

Heteronormativität und Reproduktive Normen

Eine analytische Neubestimmung an den Beispielen Uterustransplantation und trans Schwangerschaft

Annika Spahn

Einleitung

In diesem Artikel soll – ausgehend von meiner Forschung zu Heteronormativität und Reproduktionstechnologien und -medizin – eine Erweiterung der Kategorien aufgestellt werden, die Judith Butler (2016 [1991]) für die Konzeptionierung der heterosexuellen Matrix vorschlug (*sex*, *gender* und *desire*), insbesondere im Hinblick auf reproduktive Normen. Ein heteronormatives System enthält nicht nur Annahmen über Geschlecht(-skörper) und Begehren, sondern unter anderem auch die Annahme, dass alle erwachsenen Menschen reproduktionsfähig sind und einen Kinderwunsch haben (Spahn (in Vorbereitung)). Gesellschaftlich wird also nicht nur erwartet, dass erwachsene Personen sich reproduzieren, sondern auch, dass sie sich gemäß ihrem Geschlecht fortpflanzen – das bedeutet, dass Frauen ein Schwangerschaftswunsch unterstellt wird, Männern aber nicht. Gleichzeitig beinhalten diese reproduktiven Normen auch Ausschlüsse und Marginalisierungen: Wie ich anhand von Gruppendiskussionen mit trans Personen¹ zu Schwangerschaft und einer Diskursstranganalyse zu Uterustransplantationen zeigen werde, wird Menschen, die heteronormativen Erwartungen zu

1 Ich verwende in diesem Artikel grundsätzlich Begriffe und Formulierungen, wie sie in der trans Community verwendet und präferiert werden.

Geschlecht und Sexualität nicht entsprechen, ein Kinderwunsch eher abgesprochen beziehungsweise werden sie an einer Elternschaft gehindert. Queere – und ganz spezifisch trans – Personen werden also nicht als reproduktive Subjekte konzipiert, weil sie heteronormativen Normen nicht entsprechen. Fragen nach Reproduktion, Kinderwunsch, Verhütung, Familiengründung und Erziehung sind fundamental für unser Leben (Ross und Solinger 2017). So konzipierte bereits Martha Nussbaum (2014 [1999], S. 200–202) in ihrer Liste von Bedingungen für ein gutes Leben Reproduktionsfreiheit als ein solches Kriterium. Die Freiheit sich (nicht) zu reproduzieren und Entscheidungen, zum Beispiel zu Erziehung, selbstbestimmt treffen zu können, sind damit nicht nur individuelle Fragen zu Lebensqualität, sondern politische. Wie Vera King et al. (2023) in ihrem Artikel zu reproduktivem Timing herausarbeiten, erweitert die Reproduktionsmedizin die Möglichkeiten zur (selbstbestimmten) Fortpflanzung, schafft aber auch neue Arten von Druck und Erwartungen. Diesen möchte ich in diesem Artikel – spezifisch in Bezug auf trans und intergeschlechtliche Menschen – nachgehen.

Dieser Artikel stützt sich auf zwei verschiedene Datenerhebungen: Erstens habe ich 2014 Gruppendiskussionen mit trans Personen dazu durchgeführt, inwiefern sie sich eine eigene Schwangerschaft vorstellen können. Hierbei habe ich herausgearbeitet, dass trans Personen die Erfüllung ihres (potentiellen) Kinderwunsches durch rechtliche Hürden, die Androhung von Gewalt und (teils verinnerlichte) normative Annahmen über Geschlecht erschwert bzw. verunmöglicht wird. Zweitens habe ich im Rahmen meiner Dissertation (Spahn (in Vorbereitung)) den medizinischen Diskursstrang zu Uterustransplantationen analysiert und zeige daran, erstens, inwiefern Geschlecht und Reproduktionsfähigkeit miteinander verwoben sind, zweitens, dass intergeschlechtliche Frauen nur als Frauen anerkannt werden, wenn sie sich reproduktiven Normen unterwerfen und drittens, wie trans und inter* Personen sich entweder

entsprechend cis- und endonormativer² Vorgaben reproduzieren sollen – oder gar nicht.

Heteronormativität

In der Geschlechterforschung (Butler 2016 [1991]; exemplarisch: Rich 1980; Wittig 1992; Warner 2004) wird Heterosexualität als ein ideologisch abgesichertes soziales System verstanden, das einer expliziten, machtkritischen Analyse unterzogen werden muss – insbesondere in Bezug darauf, wie es konstituiert und reproduziert wird. Heteronormativität beschreibt kurzgefasst »ein binäres Geschlechtersystem, in welchem lediglich genau zwei Geschlechter akzeptiert sind, und das Geschlecht mit Geschlechtsidentität, Geschlechtsrolle und sexueller Orientierung gleichgesetzt« wird (Degele 2005, S. 19). Wie Butler (2016 [1991], S. 38) schreibt: »Die heterosexuelle Fixierung des Begehrens erfordert und instituiert die Produktion von diskreten, asymmetrischen Gegensätzen zwischen ›weiblich‹ und ›männlich‹, die als expressive Attribute des biologisch ›Männlichen‹ (*male*) und ›Weiblichen‹ (*female*) verstanden werden«. Das bedeutet: Männer gelten in unserer Gesellschaft erst dann als wahre und richtige Männer, wenn sie Frauen begehren (Bublitz 2013, S. 66). Heterosexualität dient gleichzeitig als Regulierungsinstanz von Geschlechternormen (Maihofer 2015) und als zugrundeliegender ›Sinn‹ von Zweigeschlechtlichkeit (Hark 2016, S. 55). Zweigeschlechtlichkeit meint dabei nicht nur ein bipolares System, sondern auch ein hierarchisches, womit die Macht von Männern über Frauen und alle anderen Menschen in den Blick kommt (Hark 2016, S. 64). Butler bricht mit der Vorstellung, dass ein bestimmtes anatomisches Geschlecht (*sex*) eine bestimmte Geschlechtsidentität (*gender*) und eine bestimmte sexuelle

-
- 2 Endogeschlechtliche Menschen sind nicht intergeschlechtlich, d. h. ihre Körper passen in die medizinischen und cisnormativen Vorstellungen männlicher bzw. weiblicher Körper. Ich verwende *endonormativ* analog zu *cisnormativ*, also als die Annahme, dass alle Menschen medizinisch eindeutig männlich oder weiblich sind.

Orientierung (*desire*) hervorbringt (Bublitz 2013; Butler 2016 [1991], S. 67; vgl. Degele 2005; Wagenknecht 2007) und entlarvt alle drei Kategorien als gesellschaftliche Konstruktionen (Butler 2016 [1991], S. 24).

In einem heteronormativen System gibt es also verschiedene normative Annahmen zu Geschlecht und Sexualität, die untrennbar und konstitutiv miteinander verwoben werden. Menschen, die von diesen Normen abweichen, werden marginalisiert. Wie ich in meiner Analyse von Heteronormativität in der Medizin (Spahn (in Vorbereitung)) herausgestellt habe, wird in einem heteronormativen System außerdem allen Menschen zugeschrieben, reproduktionsfähig zu sein und einen Reproduktionswunsch zu haben.

Ein zentraler Begriff für diese Analyse ist Cisnormativität, das heißt die Annahme, dass alle Menschen cisgeschlechtlich³ sind oder sein sollten und die Erwartung an das Befolgen von Geschlechternormen (Tordoff et al. 2021). Cisnormativität verstehe ich als eine spezifische heteronormative Dimension, die trans und nicht-binäre Personen marginalisiert – beispielsweise in der Erwartung, dass alle Frauen einen Uterus, eine Vagina, eine Vulva, XX-Chromosomen usw. haben (Ewert 2018).

