

Overshadowed by the Pill – Die Entwicklung männlicher Langzeitverhütungsmittel

Miriam Klemm

Overshadowed by the Pill – The Development of Long-Term Contraceptives for Men

Abstract

The 20th C. witnessed the development of numerous contraceptive technologies directed at the female reproductive body, but none directed at the sperm-producing body. Efforts to develop a long-acting, reversible contraceptive for men* have been intensified since the 1970s, for example by the WHO, which established its Task Force on the Regulation in the Male of the Fertilizing Ability of Sperm (Male Task Force) in 1972. Since the pharmaceutical industry has not been involved in the development of male contraceptives, actors from the public sector, such as the WHO, have created niches in which knowledge about the male reproductive body can be produced, concepts tested, and networks between experts and activists established. In an historical overview, I will sketch out the economic, cultural and scientific barriers facing these actors while innovating male contraception. Presently, the *National Institute of Health* and the *Parsemus Foundation* in the USA as well as the *Indian Council of Medical Research* in India and the *International Consortium for Male Contraception* are shaping the field of male contraceptive development. I will analyze their various innovation strategies. While Western actors frame their work in terms of gender equality, Indian actors focus on the development and legitimization of an indigenous Indian, non-hormonal product.

Keywords: Male Contraception, Contraception development, Gender, Innovation strategies

Zusammenfassung

Das 20. Jahrhundert sah zahlreiche kontrazeptive Innovationen für den weiblichen reproduktiven und keine für den spermienproduzierenden Körper. Spätestens seit den 1970er Jahren gibt es jedoch verstärkt Bemühungen, ein sicheres, effektives und reversibles Langzeitverhütungsmittel für Männer* zu entwickeln, z.B. durch die WHO und ihre 1972 gegründete Task Force on the Regulation in the Male of the Fertilizing Ability of Sperm (Male Task Force). Da die Pharmaindustrie nicht an dieser Forschung und Entwicklung beteiligt war und ist, schufen andere Akteursgruppen Nischen, in denen Wissen um den männli-

chen reproduktiven Körper produziert, Machbarkeitsnachweise für männliche Verhütungsmittel erbracht werden und Netzwerke zwischen ExpertInnen und AktivistInnen entstehen konnten. In einem historischen Überblick skizziere ich ökonomische, kulturelle und wissenschaftliche Schwierigkeiten, die sich für Akteure im Innovationsprozess männlicher Verhütungsmittel ergeben. Gegenwärtig sind Akteure wie das *National Institute of Health* oder die *Parsemus Stiftung* in den USA, das *Indian Council of Medical Research* in Indien und das *International Consortium for Male Contraception* richtungsweisend für die männliche Verhütungsforschung – mit verschiedenen Innovationsstrategien. Während westliche Akteure sich und ein männliches Verhütungsmittel in Diskursen um Gender und reproduktive Verantwortung positionieren, bemühen sich indische Akteure, ein indigen-indisches und nicht-hormonelles, also nebenwirkungsfreies Produkt zu innovieren und legitimieren.

Schlüsselwörter: Männliche Verhütung, Verhütungsentwicklung, Gender, Innovationsstrategien

Gegenderte Innovationen und eine einseitige Entwicklung

Im 20. Jahrhundert sind zahlreiche Verhütungsmittel entwickelt worden, die entweder das Eindringen von Spermien in den Uterus durch eine Barriere am Muttermund blockieren, den Eisprung unterdrücken oder die Einnistung einer befruchteten Eizelle in der Gebärmutter-schleimhaut verhindern. Diese Kontrazeptiva (die Spirale, die Pille, Hormonspritzen, Pflaster, Implantate, Ringe und das Femidom) interagieren also mit dem weiblichen reproduktiven Körper. Für männliche reproduktive Körper gibt es jedoch nur wenige Möglichkeiten der Fertilitätskontrolle. Männer* greifen daher auf Verhütungsmethoden zurück, die ihnen bereits seit Jahrhunderten zur Verfügung stehen: Coitus interruptus, temporäre Abstinenz und das Kondom. Ende des 19. Jahrhunderts wurde die Vasektomie, die meist irreversible Durchtrennung beider Samenleiter, entwickelt. Im letzten Jahrhundert wurden die Technologien Vasektomie und Kondom zwar verbessert, jedoch keine radikal neuen Verhütungsmethoden für Männer* auf den Markt gebracht. Reversible

Glossar für gendergerechte Sprache

Männer* / Frauen* – Das Sternchen wird in diesem Artikel genutzt, um darauf hinzuweisen, dass es sich zum einen nicht nur um Männer, sondern um Personen handelt, die in der Lage sind zu schwängern. Dies sind vorrangig, aber nicht ausschließlich, Männer. Außerdem sind nicht alle Männer in der Lage zu schwängern. In vielen europäischen Ländern können Transpersonen das Geschlecht ihrer Identitätsdokumente ändern ohne eine Sterilisation vornehmen zu müssen. Damit sind Frauen, die schwängern können, und Männer, die schwanger werden können, nicht nur individuelle, sondern juristische Realität und sollen hier mitgedacht werden. Mit Frauen* sind zum anderen Personen gemeint, die schwanger werden können. Die Verwendung des Sternchens ist hier also eine andere als die übliche (um Transfrauen in der Kategorie Frauen* und Transmänner in der Kategorie Männer* mitzudenken).

