

Doing Queer Reproduction

Praktiken und Erfahrungen von Frauenpaaren mit Kinderwunsch in Niedersachsen

Miriam Hecht

»Dann fragt man so: Wie habt ihr das eigentlich gemacht? Wo hattet ihr das her? Gibt's den Vater irgendwo?« (Interview I)

Zwei-Mütter-Familien sind durch die beständige Weiterentwicklung reproduktionsmedizinischer Technologien und die Öffnung der Ehe für gleichgeschlechtliche Paare in Deutschland längst keine Seltenheit mehr. Doch auch wenn die Zahl dieser Familienform wie auch anderer queerer Familien quantitativ zunimmt, stellt die Frage »Wie können wir als gleichgeschlechtliches Paar gemeinsam ein Kind bekommen?« viele Frauenpaare mit Kinderwunsch vor Herausforderungen.¹ Diese ergeben sich insbesondere daraus, dass mit der *Ehe für alle* gleichgeschlechtlichen Paaren zwar der gleiche Zugang zur Eheschließung gewährt, damit jedoch keine Rechtsgleichheit für gleichgeschlechtliche Elternpaare eingeführt wurde. So sind z.B. gleichgeschlechtliche Paare heterosexuellen Paaren bezüglich Elternschaft und Abstammungsrecht nicht gleichgestellt, sondern nach wie vor darauf angewiesen, dass der nicht-biologische Elternteil das gemeinsame Kind nach der Geburt über das Verfahren der Stiefkindadoption adoptiert.² Frauenpaare, die sich entscheiden, mithilfe assistierter Reproduktion³ ein Kind zu bekommen, sehen sich jedoch weit mehr Herausforderungen ausgesetzt als dem

-
- 1 Die Fragen, die ich hier anhand cis-weiblicher, lesbischer Paare untersuche, sind Fragen, die auch in anderen queeren Konstellationen relevant sein können, in denen kein eigenes Sperma vorhanden ist. Der Begriff *queer* dient dabei im vorliegenden Beitrag zur Bezeichnung von Menschen, die bezüglich der sexuellen Orientierung und/oder geschlechtlichen Identität nicht der gesellschaftlich verankerten heteronormativen Vorstellung entsprechen. An dieser Stelle sei des Weiteren darauf verwiesen, dass gleichgeschlechtliche Paare auch ohne die Zuhilfenahme reproduktionsmedizinischer Methoden Eltern werden können, wenn eine der Frauen trans ist und das Kind mit ihrem Samen gezeugt wird.
 - 2 Vgl. zur rechtlichen Situation gleichgeschlechtlicher Elternpaare Theresa Richarz' Beitrag in diesem Band.
 - 3 Als *assistierte Reproduktion* wird hier entsprechend der BÄK »die ärztliche Hilfe zur Erfüllung des Kinderwunsches durch medizinische Behandlungen und Methoden bezeichnet, die die Handha-

nachträglichen Adoptionszwang. Dies wird unter anderem in der Rolle von Frauenpaaren in den Richtlinien der Bundesärztekammer (BÄK) zu assistierter Reproduktion ersichtlich: Bis 2018 wurde dort von der Kinderwunschbehandlung für Frauenpaare abgeraten. In der aktuell geltenden Richtlinie taucht dies zwar nicht mehr so auf, jedoch wurde das Abraten auch nicht explizit aufgehoben, weshalb – so argumentiere ich – immer noch an diskriminierenden Praktiken festgehalten wird. Im Gegensatz zu heterosexuellen Paaren sind Frauenpaare mit Kinderwunsch daher nach wie vor auf die individuelle Kooperationsbereitschaft behandelnder Ärzt*innen angewiesen. Auch die nach Bundesland geregelten Berufsordnungen der Landesärztekammern tragen zum erschwerten Zugang zu Verfahren der assistierten Reproduktion bei, wie etwa im Fall meines Untersuchungskontextes Niedersachsen. Im Zuge dessen sehen sich Frauenpaare auch mit einer erschwerten Erreichbarkeit von Informationen rund um reproduktionsmedizinische Möglichkeiten konfrontiert.

Der Kinderwunsch von Frauenpaaren und dessen häufig schwierige Umsetzung⁴ findet bisher nur sehr eingeschränkt in der akademischen Auseinandersetzung mit Fragen rund um Reproduktion Aufmerksamkeit (vgl. Mamo 2007: 1).⁵ Diese Paare, ihre Praktiken und Erfahrungen im Bereich der Reproduktion blieben damit lange unsichtbar – ebenso wie die strukturellen Rahmenbedingungen, innerhalb derer sie agieren und die durch die hegemoniale Stellung heterosexueller Familienkonzepte innerhalb der Kinderwunschbehandlung⁶ sowie durch heteronormative Vorstellungen von Reproduktion im Allgemeinen bestimmt sind. Heterosexuelle Paare bilden innerhalb von Politiken der Reproduktion immer noch das »Grundprinzip von sozialen Beziehungen« (Hartung et al. 2010: 114) – beinahe so, als hätten gleichgeschlechtliche Paare

»[...] einfach keine Kinder. Die Realität sieht derweil ganz anders aus. Lesben und Schwule bekommen Kinder und gründen Familien. Sie leben in prokreativen Partnerschaften und sind Eltern. Auf unterschiedlichste Weise gestalten sie ihre Lebensentwürfe und auf den verschiedensten Wegen bekommen sie Kinder.« (Ebd.)

Hinsichtlich der Tatsache, dass Hartung et al. dies bereits vor über zehn Jahren konstatiert haben, die strukturellen Hürden aber immer noch bestehen, erscheint es sowohl aus einer akademischen Perspektive als auch aus queer-aktivistischem Interesse umso dringlicher, nicht-heteronormative Familienkonzepte und die Umsetzung des Kinderwunschs von Frauenpaaren in den Blick zu nehmen.

bung menschlicher Keimzellen (Ei- und Samenzellen) oder Embryonen zum Zwecke der Herbeiführung einer Schwangerschaft umfassen« (BÄK 2018: 3).

