

6. Heteronormativität in der medizinischen Wissensproduktion

6.1 Einführung

In diesem Kapitel analysiere ich die medizinische Wissensproduktion¹ am Beispiel des medizinischen und medizinethischen Diskursstrangs zu Uterustransplantationen. Dazu führe ich eine kritische Diskursstranganalyse von 26 medizinischen und medizinethischen Fachartikeln durch. Mich interessieren dabei insbesondere folgende Fragen:

- Wie zeigt sich Heteronormativität in der medizinischen Wissensproduktion?
- Wie werden Körper, Geschlecht, Sexualität, Beziehungen und Familie in der medizinischen Wissensproduktion konzipiert und verhandelt?
- Wie wird in der medizinischen Wissensproduktion mit sexueller, romantischer und geschlechtlicher Vielfalt umgegangen?
- Wie wird das queerende Potential von Uterustransplantationen verhandelt?

Der Diskursstrang um Uterustransplantationen eignet sich für die Analyse von Heteronormativität in der medizinischen Wissensproduktion, da Uterustransplantationen *erstens* das Potential haben, Geschlechternormen zu »queeren«, da auch Menschen, die keine »endogeschlechtlichen« cis Frauen sind, damit schwanger werden und gebären könnten. Das bedeutet: Uterustransplantationen tragen das Potential der De-Heterosexualisierung und Ent-Geschlechtlichung von Fortpflanzung und damit der Veränderung gesellschaftlicher Konzepte von Elternschaft und Familie in sich (Mense 2004, S. 150). *Zweitens* liegt ihnen aber auch genau deswegen das gegen-teilige Potential inne, d. h. die Privilegierung bestimmter Spender*innen und Emp-

1 Ich nutze in dieser Arbeit den Begriff *Wissensproduktion* (anstatt *Forschung*), um auf den aktiven Prozess und die Praktiken der Wissensgenerierung innerhalb der Wissenschaft und die darin eingelassenen normativen Annahmen, konstitutiven Ausschlüsse, gesellschaftlichen und politischen Implikationen der Ergebnisse und machtvollen Positionierung der Forscher*innen in den Vordergrund zu rücken (vgl. Kühner et al. 2013, S. 8).

fänger*innen, die Setzung von Reproduktionsfähigkeit und den Wunsch nach einer eigenen Schwangerschaft zu einem zentralen Kriterium für das Frau-Sein, die Zementierung von Zweigeschlechtlichkeit, die Verstärkung der Relevanz genetischer Elternschaft und die Essentialisierung von Reproduktion (Ullrich 2012, S. 322). *Drittens* sind reproduktionsmedizinische Verfahren häufig intensiven gesellschaftlichen Debatten ausgesetzt. An ihnen zeigen sich gesellschaftliche Sorgen um die Struktur und Bedeutung der (Kern-)Familie, um die Natürlichkeit von Geschlecht und Sexualität, sowie um den Schutz von Frauen und das Kindeswohl (Bleisch und Büchler 2020, S. 30–35). Oder, wie der*die Politikwissenschaftler*in Sarah Charlotte Dionisius resümiert: »Familiale Existenzweisen, die Hetero- und Cisnormativität herausfordern, sind zentrale Reibungspunkte in zeitgenössischen gesellschaftlichen, politischen und rechtlichen Aushandlungen« (Dionisius 2021, S. 273). Das bedeutet: Anhand der Wissensproduktion zu Uterustransplantationen lassen sich die Körper-, Geschlechter-, Sexualitäts-, Beziehungs- und Familiennormen der Medizin in Bezug auf Heteronormativität analysieren. Dabei lege ich in der Analyse immer wieder auch den Fokus auf den Legitimationsdruck, der sich aus diesen gesellschaftlichen Ängsten für die Forscher*innen ergibt.

Die Soziologin Mona Motakef und die Gesundheitswissenschaftlerin Sabine Wöhlke analysieren Lebendorganspenden, wie auch die meisten Uterustransplantationen es sind (s. u.), als doppelte Reproduktionsarbeit:

»Da wir in doppelter Weise sowohl auf Selbst- und Fürsorge-Logiken als auch auf den Gedanken einer ›Herstellung‹ rekurren, arbeiten wir mit der Doppeldeutigkeit des Begriffs der ›(Re-)Produktion‹. Unsere These lautet, dass die Lebendorganspende eine ambivalente und vergeschlechtlichte Praxis der (Re-)Produktion darstellt« (Motakef und Wöhlke 2013, S. 98).

Im Fall von Uterustransplantationen kommt noch eine dritte Bedeutung des Begriffs Reproduktion hinzu: die Ermöglichung von Schwangerschaften. Damit analysiere ich Uterustransplantationen in einem dreifachen Verständnis als Reproduktionspraktiken.

Stand der Forschung²

Im Jahr 2000 wurde die erste moderne Uterustransplantation durchgeführt: Einer saudi-arabischen Frau, die bei Komplikationen einer vorherigen Geburt ihren Uterus verloren hatte, wurde ein neuer Uterus eingepflanzt; dieser musste aber wegen Komplikationen wieder entnommen werden, bevor eine Schwangerschaft möglich war. 1998 äußerte eine schwedische Patientin den Wunsch nach einer

2 In dieser Analyse wurden Studien mit Tieren nicht berücksichtigt.

Uterustransplantation und setzte damit das Unterfangen eines schwedischen Forschungsteams in Gang: Nachdem die Operation zunächst bei Tieren perfektioniert worden war, konnten in Schweden bis 2015 neun Transplantationen an Menschen durchgeführt werden, wovon sieben erfolgreich waren. Das erste Kind, das einer Uterustransplantation geboren wurde, kam 2015 zur Welt (Brännström et al. 2015). Andere klinische Studien fanden später u. a. an der Baylor Clinic in Dallas sowie der Cleveland Clinic in den USA statt (Biba 2018). Auch in Deutschland und der Schweiz sind klinische Studien zu Uterustransplantationen geplant bzw. werden bereits durchgeführt – so in Zürich, Erlangen, Tübingen und Heidelberg. In Tübingen wurden bspw. 2019 zwei Kinder durch eine Uterustransplantation geboren (Büchler und Schlumpf 2017, S. 2). Bis 2021 wurden weltweit mindestens 31 Kinder durch Uterustransplantationen geboren (Richards et al. 2021, S. 2251). Uterustransplantationen entwickeln sich derzeit als Behandlungsmethode von der experimentellen Phase hin zu einer etablierten Behandlungsmethode, die nicht mehr nur in klinischen Versuchsreihen durchgeführt wird (Richards et al. 2021, S. 2251).

Die Empfänger*innen

Die durch die Montreal-Kriterien (s. u.) definierten Empfänger*innen einer Uterustransplantation sind cisgeschlechtliche Frauen³, die *erstens* ihren Uterus aufgrund von Krankheit oder Unfällen verloren haben, deren Uterus *zweitens* aufgrund von Krankheiten oder Unfällen nicht »funktionsfähig«, d. h. schwangerschaftsunfähig, ist oder die *drittens* das »Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser-Syndrom (MRKH) haben. Der Überbegriff für diese drei Gruppen ist (A)UFI – (*absolute*) *uterine factor infertility* – sie sind also unfruchtbar aufgrund ihres (fehlenden) Uterus. Ich fokussiere mich in dieser Analyse besonders auf Frauen mit MRKH-Syndrom, da diese die größte Gruppe der Empfänger*innen ausmachen. Während außerdem einige Forschung das MRKH-Syndrom als *Disorder of Sexual Development* (DSD) konzipiert, d. h. als Form von Intergeschlechtlichkeit (exemplarisch: Hosseinirad et al. 2021), wird in anderen Forschungsartikeln MRKH explizit von DSD bzw. Intergeschlechtlichkeit abgegrenzt (exemplarisch: Herlin et al. 2020).⁴ Die Deutung von MRKH-Pati-

3 Ich spreche hier von Frauen, da laut sozioökonomischen Daten der untersuchten Studien alle Empfänger*innen Frauen waren (s. u.) und da meine These ist, dass die Empfänger*innen durch die Uterustransplantationen materiell und symbolisch zu Frauen gemacht werden – ihre Weiblichkeit also eine hohe Bedeutung hat. Es ist allerdings möglich, dass auch nicht-geoutete nicht-binäre Personen oder trans Männer unter den Empfänger*innen waren.

4 Wie der Soziologe David Andrew Griffith (2018) am Beispiel des »Turner-Syndroms und des »Klinefelter-Syndroms darstellt, ist die Klassifikation dessen, was als Intergeschlechtlichkeit gilt, grundsätzlich wandelbar und wird zu verschiedenen Zeiten aus verschiedenen Gründen jeweils anders getroffen.

ent*innen als nicht-intergeschlechtlich ist auch in Selbsthilfegruppen von MRKH-Betroffenen verbreitet, wie der*die Aktivist*in Maddie Rose problematisiert:

»Our society suggests women are only ›real women‹ if they can have penetrative sex to fulfill men's sexual needs, and can carry and birth babies in their own uterus. This results in many people feeling put on the defensive about being ›enough‹ of a woman [...] They [die Teilnehmer*innen einer MRKH-Selbsthilfegruppe; AS] often avoided any language they thought could contradict womanhood —like ›intersex‹« (Rose 2020, o. S.).

Die Positionierung als endogeschlechtlich untermauert auch den Anspruch auf Reproduktionstechnologien bzw. Uterustransplantationen (Rose 2020). Damit ergibt sich um das MRKH-Syndrom Definitionsarbeit, die die Forscher*innen leisten müssen: Definieren sie MRKH-Patient*innen als Frauen oder als intergeschlechtlich?⁵ Und welche Folgen hat diese Zuschreibung?

Zwei der analysierten Studien untersuchten die psychosozialen Effekte der MRKH-Diagnose auf die Patient*innen. Diese waren bis zur Diagnose davon ausgegangen, endogeschlechtliche Frauen zu sein, d. h. einen Uterus zu haben. Die Diagnose bedeutete für sie eine Verschlechterung des (sexuellen) Selbstbewusstseins, insbesondere in Bezug auf die damit einhergehende Unfruchtbarkeit (Järholm et al. 2020, S. 1856). Außerdem durchliefen die Betroffenen häufig einen Trauerprozess (Richards et al. 2019, S. 32). Manche Betroffene berichten davon, sich nicht ganz als Frau fühlen zu können, und von Problemen in romantischen Beziehungen. Ihre (potentiellen) Partner*innen gingen davon aus, dass sie Kinder bekommen können und beendeten ggf. die Beziehung, wenn sie von der Unfruchtbarkeit der Betroffenen erfuhren (Richards et al. 2019, S. 27). Dass MRKH-Patient*innen mit diesen Schwierigkeiten wenig Unterstützung erhalten, wird auch daran ersichtlich, dass alleine die Teilnahme an den untersuchten Studien einen positiven Effekt auf ihre psychische Gesundheit hatte: »One important aspect of being included in the UTx [Uterus Transplantation, AS] trial was that they were able to meet other women in the same situation as themselves and to feel included in a kind of sisterhood« (Järholm et al. 2020, S. 1859). Hier zeigt sich eine Festschreibung der Autor*innen des MRKH-Syndroms auf Unglück, Trauer und darauf, dass Frauen ohne Uterus unvollständig sind. Andere Perspektiven, also z. B. Frauen mit dem MRKH-Syndrom, die glücklich sind, kommen nicht zu Wort. Dies liegt an zwei Aspekten: Zum einen sind die vorgestellten Artikel keine Forschung zu den psychosozialen Auswirkungen des MRKH-Syndroms, sondern zu Frauen,

5 Es gibt selbstverständlich auch Menschen, die beides sind: intergeschlechtliche Frauen. Dies ist aber in der medizinischen Denkweise unmöglich, weswegen ich es entsprechend formuliere.

die sich für eine Uterustransplantation interessieren, d. h. die unter dem Fehlen des Uterus leiden. Zum anderen untermauern die beiden Artikel die Wichtigkeit von Uterustransplantationen und müssen daher den Regeln des Diskursstrangs gehorchen und die Legitimität von Uterustransplantationen absichern.

Die Spender*innen

Die Uteri, die verpflanzt werden, stammen von lebendigen oder verstorbenen Organspender*innen. In dieser Analyse wurden ausschließlich Studien mit Lebendspenden berücksichtigt, da für die Analyse bspw. die Motivation und psychosozialen Auswirkungen auf die Spender*innen untersucht werden sollten; was bei Todspenden so nicht möglich gewesen wäre. Bei Lebendspenden handelt es sich meistens um enge Verwandte – spezifisch die Mütter bzw. gebärenden Elternteile der Empfänger*innen. Das Alter des*der Spender*in spielt dabei keine Rolle (d. h. es ist unwichtig, ob der*die Spender*in bereits in der »Menopause ist), einige klinische Versuchsreihen nahmen aber nur Uteri von Spender*innen an, die bereits schwanger waren und ein lebendes Kind zur Welt gebracht haben.