Männliche / weibliche Verhütungsmittel und Körper: Verhütungsmittel werden meist im Kontext eines binären Verständnisses von Geschlecht entwickelt. Der Prozess der Vergeschlechtlichung führt dazu, dass Verhütungsmittel nicht nur für entweder ei- oder spermienproduzierende Körper hergestellt werden, sondern auch für grundsätzlich verschiedene Nutzerinnen und Nutzer. Dies ist kein zwingender, sondern ein historisch und kulturell gewordener, aber sehr stabiler Umstand. Er hängt mit der Vergeschlechtlichung von reproduktiven Körpern zusammen, also der Idee, dass Frauen grundsätzlich verschieden von Männern sind und der damit einhergehenden biomedizinischen Praxis männliche und weibliche reproduktive Körper auf der Basis von Differenzen und nicht Gemeinsamkeiten zu verstehen (vgl. Laqueur, 1990; Klemm, 2016).

Langzeitverhütungsmittel, also Kontrazeptiva, die unabhängig vom sexuellen Akt über einen langen Zeitraum verwendet und ohne langfristige Beeinträchtigung der Fortpflanzungsfähigkeit wieder abgesetzt werden können, stehen ausschließlich Frauen* zur Verfügung.

Die Akteure, die an männlichen Langzeitverhütungsmitteln forschen, stehen Problemen gegenüber, die klassisch für Innovationsprozesse sind: Wie radikal kann Neuheit sein, um ausreichend Brücken zu existierenden Praktiken und Strukturen zu schlagen, um sich tatsächlich verbreiten zu können? Wie kann ein Langzeitverhütungsmittel für Männer* in eine Realität eingeführt werden, in der medizinische und ökonomische Infrastrukturen um Verhütung auf Frauen* ausgerichtet

und Familienplanungsprogramme fast ausschließlich für Frauen* gemacht sind sowie reproduktive Gesundheit als Frauengesundheit verhandelt wird? Dieser Artikel soll einen Überblick über den Forschungsstand männlicher Verhütungsmittelentwicklung geben sowie verschiedene reflexive Innovationsstrategien in Indien und der westlichen Welt grob skizzieren.

Die WHO Task Force – Zur Geschichte der männlichen Verhütungsentwicklung

Der Bedarf an männlichen Verhütungsmitteln wurde Ende der 1960er Jahre einerseits von PolitikerInnen im globalen Süden, vor allem in Indien und China, formuliert. Im Zuge des enormen Bevölkerungswachstums wurden Männer als vernachlässigte Hälfte der Bevölkerungskontrolle erkannt. Auf der anderen Seite forderten FeministInnen aus der westlichen Welt, dass Männer ihren Teil an der Verhütung übernehmen sollten. Als viele Nebenwirkungen der Pille bekannt wurden, wurde der Ruf lauter, Männer sollten sich an der Verantwortung und den finanziellen und gesundheitlichen Kosten der Empfängnisverhütung beteiligen (Oudshoorn, 2003, 22). So wurde die Entwicklung eines sicheren, effektiven und reversiblen Verhütungsmittels für Männer* zu einem wichtigen Thema der öffentlichen Gesundheit. 1972 gründete die WHO die „Task Force on the Regulation in the Male of the Fertilizing Ability of Sperm“, kurz, die Male Task Force.

Gleich zu Beginn sah sich diese Task Force mit Problemen wie dem Mangel an vernetzter Expertise und Ressourcen konfrontiert. Weltweit gab es Anfang der 1970er Jahre nur einige ExpertInnen für männliche Reproduktionsbiologie und diese waren über verschiedene Disziplinen wie Urologie, Endokrinologie und Gynäkologie verstreut. Andrologie etablierte sich zu dieser Zeit erst als eigene Disziplin. Es gab, im Vergleich zur gynäkologischen Wissenschaft, nur eine kleine geteilte Wissensbasis (Oudshoorn, 2003, 23).

Rolle der Pharmaindustrie

Zudem war der traditionelle Treiber medizinischer Entwicklung, die Pharmaindustrie, nicht am Projekt beteiligt. Geoffrey Waites, amerikanischer Androloge und selbst 11 Jahre Mitglied der Male Task Force, beschreibt, wie selbst die Firmen, die im kleinen Markt der Behandlung männlicher Reproduktionskrankheiten (z.B. Prostatabeschwerden) arbeiteten, nicht bereit waren, GnRH-Analoga zur

Forschung an möglichen männlichen Verhütungsmitteln beizusteuern. Der erwartete Profit aus einem männlichen Kontrazeptivum wurde einerseits als zu gering, das kalkulierte Haftungsrisiko, auf der anderen Seite, als zu groß eingeschätzt (Waites, 2003, 12). Zur Zeit der Gründung der Male Task Force wurden in den USA und in Europa die Richtlinien für die Medikamentenzulassung verschärft. Dies betraf Verhütungsmittel besonders stark, da diese von gesunden Menschen über einen langen Zeitraum eingenommen werden. In den 1980ern kam es in den USA aufgrund von Nebenwirkungen der Spirale und Pille zu einem enormen Anstieg an Haftungsklagen gegen die Hersteller. Eine Zeit lang waren Haftpflichtversicherungen für amerikanische Hersteller von Verhütungsmitteln nicht verfügbar (Oudshoorn, 2003, 28f).

