, alle diese hier fast unzulässig vereinfachten

²² p-Wert kleiner oder gleich 0,07

Verweisungs- und Auseinandersetzungszusammenhänge nachzuzeichnen. Dies können Befragungsdaten nicht leisten.²³ Es soll vielmehr die Bereitschaft dargestellt werden, diese Verfahren, welche in das Umfeld der ärztlichen Fortpflanzungsmedizin gehören, als in der Gesellschaft verfügbare Optionen zu bewerten. Die folgende Tabelle 6 gibt einen Überblick.

Tabelle 6
Zustimmung zu einzelnen Verfahren nach Geschlecht

Verfahren	Zustimmung in % der Befragten						p-Wert für Unterschied nach Geschlecht je Landesteil		
	Männer			Frauen					
	dt	frz	it	dt	frz	it	dt	frz	it
pränatale Diagnostik allgemein	80	88	92	72	92	95	0.06	.	.
Abort bei pränataler Diagnose	81	88	87	82	92	90	.	.	.
pränatale Geschlechtswahl	18	16	30	14	16	25	0.00	.	.
Kryokonservierung von Sperma bei Krankheit	77	75	72	70	64	71	0.07	.	0.08
Embryonenforschung	53	57	70	42	50	67	0.00	.	.

Wir finden hier in der Stichprobe der deutschen Schweiz ähnlich wie oben das Bild, dass die Frauen den Verfahren weniger zustimmen als die Männer. Allerdings sind die Unterschiede nicht sehr gross. Im Fall der Einstellung gegenüber der Embryonenforschung und der pränatalen Geschlechtswahl kann der Unterschied zwischen Männern und Frauen auf einem Signifikanzniveau von 5% in der deutschen Schweiz nicht abgelehnt werden. Eindrücklich ist die hohe Zustimmung zur pränatalen Diagnostik allgemein (erste Zeile) und erst recht augenfällig ist diejenige zum Abort als letzte Möglichkeit, wenn eine pränatale Diagnose eine schwere Krankheit des Ungeborenen voraussagt (zweite Zeile). Dieses Beispiel stützt den weiter oben schon festgestellten Befund, dass sich eine grundsätzliche Ablehnung der Reproduktionstechniken in der Bevölke-

23 Wissenssoziologisch gesehen sind sozialwissenschaftliche Fragebatterien Konstrukte 2. Ordnung (Schütz) und widerspiegeln das Relevanzsystem der Befrager und nicht der Befragten. Da hier keine „natürlichen“ Daten (Bergmann, 1985) vorliegen, bleibt der konstruktiv-konstitutive Anteil des Sozialen hier datenbedingt ausgeschlossen.

rung nicht nachweisen lässt. Das Befragungsbild zeigt wiederum eher eine selektive Befürwortung der Möglichkeiten, als eine generelle Ablehnung.

Als das Item mit der konstant geringsten Zustimmungsquote überhaupt hat sich die Frage nach den Möglichkeiten der Geschlechtswahl ergeben. Die Ablehnung ist deutlich, allerdings fällt die vergleichsweise hohe Zustimmung der Tessiner und Tessinerinnen auf. Spermakonservierung hingegen stösst nicht auf grosse Gegnerschaft. Einschränkend ist zu bemerken, dass diese Zustimmungsquote eher zu hoch liegt, was mit der Frage im Interview zusammenhängt. Da es wenig sinnvoll ist, einfach allgemein, d. h. ohne Kontext nach der Kryokonservierung von Sperma zu fragen, wurde diese Frage vor einen konstruierten „Krankheitshintergrund“ gestellt, d. h. diese Zustimmungsquote gilt nur für den Fall, dass der Mann des betroffenen Paares krank und nach der Behandlung der Krankheit steril ist. Wahrscheinlich würde die Zustimmung zur Spermakonservierung kleiner, wenn ein anderer Kontext vorgegeben würde.

Auch die letzte Reihe der Tabelle bezieht sich auf eine Frage, in welcher bewusst in Richtung Heilungschancen verwiesen worden ist. Dieses Verweismuster bei der Legitimation von moralisch problematisierten Techniken und Forschungen wird von interessierter Seite gerne als Argumentationsfolie verwendet, wie z. B. die Auseinandersetzungen um die Tierversuchsinitiativen gezeigt haben. Abstrakter formuliert könnte man sagen, dass hier ein Erwartungshintergrund gegenüber Techniken mobilisiert wird, welcher auf noch unbekannte Chancen verweisen soll und so von der moralischen Problematik weggeführt oder Verzicht auf Moral zugunsten von Handlungsoptionen insinuiert. Dass hier immerhin noch fast die Hälfte der Befragten die Forschung mit Embryonen nicht vollständig ablehnt, erstaunt. In der öffentlichen Auseinandersetzung um die Reproduktionsmedizin, in Expertenberichten und in standesinternen Richtlinien der Ärzte wird die Embryonaufbewahrung und -forschung immer wieder als eine der problematischsten Fragen überhaupt thematisiert. So halten die SAMW-Richtlinien z. B. fest, dass menschliche Embryonen nicht als Forschungsobjekte verwendet werden dürfen. Und bei den unzulässigen Verfahren wird festgehalten, dass der Arzt sich der künstlichen Erzeugung von Embryonen zu anderen Zwecken als denjenigen der Fortpflanzung zu enthalten habe (SAMW, 1990, 5). Allerdings bleibt im weiteren Umfeld eine Hintertür offen, denn was genau Forschung am Embryo ist, ist selber definitionsbedürftig. So heisst es z. B. im Amstad-Bericht:

Der Embryo in vitro kann in zweierlei Hinsicht zum Gegenstand der Forschung gemacht werden: Einerseits dient die Beobachtung seiner Entwicklung unter experimentell variierter Bedingungen (z. B. Kulturflüssigkeit) der Verbesserung der In-Vitro-Technik als solcher. Diese Art der Forschung, d. h. wissenschaftliche Kontrolle und Verbesserung

der In-Vitro-Technik und ihrer Methoden wird, wie überall, wo die In-Vitro-Technik angewandt wird, auch in der Schweiz betrieben.