- 4 Der Fokus des Beitrags auf Frauenpaare ergibt sich daraus, dass Männerpaare im Unterschied zu Frauenpaaren durch das Verbot der Leihmutterschaft in Deutschland grundsätzlich von Verfahren assistierter Reproduktion ausgeschlossen sind.
- 5 Eine Auseinandersetzung mit der rechtlichen Problematik bezüglich gleichgeschlechtlicher und queerer Elternschaft findet sich etwa bei Richarz/Mangold (2021, 2019).
- 6 Der Begriff *Kinderwunschbehandlung* umfasst im vorliegenden Beitrag neben den medizinisch-technischen Verfahren assistierter Reproduktion und der medizinischen Behandlung auch die sozialen Praktiken der Akteur*innen, wie beispielsweise die Auswahl von Spendersamen.

In diesem Beitrag⁷ sollen Frauenpaare bezüglich ihrer Praktiken und Erfahrungen mit Kinderwunschbehandlung zu Wort kommen. Mit einer alltags- und akteurszentrierten Perspektive im Sinne einer kulturanthropologischen Herangehensweise soll daher zunächst die Frage nach dem ›Wie‹ queerer Reproduktion, in diesem Fall von Frauenpaaren, in den akademischen Fokus gerückt werden. Dazu führte ich qualitative Interviews mit vier Frauenpaaren im Raum Südniedersachsen und Hannover, die zwischen 2009 und dem Zeitpunkt der Interviews im Januar 2019 eine Kinderwunschbehandlung in Anspruch genommen haben bzw. daran anschließend geplant haben. Auf der Basis einer Analyse der Bedingungen, unter denen die Frauenpaare mit Kinderwunsch Zugang zu Kinderwunschbehandlung erhielten, der Erfahrungen, die sie in diesem Kontext machten und der Praktiken, die sie darin entwickelten, problematisiert der Beitrag die strukturellen Hindernisse, welchen Frauenpaare mit Kinderwunsch in Niedersachsen ausgesetzt sind und bettet diese in die aktuellen Debatten um Reproduktionsmedizin, Technologien und Elternschaft ein.

Regulationen im Feld

Um maßgebliche Regulationen des Zugangs zu Kinderwunschbehandlungen für Frauenpaare nachvollziehen zu können, ist ein sinnvoller Ausgangspunkt die sogenannte »(Muster-)Richtlinie zur Durchführung der assistierten Reproduktion – Novelle 2006« der Bundesärztekammer (BÄK). Diese war als Orientierungshilfe⁸ für behandelnde Ärzt*innen gedacht und legte fest, dass Verfahren assistierter Reproduktion nur bei Ehepaaren oder Frauen in einer festen heterosexuellen Beziehung durchgeführt werden sollten (vgl. BÄK 2006: 1395). Zwar gab es laut dieser (Muster-)Richtlinie kein explizites Behandlungsverbot, jedoch *empfahl* die BÄK im Jahr 2006 in einem Kommentar zur Richtlinie, Frauen in gleichgeschlechtlichen Partnerschaften sowie alleinstehende Frauen *nicht* mit Verfahren der assistierten Reproduktion zu behandeln. Als Begründung führte die BÄK an, dass man durch diese Richtlinien sicherstelle, dass ein durch Verfahren der Kinderwunschbehandlung gezeugtes Kind nicht ohne sozialen und rechtlichen Vater aufwache. Eine Behandlung von Frauenpaaren sei auch daher nicht ratsam, da man das Ziel habe, dem Kind eine stabile Beziehung zu beiden Elternteilen zu sichern (vgl. ebd.: 1400).

Die 2018 erlassene »Richtlinie zur Entnahme und Übertragung von menschlichen Keimzellen im Rahmen der assistierten Reproduktion« der BÄK löste die bis dato geltende (Muster-)Richtlinie ab, änderte an der Situation von Frauen in gleichgeschlechtlichen Partnerschaften aber nichts. Dort ist zwar weder ein explizites Behandlungsverbot

7 Die Forschung, auf der die Ergebnisse dieses Beitrags basieren, führte ich im Rahmen meiner 2019 am Institut für Kulturanthropologie/Europäische Ethnologie der Universität Göttingen eingereichten Bachelorarbeit durch.

8 »Eine Richtlinie der Bundesärztekammer basiert jeweils auf einer gesetzlichen Grundlage, die insbesondere den Inhalt, Umfang und das Verfahren einschließlich der Beteiligung von Institutionen oder Personen vorschreibt. Richtlinien stellen generell abstrakte Handlungsanweisungen dar; sie spiegeln den Stand der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft zu einem bestimmten Zeitpunkt wider« (BÄK o.J.a)

noch eine Nicht-Empfehlung zur Behandlung von gleichgeschlechtlichen Paaren aufgeführt, jedoch wird sie auch nicht explizit erlaubt (vgl. BÄK 2018). Auch von Seiten der Landesärztekammer (LÄK) von Niedersachsen, die die auf Landesebene geltenden Regelungen⁹ verantwortet, gibt es kein explizites Behandlungsverbot in der Berufsordnung; die Entscheidung – und somit auch die rechtliche Verantwortung – ist den Ärzt*innen ihrer »Gewissensüberzeugung« entsprechend individuell überlassen (vgl. Ärztekammer Niedersachsen 2018: 10).¹⁰

Zudem wirkt die Kostenpolitik der Krankenkassen regulierend: So erfolgt die Erstattung der Kosten einer Kinderwunschbehandlung durch gesetzliche Krankenkassen für gleichgeschlechtliche Paare grundsätzlich nicht, während sie sich bei heterosexuellen Paaren unter bestimmten Voraussetzungen, wie einer medizinischen Notwendigkeit und der Nutzung von Spermien des Partners, anteilig beteiligen. Jedoch übernehmen inzwischen einige private Krankenkassen, seit 2021 die Bundesländer Rheinland-Pfalz und Berlin im Rahmen eines Bund-Länder-Förderprogramms und die Beihilfe einiger Bundesländer einen Anteil der Kosten für Kinderwunschbehandlungen bei Frauenpaaren. Die Förderung fällt dabei jedoch geringer aus und beträgt z.B. für die ersten drei Behandlungszyklen in Rheinland-Pfalz 12,5 % der Kosten (LSVD 2021).

