

4. Heteronormative Regulierungen von Reproduktion und Praktiken der Aneignung¹

»Bis jetzt hat noch niemand die Geschichte der feministisch-bestimmten künstlichen Befruchtung geschrieben. [...] Meine Mitarbeiterinnen beim FWHC² und ich lernten, die Insemination durchzuführen, und wir griffen dabei auf die gleichen Selbsthilfemethoden zurück, mit denen wir uns über andere Aspekte der Frauengesundheit informiert hatten: Wir lasen medizinische Fachzeitschriften und Lehrbücher, sprachen mit Ärzten, die die Methode anwandten, und verbanden diese Informationen mit einfachem, realitätsnahem gesunden Menschenverstand. [...] Die Insemination selbst war einfach. Der Spender mußte nur in ein sauberes Gefäß ejakulieren; dann zogen wir den Samen in eine saubere Spritze (ohne Nadel) auf und injizierten ihn in die Scheide.« (Hornstein 1985: 146f.)

Kalifornien, Ende der 1970er Jahre: Francie Hornstein, Lesbe und Feministin, beschließt zusammen mit ihrer Partnerin, ein Kind zu bekommen. Über eine selbst durchgeführte Insemination einer privaten Samenspende wird sie schwanger und gebärt das gemeinsame Kind. Zu dieser Zeit ist es eine wenig verbreitete Praxis, Eltern zu werden und nicht-heterosexuelles Begehren und Mutterschaft zu vereinen. Hornstein hatte in ihrem feministischen Umfeld einige Frauen, die Elternschaft neu denken und tun wollten – jenseits heteronormativer und patriarchaler Beziehungsstrukturen und auch unabhängig von einem reproduktionsmedizinischen Apparat, der alleinstehenden Frauen und lesbischen Paaren den Zugang zu Samenbanken verwehrte. Sie arbeitete im Feministischen Frauengesundheitszentrum (FWHC) in Los Angeles und bot ab 1978 gemeinsam mit Kolleginnen im Kontext der Selbsthilfearbeit Inseminationen an. Zunächst führten sie die Inseminationen meist mit Hilfe von privaten Samenspenden durch, weil Samenbanken das Sperma nicht an das Zentrum oder die alleinstehenden Frauen und lesbischen

1 Teile des folgenden Kapitels sind in dem von Anne-Christin Schondelmayer, Christine Riegel und Sebastian Fitz-Klausner herausgegebenen Sammelband *Familie und Normalität* (2020) als Artikel erschienen (Dionisius 2020a).

2 Die Abkürzung FWHC steht für das Feminist Women's Health Center, ein in den 1970ern gegründetes Feministisches Frauengesundheitszentrum in Los Angeles.

Paare verkauften. Schließlich fanden sie eine mögliche Route der Bestellung bei Samenbanken über die Adressen von Ärztinnen, die das Projekt unterstützten, bis das feministische Frauengesundheitszentrum von Oakland seine eigene Samenbank eröffnete und anfragenden Frauen nach feministischen Wertvorstellungen Samen spenden vermittelte, unabhängig von ihrer sexuellen Orientierung, ihrem Familienstand oder einer möglichen Körperbehinderung.³ Die Frauengesundheitszentren setzten es sich zum Ziel, die Insemination zu »entartzen«: Die dort arbeitenden Frauen gaben den Nutzerinnen Informationen, sodass diese die Insemination selbst oder ggf. unterstützt durch Freund*innen durchführen konnten (vgl. Hornstein 1985: 146ff.). Feministinnen der sogenannten zweiten Welle der Frauenbewegung haben biomedizinische Praktiken politisiert und sich Techniken der reproduktiven Gesundheitsversorgung angeeignet (vgl. Murphy 2012). Ähnliche Formen der reproduktiven Selbstermächtigung haben auch im Zuge der deutschen Frauenbewegung in den 1970er und 1980er Jahren in Feministischen Frauengesundheitszentren oder Privaträumen stattgefunden⁴ und somit eine lange Geschichte in feministischen und lesbischen Lebenszusammenhängen, die weit über den sogenannten »Lesbian baby boom« (u.a. Patterson 1995; Weston 1997) hinausreicht, der in den USA ab den 1990er Jahren und in Deutschland seit Anfang der 2000er Jahre zu beobachten ist.

Auch heute ist die oben beschriebene Praxis der Selbstinsemination von Relevanz und der Zugang zu Reproduktionstechnologien ein stratifizierter.⁵ In diesem Kapitel werde ich dem stratifizierten Zugang am Beispiel lesbischer und queerer Frauen*paare und deren Nutzungs- und Aneignungsweisen von Reproduktionstechnologien nachgehen. In welche strukturellen Rahmenbedingungen ist die medizinisch assistierte Reproduktion in Deutschland zur Zeit des Elternwerdens der Interviewten eingelassen? Inwiefern unterstützen oder begrenzen diese die reproduktiven Praktiken der Interviewten? Diese Fragen stehen im Zentrum des folgenden

3 Cornelia Burgert verweist auf Selektionsprozesse und Zugangsbeschränkungen, die auch in jener Samenbank in Oakland galten, und kritisiert diese. So wurden schwule Männer von einer Spendertätigkeit ausgeschlossen und stigmatisiert, indem männliche Homosexualität und HIV/Aids diskursiv miteinander verschränkt wurden (vgl. Burgert 1991: 66).

4 Hinweise hierauf gab eines der Expert*inneninterviews mit psychosozialen Beraterinnen für LSBTIQ mit Kind/Kinderwunsch.

5 Rayna Rapp und Faye Ginsburg haben zur Analyse von Machtverhältnissen im Feld der Reproduktion das von Shellee Colen (1986) geprägte sozialwissenschaftliche Konzept der *stratified reproduction* definiert. Es beschreibt »power relations by which some categories of people are empowered to nurture and reproduce, while others are disempowered« (Ginsburg/Rapp 1995: 3). Sie nehmen insbesondere die Kategorien Geschlecht, *race* und Klasse in den Blick und zeigen, wie diese global zusammenwirken und ein normatives Ordnungssystem schaffen, wer sich reproduzieren soll und wer nicht. Diese Stratifizierung erstreckt sich auch auf den Zugang zu und die Nutzung von Reproduktionstechnologien (mit besonderem Fokus auf die Kategorie Begehren siehe Mamo 2007a: 14; Mamo/Alston-Stepnitz 2015).

den Kapitels. Der Zugang zu reproduktionsmedizinischer Behandlung in Deutschland ist im Untersuchungszeitraum heteronormativ reguliert, so meine These.

Zunächst werde ich die historische Entwicklung der Donogenen Insemination in Deutschland skizzieren (4.1) und das Verfahren sowie weitere reproduktions-technologische Optionen in ihren verschiedenen Nutzungs- und Anwendungsformen beschreiben (4.2). Anschließend führe ich in die standesrechtlichen Rahmenbedingungen des Zugangs zur Reproduktionsmedizin zur Zeit der Familienbildung der Interviewten in Deutschland ein, die ich als ein Mittel der Durchsetzung heteronormativer Politiken der Reproduktion deute. Darüber hinaus stelle ich das Fallbeispiel eines Paares vor, das die Dienste einer deutschen Reproduktionsklinik in Anspruch nehmen wollte, und ziehe ein Expert*inneninterview mit einem Samenbankbetreiber heran, um weitere Parameter des Ein- und Ausschlusses nicht-heterosexueller Personen von Reproduktion zu beleuchten (4.3). Schließlich skizziere ich alternative Routen der Reproduktion und Praktiken der Aneignung von Techniken durch die interviewten lesbischen und queeren Paare (4.4).