Reproduktive Normen

Die feministische Juristin Katherine M. Franke forderte 2001 in einem Essay, Mutterschaft einer kritischen Analyse zu unterziehen und »[t]he centrality, presumption, and inevitability of our responsibility for children« (Franke 2001, S. 183) kritisch zu hinterfragen und entwickelte dafür den Begriff *Repronormativität*. Nadyne Stritzke und Elisa Scaramuzza (2016, S. 146) fassen das Konzept der Repronormativität folgendermaßen zusammen:

»Thus, repronormativity is defined by four characteristics. First, binary gendered, heterosexual procreation is *naturalized* by declaring

3 Eine cisgeschlechtliche Person hat (in Abgrenzung zu transgeschlechtlichen Personen) das Geschlecht, das ihr bei der Geburt zugewiesen wurde.

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*.«

Repronormativität bedeutet also die gesellschaftliche Annahme, dass alle Menschen Kinder haben können, wollen und werden. Repronormativität trifft besonders (*weiße*, heterosexuelle, nicht-behinderte...) Frauen (hornscheidt 2015, S. 110) und verknüpft (cis-)normative Erwartungen an vergeschlechtlichte Körper mit normativen Erwartungen an Reproduktion(-sfähigkeit). *Repronormierung* verstehe ich als eine spezifische Form der Disziplinierung, bei der Menschen in normativ definierte Reproduktionserwartungen eingefügt werden – wenn also beispielsweise von trans Frauen erwartet wird, eine Entfernung der Hoden durchführen zu lassen, um sich nicht auf eine ›falsche‹ Weise (oder überhaupt) fortpflanzen zu können.

Methodik und Vorgehen

Die hier ausgeführten Forschungsergebnisse stammen aus zwei verschiedenen Erhebungen: Erstens habe ich im Rahmen meiner M.A.-Arbeit Gruppendiskussionen mit trans Personen über Kinderwunsch und Schwangerschaft durchgeführt und zweitens habe ich im Rahmen meines Dissertationsprojekts den medizinischen Diskursstrang zu Uterustransplantationen analysiert.

Trans und Schwangerschaft

Für meine M.A.-Arbeit untersuchte ich die Diskurse innerhalb deutscher trans Communities rund um Schwangerschaft. Mich interessierte, was trans Personen über Schwangerschaft dachten, ob sie Eltern werden wollten und ob sie sich (entweder mit eigenem oder transplantiertem

Uterus) eine eigene Schwangerschaft vorstellen konnten. Dazu führte ich drei leitfadengestützte Gruppendiskussionen (Bohnsack et al. 2006; Bohnsack 2014; vgl. Loos und Schäffer 2001) mit insgesamt circa 50 Personen durch, welche ich anschließend transkribierte und mit Hilfe des Integrativen Basisverfahrens (Kruse 2015) auswertete. Bei Gruppe 1 handelte es sich um einen Freundeskreis dreier trans Männer zwischen 19 und 25 Jahren, bei Gruppe 2 um eine trans Selbsthilfegruppe, die mehrheitlich von trans Frauen besucht wurde und deren Teilnehmer*innen zwischen 22 und über 60 Jahre alt waren und bei Gruppe 3 um eine trans Selbsthilfegruppe, die mehrheitlich von trans Männern und ihren Angehörigen besucht wurde und deren Teilnehmer*innen zwischen 20 und 54 Jahre alt waren.

Uterustransplantationen

In meiner Dissertation, die ich 2023 abgeschlossen und verteidigt habe, analysiere ich, wie und auf welchen Ebenen sich Heteronormativität in der Medizin zeigt und welche Dimensionen erkennbar sind – kurz: wie Heteronormativität in der Medizin regiert und wie sie aufrechterhalten wird. In Bezug auf die medizinische Wissensproduktion untersuche ich exemplarisch den medizinischen Diskurs rund um Uterustransplantationen.⁴ Dabei interessierte mich, wie Körper, Geschlecht, Sexualität, Beziehung und Familie konzipiert und verhandelt, wie mit sexueller, romantischer und geschlechtlicher Vielfalt umgegangen und wie das queere Potential von Uterustransplantationen, das heißt, das Potential gesellschaftliche Bilder und Normen zu Geschlecht und Körper infrage zu stellen und zu wandeln, verhandelt wurde. Der Korpus für meine Analyse bestand aus 26 medizinischen und medizinethischen Fachartikeln. Kriterien für die Aufnahme in den Korpus waren: Die Studie musste zwischen 2010 und 2020 in einem medizinischen oder medizinethi-

4 Daneben untersuchte ich auch die medizinische Lehre anhand einer Dokumentenanalyse verschiedenen Lehrmaterialien und die medizinische Behandlungspraxis durch Gruppendiskussionen mit asexuellen Patient*innen zu ihren Erlebnissen mit Ärzt*innen.

schen Fachjournal auf Deutsch oder Englisch erschienen sein und Uterustransplantationen an Menschen als Objekte ihrer Forschung haben. Außerdem wurden Artikel, die sich auf eine Totspende von Uteri konzentrierten, ausgeschlossen, da aktuell die Anwendung der Lebendspende dominiert. Gefunden wurden diese Artikel über eine Auswertung des *American Journal of Transplantation* und *Fertility & Sterility*, über eine systematische Recherche über PubMed, einer Datenbank medizinischer Forschung, und über ein weiterführendes Schneeballsystem.

Da ich nicht den gesamten Diskurs untersuche, sondern nur medizinische und medizinethische Studien zu Uterustransplantationen, spreche ich hier von einer Diskursstranganalyse (Jäger 2015; Keller 2004). Als Analyseheuristik nutzte ich die Kritische Feministische Diskursstranganalyse (Jäger 2001; Lazar 2007; Fairclough und Wodak 2009; Nonhoff 2019). Das vergleichsweise offene Verfahren habe ich mit der inhaltlich-strukturierenden Qualitativen Inhaltsanalyse (Kuckartz und Rädiker 2022) für ein regelgeleitetes Vorgehen kombiniert. Im Folgenden führe ich zunächst kurz inhaltlich in den Forschungsgegenstand ein und gehe dann auf meine Ergebnisse der jeweiligen Erhebung ein. Im Zentrum steht dabei die Frage, welche heteronormativ-reproduktiven Normen sich zeigen und wie diese durchgesetzt werden.

Trans und Schwangerschaft

Inhaltliche Einführung

Auch trans Personen können ein Bedürfnis nach Schwangerschaft und Kindern haben (Wierckx et al. 2012). Da eine Hormontherapie mit Testosteron bei trans Männern⁵ nur zu einer reversiblen Amenorrhoe (dem Ausbleiben der Menstruation) führt und keinen vollständigen Empfängnischutz bietet, besteht vor einer Adnektomie (der Entfernung

5 Diese Ausführungen gelten auch für transmaskuline und nicht-binäre Personen mit Uterus. Da ich mich in meiner Forschung auf trans Männer fokussiert habe, führe ich dies hier entsprechend aus.

der Eierstöcke) und Hysterektomie (der Entfernung des Uterus) durch Absetzen der Hormonersatztherapie die Möglichkeit einer Schwangerschaft (Sutter 2014, S. 217ff.). Viele trans Männer sind an reproduktiven Fragen interessiert und frieren vor einer Testosteron-Behandlung beziehungsweise einer Ovariectomie Eizellen ein (Hempel 2014). Das Gesundheitssystem präferiert allerdings cisnormative Transitionswege, das heißt: trans Männern wird oft beim Beginn einer Hormontherapie geraten, eine Hysterektomie durchzuführen, oft mit der Begründung eines (nicht unbedingt empirisch nachzuweisenden) Krebsrisikos (Braun et al. 2017; Jackson et al. 2022). Außerdem sieht zumindest ein Teil des medizinischen Fachpersonals aufgrund cisnormativer Vorstellungen den Wunsch nach Schwangerschaft als eine Kontraindikation für Transgeschlechtlichkeit (Hümpfner 2021). Gleichzeitig gibt es erste Ansätze, um Schwangerschaften von trans Männern gynäkologisch zu unterstützen (Obedin-Maliver und Makadon 2016); diese werden aber nicht breit rezipiert.