Nelly Oudshoorn, Professorin für Science and Technology Studies an der Universität Twente, die sich in ihrem Buch *The Male Pill* (2003) mit den Herausforderungen für und den Errungenschaften der Male Task Force auseinandersetzt, erklärt, wie durch diese juristisch-ökonomische Situation kontrazeptive Forschung und Entwicklung (für Männer* und für Frauen*) zu einem Innovationsbereich mit hohem Misserfolgs- und Verlustrisiko wurde. Die meisten amerikanischen Firmen stiegen aus diesem Forschungsbereich aus. In Europa, wo die Klagen eine geringere Rolle spielten, behielten einige große Firmen ihre kontrazeptiven Forschungsprogramme bei. Die Male Task Force wurde beispielsweise in verschiedenen Momenten von Schering unterstützt. Doch die generellen Auswirkungen des industriellen Rückzugs für die kontrazeptive Entwicklung waren enorm: 1993 lag der Anteil der Pharmaindustrie an Investitionen in kontrazeptive Forschung und Entwicklung bei nur 39% und diese Gelder flossen fast ausschließlich in die Weiterentwicklung bereits existierender weiblicher Verhütungsmethoden (ebd., 29). Die permanente Unterfinanzierung der Entwicklung eines männlichen Verhütungsmittels ist auch heute noch ein schwerwiegendes Problem für beteiligte Akteure. So forderte beispielsweise das 2013 gegründete Forschungsnetzwerk International Consortium for Male Contraception (ICMC) die Pharmaindustrie in seinem Pariser Manifest auf, sich aktiv an den kostspieligen Forschungsprojekten zu beteiligen (ICMC, 2016).

Kultureller Widerstand – Gender-Stereotypen

Eine andere Schwierigkeit, die sich ebenfalls für die meisten Projekte männlicher Verhütungsmittelforschung ergibt, ist kultureller Widerstand. Die Frage, ob verantwortungsbewusste Empfängnisverhütung zur Männlichkeit passt, wird immer wieder aufgeworfen. Die Annahme eines mangelnden Bedarfs war ein wichtiger Grund für die kurze Suspendierung der Male Task Force Anfang der 1980er Jahre (Waites, 2003, 3). Auch im 21. Jahrhundert sind Vorstellungen von Männlichkeit ein wichtiges Hindernis für die Entwicklung eines Verhütungsmittels für Männer*. Lisa Campo-Engelstein (2013) untersuchte die englischsprachige Berichterstattung zur männlichen Verhütungsforschung und fand drei wiederkehrende Narrative zu Männlichkeit: 1. Männer seien wegen ihrer stark ausgeprägten Libido nicht fähig, ihre Fertilität zu kontrollieren; 2. Die Inkompetenz von Männern in Haushaltsangelegenheiten legt nahe, dass sie nicht planvoll und verantwortungsbewusst Empfängnis verhüten können; 3. Ihre Risikobereitschaft sei höher als die von Frauen und führt dazu, dass Männer kein Interesse daran haben, Schwangerschaften effektiv zu verhüten. Campo-Engelstein argumentiert, dass diese auf Stereotypen basierenden Narrative zentrale Akteure (wie z.B. die Pharmaindustrie, aber auch Familienplanungsorganisationen) immer wieder davon abhalten, in die Forschung zu investieren.

Aber nicht nur Diskussionen über den Bedarf an männlichen Verhütungsmitteln werden von Gender-Stereotypen beeinflusst. Auch die Wissenschaft zur menschlichen Reproduktion an sich ist oft hochgradig gegendert. Dies zeigt zum Beispiel Emily Martins Analyse (1991) wissenschaftlicher Textbücher aus den 1980er und 1990er Jahren. Martin konnte darlegen, wie die akademischen Beschreibungen von Spermien und Eizellen mit kulturellen Ideen von Männlichkeit und Weiblichkeit aufgeladen sind. Während Eizellen als passiv, schwach und degeneriert beschrieben werden, stellen die gleichen Texte Spermien als aktiv, schnell und stark dar. Selbst wissenschaftliche Erkenntnisse, die zeigen konnten, dass Spermazellen eine schwache und seitwärts gerichtete Schubkraft haben und Eizellen eine sehr aktive Rolle bei der Bindung der Spermien übernehmen, konnten diese befangenen Beschreibungen nicht ändern (Martin, 1991, 493). Die Diagnose, dass Gender-Stereotypen die Darstellung der menschlichen Gameten beeinflussen, ist heute noch aktuell: Beispielsweise erzählt die britische Dokumentation *The Great Sperm Race* (Jones, 2009) die menschliche Empfängnis als einen Kampf der 250 Millionen Spermien um Leben und Tod. Auch hier werden Spermien als mutige, kompetitive Kämpfer in der feindlichen, meist tödlichen, Landschaft des weiblichen Körpers dargestellt. Das generell gegenderte Verständnis

von reproduktiven Körpern und Gameten fördert eine weit verbreitete, aber irreführende Argumentation: Dass in die männlichen reproduktiven Funktionen schwieriger zu intervenieren sei als in die weiblichen. (Zur Vergeschlechtlichung der Verhütungsmittelforschung vgl. Klemm, 2016).

