

Chapter Title: „Wie ein Mensch zweiter Klasse“. Reproduktionsmedizin, Heteronormativität und Praktiken der Aneignung

Chapter Author(s): Sarah Dionisius

Book Title: Familie und Normalität

Book Subtitle: Diskurse, Praxen und Aushandlungsprozesse

Book Editor(s): Anne-Christin Schondelmayer, Christine Riegel, Sebastian Fitz-Klausner

Published by: Verlag Barbara Budrich. (2021)

Stable URL: <https://www.jstor.org/stable/j.ctv1bvndpc.19>

JSTOR is a not-for-profit service that helps scholars, researchers, and students discover, use, and build upon a wide range of content in a trusted digital archive. We use information technology and tools to increase productivity and facilitate new forms of scholarship. For more information about JSTOR, please contact support@jstor.org.

Your use of the JSTOR archive indicates your acceptance of the Terms & Conditions of Use, available at
<https://about.jstor.org/terms>



This book is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License (CC BY 4.0). To view a copy of this license, visit
<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>.



Verlag Barbara Budrich is collaborating with JSTOR to digitize, preserve and extend access to
Familie und Normalität

„Wie ein Mensch zweiter Klasse“¹. Reproduktionsmedizin, Heteronormativität und Praktiken der Aneignung

Sarah Dionisius

„Bis jetzt hat noch niemand die Geschichte der feministisch-bestimmten künstlichen Befruchtung geschrieben. [...] Meine Mitarbeiterinnen beim FWHC² und ich lernten, die Insemination³ durchzuführen, und wir griffen dabei auf die gleichen Selbsthilfemethoden zurück, mit denen wir uns über andere Aspekte der Frauengesundheit informiert hatten: Wir lasen medizinische Fachzeitschriften und Lehrbücher, sprachen mit Ärzten, die die Methode anwandten, und verbanden diese Informationen mit einfachem, realitätsnahem gesunden Menschenverstand“ (Hornstein 1985: 146f.).

Kalifornien, Ende der 1970er Jahre: Francie Hornstein arbeitete im Feministischen Frauengesundheitszentrum in Los Angeles und bot gemeinsam mit Kolleginnen im Kontext der Selbsthilfearbeit Inseminationen an. Zunächst führten sie die Inseminationen meist mit Hilfe von privaten Samenspenden durch, weil Samenbanken das Sperma nicht an das Zentrum oder an alleinstehende Frauen und lesbische Paare verkauften. Schließlich fanden sie eine mögliche Route der Bestellung bei Samenbanken über die Adressen von Ärztinnen, die das Projekt unterstützten, bis das feministische Frauengesundheitszentrum von Oakland seine eigene Samenbank eröffnete und anfragenden Frauen nach feministischen Wertvorstellungen Samenspenden vermittelte: unabhängig von ihrer sexuellen Orientierung, ihrem Familienstand oder einer möglichen Körperbehinderung.⁴ Die Frauengesundheitszentren setzten es sich zum Ziel, die Insemination zu „enttarzen“: Die dort arbeitenden Frauen gaben den Nutzerinnen Informationen, sodass diese die Insemination selbst oder ggf. unterstützt durch ihre Freundinnen durchführen konnten (vgl. Hornstein 1985: 146ff.). Über Maßnahmen wie diese haben Feministinnen

- 1 Zitat aus einem der Interviews, die im Rahmen der unter Punkt 1 beschriebenen Studie geführt wurden.
- 2 Die Abkürzung FWHC steht für das *Feminist Women's Health Center*, ein in den 1970er Jahren gegründetes Feministisches Frauengesundheitszentrum in Los Angeles.
- 3 Technik des Einbringens von Sperma in den Uterus oder in den Halskanal des Uterus.
- 4 Cornelia Burgert verweist auf Selektionsprozesse und Zugangsbeschränkungen, die auch in jener Samenbank in Oakland galten, und kritisiert diese: So wurden schwule Männer von einer Spendertätigkeit ausgeschlossen und stigmatisiert, indem männliche Homosexualität und HIV/Aids diskursiv miteinander verschränkt wurden (vgl. Burgert 1991: 66).

der zweiten Welle der Frauenbewegung biomedizinische Praktiken politisiert und sich Techniken der reproduktiven Gesundheitsversorgung angeeignet (vgl. Murphy 2012). Ähnliche Formen der reproduktiven Selbstermächtigung haben auch in der deutschen zweiten Frauenbewegung in feministischen Frauengesundheitszentren oder Privaträumen stattgefunden⁵ und verweisen somit auf eine lange Geschichte in feministischen und lesbischen Lebenszusammenhängen, die weit über den sogenannten „Lesbian baby boom“ (u.a. Patterson 1995) hinausreicht, der in den USA bereits ab den 1990er Jahren und in Deutschland seit Anfang der 2000er Jahre zu beobachten ist.

Auch heute ist die oben beschriebene Praxis der Selbstinsemination von Relevanz und der Zugang zu Reproduktionstechnologien ein stratifizierter: Bestimmte Personengruppen sind nach wie vor von der Nutzung reproduktionstechnologischer Verfahren ausgeschlossen oder für sie ist der Zugang deutlich erschwert. Im vorliegenden Artikel gehe ich diesem stratifizierten Einschluss am Beispiel der Familienbildung⁶ lesbischer und queerer Frauen*paare über Spendersamen und deren Nutzungs- und Aneignungsweisen von Reproduktionstechnologien nach. Als erstes stelle ich das empirische Material sowie die methodischen und theoretischen Perspektiven vor, auf denen die Ausführungen basieren. Anschließend beschreibe ich die im Text thematisierten reproduktiven Techniken und skizziere die (standes-)rechtlichen Rahmenbedingungen der Spendersamenbehandlung während des Erhebungszeitraums. Anhand eines Fallbeispiels arbeite ich die Kategorien heraus, auf denen die Ein- und Ausschlüsse sowie Ungleichbehandlungen fußen und gehe der Gatekeeper-Funktion von Reproduktionskliniken und Samenbanken sowie Praktiken der Aneignung durch die Akteur*innen nach. Abschließend steht die Frage im Zentrum, wie sich der Zugang zur Reproduktionsmedizin in Deutschland aus einer heteronormativitätskritischen Perspektive derzeit gestaltet und welche Veränderungen zu erwarten sind.

1 Material, Methode und theoretische Perspektiven

Die zugrundeliegenden empirischen Daten habe ich im Rahmen meines laufenden Dissertationsprojekts erhoben. In den Jahren 2013 bis 2014 führte

5 Hinweise hierauf gab ein Expert*inneninterview mit einer Beraterin eines deutschen feministischen Frauengesundheitszentrums, das im Kontext der unter Punkt 1 vorgestellten Studie geführt worden ist.

6 „Familie“ fasse ich dem sozialkonstruktivistischen Ansatz des „doing family“ (Scherer/Jurczyk 2007) folgend als Herstellungsleistung und Praxis auf. Mit der Betonung des „Gemachten“ liefert dieser Zugang ein analytisches Instrument, welches das Konstrukt Familie deessentialisiert und die Grenzen der traditionellen Institution verflüssigt (vgl. Perlesz et al. 2006: 176).

ich 21 qualitative, problemzentrierte Interviews (vgl. Witzel 2000) mit lesbischen bzw. queeren Frauen*-Paaren,⁷ die entweder bei einer Samenbank erworben oder private Samenspenden genutzt haben und Elternschaft zu zweit oder auch in erweiterten Konstellationen mit drei oder vier Elternteilen leben. Bezuglich des Alters der Interviewpartnerinnen* ist das Sample divers: Zum Zeitpunkt des Interviews waren die lesbischen und queeren Frauen* zwischen 28 und 48 Jahren alt. Die Kinder wiederum waren zwischen 15 Wochen und acht Jahren alt, einige Interviewpartnerinnen* waren zum zweiten oder dritten Mal schwanger. In Bezug auf die Staatsangehörigkeit ist die Zusammensetzung der Interviewpartnerinnen* sehr homogen. 38 haben eine deutsche Staatsangehörigkeit und waren nicht migriert, vier waren aus west-europäischen Ländern nach Deutschland eingewandert. Alle sind *weiß*⁸ positioniert. Die meisten Paare (17) wohnten in klein- bis großstädtischen Kontexten, lediglich vier Familien lebten in Orten mit 400 bis maximal 3.000 Einwohner*innen. In Bezug auf den Bildungsgrad ist festzuhalten, dass 23 Frauen* einen Hochschulabschluss hatten, drei haben zu der Zeit studiert und 16 hatten eine abgeschlossene berufliche Ausbildung. Ökonomisch gehörten sie der unteren bis gehobenen Mittelschicht an.