Die Operation(en)

Während für die Spender*innen eine Uterustransplantation nur aus einer – dafür aber im Vergleich längeren und komplexeren – Operation, nämlich einer »Hysterektomie besteht, bedeutet das Verfahren für die Empfänger*innen (mindestens) vier medizinische Eingriffe: Der erste Eingriff stellt das Einpflanzen des Uterus dar. Nach drei bis sechs Monaten, wenn über Hormongaben ein regelmäßiger Menstruationszyklus erreicht wurde, wird der empfangenden Person in einem zweiten Eingriff ein (durch In-Vitro-Fertilisation (»IVF) gezeugter) Embryo⁶ implantiert. Die Geburt erfolgt immer als Kaiserschnitt (dem dritten Eingriff), wofür es mehrere Gründe gibt (Biba 2018): »Neovaginas, wie viele MRKH-Patient*innen sie haben, sind nicht für Geburten ausgelegt. Weiterhin hat der transplantierte Uterus keine Verbindung zu den Beckennerven, was eine normale physiologische Geburt verunmöglicht. Zusätzlich dazu hielten die Nähte zwischen Vagina und Uterus einer vaginalen Geburt vermutlich nicht stand (Büchler und Schlumpf 2017, S. 9). Mit einer Uterustransplantation können auch mehrere Schwangerschaften (und damit mehrere Embryonen-Transfers und Kaiserschnitte) durchgeführt werden. Der letzte Eingriff ist schließlich die Entnahme des transplantierten Uterus. Dies wird durchgeführt, da die empfangende Person andernfalls lebenslang »Immun-

6 Eine Schwangerschaft ist nur über IVF möglich, da zwischen einem transplantierten Uterus und den Eierstöcken keine Verbindung hergestellt wird (Sifferlin 2016).

suppressiva einnehmen müsste, die die Abstoßung des transplantierten Uterus verhindern (Biba 2018).

Montreal-Kriterien

Die Montreal-Kriterien sind ein Vorschlag für einen internationalen Standard für die ethische Durchführung von Uterustransplantationen, die 2013 veröffentlicht wurden (Lefkowitz et al. 2013). Sie beinhalten u. a. den Ausschluss von trans Frauen als Empfängerinnen für eine Uterustransplantation, sowie die Prüfung der Mutterschaftstauglichkeit der Empfänger*innen. Wie sich in der Analyse zeigt, ist der Ausschluss von trans Frauen als Empfängerinnen im Diskursstrang ein umkämpftes Thema.

6.2 Beschreibung der Diskursfragmente und des Diskursstrangs⁷

Ich betrachte in dieser Untersuchung nur einen bestimmten Diskursstrang: humanmedizinische und medizinethische Artikel und Studien, da der Fokus dieser Arbeit auf der Medizin liegt. Beteiligte Disziplinen an diesem Diskursstrang sind insbesondere die »Gynäkologie und Geburtshilfe, Chirurgie, »Nephrologie, Psychiatrie, »Endokrinologie, Intensivmedizin, Rechtswissenschaften, Bioethik und Philosophie. Als Diskursknotenpunkte stellen sich einige Personen heraus, die nicht nur Erst-Autor*innen ihrer eigenen Artikel sind, sondern auch als Co-Autor*innen bei Artikeln anderer Forschungseinrichtungen fungieren und damit den Diskursstrang maßgeblich prägen, darunter insbesondere Mats Brännström (Universität Göteborg), Rebecca Flyckt (Cleveland Clinic), Liza Johanneson (Baylor University Medical Centre) und Guiliano Testa (Baylor University Medical Centre).⁸ Die untersuchten Artikel sind in insgesamt 16 verschiedenen Journals erschienen, das am häufigsten vertretene Journal ist *Fertility&Sterility* mit fünf Artikeln. In wenigen Fällen werden die Artikel im Editorial des Journals erwähnt (insofern diese überhaupt ein Editorial haben) – auch sehr selten finden sich mehrere Beiträge zu Uterustransplantationen im selben Journal. Nur einmal sind Uterustransplantationen das Schwerpunktthema der Ausgabe. Die Artikel sind vor allem den folgenden Textsorten zuzurechnen: Fallstudien, Reviews, Erfahrungsberichte, Kriterien und Richtlinien, Umfragen und Evaluationen, sowie ethische und rechtliche Analysen

7 Eine Übersicht über den Korpus befindet sich im Anhang der Arbeit.

8 Wie in der Medizin üblich, wurden die meisten der untersuchten Studien von einem Autor*innen-Team verfasst: Die von mir untersuchten Diskursfragmente aus der Medizin haben zwischen drei und 22 Autor*innen, die medizinethischen Studien ein*e oder zwei Autor*innen.

rund um Uterustransplantationen. Die Objekte der Artikel sind die Spender*innen und Empfänger*innen der transplantierten Uteri, die selbst in der Regel nicht in den Artikeln zu Wort kommen – mit Ausnahme zweier qualitativer Interview-Studien (Richards et al. 2019; Järholm et al. 2020). Die Artikel decken eine Vielzahl von Unterthemen ab, bspw. Immunsuppression, Partnerschaft, IVF oder Leihschwangerschaft.

Der untersuchte Diskursstrang ist rein akademisch, das bedeutet, dass nur Studien untersucht wurden, die von Wissenschaftler*innen verfasst wurden. Die Artikel referieren selbst auch ausschließlich auf andere wissenschaftliche, medizinische Forschungsartikel – mit Ausnahme der medizinethischen Artikel (Murphy 2015; Daar und Klipstein 2016; Kreß 2016; Robertson 2016a, 2016b; Hegde 2017; Hammond-Browning 2019), die sich teilweise auch auf journalistische Quellen beziehen. Insgesamt scheint dieser Diskursstrang von anderen (wie bspw. dem journalistischen) abgekapselt zu sein – neues Wissen wird in diesem Zirkel generiert und beinahe auch nur in diesem Zirkel rezipiert; andere, auch wissenschaftliche Disziplinen werden kaum beachtet.

Die Artikel zielen darauf ab, das imaginierte Publikum (s. u.) zu informieren, z. B. über Operationstechniken, Diagnostik von Komplikationen etc. für die weitere Erforschung (und zukünftig breite Anwendung) von Uterustransplantationen. Außerdem berichten die Artikel von Erfolgen und »lessons learned« der Studien und stoßen Diskussionen an. Die Artikel sind nicht für die potentiellen Patient*innen (Spender*innen und Empfänger*innen) und ihre Angehörigen gedacht und dienen auch nicht der Aufklärung einer interessierten Öffentlichkeit. Das intendierte Publikum der Artikel sind andere Wissenschaftler*innen, spezifisch forschende und/oder praktizierende Ärzt*innen. Ohne spezifisches Vorwissen und ein Verständnis für die Modalitäten des Diskurses sind die untersuchten Diskursfragmente weder auffindbar noch verständlich.

Da es sich bei den untersuchten Artikeln ausschließlich um in wissenschaftlichen Zeitschriften erschienene Artikel handelt, sind die Modalitäten rund um den Aufbau, Stil, Sprecher*innenpositionen etc. sehr spezifisch. Das Veröffentlichen in wissenschaftlichen Zeitschriften, ganz besonders im naturwissenschaftlichen, medizinischen Bereich folgt klaren Regeln und Vorgaben: So weisen viele der medizinischen Artikel dieselbe (verpflichtende) Struktur für Forschungsartikel (Introduction, Methods, Results, Discussion) auf (Taylor 2005, S. 196–209), während die medizinethischen Artikel und die Umfragen, Formalisierung, Kriterien und Richtlinien sowie Reviews einer freieren Gliederung folgen (meistens mit Einleitung, thematisch gegliedertem Hauptteil und Schluss). Wie in Artikeln aus naturwissenschaftlichen Fächern üblich werden z. B. Forschungsstand oder Ergebnisse oft in Tabellen dargestellt. Auch enthalten die meisten untersuchten Artikel Grafiken, insbesondere Produkte diagnostischer Bildgebungsverfahren (»3D-Sonographie, »MRT, »CT, »Doppler-Sonographie) sowie Illustrationen, Schemata und Fotografien. Die Foto-

grafien sind Aufnahmen aus den Operationen und veranschaulichen hauptsächlich Operationstechniken.

Die Journals und ihre Veröffentlichungsrichtlinien und Politiken sowie die Medizin als ganze sowie ihre Subdisziplinen als einzelne sind die Arenen der Macht (Jäger 2015, S. 38), unter deren Regeln die Artikel veröffentlicht werden (können). Forschung, die diesen Regeln nicht gehorcht, wird nicht publiziert und ist für diese Analyse unsichtbar und nicht analysierbar. Dies gilt auch für die erwähnten Sagbarkeitsfelder (vgl. Kapitel 5.4.1) – wie ich zeigen werde, müssen die Autor*innen strategisch argumentieren und ihre Arbeit begründen, um am Diskurs als Sprecher*innen teilhaben zu können.⁹ Dazu gehört, dass die Forscher*innen in den Artikeln nicht über sich selbst sprechen, sondern in der vermeintlich neutralen Forscher*innen-Rolle verbleiben. Damit werden sie und ihre Eingebundenheit in gesellschaftliche Machtverhältnisse, wie ihr Status als Mediziner*innen gegenüber den Spender*innen und Empfänger*innen und ihre (unbewussten) heteronormativen Vorannahmen, unsichtbar. Sie sind also gerade nicht neutral oder objektiv, sondern machtvolle Subjekte, die diesen Diskurs prägen.

6.3 Definitionen, Definitionsmacht und Vorannahmen

Ich arbeite für die Analyse von Heteronormativität in der medizinischen Wissensproduktion in diesem Kapitel drei exemplarische Herrschaftstechniken heraus, in denen Heteronormativität sich zeigt sowie reproduziert und ideologisch durchgesetzt wird. Im ersten Schritt beschreibe ich, wie in den untersuchten Studien Geschlecht und Familie definiert und essentialisiert werden.

6.3.1 Geschlechterdefinitionen

In den untersuchten Studien werden die Spender*innen und Empfänger*innen jeweils als endogeschlechtliche und cisgeschlechtliche Frauen imaginiert bzw.

9 Die Literaturwissenschaftlerin Claire Stubber und die Psychologin Maggie Kirkman argumentieren in ihrem Artikel »The Persistence of the Frankenstein Myth« (2016), dass sowohl Organtransplantationen als auch Reproduktionstechnologien in der gesellschaftlichen Diskussion von der Angst geprägt sind, »verrückte« Wissenschaftler*innen würden durch ihre Hybris die Grenzen zwischen Leben und Tod verwischen: »Organ transplantation and surrogate motherhood both entail violations of Natural law; extending and creating life are facets of scientific endeavor that intrinsically appropriate the realm of the divine or Nature« (Stubber und Kirkman 2016, S. 32). Uterustransplantationen sind beides: Organtransplantationen und eine Reproduktionstechnologie. Mit den Beobachtungen von Stubber und Kirkman lässt sich meines Erachtens erklären, wieso Uterustransplantationen für die Forscher*innen derart erklärungsbedürftig sind.

als solche hervorgebracht. Dies hängt maßgeblich mit den Montreal-Kriterien zusammen, die Empfänger*innen ausschließen, die nicht »genetic female« sind (Lefkowitz et al. 2013, S. 924). Diese Kriterien können als heteronormative Textur interpretiert werden, als eine Materialisierung, die Heteronormativität annimmt. Aus den Bestimmungen der Kriterien ergeben sich zwei Grenzen, die die Autor*innen der Studien ziehen müssen: Zum einen müssen sie argumentieren, dass die Empfänger*innen (insbesondere diejenigen mit MRKH-Syndrom) nicht inter-, sondern endogeschlechtlich sind, um deren Anspruch auf die Uterustransplantationen zu untermauern, und zum anderen müssen sie cis und trans Frauen voneinander abgrenzen, um den Ausschluss von trans Frauen aufrechtzuerhalten.

Cis- und endonormative Geschlechterdefinition

Ich argumentiere in dieser Analyse, dass der Uterus (und die mit ihm einhergehende Möglichkeit des Schwanger-Werdens) in diesem Diskursstrang der zentrale Marker für Weiblichkeit ist: Am Vorhandensein eines Uterus wird festgemacht, ob eine Person »richtig« weiblich ist. In den untersuchten Artikeln wird das MRKH-Syndrom vor allem als eins der Abwesenheit oder des Fehlens eines Uterus definiert (Lefkowitz et al. 2013, S. 925; Daar und Klipstein 2016; Robertson 2016b, S. 69; Api et al. 2017, S. 234; Wei et al. 2017, S. 347; Richards et al. 2019, S. 23; Järholm et al. 2020, S. 1856) – mit der Implikation, dass Frauen eigentlich einen Uterus haben. Damit wird Geschlecht in den untersuchten Studien endonormativ und cisnormativ definiert. In den Studien von Richards et al. (2019) und Järholm et al. (2020) berichten potentielle Empfänger*innen bspw., dass sie sich ohne einen Uterus, ohne Menstruationszyklus und die Möglichkeit, schwanger zu werden, nicht als »richtige« Frauen fühlen.¹⁰ Sowohl für die Empfänger*innen, als auch für die Forscher*innen, die diese Darstellung nicht kritisch einordnen, ist ein Uterus also eine Voraussetzung für das Frausein.

