

Der Mann im Sperma: zum Verhältnis von Männerkörpern und männlichen Keimzellen in der Reproduktionsmedizin

Zehnder, Kathrin

Veröffentlichungsversion / Published Version
Zeitschriftenartikel / journal article

Zur Verfügung gestellt in Kooperation mit / provided in cooperation with:
Verlag Barbara Budrich

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Zehnder, K. (2014). Der Mann im Sperma: zum Verhältnis von Männerkörpern und männlichen Keimzellen in der Reproduktionsmedizin. *GENDER - Zeitschrift für Geschlecht, Kultur und Gesellschaft*, 6(1), 111-126. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-397044>

Nutzungsbedingungen:

Dieser Text wird unter einer CC BY-SA Lizenz (Namensnennung-Weitergabe unter gleichen Bedingungen) zur Verfügung gestellt. Nähere Auskünfte zu den CC-Lizenzen finden Sie hier: <https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/deed.de>

Terms of use:

This document is made available under a CC BY-SA Licence (Attribution-ShareAlike). For more Information see: <https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0>

Der Mann im Sperma

Zum Verhältnis von Männerkörpern und männlichen Keimzellen in der Reproduktionsmedizin

Zusammenfassung

Der Beitrag beleuchtet männliche Körper und deren leibliche Realität im Labor der Reproduktionsmedizin. Es wird der Frage nachgegangen, ob nicht ‚der Mann‘, sondern lediglich sein Sperma Gegenstand medizinischer Untersuchungen ist. Im reproduktionsmedizinischen Labor treten männliche Leiberfahrungen vor allem bei der Spermengewinnung stark in Erscheinung. Mit der Spermienanalyse geraten der Männerleib und -körper wieder in den Hintergrund und bleiben auch bei der Zeugung weitgehend absent. Die Spermien selbst werden nach der Abtrennung vom Männerkörper zur vulnerablen Substanz, die eines besonderen Schutzes bedarf. Mit dem Verfahren der intrazytoplasmatischen Spermieninjektion bekommt das einzelne Spermium zudem eine bemerkenswerte Bedeutung und erhält selbst eine Art Körperlichkeit.

Schlüsselwörter

Männerkörper, Leiberfahrung, Körperwissen, Sperma, Reproduktionsmedizin

Summary

Male bodies and sperm. Relations between male (lived) bodies and male germ cells in assisted reproduction

This article investigates the male body and the male lived body in the laboratory of assisted reproduction. The question is considered of the absence of ‘the male’ in medical analysis and whether the focus is only on the sperm. In the reproduction laboratory the lived male body emerges only in the context of sperm collection. Later, when semen is analysed, the male (lived) body disappears and does not appear again, not even in the fertilisation process. The sperms themselves become a vulnerable substance that needs special protection. In the context of intracytoplasmic sperm injection the individual sperm becomes remarkably significant and achieves a certain corporeality.

Keywords

male body, lived body, body knowledge, sperm, assisted reproduction

In den Geschlechtertheorien hat sich die Ansicht etabliert, dass ‚die Frau‘ als vergeschlechtlichtes Sonderwesen im Zentrum des medizinischen Interesses des 18. und 19. Jahrhunderts stand. ‚Der Mann‘ als eigentlicher *Mensch* war in seiner Besonderheit unsichtbar und kein Gegenstand der Medizin (Honegger 1991). Doch bereits ab den 1880er Jahren werden die männliche Sterilität und Fälle männlicher Zeugungsunfähigkeit in der medizinischen Literatur beschrieben (Benninghaus 2012: 654). Gegen Ende des 19. Jahrhunderts ist die männliche Infertilität und das damit verbundene Fehlen von Spermatozoen gar Teil kollektiver Imagination geworden (Benninghaus 2012: 655). Florence Vienne zeigt in ihrer Historiografie des Spermas zwischen 1771 und 1945, dass nach der medizinischen Sorge um den *Verlust* von Samen¹ mit den neuen Erkenntnissen über Spermatozoen nun die *Vitalität* der Spermien in den Vordergrund rückte.

1 Neben moralischen Bedenken war die Schwächung des Körpers durch den Verlust von Samen ein zentrales Anliegen der Anti-Onanie-Bewegung (vgl. Laqueur 2008).

„Die Bewegungs(un)fähigkeit der Spermien wurde [...] mit ‚Lebensfähigkeit‘ bzw. ‚Tod‘ gleichgesetzt und galt neben ihrer Morphologie als eine Hauptursache männlicher (Un)fruchtbarkeit“ (Vienne 2009: 225). Bis heute stehen absente, zu langsame oder verkümmerte Spermatozoen im Mittelpunkt diagnostischer Verfahren männlicher (In-)Fertilität. Dabei spielt die Spermienanalyse *die* zentrale Rolle, um das Reproduktionsvermögen eines Mannes zu beurteilen. Infertilität entwickelt sich damit von einer simplen Definition als ‚Absenz von Nachkommen‘ zu einer standardisierten Klassifikation des männlichen Körpers (Kampf 2013). Wenn auch der Mann somit seit dem 20. Jahrhundert nicht länger als geschlechtsneutral betrachtet wird, standen nach Vienne (2008) nicht sein Körper und sein „Wesen“, sondern lediglich seine Spermien im Fokus damaliger Forschungen. Es entwickelte sich also zu der Zeit noch keine der Gynäkologie entsprechende männliche „Sonderanthropologie“ (Honegger 1991). Die Andrologie entsteht nämlich erst 150 Jahre nach der Frauenheilkunde (Wöllmann 2007).

Im vorliegenden Artikel möchte ich einen Beitrag zur Analyse des männlichen Körpers in den Geschlechtertheorien leisten, indem ich mich mithilfe von empirischem Material der Leiblichkeit und diskursiven Verhandlung von Mann und Sperma annähere. In Anlehnung an die feministischen Auseinandersetzungen mit der „Zweiheit des Körpers“ (Gugutzer 2006: 30) nach Lindemann (1995), Villa (2001) und anderen (für eine Übersicht vgl. Jäger 2004) gehe ich dem Verhältnis von Sperma, Männerkörper und leiblicher Erfahrung nach. Ich analysiere die ‚diskursive Praxis‘ im Sinne Foucaults als spezifische sozio-historische Wissenspraxis des Spermas und fokussiere dabei auf Körper und Leiblichkeit. Foucault hebt hervor, dass der Diskurs nicht ein explizites Wissen, sondern eine überindividuelle Praxis darstellt. „Es ist der Diskurs, der die Möglichkeiten von Aussagen zu einem bestimmten Gegenstand regelt, der das Sagbare und Denkbare organisiert“ (Landwehr 2001: 7). Diskurse haben Ordnungsfunktion, „indem sie das Wahre vom Falschen, das Vernünftige vom Unvernünftigen, das Normale vom Nicht-Normalen trennen“ (Bublitz et al. 1999: 12f.).

Die Analyse von Spermien ist heute ganz besonders im Rahmen reproduktionsmedizinischer Verfahren von Bedeutung. Im Zentrum der hier vorliegenden Überlegungen steht entsprechend das reproduktionsmedizinische Labor als Ort des Aufeinandertreffens der unterschiedlichen Akteure und Akteurinnen im Bereich von Fertilität und Sperma. Im Rahmen meiner laufenden ethnographischen Forschung konnte ich in einem Labor die Prozesse rund um die intrazytoplasmatische Spermieninjektion (ICSI)² während verschiedener Besuche teilnehmend beobachten (L 1a–c). Erste Ergebnisse aus dieser Feldforschung sollen hier, ergänzt durch die Analyse des *WHO Laborhandbuchs zur Untersuchung und Aufarbeitung des männlichen Ejakulates*³ (WHO 2012), im Sinne einer Annäherung präsentiert werden. Es wurden zudem 13 Interviews mit 17 Männern und Frauen geführt, welche die Hilfe von assistierten Reproduktionstechnologien in

2 Bei diesem In-vitro-Verfahren wird unter dem Mikroskop den zuvor entnommenen reifen weiblichen Eizellen jeweils ein einzelnes Spermium injiziert, um eine Verschmelzung zu bewirken.