Der Embryo kann aber auch zu anderen Forschungszwecken wie Grundlagenforschung, Erforschung des menschlichen Immunsystems, Krebsforschung u. a. m. verwendet werden. (Amstad, 1988, 12).

Die auf den ersten Blick klare Trennlinie zwischen der Forschung „für“ den Embryo versus der Grundlagenforschung ist wohl nur vordergründig haltbar. Oder härter formuliert: Solange es der IVF dient, ist es – definitorisch – keine Grundlagenforschung. An dieser Stelle sei der Hinweis erlaubt, dass die führenden Reproduktionsmediziner viel daran setzen, das „Embryonenproblem“ technisch zu lösen. Die sogenannte „Kryokonservierung im Vorkernstadium“, d. h. das Tiefgefrieren von Keimzellen in einem Stadium, in dem die Verschmelzung des Zellkernmaterials noch nicht stattgefunden hat, bringt gleich mehrere Vorteile. In Deutschland umgehen z. B. Ärzte und Biologen damit das strenge Embryonenschutzgesetz, denn weder juristisch noch theologisch ist eine „imprägnierte“ Eizelle ein Embryo (Spiegel, 1992, 244).

Auch bei den in diesem Abschnitt behandelten Verfahren wiederholt sich das Bild einer zunehmenden Akzeptanz bei potentieller Nähe zur Fortpflanzungsmedizin. Wiederum sind die Befragten ohne Kinder offenbar eher bereit,

Tabelle 7

Zustimmung zu den einzelnen Verfahren nach Elternschaft (mit Kindern, ohne Kinder) und nach Landesteilen

Verfahren	Zustimmung in % der Befragten						p-Wert für Unterschied nach Elternschaft je Landesteil		
	mit Kindern			ohne Kinder					
	dt	frz	it	dt	frz	it	dt	frz	it
pränatale Diagnostik allgemein	75	89	92	78	91	96	0.08	.	.
Abort bei pränataler Diagnose	79	89	89	86	91	87	.	.	.
pränatale Geschlechtswahl	14	15	26	19	17	30	.	.	.
Kryokonservierung Sperma bei Krankheit	73	68	67	74	72	79	.	.	0.06
Embryonenforschung	43	48	64	54	64	75	0.01	0.07	.

Möglichkeiten in ihrem normativen Horizont zuzustimmen, welche von Eltern stärker abgelehnt werden. Insbesondere deutlich wird dies bei der heiklen Embryonenforschung. Wer selber Kinder hat, ist in dieser Frage deutlich ablehnender eingestellt, wie aus Tabelle 7 ersichtlich wird.

3.3 Wissensverteilung zur Unfruchtbarkeit

Soziologisch von Interesse sind hier nicht nur Einstellungen gegenüber Techniken und Technologien, sondern auch Wissensverteilungen. Das Wissen um Unfruchtbarkeit von einzelnen Personen und Paaren im persönlichen Umfeld lässt sich als ein Indikator dafür interpretieren, inwieweit und wo die Fortpflanzungsmedizin überhaupt ein Thema ist, wenn nicht gerade darüber abgestimmt wird. Die Befragung hat ergeben, dass erstaunlich viele Personen angeben, Paare zu kennen, welche eigene Kinder haben möchten, aber keine bekommen. In der deutschen Schweiz waren es 45% (n=273) aller Befragten, in der welschen Schweiz 44% (n = 88) und im italienischen Landesteil 32% (n = 64). Von den Befragten, welche ein Problempaar kennen, haben 76% (n = 209) dieses Problem direkt von den Betroffenen erfahren (deutsche Schweiz; französische Schweiz 76% (n = 67), italienische Schweiz 85% (n = 55)). Diese Zahlen sind sicher keine zuverlässigen Angaben über die tatsächliche Verbreitung von Fortpflanzungsproblemen. Sie können aber als ein Hinweis darauf verstanden werden, dass Fortpflanzungsprobleme – oder genauer das, was die Leute als solche bezeichnen – offenbar recht häufig sind und auch thematisiert werden.

Immerhin 17% (n = 103) aller Befragten kennen sogar eine Person, von der sie zu wissen angeben, dass sie zur Zeit wegen Fruchtbarkeitsproblemen in ärztlicher Behandlung stünde (deutsche Schweiz; französische Schweiz 26% (n = 52), italienische Schweiz 14% (n = 28). Mit diesen Personen über die Behandlung gesprochen haben nach den hier verwendeten Daten schon 11% (n = 66) aller Befragten (deutsche Schweiz; französische Schweiz 15% (n = 30), italienische Schweiz 9% (n = 18)). In 9% (n = 55) der Fälle betrifft die Behandlung eine Person, die dem oder der Befragten persönlich nahe steht (deutsche Schweiz; französische Schweiz 15% (n = 29), italienische Schweiz 10% (n = 19)). Bemerkenswert an dieser letzten Zahlenreihe ist, dass, wenn wir sie halbieren, d. h. grob auf Paar-Zahlen umlegen, sie erstaunlich nahe bei den oft erwähnten, aber selten belegten Aussagen über die Anzahl der angeblich unfruchtbaren Paare liegen (siehe Fussnote 2).