Essentialisierung von Geschlecht

Die Verbindung des Uterus mit Weiblichkeit bedeutet auch, dass die Entnahme des Uterus bei den Spender*innen ein kritisches Moment ist: So verhandelt Hammond-Browning (2019, S. 1324) die Frage, ob die Spender*innen unter dem Verlust des Uterus als »symbol of femininity« leiden würden. Auch Robertson (2016b, S. 72)

10 In einem Artikel von Jones et al. (2019, S. 154) zu den anatomischen Gegebenheiten, potentiellen Operationstechniken und Medikamentenregimen etc., die Uterustransplantationen bei trans Frauen bedeuten würden, wird Menstruation als ein intrinsischer Teil von Weiblichkeit beschrieben und argumentiert, dass trans Frauen daher der Zugang zu Uterustransplantationen ermöglicht werden sollte.

schreibt: »there may still be symbolic and psychological meaning for the donor because she is providing the actual organ of gestation«. Damit wird neben der endo- und cisnormativen Definition von Weiblichkeit auch eine *Essentialisierung* von Geschlecht vorgenommen. Unter Essentialisierung verstehe ich die Reduzierung einer Person(engruppe) auf ein oder mehrere bestimmte, angeblich natürliche oder ursprüngliche Merkmale, die das Wesen dieser Person(engruppe) grundlegend definieren. Essentialisierung ist häufig die Voraussetzung für *Othering* und dient grundsätzlich der Absicherung und Reproduktion gesellschaftlicher Machtverhältnisse: »Eine essentialistische Denkweise kann eine systematisierende und hierarchisierende Funktion erfüllen, wodurch existierende Statusunterschiede wie Privilegierung/Diskriminierung natürlich und unveränderbar erscheinen« (Mega 2018, S. 45). Frau-Sein wird in den Artikeln auf die Existenz eines Uterus und Gebärfähigkeit reduziert; gleichzeitig wird Reproduktion als natürlicher und intrinsischer Wunsch von Frauen beschrieben. So schreibt Murphy: »Gestation can play a key role in expressing and consolidating a female identity« (Murphy 2015, S. 392). Schwangerschaft als sozialer Marker kann also wichtig für den Ausdruck einer weiblichen Identität sein, da eine Frau so sichtbar Weiblichkeitsnormen erfüllen kann. Mutterschaft wird aber nicht nur als rein genetische und natale Verbindung zwischen zwei Personen konzipiert, sondern auch emotional aufgeladen. Frauen ist damit in diesem Diskursstrang nicht nur Gebärfähigkeit inhärent (vgl. Heitzmann 2017, S. 8), sondern auch Mutterliebe¹¹ (vgl. Büchler und Schlumpf 2017, S. 10). Diese Mutterliebe gilt – da Frauen grundsätzlich auf eine sexistische Weise als irrational und emotional konzipiert werden (s. u.) – in den untersuchten Artikeln als überbordend: Daar und Klipstein überlegen in ihrem Artikel bspw., ob ein*e Empfänger*in sich den Uterus bei Komplikationen während der Schwangerschaft (z. B. bei einer Abstoßungsreaktion) wieder entnehmen lassen würde. Dies würde den Tod des Fötus bedeuten; eine Nicht-Entnahme aber ggf. den Tod des*der Empfänger*in. Den Empfänger*innen wird unterstellt, ihr Kinderwunsch sei so groß, dass sie dafür ihr eigenes Leben in Gefahr bringen würden (Daar und Klipstein 2016, S. 385).

Biologische Frauen und trans Individuen

Mit der Definition des Uterus als zentralem Marker für Weiblichkeit geht eine Unterscheidung zwischen cis und trans Frauen einher. In den Artikeln geht das noch tiefer; nämlich auf die genetische Ebene: So unterscheidet Hammond-Browning in

11 Dabei ist Mutterschaft im Sinne des liebevollen Aufziehens, sowie der tiefen emotionalen Bindung zu einem Kind, eine moderne Entwicklung und Konstruktion (Bernard 2014, S. 301–309; Büchler und Schlumpf 2017, S. 10; Thiessen 2019).

ihrem Artikel zwischen »biological females«, womit sie cisgeschlechtliche und endogeschlechtliche Frauen meint, und »transgender women« (2019, S. 1322). In den Montreal-Kriterien wird zwischen »genetic females« und »males or trans individuals« (Lefkowitz et al. 2013, S. 924) unterschieden. Interessant ist hier die Gegenüberstellung von »females« und »women«, die einer biologistischen Definition von Cisgeschlechtlichkeit und Weiblichkeit Vorschub gibt: während der Begriff »women« ausschließlich für Menschen genutzt wird, kann der Begriff »female« auch für Tiere oder Pflanzen gelten. Anstatt also z. B. den Begriff »cisgeschlechtlich« zu nutzen (einzige Ausnahme: Hammond-Browning (2019, S. 1322)), wird die Unterscheidung anhand von biologistischen Deutungen getroffen. MRKH-Patient*innen werden so als biologisch weiblich (und damit nicht-intergeschlechtlich) definiert und damit von trans Frauen abgegrenzt. Sowohl trans- als auch intergeschlechtliche Frauen werden damit geothert und nicht als »richtige« Frauen anerkannt.

Neben der Absicherung innerhalb institutionalisierter Zwänge der Reproduktionsmedizin wird hier durch die Autor*innen eine als natürlich imaginierte, heteronormative Ordnung geschützt und aufrechterhalten, in der nur Frauen schwanger werden und in der es neben männlich und weiblich keine weiteren Geschlechter gibt. Dies geschieht vermutlich, um einer gesellschaftlichen Debatte rund um den Verlust von Natürlichkeit in der Reproduktionsmedizin vorzubeugen (vgl. Bleisch und Büchler 2020, S. 32–33). Murphy (2015, S. 396) wirft bspw. in seinem Artikel die Frage auf, ob eine Schwangerschaft durch einen Mann überhaupt als solche bezeichnet werden kann, da dieser nach der Geburt nicht die Mutter seines Kindes wäre: »unless we are prepared to confer the title of ›mother‹ on gestating men at the point of birth, then they are not pregnant people, properly speaking, but only gestating men«. Schwangerschaft wird damit ausschließlich mit Weiblichkeit und Mutterschaft verknüpft, was einem Bild cisnormativer und heteronormativer Reproduktion Vorschub leistet.

6.3.2 Familiendefinition

Neben Geschlecht wird in den untersuchten Artikeln auch Familie und Verwandtschaft heteronormativ definiert und essentialisiert. Das mache ich im Folgenden zum einen daran fest, dass die Autor*innen erwarten und voraussetzen, dass die Empfänger*innen in »heterosexuellen, romantischen Beziehungen leben und zum anderen an der Verknüpfung nataler, genetischer, rechtlicher und sozialer Elternschaft, die in den Artikeln vorgenommen wird.

Die Autor*innen der Artikel diskutieren an mehreren Stellen, ob es eine Voraussetzung sein sollte, dass die Empfänger*innen in romantischen Beziehungen leben (exemplarisch: Robertson 2016b, S. 70). Begründet wird die Vorgabe mit der notwendigen emotionalen Unterstützung und der Samenspende bei der IVF-Prozedur (Hammond-Browning 2019, S. 1321). Hierbei handelt es sich um eine

amatonormative Vorgabe. Das bedeutet: Die Autor*innen der Studien gehen davon aus, dass alle Menschen in romantischen Beziehungen sind (oder sein wollen) und dass eine romantische Beziehung emotionale Stabilität im Leben der Empfänger*innen bedeutet. Die Annahme, dass Partner*innen der Empfänger*innen eine Samenspende leisten können (Brännström et al. 2016, S. 262; Richards et al. 2019, S. 8), lese ich ebenfalls als heteronormative Annahme. Hierbei wird angenommen, dass die als Frauen imaginierten Empfänger*innen in romantischen Beziehungen mit Menschen leben, die Spermien produzieren. Diese werden als cis Männer imaginiert. Manche Autor*innen sprechen sich aber auch dafür aus, dass Empfänger*innen in (gleichgeschlechtlichen) Beziehungen mit Frauen und Empfänger*innen ohne romantische Beziehung eine Uterusspende empfangen können (Hammond-Browning 2019, S. 1322). Sollten die Empfänger*innen in einer romantischen Beziehung leben, schlagen Järholm et al. (2018, S. 2642) eine umfassende Evaluation der Beziehung vor, u. a. in Bezug auf die Länge der Beziehung, das Alter der Partner*innen, das Bildungsniveau und die emotionale Bindung zwischen den Partner*innen, um gute Elternschaft für das entstehende Kind sicherzustellen. Dabei soll auch analysiert werden, ob es in der Beziehung Konflikte rund um die Entscheidung für eine Uterustransplantation gegeben habe oder ob der*die Partner*in auf den*die Empfänger*in Druck ausübe (Robertson 2016b, S. 75; Järholm et al. 2018, S. 2642–2643; Richards et al. 2019, S. 25). Grundsätzlich ist es eine übliche und sinnvolle Vorgabe der Ärzt*innen, die psychische Gesundheit und den sozialen Rückhalt der Empfänger*innen zu beachten. Allerdings ist dies auch ohne hetero- und amatonormative Erwartungen möglich, indem die Empfänger*innen grundsätzlich dahingehend evaluiert werden, ob sie durch ihr soziales Umfeld (Freund*innen, Familie, Beziehungspartner*innen) Unterstützung erfahren.

In den untersuchten Studien wird Elternschaft als gleichzeitig genetisch, natal, rechtlich und sozial verstanden. Ich mache dies vor allem an der angenommenen Beziehung zwischen den Spender*innen und Empfänger*innen – die als Mutter-Kind-Beziehung konzipiert wird – fest. Diese Annahme verstehe ich ebenfalls als eine Textur, die Heteronormativität annehmen kann. Die Elternteile, die die Empfänger*innen geboren haben, werden in den Artikeln mehrfach als natürliche oder erste Wahl für eine Uterusspende bezeichnet (Brännström et al. 2015, S. 614; Brännström et al. 2016, S. 266; Nakazawa et al. 2019, S. 5). Denn: Die Mutter als Spenderin sei »past her fertile period, shares at least half of the histocompatibility antigens with the recipient, and has proven functionality of the uterus by giving birth to the recipient« (Brännström et al. 2016, S. 266). In dieser Begründung wird *erstens* angenommen, dass die gebärenden Elternteile von erwachsenen Kindern in der Menopause sind, was nicht der Fall sein muss, z. B. wenn die Schwangerschaft in jungem Alter erfolgte. *Zweitens* wird eine genetische Verwandtschaft zwischen Eltern und Kindern angenommen (dabei könnten die Empfänger*innen auch das Produkt einer Eizellspende sein); *drittens* wird angenommen, dass eine Mutter ihr Kind immer

selbst geboren haben muss, womit Adoptiv-, Co- und Stiefmutterschaft nicht beachtet werden. In dieser Formulierung zeigt sich eine heteronormative Imagination von Familie als genetischer Verwandtschaft. Damit einher geht auch, dass als Ziel von Uterustransplantationen das Gründen einer genetisch miteinander verwandten Familie konzipiert wird (Robertson 2016a, S. 715; Hammond-Browning 2019, S. 1323; Nakazawa et al. 2019, S. 3). Diese Koppelung von nataler, genetischer, rechtlicher und sozialer Elternschaft (vgl. Teschlade et al. 2020, S. 9) und die Unsichtbarmachung von alternativen Familienmodellen ist in der Reproduktionsmedizin weit verbreitet und dient der argumentativen Absicherung und Legitimation der Reproduktionstechnologien als harmlos und wirkungsvoll. Wie Andrea Maihofer herausstellt, unterliegt das gesellschaftliche Bild der Familie aktuell einer »paradoxen Gleichzeitigkeit von Wandel und Persistenz« (Maihofer 2014, S. 314). Einerseits flexibilisiert sich das Familienbild – Regenbogenfamilien, Alleinerziehende, uneheliche Kinder werden immer weiter normalisiert, andererseits sind auch heute noch Ehe, Heterosexualität, »natürliche« Fortpflanzung und Familie eng miteinander verbunden und wirken affektiv weiter (Maihofer 2014, S. 315).