Anhand dessen lässt sich erkennen, dass Reproduktionsmedizin sowie Vorstellungen von Elternschaft und Reproduktion in Deutschland nach wie vor heteronormativ geprägt sind (vgl. dazu Hartung et al. 2010: 114f.) und dass diese durch Regelungen wie Richtlinien und Berufsordnungen reproduziert werden: Nicht explizit ausgesprochene Verbote, sondern bereits Empfehlungen können massive Effekte zeitigen. Frauenpaare sind abhängig von der individuellen Kooperationsbereitschaft von Gynäkolog*innen vor Ort und erfahren dadurch strukturelle Diskriminierung im Vergleich zu heterosexuellen Paaren. Das Abraten von der Behandlung von Frauenpaaren bis 2018, gefolgt von einem Schweigen, führte dazu, dass die explizite Anerkennung von nicht-heteronormativen Familienkonzepten von Seiten der BÄK und LÄK bis heute ausbleibt, was praktische Folgen für Frauenpaare mit Kinderwunsch hat.

Kinderwunschbehandlung soll im Folgenden als stratifiziertes Feld betrachtet werden, da sie von Ungleichheit und Ungleichbehandlung gekennzeichnet ist. Das Konzept der *stratified reproduction* geht auf Shellee Colen und die Anthropologinnen Faye D. Ginsburg und Rayna Rapp zurück (vgl. Ginsburg/Rapp 1995). Colen legt dar, dass Reproduktion und reproduktive Arbeit aufgrund von Ungleichheiten, basierend auf Faktoren wie Class, Ethnizität, *Race*, Gender und Migrationsstatus sowie dem Zugang zu materiellen und sozialen Ressourcen von verschiedenen Akteur*innen unterschiedlich erfahren werden und je nach Ausgangslage nur limitiert zugänglich sind (vgl. Colen 1995: 78). Diese Stratifizierung zeigt sich im Fall meiner Forschung zum einen in den

9 »Die Berufsordnung der jeweiligen Ärztekammer regelt die für den einzelnen Arzt geltenden Pflichten gegenüber Patienten, den Berufskollegen und der Ärztekammer. Es handelt sich bei der Berufsordnung um Satzungsrecht, das auf Grundlage des Heilberufe- und Kammergesetzes des jeweiligen Bundeslandes von der Ärztekammer erlassen wird.« (BÄK o.J.b)

10 Bislang (Stand August 2021) erlaubt lediglich die Ärztekammer Hamburg ausdrücklich die assistierte Reproduktion bei Lebenspartnerinnen (LSVD 2021).

Richtlinien der BÄK und der Berufsordnung der LÄK Niedersachsen, welche als Grundlage für Regulationsprojekte herangezogen werden und damit den Zugang zu Verfahren und Methoden der Kinderwunschbehandlung beeinflussen. Zum anderen entwickelten meine Interviewpartner*innen ihre Praktiken im rechtlichen Rahmen von 2009 bis 2019 basierend auf ihrer individuellen Ausgangslage. Ich werde diese hinsichtlich erfahrener Diskriminierung und gleichzeitiger Privilegiertheit später im Text noch genauer reflektieren. Der nachfolgende Abschnitt beleuchtet zunächst, wie die Paare in diesen strukturellen Rahmenbedingungen agieren (können).

Zugang und Praktiken der Auswahl

Wie werden wir überhaupt schwanger? Woher und von wem bekommen wir das Spermia? Wollen bzw. müssen wir eine ärztliche Behandlung in Anspruch nehmen? Wo werden wir behandelt? Wollen wir, dass der Samenspende eine Rolle innerhalb unserer Familienkonstellation übernimmt? – Das sind nur einige der Fragen, die sich Frauenpaare mit Kinderwunsch stellen. Zweimütter-Familien können in Deutschland neben der Adoption zum einen durch *Eigen-Insemination* einer Privatspende (seltener auch durch eine Fremdspende von der Samenbank) realisiert werden. Möchte man auf ärztliche Unterstützung zurückgreifen bzw. ist auf diese angewiesen, ist zum anderen die *assistierte Insemination* mit einer Samenspende von einer Samenbank oder einer Privatspende möglich (vgl. für einen aktuellen Überblick LSVD 2021).¹¹