Errungenschaften der Task Force

Obwohl diese Schwierigkeiten im Entwicklungsprozess männlicher Verhütungsmittel heute noch relevant sind, hat die WHO mit ihrer Male Task Force einerseits die Grundlagenforschung zum männlichen reproduktiven Körper und andererseits die Entwicklung eines hormonellen männlichen Verhütungsmittels, der sogenannten Pille für den Mann, maßgeblich vorangebracht. Oudshoorn und Waites argumentieren, dass die WHO in der Lage war, ein alternatives, sozio-technisches Netzwerk zu etablieren, welches außerhalb der traditionellen industriellen Infrastrukturen einen geschützten Ort, eine Nische bot, in der die Forschung und Entwicklung eines männlichen Verhütungsmittels vorangebracht werden konnte. Ein internationales Netzwerk aus ExpertInnen, Forschungslaboren und Kliniken entstand, sodass in den 1990ern groß angelegte, internationale klinische Studien zur Pille für den Mann stattfinden konnten. In ihren produktivsten Jahren organisierte die Male Task Force jährlich zwei Treffen für ihren Vorstand, eins in Genf und eins in einem Entwicklungs- oder Schwellenland. Die Task Force kooperierte mit verschiedensten Behörden, organisierte zahlreiche Symposien, Workshops, Schulungen und Beratungen. Die Anzahl der akademischen Publikationen zu möglichen männlichen Verhütungsmitteln stieg bereits in den 1970er Jahren an (Oudshoorn, 2003). Eberhard Nieschlag, deutscher Androloge und zwischen 1985 und 1990 Vorstandsvorsitzender der Male Task Force, sieht die eigentliche Leistung des Programms weniger in der Forschungsfinanzierung als darin, Menschen zusammenzubringen. Die Task Force brachte ExpertInnen aus verschiedenen Disziplinen für mehrere Jahre an einen Tisch, wo sie ohne den üblichen Konkurrenzdruck gemeinsam nach Lösungen suchen konnten (Nieschlag, 1995 zit. n. Oudshoorn, 2003, 35).

In den ersten Jahrzehnten der Male Task Force beschäftigte sich das Programm mit immunologischen, pflanzen-basierten, chirurgischen und hormonellen Ansätzen zur männlichen Verhütung. Chinesische Studien zur kontrazeptiven Effektivität von Gossypol, einem Wirkstoff aus der Baumwollpflanze, führten in den frühen 1980er Jahren nach der kurzen Suspendierung zur Wiedereinberufung der Male Task Force. Die klinischen Studien mit Gossypol ergaben allerdings, dass viele der Probanden nach der Behandlung nicht die gleiche Anzahl an Spermien im Ejakulat erreichten wie vor der Behandlung;

ca. 22% der Studienteilnehmer blieben sogar steril. Bedenken zur Sicherheit des Mittels führten 1986 zum Abbruch dieser WHO-Studien. Ebenfalls in Kooperation mit chinesischen Forschungszentren sowie den *Bevölkerungsfonds der Vereinten Nationen (UNFPA)* führte die WHO in den 1980er Jahren umfassende Studien zur Sicherheit und Reversibilität verschiedener Prozeduren der Durchtrennung oder Verschließung der Samenleiter durch. Als ein Ergebnis wird nun die No-Scalpel-Vasektomie durch die WHO weltweit empfohlen (Waites, 2003, 4f). In den 1980er Jahren begann eine Verschiebung des Schwerpunkts auf die Entwicklung einer *hormonellen Methode* zur männlichen Verhütung (Waites, 2003, 7). Schon in den 1970er Jahren wurde ein Steroid-Syntheseprogramm eingeführt und in den 1980er Jahren ging die WHO dazu über, die synthetisierten Komponenten, u.a. neue Testosteron-Ester, patentieren zu lassen. Das Ziel dieser Patentierungen war es, aus einer guten Verhandlungsposition heraus auf die Pharmaindustrie zugehen zu können, um die kostenintensiven, klinischen Studien abzuschließen und eine massenhafte Produktion des Mittels zu garantieren (Oudshoorn, 2003, 62). Verschiedene Versuche, die Pharmaindustrie an Bord zu holen, schlugen jedoch bis Ende der 1990er fehl, was den Entwicklungsprozess enorm verlangsamte.

Der hormonelle Ansatz zur männlichen Verhütung funktioniert in einer ähnlichen Weise wie die weibliche hormonelle Verhütung¹. So wird, aufgrund der damit bereits vorhandenen guten Erfahrungen, argumentiert, dass dieser Art männlicher Verhütung leichter zum Durchbruch verholfen werden kann (vgl. Amory, 2015). Der hormonelle Ansatz unterbricht beim Mann* nicht nur die Spermatogenese, sondern auch die körpereigene Testosteronproduktion. Deswegen wird entweder Testosteron als verhütender und substituierender Wirkstoff eingesetzt (diese Methode schlägt nicht bei allen Männern* an), oder die verhütende Wirkung eines Progestins wird mit der substituierenden Wirkung eines Androgens kombiniert. In beiden Fällen ist das Finden einer geeigneten Applikationsform eine der Herausforderungen im Innovationsprozess, da Testosteron bei oraler Verabreichung nicht in ausreichenden Mengen ins Blut gelangt. Die Pille für den Mann ist demnach keine Pille, sondern eine Spritze, ein Implantat, ein transdermales Gel oder eine Kombination aus diesen Applikationsformen.