Ergänzt habe ich das Material um sechs Expert*inneninterviews mit Samenbankbetreibern und psychosozialen Beraterinnen von lesbischen und queeren Frauen mit Kinderwunsch, um die strukturellen Rahmenbedingungen nicht-heterosexueller Reproduktion vertiefend in den Blick zu nehmen. Die Auswertung der problemzentrierten Interviews, der Expert*inneninterviews und weiterer relevanter Dokumente orientierte sich an der Grounded Theory Methodologie nach Anselm Strauss und Barney Glaser (2005): Ich führte eine offene, axiale und selektive Kodierung des Materials durch und bildete im Anschluss Kategorien.

Einen wichtigen theoretischen Hintergrund der Studie bilden die Queer Studies. Queer-theoretische Perspektiven auf das erhobene Material ermöglichen es, Heterosexualität als das scheinbar „Natürliche“ zu hinterfragen. Über den Begriff der Heteronormativität (vgl. Hark/Genschel 2003: 136f.) dekonstruieren sie die Norm von Heterosexualität und fassen sie als ein gesellschaftliches Machtverhältnis, das sich nicht nur auf sexuelle Identitäten

- 7 Die im Rahmen der Interviews artikulierten Begehrungsweisen waren diverser als „lesbisches“. Einige bezeichneten sich bspw. als „queer“ und benannten damit auch ein politisches Selbstverständnis. Geschlechtlich verorteten sich fast alle als „Frau“. Zwei ordneten sich dem weiblichen Geschlecht in einem erweiterten Sinne zu und beschrieben sich auch einem nicht-binären Trans*-Spektrum zugehörig. Um dies auszudrücken, bezeichnete sich eine Person als „Tomboy“, eine andere als „androgyn“ – der Asterisk hinter dem Begriff „Frauen“ zeigt diese Weitung an.
- 8 Die Kleinschreibung und die Kursivschrift des Begriffs sollen den Konstruktionscharakter der Kategorie *weiß* markieren, darüber hinaus weisen sie auf deren anhaltende Wirkungsmacht als Strukturkategorie in Bezug auf die (ungleiche) Verteilung von gesellschaftlichen Privilegien und den Zugang zu Ressourcen hin.

bezieht, sondern als Praxis und Beziehungsform sowie als Familien- und Verwandtschaftsstruktur in grundlegender Weise institutionalisiert ist (vgl. Richardson 1996). Dies spiegelt sich deutlich im nach wie vor wirkmächtigen Ideal der Kleinfamilie wider, konstruiert als Elternpaar, bestehend aus Mutter und Vater, die cis-geschlechtlich⁹ und heterosexuell begehrend aufeinander bezogen sind, monogam leben, leibliche Kinder haben und in einem gemeinsamen Haushalt wohnen (vgl. Miko 2008: 286; Maihofer 2014: 315; hierzu näher bei Fitz-Klausner/Schondelmayer/Riegel und Riegel in diesem Band). Der Begriff der Heteronormativität ermöglicht es, Unmarkiertes sichtbar zu machen und zu hinterfragen, also Heterosexualität „als Norm und Institution, Praxis und Matrix zum Objekt des Wissens, zum Ziel von Kritik zu machen“ (Hark 2016: 62). Darüber hinaus nehmen queer-theoretische Analysen Sexualität nicht nur als eine von Geschlecht zu differenzierende Kategorie in den Blick (vgl. Hark 1993; Woltersdorff 2003), sondern heben auch das Verhältnis von Sexualität zur gesellschaftlichen Konstruktion der Geschlechter als zweigeschlechtlich hervor. Queer Studies fassen Geschlecht demgegenüber als uneindeutig wie auch fluide auf und markieren Zweigeschlechtlichkeit als soziale Konstruktion, die spezifische Machtverhältnisse etabliert und einige Lebensformen ermöglicht und andere nicht (oder nur unter sehr prekären Bedingungen). Die Problematisierung der Zweigeschlechtlichkeit geht mit einer grundsätzlichen Kritik an essentialistischen Dichotomien durch queer-theoretische Ansätze einher (vgl. Jagose 2001: 126), beispielsweise an binären Setzungen wie homo/hetero, normal/pathologisch, Mann/Frau oder eben auch Vater/Mutter. Darüber hinaus nehme ich Weiterentwicklungen des Heteronormativitätsbegriffs auf, die Pluralisierungen von Normen einbeziehen und eine intersektionale Perspektive einnehmen (u.a. Mesquita 2011; Nay 2017).

2 Die donogene Insemination und andere Technologien der Reproduktion

Die donogene Insemination ist ein technisch einfaches Verfahren, bei dem das Spendersperma meist per Spritze und ggf. noch über einen Katheter oder per Zervixkappe in die Vagina bzw. den Uterus eingebracht wird. Wird es innerhalb eines reproduktionsmedizinischen Settings durchgeführt, findet begleitend ein Zyklusmonitoring und oftmals auch eine Ovulationsstimulie-

9 „Cis“ (lat.) bedeutet „diesseits“ und bezeichnet im Kontext des Begriffs „cis-geschlechtlich“ Personen, deren Geschlechtsidentität mit dem Geschlecht übereinstimmt, das ihnen bei der Geburt aufgrund ihrer als Geschlechtsinsignien entzifferten Anatomie (vgl. Hirschauer 1989) zugewiesen wurde.

rung über Medikamente mit dem Ziel statt, die Wahrscheinlichkeit einer Schwangerschaft zu erhöhen (vgl. Katzorke 2003: 87; Bispink 2010: 4). Die Methode der Insemination kann jedoch auch ohne medizinische Assistenz durchgeführt werden und wird dann oftmals als „Heim-“ oder „Selbstinsemination“ bezeichnet. Jenseits medizinischer Settings wird entweder das Sperma von privaten Samenspendern oder kryokonserviertes Sperma von Samenbanken aus dem Ausland genutzt, die die Samenspenden auf Trockeneis oder im Stickstoffbehältnis an medizinisches Fachpersonal oder an Privatadressen in Deutschland liefern.¹⁰ Um Infektionen zu vermeiden, wird das Sperma von den Nutzer*innen meist nur per Spritze ohne Katheter oder per Zervixkappe in die Vagina eingebracht.

Die In-Vitro-Fertilisation (IVF) wiederum ist nur innerhalb reproduktionsmedizinischer Settings durchführbar. Bei einer IVF wird Sperma mit Eizellen im Reagenzglas oder in einer Petrischale zusammengebracht und die Eizellen nach der Befruchtung wiedereingesetzt. Bei lesbischen, cis-geschlechtlichen Paaren liegt oftmals keine organische Ursache für die Infertilität zugrunde – es fehlt lediglich das Sperma. Aus diesem Grund ist eine donogene Insemination meist hinreichend, um eine Schwangerschaft zu erzielen. Erst bei Fertilitätsproblemen kommt eine IVF infrage.¹¹

Hinsichtlich der Kosten ergeben sich bei donogenen Inseminationen für Nutzer*innen Beträge von bis zu 1.000 Euro pro Versuch (Behandlungskosten plus Samenspende). Hinzu kommt vor Beginn der Behandlung oftmals eine Grundgebühr, die an die Samenbank zu zahlen ist. Bei einer IVF ist von etwa 3.000 Euro pro Zyklus auszugehen.¹² Wird Spendersperma verwendet, so werden von den gesetzlichen Krankenkassen für gewöhnlich weder bei heterosexuellen noch lesbischen Paaren anteilig Kosten übernommen. Jedoch werden bei heterosexuellen, cis-geschlechtlichen Paaren, die das eigene reproduktive Material verwenden, seit Inkrafttreten des Gesundheitsmodernisierungsgesetzes 2004, 50% der Kosten für maximal drei IVF Behandlungen durch die gesetzlichen Krankenkassen getragen. Teils gilt diese Regelung nur für verheiratete Paare und es gibt Altersgrenzen. Außerdem existiert seit 2012 eine zusätzliche finanzielle Unterstützung durch Bund und Länder über einen