4. *Schlussbetrachtung*

Die Ergebnisse der Bevölkerungsbefragung zeigen ein sehr selektives Einschätzungsbild der Fortpflanzungsmedizin. Dass Unfruchtbarkeit als Schicksal einfach hingenommen werden soll, findet kaum Zustimmung. Die Zuständigkeit des Arztes für Fragen der Behandlung von Fortpflanzungsproblemen in der Einschätzung der Befragten wird durch die vorliegenden Daten gestützt. Doch nicht alles, was technisch machbar ist, wird als problemlos eingestuft oder einfach abgelehnt. Ein gestörtes Verhältnis zum technischen Fortschritt in der Bevölkerung, wie er sich leicht behaupten, aber selten belegen lässt, kann in bezug auf die Reproduktionstechnologie aus den vorliegenden Daten jedenfalls nicht abgeleitet werden.²⁴ Die Verfahren, welche die tradierten Verwandtschafts- und Herkunftsdefinitionen aufbrechen, wie die heterologe Insemination oder die IVF, werden mehrheitlich abgelehnt. Entgegen der These von van den Daele, dass es Anzeichen für grundsätzlichen Widerstand gebe, der sich nicht mit kleineren Korrekturen und Kontrollen, sondern einen für die ganze Gesellschaft verbindlichen Verzicht auf neue technische Optionen fordere (van den Daele, 1988, 246), neigen wir, aufgrund unserer Daten, zur Annahme, dass eben dieser grundsätzliche Widerstand sich in der Akzeptanz der Reproduktionsmedizin bei den Befragten nicht nachweisen lässt. Sehr wohl findet sich ein derart fundamentaler Anspruch zur Technikregulation bei bestimmten, sich politisch artikulierenden Gruppierungen, doch lässt sich daraus kaum auf einen empirisch nachweisbaren, grundsätzlichen Widerstand gegen die neuen Fortpflanzungstechniken in der Bevölkerung schliessen. Auch die in der Frauenbewegung immer wieder lautstark vorgetragene „Enteignungsthese“ der Frauen durch den medizinischtechnischen Komplex,²⁵ welche zu einer klaren Ablehnung der Reproduktionsmedizin führen müsste, trägt bei den Befragten offenbar nur beschränkt. Obwohl die interviewten Frauen die heterologe Insemination und die IVF mit Eispende signifikant deutlicher ablehnen und oft auch den anderen Verfahren ablehnender gegenüberstehen als die männlichen Befragten, verläuft ihre hier konstruierte Akzeptanzkurve über alle Verfahren hinweg doch sehr ähnlich. Jedenfalls zeigen die Daten nicht, dass die Frauen sich dem „Sog“ hin zur Reproduktionsmedizin systematisch entziehen würden. Nicht zum Arzt gehen, d. h. der Verzicht auf gesellschaftlich verfügbares Wissen infolge der Ablehnung spezifischer Techniken, ist kaum eine echte Wahl. Was dort allenfalls gemacht werden soll, ist allerdings nicht so klar. Genau darin liegt aber u. E. auch die Krux mit den Reproduktionstechniken. Dass Ärzte in

24 Eine generelle Technikfeindlichkeit (Burger, 1992) oder ein gestörtes Verhältnis zum technischen Fortschritt (Kröger, 1991) in der Bevölkerung konstatieren z. B. zwei prominente Schweizer Forscher aus den Fachbereichen Biotechnologie oder Kernenergie sogar in der Presse.

25 siehe dazu z. B.: Arditti et al. 1985; Corea, 1986; Bradish et al., 1989; Nogerete, 1992.

der direkten Interaktion gegenüber unfruchtbaren Paaren definitionsmächtig sind und dass, wer sich in dieses Setting begibt, sehr wohl und sehr schnell die Kontrolle darüber verliert, was alles gemacht wird, kann als soziologisches Grundwissen betrachtet werden.²⁶

Das von unseren Daten gezeichnete, weite Einfallstor hin zur Fortpflanzungsmedizin bedeutet auf der anderen Seite aber auch keine „Carte blanche“ für die Reproduktionsmediziner. Es gibt sehr wohl deutlich nachweisbare, normative Schranken in der Gesellschaft, welche diese in ihrem Handeln berücksichtigen sollten, um nicht die Legitimation ihrer Tätigkeit in der Bevölkerung aufs Spiel zu setzen. Relativ tiefe Zustimmungsquoten in der Gesamtbevölkerung haben in dieser Untersuchung die heterologe Insemination, „Retortenbabies“ und noch weitergehende Verfahren, wie Embryotransfers zu pränatalen Ammen. Letztere werden in der Schweiz nicht praktiziert, erstere jedoch schon.