Mit den Uterustransplantationen sollen aber nur spezifische Personen zu Eltern gemacht werden: Järholm et al. empfehlen bspw., den ökonomischen Status möglicher Empfänger*innen in Betracht zu ziehen, da die mit der Transplantation verbundenen Kosten für die Empfänger*innen zu hoch sein könnten¹² (Järholm et al. 2018, S. 2642; vgl. Testa et al. 2017b). Ebenso sollen nur Empfänger*innen mit bestimmten Bildungsabschlüssen in Betracht gezogen werden (Järholm et al. 2018, S. 2642). Järholm et al. argumentieren, dass diese Maßnahme darauf abzielt, dass die Empfänger*innen die Risiken der Transplantation auch verstehen können. Hier zeigt sich trotzdem, dass Uterustransplantationen gezielt für eine kleine Gruppe entwickelt werden – cisgeschlechtliche Akademikerinnen aus der Mittel- und Oberschicht – und dass andere, weniger privilegierte Personen durch dieses Verfahren nicht schwanger werden und sich fortpflanzen sollen.

Diese Tendenz ist auch in den sozio-ökonomischen Daten der Empfänger*innen in verschiedenen Studien zu finden: In der Studie von Järholm et al. (2020, S. 1857) haben von neun Empfänger*innen sechs einen universitären Abschluss, und insgesamt acht eine feste Stelle, während die neunte Empfängerin noch studiert. Außerdem haben von den neun Empfänger*innen acht keinen Migrationshintergrund. Die Empfänger*innen sind also eine privilegierte, gebildete, ökonomisch gut gestellte Gruppe. In der Studie von Richards et al. (2019, S. 26) sind von 19 Teilnehmer*innen 73,7 % weiß, die anderen Teilnehmer*innen sind hispanic (10,5 %), other (5,2 %) oder gaben auf diese Frage keine Antwort (10,5 %). Die Teilnehmer*innen

12 Da es sich um klinische Studien handelt, entstehen für die Empfänger*innen meistens keine Kosten für die Uterustransplantationen. Die notwendige(n) IVF-Prozeduren müssen aber ggf. selbst bezahlt werden.

sind zu 52,6 % verheiratet und zu 42,1 % in einer Beziehung – damit ist nur eine Teilnehmerin single.

6.4 Symbolische und materielle Herstellung von Weiblichkeit

Ich möchte argumentieren, dass die Empfänger*innen durch die Uterustransplantation sowohl materiell als auch symbolisch zu Frauen gemacht werden. Auch die Spender*innen werden als und zu Frauen diszipliniert. Hieran zeigt sich, dass die Spender*innen und Empfänger*innen – die ja als nicht-queer markiert sind, sondern eigentlich Normen zu Geschlecht und Sexualität entsprechen – ebenfalls aktiv in heteronormative Vorgaben z. B. zu Geschlecht normiert werden müssen, um Heteronormativität als Ideologie und Struktur aufrecht zu erhalten. Es wird auch die Künstlichkeit und der Legitimationsbedarf von Heteronormativität deutlich. Durch das Einfügen von Menschen in heteronormative Vorgaben wird Heteronormativität materialisiert, reaffirmiert, bleibt bestehen und bildet die Voraussetzung für die weitergehende Normierung von Menschen in das vorgegebene Körper-, Geschlechter-, Sexualitäts-, Beziehungs- und Familiensystem.

6.4.1 Die Spender*innen

Die Spender*innen als unmündige, beeinflussbare und fremdbestimmte Patient*innen

Die Spender*innen werden, so meine These, vor allem dadurch symbolisch zu Frauen gemacht, indem sie als solche behandelt werden. Das wird in den Ein- und Ausschlusskriterien der analysierten Studien ersichtlich: Mehrere Studien betonen, dass die Spender*innen ihre eigene Kinderplanung abgeschlossen haben und postmenopausal sein sollten (exemplarisch: Järvholm et al. 2018, S. 2643) – als wäre den Spender*innen nicht klar, dass sie durch die Entnahme ihres Uterus nicht mehr schwanger werden können. In mehreren Studien müssen die Partner*innen der Spender*innen außerdem der Hysterektomie zustimmen (exemplarisch: Brännström 2013) bzw. die Spender*innen sollen sich überlegen, ob potentiell neue Partner*innen nicht doch gerne Kinder haben würden:

»For living donors in a relationship, it is of utmost importance to discuss family planning, especially if still of childbearing age. Understanding where the donor and her partner are in terms of completing their family is critical. [...] An additional area of contemplation is how the donor may feel in the event of an unexpected or anticipated change in the current relationship (ie, death, divorce) and the subsequent potential relationship with a new partner who may want children. Similarly, for women of childbearing age without a partner, it is important to dis-

cuss the possibility of later having a partner who wants children« (Järvholm et al. 2018, S. 2643).

Das heteronormative Geschlechterverhältnis wird hier reproduziert – insbesondere, da die Spender*innen als heterosexuelle cis Frauen imaginiert werden und ihre Partner*innen als heterosexuelle cis Männer. Selbstverständlich ist es wichtig, dass Patient*innen umfassend aufgeklärt und vor einer so bedeutsamen medizinischen Prozedur sichergestellt wird, dass sie über die Konsequenzen nachgedacht haben.¹³ Gleichzeitig wirkt diese Aufklärung sexistisch, insbesondere in Bezug darauf, ob potentielle neue Partner*innen einen Kinderwunsch haben könnten, den die Spender*innen erfüllen wollen würden. Die Wünsche und Bedarfe der Spender*innen werden hier als weniger wichtig erachtet werden als jene zukünftiger Partner*innen.

Diese Positionierung der Spender*innen, zum einen in Bezug auf ihre Partner*innen, deren Wünschen sie sich unterordnen sollen, und zum anderen in Bezug auf ihre Ärzt*innen, von denen sie paternalistisch über die Konsequenzen einer Uterusspende aufgeklärt werden, führt dazu, dass die Spender*innen als unmündige, leicht beeinflussbare Patient*innen erscheinen, die keine selbstbestimmten und informierten Entscheidungen über ihre Körper, Beziehungen und Wünsche treffen können.

Schutzbedürftigkeit der Spender*innen

Aus der Positionierung der Spender*innen als unmündig, beeinflussbar und fremdbestimmt folgt, dass ihnen eine große Schutzbedürftigkeit zugeschrieben wird. Sie sollen, wie nachfolgend ausgeführt u. a. vor sozialem und familiärem Druck, ihrem eigenen Altruismus, ihrem eigenen Geltungsbedürfnis und vor der Illusion, sie seien die Mütter der entstehenden Kinder, geschützt werden.

Erstens: Mehrere Autor*innen weisen darauf hin, dass die Spender*innen, wenn sie die Mütter der Empfänger*innen sind, vor familiärem Druck geschützt werden müssen: »mothers of UFI [Uterine Factor Infertility, AS] patients may feel compelled to volunteer for this high risk procedure despite potential risks to themselves« (Flyckt et al. 2018, S. 92). In der Studie von Nakazawa et al. (2019, S. 1) geben 32,3 % der befragten Frauen an, sich eine Uterusspende an ihre Tochter vorstellen zu können und 36,7 % der Männer geben an, ihre Frauen bitten zu wollen, als Spender*innen für ihre Töchter zu fungieren. Diese Antworten zeigen durchaus einen möglichen familiären Druck an – gleichzeitig handelt es sich um ein hypothetisches Szenario

13 Diese Maßgabe wird in der Medizin als *Informed Consent* bezeichnet, d. h. dass Patient*innen einem Eingriff nur mit dem Wissen aller notwendigen Informationen, z. B. über Risiken und Alternativen, zustimmen sollen (Buser et al. 2011, S. 253).

für die Befragten in der Studie. Bei Hammond-Browning (2019, S. 1324) geht diese Befürchtung des familiären Drucks so weit, dass sie grundsätzlich skeptisch ist, wenn eine Mutter (oder eine andere nahe Verwandte) sich dazu bereit erklärt, einen Uterus zu spenden: »If the donor is a relative, then particular care must be taken with donor consent as there is a risk of emotional pressures and coercion within the familial environment as well as societal pressures«.

Zweitens: Altruismus als Motivation der Spender*innen wird von einigen Autor*innen kritisch betrachtet. So schreibt Hammond-Browning (2019, S. 1324): »The willingness of women to act altruistically and subject themselves to risks when there is no corresponding medical benefit to them is admirable, yet should raise concerns«. Es ist ihr ein besonderes Anliegen, wenn die Empfänger*in des Uterus nicht mit der spendenden Person verwandt ist, den Altruismus zu hinterfragen (Hammond-Browning 2019, S. 1324–1325). Altruismus als Motivation der Spender*innen wird kritisch gegenübergestellt (vermutlich aufgrund der Vermutung sozialen bzw. familiären Drucks), aber auch nicht-altruistische Motivationen werden als illegitim markiert (s. u.). Weiblichkeit – und damit insbesondere Mütterlichkeit – konstituieren sich dadurch, Risiken und Schmerzen zum Wohlergehen anderer (insbesondere der eigenen Kinder) auf sich zu nehmen (vgl. Motakef 2011): »Donors will incur longer and larger burdens than any other living organ or tissue donor, while recipients will [not, AS] benefit from longer life but a richer and more fulfilling one« (Robertson 2016b, S. 79). Vor diesen Schmerzen und Belastungen wollen die Autor*innen die Spender*innen schützen.

Drittens: Auch eine andere Form der Motivation erscheint den Autor*innen der Studien verdächtig. Järholm et al. (2018, S. 2644) betonen, dass »careful assessment of potential ulterior motives [...] is another fact to consider« und warnen davor, dass die Spender*innen sich durch die Spende für die Medienöffentlichkeit interessant machen wollen. Die Spende soll also nicht aus dem Wunsch nach Aufmerksamkeit und Selbstvermarktung erfolgen. Hier zeigt sich – wie so oft bei gesellschaftlichen Anforderungen an Frauen – dass es keine akzeptable Motivation gibt. Wie immer sich die Spender*innen präsentieren, sie haben mit Kritik zu rechnen und sie werden grundsätzlich als schwach, beschützenswert, beeinflussbar und abhängig positioniert.

Viertens: Robertson (2016b, S. 72) fordert eine psychologische Beratung für die Spender*innen, »so that the donor does not believe that she is ›the mother‹ of the child simply because she has provided the organ essential for the recipient's reproduction«. Ähnliches findet sich auch bei Kreß:

»Sollte schließlich tatsächlich ein Kind geboren werden, kommen potentiell konfliktträchtige Familien- und Beziehungsstrukturen zustande. Dies kann etwa dann gegeben sein, wenn die Großmutter des Kindes durch die Hergabe ihrer Gebärmutter zugleich in gewisser Weise dessen Mutter ist und sie deshalb (Vor-)Rech-

te bei der Erziehung des Kindes und Umgang mit ihm beansprucht« (Kreß 2016, S. 127).

Wie auch Stubber und Kirkman (2016, S. 43) in ihrer Analyse herausarbeiten, sind Frauen¹⁴, die ihre Reproduktionsfähigkeit (z. B. bei Leihmutterschaft – aber ich würde argumentieren, dass dies auch für eine Uterusspende gilt) nicht für sich selbst, sondern für andere einsetzen, grundsätzlich verdächtig. Dies liegt in der Zuschreibung von unkontrollierbarem Mutterinstinkt und überbordender Mutterliebe, die die Frauen nicht überwinden können. In den Artikeln wird ein Bild von Frauen als irrational festgeschrieben, die ohne professionelle Hilfe ihre Rolle im Prozess der Organspende nicht verstehen können und wollen. Stattdessen müssen sie vor Fehlschlüssen geschützt werden.

Mütterliche Rolle

Teil der symbolischen Herstellung von Weiblichkeit der Spender*innen ist, so möchte ich argumentieren, dass ihnen (unabhängig von der tatsächlichen genetischen, natalen, sozialen und rechtlichen Beziehung) eine mütterliche Rolle in Bezug auf die Empfänger*innen zugeschrieben wird. Eine Mutter scheint für die Autor*innen nicht nur aufgrund der angenommenen genetischen Verwandtschaft die beste Option als Spenderin zu sein: Zusätzlich wird ihr zugeschrieben, dass sie bereit ist, für ihr Kind Schmerzen und Risiken auf sich zu nehmen. Dieses Narrativ der Aufopferung für ein Kind findet sich bei Flyckt et al. (2018, S. 92): »Mothers may go to any length to alleviate their child's suffering, regardless of personal risk«. Und auch bei Wei et al. (2017, 355) findet sich diese Auffassung: »To ensure the success of uterine transplantation, with the priceless mother's love, the mother choose [sic!] to undergo an elective radical surgical procedure with the known significant risks«. Mutterliebe wird hier dadurch ausgedrückt, (vermeidbare)¹⁵ Schmerzen und Risiken auf sich zu nehmen, um das Lebensglück des Kindes zu garantieren. Den Spender*innen wird eine überbordende Mutterliebe zugeschrieben, die sie sogar selbst in Gefahr bringt, indem sie die Risiken der Operation auf sich nehmen.¹⁶ Dies

14 Da gesellschaftlich davon ausgegangen wird, dass Menschen, die schwanger werden können, Frauen sind, benutze ich den Begriff hier so.