3 Das Laborhandbuch, welches in fünf Sprachen erhältlich und im Internet frei zugänglich ist, entstand 1980 als „Reaktion auf den wachsenden Bedarf an einer Standardisierung der Methoden zur Untersuchung des menschlichen Ejakulates“ (WHO 2012: 2). Das Handbuch erschien auf Deutsch 2012 in der fünften Auflage. Das Redaktionsteam besteht aus rund zwanzig Personen, die das Buch als anerkannten „globale[n] Standard“ (WHO 2012: 2) bezeichnen, der weltweit in Laboratorien zugrunde gelegt werde.

Anspruch genommen haben (E1–13)⁴. Diese fließen hier ebenfalls ein. Im Fokus der nachstehenden Analyse sollen also nicht hochpotente Spermensamen, sondern der Prüfung ausgesetzte Spermien von Männern mit unerfülltem Kinderwunsch – Spermien an der Schwelle zur Dysfunktionalität – stehen. Im Material wurde nach einer ersten induktiven Inhaltsanalyse ‚die Rede vom Sperma‘ diskursanalytisch untersucht. Nach Keller (2001) besteht die Diskursanalyse aus der Rekonstruktion von Prozessen der sozialen Konstruktion, aber auch von Sinn-, Deutungs- und Handlungsstrukturen auf der Ebene von Institutionen und sozialen AkteurInnen. Diskursanalysen hinterfragen Selbstverständliches, suchen nach Diskontinuitäten, aber auch nach Regeln. Definitionen und Deutungen sind dabei im historischen und gesellschaftlichen Zusammenhang zu betrachten und bleiben „so deskriptiv wie möglich“ (Sarasin 2005: 109), sie sind im Grunde eine „erneute Schreibung: eine regulierte Transformation“ (Foucault 1992: 200), weil nicht davon auszugehen ist, dass sich hinter der manifesten Aussage ein latenter Sinn verbirgt.

Es interessiert mich also, was im aktuellen medizinischen Kontext über Sperma gesagt oder nicht gesagt werden kann und wie in der Rede vom Sperma „ein Apparat zur Produktion von Diskursen über den Sex installiert“ wird (Foucault 1983: 29). Spezifisch suche ich nach der Leiblichkeit (Lindemann 1995) des Mannes im ‚Körper‘ des Spermas oder, anders gesagt, frage ich, ob hinter dem Spermium ein Mann/ein Männerkörper oder eine leibliche Erfahrung steht oder diese absent sind. Zunächst soll nachstehend ein Überblick über wissenschaftliche Arbeiten zum männlichen Körper in der Reproduktionsmedizin geschaffen werden. Darauf aufbauend findet sich eine Analyse der empirischen Daten.

Sperma und Männer(körper) in der Forschung über Reproduktionsmedizin

Seit Beginn der reproduktionsmedizinischen Verfahren wurde das Verhältnis der Frau und des Frauenkörpers zu den neuen Technologien ausführlich untersucht und dabei ebenso als Möglichkeit der Befreiung ‚der Frau‘ und der Entziehung männlicher Kontrolle über Reproduktion (Firestone 1972) wie auch als Unterdrückung und Entmündigung (Corea 1985) beurteilt. Zunehmend wurden auch (bio)politische, globale und nationalstaatliche (Yuval-Davis 1997) Dimensionen thematisiert (etwa Bock von Wülffingen 2007; Ginsburg/Rapp 1995; Hauser-Schäublin et al. 2001; Inhorn/Balen 2002). Die Forschungen zu Reproduktionstechnologien sind von einigen Autorinnen mit der Verwandtschaftsforschung verknüpft worden (etwa Edwards et al. 1999; Franklin/Ra-

4 Im Projekt „Heterosexual families and male infertility: genetic kinship and body concepts“ (Arbeitstitel) wurden auch Samenspenden (D1–4) und Erwachsene (S1–5) befragt, die durch donogene Insemination gezeugt wurden. Zudem fanden Interviews mit sieben Ärzten und Ärztinnen der Reproduktionsmedizin (A1–7), mit einem Vermittler von Fortpflanzungsverfahren im Ausland und einem Vertreter einer Interessengemeinschaft von Betroffenen statt (V1–2). Dieses Material floss nicht in die Analyse des vorliegenden Textes ein, war aber als Informationshintergrund für diese Arbeit von Bedeutung.

goné 1998; Strathern 1995; Thompson 2005), womit auch vermehrt Fragen nach Männlichkeit und Vaterschaft in den Blick rückten.

Forschung zu männlicher Infertilität findet sich vor allem in Studien zur Spermien-spende. Diese fokussieren häufig auf psychosoziale Prozesse in Familien sowie auf die Motivation von Spendern (vgl. Thorn/Katzorke/Daniels 2008). Die Samenspende wird sowohl als Gabentausch im Anschluss an Marcel Mauss (Novaes 1989) als auch als institutionalisierte biomedizinische Praxis (Baumeister-Frenzel et al. 2010) untersucht. Weitere Analysen zu Sperma befassen sich mit dessen Metaphorik und Symbolik sowie kulturellen Einflüssen auf naturwissenschaftliche Umschreibungen (Martin 1991; Moore 2009; Oudshoorn 2004). Trotz dieser Fülle an Untersuchungen ist ein Mangel an körpertheoretischen Zugängen in Bezug auf den (potenziell) infertilen Mann und insbesondere dessen leibliche Erfahrung auszumachen. Während nämlich der Körper in der Männlichkeitsforschung als ‚Problem‘ respektive als ‚riskierter Körper‘ (Meuser 2007) zunehmend Gegenstand von Untersuchungen wird, ist die leibliche Realität von Männern nach wie vor eine *terra incognita*.

Vom Leib zum Sperma zum männlichen Körper

Sperma kann im Vergleich zu Körperteilen sehr einfach vom Körper abgetrennt werden und nimmt als *Körperzelle* seine Funktion erst nach dieser Trennung wahr. Sperma ist auch nicht simple *Körperflüssigkeit*, wie Blut oder Speichel, sondern als Träger der Erb-informationen in unserem historisch-kulturellen Kontext in hohem Maß mit Bedeutung überlagert (vgl. Martin 1991). In einem Lehrbuch der Andrologie werden diese Besonderheiten zur Einführung ins Kapitel ‚Ejakulat‘ hervorgehoben:

„Damit sind Spermatozoen nicht nur die kleinsten [...] Zellen im menschlichen Körper, sondern auch die einzigen Zellen, die ihre Aufgabe außerhalb des Körpers in einem anderen Organismus ausüben, dem weiblichen Genitaltrakt. Die Aufgabe der Spermatozoen besteht darin, die männliche genetische Information in die Eizelle zu transportieren“ (Krause et al. 2011: 28).

Im Folgenden möchte ich mich mit der jüngsten, seit 1992 praktizierten Fertilisierungstechnik, der intrazytoplasmatischen Spermieninjektion (ICSI), beschäftigen. Ich werde mithilfe der gesammelten Daten derjenigen Etappe auf dem ‚Karriereweg des Spermas‘ folgen, die sich rund um das reproduktionsmedizinische Labor abspielt. Dieser Weg beginnt mit der Gewinnung von Spermien mittels Masturbation als „Ökonomie [...] der Trennung“ (Knecht 2010: 172) und endet mit der Injektion des Spermiums in die Eizelle. Dazwischen steht eine hochtechnisierte Analyse des Keimmaterials.