Die Male Task Force organisierte drei bahnbrechende internationale klinische Studien zur hormonellen männlichen Verhütung. Ende der 1980er Jahre nahmen fast 300 Paare in 10 Testzentren weltweit an einer Studie teil, die tes-

¹ Durch die Gabe von Sexualhormonen wird dem Gehirn signalisiert, kein weiteres GnRH zu produzieren und damit keine Gonadotropine abzusondern. Die Keimzellen werden nicht stimuliert. Bei Frauen* wird die Ovulation, bei Männern* die Spermatogenese unterdrückt.

tosterone enanthate als männliches Verhütungsmittel testete. Die Behandlung führte bei zwei Dritteln der Probanden zu Azoospermie (dem vollständigen Fehlen von Samenzellen im Ejakulat) (WHO, 1990). An der zweiten Studie in den 1990ern beteiligten sich rund 400 Probanden in 15 Zentren weltweit. Diese Studie konnte aufzeigen, dass eine durch die Behandlung ausgelöste Oligozoospermie (eine geringe Anzahl an Spermien im Ejakulat) bereits eine effektive kontrazeptive Wirkung hat (WHO, 1996). In der letzten klinischen Studie, die 2011 wegen unerwartet stark verbreiteten Nebenwirkungen abgebrochen wurde², testete die WHO in Zusammenarbeit mit dem amerikanischen Forschungsprogramm CONRAD eine Kombination aus *norethisterone enanthate* und *testosterone undecanoate* (Behre et al., 2016). Der Machbarkeitsnachweis zur hormonellen männlichen Verhütung konnte durch diese klinischen Studien zwar erbracht werden, die große Herausforderung ist es jedoch, in weiteren kostenintensiven klinischen Studien eine geeignete Hormonkombination und -dosierung zu finden sowie mögliche Nebenwirkungen zu verhandeln und gegebenenfalls zu legitimieren. Auch die einzige klinische Studie, die von der Pharmaindustrie unternommen wurde, nämlich in den frühen 2000ern durch Organon und Schering, wurde frühzeitig abgebrochen. Einerseits wurden Nebenwirkungen als Grund genannt, andererseits die Unsicherheit darüber, ob zukünftige Nutzer sich auf die Applikationsformen (Pflaster und Spritze) einlassen würden. Jedoch wurden beide Firmen von größeren Pharmaunternehmen übernommen, deren Zielsetzung nicht die Entwicklung eines männlichen Verhütungsmittels enthält.

Obwohl der hormonelle Ansatz zur männlichen Verhütung einige spezifische Herausforderungen mit sich brachte, konzentrierte sich das Netzwerk um die Male Task Force immer stärker auf diese Methode und verlor andere, nicht-hormonelle Möglichkeiten aus den Augen. Dies kann mit dem Begriff der Pfadabhängigkeit aus der Technikentwicklungsforschung erklärt werden: Durch die vermehrte Investition in die Entwicklung einer bestimmten Technologie (z.B. Pille für den Mann), die verstärkte Netzwerkbildung und positive Feedback-Mechanismen um diese Form der Technologie entsteht ein stabiler Pfad, auf dem es kaum mehr zu Richtungsabweichungen kommt. Auf alternative Formen der Technologie (z.B. nicht-hormonelle männliche Verhütungsmittel) kann nach der Phase der Stabilisierung (klinische Studien zur Pille für den Mann) nur noch schwer umgeschwenkt werden.

Aktuelle Entwicklungsbemühungen und verschiedene Innovationsstrategien

Inzwischen spielt die WHO nicht mehr die zentrale Rolle in der Entwicklung eines männlichen Verhütungsmittels. Den Beschluss, die letzte klinische Studie zur Pille für den Mann abzuberechnen, empfanden beteiligte ForscherInnen als frustrierend. Die Male Task Force existiert formell zwar noch, kann aber ohne Budget kaum die Rolle der Netzwerkerin ausfüllen, die sie am Ende des letzten Jahrhunderts innehatte. Richard Anderson resümiert, dass die letzten 10 Jahre eine Durststrecke für die Entwicklung eines männlichen Verhütungsmittels waren (Anderson, 2016).

Nicht-hormonelle Ansätze

Allerdings sind in den letzten Jahren andere und neue Akteure in den Vordergrund getreten und haben das Forschungsfeld wiederbelebt: Diana Blithe vom amerikanischen *National Institute of Health* beschloss, den Pfad der Entwicklung eines hormonellen Verhütungsmittels zu verlassen, und startete ein Forschungsprogramm, welches Grundlagenforschung zu verschiedenen möglichen männlichen Kontrazeptiva fördert. Auch das bereits erwähnte ICMC, ein Netzwerk aus ForscherInnen, die teilweise bereits Mitglieder der WHO Male Task Force waren, fordert explizit, nicht-hormonelle Ansätze zur männlichen Verhütung intensiver zu erforschen (ICMC, 2016).

In Indien wird ein nicht-hormonelles Verhütungsmittel bereits seit den 1980ern entwickelt und befindet sich nun im Stadium erweiterter klinischer Studien der Phase III. Es handelt sich um ein Verhütungsgel, genannt RISUG, welches in die Samenleiter injiziert wird und dort die vorbei schwimmenden Spermien derart schädigt, dass sie nicht mehr in der Lage sind, eine Eizelle zu befruchten. Nach positiven Ergebnissen der ersten klinischen Studien wanderte das Konzept und Patent in andere Länder. Unter dem Namen Vasalgel wird das Verhütungsgel z.B. seit 2010 von der amerikanischen non-profit *Parsemus Stiftung* für den US-Markt entwickelt.