- 10 Seit dem Inkrafttreten des Samenspenderregistergesetzes am 01.07.2018 ist der Versand an Privatadressen aus dem Ausland nur noch eingeschränkt möglich. Teils nutzen dänische Samenbanken Versandoptionen durch internationale Kooperationspartner, um die neuen Regelungen zu umgehen. Alternativ kann die Samenspende derzeit von gesundheitsbezo- genem Fachpersonal empfangen werden (Ergebnis eigener Recherchen, Stand: Juli 2019).
- 11 Ein weiteres reproduktionsmedizinisches Verfahren ist die ROPA-Technologie (Reception of Oocytes from Partner), eine „Eizellspende“ innerhalb der lesbischen Partnerinnenschaft (vgl. Katzorke 2010: 107f.; Marina et al. 2010). Diese Technologie wird aktuell unter anderem in den Niederlanden, Großbritannien und Spanien für lesbische Paare angeboten und erfordert für Paare aus Deutschland somit reproduktives Reisen.
- 12 Eigene Recherche zu den aktuellen Preisen mehrerer Samenbanken und Reproduktionskliniken in Deutschland (Stand: Juli 2019).

Fördermitteltopf zur anteiligen Kostenübernahme bei IVF. Allerdings sind hier zum einen nicht alle Bundesländer beteiligt, zum anderen stehen die Mittel ebenfalls nur heterosexuellen (verheirateten und in einer nichtehelichen Lebensgemeinschaft lebenden) Paaren zur Verfügung.¹³ Lesbische und queere Paare müssen für die Kosten einer reproduktionsmedizinischen Behandlung in voller Höhe selbst aufkommen. Ausnahmen von dieser Regelung und eine anteilige Kostenübernahme gibt es lediglich vereinzelt bei privaten Krankenkassen. Doch bereits der Zugang zu donogener Insemination und IVF wurde den Interviewten in Deutschland oftmals verwehrt. Die (standes-)rechtlichen Rahmenbedingungen dieser Ausschlusspraxis beleuchte ich im Folgenden.

3 (Standes-)Rechtliche Rahmenbedingungen der assistierten Reproduktion¹⁴

Die rechtliche Lage zur Nutzung donogener Insemination und weitergehender reproduktionsmedizinischer Verfahren durch lesbische Paare bzw. Frauen¹⁵ zu skizzieren, ist kein leichtes Unterfangen, da sie sich in weiten Teilen durch fehlende Regulierung auszeichnet. Im Gegensatz zu anderen Ländern gibt es in Deutschland kein Fortpflanzungsmedizingesetz, das Verfahren der assistierten Reproduktion umfassend vonseiten des Gesetzgebers regelt – eine systematische Rechtsentwicklung erfolgte für die Reproduktionsmedizin in den vergangenen 40 Jahren ihrer Anwendung nicht (vgl. Richter-Kuhlmann 2018: A1050). Der Gesetzgeber entschied sich aufgrund kontroverser Diskussionen beim Erlass des Embryonenschutzgesetzes 1990 dagegen, die Praxis der Nutzung von Spendersamen zu regeln. Den gesetzlichen Rahmen der Anwendung reproduktionsmedizinischer Verfahren bilden hinsichtlich

13 Nähere Informationen zu Behandlung, Beratung und finanzieller Unterstützung bei ungewollter Kinderlosigkeit finden sich auf einem Online-Portal des *Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend* zum Thema Kinderwunsch (BMFSFJ 2019).

14 Die Darstellung bezieht sich auf die (standes-)rechtlichen Rahmenbedingungen, wie sie zur Zeit der Familiengründung der Interviewten, also zwischen 2006 und 2014, bestanden. Auf Veränderungen dieser Lage gehe ich unter Punkt 6 ein.

15 Dass ich im Rahmen der Skizzierung des (standes-)rechtlichen Regelungen nur von lesbischen Paaren bzw. Frauen spreche, verweist bereits auf heteronormative Ausschlüsse: Queere Begehrungsweisen und geschlechtliche Identitäten, die über Cis-Zweigeschlechtlichkeit und den Dualismus von Homo- und Heterosexualität hinausweisen, wurden in den Dokumenten nicht als reproduktive Subjekte benannt. Es bleibt abzuwarten, inwiefern die dritte Option beim Geschlechtseintrag „divers“, die derzeit nur Personen mit der Diagnose „Varianten der Geschlechtsentwicklung“ offensteht, hier ein Umdenken einläutet. Nicht benannt oder mitgedacht sind auch elterliche Konstellationen jenseits des Ein- oder Zweielternmodells.

einiger Fragen das Gewebegesetz von 2007 und die Regelungen zur Präimplantationsdiagnostik, die 2010 vom Bundesgerichtshof erlassen wurden. Für den Zugang lesbischer Paare und alleinstehender Frauen zu Maßnahmen der assistierten Reproduktion sind bislang nur standesrechtliche Vereinbarungen der Ärztekammern von Bedeutung.

Ausschlaggebend für den Zeitraum, in dem die Interviewten ihre reproduktiven Prozesse planten und verwirklichten, war die „(Muster-)Richtlinie zur Durchführung der assistierten Reproduktion“, die 2006 von der Bundesärztekammer eingeführt wurde und eine heterogene Form der (Nicht-)Umsetzung in den Richtlinien der Landesärztekammern fand. Lesbische und alleinstehende Frauen werden darin implizit von Verfahren der medizinisch-assistierten Reproduktion ausgeschlossen, indem die Richtlinie die Anwendung lediglich auf heterosexuelle (Ehe-)Paare bezieht (vgl. Bundesärztekammer 2006: A1395). Außerdem wurde ein unverbindlicher Kommentar zu der Richtlinie von 2006 veröffentlicht, die sogenannte „Interpretationshilfe“, die einen Absatz zu statusrechtlichen Voraussetzungen enthält und den Ausschluss deutlich benennt. In dem Kommentar wird ein Ziel bei Fremdsamenspende formuliert – das Kind solle eine stabile Beziehung zu beiden Elternteilen haben (beide im Sinne von „Vater“ und „Mutter“). Der Kommentar kommt zu dem Schluss: „Aus diesem Grund ist eine heterologe Insemination zurzeit bei Frauen ausgeschlossen, die in keiner Partnerschaft oder in einer gleichgeschlechtlichen Partnerschaft leben“ (ebd.: A1400).

Die Bundesärztekammer selbst ist jedoch nicht befugt, verbindliche berufsrechtliche Vorschriften zu erlassen, weshalb die (Muster-)Richtlinie erst nach Aufnahme in die Berufsordnungen der einzelnen Landesärztekammern Geltung erlangen konnte.¹⁶ In der Folge hat sich ein heterogener Umgang mit der Frage ergeben, ob lesbische Paare und alleinstehende Frauen reproduktionsmedizinisch behandelt werden. So hat eine Landesärztekammer die Behandlung von Lebenspartnerinnen bzw. Ehegattinnen ausdrücklich erlaubt, während zwei Landesärztekammern die Richtlinie und den explizit ausschließenden Kommentar übernommen haben. Andere haben keine Richtlinien zur assistierten Reproduktion in die Berufsordnungen aufgenommen, sodass sich einige Kliniken in diesen Bundesländern für eine Behandlung lesbischer Paare entschieden haben. Weitere Berufsordnungen enthalten Richtlinien, aber kein explizites Verbot und lassen die Frage bis zu einem gewissen Grad offen. Auch das hat Kliniken vereinzelt dazu veranlasst, lesbischen Paaren reproduktionsmedizinische Behandlungen anzubieten. Lediglich zwei Bundesländer haben zusätzlich den Kommentar der Musterrichtlinie übernommen, der den expliziten Ausschluss nicht-heterosexueller Paare und alleinstehender Frauen enthält. Laut Beschluss der jeweiligen Landesärz-

16 Juristisch umstritten ist darüber hinaus, ob die Landesärztekammern, die die Richtlinien der Bundesärztekammer in Landesrecht umsetzen, überhaupt eine Rechtssetzungs- und Weisungsbefugnis haben (vgl. Katzorke 2008; Müller 2008).

tekammern wird aber auch hier von einer statusrechtlichen Verfolgung der behandelnden Ärzt*innen abgesessen (vgl. LSVD 2019). Somit obliegt es letztlich der Entscheidung der einzelnen Reproduktionsmediziner*innen, wen sie behandeln.