4.1 Zur Geschichte der Donogenen Insemination

Die Historie der Insemination, also der Technik des Einbringens von Sperma in den Uterushals (intrauterine Insemination) oder den Uterus (intrauterine Insemination), reicht bis ins 2./3. Jahrhundert n. Chr. zurück. Aus dieser Zeit existieren Dokumente aus der jüdischen Geschichte, die darauf schließen lassen, dass sich jüdische Juristen auf der Basis des Talmuds mit der Möglichkeit der Reproduktion abgekoppelt vom sexuellen Akt beschäftigt haben (vgl. Katzorke 2008: 14). Praktisch wurde die Technik Überlieferungen zufolge im 14. Jahrhundert zunächst in der Pferdezucht angewendet (vgl. ebd.). Erst im Jahr 1785 wurde die erste als erfolgreich dokumentierte Samenübertragung via Spritze beim Menschen durch John Hunter in England durchgeführt (vgl. Bispink 2010: 1). Das per Masturbation gewonnene und direkt genutzte Sperma stammte in diesem Fall vom Ehemann der Patientin – es handelte sich um eine sogenannte »homologe«⁶ Insemination, die auch als »Künstliche Insemination« (KI) bezeichnet wurde (vgl. Katzorke 2008: 14).

Die erste Donogene Insemination (DI), bei der das Sperma eines Samenspenders (engl. »donor«) genutzt wird und die oftmals auch als »heterologe«⁷ Insemination bezeichnet wird, erfolgte knapp 100 Jahre später in den USA durch den Mediziner Dr. William Pancoast am Jefferson Medical College. Als Spender hatte

6 »Homolog« bedeutet »gleichartig« und meint in diesem Zusammenhang, dass das zur Insemination verwendete Sperma vom (Ehe-)Partner stammt.

7 »Heterolog« bedeutet »nicht übereinstimmend«, »andersartig« oder »von fremder Herkunft« und wird zur Bezeichnung von Inseminationen mit Spendersamen verwendet.

Pancoast einen Medizinstudenten rekrutiert. Ab 1890 wurde die Donogene Insemination in Philadelphia regulär durchgeführt bei heterosexuellen Paaren, bei denen eine Infertilität des Mannes bestand (vgl. ebd.: 15).

In Deutschland wiederum wandte der Gynäkologe Albert Döderlein die ›Künstliche Insemination‹ 1912 erstmals als Verfahren an. Wann die Insemination mit Spendersamen in Deutschland eingeführt wurde, ist nicht bekannt – es existieren aber Hinweise, dass bis zum Jahr 1954 bereits 1 000 Kinder geboren worden sein sollen, die über eine Donogene Insemination gezeugt wurden. Dieses Jahr ist auch deshalb bedeutsam, weil zum ersten Mal eine Schwangerschaft über die Verwendung von auf Trockeneis konserviertem anstatt frisch gewonnenem Sperma erzielt wurde, eine Technik, die bereits in den 1930ern durch Zufall entdeckt worden war und nach 1949 über die Zugabe von Glyzerin zur Praxisreife gebracht werden konnte (vgl. ebd.: 16f.).⁸ Ohne diese zufällige Entdeckung wären die heutigen Samenbanken nicht denkbar.

Der gesellschaftliche Gegenwind war in der Bundesrepublik Deutschland in den 1950er Jahren immens: Die Einwände von Jurist*innen und Ärzt*innen waren jedoch nicht fachliche, sondern ethisch-religiöse bzw. weltanschauliche (vgl. Katzorke 2003: 85; Bispink 2010: 2). So bezeichnete der Tübinger Jurist Hans Dölle die Donogene Insemination etwa als die Idee der Familie, der Ehe und der Vaterschaft verletzend, für den Bundesrichter Willi Geiger verstieß sie gegen die ›natürliche‹ Ordnung (vgl. Katzorke 2008: 17). Die Praxis der Donogenen Insemination war mit einem gesellschaftlichen Tabu belegt (vgl. Thorn/Daniels 2000: 631).⁹

Infolge der aufkommenden Debatten hinsichtlich der moralisch-ethischen Angemessenheit des Verfahrens in der BRD wurde auf dem 1959 in Lübeck stattfindenden Deutschen Ärztetag die Donogene Insemination als standesunwürdig aus sittlichen Gründen, als der Ordnung der Ehe widersprechend aufgefasst und sogar die Strafbarkeit der Durchführung gefordert (vgl. Bispink 2010: 2; Katzorke 2008: 17). Dem schloss sich auch der Deutsche Juristentag an, der eine »gesetzliche Strafandrohung gegen den beteiligten Arzt und die inseminierte Frau« (Katzorke 2008: 17) forderte. Trotz der Androhung des Berufsverbots widersetzten sich einige

8 1963 folgte die erfolgreiche Nutzung von in flüssigem Stickstoff kryokonserviertem Sperma (vgl. Katzorke 2008: 17). Seit den 1980er Jahren ist die Verwendung von kryokonserviertem Sperma für Verfahren der medizinisch assistierten Reproduktion ein Behandlungsstandard, da nur über eine Quarantänelagerung und eine zweite Testung des Spenders 6 Monate nach Spendenabgabe Infektionskrankheiten wie HIV oder Hepatitis ausgeschlossen werden können (vgl. Bispink 2010: 1).

9 In der DDR hingegen war die Spendersamenbehandlung anerkannt und klar geregelt: Es gab ein zentrales ADI-Register (ADI = Artifizielle Donogene Insemination) und insgesamt 12 Einrichtungen, die das Verfahren anwandten. Bis 1985 wurden in der DDR 1 373 Kinder nach von den Einrichtungen durchgeführten Donogenen Inseminationen geboren (vgl. Katzorke 2008: 18).

Mediziner dieser Auffassung des Deutschen Ärztetages und wendeten das reproduktionstechnologische Verfahren an. Sie hatten ihre Praxen meist in deutschen Großstädten wie Berlin, München oder Frankfurt a.M. (vgl. ebd.).

Ein Wandel des Denkens wurde erst 1970 eingeläutet, als der 63. Deutsche Ärztetag in Stuttgart das Verdikt von Lübeck aufhob und die Praxis der Donogenen Insemination zwar nach wie vor nicht empfohlen wurde, aber nicht mehr als standesunwürdig galt (vgl. ebd.). Das Verfahren wurde in der BRD nun an einigen Orten durchgeführt, ab 1984 aber auch vermehrt wieder eingestellt aufgrund der unklaren Rechtslage. Zusätzlich führte ein neues reproduktionsmedizinisches Verfahren zu einer Aufwertung leiblicher Verwandtschaft und einer wieder zunehmenden Diskreditierung der Nutzung von Spendersamen: die In-vitro-Fertilisation. Sie erhöhte ab den 1980er Jahren für viele von Infertilität betroffene Paare die Chance, mit den körpereigenen reproduktiven Substanzen eine Schwangerschaft zu erzielen. Die Situation veränderte sich 1986, als der Deutsche Juristentag die Donogene Inseminationsbehandlung offiziell als nicht sittenwidrig und nicht rechtswidrig einstufte. Zeitgleich hatten sich verstärkt gesellschaftliche Debatten über das Wissen um die eigene genetische Abstammung entwickelt. Das Thema war im Zusammenhang mit der Nutzung von Samenspenden immer wieder aufgekommen, insbesondere die Frage danach, ob und wie eine Aufklärung des über Donogene Insemination gezeugten Kindes erfolgen sollte. Auf internationaler Ebene stellt der Beschluss der UNO-Konvention 1989 auf das Recht eines Menschen auf Kenntnis der genetischen Abstammung ein klares Votum für die Aufklärung dar (vgl. ebd.).

Das Thema der Zulässigkeit der Donogenen Insemination und damit auch der Vertretbarkeit der Nutzung von Spendersamen blieb in der bundesrepublikanischen Diskussion heikel und umkämpft. In das Embryonenschutzgesetz, das 1991 in Kraft trat, fand die Donogene Insemination letztlich keinen Eingang. Es regelt lediglich die IVF und verwandte Techniken, da die Regelung der Nutzung von Spendersamen unter anderem vor dem Hintergrund der Rechtsprechung des deutschen Bundesverfassungsgerichts¹⁰ zu problematisch erschien. Darüber hinaus gab es erneut Gegenwind aus der Politik. So stellte bspw. die SPD im Rahmen der Debatten über das Embryonenschutzgesetz einen Antrag auf Strafbarkeit der Donogenen Insemination, sodass sich 1995 der Arbeitskreis Donogene Insemination bildete, ein eingetragener Verein, der Vorschläge zur Regelung sowie Qualitätsstandards der Spendersamennutzung erarbeitete und bis heute existiert (vgl. ebd.: 18). Eine umfassende gesetzliche Regelung der Donogenen Insemination steht in Deutschland nach wie vor aus.