2011 urteilte das Bundesverfassungsgericht, dass der Sterilisationszwang und der Zwang zu geschlechtsangleichenden Maßnahmen des 2024 durch ein Selbstbestimmungsgesetz ersetzten Transsexuellengesetzes (TSG) verfassungswidrig sind (Bundesverfassungsgericht 2011). Das hatte zur Folge, dass in Deutschland erstmals Menschen mit juristisch männlichem Personenstand Kinder gebären konnten.⁶ Bis zur Abschaffung des TSG gab es allerdings zwei große juristische Hürden für trans Personen mit Kinderwunsch: Wenn erstens eine Person mehr als 300 Tage (der ungefähren Länge einer Schwangerschaft) nach der Änderung des Vornamens im Rahmen des TSG ein Kind bekam, wurde die Änderung des Vornamens hinfällig, da dann davon ausgegangen wurde, dass die entsprechende Person sich doch dem weiblichen Geschlecht zugehörig fühlen würde.⁷ Dies konnte wieder revidiert werden, wenn schwerwiegende Gründe vorlagen, bedeutete aber einen großen Aufwand (Adamietz 2011). Zweitens wurden trans Personen

6 Für inter* Personen war dies schon vorher theoretisch möglich.

7 Hatte eine Person ihren Personenstand und ihren Vornamen geändert, wurden diese nach der Geburt eines Kindes nicht rückgängig gemacht.

auch nach einer Personenstands- und Vornamensänderung über das TSG mit ihrem Deadname⁸ und ihrem zugewiesenen Geschlecht in die Geburtsurkunde des Kindes und in das Geburtenregister eingetragen. Das bedeutet: Ein gebärender trans Mann ist juristisch gesehen immer die »Mutter« des Kindes.

Gesellschaftlich sind Schwangerschaft (bzw. die grundsätzliche Fähigkeit schwanger zu werden) und Weiblichkeit intrinsisch miteinander verknüpft. Dies führt dazu, dass alle schwangeren Personen als Frauen wahrgenommen werden. Trans Personen werden in gesellschaftliche Reproduktionserwartungen einbezogen – das heißt, es wird angenommen, dass sie keine Kinder haben wollen, keine Kinder bekommen können oder schlechte Eltern wären (Rewald 2019).

Ergebnisse

Da die Gruppendiskussionen 2014 durchgeführt wurden und sich inzwischen viele rechtliche, medizinische und soziale Änderungen ergeben haben, sind die hier vorgestellten Ergebnisse nur bedingt auf heutige Verhältnisse übertragbar. Ich fokussiere mich hier außerdem nur auf einen Ausschnitt aus meinem Material, spezifisch die Analyse der Gedanken der befragten trans Männer zu Schwangerschaft. Während viele der Teilnehmer*innen einen Kinderwunsch hatten, galt das nicht für alle. Für manche der Befragten ist eine Schwangerschaft unter anderem nicht vorstellbar, da sie zum Beispiel Dysphorie auslösen würde (Gruppe 1 Zeile 1575–1582, vgl. auch Gruppe 2 Zeile 202–206, 219). Aus meinem Datenmaterial lässt sich als zentrales Ergebnis ableiten, dass trans Personen die Erfüllung eines Kinderwunsches erschwert bzw. verunmöglicht wird. Das hat drei miteinander verwobene Gründe:

8 Ein Deadname ist ein abgelegter Vorname, den eine (trans) Person nicht mehr verwendet bzw. mit dem eine (trans) Person nicht mehr angesprochen werden möchte.

Staatliche und gesetzliche Hürden

Die bis 2011 geltende Sterilisationspflicht für eine Namens- und Personenstandsänderung wirkt bis heute nach (vgl. Gruppe 1 Zeile 88–91). Auch die 300-Tage-Regel des TSG und die Eintragung der gebärenden Person in die Geburtsurkunde als Mutter inklusive Deadname wird von den Befragten als große bürokratische Hürde und Belastung erlebt (Gruppe 1 Zeile 120ff.). Teilnehmer B1 berichtet, er hätte eine Weile lang darüber nachgedacht, ob er selbst schwanger werden möchte; die juristischen Vorgaben benennt er aber als »absolutes no go« (ebd. Zeile 165): »dann hätt ich auch – da wärs keine Entscheidung von fünf Minuten gewesen« (ebd. Zeile 163). Dies zeigt, wie sehr staatliche Vorgaben den Kinderwunsch und Wunsch nach Schwangerschaft von trans Personen einschränken und normieren. Die gesetzliche Vorgabe ist so abschreckend, dass viele trans Personen lieber keine Kinder bekommen, als sich der diskriminierenden Praxis der Rückänderung von Namen und Personenstand zu unterwerfen.

Angst vor Gewalt und Diskriminierung

Schwangere und Gebärende erleben häufig Gewalt (Mundlos 2015) und ich vermute, dass diese Gewalt sich potenziert, wenn die Patient*innen heteronormativen Annahmen nicht entsprechen – da queere und besonders trans Personen erhebliche Diskriminierung im Gesundheitssystem erleben (Antidiskriminierungsstelle des Bundes 2017; Brunnett 2020). Die befragten trans Personen befürchten, dass Ärzt*innen, die zu Transgeschlechtlichkeit nicht oder nur unzureichend ausgebildet sind, eine Schwangerschaft bei ihnen nicht ernst nehmen oder anerkennen würden, sodass sie gegebenenfalls Therapien und Behandlungen unterzogen würden, die für einen Embryo beziehungsweise Fötus schädlich sind. Ihre eigene Sicherheit – und die ihrer potentiellen Kinder – hat für die Teilnehmer*innen Priorität. Diese Sicherheit wird durch das Erfüllen cisnormativer Vorgaben erreicht. Das führt soweit, dass einige der Teilnehmer*innen an den Gruppendiskussionen trans Sein beziehungsweise Transitionieren und die Verwirklichung eines Kinderwunsches als sich gegenseitig ausschließend thematisieren:

B2: »das sin zwei Dinge die sich widersprechn – des ist einfach soo ähm« (Gruppe 2 Zeile 1040f.).

Die Diskussion der zweiten Gruppe ist von einem Thema nahezu ausschließlich dominiert: der Angst vor Gewalt und der damit begründete Verzicht auf Kinder und Schwangerschaft. Ein Kinderwunsch wird also nicht nur als unvereinbar mit einer trans Identität verhandelt, sondern auch als verantwortungslos den potentiellen Kindern gegenüber:

M2: »ähm – es könnte sein – dass ich eventuell zu dem Entschluss komme ähm – dass ich dem nicht geborenen Kinde zuliebe – weil eben die was – politische oder weltliche Situation so hart is sage – oke ich werde diesen – dies – diesen Wunsch gar nicht nachgeben weil ich – das Kind – so blöd es klingt – schon beschützn will – ohne dass es existiert ne?, (1) weil ich könnte niiemals ähm damit klaakommn wenn meim Kind was passiert aus dem Grund wenn ich transsexuell bin.« (Gruppe 2 Zeile 938–945)

Teilnehmer E3 berichtet, wie er den Diskurs um Thomas Beaties⁹ Schwangerschaft verfolgt hat und spezifisch die Reaktionen seines Umfelds (aus dem Kontext lässt sich ableiten, dass diese ablehnend waren) und schließt unter anderem deswegen für sich selbst eine Schwangerschaft aus (Gruppe 3, Zeile 223–233). Die Folge der erlebten und antizipierten Gewalt ist also, dass viele trans Personen aus Angst ihren Kinderwunsch aufgeben.

Dagegen kann eine Schwangerschaft vor einem transmännlichen Coming Out oder einer Transition für die Diskussionsteilnehmer*innen ein Versuch sein, sich in die zugewiesene weibliche Rolle zu fügen (vgl. Gruppe 3 Zeile 493f.; 514ff). So sagt G3, der als einziger von mir befragter trans Mann bereits schwanger war und ein Kind geboren hat:

G3: »Ich denk mal so heute – aus heutiger Sicht würd ich sogn – ich hab damit mit Sicherheit auch versucht diese Rolle irgendwie –«

9 Thomas Beatie ist ein US-amerikanischer trans Mann, der durch seine erste von drei Schwangerschaften 2008 weltweit bekannt wurde.