15 Ich bezeichne diese Schmerzen hier deshalb als vermeidbar, da *erstens* die Hysterektomie ausschließlich für die Spende geschieht und nicht zu anderen Zwecken und somit für den*die Spender*in »unnötig« ist und *zweitens* die Hysterektomie zum Zweck der Spende komplizierter, länger und risikoreicher ist als eine Standard-Hysterektomie.

16 Auch dies ist etwas, wovor die Spender*innen geschützt werden sollen. So warnt Sayani Mitra davor, dass mit Lebend-Uterusspenden an ein eigenes Kind eine weitere vergeschlechtlichte Verantwortung an Mütter aufkommt (Mitra 2021, S. 281).

lässt sich gut auf die Beobachtungen von Motakef und Wöhlke (2013) beziehen: Organspende wird als Teil einer mütterlichen Pflicht der Aufopferung und des Lebenschenkens gesehen und das Kind als Teil der mütterlichen Leiblichkeit verstanden. Schwangerschaft, Geburt und Organspende sind in diesem Verständnis Teil einer Kontinuität: »Gerade Mütter erklären, dass sie ihren Kindern bereits einmal das Leben geschenkt haben. Wieso sollten sie ihnen nicht noch einmal Leben schenken?« (Motakef 2011, S. 215).¹⁷ Motakef und Wöhlke analysieren ein Interview einer Mutter, die ihrem Kind eine Niere spendete, und arbeiten daran heraus, dass die Mutter das Kind als Teil der eigenen Leiblichkeit versteht und dass sie eine direkte Linie von der Schwangerschaft zur Organspende für das Kind zieht: »Frau Thymen hat ihr Kind zwar auf die Welt gebracht, allerdings nicht »vollständig«. In dieser Lesart liefert sie eine gesunde Niere nach« (Motakef und Wöhlke 2013, S. 103). Dieses Verständnis findet sich, wie ich gezeigt habe, auch in den untersuchten Artikeln.

Die Organspende kann damit für spendende Mütter als Selbstverständlichkeit erlebt werden und Reflektionen über die Vermeidung von Schmerzen und körperlicher Unversehrtheit treten in den Hintergrund (Motakef 2011, S. 197). Cornelia Schadler (2013, S. 292–297) beschreibt in ihrer Studie den Übergang von werdenden Eltern von einem Kinder- zum Erwachsenenstatus. Letzterer zeichnet sich durch die Verantwortungsübernahme für einen anderen Menschen aus. Die Mütter als Spenderinnen schenken also nicht nur ihren Kindern und Enkel*innen das Leben, sondern helfen ihrem Kind, den symbolischen Status eines Erwachsenen zu erreichen.

Auch wenn die Autor*innen jeweils betonen, dass die Spender*innen nicht die Mütter der durch die Uterustransplantation entstehenden Kinder sind, so wird hier dennoch ein starkes Mutterschaftsbild, das auf Selbst-Aufopferung und Hingabe beruht, aufgerufen. Die Spender*innen sind entweder tatsächlich die genetischen, natalen, juristischen und/oder sozialen Mütter der Empfänger*innen oder nehmen über diese Konstruktion eine mütterliche Rolle gegenüber ihnen ein. Sie werden durch ihre Spende zu Müttern gemacht, weil sie Schmerzen und Opfer für das Glück einer anderen Person auf sich nehmen. Hier wird also auf dreifache Weise eine mütterliche Beziehung zwischen den Spender*innen und den Empfänger*innen im Diskurs konstruiert: Zum ersten sind die Spender*innen oft genetische und juristische Mütter der Empfänger*innen, zum zweiten verstünden sie oft den Akt der Spende eines Organs als Kontinuum von Schwangerschaft und Geburt, bei dem ein fehlendes oder »defektes« Organ später »nachgereicht« wird und zum dritten wird den Spender*innen durch die Übernahme (unnötiger) Schmerzen für die Verbesserung der Lebensqualität der Empfänger*innen Mütterlichkeit zugesprochen. Die Spender*innen werden also durch den Akt der Spende und die damit

17 Wobei das (Über-)Leben der Empfänger*innen nicht von der Spende eines Uterus abhängt, dagegen aber das Leben eines (genetischen) (Enkel-)Kindes.

verbundenen Konnotationen in eine weibliche Rollenerwartung eingefügt, die mit Aufopferung und Leben-Geben assoziiert ist.

6.4.2 Die Empfänger*innen

Materielle Herstellung von Weiblichkeit

Neben der symbolischen Herstellung von Weiblichkeit durch die Behandlung als weiblich (s. u.) werden die Empfänger*innen auch materiell zu Frauen gemacht – und zwar durch die Uterustransplantation: In einem Artikel, der bezeichnenderweise den Untertitel »The joys and frustrations of becoming a ›complete‹ woman« trägt (Järvholm et al. 2020), werden die Einstellungen und Gefühle der Empfänger*innen nach erfolgter Uterustransplantation erhoben. Die Empfänger*innen stellen heraus, dass der Uterus ihre Körper vervollständige (»making their bodies complete« (Järvholm et al. 2020, S. 1858))¹⁸, was sie daran festmachen, dass sie, wie alle anderen Frauen [sic!], auf eine Schwangerschaft hoffen können (Järvholm et al. 2020, S. 1859). Die Teilnehmer*innen der Studie von Richards et al. (2019, S. 31) berichten, dass sie die Uterustransplantation nach der MRKH-Diagnose und der damit einhergehenden psychischen Probleme und dem niedrigen Selbstbewusstsein als heilsam erleben. Die Empfänger*innen motiviert auch die soziale Position des Schwanger-Seins und des Erfüllens von heteronormativen Weiblichkeitsnormen. Die Empfänger*innen werden – so Järvholm et al. – durch den Uterus eine Frau »wie alle anderen«: »Having a uterus, and so becoming like every other woman, was experienced as both joyful and stressful« (Järvholm et al. 2020, S. 1859; vgl. Lefkowitz et al. 2013, S. 925). Die Empfänger*innen beschreiben bspw., dass der Uterus und insbesondere ein Menstruationszyklus wichtig für ihr Selbstbewusstsein gewesen sei (Järvholm et al. 2020, S. 1859). Der Uterus mache die Empfänger*innen also erst zu (›richtigen‹) Frauen, da sie durch die Transplantation cis- und endonormativen Weiblichkeitsnormen entsprechen. Mit Cornelia Schadler (2013) gesprochen, können Uterustransplantation daher als Herstellung einer Heteromaterialität interpretiert werden. Das bedeutet: Mit einer Uterustransplantation wird ein Körper hergestellt, der heteronormativen Vorgaben von Weiblichkeit und spezifisch der Reproduktionsfähigkeit entspricht. Aus dieser Herstellung von Weiblichkeit und der Befähigung zu einer Schwangerschaft folgen dann sich reproduzierende Grenzziehungen, Positionierungen und Praktiken, die den entstehenden heteronormativ-weiblichen Körper als solchen festschreiben (Schadler 2013, S. 321). Dies ist auch insofern spannend, als dass die Spender*innen, wie ich herausgearbeitet habe, vor dem sozialen Druck geschützt werden sollen, ihren Uterus zu spenden. Ähnliche Argumentationen, die po-

18 Komplementär berichtet eine Studienteilnehmerin in der Studie von Richards et al. (2019, S. 29), dass sie sich ohne Uterus gebrochen bzw. unvollständig (›broken‹) fühlt.

tentielle Empfänger*innen vor dem sozialen Druck bzw. normativen Weiblichkeitsanforderungen schützen sollen, finden sich in den Artikeln nur ein einziges Mal: Robertson (2016b, S. 75) befürchtet, dass das internalisierte Frauenbild der Empfänger*innen zu deren Motivation für eine Uterustransplantation beitragen kann: »Another fear is that the desire for transplant may be driven by an internalized stereotype that a woman is not whole unless she bears and rears her own child, no matter how great the risk this poses to her or the donor's health and that of the fetus/child to be«.

Allerdings ist das Ziel von Uterustransplantationen in den Studiendesigns nicht die Herstellung einer weiblichen Selbstidentifikation, sondern die Ermöglichung von Schwangerschaften und die damit verbundene Herstellung von Mutterschaft. Ich möchte argumentieren, dass eine einmal hergestellte Mutterschaft das unvollständige Frau-Sein der Empfänger*innen *erstens* konsolidiert und damit *zweitens* überlagert, d. h. nachdem die Empfänger*innen geboren haben, kein Zweifel mehr an ihrer Weiblichkeit besteht. Die Uterustransplantation ist Teil einer Transitionsphase hin zu Mutterschaft, weswegen die Entnahme des Uterus bei den Empfänger*innen unkritisch ist, wenn bereits ein Kind geboren wurde. Wie Järholm et al. (2020, S. 1858) herausstellen, berichten die Empfänger*innen zwar, dass der Uterus eine wichtige Rolle in der Herstellung einer weiblichen Selbstidentität gehabt habe – dies sei aber nicht das eigentliche Ziel der Transplantation gewesen: »the main goal was to achieve parenthood, not womanhood«. Durch die Spende seien sie zu Müttern geworden, so dass der Uterus nun keine Rolle mehr spiele und die eigene Weiblichkeit noch intakt sei (Järholm et al. 2020, S. 1858). Deshalb sei die weibliche Selbstidentität auch dann noch gültig, wenn der Uterus wieder entnommen werde: »They stressed that without the uterus they still felt complete as women« (Järholm et al. 2020, S. 1859).¹⁹ Für die Empfänger*innen sei es normal, auch nach der (Wieder-)Entnahme des Uterus keinen Uterus zu haben. Durch die Spende verändern sich aber ihre Selbstwahrnehmung, die Sexualität und das Körpergefühl (Järholm et al. 2020). Kritisch sei die Uterusentnahme für die Empfänger*innen, die nicht schwanger wurden oder die Fehlgeburten erlitten (Richards et al. 2019, S. 32; Järholm et al. 2020, S. 1860).

Symbolische Herstellung von Weiblichkeit

Wie auch die Spender*innen werden die Empfänger*innen durch paternalistische Behandlung und Passivierung symbolisch zu Frauen gemacht. In ihrer Studie zur

19 Der Artikel widerspricht sich an dieser Stelle selbst: Einerseits wird argumentiert, dass nach der Entnahme des Uterus die Empfänger*innen nun immer noch als ganze Frauen fühlen, andererseits, dass sie sich durch die Entnahme wieder ganz normal bzw. wie vorher fühlen würden (Järholm et al. 2020, S. 1859–1860).

Soziologie der Schwangerschaft beobachten Hirschauer et al. (2014), wie zeugende Elternteile und medizinisches Personal im Diskurs eine aktive Rolle einnehmen, während schwangere Personen als passiv und Leben-schenkend positioniert werden. Dies geht mit einer Vergeschlechtlichung einher: »Schwangere werden durch eine *Passivierung* ihres Beitrags zur Fortpflanzung gewissermaßen zu Frauen gemacht« (Hirschauer et al. 2014, S. 266 [HiO]; vgl. Freeman 2015). Wie auch bei den Spender*innen müssen die Partner*innen der Empfänger*innen in mehreren Studien der Uterustransplantation zustimmen (Ozkan et al. 2013, S. 471; Brännström et al. 2016, S. 262; Wei et al. 2017, S. 347). Im Fall der schwedischen Studie muss der Partner der Patientin sogar bei der Uterusentnahme nach der erfolgreichen Schwangerschaft zustimmen (Brännström et al. 2015, S. 615). Auch hier werden die als Frauen imaginierten Empfänger*innen von den Entscheidungen ihrer (als männlich imaginierten) Partner*innen abhängig gemacht und erscheinen unfähig, selbstbestimmte Entscheidungen über ihre Körper treffen zu können.