Spermiengewinnung als Hybrid zwischen Sexualität und Reproduktion

Zu Beginn der medizinischen Spermienanalyse im 17. und 18. Jahrhundert war die Gewinnung⁵ von Sperma mittels Masturbation undenkbar und die Spermien wurden deshalb nach dem Geschlechtsverkehr aus der Scheide, später aus Kondomen entnommen (Benninghaus 2005). Noch in den 1960er Jahren existierten bezüglich der Gewinnung mittels Masturbation moralische Bedenken (Kampf 2013). Heute ist die Masturbation *das* unhinterfragte Mittel des Sammelns von Samenflüssigkeit. Fertilitätskliniken verfügen zum Zweck der ‚manuellen Spermiengewinnung‘ über abgetrennte Räume, welche mit einem Auffangbehälter, Hygieneartikeln und pornografischem Material ausgestattet sind. Diese Lokalität wird von den betroffenen Paaren auch als „Besenkammer“ oder „Büro“ (E1) bezeichnet. „Nur unter aussergewöhnlichen Umständen“ und bei „*nachgewiesener* Unfähigkeit, ein Ejakulat durch Masturbation zu gewinnen“ (WHO 2012: 16, Hervorhebung Ka. Z.) kann das Ejakulat auch außerhalb der Klinik gewonnen werden. Die Gewinnung mittels *coitus interruptus*, welche vor allem im 19. Jahrhundert praktiziert wurde (Kampf 2013), wird heute als gänzlich ungeeignet angesehen (WHO 2012: 16f.).⁶ Ejakulat abzugeben scheint also in der Praxis mit Schwierigkeiten verbunden zu sein. Die Gründe dafür hängen dabei im Diskurs nicht mit einer möglichen Infertilität zusammen, sondern sind psychosozialen Ursprungs.

In dem von mir besuchten Labor haben – entgegen den Anweisungen im Laborhandbuch – alle Männer die Möglichkeit, die Spermien zu Hause zu gewinnen. Der Laborleiter schildert die mit der Spermiengewinnung verbundenen Probleme im Labor:

„[A]ber es ist nachher sehr sehr unangenehm. Ist es ja auch. [...] [E]s ist ein Räumchen da hinten, man tut die da hinein, sie haben das Gefühl wir sitzen vor der Türe und warten. Dass wir die Zeit stoppen können, wie lange jetzt der Herr Meier gehabt hat. [...] Und nachher wahrscheinlich einerseits die Angst, wenn es das erste Spermogramm ist, eben vor dem schlechten Resultat“ (L1a).

Der Laborleiter (L1) vermutet einen mit der Spermiengewinnung verbundenen Leistungsdruck und ein Gefühl des Beobachtet-Werdens. Er überzeichnet diese Befürchtung, indem er ein Bild des wartenden Personals vor der Tür des Gewinnungsraumes beschreibt. L1 mutmaßt, dass die Dauer der Masturbation bis zum erfolgreichen Lösen des Ejakulats ein Stressfaktor sein könnte. Es ist anzunehmen, dass eine kurze Zeit bis zur Ejakulation implizit mit einem größeren Erfolg verbunden wird. Schnelligkeit wird mit Gesundheit assoziiert, mit Potenz – des Mannes und seiner Spermien. Eine weitere Befürchtung, die L1 äußert, ist die Angst vor einem schlechten Spermogramm und damit verbunden das schlechte Gewissen, weil die Männer die Schuld an der „Misere“ (L1a) der Kinderlosigkeit tragen. L1 interpretiert die Schwierigkeiten der Spermiengewinnung anhand eines Leistungsanspruchs und einer Angst vor dem Scheitern. Er ver-

5 Die metaphorischen Besonderheiten des ‚Gewinnens‘, ‚Sammelns‘ und ‚Lösens‘ von Sperma bedürften einer zusätzlichen Analyse, welche hier aus Platzgründen nicht geleistet werden kann.

6 Eine weitere Möglichkeit, beispielsweise bei Patienten mit Rückenmarksverletzungen, stellt die Gewinnung der Samenflüssigkeit durch Stimulation des Penis oder der akzessorischen Drüsen dar (WHO 2012: 152). Spermien können auch operativ direkt aus den Hoden oder Nebenhoden gewonnen werden (Testikuläre Spermienextraktion, TESE).

gleicht den Leidensdruck der Männer bei der Spermienabgabe mit den Schmerzen der Frauen während der Behandlung.

Auch die von mir befragten infertilen Männer finden – im Gegensatz zu den interviewten Samenspendern – die Spermagewinnung mehrheitlich unangenehm:

„Und da kommst du dir als Mann so saumäßig doof vor (-) ja, ich mein, jeder hat sich schon mal selbst befriedigt, aber da kommst du dir so blöd vor, auf Kommando etwas abzugeben, meistens klappt es auch nicht oder, und dann ‚ja dann gehen sie mal heim, tun sie ein bisschen ruhig hin sitzen und probieren sie es dann nochmals‘ und so, und wenn du daran denkst, dass du dich beruhigen sollst und das machen, dann, geht es sowieso nicht“ (E3).

Der Widerwille gegen die Abgabe des Ejakulats ist so groß, dass sich E3 nicht sicher ist, ob er „dann auch so bereitwillig mitgemacht hätte“, wenn er seine Spermaprobe nicht zu Hause hätte sammeln können. Doch selbst in diesem geschützten Rahmen fällt es ihm schwer, sich „auf Kommando“ selbst zu befriedigen. E3 verweist auf die sexuelle Komponente des Spermagewinns und äußert sich als Vertreter seines Geschlechts, ‚als Mann‘. Er deutet an, dass Masturbation etwas ist, das zwar verbreitet, jedoch nicht für die Öffentlichkeit bestimmt ist. Es geht aber nicht nur darum, dass andere wissen, *dass* man es tut, sondern mehr noch, dass sie das ‚Kommando‘ übernehmen und einem sagen, *wann* man es zu tun hat. Mit der Spermengewinnung wird der normalerweise lustvollen und freiwilligen Tätigkeit die Intimität und Autonomie geraubt. E3 berichtet also nicht primär von der Angst vor dem Scheitern seiner „sexuellen Fitness“ (Meuser 2007: 153), wie L1 vermutet, sondern vom Kontrollverlust, der ihm unangebracht erscheint, der dazu führt, dass er sich „doof“ vorkommt und dass „es“ nicht klappt. Die Distanz zwischen Klinik und daheim reicht nicht aus, die Gefühle und Stressmomente zu überwinden, auch wenn damit der Zeitpunkt der Spermengewinnung diffuser (nämlich lediglich notiert) wird.