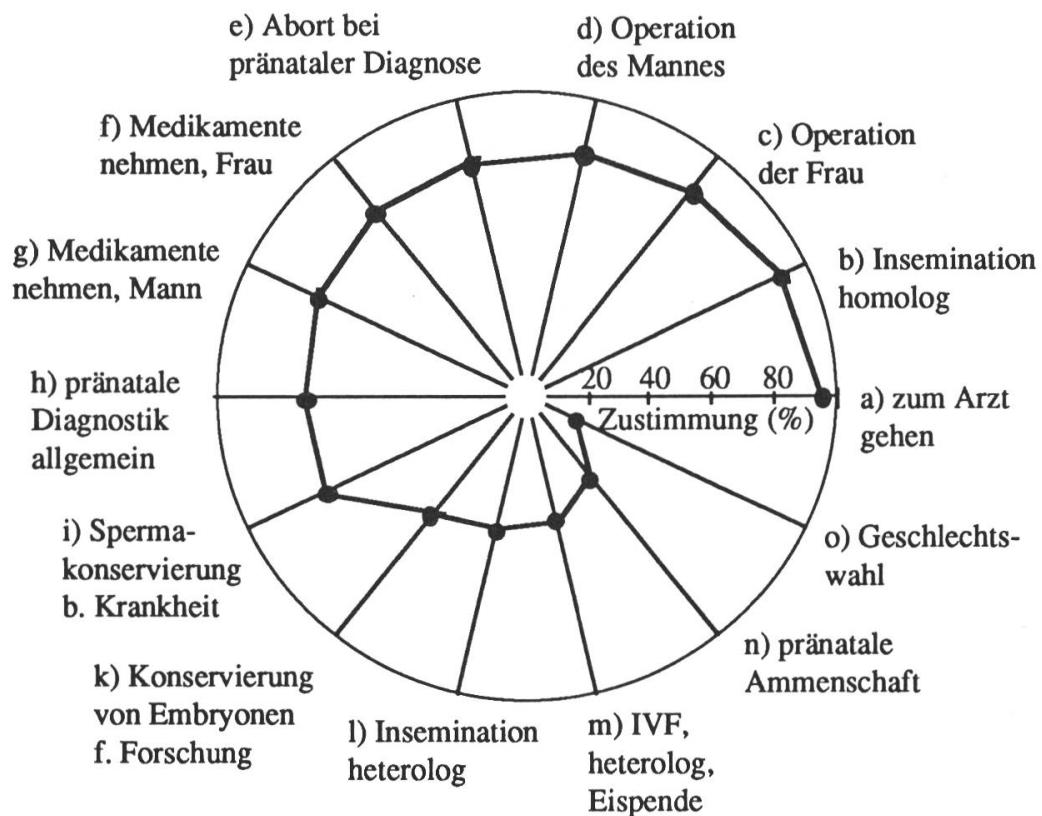
Grafik 3, welche den Sog hin zu den reproduktionsmedizinischen Verfahren versinnbildlicht, zeigt die hier vertretene Interpretation der Daten anhand der Stichprobe in der deutschen Schweiz. Die Daten sind hier entlang der festgestellten Zustimmungsquoten geordnet. Es wird das Bild eines Soges benutzt, das aufzeigt, dass im normativen Horizont der Befragten erst relativ spät der Punkt erreicht ist, an dem die Möglichkeiten der Reproduktionstechniken mehrheitlich abgelehnt werden.

Diese Darstellung, in welcher die Verfahren nach Zustimmungsquoten im Gegenuhrzeigersinn beginnend bei 3-Uhr angeordnet sind, weist auf einen interessanten Sachverhalt hin: Genau dort, wo die für die reproduktionsmedizinische Praxis und Forschung die „spektakulären“ Verfahren beginnen, bricht die Zustimmung bei den Befragten ab. Damit zeichnet sich ein der Reproduktionsmedizin offenbar inhärentes Konfliktpotential zwischen Expertenratio-nalität und normativer Einstellung in der Bevölkerung ab. Die für den befassten Arzt üblicheren Verfahren der Medikamentenabgabe, der homologen Insemination und der Operation, oder die ihn unter Umständen moralisch belastenden Verfahren der pränatalen Diagnostik und der damit implizit verbundenen Schwangerschaftsunterbrechung, haben eine hohe Akzeptanz. Genau dort aber, wo die technisch innovativen Chancen und Möglichkeiten liegen, nämlich bei

26 Für eine idealtypische Beschreibung, wie ein solcher Prozess des „Hineingezogenwerdens“ in der Reproduktionsmedizin abläuft, siehe: Honer, 1991, 388–390. Ein Hinweis auf eine weiter verstandene, professionelle Defintionsmacht gibt auch die gleitende Sterilitätsdefiniton der Mediziner. Während in älteren Lehrbüchern die Sterilität eines Paares noch als das Ausbleiben einer Schwangerschaft nach zwei Jahren ungeschütztem Geschlechtsverkehr definiert wird (Runnebaum, Rabe, 1987, 328), verkürzen neuere Lehrbücher diese Frist auf ein Jahr (Speroff et al., 1989, 433).

Grafik 3

Akzeptanzspirale zur Fortpflanzungsmedizin
Zustimmung in % aller Befragten je Verfahren (deutsche Schweiz, N = 602)



den in den Expertenordnungen „höheren“ Verfahren (siehe oben), bricht die Azeptanz ab.