L_{K3}: »Der Frau – genau – des war ja bei mir nicht anders [richtig]«
(Gruppe 3 Zeile 493–496).¹⁰

G₃ ergänzt später:

G₃: »Ja s is mit Sicherheit ne Möglichkeit gewesen sich in irgendeiner Form dieser Rolle anzupassn [mhm]« (Gruppe 3 Zeile 514f.).

G₃ interpretiert seine eigene Schwangerschaft als Anpassungsversuch an gesellschaftliche Normen und nicht als Verwirklichung eines Kinderwunsches. Hier wird noch einmal deutlich, dass eine bewusste und glückliche Schwangerschaft für trans Personen unvorstellbar erscheint.

Cisnormativität

Schwangere trans Männer sind gesellschaftlich unsichtbar – und auch nicht vorstellbar (bzw. um mit Butler (1996, S. 24) zu sprechen: unintelligibel). Das zeigt sich auch bei den befragten trans Männern:

C₁: »Die Frage is ob wir so denkn (.) weil wir denkn dass die Gesellschaft das niemals akzeptiern würde wenn wir schwanger werdn würdn [ja genau] – und wenn einfach die Gesellschaft – wenn das voll normal wäre dass trans Männer schwanger werdn würden und das total akzeptiert wäre – ob wir dann nich anders denkn würden.«
(Gruppe 1 Zeile 742–746)

Die gesellschaftliche Akzeptanz von transmännlichen Schwangerschaften ist also ein relevanter Faktor in der Frage danach, ob ein trans Mann sich für eine eigene Schwangerschaft entscheidet. Damit kann die gesellschaftliche Marginalisierung von Personen, die Geschlechternormen nicht entsprechen, als heteronormative Verhinderung von trans Schwangerschaften gesehen werden – da über (die Androhung von) Gewalt trans Personen davon abgehalten werden können, einen

10 K₃ war selbst nie schwanger, berichtet aber von einer langen Phase des Zweifels, ob er sich eine eigene Schwangerschaft wünscht.

ernsthafte(n) Kinderwunsch zu entwickeln oder ihn zu verwirklichen. Denn, wie Teilnehmer A1 bemerkt:

»Aba ich glaube es würden – also s wären – also s würdn sich sehr viel mehr trans Männer für ähm (2) – für ähm (.) für Kinder entscheidn – also biologisch eigene Kinder wenn dis nich so schwierig wäre [ja] [ja glaub ich auch] – oder wenn die – wenn die äh Erwartungn (.) dessen was da kommt nich so schwierig wär [mhm] [ja].« (Gruppe 1 Zeile 1687–1691)

Die ›Erwartungen dessen was da kommt‹ sind dabei meines Erachtens als Diskriminierung und Gewalt zu lesen, die hier nicht einmal mehr konkret benannt werden müssen, da sie deutlich auf der Hand liegen.

Die gesellschaftliche Heteronormativität und die Vorstellungen dazu, wie vergeschlechtlichte Reproduktion aussehen soll, wirken sich auch auf die trans Männer selbst aus; wie beschrieben würde eine Schwangerschaft (gegebenenfalls auch deswegen) Dysphorie auslösen:

L2: »Ich könnt mir dis auch nich vorstelln da – n guut jetz gehts eeh nicht mehr – jetz hab ich eh die OP hinter mir – von dem her – da geht nix mehr – und ich könnt mir dis auch nit vorstelln – da n Kind – als Mann n Kind dann im Bauch zu habn – kann ich mir au nicht vorstellen.« (Gruppe 2 Zeile 804–807)

L2 wiederholt drei Mal, dass er sich eine Schwangerschaft nicht vorstellen kann. Auch für Teilnehmer K3 ist es (zumindest zu Beginn der Diskussion) miteinander unvereinbar, transmännlich und schwanger zu sein: »öhm – als trans Mann schwanger zu sein – Der in Amerika [Thomas Beatie, AS] des geht GAR nicht [Lachen] – des geht gar nicht.« (Gruppe 3 Zeile 162–164). Aus diesen Gründen verzichten viele der von mir befragten trans Personen auf die Erfüllung ihres Kinderwunsches.

Manche der Teilnehmenden berichten auch, dass sie Maßnahmen ergreifen, um nicht schwanger zu werden. Die Teilnehmenden B1 und C1 können potentiell (noch) schwanger werden, was sich darin niederschlägt, dass sie beide eine gewisse »Hintergrundangst« (Gruppe 1 Zeile

535) verspüren, wenn sie Sex haben beziehungsweise Angst davor, dass ihre Gynäkolog*innen bei einer Routineuntersuchung »was« sehen (ebd. Zeile 550). Sie treffen daher Vorkehrungen in Form von Verhütungsmitteln, Hormonersatztherapien mit Testosteron und wenig Sex (ebd. Zeile 538–543). Würden sie doch schwanger werden, so überlegen sich die Diskussionsteilnehmer*innen (mehr oder weniger ernstgemeinte) Strategien, um eine Schwangerschaft zu verstecken. Darunter ein neun Monate langes Verstecken (Gruppe 3 Zeile 523–540), das Tragen weiter Kleidung (ebd. Zeile 539) oder Abtreibungen (ebd. Zeile 753–755). Als transmännliche Person offen schwanger zu sein, ist dagegen für keine der befragten Personen eine lebbare oder vorstellbare Möglichkeit.

Reproduktion wird so durchgängig als ein Thema verhandelt, in dem trans Personen nicht glücklich werden können, da trans Sein bzw. eine Transition und ein Kinderwunsch als miteinander unvereinbar verhandelt werden. Als legitim wird von vielen nur eine Umsetzung des Kinderwunsches vor dem eigenen Coming Out bzw. Transitionsmaßnahmen erachtet, was aber ebenfalls hohen psychischen Stress verursachen kann.

Uterustransplantation

Inhaltliche Einführung

Uterustransplantationen sind ein chirurgisches Verfahren, bei dem ein Uterus von einer Person in eine andere transplantiert wird. Das Ziel von Uterustransplantationen ist die Ermöglichung von Schwangerschaften für Frauen¹¹, die keinen Uterus (mehr) haben, zum Beispiel aufgrund von

11 Ich spreche hier von Frauen, da erstens Menschen, die keine cis- und endogeschlechtlichen Frauen sind, durch die Montreal-Kriterien ausgeschlossen sind, zweitens da laut sozioökonomischen Daten der untersuchten Studien alle Empfänger*innen Frauen waren und drittens, 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

Unfällen oder Erkrankungen wie Cervix-Krebs oder dem Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser-Syndrom (MRKH) (siehe unten). Die Spender*innen der transplantierten Uteri sind häufig nahe Verwandte der Empfänger*innen, oft sind sie die Mütter oder Schwestern.

Ein zentrales Dokument für die Praxis von Uterustransplantationen sind die Montreal-Kriterien. Diese sind ein Vorschlag für einen internationalen Standard für die ethische Durchführung von Uterustransplantationen, der 2013 veröffentlicht wurde (Lefkowitz, Edwards and Balayla 2013). Sie beinhalten unter anderem den Ausschluss von trans Frauen als Empfängerinnen für eine Uterustransplantation.

Das erste Kind, das mit Hilfe einer Uterustransplantation geboren wurde, kam 2015 in Schweden zur Welt (Brännström et al. 2015). Bis 2021 sind weltweit mindestens 29 weitere Kinder durch eine Uterustransplantation geboren worden (Richards et al. 2021). Auch in Deutschland werden klinische Studien zu Uterustransplantationen durchgeführt. Uterustransplantationen verändern sich aktuell von der experimentellen Phase hin zu einer etablierten Behandlungsmethode, die nicht mehr nur in klinischen Versuchsreihen durchgeführt wird (Richards et al. 2021, S. 2251).