Die Entscheidung für eine bestimmte Art der Spende erwies sich in den Interviews zum einen eng verzahnt mit der erwarteten bzw. geplanten Rolle des Spenders und somit auch mit vorgestellten zukünftigen Familienkonstellationen: Je nachdem, welche Rolle meine Interviewpartner*innen dem Spender in der Familienkonstellation zugestehen wollten, entschieden sie sich entweder für einen bei einer Samenbank registrierten Spender oder einen Privatspender. Jedoch fließen nicht nur ideelle Vorstellungen in die Entscheidung mit ein, sondern auch ökonomische Faktoren. So entschied sich eines der Paare nach mehreren Jahren erfolgloser Kinderwunschbehandlungen mit dem Spermia eines bei einer Samenbank registrierten Spenders auch aufgrund der hohen Behandlungskosten für einen privaten Spender und Eigen-Insemination. Viele Paare sind auf private Samenspenden und die Eigen-Insemination angewiesen, da die finanzielle Hürde für Spendersamen einer Samenbank oder auch die Behandlung in einer Kinderwunschklinik für sie zu hoch sind. Zudem sind nicht alle Samenbanken und Kinderwunschpraxen in Deutschland bereit, Spenden an queere Paare zu vergeben. Im Gegensatz zu heterosexuellen Paaren, bei denen die Krankenversicherung zumindest anteilig die Behandlungskosten übernimmt, sind gleichgeschlechtliche Paare dabei finanziell überwiegend auf sich allein gestellt. Auch wenn es inzwischen erste Bundesländer gibt, die bei verheirateten Frauenpaaren die ersten drei Versuche der Kinderwunschbehandlung anteilig bezuschussen, sind Frauenpaare in vielen Bundesländern

11 Verboten sind in Deutschland Eizellenspenden (und somit auch das Austragen einer befruchteten Eizelle der Partnerin) sowie anonyme Samenspenden.

von einer Kostenübernahme bzw. anteiligen Erstattung ausgeschlossen und haben daher nicht immer die freie Wahl, was die Entscheidung bezüglich der Samenspende angeht. Andererseits ergeben sich bei der Eigen-Insemination einer Privatspende neben möglichen gesundheitlichen Risiken auch rechtliche Folgen bzgl. einer möglichen Vaterschaftsfeststellung.¹²

Die Entscheidung »Privatspender oder registrierter Samenspender« ist also ausschlaggebend für den weiteren Verlauf der Kinderwunschbehandlung und beinhaltet auch juristische Unterschiede. Im Folgenden gehe ich auf diese Verschränkungen näher ein.

Zugang zur Behandlung

Der Zugang zur Behandlung in Niedersachsen erwies sich für alle interviewten Paare als problematisch: Eines der Paare, beide Frauen gebürtig aus Österreich, ließ sich in Österreich statt in Niedersachsen behandeln, da sie keine*n Frauenärzt*in fanden, die*der sie als gleichgeschlechtliches Paar behandeln wollte. Zwei der Paare entschieden sich für eine Kinderwunschbehandlung in Dänemark, nachdem sie in Niedersachsen von mehreren Ärzt*innen abgewiesen und nach Hamburg und Berlin weiterverwiesen worden waren. Ihre Entscheidung für eine Behandlung in Dänemark begründeten sie damit, dass die Rechtslage für Frauenpaare in Dänemark eine »einfachere« sei und damit auch die Organisation der Behandlung leichter sei. Des Weiteren verwies ein Paar auch auf rechtliche Hürden und unnötige Kosten, die im Vorfeld der Behandlung anfielen. In Kliniken in Hamburg und Berlin hätten sie vor der eigentlichen Behandlung schon hohe Kosten gehabt, wie das Paar wie folgt beschrieb:

»Da musste man halt immer Notarverträge vorher machen, dass man den behandelnden Arzt nicht als Vater verklagt, die schon ewig viel gekostet haben. Man musste schon viel Geld nur allein dafür bezahlen, dass man da sein durfte.« (Interview III)

Auch wenn Unterhaltsansprüche gegenüber Ärzt*innen von rechtlicher Seite gar nicht zulässig wären, verlangen einige deutsche Samenbanken und Kinderwunschpraxen notarielle Verträge – oder behandeln Frauenpaare erst gar nicht. Demnach bedingt die unklare rechtliche Lage in Bezug auf die Behandlung von Frauenpaaren auch die sogenannte *reproduktive Mobilität*¹³ von Frauenpaaren mit Kinderwunsch. Für einen unkomplizierten oder gar erst ermöglichten Zugang zur Kinderwunschbehandlung sehen sich Frauenpaare gezwungen, auf andere (Bundes)Länder auszuweichen, da sie in Niedersachsen oftmals nicht behandelt werden. Ökonomische Gründe spielen für diese Entscheidung eine wichtige Rolle: Auch wenn die Behandlungen im Ausland unkomplizierter erscheinen und Kosten für Notarverträge entfallen, sind sie dennoch grund-

12 Seit 2018 ist die Person, die bei einer staatlich anerkannten Samenspendeeinrichtung spendet, von der Feststellung der rechtlichen Vaterschaft ausgeschlossen (§ 1600d Abs. 4 BGB); der private Samenspender, die Gebärende und das Kind können im Fall einer privaten Samenspende hingegen den Spender als rechtlichen Vater gem. § 1592 Nr. 3 BGB feststellen lassen.

13 Vgl. zur Forschung zu und Annäherung an Begrifflichkeiten um reproduktive Mobilitäten u.a. Bergmann (2012, 2014); Knecht et al. (2012).

sätzlich teuer und man muss auf ein gewisses Grundkapital zurückgreifen können, um sich die Reisen und Klinikkosten leisten zu können. Das Paar, welches sich für eine Privatspende entschied, hatte im Vorfeld bereits einige Kinderwunschbehandlungen in Anspruch genommen, rückte nach ausbleibendem Erfolg aufgrund der hohen Kosten jedoch davon ab. Auch wenn es sich bei diesen Beispielen um Paare in einer relativ privilegierten Position in Bezug auf finanzielle Ressourcen handelt, zeigen diese doch, inwiefern der Zugang zu Kinderwunschbehandlung von der ökonomischen Ausgangslage von Frauenpaaren mit Kinderwunsch bestimmt wird.

Praktiken der Auswahl

Drei der Paare entschieden sich für eine Kinderwunschbehandlung mit einem bei einer Samenbank registrierten Samenspender, ein Paar wählte nach mehreren erfolglosen Kinderwunschbehandlungen einen privaten Samenspender.