Der Ausschluss bestimmter Gruppen von einer reproduktionsmedizinischen Behandlung ist juristisch umstritten (vgl. Ratzel 2002: 37; Katzorke 2003: 91; Thorn 2010: 74). Zum einen erlauben das Embryonenschutzgesetz (EschG), das Bürgerliche Gesetzbuch (BGB) sowie die Landesgesetze zu den Heilbehandlungsberufen keine statusrechtlichen Einschränkungen für die Verwendung von Samen zur Befruchtung einer Eizelle (vgl. Thorn 2010: 74). Zum anderen erfasst die Richtlinie der Bundesärztekammer aus dem Jahr 2006 „die alleinige Insemination (ohne hormonelle Stimulation) [...] als Methode nicht“ (Bundesärztekammer 2006: A1393). Da bei lesbischen oder alleinstehenden Frauen jedoch meist keine medizinischen Indikationen bestehen, die eine Hormonbehandlung unbedingt erforderlich machen würden, liegt ihre Behandlung formal außerhalb des Geltungsbereichs der Richtlinie.

Es gab allerdings weitere Gründe für Ausschlüsse lesbischer Paare oder alleinstehender Frauen von reproduktionsmedizinischen Behandlungen: So wurde wiederholt die mangelnde juristische Absicherung des Samenspenders insbesondere bezüglich möglicher finanzieller Ansprüche des Kindes (Unterhalts- und Erbansprüche) angeführt (vgl. Dethloff 2010: 169f.). Der Spender gehe das Risiko einer juristischen Vaterschaft ein (vgl. Thorn 2010: 74).¹⁷ Zudem führten Ärzt*innen in Debatten über die Öffnung des Zugangs die Angst an, dass die Unterhaltpflicht in dem Fall, dass das Kind nicht ausreichend finanziell abgesichert sei, auf die behandelnden Ärzt*innen übergehen könnte (vgl. ebd.). Diese (in Bezug auf die Unterhaltpflicht von Ärzt*innen umstrittenen) rechtlichen Bedenken¹⁸ haben zu Praktiken und Politiken deutscher Fertilitätskliniken und Samenbanken geführt, die lesbischen Paaren den Zugang zu assistierten reproduktionsmedizinischen Technologien erschwer(t)en oder sie gänzlich exkludier(t)en. Hinzu kommen persönliche Vorbehalte und moralisch-ethische Bedenken von Samenbankbetreiber*innen und Reproduktionsmediziner*innen, die sich in ihrer Behandlungspraxis am Ideal der heterosexuellen Kleinfamilie orientieren.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass im Untersuchungszeitraum nur eine überschaubare Anzahl an Fertilitätszentren (z.T. mit angeschlossenen Samenbanken) die Inseminations- oder IVF-Behandlung mit Spendersamen

17 Aktuell gibt es keine Möglichkeit, eine Partnerin bereits vorgeburtlich als zweite rechtliche Mutter einzutragen. Einen rechtlichen Status als Elternteil kann die soziale Mutter nur über das Verfahren der Stiefkindadoption erlangen. Dieses steht derzeit nur verpartneten bzw. verheirateten Paaren offen und dauert je nach zuständigem Jugendamt in der Regel zwischen sechs und 24 Monate (Stand: Juli 2019). Zu Veränderungen der bestehenden Rechtslage siehe Punkt 6.

18 Vgl. hierzu auch den Online-Rechtsratgeber des *Lesben- und Schwulenverbandes Deutschland* (LSVD 2019).

für lesbische, verpartnernte Paare anbot. Auch gab es vereinzelt Gynäkolog*innen, die Inseminationen bei dieser Patientinnen-Gruppe durchführten. Für formal alleinstehende Cis-Frauen war (und ist) es noch schwieriger, Zugang zu reproduktionsmedizinischer Behandlung zu erhalten, da sie keinen potentiellen zweiten rechtlichen Elternteil vorweisen können und rechtliche Risiken ggf. dauerhaft bestehen bleiben. Das folgende empirische Beispiel zeigt, wie eine deutsche Reproduktionsklinik mit dieser unregulierten Lage im Untersuchungszeitraum umgegangen ist und eigene Selektionspraktiken vollzogen hat.

4 Erfahrungen in einer deutschen Reproduktionsklinik

Zum Zeitpunkt des Interviews war Carina Burkhardt¹⁹ in der neunten Woche schwanger. Zusammen mit ihrer Partnerin Linda Frank hatte sie im Vorfeld der Schwangerschaft zunächst eine deutsche Reproduktionsklinik aufgesucht. Ihre Gynäkologin hatte sie in ihrem Wunsch nach einem Kind unterstützt und beiden den Hinweis auf eine Klinik gegeben, die in Ärzt*innenkreisen für die Behandlung lesbischer Paare bekannt war. Zugleich hatte sie die beiden vor gewarnt, wie Carina Burkhardt berichtet, was den Umgang der Klinikleitung und der Mitarbeitenden mit lesbischen Paaren betrifft – sie sollten „leidensfähig und [...] demütig“ sein und „runterschlucken“ können.

Carina Burckhardt und Linda Frank riefen in der Samenbank an und wurden zunächst darüber aufgeklärt, dass eine Behandlung für lesbische, verpartnernte Paare erst im Anschluss an ein persönliches Gespräch mit Psycholog*innen möglich sei, in dem ermittelt werde, ob sie „geeignet“ seien. Die Kosten für das zweistündige Gespräch beliefen sich auf 180 Euro, die sie bereits vorher überweisen sollten. Zu den Fragen, die ihnen gestellt wurden, berichtet Carina Burkhardt Folgendes:

„Wir hatten dann so einen Fragenkatalog, [...] also es war-, es war-, es war wirklich teilweise-, ich war fassungslos, weil mit solchen Fragen hätte ich echt nicht gerechnet. War auf eine Menge vorbereitet, aber nicht, ‚Sind Sie noch Jungfrau?‘, ‚Hatten Sie schon mal Geschlechtsverkehr mit einem Mann?‘ – was hat das damit zu tun?“

Diese Fragen wurden im Gespräch um weitere Aufforderungen ergänzt, lesbisches Begehrten und die sexuelle Biographie zu erklären und zu begründen.

Carina Burkhardts und Linda Franks lesbische Existenzweise stellt innerhalb des heteronormativ strukturierten Kliniksettings eine Störung der „Matrix der Intelligibilität“ (Butler 1991: 39) dar: Als intelligible Geschlechtsidentitäten beschreibt Judith Butler jene, die eine Kontinuität und Kohärenz

19 Die Namen der Interviewten sind über Pseudonyme anonymisiert.

zwischen dem anatomischen Geschlecht (sex), der Geschlechtsidentität (gender) und dem Begehrten aufweisen (vgl. ebd.: 38) und damit beispielsweise als cis-weiblich, als Frau und als heterosexuell identifiziert sind. Das Paar stellt eine Irritation und Störung dieser Kontinuität und Kohärenz dar und wird als „Entwicklungsstörung“ (ebd.: 39) gefasst, was in dem mehrfachen Versuch der Psychologin Ausdruck findet, Spuren heterosexuellen Begehrts ausfindig zu machen, bzw. in ihrer Aufforderung gegenüber den beiden, das lesbische Begehrten in eine biographische Erzählung einzubetten, die der „Abweichung“ Sinn verleiht. Die von Carina Burkhardt beispielhaft angeführten Fragen des psychologischen Eignungsgesprächs spiegeln zudem eine Nicht-Anerkennung und Abwertung lesbischer Sexualität wider.