Die Reproduktionsmediziner sind sich dieses Legitimitätsproblems durchaus bewusst. Versuche, die technische Dynamik auf die normativen Schranken in der Bevölkerung hin abzustimmen, lassen sich nachweisen: Die Schweizerische Akademie der medizinischen Wissenschaften (SAMW) erliess 1981 erstmals Richtlinien für Ärzte über die artifizielle Insemination, welche 1985 in „Medizinisch-ethische Richtlinien für die in-Vitro Fertilisation und den Embryotransfer zur Behandlung der menschlichen Infertilität“ erweitert worden sind (SAMW, 1981; 1985). Die 1990 erschienene Fassung „Medizinisch-ethische Richtlinien für die ärztlich assistierte Fortpflanzung“ (SAMW, 1990)

stellt eine Revision der 85-er Richtlinien dar.²⁷ Auch die Schweizerische FMH unterstützt dieses Bemühen, der Bevölkerung klarzumachen, dass die Ärzte nicht „unmoralische“ Reproduktionstechniken einführen, und schlägt unter der Rubrik „Standespolitik“ in 30 Thesen einen Verhaltenskodex als Leitlinie für die Ärzteschaft vor (FMH, 1991).

Diese Bemühungen seitens der interessierten Experten können aus soziologischer Sicht, aufgrund der vorliegenden Daten und weiterer Indizien, als vorläufig gescheitert betrachtet werden. Die grosse Unterschriftenzahl der „Beobachter-Initiative“ und der nachhaltige Widerstand einer konservativ-grünen Koalition und eines Teils der Frauenbewegung²⁸ legen kein Zeugnis eines grossen Vertrauens in die Kontrolle durch die potentiell Kontrollierten selber ab. Die Ergebnisse dieser „Peer-Kontrolle“ sind aber auch für weniger Distanzierte nicht überzeugend. Erstens fuhr die SAMW in der – wie auch die hier vorliegenden Daten zeigen – heiklen Frage der Einbringung von Keimzellen Dritter in das Fortpflanzungsarrangement einen Schlinger-Kurs. Sie hat in den 85er Richtlinien von heterologen Verfahren abgeraten (SAMW, 1985, S. 6) und geriet in Widerspruch zu den 81-er Richtlinien. Die letzte Fassung lässt die heterologen Verfahren wieder zu, wenn auch unter gewissen Einschränkungen (SAMW, 1990, S. 2). Die Dynamik der technischen Möglichkeiten ist offenbar stärker als moralische Vorbehalte. Und obwohl der SAMW zugute zu halten ist, dass sie in einer rasanten Entwicklungsphase der Fortpflanzungstechniken wenigstens einen national gültigen Regelungsrahmen erarbeitet hat, fällt auf, dass es ihr bisher nicht gelungen ist, ihre Daten über die Fortpflanzungsmedizin aussagekräftig zu machen. Einen Hinweis auf die mangelnde Aussagekraft der Zahlen gibt das Beispiel einer in Fragen der Fortpflanzungstechnologien sehr kompetenten Wissenschaftsjournalistin. Sie hat versucht, SAMW-Daten zu erschliessen und ist dabei zu Aussagen gelangt, die mehr Fragen aufwerfen als beantworten.²⁹ Der notwendige Aushandlungsprozess moralischer

27 Bemerkenswert ist die semantische Verschiebung im Titel dieser SAMW-Richtlinien: Was 1981 und 1985 noch in medizinischer Terminologie betitelt worden ist und zwei Reizworte der öffentlichen Debatte gerade mitgeliefert hatte, wurde in den 90-er Richtlinien im Titel sprachlich entschärft. Vom „kalten ärzlichen Blick“ (Foucault) wurde im vorliegenden Fall zum Verweis auf den Hilfekontext hinübergewechselt. Auf diesen Sachverhalt der Sprachpolitik zur Legitimation reproduktionsmedizinischer Verfahren weist auch Beck-Gernsheim hin, wenn sie festhält: „Sprache lenkt unseren Blick (und dies umso mehr, je schwerer fassbar die Welt), unsere Erwartungen, nicht zuletzt unsere Emotionen. Sprache ist Kompass, definierte Realität, Weltbild, Handlungsanweisung. Wenn man auf schwere Geburtsfehler schaut und die Embryos, die zufällig dran hängen, nicht mal mehr in der Sprache auftauchen, dann kann man mit diesen Embryos tun, was immer geboten erscheint, im Fachjargon wieder: Qualitätskontrolle mit Fehlersortierung.“ (Beck-Gernsheim, 1991, 94)

28 siehe dazu die Protokolle der Eidgenössischen Räte (Eidgenössische Räte, 1990, 1991) und z. B. die Nogerete-Plattform Fortpflanzungsmedizin (Nogerete, 1992).

29 Aussagen wie „Über einen bis mehrere Behandlungszyklen kumuliert, lag die Erfolgsquote bei einem Paar 1991 bei der In-vitro-Befruchtung bei 39 Prozent.“ (Waldner, 1992) verdeut-