10 Das Recht des Kindes auf das Wissen über die genetische Abstammung wurde 1987, 1989, 1990 und 1994 wiederholt durch das Bundesverfassungsgericht festgestellt (vgl. Katzorke 2008: 18).

Die zum Zeitpunkt des Elternwerdens der Interviewten bestehende (standes-)rechtliche Regulierung der Donogenen Insemination und anderer reproduktionsmedizinischer Verfahren werde ich in Unterkapitel 4.3 ausführen. Zunächst möchte ich die Verfahrensweisen erläutern.

4.2 Von Do-it-yourself-Praktiken bis zur Reproduktionsmedizin: die Verfahren der Donogenen Insemination und In-vitro-Fertilisation

Die Donogene Insemination ist ein technisch einfaches Verfahren, bei dem das Spendersperma meist per Spritze und ggf. noch über einen Katheter oder per Zervixkappe¹¹ in die Vagina bzw. den Uterus eingebracht wird. Wird es innerhalb eines reproduktionsmedizinischen Settings durchgeführt, findet begleitend ein Zyklusmonitoring und oftmals auch eine Ovulationsstimulierung über Clomifen, Letrozol, humanes Menopausengonadotropin (hMG) oder das follikelstimulierende Hormon (FSH) mit dem Ziel der Erhöhung der Wahrscheinlichkeit einer Schwangerschaft statt. Die Überwachung des Zyklus zur Ermittlung des Konzeptionsoptimums wird meist per Ultraschall durchgeführt, ergänzend können labortechnische Verfahren zur Bestimmung von Hormonen wie Progesteron, Estradiol und Luteinisierendes Hormon (LH) genutzt werden, um die Eireifung und den voraussichtlichen Eisprung zu ermitteln. Zum Teil wird der Eisprung auch mittels der Gabe von humanem Choriongonadotropin (hCG) ausgelöst (vgl. Katzorke 2003: 87; Bispink 2010: 4).

Die Methode der Insemination kann jedoch auch ohne medizinische Assistenz durchgeführt werden und wird dann oftmals als »Heim-« oder »Selbstinsemination« bezeichnet. Umgangssprachlich findet für das Verfahren auch der Begriff der »Bechermethode« Verwendung, da die Abgabe der Samenspende oftmals mittels eines (sterilen) Bechers erfolgt. Jenseits medizinischer Settings wird entweder das Sperma von privaten Samenspender*innen oder kryokonserviertes Sperma von Samenbanken aus dem Ausland genutzt, die die Samenspenden auf Trockeneis oder im Stickstoffbehältnis an medizinisches Fachpersonal oder an Privatadressen in Deutschland liefern.¹² Um Infektionen zu vermeiden, wird das Sperma von den Nutzer*innen meist nur per Spritze ohne Katheter oder per Zervixkappe in

11 Die Zervixkappe (oder Portiokappe) ist den meisten als Barriereverhütungsmethode bekannt. Soll sie zur Befruchtung genutzt werden, wird die kleine Kappe mit Samenflüssigkeit gefüllt und am Uterushals eingesetzt, wo sie sich festsaugt.

12 Seit dem Inkrafttreten des Samenspenderregistergesetzes am 01.07.2018 (siehe Kap. 8) ist der Versand an Privatadressen nur noch eingeschränkt möglich. Die dänischen Samenbanken nutzen derzeit Versandoptionen durch internationale Kooperationspartner*innen, um die neuen Regelungen zu umgehen. Außerdem ist der Versand an Privatadressen von »autorisierten medizinischen Fachkräften« möglich, eine Bezeichnung, die weit ausgelegt ist

die Vagina eingebracht. Auch die Industrie hat diese Nische der Do-it-yourself-Reproduktion für sich entdeckt. Inzwischen gibt es Sets zu kaufen, die alles enthalten, was für eine Selbstinsemination gebraucht werden könnte: vom Spekulum über Spritzen, sterile Becher und spermafreundliches Gleitgel bis hin zur Zervixkappe. Oftmals werden aber auch Urinbecher zum Auffangen und Menstruations-tassen oder herkömmliche Spritzen zum Einbringen des Spermas genutzt. Ein weiteres zum Einführen des Spermas verwendetes Utensil stellen Dildos mit Ejakulationsfunktion dar, die mittels Stimulation eine lustvollere Insemination versprechen.¹³

Im Fall privat durchgeführter Inseminationen wird das Einführen des Spermas genauso wie im reproduktionsmedizinischen Setting möglichst gezielt an den fruchtbaren Tagen praktiziert. Die hierfür erforderliche Zyklusüberwachung kann selbst vorgenommen werden (bspw. über Temperaturmessungen, die Überprüfung der Beschaffenheit des Zervixschleims, das Lustempfinden, Apps, die den Eisprung berechnen, oder über Urintests, die einen Östrogenanstieg und das follikelstimulierende Hormon ermitteln). Manchmal findet das Zyklusmonitoring auch unter Rückgriff auf ärztliche Unterstützung in Form von Ultraschalluntersuchungen statt. Grundsätzlich ist unter gynäkologischer Betreuung auch jenseits der Reproduktionsklinik die Behandlung mit follikelreifungsunterstützenden Medikamenten möglich.

Die In-vitro-Fertilisation (IVF) ist wiederum nur innerhalb reproduktionsmedizinischer Settings durchführbar. Sie ist in den 1970er Jahren in England durch den Biologen Robert Edwards und den Gynäkologen Patrick Steptoe entwickelt worden. 1978 kam mit der Engländerin Louise Brown das erste per IVF gezeugte Kind auf die Welt, 1982 in Erlangen das erste Kind in Deutschland. Die IVF stellt ein inzwischen zur Routine gewordenes reproduktionsmedizinisches Verfahren dar, bei dem aufbereitetes Sperma mit Eizellen im Reagenzglas oder in einer Petrischale zusammengebracht und in einem Wärmeschrank gelagert wird. Hierfür werden einer gebärfähigen Person nach vorangegangener Hormonstimulation mit Hilfe der Follikelpunktion unter Narkose mehrere Eizellen entnommen. Die zur Befruchtung verwendete Samenflüssigkeit kann in heterosexuellen, cisgeschlechtlichen Paarkonstellationen bspw. vom Partner stammen oder – im Falle einer Infertilität des Mannes – von einem Samenspender. Die Befruchtung in der

und von Hebammen und Pflegekräften über Diätassistent*innen bis hin zu Psycholog*innen reicht (Stand: Februar 2021).

- 13 Neben den üblicherweise als Sexspielzeug verkauften Dildos mit Ejakulationsfunktion hat sich auch hier eine insbesondere auf lesbische Frauen zugeschnittene Industrie entwickelt. So gibt es beispielsweise die »Semenette«, die als »bezahlbare und spaßige Option« für Frauen angepriesen wird, die »zu Hause ein Baby machen wollen« (<https://www.thesemenette.com/home.html>, zuletzt abgerufen am 24.02.2021).

Schale oder dem Glas vollzieht sich »spontan«, ohne die Nutzung weiterer technischer Instrumente. Nach ca. 3-5 Tagen werden in der Regel ein oder zwei herangereifte Embryonen in den Uterus der gebärenden Person transferiert. Das Verfahren kommt sowohl bei verschiedenen Störungen der Fruchtbarkeit infrage als auch bei ungeklärter Ursache der Kinderlosigkeit (vgl. Sütterlin/Hoßmann 2007: 22ff.; Revermann/Hüsing 2011: 41f.).