Ich fokussiere mich in dieser Analyse besonders auf Frauen mit MRKH-Syndrom, da diese die größte Gruppe der Empfänger*innen ausmachen. Das MRKH-Syndrom ist eine angeborene Anomalie bei manchen Personen mit XX-Chromosomen, bei denen der Uterus (und teilweise die Vagina) nicht angelegt sind und fehlen. Während einige Autor*innen das MRKH-Syndrom als *Disorder of Sexual Development* (DSD), das heißt als Form von Intergeschlechtlichkeit, konzipieren (exemplarisch: Hosseinirad et al. 2021), wird in anderen Forschungsartikeln MRKH explizit von DSD beziehungsweise Intergeschlechtlichkeit abgegrenzt (exemplarisch: Herlin et al. 2020).

ist allerdings möglich, dass auch nicht-geoutete nicht-binäre Personen oder trans Männer unter den Empfänger*innen waren bzw. sind.

Ergebnisse

Die Verbindung von Heteronormativität und reproduktiven Annahmen und Normen möchte ich an vier Aspekten festmachen: Erstens zeigt sich in den untersuchten Forschungsartikeln, dass die Definition von Geschlecht beziehungsweise spezifisch Frau-Sein an Reproduktionsfähigkeit gekoppelt ist. Zweitens werden nur bestimmte Personen als Frauen anerkannt – und diese Anerkennung zieht die Erwartung an Reproduktionswillen und -fähigkeit mit sich. Das bedeutet: Personen seien nur dann ›vollständige‹ Frauen, wenn sie einen Uterus haben und damit gebärfähig sind. Drittens werden Kinderwunsch und Reproduktionsfähigkeit naturalisiert – ganz besonders für Frauen. Und viertens werden trans und inter* Personen explizit in diese normativen Erwartungen eingefügt. Sie sollen sich ausschließlich konform zu cis- und endonormativen Erwartungen reproduzieren – oder überhaupt nicht.

Geschlechterdefinitionen

In den untersuchten Studien werden die Spender*innen und Empfänger*innen jeweils als endo- und cisgeschlechtliche Frauen imaginiert beziehungsweise 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).

Am Vorhandensein eines Uterus (und der damit verbundenen Möglichkeit, schwanger zu werden) wird in diesem Diskursstrang festgemacht, ob eine Person ›richtig‹ weiblich ist. In den untersuchten Artikeln wird das MRKH-Syndrom vor allem als eins der Abwesenheit oder des Fehlens (Wei et al. 2017, S. 347) eines Uterus definiert – mit der Implikation, dass Frauen eigentlich einen Uterus haben. In den Studien von Richards et al. (2019) und Järholm et al. (2020) berichten potentielle Empfänger*innen beispielsweise, dass sie sich ohne einen Uterus, ohne Menstruationszyklus und ohne die Möglichkeit, schwanger zu werden,

nicht als ›richtige‹ Frauen fühlen.¹² 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 (richtige beziehungsweise vollständige) Frau-Sein.

Die Verbindung des Uterus mit Weiblichkeit bedeutet auch, dass die Entnahme des Uterus bei den Spender*innen ein kritisches Moment ist: Beispielsweise verhandelt Hammond-Browning (2019, S. 1324) die Frage, ob die Spender*innen unter dem Verlust des Uterus als »symbol of femininity« leiden würden. Damit wird neben der endo- und cis-normativen Definition von Weiblichkeit auch eine *Essentialisierung* von Geschlecht (siehe unten) vorgenommen. 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 argumentiert beispielsweise 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. Dies wurde bereits bei der Analyse zu Schwangerschaft bei trans Männern evident.

Weiblichkeit und Reproduktionsfähigkeit

Mit der Definition des Uterus als zentralem Marker für Weiblichkeit geht eine Unterscheidung zwischen cis und trans Frauen einher. Doch dieser Unterschied geht in den Artikeln noch tiefer; nämlich auf die genetische Ebene: Hammond-Browning beispielsweise unterscheidet zwischen »biological females«, womit sie cis- und endogeschlechtliche Frauen meint, und »transgender women« (2019, S. 1322). Interessant ist hier die Gegenüberstellung von »females« und »women«, die einer

12 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.

biologischen 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. Weiblichkeit (*femaleness*) wird hier auf einer genetischen Ebene festgeschrieben. Anstatt also z.B. den Begriff ›cisgeschlechtlich‹ zu nutzen,¹³ wird die Unterscheidung anhand von biologischen Deutungen getroffen. MRKH-Patient*innen werden so als biologisch weiblich (und damit nicht-intergeschlechtlich) definiert und damit von trans Frauen abgegrenzt, die nur auf einer sozialen Ebene als Frauen anerkannt werden. Sowohl trans- als auch intergeschlechtliche Frauen werden damit nicht als ›richtige‹ Frauen anerkannt.

Durch die Uterustransplantationen werden die Empfänger*innen auch materiell zu Frauen gemacht: In einem Artikel, der beziehungsweise 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 vervollständigt (›making their bodies complete« (Järvholm et al. 2020, S. 1858)),¹⁴ was sie daran festmachen, dass sie, wie alle anderen Frauen [sic!], auf eine Schwangerschaft hoffen können (Järvholm et al. 2020, S. 1859), also gebärfähig sind. 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. (2020, S. 1859; vgl. Lefkowitz et al. 2013, S. 925) – 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«. Die Empfänger*innen beschreiben beispielsweise, dass der Uterus und insbesondere ein Menstruationszyklus wichtig für ihr Selbstbewusstsein gewesen seien (Järvholm et al. 2020, S. 1859). Der Uterus macht die Empfänger*innen also erst zu (›richtigen‹) Frauen,

13 Einzige Ausnahme: Hammond-Browning (2019, S. 1322).

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

da sie durch die Transplantation cis- und endonormativen Weiblichkeitsnormen entsprechen. Mit einer Uterustransplantation wird ein Körper hergestellt, der heteronormativen Vorgaben von Weiblichkeit und spezifisch Anforderungen an Reproduktionsfähigkeit entspricht.

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 – und darüber dann die Erfüllung von Weiblichkeitsnormen. Ich argumentiere hier, dass eine einmal hergestellte Mutterschaft das vermeintlich unvollständige Frau-Sein der Empfänger*innen erstens konsolidiert und damit zweitens überlagert, das heißt, dass wenn die Empfänger*innen ein Kind 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 ein Kind geboren wurde. Wie Järvalho et al. (2020, S. 1858) herausarbeiten, berichten die Empfänger*innen zwar, dass der Uterus eine wichtige Rolle in der Herstellung einer weiblichen Selbstidentität hatte – 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, sodass der Uterus nun keine Rolle mehr spielen würde und die eigene Weiblichkeit noch intakt sei (Järvalho et al. 2020, S. 1858). Deshalb ist die weibliche Selbstidentität auch dann noch gültig, wenn der Uterus wieder entnommen wird: »They stressed that without the uterus they still felt complete as women« (Järvalho et al. 2020, S. 1859).¹⁵

15 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 (Järvalho et al. 2020, S. 1859f.).

Naturalisierung und Essentialisierung des Kinderwunschs

»Die Sehnsucht nach einem Kind gehört wesentlich zum Menschen, das Streben nach ihrer Erfüllung zu den grundlegenden Merkmalen der menschlichen Existenz« schreiben Beckmann et al. (2017, S. 389). Hieran zeigt sich, dass Kinder bekommen (zu können) in den untersuchten Artikeln als fundamentales (»grundlegend«), existenzielles und essentielles Kriterium des Mensch-Seins verhandelt wird. Der Kinderwunsch wird in den untersuchten Artikeln außerdem 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. 2017, S. 914).¹⁶ Damit geht einher, dass Menschen, die keine Kinder wollen (die in den untersuchten Artikeln nicht in Erscheinung treten) nicht als vollständige Menschen konstruiert werden. Järholm 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.« Implizit ist hier, dass alle anderen Menschen auf eine Schwangerschaft und Elternschaft hoffen würden.