Gegen einen Privatspender entschieden sich Paare, um befürchtete soziale, rechtliche und gesundheitliche Risiken zu vermeiden. Die Wahl des Spendersamens von einer Samenbank ging zudem mit dem Wunsch einher, dass der Spender keine aktive Familienrolle einnehmen solle, was durch den rechtlichen Rahmen von Samenbanken gesichert wird. Ein Paar erklärt dies mit dem Bedürfnis, als »Kernfamilie« auftreten zu können (vgl. dazu Mamo 2007: 98-101). Keine weitere Person solle innerhalb ihrer Familie die Möglichkeit haben, als Erziehungsperson zu fungieren:

»Und es war auch relativ schnell klar, dass es dann eben eine Insemination mit Samenspende wird, einfach auch, weil wir halt niemand anderen noch haben wollten, der mit reinredet; weil *wir* sind ja die Eltern.« (Interview III)

Im Gegensatz dazu wünschte sich eines der Paare von ihrem Spender, »dass er 'ne Rolle spielt in unserer Familie, [...] dass er sozusagen 'ne Onkelfunktion übernimmt« (Interview II) und begründete damit neben den Kostenfaktoren die Entscheidung für die Privatspende. Trotz der gewünschten aktiven Familienrolle markiert die Bezeichnung »Onkel« statt »Vater« eine Abgrenzung von der Elternrolle. Es existiere zwar der Wunsch, dass der Spender bei Festen oder Geburtstagen aktiv am Familienleben teilnimmt und als »guter Freund« (Interview II) auch regelmäßig zu Besuch kommen kann. Dabei legte das Paar jedoch Wert darauf, dass dies nur nach Absprache geschehen solle, was ebenso auf die klare Abgrenzung der Familieneinheit hindeutet.

Gleichzeitig verweist das Paar auf ein rechtliches Risiko: Ausgemacht sei, dass der Spender im Fall einer Schwangerschaft von der Vaterschaft zurücktritt, sodass die nicht-biologische Mutter das Kind adoptieren kann. Die beiden heben im Interview hervor, dass diese Konstellation vor allem auf Vertrauen basiere, denn obwohl sie eine Art Selbstverpflichtungsformular als »commitment« für eine gemeinsame Basis ausgefüllt haben, sei Co-Parenting in Deutschland nicht gesetzlich geregelt.

In Bezug auf Co-Parenting, die sogenannte geteilte Elternschaft, die aus einer Privatspende resultieren könnte, erwähnte eines der interviewten Paare, das sich für einen bei einer Samenbank registrierten Spender entschieden hatten, dass es dieses Familienkonzept nicht als negativ ansähe, sondern als »zu heiß« (Interview III). So herrscht aufgrund der juristischen Leerstelle bezüglich des Co-Parenting bei den Interviewten Un-

sicherheit darüber, ob der Spender seine Meinung zu Absprachen im Laufe der Schwangerschaft ändern könnte. Dies betreffe sowohl Absprachen bezüglich der Anerkennung von Elternschaft als auch jene um die gemeinsame Erziehung.¹⁴

Auch der Aspekt der fehlenden rechtlichen Gleichstellung beider Frauen spielt in die Entscheidung mit hinein. Die nicht austragende Mutter ist rechtlich als Mutter nicht gleichgestellt¹⁵ und erhält demnach nicht automatisch das Sorgerecht für das gemeinsame Kind. Ein privater Spender hätte als biologischer Vater jedoch die Möglichkeit, nach der Geburt des Kindes das Sorgerecht einzuklagen. Die Wahl für einen bei der Samenbank registrierten Spender lässt sich in diesem Kontext als eine Schaffung von Sicherheit und Möglichkeit der Risikovermeidung interpretieren: Der Spender einer Samenbank hat kein Auskunftrecht und kann demnach keine Vaterschaft feststellen lassen.¹⁶ Sie dient den Paaren außerdem als Grundlage für die Herstellung einer »eigenen Familie«, in die keine Einmischung durch den Spender erfolgen kann.

Ganz unwichtig ist die Spenderperson für die interviewten Paare jedoch nicht, wie weitere Überlegungen bezüglich der Samenspende zeigen. Im deutschen Kontext sieht das Samenspenderegistergesetz von 2018 zum Schutz des Kennntnisrechts des Kindes die Registrierung von Spenderdaten vor (§ 10 SaRegG). Anonyme Spenden kommen prinzipiell nur in Betracht, wenn die Samenspende im Ausland durchgeführt wird. In meinem Sample wurde jedoch die Wahl eines nicht-anonymen Spenders bevorzugt und damit begründet, dass die Kinder die Möglichkeit haben sollten, ihren biologischen Vater später kennenzulernen.

Zwei Paare entschieden sich zudem bei der ausländischen Samenbank für ein sogenanntes *extended-Profil*. Dabei bekommt man im Gegensatz zum *Basisprofil* nicht nur Augenfarbe, Größe, Haarfarbe, Gewicht und Blutgruppe des Spenders mitgeteilt, sondern erhält darüber hinaus persönliche Informationen: Hobbys, die Motivation zu spenden und den Beruf. Zudem bestand die Möglichkeit, den Spender mithilfe dieser Kriterien auch gezielt auszuwählen. Diesbezüglich erwiesen sich ähnliche phänotypische Merkmale mit der sozialen Mutter oder mit beiden Müttern als ausschlaggebend.¹⁷ Auch die Krankheitsgeschichte des Spenders wurde mit Hinblick auf genetische Überlegungen und die Gesundheit des Kindes als wichtiges Auswahlkriterium einbezogen. Das erweiterte Profil bietet den Paaren also eine Möglichkeit, genetische Merkmale ihres Kindes »mitzugestalten«. Die Interviewten beschrieben zudem, dass sie durch die Wahl des *extended-Profiles* das Gefühl bekämen, ihrem Kind bzw. ihren Kindern später Informationen über den biologischen Vater geben zu können.