Die statistische Wahrscheinlichkeit, eine Schwangerschaft zu erzielen, liegt bei der Donogenen Insemination bei ca. 20 Prozent pro Versuch abhängig vom Alter der behandelten Person, der Qualität der Samenspende und einer ggf. erfolgten Stimulation (vgl. Bispink 2010: 4). Damit unterscheidet sich die Wahrscheinlichkeit nicht wesentlich von einer Zeugung durch Geschlechtsverkehr (etwa 25 Prozent). Bei der IVF beträgt die statistische Chance auf eine Schwangerschaft 27 Prozent (vgl. Sütterlin/Hoßmann 2007: 28).

Die Kosten für eine Donogene Insemination im reproduktionsmedizinischen Setting hängen stark von der Anzahl der Versuche ab. Im Durchschnitt ergeben sich für die Nutzer*innen Kosten von 1 000-1 500 Euro pro Inseminationsversuch (Behandlungskosten plus Samenspende sowie weitere Gebühren, bspw. für den Transport des Spermas im Kryobehälter). Hinzu kommt vor Beginn der Behandlung oftmals eine Grundgebühr, die an die Samenbank zu zahlen ist. Bei einer IVF ist von etwa 2 500-3 000 Euro pro Versuch auszugehen.¹⁴ Wird Spendersperma verwendet, so werden von den gesetzlichen Krankenkassen für gewöhnlich weder bei heterosexuellen noch homosexuellen Paaren anteilig Kosten übernommen. Bei heterosexuellen, cisgeschlechtlichen Paaren, die das eigene reproduktive Material verwenden, werden seit Inkrafttreten des Gesundheitsmodernisierungsgesetzes 2004 50 Prozent der Kosten für maximal drei IVF-Behandlungen durch die gesetzlichen Krankenkassen übernommen. Außerdem gibt es für sie seit 2012 eine zusätzliche finanzielle Unterstützung durch Bund und Länder über einen Fördermitteelpf zur anteiligen Kostenübernahme bei IVF. Jedoch sind hier zum einen nicht alle Bundesländer beteiligt, zum anderen stehen die Mittel ebenfalls nur heterosexuellen (verheirateten oder in einer nichtehelichen Lebensgemeinschaft lebenden) Paaren zur Verfügung.¹⁵ Lesbische und queere Paare müssen für die Kosten einer reproduktionsmedizinischen Behandlung für gewöhnlich in voller Höhe selbst aufkommen. Ausnahmen von dieser Regelung und eine anteilige Kostenübernahme durch (insbesondere private) Krankenkassen gibt es lediglich vereinzelt.

14 Eigene Recherche zu den aktuellen Preisen mehrerer Samenbanken und Reproduktionskliniken in Deutschland (Stand: Februar 2021).

15 Nähere Informationen zu Behandlung, Beratung und finanzieller Unterstützung bei ungewollter Kinderlosigkeit finden sich auf dem Online-Portal des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend unter <https://www.informationsportal-kinderwunsch.de>, zuletzt abgerufen am 30.12.2019.

Wie verteilt sich die Nutzung der Verfahren nun in der reproduktiven Praxis in Deutschland? Die Nutzung von Samenspenden kommt insbesondere für heterosexuelle, cisgeschlechtliche Paarkonstellationen bei Vorliegen einer unbehandelbaren Infertilität des Mannes und/oder bestimmten Krankheiten des Mannes wie schweren genetischen Erkrankungen infrage. Abgesehen von diesen Fällen hat es durch das 1993 eingeführte Verfahren der Intrazytoplasmatischen Spermieninjektion (ICSI) einen massiven Rückgang der Nutzung von Spendersamen als Behandlungsverfahren in heterosexuellen Konstellationen gegeben (vgl. Katzorke 2003: 85; 2008: 18). Bei der ICSI wird im Rahmen der In-vitro-Fertilisation ein einzelnes Spermium in die Eizelle gespritzt unter Zuhilfenahme einer sehr dünnen Nadel und eines Mikroskops. Dabei wird die Eizelle mit einer Pipette festgehalten, um das Einspritzen zu ermöglichen (vgl. Sütterlin/Hoßmann 2007: 25). So kann bspw. auch sehr eingeschränkt mobiles Sperma für eine Befruchtung verwendet werden. Die Zahl der heterosexuellen Paare, die Spendersamen nutzen, ist deshalb tendenziell rückläufig, die Zahl der lesbischen Paare und alleinstehenden Frauen steigt hingegen an (vgl. Revermann/Hüsing 2011: 158). Eine genaue Zahl ist allerdings nicht ermittelbar: Gerade im Kontext lesbisch-queerer Elternschaft über Samenspende sind Selbstinseminationen üblich, die sich jeglicher Registrierung durch den reproduktionsmedizinischen Apparat entziehen. Im reproduktionsmedizinischen Setting verhielt es sich bis Sommer 2018 kaum anders: Da die Spendersamen häufig über das Verfahren der Insemination verwendet werden, fließen viele Behandlungen nicht in das zentrale IVF-Register ein (vgl. ebd.).¹⁶

Bei lesbischen, cisgeschlechtlichen Paaren liegt oftmals keine organische Ursache für die Infertilität zugrunde – es fehlt lediglich das Sperma. Aus diesem Grund ist eine Donogene Insemination, ob selbst durchgeführt oder in einem medizinischen Setting praktiziert, meist hinreichend, um eine Schwangerschaft zu erzielen. Erst bei Fertilitätsproblemen kommt eine IVF infrage. Ein weiteres reproduktionsmedizinisches Verfahren, das lesbischen Paaren potentiell zur Verfügung steht, ist die sogenannte ROPA-Technologie (Reception of Oocytes from Partner), eine Art ›Eizellspende‹ innerhalb der lesbischen Partnerinnenschaft. Sie zielt darauf ab, eine geteilte biologische Mutterschaft herzustellen: Eine der beiden Frauen trägt das Kind aus, das genetisch mit der Partnerin verwandt ist. Hierzu muss einer der Partnerinnen zunächst eine Eizelle entnommen und extrakorporal mit Spendersamen befruchtet werden, also eine IVF erfolgen, bevor sie der austragenden Mutter eingesetzt wird (vgl. Katzorke 2010: 107f.; Marina et al. 2010). Diese Technologie wird aktuell unter anderem in den Niederlanden und Spanien für lesbische Paare angeboten und erfordert somit reproduktives Reisen. In Deutschland

16 Das 2018 eingeführte Samenspenderregister könnte künftig neue Anhaltspunkte bezüglich der Nutzungszahlen liefern, wobei auch hier die privat erfolgenden Samenspenden nicht erfasst werden.

sind Eizellspenden derzeit nicht erlaubt – weder innerhalb noch außerhalb einer Partnerinnenschaft. Doch bereits der Zugang zu Donogener Insemination und IVF wurde den Interviewten in Deutschland oftmals verwehrt. Die (standes-)rechtlichen Rahmenbedingungen dieser Ausschlusspraxis beleuchte ich im Folgenden.

4.3 (Standes-)Rechtliche Rahmenbedingungen und praktische Ein- und Ausschlüsse¹⁷

Die rechtliche Lage zur Nutzung Donogener Insemination und weitergehender reproduktionsmedizinischer Verfahren durch lesbische Paare bzw. Frauen¹⁸ zu skizzieren, ist kein leichtes Unterfangen, da sie sich zur Zeit der Familiengründung der Interviewten in weiten Teilen durch fehlende Regulierung auszeichnete. Im Gegensatz zu anderen Ländern gibt es in Deutschland kein Fortpflanzungsmedizinengesetz, das Verfahren der assistierten Reproduktion umfassend vonseiten der Gesetzgeber*innen regelt – eine systematische Rechtsentwicklung erfolgte für die Reproduktionsmedizin in den vergangenen 40 Jahren ihrer Anwendung nicht (vgl. Richter-Kuhlmann 2018: A1050). Wie bereits erwähnt entschieden sich die Gesetzgebenden aufgrund kontroverser Diskussionen beim Erlass des Embryonenschutzgesetzes 1990 dagegen, die Praxis der Nutzung von Spendersamen zu regeln. Den gesetzlichen Rahmen der Anwendung reproduktionsmedizinischer Verfahren bilden hinsichtlich einiger Fragen das Gewebegesetz von 2007 und die Regelungen zur Präimplantationsdiagnostik, die 2010 vom Bundesgerichtshof erlassen wurden. Für den Zugang lesbischer Paare und alleinstehender Frauen zu Maßnahmen der assistierten Reproduktion sind bislang nur standesrechtliche Vereinbarungen der Ärztekammern von Bedeutung.