In der Reproduktionsmedizin wird Weiblichkeit häufig biologisiert bzw. cisnormativ definiert (das heißt 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 beispielsweise Hirschauer et al. (2014, S. 267) in ihrer Soziologie der Schwangerschaft heraus: »Die biomedizinische Sichtweise 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

16 Das Zitat von Testa et al. bildet hier (»many women«, nicht »all women«) eine Ausnahme.

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).

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 Bächler 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« (Bächler und Schlumpf 2017, S. 13).

Zentral an Repronormierung ist also die Annahme, dass alle Menschen, ganz besonders aber Frauen, einen Kinderwunsch haben und Eltern genetisch eigener und selbst geborener Kinder werden wollen.

Repronormierung von trans und inter* Personen

In der Medizin wird in Bezug auf Reproduktionsfähigkeit auf zwei unterschiedliche Arten mit intergeschlechtlichen Menschen umgegangen: *Erstens* werden inter* Personen entweder durch die Medizin unfruchtbar gemacht oder aufgrund der Wahrnehmung als geschlechtliche Zwischenwesen als unfruchtbar imaginiert (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, S. 331e6). Diese Verunmöglichtung von Reproduktion für inter* Personen geschieht auch deswegen, um eine zweigeschlechtliche, endonormative Ordnung zu schützen (vgl. Stritzke und Scaramuzza 2016, S. 143).

Oder inter* Personen werden *zweitens* (wie z.B. auch im Fall des MRKH-Syndroms) als nicht wirklich intergeschlechtlich beziehungsweise ›Pseudohermaphroditen‹ klassifiziert (Costello 2014, S. 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 dem zugewiesenen und normierten Geschlecht fortzupflanzen und damit intelligibel zu werden (Gregor 2015) – wie zum Beispiel durch eine Uterustransplantation. Für Ärzt*innen gilt dann eine Elternschaft intergeschlechtlicher Menschen in ihrem zugewiesenen Geschlecht (das heißt zeugende Elternschaft bei männlich zugewiesenen Personen und Schwangerschaft bei weiblich zugewiesenen Personen) als Bestätigung und Erfolg der medizinischen Zuweisung – unabhängig davon, wie die jeweiligen Personen sich und die Art ihrer Elternschaft selbst konzeptualisieren (Costello 2014, S. 70). Dies zeigt sich in meiner Analyse daran, dass im Fall des MRKH-Syndroms großer Wert darauf gelegt wird, dass die Patient*innen nicht intergeschlechtlich sind und sich repronormativ, das heißt innerhalb einer binären Logik, fortpflanzen.

Trans Männer werden von einigen Forscher*innen als potentielle Spender von Uteri verhandelt (Api, Boza and Ceyhan 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, da sie sich in jedem Fall einer Hysterektomie unterziehen würden,¹⁷ sie meistens jung und gesund seien, bereits extensive psychologische Betreuung hätten und die Entscheidung nicht bereuen würden (Api et al. 2017). Von den befragten trans Männern stimmten

17 Das ist natürlich faktisch falsch – viele trans Männer lassen keine Hysterektomie durchführen.

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 waren¹⁸ und deswegen die Funktionalität des Uterus nicht bewiesen sei. Auch im Artikel von Beckmann et al. (2017, S. 394) wird auf die passende rechtliche Möglichkeit in Deutschland hingewiesen – so wäre es möglich, einen Uterus bei einer Hysterektomie aufgrund von Geschlechtsdysphorie für eine Transplantation zu spenden. In der Studie von Nakazawa et al. (2019, S. 6) gaben 19 % der Befragten an, dass sie trans Männer für akzeptable Spender hielten. Trans Männern wird in den untersuchten Artikeln also *erstens* zugeschrieben, grundsätzlich an Dysphorie bezüglich ihres Uterus zu leiden und eine Hysterektomie anzustreben und *zweitens* 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, dass es trans Männern möglich gemacht werden sollte, aus ihren Eizellen Spermien herstellen zu lassen,¹⁹ 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. 394f.). Dies lese ich ebenfalls als Cisnormierung von trans Personen – da Murphy hier für trans Männer die Möglichkeit priorisiert, sich wie cis Männer fortzupflanzen. Hier 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, inter* oder MRKH-Patient*innen – erwartet wird, einen Uterus haben und schwanger werden zu wollen.

Trans Frauen und cis Männer als Empfänger*innen von Uterustransplantaten sind Gegenstand des Artikels von Murphy (2015). Mur-

18 Auch dies ist falsch – viele trans Männer werden schwanger und gebären Kinder (vgl. Spahn 2017).

19 Hierzu existiert bisher kein wirksames Verfahren.

phy 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 biological role of being a mother« (Sparrow 2008, S. 283). 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 consolidating a female identity« (Murphy 2015, S. 392). Trans Frauen würden die Entscheidung, schwanger werden zu wollen, also nicht leichtfertig treffen. 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 gesellschaftlich 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* wäre. Damit wird ein repronormatives Frauenbild zementiert.

Fazit: Reproduktive Normen

Ich habe in diesem Artikel gezeigt, dass Heteronormativität auch spezifische Erwartungen und Voraussetzungen in Bezug auf Reproduktionsfähigkeit und -willen enthält und dass diese eng mit den Normen und Annahmen zu Geschlecht verbunden sind. In der Theorie ermöglichen die Namens- und Personenstandsänderung ohne Sterilisation und die Forschung zu Uterustransplantationen auch queeren Personen beziehungsweise Personen, die heteronormativen Normen nicht entsprechen, ihren Kinderwunsch zu verwirklichen und reproduktiv selbstbestimmt zu agieren beziehungsweise am guten Leben zu partizipieren (Nussbaum 2014 [1999]). Wie ich aber gezeigt habe, werden trans Personen explizit daran gehindert, ihren Kinderwunsch zu verwirklichen – sei es, dass sie als Empfänger*innen von Uterustransplantationen nicht zugelassen werden, dass argumentiert wird, ihnen

sollten nur cisnormative Möglichkeiten der Reproduktion offen stehen, dass sie Diskriminierung und Gewalt in der (Reproduktions-)Medizin, im Rechtssystem und gesamtgesellschaftlich erwarten müssen, sollten sie sich für eine eigene Schwangerschaft entscheiden und vieles mehr. Von inter* Personen wird parallel erwartet, endonormativen Vorstellungen von Geschlecht und Reproduktion zu entsprechen, um sie zu akzeptieren. Andernfalls stehen auch ihnen die Möglichkeiten, einen potentiellen Kinderwunsch zu verwirklichen, nicht offen.

Das bedeutet: In einem heteronormativen System haben diejenigen, die den herrschenden Normen nicht entsprechen – wie beispielsweise trans Männer oder Frauen mit dem MRKH-Syndrom zwei Möglichkeiten: Sie können sich entweder entsprechend endo- und cisnormativer Erwartungen fortpflanzen – oder sie sollen es nicht tun. Wie King et al. (2023, S. 49) schreiben: »Insofern können reproduktionsmedizinische Möglichkeiten neue Formen von Heteronomie begünstigen: beispielsweise, wenn aus der Option zur Inanspruchnahme fortpflanzungsmedizinischer Angebote die Erwartung resultiert, sie auch zu nutzen«.

Reproduktive Rechte – also das Recht, ein eigenes Kind zu bekommen, das Recht selbstbestimmt kinderlos zu bleiben, und das Recht, ein eigenes Kind auf sichere und gesunde Weise zu erziehen (Ross and Solinger 2017) – müssen für queere, insbesondere trans und inter*, Personen, realisiert werden. Um ein gutes Leben zu führen, gehört insbesondere, so möchte ich in Anschluss an Nussbaum (2014 [1999]) formulieren, die Freiheit von (hetero-)normativen Erwartungen in Bezug auf Reproduktion.