14 Vgl. zu Fragilität und Verbindlichkeit als dominante Motive in der Aushandlung von Co-Parenting-Konstellationen Alicia Schlenders Beitrag in diesem Band.

15 Zur Gleichstellung lesbischer Mütter gibt es momentan massive gesellschaftspolitische wie auch juristische Kämpfe. So möchte beispielsweise Bundesjustizministerin Christine Lambrecht das Sorgerecht reformieren, sodass lesbische Mütter ihr Kind fortan nicht mehr im Rahmen der Stiefkindadoption adoptieren müssen (vgl. Janisch 2020); dem Bundesverfassungsgericht wurden mehrere Fälle überstellt, bei denen Frauenpaare darauf geklagt hatten, dass die mit der gebärenden Mutter verheiratete Frau auf der zweiten Elternstelle der kindlichen Geburtsurkunde eingetragen wird.

16 Vgl. Fußnote 12.

17 Zur Herstellung von Ähnlichkeit in der Reproduktionsmedizin vgl. Bergmann 2014: 155-194.

Die Paare nannten als zentrales Auswahlmotiv, ein »gutes Gefühl« bei der Auswahl des Spenders zu haben, welches durch Gemeinsamkeiten wie ähnliche Vorlieben oder gemeinsame Hobbys entstanden sei. Es zeigt sich demnach die Tendenz, einen Spender auszuwählen, mit dem man sich auch über phänotypische Eigenschaften und Ähnlichkeiten hinaus eine »imagined future connection forged through shared ancestry, hobbies, and other more cultural attributes« (Mamo 2007: 205) schafft. In wissenschaftlicher Literatur findet sich dieses Phänomen unter dem Begriff *affinity ties* oder *administered relation* (ebd.; Klotz 2014: 243). Mithilfe des erweiterten Profils können sich die Paare also in gewisser Weise mit potenziellen Spendern identifizieren und entwickeln so die Vorstellung, den Spender ein Stück weit als Menschen kennenzulernen.¹⁸

Bei der Auswahl des Spenders lässt sich demnach eine gewisse Ambivalenz erkennen: Auf der einen Seite ist die Abgrenzung zum Spender als biologischer Vater und potenzielle Bedrohung der geplanten Familienkonstellation und Erziehungsweise immens wichtig für die interviewten Paare. Zugleich sind sie auf der anderen Seite jedoch sehr interessiert an der Person des Spenders und versuchen so viele Informationen wie möglich über ihn zu erhalten, um diese gegebenenfalls mit dem Nachwuchs teilen zu können.

Wissensaneignung und Vernetzung

Um die Abläufe und Prozesse von Kinderwunschbehandlungen zu verstehen und sie mitgestalten zu können, benötigen die Akteur*innen Wissen über ebendiese Prozesse. Im Folgenden werde ich nachzeichnen, welchen Zugang die interviewten Paare zu diesem Wissen hatten und durch welche Strategien der Wissensaneignung sie sich dieses angeeignet haben.

Wissensaneignung und Repräsentation

Betrachtet man die Ausgangslage meiner Interviewpartner*innen und ihren Zugang zu Wissen, wird deutlich, dass sie zu einer privilegierten Gruppe gehören, sind sie doch finanziell gut aufgestellt, weiß, und besitzen einen hohen Bildungsgrad. Sie haben alle in gewissem Maße *cultural health capital* inne, also nach Janet Shim »the repertoire of cultural skills, verbal and nonverbal competencies, attitudes and behaviors, and interactional styles, [...] that, when deployed, may result in more optimal health care relationships« (Shim 2010: 1). In Bezug auf den Zugang zu Wissen und den Erhalt von Informationen spielt dieses *cultural health capital* insofern eine Rolle, als dass es unter anderem auch die Fähigkeit beinhaltet, wissenschaftliche und biomedizinische Informationen zu erwerben und zu konsumieren, mit Expert*innen in diesem Bereich zu interagieren

18 Je nach Land unterliegt der Vorgang der Auswahl entweder gesetzlichen Regelungen oder ist durch Angebot (der Samenbanken und Kliniken) und Nachfrage (der Kund*innen) reguliert (vgl. Bergmann 2012: 155). Demnach sind die Handlungsoptionen von Frauenpaaren mit Kinderwunsch und die jeweiligen Gestaltungsmöglichkeiten von den lokalen Regelungen abhängig.

und Selbstkenntnis diesbezüglich zu erwerben. Die Voraussetzung, um Zugang zu diesem Wissen und den Informationen zu erhalten, ist bei den Interviewten zumindest in der Theorie also gegeben. Doch auch wenn sie sich aufgrund ihrer Ausgangslage und dem vorhandenen *cultural health capital* in einer privilegierten Lage befinden, sind sie als gleichgeschlechtliche Paare mit Kinderwunsch im Sinne der *stratified reproduction* zugleich von Diskriminierung betroffen, denn wie gezeigt werden wird, stellt sich die Wissensaneignung rund um queere Reproduktion als besonders schwierig heraus. Kinderwunschbehandlung kann demnach ein multidimensional stratifiziertes Feld sein, in dem Diskriminierung und Privilegien nicht getrennt voneinander zu betrachten sind, sondern als gleichzeitig wirkende Faktoren.