17 Die Darstellung bezieht sich auf die (standes-)rechtlichen Rahmenbedingungen, wie sie zur Zeit der Familiengründung der Interviewten bestanden. Auf Veränderungen, die sich durch (standes-)rechtliche Neuerungen ergeben, gehe ich im Fazit dieser Arbeit ein. Zu diesen Neuerungen zählen die Einführung der Ehe für gleichgeschlechtliche Paare im Jahr 2017, das Inkrafttreten des Samenspenderegistergesetzes am 01.07.2018 und die 2018 vom Vorstand der Bundesärztekammer im Einvernehmen mit dem Paul-Ehrlich-Institut erlassene *Richtlinie zur Entnahme und Übertragung von menschlichen Keimzellen im Rahmen der assistierten Reproduktion*.

18 Dass ich im Rahmen der Skizzierung der (standes-)rechtlichen Regelungen nur von lesbischen Paaren bzw. Frauen spreche, verweist bereits auf heteronormative Ausschlüsse: Queere Begehrensweisen und nicht-binäre geschlechtliche Identitäten, die über Zweigeschlechtlichkeit und den Dualismus von Homo- und Heterosexualität hinausweisen, werden (standes-)rechtlich im Zusammenhang mit Elternschaft (noch) nicht benannt oder anerkannt. Dies gilt auch für elterliche Konstellationen jenseits des Ein- oder Zwei-Elternmodells.

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

Die BÄK selbst ist jedoch nicht befugt, verbindliche berufsrechtliche Vorschriften zu erlassen, weshalb die (Muster-)Richtlinie erst nach Aufnahme in die Berufsordnungen der einzelnen Landesärztekammern Geltung erlangen konnte.¹⁹ In der Folge hat sich ein heterogener Umgang mit der Frage ergeben, ob lesbische Paare und alleinstehende Frauen reproduktionsmedizinisch behandelt werden. Die Ärztekammer Hamburg hat die Behandlung von Lebenspartnerinnen bzw. Ehegattinnen ausdrücklich erlaubt. Andere Landesärztekammern (Bayern, Berlin, Brandenburg) haben keine Richtlinien zur assistierten Reproduktion in die Berufsordnung aufgenommen, sodass sich mehrere Kliniken in diesen Bundesländern für eine Behandlung lesbischer Paare entschieden haben. Einige Berufsordnungen von Landesärztekammern enthalten Richtlinien, aber kein explizites Verbot (etwa in Hessen, Nordrhein, Westfalen-Lippe) und lassen die Frage bis zu einem gewissen Grad offen. Das hat Kliniken vereinzelt dazu veranlasst, lesbischen Paaren reproduktionsmedizinische Behandlungen anzubieten. Lediglich Sachsen und das Saarland haben zusätzlich den Kommentar der Musterrichtlinie übernommen, der den expliziten Ausschluss nicht-heterosexueller Paare und alleinstehender Frauen enthält. Laut Beschluss der jeweiligen Landesärztekammern wird aber auch hier von einer statusrechtlichen Verfolgung der behandelnden Ärzt*innen abgesehen (vgl. LSVD 2019). Somit obliegt es letztlich der Entscheidung der einzelnen Reproduktionsmediziner*innen, wen sie behandeln.

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

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

Es gibt allerdings weitere Gründe für Ausschlüsse lesbischer Paare oder alleinstehender Frauen von reproduktionsmedizinischen Behandlungen: Zum Zeitpunkt der Familiengründung der Interviewten wurde meist die mangelnde juristische Absicherung des Samenspenders insbesondere bezüglich möglicher finanzieller Ansprüche des Kindes (Unterhalts- und Erbansprüche) angeführt (vgl. Dethloff 2010: 169f.). Der Spender gehe das Risiko einer juristischen Vaterschaft ein (vgl. Thorn 2010: 74).²⁰ Zudem führten Ärzt*innen in Debatten über die Öffnung des Zugangs die Angst an, dass die Unterhaltspflicht in dem Fall, dass das Kind nicht ausreichend finanziell abgesichert sei, auf die die Behandlung durchführenden Ärzt*innen übergehen könnte (vgl. ebd.). Diese, in Bezug auf die Unterhaltspflicht von Ärzt*innen umstrittenen (vgl. LSVD 2019), rechtlichen Bedenken haben ebenfalls zu Praktiken und Politiken deutscher Fertilitätskliniken und Samenbanken geführt, die lesbischen Paaren den Zugang zu assistierten reproduktionsmedizinischen Technologien erschwer(t)en oder sie gänzlich exkludier(t)en. Hinzu kommen Vorbehalte und moralisch-ethische Bedenken von Samenbankbetreiber*innen und

20 Zur Zeit des Elternwerdens der Interviewten gab es keine Möglichkeit, eine Partnerin bereits vorgeburtlich als zweite rechtliche Mutter einzutragen. Einen rechtlichen Status als Elternteil konnte die nicht-leibliche Mutter nur über das Verfahren der Stiefkindadoption erlangen. Dieses stand lediglich verpartnerten Paaren offen und dauerte je nach zuständigem Jugendamt und Gericht zwischen 12 bis 24 Monate. Bislang hat sich an dieser Praxis auch mit der Ehe für gleichgeschlechtliche Paare nichts geändert. Lediglich die Dauer der Stiefkindadoptionsverfahren nimmt (zumindest in Ballungszentren) ab. Zudem schützt das Samenspenderegistrierungsgesetz seit 2018 den Spender vor finanziellen Ansprüchen (vgl. Kap. 8).

Reproduktionsmediziner*innen, die sich in ihrer Behandlungspraxis am Ideal der ›heterosexuellen Kleinfamilie‹ orientieren.²¹

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass im Untersuchungszeitraum, d.h. bis 2013/2014, nur eine überschaubare Anzahl an Fertilitätszentren, z.T. mit angeschlossenen Samenbanken, die Inseminations- oder IVF-Behandlung mit Spendersamen für lesbische (verpartnerte) Paare anbot. Auch gab es vereinzelt Gynäkolog*innen, die Inseminationen bei lesbischen Paaren durchführten.²² Für formal alleinstehende cis Frauen war (und ist) es noch schwieriger, Zugang zu reproduktionsmedizinischer Behandlung zu erhalten, da sie keinen potentiellen zweiten rechtlichen Elternteil vorweisen können und rechtliche Risiken ggf. dauerhaft bestehen bleiben.²³ Deutlich erschwert ist der Zugang unter Umständen auch für Konstellationen mit inter* oder trans* Elternteilen, die aufgrund ihrer Geschlechtlichkeit Vorbehalten bezüglich ihrer Eignung als Eltern ausgesetzt waren (und sind), wie in den Expert*inneninterviews mit psychosozialen Beraterinnen und Samenbankbetreibern herausgestellt wurde.

Reproduktionsmediziner*innen und Samenbankbetreibende sind vor diesem Hintergrund als *Gatekeeper* mit relativ weiten Handlungsspielräumen zu bezeichnen, sowohl was die grundsätzliche Durchführung der Behandlung als auch die Bedingungen für eine solche betrifft. Das folgende empirische Beispiel zeigt, wie eine deutsche Reproduktionsklinik mit dieser unregulierten Lage im Untersuchungszeitraum umgegangen ist und eigene Selektionspraktiken vollzogen hat.

»Wie ein Mensch zweiter Klasse« – Erfahrungen in einer deutschen Reproduktionsklinik

Zum Zeitpunkt des Interviews ist Carina Burkhardt²⁴ in der 9. Woche schwanger. Zusammen mit ihrer Partnerin Linda Frank hatte sie im Vorfeld der Schwangerschaft zunächst eine deutsche Reproduktionsklinik aufgesucht. Ihre Gynäkologin

21 Insgesamt ergibt sich für die marktförmig organisierten und wettbewerbsorientierten Kliniken dabei ein Interessenkonflikt: Grundsätzlich stellen lesbische Paare eine interessante Klientel für die Kliniken dar. Sie sind privat zahlende Kundinnen, die die Erfolgsstatistiken der Kliniken positiv beeinflussen, da bei ihnen meist keine Infertilität vorliegt und ihnen eine weitaus höhere Erfolgsrate für eine gelingende Befruchtung attestiert wird (vgl. Kalender 2012: 204).