6.5. Repronormativität und Repronormierung

6.5.1 Begriffsbestimmung

Ich konzipiere Repronormativität bzw. -normierung als eine spezifische Erscheinungsform von (heteronormativer) Disziplinierung. Der Begriff der Repronormativität wurde zunächst von der feministischen Juristin Katherine M. Franke entwickelt. Sie forderte 2001 in einem Essay, Mutterschaft einer ebensolchen kritischen Analyse zu unterziehen wie Heterosexualität und »[t]he centrality, presumption, and inevitability of our responsibility for children« kritisch zu hinterfragen (Franke 2001, S. 183). Nadyne Stritzke und Elisa Scaramuzza fassen das Konzept der Repronormativität in Anlehnung an Nina Degeles (2005) Konzeption von Heteronormativität folgendermaßen zusammen:

»Thus, repronormativity is defined by four characteristics. First, binary gendered, heterosexual procreation is *naturalized* by declaring it a biological necessity that becomes self-evident. Second, cultural practices and institutions that are generated by repronormativity are reproduced *unconsciously*. Third, repronormativity is *institutionalized*, in other words, it is not only internalized and reproduced by individuals, but also by social institutions. Fourth, along with these social processes of institutionalization comes a *reduction of complexity*« (Stritzke und Scaramuzza 2016, S. 146).

Repronormativität bezeichnet also die gesellschaftliche Annahme, dass alle Menschen Kinder haben wollen und werden. Repronormativität trifft besonders (*weiß*,

heterosexuelle, nicht-behinderte...) Frauen (hornscheidt 2015, S. 110) und verknüpft normative Erwartungen an vergeschlechtlichte Körper mit normativen Erwartungen an Reproduktion(-sfähigkeit). So wird, mit der Rechtswissenschaftlerin Theresa Richarz (2019, S. 67) gesprochen, das Vorhandensein eines Uterus mit Gebärfähigkeit, Weiblichkeit und (potentieller bzw. zukünftiger) Mutterschaft gleichgesetzt. Repronormierung verstehe ich als eine spezifische Form der Disziplinierung, bei der Menschen in normativ definierte Reproduktionserwartungen eingefügt werden. Das geschieht bspw., wenn von trans Frauen erwartet wird, eine »Orchiektomie durchführen zu lassen, um sich nicht auf eine »falsche« Weise fortpflanzen zu können oder bei der Erwartung, dass alle trans Frauen Interesse an einer Uterustransplantation haben, um auf eine normative Weise Kinder bekommen zu können.

6.5.2 Naturalisierung und Essentialisierung des Kinderwunschs

Kinder bekommen (zu können) wird in den untersuchten Artikeln als fundamentales, existenzielles und essentielles Kriterium des Menschseins verhandelt. Das zeigt sich z. B. an diesem Zitat aus dem Artikel von Beckmann et al. (2017, S. 389): »Die Sehnsucht nach einem Kind gehört wesentlich zum Menschen, das Streben nach ihrer Erfüllung zu den grundlegenden Merkmalen der menschlichen Existenz«. Die Begriffe »grundlegend« und »Existenz« deuten darauf hin, dass die Autor*innen den Kinderwunsch als fundamentales Kriterium für das Menschsein konzipieren. Andreas Bernard (2014, S. 120) schreibt über das Wort »Kinderwunsch«, dass dieses »inzwischen wie ein zu überwindendes [?] Krankheitssymptom gebraucht wird«. Bernard arbeitet in seiner Analyse auch heraus, dass ein Kinderwunsch für ungewollt kinderlose Personen zur Existenzfrage werde und diese Sehnsucht nach einem Kind das ganze Leben bestimme (Bernard 2014, S. 442). Der Kinderwunsch wird in den untersuchten Artikeln naturalisiert und essentialisiert: »What LDUTx [Live Donor Uterus Transplantation, AS] accomplishes is the natural desire of many women to become a biological mother« (Testa et al. 2017a, S. 914). Damit geht einher, dass Menschen, die keine Kinder wollen (die in den untersuchten Artikeln nicht in Erscheinung treten) nicht als vollständige Menschen konstruiert werden – das Zitat von Testa et al. bildet hier (»many women«, nicht »all women«) eine Ausnahme. Järvholm et al. (2020, S. 1860) erheben die Gefühle und Einstellungen der Uterus-Empfänger*innen nach den Operationen und merken an: »The fact that they could now hope for pregnancy and motherhood like everyone else meant that a big obstacle was gone«. »Wie alle anderen« macht deutlich, dass in diesem Denkstil alle anderen Menschen auf eine Schwangerschaft und Elternschaft hoffen.

Zu diesem allen Menschen unterstellten Kinderwunsch gesellt sich das Argument, dass die Nicht-Erfüllung des Kinderwunsches schwerwiegende physische und psychische Konsequenzen haben kann: »Dabei stellt die Erfüllung eines Kinderwunsches einen wesentlichen Anteil der Lebensqualität dar, und durch ungewollte

Kinderlosigkeit kommt es zu einer merklichen Einschränkung des physischen wie des psychischen Wohlbefindens« (Beckmann et al. 2017, S. 389). Ein nicht-erfüllter Kinderwunsch wird also mit psychischen und physischen Krankheiten, geringem Selbstwertgefühl bzw. mit Stigmatisierung und (daraus folgendem) Leiden in Verbindung gebracht; Järholm et al. verknüpfen (den Begriff der) Unfruchtbarkeit mit Verlust (»loss[...]«), Verletzbarkeit (»vulnerability«) und Trauma (»trauma«) (Järholm et al. 2018, S. 2643; vgl. Daar und Klipstein 2016; Beckmann et al. 2017; Flyckt et al. 2018; Järholm et al. 2020). Dies zeigt sich auch durch den Begriff »Sehnsucht« im Zitat von Beckmann et al. oben: Sehnsucht impliziert als Metapher einen so starken Wunsch, dass es sich um einen pathologischen Zustand (Sucht) handelt. (Ungewollte) Kinderlosigkeit gilt in den Artikeln außerdem als ein Kampf bzw. als beschwerlicher Weg. Die Patient*innen »streben« nach dieser Erfüllung (Beckmann et al. 2017, S. 389), sie nehmen Risiken auf sich (Flyckt et al. 2018, S. 91), sie geben alles (»they had tried their utmost«, (Järholm et al. 2020, S. 1860)) und sie überwinden Hindernisse (Järholm et al. 2020, S. 1860). Die Erfüllung des Kinderwunsches ist dagegen mit sehr viel positiveren Begriffen belegt: Ein lange existierender, sehnlicher Wunsch, eine lange gehegte Hoffnung geht in Erfüllung (Beckmann et al. 2017, S. 389; Järholm et al. 2020, S. 5) und sorgt so für eine emotionale Katharsis »to experience the ultimate supreme feeling of childbirth« (Hegde 2017, S. 311), bzw. das magische Erlebnis von Geburt und Mutterschaft: »the »magical« experience of motherhood« (Hegde 2017, S. 310).

Kinder bekommen zu wollen ist also in diesem Diskursstrang nicht nur ein sehnlicher Wunsch, sondern ein fundamentales, menschliches Bedürfnis, von dem die Gesundheit der Leidenden abhängt. Ein unerfüllter Kinderwunsch wird von den Autor*innen der Studien medikalisiert, also als Problem konstruiert, das von Mediziner*innen und durch medizinische Intervention zu lösen ist. Damit werden argumentativ Uterustransplantationen zur *Therapie* von AUFI erklärt (vgl. Hegde 2017, S. 309). Es scheint eine Legitimierungsstrategie für Uterustransplantationen zu sein, dass die Autor*innen der Studien ungewollte Kinderlosigkeit und Unfruchtbarkeit derart emotionalisieren und darstellen. Schließlich handelt es sich um medizinische Eingriffe, die erhebliche Risiken bedeuten, aber nicht (über-)lebensnotwendig sind. In der Darstellung der Forscher*innen sind Uterustransplantationen aber deswegen wichtige Forschung, da sie Leiden verringern und die psychische und physische Gesundheit der Patient*innen verbessern. Dabei werden allerdings Menschen unsichtbar gemacht, die keinen Kinderwunsch verspüren. In einer heteronormativen Gesellschaft wird also nicht nur davon ausgegangen, dass alle Menschen endogeschlechtlich, cisgeschlechtlich, heterosexuell, allosexuell, »alloromantisch und »monosexuell sind, sondern auch, dass alle Menschen einen Kinderwunsch haben. Ein Teil heteronormativer Disziplinierung besteht dementsprechend darin, Menschen in diese spezifische Form und Vorstellung von Familie(-ngründung) zu normieren.

6.5.3 Vergeschlechtlichte Repronormierung

Die Repronormierung trifft, wie ich im Folgenden darstelle, ganz besonders Frauen. In der Reproduktionsmedizin wird Weiblichkeit häufig biologisiert bzw. cisnormativ definiert (d. h. an bestimmte Organe wie Brüste, Uterus und Eileiter gebunden) und der Wunsch nach Schwangerschaft und Mutterschaft essentialisiert (also zu einem zentralen, inhärenten Kern von Weiblichkeit erklärt). Dies arbeiten z. B. Hirschauer et al. (2014, S. 267) in ihrer Soziologie der Schwangerschaft heraus: »Sie [die biomedizinische Sichtweise, AS] konzipiert Frauen als hormonell bestimmte Gattungswesen, die durch die Schwangerschaft gewissermaßen zu ihrer natürlichen Bestimmung kommen, also zu dem werden, was ihre Geschlechtszugehörigkeit für sie vorsieht«. Frauen werden permanent in ihrer Reproduktionsfähigkeit angesprochen und damit überhaupt erst zu Frauen gemacht: »Die Gesellschaft adressiert die stillschweigende aber mächtige Erwartung ihrer eigenen generationellen Fortsetzung primär an Frauen, und umgekehrt wird das Frausein wesentlich durch diese Erwartung bestimmt: Eine Frau ist, wer Kinder kriegen kann und kriegen wird« (Hirschauer et al. 2014, S. 264).

So bezeichnen Testa et al. (2017a, S. 914) Schwangerschaft und Mutterschaft als natürlichen Wunsch vieler Frauen. Api et al. (2017, S. 234) zitieren eine Vorschrift der International Federation of Obstetrics and Gynecology, die es als unethisch auffasst, jungen Frauen den Uterus zu entnehmen, die nicht »the desired number of children« hätten. Für wen hier die gewünschte Anzahl an Kindern geboren werden sollte (Patient*in? Ärzt*innen?), wird bei Api et al. nicht ausgeführt. Lefkowitz et al. (2013, S. 924) schreiben: »Furthermore, we do not believe that, ethically, a nulliparous woman, who has by her own volition never desired to bear children, should be rejected as a potential donor on this basis«. Auffällig an diesem Satz sind die zahlreichen Verneinungen – sie deuten auf die starke soziale Norm hin, die hier implizit verhandelt wird: Frauen wollen und sollen Kinder gebären – die Betonung der Ausnahme hier stärkt die Norm, anstatt sie zu dekonstruieren. Die Rechtswissenschaftlerinnen Andrea Büchler und Eva Schlumpf analysieren die Essentialisierung des Kinderwunschs und Vergeschlechtlichung von Reproduktionsarbeit treffend:

»Nur die Frau, welche das Kind selbst zur Welt bringt, erfüllt die Anforderungen an das Muttersein. Die Funktionalisierung des weiblichen Körpers bezieht sich nicht nur auf das Muttersein, sondern auch auf das Mutterwerden. Die Möglichkeit, ein Kind auf die Welt zu bringen, wird als Teil weiblicher Identität betrachtet. Unfruchtbarkeit führt zur Enttäuschung einer privaten und gesellschaftlichen Erwartung« (Büchler und Schlumpf 2017, S. 13).

Das Leiden an der Kinderlosigkeit wird in den Artikeln ebenfalls vergeschlechtlicht (vgl. Mense 2004) – es sind Frauen, die an Kinderlosigkeit leiden und die den Wunsch verspüren, Kinder zu bekommen (Daar und Klipstein 2016, S. 384).

Zentral an Repronormierung ist also die Annahme, dass alle Menschen, ganz besonders aber Frauen, einen Kinderwunsch haben und Eltern werden wollen. Die untersuchten Studien nutzen repronormative Argumente, um die Legitimität ihrer Forschung abzusichern, normieren aber im selben Schritt Frauen und Menschen allgemein. Wie sich zeigt, werden auch Menschen repronormiert, die heteronormativen Vorgaben zu Geschlecht und sexueller Orientierung entsprechen.

6.5.4 Repronormierung von trans und inter* Personen

Wie geht nun aber der Diskursstrang zu Uterustransplantationen mit trans und intergeschlechtlichen Personen und deren Reproduktionswünschen um? Nadyne Stritzke und Elisa Scaramuzza (2016, S. 141) schreiben in ihrem Artikel zu trans und inter Personen und Schwangerschaft: »The question of pregnancy is either a lived or a painfully and violently denied corporeality for trans* and intersex people«.