Literatur

- Adamietz, Laura. 2010. *Geschlecht als Erwartung: Das Geschlechtsdiskriminierungsverbot als Recht gegen Diskriminierung wegen der sexuellen Orientierung und der Geschlechtsidentität*. Baden-Baden: Nomos.
- Antidiskriminierungsstelle des Bundes. 2017. *Diskriminierung in Deutschland. Dritter gemeinsamer Bericht der Antidiskriminierungsstelle des Bundes und der in ihrem Zuständigkeitsbereich betroffenen Beauftragten*

- der Bundesregierung und des Deutschen Bundestages. https://www.antidiskriminierungsstelle.de/SharedDocs/forschungsprojekte/DE/Dritter_Bericht_an_den_BT.html. Zugegriffen am 21.04.2023.
- Api, Murat, Ayşen Boza, und Mehmet Ceyhan. 2017. Could the female-to-male transgender population be donor candidates for uterus transplantation? *Turkish journal of obstetrics and gynecology* 14 (4): 233–237.
- Beckmann, M. W., L. Lotz, S. P. Renner, T. Hildebrandt, R. E. Horch, A. Weigand, A. M. Boos, W. Lang, I. Hoffmann, und R. Dittrich. 2017. Uterustransplantation – Perspektiven und Risiken. *Der Gynäkologe* 50 (6): 389–396.
- Bohnsack, Ralf. 2014. *Rekonstruktive Sozialforschung. Einführung in qualitative Methoden*. 9. Auflage. Opladen, Farmington Hills: Barbara Budrich.
- Bohnsack, Ralf, Aglaja Przyborski, und Burkhard Schäffer. 2006. *Das Gruppendiskussionsverfahren in der Forschungspraxis*. Opladen: Barbara Budrich.
- Brännström, Mats, Liza Johannesson, Hans Bokström, Niclas Kvarnström, Johan Mölne, Pernilla Dahm-Kähler, und Anders Enskog. 2015. Livebirth after uterus transplantation. *The Lancet* 385 (9968): 607–616.
- Braun, Hayley, Rebecca Nash, Vin Tangpricha, Janice Brockman, Kevin Ward, und Michael Goodman. 2017. Cancer in Transgender People: Evidence and Methodological Considerations. *Epidemiologic reviews* 39 (1): 93–107.
- Brunnett, Regina. 2020. Belange von inter* Menschen – Bedarfe in der medizinischen Regelversorgung. In *Gesunde Vielfalt pflegen. Zum Umgang mit sexueller und geschlechtlicher Vielfalt in Gesundheit, Pflege und Medizin*, Hg. Marcel Hackbart, 135–144. Göttingen: Edition Waldschlösschen.
- Bublitz, Hannelore. 2013. *Judith Butler zur Einführung*. 4., ergänzte Auflage. Hamburg: Junius.
- Büchler, Andrea, und Eva Schlumpf. 2017. Transplantiertes Mutterglück: Rechtliche und ethische Herausforderungen der Uterustransplanta-

- tion. *Jusletter*. https://jusletter.weblaw.ch/juslissues/2017/890/transplantiertes-mut_af9b89a6d9.html. Zugegriffen am 16.08.2023.
- Butler, Judith. 2016 [1991]. *Das Unbehagen der Geschlechter*. 18. Auflage. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Butler, Judith. 1996. Imitation und Aufsässigkeit der Geschlechtsidentität. In *Grenzen lesbischer Identitäten. Aufsätze*. Hg. Sabine Hark, 15–37. Berlin: Querverlag.
- Costello, Cary Gabriel. 2014. Not a ›medical miracle‹. Intersex Reproduction and the Medical Enforcement of Binary Sex and Gender. In *Queering Motherhood: Narrative and Theoretical Perspectives*, Hg. Margaret F. Gibson, 63–79. Toronto: Demeter Press.
- Degele, Nina. 2005. Heteronormativität entselbstverständlichen: Zum verunsicherenden Potential von Queer Studies. *Freiburger Frauenstudien*, Nr. 17: 15–39.
- Ewert, Felicia. 2018. *Trans. Frau. Sein: Aspekte geschlechtlicher Marginalisierung*. Münster: edition assemblage.
- Fairclough, Norman, und Ruth Wodak. 2009. Critical Discourse Analysis. In *Discourse as social interaction*, Hg. Teun A. van Dijk, 258–284. London: SAGE.
- Franke, Katherine M. 2001. Yes: An Essay on Feminism, Law, and Desire. *Columbia Law Review* 101 (1): 181–208.
- Gregor, Joris A. 2015. *Constructing Intersex*. Bielefeld: transcript.
- Hammond-Browning, Natasha. 2019. UK criteria for uterus transplantation: A review. *BJOG* 126 (11): 1320–1326.
- Hark, Sabine. 2016. Heteronormativität revisited: Komplexitäten und Grenzen einer Kategorie. In *Queer as ... – Kritische Heteronormativitätsforschung aus interdisziplinärer Perspektive*, Hg. Barbara Paul und Lüder Tietz, 53–72. Bielefeld: transcript.
- Hempel, Jessi. 2014. My Brother's Pregnancy and the Making of a New American Family. *Time*, <https://time.com/4475634/trans-man-pregnancy-evan/>.
- Herlin, Morten Krogh, Michael Bjørn Petersen, und Mats Brännström. 2020. Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser (MRKH) syndrome: a comprehensive update. *Orphanet Journal of Rare Diseases* 15 (1): 214.

- Hirschauer, Stefan, Birgit Heimerl, Anika Hoffmann, und Peter Hofmann. 2014. *Soziologie der Schwangerschaft: Explorationen pränataler Sozialität*. Stuttgart: Lucius und Lucius.
- hornscheidt, lann. 2015. *feministische w_orte: Ein lern-, denk- und handlungsbuch zu sprache und diskriminierung, gender studies und feministischer linguistik*. Frankfurt a.M.: Brandes Apsel Verlag.
- Hosseinirad, Hossein, Pouya Yadegari, Fatemeh Mohanazadeh Falahieh, Soheila Nouraei, Shahrokh Paktinat, Nousha Afsharzadeh, und Yousef Sadeghi. 2021. Disorders of sex development and female reproductive capacity: A literature review. *Systems Biology in Reproductive Medicine* 67 (5): 323–336.
- Hümpfner, Kalle. 2021. *Trans* mit Kind! Tipps für trans* und nicht-binäre Personen mit Kind(ern) oder Kinderwunsch*, Bundesverband Trans (BVT). <https://www.bundesverband-trans.de/publikationen/transmit-kind/>.
- Jackson, Sarah S., Kate Z. Nambiar, Stewart O'Callaghan, und Alison May Berner. 2022. Understanding the role of sex hormones in cancer for the transgender community. *Trends in cancer* 8 (4): 273–275.
- Jäger, Siegfried. 2001. Diskurs und Wissen. Theoretische und methodische Aspekte einer kritischen Diskurs- und Dispositivanalyse. In *Handbuch sozialwissenschaftliche Diskursanalyse. Band 1: Theorien und Methoden*, Hg. Reiner Keller et al., 81–112. Wiesbaden: VS Verlag.
- Jäger, Siegfried. 2015. *Kritische Diskursanalyse: Eine Einführung*. 7., vollständig überarbeitete Auflage. Münster: Unrast.
- Järholm, Stina, Anders Enskog, Catrina Hammarling, Pernilla Dahm-Kähler, und Mats Brännström. 2020. Uterus transplantation: joys and frustrations of becoming a ›complete‹ woman – a qualitative study regarding self-image in the 5-year period after transplantation. *Human Reproduction* 35 (8): 1855–1863.
- Johannesson, Liza, Kristin Wallis, E. Colin Koon, Greg J. McKenna, Tiffany Anthony, Sara G. Leffingwell, Goran B. Klintmalm, Robert T. Gunby, und Giuliano Testa. 2018. Living uterus donation and transplantation: Experience of interest and screening in a single center in the United States. *American journal of obstetrics and gynecology* 218 (3): 331.e1–331.e7.