Als bedeutendes Kriterium für eine Zulassung des lesbischen Paares zu reproduktionsmedizinischer Behandlung stellte sich außerdem ihr ökonomisches Kapital heraus. Carina Burkhardt berichtet, dass sie eine Gebühr von 5.000 Euro entrichten sollten, um die Grundvoraussetzung für eine Behandlung zu erfüllen – reproduktionsmedizinische Dienste waren in dieser Gebühr noch nicht enthalten. Auf Nachfrage der Interviewten hin, ob heterosexuelle Paare einen vergleichbaren Betrag entrichten müssten, gab die Klinik an, dass diese lediglich eine Grundgebühr von 2.000 Euro entrichten müssten, und führte das unterschiedliche rechtliche Risiko als Begründung an.²⁰ Ferner mussten sie ihre gesamte finanzielle Situation offenlegen, von den aktuellen Einkommensverhältnissen über Lebensversicherungen bis hin zu – falls vorhanden – weiterem Privatvermögen. Carina Burkhardt zufolge wurde von Klinikseite aus als Erläuterung zu dieser Prüfung der ökonomischen Verhältnisse angegeben, dass lesbische Paare, bei denen etwa eine der beiden als Krankenpflegerin tätig sei und die andere arbeitslos, nicht behandelt würden. Hier sei das finanzielle Risiko auf Unterhalts- und Erbansprüche zu groß. Ausschlüsse auf der Basis von Schichtzugehörigkeit wurden also deutlich benannt.

Obwohl sie vier Wochen später eine „Zusage“ bekamen, gingen die beiden diesem Weg nicht weiter nach. Carina Burkhardt beschreibt im Gespräch, dass die Erfahrungen für sie persönlich eine Diskriminierung und Abwertung bedeuteten und sie unter diesen Umständen keine reproduktionsmedizinische Behandlung hätte durchführen lassen wollen. Carina Burkhardt fühlte sich „wie ein Mensch zweiter Klasse“. Linda Frank, ihre Partnerin, beschreibt die Erfahrung in der Reproduktionsklinik ebenfalls als belastend und empört sich darüber, findet diese jedoch schwer greifbar als diskriminierende Praxis:

„Da war ich so platt danach. Ich weiß noch die Fahrt nach Hause, diese 20 Minuten, die waren wir dann sehr still (lacht), weil erst mal so klarwerden musste, was da jetzt überhaupt abgelaufen ist, das war wirklich ein bisschen befremdlich, als erwachsener Mensch

20 Eine solche Staffelung widerspricht dem Grundsatz der Gleichbehandlung und ist auch juristisch umstritten.

da behandelt zu werden wie-. [...] Und das war aber nie so, dass man das jetzt als Diskriminierung so direkt bezeichnen könnte, sondern immer so wohlgemeint. Also die hat uns ja nichts getan, die hat ja nicht gesagt (CB: Nein), sie (...) ja nicht, aber (...) [...] das war einfach nur Taktik, um die Leute einfach davon abzuhalten, dahin zu gehen, weil das ist ja wirklich im persönlichen Ermessen der Leute da. [...] Das ist schon eine extreme-, also das ist sowieso teuer, aber das kann dann ja wirklich extreme Situationen, extreme Belastungen erzeugen, das ist ja furchtbar. Ja, also mich hat einfach auch so erschreckt, dass das dann-, so wir geben jetzt hier mal die Regeln vor, Schätzchen, wenn du hier überhaupt irgendwas willst. Also es war wirklich eine Frechheit.“

Linda Frank beschreibt das Gefühl einer Infantilisierung und Bevormundung, das sich bei ihr im Kontakt mit der Psychologin und dem Klinikpersonal einstellte. Vor dem Deckmantel einer professionellen Höflichkeit (es war „immer so wohlgemeint“) und aufgrund der Tatsache, dass die Ärztin ihnen im Sinne einer physischen Gewalterfahrung „nichts getan“ hat, empfand sie die für sie belastende Umgangsweise als nicht greifbar oder benennbar. Das spiegelt sich während des Interviews in ihrem Ringen um Worte zur Beschreibung der Situation und des bei ihr entstandenen Gefühls wider. Das Nicht-Gesagte entfaltet hier eine ausschließende Wirkung, die zu diffus ist, um sie zu benennen, geschweige denn anprangern zu können, was Möglichkeiten des Entgegnens, des Widersprechens und des Einstehens für die eigene Position für sie verunmöglichte. Darüber hinaus benennt Linda Frank in dieser Passage die Gatekeeper-Funktion der Klinik, indem sie die Entscheidung über den Zugang zu assistierter reproduktionsmedizinischer Behandlung als „persönliches Ermessen“ der dort arbeitenden Personen fasst. Sie beschreibt diese als Machtverhältnis, in dem ihnen als Patientinnen „Regeln“ vorgeschrieben wurden. Zusätzlich wurden im Vorfeld „extreme“, ökonomisch belastende Forderungen an sie gestellt, um potentiell Zugang zu erhalten. Carina Burkhardt macht im weiteren Verlauf des Interviews ebenfalls deutlich, dass für sie der Zugang zu reproduktionsmedizinischer Behandlung in Deutschland von einem Abhängigkeitsverhältnis gegenüber der medizinischen Profession gekennzeichnet ist. Diese Situation rief ein Gefühl des Ausgeliefertseins und der Fremdbestimmung in ihr hervor, dem sie aufgrund der rechtlich ungeregelten Situation nicht begegnen konnte.

Im Anschluss an diese für sie herausfordernden Erfahrungen haben Linda Frank und Carina Burkhardt einen Termin in einer Klinik im europäischen Ausland vereinbart und machten dort die Erfahrung, selbstverständlich Zugang zu assistierter Reproduktion zu erhalten. Nach mehreren vergeblichen Inseminationsversuchen führte schließlich eine In-Vitro-Fertilisation zur gewünschten Schwangerschaft. An finanziellen Ressourcen haben sie insgesamt einen fünfstelligen Betrag aufgewendet.

Das Beispiel von Carina Burkhardt und Linda Frank ist eines, das erschwerte Zugangsbedingungen im Kontext reproduktionsmedizinischer Behandlungen in Deutschland sichtbar macht, die so oder so ähnlich auch einige andere der interviewten lesbischen und queeren Paare gemacht haben

– wenn sie von den Kliniken überhaupt behandelt wurden. Die Umgangsweise dieser Reproduktionsklinik sowohl in Bezug auf diskriminierende psychologische Testverfahren als auch die ökonomischen Sonderbelastungen ist extrem; vergleichsweise setzten andere Kliniken leicht erhöhte Preise an und führten lediglich die üblichen Erstgespräche, aber keine psychologischen Eignungsgespräche durch.

Das empirische Material verweist auf die Bedeutung weiterer (Struktur-)Kategorien und die Notwendigkeit eines privilegierten Status innerhalb dieser, um Zugang zu assistierter Reproduktion und Spendersamen zu erhalten: Neben ökonomischem Kapital war immer wieder kulturelles Kapital (insbesondere Sprachkenntnisse und Möglichkeiten der Aneignung von (medizinischem) Wissen) vonnöten, um Barrieren zu überwinden und Zugang zu reproduktionsmedizinischen Behandlungen im In- oder Ausland zu erhalten. Hinzu kam in den meisten Fällen eine Prüfung von Beziehungsform und Lebensweise, die sich an den in das heterosexuelle Kleinfamilienmodell eingeschriebenen Normen orientierte: Erfragt wurde zum einen die Stabilität der Paarbeziehung, wobei als Kriterien meist die Dauer der Beziehung sowie die Form der monogamen Zweierbeziehung herangezogen wurden. Zum anderen wurde ein gemeinsamer Haushalt präferiert oder empfohlen. Darüber hinaus spielten Normen physischer und psychischer Gesundheit eine wichtige Rolle, die ebenfalls in Erstgesprächen erhoben und beurteilt wurden.