Dass die Kontrollmomente im Zusammenhang mit der Spermengewinnung sehr ausgeprägt sind, lässt sich an verschiedenen Beispielen aus dem Laborhandbuch nachvollziehen. Es müssen nämlich unterschiedliche Faktoren rapportiert werden, weil sie das Resultat beeinflussen, etwa die Vollständigkeit der gewonnenen Probe oder die Karenzzeit seit der letzten und vorletzten sexuellen Aktivität. Die WHO empfiehlt eine sexuelle Karenz von mindestens zwei und höchstens sieben Tagen. Zudem soll die Zeit der Abstinenz bei verschiedenen Proben immer gleich sein (WHO 2012: 13). Falls der Mann nicht in der Lage ist, eine Ejakulatprobe zu produzieren, kann ein Postkoitaltest gewisse Information über die Spermien liefern. In diesem Fall darf das Paar zwei Tage vor dem Test keinen Geschlechtsverkehr haben und der Mann muss auf Masturbation verzichten. Zudem sollte „in der Nacht vor dem geplanten Labortest“ (WHO 2012: 114) Geschlechtsverkehr stattfinden. Gleitmittel oder eine Intimdusche sind „nicht erlaubt“ (WHO 2012: 114). Damit verliert der Sex seinen „Anspruch auf mehr Diskretion“ (Foucault 1983:43) und hat sich nach den Vorgaben des Reproduktionslabors abzuspielen.

In den beschriebenen Anweisungen vermischen sich sexuelle Handlungen, sexuelles Empfinden – leibliche Realitäten – mit dem wissenschaftlich zugänglichen, objektiven Körper respektive dem Sperma als Grundlage von Analysen. Anders gesagt, es wird deutlich, wie Leib und Körper ineinander verschränkt sind (Lindemann 1995). Mohr (2010) spricht bei der Spermengewinnung von Vorgängen, die zur Verdingli-

chung und Objektivierung von Sperma beitragen und die Abkoppelung der Sexualität ermöglichen. Für Knecht ist die Spermengewinnung eine der „Praktiken, [...] die auf die Trennung des Samens von den Subjekten zielen, Sexualität funktionalisieren und die helfen, Samen als entbetteten, von männlicher Handlungsfähigkeit abgekoppelten Stoff zu etablieren“ (Knecht 2010: 172). Es könnte umgekehrt auch argumentiert werden, dass eine funktionelle Tätigkeit (die Gewinnung von Spermien) im medizinischen Kontext aufgrund eines bestimmten Körperwissens sexualisiert wird. Dieses Wissen wird für die Individuen alltagsrelevant und geht ihnen in Fleisch und Blut, sie verleiblichen es (Lindemann 1995). Im Kontext der Reproduktionsmedizin ist das Sperma zunächst mit einem sexuellen Erleben verbunden. Durch die diskursive Notwendigkeit des ‚Höhepunktes‘ zur Gewinnung von Spermien kann diese keinen rein funktionalen Rahmen haben, wie beispielsweise das Punktieren der Eizellen durch die Scheide. Zur manuellen Tätigkeit des betreffenden Mannes gibt es wenige Alternativen. Die Gewinnung während des Geschlechtsverkehrs ist keine Wahlmöglichkeit, sondern *ultima ratio*. Gar nicht denk- oder sagbar ist die Möglichkeit, dass medizinisches Personal den Vorgang des Ejakulatlösen an Stelle des Probanden in professioneller Art und Weise übernimmt.

In der medizinischen Literatur wird versucht, für die Gewinnung von Spermien vergleichbare Bedingungen zu schaffen. Je mehr Kontrolle über die Situation das Labor hat, als desto verlässlicher wird das Ergebnis des Spermioграмms eingeschätzt. Prioritär sollten Spermien im Labor gewonnen werden und erst zuletzt während des ‚natürlichen Vorgangs‘ heterosexuellen Geschlechtsverkehrs. Aspekte, die das Spermioграмm positiv oder negativ beeinflussen und dadurch das Ergebnis verfälschen können, sollen nach Möglichkeit ausgeschlossen werden. Dies steht in Widerspruch zur sexuellen Aufgeladenheit der Situation und dem leiblichen Empfinden von Lust, Angst, Scham und Leistungsdruck der Männer. Foucault fragt, ob die Diskursivierung des Sexes darauf abzielt, jene Formen der Sexualität, „die sich der strengen Ökonomie der Reproduktion nicht unterwerfen, aus der Wirklichkeit [zu] vertreiben“ (Foucault 1983: 41). Mit den detaillierten Vorschriften zur Spermengewinnung könnte umgekehrt das Sexuelle aus dem Reproduktiven verbannt werden. Die Standardisierung der Spermengewinnung steht ebenfalls im Widerspruch zu den Referenzwerten für die Spermienqualität, welche sich an den Daten des Ejakulates von fertilen Männern orientieren, deren Partnerinnen in weniger als zwölf Monaten schwanger wurden (*time-to-pregnancy*, TTP). Unfruchtbarkeit ist also kein physiologisches Merkmal oder ein somatischer Zustand und lässt sich *per definitionem* nicht am Körper ablesen; es braucht die ‚Vaterschaft‘⁷ respektive die erfolgreiche Reproduktion anderer Männer als Referenz. Die WHO definiert Infertilität im Anschluss an De Melo-Martín (2002: 254) als „the failure to conceive following twelve months of unprotected intercourse“ (WHO o. J.: o. S.). Die Bestimmung eines numerischen Referenzwertes für die Qualität des Spermas auf genau diesen Wert ist also Ergebnis einer Wahrscheinlichkeitsabschätzung und kein objektives Kriterium. Dennoch existieren in der medizinischen Literatur unterschiedliche Kriterien zur Prüfung der Qualität des Spermas. Diese sollen nachstehend analysiert werden.

7 Die Verwendung von ‚Vater werden‘ anstelle eines abstrakteren Begriffs der erfolgreichen Reproduktion stellt eine häufig zu beobachtende „Strategie der Sozialisierung“ (Thompson 2005: 128) assistierter Reproduktion dar und ist insofern bemerkenswert, als die Entstehung einer Verwandtschaftsbeziehung in diesem Zusammenhang eigentlich obsolet ist.

Spermogramm – Qualitätsprüfung für männliche Keimzellen

Die Referenzwerte der WHO der hier ausgeführten Parameter wurden in den letzten Jahren zum Teil massiv nach unten korrigiert⁸. Auch Paare berichten von vollkommen unterschiedlichen Einschätzungen verschiedener behandelnder Ärzte und Ärztinnen. So wird aus einem Spermogramm, bei dem man eine „Auslese vergessen könne“ und selbst eine ICSI „keine Chance habe“, eines, das „gar nicht soo schlecht aussieht“ (E4). Am Ursprung der Definition von Infertilität steht eine Zeitspanne, innerhalb derer es als ‚normal‘ gilt, dass eine Schwangerschaft eintritt. Zudem geht man davon aus, dass diejenigen Spermien, die sich in der Nähe des ‚Ziels‘, also der Eizelle, befinden, potenziell befruchtungsfähig sind. Es fehlt in der Analyse ‚normaler‘ Spermien sowohl der Bezug zum ‚Rest‘ des männlichen Körpers⁹ als auch zum weiblichen Körper. Die Medizin reorganisiert und reartikuliert also bestimmte körperliche und soziale Beziehungen (Michael/Rosengarten 2012) in ihren Definitionen des normalen Spermogramms, dessen diskursive Verfasstheit ich im Folgenden untersuchen werde.

Das Spermogramm als Hilfsmittel zur Berechnung und Klassifizierung der Samenzellen wurde in den frühen 1940er Jahren im Rahmen der nationalsozialistischen Zwangssterilisationspraxis eingeführt (Vienne 2009). Bis heute sind diese „Praktiken der Quantifizierung und Qualifizierung des Samens“ (Knecht 2010: 172) verfeinert und präzisiert worden. Neben der Menge gelten jedoch immer noch Beweglichkeit und Aussehen als Hauptfaktoren der Spermienanalyse. In diesem Prozess verwandelt sich der Samen in eine Substanz, in ein biologisches Produkt, welches so objektiviert und in abstrakten Begriffen und standardisierten Güteklassen beschrieben werden kann, wie es Knecht (2010) für die Arbeit mit Spendersamen beschrieben hat. Dieser Vorgang findet jedoch nicht nur dann statt, wenn der Samen zur Handelsware mit Qualitätskategorien wird, sondern auch zur Bestimmung eines Krankheitswertes bei einem möglicherweise infertilen Mann.