- Jones, B. P., N. J. Williams, S. Saso, M-Y Thum, I. Quiroga, J. Yazbek, S. Wilkinson, S. Ghaem-Maghani, P. Thomas, und J. R. Smith. 2019. Uterine transplantation in transgender women. *BJOG* 126 (2): 152–156.
- Keller, Reiner. 2004. *Diskursforschung: Eine Einführung für SozialwissenschaftlerInnen*. 2. Auflage. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- King, Vera, Pia Lodtka, Isabella Marcinski-Michel, Julia Schreiber, und Claudia Wiesemann. 2023. Reproduktives Timing. Neue Formen und Ambivalenzen zeitlicher Optimierung von Fortpflanzung und ihre ethischen Herausforderungen. *Ethik in der Medizin* 35 (1): 43–56.
- Kruse, Jan. 2015. *Qualitative Interviewforschung. Ein integrativer Ansatz*. 2. Auflage. Weinheim, Basel: Beltz Juventa.
- Kuckartz, Udo, und Stefan Rädiker. 2022. *Qualitative Inhaltsanalyse: Methoden, Praxis, Computerunterstützung: Grundlagentexte Methoden*. 5. Auflage. Weinheim, Basel: Beltz Juventa.
- Lazar, Michelle M., Hg. 2007. *Feminist critical discourse analysis: Gender, power and ideology in discourse*. Basingstoke: Palgrave Macmillan.
- Lefkowitz, Ariel, Marcel Edwards, und Jacques Balayla. 2013. Ethical considerations in the era of the uterine transplant: An update of the Montreal Criteria for the Ethical Feasibility of Uterine Transplantation. *Fertility and sterility* 100 (4): 924–926.
- Loos, Peter, und Burkhard Schäffer. 2001. *Das Gruppendiskussionsverfahren. Theoretische Grundlagen und empirische Anwendung*. Opladen: Leske + Budrich.
- Maihofer, Andrea. 2015. Sozialisation und Geschlecht. In *Handbuch Sozialisationsforschung*, Hg. Klaus Hurrelmann et al. 8., vollständig überarbeitete Auflage, 630–658. Pädagogik. Weinheim, Basel: Beltz.
- Mundlos, Christina. 2015. *Gewalt unter der Geburt: Der alltägliche Skandal*. Marburg: Tectum Wissenschaftsverlag.
- Murphy, Timothy F. 2015. Assisted Gestation and Transgender Women. *Bioethics* 29 (6): 389–397.
- Nakazawa, Akari, Tetsuya Hirata, Tomoko Arakawa, Natsuki Nagashima, Shinya Fukuda, Kazuaki Neriishi, und Miyuki Harada et al. 2019.

- A survey of public attitudes toward uterus transplantation, surrogacy, and adoption in Japan. *PLoS ONE* 14 (10): e0223571.
- Nonhoff, Martin. 2019. Diskursanalyse und/als Kritik. In *Diskursanalyse und Kritik*, Hg. Antje Langer, Martin Nonhoff, und Martin Reisingl, 15–44. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden.
- Nussbaum, Martha C. 2014 [1999]. *Gerechtigkeit oder Das gute Leben*. 8. Auflage. Hg. von Herlinde Pauer-Studer. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Obedin-Maliver, Juno, und Harvey J. Makadon. 2016. Transgender men and pregnancy. *Obstetric medicine* 9 (1): 4–8.
- Rewald, Sascha. 2019. Elternschaft von trans Personen: Trans Eltern zwischen rechtlicher Diskriminierung, gesundheitlicher Unterversorgung und alltäglicher Herausforderung. In *Trans & Care: Trans Personen zwischen Selbstsorge, Fürsorge und Versorgung*, Hg. Max N. Appenroth, und María d. M. Castro Varela, 187–199. Bielefeld: transcript.
- Rich, Adrienne. 1980. Compulsory Heterosexuality and Lesbian Existence. *Signs. Women: Sex and Sexuality*. 5 (4): 631–660.
- Richards, Elliott G., Patricia K. Agatista, Anne C. Davis, Rebecca Flyckt, Hilary Mabel, Tommaso Falcone, Andreas Tzakis, und Ruth M. Farrell. 2019. Framing the diagnosis and treatment of absolute uterine factor infertility: Insights from in-depth interviews with uterus transplant trial participants. *AJOB empirical bioethics* 10 (1): 23–35.
- Richards, Elliott G., Ruth M. Farrell, Stephanie Ricci, Uma Perni, Cristiano Quintini, Andreas Tzakis, und Tommaso Falcone. 2021. Uterus transplantation: state of the art in 2021. *Journal of assisted reproduction and genetics* 38 (9): 2251–2259.
- Ross, Loretta, und Rickie Solinger. 2017. *Reproductive Justice: An Introduction*. Berkeley, CA: University of California Press.
- Spahn, Annika. In Vorbereitung. *Heteronormativität in Wissensproduktion, Lehre und Behandlungspraxis der Medizin*. Bielefeld: transcript.
- Spahn, Annika. 2021. *Subversion oder Assimilation? Trans* und Schwangerschaft in einer heteronormativen Gesellschaft*. <https://freidok.uni-freiburg.de/data/12314>.
- Sparrow, Robert. 2008. Is it »every man's right to have babies if he wants them«? Male pregnancy and the limits of reproductive liberty. *Kennedy Institute of Ethics journal* 18 (3): 275–299.

- Stritzke, Nadyne, und Elisa Scaramuzza. 2016. Trans*, Intersex, and the Question of Pregnancy: Beyond Repronormative Reproduction. In *Transgender and Intersex: Theoretical, Practical, and Artistic Perspectives*. Hg. Stefan Horlacher, 141–163. New York: Palgrave Macmillan US.
- Sutter, Petra de. 2014. Genetische oder biologische Trans*-Elternschaft. Traum oder Wirklichkeit? In *Normierte Kinder: Effekte der Geschlechternormativität auf Kindheit und Adoleszenz*. Hg. Erik Schneider, und Christel Baltes-Löhr. 3. Auflage, 213–223. Bielefeld: transcript.
- Testa, G., E. C. Koon, und L. Johannesson. 2017. Living Donor Uterus Transplant and Surrogacy: Ethical Analysis According to the Principle of Equipose. *American journal of transplantation* 17 (4): 912–916.
- Tordoff, Diana M., Haley, Samantha G., Shook, Alic, Kantor, Alena; Crouch, Julia M., und Ahrens, Kym. 2021. Talk about Bodies: Recommendations for Using Transgender-Inclusive Language in Sex Education Curricula. *Sex roles* 84 (3–4): 152–165.
- Bundesverfassungsgericht, 11.01.2011. *Voraussetzungen für die rechtliche Anerkennung von Transsexuellen nach § 8 Abs. 1 Nr. 3 und 4 Transsexualengesetz verfassungswidrig*.
- Wagenknecht, Peter. 2007. Was ist Heteronormativität? Zur Geschichte und Gehalt des Begriffs. In *Heteronormativität: Empirische Studien zu Geschlecht, Sexualität und Macht*. Hg. Jutta Hartmann und Bettina Fritzsche, 17–34. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Warner, Michael, Hg. 2004. *Fear of a queer planet: Queer politics and social theory*. 6. Auflage. Minneapolis: Univ. of Minnesota Press.
- Wei, Li, Tao Xue, Kai-Shan Tao, Geng Zhang, Guang-Yue Zhao, Shi-Qiang Yu, und Liang Cheng et al. 2017. Modified human uterus transplantation using ovarian veins for venous drainage: The first report of surgically successful robotic-assisted uterus procurement and follow-up for 12 months. *Fertility and sterility* 108 (2): 346–356.e1.
- Wierckx, Katrien, Eva van Caenegem, Guido Pennings, Els Elaut, David Dedecker, Fleur van de Peer, Steven Weyers, Petra de Sutter, und Guy T'Sjoen. 2012. Reproductive wish in transsexual men. *Human reproduction* 27 (2): 483–487.
- Wittig, Monique. 1992. *The Straight Mind And Other Essays*. New York: Harvester Wheatsheaf.