Reflexive Strategien des Innovierens

In meinem Dissertationsprojekt untersuche ich die reflexiven Strategien des Innovierens und Legitimierens von männlichen Verhütungsmitteln für den eben skizzierten indischen und die euro-amerikanischen Fälle. Seit der zweiten Hälfte des letzten Jahrhunderts wird Innovation

² Nebenwirkungen wie Gewichtszunahme, Akne und Veränderungen der Libido wurden zwar erwartet, traten aber in höherem Maße als erwartet auf. Der Studienabbruch wurde u.a. aus feministischer Perspektive kritisiert, weil die besagten Nebenwirkungen von Frauen* in Kauf genommen werden müssen, um hormonell zu verhüten.

zunehmend reflexiv. Das bedeutet, dass ein ständiges Reflektieren der Akteure über den gesamten Innovationsprozess sowie kontinuierlich erneuerte Informationen und Wissen über Innovationen in das konkrete Innovationshandeln einfließen (Hutter et al., 2014). Da es sich bei der Entwicklung eines neuen Verhütungsmittels für Männer* um einen ausgesprochen langsamen Innovationsprozess handelt, reflektieren die involvierten Akteure immer wieder über Hindernisse und Schwierigkeiten ihres Innovationsprozesses, und adressieren diese spezifisch mit ihren Strategien. So sind ForscherInnen, die an der Entwicklung eines männlichen Kontrazeptivums beteiligt sind, nicht nur an der Invention des Mittels und der anschließenden Forschung beteiligt, sondern auch an der Einbettung dieser Entwicklungen in gesellschaftliche und ökonomische Strukturen, die diese radikale Neuerung zulassen.

Die Auseinandersetzung mit Gender

Neben der Netzwerkbildung von ExpertInnen, um gemeinsam Wissen zu produzieren, ist ein Beispiel für eine reflexive Innovationsstrategie die Auseinandersetzung mit Gender. Gerade von westlichen Akteuren wird die Entwicklung eines männlichen Verhütungsmittels immer wieder im Kontext eines Kampfes um Geschlechtergerechtigkeit verortet. Ein Reflektieren über Männlichkeiten geschieht an verschiedenen Stellen: Westliche Medien assoziieren seit den ersten Forschungsergebnissen zur Pille für den Mann diese Entwicklung mit den Fragen, ob Männer überhaupt verhüten und ob ihre weiblichen Partnerinnen ihnen dabei vertrauen würden. Lisa Campo-Engelstein zeigte, dass in den meisten Berichten die Antwort auf beide Fragen negativ ausfällt. Sie erkennt diesen medialen Beitrag als relevantes Hindernis für den Innovationsprozess (Campo-Engelstein, 2013). Oudshoorn stellt diese medial verbreiteten Narrative ebenfalls als eine zentrale Dynamik im Innovationsprozess vor (Oudshoorn, 2003).

Als Reaktion auf diese Diskussionen wurden in Zusammenhang mit den klinischen Studien zur Pille für den Mann Akzeptanzstudien durchgeführt (Ringheim, 1996; Glasier et al., 2000; Martin et al., 2000). Diese Studien produzierten empirische Daten, die ein realistisches Bild der Meinungen zukünftiger Nutzer zeichnen konnten, um so den Bereich von Gender-Stereotypen zu verlassen. Außerdem beschreibt Oudshoorn in ihrem Artikel „Astronauts in the Sperm World“ (2004), wie in der Zusammenarbeit mit den Probanden und in den Publikationen zu den klinischen Studien eine neue Männlichkeit konstruiert wurde: Die eines mutigen, aber fürsorglichen, verantwortungsbewussten Mannes. Die meisten Publikationen zu männlicher Verhütungsforschung westlicher

Akteure beginnen mit einem Verweis auf die eben erwähnten Akzeptanzstudien und leiten über zu dem Argument, dass nicht nur die Notwendigkeit für ein männliches Verhütungsmittel existiert³, sondern auch eine Nachfrage nach neuen Verhütungsmitteln von Seiten der Männer* besteht.

Dass Gender ein zentrales Problem der Innovationsbemühungen ist, hat im Westen auch mit den Akteursgruppen zu tun, die hinter der Entwicklung eines männlichen Verhütungsmittels stehen. Organisationen wie die WHO, das *Population Council* oder CONRAD beschäftigen sich nicht nur mit Forschungsförderung im Bereich reproduktiver Gesundheit, sondern auch mit Gendergerechtigkeit. In vielen dieser Organisationen wurden in der zweiten Hälfte des letzten Jahrhunderts feministische Protokolle und Agenden institutionalisiert. Die euro-amerikanischen Frauengesundheitsbewegungen etablierten Frauen* im Zentrum von Familienplanungsprogrammen und Politiken reproduktiver Gesundheit. Dieser Umstand macht es schwierig, Männer* in diese Diskurse und Praktiken zu integrieren. Oudshoorn (2003, Kap. 6) beschreibt die Ambivalenzen, schon für die 1980er und 1990er Jahre, Männer* in Familienplanungspolitiken zu integrieren.

Entwicklung aus dem Süden – ein indisches Verhütungsmittel für Männer*

Westliche Innovationsstrategien entstehen oft im Kontext der Frage wie Männer* adressiert und integriert werden können, ohne Frauen* Kontrolle und Zuwendung zu nehmen. Entweder werden Männlichkeiten konstruiert, die mit Idealen der Gendergerechtigkeit vereinbar sind (z.B. der verantwortungsbewusste Mann, der seine Partnerin unterstützt). Oder es werden emanzipatorische Diskurse und Praktiken, die in reproduktiven Kontexten bisher für die Ermächtigung von Frauen* angewandt wurden, auf Männer* angewendet. Männer* sollen einen aufgeklärten Umgang mit ihrem eigenen Körper erlernen und dafür ihre eigene Fertilität kontrollieren können (siehe z.B. den Einbezug zukünftiger Nutzer in die Innovationsstrategien der *Parsemus Stiftung*).