Zunächst ist die Reproduktionsmedizin als ein von Heteronormativität durchzogener Raum zu verstehen. In ihrem Artikel »Space invaders: queer and trans bodies in fertility clinics« geht die Aktivistin und Soziologin Rachel Epstein auf die Situation von queeren, insbesondere trans Patient*innen in der Reproduktionsmedizin ein. Sie beschreibt diese als heteronormativen Raum, in dem nicht-cisgeschlechtliche und nicht-heterosexuelle Personen unintelligibel sind: »Bodily secretions, bodily productions and body parts are routinely linked to sexed and gendered bodies, normative sexual orientations and predictable (heterosexual) practices« (Epstein 2018, S. 1041). Auch Sarah Charlotte Dionisius (2021, S. 106) arbeitet in seiner*ihrer Dissertation zu queeren Praktiken der Reproduktion heraus, dass die »sexuelle Orientierung der lesbischen Befragten »innerhalb des heteronormativ strukturierten Kliniksettings eine Störung der »Matrix der Intelligibilität« darstellt. Für die Reproduktionsmedizin gilt, wie Epstein (2018, S. 1047) herausstellt: »Body parts=gametes=sex=gender=sexual orientation=sexual practice«. Es kommt also in der Reproduktionsmedizin zu einer unhinterfragten, heteronormativen Gleichsetzung von Genitalien, »Gameten, Geschlecht, Geschlechtsidentität und -rolle, sexueller Orientierung und ausgeübten sexuellen Praktiken. Die Reproduktionsmedizin sei, so Epstein, hyper-vergeschlechtlicht und hyper-heterosexualisiert, z. B. indem alle Personen, die potentiell schwanger werden können als »mommy« angesprochen werden und Personen, die Spermien produzieren können, als heldenhafte Männer gedeutet werden: »women patients applaud when a man visits the donation room and returns with his sample in record time« (Epstein 2018, S. 1043). Dabei ermöglicht die Reproduktionsmedizin für Epstein eigentlich die Entkopplung der Reproduktion von Endo- bzw. Cisgeschlechtlichkeit und Heterosexualität: »When

reproduction is separated from conjugal sex and the heterosexual married couple, a myriad of transgressive social and political possibilities are opened, and kinship structures that fall outside this naturalized schema become potentially intelligible« (Epstein 2018, S. 1041).

Repronormierung von inter* Personen

In der Medizin wird in Bezug auf Reproduktionsfähigkeit auf zwei unterschiedliche Arten mit intergeschlechtlichen Menschen umgegangen: *Erstens* werden inter* Personen durch die Medizin unfruchtbar gemacht oder zumindest als unfruchtbar imaginiert, vermutlich dann, wenn sie als geschlechtliche Zwischenwesen imaginiert werden (Costello 2014, S. 68). So wird in einer der untersuchten Studien eine Frau vom Erhalt eines Uterus ausgeschlossen, da in den vorbereitenden Untersuchungen klar wird, dass diese Frau intergeschlechtlich ist – weiter begründet wird der Ausschluss allerdings nicht (Johannesson et al. 2018, 331e6). Diese Verunmöglichung von Reproduktion für inter* Personen geschieht, wie ich argumentieren möchte, auch deswegen, um eine zweigeschlechtliche, endonormative Ordnung zu schützen (vgl. Stritzke und Scaramuzza 2016, S. 143).

Zweitens werden inter* Personen (wie z. B. auch im Fall des MRKH-Syndroms), wenn es vermutlich medizinisch möglich und imaginierbar ist, als nicht wirklich intergeschlechtlich bzw. als ›Pseudohermaphroditen‹ klassifiziert (Costello 2014, 65–66). In diesem Fall setzt die Medizin viel daran, diese inter* Personen in reproduktive Normen zu disziplinieren, ihnen also die Möglichkeit zu geben, sich gemäß des zugewiesenen und normierten Geschlechts fortzupflanzen und damit intelligibel zu werden (Gregor 2015) – wie z. B. durch eine Uterustransplantation. Für Ärzt*innen gilt dann eine Elternschaft intergeschlechtlicher Menschen in ihrem zugewiesenen Geschlecht (d. h. zeugende Elternschaft bei männlich zugewiesenen Personen und Schwangerschaft bei weiblich zugewiesenen Personen) als Bestätigung und Erfolg der medizinischen Zuweisung. Das geschieht unabhängig davon, wie die jeweiligen Personen sich und die Art ihrer Elternschaft selbst konzeptualisieren (Costello 2014, S. 70). Hier wird sichtbar: Die Medizin verhinderte lange, dass intergeschlechtliche Menschen eigene genetische Kinder bekommen konnten (Richarz 2019, S. 59) – während im Fall des MRKH-Syndroms großer Wert darauf gelegt wird, dass die Patient*innen nicht intergeschlechtlich sind und sich repronormativ, d. h. innerhalb einer binären Logik, fortpflanzen (s.o.).

Repronormierung von trans Männern

Trans Männer werden von einigen Forscher*innen als potentielle Spender von Uteri verhandelt (Api et al. 2017; Beckmann et al. 2017, S. 394; Nakazawa et al. 2019). Dabei werden sie nicht selten repronormiert. Eine türkische Studie untersucht, ob trans

Männer als Spender für Uterustransplantationen infrage kommen und kommt zu dem Ergebnis, dass sie biologisch, sozial und juristisch ideale Spender seien: sie unterzögen sich in jedem Fall einer Hysterektomie²⁰, seien meistens jung und gesund, hätten bereits extensive psychologische Betreuung und würden die Entscheidung nicht bereuen (Api et al. 2017). Von den befragten trans Männern stimmten nach einem Aufklärungsgespräch 84 % einer potentiellen Spende zu (Api et al. 2017, S. 235). Ein Ausschlusskriterium sei, dass die trans Männer selbst noch nie schwanger waren²¹ und deswegen die Funktionalität des Uterus nicht bewiesen sei. Auch im Artikel von Beckmann et al. wird auf die passende rechtliche Möglichkeit in Deutschland hingewiesen – so sei es möglich, einen Uterus bei einer Hysterektomie aufgrund von »Geschlechtsdysphorie für eine Transplantation zu spenden (Beckmann et al. 2017, S. 394). In der Studie von Nakazawa et al. gaben 19 % der Befragten an, dass sie trans Männer für akzeptable Spender hielten (Nakazawa et al. 2019, S. 6). Trans Männern wird in den untersuchten Artikeln also einerseits zugeschrieben, grundsätzlich an Dysphorie bezüglich ihres Uterus zu leiden und eine Hysterektomie anzustreben und andererseits der Wunsch nach einer eigenen Schwangerschaft grundlegend abgesprochen. So werden trans Männer in cisnormative Normen eingefügt und werden dadurch intelligibel für ein cisnormatives Geschlechtersystem.

Murphy äußert in seinem Artikel, dass es trans Männern möglich gemacht werden sollte, aus ihren Eizellen Spermien herstellen zu lassen²², sodass sie genetische Väter ihrer Kinder sein können, da »[t]he interest in being the gametic father of their children is after all, broadly shared by men and qualifies therefore as a male-typical trait« (Murphy 2015, S. 394–395). Dies lese ich als Cisnormierung von trans Personen – da Murphy hier für trans Männer die Möglichkeit priorisiert, sich wie cis Männer fortzupflanzen. Es sollen also geordnete reproduktive Verhältnisse geschaffen werden, die eine cisnormative Definition von Geschlecht nicht angreifen: Von trans Männern wird erwartet, keinen Uterus haben zu wollen sowie nicht schwanger zu werden, aber Kinder zeugen zu wollen, während von Frauen ohne Uterus – seien sie trans oder MRKH-Patient*innen – erwartet wird, einen Uterus haben und schwanger werden zu wollen.

Repronormierung von trans Frauen

Die Frage danach, ob auch trans Frauen (sowie cis Männer bzw. Menschen aller Geschlechter) einen Uterus erhalten können sollten, wird in den Artikeln unterschied-

20 Das ist natürlich faktisch falsch – viele trans Männer führen keine Hysterektomie durch.

21 Auch dies ist falsch – viele trans Männer werden schwanger und gebären Kinder (vgl. Spahn 2017a); insbesondere, da in Deutschland seit 2011 und in der Schweiz seit 2017 der Sterilisationszwang für eine juristische »Transition aufgehoben ist.

22 Hierzu existiert bisher kein wirksames Verfahren.

lich diskutiert – wie erwähnt, ist dies aktuell durch die Montreal-Kriterien verhin-
dert. In mehreren Studien wird berichtet, dass trans Frauen unter den interessier-
ten Empfänger*innen sind, sie werden aber ausgeschlossen (Arian et al. 2017, S. 191;
Johannesson et al. 2018, 331e6).

Trans Frauen und cis Männer als Empfänger*innen von Uterustransplantaten
sind Gegenstand des Artikels von Murphy (2015). Murphy setzt sich darin mit den
Thesen des Philosophen Robert Sparrow auseinander, der schreibt, dass trans
Frauen »may be expected to have a strong interest in being able to fulfill the bio-
logical role of being a mother« (Sparrow 2008, S. 283; zitiert nach: Murphy 2015,
S. 390). Murphy führt aus: »It is not simply ›frivolous‹ for transwomen to assert
an interest in gestation. Gestation can play a key role in expressing and consoli-
dating a female identity« (Murphy 2015, S. 392; vgl. Jones et al. 2019, S. 152). Trans
Frauen trafen die Entscheidung, schwanger werden zu wollen, also nicht leicht-
fertig. Weiblichkeit und der Wunsch nach Schwangerschaft werden hier als sich
gegenseitig konsolidierend verhandelt, womit eine cisnormative Repronormierung
einhergeht. Denn nach dieser Logik wären trans Frauen keine ›richtigen‹ Frauen,
wenn sie nicht den Wunsch hätten, selbst schwanger zu werden. Trans Frauen
werden hier also in Reproduktionserwartungen an cis Frauen eingefügt, um sie
als ›richtige‹ Frauen akzeptieren zu können. Murphy (2015, S. 396) spekuliert auch,
dass trans Frauen gesellschaftlich akzeptierter wären, könnten sie selbst schwanger
werden, da Schwangerschaften »female-typical behavior« seien. Damit wird ein
repronormatives Frauenbild zementiert.

In den Artikeln wird in Bezug auf Uterustransplantationen für trans Frauen
auch verhandelt, mit welchem Ziel diese durchgeführt werden würden. Trans
Frauen könnten nicht nur für eine Schwangerschaft einen Uterus wollen, sondern
grundsätzlich auch für die Linderung von körperlicher Dysphorie, weshalb dann
keine Hysterektomie nach erfolgter Schwangerschaft vorgenommen werden würde
(Hammond-Browning 2019, S. 1322). Lefkowitz et al. (2013, S. 925) schlagen statt
einer Uterustransplantation als Therapie gegen Dysphorie Psychotherapie vor.
Hieraus ergibt sich die Frage, wieso diese Überlegungen nicht auch für MRKH-Pa-
tient*innen (bzw. alle Frauen mit unerfülltem Kinderwunsch) gelten, die ebenfalls
darunter leiden, nicht schwanger werden zu können. Der Unterschied, würde ich
argumentieren, liegt in der Konstruktion von MRKH-Patient*innen als »biological«
(Hammond-Browning 2019, S. 1322) bzw. »genetic females« (Lefkowitz et al. 2013,
S. 924) mit einem physischen Problem – im Gegensatz zu trans Frauen, deren
Geschlecht nicht biologisiert wird, sondern als psychisches Problem gilt.

Die Artikel sind sich grundsätzlich darüber einig, dass Uterustransplantationen
zum aktuellen Zeitpunkt noch nicht für trans Frauen durchgeführt werden kön-
nen, da die Forschung noch nicht weit genug sei. Der Ausschluss von trans Frau-
en ist allerdings für die Autor*innen begründungsbedürftig (Lefkowitz et al. 2013,
S. 924). So wird u. a. diskutiert, ob trans Frauen ebenfalls als Frauen mit AUFI defi-

niert werden könnten (vgl. Lefkowitz et al. 2013, S. 924), womit sich ein Anspruch auf Uterustransplantationen ergeben könnte. Der Forschungsprozess hin zur Ermöglichung von Uterustransplantationen für trans Frauen wird von den Autor*innen mit der Metapher einer Bergbesteigung beschrieben: Er sei »not [...] insurmountable« (Hammond-Browning 2019, S. 1322) bzw. »interesting, yet daunting« (Lefkowitz et al. 2013, S. 924), also eine gewaltige, einschüchternde Aufgabe.

Wenn nun trans Frauen ein Anrecht auf Uterustransplantationen hätten, hätten dies in den Augen der Autor*innen auch cisgeschlechtliche Männer (Lefkowitz et al. 2013, S. 924; Murphy 2015, S. 390). Cisgeschlechtliche Männer, die entweder in gleichgeschlechtlichen Beziehungen oder ohne romantische Beziehung leben, könnten sich bspw. für eine eigene Schwangerschaft durch Uterustransplantation interessieren. Die Artikel setzen sich mit den gesellschaftlichen Konsequenzen auseinander, die Schwangerschaften von trans Frauen und cis Männern hätten: »Another possible objection raised against gestation by transgender women is that it could alter the social meaning of sexed bodies« (Murphy 2015, S. 389). So argumentiert auch der von Murphy zitierte Philosoph Sparrow:

»Any argument for a right to reproductive liberty that extends as far as a man's right to become pregnant has lost contact with the facts about the biology of reproduction and its significance in a normal human life, [facts] that have made it plausible to defend the existence of such a right in the first place« (Sparrow 2008, S. 286; zitiert nach Murphy 2015, S. 391).