Es sind drei Kriterien, die der Qualifizierung der Spermien dienen: Unter dem Mikroskop ist erstens ersichtlich, ob Spermien *beweglich* sind oder nicht. Schon im 19. Jahrhundert wurde die Bewegung zum *Prinzip* der Samenfäden¹⁰ und man war überzeugt, dass die Beweglichkeit von Spermien mit der Zeugungsfähigkeit zusammenhängt (Vienne 2009: 221). Die WHO referiert auf verschiedene Autoren und Autorinnen, wenn sie feststellt, dass die „progressive Spermienmotilität [...] mit den Schwangerschaftsraten“ korreliert¹¹ (WHO 2012: 24). Heute unterscheidet man zur Klassifikation der Motilität *progressiv motile* (Spermien, die sich aktiv vorwärts bewegen) und *nicht*

8 Der Normwert der normalen Morphologie sank von 14 auf 4 Prozent, derjenige für progressive Mobilität von 50 auf 32 Prozent und derjenige für die Spermienkonzentration von 20 auf 15 Millionen pro Milliliter (Schneider et al. 2011).

9 Abgesehen von einzelnen Hinweisen auf den Einfluss der Aktivität der akzessorischen Geschlechtsdrüsen und des Hodenvolumens auf die Spermienqualität.

10 Im Gegensatz zum „Prinzip der Ruhe“ der Eizellen (Vienne 2009: 222).

11 Nach heutigem Stand des Wissens können auch unbewegliche Spermien ‚vital‘ und damit befruchtungsfähig sein. Mit ‚toten‘ Spermien lässt sich hingegen auch mittels ICSI keine Befruchtung herbeiführen. Wenn Bewegung generell als Zeichen von Leben und das In-Bewegung-Setzen als das Einhauchen von Leben verstanden werden kann (Stacey/Suchman 2012), erfährt diese Logik an der Stelle einen Bruch, an der es Spermien gibt, die sich nicht bewegen und dennoch „lebendig“ sind.

progressiv motile (alle anderen, z. B. schwimmen in kleinen Kreisen, Schwanzbewegungen, die den Kopf nicht fortbewegen) sowie *immo*tile Spermien. Die Zählung beweglicher Spermien erfolgt nach einem bestimmten Muster und soll schnell vor sich gehen, um eine Überbewertung der motilen Spermien zu vermeiden. Im Handbuch wird darauf hingewiesen, dass nur intakte Spermien mit Kopf und Schwanz gezählt werden sollen. Ein falsch negatives Resultat, also das Zählen von zu wenigen Spermien, wird an dieser Stelle nicht als problematisch erwähnt.

Zweitens sind die Anzahl der Spermien (Spermiengesamtzahl) und die Spermienkonzentration (Anzahl der Spermien pro Volumeneinheit) Qualitätskriterien, die erhoben werden. Diese Faktoren korrelieren sowohl mit der Zeit bis zum Eintritt einer Schwangerschaft als auch mit den Schwangerschaftsraten, auch wenn die WHO mehr Daten über diese Korrelationen fordert (WHO 2012: 32). Weniger als 39 Millionen Spermien im Ejakulat werden als pathologisch beurteilt (WHO 2012: 32). Im WHO-Handbuch finden sich mehrere Seiten detaillierter Angaben zur Berechnung der Spermien. Lassen sich keine Spermien finden, rät die WHO zur Untersuchung einer größeren Probe und beschreibt im Detail, wie die Probe im „Zick-Zack-Verfahren“ „komplett und systematisch abzusuchen“ sei (WHO 2012: 43). Der Begriff „Azoospermie“ soll nur dann verwendet werden, wenn in zwei Doppelbestimmungen gar keine Spermien gefunden werden. Der Faktor Quantität ist dasjenige Kriterium, welches von den betroffenen Paaren am stärksten übernommen wird. Die Ergebnisse eines Spermigramms werden häufig mit Worten beschrieben, die sich auch die Menge beziehen: „nicht nichts“, „oberwenig“ (E4), „nicht viel herum“ (E3) oder „extrem schlechte Spermienzahl“ (E2).

Drittens wird die Morphologie der einzelnen Spermien beurteilt: „Um als normal eingestuft zu werden, muss ein Spermium sowohl einen normalen Kopf als auch einen normalen Schwanz aufweisen. Alle grenzwertigen Formen sollten als abnormal betrachtet werden“ (WHO 2012: 60). Aufgrund „fehlender Objektivität“ (WHO 2012: 60) und weil die Morphologie menschlicher Spermien sehr unterschiedlich ist, wird deren Beurteilung als schwierig eingeschätzt. Der Prozentsatz normaler Spermienformen einer „fertilen Population“ (WHO 2012: 3) korreliert mit der Zeit bis zum Eintritt einer Schwangerschaft sowie den Schwangerschaftsraten. Dabei sind bei fertilen Männern rund 30 Prozent der Spermien normal geformt. Bei Studien im Rahmen von reproduktionsmedizinischen Verfahren wurden nur 3 bis 5 Prozent der Spermien als normal eingestuft. Die WHO stellt in ihrem Handbuch sowohl ein „Konzept normaler Spermien“ (WHO 2012: 60), inklusive einer Bildtafel, als auch eine „Klassifikation der abnormalen Spermienmorphologie“ (WHO 2012: 61) mit fünf Bildtafeln vor. Die WHO unterscheidet in einer mehrseitigen detaillierte Analyse der Spermienmorphologie verschiedene „Defektkategorien“ (WHO 2012: 61).

Neben einem geringeren Fertilisierungspotenzial abnormaler Spermien können diese auch Hinweis auf eine Erkrankung des Mannes geben. Meist dient die Analyse letztlich nur einer schlichten *pass/fail*-Beurteilung der Befruchtungsfähigkeit. Spermienanalyse schwankt also – ganz im Sinne Foucaults – zwischen einer minutiösen Klassifikation des Abnormen und einer einfachen Indikationsabwägung für eine Befruchtung im Labor. Im Vergleich zur Analyse nimmt die ‚Therapie des Spermas‘ einen geringen Stellenwert ein. Gegen männliche Unfruchtbarkeit lässt sich generell nicht

viel tun, es sei denn, das Fertilitätsproblem ist auf eine behandelbare Erkrankung zurückzuführen. Wenn auch eine Änderung des Lebensstils – Rauchen und Alkoholtrinken aufgeben, Sport treiben und ‚gesund‘ leben – die Fertilitätschancen des Patienten nicht erhöhen kann, dann steht als Therapieersatz bei massiv verminderter Spermienqualität oder -quantität nur die ICSI zur Verfügung. Nachstehend soll die diskursive Praxis dieser neusten Reproduktionstechnologie erfasst werden.

Therapieersatz – injizieren und konservieren

Für die ICSI muss der Mann am Morgen Spermien abgeben; der Frau werden alle reifen Eizellen punktiert. Nachdem die Eizellen in einer Schale bereitgestellt sind, fügt L1 an einer anderen Stelle auch Tropfen der Spermienprobe in die Petrischale. Die aufbereiteten Spermien kommen in eine zähflüssige Lösung, denn:

„Wir wollen zwar bewegliche Spermien, eben dass wir gut unterscheiden können, ob es lebende oder tote sind, aber wir wollen die Spermien am liebsten nicht allzu schnell, weil sonst können wir sie nämlich mit der Nadel nicht einfangen“ (L1c).