5 Praktiken der Aneignung

Lesbische und alleinstehende Frauen untergruben, wie eingangs skizziert, schon während der zweiten Welle der Frauenbewegung auf vielfältige Weise die Zugangsbarrieren der Reproduktionsmedizin. Dies setzt sich bis heute fort: Die Interviewten machten sich die rechtlich unregulierte Situation zu eigen und verschafften sich auf verschiedene Weise Zugang zu Technologien und reproduktiven Substanzen.

So wie Linda Frank und Carina Burkhardt suchten sich auch viele andere interviewte Paare alternative Routen der Reproduktion: Neben Kliniken im Ausland nutzten zwei Drittel der Interviewten die sogenannten „Do it yourself“-Varianten auf der Ebene der Samenspendenbeschaffung und/oder auf der Ebene der Insemination. Einige der interviewten Frauen* wählten Wege, die sich als eine Mischung aus medizinischer und selbstorganisierter Route der Reproduktion beschreiben lassen: Sie ließen sich eine medizinisch aufbereitete Samenspende von einer dänischen Samenbank nach Hause liefern. Diese kam im Stickstoffbehältnis oder auf Trockeneis per *UPS* möglichst pünktlich zum Eisprung und wurde selbst inseminiert. Andere suchten sich einen privaten Spender und ließen das Sperma von Gynäkolog*innen ein-

bringen, die sich dazu bereit erklärtten. Wieder andere machten sich gänzlich unabhängig vom reproduktionsmedizinischen Apparat: Sie suchten sich einen privaten Spender und führten das Sperma selbst ein. Die privaten Spender stammten entweder aus dem Freundes-, Bekanntenkreis und der Herkunfts-familie der Partnerin oder sie lernten diese über Internet-Foren oder Selbst-hilfegruppen kennen. Über die Praxis der Selbstinsemination machen sie sich in der lesbischen Community, bei Kinderwunschstammtischen, in Chats von *facebook*-Gruppen, über die Beratung in LSBTQ²¹-Zentren oder Selbst-hilfe-Literatur kundig. Das Zyklusmonitoring führten sie ebenfalls selbst durch und eigneten sich verschiedene Techniken an: von Temperatur-messungen über Apps, die den Eisprung berechnen, bis hin zu Urintests aus der Apotheke.

Die Interviewten führten diverse Gründe an, warum sie Routen jenseits reproduktionsmedizinischer Kliniken wählten. Für die meisten spielten öko-nomische Ressourcen die größte Rolle: Reproduktionsmedizinische Behand-lung in Anspruch zu nehmen, erforderte ein Maß an ökonomischem Kapital, das die finanziellen Möglichkeiten der meisten überstieg. Selbstorganisierte Wege waren jedoch nicht nur kostengünstigere, sondern von vielen auch die gewünschten Wege: Als Gründe nannten die Interviewten das Bedürfnis nach Autonomie gegenüber der Institution Medizin und fassten ihren Weg als Aneignung eines Reproduktionsapparats auf, der nicht-heterosexueller Elternschaft ausschließend gegenübersteht oder sie als defizitär markiert. Darüber hinaus sahen viele darin die Möglichkeit, erweiterte Formen von Elternschaft und Familie über die tradierte Form des Eltern-Paares hinaus zu verwirklichen, etwa zu dritt oder zu viert Eltern zu sein oder einen „Sponkel“ (Spender mit Onkelfunktion) zu haben. Als Motivation für die Nutzung einer privaten Samenspende gaben einige auch das Recht auf Wissen über die genetische Herkunft an. Ihr Kind sollte möglichst früh und unkompliziert die Möglichkeit erhalten, zu wissen, von wem es abstammt.

6 Fazit und Ausblick

Die Soziologin Charis Thompson nutzt den Begriff „biomedical citizenship“ (Thompson 2005: 6), um Zugänge zur Reproduktionsmedizin in den USA zu analysieren. Sie verhandelt darüber die Frage, wer medizinisch assistierte Reproduktion nutzen kann bzw. sie den gesellschaftlichen Normen gemäß nutzen soll. Deutlich wird in ihrer Analyse der Praktiken von Reproduktions-kliniken, dass biomedizinische Staatsbürger*innenschaft in den USA un-gleich verteilt ist. Nicht jede Person hat diese laut Thompson inne: Die Posi-

21 Abkürzung für lesbisch, schwul, bisexuell, trans und queer.

tionierung innerhalb der (Struktur-)Kategorien Geschlecht, Begehrten, race, ability und Klasse spielt hierbei eine bedeutende Rolle (vgl. ebd.: 6, 82, 87). Heteronormativität sei in US-amerikanischen Kliniken nicht weniger relevant geworden, sie wirke nur auf subtilere Weise und habe sich flexibilisiert (vgl. ebd. 86).

Das vorliegende empirische Material erlaubt es, eine Einschätzung für den deutschen Kontext zu geben. Für den Zeitraum der Familienbildung meiner Interviewpartnerinnen* ist eine heteronormative Regulierung des Zugangs zur Reproduktionsmedizin in Deutschland deutlich geworden. Die (standes-)rechtlichen Rahmenbedingungen spielten für die Ausschlüsse auf Basis von Begehrten und Familienstand eine wichtige Rolle, ebenso die Gate-keeper-Funktion der Kliniken.

Mit Inkrafttreten des Samenspenderregistergesetzes (Bundesgesetzblatt 2017) zum 01.07.2018 sind inzwischen Schritte zu einer Verbesserung der Rahmenbedingungen der Spendersamenbehandlung über eine rechtliche Absicherung der Spender und Kinder vor etwaigen Unterhalts- und Erbrechtsansprüchen erfolgt. Außerdem hat die Bundesärztekammer im April 2018 eine neue „Richtlinie zur Entnahme und Übertragung von menschlichen Keimzellen im Rahmen der assistierten Reproduktion“ erlassen. Im Zuge dessen ist die (Muster-)Richtlinie von 2006 für gegenstandlos erklärt worden (vgl. Bundesärztekammer 2018). Mit Blick auf die Nutzerinnengruppen der lesbischen Paare und alleinstehenden Frauen wird deutlich, dass die Richtlinie keinen Ausschluss mehr benennt. Sie beschränkt sich auf die assistierte Reproduktion als medizinisch-technisches Verfahren und formuliert den Anspruch, medizinisch-wissenschaftliche Fragestellungen von rechtlich bisher unzureichend geregelten, gesellschaftspolitischen Aspekten zu trennen. Die Bundesärztekammer verweist auf den Gesetzgeber, der nun gefragt sei, ein einheitliches Fortpflanzungsmedizingesetz zu erlassen, das unter anderem die Zugangsvoraussetzungen zu assistierter Reproduktion regelt (vgl. Richter-Kuhlmann 2018: A1050f.). Gleichzeitig bleiben die oben skizzierten Regelungen der Landesärztekammern zunächst in Kraft, die zum Teil Ausschlüsse benennen. Der Zugang zur Reproduktionsmedizin zeichnet sich folglich weiterhin durch uneinheitliche Rahmenbedingungen aus. An der Angewiesenheit von lesbischen Paaren und alleinstehenden Frauen auf den guten Willen von Reproduktionskliniken und Samenbanken ändert sich vorerst nichts.²²

Mit diesen Veränderungen und möglichen künftigen Neuregelungen, etwa im Bereich einer Reform des Abstammungsrechts²³, zeichnet sich auch