Aspekte und allenfalls auch die Akzeptanz der Reproduktionsmedizin würde durch neues, zusätzliches Wissen in Form einer publizierten Statistik der SAMW mit grosser Wahrscheinlichkeit nur gewinnen. Eine solche Statistik wurde in den 85-er Richtlinien angedeutet (SAMW, 1985, S. 5), ist jedoch unseres Wissens bis heute nicht verfügbar. Gerade die von kritischer Seite thematisierten tiefen Erfolgsquoten der IVF – man rechnet, dass nur zwischen 5 und 10% der eingesetzten Embryonen zu Kindern heranwachsen³⁰ – lassen zumindest die Vermutung zu, dass den betroffenen Frauen unter Umständen leidvolle, noch wenig erfolgversprechende Behandlungen zugemutet werden. Dass diese Statistik bis heute nicht vorliegt, erstaunt aus soziologischer Sicht allerdings wenig. Die Feststellung soll denn auch nicht als Vorwurf an die Adresse der SAMW oder der Reproduktionsmediziner in der Schweiz verstanden werden. Sie verweist vielmehr auf weitere sozialwissenschaftliche Forschungsfragen. Am Schnittpunkt der Definition des Beginns menschlichen Lebens mit den Handlungs rationalitäten der Mediziner, unter den jeweils unterschiedlichen, klinikbezogenen, organisatorischen Einflussfaktoren, im Verbund mit vielfältig verwobenen Interessenlagen von Ärzten, Patienten und Öffentlichkeit ein tragbares Zahlengerüst auszuarbeiten, ist nicht einfach. Solchen Statistiken liegen hochkomplexe interaktive und kommunikative Prozesse zugrunde, die selber noch weiter erforscht werden müssen.³¹

LITERATURVERZEICHNIS

- AMSTAD Eduard et al. (1988), Bericht erstattet an Eidg. Departement des Inneren und Eidg. Justiz- und Polizeidepartement, Expertenkommission Humangenetik und Reproduktionsmedizin, Bern.
- ASSOCIATED PRESS (1991) Grossmutter bringt ihre eigenen Enkel zur Welt, Agenturmeldung, Tages Anzeiger, 3. August.
- ARDITTI Rita, DUELLI KLEIN Renate, MINDEN Shelly, (Hrsg.) (1985), Retortenmütter: Frauen in den Labors der Menschenzüchter, Rowohlt, Reinbek.

-
- lichen, dass die Produzenten solcher Ziffern ein eigenes, sehr interessespezifisches Relevanzsystem haben. Die Zahlen für 1990 und 1991 wurden Mitte April 1992 noch mit dem Argument zurückgehalten, sie seien noch nicht nach Schweizer Geburten ausgewertet (Waldner, 1992)! Was diese Auswertung nach Schweizer Geburten soll, ist ziemlich rätselhaft. In der öffentlichen Debatte würden eher Zahlen z. B. über die Anzahl „verbrauchter“ Embryonen pro geborenem Kind, oder bezogen auf die oben vermerkte Zahl, die Angaben über die Anzahl „Reduktionen“, d. h. selektiver Aborte zur Vermeidung von Mehrlings schwangerschaften und andere Komplikationsraten der Behandlungen interessieren.
- 30 Diese Zahlen sind zwischen Befürwortern und Gegnern heftig umstritten und hängen von dem Konzept der zugrundeliegenden Statistik ab. Eine Klärung seitens der SAMW, wo welche Quoten erreicht werden – anhand von Daten aus der Schweiz – wäre angezeigt.
- 31 Es wird hier insbesondere an eine qualitative Fundierung quantitativer Rekonstruktionen gedacht, wie sie Robert P. Gephart Jr. in „Ethnostatistics: Qualitative Foundations for Quantitative Research“ (Gephart, 1988) vorschlägt.

- BECK-GERNSHEIM Elisabeth (1991), Technik, Markt und Moral. Über Reproduktionsmedizin und Gentechnologie, Fischer, Frankfurt am Main.
- BERGER Peter, LUCKMANN Thomas (1969), Die gesellschaftliche Konstruktion der Wirklichkeit, Fischer, Frankfurt am Main.
- BERGMANN, Jörg (1985), Flüchtigkeit und methodische Fixierung sozialer Wirklichkeit. Aufzeichnungen als Daten der interpretativen Soziologie, Soziale Welt, Sonderband 3, Otto Schwartz & Co., Göttingen, 299–320.
- BGE 115 Ia 234 ff (1989), Urteil der I. öffentlichrechtlichen Abteilung des Bundesgerichtes vom 15. März i. S. K. und Mitbeteiligte sowie S. und Mitbeteiligte gegen Kanton St. Gallen (staatsrechtliche Beschwerde).
- BRADISH Paula, FEYERABEND Erika, WINKLER Ute, (Hrsg.) (1989), Frauen gegen Gen- und Reproduktionstechnologien, Frauenoffensive, München.
- BRÜCKNER Christian (1987), „Künstliche Fortpflanzung und heutiges schweizerisches Recht“, in MÜLLER Hansjakob, (Hrsg.), Reproduktionsmedizin und Gentechnologie. Schweizer Experten informieren, Schwabe & Co, Basel, Stuttgart, 101–111.
- BURGER Max (1992), Die gentechnische Risikoforschung wurde vernachlässigt, Tages Anzeiger, 18. März [Interview mit Professor Max Burger und Professor Eduard Kellenberger].
- COREA Gena (1986), MutterMaschine, Rotbuch Verlag, Berlin [engl. Original: The Mother Machine, Harper & Row, New York 1985].
- EIDGENÖSSISCHE RÄTE (1990), Stenographisches Ratsprotokoll vom 11., 20. und 21. Juni, Bern.
- EIDGENÖSSISCHE RÄTE (1991), Stenographisches Ratsprotokoll vom 18., 19. und 20. März, Bern.
- ERNST Cécile (1988a), „Künstliche“ Zeugung und Psychologie, Neue Zürcher Zeitung, 7./8. Februar.
- ERNST Cécile (1988b), Hinweise auf die Adoptionsforschung. Adoption: Risiken und Vorzüge, Schweizerische Ärztezeitung, Heft 33, 1346–1351.
- ERNST Cécile (1989), Psychological Aspects of Artificial Procreation, International Journal of Law and the Family, 89–105.
- ERNST Cécile (1990), Die Anonymität des Samenspenders, Neue Zürcher Zeitung, 14. August.
- ERNST Cécile (1991), „Künstliche Zeugung“, in FLEINER-GERSTER Thomas, GILLIAND Pierre, LÜSCHER Kurt, (Hrsg.), Familien in der Schweiz, Universitätsverlag, Fribourg, 437–451.
- FREY H. James, KUNZ Gerhard, LÜSCHEN Günther (1990), Telefonumfragen in der Sozialforschung, Westdeutscher Verlag, Opladen.
- FMH (1991), „Künstliche Fortpflanzung, Gentechnologie und Pränataldiagnostik“, Schweizerische Ärztezeitung, Heft 8, 292–297.
- GEPHART P. Robert (1988), Ethnostatistics: Qualitative Foundations for Quantitative Research, Sage Publications, Beverly Hills.
- GROSS Peter, HONER Anne (1990), „Multiple Elternschaften – Neue Reproduktionstechnologien, Individualisierungsprozesse und die Veränderung von Familienkonstellationen“, Soziale Welt, Heft 1, 97–116.
- GROSS Peter, HONER Anne (1991), Das Wissen der Experten. Reproduktionsmedizin im Spannungsfeld von technischer Innovation, individuellem Hilfeersuchen und gesellschaftlichem Wertesystem, Forschungsbericht Nr. 1 des Soziologischen Seminars St. Gallen.
- HAGMANN Diego (1987), Künstliche Befruchtung mit Spendersamen – Eine seit Jahren praktizierte Therapie unter Beschuss, Neue Zürcher Zeitung, 2. Dezember