Unter dem Mikroskop wird ein ‚gutes‘ Spermium ausgewählt, das heißt eines, das eine ‚normale‘ Kopfform hat und sich aktiv bewegt. Bevor es in die Eizelle injiziert wird, muss es immobilisiert werden, indem ihm mit der Nadel der Schwanz gebrochen wird. Selbstständige Beweglichkeit wird also für die ‚künstliche‘ Befruchtung hinderlich. Würde das Spermium nach der Injektion mobil bleiben, schwämme es in der Eizelle herum.

Manche Männer wollen zwar ihre Spermien selbst betrachten oder sind im Labor am Rand als „Besitzer der Zellen“ (L1c) respektive als Anrufer präsent, alles in allem verselbstständigt sich jedoch das Sperma als Substanz und ist losgelöst bearbeitbar. Einige befragte Paare betonen auch, dass der Zeugungsvorgang im Labor eine rein „medizinische Behandlung“ (E1) und eben kein Liebes- oder natürlicher Zeugungsakt ist. In ihrem abgetrennten Zustand sind die Zellen jedoch gleichzeitig unterschiedlichen Risiken ausgesetzt. Spermien werden in einem ‚Brutschrank‘ aufbewahrt, weil sie nur bei bestimmten Temperaturen überlebensfähig sind, und dürfen nicht mit toxischen Instrumenten oder Handschuhen in Berührung kommen. Spermien sind also in ihrer Abkoppelung vom Körper nicht selbstständig überlebensfähig und benötigen besonderen Schutz, den der Körper nicht mehr bieten kann. Für einige Paare nimmt der Laborleiter die Rolle des ‚Hüters‘ der Keimzellen respektive der potenziellen Kinder ein, die sie buchstäblich in seine Hände legen und ihm im Vertrauen überlassen. Ein befragtes Paar rätselt während des Reproduktionsverfahrens sogar scherzhaft darüber, ob ihre Kinder nun rote Haare wie der Leiter des Labors bekämen (E7).

Spermien, die nicht sofort verwendet werden, können seit den 1930er Jahren in flüssigem Stickstoff eingefroren werden.¹² Die WHO bezeichnet das Konservieren

12 Nicht nur die Erhaltung von Sperma, auch das gezielte Abtöten der Spermien wurde im Rahmen der Zwangsterilisationen in der NS-Zeit beforscht (Vienne 2008: 180f.).

und Lagern von menschlichen Samenzellen als „hoch komplexe[n] Prozess“ (WHO 2012: 156) und gibt über mehrere Seiten Anweisungen zur Protokollierung, Durchführung und Beschriftung des Vorgangs. Eingefroren werden, als nichtkurative Maßnahme bei Infertilität, Spermien von Männern, die sich einer Chemo- oder Strahlentherapie unterziehen müssen oder eine Vasektomie wünschen.¹³ Auch wenn in einem Ejakulat zu wenige Spermien enthalten sind, lassen sich mithilfe der Konservierung genügend Spermien für eine Befruchtung sammeln. Schließlich ist die Konservierung auch dann eine Möglichkeit, wenn ein Mann „sehr Mühe hat, auf Kommando sein Ejakulat zu lösen“ (L1c) oder nicht anwesend sein kann. Bezüglich der Indikationen für die Kryokonservierung sind der männliche Körper und dessen leibliche Erfahrung also durchaus präsent im Labor: der Körper als potenziell beschädigter Körper vor einer Therapie, der Leib als Sitz sexueller Erfahrung, die notwendig ist, um Spermien zu gewinnen. Auf der anderen Seite sind Konservierungsverfahren sehr technisch und stellen keinen Bezug zu einem Mann oder Männerkörper her oder thematisieren gar die Leiblichkeit des Spermas selbst.

Im Folgenden werde ich nach in einer zusammenfassenden Konklusion meine wichtigsten Thesen festhalten.

Konklusion: Männerkörper im reproduktionsmedizinischen Labor

Im vorliegenden Beitrag wurde ein erster Eindruck davon verschafft, wie Leiblichkeit von Männern und Männerkörper in ihrer Verschränktheit mit Sexualität und (Im-)Potenz in reproduktionsmedizinischen Diskursen verhandelt werden. Ich bin, ausgehend von Foucaults Diskurstheorie, der Verhandlung von Sperma als ‚Körperteil‘ und ‚Körper‘ nachgegangen und habe gezeigt, wie Sperma im reproduktionsmedizinischen Diskurs als sexualisiertes Produkt einer problembehafteten Körperfunktion zur qualitätsgeprüften Substanz wird. Dabei stand die Frage im Zentrum, ob der Männerkörper und seine leibliche Erfahrung im Labor der Reproduktionsmedizin aufgehen und ob ‚der Mann‘ tatsächlich absent ist.

Die Antwort auf diese Fragen lässt sich als Auftauchen und Wieder-Verschwinden respektive eine Gleichzeitigkeit von An- und Abwesenheit zusammenfassen: Körper und Leiblichkeit, ‚der Mann‘ grundsätzlich, sind *vor* der Analyse im Labor durchaus Themen. Im Rahmen der Spermengewinnung ist der Leib des Mannes präsent, wird aber vorwiegend als störend artikuliert. Obgleich Erregung als aktive Leibeserfahrung für die Gewinnung unerlässlich ist, stehen Scham, Angst oder Leistungsdruck im Vordergrund der Aushandlungen. Im Rahmen der Spermengewinnung zeigt sich also, dass mit Meuser (2007) Männlichkeit über eine *Leistung*¹⁴ definiert wird, während für Weiblich-

13 Am bekanntesten ist die Kryokonservierung in Zusammenhang mit sogenannten Samenbanken, in denen Spermien aufbewahrt werden und die in den 1960er Jahre in den USA entstanden sind (Katzorke 2008).

14 Auch mit Rückbezug auf Fragen nach dem Lebensstil hinter einem (schlechten) Spermogramm

keit ein körperliches *Sein* konstitutiv ist. Männlichkeit heißt nicht nur, fertil zu *sein*, sondern auch in möglichst kurzer Zeit und auf Kommando sein Ejakulat lösen zu können. Die Leiberfahrung des Masturbierens, der sexuellen Empfindung, von Scham und Kontrolle lassen den Versuch, den Männerkörper im Labor als Standard zu objektivieren, immer wieder scheitern. Durch die leibliche Komponente entzieht sich der Männerkörper im Sperma der Kontrolle, wenn auch die Anweisungen im Laborhandbuch sich durch die Herstellung von wissenschaftlich vergleichbaren Situationen auszeichnen. Dies wiederum ist umso bemerkenswerter, als gar kein am Körper ausgemachter Standard von Fertilität existiert, sondern sich diese am ‚Vatersein‘ orientiert.

Mit der Übergabe der Spermien ans Labor lösen sie sich aus ihrer sexuellen (sprich leiblichen) Verfasstheit. Leib und Körper verschwinden also mit dem Übergang von der Körperflüssigkeit zum Informations- und Datenlieferanten *während* der Analyse. ‚Der Mann‘ kehrt auch in der Phase der Befruchtung kaum zurück. Dies ist besonders bemerkenswert, weil gerade der Akt der Zeugung als Sinnbild für männliche Potenz steht. Die Anwesenheit des Mannes ist demgegenüber für das Befruchtungsverfahren im Labor weder in seiner körperlich-materiellen noch in seiner leiblich-erfahrbaren Dimension zwingend. Während der technischen Verfahren im Labor wird Sexualität also komplett von der Fortpflanzung abgekoppelt, die Reproduktionsmedizin ist geradezu konstitutiv für diese Trennung (vgl. Dieckmayer 2011).