- 22 Betroffenenverbände wie der LSVD fordern vor diesem Hintergrund, dass die assistierte Reproduktion allen Menschen unabhängig von ihrem Familienstand, ihrem Begehrten und ihrer geschlechtlichen Identität offenstehen muss (LSVD 2018).
- 23 Seit März 2019 liegt ein Diskussionseientwurf des BMJV zur Reform des Abstammungsrechts vor, in dem unter anderem eine rechtliche Mit-Mutterschaft bei lesbischen Paaren

in Deutschland immer deutlicher eine Verschiebung vom grundsätzlichen Ausschluss „gleichgeschlechtlicher Paare“ hin zum stratifizierten Einschluss ab, der die Norm der Zwei-Elternschaft in ihrer Verknüpfung mit einer stabilen, gelingenden Paarbeziehung als dem Wohle des Kindes dienend stärkt. Die zivilrechtlich anerkannte Beziehungsform scheint bei nicht-heterosexuellen Paaren von besonderer Relevanz zu sein: Für sie ist die Einbettung in die Institution der Ehe (früher eingetragene Lebenspartnerschaft) derzeit noch die Voraussetzung für eine rechtliche Anerkennung²⁴ und meist auch für reproduktionsmedizinische Behandlungen. Hinzu kommt die anhaltende Relevanz weiterer Strukturkategorien: Geschlecht wird relevant in Form einer möglichst reibungslosen Einordnung in ein binäres Geschlechtersystem, Klasse als Strukturkategorie ist wirkmächtig, da der Zugang zur Reproduktionsmedizin in besonderem Maße von ökonomischen Ressourcen abhängt. Ebenso Gesundheits- und Altersnormen, ohne deren Erfüllung eine reproduktionsmedizinische Behandlung meist verwehrt wird.²⁵

Wird „biomedical citizenship“ nicht oder nur eingeschränkt gewährt, entwickeln die Akteur*innen Strategien der Aneignung. Mit Eisprung-Apps, Spritzen und Spendersamen, in Selbsthilfegruppen und über soziale Netzwerke führen die interviewten Paare die eingangs benannte, noch ungeschriebene Geschichte der (queer-)feministischen Reproduktion fort. Bedeutsam ist hierbei die Technik der donogenen Insemination selbst, die dies- und jenseits reproduktionsmedizinischer Settings praktiziert werden kann. Sie ist gleichermaßen ein biopolitisches Instrument zur Regulierung dessen, wer sich fortpflanzen darf und soll, ein Medium einer politisierten, feministisch-queeren Aneignung der Reproduktion und ein Ausdruck praktischer reproduktiver Selbstbestimmung.

Neben der subversiv-aneignenden Perspektive auf die diskutierten reproduktiven Praktiken ist zugleich kritisch zu fragen, inwiefern Familienbildung, die auf ein leiblich eigenes Kind fokussiert, Normen von Verwandtschaft stärkt, die auf Genealogie und Abstammung beruhen. Sie kann als Ausdruck eines Strebens nach Normalisierung innerhalb einer heteronormativ strukturierten Gesellschaft interpretiert werden und als Teil assimilierender Politiken, die Lisa Duggan (2002) unter dem Begriff „Homonormativität“ fasst. Die in der LSBTQ-Community lange praktizierten Weisen des sich-

vorgeschlagen wird. Am Zwei-Eltern-Prinzip wird darin weiterhin festgehalten (vgl. BMJV 2019).

- 24 Wie bereits erläutert, müssen lesbische Paare für eine gemeinsame rechtliche Elternschaft eine Stiefkindadoption durchführen. Auf ein Urteil des Bundesverfassungsgerichts hin muss bis zum 31. März 2020 die Stiefkindadoption auch in nicht-ehelichen Paarbeziehungen möglich sein. Als neue Stabilitätsindikatoren werden im Beschluss unter anderem die Beziehungsdauer sowie ein gemeinsamer Haushalt vorgeschlagen und Einzelfallprüfungen erwogen (vgl. BuVerfG 2019).
- 25 Vgl. hierzu auch Janssen 2016: 151f.

verwandt-Machens, die auf sozialer Verbundenheit und Solidarität gründen, könnten hierdurch zunehmend marginalisiert werden.

Nichtsdestoweniger halte ich eine Analyse lebensweltlicher Praktiken für produktiv: So stellt das „doing reproduction“ lesbischer Paare, die über Samenspende Eltern werden, nicht zwingend eine bloße Stabilisierung traditionierter, auf Abstammung beruhender Familienmodelle dar. Ihr reproduktives Tun ist zugleich ein Ausgangspunkt für Rekonfigurationen von Verwandtschaft: Aufgrund der meist differenten Verteilung sozialer und biologischer Bezüge innerhalb der Konstellationen, müssen soziale und biologische Bindungen gleichzeitig relevant gemacht und dezidiert verhandelt werden – mit teils überraschenden Neuverknüpfungen und Bedeutungszuschreibungen (u.a. Mamo 2007). Diesen Aushandlungen wohnt das Potential der Dekonstruktion eines Verwandtschaftsbegriffs inne, der eine essentialistische Differenz von Biologie und Sozialem behauptet. Reproduktive Praktiken befördern so auch individuelle, kollektive und gesellschaftliche Auseinandersetzungen darüber, was es bedeutet, sich auf eigensinnige Weise verwandt zu machen – dies und jenseits bio-genetischer, genealogischer Bande.

Darüber hinaus ist eine strukturelle Analyseperspektive unabdingbar. Ich möchte mich Mike Laufenberg anschließen, der darauf drängt den Fokus der Betrachtung darauf zu legen, „in welcher Form und um welchen Preis“ (Laufenberg 2014: 287) sich rechtliche Neuerungen durchsetzen werden. Verschiebungen der Norm bedeuten neue Ausschlüsse, wie er betont:

„Queers und LGBTs, die quer zu den sozialen Beziehungen des auf Generationalität, Paarbindung und Monogamie beruhenden heterosexuellen Gesellschaftsvertrages leben, [sind] einer verstärkten Prekarisierung ihrer Existenz ausgesetzt“ (ebd.: 281).

Neben Politik und Gesetzgebung kommt auch der Reproduktionsmedizin eine Schlüsselrolle zu, wie unter anderem Susanne Schultz hervorhebt: „[...] Familienpolitik, Demografie und Reproduktionsmedizin [rücken] diskursiv und strategisch enger zusammen“ (Schultz 2015: 126). Es ist vonnöten, die aktuellen Reformprozesse daraufhin zu befragen, wessen reproduktives Begehrten unterstützt, unter prekären Umständen toleriert oder verunmöglich wird, um eine Kritik flexibilisierter heteronormativer Verhältnisse zu formulieren.

Literatur

- Bispink, Gerd (2010): Reproduktionsmedizinische Aspekte. In: Duttge, Gunnar et al. (Hrsg.): Heterologe Insemination. Aktuelle Lage und Reformbedarf aus interdisziplinärer Perspektive. Göttinger Schriften zum Medizinrecht Band 8. Göttingen: Universitätsverlag Göttingen, S. 1-8.
- BMFSFJ (2019): Informationsportal Kinderwunsch. www.informationsportal-kinderwunsch.de. [Zugriff: 14.7.2019].
- BMJV (2019): Diskussionsteilentwurf zur Reform des Abstammungsrechts. https://www.bmjv.de/SharedDocs/Gesetzgebungsverfahren/DE/Reform_Abstamningsrecht.html. [Zugriff: 22.07.2019].
- Bundesärztekammer (2006): (Muster-)Richtlinie zur Durchführung der assistierten Reproduktion – Novelle 2006. In: Bundesärztekammer (Hrsg.): Deutsches Ärzteblatt 103, 20, S. A1392-1403.
- Bundesärztekammer (2018): Richtlinie zur Entnahme und Übertragung von menschlichen Keimzellen im Rahmen der assistierten Reproduktion. http://www.baek.de/Rili_assReproduktion_2018. [Zugriff: 01.02.2019].
- Bundesgesetzblatt (2017): Gesetz zur Regelung des Rechts auf Kenntnis der Abstammung bei heterologer Verwendung von Samen. http://www.bgblerxaver/bgblerstart.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBI&jumpTo=bgbler117s2513.pdf. [Zugriff: 14.7.2019].
- Burgert, Cornelia (1991): Was hat künstliche Insemination mit Reproduktionstechnologien zu tun? Überlegungen zum Kinderwunsch lesbischer Frauen. In: Streib, Uli (Hrsg.): Von nun an nannten sie sich Mütter. Lesben und Kinder. Berlin: Orlanda-Frauenverlag, S. 55-70.
- Butler, Judith (1991): Das Unbehagen der Geschlechter. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- BuVerfG (2019): Beschluss des Ersten Senats vom 26. März 2019 - 1 BvR 673/17 -, Rn. (1-134). https://www.bundesverfassungsgericht.de/e/rs20190326_1bvr067317.html. [Zugriff: 21.7.2019].
- Dethloff, Nina (2010): Assistierte Reproduktion und rechtliche Elternschaft in gleichgeschlechtlichen Partnerschaften. Ein rechtsvergleichender Überblick. In: Funcke, Dorett/Thorn, Petra (Hrsg.): Die gleichgeschlechtliche Familie mit Kindern. Interdisziplinäre Beiträge zu einer neuen Lebensform. Bielefeld: Transcript, S. 161-192.
- Duggan, Lisa (2002): The New Homonormativity. The Sexual politics of Neoliberalism. In: Castronovo, Russ/Nelson, Dana D. (Hrsg.): Materializing Democracy: Toward a Revitalized Cultural Politics. Durham: Duke University Press, S. 175-194.
- Glaser, Barney G./Strauss, Anselm L. (2005): Grounded Theory. Strategien qualitativer Forschung, Bern: Verlag Hans Huber.
- Hark, Sabine (1993): Queer Interventionen. In: Feministische Studien 11, 2, S. 103-109.
- Hark, Sabine (2016): Heteronormativität revisited. Komplexität und Grenzen einer Kategorie. In: Paul, Barbara/Tietz, Lüder (Hrsg.): Queer as... . Kritische Heteronormativitätsforschung aus interdisziplinärer Perspektive. Bielefeld: Transcript, S. 53-72.