22 Informationen über die, zum Teil informelle, Durchführung von Donogenen Inseminationen bei lesbischen Paaren durch Fertilitätskliniken und Gynäkolog*innen ergaben insbesondere die Expert*inneninterviews mit psychosozialen Beraterinnen.

23 Wenn alleinstehende Frauen behandelt werden, verlangen die Kliniken oder Samenbanken oftmals eine sogenannte ›Garantieperson‹, die einen notariell beglaubigten Vertrag unterschreibt, dass im Falle des Versterbens der Patientin alle Rechte und Pflichten auf die ›Garantieperson‹ übergehen. Hinzu kommen teils obligatorische psychosoziale Beratungsgespräche und Rechtsberatungen (Ergebnis eigener Recherchen, Stand: Februar 2021).

24 Die Namen der Interviewten sind über Pseudonyme anonymisiert.

hatte sie in ihrem Wunsch nach einem Kind unterstützt und beiden den Hinweis auf eine Klinik gegeben, die in Ärzt*innenkreisen für die Behandlung lesbischer Paare in eingetragener Lebenspartnerschaft bekannt war. Zugleich hatte sie die beiden vorgewarnt, wie Carina Burkhardt berichtet, was den Umgang des Betreibers und seiner Mitarbeitenden mit lesbischen Paaren betrifft – sie sollten »lebensfähig und [...] demütig« (CB 3, 147)²⁵ sein und »runterschlucken« (CB 3, 148) können.

Carina Burkhardt und Linda Frank riefen in der Reproduktionsklinik an und wurden zunächst darüber aufgeklärt, dass eine Behandlung für lesbische Paare erst im Anschluss an ein persönliches Gespräch mit einer Psychologin möglich sei, in dem ermittelt werde, ob sie »geeignet« (CB 4, 161) seien. Die Kosten für das zweistündige Eignungsgespräch beliefen sich auf 180 Euro, die sie bereits vorher überweisen sollten. Zu den Fragen, die ihnen gestellt wurden, berichtet Carina Burkhardt Folgendes:

»Wir hatten dann so einen Fragenkatalog, [...] also es war-, es war-, es war wirklich teilweise-, ich war fassungslos, weil mit solchen Fragen hätte ich echt nicht gerechnet. War auf eine Menge vorbereitet, aber nicht: ›Sind Sie noch Jungfrau?‹, ›Hatten Sie schon mal Geschlechtsverkehr mit einem Mann?‹ – was hat das damit zu tun?« (CB 4, 172-176)

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

Carina Burkhardts und Linda Franks lesbische Existenzweise stellt innerhalb des heteronormativ strukturierten Kliniksettings eine Störung der »Matrix der Intelligibilität« (Butler 1991: 39) dar: Als intelligible Geschlechtsidentitäten beschreibt Judith Butler jene, die eine Kontinuität und Kohärenz zwischen dem anatomischen Geschlecht (*sex*), der Geschlechtsidentität (*gender*) und dem Begehren (*desire*) aufweisen (vgl. ebd.: 38) und damit beispielsweise als cis-weiblich, als Frau und als heterosexuell identifiziert werden. Das Paar stellt eine Irritation dieser Kontinuität und Kohärenz dar und wird als »Entwicklungsstörung« (ebd.: 39) gefasst, was im mehrfachen Versuch der Psychologin Ausdruck findet, Spuren heterosexuellen Begehrens ausfindig zu machen, bzw. in ihrer Aufforderung gegenüber den beiden, das lesbische Begehren in eine biografische Erzählung einzubetten, die der »Abweichung« Sinn verleiht. Die von Carina Burkhardt exemplarisch angeführten Fragen des psychologischen Eignungsgesprächs spiegeln zudem eine Nicht-Anerkennung und Abwertung lesbischer Sexualität wider.

25 In der Zitation der erhobenen Interviews gebe ich jeweils die Initialen der pseudonymisierten Namen der Gesprächspartnerinnen* an, gefolgt von der Seitenangabe im Transkript sowie den Zeilennummern.

Als bedeutendes Kriterium für eine Zulassung des lesbischen Paares zu reproduktionsmedizinischer Behandlung stellte sich außerdem ihr ökonomisches Kapital heraus. Carina Burkhardt berichtet, dass sie eine Gebühr von 5 000 Euro entrichten sollten, um die Grundvoraussetzung für eine Behandlung zu erfüllen – reproduktionsmedizinische Dienste waren in dieser Gebühr noch nicht enthalten. Auf Nachfrage der Interviewten hin, ob heterosexuelle Paare einen vergleichbaren Betrag entrichten müssten, gab die Klinik an, dass diese lediglich eine Grundgebühr von 2 000 Euro zahlen müssten, und führte das unterschiedliche rechtliche Risiko als Begründung an.²⁶ Darüber hinaus mussten sie ihre gesamte finanzielle Situation offenlegen, von den aktuellen Einkommensverhältnissen über Lebensversicherungen bis hin zu – falls vorhanden – weiterem Privatvermögen. Von Klinikseite aus wurde Carina Burkhardt zufolge als Erläuterung zu dieser Prüfung der ökonomischen Verhältnisse angegeben, dass lesbische Paare, bei denen eine der beiden als Krankenpflegerin tätig sei und die andere arbeitslos, nicht behandelt würden. Hier sei das finanzielle Risiko auf Unterhalts- und Erbsprüche zu groß. Ausschlüsse auf der Basis von Schichtzugehörigkeit wurden also deutlich benannt.

Obwohl sie vier Wochen später eine »Zusage« (CB 4, 201) erhielten²⁷, gingen sie diesem Weg nicht weiter nach. Carina Burkhardt beschreibt im Gespräch, dass die Erfahrungen für sie eine Diskriminierung bedeuteten, sie sich abgewertet fühlte und sie unter diesen Umständen keine reproduktionsmedizinische Behandlung durchführen lassen wollten. Sie fühlte sich »wie ein Mensch zweiter Klasse« (CB 5, 237-238) behandelt. Linda Frank, ihre Partnerin, beschreibt die Erfahrung in der Reproduktionsklinik ebenfalls als belastend und empört sich darüber, findet sie jedoch schwer greifbar als diskriminierende Praxis:

»Da war ich so platt danach. Ich weiß noch, die Fahrt nach Hause, diese 20 Minuten, die waren wir dann sehr still (lacht), weil erst mal so klarwerden musste, was da jetzt überhaupt abgelaufen ist, das war wirklich ein bisschen befremdlich, als erwachsener Mensch da behandelt zu werden wie-. Das ist mir, Gott sei Dank, noch nicht besonders häufig passiert, deswegen bin ich da gar nicht so drauf vorbereitet. Und das war aber nie so, dass man das jetzt als Diskriminierung so direkt bezeichnen könnte, sondern immer so wohlgemeint. Also die hat uns ja nichts getan, die hat ja nicht gesagt (CB: Nein), sie (.) ja nicht, aber (.) [...] das war einfach nur Taktik, um die Leute einfach davon abzuhalten, da hinzugehen, weil das ist ja wirklich im persönlichen Ermessen der Leute da. [...] Das ist schon eine extreme-

26 Eine solche Staffellung widerspricht dem juristischen Grundsatz der Gleichbehandlung.

27 Über die Behandlung lesbischer Paare im Einzelfall zu entscheiden und ggf. den Zugang zu verwehren, war zu dieser Zeit auch in anderen Reproduktionszentren üblich, wie die Expert*inneninterviews mit Beraterinnen und Samenbankbetreibern ergaben. Zum Teil wurde bei diesen Entscheidungen das gesamte Klinik-Team einbezogen, manchmal trafen Chef-Ärzt*innen allein die Entscheidung.