In Indien und für die Entwicklung von RISUG ist Gender hingegen kein zentrales Thema. Akteure aus dem Bereich der indischen Familienplanung adressieren Männlichkeiten und Gendergerechtigkeit durchaus. Allerdings beeinflussen diese Diskurse die EntwicklerInnen von RISUG und ihre Innovationsstrategien kaum. Sie betten die Innovation von RISUG vielmehr in eine postkoloniale Modernität des indischen Staates ein.

³ Dies wird z.B. mit der Aufführung von Statistiken zu nicht intendierten Schwangerschaften bezeugt (s. Roth et al., 2015).

Sandra Bärnreuther (2016) beschreibt die Entstehung eines erst in den letzten Jahrzehnten aufblühenden indischen, technik-wissenschaftlichen Selbstbewusstseins. Während in den 1970er Jahren die indische wissenschaftliche Elite noch abstritt, dass eine Innovation wie In-Vitro Fertilisation in ihrem Land möglich sei⁴, führte ein Boom in biotechnischer Forschung und pharmazeutischer Entwicklung in den folgenden Jahrzehnten zu einer veränderten Selbstkonzeption. Indien wurde als legitimer Ursprung von Innovationen anerkannt⁵, indische Technik und Forschung wurde generell aufgewertet und ihre Förderung rückte in den Fokus staatlicher Politik.

Auch während meiner Feldaufenthalte in Indien konnte ich dieses aufblühende post-koloniale Selbstbewusstsein und die Hervorhebung eines eigenen, indischen Weges zu innovieren erkennen. RISUG wird als indigenes, indisches Produkt und als nicht-hormonelles Verhütungsmittel verhandelt. Die Betonung des nicht-hormonellen Ansatzes von RISUG kann auch als Abgrenzung von der Pfadabhängigkeit vom hormonellen Ansatz des ehemaligen WHO-Netzwerks verstanden werden. Während westliche Akteure seit einigen Jahren wieder um eine Öffnung für verschiedene Ansätze zur männlichen Verhütung bemüht sind, betonen die indischen Akteure, dass sie schon seit Jahrzehnten das Projekt verfolgen, ein nicht-hormonelles männliches Verhütungsmittel zu finden. Neben der Entwicklung von RISUG werden in Indien auch zahlreiche Pflanzenwirkstoffe auf ihre kontrazeptive Wirkung geprüft. Ayurvedisches Wissen wurde in den letzten Jahrzehnten in indischen Wissenschaftskreisen stark aufgewertet, und die Ideen für pflanzen-basierte männliche (aber auch neue weibliche) Verhütungsmittel werden aus diesem traditionellen Wissen gewonnen.

Im Gegensatz zu einem explizit männlichen Verhütungsmittel, welches für einen Mann* in einem gendergerechten Kontext entwickelt wird, wird RISUG als ein indigen-indisches und nicht-hormonelles, nebenwirkungsfreies Produkt innoviert und legitimiert.

Zusammenfassung und Ausblick

Betrachtet man die Geschichte der Entwicklung eines männlichen Verhütungsmittels, kann schnell der Eindruck eines fehlgeschlagenen Innovationsprozesses entstehen. Diese Entwicklungsprojekte könnten als Triumph der Struktur und Stabilität von Genderverhältnissen und Reproduktionsverantwortungen über die Gemachtheit beider Zustände und damit über die Veränderbarkeit dieser Verhältnisse gelesen werden. Tatsächlich hat man es aber mit einem sehr langsamen Innovationsprozess zu tun, der trotz des Wegfallens zentraler Akteure und wichtiger Ressourcen von ForscherInnen, BürokratInnen und AdvokatInnen immer wieder vorangetrieben wird. Seit Jahrzehnten wird Wissen über den männlichen reproduktiven Körper und Möglichkeiten, in ihn zu intervenieren, produziert. Dieses Wissen wurde z.B. in groß angelegten klinischen Studien (Machbarkeitsnachweisen) und Standards zur Testung kontrazeptiver Effektivität im Mann* manifestiert. Die geschaffenen Netzwerke zwischen verschiedenen Akteuren, die in die männliche Verhütungsforschung involviert sind, mögen klein sein, aber sie sind stabil und überlebten beispielsweise das Ende der WHO Male Task Force. Die innovierenden Akteure setzen sich nicht nur aktiv mit der Forschung an einer neuen kontrazeptiven Technologie auseinander, sondern beziehen sich auf und positionieren sich in gegenderten und post-kolonialen Wissenschafts- und Gesellschaftsstrukturen. Innovationsstrategien für die Entwicklung eines männlichen Langzeitverhütungsmittels werden seit Jahrzehnten reflexiv entwickelt, erneuert, verbessert und an verschiedene Kontexte angepasst.