- HOFFMAN-RIEM Christa (1988), „Fragmentierte Elternschaft: technologischer Fortschritt und familiale Verarbeitung, in LÜSCHER Kurt, SCHULTHEIS Franz, WEHRSPAUN Michael, (Hrsg.), Die „postmoderne“ Familie – Familiale Strategien und Familienpolitik in einer Übergangszeit, Universitätsverlag, Konstanz.
- HOLLAND Dorothy, QUINN Naomi (1987), Cultural Models in Language and Thought, Cambridge University Press, Cambridge.
- HONER Anne (1991), „Das Paarungsritual als ‚ménage à trois‘. Zur Modernisierung des Zeugungsaktes“, in GLATZER Wolfgang, (Hrsg.), „Die Modernisierung moderner Gesellschaften. 25. Deutscher Soziologentag. Sektionen, Arbeits- und Ad hoc-Gruppen“, Westdeutscher Verlag, Opladen, 388–390.
- HUTTER M. Erhard (1991), „Streit in England um jungfräuliche Geburt“, St. Galler Tagblatt, 13. März.
- JÖSLER Maya (1991), Die Anonymität des Samenspenders, Diplomarbeit, Hochschule St. Gallen.
- KANTON ST. GALLEN (1991), Grossratsbeschluss über Eingriffe in die Fortpflanzung beim Menschen, Botschaft und Entwurf des Regierungsrates vom 25. Juni.
- KRÖGER Wolfgang (1991), Umgang mit Risiken der Technik – Schlussfolgerungen aus der Kernenergie, Neue Zürcher Zeitung, 26. Juni.
- KROMREY Helmut (1986), Empirische Sozialforschung, Leske und Budrich, Opladen.
- MAFO-INSTITUT (1988), Ungewollte Kinderlosigkeit im Spiegel der Betroffenen, Dr. Emil Bruckert GmbH, Schwalbach.
- MÜLLER Hansjakob (1990), Fakten und Gedanken zur pränatalen Diagnostik, SKZ, Nr. 22, 324–328.
- NOGERETE (1992), Auszug aus der Nogerete-Plattform Fortpflanzungsmedizin, Flugblatt, Bern.
- OGBURN F. William (1957), „Die Theorie der kulturellen Phasenverschiebung (lag)“, in DUNCAN D. Otis, Kultur und sozialer Wandel, Luchterhand, Neuwied und Berlin.
- RENNHARD Josef (1990), „Sperma vom Drachenflieger“, in Der schweizerische Beobachter, Sonderdruck zur Gen- und Fortpflanzungstechnologie, 24–29.
- REUBAND Karl-Heinz (1990), „Meinungslosigkeit im Interview – Erscheinungsformen und Folgen unterschiedlicher Befragungsstrategien“, in Zeitschrift für Soziologie, Heft 6, 428–443.
- RUNNEBAUM Benno, RABE Thomas (1987), Gynäkologische Endokrinologie, Springer, Berlin.
- SCHILL Wolf-Bernhard, BOLLMANN Walter (1986), Spermakonservierung, Insemination, In-vitro-Fertilisation, Urban & Schwarzenberg, München.
- SCHNELL Rainer, HILL Paul B., ESSER Elke (1992), Methoden der empirischen Sozialforschung, Oldenbourg, München & Wien.
- SAMW (1981), Medizinisch-ethische Richtlinien für die artifizielle Insemination, Schweizerische Akademie der medizinischen Wissenschaften, Basel.
- SAMW (1985), Medizinisch-ethische Richtlinien für die in vitro Fertilisation und den Embryotransfer zur Behandlung der menschlichen Infertilität, Schweizerische Akademie der medizinischen Wissenschaften, Basel.
- SAMW (1990), Medizinisch-ethische Richtlinien für ärztlich assistierte Fortpflanzung, Schweizerische Akademie der medizinischen Wissenschaften, Basel.
- SNOWDEN Robert, MITCHELL G. D., SNOWDEN E. M. (1985), Artifizielle Reproduktion, Enke, Stuttgart.