Auch hier zeigt sich, dass der Diskursstrang zu Uterustransplantationen geordnete reproduktive Verhältnisse schaffen möchte – und nicht die Aufweichung von normativen Geschlechternormen und -vorstellungen. Erste Forschungsergebnisse deuten darauf hin, dass cis Männer zwar theoretisch an einer eigenen Schwangerschaft (auch mithilfe einer Uterustransplantation) interessiert sein können, diese aber als inkompatibel mit Männlichkeit verstehen und daher nicht schwanger werden wollen würden (Mavuso 2023).

6.6 Fazit

Inwiefern zeigt sich in der Analyse das Spannungsfeld zwischen Queering und Essentialisierung?

In meiner Analyse habe ich das Spannungsfeld zwischen dem *Queering* und der *Re-Essentialisierung* von Geschlecht untersucht. Während Uterustransplantationen theoretisch das Überschreiten von Geschlechtergrenzen und das Queeren von Geschlecht, Sexualität und Familie ermöglichen, sowie heteronormative Fort-

pflanzungslogiken infrage stellen und durchkreuzen könnten (indem z. B. die Schwangerschaften von Menschen ermöglicht werden, die keine endo- und cisgeschlechtlichen Frauen sind (vgl. Kalender 2020)), wird in der Analyse das Gegenteil deutlich. Uterustransplantationen und der Diskurs darüber werden eher dazu genutzt, ein heteronormatives System zu stützen (wie andere Reproduktionstechnologien auch): Die Empfänger*innen der Uteri sind zu einem großen Teil *weiße*, heterosexuelle Akademiker*innen und werden nicht als intergeschlechtlich oder queer, sondern als endo- und cisgeschlechtlich eingeordnet, um ihren Anspruch auf Uterustransplantationen zu untermauern. Sie werden gerade über ihre (durch eine Uterustransplantation hergestellte) Reproduktionsfähigkeit zu Frauen gemacht, also repronormiert, und in ein heteronormatives Leben mit genetisch eigenen Kindern und einer stabilen heterosexuellen Partnerschaft diszipliniert. Zentral ist hierbei, dass sie als Frauen selbst schwanger werden und ihre eigenen genetischen Kinder auf die Welt bringen sollen. Der soziale und familiäre Druck, der auf den potentiellen Empfänger*innen lastet, wird (anders als bei den potentiellen Spender*innen) in den Artikeln nur unzureichend aufgegriffen. Sie müssen bspw. nicht vor aufdringlichen Verwandten geschützt werden, die ihren Uterus für eine Spende anbieten, obwohl der*die Empfänger*in möglicherweise keine Kinder bekommen möchte.

Queere Körper, Reproduktionspraxen und Verwandtschaftsverhältnisse werden dagegen in diesem Diskursstrang nicht sichtbar und scheinen unintelligibel, außer wenn sie in heteronormative Reproduktionslogiken diszipliniert werden können: Inter* und trans Personen werden in diesem Diskursstrang repronormiert, d. h. ihnen werden Möglichkeiten angeboten, wie sie sich innerhalb eines heteronormativen Rahmens fortpflanzen können. Darüber wird versucht, geordnete vergeschlechtliche Verhältnisse zu schaffen: von (trans) Männern wird erwartet, Kinder zeugen zu wollen, von (trans) Frauen, schwanger sein zu wollen. Die Medizin zeigt sich als von Heteronormativität durchzogen und sie reproduzierend.

Wie wird medizinisches Wissen generiert? Was sind seine Entstehungsbedingungen?

Wie Martin Nonhoff (2019, S. 30–31) in seiner Kritik der kritischen Diskursanalyse fordert, habe ich in meine Analyse die Generierung und Entstehungsbedingungen des von mir analysierten Wissens miteinbezogen. Der Diskursstrang ist von der Öffentlichkeit abgekapselt: Sprecher*innen und intendiertes Publikum sind Wissenschaftler*innen, spezifisch Mediziner*innen. Die Artikel beziehen sich fast ausschließlich auf medizinische Quellen. Die (potentiellen) Empfänger*innen und Spender*innen gehören weder zum Publikum noch haben sie selbst Sprecher*innen-Rollen im Diskurs inne. Die Forscher*innen unterliegen einer Vielzahl an institutionellen, disziplinären und sozialen Zwängen und Machtverhältnissen, wie Richtlinien der verschiedenen Journals, die bestimmen, welche Ergebnisse

publiziert werden können. Außerdem müssen die Forscher*innen auf verschiedene gesellschaftliche Sorgen eingehen, um ihre Forschung vor Kritik abzusichern und zu legitimieren. So reagieren sie immer wieder auf gesellschaftliche Bedenken zur Reproduktionsmedizin, wie z. B., dass diese die heterosexuelle, bürgerliche Kernfamilie in Frage stelle, als cisgeschlechtlich und heterosexuell imaginierte Frauen ausnutze oder das Kindeswohl der entstehenden Kinder gefährde. Gegen diese Befürchtungen müssen sich die Forscher*innen permanent absichern und ihre Forschungen legitimieren. Dazu medikalisieren und emotionalisieren sie ungewollte Kinderlosigkeit und konstruieren die Empfänger*innen als Personen, die gegen die ungewollte Kinderlosigkeit alles Menschenmögliche unternehmen. Sie versichern den Leser*innen, dass durch diese Methode nicht einfach alle Menschen Eltern werden können, sondern dass sie nur bestimmten Personen zu einer Uterustransplantation und damit zu Kindern verhelfen. Da Uterustransplantationen einen erheblichen, nicht (über-)lebensnotwendigen Eingriff in den Körper von Spender*innen und Empfänger*innen bedeuten, müssen sie diese Argumentationen trotz der gesellschaftlichen Wirkmächtigkeit von Heteronormativität und Repronormativität vorbringen.

Wie alle anderen Diskurse auch, findet dieser Diskurs(-strang) innerhalb gesellschaftlicher Wertehorizonte und Wissensordnungen statt. Als legitimes Wissen gilt in diesem Diskurs naturwissenschaftliches Wissen von Expert*innen, während das Wissen der anderen beteiligten Akteur*innen nicht (ungefiltert und unbearbeitet) gehört wird. Selbstverständlich wird aber auch das Wissen der Expert*innen durch die ritualisierten Regeln bzw. Machtsysteme des Diskurses (z. B. Anforderungen an die akademische Qualifikation der Autor*innen) gefiltert und normiert und erreicht erst dadurch den Status des gültigen, »wahren« Wissens. Das Expert*innenwissen ist keineswegs neutral, sondern durch die (unreflektierten) Vorannahmen, Erfahrungen, Emotionen und Überzeugungen der Individuen geprägt und reproduziert damit Heteronormativität. Auch lassen sich Aspekte erkennen, die einem Tabu unterliegen. Äußerungen zu einer völligen Dekonstruktion von Geschlecht, spezifisch der Entkopplung von Geschlecht und Reproduktionsfähigkeit, sind im Diskurs nicht zu finden und würden vermutlich zum Ausschluss von diesem Diskursstrang führen: Während Uterustransplantationen für trans Frauen als legitime Möglichkeit diskutiert werden und ihr Ausschluss aus den Studien erklärungsbedürftig ist, gilt dies nicht für cis Männer. Trans Frauen in ein repronormatives und cisonormatives Frauenbild zu integrieren ist also vorstellbar – schwangere Männer sind dies nicht.

Inwiefern zeigt sich in der Analyse der medizinische Denkstil? Was macht diesen aus?

Die Forscher*innen, die Uterustransplantationen (weiter-)entwickeln und durchführen, können nach Ludwik Fleck (1980 [1935]) als Denkkollektiv beschrieben werden, die einen spezifischen Denkstil miteinander teilen. In diesem Denkstil gibt es,

wie ich aufgezeigt habe, nur ein Kriterium dafür, was Frauen definiert: das Vorhandensein eines Uterus. Haben Frauen keinen Uterus (z. B. weil sie transgeschlechtlich sind oder das MRKH-Syndrom haben), wird das problematisiert – insbesondere, da die Frauen dann nicht reproduktionsfähig sind (zumindest in einem körperlichen, heteronormativen Verständnis). Während die Medizin also große Anstrengungen unternimmt, um Frauen²³ ohne Uterus materiell (durch die Transplantation) und damit einhergehend auch symbolisch (durch paternalistische Behandlung) zu Frauen zu machen, werden die Frauen, die ihren Uterus spenden und dadurch verlieren, verdächtig. Mit verschiedenen Techniken werden sie jedoch dann symbolisch zu Frauen und Müttern gemacht und so wieder in eine heteronormative Ordnung eingefügt.

Wie in Kapitel 3.4 ausgeführt, unterscheidet Ludwik Fleck verschiedene Strukturen von Denkkollektiven. Nach Fleck (1980 [1935], S. 156–157) liegt wissenschaftliches Wissen zunächst in Form der Zeitschriftenwissenschaft vor. Der Diskursstrang zu Uterustransplantationen befindet sich aktuell in diesem Stadium; er ist noch nicht als Lehrbuchwissenschaft konsolidiert. Damit lassen sich nach Fleck die Entstehung und Entwicklung wissenschaftlicher Tatsachen und die Diskussionen darum, was als ›richtiges‹ und ›wichtiges‹ Wissen gilt, analysieren. Als zentralen Diskussionspunkt habe ich die Inklusion von trans Frauen als potentielle Empfänger*innen herausgearbeitet. Während trans Frauen so einerseits in das heteronormative Frauen-Bild der Forscher*innen diszipliniert werden können, stehen sie auch für das Potential der Aufweichung von Körper- und Geschlechtergrenzen; schließlich könnten über die Inklusion von trans Frauen in der Logik des Diskursstrangs auch cis Männer als potentielle Empfänger für eine Uterustransplantation infrage kommen.

Inwiefern zeigt sich Heteronormativität als Ideologie?

In Kapitel 2.5.2 habe ich Ideologie als eine Form von heteronormativer Herrschaftstechnik identifiziert und konzipiert. Ideologien, so habe ich ausgeführt, erhalten Machtverhältnisse aufrecht, während ihre ideologische Durchsetzung gleichzeitig unsichtbar bleibt (Lazar 2007b, S. 6–7). Heteronormative Ideologie sichert also Heteronormativität als Machtstruktur ab und legitimiert sie. In dem von mir untersuchten Diskursstrang präsentiert sich Heteronormativität als machtvolle, weit verbreitete und in den ganzen Diskursstrang hineingewobene Ideologie, welche die Weltansicht, Normen, Handlungen, Äußerungen und Annahmen der Forscher*innen strukturiert. Gleichzeitig findet Heteronormativität in der Medizin einen materiellen Ort, der sie trägt (vgl. Schmidt 2021, S. 87). Sie (und mit ihr das Machtverhältnis)

23 Dies gilt auch für trans Frauen, die außer in der Reproduktionsmedizin, ebenfalls medizinisch normiert und symbolisch zu Frauen gemacht werden.

wird durch diesen Diskurs (wie durch viele andere auch) reproduziert und aufrecht-erhalten. Heteronormativität wird gleichzeitig nicht als Ideologie erkannt, sondern bleibt unhinterfragt, was ihre Wirkmächtigkeit bestätigt. Die in diesem Diskursstrang implizit verhandelten Normen wirken nicht nur auf AUFI-Patient*innen und ihre Angehörigen, sondern haben eine gesamtgesellschaftliche Wirkung – z. B. durch die Essentialisierung und Naturalisierung des Kinderwunsches, der in den Artikeln als fundamentales Kriterium des Menschseins verhandelt wird.

Uterustransplantationen, so habe ich im Anschluss an Motakef und Wöhlke (2013, S. 98) theoretisiert, sind auf dreifache Weise Reproduktionspraxen: Im Sinne einer Fürsorge-Logik, im Sinne der Herstellung von – in diesem Fall – Frauenkörpern, die heteronormativen Normen entsprechen, und im Sinne der Ermöglichung von Schwangerschaften und Geburten. Der Diskurs um Uterustransplantationen funktioniert aber auch als metaphorisches Reproduktionsorgan für Heteronormativität. Wie ich herausgearbeitet habe, lassen sich anhand von Uterustransplantationen exemplarisch Körper-, Geschlechter-, Sexualitäts-, Beziehungs- und Familiennormen in der medizinischen Forschung analysieren.