also das ist sowieso teuer, aber das kann dann ja wirklich extreme Situationen, extreme Belastungen erzeugen, das ist ja furchtbar. Ja, also mich hat einfach auch so erschreckt, dass das dann-, so wir geben jetzt hier mal die Regeln vor, Schätzchen, wenn du hier überhaupt irgendwas willst. Also es war wirklich eine Frechheit.« (LF 8, 365-395)

Linda Frank beschreibt, dass sie sich im Kontakt mit der Psychologin nicht ernst genommen und bevormundet fühlte. Vor dem Deckmantel einer professionellen Höflichkeit (es war »immer so wohlgemeint«) und aufgrund des Umstands, dass die Psychologin ihnen »nichts getan« hat, das als Diskriminierung für sie greifbar gewesen wäre, empfindet Linda Frank die für sie belastende Umgangsweise als schwer benennbar. Das spiegelt sich während des Interviews in ihrem Ringen um Worte in der Beschreibung der Situation und des bei ihr entstandenen Gefühls wider. Das Nicht-Gesagte entfaltet hier eine ausschließende Wirkung, die zu diffus ist, um sie zu benennen, geschweige denn anprangern zu können. Dies hat Optionen des Entgegnehmens, des Widersprechens und des Einstehens für die eigene Position für sie verunmöglicht. Darüber hinaus benennt Linda Frank in dieser Passage die *Gatekeeper*-Funktion der Klinik, indem sie die Entscheidungsgrundlage über eine assistierte reproduktionsmedizinische Behandlung als »persönliches Ermessen« der dort arbeitenden Personen fasst. Sie beschreibt diese als Machtverhältnis, in dem ihnen als Patientinnen »Regeln« vorgeschrieben wurden. Zusätzlich wurden im Vorfeld hohe finanzielle Forderungen an sie gestellt, um potentiell Zugang zu erhalten. Insgesamt bezeichnet sie die Erfahrung als eine Situation, die »extreme Belastungen« mit sich brachte. Carina Burkhardt macht im weiteren Verlauf des Interviews ebenfalls deutlich, dass für sie der Zugang zu reproduktionsmedizinischer Behandlung in Deutschland von einem Abhängigkeitsverhältnis gegenüber der medizinischen Profession gekennzeichnet ist, was Gefühle des Ausgeliefertseins und der Fremdbestimmung in ihr hervorrief, denen sie aufgrund der rechtlich ungeregelten Situation nicht begegnen konnte.

Im Anschluss an diese für sie herausfordernden Erfahrungen haben Linda Frank und Carina Burkhardt einen Termin in einer Klinik im europäischen Ausland²⁸ vereinbart und waren dort positiv überrascht. Auf meine Nachfrage, ob die Behandlung dort anders verlaufen sei, antwortet Carina Burkhardt:

»Völlig, völlig. Also als wir reingekommen sind, saßen da mindestens drei lesbische Pärchen. Also das ist eine der ältesten-, das ist eine der ältesten Kliniken in ganz Europa. Das war einfach vor allem total freundlich, also du hattest überhaupt gar nicht das Pro-, also wir haben uns weder als Lesben gefühlt noch-, also es war da ganz normal. Die haben damit halt einfach überhaupt nicht das Problem, das wurde auch überhaupt nicht thematisiert.« (CB 6, 262-266)

28 Aufgrund der Anonymisierung des Interviewmaterials wird das Land nicht genauer benannt.

Lesbische Reproduktion wird im Setting der ausländischen Reproduktionsklinik nicht als das ›Andere‹ markiert, sondern selbstverständlich in deren organisatorische Prozesse integriert. Das von Carina Burkhardt beschriebene Eintreten in die Klinik ist als Normalisierungsprozess zu deuten, der sich auf drei Ebenen vollzieht: erstens darüber, dass sie sich in anderen Patientinnen wiedererkennen und sich mit drei weiteren lesbischen Paaren im Wartezimmer das Verhältnis zwischen Mehrheit (für gewöhnlich heterosexuelle Paare) und Minderheit (für gewöhnlich lesbische Paare und alleinstehende Frauen) verschieben. Zweitens ist für die Normalisierung lesbischer Reproduktion die emotionale Ebene von Bedeutung, die sie als offene Freundlichkeit und nicht als professionelle Maske empfindet, die eine ihre Lebensweise infrage stellende Haltung verdeckt. Die Normalisierung speist sich drittens aus einer De- bzw. Entthematisierung von nicht-heterosexuellem Begehren. Normalisierung erfolgt über die Unmarkiertheit und Nicht-Benennung des Begehrens der Interviewten im Setting der Reproduktionsklinik. Nach mehreren vergeblichen Inseminationsversuchen führte schließlich eine In-vitro-Fertilisation zur gewünschten Schwangerschaft.

Das Beispiel von Carina Burkhardt und Linda Frank ist eines, das erschwerte Zugangsbedingungen im Kontext reproduktionsmedizinischer Behandlungen in Deutschland sichtbar macht, die so oder so ähnlich auch einige andere der interviewten lesbischen und queeren Paare gemacht haben – wenn sie von den Kliniken überhaupt behandelt wurden. Die Umgangsweise dieser Reproduktionsklinik sowohl in Bezug auf diskriminierende psychologische Testverfahren als auch die ökonomischen Sonderbelastungen ist extrem, andere Kliniken setzten vergleichsweise leicht erhöhte Preise an und führten lediglich die üblichen Erstgespräche, aber keine psychologischen Eignungsgespräche durch.

Einzelne Kliniken und Samenbanken boten ihre Dienste wiederum selbstverständlich zum selben Preis für alle Anfragenden oder zumindest für anfragende Paare an und kritisierten Ausschlüsse nicht-heterosexueller und/oder alleinstehender Personen von reproduktionsmedizinischen Behandlungen zum Teil auch aktiv: Sie nahmen innerhalb ihres Berufsstands eine politische Position ein und prangerten die selektiven Praktiken von Kliniken und Samenbanken an. Sie wiesen die Legitimität der Ausübung der *Gatekeeper*-Funktion zurück, welche aufgrund der rechtlichen Grauzone und der daraus resultierenden hierarchischen Machtverhältnisse zwischen Anbietenden und Nachfragenden möglich ist. Dies machte einer der Samenbankbetreiber deutlich, der im Rahmen der Expert*innengespräche interviewt wurde. Auf die Frage, ob er Personen schon einmal allein aufgrund ihres nicht-heterosexuellen Begehrens oder ihres Beziehungsstatus die Behandlung verweigert habe, erklärte er:

»Das sind ethische-, das sind ethische Fragestellungen. Und ich denke-, ich denke, das ist nicht meine Aufgabe, das ist nicht meine Aufgabe, zu entscheiden, du

darfst oder du darfst nicht. Dann kann ich genauso gut sagen, »Mensch, die vor mir sitzen, die haben beide nur einen IQ von 60, darf ich dem Kind das zumuten?« Ich glaube, das dürfen wir nicht, da müssen wir uns raushalten. Das ist immer so meine Philosophie gewesen, die, die kommen und wollen, werden aufgeklärt von uns, und wenn sie dann immer noch wollen, müssen wir mit denen was wollen, um das mal so zu umschreiben.« (SBBa 7, 358-364)

Der Interviewte stufte im Interview die erhöhten Preise, die einige Reproduktionszentren bei lesbischen Paaren erheben, schließlich als »Diskriminierung hoch drei« (SBBa 8, 377) ein. Rechtliche Unsicherheiten bezüglich möglicher finanzieller Risiken behandelnder Ärzt*innen hielt er für vorgeschoben, da diese sich der damaligen Rechtslage nach auch bei heterosexuellen Paaren ergeben könnten. Für ihn handelte es sich um ideologische Vorbehalte und er sah sich mit seiner Praxis als »Vorreiter« (SBBa 8, 389) eines soziokulturellen Wandels.