- SOEFFNER Hans-Georg, VOSS Andrea, WEBER Werner (1988), Insemination, In-vitro-Fertilisation, intratubarer Gamentransfer. Eine international angelegte Untersuchung der kulturhistorischen Voraussetzungen, der gegenwärtigen klinischen Anwendung und der gesellschaftlichen Folgen humanmedizinischer Reproduktionstechnologie, Hagen, Fernuniversität (in Zusammenarbeit mit dem Interuniversitären Forschungsinstitut für Fernstudien Klagenfurt, Projektantrag/laufendes Projekt).
- SPEROFF Leon, GLASS H. Robert, KASE G. Nathan (1989), Gynäkologische Endokrinologie & steriles Paar, Diesbach, Berlin.
- SPIEGEL (1992), „Tun wir den Frauen Gutes?“, in DER SPIEGEL, Hamburg, 226–245.
- STAUBER Manfred (1988), Die Psychosomatik der sterilen Ehe, Grosse, Berlin.
- TSCHIEDEL Robert (1989), Sozialverträgliche Technikgestaltung: Wissenschaftskritik für eine soziologische Sozialverträglichkeitsforschung zwischen Akzeptabilität, Akzeptanz und Partizipation, Westdeutscher Verlag, Opladen.
- VAN DEN DAELE Wolfgang (1985), Menschen nach Mass, Beck, München.
- VAN DEN DAELE Wolfgang (1988), Das argumentative Dilemma des Widerstands gegen die modernen Biotechniken, in MARKL Peter, (Hrsg.), Neue Gentechnologie und Zellbiologie – Chancen, Risiken, Probleme, Verlag der österreichischen Staatsdruckerei, Wien, 245–269.
- VAN DEN DAELE Wolfgang (1989), „Kulturelle Bedingungen der Technikkontrolle durch regulative Politik“, in WEINGART Peter (Hg.), Technik als sozialer Prozess, Suhrkamp, Frankfurt am Main, 197–230.
- VAN DEN DAELE Wolfgang, MÜLLER-SALOMON Heribert (1990), Die Kontrolle der Forschung am Menschen durch Ethikkommissionen, Enke, Stuttgart.
- VON BÖHM Gero (1992), KU1 – Das letzte Geheimnis, interscience film GmbH im Auftrag des Südwestfunks, Baden-Baden.
- WALDNER Rosmarie (1992), „Ich wollte wirklich alles probiert haben“ – In der Schweiz wurden bisher über 300 Retortenbabies geboren“, Tages Anzeiger, 18. April.
- WALTER-BUSCH Emil (1988), Die Entwicklung der Lebensqualität in der Schweiz, 1978–1987: Ergebnisse der Rekrutbefragungen 1987 und 1978, Sauerländer, Aarau.

Adresse des Verfassers:

Christoph Maeder
Soziologisches Seminar, Hochschule St. Gallen
Tigerbergstr. 2, CH-9000 St. Gallen

CURRENT SOCIOLOGY

An Official Journal of the International Sociological Association

Each issue of this unique journal is devoted to a comprehensive Trend Report on a topic of interest to the international community of sociologists.

RECENT TREND REPORTS:

Economy and Society

Alberto Martinelli and Neil J. Smelser

Participation, Workers' Control and Self-Management

György Széll

The Sociology of Involuntary

Migration Barbara E. Harrell-Bond and Laila Monahan

The Sociology of Legitimation

Roberto Cipriani, Editor

Theory and Practice of Visual

Sociology Leonard M. Henny

The Sociology of Law

Roman Tomasic

The Sociology of Everyday Life

Michel Maffesoli, Editor

The Present State of Sociology in Italy

Franco Ferrarotti

The Sociology of Time

Gilles Pronovost

The Sociology of Genocide

Helen Fein



Edited by
William Outhwaite

*One of the world's
most widely read and
frequently cited
journals in sociology*

Published three times a year in Spring,
Summer and Winter

**Try out a subscription at the introductory
20% discount rate**

20% Discount Order Form

Send this order form to:

 **Sage Publications**

6 Bonhill Street, London EC2A 4PU, UK

Tel: 071-374 0645

Or why not fax us your order on
071-374 8741?

US Orders to:

Sage Publications, PO Box 5096, Newbury Park, CA 91359, USA

Yes! I want to subscribe to *Current Sociology* at a 20% Discount

Individual Rate at £23(£29*)/ \$38(\$48*)

Institutional Rate at £59(£74*)/ \$97(\$122*)

*Usual 1992 rate

THREE EASY WAYS TO PAY!

CHEQUE!... I enclose a cheque
(made payable to Sage Publications)

GIRO!... I have today paid by
International Giro to A/c No 548 0353
Date _____

CREDIT CARD!... Please charge
my credit card

Mastercard Access Visa
 Barclaycard American Express
 Diner's Club Eurocard

Card Number _____

Expiry Date _____

Name _____

Signature _____

Address _____

Date _____