- Hark, Sabine/Genschel, Corinna (2003): Die ambivalente Politik von Citizenship und ihre sexualpolitische Herausforderung. In: Knapp, Gudrun-Axeli/Wetterer, Angelika (Hrsg.): Achsen der Differenz. Gesellschaftstheorie und feministische Kritik (Bd. 2). Münster: Westfäl. Dampfboot, S. 134-169.
- Hirschauer, Stefan (1989): Die interaktive Konstruktion von Geschlechtszugehörigkeit. In: Zeitschrift für Soziologie 18, 2, S. 100-118.
- Hornstein, Francie (1985): Künstliche Befruchtung. Eine Chance für lesbische Frauen. In: Arditti, Rita/Duelli-Klein, Renate/Minden, Shelley (Hrsg.): Retortenmütter. Frauen in den Labors der Menschenzüchter. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt, S. 145-151.
- Jagose, Annamarie (2001): Queer Theory. Eine Einführung. Berlin: Querverlag.
- Janssen, Joke (2016): In meinem Namen. Eine trans*/queere Perspektive auf Elternschaft. In: Dolderer, Maya et al. (Hrsg.): O Mother, Where Art Thou? (Queer-)Feministische Perspektiven auf Mutterschaft und Mütterlichkeit. Münster: Westfäl. Dampfboot, S. 142-159.
- Katzorke, Thomas (2003): Donogene Insemination. Gegenwärtiger Stand der Behandlung in der BRD. In: Gynäkologische Endokrinologie 1, S. 85-94.
- Katzorke, Thomas (2008): Entstehung und Entwicklung der Spendersamenbehandlung in Deutschland. In: Reproduktionsmedizinische Endokrinologie 1, S. 14-20.
- Katzorke, Thomas (2010): Medizinisch-technische Behandlungsmöglichkeiten für gleichgeschlechtliche Paare. In: Funcke, Dorett/Thorn, Petra (Hrsg.): Die gleichgeschlechtliche Familie mit Kindern. Interdisziplinäre Beiträge zu einer neuen Lebensform. Bielefeld: Transcript, S. 101-111.
- Laufenberg, Mike (2014): Sexualität und Biomacht. Vom Sicherheitsdispositiv zur Politik der Sorge. Bielefeld: Transcript.
- LSVD (2018): LSVD-Blog. Kommentar zur Richtlinie der Bundesärztekammer von 2018. <http://www.lsvd-blog.de/?p=17114>. [Zugriff: 14.7.2019].
- LSVD (2019): Ratgeber. Berufsordnungen der Ärztekammern zur assistierten Reproduktion bei Frauenpaaren. <https://www.lsvd.de/recht/ratgeber/kuenstlichebefruchtung.html#c7732>. [Zugriff: 14.7.2019].
- Maihofer, Andrea (2014): Familiale Lebensformen zwischen Wandel und Persistenz. Eine zeitdiagnostische Zwischenbetrachtung. In: Behnke, Cornelia/Lengersdorf, Diana/Scholz, Sylka (Hrsg.): Wissen – Methode – Geschlecht. Erfassen des fraglos Gegebenen. Wiesbaden: Springer VS, S. 313-334.
- Mamo, Laura (2007): Queering Reproduction. Achieving Pregnancy in the Age of Technoscience. Durham: Duke University Press.
- Marina, Simón et al. (2010): Sharing motherhood: Biological lesbian co-mothers, a new IVF indication. In: Human Reproduction 25, 4, S. 938-941.
- Mesquita, Sushila (2011): Ban Marriage! Ambivalenzen der Normalisierung aus queer-feministischer Perspektive. Wien: Zaglossus.
- Miko, Katharina (2008): Sexing the family. Aushandlungsprozesse über geschlechtliche und sexuelle Identitäten in der Familie und ihre (rechtlichen) Konsequenzen. In: SWS-Rundschau 48, 3, S. 285-306.
- Müller, Helga (2008): Die Spendersamenbehandlung bei Lebenspartnerinnen und alleinstehenden Frauen. Ärztliches Handeln unter dem Diktum vermeintlicher Illegalität? In: GesundheitsRecht 7, 11, S. 573-580.
- Murphy, Michelle (2012): Seizing the Means of Reproduction. Entanglements of Feminism, Health, and Technoscience. Durham/London: Duke University Press.

- Nay, Yv E. (2017): Feeling Family. Affektive Paradoxien der Normalisierung von „Regenbogenfamilien“. Wien: Zaglossus.
- Patterson, Charlotte J. (1995): Families of the Lesbian Baby Boom. Parents' Division of Labor and Children's Adjustment. In: *Developmental Psychology* 31, 1, S. 115-123.
- Perlesz, Amaryll et al. (2006): Family in transition. Parents, children and grandparents in lesbian families give meaning to ‘doing family’. In: *Journal of Family Therapy* 28, 2, S. 175-199.
- Ratzel, Rudolf (2002): Rechtslage bei heterologer Insemination. In: *Reproduktionsmedizin* 18, 1, S. 37.
- Richardson, Diane (1996): Heterosexuality and social theory. In: Ebd. (Hrsg.): *Theorising heterosexuality. Telling it Straight*. Buckingham and Philadelphia, S. 1-20.
- Richter-Kuhlmann, Eva (2018): Richtlinie komplett neu. In: *Deutsches Ärzteblatt* 115, 22, S. A1050-1051.
- Schier, Michaela/Jurczyk, Karin (2007): „Familie als Herstellungsleistung“ in Zeiten der Entgrenzung. In: *Aus Politik und Zeitgeschichte*. Beilage zur Wochenzzeitung Das Parlament, 34, S. 10-17.
- Schultz, Susanne (2015): Kinderwunsch-Ökonomie und Kinderwunsch-Verstaatlichung. Ein Streifzug durch aktuelle Konfliktlinien in deutschen Kontexten. In: *Kitchen Politics* (Hrsg.): Sie nennen es Leben, wir nennen es Arbeit. Biotechnologie, Reproduktion und Familie im 21. Jahrhundert. Münster: edition assemblage, S. 106-127.
- Thompson, Charis (2005): Making Parents. The Ontological Choreography of Reproductive Technologies. Cambridge/London: MIT Press.
- Thorn, Petra (2010): Geplant lesbische Familien. Ein Überblick. In: *Gynäkologische Endokrinologie* 8, S. 73-81.
- Witzel, Andreas (2000): Das problemzentrierte Interview. In: *Forum Qualitative Sozialforschung* 1, 1, Art. 22. <http://nbnresolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs0001228>. [Zugriff: 15.2.2019].
- Woltersdorff, Volker alias Lore Logorrhöe (2003): Queer Theory und Queer Politics. In: *Utopie kreativ* 156, S. 914-923.