Nicht gegeben sei nach der Wahrnehmung einiger Interviewten ein ausreichendes Informationsangebot für Frauenpaare mit Kinderwunsch. So wird insbesondere der Mangel an guten (institutionalisierten) und professionellen Informations- und Aufklärungsangeboten vor Ort bemängelt. Abgesehen von der Aufklärung zur Rechtslage von Zwei-Mütter-Familien, über die sich die meisten Paare im Internet informieren, sei es schwierig als Frauenpaar an nützliche Informationen zur praktischen Umsetzung des Kindeswunsches zu gelangen. Gynäkologische Praxen, in denen Aufklärung über Methoden und mögliche Optionen für Frauenpaare mit Kinderwunsch stattfindet, seien nicht vorhanden. Wenn überhaupt, leiteten Gynäkolog*innen sie an große Kinderwunschzentren, z.B. in Berlin, weiter. Auch in entsprechenden Informationsbroschüren seien Frauenpaare nicht sichtbar: »Man ist quasi unsichtbar ohne Mann.« (Interview II)

Die Tatsache, dass die Rolle von Frauenpaaren mit Kinderwunsch in den Richtlinien der BÄK und der Berufsordnung der LÄK nicht geklärt ist bzw. lange von der Behandlung gleichgeschlechtlicher Paare abgeraten wurde, hat demnach starke Auswirkungen auf Wissenspolitiken und Wissenszirkulation rund um Kinderwunschbehandlung bei Frauenpaaren. Ebenso wie der Zugang zu Verfahren der Kinderwunschbehandlung ist auch der Zugang zu Informationen für Frauenpaare mit Kinderwunsch limitiert. Innerhalb der Prozesse rund um Kinderwunschbehandlung nehmen heteronormative Vorstellungen von Familienkonzepten nach wie vor eine hegemoniale Stellung ein.

Netzwerke

Durch das Fehlen von Informations- und Unterstützungsangeboten vor Ort entwickeln Frauenpaare mit Kinderwunsch eigene Strategien der Wissensaneignung. Persönliche Kontakte und Vernetzung über Social Media-Gruppen und LGBTIQ*-Veranstaltungen innerhalb der queeren Community spielen eine große Rolle, wenn es sich um konkrete Optionen bezüglich verschiedener Behandlungsmethoden und das Finden des geeigneten Behandlungsorts handelt. Gerade wenn es darum geht, Adressen von Praxen und Kliniken zu erfahren, wird oft über private Kontakte auf das persönliche Erfahrungswissen anderer queerer Paare zurückgegriffen. Diese Kontakte sind jedoch nicht immer leicht zu finden: »Man braucht halt Glück, dass man die richtigen Leute kennenlernt« (Interview IV), äußerte eine der interviewten Frauen.

Wenn man bedenkt, wie viel Informationsfluss und Wissensaneignung über private Kanäle erfolgt, ist es auch interessant, welche unterschiedlichen Rollen Ärzt*innen in

diesem Kontext spielen und wie diese wahrgenommen werden. Wie bereits dargelegt, dienen Ärzt*innen in lokalen Gynäkologiepraxen nicht in erster Linie als Informationsquellen bezüglich möglicher Behandlungsmethoden. Sie fungieren eher als Vermittler*innen, die Frauenpaare an spezifische Praxen bzw. Kliniken weiterverweisen, wo sie Zugang zu Informationen erhalten und die Behandlung von Ärzt*innen in diesem spezifischen Klinikkontext durchgeführt wird. Es gibt demnach Differenzen bezüglich der ärztlichen Rolle in den unterschiedlichen örtlichen Kontexten.

Für die Interviewten spielen die behandelnden Ärzt*innen insofern eine besondere Rolle, da sie im Vergleich zu heterosexuellen Paaren von ihrer Kooperationsbereitschaft abhängig sind. So unterliegt es aufgrund der unklaren Rechtslage etwa der Entscheidung der Gynäkolog*innen, ob sie das Frauenpaar überhaupt in ihrem Kinderwunsch unterstützen möchten. Dennoch unterliegen Beziehungen zwischen behandelnden Ärzt*innen und den Patient*innen keiner einseitigen *top-down*-Dynamik, in der die ärztlichen Expert*innen den Patient*innen ihr Wissen »übergeben« oder gar aufdrängen. Stattdessen treten die Patient*innen als »aktive Wissenssubjekte« (Knecht/Hess 2008: 172) auf. Meine Interviewpartner*innen waren zu Behandlungsbeginn bereits informiert und haben ihre Entscheidung bezüglich der Behandlung auch auf Basis selbst gesammelter Informationen getroffen. Sie traten demnach als aktive, informierte und die ärztliche Meinung reflektierende Patient*innen mit *agency* auf, wie sich auch an folgendem Interviewausschnitt zeigt:

»Da hat mich der Professor versucht zu überreden, dass ich in-vitro¹⁹ mach'. Weil er gesagt hat, in meinem Alter ist das eigentlich, sie machen nur noch in-vitro ab in meinem Alter, mit 40. Und dann hab ich gesagt, nein, seit der letzten Fehlgeburt, (...) hab' ich's eingesehen, dass das einfach nichts mehr wird. Ja, und dann hab' ich schon zu dem Arzt gesagt, dass wir das Geld, was wir bei mir für in-vitro sparen dann gleich bei meiner Partnerin investieren.« (Interview IV)

Hier lässt sich erkennen, dass Frauenpaare sich aufgrund der unzureichenden Informationslage eigenes (medizinisches) Wissen erarbeitet haben und damit aktiv und selbstbewusst im stratifizierten Feld agieren können. Dies ist jedoch nur möglich, wenn bei den Paaren *cultural health capital* ausreichend gegeben ist. Der Wissenserwerb und damit das Agieren im Feld sind demnach stark mit den jeweiligen Privilegien der Akteur*innen verknüpft und zeigen, wie Diskriminierung mit der gleichzeitigen privilegierten Situation einiger Akteur*innen miteinander einhergehen können.