Auch wenn der Mann folglich während der Spermienanalyse weder als Leib noch als Körper im Labor ‚anwesend‘ zu sein scheint, erhält an seiner Stelle das Spermium einen eigenen Körper – nicht zuletzt dadurch, dass es seine Funktion außerhalb des männlichen Körpers zu erfüllen hat. Das Spermium wird als einzelne bewegliche Zelle mit Kopf und Schwanz beinahe individualisiert und lässt sich so als ‚Körperchen‘ regulieren. Diesen Status behält das Spermium auch deshalb, weil es im Zuge des Zeugungsaktes als einzelne Zelle von Bedeutung wird. Die heutige Biotechnologie fokussiert also auf ein einzelnes Spermium und nicht mehr auf Spermatozoen als Masse. Wenn man bedenkt, dass sich in einem ‚normalen‘ Ejakulat mindestens 39 Millionen bewegliche Spermien befinden, dann sind die Bestimmung der Morphologie und das Auswählen eines einzelnen Spermiums zur Verschmelzung ein bemerkenswerter Einschnitt in das ursprüngliche Körperwissen. Mit dem neuen Wissen über reproduktionsmedizinische Verfahren wird die biologische Unterteilung in Mikro- und Makrogameten gebrochen oder sogar umgekehrt: Die ‚normalerweise‘ kleineren, sich aktiv bewegenden (*männlichen*) Mikrogameten, welche sich durch ihre hohe Zahl auszeichnen, werden im Labor nicht nur zu unbeweglichen Zellen, die sich ‚künstlich‘ fortbewegen lassen, eine einzelne Zelle reicht auch aus, um ihren Zweck zu erfüllen.¹⁵ Dazu kommt, dass die Menschheit mit allem konservierten Sperma schon heute ohne Männer(körper) lange Zeit aufrecht erhalten werden könnte und gleichzeitig in aufwändigen Verfahren ‚das eine‘ Spermium herausgesucht wird, welches der Qualitätsprüfung standhält.

wird Männlichkeit als Pflicht zur Selbstoptimierung (Villa 2008) und einer zunehmenden Verantwortlichkeit für die eigene körperliche Konstitution definiert. Der Bezug zum männlichen Körper wird im Fertilitätslabor jedoch vor allem am Standard des gesunden Mannes und dessen Übersetzung in Referenzwerte für Spermien deutlich.

- 15 Im Gegensatz dazu werden die (*weiblichen*) Makrogameten durch die Entnahme aus dem weiblichen Körper mobiler als im weiblichen Körper, nachdem sie durch Hormongaben ‚künstlich‘ vermehrt worden sind.

Damit wird deutlich, was die Medizinhistorikerin Antje Kampf (2013) in ihrer Analyse biomedizinischer Entwicklungen und der Konzepte des gesunden Mannes als paradoxe Entwicklung bezeichnet: Biomedizin, Technologie und Diagnostik definieren ‚den Mann‘ als reproduktives Wesen neu. Sie machen ihn irrelevant und zunehmend verletzlich, während sie ihn eigentlich zu kurieren versuchen. Lisa Jean Moore (2002), die die wissenschaftliche Repräsentation des Spermas untersucht, versteht Reproduktionstechnologien denn auch als Wiederherstellungsprozess vergeschlechtlichter Machtverhältnisse, in denen Männer scheinbar unverletzlich sind. Mit der Loslösung des Spermas vom Körper kann also, wie aus meinem Material ersichtlich wurde, alles Vulnerable entfernt und in die Hände einer Spezialistin/eines Spezialisten gelegt werden. Die Verletzlichkeit des ‚kranken Mannes‘ geht in den gewonnenen Spermien auf und wird auf sie übertragen. Das Reproduktionsverfahren ICSI dient damit der Wiederherstellung von Ganzheit und Gesundheit und das Spermium erhält in seiner besonderen neuen Bedeutung selbst eine Art Körperlichkeit.

Literaturverzeichnis

- Baumeister-Frenzel, Katja; Knecht, Michi; Langenstrass, Markus & Schöbe, Matthias. (2010). Gespräche mit Spendern. In Michi Knecht, Anna Frederike Heinitz, Scout Burghardt & Sebastian Mohr (Hrsg.), *Samenbanken – Samenspenden. Ethnographische und historische Perspektiven auf Männlichkeiten in der Reproduktionsmedizin* (S. 81–112). Münster: LIT Verlag.
- Benninghaus, Christina. (2005). Eine „unästhetische Prozedur“. Debatten über „Künstliche Befruchtung“ um 1912. In Barbara Orland (Hrsg.), *Artifizielle Körper – lebendige Technik. Technische Modellierungen des Körpers in historischer Perspektive* (S. 107–127). Zürich: Chronos.
- Benninghaus, Christina. (2012). Beyond Constructivism? Gender, Medicine and the Early History of Sperm Analysis, Germany 1870–1900. *Gender & History*, 24(3), 647–676.
- Bock von Wülfigen, Bettina. (2007). Genetisierung der Zeugung: Eine Diskurs- und Metaphernanalyse reproduktionsgenetischer Zukünfte. Bielefeld: transcript Verlag.
- Bublitz, Hannelore; Bührmann, Andrea D.; Hanke, Christine & Seier, Andrea. (1999). Diskursanalyse – (k)eine Methode? Eine Einleitung. In Hannelore Bublitz, Andrea D. Bührmann, Christine Hanke & Andrea Seier (Hrsg.), *Das Wuchern der Diskurse: Perspektiven der Diskursanalyse Foucaults* (S. 10–21). Frankfurt/Main u. a.: Campus Verlag.
- Corea, Gena. (1985). *The mother machine: reproductive technologies from artificial insemination to artificial wombs*. Cambridge, Philadelphia: Harper & Row.
- De Melo-Martín, Inmaculada. (2002). On cloning human beings. *Bioethics*, 16(3), 246–265.
- Dieckämper, Julia. (2011). *Reproduziertes Leben: Biomacht in Zeiten der Präimplantationsdiagnostik*. Bielefeld: transcript Verlag.
- Edwards, Jeanette; Franklin, Sarah; Hirsch, Eric & Strathern, Marilyn. (Hrsg.). (1999). *Technologies of procreation: kinship in the age of assisted conception*. London: Routledge.
- Firestone, Shulamith. (1972). *The Dialectic of Sex the Case for Feminist Revolution* (3. Aufl.). Toronto: Bantam Books.