Literatur

- Amory, J., 2012. The Race for the Male Birth Control Pill. Vortrag in Mini-Medical School, University of Washington, 15. Juli.
- Anderson, R., 2016. Interview geführt von Miriam Klemm. Edinburgh, 27. April. Unveröffentlicht.
- Bärnreuther, S., 2016. Innovations 'Out of Place': Controversies Over IVF Beginnings in India Between 1978 and 2005. *Med Anthropology* 35 (1), 73–89.
- Behre, H., Zitzmann, M., Anderson, R., Handelsman, D. et al., 2016. Efficacy and Safety of an Injectable Combination Hormonal Contraceptive for Men. *J Clin Endocrinol Metab* 101 (12), 4779–4788. doi: 10.1210/jc.2016-2141
- Campo-Engelstein, L., 2013. Raging hormones, domestic incompetence, and contraceptive indifference: Narratives contributing to the perception that women do not trust men to use contraception. *Culture, Health & Sexuality – An International Journal for Research, Intervention and Care* 15 (3), 283–95.

⁴ Der Ausruf des weltweit zweiten, und in Indien ersten, In-vitro-Baby wurde 1978 nicht als legitime Innovation anerkannt. Der Rahmen biomedizinischer Forschung wurde von indischen WissenschaftlerInnen als nicht entwickelt genug angesehen, um eine In-vitro-Fertilisation erfolgreich durchführen zu können.

⁵ In den frühen 2000er Jahren erkannte das Indian Council for Medical Research (ICMR) die Ausrufung des weltweit zweiten In-vitro-Babys nachträglich an.

- Glasier, A., Anakwe, R., Everington, D., Martin, C., van der Spuy, Z., Cheng, L., Ho, P., Anderson, R., 2000. Would women trust their partners to use a male pill? *Human Reproduction* 15 (3), 646–649.
- Hutter, M., Knoblauch, H., Rammert, W., Windeler, A., 2014. Innovationsgesellschaft heute: Die reflexive Herstellung des Neuen. TUTS Working Papers, Technische Universität Berlin.
- International Consortium for Male Contraception (ICMC), 2016. Das Pariser Manifest: Es ist Zeit für neue männliche Kontrazeptiva. ICMC-Kongress. Französische Nationale Akademie für Medizin, Paris. *J Reproduktionsmed Endokrinol* 13 (3), 78–79.
- Jones, J., 2009. The Great Sperm Race. Documentary film produced and shown on the Discovery Channel.
- Klemm, M., 2016. Keine Pille für den Mann – Vergeschlechtlichung in der Entwicklung von Kontrazeptiva. *Powision Magazin – Differenzen* 18, 65–68.
- Laqueur, T., 1990. Making Sex: Body and Gender from the Greeks to Freud. Harvard University Press, Cambridge.
- Martin, C., Anderson, R., Cheng, L., Ho, P., van der Spuy, Z., Smith, K., Glasier, A., Everington, D., Baird, D., 2000. Potential impact of hormonal male contraception: cross-cultural implications for development of novel preparations. *Human Reproduction* 15 (3), 637–645.
- Martin, E., 1991. The Egg and the Sperm: How Science Has Constructed a Romance Based on Stereotypical Male-Female Roles. *Signs* 16 (3), 485–501.
- Oudshoorn, N., 2003. *The Male Pill: A Biography of a Technology in the Making*. Duke University Press, Durham.
- Oudshoorn, N., 2004. 'Astronauts in the Sperm World' – The Renegotiation of Masculine Identities in Discourses on Male Contraceptives. *Men and Masculinities* 6 (4), 349–367.
- Nieschlag, E., 1995. Interview geführt von Nelly Oudshoorn. Münster, 24. Mai. Unveröffentlicht.
- Ringheim, K., 1996. Whither methods for men? Emerging gender issues in contraception. *Reproductive Health Matters* 4 (7), 79–89.
- Roth, M., Page, S., Bremner, W., 2015. Male hormonal contraception: looking back and moving forward. *Andrology* 4 (1), 4–12.
- Waites, G., 2003. Development of methods of male contraception: Impact of the World Health Organization Task Force. *Fertility and Sterility* 80 (1), 1–15.
- World Health Organization Task Force on Methods for the Regulation of Male Fertility, 1990. Contraceptive efficacy of testosterone-induced azoospermia in normal men. *Lancet* 336, 955–59.
- World Health Organization Task Force on Methods for the Regulation of Male Fertility, 1996. Contraceptive efficacy of testosterone-induced azoospermia and oligozoospermia in normal men. *Fertil Steril* 65, 821–29.

Autorin

Miriam Klemm, M.A. Global Studies, Graduiertenkolleg „Innovationsgesellschaft heute: Die reflexive Herstellung des Neuen“, Institut für Soziologie, Sekr. FH 9-1, Technische Universität Berlin, Fraunhoferstr. 33-36, 10587 Berlin, e-mail: miriam.klemm@innovation.tu-berlin.de



Christina Templin

Medialer Schmutz

Eine Skandalgeschichte des Nackten und Sexuellen im Deutschen Kaiserreich 1890-1914

transcript 2016

378 Seiten, kart., 34,99 €

Um 1900 häuften sich im Deutschen Kaiserreich Skandale um die Darstellung von Nacktheit und Sex in unterschiedlichen Medien. Die medialen Ordnungen des Darstellbaren und die medial transportierten sexualmoralischen Normen wurden nun zunehmend zu einem öffentlich verhandelten Problem. Christina Templin analysiert erstmals systematisch diese in breiter Medienöffentlichkeit verlaufenden Skandale mit Blick auf die medialen Grenzziehungsprozesse, die in ihnen aufgebrachten Deutungsmuster und die aus den Konflikten resultierenden Dynamiken. Die Studie leistet damit einen wichtigen Beitrag zur Sexualitäts- und Mediengeschichte des Kaiserreichs.