Fazit

Durch rechtliche Veränderungen wie die Öffnung der Ehe für gleichgeschlechtliche Paare und durch eine quantitative Zunahme queerer Familienkonzepte wie Zwei-Mütter-Familien mag es auf den ersten Blick den Anschein erwecken, dass Frauenpaare heterosexuellen Paaren mit Kinderwunsch in der Gestaltung von Familie

19 In-vitro-Fertilisation meint die »Vereinigung einer Eizelle mit einer Samenzelle außerhalb des Körpers« (BÄK 2018: 3).

gleichgestellt sind. Dies ist jedoch nicht der Fall: Frauenpaare mit Kinderwunsch sehen sich diversen Herausforderungen ausgesetzt. Innerhalb der Prozesse rund um Kinderwunschbehandlung nehmen heteronormative Familienkonzepte nach wie vor eine hegemoniale Stellung ein, wie etwa in den Richtlinien und Berufsordnungen der verschiedenen Ärztekammern zu sehen ist. Auch wenn diese kein Behandlungsverbot beinhalten, sprechen sich die BÄK und LÄK Niedersachsen nach wie vor nicht für eine Behandlung von Frauenpaaren mit Kinderwunsch aus. Stattdessen ist lediglich die subjektive individuelle Meinung der Ärzt*innen vor Ort ausschlaggebend dafür, ob eine Behandlung realisiert wird. Dies macht Frauenpaare mit Kinderwunsch abhängig von der Kooperationsbereitschaft behandelnder Ärzt*innen und beeinflusst ihre Erfahrungen mit Kinderwunschbehandlung. Ebenso schlägt sich die unklare Rolle von Frauenpaaren mit Kinderwunsch in mangelnden Informationsangeboten nieder. Auch die Kostenpolitik der gesetzlichen Krankenkassen sowie die Tatsache, dass Kinderwunschbehandlungen von Frauenpaaren lediglich in Berlin und Rheinland-Pfalz durch deren Förderrichtlinien sowie durch die Beihilfe in einigen wenigen Bundesländern anteilig erstattet werden, machen deutlich, dass Frauenpaare mit Kinderwunsch heterosexuellen Paaren nicht gleichgestellt sind.

Vor allem die Mehrfach-Diskriminierung, welche all jene Paare erfahren, die über kein oder nur geringes *cultural health capital* verfügen, muss kritisch betrachtet werden. So sind Frauenpaare mit Kinderwunsch in Niedersachsen Diskriminierung ausgesetzt; einige Frauenpaare werden aufgrund ihrer ökonomischen Situation, ihres Bildungsgrads und ihres geringen *cultural health capitals* allerdings doppelt benachteiligt, haben sie doch wesentlich eingeschränkere Möglichkeiten im Feld zu agieren. Obwohl politisch gerade im Zuge der Öffnung der Ehe für alle Gleichheit proklamiert wird, zeigt all dies, dass es im Bereich der Reproduktion praktisch keine Gleichstellung und Gleichbehandlung gibt. Stattdessen müssen Frauenpaare selbst zu medizinischen Expert*innen werden und sich ein hilfreiches Informationsnetzwerk aufbauen, um eine Kinderwunschbehandlung in ihrem Sinne zu erhalten.

In Anbetracht dieser Disparität scheint es daher umso wichtiger, Praktiken und Wissenszirkulation um queere Reproduktion auch in der akademischen Auseinandersetzung rund um Reproduktion stärker zu berücksichtigen und zu hinterfragen.

Quellen

- Bundesärztekammer (BÄK) (o.J.a): »Verbindlichkeit von Richtlinien, Leitlinien, Empfehlungen und Stellungnahmen«, verfügbar unter: <https://www.bundesaerztekammer.de/richtlinien/> (letzter Zugriff: 26.09.2021).
- (o.J.b) »(Muster-)Berufsordnung-Ärzte«, verfügbar unter: <https://www.bundesaerztekammer.de/themen/recht/berufsrecht> (letzter Zugriff: 26.09.2021).
- (2006): »(Muster-)Richtlinie zur Durchführung der assistierten Reproduktion. Novelle 2006«, in: Deutsches Ärzteblatt 103 (20), A 1392-1403, verfügbar unter: <https://www.aerzteblatt.de/pdf.asp?id=51526> (letzter Zugriff: 25.09.2021).
- (2018): »Richtlinie zur Entnahme und Übertragung von menschlichen Keimzellen im Rahmen der assistierten Reproduktion«, in: Deutsches Ärzteblatt vom

- Arbeitstagung der Kommission für Frauen- und Geschlechterforschung der Deutschen Gesellschaft für Volkskunde (= Veröffentlichungen des Instituts für Europäische Ethnologie der Universität Wien, Band 31), Wien: Verlag des Instituts für Europäische Ethnologie, S. 169-194.
- Knecht, Michi/Klotz, Maren/Beck, Stefan (Hg.) (2012): *Reproductive Technologies as Global Form. Ethnographies of Knowledge, Practices, and Transnational Encounters*, Frankfurt a.M.: Campus Verlag.
- Mamo, Laura (2007): *Queering reproduction. Achieving pregnancy in the age of technoscience*, Durham/London: Duke University Press.
- Richarz, Theresa/Mangold, Katharina (2019): »Queere Familien im Recht«, in: *Sozial Extra* 43, S. 384-385.
- (2021): »Zwei-Mutterschaft vs. Heteronormatives Recht? Diskussion der Stiefkindadoption als Modus der Herstellung von Familie gleichgeschlechtlicher Paare«, in: Helga Krüger-Kirn/Leila Zoe Tichy (Hg.), *Elternschaft und Gender Trouble*. Opladen/Berlin/Toronto: Verlag Barbara Budrich, S. 57-68.
- Shim, Janet K. (2010): »Cultural Health Capital: A Theoretical Approach to Understanding Health Care Interactions and the Dynamics of Unequal Treatment«, in: *Journal of Health and Social Behavior* 51 (1), S. 1-15.