- Foucault, Michel. (1983). *Der Wille zum Wissen: Sexualität und Wahrheit I*. Frankfurt/Main: Suhrkamp.
- Foucault, Michel. (1992). *Archäologie des Wissens*. Frankfurt/Main: Suhrkamp.
- Franklin, Sarah. & Ragoné, Helena (1998). *Reproducing reproduction: kinship, power, and technological innovation*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- Ginsburg, Faye D. & Rapp, Rayna. (1995). *Conceiving the new world order: the global politics of reproduction*. Berkeley: University of California Press.
- Gugutzer, Robert. (2006). *Body turn: Perspektiven der Soziologie des Körpers und des Sports*. Bielefeld: transcript Verlag.
- Hauser-Schäublin, Brigitta; Kalitzkus, Vera; Petersen, Imme & Schröder, Iris. (2001). *Der geteilte Leib. Die kulturelle Dimension von Organtransplantation und Reproduktionsmedizin in Deutschland*. Frankfurt/Main: Campus Verlag.
- Honegger, Claudia. (1991). *Die Ordnung der Geschlechter: Die Wissenschaften vom Menschen und das Weib, 1750–1850*. Frankfurt/Main u. a.: Campus Verlag.
- Inhorn, Marcia Claire & van Balen, Frank. (2002). *Infertility around the globe: new thinking on childlessness, gender, and reproductive technologies*. Berkeley: University of California Press.
- Jäger, Ulle. (2004). *Der Körper, der Leib und die Soziologie: Entwurf einer Theorie der Inkorporierung*. Königstein/Taunus: Ulrike Helmer Verlag.
- Kampf, Antje (2013). Tales of healthy men: Male reproductive bodies in biomedicine from ‚Lebensborn‘ to sperm banks. *Health*, 17(1), 20–36.
- Katzorke, Thomas. (2008). Entstehung und Entwicklung der Spermienbehandlung in Deutschland. *Reproduktionsmedizin und Endokrinologie*, 1(5), 14–20.
- Keller, Reiner. (2001). Wissenssoziologische Diskursanalyse. In Reiner Keller, Andreas Hirsland, Werner Schneider & Willy Viehöver (Hrsg.), *Handbuch Sozialwissenschaftlicher Diskursanalyse: Band I: Theorien und Methoden*. Opladen: Leske und Budrich.
- Knecht, Michi. (2010). Reflexive Bioökonomisierung. Werteproduktion in einer Samenbank. In Michi Knecht, Anna Frederike Heinitz, Scout Burghardt & Sebastian Mohr (Hrsg.), *Samenbanken – Samenspende. Ethnographische und historische Perspektiven auf Männlichkeiten in der Reproduktionsmedizin* (S. 163–176). Münster: LIT Verlag.
- Krause, Walter; Weidner, Wolfgang; Sperling, Herbert & Diemer, Thorsten. (Hrsg.). (2011). *Andrologie. Krankheiten der männlichen Geschlechtsorgane* (4. Aufl.). Stuttgart: Thieme.
- Landwehr, Achim. (2001). *Geschichte des Sagbaren: Einführung in die historische Diskursanalyse*. Tübingen: Ed. diskord.
- Laqueur, Thomas W. (2008). *Die einsame Lust: eine Kulturgeschichte der Selbstbefriedigung*. Berlin: Osburg-Verlag.
- Lindemann, Gesa. (1995). Die Verschränkung von Körper und Leib als theoretische Grundlage einer Soziologie des Körpers und leiblicher Erfahrung. In Jürgen Friedrich & Bernd Westermann (Hrsg.), *Unter offenem Horizont. Anthropologie nach Helmuth Plessner* (S. 133–139). Frankfurt/Main: Peter Lang.
- Martin, Emily. (1991). The egg and the sperm. How science has constructed a romance based on stereotypical male-female roles. *Signs*, 16(3), 485–501.
- Meuser, Michael. (2007). Männerkörper. Diskursive Aneignungen und habitualisierte Praxis. In Mechthild Bereswill, Michael Meuser & Sylka Scholz (Hrsg.), *Dimensionen der Kategorie Geschlecht: Der Fall Männlichkeit* (S. 152–168). Münster: Westfälisches Dampfboot.

- Michael, Mike & Rosengarten, Marsha. (2012). Medicine: Experimentation, Politics, Emergent Bodies. *Body & Society*, 18(3–4), 1–17.
- Mohr, Sebastian. (2010). Viking Sperm – Der Stoff, aus dem die Träume sind. Eine Reportage. In Michi Knecht, Anna Frederike Heinitz, Scout Burghardt & Sebastian Mohr (Hrsg.), *Samenbanken – Samenspender. Ethnographische und historische Perspektiven auf Männlichkeiten in der Reproduktionsmedizin* (S. 177–183). Münster: LIT Verlag.
- Moore, Lisa Jean (2002). Extracting Men from Semen. Masculinity in Scientific Representations of Sperm. *Social Text*, 20(4), 91–119.
- Novaes, Simone B. (1989). Giving, Receiving, Repaying: Gamete Donors and Donor Policies in Reproductive Medicine. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, 5(4), 639–657.
- Oudshoorn, Nelly. (2004). „Astronauts in the Sperm World“. *Men and Masculinities*, 6(4), 349–367.
- Sarasin, Philipp. (2005). *Michel Foucault zur Einführung*. Hamburg: Junius.
- Schneider, Mischa; Urech-Ruh, Cornelia; Talimi, Scherwin & van der Bergh, Marc. (2011). Neues zum Spermogramm und dessen Einfluss auf Abklärung und Therapie. *Frauenheilkunde aktuell*, 2(11), 4–13.
- Stacey, Jackie & Suchman, Lucie. (2012). Animation and Automation – The Liveliness and Labours of Bodies and Machines. *Body & Society*, 18(1), 1–46.
- Strathern, Marilyn. (1995). Displacing Knowledge: Technology and the Consequences for Kinship. In Faye D. Ginsburg & Rayna Rapp (Hrsg.), *Conceiving the New World Order: The Global Politics of Reproduction* (S. 346–363). Berkeley: University of California Press.
- Thompson, Charis. (2005). *Making Parents. The Ontological Choreography of Reproductive Technologies*. Massachusetts: MIT Press.
- Thorn, Petra; Katzorke, Thomas & Daniels, Ken R. (2008). Semen donors in Germany: A study exploring motivations and attitudes. *Human Reproduction*, 23(11), 2415–2420.
- Vienne, Florence. (2008). Gestörtes Zeugungsvermögen: Samenzellen als neues humanmedizinisches Objekt, 1895–1945. In Florence Vienne & Christina Brandt (Hrsg.), *Wissensobjekt Mensch. Humanwissenschaftliche Praktiken im 20. Jahrhundert* (S. 165–186). Berlin: Kulturverlag Kadmos.
- Vienne, Florence. (2009). Vom Samentier zur Samenzelle: Die Neudeutung der Zeugung im 19. Jahrhundert. *Berichte zur Wissenschaftsgeschichte*, 32(3), 215–229.
- Villa, Paula-Irene. (2001). *Sexy Bodies. Eine soziologische Reise durch den Körper*. Opladen: Leske und Budrich.
- Villa, Paula-Irene. (2008). *Schön normal: Manipulationen am Körper als Technologien des Selbst*. Bielefeld: transcript Verlag.
- Wöllmann, Torsten. (2007). Andrologie – Wie die Medizin die Männer „entdeckt“. In Martin Dinges (Hrsg.), *Männlichkeit und Gesundheit im historischen Wandel ca. 1800 – ca. 2000* (S. 87–104). Stuttgart: Franz Steiner Verlag.
- WHO (World Health Organization). (2012). *WHO Laborhandbuch zur Untersuchung und Aufarbeitung des männlichen Ejakulates* (5. Aufl.). Berlin, Heidelberg: Springer.
- WHO (World Health Organization). (o. J.). Gender and Genetics. Zugriff am 6. Februar 2013 unter www.who.int/genomics/gender/en/index6.html.
- Yuval-Davis, Nira (1997). *Gender & nation*. London: SAGE.

Zur Person

Kathrin Zehnder, Dr., ist promovierte Soziologin und forscht zurzeit zu männlicher Infertilität und assistierten Reproduktionstechnologien. Diese Arbeit ist Teil des vom Schweizerischen Nationalfonds geförderten Projektes *Fertility and Family in Switzerland. Local Processes of Reproduction and Kinship in Transnational Contexts of Biomedical Technologies*. Ihr Forschungsschwerpunkt liegt an der Schnittstelle von Geschlecht, Körper, Medizin und Technologie.

Kontakt: Universität Zürich, Ethnologisches Seminar, Andreasstrasse 15, CH-8050 Zürich

E-Mail: kathrin.zehnder@uzh.ch