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

Restriktiv-repressive (standes-)rechtliche und institutionelle Bedingungen sind von dem in Unterkapitel 2.2.1 dargelegten Machtbegriff Foucaults ausgehend immer auch als produktiv und ermöglichend zu begreifen. Sie rahmen nicht-heterosexuelle Reproduktion und begrenzen sie, wirken aber nicht verunmöglichend und bringen sie historisch auf eine spezifische Weise mit hervor. Akteurinnen* entfalteten darin ein widerständiges Potential. Diese Aneignungsweisen der Interviewten skizziere ich im Folgenden.

4.4 »Give the Lesbian a Turkey-baster«²⁹ – Praktiken der Aneignung

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

So wie Linda Frank und Carina Burkhardt suchten sich auch viele andere interviewte Paare alternative Routen der Reproduktion. Neben Kliniken im Ausland nutzten zwei Drittel der Interviewten die sogenannten ›Do-it-yourself-Varianten‹ auf der Ebene der Samenspendenbeschaffung und/oder auf der Ebene der Insemination. Einige der interviewten Frauen* wählten Wege, die sich als eine Mischung aus medizinischer und selbstorganisierter Route der Reproduktion beschreiben lassen: Sie ließen sich eine medizinisch aufbereitete Samenspende von einer dänischen Samenbank nach Hause liefern. Diese kam im Stickstoffbehältnis oder auf Trockeneis per UPS möglichst pünktlich zum Eisprung und wurde selbst inseminiert. Andere suchten sich einen privaten Spender und ließen das Sperma von Gynäkolog*innen einbringen, die sich hierzu bereit erklärten. Wieder andere machten sich gänzlich unabhängig vom reproduktionsmedizinischen Apparat: Sie suchten sich einen privaten Spender und führten das Sperma selbst ein. Die privaten Spender stammten entweder aus dem Freundes- und Bekanntenkreis bzw. der Herkunftsfamilie der Partnerin oder sie lernten Spender über Internet-Foren oder Selbsthilfegruppen kennen. Über die Praxis der Selbstinsemination machten sie sich in der lesbischen Community, bei Kinderwunschstammtischen, in Chats von Facebook-Gruppen, über die Beratung in LSBTIQ-Zentren oder Selbsthilfe-Literatur kundig. Das Zyklusmonitoring führten sie ebenfalls selbst durch und eigneten sich verschiedene Techniken an: von Temperaturmessungen über Apps, die den Eisprung berechnen, bis hin zu Urintests aus der Apotheke oder dem Droge-riemarkt.

Die Interviewten führten diverse Gründe an, warum sie Routen jenseits reproduktionsmedizinischer Kliniken wählten. Für die meisten spielten ökonomische Ressourcen die größte Rolle: Reproduktionsmedizinische Behandlung in Anspruch zu nehmen, erforderte ein Maß an ökonomischem Kapital, das die finanziellen Möglichkeiten der meisten überstieg. Selbstorganisierte Wege waren jedoch nicht

29 Im englischsprachigen Raum werden Kinder, die über eine Selbstinsemination entstanden sind, auch »Turkey-baster Babies« (Wikler/Wikler 1991) genannt. Ein »Turkey-baster« (dt. »Bratenspritze«, »Truthahnpipette«) eignet sich ebenso wie andere Spritzen zur Insemination. Die Wendung wird umgangssprachlich als Synonym für demedikalisierte Formen der technisierten Reproduktion genutzt.

nur kostengünstigere, sondern von vielen auch die gewünschten Wege. Als Gründe nannten die Interviewten das Bedürfnis nach Autonomie gegenüber der Institution Medizin und fassten ihren Weg als Aneignung eines Reproduktionsapparats auf, der nicht-heterosexueller Elternschaft ausschließend gegenübersteht oder sie als defizitär markiert. Darüber hinaus sahen viele darin die Möglichkeit, erweiterte Formen von Elternschaft und Familie über die tradierte Form des Elternpaares hinaus zu verwirklichen, etwa zu dritt oder zu viert Eltern zu sein oder einen »Sponkel« (»Spender mit Onkelfunktion«) zu haben. Als Motivation für die Nutzung einer privaten Samenspende gaben einige auch das Recht auf das Wissen um die »genetische Herkunft« an. Ihr Kind sollte möglichst früh die Möglichkeit erhalten, zu erfahren, von wem es abstammt. Hinzu kamen Gründe wie das Nicht-Erfüllen von Alters- und Gesundheitsnormen: Interviewte mit chronischen Erkrankungen oder in einem Alter von über 45 Jahren wählten zusammen mit ihren Partnerinnen* teils ebenfalls Do-it-yourself-Varianten, um (möglichen) Ausschlüssen von Reproduktionskliniken zu entgehen.

An dieser Stelle möchte ich auf den Begriff »biomedical citizenship« (Thompson 2005: 6) von Charis Thompson zurückkommen (vgl. Kap. 2). Das vorliegende empirische Material erlaubt es, eine Einschätzung für den deutschen Kontext hinsichtlich der ungleichen Verteilung biomedizinischer Staatsbürger*innenschaft zu geben. Für den Zeitraum des Elternwerdens meiner Interviewpartnerinnen* ist eine heteronormative Regulierung des Zugangs zur Reproduktionsmedizin in Deutschland deutlich geworden. Die (standes-)rechtlichen Rahmenbedingungen spielten für die Ausschlüsse auf Basis von Begehren und Familienstand eine wichtige Rolle, ebenso die *Gatekeeper*-Funktion der Kliniken. Hinzu kommt die anhaltende Relevanz weiterer Strukturkategorien: Geschlecht wird relevant in Form einer möglichst reibungslosen Einordnung in ein binäres Geschlechtersystem, Klasse als Strukturkategorie ist wirkmächtig, da der Zugang zur Reproduktionsmedizin in besonderem Maße von ökonomischen Ressourcen abhängt. Ebenso Gesundheits- und Altersnormen, ohne deren Erfüllung eine reproduktionsmedizinische Behandlung meist verwehrt wird. Hinsichtlich der Kategorie *race* nehmen alle Interviewten dominante Positionen ein – *Weißsein* blieb in den Gesprächen zumeist unbenannt und offenbart sich damit als unmarkiertes Privileg, das Zugänge ermöglicht.³⁰

Wird *biomedical citizenship* nicht oder nur eingeschränkt gewährt, entwickeln die Akteurinnen* Strategien der Aneignung. Mit Eisprung-Apps, Spritzen und Spendersamen, in Selbsthilfegruppen und über soziale Netzwerke führen die interviewten Paare die eingangs benannte, noch ungeschriebene Geschichte der (queer-)feministischen Reproduktion fort. Bedeutsam ist hierbei die Technik der Donogenen Insemination selbst: Das Verfahren der Donogenen Insemination

30 Vgl. zu biopolitischen Hierarchisierungen des Zugangs zu Reproduktion auch Janssen 2016: 151f.

kann – wie die obigen Ausführungen zeigen – sowohl innerhalb reproduktionsmedizinischer Settings als auch jenseits dieser und als ›Mischvariante‹ praktiziert werden. Die Praxis der Donogenen Insemination ist somit eingelassen in den reproduktionsmedizinischen Apparat und weist zugleich über ihn hinaus. Sie wird über diesen reguliert und stellt ihn, seine medizinischen Autoritäten und die ihn konstituierenden Machtverhältnisse ebenso infrage. Sie ist gleichermaßen ein biopolitisches Instrument zur Regulierung dessen, wer sich fortpflanzen darf, wie Medium einer politisierten, feministisch-queeren Aneignung und Demedikalisierung von Reproduktion, ein Ausdruck reproduktiver Selbstbestimmung. Sie ist sowohl Medizin- als auch Do-it-yourself-Technologie – ein Hybrid, welches tradierte Grenzziehungen praktisch aufweicht.

Welche Narrative entwerfen die Interviewten nun im Zuge ihres *doing reproduction* angesichts heteronormativer, naturalisierter Bilder von Reproduktion? Wie stellen sie Verwandtschaft her? Und wie können ihre reproduktiven und verwandtschaftlichen Praktiken vor dem Hintergrund queer-theoretischer Ansätze und der Perspektiven der Feminist Science and Technology Studies gedeutet werden? Damit beschäftigt sich das nächste Kapitel.

